GUTACHTEN

Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung III

(AAPV III)

Konzept für die Einführung einer bedarfsorientierten Pflegevollversicherung mit begrenzten Eigenanteilen

Bremen, im März 2025

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki
Benedikt Preuß, M. Sc.

Pflege pro reform

Im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform

www.pro-pflegereform.de

Inhalt

Abbildungsverzeichnis IV
Tabellenverzeichnis V
Abkürzungsverzeichnis VI
Executive Summary 7
Vorwort 8
1 Einleitung 9
2 Reformbedarf 10
2.1 Lebensstandardsicherung und Eigenanteile 10
2.1.1 Bewertungsmaßstäbe für die Finanzierung von Pflegeleistungen 10
2.1.2 Entwicklung der Eigenanteile 12
2.1.3 Bedarfsorientierung bei nachhaltiger Begrenzung der Eigenanteile als Reformnotwendigkeit 15
2.2 Refinanzierung der Pflegeversicherung 15
2.2.1 Bewertungsmaßstäbe 16
2.2.2 Derzeitige Situation 16
2.2.3 Gerechte Lastenverteilung und breitere Basis der Refinanzierung als Reformnotwendigkeit 18
2.3 Individualisierte Pflegearrangements und Versorgungssicherheit 19
2.3.1 Bewertungsmaßstäbe 19
2.3.2 Derzeitige Situation 20
2.3.3 Individualisierte Pflegearrangements und Beteiligung der An- und Zugehörigen sowie der Zivilgesellschaft 21
3 Reformkonzept 24
3.1 Synopse bestehender Reformvorschläge und Positionspapiere 24
3.1.1 Einbezogene und ausgeschlossene Reformvorschläge und Positionspapiere 24
3.1.2 Vergleichsschema zur Synopse der Reformvorschläge und Positionspapiere 26
3.1.3 Ergebnisse der Synopse 28
3.2 Auswahl der Reformelemente 30
3.3 Gesamtkonzeption und ihre stufenweise Einführung 30
3.3.1 Reformstufe 1: Nachhaltigen Begrenzung der stationären Eigenanteile durch Sockel-Spitze-Tausch 31
3.3.2 Reformstufe 2: Bedarfsorientierte Leistungen in allen Pflegesettings 35
3.3.3 Reformstufe 3: Sektorenfreien Leistungserbringung in allen Wohnsettings 39

4 Daten und Methoden der Modellrechnungen zu den Wirkungen des Reformvorschlags 41
4.1 Datengrundlagen 41
4.2 Modellannahmen im Status quo 42
4.2.1 Ausgabenseite 42
4.2.2 Einnahmenseite 46
4.3 Modellannahmen für Reformstufe 1 48
4.3.1 Ausgabenseite 48
4.3.2 Einnahmenseite 51
4.4 Modellannahmen für Reformstufe 2 51
4.4.1 Ausgabenseite 51
4.4.2 Einnahmenseite 53
4.5 Modellannahmen für Reformstufe 3 54
4.5.1 Ausgabenseite 54
4.5.2 Einnahmenseite 55
5 Modellergebnisse 56
5.1 Entwicklung im Status quo 56
5.1.1 Entwicklung der Zahl der SPV-Versicherten 56
5.1.2 Entwicklung der Pflegeprävalenzen 57
5.1.3 Anzahl der Pflegebedürftigen in der SPV 57
5.1.4 Pflegebedingte Kosten, Leistungsausgaben der SPV und Eigenanteile im Status quo 59
5.1.5 Gesamtausgaben der SPV und Beitragssatzentwicklung im Status quo 62
5.2 Wirkung der Gesamtreformvorschlags 63
5.2.1 Finanzwirkung für die Pflegebedürftigen 63
5.2.2 Finanzwirkung für die Soziale Pflegeversicherung 66
5.2.3 Begrenzung des Beitragssatzanstiegs 68
6 Bewertung und Fazit 72
7 Literatur 74
8 Anhang 79
8.1 Analysierte Reformvorschläge und Positionspapiere 79
8.2 Anzahl der SPV-Versicherten 2025 - 2060 82
8.3 Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen – Vollmodell 2025 – 2060 83
8.4 Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen – Einführungsmodell 2025 – 2060 84
8.5 Entwicklung der Pflegesätze 2025 bis 2060 in Preisen des Jahres 2025 85

8.6 Entwicklung der Leistungen nach § 43 und 43c 2025 bis 2060 in Preisen des Jahres 2025 86

8.7 Entwicklung der Eigenanteile 2025 bis 2060 in Preisen des Jahres 2025 87

8.8 Gesamtausgaben der SPV und ausgabendeckender Beitragssatz im Status quo 2025 bis 2060 in Preisen des Jahres 2025 88

8.9 Gesamtausgaben der SPV in Preisen des Jahres 2025 und ausgabendeckender Beitragssatz im Reformvorschlag (Vollmodell und Einführungsmodell) 2025 bis 2060 – ohne Refinanzierung 89

8.10 Ausgabendeckender Beitragssatz im Reformvorschlag (Vollmodell und Einführungsmodell) 2025 bis 2060 – mit Refinanzierung 90

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bundesdurchschnittliche Eigenanteile in der vollstationären Pflege zum Dezember eines jeden Jahres (in Euro pro Monat) 13

Abbildung 2: Bundesdurchschnittliche Eigenanteile in der vollstationären Pflege zum Dezember eines jeden Jahres im ersten Jahr der vollstationären Pflege (in Euro pro Monat) 14

Abbildung 3: Entwicklung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung 18

Abbildung 4: Entwicklung der Zahl der SPV-Versicherten von 2025 bis 2060 im Status quo 56

Abbildung 5: Altersspezifische Pflegeprävalenzen 2025 und 2060 differenziert nach Hauptleistungsarten und für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 im Status quo 57

Abbildung 6: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in der SPV im Status quo 58

Abbildung 7: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in der SPV differenziert nach Hauptleistungsarten und Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 (Vollmodell) im Status quo 58

Abbildung 8: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in der SPV differenziert nach Hauptleistungsarten und Pflegebedürftigen mit PG 1 im Einführungsmodell im Status quo 59

Abbildung 9: Pflegebedingte Eigenanteile abzüglich der Leistungen nach § 43c SGB XI im Status quo (in Preisen des Jahres 2025) 61

Abbildung 10: Entwicklung der Gesamteigenanteile bei durchschnittlicher Aufenthaltsdauer im Status quo (in Preisen des Jahres 2025) 61

Abbildung 11: Entwicklung der Gesamteigenanteile im ersten Jahr nach Heimeinzug im Status quo (in Preisen des Jahres 2025) 62

Abbildung 12: Entwicklung der Gesamtausgaben der SPV und des ausgabendeckenden Beitragssatzes im Status quo (in Preisen des Jahres 2025) 63

Abbildung 13: Entwicklung der Gesamtausgaben des Reformvorschlags im Voll- und Einführungsmodell im Vergleich zum Status quo (in den Preisen des Jahres 2025) 67

Abbildung 14: Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes des Reformvorschlags im Voll- und Einführungsmodell im Vergleich zum Status quo 67

Abbildung 15: Beitragssatzentwicklung bei Voll- und Einführungsmodell ohne und mit Refinanzierung 69

Abbildung 16: Beitragssatzentwicklung Reformvorschlag Voll- und Einführungsmodell inklusive Refinanzierung im Vergleich zum Status quo 70

Abbildung 17: Entwicklung des Beitragssatzes im Vollmodel und Einführungsmodell ohne Steuerzuschuss 71

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leistungsausgaben pro versicherte Person in beiden Teilkollektiven in den beiden Zweigen der Pflegevolksversicherung im Jahr 2022/3 17

Tabelle 2: Eingeschlossene Reformvorschläge und Positionspapiere 25

Tabelle 3: Ausgeschlossene Reformvorschläge und Positionspapiere 26

Tabelle 4: Zuordnung der Stellschrauben zu Kategorien 28

Tabelle 5: Übersicht der Ergebnisse der Analyse der Reformvorschläge und Positionspapiere 29

Tabelle 6: Übersicht der Ergebnisse der Analyse der Reformvorschläge und Positionspapiere 30

Tabelle 7: Leistungsdynamisierung der Hauptleistungsarten im Status Quo 45

Tabelle 8: Beschreibung der Methoden zur Fortschreibung der Ausgaben der SPV 46

Tabelle 9: Einbezogene Einnahmearten der Personengruppen im Status quo 47

Tabelle 10: Ermittlung der pflegebedingten Kosten für stationäre Pflege 2025 in Reformstufe 1 50

Tabelle 11: Minimale Leistungshöhen der SPV für stationäre Pflege im Jahr 2025 bei Reformstufe 1 50

Tabelle 12: Ermittlung der durchschnittlichen Leistungshöhen der SPV für stationäre Pflege 2025 in Reformstufe 1 50

Tabelle 13: Pflegebedingte Kosten für die Hauptleistungsarten 2025 in Reformstufe 2 52

Tabelle 14: Maximale Sockelbeträge für die Hauptleistungsarten 2025 in Reformstufe 2 52

Tabelle 15: Minimale Leistungshöhen der SPV für die Hauptleistungsarten 2025 in Stufe 2 52

Tabelle 16: Einbezogene Einnahmearten ab Reformstufe 2 53

Tabelle 17: Pflegebedingte Kosten für die ehemaligen Hauptleistungsarten in Reformstufe 3 55

Tabelle 18: Pflegebedingte Eigenanteile für die ehemaligen Hauptleistungsarten in Reformstufe 3 55

Tabelle 19: Leistungen der SPV für die ehemaligen Hauptleistungsarten in Reformstufe 3 55

Tabelle 20: Entwicklung der monatlichen pflegebedingten Kosten und der Eigenanteile in der vollstationären Pflege im Status quo (in Preisen des Jahres 2025) 59

Tabelle 21: Entwicklung der Leistungen der SPV für die Hauptpflegearten differenziert nach Pflegegrad (in Preisen des Jahres 2025) 60

Tabelle 22: Leistungshöhen und Eigenanteile bei heutigen stationären Leistungen in den Jahren 2026, 2028, 2030 und 2060 bei maximalem Sockel 64

Tabelle 23: Leistungshöhen und Eigenanteile bei heutigen ambulanten Sachleistungen in den Jahren 2026, 2028, 2030 und 2060 bei maximalem Sockel 65

Tabelle 24: Leistungshöhen und Eigenanteile bei heutigem Pflegegeld in den Jahren 2026, 2028, 2030 und 2060 bei maximalem Eigenanteil 66

Tabelle 25: Übersicht zum zeitlichen Verlauf der Refinanzierungselemente 68

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung
AK	Ausbildungskosten
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BBPE	Beitragspflichtige Einnahmen
EEE	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
MBP	Medizinische Behandlungspflege
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PUEG	Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung

Executive Summary

Im vorliegenden Gutachten wird ein Gesamtkonzept zu einer Alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung vorgestellt, bei der die soziale Pflegeversicherung mittels einer Finanz- und Strukturreform zu einer Vollversicherung mit begrenzten Eigenanteilen weiterentwickelt wird, die eine sektorenfreie Versorgung ermöglicht. Ziel des Gesamtkonzeptes ist die Schaffung von individuellen Pflegearrangements, in denen quantitativ und qualitativ bedarfsorientierte Leistungen für alle pflegebedürftigen Personen bereitgestellt werden, ohne dass hierdurch ein Verarmungsrisiko entsteht. Durch entsprechende Refinanzierungsmaßnahmen wird sichergestellt, dass die Beitragssatzentwicklung dabei unterhalb der Entwicklung im Status quo liegt.

Für diese Reform wird zudem ein Zeitplan entwickelt, der diese Vision einer weiterentwickelten Pflegeversicherung in drei aufeinander aufbauenden Reformschritten abbildet. Entlastungen für pflegebedürftige Personen sind bereits im Sofortprogramm vorgesehen, das schon ab 2026 wirken soll. Insgesamt sieht der Zeitplan vor, die Neugestaltung des Systems bis 2030 abzuschließen.

Durch Umfinanzierung ordnungspolitisch falsch zugeordneter Leistungsbestandteile und einen Sockel-Spitze-Tausch reduziert und begrenzt bereits das Sofortprogramm das finanzielle Risiko von Pflegebedürftigkeit sowohl in Bezug auf die monatliche Höhe der Eigenanteile als auch über die gesamte Zeitdauer der Pflegebedürftigkeit in der stationären Pflege. In der zweiten Reformstufe werden auch im ambulanten Bereich bedarfsorientierte Leistungen eingeführt. Beim Bezug beruflich erbrachter Pflegeleistungen zahlen die pflegebedürftigen Personen ab Inkrafttreten der zweiten Reformstufe einen monatlichen Sockelbetrag in Höhe von 25 % der pflegebedingten Kosten, höchstens allerdings 700 Euro. Zusätzlich wird ein Gesamteigenanteil in Höhe von 25.200 Euro festgelegt, den die pflegebedürftigen Personen über die gesamte Dauer ihrer Pflegebedürftigkeit maximal zu entrichten haben. Über den Sockelbetrag hinausgehende pflegebedingte Kosten werden bis zu einem individuell als bedarfsgerecht zugemessenen Umfang durch die Pflegeversicherung übernommen. Die zivilgesellschaftliche Übernahme der Pflegeleistungen wird ebenfalls auf den Gesamteigenanteil angerechnet. Ist der Gesamteigenanteil vollständig abgegolten, wirkt die Pflegeversicherung als Vollversicherung weiter. Mit diesen Maßnahmen ist die Sektorentrennung leistungsrechtlich aufgehoben. In der dritten Reformstufe wird ein einheitliches sektorenfreies Leistungserbringungs- und Ordnungsrecht etabliert, sodass die Sektoren ab diesen Zeitpunkt nicht mehr existieren.

Die Differenzierung in einen ambulanten und einen stationären Sektor wird durch die Strukturreform somit aufgehoben und das Pflegesystem entlang einer Trennlinie Pflege/Wohnen neu organisiert. Hierzu werden individuell bedarfsorientierte Leistungen für jeden Pflegebedürftigen bemessen und in ein Budget überführt, das zur Ausgestaltung eines individuellen Pflegearrangements unabhängig vom Wohnort des Pflegebedürftigen genutzt werden kann. Die Pflegeleistungen werden dabei in einem individuellen Zusammenwirken von beruflichen und zivilgesellschaftlichen Leistungserbringern sektorenfrei organisiert. Dies ermöglicht den Einbezug von zivilgesellschaftlicher Pflege auch dort, wo heute nur eine Vollversorgung möglich ist. Hierdurch wird die berufliche Pflege entlastet und werden die Versorgungskapazitäten insgesamt erhöht. Die zivilgesellschaftliche Übernahme von Pflegeleistungen wird dabei durch ein reformiertes Pflegegeld 2.0 weiter angereizt, das nun direkt an die jeweilige Pflegeperson ausgezahlt wird und an eine verbindliche Leistungsübernahme gebunden ist.

Die durch die Reform ausgelösten Mehrausgaben können durch Steuerzuschüsse, eine Verbeitragung anderer Einkommensarten, eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und einen Finanzausgleich mit der Privatversicherung soweit gegenfinanziert werden, dass der Beitragssatz im Vergleich zum Status quo sogar sinkt.

Vorwort

Das vorliegende Gutachten baut auf zwei Vorgängergutachten zur Alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung von Rothgang & Kalwitzki aus dem Jahre 2017 sowie Rothgang, Kalwitzki & Cordes aus dem Jahr 2019 auf. Im ersten Gutachten wurden der *Sockel-Spitze-Tausch* und die *sektorenfreie Versorgung* als zwei unabhängige Grundideen entwickelt und in vier Szenarien kombiniert. Das Kombinationsszenario, in dem beide Grundideen vollständig umgesetzt werden, erwies sich dabei als systematisch wirkungsvollste Alternative. Im zweiten Gutachten wurde daher dieses Kombinationsszenario wieder aufgegriffen und seine *konkreten Ausgestaltungsoptionen* weiter ausgearbeitet. So konnte nachgewiesen werden, dass es auch praktisch möglich ist, alle systematischen Anforderungen für die Umsetzung der Gesamtvision zu erfüllen. In dem vorliegenden dritten Gutachten wird nunmehr ein *Einführungsfahrplan* entworfen, der es erlaubt, die Gesamtvision in drei aufeinander folgenden Schritten umzusetzen.

Im Vorwort des zweiten Gutachtens wurde gefordert, die darin enthaltenen Überlegungen in einem gesellschaftlichen Prozess weiterzuentwickeln. Tatsächlich wurden beide Gutachten nach ihrer Veröffentlichung breit diskutiert und dienten als Basis für eine Reihe weiterer anschließender oder aufbauender Konzepte anderer Akteure. Als gemeinsame Argumentationslinien dieser Konzeptstränge wurden vor allem die Forderung nach einer sektorenfreien Leistungserbringung in der Langzeitpflege, nach einer Begrenzung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege, nach bedarfsgerechten Leistungsumfängen für die Pflegebedürftigen auch in der häuslichen Pflege und nach einer solidarischeren Finanzierung dieser Leistungen genannt.

Weitgehend unabhängig von dieser wesentlich durch Verbände und einzelne Leistungsanbieter vorangetriebenen konkreten Konzeptdiskussion hat auch die Bundespolitik die hier angesprochenen Reformbedarfe dem Grundsatz nach anerkannt. Die Umsetzung blieb – trotz einer Vielzahl anzuerkennender Einzelmaßnahmen – jedoch in den Folgejahren weit hinter der angekündigten Systemneuausrichtung zurück. Die im Koalitionsvertrag der vergangenen Ampel-Regierung explizit angesprochene Expertenkommission, die bis 2023 konkrete Vorschläge zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung hätte erarbeiten sollen, wurde nicht eingerichtet. Erarbeitet wurde allerdings von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe ein Bericht, der inhaltlich die zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung thematisiert (Bundesregierung 2024). Dieser beruft sich in weiten Teilen auf ein Auftragsgutachten des IGES-Instituts (IGES 2024a; 2024b). Anstatt konkrete Reformvorschläge zu unterbreiten stellt der Bericht aber lediglich Reformszenarien und die darin enthaltenen Stellschrauben deskriptiv nebeneinander.

Die Bundesregierung war nicht mehr in der Lage, die Erkenntnisse dieses Berichtes ausführlich zu bewerten und in ein eigenes Reformkonzept zu integrieren. Für diese Aufgabe können aber die bereits genannten Vorarbeiten genutzt werden. So werden im nachfolgend beschriebenen Reformkonzept die oben angesprochenen inhaltlichen Reformideen zur sektorenfreien Leistungserbringung mit bedarfsgerechten Leistungsumfängen in der Langzeitpflege als Kern einer Strukturreform weiterentwickelt. Für die ebenfalls erforderliche Finanzreform werden verschiedene Stellschrauben aus dem Bericht der Bundesregierung kombiniert.

Die Entwicklung der Reformkonzeption wurde in einem Diskussionsprozess durchgeführt, in dem insgesamt 26 Reformkonzepte der Jahre 2019 bis 2024 aufbereitet und in zwei Resonanzgruppensitzungen durch Leitungspersönlichkeiten des Pflegesystems bewertet wurden. Ohne diese Inputs wäre das Gutachten in der vorliegenden Form nicht zustande gekommen. Den Teilnehmenden dieser Resonanzgruppen gilt daher unser ganz besonderer Dank.

1 Einleitung

Die Einführung der Pflegeversicherung zum 1.1.1995 stellt einen Meilenstein der sozialpolitischen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland dar. Mit ihr wurde das Risiko, im Lebensverlauf pflegebedürftig zu werden, als allgemeines Lebensrisiko anerkannt und eine entsprechende Absicherung für die finanziellen Folgen einer eingetretenen Pflegebedürftigkeit geschaffen. Die Ausgestaltung wies allerdings gravierende *Geburtsfehler* auf (Rothgang 2025). So wurde die problematische Dualität von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung (Rothgang & Domhoff 2025) ebenso aus der Krankenversicherung übernommen wie die innovationshemmende strikte sektorale Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Anders als in der Krankenversicherung wurde auf eine explizite Bedarfsorientierung in der Leistungsbemessung verzichtet. Zu Gunsten der Kostenkontrolle wurden stattdessen pauschale oder in ihrer Höhe begrenzte Leistungen vorgesehen, für deren Gewährung zudem ein enger Pflegebedürftigkeitsbegriff vorgesehen wurde, der vor allem auf somatische Pflegebedarfe abgestellt hat. Mit Ausnahme der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die nach mehr als 10jähriger Diskussion im Jahre 2017 umgesetzt wurde (siehe Rothgang 2022 für eine Analyse dieses Prozesses), sind allerdings bisher keine systematischen Korrekturen der benannten Geburtsfehler erfolgt, die vielmehr immer noch auf ihre Bearbeitung warten.

Im hier vorliegenden Gutachten wird eine solche Systemreform gemeinsam mit einer nachhaltig wirkenden Finanzreform skizziert. Hierzu wird zuerst die aktuelle Ausgestaltung der Pflegeversicherung mit wesentlichen Zielsetzungen einer funktionalen Pflegeversicherung abgeglichen, und aus den erkennbaren Differenzen werden Reformbedarfe abgeleitet (Kapitel 2). Darauffolgend werden in Kapitel 3 Lösungsansätze aus 26 bereits vorliegenden Reformkonzepten und Positionspapieren analysiert, in Bezug auf die erarbeiteten Reformbedarfe bewertet und schließlich zu einem Gesamtkonzept in drei Reformstufen zusammengeführt. Die Wirkungen und Effekte des Reformkonzepts werden dann in Modellrechnungen abgeschätzt, deren methodische Grundlagen und Datenbasis in Kapitel 4 erläutert und deren Ergebnisse in Kapitel 5 dargestellt werden. Abschließend wird in Kapitel 6 eine zusammenfassende Bewertung abgegeben und ein Fazit gezogen. Im Anhang werden die Ergebnisse der Vorausberechnungen zusätzlich für den gesamten betrachteten Zeitraum auf Jahresbasis dargestellt.

2 Reformbedarf

In Bezug auf den aktuellen Zustand der Pflegeversicherung besteht seltene Einigkeit: Die Pflegeversicherung ist reformbedürftig. Die dabei am intensivsten diskutierten Problem sind die gefährdete *Versorgungssicherheit* aufgrund unzureichender Pflegekapazitäten und *Finanzierungsprobleme*. Notwendigen Maßnahmen zur Bekämpfung des Pflegekräftemangels und zur Steigerung der Versorgungskapazitäten erhöhen dabei in der Regel die Ausgaben für Pflege und verschärfen damit das doppelte Finanzierungsproblem: die steigende Eigenanteile der Pflegebedürftigen und die steigenden Beitragssätze der Pflegeversicherung.

Das nachfolgende Gutachten thematisiert sowohl die finanzielle als auch die personelle Dimension des Problems. Abschnitt 2.1 ist dem Reformbedarf der Pflegeversicherung in Bezug auf *die Begrenzung der Eigenanteile* gewidmet, während Abschnitt 2.2 sich mit den Reformerfordernissen auf der *Einnahmenseite der Pflegeversicherung* beschäftigt. Neben den Finanzierungsfragen haben aber auch Fragen nach der *individuellen Ausgestaltung von Pflegearrangements* und der *Versorgungssicherheit* an Bedeutung gewonnen. So waren die Pflegestrukturen bei Einführung der Pflegeversicherung noch weitgehend durch eine Dichotomie von häuslicher Pflege durch die Familie auf der einen und vollstationärer Pflege in Pflegeheimen auf der anderen Seite geprägt, was mit einer sektoralen Trennung der Pflegeversicherungsleistungen kompatibel war. Inzwischen ist diese dichotome Betrachtungsweise jedoch nicht mehr zeitgemäß. Vielmehr haben sich vielfältige hybride Versorgungsformen zwischen den Sektoren herausgebildet, die in unterschiedlicher Weise Pflege durch Familien, An- und Zugehörige unter Einbeziehung der Zivilgesellschaft mit formeller Pflege durch Pflegeeinrichtungen verbinden. Ein weiterer Ausbau derartiger Versorgungsstrukturen wäre möglich, wenn Leistungs-, Leistungserbringungs- und Ordnungsrecht nicht strikt sektoral gegliedert wären. Solche ambulantisierten Wohn- und Pflegeformen, deren Entwicklung nach § 45f SGB XI ausdrücklich gefördert wird, sind in ihrer Genese auch Ausdruck einer stärkeren Individualisierung der Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen, scheitern in ihrer Umsetzung jedoch häufig an der Leistungsstruktur der Pflegeversicherung. Welche Anforderungen an eine Strukturreform zu stellen sind, die dem entgegenwirkt, wird in Abschnitt 2.3 diskutiert.

2.1 Lebensstandardsicherung und Eigenanteile

Die Ableitung von Reformbedarfen aus einer aktuellen Situationsanalyse ist nur in Hinblick auf Zielsetzungen oder als wünschenswert erachtete Zustände möglich, die als normative Maßstäbe einer Bewertung dienen können. Dies gilt für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen gleichermaßen wie für Finanzierungsfragen.

In Abschnitt 2.1.1 werden daher zunächst Bewertungsmaßstäbe für die Finanzierungsdimension dargelegt, die in Abschnitt 2.1.2 mit der aktuellen Situation abgeglichen werden. Hieraus lassen sich Reformnotwendigkeiten in Bezug auf Lebensstandardsicherung und Eigenanteile ableiten, die für eine Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung handlungsleitend sind (Abschnitt 2.1.3).

2.1.1 Bewertungsmaßstäbe für die Finanzierung von Pflegeleistungen

Als Bewertungsmaßstäbe für die Ausgestaltung der Pflegeversicherung können zum einen allgemeine sozialstaatliche Prinzipien herangezogen werden und zum anderen die Überlegungen, die zur Einführung der Pflegeversicherung geführt haben und damit die Ziele der Pflegeversicherung zum Einführungszeitpunkt widerspiegeln.

In der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung wird Deutschland als Prototyp eines konservativen Wohlfahrtsstaats angesehen (Esping-Andersen 1990). Im konservativen Wohlfahrtsstaat folgt die

Leistungsgestaltung dem Leitbild der *Lebensstandardsicherung*. Der Wohlfahrtsstaat soll sicherstellen, dass der erarbeitete Lebensstandard und die gesellschaftliche Position gegen die allgemeinen Lebensrisiken abgesichert werden. Damit werden Anreize gesetzt, durch eigene (Bildungs- und Arbeits-) Anstrengungen einen gewissen Lebensstandard zu erreichen, der dann sozialstaatlich abgesichert wird. Der konservative Wohlfahrtsstaat geht daher über eine existenzsichernde Mindestsicherung hinaus, die den liberalen Wohlfahrtsstaat als Gegenmodell kennzeichnet, zielt aber nicht auf Umverteilung um die Umverteilung willen ab, wie dies für den sozialdemokratischen (skandinavischen) Wohlfahrtsstaat charakteristisch ist.

Diesem Leitbild entsprechend wurden in Deutschland bereits früh die allgemeinen Lebensrisiken Krankheit, Alter/Langlebigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit durch Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung und Arbeitslosenversicherung abgesichert, sodass das Eintreten eines solchen sozialen Tatbestandes nicht zu einem sozialen Abstieg führt. Für den Fall der Pflegebedürftigkeit gab es bis zur Einführung der Pflegeversicherung dagegen *keinen* entsprechenden Mechanismus. Als das Kuratorium Deutsche Altershilfe das Thema der fehlenden sozialstaatlichen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit 1974 durch ein Gutachten auf die politische Agenda setzte, wurde das 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 und zu Almosenempfängern werden, wurde als eines modernen Sozialstaats unwürdig kritisiert (Pabst/Rothgang 2000; Götze/Rothgang 2014). Die Beendigung dieses Zustands wurde zum expliziten Ziel der Pflegeversicherung. Entsprechend wurde im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung als Ziel der im Jahr 1995 eingeführten Pflegeversicherung formuliert:

> *„Die Pflegeversicherung soll … bewirken, daß in der überwiegenden Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist; wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen“*
>
> *(Gesetzesbegründung PflegeVG E: 2)*

Effektiv in Bezug auf dieses Kriterium ist die Pflegeversicherung also nur, insoweit es ihr gelingt, einen sozialen Abstieg aufgrund von Pflegebedürftigkeit *im Regelfall* zu vermeiden. Dies bezieht sich aber nicht nur auf die Höhe der durchschnittlichen, bei Pflegebedürftigkeit in jedem Monat selbst zu tragenden Kosten, sondern auch auf das Risiko sehr hoher Gesamtkosten im Lebensverlauf, die durch ein hohes Ausmaß an Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit einer langen Dauer von Pflegebedürftigkeit entstehen können. Die Ausgestaltung der Pflegeversicherung ist daher unter anderem daran zu messen, wie sie mit diesen Risiken umgeht.

Zum Einführungszeitpunkt wurde das Sozialhilferisiko durch Pflegebedürftigkeit im Wesentlichen in Hinblick auf die schon damals hohen Kosten einer stationären Langzeitpflege diskutiert. Um hier das Ziel der Lebensstandardsicherung zu erreichen, sollte die Pflegeversicherung daher die pflegebedingten Kosten der Heimversorgung – dem Gedanken nach also die zusätzlichen Kosten, die ohne das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit nicht entstehen würden – übernehmen.

Zur Abgrenzung wurden die Heimentgelte – dem sogenannten „Dreiteilungsvorschlag“ der Arbeiterwohlfahrt von 1976 (AWO 1976) folgend – in § 82 SGB XI in die Bestandteile Pflegevergütung, Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert in Rechnung gestellte betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen aufgeteilt. Hiervon sollten die Pflegekassen die pflegebedingten Aufwendungen finanzieren, die öffentliche Hand die Investitionskosten und die Pflegebedürftigen lediglich die sogenannten „Hotelkosten“ der vollstationären Versorgung, also die Kosten für Unterkunft und Verpflegung.

Dass die Versicherungsleistungen die gesamten durchschnittlichen Pflegevergütungen im Pflegeheim abdecken sollen, wird auch im 1. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung noch einmal klargestellt:

> *„Die Pflegeversicherung … soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken."*
>
> *(BMA 1997: 8f.)*

Entgegen dem heute oft vorgebrachten Argument, dass die Pflegeversicherung als „Teilkaskoversicherung" eingeführt wurde und daher konzeptionell immer Eigenanteile der Pflegebedürftigen an den pflegebedingten Kosten vorgesehen habe, kann also festgehalten werden, dass zwar eine *Teilleistungsversicherung* eingerichtet wurde, durch die jedoch *alle pflegebedingten Aufwendungen* vollständig von der Kasse finanziert werden sollten. Die ursprüngliche Konzeption der Pflegeversicherung entspricht damit dem, was heute als „Vollversicherung" bezeichnet wird und sich ebenfalls nur auf die pflegebedingten Kosten – heute allerdings inklusive der Ausbildungsumlage – bezieht (Rothgang 2025b).

Insofern sind sogar alle Forderung nach einer „Vollversicherung" gänzlich ohne Eigenanteile, wie sie beispielsweise vom „Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung" erhoben wird, die aber auch von führenden Unionspolitikern aus den Bundesländern (Holetschek, Laumann, Kretschmer) ins Spiel gebracht wurde, nicht mehr als eine Rückbesinnung auf die ursprünglichen Ziele der Pflegeversicherung.

An dieser Zielvorgabe muss sich die Pflegeversicherung messen lassen.

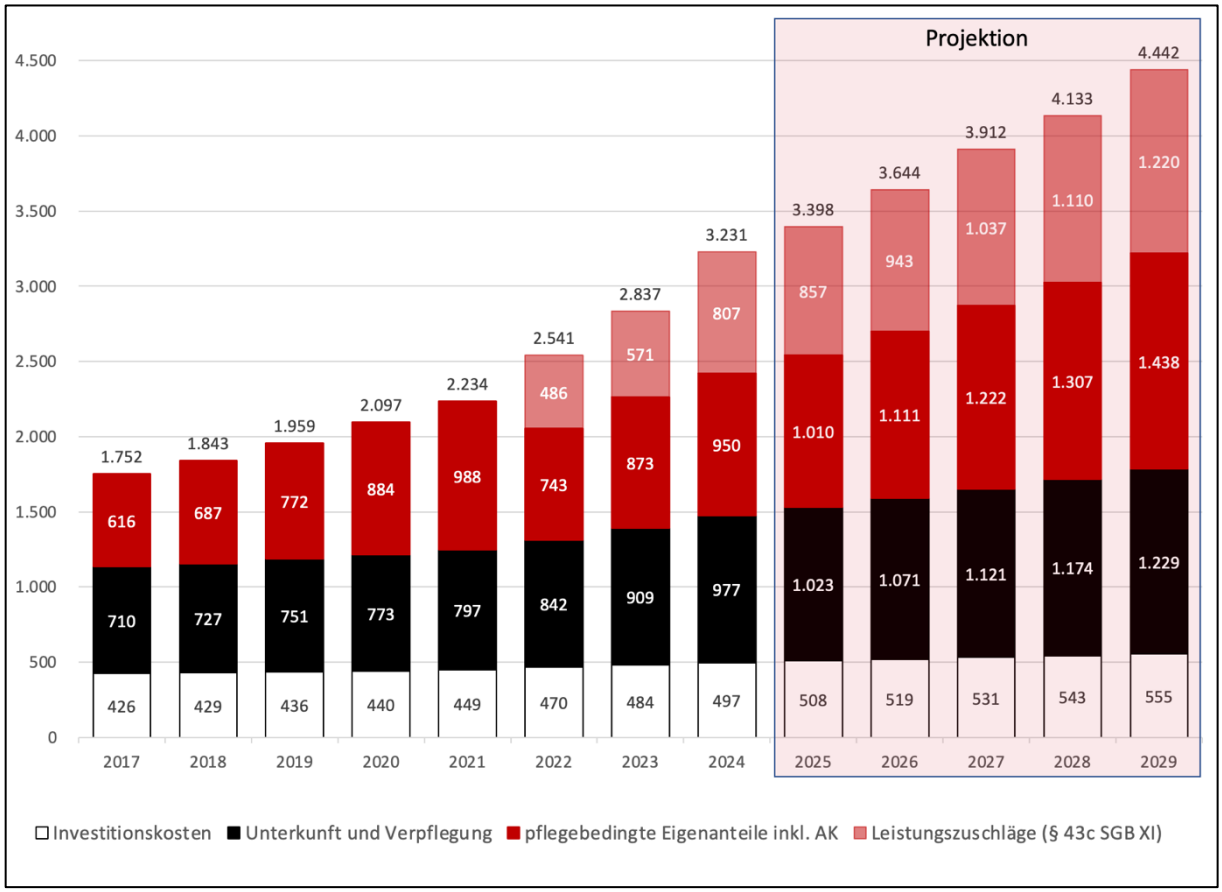
2.1.2 Entwicklung der Eigenanteile

Der vorstehend formulierte Anspruch, dass die Pflegeversicherung leistungsseitig für eine vollständige Übernahme der pflegebedingten Entgeltbestandteile der Heimvergütung sorgen solle, konnte in den ersten Jahren ihrer Existenz noch durchschnittlich erfüllt werden. Bereits im Jahr 1999 war dies aber schon nicht mehr der Fall, und es wurden in allen Pflegestufen Eigenanteilszahlungen erforderlich (Roth/Rothgang 1999).

Seitdem haben diese Eigenanteile an den Pflegekosten eine fast kontinuierlich wachsende Entwicklung genommen. So haben sich die durchschnittlichen monatlichen pflegebedingten Eigenanteile von 1999 bis Ende des Jahres 2016 von 277 Euro auf etwa 600 Euro mehr als verdoppelt. Die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade im Jahr 2017 sorgte dann erstmalig für eine merkliche Entlastung der Pflegebedürftigen und senkte den Eigenanteil um rund 40 Euro pro Monat ab (Rothgang et al. 2019). Auch der im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11.07.2021 (BGBl. I, S. 2754) erstmalig eingeführte *Leistungszuschlag* zu den Eigenanteile, der je nach Dauer des Heimaufenthalts 5 % (bei einer Dauer von bis zu einem Jahr), 25 % (bei 1–2 Jahren), 45 % (bei 2–3 Jahren) bzw. 70 % (bei mehr als 3 Jahren) der pflegebedingten Eigenanteile (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil und Ausbildungskosten) betrug, hat bei seiner Einführung im Januar 2022 zwar zu einem kurzfristigen Rückgang der Eigenanteile geführt, dieser Effekt wurde aber bald durch die folgenden Anstiege wieder überkompensiert. Abbildung 1 enthält die Eigenanteile bei einer gemittelten Aufenthaltsdauer der Pflegebedürftigen ebenso wie die Höhe der durchschnittlichen Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI. Bereits im Dezember 2023 lagen die Gesamteigenanteile demnach wieder höher als zwei Jahre zuvor und damit vor Einführung der Leistungszuschläge. Hierfür sind nicht zuletzt die von der Konzertierten Aktion Pflege angestrebten (BMG 2019) und ebenfalls im GVWG eingeführten Verpflichtungen zur Bezahlung der Pflegekräfte nach Tarif, in Anlehnung an einen Tarif oder zumindest gemäß dem regional üblichen Entgeltniveau und die Verbesserung der Personalausstattung in Heimen ausschlaggebend,

die zu entsprechenden Anstiegen der Pflegesätze geführt und damit den Entlastungen für die Pflegebedürftigen entgegengewirkt haben.

Abbildung 1: Bundesdurchschnittliche Eigenanteile in der vollstationären Pflege zum Dezember eines jeden Jahres (in Euro pro Monat)



Quelle: Eigene Darstellung; bis 2024 auf Basis von Daten des WIdO; ab 2025 für Eigenanteile mittleres Projektionsszenario des WIdO (2025), für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten durchschnittliche Steigerung (geometrisches Mittel) der Jahre 2017-2024.

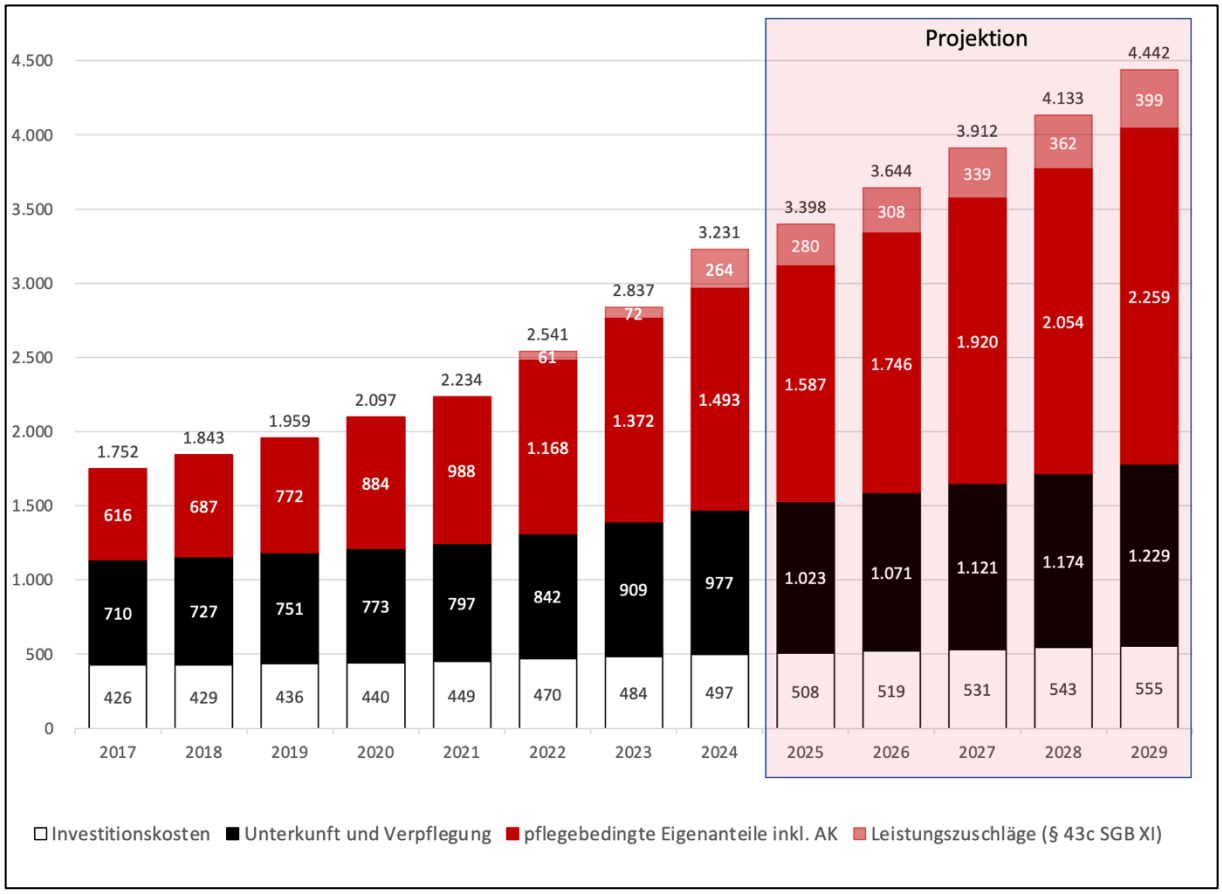
Anmerkung: Die Kostensätze beziehen sich auf den Dezember des jeweiligen Jahres. Steigerungen der Versicherungsleistungen zum Januar des Folgejahres sind aber bereits bei der Berechnung der Eigenanteile für den Dezember berücksichtigt.

