

Christine Arentz, Jürgen Wasem

Reform der Pflegeversicherung: Effizientere Leistungen und stärkere Kapitaldeckung

Die angespannte Finanzlage der Sozialen Pflegeversicherung wird sich mit Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge ins pflegerelevante Alter deutlich verschärfen. Um Beitragszahler nicht noch stärker zu belasten, sollten Reformen vor allem auf der Ausgabenseite ansetzen. Dazu sollten Leistungen geprüft und priorisiert und parallele Finanzierungsstrukturen aufgelöst werden. Die Umlagefinanzierung sollte durch mehr Kapitaldeckung stabilisiert werden. Darüber hinaus ist es sinnvoll, Eigenanteile über private Zusatzversicherungen abzusichern. Durch eine vereinfachte und vereinheitlichte Regulierung des Pflegebereichs können zudem Kosten und infolge Eigenanteile gesenkt werden.

Die prekäre Finanzlage der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) ist vorrangig auf die deutliche Zunahme von Leistungsempfängern infolge der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Leistungsausweitungen zurückzuführen. Demografie und Morbidität spielen noch keine große Rolle (Rothgang et al., 2025, S. 135, 154). Allerdings wird sich die Finanzsituation ohne Reformen nochmals erheblich verschärfen, wenn die geburtenstarken Jahrgänge ins pflegerelevante Alter kommen.

Der vorliegende Beitrag analysiert daher Stabilisierungsmöglichkeiten innerhalb der bestehenden Teilleistungsversicherung sowie Reformoptionen für den bisher nicht versicherten Leistungsbereich. Dabei werden die auf politischer Ebene diskutierten Reformvorschläge analysiert und hinsichtlich ihrer Eignung zur Bewältigung der Finanzierungskrise bewertet.

Umlagefinanzierung durch Leistungsbegrenzung und Kapitaldeckung stabilisieren

Das bestehende Umlageverfahren in der SPV steht schon seit Jahren unter Druck, obgleich die geburtenstarken Jahrgänge noch im Erwerbsleben stehen und noch nicht zum Kreis der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung zählen. Daher werden seit geraumer Zeit immer wieder Ansätze diskutiert, wie die Einnahmeseite gestärkt werden kann, um bestehende Leistungen weiter finanzieren oder diese ausweiten zu können. Diese Vorschlä-

ge finden sich auch in einem ersten Ergebnisrapport der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ zu möglichen Reformansätzen (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, 2025). Dazu gehören bei der Beitragsfinanzierung primär die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Rentenversicherung sowie eine Ausweitung der beitragspflichtigen Einkommensarten. Zudem wird auch eine höhere Steuerfinanzierung der Pflegeversicherung angedacht (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, 2025, S. 38-40). Durch die Ausweitung der Beitrags- bzw. Steuerfinanzierung werden die Erwerbstätigen in erheblichem Maße belastet, während Pflegebedürftige unabhängig von ihrer finanziellen Situation entlastet werden. Eine stärkere Beitragsfinanzierung hat neben den intergenerationellen Belastungswirkungen auch negative Effekte auf den Arbeitsmarkt, da Arbeitsanreize gemindert und Arbeitskosten erhöht werden.¹ Angesichts der gesamtwirtschaftlichen

¹ Vgl. zur Analyse der ökonomischen Auswirkungen Wasem et al. (2025b, S. 4–6).

Prof. Dr. Christine Arentz ist Professorin am Institut für Versicherungswesen (ivwKöln) der Technischen Hochschule Köln und lehrt dort Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomik.

Prof. Dr. Jürgen Wasem ist Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Duisburg-Essen.

© Der/die Autor:in 2026. Open Access: Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht (creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de).

Open Access wird durch die ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft gefördert.

Folgen einer weiteren Abgabenbelastung sollte der Fokus der Reform daher nicht auf der Ausweitung der Einnahmen, sondern auf der Ausgabenseite liegen.