Angesichts der weiterhin stark steigenden Eigenanteile wurden im Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) vom 23.06.2023 (BGBl. I, Nr. 155) zum 1.1.2024 die von der Aufenthaltsdauer abhängigen Leistungszuschläge angehoben. Diese betragen nun 15 % (bei einer Dauer von bis zu einem Jahr), 30 % (bei 1–2 Jahren), 50 % (bei 2–3 Jahren) bzw. 75 % (bei mehr als 3 Jahren) der pflegebedingten Eigenanteile (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil und Ausbildungskosten). Zudem wurden die Leistungen bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 SGB XI zum 1.1.2025 geringfügig angehoben. Trotz dieser erneuten Leistungsausweitung ist der durchschnittliche Eigenanteil Anfang 2025 auf einen neuen Höchstwert angestiegen – und das obwohl hier eine mittlere Aufenthaltsdauer mit der entsprechenden Höhe des Leistungszuschlages einberechnet wird.

Noch deutlich höher liegen die privat zu tragenden Eigenanteile bei kurzen Aufenthaltsdauern. So lagen die durchschnittlichen pflegebedingten Eigenanteile im ersten Jahr nach Heimeinzug im Jahr 2024

bei 1.493 Euro pro Monat (Abbildung 2) und damit noch einmal 543 Euro über dem Wert bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer.

Abbildung 2: Bundesdurchschnittliche Eigenanteile in der vollstationären Pflege zum Dezember eines jeden Jahres im ersten Jahr der vollstationären Pflege (in Euro pro Monat)



Quelle: Eigene Darstellung; bis 2024 auf Basis von Daten des WIdO; ab 2025 für Eigenanteile mittleres Projektionsszenario des WIdO (2025), für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten durchschnittliche Steigerung (geometrisches Mittel) der Jahre 2017-2024.

Anmerkung: Die Kostensätze beziehen sich auf den Dezember des jeweiligen Jahres. Steigerungen der Versicherungsleistungen zum Januar des Folgejahres sind aber bereits bei der Berechnung der Eigenanteile für den Dezember berücksichtigt.

Darüber hinaus müssen Heimbewohner nicht nur die Eigenanteile bei den Pflegeentgelten tragen, sondern auch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und für die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten. Wie die Abbildungen ebenfalls zeigen, lagen die dadurch zusätzlich vom Heimbewohner aufzubringenden Entgelte bundesdurchschnittlich im Jahr 2024 bereits bei 1.474 Euro, sodass die gesamten privaten Zuzahlungen bei Heimeinzug bundesdurchschnittlich sogar 2.967 Euro betrugen. Im ersten Jahr der Heimpflege lagen die Werte sogar bei knapp 3.000 Euro.

Da die Leistungsdynamisierungen bis 2029 bereits gesetzlich geregelt sind, können darüber hinaus Vorausberechnungen angestellt werden. Wie Abbildung 1 und Abbildung 2 zeigen, liegen die projizierten durchschnittlichen monatlichen Gesamteigenanteile im Jahr 2029 bereits bei 3.200 Euro bei einem entsprechend der Dauer der Heimpflege gewogenen Mittelwert bzw. 4.000 Euro im ersten Jahr (in jeweiligen Preisen).

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die im Titel des § 43c SGB XI formulierte „Begrenzung“ der Eigenanteile nicht erreicht wurde. Durch die anteiligen Leistungszuschläge wurde lediglich eine kurzfristige Entlastung der Pflegebedürftigen erreicht, die aber binnen kürzester Zeit wieder von den Steigerungen der Heimpreise eingeholt wurden. Zum 1.1.2025 sind die pflegebedingten Eigenanteile höher als je zuvor, übersteigen die durchschnittlichen Alterseinkommen erkennbar und führen dazu, dass die Zielvorgabe, einen sozialen Abstieg in Folge von Pflegebedürftigkeit *im Regelfall* zu vermeiden, verfehlt wird.

2.1.3 Bedarfsorientierung bei nachhaltiger Begrenzung der Eigenanteile als Reformnotwendigkeit

Bis zur Einführung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI im Jahr 2022 wurden alle mit steigenden Pflegesätzen verbundenen Kostensteigerungen vollständig an die Pflegebedürftigen weitergeleitet, da die bis dahin verfügbaren Leistungen der Pflegeversicherung als Festbeträge ausgestaltet waren, die regelmäßig niedriger waren als die Pflegesätze. Dies hat sich durch die Leistungszuschläge zum Vorteil der Pflegebedürftigen verändert. Auch heute sind aber im ersten Jahr des Heimaufenthalts 85 % der Einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE), der Ausbildungskosten und damit letztlich auch der vorab nicht kalkulierbaren Preissteigerungen von den Pflegebedürftigen privat zu tragen. Zwar reduzieren sich diese Eigenanteile mit steigender Heimaufenthaltsdauer weiter. Die in Abschnitt 2.1.2 ausgewiesenen aktuellen und für die Zukunft projizierten Werte zeigen aber, dass bei Heimeinzug die große Mehrheit der Pflegebedürftigen die Finanzierung der Eigenanteile nicht aus Alterseinkünften bestreiten kann und zum Vermögensverzehr gezwungen ist. Die Pflegeversicherung ist somit nicht (mehr) in der Lage, ihre Funktion zu erfüllen, den Lebensstandard zu sichern und die Eigenanteile so weit zu begrenzen, dass sie für die große Mehrheit der Pflegebedürftigen finanzierbar ist, ohne zum Sozialhilfeempfänger zu werden. Eine Reform zur *nachhaltigen Begrenzung der Eigenanteile* ist daher unabweisbar.

Zur nachhaltigen Wirkung muss dabei sichergestellt werden, dass die steigenden Heimkosten nicht mehr hauptsächlich von den Pflege*bedürftigen*, sondern von der wesentlich größeren Zahl der Pflege*versicherten* übernommen werden. Dabei ist aber weder die kerninflationsorientierte und auf die Bruttolohnentwicklung beschränkte Dynamisierung der stationären Leistungssätze des § 43 SGB XI, wie sie in § 30 SGB XI festgelegt ist, noch eine wiederholte diskretionäre und retrospektive Anpassung der Leistungszuschläge des § 43c SGB XI letztendlich zielführend. Diese Maßnahmen können die vergangenen und zukünftig erwarteten Entgeltsteigerungen in der vollstationären Pflege nicht oder nicht in ausreichendem Maße kompensieren.

Notwendig ist vielmehr eine Systemreform, bei der die Logik der Pflegeversicherung umgekehrt und an die der Krankenversicherung angepasst wird. Wie in der Krankenversicherung müssen Pflegeleistungen von der Pflegeversicherung in *bedarfsnotwendigem Umfang* zur Verfügung gestellt werden, während die Pflegebedürftigen – neben den nach wie vor privat aufzubringenden Kosten für Wohnen und Lebenshaltung – nur einen begrenzten im Folgenden als „Sockel“ bezeichneten Betrag zu den Pflegekosten zuschießen. In Abschnitt 3 wird diese Umkehrung als „Sockel-Spitze-Tausch“ bezeichnet.

2.2 Refinanzierung der Pflegeversicherung

Auch in Bezug auf die Refinanzierung der Pflegeversicherung werden nachfolgend die wichtigsten Reformbedarfe durch einen Vergleich von normativen Zielsetzungen und der aktuellen Situation des Refinanzierungssystems herausgearbeitet. In Abschnitt 2.2.1 werden daher wiederum zunächst die Bewertungsmaßstäbe dargelegt, die in Abschnitt 2.2.2 mit den aktuellen Regelungen und deren Ergebnis

abgeglichen werden. Die sich ergebenden Reformnotwendigkeiten, die bei einer alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung zu adressieren sind, werden in Abschnitt 2.2.3 dargestellt.

2.2.1 Bewertungsmaßstäbe

Als Anfang der 1990er Jahre die konkrete Ausgestaltung der Pflegeversicherung ausgearbeitet wurde, war eine der wesentlichen Entscheidungen, die Struktur der Krankenversicherung mit einem gesetzlichen und einem privaten Pflichtteil zu duplizieren. Dies wird aufgrund seiner Auswirkungen bis heute oft als einer der „Geburtsfehler der Pflegeversicherung" bezeichnet und wurde in Bezug auf seine grundsätzliche Rechtmäßigkeit bereits früh einer juristischen Prüfung unterzogen.

Das Bundesverfassungsgerichts hat diesbezüglich in seinem Urteil aus dem Jahr 2001 ausgeführt, dass der Gesetzgeber die „*Pflegevolksversicherung*" zwar in zwei Zweigen einführen durfte, der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung, dies allerdings nur unter der Maßgabe einer „*ausgeglichenen Lastenverteilung*" (BVerfG 2001). Von einer solchen ausgeglichenen Situation kann – bei gleichem Leistungsrecht beider Versicherungszweige – nur dann ausgegangen werden, wenn diese entweder a) in ihrer Risikostruktur (Pflegerisiko) und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (Einkünfte) als strukturgleich betrachtet werden können oder b) die Unterschiede in Risikostruktur und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit durch einen entsprechenden finanziellen Transfer ausgeglichen werden.

In der sozialen Pflegeversicherung werden – bis auf eine kurze Episode steuerfinanzierter Unterstützung – die Einnahmen fast ausschließlich über Beiträge der Pflegeversicherten generiert. Daher führen alle Mehrausgaben der Pflegeversicherung ceteris paribus zur Notwendigkeit eines Beitragssatzanstiegs. Da der Beitragssatz bei einer bedarfsorientierten Sozialversicherung der „freie Parameter" ist, ist das zunächst systemkonform. Allerdings kann der Beitragssatz nicht unbegrenzt steigen, ohne die Arbeitsanreize empfindlich zu reduzieren, die durch die lebendstandardsichernde Funktion der Sozialversicherung gerade befördert werden sollen. Mit Beschluss vom 3. Juni 2020 hat die damalige Regierung daher das als „*Sozialgarantie 2021*" bezeichnete Ziel ausgegeben, dass der Gesamtsozialversicherungsbeitrag nicht über 40 % des Arbeitgeberbruttolohns steigen solle (Bundesregierung 2020). Auch wenn dieser Grenzwert willkürlich gewählt ist, und die Argumentation, nachdem der aktuelle IST-Wert zum normativen SOLL-Wert erhöht wird, ein klassischer „naturalistischer Fehlschluss" ist, verdeutlicht die Vorgabe doch das Empfinden, dass die Grenze einer Steigerung des Sozialversicherungsbeitrags in Sichtweite ist. Inzwischen beträgt der Gesamtsozialversicherungsbeitrag im Jahr 2025 bereits 41,9 Prozentpunkte und wird nach Projektionen ohne grundlegende Reformen bis 2035 auf bis zu 49 Prozentpunkte steigen (IGES 2025). Einen merklichen Beitrag hierzu leistet der Anstieg des Beitragssatzes der Pflegeversicherung. Es ist daher klar, dass auch der Beitragssatz zur Pflegeversicherung begrenzt werden muss und sein Anstieg in einem Reformmodell nicht oberhalb des Anstiegs im Status quo liegen sollte – besser darunter.

2.2.2 Derzeitige Situation

Vor diesem Hintergrund sind bei der Analyse der derzeitigen Situation insbesondere zwei Fragen zu untersuchen, nämlich ob die Lastenverteilung zwischen den beiden Zweigen der Pflegevolksversicherung wirklich „ausgewogen" ist und damit dem Bewertungsmaßstab des Bundesverfassungsgerichts genügt, und wie sich der Beitragssatz in der Vergangenheit entwickelt hat bzw. wie er sich in Zukunft im Status quo entwickeln wird.

2.2.2.1 Unausgeglichene Lastenverteilung

In der Risikostruktur der beiden Versicherungszweige sind deutliche Unterschiede zu erkennen. So weist die private Pflegeversicherung eine günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur sowie niedrigere alters- und geschlechtsspezifische Pflegeprävalenzen auf als die soziale Pflegeversicherung (Rothgang 2010 und 2011). Dies führt dazu, dass die Ausgaben für einen Sozialversicherten – bei gleichem Leistungsanspruch und gleichen Begutachtungskriterien – knapp doppelt so hoch sind wie die für einen Privatversicherten, selbst wenn für diesen die Beihilfeleistungen bereits berücksichtigt sind (Tabelle 1).

Tabelle 1: Leistungsausgaben pro versicherte Person in beiden Teilkollektiven in den beiden Zweigen der Pflegevolksversicherung im Jahr 2022/3

	(1) Leistungsausgaben (in Mrd. Euro)	(2) Versicherte (in Mio.)	(3) = (1) / (2) Leistungsausgaben pro versicherte Person (in Euro)	(4) = (3_{SPV}) / (3_{PPV}) Zahlenverhältnis der jeweiligen Pro-Kopf-Ausgaben
SPV (2023)	56,910	74,3	766	-
PPV (2022)	2,430	9,1	266	2,9
PPV zuzüglich Beihilfe	3,644	9,1	399	1,9

Anmerkung: Rund die Hälfte aller Privatversicherten hat Beihilfeansprüche. Die Höhe des Beihilfeanspruchs unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und dem Bund. Im Durchschnitt dürften für Beihilfeberechtigte aber rund 2/3 der Pflegekosten übernommen werden. Die von der PPV getragenen Leistungsausgaben betragen dann 0,5 × 1 + 0,5 × 1/3 = 2/3 der insgesamt von PPV und Beihilfe getragenen Ausgaben. Die Beihilfeausgaben für die Privatversicherten wurden daher mit 50 % der PPV-Ausgaben angesetzt.

Quellen: eigene Berechnungen basierend auf BMG 2025b; PKV-Verband 2024.

In Bezug auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit weisen die Privatversicherten im Durchschnitt ein fast doppelt so hohes Einkommen auf wie die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung (Rothgang & Domhoff 2025: 20). Würden die Privatversicherten eine Sozialversicherung nach den Regeln der sozialen Pflegeversicherung betreiben, läge der entsprechende Beitragssatz daher nur bei rund einem Drittel des Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung.

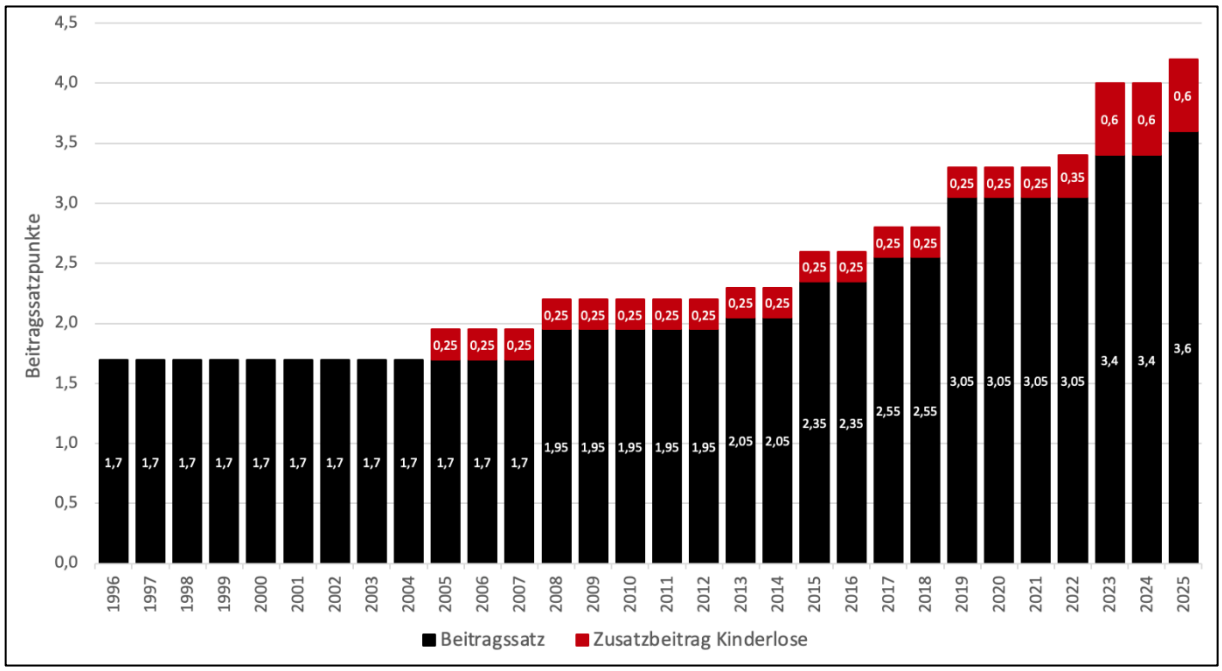
Das sogenannte „*duale System*“ der Sozial- und Privatversicherung, das es in gleicher Weise nirgendwo in der OECD-Welt gibt, führt daher zu einer eklatanten *Ungleichbehandlung*, bei der die „guten Risiken“ und die „schlechten Risiken“ in zwei verschiedenen Systemen versichert sind, die nur in sich selbst, aber nicht zwischen einander solidarisch sind. Da ferner bisher kein kompensierender Ausgleichsmechanismus eingerichtet wurde, besteht eine *unausgeglichenen Lastenverteilung* zwischen den beiden Versicherungszweigen, die mit der Maßgabe des Bundesverfassungsgerichts konfligiert.

Dieser Geburtsfehler der Pflegeversicherung ist nicht nur unter *Gerechtigkeitsgesichtspunkten* problematisch, sondern trägt auch zur *strukturellen Einnahmeschwäche* der sozialen Pflegeversicherung bei, die dadurch charakterisiert ist, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen systematisch langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt, wodurch die Entwicklung des (ausgabendeckenden) Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung zusätzlich negativ beeinflusst wird (vgl. Rothgang & Götze 2013 für ausführlichere Erörterungen).

2.2.2.2 Entwicklung der Beitragssätze

Obwohl die Pflegeversicherung somit immer weniger in der Lage ist, ihre selbstgesteckten Ziele zu erreichen (Abschnitt 2.1.2), musste der Beitragssatz mehrfach und in zunehmend kürzeren Abständen erhöht werden, um ein Defizit auszugleichen (Abbildung 3).

Abbildung 3: Entwicklung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung



Quelle: Sozialpolitik aktuell; https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI41a.pdf

Für die Zukunft berechnet das IGES Institut (2024a) bei einer als „werterhaltend" bezeichneten Dynamisierung, die allerdings zu Kaufkraftverlusten führt, wenn sich die Entlohnung in der Pflege auch in Zukunft weiter dynamischer entwickelt als die Entlohnung im Rest der Wirtschaft, einen Beitragssatzanstieg auf 4,5 Beitragssatzpunkte im Jahr 2035 (IGES 2025) und 4,6 Beitragssatzpunkte im Jahr 2060[1]. Diese Werte sollten in einem Reformmodell unterschritten werden.

2.2.3 Gerechte Lastenverteilung und breitere Basis der Refinanzierung als Reformnotwendigkeit

Die Problemanalyse hat gezeigt, dass nicht von einer ausgewogenen Lastenverteilung im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung ausgegangen werden kann. 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

[1] Das IGES-Institut betrachtet im aktualisierten Gutachten von 2025 nur den Zeitraum bis 2035. Im Gutachten von 2024 (IGES 2024a) wird der Zeitraum bis 2060 berücksichtigt. In diesem Gutachten liegt der Beitragssatz im Jahr 2035 bei ca. 4,1 Prozent. Die Unterschiede in den beiden hier herangezogenen Veröffentlichungen (IGES 2024a; 2025) sind auf unterschiedliche Modellannahmen zurückzuführen, sodass auch die Beitragssätze der sozialen Pflegeversicherung in beiden Publikationen differieren. Es ist davon auszugehen, dass bei einer Projektion mittels der Modellannahmen des Gutachtens von 2025 der Beitragssatz auch im Jahr 2060 höher läge als im Gutachten von 2024.

gefordert wird. Ähnliche Effekte lassen sich aber auch durch einen *Finanzausgleich* zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung erzielen, wie er bereits einmal in einem Koalitionsvertrag vereinbart war, dem Koalitionsvertrag 2005 zwischen CDU/CSU und SPD.

Dadurch würde der strukturellen Einnahmeschwäche der sozialen Pflegeversicherung entgegengetreten und würden die einnahmeseitigen Gründe für einen Anstieg des Beitragssatzes adressiert. Allerdings sind die im Status quo projizierten Beitragssatzanstiege auch auf ausgabenseitige Faktoren zurückzuführen, die demographisch bedingt steigende Anzahl der älteren Menschen, den Anstieg der Pflegeprävalenzen, der sich aus den Nachwehen bereits erfolgter Pflegereformen ergibt, sowie die Ausgabensteigerungen aufgrund überdurchschnittlicher Lohnsteigerungen und besserer Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen. Sollen diese Faktoren nicht zu einer Erhöhung des Beitragssatzes führen oder sollen die rechnerisch resultierenden Beitragssatzanstiege zumindest reduziert werden, muss die Einnahmeseite noch weiter beeinflusst werden und neben der personellen auch die materielle Bemessungsgrundlage verbreitert werden. Dies kann insbesondere durch Verbeitragung anderer Einkommensarten, Anhebung der Beitragsbemessungsgrundlage und Steuerzuschüsse bzw. die Finanzierung einzelner Ausgabenposten durch andere erfolgen

2.3 Individualisierte Pflegearrangements und Versorgungssicherheit

Auch bezüglich der dritten angesprochenen Problemdimension sollen zunächst wieder die Bewertungsmaßstäbe diskutiert werden (Abschnitt 2.3.1), bevor die aktuelle Ausgestaltung dargelegt wird (Abschnitt 2.3.2). Aus dem Vergleich der Bewertungsmaßstäbe und der derzeitigen Situation ergeben sich dann wiederum die Reformnotwendigkeiten (Abschnitt 2.3.3).

2.3.1 Bewertungsmaßstäbe

Bereits vor der Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde eine Neuausrichtung der Ziele pflegerischer Versorgung eingeleitet. Im Mittelpunkt steht heute, dass die Versorgung von Pflegebedürftigen auf die *Erhaltung vorhandener Fähigkeiten* und die *gezielte Unterstützung bei vorhandenen Beeinträchtigungen* abzielen muss, um so gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen (BMG 2009). Diese Ziele können leichter erreicht werden, wenn Pflegebedürftige auch über individuell angepasste Wohnarrangements verfügen, in denen wiederum individuell gestaltete Pflegesettings ausgestaltet werden können. Hieran anschließend hat der Gesetzgeber schon im Pflege Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I, S. 45) den § 45f SGB XI zur „Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen“ eingeführt, der die finanzielle Förderung insbesondere von Modellen ermöglicht, die eine individuelle Versorgung als Alternative zu stationären Einrichtungen bieten. Insofern starre Regelungen einer personenbezogenen Individualisierung der Pflegearrangements entgegenstehen sind sie dysfunktional im Sinne dieser Zielsetzung.

Im Rahmen dieser programmatischen Orientierung an den individuellen Bedarfen, Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen muss mit der knappen Ressource professioneller Pflegezeit sparsam umgegangen werden. Hierzu ist es notwendig, alle verfügbaren familialen und zivilgesellschaftlichen Ressourcen in die individuellen Pflegearrangements einzubinden und deren Mitwirkung so lange wie möglich zu erhalten. Es sollte daher ermöglicht werden, die Zivilgesellschaft auch dann gezielt in die Pflege und Betreuung einzubinden, wenn Pflegebedürftige stärker institutionalisierte Wohnsettings wählen. Tatsächlich werden informelle Netzwerke bisher aber weitgehend aus dem Pflegearrangement ausgeschlossen sobald es zu stationärer Pflege kommt. Da die Heimversorgung als Vollversorgung konzipiert ist, liegt die Erbringungsverantwortung vollständig beim jeweiligen Heim, wobei der Einbezug informeller Pflege kaum möglich ist. An- und Zugehörige werden aktuell regelmäßig nicht in das Pflegearrangement eingebunden zu werden. Damit wird aber sowohl die Möglichkeit zur Indivi-

dualisierung der Pflegearrangements beschnitten, als auch die Einbindung bereits bestehender zivilgesellschaftlicher Potentiale limitiert, die aber in Zeiten einer relativen Verknappung der Ressource „formelle Pflege“ unbedingt genutzt werden sollten.

Maßstab für eine Bewertung der derzeitigen Situation ist folglich, wie sehr sie

- die Einrichtung individualisierter Wohnsettings und Pflegearrangements ermöglicht oder einschränkt,
- Anreize und Möglichkeiten bietet, zivilgesellschaftliche Potentiale aufrechtzuerhalten, vor allem wenn Pflege in zunehmendem Umfang institutionalisiert wird, und
- gewährleistet, dass Pflegebedürftige die für sie optimal angepassten Pflege- und Betreuungsarrangements unbehindert von rechtlichen Rahmenbedingungen entsprechend ihrer Präferenzen wählen können.

2.3.2 Derzeitige Situation

Bereits vor Einführung der Pflegeversicherung waren mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I, S. 2477) erste Leistungsansprüche für *häusliche Pflege* in das neu kodifizierte SGB V aufgenommen worden. Seit Inkrafttreten dieser Normen zum 1.1.1991 wurden Pflegesachleistungen nach § 55 SGB V a.F. und Pflegegeld nach § 57 SGB V a.F. gewährt. Die damals geltenden maximalen Leistungshöhen von monatlich 400 DM (Pflegegeld) bzw. 750 DM (Pflegesachleistungen) wurden bei Einführung der Pflegeversicherung dann für Pflegestufe I übernommen. Sie bildeten den Ankerpunkt, von dem aus auch die Leistungssätze für Geld- und Sachleistungen in den beiden anderen Pflegestufen abgeleitet wurden. Sie wiesen eine relativ starke Spreizung auf, die zum Einführungszeitpunkt bei Pflegesachleistungen zwischen 750 DM (=384 Euro) in Pflegestufe I bis hin zu 2.800 DM (=1.432 Euro) in Pflegestufe III reichte. Für Härtefälle war sogar ein Betrag von 3.750 DM (=1.918 Euro) vorgesehen. Im stationären Bereich stand dagegen das Ziel im Vordergrund, möglichst viele Menschen aus dem Bezug von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen herauszulösen. Dies sprach für einen möglichst hohen Leistungsbetrag in Pflegestufe I. Da zudem der durchschnittliche Leistungsbetrag – aus Gründen der Kostenbegrenzung, die in den internen Koalitionsgesprächen eine entscheidende Rolle spielten, – bereits auf 2.500 DM pro Monat festgelegt worden war, ergaben sich die Leistungshöhen quasi rechnerisch von selbst. Sie wiesen eine wesentlich geringere Spreizung als die Pflegesachleistungen auf und bewegten sich zwischen 2.000 DM (=1.023 Euro) in Pflegestufe I und 2.800 DM (= Euro) in Pflegestufe III. Bei Härtefällen war ein Betrag von maximal 3.300 DM (=1.688 Euro) vorgesehen) (Rothgang 1997: 36). Leistungsrechtlich wurde die sektorale Trennung der Versorgung durch diese unterschiedlichen und unterschiedlich gespreizten Leistungssätze zementiert.

Da sich die Leistungsansprüche derart unterscheiden, ist es für jede Pflegeleistung zentral zu bestimmen, ob sie in den ambulanten oder den stationären Sektor fällt. Diese Notwendigkeit wird durch unterschiedliche *ordnungsrechtliche Anforderungen* und sektorspezifische *leistungserbringungsrechtliche* vertragliche Regelungen – etwa zur Qualitätssicherung und zur Vergütung – noch verschärft. Im Ergebnis ist eine sektordifferenzierte Grundstruktur entstanden, die jedoch längst nicht mehr mit den Ansprüchen an und den Entwicklungen von individualisierten Pflegearrangements überein zu bringen ist.

In der tatsächlichen Versorgung nähern sich die Sektoren vielmehr an und verschwimmen teilweise bereits: Pflegeheime verwenden zunehmend Wohngruppenkonzepte und öffnen sich in ihr Quartier. Mit betreutem und gemeinschaftlichem Wohnen, Pflege-WGs, Stadtteilhäusern etc. ist eine Vielzahl von Versorgungsformen im Zwischenraum der klassischen Sektoren entstanden. Die strikte Sektorentrennung erweist sich dabei zunehmend als dysfunktional, etwa, wenn Wohngruppen dagegen kämpfen müssen, ordnungsrechtlich als stationären Einrichtung zu gelten und damit den bekannt ho-

hen Prüfanforderungen zu unterliegen. Insgesamt erschweren die bestehenden Regelungen damit die Entwicklung innovativer individualisierter Versorgungskonzepte zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (vgl. Rothgang et al. 2018).

Tatsächlich hat der Gesetzgeber darauf reagiert und *neue ambulantisierte Wohn- und Pflegeformen* nach § 8 Abs. 3a und §§ 45c-f SGB XI öffentlich gefördert (vgl. Schnabel et al. 2019; Hackmann & Kremer-Preiß 2019 für eine Evaluation dieser Programme). Daneben hat er auch leistungsrechtliche Maßnahmen ergriffen, um größere Individualität und Selbstbestimmtheit für Pflegebedürftige bei der Wahl ihres Wohnumfeldes und der Pflege- und Betreuungsleistungen zu ermöglichen: Bereits mit dem Pflege Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I, S. 874) wurden die teilstationären Leistungen der Pflegeversicherung gestärkt, indem die vollständige Anrechnung von Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI auf Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI oder Pflegegeld nach § 37 SGB XI aufgehoben wurde. Anstatt von 100 % der in §§ 36, 37 SGB XI festgelegten Höchstwerte konnten bei Kombination von Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen oder Pflegegeld mit teilstationären Leistungen nunmehr 150 % der Höchstsätze in Anspruch genommen werden. Im Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) vom 17.12.2014 (BGBl. I, S. 2222) wurde die Anrechnung der teilstationären Leistungen auf Pflegegeld und Pflegesachleistungen dann vollständig aufgehoben (Art. 1 Nr. 11 PSG I). Damit ist es möglich, gleichzeitig Pflegesachleistungen und Tagespflege in Anspruch zu nehmen. Bei gleichzeitiger, vollständiger Ausschöpfung der Höchstbeträge für diese beiden Leistungen resultiert ein Leistungsbetrag der weit oberhalb der Leistungen für vollstationären Pflege liegt (Rothgang et al. 2018).

Seit Inkrafttreten der einschlägigen Normen des Pflege Neuausrichtungsgesetzes (PNG) vom 23.10.2012 (BGBl. I, S. 2246) haben Pflegebedürftige gemäß § 45e SGB XI Anspruch auf eine einmalige Anschubfinanzierung zur Gründung von *ambulant betreuten Wohngruppen* sowie eine monatliche Pauschale für zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a SGB XI. Damit werden die Anreize für Leistungsanbieter, bisher in Form einer stationären Versorgung erbrachte Leistungen nunmehr in Form einer ambulant betreuten Wohnform zu erbringen und die Wohnraumüberlassung vertraglich von den Pflege- und Betreuungsleistungen zu trennen und getrennt abzurechnen, noch gesteigert. Hinzu kommt die Möglichkeit, in ambulanten Wohnformen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V abzurechnen, die bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 SGB XI als im Pflegesatz enthalten gilt und nur im Ausnahmefall, nämlich bei Nachweis eines besonders hohen Bedarfs medizinischer Behandlungspflege, von der Krankenkasse finanziert wird (§ 37 Abs. 2 SGB V).

Aufgrund dieser Anreize sind Versorgungsmodelle entstanden, die eine unveränderte Konzeption nicht mehr als vollstationäre Pflege, sondern als Kombination von Wohnraumüberlassung mit teilstationären Angeboten und ergänzenden ambulanten Leistungsangeboten anbieten (vgl. Rothgang/Müller 2019). Diese Angebote, bei denen die verschiedenen Leistungsansprüche kombiniert oder „gestapelt" werden, lassen sich zum Teil nicht von vollstationären Einrichtungen unterscheiden, überschreiten die Leistungsansprüche bei vollstationärer Pflege um ein Mehrfaches und das, ohne dass damit ein erkennbarer Gewinn für die Pflegebedürftigen verbunden ist (Rothgang et al. 2018). Die Entwicklung solcher anbietergetriebenen „*Stapelleistungsmodelle*" wird gemeinhin kritisch gesehen.

2.3.3 Individualisierte Pflegearrangements und Beteiligung der An- und Zugehörigen sowie der Zivilgesellschaft

Sollen diese Entwicklungen gestoppt werden, ergeben sich Reformoptionen in drei Richtungen:

Erstens können Maßnahmen getroffen werden, durch die *bestehende Abgrenzungen geschärft* und die Kombinationsmöglichkeit verschiedener Leistungen eingeschränkt werden. Ziel wäre dabei struktur-

konservativ jede Versorgungsform leistungserbringungsrechtlich eindeutig entweder dem ambulanten oder dem stationären Sektor zuzuordnen und Stapelleistungen leistungsrechtlich zu verhindern. Damit kann zwar dafür gesorgt werden, dass bestimmte Leistungen nicht zusammen in Anspruch genommen werden können. Gleichzeitig werden die in Abschnitt 2.3.1 geforderten kreativen Individualisierungen und die Einbindung der Zivilgesellschaft aber weiter eingeschränkt. Letztlich würde die bereits als dysfunktional bewertete Sektorentrennung sogar zementiert, wodurch das System noch weniger in der Lage wäre, innovative ambulante Wohnformen zu fördern und individualisierte Pflegearrangements zu ermöglichen. Diese Lösung ist daher in Bezug auf die in Abschnitt 2.3.1 genannten Bewertungsmaßstäbe nicht zielführend.

Zweitens könnte die aktuelle Leistungsstruktur erweitert werden, indem ein *neuer dritter Sektor* zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor geschaffen würde. In ihm könnte versucht werden, auch für Wohnarrangements jenseits der stationären Versorgung ein eigenes Leistungsrecht mit den damit verbundenen ordnungsrechtlichen Qualitätssicherungs- und Kontrollmöglichkeiten zu schaffen. Bestrebungen in diese Richtung sind im Kabinettsentwurf zum Pflegekompetenzgesetz (Bundesregierung 2024b) vom 18.12.2024 enthalten gewesen und sind unter dem Label eines „stambulanten Sektors“ diskutiert worden. In Bezug auf die Bewertungsmaßstäbe ist jedoch auch diese Lösung sehr kritisch zu betrachten. Es ist zu befürchten, dass die Schaffung eines neuen Sektors vor allem zu weiter ausuferndem Bürokratieaufwand führen wird, anstatt eine Flexibilisierung der Leistungsangebote zu ermöglichen. Hintergrund hierfür ist, dass nach der Umstellung nicht nur *eine* Abgrenzung zwischen *zwei* Sektoren vorzunehmen und rechtssicher zu definieren wäre, sondern *zwei* Abgrenzungen zwischen ambulant und „stambulant“ sowie zwischen „stambulant“ und stationär. Schon heute ist es aber so, dass es für innovative ambulantisierte Versorgungsformen nicht immer einfach festzustellen ist, ob sie dem ambulanten oder stationären Sektor zuzuordnen sind. Einige Anbieter klagen sogar darüber, dass solche Zuordnungen leistungsrechtlich anders ausfallen können als ordnungsrechtlich. Um dies zukünftig auszuschließen, wäre es erforderlich, sehr konkrete Versorgungsmodelle zu definieren, die dann dem „stambulanten“ Sektor zugeordnet werden und in diesem Rahmenkontrahierungsfähig sind. Sobald am definierten Versorgungsmodell dann aber Änderungen vorgenommen werden, stellt sich die Grundlagenfrage nach der Sektorenzugehörigkeit erneut. Anstelle einer Flexibilisierung sind daher deutlich rigidere Regelungen und viele Streitfälle, die vor Gericht geklärt werden müssen, zu erwarten. Im Ergebnis ist also zu befürchten, dass sich die Abgrenzungsproblematiken verdoppeln und damit einmal mehr individuelle und sinnvolle Versorgungsmodelle von der Zulassung ausgeschlossen werden. Auch die Schaffung eines dritten Sektors mit dann drei Regulierungsrahmen und zwei Abgrenzungsflächen ist daher in Bezug auf Innovationsfreundlichkeit als dysfunktional einzustufen. Sie trägt in der aktuell diskutierten Ausprägung zudem nicht dazu bei, zivilgesellschaftliche Unterstützungsnetzwerke aufrechtzuerhalten und auch dann zu stabilisieren, wenn Pflege stärker institutionalisiert erbracht wird, sondern erhöht lediglich die bürokratischen Aufwände für professionelle Anbieter.

Drittens möglich ist auch ein der Sektorenerweiterung entgegengesetzter Weg des Abbaus der Sektorentrennung und der *Schaffung sektorenfreier Versorgungsstrukturen* durch einheitliches Leistungs-, Leistungserbringungs- und Ordnungsrecht. Damit wird die Voraussetzung dafür geschaffen, individuelle Lösungen für jeden Pflegebedürftigen zu finden und die Zivilgesellschaft auch in stärker institutionalisierten Settings in die Pflege und Betreuung einzubinden. Auch heute stationäre Einrichtungen sind dann in der Lage, sich stärker als Lebensraum zu etablieren, der die Individualität und die sozialen Ressourcen der Pflegebedürftigen einbezieht.

Voraussetzung für diese Option ist die einheitliche Finanzierung von medizinischer Behandlungspflege und häuslicher Krankenpflege, da nach Sektor unterschiedene Finanzierungskompetenzen in einer Welt ohne Sektoren nicht mehr möglich sind. Nur die Übertragung der sektorenübergreifenden

Finanzierungskompetenz für die Behandlungspflege in die GKV (und nicht in die SPV) entlastet dabei auch die Pflegebedürftigen direkt.

In der häuslichen Pflege werden die jeweils vereinbarten Leistungen in der sektorenfreien Welt wie bisher erbracht und vergütet. Für die derzeitige stationäre Langzeitpflege ist dagegen festzulegen, welche Leistungen übernommen und welche zivilgesellschaftlich erbracht werden können. Die Leistungserbringung und Leistungsabrechnung sowohl im Rahmen der SGB XI-Leistungen als auch denen des SGB V sollten dann auf Basis identischer Module erfolgen, die unabhängig vom Ort der Erbringung vergütet werden. In diesem Rahmen ist der Einbezug professioneller Pflegeleistungen und zivilgesellschaftlichen Ressourcen bedarfsorientiert je nach gewählter Wohnform möglich. Dadurch wird der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen im höchsten Umfang Rechnung getragen. Mit der Aufhebung der Sektorengrenzen ist eine umfangreiche Neuordnung der Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung verbunden, die – im Gegensatz zur Schaffung eines stambulanten Sektors – die Möglichkeit zum Bürokratieabbau ermöglicht, da die harmonisierten Rechtssphären dann gleiche Vertragsregularien für alle Pflegeanbieter ermöglichen. Gleichzeitig werden damit Chancen geschaffen, Ungerechtigkeiten und Fehlanreize abzubauen sowie einen innovationsfreundlichen Gestaltungsrahmen herzustellen.