Ansatzpunkte im heutigen ambulanten Leistungsrecht²

Im aktuellen Leistungsrecht können unterschiedliche ambulante Leistungsarten teilweise ohne Verrechnung kombiniert werden. So können volle bzw. hälftige Pflegegeldleistungen bezogen werden, auch wenn die pflegebedürftige Person durch Dritte versorgt wird – etwa im Rahmen der teilstationären Pflege oder der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Zudem kann in allen Pflegegraden der sogenannte Entlastungsbetrag von 131 € bezogen werden. Der Entlastungsbetrag ist eine zweckgebundene Leistung der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, einschließlich Pflegegrad 1. Er soll der Finanzierung qualitätsgesicherter Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Förderung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen im Alltag dienen. Eingesetzt werden kann der Betrag für Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, ausgewählte Leistungen ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste sowie für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45b SGB XI). Im Jahr 2024 beliefen sich die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für den Entlastungsbetrag auf rund 3,4 Mrd. € (BMG, 2025a). Diese Leistung wird von weniger als der Hälfte der Anspruchsberechtigten genutzt – bei vollständiger Inanspruchnahme des Leistungsbetrages durch alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen hätten sich die entsprechenden Ausgaben auf mehr als das Doppelte erhöht. Die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages und anderer Unterstützungsmaßnahmen wird mit der bürokratischen Ausgestaltung und der aufwändigen Abrechnung sowie fehlender Angebote begründet (vgl. beispielsweise Sozialverband VdK, 2022, S. 4).

Unter den Bedingungen zunehmender Finanzierungsgespässe in der Sozialen Pflegeversicherung ist eine Priorisierung der Leistungen unvermeidlich. Der Entlastungsbetrag ist eine ergänzende Leistung mit unscharfer Zielsetzung

² Die folgenden Ausführungen und Reformvorschläge beziehen sich auf ältere Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen. Familien mit pflegebedürftigen Kindern haben angesichts spezifischer und heterogener Bedarfe sowie oft unzureichenden spezialisierten Versorgungsangeboten nochmals andere Herausforderungen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2013, S. 17). Pflegenden Elternteile müssen oft ihre Berufstätigkeit deutlich einschränken oder aufgeben (vgl. Kofahl & Nickel, 2021, S. 17). Aufgrund der besonderen Bedarfslagen ist es fraglich, ob das bestehende Teilleistungssystem der Pflegeversicherung überhaupt für Familien mit pflegebedürftigen Kindern angemessen ist. Neben den Leistungen aus der Pflegeversicherung bestehen zwar noch andere Hilfsangebote, die aber oft nicht bekannt sind oder nur sehr bürokratisch beantragt werden können (vgl. Kofahl & Nickel, 2021, S. 20–21).

und bürokratischen Kosten für alle Beteiligten. In den Pflegegraden 2 bis 5 stehen mit dem Pflegegeld und den Pflegesachleistungen bereits zentrale Instrumente zur Unterstützung der häuslichen Pflege zur Verfügung. Diese Leistungen sind geeignet, sowohl pflegerische als auch betreuende Bedarfe abzudecken und erfüllen damit wesentliche Funktionen, die dem Entlastungsbetrag zugeschrieben werden. Es ist also fraglich, ob dieser für die Sicherstellung der häuslichen Versorgung systematisch erforderlich ist.

Im Pflegegrad 1 kann der Entlastungsbetrag nicht durch Pflegegeld oder Pflegesachleistungen ersetzt werden. Allerdings deuten Umfragen darauf hin, dass der Betrag überwiegend für haushaltsnahe Dienstleistungen eingesetzt wird (Medicproof, 2024; Büscher et al., 2023, S. 82). Damit wird das ursprüngliche Ziel der Leistung, nämlich die Förderung von Aktivierung, Prävention und Selbstständigkeit, nur eingeschränkt erreicht und würde andere Maßnahmen erfordern (Wasem et al., 2025b, S. 9-10).

In der Gesamtschau erfüllt der Entlastungsbetrag damit seine intendierten Zielsetzungen nur unzureichend. Weder entfaltet er eine relevante aktivierende oder präventive Wirkung, noch ist er für die Unterstützung der häuslichen Pflege unverzichtbar, da zentrale Funktionen bereits durch andere Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckt werden. Gleichzeitig ist der Entlastungsbetrag mit nicht unerheblichen administrativen und bürokratischen Kosten verbunden, die sowohl auf Seiten der Pflegekassen als auch bei Pflegebedürftigen und Leistungserbringern anfallen. Es erscheint daher sachgerecht, den Entlastungsbetrag im Rahmen von Konsolidierungsüberlegungen kritisch zu hinterfragen. Leistungen zur Unterstützung im Alltag können heute auch schon bis zu 40 % aus dem Pflegesachleistungsbetrag finanziert werden (§ 45a Abs. 4 SGB XI). Denkbar wäre auch eine Finanzierung durch das Pflegegeld: Während der Inanspruchnahme solcher Leistungen werden pflegende Angehörige faktisch entlastet; interpretiert man das Pflegegeld als Kompensation für tatsächlich erbrachte Pflege- und Organisationsleistungen und nicht als pauschalen Zuschuss zum Haushaltseinkommen, spricht vieles dafür, notwendige externe Unterstützung zumindest teilweise aus dem Pflegegeld zu finanzieren. Dies würde zu einer stärkeren finanziellen Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen führen. Angesichts der bereits heute starken Belastung der jüngeren Generationen kann dies jedoch gerechtfertigt sein, insbesondere da das Instrument der Hilfe zur Pflege garantiert, dass notwendige pflegerische Unterstützung auch für Menschen mit geringen finanziellen Mitteln erfolgt.

Nach den Überlegungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sollen die Leistungen im ambulanten Bereich stärker gebündelt und zu Budgets zusammengefasst werden. Dies

soll ausgabenneutral erfolgen. In einer der diskutierten Optionen soll der Entlastungsbetrag zum einen für eine Erhöhung des Pflegegeldes und zum anderen zur Stabilisierung der Pflegeversicherung verwendet werden, also eine Teilstreichung des Betrages erfolgen (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, 2025, S. 14-16).³ Die Budgetierung führt implizit zu einer Bereinigung von Doppel- und Parallelansprüchen. Für bestimmte Fallkonstellationen ergeben sich Leistungskürzungen, da Teile der bislang eigenständig ausgewiesenen Mittel für Verhinderungspflege, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel und den Entlastungsbetrag zur Finanzierung eines in der Option vorgesehenen höheren Pflegegeldes herangezogen werden. Da die Bündelung explizit ausgabenneutral erfolgt, ist damit jedoch kein konsolidierender Effekt für das Gesamtsystem verbunden. Es handelt sich primär um eine Umverteilung innerhalb des Leistungskatalogs. Zudem ist zu erwarten, dass durch die Budgets eine höhere Leistungsanspruchnahme bei all denjenigen Pflegebedürftigen erfolgt, die bisher nicht alle einzelnen Leistungen in Anspruch genommen haben. Dies müsste bei der Kalkulation der Höhe der Budgets berücksichtigt werden, wenn zumindest Ausgabenneutralität realisiert werden soll.

Inkonsistent bleibt in diesem Zusammenhang der fortbestehende, nicht verrechnete Leistungsbetrag für teilstationäre Leistungen. Während bei der Kombination von Pflegegeld und ambulanten Sachleistungen eine proportionale Anrechnung vorgesehen ist, erfolgt bei teilstationärer Pflege keine entsprechende Kürzung des Pflegegeldes oder des Sachleistungsbetrages. Dadurch werden Leistungen parallel finanziert, obwohl während der teilstationären Versorgung weder pflegende Angehörige noch ambulante Dienste im häuslichen Umfeld tätig sind. Auch hier könnte eine notwendige Konsolidierung ansetzen.