Die Aufhebung der Sektorentrennung ist daher die einzige Option, die im Einklang mit den ausgewiesenen Bewertungsmaßstäben als funktional bezeichnet werden kann und die daher die einzige, die im nachstehenden Reformkonzept berücksichtigt wird.

3 Reformkonzept

Das hier vorliegende Gutachten ist als dritter Teil eines bereits seit 2017 laufenden Entwicklungsprozess für eine Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung entstanden. Während im ersten Teil (Rothgang & Kalwitzki 2017) grundlegende Reformlinien diskutiert und auf ihre Fähigkeit zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung bewertet wurden, konnte darauf aufbauend im zweiten Teil ein einzelner Reformvorschlag konkret und sehr detailliert ausgearbeitet werden (Rothgang, Kalwitzki & Cordes 2019). Diese – mittlerweile schon einige Jahre diskutierten – Vorarbeiten werden nun im dritten Teil des Prozesses aktualisiert und ergänzt und danach in ein mehrstufiges, aufeinander aufbauendes Gesamtkonzept überführt, das eine zeitlich gestreckte Einführung über zwei Legislaturperioden ermöglicht.

Um eine Reform zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auszuarbeiten, mit der die in Kapitel 2 ausgewiesenen aktuellen Reformbedarfe nachhaltig bearbeitet werden können, kann auf Lösungsvorschlägen aus einer Vielzahl von bereits bestehenden Reformvorschlägen und Positionspapieren zurückgegriffen werden. Diese werden in Abschnitt 3.1 zunächst ausgewählt und die jeweils enthaltenen Lösungsansätze vergleichend analysiert. Darauf aufbauend erfolgt in Abschnitt 3.2 eine begründete Auswahl einzelner Ansätze auf Basis ihrer jeweiligen Kapazitäten die formulierten Reformbedarfe zu bearbeiten. In Abschnitt 3.3 wird dann die entstandene Gesamtkonzeption skizziert und mit all ihren Einzelmaßnahmen in drei aufeinander aufbauende Einführungsstufen überführt.

3.1 Synopse bestehender Reformvorschläge und Positionspapiere

Bereits seit den 2000er Jahren befindet sich die Pflegeversicherung in einer ständigen Reformdiskussion, die als größtes Zwischenergebnis die Definition des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hervorgebracht hat. Trotz dieser hart errungenen Neudefinition, die mit allen anschließenden Änderungserfordernissen in den drei Pflegestärkungsgesetzen von 2014 bis 2016 normiert wurde, wurden die Reformrufe nicht leiser. Vielmehr wurde schon seit Mitte der 2010er Jahre klar, dass die Änderungen der Pflegestärkungsgesetze zwar inhaltlich einen Fortschritt für die Pflege und ihr Selbstverständnis bedeuten, dass sie aber nicht geeignet sind, die sozialpolitischen Geburtsfehler der Pflegeversicherung, die weit überwiegend in der Ausgestaltung der leistungs- und leistungserbringungsrechtlichen Grundpfeiler begründet liegen, nachhaltig zu bearbeiten. Als Reaktion auf diese Erkenntnis ist eine unübersichtliche Vielfalt von mehr oder weniger umfangreichen Reformideen aller Akteursgruppen entstanden, die bisher kaum systematisch bearbeitet wurden.

Für das hier präsentierte Reformkonzept wurde deshalb eine solche systematische Aufbereitung vorgenommen. Da Reformideen allerdings immer auch auf die aktuellen Reformbedarfe ihres Entstehungszeitraums bezogen sind, wurde eine zeitliche Eingrenzung vorgenommen, die vom Erscheinen des zweiten AAPV-Gutachtens (Rothgang, Kalwitzki & Cordes 2019) bis zum Ende des Jahres 2024 reicht. In diesen Zeitraum fallende Reformvorschläge und Positionspapiere werden in Abschnitt 3.1.1 dargestellt und für die weitere Analyse ausgewählt oder ausgeschlossen. Die einzelnen Reformelemente der ausgewählten Dokumente werden dann in Abschnitt 3.1.3 unter Anwendung eines Vergleichsschemas (Abschnitt 3.1.2) synoptisch aufbereitet.

3.1.1 Einbezogene und ausgeschlossene Reformvorschläge und Positionspapiere

Für die Analyse der Reformvorschläge wurden neben den beiden Vorgängergutachten für die Initiative Pro Pflegereform (Rothgang & Kalwitzki 2017; Rothgang, Kalwitzki & Cordes 2019) im Rahmen einer Recherche 26 Dokumente identifiziert. Diese wurden zunächst auf Relevanz geprüft, indem analysiert wurde, ob sie geeignet sind, die in Kapitel 2 erarbeiteten Reformbedarfe zu adressieren und ob die

vorgeschlagenen Reformmaßnahmen auch in einem weiter nutzbaren Detailierungsgrad vorlagen. Auf dieser Grundlage konnten 22 Reformvorschläge und Positionspapiere für eine tiefergehende Analyse eingeschlossen werden (Tabelle 2). Nicht berücksichtigt wurden aufgrund fehlender Relevanz oder Inhaltstiefe die in Tabelle 3 dargestellten Reformvorschläge und Positionspapiere.

Tabelle 2: Eingeschlossene Reformvorschläge und Positionspapiere

Publikationsjahr	Organisationen bzw. Personen	Titel
2019	Diakonie Deutschland	Konzept für eine grundlegende Pflegereform. Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung der Versicherten
2020	Bündnis für gute Pflege	Forderungen des Bündnisses für Gute Pflege für eine Reform der Pflegeversicherung
2020	DEVAP	Strategiepapier DEVAP Altenarbeit und Pflege 2021 bis 2025
2021	Kuratorium Deutsche Altershilfe	Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik
2022	Bundesministerium für Wirtschaft und Klima – BMWK	Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim BMWK
2022	Soziales neu gestalten (SONG) e.V.	Ohne Solidaritäten geht es nicht!
2023	Landkreistag Baden-Württemberg	Gute Pflege braucht das Land
2023	Deutscher Landkreistag	Mutige Richtungsentscheidungen in der Pflege treffen
2023	CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag	Die Pflege zukunftsfest machen
2023	VKAD	Pflege begeistert! Sieben Forderungen des Verbandes katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) für bessere Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege
2023	Bernzen, Home Instead, Pflegen & Wohnen Hamburg, Johanniter, Stiftung Liebenau, Richter-Rechtsanwälte, Augustinum, Rummelsberger Diakonie	Diskussionsvorschlag zur Reform der Pflegeversicherung. Wirkungs- und Personenfokussierte Pflege und Betreuung
2023	SPD-Bundestagsfraktion	Leitbild der SPD-Bundestagsfraktion für eine solidarische Gesundheits- und Pflegepolitik
2023	Experten-Rat Pflegefinanzen	Die Pflege+ Versicherung
2024	CSU-Landtagsfraktion	„Pflege-Revolution für die Pflege der Zukunft: Demografiefest, Generationengerecht, Qualitätsorientiert“
2024	Führende Landespolitiker der Union (Michael Kretschmer, Klaus Holetschek und Karl-Josef Laumann)	Dringender Reformbedarf bei der Pflegeversicherung: Die Untätigkeit der Ampel belastet Bürger und Kommunen
2024	AOK-Bundesverband	AOK-Positionen zur Weiterentwicklung der Pflege
2024	Diakonie	Zukunftssichere Seniorenpolitik: Die Kommune als Schlüssel für ein selbstbestimmtes Altern
2024	DEVAP	Trotzdem Pflege
2024	IGES	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Berechnung zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Stellschrauben auf die langfristige Finanzentwicklung der SPV
2024	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.	Soziales zukunftsfest machen – Gute Pflege für alle sichern!
2024	Verband der Ersatzkassen - vdek	Gute Pflege – stabile Finanzen: Pflegeversicherung zukunftsfest ausgestalten. Positionen zur zukunftsfähigen Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung
2024	GKV-SV	Soziale Pflegeversicherung zukunftsfest machen. Jetzt.

Tabelle 3: Ausgeschlossene Reformvorschläge und Positionspapiere

Publikationsjahr	Organisationen	Titel
2022	DEVAP	KLIMASCHUTZ und INVESTITIONSKOSTENREGELUNGEN im Pflegeversicherungsgesetz ZUSAMMENBRINGEN
2023	Soziales neu gestalten (SONG) e.V.	Was passiert, wenn nichts passiert?
2024	Korian Deutschland	Diskussionspapier: Von der Pflegekrise zur Chance
2024	Initiative für eine nachhaltige und generationengerechte Pflegereform	„Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung“

3.1.2 Vergleichsschema zur Synopse der Reformvorschläge und Positionspapiere

Um einen strukturierten Vergleich der Reformvorschläge und Positionspapiere zu ermöglichen, wurde ein Vergleichsschema entwickelt. Dieses besteht hauptsächlich aus den Reformelementen von zwei Vorarbeiten, die als aktuelle Grundlage der Ausarbeitung des hier vorliegenden Reformkonzeptes dienen. Es handelt sich hierbei inhaltlich um die Elemente einer Strukturreform und einer Finanzreform, wie sie in Rothgang, Kalwitzki & Cordes (2019) ausführlich dargelegt sind. In Bezug auf mögliche weitere Elemente zur Reform der Finanzierung und Refinanzierung der Pflegeversicherung wurde zusätzlich das Auftragsgutachten des IGES Institut (IGES 2024b) genutzt, das seinerseits die Basis für den Bericht der Bundesregierung zur „Zukunftssichere[n] Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung“ bildet. Zum Zwecke der einfacheren Lesbarkeit wird in den folgenden Abschnitten das Gutachten von Rothgang, Kalwitzki & Cordes (2019) auch mit dem Kürzel „AAPV II“ und das Gutachten des IGES Instituts (IGES 2024b) auch als „IGES-Gutachten“ bezeichnet.

Für eine mögliche Nutzung im Vergleichsschema wurden aus AAPV II insgesamt sechs Reformelemente identifiziert, von denen sich fünf auf die primäre Struktur- und Finanzreform beziehen. Das letzte Reformelement adressiert schließlich die sekundäre Reform der Refinanzierung des Gesamtsystems:

1. Behandlungspflege (Cure) bezahlt die Krankenkasse, Grundpflege und Betreuung (Care) bezahlt die Pflegekasse,
2. Fixer Eigenanteil durch Sockel-Spitze-Tausch,
3. Wohnen und Pflege in einer Welt ohne Sektoren,
4. Pflegegeld 2.0 für die Stärkung der Angehörigenarbeit,
5. Drei-Instanzenmodell,
6. Finanzierung durch Bürgerversicherung und Steuerzuschuss.

Im IGES-Gutachten erfolgt eine Darstellung von 24 möglichen Stellschrauben und ihren Finanzwirklungen, die für eine Refinanzierungsreform kombiniert werden könnten. Es handelt sich dabei (IGES 2024b: 13f.) um:

1. die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG),
2. die Verbeitragung weiterer Einkunftsarten,
3. die Kombinationen aus Anhebung der BBG und Verbeitragung weiterer Einkunftsarten,
4. einen progressiven Beitragssatz,
5. ein Pflegebürgerversicherung,
6. Kombinationen zur Pflegebürgerversicherung,
7. Einen Risikoausgleich zwischen SPV und PPV,
8. die Umfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen,

9. die Umfinanzierung der beitragsfreien Familienversicherung,
10. die Finanzierung des Pflegeunterstützungsgeld,
11. die Beitragsfreiheit von Elterngeld- und Mutterschaftsgeld,
12. die Weiterentwicklung und Ergänzung des Pflegevorsorgefonds,
13. die Einführung einer verpflichtenden private Zusatzversicherung,
14. die Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger,
15. verstärkte Präventionsleistungen,
16. eine verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen,
17. die Abstaffelung der Eigenanteilsbegrenzung,
18. ein ungleiche Leistungsdynamisierung,
19. rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung,
20. eine Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten,
21. die Einführung eines sich selbst regulierenden Systems der Beitragssatzfestlegung,
22. eine Vollversicherung,
23. eine Kombination zur Vollversicherung,
24. einen Sockel-Spitze-Tausch.

Ausgewählt für das Vergleichsschema wurden alle einzelnen Stellschrauben des IGES-Gutachtens. Die in Einzelfällen im Gutachten beschriebenen unsystematischen Kombinationen verschiedener Stellschrauben wurden nicht berücksichtigt. Über diese Stellschrauben hinaus wurde in AAPV II ein Steuerzuschuss zu den Ausgaben der Pflegeversicherung als Refinanzierungsbaustein aufgenommen. Daher wird dieses Reformelement zusätzlich in das Vergleichsschema aufgenommen. Ebenso wird die Übernahme der Kosten für medizinische Behandlungspflege durch die Krankenkasse (Baustein 1: Behandlungspflege (Cure) bezahlt die Krankenkasse) aus AAPV II in das Vergleichsschema übernommen.

Die ausgewählten Reformelemente wurden dann wie folgt kategorisiert:

1. Einnahmen
2. Ausgaben
    a. Übernahme durch Dritte
    b. Reduktion der Leistungen
    c. Schaffung neuer Strukturen zur finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen
3. Ansätze, die Einnahmen und Ausgaben betreffen.

Diesem Schema wurden die Stellschrauben des IGES-Gutachtens sowie die Reformelemente *Steuerzuschuss* und *Übernahme der Kosten für medizinische Behandlungspflege durch die Krankenkasse* wie in Tabelle 4 dargelegt zugeordnet:

Zusätzlich erfolgte während des Analyseprozesses eine induktive Kategorienbildung. Dabei wurden folgende Kategorien, die im Wesentlichen auf Strukturveränderungen abzielen, herausgearbeitet:

1. Rolle von Kommunen und Ländern,
2. Personalgewinnung und Rolle des Pflegepersonals,
3. Digitalisierung in der Pflege,
4. Ausbau von Angeboten,
5. Pflegeausbildung und Ausbildungskosten,
6. Rolle von Quartieren,
7. Leistungsdynamisierung in der Pflege,

8. Pflegeberatung,
9. Einbindung von Zivilgesellschaft und zivilgesellschaftliches Engagement,
10. Care- und Casemanagement,
11. Infrastrukturplanung,
12. Bürokratieabbau.

Tabelle 4: Zuordnung der Stellschrauben zu Kategorien

Kategorie	Stellschraube
Einnahmen	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG)
	Verbeitragung weiterer Einkunftsarten
	Beitragsfreiheit von Eltern- und Mutterschaftsgeld
	Progressiver Beitragssatz
Ausgabenreduktion durch Verlagerung der Finanzierungskompetenz auf Dritte	Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen
	Beitragsfreie Familienversicherung
	Pflegeunterstützungsgeld
	Abstaffelung der Eigenanteilsbegrenzung
	Selbst regulierendes System
	Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger
	Übernahme der Kosten für medizinische Behandlungspflege durch die Krankenversicherung
	Steuerzuschuss
Ausgabenreduktion durch Leistungssteuerung und leistungsrechtliche Maßnahmen	Verstärkte Präventionsleistungen
	Verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen
	Ungleiche Leistungsdynamisierung
	Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung
Schaffung neuer Strukturen zur finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen	Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten
	Vollversicherung
	Sockel-Spitze-Tausch im stationären Sektor
Ansätze, die Einnahmen und Ausgaben betreffen	Pflegebürgerversicherung
	Risikoausgleich zwischen SPV und PPV
	Verpflichtende private Zusatzversicherung
	Weiterentwicklung und Ergänzung des Pflegevorsorgefonds

3.1.3 Ergebnisse der Synopse

Zur Durchführung der Synopse wurden die Inhalte der Reformvorschläge und Positionspapiere anhand des Vergleichsschemas analysiert. Dabei zeigt sich in Bezug auf einige, vor allem finanzierungsbezogene Reformelemente eine sowohl häufige, als auch hohe Übereinstimmung in den untersuchten Positionen. Eine weitgehende Übereinstimmung der Grundpositionen ist vor allem in der Frage nach Maßnahmen zu einer Begrenzung der finanziellen Belastungen für stationär versorgte Pflegebedürftige zu erkennen ist.

In Hinblick auf umfassendere strukturelle Veränderungen spielen vor allem die induktiv gebildeten Kategorien eine Rolle. So wird in vielen der Positionspapiere eine Veränderung der Rolle von Kommunen und Ländern, eine Steigerung der Personalgewinnung sowie eine oft nicht näher benannte Stärkung der Digitalisierung gefordert. Darüber hinaus werden teilweise eine Stärkung des zivilgesellschaftlichen Engagements sowie Anpassungen/Stärkungen der Ausbildung und eine Reform der Ausbildungsvergü-

tung gefordert. Im Detail unterscheiden sich hier die Forderungen und Ansätze in der Tiefe und in der Ausgestaltung.

Tabelle 5: Übersicht der Ergebnisse der Analyse der Reformvorschläge und Positionspapiere

Kategorie	Stellschraube	Anzahl der Nennungen
Bausteine des AAPVII-Gutachtens	Wohnen und Pflege in einer Welt ohne Sektoren	12
	Pflegegeld 2.0 für die Stärkung der Angehörigenarbeit	3
	Drei-Instanzenmodell	10
Einnahmen	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	3
	Verbeitragung weiterer Einkunftsarten	7
	Beitragsfreiheit von Eltern- und Mutterschaftsgeld	2
	Progressiver Beitragssatz	1
Ausgabenreduktion durch Verlagerung der Finanzierungs-kompetenz auf Dritte	Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen	9
	Beitragsfreie Familienversicherung	1
	Pflegeunterstützungsgeld	2
	Abstaffelung der Eigenanteilsbegrenzung	1
	Selbst regulierendes System	2
	Selbstbeteiligung der Leistungsempfänger	1
	Übernahme der Kosten für medizinische Behandlungspflege durch Krankenkasse	11
	Steuerzuschuss	7
Ausgabenreduktion durch Leistungssteu-erung und leistungs-rechtliche Maßnah-men	Verstärkte Präventionsleistungen	12
	Verstärkte Steuerung des Zugangs zu Pflegeleistungen	1
	Ungleiche Leistungsdynamisierung	1
	Rein inflationsorientierte Leistungsdynamisierung	1
Schaffung neuer Strukturen zur finan-ziellen Entlastung	Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten	10
	Vollversicherung	4
	Sockel-Spitze-Tausch im stationären Sektor	10
Ansätze, die Einnah-men und Ausgaben betreffen	Pflegebürgerversicherung	4
	Risikoausgleich zwischen SPV und PPV	4
	Verpflichtende private Zusatzversicherung	5
	Weiterentwicklung und Ergänzung des Pflegevorsorgefonds	6
Induktiv gebildete Kategorien	Rolle von Kommunen und Ländern	12
	Personalgewinnung und Rolle des Pflegepersonals	12
	Digitalisierung in der Pflege	11
	Ausbau von Angeboten	6
	Pflegeausbildung und Ausbildungskosten	10
	Rolle von Quartieren	7
	Leistungsdynamisierung in der Pflege	6
	Pflegeberatung	5
	Einbindung von Zivilgesellschaft und zivilgesellschaftliches Engagement	10
	Care- und Casemanagement	4
	Infrastrukturplanung	4
	Entbürokratisierung	9

Explizite Bezüge zu den in AAPV II vorgeschlagenen Strukturreformelementen finden sich in Bezug auf das Drei-Instanzenmodell, zu dem es unterschiedliche Ansätze gibt, die Teile davon beschreiben. Hinsichtlich der Refinanzierungselemente liegen die meisten Übereinstimmungen bei der Übernahme der Kosten für medizinische Behandlungspflege durch die GKV, bei verstärkten Präventionsleistungen, der Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten, einem Sockel-Spitze-Tausch im stationären Bereich sowie der Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen durch Dritte und der Verbeitragung weiterer Einkunftsarten (Tabelle 5).

3.2 Auswahl der Reformelemente

Neben der quantitativen Analyse anhand des oben beschriebenen Vergleichsschemas, erfolgte im nächsten Schritt in den Diskussionen der Resonanzgruppe eine Identifizierung von Reformelementen, die in Bezug auf die Reformbedarfe des Kapitels 2 als funktional zu bewerten sind oder dazu geeignet sind, den Beitragssatz in relevantem Umfang zu begrenzen, ohne den Zielsetzungen der Reform zu widersprechen oder an anderer Stelle gravierende Probleme aufzuwerfen. Tabelle 6 gibt eine Übersicht über die ausgewählten Reformelement und die dafür ausschlaggebende Begründung.

Tabelle 6: Übersicht der Ergebnisse der Analyse der Reformvorschläge und Positionspapiere

Ebene	Reformelement	Begründung
Struktur-reform	Sektorenfreie Leistungserbringung	normativ geboten und effizienzsteigernd
	Pflegegeld 2.0 für zivilgesellschaftliche Leistungsübernahme	inhaltlich sinnvoll und effizienzsteigernd
	Verdopplung der Ausbildungskapazität	normativ geboten und inhaltlich sinnvoll
Finanzreform	Finanzierung der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch die GKV	normativ geboten und fiskalisch wirksam
	Finanzierung der Ausbildungskosten durch die Pflegeversicherten	Inhaltlich sinnvoll zur Entlastung der Pflegebedürftigen
	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	fiskalisch wirksam zur Verbreiterung der Einnahmenbasis
	Verbeitragung weiterer Einkommensarten	fiskalisch wirksam zur Verbreiterung der Einnahmenbasis
	Finanzausgleich zwischen SPV und PPV	normativ geboten und fiskalisch wirksam
	Verpflichtende private Zusatzversicherung	inhaltlich sinnvoll
	Steuerfinanzierung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen	fiskalisch wirksam und normativ geboten
	Sockel-Spitze-Tausch	fiskalisch wirksam und normativ geboten
	Selbstbeteiligung in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme	fiskalisch wirksam und inhaltlich sinnvoll gegen Moral Hazard
	Verstärkte Präventionsleistungen	normativ geboten und inhaltlich sinnvoll
	Steuerzuschuss zu den Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung	fiskalisch wirksam und normativ geboten

3.3 Gesamtkonzeption und ihre stufenweise Einführung

In der Gesamtkonzeption werden die in Abschnitt 3.2 ausgewählten Elemente einer Struktur- und Finanzreform so sequenziert, dass drei aufeinander aufbauende Reformstufen entstehen, die jeweils zeitlich versetzt für eine Umsetzung vorgesehen sind. Abschnitt 3.3.1 beschreibt die erste Reformstufe, die als *Sofortprogramm* ausgestaltet ist und auf eine nachhaltige Begrenzung der stationären Eigen-

anteile durch einen Sockel-Spitze-Tausch abzielt. Darauf aufbauend wird in der zweiten Reformstufe die Einführung bedarfsorientierter Leistungen auch für den ambulanten Sektor vorgesehen und gleichzeitig die zivilgesellschaftliche Pflegeübernahme ermöglicht (Abschnitt 3.3.2). Die abschließende dritte Reformstufe führt schließlich die sektorenfreie Versorgung ein, um innovative Wohn- und Pflegeformen sowie Laienpflege individuell und unabhängig vom Wohnort zu ermöglichen (Abschnitt 3.3.3).

Die Darstellung erfolgt auf einer mittleren „Flughöhe", die es erlaubt, einen Überblick über die Ziele und Wirkungen der einzelnen Reformelemente zu behalten. Zu Gunsten dieser Übersichtlichkeit wird auf die detaillierte Darstellung von Umsetzungsmöglichkeiten und -problemen verzichtet, wie sie teilweise bereits im Vorgängergutachten AAPV II (Rothgang, Kalwitzki & Cordes 2019) ausgearbeitet wurden. An den betreffenden Stellen wird auf die jeweiligen Abschnitte des AAPV II-Gutachtens verwiesen.

3.3.1 Reformstufe 1: Nachhaltigen Begrenzung der stationären Eigenanteile durch Sockel-Spitze-Tausch

Ausgangspunkt für die erste Reformstufe ist die Entwicklung der stationären Eigenanteile, die als eines der zentralen aktuellen Probleme der Pflegeversicherung identifiziert wurde (Abschnitt 2.1.2). Ziel der ersten Reformstufe ist es daher, die stationären Eigenanteile durch eine sachgerechte Neuordnung der Finanzierung für einzelne Kostenbestandteile zunächst zu reduzieren (Abschnitt 3.3.1.1) und dann durch einen Sockel-Spitze-Tausch für den stationären Sektor nachhaltig zu begrenzen (Abschnitt 3.3.1.2). Gleichzeitig werden erste Maßnahmen zur Reduktion der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung eingeleitet, um die Mehrausgaben, die für die Versicherung durch den Sockel-Spitze-Tausch entstehen, zu kompensieren (Abschnitt 3.3.1.3). Diese erste Reformstufe ist so ausgestaltet, dass mit ihrer Umsetzung sofort begonnen werden kann und eine Einführung im Jahr 2026 als möglich erscheint.

3.3.1.1 Sachgerechte Neuordnung der Bestandteile der stationären Pflegekosten

In dieser Reformstufe soll die Finanzierungskompetenz für zwei Kostenblöcke neu geordnet werden, für die medizinische Behandlungspflege und für die umlagefinanzierten Ausbildungskosten.

Sozialversicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf häusliche Krankenpflege zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 37 SGB V), der aber erlischt sobald sie in einem Pflegeheim versorgt werden.[2] Die entsprechenden Leistungen werden im stationären Setting als „*Medizinische Behandlungspflege*" bezeichnet und gelten als im Pflegesatz enthalten. Da die Leistungen der Pflegeversicherung aber regelmäßig weit unterhalb der in Rechnung gestellten pflegebedingten Aufwendungen liegen, trägt der Pflegebedürftige in stationärer Versorgung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege de facto selbst, und es kommt so zu einer nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung von Pflegebedürftigen in häuslichem und stationärem Setting.

Diese Regelung ist schon vielfach sowohl unter Gerechtigkeits- als auch unter Effizienzgesichtspunkten kritisiert worden (s. z. B. Rothgang 2015 und Rothgang & Müller 2013). Auch vom Gesetzgeber wurde bereits diesbezüglicher Korrekturbedarf anerkannt. Allerdings ist es bisher nicht zu einer sachlich angezeigten, sektorenübergreifenden und einheitlichen Regelung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege unabhängig vom Ort der Leistungserbringung gekommen. Vielmehr wurde im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I, S. 2394) festgelegt, dass zur Kompensation des personellen Aufwands für die medizinische Behandlungspflege bis zu

[2] Nur bei Nachweis eines besonders hohen Bedarfs medizinischer Behandlungspflege gewährt die Krankenkasse Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch im Pflegeheim (§ 37 Abs. 2 SGB V).

13.000 Pflegekräfte in Pflegeheimen aus Mitteln der GKV finanziert werden sollten. Diese Regelung führte jedoch nur zu begrenztem Erfolg, da die Stellen nur zum Teil besetzt werden konnten, sodass sie schließlich durch eine pauschalierte jährliche Zahlung in Höhe von 640 Millionen Euro von der GKV in den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ersetzt wurde (§ 37 Abs. 2a SGB V). Diese Summe liegt aber weit unter den Kosten, die für die Medizinische Behandlungspflege abgeschätzt wurden. Zudem entlastet diese Ausgestaltung zwar die Pflegeversicherung als Ganzes, nicht aber die Pflegebedürftigen. Sie ist daher nicht geeignet, die festgestellte Ungleichbehandlung systematisch zu bearbeiten.

Vorgeschlagen wird stattdessen, die medizinische Behandlungspflege systematisch dem Bereich „cure“ und nicht dem Bereich „care“ zuzuordnen (Hoberg, Klie und Künzel 2013) und damit eine einheitliche sektorenübergreifende Finanzierungskompetenz in der Krankenversicherung zu schaffen. Damit würde nicht nur eine systematische Fehlzuordnung korrigiert und zugleich die Möglichkeit geschaffen, die Eigenanteile der Pflegebedürftigen durch eine Reduktion der Pflegesätze, die die Kosten der Medizinischen Behandlungspflege dann nicht mehr enthalten, abzusenken. Vielmehr wird damit auch eine wichtige Systemhomogenisierung vorgenommen, die für die folgenden Reformstufen erforderlich sind.

Bei der Abschätzung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen zur Festlegung der Höhe eines Finanztransfers kann nicht auf Kassendaten zurückgegriffen werden, da diese Leistungen nicht einzeln abgerechnet werden. Nach den zur Verfügung stehenden Studien und Berechnungen beläuft sich der Gegenwert der medizinischen Behandlungspflege im stationären Sektor aber auf einen finanziellen Gegenwert von derzeit ungefähr drei Mrd. Euro pro Jahr (vgl. hierzu auch Rothgang/Müller 2013 und Bundesregierung 2024a), der auszugleichen ist. Der erforderliche Finanztransfer aus der GKV ist dann so auszugestalten, dass die Finanzmittel zu einer Absenkung der Pflegesätze und damit zu einer Reduktion der Eigenanteile führen.

Die mittlerweile *umlagefinanzierten Ausbildungskosten* werden in der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung durch jährliche Zahlungen der Länder und der Pflegeversicherung und durch monatliche Zahlungen der Pflegeeinrichtungen getragen. Dabei werden die Zahlungen der Pflegeeinrichtungen de facto von den Pflegebedürftigen getragen werden. Im stationären Sektor wird die Ausbildungskostenumlage zum einrichtungseinheitlichen Eigenanteil hinzugerechnet, erhöht diesen und führt so auch direkt zur Steigerung der Eigenanteile. Im ambulanten Bereich müssen die abzuführenden Ausbildungsumlagen über die Einnahmen erwirtschaftet werden und erhöhen somit die Preise für Pflegeleistungen. Dies wiederum führt auf Seiten der Pflegebedürftigen entweder auch im ambulanten Sektor zu privaten Zuzahlungen oder aber zu einer verringerten Leistungsinanspruchnahme. Dabei ist die Höhe der Ausbildungsumlage direkt von der einrichtungsübergreifenden Anzahl der Auszubildenden und ihrer Ausbildungsvergütung abhängig. Sie betrug zu Beginn des Jahres 2025 im stationären Sektor rund 133 Euro pro Heimbewohner und Monat (vdek 2025). Perspektivisch wird sie mit dem erforderlichen Anstieg der Auszubildenden und der pflegespezifischen Lohnentwicklung steigen und die Pflegebedürftigen in zunehmendem Maße belasten. Die aktuelle Ausbildungsfinanzierung reduziert also die Wirksamkeit der Pflegeversicherung in Bezug auf die Lebensstandardsicherung schon heute merklich und wird dies mit zunehmendem Erfolg von Ausbildungskampagnen verstärkt tun.

Sachgerechter erscheint es daher, die Pflegeausbildung als Leistung für alle heutigen und zukünftigen Pflegebedürftigen zu begreifen und sie daher über die Versichertengemeinschaft zu finanzieren. Im Reformmodell werden die Ausbildungskosten, die bisher den Leistungsempfängern explizit oder implizit in Rechnung gestellt werden, daher ab Reformstufe 1 vollständig von der Pflegeversicherung übernommen. Damit werden die bisher individuellen Belastungen in den Gesamtausgaben der Pflegeversicherung kollektiviert. Diese können dann über Beitragssatzanpassungen und/oder weitere Refinanzierungselemente ausgeglichen werden.

3.3.1.2 Sockel-Spitze-Tausch für den stationären Sektor

Wie in Abschnitt 2.1 gezeigt, müssen die Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung ständig steigende Eigenanteile privat tragen. Dies überfordert Pflegebedürftige zunehmend und führt dazu, dass die Lebensstandardsicherungsfunktion der Pflegeversicherung immer häufiger verfehlt wird.

Die Gesamthöhe der von einer pflegebedürftigen Person aufzubringende Eigenanteile wird durch das Zusammenspiel zweier Dimensionen bestimmt: durch die Kosten pro Zahlungsperiode und die Dauer der Pflege. Für die Zahlungsperiode wird üblicherweise der Kalendermonat als Bezugszeitraum gewählt. Die Kosten pro Kalendermonat hängen vom Ergebnis der jeweiligen Pflegesatzverhandlungen ab und sind den Pflegebedürftigen im Vorfeld unbekannt. Monatlich entstehen also Kosten in jeweils ex ante unbekannter Höhe. Diese unbekannten Kosten pro Periode müssen über einen ebenfalls unbekannten Zeitraum hinweg gezahlt werden – in den meisten Fällen über die gesamte verbleibende Lebensdauer des Pflegebedürftigen. Aus der Kombination dieser beiden Dimensionen lässt sich dann ein Gesamteigenanteil konstruieren, der über die ganze Pflegekarriere hinweg zu zahlen ist und der natürlich ebenfalls ex ante unbekannt ist. Das grundsätzliche Kostenrisiko ist also zweidimensional, da die Kosten weder in der Höhe pro Periode noch in der Anzahl der Perioden beschränkt sind.

In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung werden Pflegebedürftige vor diesem doppelten Finanzrisiko nicht geschützt, da die Versicherungsleistungen zwar in der Dauer unbegrenzt gewährt werden, in der Höhe aber auf die Summe der Leistungspauschalen des § 43 SGB XI und der Leistungszuschläge des § 43c SGB XI begrenzt sind. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind somit auch nach der Einführung des § 43c SGB XI weder bedarfsorientiert noch risikobegrenzend. Jegliche Steigerung der Pflegesätze – etwa aufgrund von Tarif und/oder Personalmengensteigerungen in den Pflegeeinrichtungen – wirkt weiterhin ohne absolute Begrenzung zu Lasten der Eigenanteile. Die Folgen dieser Finanzierungform zeigt sich besonders dann, wenn die hohen und steigenden Pflegevergütungen gemäß § 82 Abs. 1 Satz 1 Ziffer 1 SGB XI dauerhaft die Einkommen der Pflegebedürftigen übersteigen und dann durch Vermögensverzehr finanziert werden müssen. Bei länger andauernder Pflegebedürftigkeit, besteht dann die Gefahr, dass auch das Vermögen nicht mehr ausreicht, diese Lücke zu schließen und die Pflegebedürftigen auf Sozialhilfe angewiesen sind – obwohl die Pflegeversicherung eingeführt wurde, um eben diese pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu verhindern.

Um den Eigenanspruch einer Lebensstandardabsicherung erfüllen zu können, müssen beide Risikodimensionen begrenzt werden und muss eine entsprechende Systemreform durchgeführt werden. Hierfür wird im stationären Sektor eine nachhaltige Begrenzung sowohl der periodischen Kosten als auch des Gesamteigenanteils über die Pflegekarrieren vorgeschlagen. Dieses Konzept ist unter dem Titel des *Sockel-Spitze-Tauschs* bekannt und in Rothgang, Kalwitzki & Cordes (2019: 31ff.) ausführlich vorgestellt und in verschiedenen Ausgestaltungsmöglichkeiten diskutiert worden. Namensgebend ist hierbei eine Grundmechanik mit der die begrenzten Versicherungsleistungen und die unbegrenzten Eigenanteilshöhen der heutigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung gegeneinander ausgetauscht werden. Dadurch entsteht für die Pflegebedürftigen ein begrenzter und über Zeit stabiler Eigenanteils*sockel*, der nur noch das Risiko der Zahlungsdauer beinhaltet, während die Pflegeversicherung die Kosten*spitze* in individueller bedarfsgerechter Höhe trägt. Um zusätzlich auch das Risiko, das durch die unbekannte Dauer der periodischen Eigenanteilszahlungen – also durch die Langlebigkeit des Pflegebedürftigen – entsteht, abzufangen, wird im aktuellen Reformvorschlag zudem ein *Gesamteigenanteil* festgelegt, der über die gesamte Pflegekarriere maximal zu entrichten ist. Ist dieser Gesamteigenanteil vollständig bezahlt, trägt die Pflegeversicherung die Pflegekosten dann in voller Höhe.

Für die Festlegung der Sockelhöhe sind in Rothgang, Kalwitzki & Cordes (2019) verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten theoretisch erarbeitet und diskutiert worden. Der Diskussionsprozess, der sich

an die Veröffentlichung des Gutachtens anschloss, hat dann verschiedene Parametrisierungsoptionen, aber keinen final konsentierten Sockelwert ergeben. Ein wichtiger Parametrisierungsvorschlag wurde vom damaligen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 4.10.2020 vorgelegt und umfasste eine Begrenzung der monatlichen Eigenanteile auf einen Betrag von 700 Euro und eine maximale Zahlungsdauer für diesen von 36 Monaten (BMG 2020).

Zur konkreten Ausgestaltung der Reform wird dieser Vorschlag von Jens Spahn ebenfalls als Ausgangspunkt verwendet und in zwei entscheidenden Punkten weiterentwickelt:

- Während bisher immer von einem betraglich fixierten Sockel ausgegangen wurde, sieht die hier vorgeschlagene Ausgestaltung einen Sockelbetrag vor, der jeweils *25 % der pflegebedingten Kosten* eines Pflegebedürftigen beträgt, jedoch zusätzlich auf monatlich *maximal* 700 Euro begrenzt wird. Damit ist gewährleistet, dass bei niedrigen pflegebedingten Kosten nur eing geringerer Sockelbetrag aufzubringen ist. Dies hat – beim mittlerweile vorherrschenden Preisniveau stationärer Einrichtungen – zwar nur in einer begrenzten Zahl an Fällen einen Effekt, allerdings ist diese Veränderung bedeutsam, wenn die beiden noch folgenden Reformstufen mitgedacht werden, die den Sockel-Spitze-Tausch auch auf ambulante Sachleistungen und Pflegegeld erweitern. In diesem Fall ist es sinnvoll, eine niedrige Leistungsinanspruchnahme auch mit einem niedrigeren Sockelbetrag zu verbinden. Ferner wird hiermit die in Rothgang, Kalwitzki & Cordes (2019: 60ff.) noch recht ausführlich behandelte Moral-Hazard-Problematik schon wesentlich entschärft, da bis zu einer relativ großen Leistungsmenge jede mehr in Anspruch genommene Leistung auch zu einer Erhöhung des Eigenanteils führt – und somit ein „freeriding“ verhindert.
- Bei einem fixierten Gesamteigenanteil über die gesamte Pflegekarriere macht der bis zu einem Höchstbetrag flexible Sockel die Festlegung einer maximalen Zahlungsdauer unmöglich. Vielmehr muss nun ein Betrag für den Gesamteigenanteil festgelegt werden, nach dessen Erreichen die pflegebedingten Kosten vollständig durch die Pflegeversicherung übernommen werden. Hier wird wiederum der Vorschlag von Jens Spahn aufgegriffen und der *maximale Gesamteigenanteil* auf das Produkt der 2020 benannten 700 Euro über 36 Monate, somit auf *25.200 Euro* festgelegt. Für die Umsetzung bedeutet dies, dass höchstens 700 Euro pro Monat über mindestens 36 Pflegedauer als Eigenanteil zu entrichten sind. Dies ist wiederum wichtig im Vorgriff auf die späteren Reformstufen, da dann auch regelmäßig geringere monatlich Eigenanteile als 700 Euro zu erwarten sind und sich die Zahlungsdauer dementsprechend individuell verlängern wird. Technisch wird zur „Buchführung“ über die individuell bereits erbrachten Sockelzahlungen für jeden Pflegebedürftigen ein Buchungskonto bei der Pflegeversicherung eingerichtet, das bei erstmaligem Leistungsbezug mit einem negativen Saldo von -25.200 Euro ausgestattet wird. Monatlich werden dann die entsprechend des individuellen Leistungsbezugs entstehenden Sockelzahlungen auf dieses Konto gebucht. Sobald das Konto ausgeglichen ist, werden dann alle Leistungen von der Pflegeversicherung übernommen.

Damit wird der Gesamteigenanteil zu einer festen Größe, für die durch Ansparen oder Abschluss einer *privaten Zusatzversicherung* vorgesorgt werden kann. Im Unterschied zu den heute üblichen Pflegetagegeldversicherungen, bei denen ein fester Euro Betrag versichert wird, von dem bei Vertragsabschluss – in der Regel mehrere Jahrzehnte vor Eintritt des Leistungsfalls – niemand sagen kann, ob er ausreichend oder sogar zu hoch ist, ist der Sockelbetrag fixiert und damit für Vorsorge gut zugänglich. Auf diese Art entsteht für den stationären Sektor bereits eine „Pflegevollversicherung mit begrenzten Eigenanteilen“ – so der Untertitel des hier dargestellten Reformkonzepts – die durch eine private Vorsorge zu einer individuellen Vollversicherung für die pflegebedingten Kosten aufgestockt werden kann.

3.3.1.3 Reduktion der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung

Wie in Abschnitt 2.2 erläutert, ist auch die Entwicklung der Beitragssätze der Pflegeversicherung ein Maßstab, an dem eine gute und nachhaltige Ausgestaltung der Pflegeversicherung zu messen ist. Dafür sind zwar in der ersten Reformstufe noch keine umfassenden Veränderungen in der Refinanzierung vorgesehen, allerdings lassen sich zwei Elemente benennen, deren Umsetzung eine sofortige sachgerechte Reduktion der Gesamtausgaben bzw. in mittelfristiger Perspektive die Reduktion der demographisch getriebenen Ausgabensteigerungen ermöglichen.

Zu einer sofortigen und sachgerechten Reduktion der Gesamtausgaben wird eine *Umfinanzierung der Ausgaben für die soziale Sicherung von Pflegepersonen* durchgeführt, da die hiermit verbundenen Leistungen in der aktuellen Diskussion als versicherungsfremd angesehen werden – so etwa explizit im Koalitionsvertrag der letzten Bundesregierung. Um zusätzliche bürokratische Aufwände zu vermeiden wird dabei eine Ausgestaltung präferiert, bei der die Soziale Sicherung der Pflegepersonen weiterhin in der Pflegeversicherung verwaltet wird, aber jeweils jährlich eine Abschlagszahlung aus Steuermitteln des Bundes in den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erfolgt, die nachgehend auf die tatsächlichen Ausgaben korrigiert wird.

Zu einer mittelfristig wirksamen Reduktion der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung kann es beitragen, soweit wie möglich dem Eintreten von Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, ihren Eintritt zu verschieben und ihre Dauer zu verkürzen. Um diese Ziele zu verfolgen, wird in der ersten Reformstufe zudem ein *systematischer Ausbau von Präventionsangeboten* durchgeführt. Diese sollen durch frühzeitige Interventionen in der Lage sein, sowohl die Anzahl der gleichzeitig pflegebedürftigen Personen, als auch deren individuellen Pflegebedarfe zu reduzieren. Hierdurch kann der demographisch bedingte zu erwartenden Anstieg des Bedarfs an Pflegeleistungen zwar nicht verhindert, jedoch verlangsamt werden.

3.3.2 Reformstufe 2: Bedarfsorientierte Leistungen in allen Pflegesettings

Aufbauend auf den durch die erste Reformstufe installierten Veränderungen im stationären Sektor sollen in der zweiten Reformstufe *bedarfsorientierte Leistungen auch im ambulanten Sektor* eingeführt werden. Ziel ist dabei, im häuslichen Sektor sowohl die Leistungen für professionelle Pflegesachleistungen als auch für private und zivilgesellschaftliche Pflegeübernahme auszuweiten und dadurch die individuelle Ausgestaltung der Pflegesetting zu stärken.

Voraussetzung für die Ausdehnung der Bedarfsorientierung auf den ambulanten Sektor ist zuerst die Implementation einer individuell bedarfsorientierten Leistungszumessung (Abschnitt 3.3.2.1). Um die entsprechenden Pflegeleistungen dann im ambulanten Sektor in einem individuellen Mix von professionellen und zivilgesellschaftlicher Leistungserbringung umsetzen zu können, wird das Pflegegeld weiterentwickelt (Abschnitt 3.3.2.2). Hieran anschließend kann dann eine Ausweitung des Sockel-Spitze-Tauschs vom stationären auf den ambulanten Sektor vorgenommen werden (Abschnitt 3.3.2.3). Da die höheren Leistungsansprüche – trotz aller Einbindung privater und zivilgesellschaftlicher Pflege – auch nach größeren Mengen von ausgebildeten Pflegekräften verlangen werden, müssen zur Sicherung der erforderlichen Versorgungskapazitäten Ausbildungsangebote gezielt gesteigert werden (Abschnitt 3.3.2.4). Da alle hier angesprochenen Reformelemente zu Ausgabensteigerungen der Pflegeversicherung führen, werden zudem notwendige Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzanstiegs eingeführt (3.3.2.5).

Diese zweite Reformstufe ist strukturell komplex und institutionell voraussetzungsvoll, sodass vor ihrer Umsetzung einige Vorarbeiten abzuschließen sind, die in den Jahren 2026 und 2027 durchgeführt werden können. Die Umsetzung der zweiten Reformstufe wird dann für das Jahr 2028 angesetzt.

3.3.2.1 Modularisierung aller Pflegeleistungen und individuell bedarfsorientierte Leistungsbemessung

Um eine bedarfsorientierte Leistungsbemessung im ambulanten Sektor und später eine sektorenfreie Versorgung zu schaffen und damit individualisierte Pflegearrangements zu ermöglichen, müssen zunächst alle Pflegeleistungen modularisiert werden. Die Aufteilung des gesamten pflegerischen Leistungsgeschehens in jeweils abgeschlossene Pflegemodule dient dabei sowohl als Schema zur Abbildung der individuell bedarfsorientierten Leistungsmengen, als auch zur Nutzung als einheitliche unabhängig vom Ort der Leistungserbringung anwendbare Abrechnungsstruktur.

Die *Schaffung eines umfassenden Modul- und Leistungskatalogs* ist daher eine unverzichtbare Voraussetzung für alle späteren Harmonisierungen im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht. Ein Vorschlag, wie eine hierfür nutzbare Modularisierung der Pflegeleistungen vorgenommen werden kann, wie ein resultierender Modulkatalog aussehen kann und auch wie die Verpreisung der Module für die professionellen und die zivilgesellschaftliche Leistungserbringung vorgenommen werden kann, wurde in Rothgang, Kalwitzki & Cordes (2019: 42ff.) als proof of concept ausführlich dargestellt. Die dort gemachten Ausführungen gelten auch heute noch. Der vorgeschlagene Modul- und Leistungskatalog mit insgesamt

- 22 Leistungen in einem Modul *Pflege und Betreuung*,
- 8 Leistungen im Modul *Hilfe bei der Haushaltsführung*,
- 10 Leistungen im Modul zur *Steuerung der Pflege* und
- 23 Leistungen im Modul zur *Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben*

bietet eine gute Grundlage für weitere Verfeinerungen. Auch das ausgearbeitete Verpreisungsschema ist heute weiterhin als Blaupause und Diskussionsgrundlage zur Vorbereitung eines endgültigen Modulkatalogs einsetzbar. Diese Elemente werden aus diesem Grund nicht noch einmal wiederholend ausgeführt, vielmehr wird für Details auf das AAPV II-Gutachten verwiesen.

Zur *individuell bedarfsgerechten Leistungsbemessung* im ambulanten Sektor[3] ist ein Verfahren erforderlich, das – ausgehend von den Einschränkungen der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen – eine Leistungsmenge definiert, die dann wiederum – umgerechnet in ein Budget – zur Ausgestaltung eines individuellen Pflegearrangements genutzt werden kann. Hierzu notwendig ist eine Instanz, die in der Lage ist, den Pflegebedarf individuell festzustellen und gleichzeitig die Aufgabe übernimmt, dem Anreiz zum Überinanspruchnahme von Leistungen entgegenzuwirken und Leistungsmengen auf das Bedarfsnotwendige zu begrenzen. Hierzu ist sowohl denkbar, die Medizinischen Dienste für diese Aufgabe einzusetzen, als auch diese Aufgabe – unter entsprechenden Regulierungen – an speziell qualifizierte Personen auf Seiten der Leistungsanbieter zu übertragen. Zu erfüllen sind dann zwei Aufgaben: Zunächst ist nach wie vor die Pflegebedürftigkeit festzustellen, wozu nach wie vor das aktuell bestehende Begutachtungsinstrument (BI) zur Datenerhebung eingesetzt werden kann. Bei der Auswertung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gehen heute allerdings durch mehrfache Klassierungen große Teile der erhobenen Informationen verloren, die aber für die bedarfsorientierte Leistungszumessung zukünftig nützlich sind. Zur Ermittlung des individuellen Pflegebudgets sollte daher direkt auf die 64

[3] In der zweiten Reformstufe bestehen die stationären und ambulanten Sektoren zunächst fort, und es wird noch keine Veränderung des stationären Leistungserbringungsrechts umgesetzt. Entsprechend ist hier auch weiterhin nur eine Vollversorgung der pflegebedürftigen Personen möglich, für die eine individuell bedarfsorientierte Leistungsbemessung nicht erforderlich ist. Diese ist zwingend erst ab der Einführung der dritten Reformstufe 2030 für alle Pflegebedürftigen anzuwenden.

Items des BI abgestellt werden, die den Pflegebedarf ganzheitlich und individuell abbilden. Die einzelnen Items des BI sind dafür besonders geeignet, da sie neben psychischen Problemlagen auch kognitive und kommunikative Fähigkeiten in einer bisher nicht vergleichbaren Form beurteilen (Wingenfeld et al. 2011: 66). Die individuell notwendige Leistungsmenge wird zunächst über die Leistungen des Modulkatalogs abgebildet und danach in ein integriertes individuelles Pflegebudget überführt.

Die damit zugemessenen Leistungen können dann entweder durch professionelle Pflegedienste oder durch zivilgesellschaftliche Laienpflegepersonen in beliebiger Kombination erbracht werden, wodurch schon eine weitgehende Individualisierung des Pflegearrangements ermöglicht wird. Da nun aber über das Pflegebudget alle notwendigen Pflegeleistungen erfasst sind, kann das ambulante Leistungs- und Ordnungsrecht entsprechend angepasst werden, indem die heute existenten parallelen Nebenleistungen für Tages-, Nacht- oder Verhinderungspflege abgeschafft werden. Natürlich existieren die entsprechenden Angebote und Orte der Leistungserbringung weiterhin, jedoch nicht mehr als eigene Leistungsart mit eigenem Leistungs-, Leistungserbringungs- und Ordnungsrecht. Damit wird ein wesentlicher Beitrag zur Entbürokratisierung geleistet.

3.3.2.2 Pflegegeld 2.0 für verbindliche zivilgesellschaftliche Leistungserbringung

In seiner heutigen Ausgestaltung sieht § 37 SGB XI die Möglichkeit vor, häusliche Pflegehilfen gemäß § 36 SGB XI durch ein Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen zu substituieren. Die Inanspruchnahme dieses Pflegegeldes „setzt [lediglich] voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt“ (§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Einer konkreten und überprüfbaren Zweckbindung unterliegt das Pflegegeld nicht. Angesichts der minimalen Anforderungen, die mit der Gewährung dieser Leistung verbunden sind, kann von einer weit gehenden Entkopplung des Pflegegeldbezugs vom Erhalt konkreter Pflegeleistungen ausgegangen werden. Zudem wird das Pflegegeld – wie beschrieben ohne konkrete Gegenleistungsverpflichtung – an den Pflegebedürftigen ausgezahlt, der damit frei haushalten kann. Ob und inwiefern Pflegepersonen von diesen Leistungen profitieren, ist somit unklar.

Zur Verbesserung diese Situation erhalten Im vorliegenden Reformvorschlag erhalten An- und Zugehörigen oder anderen zivilgesellschaftlichen Akteuren, die Leistungen aus dem individuellen Pflegebudget erbringen, eine definierte finanzielle Zuwendung. Dadurch wird das Pflegegeld zu einer Regelleistung für die Pflegepersonen weiterentwickelt, wodurch eine explizite Stärkung der häuslichen Versorgungsmöglichkeiten und eine zumindest basale Qualitätssicherung im häuslichen Setting ermöglicht wird.

Das neue „Pflegegeld 2.0“ wird weiterhin steuer- und beitragsfrei nunmehr aber an die Pflegeperson und nicht mehr an den Pflegebedürftigen ausgezahlt – wie dies in einer Reihe europäischer Staaten, die Cash for Care Leistungen vorsehen, bereits üblich ist. Die Höhe des Pflegegeldes wird dabei auf 40 % des Wertes festgesetzt, den Anbieter professioneller Pflege für dieses Modul erhalten würde. Der Anteilswert von 40 % lehnt sich an das derzeitige Verhältnis von Pflegegeld zu Sachleistungen an. Er stellt zudem sicher, dass Pflegehaushalte, die alle Module selbst erbringen, bei einem angesetzten durchschnittlichen Pflegebedarf im Durchschnitt mindestens genau so hohe Leistungen der Pflegeversicherung erhalten wie derzeit. Im Pflegegeld 2.0 ist ebenfalls eine Sockel-Regelung enthalten, die in Abschnitt 3.3.2.3 erläutert wird und dazu dient, auch zivilgesellschaftlich erbrachte Pflegeleistungen auf den Gesamteigenanteil der pflegebedürftigen Person anrechenbar zu machen.

Die Leistungserbringung ist dabei unabhängig vom Ort an dem sie erbracht wird, sodass bereits mit der zweiten Reformstufe eine Unabhängigkeit von einer bestimmten Wohnform erreicht wird, die in der dritten Reformstufe auch auf vormals stationäre Einrichtungen ausgedehnt wird. Pflegegeld 2.0 kann

allerdings nur bezogen werden, wenn im Gegenzug Verpflichtungen eingegangen werden: Die Auszahlung von Pflegegeld ist dann an eine Leistungsverpflichtung geknüpft und die privaten Pflegepersonen werden im Rahmen der Ausgestaltung eines individuellen Pflegearrangements auf genau definierte Leistungserbringungen kontrahiert. Mit dieser Kontrahierung verpflichten sich die Pflegepersonen auf eine regelmäßige und qualitativ angemessene Leistungserbringung, auf den Erwerb einer Basisqualifikation, etwa in Form leistungsbezogener Anleitungen, und auf die Möglichkeit zu niedrigschwelligen Qualitätsprüfungen mit beratendem Charakter. Zur Umsetzung dieser Form der verbindlichen zivilgesellschaftlichen Leistungserbringung werden zukünftig entsprechende Koordinierungs-, Kontrahierungs- und Kontrollinstanzen erforderlich, die bisher in dieser Form noch nicht existieren. Für eine ausführliche Diskussion der zu erfüllenden Aufgaben und einen Vorschlag zur konkreten institutionellen Ausgestaltung wird wiederum auf Rothgang, Kalwitzki & Cordes (2019: 54ff.) verwiesen.

3.3.2.3 Sockel-Spitze-Tausch für alle Hauptleistungsarten

Die Begrenzung der Eigenanteile durch den Sockel-Spitze-Tausch wird in der zweiten Reformstufe auch auf die Leistungserbringung im ambulanten Setting ausgeweitet:

Für den Bezug von *ambulanten Sachleistungen* werden grundlegend dieselben Regelungen angewendet, wie sie für den stationären Sektor bereits in Abschnitt 3.3.1.2 ausführlich dargestellt wurden. So werden monatlich 25 % der Kosten für Pflegeleistungen, die zuvor bedarfsorientiert zugewiesen sind und professionell erbracht werden, maximal aber 700 Euro, als Sockelbetrag in Rechnung gestellt. Diese Sockelbeträge werden nicht gegen Leistungsansprüche verrechnet, sondern sind auf das individuelle Buchungskonto des Pflegebedürftigen einzuzahlen und reduzieren dort den noch aufzubringenden Anteil am Gesamteigenanteil.

Für den Teil der Pflegeleistungen, der durch zivilgesellschaftliche Leistungserbringer erbracht wird, wird ein „impliziter Sockel“ eingerichtet. Dieser beträgt ebenfalls 25 %, maximal aber 700 Euro, in diesem Fall allerdings ausgehend vom monatlich ausgezahlten Betrag für das Pflegegeld 2.0. Der implizite Sockel ist nicht vom Pflegebedürftigen oder von der Pflegeperson zu zahlen, sondern er wird durch eine vor der Auszahlung wirksamen Reduktion des Pflegegeld 2.0 umgesetzt. Dieser Teil des Pflegegeld 2.0 wird auf das das individuelle Buchungskonto des Pflegebedürftigen „umgeleitet“ und reduziert dort den noch aufzubringenden Anteil am Gesamteigenanteil. Die verbleibenden Auszahlungsbeträge für das Pflegegeld 2.0 sind dabei so parametrisiert, dass sie im Mittel oberhalb der heutigen Leistungsbeträge das § 37 SGB XI liegen (vgl. Abschnitt 5.1.4).

Bei Kombination von professioneller und zivilgesellschaftlicher Leistungserbringung, bei der also beide vorstehend dargestellten Sockelregelungen gelten, werden beide Regelungen jeweils auf den entsprechenden Teil der Leistungserbringung angewendet. Im Extremfall kann somit die Gutschrift auf das Buchungskonto des Pflegebedürftigen, den Betrag von 700 Euro pro Monat überschreiten, wobei sichergestellt ist, dass in keinem Fall mehr als 700 Euro vom Pflegebedürftigen als Eigenanteil überwiesen werden müssen.

3.3.2.4 Sicherung der Versorgungskapazitäten

Die Bereitstellung bedarfsorientierter Leistungen durch die Pflegeversicherung wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer nicht unerheblichen Ausweitung von Leistungsansprüchen führen. Da hierbei im Kern mit den gleichen Begutachtungsinstrumenten gearbeitet wird, handelt es sich dabei aber nicht – wie durch die Neudefinition des Pflegebegriffs erfolgt – um Leistungen die definitorisch neu „entstanden“ sind, sondern vielmehr um Pflegebedarfe, die bereits heute existieren, aber nicht zu entsprechenden Leistungszuweisungen geführt haben. Diese – nun sichtbar gewordenen – Bedarfe werden auch bei allen Anstrengungen nicht vollständig durch die Einbindung der Zivilgesellschaft aufgefangen

werden. Vielmehr kommt es zu Anforderungen an die Versorgungskapazitäten, die kurzfristig mit dem vorhandenen Leistungsangebot aufgrund der zu geringen Zahl beruflicher Pflegekräften nicht zu befriedigen sind. In der zweiten Reformstufe wird daher eine weitergehende Ausbildungsoffensive gestartet, die als Ziel hat, infrastrukturell eine Verdopplung der Ausbildungskapazitäten zu erreichen und diese natürlich auch mit Auszubildenden zu füllen. Eine erfolgreiche Ausweitung in der vorgeschlagenen Form könnte helfen, bis Ende der 2030er Jahre rund 1 Million neuer pflegerischer Fach- und Assistenzkräfte ausgebildet zu haben – die dann wiederum bis zum Ende ihrer Berufslaufbahn in den 2070er Jahren ein zahlenmäßig ausreichend starkes Rückgrat der professionellen Langzeitpflege bilden.

3.3.2.5 Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzanstiegs

Während die Maßnahmen der ersten Reformstufe in ihrer Gesamtwirkung noch weitgehend ausgabenneutral sind, ist durch die Reformelemente der zweiten Reformstufe, eine Erhöhung der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung zu erwarten, insbesondere verursacht durch die bedarfsorientierte Ausgestaltung der ambulanten Sachleistungsansprüche und das neukonzipierte – ebenfalls bedarfsorientierte – Pflegegeld 2.0. Ohne weitere Maßnahmen führt dies zu einer nennenswerten Erhöhung des Beitragssatzes, die den in Abschnitt 2.2.1 dargelegten normativen Ansprüchen entgegensteht. Deshalb sieht die zweite Reformstufe auch eine umfangreiche Refinanzierungsreform vor, durch die steigende Ausgaben solidarisch verteilt werden.

Zur Bildung einer breiteren Einnahmebasis – wie in Abschnitt 2.2.3 gefordert wurde – sind *in* der sozialen Pflegeversicherung zwei Maßnahmen vorgesehen, die eine Erhöhung der beitragspflichtigen Einnahmen bei den gesetzlich Pflegeversicherten generieren. Zur Stärkung der vertikalen Gerechtigkeit wird die *Beitragsbemessungsgrenze* auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung angehoben. Darüberhinausgehend wird zur Stärkung der horizontalen Gerechtigkeit die Beitragspflicht auf *alle Einkommensarten* des Einkommenssteuerrechts ausgedehnt.

Zur Herstellung einer gerechten Lastenverteilung *zwischen SPV und PPV* ist darüber hinaus ein *Finanzausgleich* zwischen den beiden Versicherungszweigen vorgesehen. Mit ihm wird die in Abschnitt 2.2.2.1 dargestellte Besserstellung der PPV in Bezug auf ihre Risikostruktur und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder ausgeglichen und auf der Ausgabenseite eine Gleichbehandlung erreicht. Umgesetzt wird dieser Ausgleich durch jährlich zu berechnende Ausgleichzahlungen von den privaten Versicherungsunternehmen in den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

Um der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für die pflegerische Versorgung (§ 8 Abs. 1 SGB XI) finanziell Rechnung zu tragen, wird ab der zweiten Reformstufe die Verwendung zusätzlicher Steuergelder zur Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung eingeplant. Dabei werden 10 % der jährlichen Gesamtausgaben der Pflegeversicherung aus Steuermitteln des Bundes übernommen und dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zugeführt (s. Abschnitt 4.4.2). Diese Maßnahme ist auch geeignet, die fehlende Investitionskostenförderung der Länder kompensatorisch auszugleichen.

3.3.3 Reformstufe 3: Sektorenfreien Leistungserbringung in allen Wohnsettings

Nachdem bereits in den ersten beiden Reformstufen alle Vorarbeiten dafür geleistet wurden, kann in der abschließenden dritten Reformstufe die sektorenfreie Versorgung eingerichtet werden, mit der innovative Wohn- und Pflegeformen sowie Laienpflege individuell und unabhängig vom Wohnort ermöglicht werden. Sie beendet damit die dysfunktionale Zweiteilung in ambulanten und stationären Sektor in der sozialen Pflegeversicherung endgültig. Dadurch wird im Rahmen des individuellen Wohnsettings ein individualisiertes Pflegearrangement für jeden Pflegebedürftigen ermöglicht, in dessen Rahmen formelle und informelle Pflege optimal zusammenwirken. In der sektorenfreien Versorgungs-

landschaft ist die zentrale Frage nicht mehr *wo* eine Pflegeleistung erbracht wird, sondern durch *wen*. Der grundlegende Vorteil dieses Perspektivwechsels ist, dass ein Raum entsteht, in dem kreative innovative Versorgungsangebote ermöglicht werden, und die Versorgungsstrukturen nicht mehr in erster Linie durch die ordnungsrechtlichen Einschränkungen der sektoralen Anforderungen strukturiert werden.

Hauptmaßnahme zur Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung ist daher eine abschließende rechtliche Neuorganisation des Leistungsgeschehens, die vollständig entlang der Grenzlinie Wohnen und Pflegen stattfindet. Dies verlangt eine komplette ordnungsrechtliche, leistungsrechtliche und leistungserbringungsrechtliche Novellierung, die aber letztlich zu einer Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen führt und damit auch zu einem nachhaltigen Abbau unnützer bürokratischer Strukturen.

Die dadurch möglichen Wohnarrangements werden von den Pflegebedürftigen frei gewählt und selbst finanziert. In *allen* Wohnsettings kann Pflege dann von formellen und informellen Pflegepersonen erbracht werden. Damit wird nicht nur die Trennlinie ambulant und stationär aufgelöst, vielmehr werden sowohl vollstationäre, als auch teilstationäre Angebote als eigenständige Leistungsart endgültig überflüssig, da sie nichts anderes sind als Pflege und Betreuungsangebote an einem bestimmten Ort. Die vorhandenen räumlichen Strukturen, in denen Pflege heute rechtlich als teil- oder vollstationär geformt ist, können natürlich auch sektorenfrei weiter als Orte der Pflege genutzt werden. Auch in ihnen besteht nun aber Spielraum zur regelhaften und verbindlichen Einbindung der Zivilgesellschaft – wie es in der zweiten Reformstufe bereits für die häuslichen Pflegearrangements ermöglicht wurde.

Diese dritte Reformstufe ist strukturell durch die beiden ersten Reformstufen bereits umfassend vorbereitet und kann im Jahr 2030 umgesetzt werden.

4 Daten und Methoden der Modellrechnungen zu den Wirkungen des Reformvorschlags

Im Folgenden wird beschrieben, welche Daten den Berechnungen der Finanzwirkung zugrunde liegen (Abschnitt 4.1), wie diese aufbereitet wurden und mittels welcher Annahmen und Setzungen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite die Vorausberechnungen bis zum Jahr 2060 durchgeführt wurden. Die Ausgangsdaten beziehen sich in der Regel auf das Jahr 2023. Liegen zu einzelnen Aspekten aktuellere Daten vor, werden diese genutzt. In Einzelfällen muss aufgrund fehlender Daten auch auf Daten aus dem Jahr 2022 zurückgegriffen werden. Wie die Daten fortgeschrieben werden, wird für den Status quo (Abschnitt 4.2) sowie die drei Stufen des Reformmodells (Abschnitt 4.3 bis Abschnitt 4.5) berichtet. Dabei wird die Herleitung der Entwicklung der pflegebedingten Kosten, der Leistungen der SPV im Status quo sowie der Eigenanteile in den verschiedenen Reformstufen beispielhaft für das Jahr 2025 dargestellt, auch wenn die Reformschritte im Reformkonzept erst für einen späteren Zeitpunkt vorgesehen sind. Alle Angaben zu Preisen sind – wenn nicht ausdrücklich anders benannt – in Kapitel 4 und in Kapitel 5 in Preisen des Jahres 2025, sind für Angaben zur Zukunft also inflationsindexiert.

4.1 Datengrundlagen

Datengrundlagen sind Informationen zur Bevölkerungsentwicklung, zu Pflegeprävalenzen, Ausgaben der Pflegeversicherung, zur Zahl und zum Einkommen der Versicherten sowie zur Arbeitsmarktentwicklung.

Für alle Berechnungen zur Entwicklung der Bevölkerung sowie von Teilpopulationen wird die mittlere Variante (G2-L2-W2) der *15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung* des Statistischen Bundesamtes zugrunde gelegt (Statistisches Bundesamt 2022).

Zur Fortschreibung der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung wird die *Finanzstatistik PV 45* (BMG 2025a) verwendet, die die Einnahmen und nach Ausgabenposten differenzierten Ausgaben enthält.

Als Grundlage für die Ermittlung von alter- und geschlechtsspezifischen *Pflegeprävalenzen* für die Hauptleistungsarten werden die *Leistungstagestatistik PG 1* (BMG 2025b) sowie die *Leistungsempfängerstatistik PG 2* (BMG 2025c) verwendet. Die Leistungstagestatistik umfasst die Anzahl der Leistungsempfangenden nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt, die Leistungsempfängerstatistik PG 2 enthält die Anzahl der Leistungsempfangenden zum Stichtag 31.12. differenziert nach Alter, Geschlecht und Sektoren (ambulant, stationär und in Einrichtungen der Behindertenhilfe).

Die Daten des *sozioökonomischen Panels (SOEP)* in der Version 38 (Brücker et al. 2023; Goebel et al. 2023) werden zur Ermittlung der *beitragspflichtigen Einnahmen* (BPE) der Versicherten genutzt. Die Daten beruhen auf jährlich wiederkehrenden Befragungen von Privathaushalten zu sozioökonomischen Gesichtspunkten. Für die vorliegende Analyse wurde die aktuellste verfügbare Befragungswelle 2022 genutzt. Nach Ausschluss von Datensätzen, in denen für die folgende Analysen notwendige Werte fehlten, wurden 21.748 Personen in 11.371 Haushalten eingeschlossen.

Für die Berechnung der Entwicklung der Anzahl der SPV-Versicherten wird *die Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit* (BMG) zugrunde gelegt (BMG 2025a). Darin wird die Anzahl der Versicherten in der SPV differenziert nach Alter und Geschlecht zum Stichtag 1. Juli dargestellt.

Die nach Alter und Geschlecht differenzierten *Potentialerwerbsquoten* (Fuchs et al. 2017) werden genutzt, um gemeinsam mit den SOEP-Daten und der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung die Entwicklung der Zahl der Beitragszahler bis zum Jahr 2060 zu projizieren.

Für die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen werden die SOEP-Daten verwendet und fortgeschrieben. Zur Fortschreibung werden *Annahmen zur Entwicklung von Löhnen und Gehältern, Rentenhöhen und Lohnersatzleistungen* in Anlehnung an die Berechnungen des IGES-Gutachtens (2024a und 2024b) gesetzt (s. Abschnitt 4.2).

4.2 Modellannahmen im Status quo

Modellannahmen zur Vorausberechnung im Status quo beziehen sich auf die Ausgabenseite (Abschnitt 4.2.1) und die Einnahmenseite (Abschnitt 4.2.2).

4.2.1 Ausgabenseite

Um die Ausgaben der Pflegeversicherung vorausberechnen zu können, müssen Annahmen zur Anzahl der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.2.1.1), zu den Pflegesätzen (Abschnitt 4.2.1.2), zur Dynamisierung der Hauptleistungsarten der Pflegeversicherung und zu weiteren Ausgaben der Pflegeversicherung (Abschnitt 4.2.1.3) getroffen werden.

4.2.1.1 Annahmen zur Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in der SPV

Die Anzahl der Pflegebedürftigen lässt sich als Produkt der Anzahl der nach Alter und Geschlecht differenzierten Versicherten und der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen berechnen. Für das Ausgangsjahr 2023 sind diese Werte bekannt. Da in der Gruppe der Frauen über 90 Jahre, die Anzahl der SPV-Versicherten größer als in der gesamten Bevölkerungsgruppe war, wurde dieser Wert nachträglich auf 100 % gesetzt. Für die Fortschreibung der *SPV-versicherten Bevölkerung* bis ins Jahr 2060 wird die mittlere Variante der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (G2-L2-W2) verwendet.

Zur Ermittlung der *Pflegeprävalenzen* in den Hauptleistungsarten für die Jahre 2022 und 2023 werden die Leistungstagestatistik PG 1 und die Leistungsempfängerstatistik PG 2 verknüpft. Dadurch kann differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen sowie Leistungen in der vollstationären Dauerpflege berechnet werden. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 werden separat dargestellt. Die Kombinationsleistungsempfangenden werden im Anschluss hälftig den Pflegegeld- und den Pflegesachleistungsempfangenden zugeordnet. Mithilfe der so ermittelten Anzahlen der Pflegebedürftigen und SPV-Versicherten können mit der PG 1 alters-, geschlechts- und pflegegradspezifische Pflegeprävalenzen für die Jahre 2022 und 2023 und auch für die Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 ermittelt werden. Entsprechend des IGES-Basisszenarios wurden in den hier vorgenommenen Modellen Prävalenzsteigerungen bis 2032 angenommen. Als Basis dient die Prävalenzsteigerungsrate von 2022 zum Jahr 2023, differenziert nach Pflegegraden im ambulanten Bereich und einheitlich über alle Pflegegrade in der vollstationären Pflege. Diese Prävalenzsteigerungsraten werden bis zum Jahr 2032 linear abnehmend fortgeführt, sodass sich ab 2032 konstante alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen ergeben, die dann bis 2060 unverändert bleiben.

Die Projektion der *Anzahl der Pflegebedürftigen* erfolgt durch die Verknüpfung der alters-, geschlechts- und pflegegradspezifischen Pflegeprävalenzen in den Hauptleistungsarten sowie von Pflegebedürftigen mit PG 1 unter Berücksichtigung der Prävalenzsteigerungen bis 2032 mit der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2060. In dieser Vorausberechnung wird für die vollstationäre Pflege sowie die formelle ambulante Pflege eine nachfrageorientierte Steigerung der pflegerischen Versorgungsangebote vorausgesetzt. Von IGES wird darauf hingewiesen, dass diese Annahmen aufgrund des Fachkräftemangels fraglich sind und ein deutlicher Ausbau des Leistungsangebots sowohl

im stationären als auch im ambulanten Bereich daher unwahrscheinlich sei (IGES 2024a). Aus diesem Grund werden für die Modellrechnungen zwei Anpassungen vorgenommen:

1. Für die Jahre 2023 bis 2025 werden nur geringfügige Steigerungen der Angebote für formelle Pflege angenommen, und die Anzahl der Pflegebedürftigen mit vollstationärer Dauerpflege wird für diese Jahre anhand der durchschnittlichen jährlichen Veränderung der Platzzahlen für stationäre Pflege zwischen 2017 und 2023 wie sie sich aus der Pflegestatistik ergibt (Anstieg um jährlich 0,6 %) fortgeschrieben. Für die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen, die in diesen Jahren Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen, wird die durchschnittliche jährliche Veränderungen der in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten Beschäftigten (in Vollzeitäquivalenten) in der Pflegestatistik zwischen 2017 und 2023 zugrunde gelegt (Anstieg um jährlich 2,6 %). Für die zusätzlichen Pflegebedürftigen, für die sich auf Basis der rein demographischen Fortschreibung die Inanspruchnahme formeller Pflege ergeben würde, wird stattdessen der Bezug von Pflegegeld unterstellt.
2. Für die Folgejahre werden zwei Varianten modelliert:
    a. Im „Vollmodell“ werden ab 2026 für alle Personen, für die anhand der demographischen Fortschreibung formelle Pflegeleistungen vorgesehen sind, auch deren Inanspruchnahme unterstellt – ohne möglicherweise fehlende Angebote zu berücksichtigen.
    b. Im „Einführungsmodell“ wird von Einschränkungen bei den Leistungsangeboten bis 2028 ausgegangen. Die Zahl der Pflegebedürftigen in der vollstationären Dauerpflege sowie im Pflegesachleistungsbezug wird – wie auch im Zeitraum bis 2026 – lediglich mit den genannten Steigerungsraten von jährlich 0,6 % bzw. 2,6 % fortgeschrieben. Ab 2029 wird eine sukzessive Steigerung der Angebotskapazitäten angenommen, die über 10 Jahre linear wächst, bis im Jahr 2038 alle Leistungen entsprechend der Modellrechnung im Vollmodell in Anspruch genommen werden können.

Mit dem „*Einführungsmodell*“ wird versucht, ein realistisches Szenario abzubilden. Gleichzeitig kann die darin enthaltene pflegepolitisch unerwünschte Rationierung der Bedarfe nicht zum alleinigen Maßstab der Finanzrechnungen gemacht werden. Die dargestellten Ergebnisse im Status quo beziehen sich daher immer auf das teurere „*Vollmodell“*. Für den Vergleich der Reformmodelle mit dem Status quo ist es aber von geringerer Bedeutung welches Modell verwendet wird, weil die rationierende Wirkung der Personalengpässe Reformmodelle und Status quo gleichermaßen trifft.

4.2.1.2 Entwicklung der Pflegesätze und der Gesamtsumme der pflegebedingten Eigenanteile in der SPV

Als Datengrundlage zur Fortschreibung der Pflegesätze und der pflegebedingten Eigenanteile dient die Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO 2025). Dort werden durchschnittliche Pflegesätze von 2.905 Euro für das Jahr 2023 und 3.227 Euro für das Jahr 2024 angegeben. Um daraus Pflegesätze für die unterschiedlichen Pflegegrade zu ermitteln, wird die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Heimpflege entsprechend der Pflegegradverteilung, die sich für 2023 aus der Leistungstagestatistik PG 1 ergibt, auf die Pflegegrade aufgeteilt. Weiterhin werden aus der Pflegestatistik 2023 (Statistisches Bundesamt 2024b) relative Preise für die Pflegegrade entnommen und werden mit diesen Informationen die Pflegesätze für die einzelnen Pflegegrade berechnet.[4]

[4] Der durchschnittliche Pflegesatz ergibt sich als $\sum_{i=1}^{5} \alpha_i * PS_i = \sum_{i=1}^{5} \alpha_i * \beta_i * PS_1$, wobei α_i für den Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegegrad *i* und β_i für den Faktor steht, mit dem der Pflegesatz in Pflegegrad 1 multipliziert werden muss, um den Pflegesatz in Pflegegrad *i* zu erhalten. Werden die Relativgewichte α_i und β_i aus den

Ausgehend von diesen Startwerten wurde die Entwicklung der Pflegesätze projiziert. Zentral für die Steigerung der Pflegesätze sind die Entwicklung der Personalausgaben, die wiederum von der Lohnentwicklung und der Personalmenge abhängig sind. In den letzten 10 Jahren war die Lohnsteigerung im Pflegebereich doppelt so hoch wie die allgemeine Lohnsteigerung (Rothgang & Müller 2024: 23 ff.). Weiterhin sind seit dem 1. Juli 2023 Personalobergrenzen für Einrichtungen der vollstationäre Dauerpflege im SGB XI festgeschrieben, die in den meisten Einrichtungen die Refinanzierung einer größeren Personalmenge ermöglichen. Die dadurch eröffneten Spielräume sind bislang aber noch nicht vollständig genutzt worden, sodass auch in Zukunft mit weiterem Personalaufwuchs zu rechnen ist. Da auch weiterhin mit einer über der üblichen Lohnsteigerung liegenden Steigerungsrate der Pflegesätze zu rechnen ist, wird die Steigerungsrate für die Pflegesätze von 2025 bis 2032 abweichend von den Annahmen des IGES-Instituts (2024a) fortgeführt. Die Steigerungsrate der Pflegesätze lag zwischen 2017 und 2024 bei durchschnittlich 7 % (eigene Berechnung nach WIdO 2025). Diese nominale Steigerungsrate wird für das Jahr 2025 angesetzt und dann bis 2032 linear rückläufig fortgeführt, bis sie im Jahr 2032 die Steigerungsrate von 2,5 % (2/3 Lohnsteigerung von 3 % und 1/3 Inflationsrate von 1,5 %) erreicht und konstant mit diesem Wert weitergeführt wird.

Durch Multiplikation der Pflegesätze mit der Zahl der Pflegebedürftigen in jedem Pflegegrad und anschließende Summenbildung über die Pflegegrade ergibt sich die Gesamtsumme der pflegebedingten Kosten. Wird hiervon die Gesamtsumme der Leistungen nach § 43 SGB XI abgezogen, die als Produkt der nach Pflegegrad gestaffelten Leistungen und der Zahl der pflegebedürftigen Leistungsempfangenden in diesen Graden sowie der anschließenden Summation über alle Pflegegrade ermittelt werden kann, ergibt sich die Summe der Bruttoeigenanteile. Hiervon sind im Status quo die Leistungen nach § 43c SGB XI abzuziehen, die mit 45,9 % der Bruttoeigenanteile angesetzt werden. Die Differenz gibt die Gesamtsumme der (Netto)Eigenanteile der SPV-Versicherten an.

4.2.1.3 Entwicklung der Leistungshöhen im Status quo

Die Leistungsdynamisierung der *Hauptleistungsarten* (Pflegegeld, Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege) erfolgt im Status quo bis 2028 entsprechend der geltenden Rechtslage (Tabelle 7). Ab 2029 werden entsprechend des IGES-Gutachtens für Pflegegeld eine Steigerungsrate von 1/3 Lohnsteigerung und 2/3 Inflationsrate und für Pflegesachleistungen und Leistungen der vollstationären Pflege 2/3 Lohnsteigerung und 1/3 Inflationsrate angenommen. Dabei wird von einer nominalen Lohnsteigerung von 3,0 % und einer Inflationsrate von 1,5 % ausgegangen (IGES 2024a). Die Hauptleistungen werden jeweils mit Hilfe der Anzahl der Pflegebedürftigen differenziert nach Pflegegraden projiziert.