Ansatzpunkte im heutigen stationären Leistungsrecht

Im Rahmen der stationären Pflege sollten die bisherigen Zuschüsse nach § 43c SGB XI überdacht werden. Diese wurden 2022 eingeführt, um die pflegebedingten Eigenanteile in den Pflegeheimen durch Zuschüsse aus der Pflegeversicherung zu senken. Dadurch sind die Ausgaben im stationären Bereich dynamisch gewachsen: Zwischen 2022 und 2024 sind sie um 78 % gestiegen und dürften in 2025 weiter angewachsen sein. Ohne diese neuen Leistungen wären die Ausgaben für den stationären Bereich konstant geblieben. Mit 6,4 Mrd. € im Jahre 2024 und damit einem Drittel Beitragssatzpunkt müssen nunmehr Erwerbstätige die Eigenanteilsbegrenzung finanzieren, obwohl diese auch Pflegebedürftigen zukommt, die diese Eigenanteile selbst aus Einkommen und Vermögen tragen

³ In der anderen Option bleibt der Entlastungsbetrag erhalten.

können (Wasem et al., 2025b, S. 7–8). Dies ist ein nicht unerheblicher Anteil: 2024 waren 35 % der Pflegeheimbewohner in der Hilfe zur Pflege (BMG, 2025b, S. 16); umgekehrt bedeutet dies, dass 65 % die Eigenanteile aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten konnten. Die beitragsfinanzierten Zuschüsse belasten zudem vor allem Geringverdiener, die keine Steuern, aber Beiträge bezahlen. Sie müssen nun den Teil, der bei der Hilfe zur Pflege eingespart wurde, durch ihre Beiträge mittragen und sind damit stärker belastet als vor der Einführung des § 43c SGB XI (Wasem et al., 2025b, S. 8).

Daher sollte die Finanzierung der Zuschüsse perspektivisch aus dem Umlageverfahren herausgelöst und durch eine kapitalgedeckte Vorsorgekomponente ersetzt werden, falls die Politik diese Zuschüsse erhalten möchte. Eine solche Teilkapitaldeckung könnte sozialpolitisch flankiert werden, etwa in Anlehnung an das „Pflege+“-Modell des Experten-Rats Pflegefinanzen (Wasem et al., 2023). Durch die kapitalgedeckte Variante würden die unsystematischen Verteilungswirkungen zulasten der jüngeren Generationen vermieden.

Würden sowohl die Zuschüsse zu den pflegebedingten Eigenanteilen als auch der Entlastungsbetrag aus dem Leistungskatalog herausgenommen, ergäbe sich ein Einsparpotenzial von rund 10 Mrd. €, bezogen auf das Jahr 2024; inzwischen dürfte dieser Betrag höher liegen. Dies entspräche in etwa einer Entlastung von einem halben Beitragssatzpunkt. Berücksichtigt werden müssten entsprechende Mehrbelastungen in der Hilfe zur Pflege. Dort würden aber nur noch gezielt diejenigen unterstützt, die darauf angewiesen sind, finanziert durch das Steuersystem, das die Leistungsfähigkeit deutlich umfassender abbildet als die versicherungsinterne Einkommensumverteilung.

Mehr Kapitaldeckung – Ziel klären, richtiges Mittel wählen

Angesichts der demografischen Veränderungen wurde in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auch eine Ausweitung der bestehenden Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung (Pflegevorsorgefonds) diskutiert (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, 2025, S. 40-41). Der bestehende Fonds ist aus mehreren Gründen nicht geeignet, die demografisch bedingten Mehrbelastungen der Sozialen Pflegeversicherung nachhaltig zu bewältigen (siehe hierzu beispielsweise Breyer, 2025, S. 53–56). Die Zuführung von lediglich 0,1 Beitragssatzpunkten pro Jahr reicht weder aus, um die absehbaren demografischen Effekte noch die pflegespezifische Kostentwicklung abzufedern. Die derzeit konservative Anlagestrategie begrenzt zudem die Ertragsmöglichkeiten des Fonds. Entsprechend fällt die beitragsatzdämpfende Wirkung selbst in der Phase der maximal vorge-

sehen Entnahmen marginal aus. Auch der geplante Auszahlungszeitraum ab 2035 ist problematisch, da die höchsten Belastungen erst in den 2040er und 2050er Jahren zu erwarten sind und die Fondsmittel dann bereits weitgehend aufgezehrt sein werden. Zudem bleibt die strukturelle Herausforderung eines dauerhaft hohen Anteils pflegebedürftiger Personen auch über das Ausscheiden der Babyboomer hinaus bestehen. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Reform des bestehenden Pflegevorsorgefonds angezeigt.

Grundsätzlich ist eine Erhöhung der Fondsmittel innerhalb der Pflegeversicherung auf zwei Wegen zu erreichen: entweder über entsprechende Aufschläge auf den Beitragsatz oder aus den aktuellen Beitragsmitteln. Letzteres würde die Finanzierung der laufenden Ausgaben belasten, hätte jedoch den Effekt, auch die heutigen Pflegebedürftigen stärker an der Abmilderung der Finanzierungsprobleme zu beteiligen und nicht nur die heutigen und künftigen Beitragszahler zu belasten. Die Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sehen hingegen eine stärkere Beitrags- oder Steuerfinanzierung oder eine Solidarabgabe der geburtenstarken Jahrgänge vor (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, 2025, S. 41). Letzteres hätte den Vorteil, dass diese Kohorten stärker an der Finanzierung der demografischen Lastverschiebungen beteiligt würden.

In seiner derzeitigen Ausgestaltung ist der Fonds allerdings in ein umlagefinanziertes System eingebettet, das Leistungszusagen macht, ohne einer wirksamen und dauerhaft bindenden Finanzierungsrestriktion auf der Einnahmenseite zu unterliegen. Entsprechend verändert der Fonds die grundlegende Lastverteilung zwischen Erwerbstätigen und Leistungsempfängern nur in geringem Ausmaß.

Eine substantielle Veränderung der Verteilungswirkungen ließe sich durch eine explizite Begrenzung der Beitragsatzentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung erreichen (zu diesem Vorschlag beispielsweise Breyer, 2025, S. 56-57). In der Konsequenz müsste die Finanzierung künftiger Leistungsniveaus auch aus der Kapitaldeckung erfolgen, wodurch die intergenerationale Lastverteilung systematisch verändert würde.

Ein reiner Ansparprozess wie beim heutigen Pflegevorsorgefonds wäre dann allerdings ungeeignet: Da die Höhe des Beitrags zum Fonds nicht an den zu erwartenden Leistungen ausgerichtet ist, ist unsicher, ob der Fonds später ausreichend Mittel hat, um die Leistungslücken zu decken. Sollen bestimmte Leistungsniveaus garantiert werden, wäre eine Versicherungslösung besser geeignet.

Mehr Kapitaldeckung kann das Umlageverfahren stabilisieren und ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings besteht

bei staatlichen Fonds aufgrund fehlender individueller Ansprüche die Gefahr der Zweckentfremdung, ein Risiko, das mit einer alternden Gesellschaft ansteigt und bei dem unklar ist, ob es wirksam unterbunden werden kann (Wasem et al., 2023, S. 62–63).

Eigenanteile: Bedarf an generationen- und zielgerechten Finanzierungslösungen

Neben Reformen des bestehenden Teilleistungssystems wird ebenfalls diskutiert, ob und wie man die Eigenanteile bei Pflegebedürftigkeit insbesondere im stationären Bereich reduzieren kann. Hier wird seit Jahren der sogenannte Sockel-Spitze-Tausch als Reformmöglichkeit angeführt, der auch im Papier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe als eine mögliche Lösung erwähnt wird (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, 2025, S. 36). Dieses Konzept sieht vor, eine Obergrenze für die pflegebedingten Eigenanteile in der stationären Versorgung einzuziehen. Der Vorschlag im Bund-Länder-Papier sieht vor, die pflegebedingten Eigenanteile in der stationären Pflege pauschal auf 1.000 € (alternativ: 1.200 €) monatlich zu begrenzen, während die Finanzierung der darüber hinaus gehenden pflegebedingten Kosten von der Pflegeversicherung übernommen wird.