Die *Leistungen nach § 43c SGB XI* zur Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen wird für die Jahre 2023 und 2024 aus den Veröffentlichungen des WIdO (2025) entnommen. Ab 2025 wird ein gleichbleibender Anteil an den pflegebedingten Aufwendungen angenommen. Dieser liegt bei 45,9 % (ebd.). Die Gesamtsumme der Leistungen nach § 43c SGB XI wird jeweils mit Hilfe der Anzahl der Pflegebedürftigen differenziert nach Pflegegraden projiziert.

Pflegebedürftige mit PG 1 können nach § 45b SGB XI ab 2025 einen *Entlastungsbetrag i*n Höhe von 131 Euro beziehen. Dieser Betrag kann auch für Aufwendungen nach § 36 SGB XI verwendet werden. Die Dynamisierung dieser Leistungen erfolgt entsprechend der Leistungsdynamisierungen für Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege um 6,6 % im Jahr 2028 und dann ab 2029 jährlich um 2,5 % (2/3 Lohnentwicklung, 1/3 Inflationsrate).

genannten Statistiken entnommen, kann aus dem gegebenen Durchschnittspflegesatz des WIdO der Pflegesatz für Pflegegrad 1 und mittels der Relativgewichte β_i dann auch der Pflegesatz für alle anderen Pflegegrade ermittelt werden.

Die meisten *übrigen Ausgabenposten* der SPV werden angelehnt an das IGES-Gutachten wie in Tabelle 8 dargestellt fortgeschrieben.

Als Grundlage für die Aufwendungen von medizinischer Behandlungspflege in der vollstationären Pflege (die in der Finanzstatistik in den Ausgaben für die vollstationäre Dauerpflege enthalten sind) werden im Jahr 2023 Ausgaben in Höhe von 3 Mrd. Euro angenommen (Bundesregierung 2024a; vgl. hierzu auch Rothgang & Müller 2013). Die Ausgaben für zusätzliche Betreuung in der vollstationären Versorgung lagen im Jahr 2023 laut PV45-Finanzstatistik bei 1,82 Mrd. Euro. Beide Ausgabenpositionen werden entsprechend der Zahl der Pflegebedürftigen in der vollstationären Dauerpflege sowie der Steigerungsrate der Pflegesätze (s. u.) fortgeschrieben.

Tabelle 7: Leistungsdynamisierung der Hauptleistungsarten im Status Quo

Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)					
Jahr	**2023**	**2024**	**2025**	**2028**	**ab 2029**
Pflegegrad 1	-	-	-	6,6 % (kumulierte Inflation 2024-2026)	2,5 % (2/3 Lohnentwicklung, 1/3 Inflationsrate)
Pflegegrad 2	724 Euro	761 Euro	796 Euro		
Pflegegrad 3	1.363 Euro	1.432 Euro	1.497 Euro		
Pflegegrad 4	1.693 Euro	1.778 Euro	1.859 Euro		
Pflegegrad 5	2.095 Euro	2.200 Euro	2.299 Euro		
Pflegegeld (§ 37 SGB XI)					
Pflegegrad 1	-	-	-	6,6 % (kumulierte Inflation 2024-2026)	2,0 % (1/3 Lohnentwicklung, 2/3 Inflationsrate)
Pflegegrad 2	316 Euro	332 Euro	347 Euro		
Pflegegrad 3	545 Euro	573 Euro	599 Euro		
Pflegegrad 4	728 Euro	765 Euro	800 Euro		
Pflegegrad 5	901 Euro	947 Euro	990 Euro		
Vollstationär (§ 43 SGB XI)					
Pflegegrad 1	125 Euro	125 Euro	131 Euro	6,6 % (kumulierte Inflation 2024-2026)	2,5 % (2/3 Lohnentwicklung 1/3 Inflationsrate)
Pflegegrad 2	770 Euro	805 Euro	805 Euro		
Pflegegrad 3	1.262 Euro	1.319 Euro	1.319 Euro		
Pflegegrad 4	1.775 Euro	1.855 Euro	1.855 Euro		
Pflegegrad 5	2.005 Euro	2.096 Euro	2.096 Euro		
Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen gemäß § 43c SGB XI					
< 12 Monate	5 %	15 %	15 %	15 %	15 %
> 12 Monate	25 %	30 %	30 %	30 %	30 %
> 24 Monate	45 %	50 %	50 %	50 %	50 %
> 36 Monate	70 %	75 %	75 %	75 %	75 %

Die Einzahlungen in den *Pflegevorsorgefonds* werden entsprechend der geltenden Rechtslage projiziert. Diese sieht für die Jahre 2024 bis 2027 feste Ausgaben von 700 Mio. Euro sowie eine Nachzahlung der Einzahlung des Jahres 2023 im Jahr 2024 vor. Von 2028 bis einschließlich 2033 werden dem Pflegevorsorgefonds jährlich 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Vorjahres zugeführt. Im Jahr 2034 erfolgt weder eine Auszahlung noch eine Einzahlung (§ 135 SGB XI). Für die Auszahlung ab 2035 werden ebenfalls die geltenden Regelungen angewendet. Diese sehen vor, dass die Mittel des Vorsorgefonds zur Deckung der Kosten der SPV ausgeschüttet werden können, wenn sonst der Beitragssatz erhöht werden müsste. Die maximale Ausschüttung beträgt den zwanzigsten Teil des Vermögens zum Ende des Jahres 2034 (§ 136 SGB XI). Dieser Wert wird in der Projektion jährlich um die Inflationsrate

angehoben. Es wird von einem Vermögen von 12,3 Mrd. Euro im Jahr 2022 ausgegangen. Das Vermögen des Pflegevorsorgefonds wird in der Modellrechnung mit jährlich 2,5 % verzinst (IGES 2024a).

Alle *weiteren Leistungen* wurden bis zum Jahr 2028 mit einer nominalen Steigerungsrate von 3,0 % und ab 2029 mit einer Steigerungsrate von 2,0 % per anum fortgeschrieben.

Tabelle 8: Beschreibung der Methoden zur Fortschreibung der Ausgaben der SPV

Ausgaben der SPV	**Zeitraum**	
	bis 2028	**ab 2029**
Geldleistung	abhängig von Reformstufen	
Pflegesachleistung		
Verhinderungspflege	Steigerung um 3 % p.a.	Steigerung um 2 % p.a.
Tages-/Nachtpflege		
Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen		
Kurzzeitpflege		
Soziale Sicherung der Pflegepersonen		
Hilfsmittel/ Wohnumfeldverbesserung		
Vollstationäre Pflege	abhängig von Reformstufen	
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	Steigerung um 3 % p. a.	Steigerung um 2 % p. a.
Stationäre Vergütungszuschläge	Abhängig von Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege und entsprechend der Pflegesätze	
Vergütungszuschläge für zusätzliches Personal in vollstationären Einrichtungen	3 % p. a.	2 % p. a.
Pflegeberatung		
Sonstige Leistungsausgaben		
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes		
Verwaltungsausgaben		
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	geltendes Recht	
Sonstige Ausgaben	3 % p. a.	2 % p. a.

4.2.2 Einnahmenseite

Zur Finanzierung der Ausgaben der SPV werden Einnahmen, die aktuell fast ausschließlich auf Beiträgen der Versicherten beruhen, benötigt. Der Quotient aus jährlichen Ausgaben und jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) wird als ausgabendeckender Beitragssatz definiert:

$$b_j = \frac{A_j}{BPE_j} \qquad (1)$$

mit:

b_j = ausgabendeckender Beitragssatz in Jahr *j*
A_j = Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr *j*
BPE_j = Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder im Jahr *j.*

Bei diesem ausgabendeckenden Beitragssatz handelt es sich um eine theoretische Konstruktion zur Beurteilung der Reformeffekte. Tatsächlich muss der Beitragssatz vorab zu einem Zeitpunkt festgelegt werden, zu dem die Ausgaben noch nicht bekannt sind. Darüber hinaus gibt es Differenzierungen für Versicherte nach Anzahl und Alter der Kinder. Im Folgenden wird stets der mathematisch ausgabendeckende Gesamtbeitragssatz berichtet. Bei Anwendung der gesetzlichen Regelungen zur Berücksich-

tigung der Elterneigenschaft und Kinderzahl weicht der real zu entrichtendem Beitragssatz für verschiedene Versichertengruppen von diesem mathematischen Wert ab. Der gesetzliche Beitragssatz für Personen mit Elterneigenschaft liegt in etwa 0,2 Beitragssatzpunkte niedriger, für Versicherte mit mindestens zwei Kinder im Alter bis zu 25 Jahren entsprechend der Anzahl der Kinder noch darunter. Für kinderlose Versicherte liegen die Beitragssätze dagegen etwa 0,4 Beitragssatzpunkte über dem mathematischen Wert.

Da für die verschiedenen versicherten Gruppen der Beitragszahlenden unterschiedliche Regelungen zur Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen gelten, ergibt sich die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) als Produkt aus den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen jeder Beitragszahlendengruppe und der Anzahl der Personen in dieser Personengruppe.

$$BPE_j = \sum\left(M_{i,j} * \bar{Y}_{i,j}\right) \qquad (2)$$

mit

BPE_j = Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen in Jahr j

$M_{i,j}$ = Anzahl der versicherten Personen in Gruppe i in Jahr j

$\bar{Y}_{i,j}$ = durchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen der Personengruppe i in Jahr j.

Mit Hilfe der SOEP-Daten werden diese durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der unterschiedlichen Personengruppen für das Jahr 2022 bestimmt. Dabei werden im Status quo die in Tabelle 9 in dargestellten Personengruppen und einbezogenen Einnahmearten wie dargestellt berücksichtigt. Im Anschluss wird die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 2022 mit Hilfe der Zahl der Beitragszahler, die aus der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung sowie den Potentialerwerbsquoten (s. Abschnitt 4.1) hervorgehen, ermittelt. Dabei wurden alle Personen ab 65 Jahren den Rentnerinnen und Rentnern bzw. den Pensionärinnen und Pensionären zugeordnet.

Tabelle 9: Einbezogene Einnahmearten der Personengruppen im Status quo

Personengruppe	Einbezogene Einnahmearten
1. Abhängig sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	Bruttoarbeitsentgelt
2. Selbständige, Beamtinnen und Beamte	alle Einkünfte[1]
3. Rentnerinnen und Rentner	Renten[2]
4. Pensionärinnen und Pensionäre	alle Einkünfte[1]
5. Arbeitslosengeld I-Empfangende	8/6 der ALG I-Leistungshöhe (§ 57 SGB XI und § 232a SGB V)
6. Arbeitslosengeld II- Empfangende	22,66 % der Bezugsgröße nach § 19 SGB IV, 2022: 3.290 Euro/Monat)
7. Studierende (gem. § 236 SGB V)	861 Euro (§ 236 SGB V und § 55 SGB VI)
8. Mitversicherte Erwachsene	Keine
9. Mitversicherte Kinder	Keine
10. Übrige	alle Einkünfte[1]

[1] Umfasst Einkünfte aus Haupt- und Nebentätigkeiten, Renten (eigene und Witwenrenten der Deutschen Rentenversicherung, Einkünfte aus betrieblicher Altersversorgung und Zusatzversorgung), Pensionen aus Beamtenversorgung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung abzüglich steuerlich abzugsfähiger Kosten, BAFöG-Leistungen, Entnahmen aus Personengesellschaften

[2] Umfasst eigene und Witwenrenten der Deutschen Rentenversicherung, Einkünfte aus betrieblicher Altersversorgung und Zusatzversorgung.

Für die Projektion der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen erfolgt eine Zusammenführung der Beitragszahlendengruppen gemäß Rothgang & Domhoff (2025: 19) in fünf Beitragsgruppen (Erwerbstätige, Rentnerinnen und Rentner, Arbeitslose, Kinder und Sonstige) und eine entsprechende

Ermittlung der durchschnittlichen BPE für das Jahr 2022 sowie eine Hochrechnung der Stichprobe auf die Gesamtbevölkerung mit Hilfe des im SOEP enthaltenen Hochrechnungsfaktors (Kroh 2018). Die Fortschreibung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen erfolgt entsprechend der Methodik bei Rothgang & Domhoff 2025: 24f.).

4.3 Modellannahmen für Reformstufe 1

Auch für die Reformstufe 1 sind Modellannahmen auf die Ausgabenseite (Abschnitt 4.3.1) und der Einnahmenseite (Abschnitt 4.3.2) zu benennen.

4.3.1 Ausgabenseite

Für die Ausgabenseite sind insbesondere Annahmen zur Berücksichtigung von Ausbildungskosten und Ausgaben für medizinische Behandlungspflege (Abschnitt 4.3.1.1), zur Entwicklung der Zahl der SPV-Versicherten, zu den Pflegeprävalenz und zur Zahl der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.3.1.2) sowie zu den pflegebedingten Kosten, Eigenanteilen und Leistungsausgaben der SPV (Abschnitt 4.3.1.3) und des Besitzstandsschutzes (Abschnitt 4.3.1.4) zu treffen.

4.3.1.1 Ausbildungskosten und medizinische Behandlungspflege

Die Verschiebung der *Ausbildungskosten* aus den Pflegesätzen in einen gesonderten Ausgabenposten der SPV erfolgt im Reformmodell ab dem Jahr 2026 mit Beginn der Reformstufe 1. Zur Berücksichtigung dieser Kosten werden die durchschnittlichen Ausbildungskosten pro Monat, die laut vdek im Jahr 2025 bei 133 Euro liegen (vdek 2025) – multipliziert mit der Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege – von den pflegebedingten Kosten abgezogen und als gesonderter Ausgabenposten der SPV aufgenommen. Anschließend werden die pflegebedingten Kosten entsprechend der Modellannahmen des Status quo (s. Abschnitt 4.2.1.1) fortgeschrieben. Die Fortschreibung der Ausbildungskosten erfolgt in Relation zur Anzahl der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen. Ab Reformstufe 2 wird außerdem eine Steigerung der Ausbildungskapazitäten angenommen (s. Abschnitt 3.3.2.4). Diese führt ab 2029 zu einem sukzessiven linearen Anstieg, sodass ab 2038 eine Verdopplung der Ausbildungskapazität erreicht ist. Diese wird dann für drei Jahre auf einem entsprechenden Niveau gehalten. Dann wird angenommen, dass personelle Ressourcen in dem Maße aufgebaut sind, wie sie für die gestiegene Versorgung notwendig sind. Im Anschluss werden die Ausbildungskapazitäten wieder sukzessive auf den Stand von 2029 zurückgefahren.

Die Übernahme der *Kosten für medizinische Behandlungspflege* erfolgt ab dem Jahr 2026 mit Beginn der Reformstufe 1. Die Ausgaben für medizinische Behandlungspflege belaufen sich laut Bericht der Bundesregierung auf 3 Mrd. Euro pro Jahr (Bundesregierung 2024a). Dieser Wert wird gleichmäßig auf alle Pflegebedürftigen mit vollstationärer Dauerpflege im Jahr 2023 verteilt. Dies entspricht monatlich 341 Euro pro Person. Dieser Betrag, der dann entsprechend der Modellannahmen des Status quo (s. Abschnitt 4.2.1) fortgeschrieben wird, wird von den pflegebedingten Kosten abgezogen.

4.3.1.2 Entwicklung der Zahl der SPV-Versicherten, der Pflegeprävalenz und der Zahl der Pflegebedürftigen

Die Entwicklung der Zahl der SPV-Versicherten, der Pflegeprävalenz und der Zahl der Pflegebedürftigen entspricht in Reformstufe 1 denen des Status quo. Die Ergebnisse werden in Kapitel 5 sowohl für das Vollmodell als auch das Einführungsmodell berichtet.

4.3.1.3 Ermittlung der pflegebedingten Kosten, Eigenanteile und Leistungsausgaben der SPV

In Stufe 1 des Reformvorschlags wird ein Sockel-Spitze-Tausch in der vollstationären Pflege durchgeführt. Dadurch ergeben sich Veränderungen bei den Leistungshöhen gemäß § 43 SGB XI, die im Folgenden dargestellt werden. Die Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen an den pflegebedingten Aufwendungen nach § 43c SGB XI sowie die Ausgaben für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b SGB XI fallen in Reformstufe 1 weg und müssen daher nicht modelliert werden. Weitere Leistungen der SPV sind von dieser Reformstufe nicht betroffen.

Die Eigenanteile für pflegebedingte Kosten werden für die Pflegegrade 2 bis 5 wie beschrieben zweifach begrenzt: erstens erfolgt eine Begrenzung auf einen monatlichen Höchstbetrag von 25 % der pflegebedingten Kosten und maximal 700 Euro (maximaler Sockelbetrag). Zweitens werden die maximal zu zahlenden Eigenanteile auf 25.200 Euro pro Person festgelegt (maximaler Eigenanteil). Zur Berücksichtigung dieser zweiten Begrenzung wird in den Berechnungen berücksichtigt, dass der Teil der Heimbewohnenden, die mindestens 36 Monaten nach Einzug in ein Pflegeheim weiterhin im Pflegeheim leben, den maximalen Eigenanteil bereits erreicht haben und daher keinen weiteren Sockelbetrag zahlen. Dieser Anteil beträgt im Jahr 2022 laut vdek 36,4 % (vdek 2022)[5]. Entsprechend wird nur von rund 64 % der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege der volle Eigenanteil gezahlt. Dieser Wert wird für alle Jahre konstant gehalten und bei der Ermittlung der Leistungshöhen der SPV berücksichtigt, indem der gewichtete Mittelwert des maximalen Sockelbetrags nur von 64 % der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege gezahlt wird. Daraus resultiert die Höhe des durchschnittlich gezahlten Sockelbetrags (durchschnittlicher Sockelbetrag).

Die Leistungshöhen der SPV für stationäre Pflege resultieren entsprechend aus der Differenz der pflegebedingten Kosten und diesen Sockelbeträgen. In den Darstellungen wird dabei zwischen den *minimalen Leistungshöhe*n – bei Zahlung des maximalen Sockelbetrags – und den *durchschnittlichen Leistungshöhen* – bei Zahlung des durchschnittlichen Sockelbetrags – differenziert. Diese Differenzierung erfolgt, da für die Kostenfolgen der SPV die durchschnittlichen Leistungshöhen, für die Pflegebedürftigen aber die maximalen Leistungshöhen von Interesse sind. Die Leistungen der SPV für PG 1 bleiben auf dem aktuellen Niveau bestehen und werden entsprechend der beschriebenen Leistungsdynamisierungen des Status quo (s. Abschnitt 4.2.1.3) fortgeschrieben.

Die Grundlage zur Ermittlung der pflegebedingten Kosten liefert die Fortschreibung der Pflegesätze (s. Abschnitt 4.2.1.1). Um die folgende Reformstufe vorzubereiten, werden die Ausgaben für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI) schon in Reformstufe 1 in die Pflegesätze inkludiert, sodass diese nicht mehr als gesonderter Ausgabenposten der SPV, sondern als pflegesatzwirksamer Aspekt betrachtet werden. Dazu werden die fortgeschriebenen Ausgaben für diesen Posten gleichmäßig auf alle Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege verteilt. Dieser Betrag wird auf die Pflegesätze jedes Pflegegrades addiert. Darüber hinaus erfolgt der Abzug der Ausgaben für medizinische Behandlungspflege und Ausbildungskosten (Tabelle 10)[6].

[5] In den ersten Jahren nach Beginn der Reform trifft das für Personen mit Pflegegrad 2 nicht zu. Deswegen werden hier erst nach ca. 37 Monaten die maximalen Eigenanteile gezahlt worden sein. Da aber nur Informationen zum Anteil der Heimbewohnenden vorliegen, die nach 36 Monaten noch in der Einrichtung leben, wurde diese Ungenauigkeit in den Durchschnittsberechnungen in Kauf genommen.

[6] Hier werden die projizierten Pflegesätze, die in der Mitte des Jahres 2025 zu erwarten sind, zugrunde gelegt. Dazu wurden die Pflegesätze zum Ende des Jahres 2024 um 3,5 % gesteigert, da im Jahr 2025 insgesamt ein Anstieg um 7 % erwartet wird (s. Abschnitt 4.2.1.2).

Tabelle 10: Ermittlung der monatlichen pflegebedingten Kosten für stationäre Pflege 2025 in Reformstufe 1 in Euro

2025	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegesätze	2.541	3.104	3.686	3.957
+ durchschnittliche Ausgaben für § 43b SGB XI	229	229	229	229
– durchschnittliche Ausgaben für MBP	378	378	378	378
– durchschnittliche Ausgaben für Ausbildungskosten	133	133	133	133
= pflegebedingte Kosten in Reformstufe 1	2.259	2.823	3.405	3.675

Wird (in den ersten 36 Monaten eines Heimaufenthaltes) der maximale Sockelbetrag gezahlt, ergeben sich die (minimalen) monatlichen Leistungsausgaben der Pflegeversicherung pro heimbewohnende Person wie in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Minimale monatliche Leistungshöhen der SPV für stationäre Pflege im Jahr 2025 bei Reformstufe 1 in Euro

2025	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegebedingte Kosten in Reformstufe 1	2.259	2.823	3.405	3.675
– maximaler Sockelbetrag	565	700	700	700
= minimale Leistungsausgaben der Pflegeversicherung	1.694	2.123	2.705	2.975

Die Höhe der durchschnittlichen Sockelbeträge – unter Berücksichtigung der maximalen Eigenanteile von 25.200 Euro läge im Jahr 2025 für alle Pflegegrade gemittelt bei 432 Euro. Somit ergäben sich im Jahr 2025 die in Tabelle 12 dargestellten durchschnittlichen Leistungshöhen für stationäre Pflege in der SPV.

Tabelle 12: Ermittlung der durchschnittlichen monatlichen Leistungshöhen der SPV für stationäre Pflege 2025 in Reformstufe 1 in Euro

2025	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegebedingte Kosten Reformstufe 1	2.259	2.823	3.405	3.675
– durchschnittlicher Sockelbetrag	432	432	432	432
= durchschnittliche Leistungsausgaben der Pflegeversicherung	1.827	2.390	2.972	3.243

4.3.1.4 Besitzstandschutz

Um zu gewährleisten, dass keine Person im Zuge der Reform schlechter gestellt wird, wird ein Besitzstandschutzes vorgeschlagen. Für die Konzeption dieses Besitzstandsschutzes ist zunächst zu klären, wie mit den vergangenen Zeiträumen, in denen von Heimbewohnenden bereits Eigenanteile gezahlt werden, umgegangen wird. Da diese Eigenanteile in der Regel bei mehr als 700 Euro lagen, bietet es sich an, für jeden Monat, der zum Umstellungszeitpunkt bereits in vollstationärer Pflege verbracht wurde, einen Betrag von 700 Euro zu unterstellen, der bereits auf das individuelle Eigenanteilskonto eingezahlt wurde. Diese Regelung ist in den Berechnungen zu den Ausgaben der Pflegeversicherung bereits berücksichtigt.

Für Heimbewohnende, die weniger als drei Jahre im Heim leben, liegen die durchschnittlichen Eigenanteile in allen Bundesländern nach Berücksichtigung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI (meist deutlich) *über* dem maximalen monatlichen Sockelbetrag von 700 Euro (WIdO 2025). Für diesen Personenkreis fallen daher allenfalls vernachlässigbare Bestandsschutzkosten für diejenigen an, die in Einrichtungen mit deutlich unterdurchschnittlichen Pflegesätzen leben. Für Pflegebedürftige, die bereits

seit mindestens drei Jahre vollstationäre Pflege beziehen, ist der maximale Eigenanteil dagegen schon „eingezahlt“. Für sie fallen dann keine weiteren Sockelbeträge an – entsprechend entstehen auch keine Zusatzkosten für Besitzstandsschutz. Insgesamt können die Kosten des Besitzstandsschutzes in den Modellrechnungen daher vernachlässigt werden.

4.3.2 Einnahmenseite

In Reformstufe 1 verändert sich die Einnahmenseite der SPV nicht. Die Ermittlung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen erfolgt wie in Abschnitt 4.2.2 dargestellt. Zur Refinanzierung der veränderten Strukturen, wird eine *Steuerfinanzierung der Ausgaben für die soziale Sicherung der Pflegepersonen* im Jahr 2026 eingeführt. Die Methodik zur Ermittlung der Höhe dieser Ausgaben wird in Abschnitt 4.2.1.3 beschrieben. Für das hier beschriebene Refinanzierungselement werden diese Kosten durch Steuermittel übernommen. Dies kann durch jährliche Einzahlungen in entsprechender Höhe in den Ausgleichsfonds erfolgen.

4.4 Modellannahmen für Reformstufe 2

Auch für die Modellierung der Reformstufe 2 müssen Annahmen zur Ausgabenseite (Abschnitt 4.4.1) und zur Einnahmenseite (Abschnitt 4.4.2) getroffen werden.

4.4.1 Ausgabenseite

Auf der Ausgabenseite müssen Annahmen zur Zahl der SPV-Versicherten, zu den Pflegeprävalenzen und der Zahl der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.4.1.1) sowie zu den pflegebedingten Kosten, den Eigenanteile und den Leistungsausgaben der SPV getroffen werden (Abschnitt4.4.1.2).

4.4.1.1 Entwicklung der Zahl der SPV-Versicherten, der Pflegeprävalenz und der Zahl der Pflegebedürftigen

Die Annahmen zur Modellierung der Entwicklung der Zahl der SPV-Versicherten, der Pflegeprävalenz und der Zahl der Pflegebedürftigen entsprechen für Reformstufe 2 den Annahmen des Status quo und der Reformstufe 1. Die Ergebnisse der Modellierung werden in Kapitel 5 sowohl für das Vollmodell als auch das Einführungsmodell berichtet.

4.4.1.2 Ermittlung der pflegebedingten Kosten, Eigenanteile und Leistungsausgaben der SPV

Reformstufe 2 umfasst neben dem Sockel-Spitze-Tausch im stationären Sektor (Reformstufe 1) die Einführung *bedarfsorientierter Leistungen für alle Hauptleistungsarten*. Dadurch verändern sich die Leistungshöhen auch für Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) und für Pflegegeld (§ 37 SGB XI). Leistungen für Personen mit Pflegegrad 1 bleiben unverändert. Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 haben weiterhin keine Ansprüche auf Leistungen nach §§ 36 und 37 SGB XI, sondern können lediglich Entlastungsleistungen beziehen. Für die Dynamisierung dieser Leistungen bestehen die gleichen Regelungen wie im Status quo (s. Abschnitt 4.2.1.3).

Zur Bestimmung bedarfsgerechter Leistungen wird in Reformstufe 2 ein *Verfahren zur individuellen Bedarfsermittlung* eingeführt (s. Abschnitt 3.3.2). Zur Abschätzung der Gesamtsumme der SPV-Ausgaben, die bei einer individuellen Bedarfsermittlung resultieren, wird wie folgt vorgegangen: Als Grundlage zur Ermittlung von bedarfsgerechten Leistungshöhen dienen die in Reformstufe 1 ermittelten pflegebedingten Kosten (s. Tabelle 10), die einer Vollversorgung in der stationären Pflege entsprechen. Es wird unterstellt, dass mit den gleichen Mitteln auch eine Vollversorgung im ambulanten Setting möglich ist. Da im ambulanten Setting in der Regel weitere Unterstützung durch pflegende Angehörige

bzw. ein privates Netzwerk besteht und somit auch bei Vollversorgung nicht die gesamte Unterstützung durch Pflege- und Betreuungsdienste erfolgt, wird hierbei noch ein Abschlag von 10 % berücksichtigt, sodass insgesamt 90 % der Höhe der pflegebedingten Kosten der stationären Pflege als im Durchschnitt bedarfsdeckend angesehen wird. Die Leistungshöhen für Pflegegeld resultieren wiederum aus den Leistungshöhen für Pflegesachleistungen und betragen 40 % dieses Wertes, da sich darin erstens das durchschnittliche Verhältnis von Pflegegeld und Pflegesachleistungen spiegelt und es sich zweitens bei den Leistungen von Pflegegeld 2.0 um steuer- und beitragsfreie Leistungen handelt (s. Abschnitt 3.3.2.2). Liegen die Leistungshöhen von Pflegegeld 2.0 bei 40 %, so liegen die Leistungen für formelle Pflege auch nach Abzug von Steuern und Abgaben weiterhin über den Leistungen für informelle Pflege. Dies ist sinnvoll, da ansonsten Anreize geschaffen würden, formelle Pflegedienste aufzulösen. Für 2025 resultieren die in Tabelle 13 dargestellten pflegebedingten Kosten.

Tabelle 13: Monatliche pflegebedingte Kosten für die Hauptleistungsarten 2025 in Reformstufe 2 in Euro

2025	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
stationäre Pflege	2.259	2.823	3.405	3.675
Pflegesachleistungen = 90 % der stationären Leistungen	2.033	2.540	3.064	3.307
Pflegegeld 2.0 = 40 % der Pflegesachleistungen	813	1.016	1.226	1.323

In Reformstufe 2 werden außerdem Eigenanteile für Pflegesachleistungen und Pflegegeld eingeführt. Die Höhe der maximalen Sockelbeträge wird wie in der Reformstufe 1 auf 25 % der pflegebedingten Kosten und maximal 700 pro Monat begrenzt. Daraus ergeben sich für das Jahr 2025 die in Tabelle 14 dargestellten maximalen Sockelbeträge. Für die Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld werden die daraus resultierenden Eigenanteile nicht als explizite Zahlung fällig. Vielmehr handelt es sich um implizite Eigenanteile, die mittels der Reduktion der Leistungen der SPV aufgebracht werden.

Tabelle 14: Maximale monatliche Sockelbeträge für die Hauptleistungsarten 2025 in Reformstufe 2 in Euro

2025	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
stationäre Pflege	565	700	700	700
Pflegesachleistungen	508	635	700	700
Pflegegeld 2.0	203	254	306	331

In Tabelle 15 werden die daraus resultierenden minimalen monatlichen Leistungshöhen der SPV für die Hauptleistungsarten im Jahr 2025 dargestellt.

Tabelle 15: Minimale monatliche Leistungshöhen der SPV für die Hauptleistungsarten 2025 in Reformstufe 2 in Euro

2025	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
stationäre Pflege	1.694	2.123	2.705	2.975
Pflegesachleistungen	1.525	1.905	2.364	2.607
Pflegegeld 2.0	610	762	919	992

Darüber hinaus werden die Eigenanteile auch in Reformstufe 2 auf einen maximalen Eigenanteil von 25.200 Euro pro Person begrenzt. Da in Reformstufe 2 in allen Hauptleistungsarten implizite oder explizite Eigenanteile anfallen, die auf diesen maximalen Eigenanteil einzahlen, muss zur Ermittlung der Gesamtausgaben der SPV für einen Pflegebedürftigen die gesamte Pflegekarrieren berücksichtigt wer-

den: Bezieht eine Person mit einem individuellen Pflegebedarf, der dem Durchschnittsbedarf einer pflegebedürftigen Person im „alten“ Pflegegrad 3 entspricht, beispielsweise für 24 Monate Pflegegeld 2.0 wird dieser Person eine Einzahlung von 6.097 Euro (= 254 Euro * 24) angerechnet. Erfolgt im Anschluss eine Versorgung durch Pflegesachleistungen für 12 Monate zahlt die pflegebedürftige Person für diesen Zeitraum monatlich 635 Euro (= 7.621 Euro) Eigenanteil. Zieht diese Person im Anschluss daran in ein Pflegeheim, erfolgt die Zahlung des maximalen Sockelbetrags von 700 Euro nur noch für 16,4 Monate, da dann der maximale Eigenanteil von 25.200 Euro erreicht ist.

Um die Gesamtsumme der Sockelzahlungen im Modell zu berechnen, wird in Reformstufe 2 die kumulierte Statusverteilung der Pflegebedürftigen des Jahres 2017 nach Hauptleistungsarten zugrunde gelegt (vgl. Rothgang und Müller 2024: 159), die auf Monatsbasis angibt, wie groß der Anteil der Personen ist, die die unterschiedlichen Hauptleistungsarten beziehen. Mit Hilfe dieses Anteils und der oben dargestellten maximalen Sockelbeträge lässt sich der über alle Hauptleistungsarten durchschnittliche Aufwuchs auf den maximalen Eigenanteil bestimmen. Im Laufe einer Pflegekarriere mit durchschnittlicher Dauer von 7,5 Jahren (Rothgang und Müller 2024: 6) wird ein durchschnittlicher Eigenanteil von 15.388 Euro pro Person gezahlt. Dieser Wert wird für das Jahr 2025 angesetzt und dann mit der Inflationsrate fortgeschrieben.

Durch die Veränderungen in den Hauptleistungsarten zu bedarfsgerechten Leistungshöhen, fallen die Nebenleistungen im ambulanten Bereich weg. Dies betrifft die Ausgabenposten Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen und Kurzzeitpflege, da diese Leistungen dann in der Summe der insgesamt bedarfsgerechten Leistungen enthalten sind.

4.4.2 Einnahmenseite

In Reformstufe 2 erfolgen umfassende Änderungen der Einnahmenseite. Erstens wird die *Beitragsbemessungsgrenze* auf das Niveau der Rentenversicherung (West) angehoben. Zweitens erfolgt die *Verbeitragung aller Einkommensarten*, sodass für die verschiedenen Gruppen der Beitragszahlenden die in Tabelle 16 dargestellten Einkommensarten verbeitragt werden.

Tabelle 16: Einbezogene Einnahmearten ab Reformstufe 2

Personengruppen	einbezogene Einnahmearten
1. Abhängig sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	alle Einkünfte[1]
2. Selbständige, Beamtinnen und Beamte	alle Einkünfte[1]
3. Rentnerinnen und Rentner	alle Einkünfte[1]
4. Pensionärinnen und Pensionäre	alle Einkünfte[1]
5. Arbeitslosengeld I-Empfangende	alle Einkünfte[1]
6. Arbeitslosengeld II-Empfangende	wie im Status quo
7. Studierende (gemäß § 236 SGB V)	wie im Status quo
8. Mitversicherte	wie im Status quo
10. Übrige	alle Einkünfte[1]

[1] Umfasst Einkünfte aus Haupt- und Nebentätigkeiten, Renten (eigene und Witwenrenten der Deutschen Rentenversicherung, Einkünfte aus betrieblicher Altersversorgung und Zusatzversorgung), Pensionen aus Beamtenversorgung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung abzüglich steuerlich abzugsfähiger Kosten, BAFöG-Leistungen, Entnahmen aus Personengesellschaften. Bei der Verbeitragung von Kapitalerträgen wird der im Einkommenssteuerrecht gültige Sparerfreibetrag angesetzt.

Drittens erfolgt ein *Finanzausgleich* zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung, der Einnahmen und Ausgaben betrifft, für die Soziale Pflegeversicherung in Summe aber weitere Einnahmen generiert und daher hier auf der Einnahmenseite behandelt wird. Für die Berech-

nungen wird unterstellt, dass die Ausgabenprofile von Versicherten der sozialen Pflegeversicherung auch für Versicherte der privaten Pflegeversicherung bestehen. Damit wird der Effekt dieser Maßnahme für die soziale Pflegeversicherung unterschätzt. Unter Berücksichtigung der Einnahmen in beiden Versicherungszweigen wurde dann als Saldo ein Ausgabenausgleich modelliert.

Viertens wird ab 2028 ein *fester Steuerzuschuss* eingeführt. Dieser liegt im Jahr 2028 bei 2 % der Gesamtausgaben der SPV, im Anschluss steigt er jährlich um jeweils zwei Prozentpunkte, bis im Jahr 2032 ein jährlicher Steuerzuschuss von 10 % erreicht wird. Dieser Anteilswert bleibt dann bis zum Ende des Projektionszeitraums bestehen.

4.5 Modellannahmen für Reformstufe 3

Auch für die Reformstufe 3 müssen Modellannahmen zur Ausgabenseite (Abschnitt 4.5.1) und zur Einnahmeseite getroffen werden (Abschnitt 4.5.2).

4.5.1 Ausgabenseite

Auf der Ausgabenseite müssen wiederum Annahmen zur Zahl der SPV-Versicherten, zu den Pflegeprävalenzen und der Zahl der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.5.1.1) sowie zu den pflegebedingten Kosten, den Eigenanteile und den Leistungsausgaben der SPV (Abschnitt 4.5.1.1) getroffen werden.

4.5.1.1 Entwicklung der Zahl der SPV-Versicherten, der Pflegeprävalenz und der Zahl der Pflegebedürftigen

Die Annahmen zur Modellierung der Entwicklung der Zahl der SPV-Versicherten, der Pflegeprävalenzen und der Zahl der Pflegebedürftigen entsprechen für Reformstufe 3 den Annahmen des Status quo und der Reformstufen 1 und 2. Die Ergebnisse der Modellierung werden in Kapitel 5 sowohl für das Vollmodell als auch das Einführungsmodell berichtet.

Abweichend von Status quo sowie Reformstufe 1 und 2 wird in Reformstufe 3 angelehnt an IGES 2024 eine Reduktion der Pflegebedürftigen um bis zu 10 % durch verstärkte Präventionsmaßnahmen angenommen. Abweichend vom IGES-Gutachten werden Effekte verstärkter Präventionsmaßnahmen in der vorliegenden Modellierung erst ab 2030 angesetzt. Außerdem wird von einem langsamen Anstieg des Effekts ausgegangen. Im Jahr 2030 verringert sich die Zahl der Pflegebedürftige über alle Leistungsarten und Pflegegrade um 0,5 %. Dieser Anteilswert wird über 20 Jahre um jeweils 0,5 Prozentpunkte gesteigert, sodass ab 2049 eine Verringerung der Anzahl der Pflegebedürftigen von 10 % erreicht ist und dann konstant bis zum Jahr 2060 weitergeführt wird.

4.5.1.2 Ermittlung der pflegebedingten Kosten, Eigenanteile und Leistungsausgaben der SPV

In Reformstufe 3 werden die verbleibenden, insbesondere ordnungsrechtlichen Hindernisse für eine sektorenfreie Versorgung beseitigt und diese wird etabliert. Bei der Berechnung der SPV-Ausgaben wird angenommen, dass eine Einbindung der Zivilgesellschaft in die formelle Pflege erleichtert und dadurch der Anteil informeller Pflege erhöht wird.

Zur Berechnung der Ausgaben werden die pflegebedingten Kosten in den ehemaligen Hauptleistungen auf Grundlage der Annahmen in Reformstufe 2 bestimmt. Dabei wird nun aber angenommen, dass in der stationären Pflege 15 % der Leistungen und in der Versorgung durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste 20 % der Leistungen durch die Zivilgesellschaft erbracht werden. Die Erbringung der Leistungen durch die Zivilgesellschaft wird mit jeweils 40 % der Leistungshöhe der Profileistungen vergütet. Des Weiteren wird angenommen, dass im Pflegegeld 2.0 ein Anteil von 5 % der Leistungen von

formeller Pflege durchgeführt wird, die entsprechend Reformstufe 2 mit 90 % der Leistungen der stationären Pflege vergütet werden. Für das Jahr 2025 ergäben sich die in Tabelle 17 dargestellten pflegebedingten Kosten.

Tabelle 17: Monatliche pflegebedingte Kosten für die ehemaligen Hauptleistungsarten in Reformstufe 3 in Euro

2025	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Vollstationäre Pflege	2.521	3.034	3.563	3.809
Pflegesachleistungen	2.207	2.656	3.119	3.334
Pflegegeld 2.0	1.190	1.432	1.681	1.798

Die pflegebedingten Eigenanteile für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 werden entsprechend der Regelungen in Reformstufe 2 ermittelt. Daraus ergeben sich die in Tabelle 18 dargestellten Werte.

Tabelle 18: Monatliche pflegebedingte Eigenanteile für die ehemaligen Hauptleistungsarten in Reformstufe 3 in Euro

2025	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Vollstationäre Pflege	630	700	700	700
Pflegesachleistungen	552	664	700	700
Pflegegeld 2.0	297	358	420	449

Als Differenz aus pflegebedingten Kosten und Eigenanteilen ergeben sich für das Jahr 2025 die in Tabelle 19 abgebildeten Leistungshöhen für die Hauptleistungsarten.