Der Sockel-Spitze-Tausch führt unmittelbar zu höheren Belastungen der Erwerbstätigen zugunsten auch wohlhabender Pflegebedürftiger. Die Belastung der jüngeren Generationen steigt dann erheblich an, sobald die geburtenstarken Jahrgänge in das pflegerelevante Alter kommen. Insofern handelt es sich bei diesem Reformvorschlag um keine nachhaltige Lösung.⁴ Auch die alternativ diskutierte regelmäßige Dynamisierung der Leistungsansprüche im Umlageverfahren (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, 2025, S. 35.) führt zu steigenden Beitragssätzen für die kommenden Erwerbstätigengenerationen.

Alternativ werden private Pflegezusatzversicherungen als Instrument zur Schließung der Pflegelücke diskutiert (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, 2025, S. 41-44; Wissenschaftlicher Beirat beim BMWK, 2022; Wasem et al., 2023; Wasem et al., 2025a). Zentrale Unterscheidungsmerkmale betreffen dabei sowohl die Produktform – Pflegetagegeldversicherung versus Pflegekostenversicherung – als auch die institutionelle Ausgestaltung in Form freiwilliger oder verpflichtender Vorsorge.

Die Pflegetagegeldversicherung zeichnet sich durch eine hohe Flexibilität aus. Die Leistungen können sowohl im ambulanten als auch im stationären Pflegefall eingesetzt

⁴ Zur weiteren Einordnung des Sockel-Spitze-Tauschs siehe auch Wasem et al. (2024, S. 9–10).

werden und stehen den Versicherten grundsätzlich frei zur Verfügung. Gleichzeitig liegt hierin eine zentrale Schwäche dieses Produkttyps: Da die Leistungen nicht an die tatsächlich entstehenden Pflegekosten gekoppelt sind, erfolgt keine zielgenaue Absicherung der Eigenanteile. Je nach Entwicklung der Pflegekosten kann es zu Unter- oder Überversicherung kommen.⁵

Die Pflegekostenversicherung setzt demgegenüber unmittelbar an den tatsächlich anfallenden Pflegeausgaben an und ermöglicht damit eine vollständige Abdeckung der Eigenanteile im versicherten Bereich. Allerdings ist diese Produktform derzeit nur für den stationären Sektor sinnvoll einsetzbar, weil für den ambulanten Bereich eine Definition der angemessenen Leistungen fehlt (Wasem et al., 2025a, S. 13).

Unabhängig von der Produktwahl stellt sich die Frage nach Freiwilligkeit oder Verpflichtung (Wasem et al., 2023, S. 34 ff.). Freiwillige Lösungen bieten individuelle Entscheidungsfreiheit und respektieren unterschiedliche Vorsorgepräferenzen. Allerdings können im freiwilligen Setting weder die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege trotz ausreichender Vorsorgemöglichkeiten (Freifahrerverhalten) unterbunden, noch adverse Selektion (also eine Situation, in der vor allem diejenigen Personen eine Versicherung nachfragen, die ein höheres Risiko haben, während risikoärmere Personen eher fernbleiben, wodurch die Versicherungskosten steigen) wirksam verhindert werden. Verpflichtende Modelle können diese Probleme grundsätzlich adressieren. Allerdings ist eine Verpflichtung angesichts sehr geringer Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich⁶ nur in der stationären Pflege zu rechtfertigen.

Verpflichtende Zusatzlösungen sollten daher auf den stationären Bereich beschränkt bleiben und als Pflegekostenversicherung ausgestaltet sein. Im ambulanten Bereich bieten sich dagegen ergänzende Lösungen in Form freiwilliger Pflegegeldversicherungen an (Wasem et al., 2025a). Bleibt es insgesamt bei der Freiwilligkeit, sollte zur Vermeidung von Freifahrerverhalten jedoch der Rückforderungsanspruch im Rahmen der Hilfe zur Pflege ausgeweitet werden, um gezielte Vermögensübertragungen vor Eintritt des Pflegefalls zu begrenzen und eine Inanspruchnahme öffentlicher Leistungen trotz vorhandener Leistungsfähigkeit zu verhindern.