Tabelle 19: Monatliche Leistungen der SPV für die ehemaligen Hauptleistungsarten in Reformstufe 3 in Euro

2025	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Vollstationäre Pflege	1.891	2.275	2.673	2.857
Pflegesachleistungen	1.655	1.992	2.339	2.501
Pflegegeld 2.0	892	1.074	1.261	1.348

Die Berechnung der maximalen Eigenanteile pro Person erfolgt wie in Reformstufe 2.

4.5.2 Einnahmenseite

In Stufe 3 verändert sich in Bezug auf die Einnahmen nichts mehr.

5 Modellergebnisse

Um die Wirkungen des Reformmodells zu beschreiben, werden zunächst die Entwicklungen im Status quo dargestellt (Abschnitt 5.1), vor deren Hintergrund dann die Wirkungen des Gesamtreformvorschlags (Abschnitt 5.2) ermittelt werden können.

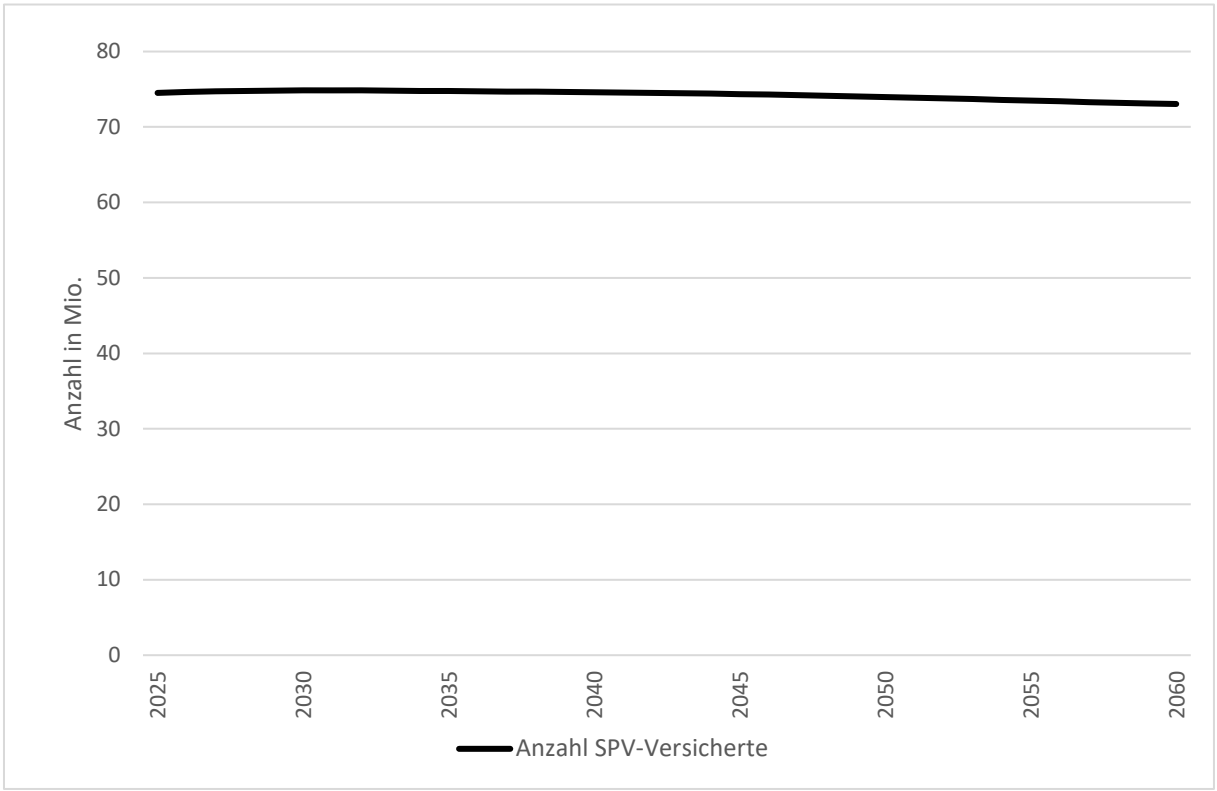
5.1 Entwicklung im Status quo

Die zentralen Ergebnisparameter für die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung sind deren Gesamtausgaben und insbesondere der Beitragssatz (Abschnitt 5.1.5). Um diese berechnen zu können, sind Aussagen über die Entwicklung der Zahl der SPV-Versicherten (Abschnitt 5.1.1), der Pflegeprävalenzen (Abschnitt 5.1.2), der aus dem Zusammenspiel dieser beiden Größe resultierenden Anzahl der Pflegebedürftigen (Abschnitt 5.1.3) sowie der pflegebedingten Kosten, der Leistungsausgaben der SPV und der Eigenanteile (Abschnitt 5.1.4) notwendig.

5.1.1 Entwicklung der Zahl der SPV-Versicherten

Die Anzahl der Personen, die in der SPV versichert sind, steigt gemäß den Projektionsergebnissen von 74,5 Mio. im Jahr 2025 leicht auf 74,9 Mio. im Jahr 2031 an. Anschließend nimmt diese Zahl kontinuierlich ab und erreicht 2060 einen Wert von 73,0 Mio. (Abbildung 4). Diese Werte sind vergleichbar mit den Vorausberechnungen von IGES (2024a). Leichte Differenzen sind auf unterschiedliche Ausgangswerte zurückzuführen.

Abbildung 4: Entwicklung der Zahl der SPV-Versicherten von 2025 bis 2060 im Status quo

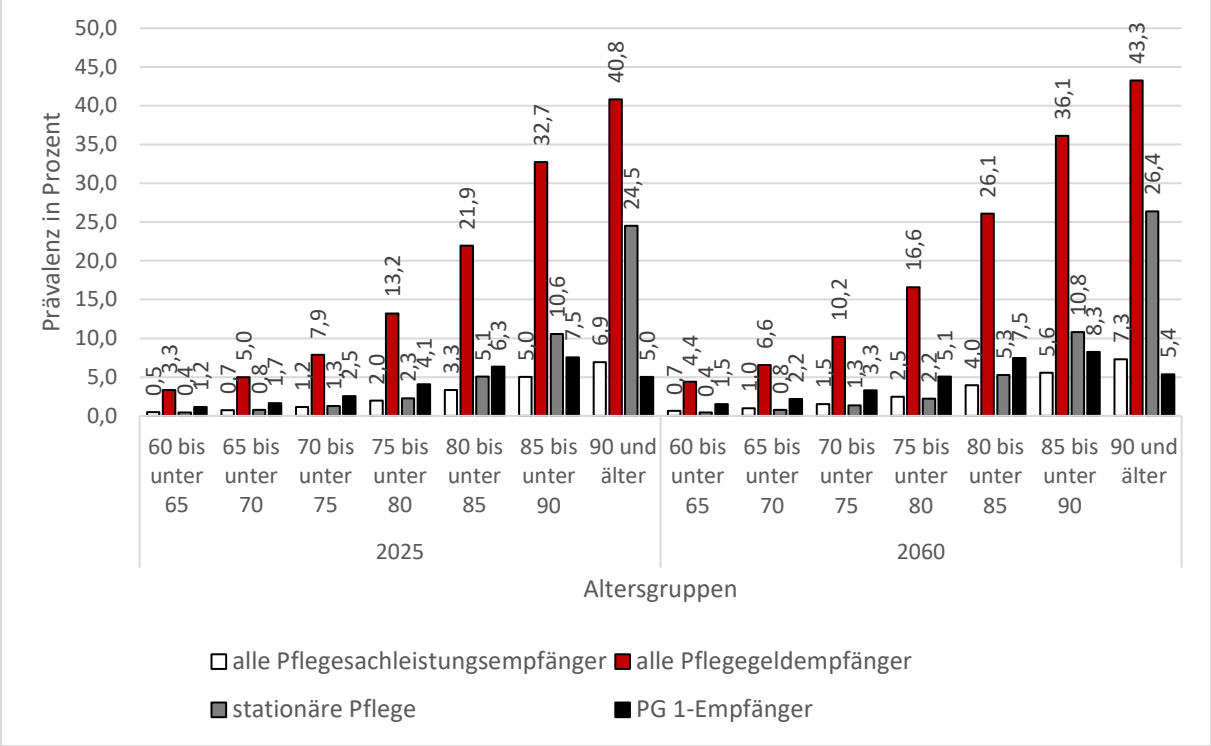


Quelle: eigene Berechnung nach BMG 2025d und Statistisches Bundesamt 2024a

5.1.2 Entwicklung der Pflegeprävalenzen

Abbildung 5 zeigt, dass die für die Modellrechnung verwendeten altersspezifischen Prävalenzen von 2025 und 2060 bei fast allen Leistungsarten und in fast allen Altersgruppen leicht steigen. Im Vergleich zu IGES ergeben sich leichte Abweichungen, die auf die unterschiedliche Datenbasis zurückzuführen sind. IGES verwendet den Prävalenzanstieg zwischen 2021 und 2022, um die zukünftigen Prävalenzanstiege abzuschätzen. im vorliegenden Gutachten konnte aufgrund des Vorliegens neuerer Daten der Prävalenzanstieg zwischen 2022 und 2023 für diese Abschätzung zugrunde gelegt. Diese veränderten Annahmen zeigen sich in den daraus resultierenden Pflegeprävalenzen sowie der Zahl der Pflegebedürftigen, da von IGES bereits ab 2023 ein Rückgang des Prävalenzanstiegs angenommen wurde. Tatsächlich zeigte sich aber ein im Vergleich zum Vorjahr stärkerer Prävalenzanstieg. Dieser wird in dem vorliegenden Gutachten entsprechend der in Kapitel 4 beschriebenen Methodik fortgeschrieben und beeinflusst die Pflegeprävalenzen der folgenden Jahre nachhaltig.

Abbildung 5: Altersspezifische Pflegeprävalenzen 2025 und 2060 differenziert nach Hauptleistungsarten und für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 im Status quo

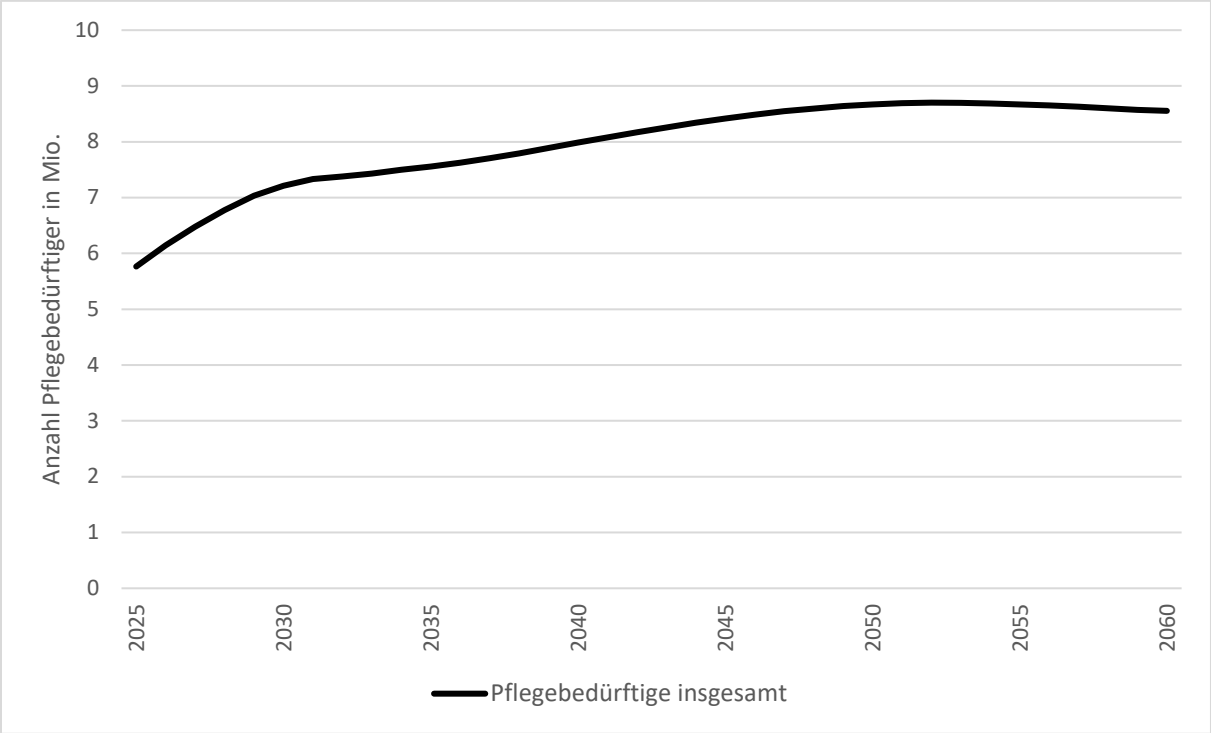


Quelle: eigene Berechnungen nach BMG 2025a, b, c & d und Statistisches Bundesamt 2024a

5.1.3 Anzahl der Pflegebedürftigen in der SPV

Bis 2050 kommt es zu einem kontinuierlichen Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen, die dann ein Maximum von rund 8,7 Mio. erreicht. Diese Zahl bleibt bis Mitte der 2050er Jahre konstant und sinkt anschließend bis 2060 geringfügig ab (Abbildung 6). Insgesamt steigt die Zahl der Pflegebedürftigen von 2025 bis 2060 um 48 %. Zwischen 2023 und 2060 liegt der Anstieg bei 73 % und somit etwas höher als im IGES-Gutachten (Anstieg von 2022 bis 2060 um 71 %), obwohl IGES einen um ein Jahr längeren Zeitraum betrachtet.

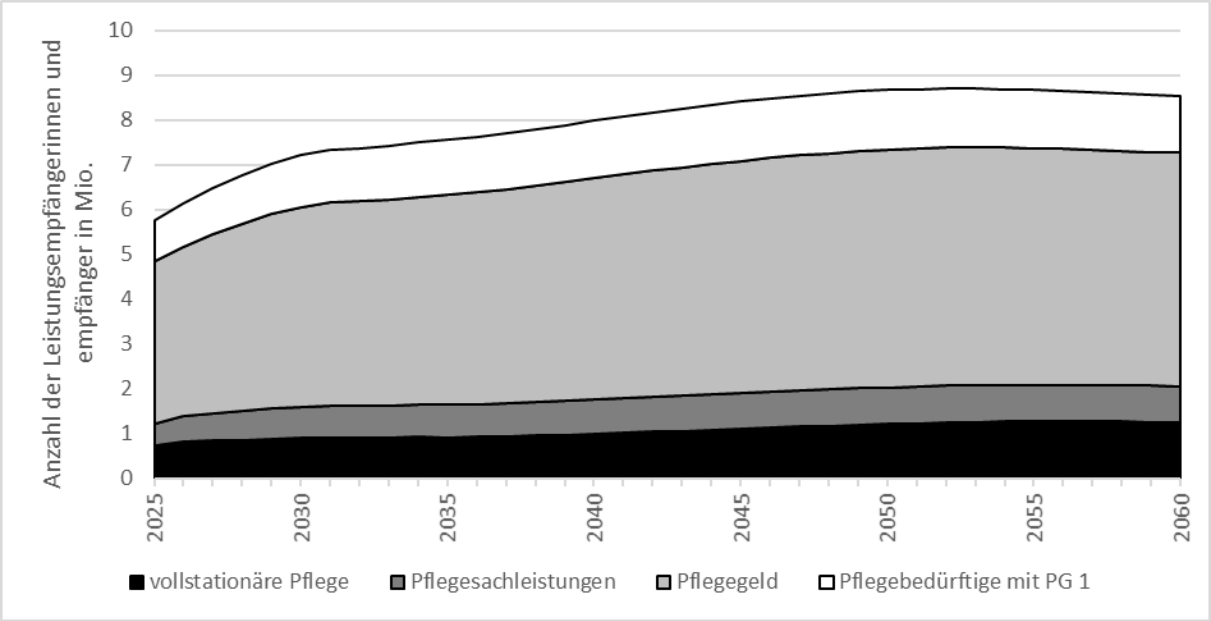
Abbildung 6: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in der SPV im Status quo



Quelle: eigene Berechnungen nach BMG 2025a, b, c & d und Statistisches Bundesamt 2024a

Differenziert nach *Hauptleistungsarten* und Pflegebedürftigen mit *Pflegegrad 1* zeigt Abbildung 7 die dominante Rolle des Pflegegeldes im Status quo.

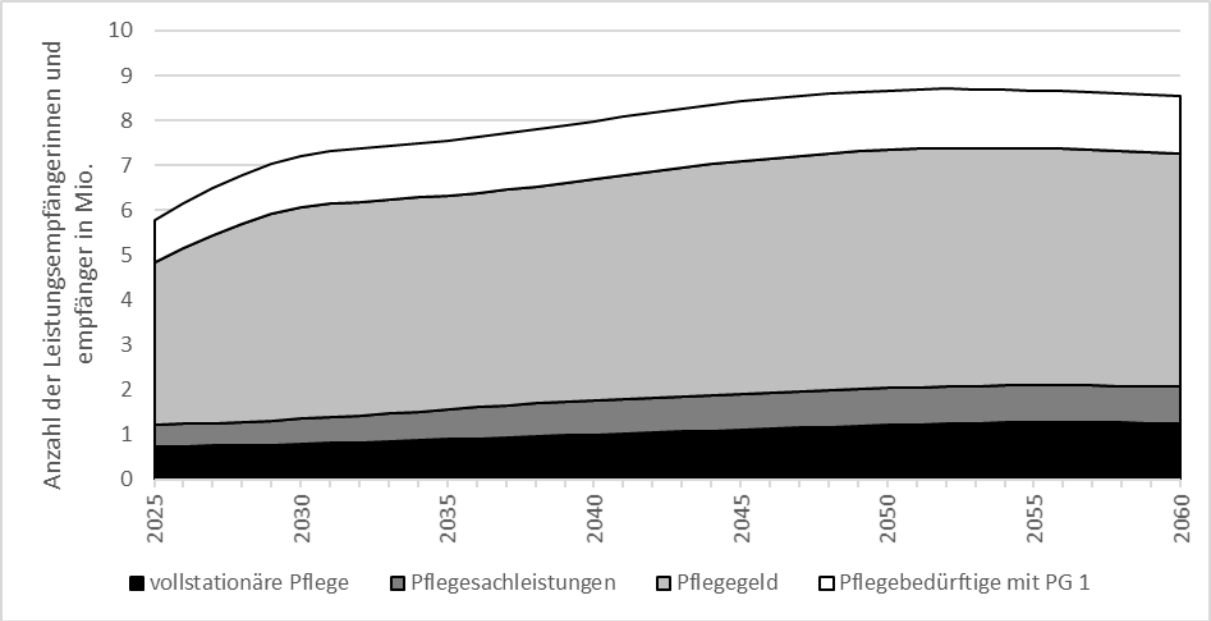
Abbildung 7: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in der SPV differenziert nach Hauptleistungsarten und Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 von 2025 bis 2060 (Vollmodell)



Quelle: eigene Berechnungen nach BMG 2025a, b, c & d und Statistisches Bundesamt 2024a

Wird zudem angenommen, dass die Angebote formeller Pflege nicht entsprechend mitwachsen, sondern nur mit Verzögerung, steigt die Bedeutung des Pflegegeldes zulasten der formellen Pflege noch weiter. Dies wird im Einführungsmodell in Abbildung 8 abgebildet.

Abbildung 8: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in der SPV differenziert nach Hauptleistungsarten und Pflegebedürftigen mit PG 1 von 2025 bis 2060 im Einführungsmodell



Quelle: eigene Berechnungen nach BMG 2025a, b, c & d und Statistisches Bundesamt 2024a

5.1.4 Pflegebedingte Kosten, Leistungsausgaben der SPV und Eigenanteile im Status quo

Inflationsbereinigt erhöhen sich die monatlichen *pflegebedingten Kosten* pro leistungsempfangender Person im Zeitraum von 2025 bis 2060 in allen Pflegegraden um 58 % (Tabelle 20).

Tabelle 20: Entwicklung der monatlichen pflegebedingten Kosten und der Eigenanteile in der vollstationären Pflege im Status quo (in Preisen des Jahres 2025)

	Pflegesätze in Euro				
Jahr	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2025	1.953	2.541	3.104	3.686	3.957
2030	2.285	2.973	3.632	4.313	4.629
2035	2.415	3.142	3.838	4.558	4.892
2040	2.536	3.299	4.031	4.787	5.138
2045	2.664	3.465	4.234	5.027	5.396
2050	2.798	3.639	4.446	5.280	5.667
2055	2.938	3.822	4.670	5.545	5.952
2060	3.086	4.014	4.904	5.824	6.251
Veränderung von 2026 – 2060 in %	58,0	58,0	58,0	58,0	58,0

Zugleich kommt es bei der beschriebenen Leistungsdynamisierung (s. Abschnitt 4.2.1.3) von 2025 bis 2060 inflationsbereinigt zu einem Anstieg der *monatlichen Leistungsbeträge* von 38 % (vollstationäre Pflege) bzw. 18 % (Pflegegeld und Pflegesachleistungen). Die Leistungen nach § 43c SGB XI steigen im gleichen Zeitraum inflationsbereinigt um 76 % (Tabelle 21).

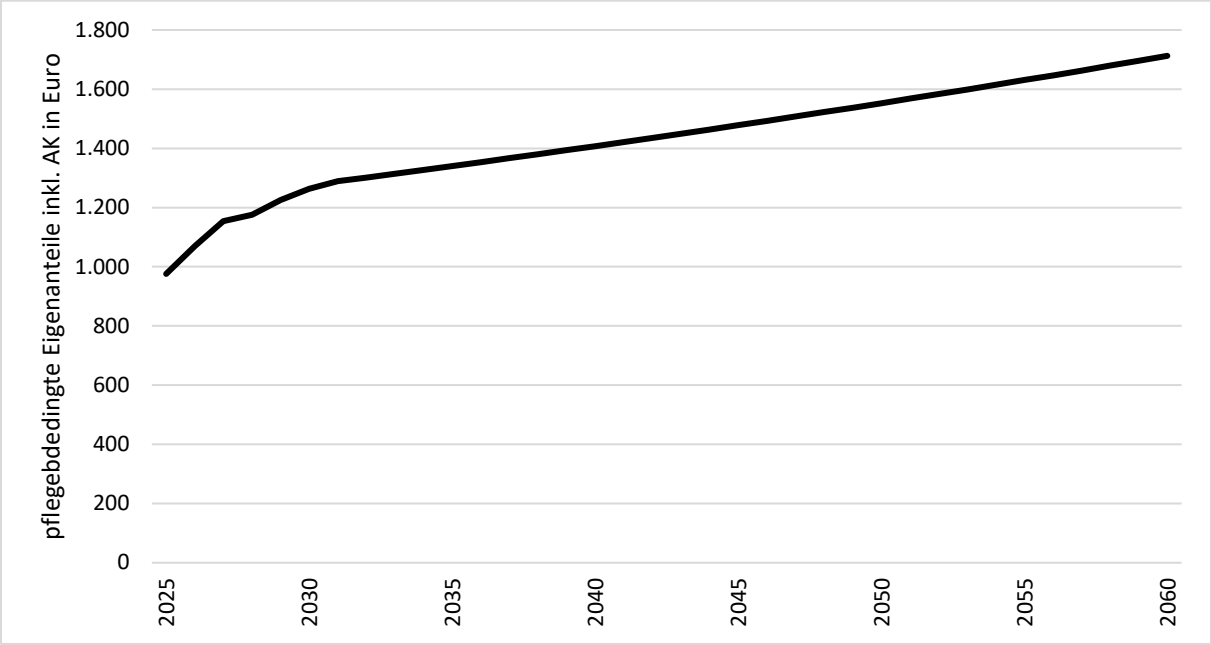
Tabelle 21: Entwicklung der Leistungen der SPV für die Hauptpflegearten differenziert nach Pflegegrad (in Preisen des Jahres 2025) im Status quo

Jahr	Leistungsart	monatliche Leistungen der SPV in Euro in Preisen des Jahres 2025					
		PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	§ 43c-Leistungen
2025	stationär (§ 43)	131	805	1.319	1.855	2.096	829
	ambulant (§ 36)	131	796	1.497	1.859	2.299	
	Pflegegeld (§ 37)	131	347	599	800	990	
2030	stationär (§ 43)	134	825	1.351	1.900	2.147	1.073
	ambulant (§ 36)	134	815	1.534	1.904	2.355	
	Pflegegeld (§ 37)	133	352	608	812	1.004	
2040	stationär (§ 43)	148	910	1.490	2.096	2.368	1.196
	ambulant (§ 36)	148	899	1.692	2.101	2.598	
	Pflegegeld (§ 37)	140	370	638	852	1.055	
2050	stationär (§ 43)	163	1.003	1.644	2.312	2.612	1.319
	ambulant (§ 36)	163	992	1.866	2.317	2.865	
	Pflegegeld (§ 37)	147	388	670	895	1.108	
2060	stationär (§ 43)	180	1.107	1.813	2.550	2.881	1.455
	ambulant (§ 36)	180	1.094	2.058	2.556	3.160	
	Pflegegeld (§ 37)	154	408	704	940	1.164	
Veränderung 2025 – 2060 in %	stationär (§ 43)	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	75,5
	ambulant (§ 36)	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	
	Pflegegeld (§ 37)	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	

Nach Abzug der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI steigen die inflationsbereinigten *pflegebedingten Eigenanteile* im gleichen Zeitraum von durchschnittlich 976 Euro(2025) auf 1.713 Euro (2060) und somit um 75,5 % an (Abbildung 9).

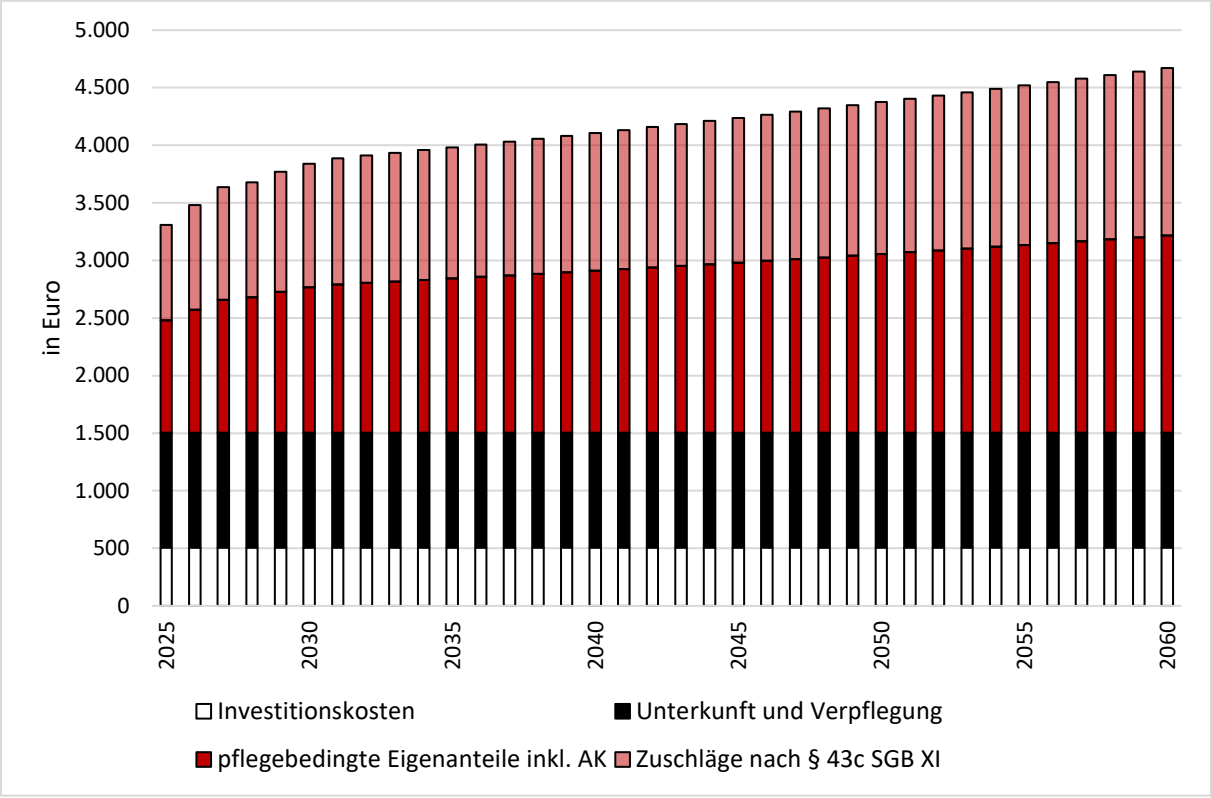
Neben den pflegebedingten Eigenanteilen fallen für die Pflegebedürftigen weitere Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionen an. Diese belaufen sich im Jahr 2025 auf 997 Euro für Unterkunft und Verpflegung und 507 Euro für Investitionskosten und bleiben annahmegemäß inflationsbereinigt im Betrachtungszeitraum unverändert. Nach Abzug der durchschnittlichen Leistungen nach § 43c SGB XI, die die pflegebedingten Eigenanteile im Durchschnitt um rund 46 % reduzieren, belaufen sich die *Gesamtheimentgelte* bei durchschnittlicher Aufenthaltsdauer im Jahr 2025 somit auf 2.479 Euro und steigen bis zum Jahr 2060 inflationsbereinigt auf 3.216 Euro an (Abbildung 10).

Abbildung 9: Pflegebedingte Eigenanteile abzüglich der Leistungen nach § 43c SGB XI im Status quo (in Preisen des Jahres 2025)



Quelle: eigene Berechnungen nach WIdO 2025 und Statistisches Bundesamt 2024b

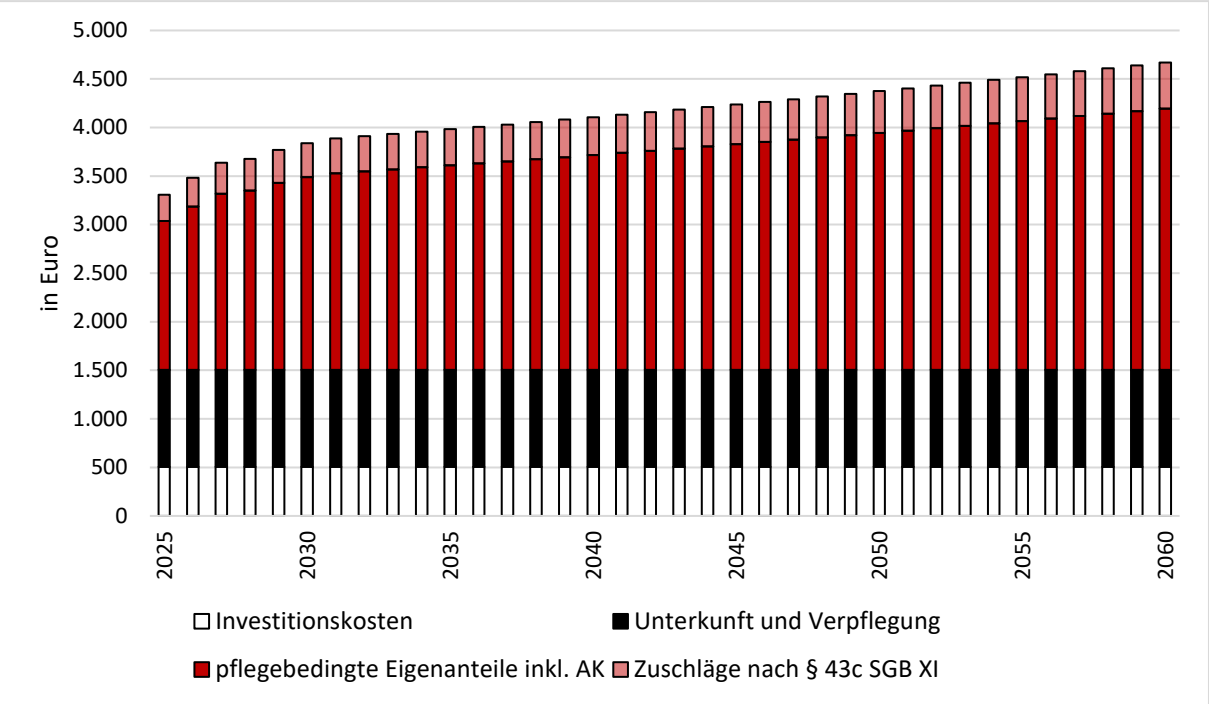
Abbildung 10: Entwicklung der Gesamteigenanteile bei durchschnittlicher Aufenthaltsdauer im Status quo (in Preisen des Jahres 2025)



Quelle: eigene Berechnungen nach WIdO 2025 und Statistisches Bundesamt 2024b

Im ersten Jahr des Heimaufenthalts werden die pflegebedingten Eigenanteile durch die Zuschläge nach § 43c SGB XI aber nur um 15 % reduziert. Somit liegen die Gesamteigenanteile im ersten Jahr nach Einzug bei 3.038 Euro pro Monat. Dieser Wert steigt bis zum Jahr 2060 inflationsbereinigt auf 4.196 Euro an (Abbildung 11).

Abbildung 11: Entwicklung der Gesamteigenanteile im ersten Jahr nach Heimeinzug im Status quo (in Preisen des Jahres 2025)



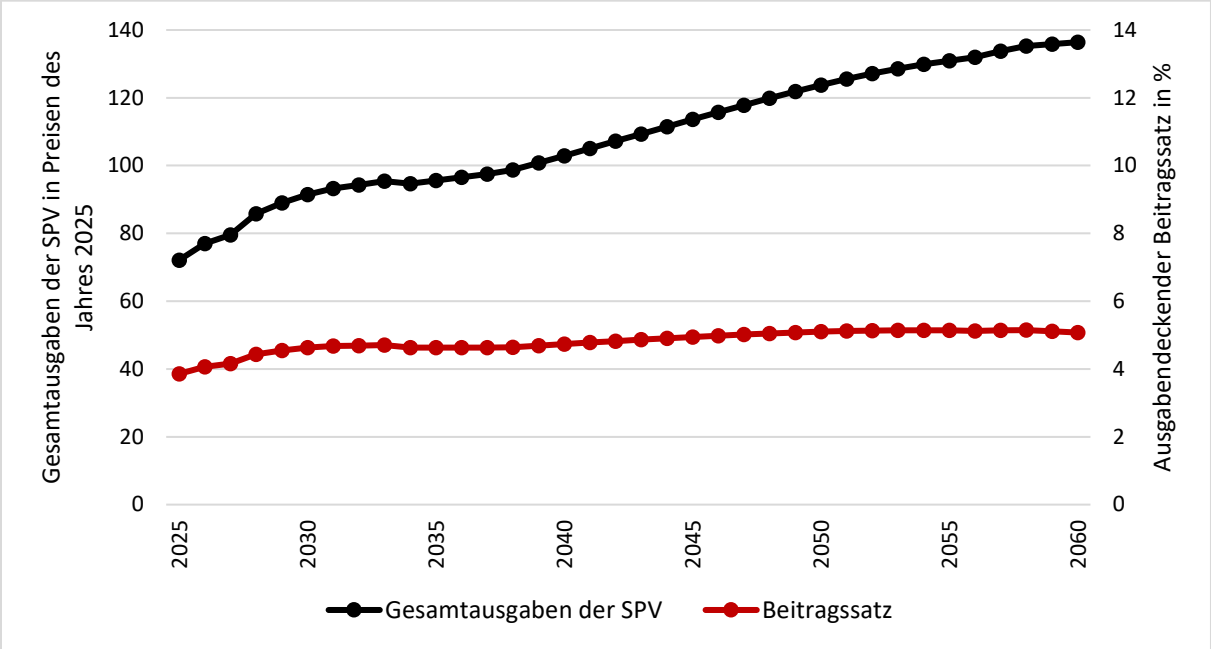
Quelle: eigene Berechnungen nach WIdO 2025 und Statistisches Bundesamt 2024b

5.1.5 Gesamtausgaben der SPV und Beitragssatzentwicklung im Status quo

Die *Gesamtausgaben* der SPV erhöhen sich inflationsbereinigt von 2026 bis 2060 von 77,0 Mrd. Euro auf 136,4 Mrd. Euro. Mitte der 2030er Jahre kommt es kurzfristig zu einer Stagnation, die darauf zurückzuführen ist, dass dann nicht mehr in den Pflegevorsorgefonds eingezahlt wird, sondern stattdessen Ausschüttungen aus dem Fonds erfolgen.

Der *ausgabendeckende Beitragssatz* liegt im Jahr 2026 bei 4,07 %. Dieser ausgabendeckende Beitragssatz liegt wie in Abschnitt 4.2.2 ca. 0,2 Beitragssatzpunkte über dem gesetzlichen Beitragssatz von Menschen mit Elterneigenschaft und ca. 0,4 Beitragssatzpunkte unter dem gesetzlichen Beitragssatz für Kinderlose. Er steigt bis zum Jahr 2033 auf 4,70 % an, geht dann auf 4,63 % im Jahr 2034 zurück und stagniert für mehrere Jahre. Dies ist ebenfalls ein Effekt des Pflegevorsorgefonds. Ab 2038 übersteigen die Mehrausgaben der SPV die maximalen Ausschüttungen des Pflegevorsorgefonds, sodass es dann wieder zu einem Beitragssatzanstieg kommt. Der ausgabendeckende Beitragssatz steigt bis zu einem Maximalwert von 5,15 % in den Jahren 2054 und 2058 an und nimmt dann wieder etwas ab (Abbildung 12).

Abbildung 12: Entwicklung der Gesamtausgaben der SPV und des ausgabendeckenden Beitragssatzes im Status quo (in Preisen des Jahres 2025)



Quelle: eigene Berechnungen nach BMG 2025a, b, c & d; Statistisches Bundesamt 2024a, b & WIdO 2025

5.2 Wirkung der Gesamtreformvorschlags

Bei der Analyse der Wirkungen des Reformvorschlags ist zwischen Effekten für die Pflegebedürftigen auf der Mikroebene und den Finanzwirkungen für die Soziale Pflegeversicherung auf der Makroebene zu unterscheiden. Da die Gesamtreform in drei Stufen konzipiert ist, werden die Effekte *für die Pflegebedürftigen* für jede dieser Stufen geprüft, um sicherzustellen, dass es zu keiner – auch nur zeitweisen – Schlechterstellung kommt (Abschnitt 5.2.1). Bei der Analyse der Finanzwirkung für die *soziale Pflegeversicherung* werden in Abschnitt 5.2.2 zunächst nur die – überwiegend ausgabensteigernden – Maßnahmen im Leistungsrecht betrachtet. Die Effekte der Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzes, die integraler Bestandteil des Gesamtreformvorschlags sind, sind dann Gegenstand des Abschnitts 5.2.3, in dem auch die Effekte thematisiert werden, die sich für den Bundeshaushalt ergeben.

5.2.1 Finanzwirkung für die Pflegebedürftigen

Um die Effekte des Reformmodells ermitteln zu können, muss zunächst die projizierte Entwicklung im Reformmodell mit denen im Status quo verglichen werden, und zwar für die Leistungen die heute als „vollstationäre Leistungen“ bezeichnet werden (Abschnitt 5.2.1.1), ebenso wie für die heutigen Pflegesachleistungen (Abschnitt 5.2.1.2) und das Pflegegeld (Abschnitt 5.2.1.3). Alle Ausgaben werden dabei inflationsbereinigt in Preisen von 2025 angegeben.

5.2.1.1 Finanzwirkung bei heutigen stationären Leistungen

Um die finanziellen Folgen der Reform für die Pflegebedürftigen abzuschätzen, werden die Leistungshöhen der SPV sowie die Eigenanteile in den Jahren 2026, 2028, 2030 und 2060, also zu den jeweiligen Zeitpunkten, an denen die drei Stufen einsetzen, sowie zum Ende des Projektionszeitraums abgebildet. Dabei werden Leistungshöhen und Sockel zu jedem dieser Zeitpunkte mit den jeweiligen Leistungen nach §§ 43 und 43c SGB XI im Status quo verglichen.