5 Vgl. zur Übersicht der bestehenden Produkte Wasem et al. (2023, S. 22-24).

6 Im ambulanten Bereich nehmen nur 1,2 % der Pflegebedürftigen Hilfe zur Pflege in Anspruch (BMG, 2025c, S. 16).

Eigenanteile durch weniger und zielgerichtete Regulierung senken

Unabhängig von der Finanzierung der Eigenanteile sollten die Ursachen der Kostenentwicklung in den Blick genommen werden. Die in den vergangenen Jahren deutlich gestiegenen Eigenanteile in der stationären Pflege sind maßgeblich auf regulatorische Rahmenbedingungen zurückzuführen, die Kostensteigerungen begünstigen und zugleich systematisch verhindern, dass Effizienzgewinne realisiert werden können.⁷

Pflegeeinrichtungen müssen zum einen hohe bauliche Anforderungen erfüllen: Vorgaben zu Energiestandards, Mindestgrößen von Gemeinschaftsflächen sowie Einzelzimmerquoten erhöhen die Investitionskosten und damit die Eigenanteile erheblich und erschweren die wirtschaftliche Tragfähigkeit von Neubauten. Eine stringente Orientierung an den Präferenzen der Pflegebedürftigen ist nicht erkennbar, da deren Wahlmöglichkeiten durch verbindliche Vorgaben, etwa zu verpflichtenden Einbettzimmerquoten, erheblich begrenzt werden. Hinzu kommt, dass jedes Bundesland eigene Vorschriften erlässt. Diese Fragmentierung erschwert die Planung neuer Heime, verhindert Skaleneffekte und mindert die Attraktivität von Investitionsvorhaben.

Auch die Preisbildung für pflegebedingte Aufwendungen sowie für Unterkunft und Verpflegung unterliegt einer weitgehenden Regulierung. Pflegeeinrichtungen können ihre Vergütungssätze nicht frei festsetzen, sondern müssen diese mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern verhandeln. Nach § 84 SGB XI sollen Pflegesätze leistungsgerecht sein und eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen. Der Begriff der Wirtschaftlichkeit bleibt jedoch unbestimmt. In der Praxis stützen sich die Verhandlungen weitgehend auf die von den Einrichtungen vorgelegten Kostenkalkulationen, während den Kostenträgern regelmäßig eigene belastbare Kalkulationsgrundlagen fehlen. In der Folge nähert sich das System faktisch dem Prinzip der Selbstkostenerstattung an. Effizienzsteigerungen wirken sich in einem solchen System negativ auf zukünftige Verhandlungsspielräume aus, da niedrigere Kosten zu niedrigeren Pflegesätzen führen können. Umgekehrt besteht ein impliziter Anreiz, Kosten auf einem konstant hohen Niveau zu halten. Diese Kostenproblematik wird durch weitere regulatorische Vorgaben verstärkt. Seit 2022 ist eine tarifgerechte Entlohnung Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrags. Kostensteigerungen infolge tariflicher Abschlüsse können somit vollständig an die Kostenträger weitergegeben werden, die nicht Teil der

7 Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Arentz (2025) und die dort angegebene Literatur.

Tarifverhandlungen sind und damit die Angemessenheit hoher Tarifabschlüsse nicht prüfen können.