Unter Berücksichtigung des maximalen Sockelbetrags von 25 % der Leistungshöhen bzw. 700 Euro ergeben sich in der stationären Pflege die in Tabelle 22 dargestellten Leistungshöhen und zu zahlenden Eigenanteile. Die *Leistungshöhen* liegen in den Jahren 2026 und 2028 in allen Pflegegraden über den Leistungshöhen im Status quo. Im Jahr 2030 liegen die Leistungshöhen in allen Pflegegraden dagegen etwas unterhalb der Leistungen des Status quo, ebenso im Jahr 2060 im Pflegegrad 2. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in Reformstufe 3 unterstellt wird, dass 15 % der heute in einem Heim formell erbrachten Leistungen in Zukunft informell übernommen wird und für diesen Teil nur noch 40 % der Ausgaben für formelle Pflege anfallen. Die Leistungs*menge* verändert sich also nicht, da weiterhin eine Vollversorgung erfolgt, die Ausgaben für diese Vollversorgung sinken aber, da nicht mehr alle Tätigkeiten von professionellen Pflegekräften durchgeführt werden (Tabelle 22).

Tabelle 22: Leistungshöhen und Eigenanteile bei heutigen stationären Leistungen in den Jahren 2026, 2028, 2030 und 2060 bei maximalem Sockel (in Preisen des Jahres 2025)

Bei maximalem Sockelbetrag		Leistungshöhen SPV				Zu zahlender Eigenanteil			
		PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2026	Status quo (§§ 43, 43c)	1.698	2.202	2.727	2.963	1.069	1.069	1.069	1.069
	Stufe 1 (durchschnittlich)	1.767	2.243	2.850	3.131	589	700	700	700
	Differenz (Stufe 1-SQ)	**69**	**41**	**123**	**168**	**-480**	**-369**	**-369**	**-369**
2028	Status quo (§§ 43, 43c)	1.808	2.324	2.862	3.104	1.176	1.176	1.176	1.176
	Stufe 2 (durchschnittlich)	1.885	2.441	3.088	3.389	628	700	700	700
	Differenz (Stufe 2-SQ)	**78**	**117**	**226**	**284**	**-548**	**-476**	**-476**	**-476**
2030	Status quo (§§ 43, 43c)	1.898	2.424	2.973	3.220	1.263	1.263	1.263	1.263
	Stufe 3 (durchschnittlich)	1.792	2.286	2.901	3.187	601	700	700	700
	Differenz (Stufe 3-SQ)	**-106**	**-139**	**-72**	**-33**	**-662**	**-563**	**-563**	**-563**
2060	Status quo (§§ 43, 43c)	2.561	3.268	4.005	4.336	1.713	1.713	1.713	1.713
	Stufe 3 (durchschnittlich)	2.526	3.331	4.162	4.548	700	700	700	700
	Differenz (Stufe 3-SQ)	**-35**	**63**	**157**	**212**	**-1.013**	**-1.013**	**-1.013**	**-1.013**

Bei den zu zahlenden *Eigenanteilen* zeigen sich in allen Pflegegraden und zu allen Zeitpunkten deutliche Reduktionen. Nach Zahlung des maximalen Eigenanteils von 25.200 Euro müssen keine Eigenanteile mehr gezahlt werden. Dadurch erhöhen sich ab diesem Zeitpunkt die Leistungshöhen deutlich. Für Personen mit PG 4 lägen die Leistungshöhen in Reformstufe 2 im Jahr 2028 dann bei 3.788 Euro.

5.2.1.2 Finanzwirkung beim Bezug ambulanter Sachleistungen im Status quo

In Bezug auf die heutigen ambulanten Sachleistungen zeigt sich, dass die Leistungen ab 2028 durch die Umsetzung von Reformstufe 2 deutlich steigen. Durch die Umsetzung der Reformstufe 3 ab 2030 steigen die Leistungshöhen im Vergleich zum Status quo ebenfalls, jedoch ist die Differenz absolut nicht mehr so groß wie bei Reformstufe 2, da nun ein Anteil von 20 % der Leistungen durch Laienpflege übernommen wird, und somit nur noch mit 40 % der Leistungshöhen vergütet wird. Ab dem Jahr 2028 steigen die Eigenanteile zwar in allen Pflegegraden. Aufgrund der höheren Leistungsansprüche liegen die „Nettoleistungen“ dagegen höher (Tabelle 23).

Tabelle 23: Leistungshöhen und Eigenanteile bei heutigen ambulanten Sachleistungen in den Jahren 2026, 2028, 2030 und 2060 bei maximalem Sockel (in Preisen des Jahres 2025)

Bei maximalem Eigenanteil		Leistungsanspruch SPV				Zu zahlender Eigenanteil			
		PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2026	Status quo (§ 36 SGBXI)	780	1.468	1.823	2.254	130	130	130	130
	Stufe 1 (durchschnittlich)	780	1.468	1.823	2.254	130	130	130	130
	Differenz (Stufe 1-SQ)	0	0	0	0	0	0	0	0
2028	Status quo (§ 36 SGB XI)	800	1.504	1.867	2.309	130	130	130	130
	Stufe 2 (durchschnittlich)	1.697	2.127	2.709	2.980	566	700	700	700
	Differenz (Stufe 2-SQ)	**897**	**623**	**842**	**671**	**433**	**567**	**567**	**567**
2030	Status quo (§ 36 SGB XI)	815	1.534	1.904	2.355	130	130	130	130
	Stufe 3 (durchschnittlich)	1.570	1.962	2.455	2.705	523	654	700	700
	Differenz (Stufe 3-SQ)	**755**	**428**	**551**	**350**	**393**	**524**	**570**	**570**
2060	Status quo (§ 36 SGB XI)	1.094	2.058	2.556	3.160	130	130	130	130
	Stufe 3 (durchschnittlich)	2.127	2.832	3.560	3.898	700	700	700	700
	Differenz (Stufe 3-SQ)	**1.032**	**774**	**1.004**	**738**	**570**	**570**	**570**	**570**

Nach Zahlung des maximalen Eigenanteils von 25.200 Euro müssen keine Eigenanteile mehr gezahlt werden. Dadurch erhöhen sich ab diesem Zeitpunkt die Leistungshöhen deutlich. Für Personen mit Pflegegrad 4 lägen die Leistungshöhen nach Umsetzung der Reformstufe 2 im Jahr 2028 dann bei 3.409 Euro.

5.2.1.3 Finanzwirkung bei heutigem Pflegegeld

Beim heutigen Pflegegeld steigen die Leistungshöhen durch die Umsetzung der Reformstufe 2 ab 2028 und der Reformstufe 3 ab 2030 deutlich im Vergleich zum Status quo. Ab dem Jahr 2028 steigen auch die Eigenanteile in allen Pflegegraden (Tabelle 24). Beim heutigen Pflegegeld handelt es sich dabei jedoch um explizite Zahlungen, die von den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen übernommen werden. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei dem ab 2028 gewährten Pflegegeld 2.0 lediglich um einen impliziten Eigenanteil, der sich dadurch ergibt, dass ein geringerer Leistungsbetrag ausgezahlt wird. Dieser ist bei den Leistungshöhen der SPV schon berücksichtigt, sodass die Nettoleistungen der SPV insgesamt gegenüber dem Status quo auch beim Pflegegeld steigen. Allerdings ist zu beachten, dass das Pflegegeld nunmehr an die pflegende Person und nicht mehr an die Person mit Pflegebedarf ausgezahlt wird. Bei den genannten Effekten handelt es sich somit um Wirkungen, die sich auf die Gemeinschaft von pflegebedürftiger und pflegender Person beziehen.

Nach Zahlung des maximalen Eigenanteils von 25.200 Euro müssen keine Eigenanteile mehr gezahlt werden. Dadurch erhöhen sich ab diesem Zeitpunkt die Leistungshöhen deutlich. Für Personen mit Pflegegrad 4 lägen die Leistungshöhen nach Umsetzung der Reformstufe 2 im Jahr 2028 dann bei 1.723 Euro.

Tabelle 24: Leistungshöhen und Eigenanteile bei heutigem Pflegegeld in den Jahren 2026, 2028, 2030 und 2060 bei maximalem Eigenanteil (in Preisen des Jahres 2025)

Bei maximalem Eigenanteil		Leistungshöhen SPV				(Impliziter) Eigenanteil			
		PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2026	Status quo (§ 37 SGB XI)	340	587	784	971	130	130	130	130
	Stufe 1 (durchschnittlich)	340	587	784	971	130	130	130	130
	Differenz (Stufe 1-SQ)	0	0	0	0	0	0	0	0
2028	Status quo (§ 37 SGB XI)	349	602	804	994	130	130	130	130
	Stufe 2 (durchschnittlich)	679	848	1.023	1.104	226	283	341	368
	Differenz (Stufe 2-SQ)	**330**	**246**	**219**	**110**	**96**	**153**	**211**	**238**
2030	Status quo (§ 37 SGB XI)	352	608	812	1.004	130	130	130	130
	Stufe 3 (durchschnittlich)	767	959	1.156	1.248	256	320	385	416
	Differenz (Stufe 3)	**359**	**254**	**216**	**84**	**126**	**190**	**255**	**286**
2060	Status quo (§ 37 SGB XI)	408	704	940	1.164	130	130	130	130
	Stufe 3 (durchschnittlich)	1.036	1.294	1.561	1.685	345	431	520	562
	Differenz (Stufe 3-SQ)	**628**	**590**	**621**	**521**	**215**	**301**	**390**	**432**

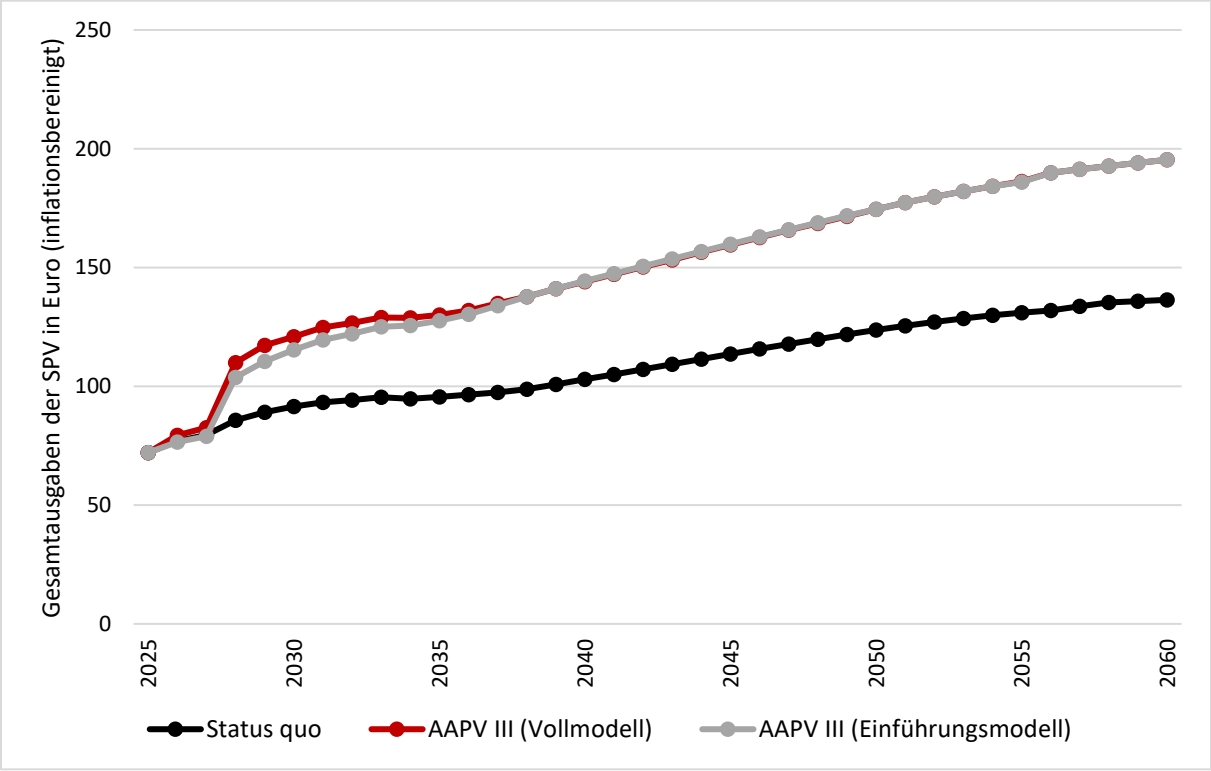
5.2.2 Finanzwirkung für die Soziale Pflegeversicherung

Die Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung liegen im Reformvorschlag (*Vollmodell*) im Jahr 2026 mit 79 Mrd. Euro in etwa 2 Mrd. Euro über den Ausgaben im Status quo. Bis 2060 steigen die Gesamtausgaben inflationsbereinigt auf 195 Mrd. Euro an. Im *Einführungsmodell* liegen die absoluten Ausgaben in den Jahren 2026 bis 2037 zwischen 1 und 7 Mrd. Euro unter den Ausgaben des Vollmodells, anschließend gleichen sich die Ausgaben von Vollmodell und Einführungsmodell an (Abbildung 13). Die Ausgaben vom Reformvorschlag liegen damit 2026 im Vollmodell ca. 2 Mrd. Euro über, im Einführungsmodell ca. 0,5 Mrd. unter den Ausgaben im Status quo. Ab 2028 liegen die Ausgaben in den beiden Varianten des Reformmodells deutlich über den Ausgaben des Status quo. Diese Mehrausgaben im Vergleich zum Status quo steigen im Zeitverlauf an und liegen im Jahr 2060 sowohl im Voll- als auch im Einführungsmodell 59 Mrd. Euro über den Ausgaben des Status quo.

Betrachtet man die einzelnen Leistungsarten, zeigt sich, dass ab 2028 durch die Veränderungen im Zuge des Reformvorschlags ein sprunghafter Anstieg der Ausgaben für häusliche Pflege erfolgt. Der Anteil der Ausgaben für vollstationäre Pflege verringert sich entsprechend. Dies ist im Sinne der Stärkung der ambulanten Versorgung auf die der Reformvorschlag abzielt.

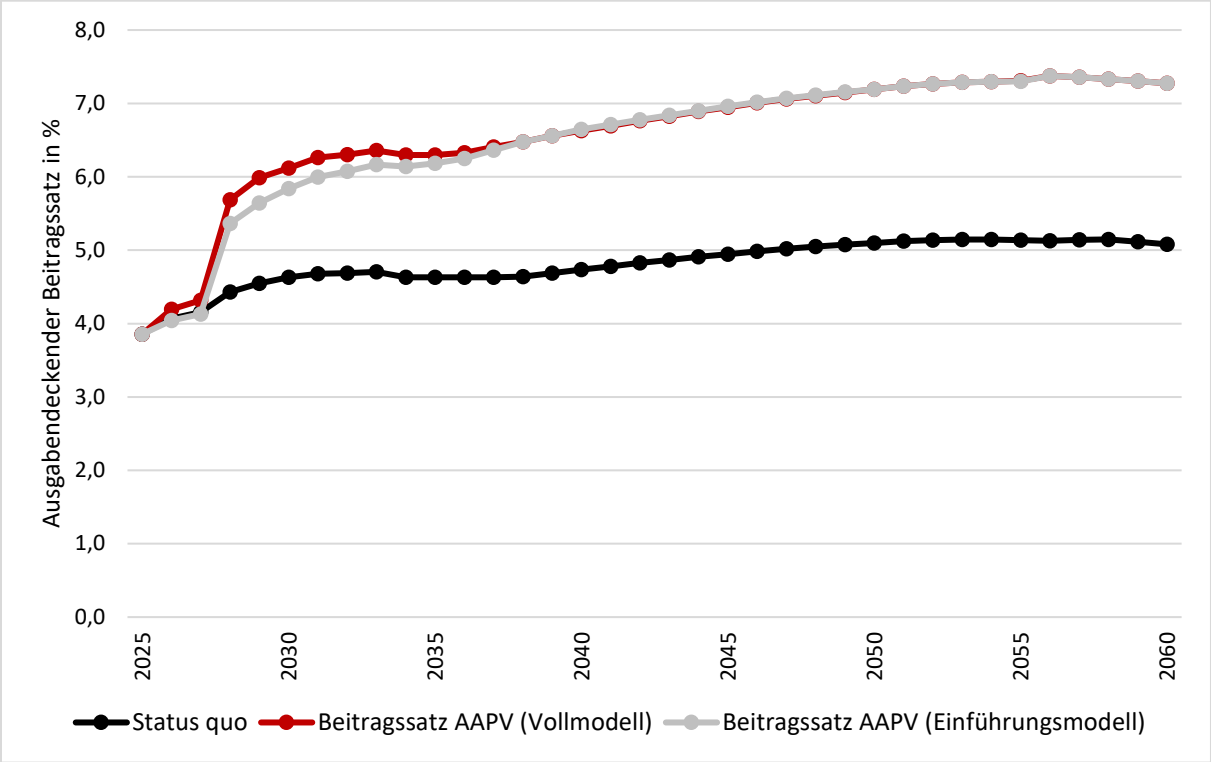
Der *ausgabendeckende Beitragssatz* liegt im Jahr 2026 im Vollmodel bei 4,19 % und somit 0,12 Prozentpunkte über dem Status quo, im Einführungsmodell liegt der Beitragssatz mit 4,04 % sogar etwas unter dem Status quo. Bis 2060 steigt der Beitragssatz in beiden Modellvarianten auf 7,27 % an und liegt damit 2,2 Prozentpunkte über dem Beitragssatz des Status quo (Abbildung 14), was der Reformzielsetzung widerspricht. Notwendig sind daher weitere Maßnahmen zur Beitragssatzstabilisierung.

Abbildung 13: Entwicklung der Gesamtausgaben des Reformvorschlags im Voll- und Einführungsmodell im Vergleich zum Status quo (in den Preisen des Jahres 2025)



Quelle: eigene Berechnungen nach BMG 2025a, b, c & d; Statistisches Bundesamt 2024a, b und WIdO 2025

Abbildung 14: Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes des Reformvorschlags im Voll- und Einführungsmodell im Vergleich zum Status quo



Quelle: eigene Berechnungen nach BMG 2025a, b, c & d; Statistisches Bundesamt 2024a, b & WIdO 2025

5.2.3 Begrenzung des Beitragssatzanstiegs

Wie beschrieben setzen in jeder Reformstufe verschiedene Refinanzierungselemente ein. Im Folgenden wird zunächst dargestellt, in welcher Höhe die Refinanzierungselemente für sich betrachtet in Bezug auf die Gesamtausgaben und den Beitragssatz wirken (Abschnitt 5.2.3.1). Im Anschluss wird gezeigt, wie sich der ausgabendeckende Beitragssatz entwickelt, wenn die Refinanzierungselemente kumulativ berücksichtigt werden (Abschnitt 5.2.3.2). Abschließend werden die Auswirkungen auf die steuerliche Belastung dargestellt (Abschnitt 5.2.3.3).

5.2.3.1 Ausgabenreduzierender und beitragssatzbegrenzender Effekt der einzelnen Refinanzierungselementen

Im Folgenden werden die Wirkungen der einzelnen Elemente auf die Gesamtausgaben bzw. die Einnahmen und auf den Beitragssatz des Vollmodells dargestellt. Für die Analyse der Wirkungen der einzelnen Elemente auf die Gesamtausgaben und den Beitragssatz wird jeweils das Jahr betrachtet, in dem diese Maßnahmen erstmals wirken. Eine Übersicht zum Zeitpunkt des Einsetzens der Wirkung der jeweiligen Refinanzierungselemente ist in Tabelle 25 enthalten.

Tabelle 25: Übersicht zum zeitlichen Verlauf der Refinanzierungselemente

Refinanzierungselement	Ab 2026	Ab 2028	Ab 2030
Steuerfinanzierung der sozialen Sicherung der Pflegeperson			
Anhebung der BBG			
Verbeitragung aller Einkommensarten			
Finanzausgleich zwischen PPV und SPV			
Steuerzuschuss			
Prävention			

2026 wird neben der vollständigen *Übernahme der Ausgaben für medizinischen Behandlungspflege* durch die GKV und der *Refinanzierung der Ausbildungskosten durch alle Versicherte* der SPV die *Steuerfinanzierung der Ausgaben für die soziale Sicherung der Pflegepersonen* als Refinanzierungselement eingeführt. Dies führt zu einer Reduktion der Gesamtausgaben der SPV von 3,9 Mrd. Euro im Jahr 2026 und entspricht einer Reduktion des Beitragssatzes um 0,2 Beitragssatzpunkten. Im Jahr 2060 beträgt die Reduktion der Gesamtausgaben 4,6 Mrd. Euro bzw. 0,17 Beitragssatzpunkte.

2028 kommen weitere Refinanzierungselemente hinzu. Dies sind die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Verbeitragung weiterer Einkommensarten, ein Finanzausgleich zwischen SPV und PPV sowie ein fester Steuerzuschuss. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Verbeitragung weiterer Einkommensarten haben keinen Einfluss auf die Gesamtausgaben der SPV, sondern nur auf die Einnahmen und auf den Beitragssatz. Der Finanzausgleich zwischen SPV und PPV betrifft beide Seiten. Da der Saldo für die soziale Pflegeversicherung positiv ist, wird diese Maßnahme nachfolgend aber auf der Einnahmenseite lokalisiert.

Die *Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze* auf das Niveau der Rentenversicherung erhöht die beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 2028 im Vergleich zum Status quo um 108 Mrd. Euro. Dies entspricht einer Senkung des Beitragssatzes von 0,3 Prozentpunkten. Im Jahr 2060 liegt die Differenz der beitragspflichtigen Einnahmen zum Status quo bei 160 Mrd. Euro und die Reduktion des Beitragssatzes bei 0,4 Prozentpunkten. Die *Verbeitragung weiterer Einkommensarten* erhöht die beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 2028 um 158 Mrd. Euro und im Jahr 2060 um 210 Mrd. Euro. Dies entspricht einer Senkung des Beitragssatzes um 0,4 Beitragssatzpunkte im Jahr 2028 und 0,5 Beitragssatzpunkte im

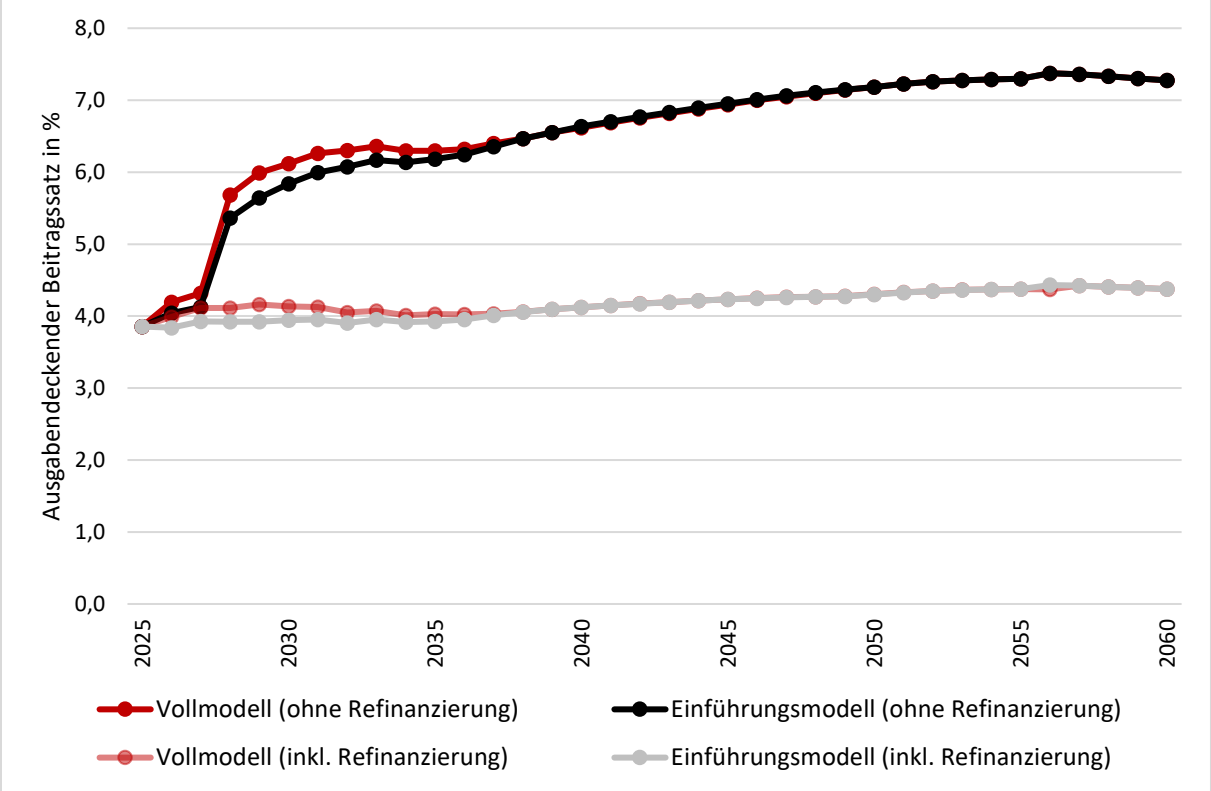
Jahr 2060. Ein *Finanzausgleich zwischen SPV und PPV* erhöht die beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 2028 um 311 Mrd. Euro und im Jahr 2060 um 386 Mrd. Euro. Dies entspricht einer Senkung des Beitragssatzes um etwa 0,6 Prozentpunkte im Jahr 2028 und 0,7 Prozentpunkten im Jahr 2060.

Der *Steuerzuschuss* liegt modellgemäß zunächst bei nur 2 % der Gesamtausgaben und steigt dann bis zum Jahr 2032 auf 10 % der Gesamtausgaben an (s. Abschnitt 4.4.2). Die Gesamtausgaben der SPV werden dadurch im Jahr 2028 im Vollmodell um 2,2 Mrd. Euro und im Jahr 2060 um 19,5 Mrd. Euro gesenkt. Dies entspricht einer Reduktion des Beitragssatzes um 0,1 Prozentpunkte im Jahr 2026 und 0,7 Prozentpunkte im Jahr 2060.

Maßnahmen zur *verstärkten Prävention* werden ab 2026 umgesetzt. Es wird davon ausgegangen, dass die Wirkungen dieser Maßnahmen erst im Jahr 2030 einsetzen und sich dann über 20 Jahre bis zur vollständigen Wirkung steigern (s. Abschnitt 3.3.1.3). Die Gesamtausgaben der SPV sinken im Jahr 2030 durch die Präventionsmaßnahmen um 0,5 Mrd. Euro. Dies entspricht einer Reduktion des Beitragssatzes um 0,03 Prozentpunkte. Im Jahr 2060 liegt die Reduktion der Gesamtausgaben bei 18,2 Mrd. Euro und die Senkung des Beitragssatzes durch Prävention bei 0,7 Beitragssatzpunkten.

5.2.3.2 Beitragssatzentwicklung Gesamtmodell

Abbildung 15: Beitragssatzentwicklung bei Voll- und Einführungsmodell ohne und mit Refinanzierung

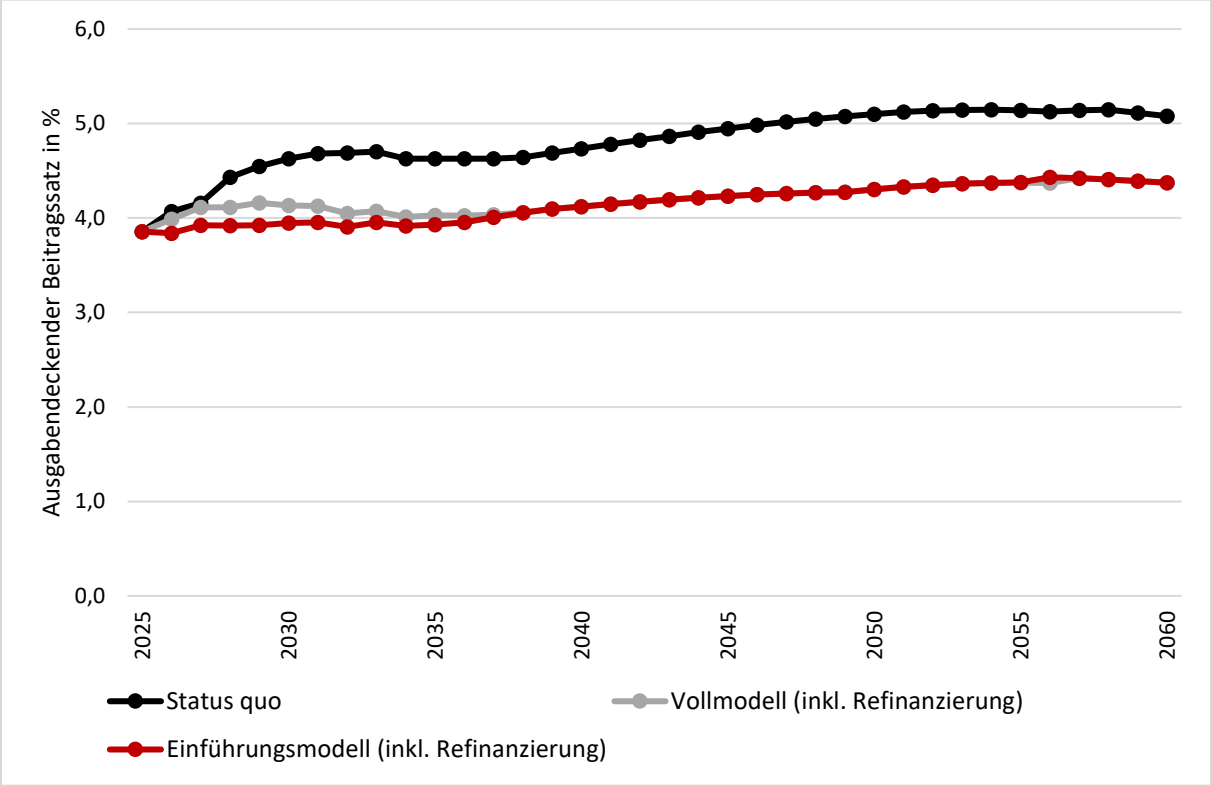


Quelle: eigene Berechnungen nach BMG 2025a, b, c & d; Statistisches Bundesamt 2024a, b & WIdO 2025

Unter Berücksichtigung aller Refinanzierungselemente reduziert sich der ausgabendeckende Beitragssatz deutlich, sodass dieser im Vollmodell im Jahr 2028[7] bei 4,1 Prozentpunkten liegt, Mitte der 2030er Jahre auf ca. 4,0 Prozentpunkte zurückgeht und dann wieder leicht ansteigt. Im Jahr 2057 wird das Maximum von 4,42 erreicht, anschließend wird ein Rückgang auf 4,37 beschrieben. Die Refinanzierungselemente reduzieren den Beitragssatz dadurch im Jahr 2026 in beiden Modellvarianten um 0,2 Prozentpunkte und im Jahr 2060 um 2,9 Prozentpunkte im Vergleich zum Reformmodell ohne Refinanzierungselemente (Abbildung 15).

Darüber hinaus liegt der Beitragssatz in den beiden Modellvarianten auch kontinuierlich unter dem Beitragssatz des Status quo. Die Differenz liegt im Jahr 2028 bei 0,1 Beitragssatzpunkten im Vollmodell und bei 0,2 Beitragssatzpunkten im Einführungsmodell. Im Jahr 2060 liegen beide Modellvarianten 0,7 Beitragssatzpunkte unter dem Status quo (Abbildung 16).

Abbildung 16: Beitragssatzentwicklung Reformvorschlag Voll- und Einführungsmodell inklusive Refinanzierung im Vergleich zum Status quo



Quelle: eigene Berechnungen nach BMG 2025a, b, c & d; Statistisches Bundesamt 2024a, b & WIdO 2025

5.2.3.3 Höhe der steuerlichen Belastung

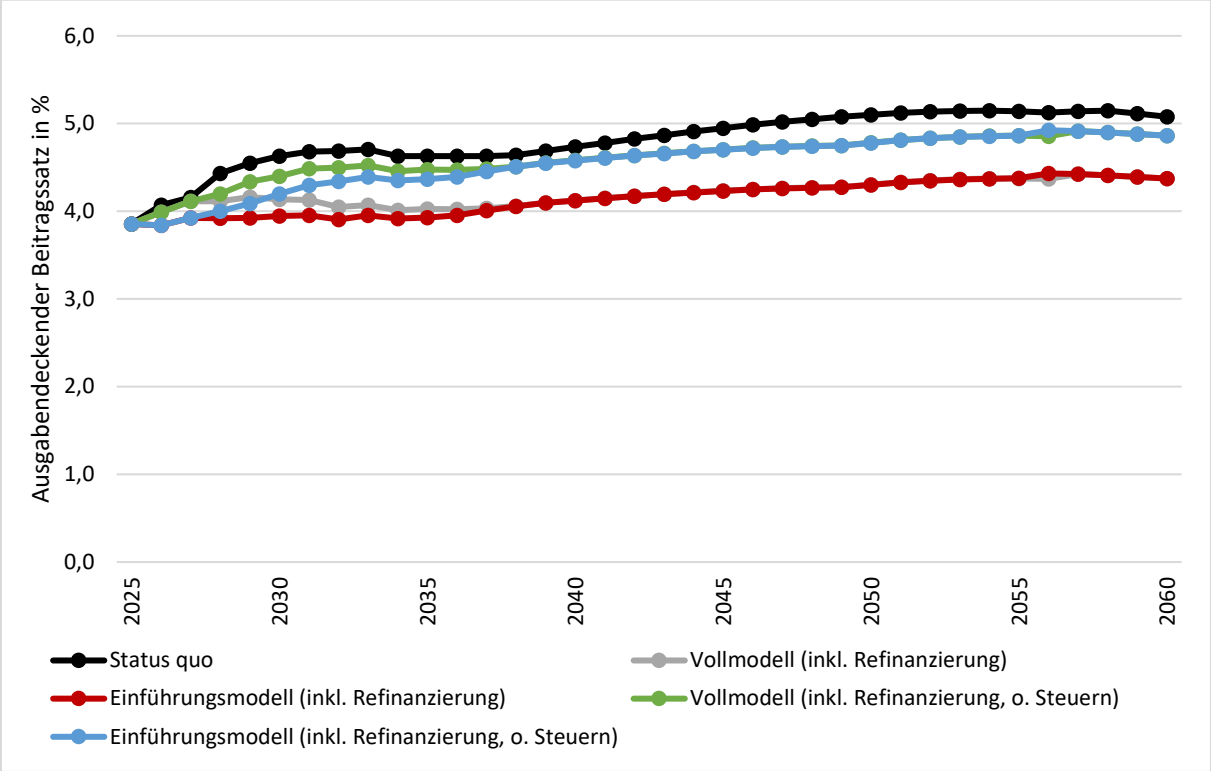
Steuerliche Belastungen ergeben sich durch die Refinanzierung der Ausgaben der sozialen Sicherung der Pflegepersonen sowie durch den festen Steuerzuschuss. Die steuerlichen Belastungen für die *Ausgaben der sozialen Sicherung der Pflegepersonen* belaufen sich auf rund 3,9 Mrd. Euro im Jahr 2026 und auf 4,6 Mrd. Euro im Jahr 2060. Der *regelhafte Steuerzuschuss* erzeugt eine Steuerbelastung von

[7] Im Jahr 2028 kommt es durch die einsetzenden Refinanzierungsmaßnahmen zu einem allerdings auf ein Jahr beschränktem höheren Anstieg der Einnahmen als zur Stabilisierung des Beitragssatzes notwendig. Um ein Schwanken des Beitragssatzes zu verhindern, wird der Beitragssatz 2028 im Modell nicht abgesenkt, und die überschüssigen Einnahmen von rund 2,3 Mrd. Euro werden zusätzlich in den Pflegevorsorgefonds eingezahlt.

2,2 Mrd. Euro im Jahr 2028 im Vollmodell bzw. 2,1 Mrd. Euro im Einführungsmodell. Im Jahr 2060 liegt der Steuerzuschuss in beiden Modellvarianten dann bei 17,3 Mrd. Euro. Differenzen zur Höhe des Steuerzuschuss in Abschnitt 5.2.3.1 resultieren aus Interaktionseffekten mit weiteren Refinanzierungselementen. Die steuerliche Gesamtbelastung beträgt im Jahr 2028 demnach 6,1 Mrd. Euro im Vollmodell bzw. 6,0 Mrd. Euro im Einführungsmodell. Im Jahr 2060 liegt die steuerliche Gesamtbelastung in beiden Modellvarianten bei 21,9 Mrd. Euro.

Wird diese Steuerbelastung als zu hoch angesehen, kann eine Refinanzierung des Reformvorschlags auch ohne einen festen Steuerzuschuss erfolgen. Ohne diesen festen Steuerzuschuss, aber mit der Refinanzierung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen, liegt der ausgabendeckende Beitragssatz in beiden Modellvarianten weiterhin unter dem im Status quo, jedoch deutlich über dem aktuellen Beitragssatzniveau (Abbildung 17).

Abbildung 17: Entwicklung des Beitragssatzes im Vollmodel und Einführungsmodell ohne Steuerzuschuss



Quelle: eigene Berechnungen nach BMG 2025a, b, c & d; Statistisches Bundesamt 2024a, b & WIdO 2025

Neben steuerlichen Belastungen kommt es auch zu steuerlichen Entlastungen. Diese sind bei den Ländern zu verorten, da diese die Träger der Sozialhilfe sind. Durch den Sockel-Spitze-Tausch verringern sich die Kosten für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Im heute ambulanten Sektor steigen die Ausgaben für Hilfe zur Pflege gegebenenfalls an, da hier nun auch Eigenanteile gezahlt werden, die den Einzelnen überfordern können. Eine Saldierung beider Effekte ist nicht ohne weiteres möglich. Allerdings ist mit einem deutlich positiven Effekt für die Länder zu rechnen, wenn nicht das Vollmodell, sondern das realistischere Einführungsmodell betrachtet wird.

6 Bewertung und Fazit

Das vorliegende Reformmodell konzipiert eine Struktur- und Finanzreform der Pflegeversicherung und deren Umsetzung in insgesamt drei Reformstufen über den Zeitraum vom 4 Jahren. Die erste Stufe ist als Sofortprogramm ausgestaltet, die bereits zum Jahr 2026 umgesetzt werden kann. Die zweite Stufe bereitet eine bedarfsgerechte sektorenfreie Versorgung leistungsseitig und in der Refinanzierung vor und kann im Jahr 2028 in Kraft treten. Die dritte Stufe setzt zum Jahr 2030 die Sektorenfreiheit auch vollständig leistungserbringungs- und ordnungsrechtlich um.

Durch die Umsetzung der Gesamtreform werden drei wesentliche Reformbedarfe bearbeitet:

Erstens wird durch eine Finanzreform die Grundfunktion der Pflegeversicherung, für die Versicherten eine Lebensstandardsicherung gegen die Folgen eintretender Pflegebedürftigkeit zu bieten, wieder hergestellt und die Pflegeversicherung zu diesem Zweck zu einer Vollversicherung mit begrenzten Eigenanteilen weiterentwickelt. Dazu gilt es sowohl eine akute finanzielle Überforderung der Pflegebedürftigen zu verhindern, die aktuell aus (zu) hohen monatlichen Eigenanteilen resultiert, als auch eine pflegebedingte Verarmung, die aus einer unbegrenzten Zahlungsdauer für diese Eigenanteile entsteht. Eine Absicherung gegen die zu hohen periodischen Eigenanteile wird durch eine Umfinanzierung ordnungspolitisch falscher Finanzierungskompetenzen sowie einen Sockel-Spitze-Tausch erreicht, nach dem von den Pflegebedürftigen nur noch begrenzte monatliche Eigenanteile zu zahlen sind, während die restlichen Kosten als bedarfsorientierte Leistungshöhen von der Pflegeversicherung übernommen werden. Die Höhe der Eigenanteilszahlung beträgt dabei jeweils 25 % der Gesamtkosten der pflegerischen Versorgung, maximal jedoch 700 Euro pro Monat. Zur absoluten Begrenzung des Verarmungsrisikos wird zusätzlich ein Gesamteigenanteil eingeführt, der den Betrag begrenzt, der maximal über die gesamte Pflegekarriere zu zahlen ist. Seine Höhe lehnt sich an einen Vorschlag des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Jens Spahn an und wird auf 25.200 Euro festgesetzt. Dieser begrenzte Betrag kann angespart oder privat versichert werden, sodass eine individuelle Vollversicherung entsteht.

Zweitens zielt eine Strukturreform darauf ab, die Versorgung der Pflegebedürftigen auf die Erhaltung vorhandener Fähigkeiten und die gezielte Unterstützung bei vorhandenen Beeinträchtigungen abzustellen, um so gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Hierzu gehört unter anderem die Autonomie der Pflegebedürftigen, selbst individuell angepasste Wohn- und Pflegesettings wählen zu können, die aktuell oft durch die Grenzen leistungs- und ordnungsrechtlichen Zuordnung beschnitten wird. Um dies zu korrigieren, wird das Leistungsgeschehen anhand der Trennlinie Wohnen / Pflege neu organisiert, sodass eine sektorenfreie bedarfsgerechte pflegerische Versorgung in jedem Wohnsetting möglich wird. Hierdurch wird ein Raum für die Entwicklung neuer und innovativer Versorgungsstrukturen geschaffen, die sich stärker an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und an der Einbindung ihrer individuellen Ressourcen orientiert. Möglich wird Letzteres indem zivilgesellschaftliche Pflegepersonen unabhängig vom Wohnsetting an der Pflege und Betreuung beteiligt bleiben können. Das gilt auch und besonders in stark institutionalisierten Wohnformen, die bisher nur eine professionelle Vollversorgung anbieten können. Zum Einbezug und zur Aufrechterhaltung dieser informellen Netzwerke wird das Pflegegeld in ein Pflegegeld 2.0 umgewandelt, das im Gegenzug für die verpflichtende Übernahme von Pflegetätigkeiten an die Pflegepersonen ausgezahlt wird. Das Pflegegeld 2.0 setzt dann Anreize für zivilgesellschaftliche Akteure, sich als kontinuierliche und sichere Ressource in einem Pflegesetting zu verpflichten und dafür eine garantierte Qualifikation und geregelte finanzielle Vergütung zu erhalten.

Drittens sollen die Mehrausgaben, die durch die Finanz- und Strukturreform entstehen, nicht zu einer höheren Belastung der Pflegeversicherten führen. Daher werden Maßnahmen zur Refinanzierung eingeführt, die teilweise aus Gerechtigkeitsüberlegungen auch ohne weitere Notwendigkeit angezeigt wären. Systematisch werden hierzu drei Maßnahmen umgesetzt: Eine Verbreiterung der Einnahme-

basis der SPV wird durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und die Verbeitragung aller Einnahmen erreicht. Ein Finanzausgleich wird zwischen dem sozialen und dem privaten Teil der Pflegeversicherung eingerichtet, durch den die Unterschiede in Risikostruktur und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit – zu Gunsten der SPV – ausgeglichen werden. Zusätzlich wird ein verbindlicher, in den ersten Jahren anwachsender Steuerzuschuss eingeführt. Durch ihn werden nach Abschluss der Einführung 10 % der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung aus Bundesmitteln übernommen.

Insgesamt kann gezeigt werden, dass das Reformmodell inhaltlich geeignet ist, die identifizierten Reformbedarfe vollumfänglich zu bearbeiten und somit eine normativ deutlich funktionalere Ausgestaltung der Pflegeversicherung zu erreichen. Die in drei Stufen ausgearbeitete Implementierung des Reformmodells zeigt, dass das Gesamtmodell trotz der hohen Interdependenz seiner einzelnen Reformelemente in sinnvoll umsetzbare Teile gegliedert werden kann. Diese ermöglichen einen sofortigen Einstieg in den Reformprozess, gleichzeitig aber auch ausreichend lange Vorbereitungsphasen, um die jeweils folgende Stufe in der nötigen Detailtiefe auszuarbeiten. Jenseits dieser programmatischen Wirksamkeit und praktischen Umsetzbarkeit zeigt sich, dass die in das Reformmodell integrierten Maßnahmen der Refinanzierung auch die geforderte Begrenzung des Beitragssatzanstiegs erreichen können. Aufgrund höherer Leistungen und/oder niedrigerer Eigenanteile für alle Leistungsbezieher erhöhen sich zwar die Gesamtausgaben der Pflegeversicherung im Vergleich zur heutigen Rechtslage, die Refinanzierungsmaßnahmen wirken aber so stark, dass der ausgabendeckende Beitragssatz bei ihrer Einführung im Jahr 2028 um 0,1 Prozentpunkt *absinkt* und im Jahr 2060 sogar um 0,7 Prozentpunkte unterhalb des Beitragssatzes im Status quo liegt.

7 Literatur

AWO [Bundesvorstand der Arbeiterwohlfahrt] (1976): Überlegungen und Neuordnung der Finanzierung der Pflegekosten in der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 27: 156-159.

BMA [=Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 1. Januar 1995. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Bonn. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_des_Beirats_zur_UEberpruefung_des_Pflegebeduerftigkeitsbegriffs.pdf.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2020): Spahn: „Pflege ist die soziale Frage der 20er Jahre." https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/pflegereform.html.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2025a): Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung [Dataset]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung__2023.xlsx.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2025b): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2023 [Dataset]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2025c): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt 2023 [Dataset]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2023_Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegegraden.xlsx.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2025d): Soziale Pflegeversicherung. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2023 [Dataset]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/2023_Versicherte.xls.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (Hg.) (2019a): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungstext der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Unter Mitarbeit von Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Vereinbarungen_AG_1-5.pdf.

Brücker, H., Goebel, J., Grabka, M. M., Schröder, C., Zinn, S., Bartels, C., Fendel, T., Franken, A., Gerike, M., Griese, F., Kara, S., Kosyakova, Y., Krause, P., Liebau, E., Metzing, M., Nebelin, J., Petrenz, M., Siegers, R., Steinhauer, H. W., … Deutsches Institut Für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) (2023): IAB-SOEP Migration Sample 2021IAB-SOEP Migrationsstichprobe 20121 (Version 20121) [Dataset]. SOEP Socio-Economic Panel Study. https://doi.org/10.5684/SOEP.IAB-SOEP-MIG.2021.

Bundesregierung (2020): Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken. Ergebnisbericht des Koalitionsausschuss. https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Downloads/E/eckpunktepapier-corona-folgen-bekaempfen.pdf?__blob=publicationFile&v=6

Bundesregierung (2024a): Bericht der Bundesregierung. Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Zukunftssichere_Finanzierung_der_SPV-2024.pdf.

Bundesregierung (2024b): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Pflegekompetenzgesetz_Kabinettsentwurf.pdf.

BVerfG (2001): Urteil des Ersten Senats vom 03. April 2001 – 1 BvR 2014/95 – Rn. (1–93). Karlsruhe, Bundesverfassungsgericht, BVerGE 103, 197 – 225. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2001/04/rs20010403_1bvr201495.pdf?__blob=publicationFile&v=1.

Esping-Andersen, G. (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge, Polity Press.

Fuchs, J., Söhnlein, D. & Weber, B. (2017): Projektion des Erwerbspersonenpotenzials bis 2060: Arbeitskräfteangebot sinkt auch bei hoher Zuwanderung (IAB-Kurzbericht No. 6/2017). Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). https://hdl.handle.net/10419/185025.

Goebel, J., Grabka, M. M., Liebig, S., Schröder, C., Zinn, S., Bartels, C., Franken, A., Gerike, M., Griese, F., Halbmeier, C., Kara, S., Krause, P., Liebau, E., Nebelin, J., Petrenz, M., Satilmis, S., Siegers, R., Steinhauer, H. W., Süttmann, F., … Deutsches Institut Für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) (2023): Socio-Economic Panel, data from 1984-2021, (SOEP-Core, v38, EU Edition)Sozio-oekonomisches Panel, Daten der Jahre 1984-2021 (SOEP-Core, v38, EU Edition) (Version v38) [CSV,SPSS,Stata (bilingual),SPSS,RData]. SOEP Socio-Economic Panel Study. https://doi.org/10.5684/SOEP.CORE.V38EU.

Götze, R. & Rothgang, H. (2014): Fiscal and social policy: financing long-term care in Germany, in: Companje, Karel-Peter (ed.): Financing high medical risks, Amsterdam: Amsterdam University Press, 63-100.

Hackmann, T. (Prognos AG) / Kremer-Preiß, U. (KDA) (2019): Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/Pflege_Endbericht_Wohnformen_45_28.02.2019.pdf.

Hoberg, R., Klie, T. & Künzel, G. (2013): Strukturreform PFLEGE und TEILHABE. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe. https://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf

IGES (2024a): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung; https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e59145/e73224/e73225/e73227/attr_objs73229/Bericht-Anlage_1-Bericht_zu_Projektionen_der_Finanzentwicklung_der_SPV_IGES_barrierefrei_2024_ger.pdf.

IGES (2024b): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Stellschrauben auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV); https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht-Anlage_2-IGES-Bericht_Stellschrauben_der_langfristigen_Finanzentwicklung_der_SPV.pdf.

IGES (2025): Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung. Update der szenarienbasierten Projektion bis zum Jahr 2035 im Auftrag der DAK-Gesundheit.

https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/88710/data/a57e74372daa9edc30149d9b452e96f0/250121-download-kurzbericht-pk-rekordanstieg-bei-sozialabgaben.pdf.

KDA [Kuratorium Deutsche Altershilfe] (1974) Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Köln: KDA.

Kroh, M. (2018): Stichprobenziehung, Non-Response und Gewichtung im SOEP. DIW. https://www.diw.de/documents/dokumentenar-chiv/17/diw_01.c.598702.de/soep_gewichtungkroh-presentationdiw2018.pdf.

Pabst, S. & Rothgang, H. (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung, in: Leibfried, S., Wagschal, U. (Hg.): Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats. Frankfurt: Campus, 340-377.

PKV-Verband [= Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.] (2024). PKV Zahlenportal. https://www.pkv-zahlenportal.de/

Roth, G. & Rothgang, H. (1999): „Angleichung nach oben“: Die Entwicklung der Heimentgelte nach Einführung der Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol. 7, Heft 4: 307–336.

Rothgang, H. & Domhoff, D. (2025): Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung. Gutachten im Auftrag des Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung; https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2025/2025-01-29%20Pflegevollversicherung_Gutachten.pdf.

Rothgang, H. & Götze, R. (2013): Perspektiven der solidarischen Finanzierung, in: Jacobs, Klaus / Schulze, Sabine (Hg.): Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart-Verlag: 127-175.

Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2017): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Gutachten im Auftrag von: Initiative Pro-Pflegereform. Bremen/Stuttgart; https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/1._Gutachten_AAPV_-_Zusammenfassung.pdf.

Rothgang, H. & Müller, R. (2013): Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung. Ökonomische Expertise. https://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf.

Rothgang, H. & Müller, R. (2019): BARMER Pflegereport 2019: Ambulantisierung der Pflege. https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2019/20191128_BARMER_Pflegereport_2019.pdf.

Rothgang, H. & Müller, R. (2024): BARMER Pflegereport 2024: Pflegerisiko und Pflegedauer. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 47; https://www.barmer.de/resource/blob/1290386/a0b24e6f4091295958679675fee5ca52/dl-pflegereport-2024-data.pdf.

Rothgang, H. (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7. Frankfurt: Campus.

Rothgang, H. (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Das Gesundheitswesen, 72 (3): 154– 160.

Rothgang, H. (2011): Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Sozialer Fortschritt, Heft 4-5/2011: 81-87.

Rothgang, H. (2015): Pflege aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht: Die Pflegeversicherung als Erfolgsmodell mit Schönheitsfehlern, in: Peter Masuch, Wolfgang Spellbrink, Ulrich Becker und Stephan Leibfried (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Band 2: Richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft: BSG – Entscheidungsfindung und die Sozialstaatsforschung. Berlin: Erich Schmidt Verlag: 139-170

Rothgang, H. (2022): Die „große Pflegereform" 2017 – Über die mögliche Rolle von Beiräten und Wissenschaft in der sozialpolitischen Gesetzgebung des 21. Jahrhunderts, in: Nonhoff, Martin / Haunss, Sebastian / Klenk, Tanja / Pritzlaff-Scheele, Tanja (Hrsg): Gesellschaft und Politik verstehen. Frank Nullmeier zum 65. Geburtstag. Frankfurt: Campus: 345-364. https://www.campus.de/produkt-detail/gesellschaft_und_politik_verstehen-17409.html.

Rothgang, H. (2025a): Sanierungsstau an der fünften Säule, in: G + G, 28. Jg, Ausgabe 2: 18-23.

Rothgang, H. (2025b): Pflegefinanzierung: Zentrale Herausforderungen und Lösungsoptionen, in: GGW, Jg. 25, Heft 2.

Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Cordes, J. (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. 2. Gutachten (AAPV II). Initiative Pro-Pflegereform. https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Zweites_Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf.

Rothgang, H., Schmid, A., Maaß, L., Preuß, B. & Wagner, C. (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 4: Statistische Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_4_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf.

Rothgang, H., Wolf-Ostermann, K., Schmid, A., Domhoff, D., Müller, R. & Schmidt, A. (2018): Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit, Bonn. Bremen. https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=da0c5a882d.pdf&filename=Abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BREMEN.pdf.

Schnabel, E., Winkelhage, J. & Eifert, C. (2019): Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f. Zusammenfassende Bewertung der Forschungsstelle Pflegeversicherung. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/Pflege_Zus.Bewertung_Abschlussbericht-Modellprogramm_45_barrierefrei.pdf.

Statistisches Bundesamt (2024a): 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/statistischer-bericht-bvb-deutschland-2070-5124202219005.xlsx?__blob=publicationFile&v=3.

Statistisches Bundesamt (2024b): Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2023. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/statistischer-bericht-pflege-deutschlandergebnisse-5224001239005.xlsx?__blob=publicationFile&v=2.

vdek [= Verband der Ersatzkassen] (2022): Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen im Pflegeheim. https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/pm/2022/darstellungen_eigenanteile_stationaere_pflege_januar_juli_2022.pdf.

vdek [= Verband der Ersatzkassen] (2025): Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen im Pflegeheim. https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/pm/2025/20250206_Grafiken_Eigenanteile.pdf.

WIdO [= Wissenschaftliches Institut der AOK] (2025): Entwicklung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege. https://www.wido.de/forschung-projekte/pflege/finanzierung-der-pflege/entwicklung-eigenanteile/.

Wingenfeld, K., Büscher, A. & Gansweid, B. (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 2). Hürth: CW Haarfeld.

8 Anhang

8.1 Analysierte Reformvorschläge und Positionspapiere

Diakonie Deutschland (2019): Konzept für eine grundlegende Pflegereform. Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung der Versicherten. Kurzfassung. https://www.diakonie.de/diakonie-hessen-uploads/user_upload/2020/2019_06_DD_Konzept_Grundlegende_Pflegereform.pdf

Bündnis für gute Pflege (2020): Forderungen des Bündnisses für Gute Pflege für eine Reform der Pflegeversicherung. http://www.buendnis-fuer-gute-pflege.de/fileadmin/user_upload/inhalt/20_08_25_BfGP_Forderungspapier_Pflegeversicherung_final.pdf

DEVAP [= Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V.] (2020): Strategiepapier DEVAP Altenarbeit und Pflege 2021 bis 2025. Gleichwertige Lebensverhältnisse für hilfs- und pflegebedürftige Menschen schaffen: Politik und Freie Wohlfahrtspflege gefordert! https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/03_Unsere_Aktivitaeten/pdf/devap_strategiepapier_2025_content_web_final.pdf

KDA [= Kuratorium Deutsche Altershilfe] (2020): Strukturreform PFLEGE UND TEILHABE II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs. https://kda.de/wp-content/uploads/2021/03/Reform_II.pdf

BMWK [= Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz] (2021): Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK). https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Ministerium/Veroeffentlichung-Wissenschaftlicher-Beirat/nachhaltige-finanzierungen-von-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile&v=5

SONG [= Soziales neu gestalten] e.V. (2022): Ohne Solidaritäten geht es nicht! Plädoyer für eine Neuausrichtung der Gesundheitspolitik für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung. https://netzwerk-song.de/wp-content/uploads/2023/09/SONG_Impulspapier_Solidaritaeten_web.pdf

Arbeitsgruppe Bernzen, Home Instead Deutschland, Pflegen & Wohnen, Johanniter-Unfall-Hilfe, Stiftung Liebenau. Kanzlei Richter Rechtsanwälte, Augustinum Gruppe, Rummelsberger Diakonie (2023): Diskussionsvorschlag zur Reform der Pflegeversicherung. Wirkungs- und Personenfokussierte Pflege und Betreuung. https://www.contecforum.de/wp-content/uploads/sites/3/2024/01/Diskussionsvorschlaege-Reform-Pflegeversicherung-2023_Eisenreich.pdf

CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag (2023): Die Pflege zukunftsfest machen. Positionspapier der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag. https://www.cducsu.de/sites/default/files/2023-10/PP%20Pflege.pdf

VKAD [= Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.] (2023): Pflege begeistert! Sieben Forderungen des Verbandes katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) für bessere Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege. https://www.vkad.de/wp-content/uploads/2023/12/VKAD_Positionierung_Pflege_begeistert.pdf

Deutscher Landkreistag (2023): Mutige Richtungsentscheidung in der Pflege treffen. https://www.landkreistag.de/images/stories/publikationen/230927_PosPapier_Richtungsentscheidungen_Pflege.pdf

Experten-Rat Pflegefinanzen (2023): Die Pflege+ Versicherung. Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung. Abschlussbericht. Berlin. https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Gutachten_Studien/Abschlussbericht_Experten-Rat_Pflegefinanzen.pdf

Landkreistag Baden-Württemberg (2023): Gute Pflege braucht das Land. Ein Positionspapier des Landkreistages Baden-Württemberg. https://www.landkreistag-bw.de/fileadmin/user_upload/PDFs/Downloads/Positionen_u_Stellungnahmen/2023/Positionspapier_Gute_Pflege_braucht_das_Land_-_mit_starken_Kommunen_in_gemeinsamer_Verantwortung.pdf

SPD-Bundestagsfraktion (2023): Leitbild der SPD-Bundestagsfraktion für eine solidarische Gesundheits- und Pflegepolitik. Positionspapier der SPD-Fraktion. https://www.spdfraktion.de/system/files/documents/position-solidarische-gesundheits-und-pflegepolitik.pdf

AOK-Bundesverband (2024): Positionspapier: AOK-Positionen zur Weiterentwicklung der Pflege. https://www.aok.de/pp/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=17435&token=3bc8e7fa3d6f8e8537c80e43758bea4ad64ac510&download=

CSU-Landtagsfraktion (2024): „Pflege-Revolution für die Pflege der Zukunft: Demografiefest, Generationengerecht, Qualitätsorientiert“. https://www.csu-landtag.de/image/inhalte/file/2024-09-19%20Resolution%20Gesundheit%20+%20Pflege_final.pdf

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2024): Soziales zukunftsfest machen – Gute Pflege für alle sichern! Anregungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V.

DEVAP [= Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V.] (2024): Trotzdem Pflege. Für jeden, zu jeder Zeit. DEVAP Strategiepapier 2025 – 2029. https://strategiepapier.devap.de/wp-content/uploads/2024/10/DEVAP-Strategiepapier-2025-2029_web-ES.pdf

IGES (2024): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Stellschrauben auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV); https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht-Anlage_2-IGES-Bericht_Stellschrauben_der_langfristigen_Finanzentwicklung_der_SPV.pdf.

Diakonie (2024): Zukunftssichere Seniorenpolitik: Die Kommune als Schlüssel für ein selbstbestimmtes Altern. https://pflege.diakonie.de/wp-content/uploads/2024/11/Diakonie_Starkfuer-Pflege_FactSheet_01_Leben_Im_Alter.pdf

Kretschmer, M. & Laumann, K-J (2024): Dringender Reformbedarf bei der Pflegeversicherung: Die Untätigkeit der Ampel belastet Bürger und Kommunen. https://www.cdu-sachsen.de/Dateien/pflegepapier-michael-kretschmer-und-karl-josef-laumann/17549023

vdek [= Verband der Ersatzkassen] (2024): Gute Pflege – stabile Finanzen: Pflegeversicherung zukunftsfest ausgestalten. Positionen zur zukunftsfähigen Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung. https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/politik/positionen/20241204_Gute%20Pflege_stabile%20Finanzen_Position_2024.pdf

DEVAP [= Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V.] (2022): KLIMASCHUTZ und INVESTITIONSKOSTENREGELUNGEN im Pflegeversicherungsgesetz ZUSAMMENBRINGEN. https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/02_Unsere_Positionen/pdf/22-11_DEVAP_Strategiepapier_Investitionskosten_in_der_stationaeren_Pflege.pdf

Initiative für eine nachhaltige und generationengerechte Pflegereform (2024): „Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung“. Bewertung des Kabinettbeschlusses über einen Bericht der Bundesregierung. https://www.generationengerechte-pflege.de/w/files/kabinettsbeschluss-spv-finanzierung/240703_positionspapier_pflegebuendnis_kabinettsbeschluss-spv_finanzierung.pdf

Korian Deutschland (2024): Diskussionspapier: Von der Pflegekrise zur Chance. https://www.lobbyregister.bundestag.de/media/71/da/337269/Stellungnahme-Gutachten-SG2407220010.pdf

SONG [= Soziales neu gestalten] e.V. (2023): Was passiert, wenn nichts passiert? 10 Thesen zur Zukunft der Altenpflege in Deutschland. https://netzwerk-song.de/wp-content/uploads/2023/09/SONG_Impulspapier_was_passiert_web.pdf

GKV-SV [Spitzenverband Bund der Krankenkassen] (2024): Soziale Pflegeversicherung zukunftsfest machen. Jetzt. Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20241128_Positionspapier_Pflegeversicherung.pdf

8.2 Anzahl der SPV-Versicherten 2025 - 2060

Jahr	Anzahl der SPV-Versicherten
2025	73.318.711
2026	73.675.956
2027	74.288.414
2028	74.419.679
2029	74.536.078
2030	74.636.736
2031	74.716.347
2032	74.777.705
2033	74.822.594
2034	74.845.033
2035	74.851.182
2036	74.841.961
2037	74.817.375
2038	74.792.878
2039	74.764.789
2040	74.736.794
2041	74.708.170
2042	74.677.804
2043	74.645.854
2044	74.608.989
2045	74.567.609
2046	74.523.374
2047	74.472.930
2048	74.419.685
2049	74.359.708
2050	74.295.547
2051	74.223.753
2052	74.149.297
2053	74.068.896
2054	73.981.976
2055	73.892.167
2056	73.796.164
2057	73.696.666
2058	73.594.767
2059	73.493.058
2060	73.394.740

8.3 Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen – Vollmodell 2025 – 2060

Jahr	stationär	ambulant	Pflegegeld	Pflegegrad 1	Pflegebedürftige insgesamt
2025	741.001	481.732	3.625.412	917.097	5.765.242
2026	818.134	579.401	3.766.168	979.494	6.143.198
2027	839.453	613.524	3.987.832	1.036.255	6.477.064
2028	861.998	643.966	4.184.875	1.085.753	6.776.592
2029	885.473	670.082	4.353.157	1.127.288	7.035.999
2030	899.556	688.043	4.468.834	1.157.469	7.213.902
2031	909.764	699.782	4.544.842	1.177.679	7.332.067
2032	911.161	704.181	4.575.121	1.187.860	7.378.323
2033	915.495	709.280	4.609.460	1.198.191	7.432.427
2034	922.734	715.639	4.651.880	1.210.024	7.500.277
2035	921.494	721.124	4.691.046	1.223.691	7.557.356
2036	926.748	727.720	4.735.794	1.237.043	7.627.305
2037	939.034	735.174	4.784.270	1.249.180	7.707.657
2038	954.347	743.034	4.834.565	1.260.860	7.792.807
2039	975.526	751.907	4.890.194	1.272.279	7.889.906
2040	997.867	760.598	4.944.284	1.282.832	7.985.581
2041	1.020.350	769.248	4.998.162	1.293.311	8.081.071
2042	1.042.967	777.508	5.049.394	1.302.631	8.172.500
2043	1.064.602	785.191	5.096.967	1.311.040	8.257.799
2044	1.087.763	792.755	5.143.403	1.318.337	8.342.259
2045	1.109.734	799.350	5.183.551	1.323.845	8.416.479
2046	1.132.224	805.655	5.221.628	1.328.421	8.487.928
2047	1.153.400	810.804	5.252.065	1.330.813	8.547.083
2048	1.173.987	815.096	5.276.798	1.331.382	8.597.264
2049	1.194.979	818.711	5.296.545	1.330.014	8.640.249
2050	1.213.276	821.095	5.308.363	1.326.983	8.669.717
2051	1.230.950	822.955	5.316.542	1.322.873	8.693.321
2052	1.244.705	823.466	5.316.250	1.317.196	8.701.618
2053	1.256.453	822.969	5.309.343	1.310.015	8.698.781
2054	1.265.356	821.820	5.298.530	1.302.677	8.688.383
2055	1.269.419	820.052	5.284.626	1.296.235	8.670.332
2056	1.272.275	818.312	5.271.245	1.290.594	8.652.427
2057	1.270.764	816.058	5.255.369	1.285.935	8.628.126
2058	1.266.015	813.399	5.237.540	1.282.006	8.598.960
2059	1.259.514	810.986	5.222.059	1.279.440	8.571.999
2060	1.251.337	809.359	5.212.701	1.279.587	8.552.984

8.4 Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen – Einführungsmodell 2025 – 2060

Jahr	stationär	ambulant	Pflegegeld	Pflegegrad 1	Pflegebedürftige insgesamt
2025	741.001	481.732	3.625.412	917.097	5.765.242
2026	745.447	494.257	3.923.705	979.494	6.143.198
2027	749.919	507.108	4.183.421	1.036.255	6.477.064
2028	754.419	520.293	4.415.696	1.085.753	6.776.592
2029	772.364	539.167	4.596.745	1.127.288	7.035.999
2030	790.735	558.727	4.706.564	1.157.469	7.213.902
2031	809.544	578.996	4.765.482	1.177.679	7.332.067
2032	828.800	600.000	4.761.358	1.187.860	7.378.323
2033	848.514	621.766	4.763.705	1.198.191	7.432.427
2034	868.697	644.323	4.777.031	1.210.024	7.500.277
2035	889.361	667.697	4.776.476	1.223.691	7.557.356
2036	910.516	691.920	4.787.752	1.237.043	7.627.305
2037	932.174	717.022	4.809.247	1.249.180	7.707.657
2038	954.347	743.034	4.834.565	1.260.860	7.792.807
2039	975.526	751.907	4.890.194	1.272.279	7.889.906
2040	997.867	760.598	4.944.284	1.282.832	7.985.581
2041	1.020.350	769.248	4.998.162	1.293.311	8.081.071
2042	1.042.967	777.508	5.049.394	1.302.631	8.172.500
2043	1.064.602	785.191	5.096.967	1.311.040	8.257.799
2044	1.087.763	792.755	5.143.403	1.318.337	8.342.259
2045	1.109.734	799.350	5.183.551	1.323.845	8.416.479
2046	1.132.224	805.655	5.221.628	1.328.421	8.487.928
2047	1.153.400	810.804	5.252.065	1.330.813	8.547.083
2048	1.173.987	815.096	5.276.798	1.331.382	8.597.264
2049	1.194.979	818.711	5.296.545	1.330.014	8.640.249
2050	1.213.276	821.095	5.308.363	1.326.983	8.669.717
2051	1.230.950	822.955	5.316.542	1.322.873	8.693.321
2052	1.244.705	823.466	5.316.250	1.317.196	8.701.618
2053	1.256.453	822.969	5.309.343	1.310.015	8.698.781
2054	1.265.356	821.820	5.298.530	1.302.677	8.688.383
2055	1.269.419	820.052	5.284.626	1.296.235	8.670.332
2056	1.272.275	818.312	5.271.245	1.290.594	8.652.427
2057	1.270.764	816.058	5.255.369	1.285.935	8.628.126
2058	1.266.015	813.399	5.237.540	1.282.006	8.598.960
2059	1.259.514	810.986	5.222.059	1.279.440	8.571.999
2060	1.251.337	809.359	5.212.701	1.279.587	8.552.984

8.5 Entwicklung der Pflegesätze 2025 bis 2060 in Preisen des Jahres 2025

Jahr	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2025	1.953	2.541	3.104	3.686	3.957
2026	2.036	2.649	3.237	3.843	4.125
2027	2.110	2.745	3.354	3.983	4.275
2028	2.173	2.827	3.454	4.102	4.402
2029	2.235	2.908	3.553	4.219	4.528
2030	2.285	2.973	3.632	4.313	4.629
2031	2.322	3.021	3.691	4.383	4.704
2032	2.345	3.050	3.727	4.426	4.750
2033	2.368	3.081	3.764	4.469	4.797
2034	2.391	3.111	3.801	4.513	4.844
2035	2.415	3.142	3.838	4.558	4.892
2036	2.439	3.172	3.876	4.603	4.940
2037	2.463	3.204	3.914	4.648	4.989
2038	2.487	3.235	3.953	4.694	5.038
2039	2.512	3.267	3.992	4.740	5.088
2040	2.536	3.299	4.031	4.787	5.138
2041	2.561	3.332	4.071	4.834	5.188
2042	2.587	3.365	4.111	4.882	5.239
2043	2.612	3.398	4.151	4.930	5.291
2044	2.638	3.431	4.192	4.978	5.343
2045	2.664	3.465	4.234	5.027	5.396
2046	2.690	3.499	4.275	5.077	5.449
2047	2.717	3.534	4.317	5.127	5.503
2048	2.743	3.569	4.360	5.177	5.557
2049	2.770	3.604	4.403	5.228	5.612
2050	2.798	3.639	4.446	5.280	5.667
2051	2.825	3.675	4.490	5.332	5.723
2052	2.853	3.711	4.534	5.384	5.779
2053	2.881	3.748	4.579	5.437	5.836
2054	2.909	3.785	4.624	5.491	5.894
2055	2.938	3.822	4.670	5.545	5.952
2056	2.967	3.860	4.716	5.600	6.010
2057	2.996	3.898	4.762	5.655	6.069
2058	3.026	3.936	4.809	5.711	6.129
2059	3.056	3.975	4.856	5.767	6.190
2060	3.086	4.014	4.904	5.824	6.251

8.6 Entwicklung der Leistungen nach § 43 und 43c 2025 bis 2060 in Preisen des Jahres 2025

Jahr	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	§ 43c-Leistungen	
						bei durchschn. Auf-enthaltsdauer	bei Heim-eintritt
2025	131	805	1.319	1.855	2.096	829	271
2026	128	789	1.293	1.819	2.055	908	297
2027	126	774	1.268	1.783	2.015	980	320
2028	132	809	1.325	1.863	2.105	999	326
2029	133	817	1.338	1.882	2.126	1.041	340
2030	134	825	1.351	1.900	2.147	1.073	350
2031	136	833	1.365	1.919	2.168	1.095	358
2032	137	841	1.378	1.938	2.190	1.106	361
2033	138	849	1.392	1.957	2.211	1.116	365
2034	140	858	1.405	1.976	2.233	1.127	368
2035	141	866	1.419	1.996	2.255	1.139	372
2036	142	875	1.433	2.015	2.277	1.150	376
2037	144	883	1.447	2.035	2.300	1.161	379
2038	145	892	1.461	2.055	2.322	1.173	383
2039	147	901	1.476	2.076	2.345	1.184	387
2040	148	910	1.490	2.096	2.368	1.196	391
2041	149	919	1.505	2.117	2.392	1.208	394
2042	151	928	1.520	2.138	2.415	1.219	398
2043	152	937	1.535	2.159	2.439	1.232	402
2044	154	946	1.550	2.180	2.463	1.244	406
2045	155	955	1.565	2.201	2.487	1.256	410
2046	157	965	1.581	2.223	2.512	1.268	414
2047	159	974	1.596	2.245	2.537	1.281	418
2048	160	984	1.612	2.267	2.562	1.293	422
2049	162	993	1.628	2.289	2.587	1.306	427
2050	163	1.003	1.644	2.312	2.612	1.319	431
2051	165	1.013	1.660	2.335	2.638	1.332	435
2052	167	1.023	1.676	2.358	2.664	1.345	439
2053	168	1.033	1.693	2.381	2.690	1.358	444
2054	170	1.043	1.710	2.404	2.717	1.372	448
2055	171	1.054	1.726	2.428	2.744	1.385	452
2056	173	1.064	1.743	2.452	2.771	1.399	457
2057	175	1.075	1.761	2.476	2.798	1.413	461
2058	177	1.085	1.778	2.501	2.825	1.427	466
2059	178	1.096	1.796	2.525	2.853	1.441	470
2060	180	1.107	1.813	2.550	2.881	1.455	475

8.7 Entwicklung der Eigenanteile 2025 bis 2060 in Preisen des Jahres 2025

Jahr	Pflegebedingte Eigenanteile inkl. AK		Unterkunft und Verpflegung	Investitionskosten
	bei durchschnittlicher Aufenthaltsdauer	bei Heimeintritt		
2025	976	1.534	997	507
2026	1.069	1.681	997	507
2027	1.154	1.814	997	507
2028	1.176	1.849	997	507
2029	1.225	1.926	997	507
2030	1.263	1.986	997	507
2031	1.289	2.026	997	507
2032	1.302	2.046	997	507
2033	1.314	2.066	997	507
2034	1.327	2.087	997	507
2035	1.340	2.107	997	507
2036	1.354	2.128	997	507
2037	1.367	2.149	997	507
2038	1.380	2.170	997	507
2039	1.394	2.191	997	507
2040	1.408	2.213	997	507
2041	1.422	2.235	997	507
2042	1.436	2.257	997	507
2043	1.450	2.279	997	507
2044	1.464	2.301	997	507
2045	1.478	2.324	997	507
2046	1.493	2.347	997	507
2047	1.508	2.370	997	507
2048	1.523	2.394	997	507
2049	1.538	2.417	997	507
2050	1.553	2.441	997	507
2051	1.568	2.465	997	507
2052	1.583	2.489	997	507
2053	1.599	2.514	997	507
2054	1.615	2.539	997	507
2055	1.631	2.564	997	507
2056	1.647	2.589	997	507
2057	1.663	2.614	997	507
2058	1.679	2.640	997	507
2059	1.696	2.666	997	507
2060	1.713	2.692	997	507

8.8 Gesamtausgaben der SPV und ausgabendeckender Beitragssatz im Status quo 2025 bis 2060 in Preisen des Jahres 2025

Jahr	Gesamtausgaben SPV in Mrd. Euro	Ausgabendeckender Beitragssatz in %
2025	72,2	3,86
2026	77,0	4,07
2027	79,5	4,16
2028	85,8	4,43
2029	89,0	4,55
2030	91,5	4,63
2031	93,3	4,68
2032	94,3	4,69
2033	95,4	4,70
2034	94,7	4,63
2035	95,6	4,63
2036	96,5	4,63
2037	97,5	4,63
2038	98,7	4,64
2039	100,8	4,69
2040	102,9	4,73
2041	105,0	4,78
2042	107,2	4,83
2043	109,3	4,87
2044	111,5	4,91
2045	113,6	4,95
2046	115,8	4,98
2047	117,8	5,02
2048	119,8	5,05
2049	121,8	5,08
2050	123,7	5,10
2051	125,5	5,12
2052	127,1	5,14
2053	128,6	5,14
2054	129,9	5,15
2055	131,0	5,14
2056	132,0	5,13
2057	133,7	5,14
2058	135,3	5,15
2059	135,8	5,11
2060	136,4	5,08

8.9 Gesamtausgaben der SPV in Preisen des Jahres 2025 und ausgabendeckender Beitragssatz im Reformvorschlag (Vollmodell und Einführungsmodell) 2025 bis 2060 – ohne Refinanzierung

Jahr	Gesamtausgaben der SPV in Mrd. Euro		ausgabendeckender Beitragssatz in %	
	Vollmodell	Einführungsmodell	Vollmodell	Einführungsmodell
2026	79,3	76,6	4,19	4,05
2027	82,6	79,2	4,32	4,14
2028	110,4	108,6	5,70	5,61
2029	117,6	111,4	6,01	5,69
2030	120,9	115,7	6,12	5,86
2031	124,8	119,9	6,26	6,01
2032	126,7	122,5	6,30	6,09
2033	129,0	125,4	6,36	6,18
2034	128,9	125,8	6,30	6,15
2035	130,0	127,8	6,30	6,19
2036	131,7	130,3	6,32	6,25
2037	134,7	133,8	6,40	6,36
2038	137,6	137,6	6,47	6,47
2039	140,9	140,9	6,55	6,55
2040	143,9	144,2	6,62	6,64
2041	146,9	147,3	6,69	6,70
2042	150,0	150,4	6,75	6,77
2043	153,1	153,4	6,82	6,83
2044	156,3	156,6	6,88	6,89
2045	159,4	159,6	6,94	6,95
2046	162,5	162,8	7,00	7,01
2047	165,5	165,7	7,05	7,06
2048	168,5	168,7	7,10	7,10
2049	171,4	171,6	7,14	7,15
2050	174,3	174,3	7,18	7,18
2051	177,1	177,1	7,23	7,23
2052	179,6	179,6	7,26	7,26
2053	181,9	181,9	7,28	7,28
2054	184,0	184,0	7,29	7,29
2055	186,0	186,0	7,30	7,30
2056	189,9	189,9	7,37	7,37
2057	191,4	191,4	7,36	7,36
2058	192,7	192,7	7,33	7,33
2059	194,0	194,0	7,30	7,30
2060	195,4	195,4	7,27	7,27

8.10 Ausgabendeckender Beitragssatz im Reformvorschlag (Vollmodell und Einführungsmodell) 2025 bis 2060 – mit Refinanzierung

Jahr	mit Steuerzuschuss		ohne Steuerzuschuss	
	Vollmodell	Einführungsmodell	Vollmodell	Einführungsmodell
2026	3,99	3,85	3,99	3,85
2027	4,11	3,93	4,11	3,93
2028	4,13	3,95	4,21	4,03
2029	4,17	3,96	4,35	4,12
2030	4,13	3,96	4,40	4,21
2031	4,13	3,97	4,49	4,31
2032	4,05	3,92	4,50	4,35
2033	4,07	3,96	4,52	4,40
2034	4,01	3,92	4,46	4,36
2035	4,03	3,93	4,47	4,37
2036	4,02	3,96	4,47	4,40
2037	4,03	4,01	4,48	4,46
2038	4,06	4,06	4,51	4,51
2039	4,10	4,09	4,55	4,55
2040	4,12	4,12	4,58	4,58
2041	4,15	4,15	4,61	4,61
2042	4,17	4,17	4,64	4,64
2043	4,19	4,19	4,66	4,66
2044	4,22	4,21	4,68	4,68
2045	4,23	4,23	4,70	4,70
2046	4,25	4,25	4,72	4,72
2047	4,26	4,26	4,74	4,73
2048	4,27	4,27	4,74	4,74
2049	4,28	4,27	4,75	4,75
2050	4,30	4,30	4,78	4,78
2051	4,33	4,33	4,81	4,81
2052	4,35	4,35	4,83	4,83
2053	4,36	4,36	4,85	4,85
2054	4,37	4,37	4,86	4,86
2055	4,37	4,38	4,86	4,86
2056	4,37	4,43	4,86	4,92
2057	4,42	4,42	4,91	4,91
2058	4,41	4,41	4,90	4,90
2059	4,39	4,39	4,88	4,88
2060	4,37	4,37	4,86	4,86

www.pro-pflegereform.de