Insgesamt führen die regulatorischen Rahmenbedingungen im stationären Bereich zu erheblichen Einschränkungen unternehmerischer Handlungsspielräume. Der zentrale Produktionsfaktor Pflegearbeit ist sowohl preislich als auch mengen- und qualifikationsseitig stark reguliert, ohne dass Versorgungsqualität systematisch gesichert ist. Gleichzeitig bestehen kaum Anreize zur Investition in effizienzsteigernde Technologien, da diese im Gegensatz zum Personaleinsatz nur eingeschränkt refinanziert werden.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine grundlegende Vereinfachung und Vereinheitlichung der Regulierung geboten, was auch in den Überlegungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe thematisiert wird (BMG, 2025a, S. 22-25). Sinnvoll wäre die Festlegung einheitlicher Qualitätsstandards für alle Wohnformen, kombiniert mit einer deutlich stärkeren, auch unangekündigten Aufsicht. Dies würde den Einrichtungen größere Freiheitsgrade bei der Wahl der Mittel eröffnen und könnte komplexe Prozessvorgaben teilweise ersetzen.

Zudem sollten alternative Mechanismen der Preisfindung geprüft werden. Eine vollständige Abkehr von Pflegesatzverhandlungen zugunsten marktlicher Preisbildung könnte Transaktionskosten senken und Effizianzanreize stärken, setzt jedoch funktionierenden Wettbewerb, ausreichende Kapazitäten und transparente Qualitätsinformationen voraus, die derzeit nur eingeschränkt gegeben sind. Alternativ könnten administrierte Preise, etwa regionale Durchschnittspreise auf Basis offengelegter Kosten, Effizianzanreize erzeugen. Die sachgerechte Abgrenzung der Vergleichsregionen stellt dabei allerdings eine zentrale Herausforderung dar, da sowohl zu kleinteilige als auch zu grobe Zuschnitte Fehlanreize setzen können.

Fazit

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollten angesichts der heute schon hohen Beitragsbelastung der Erwerbstätigen hinsichtlich ihrer Notwendigkeit und Zielgenauigkeit überprüft werden. Leistungsanpassungen können sozial abgedeckt werden und beteiligen die älteren Generationen an der Stabilisierung der Finanzierung der Pflegeversicherung.

Im Bereich der stationären Eigenanteile ist es notwendig, die Ursachen der hohen Kostensteigerungen zu adressieren. Eine Absicherung der Eigenanteile sollte dann im Hinblick auf Generationengerechtigkeit kapitalgedeckt erfolgen.

Literatur

- Arentz, C. (2025). Stationäre Langzeitpflege: Status quo und Zukunftsperspektiven. *VSSAR – Vierteljahresschrift für Sozial- und Arbeitsrecht*, 43(4), 327–347.
- Breyer, F. (2025). Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung – die Rolle der Eigentumsrechte. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 26(1), 49–61.
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“. (2025). *Fachliche Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung*.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. (2025a). *Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung: 1995-2024*.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. (2025b). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. Stand: 27. November 2025.
- Büscher, A., Stelzig, S., Peters, L., Lübbers, A. & Yalymova, I. (2023). *Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Die VdK-Pflegestudie – Abschlussbericht*.
- GKV-Spitzenverband. (2013). *Vernetzung von Hilfen für pflegebedürftige Kinder*.
- Kofahl, C. & Nickel, S. (2021). *Expertise zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für Eltern mit einem pflegebedürftigen Kind*.
- Medicproof. (2024). *Pflegegrad 1 in der Begutachtung – Datenanalyse und Gutachterbefragung*.
- Rothgang, H., Burfeindt, C., Czwikla, J. & Müller, R. (2025). *Barmer Pflegebericht 2025: Pflegeverläufe bei Akutereignissen und Erkrankungen mit progredientem Verlauf*. Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung.
- Sozialverband VdK. (2022). *Nächstenpflege: Alleingelassen und in Bürokratie erstickt*.
- Wasem, J., Arentz, C., Buettner, T., Papaspyratos, C. & Rolfs, C. (2023). *Die Pflege+ Versicherung. Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung*.
- Wasem, J., Arentz, C., Buettner, T., Papaspyratos, C. & Rolfs, C. (2024). *Stellungnahme des Experten-Rats 'Pflegefinanzen' zum Kabinettsbeschluss der Bundesregierung Zukunftssichere Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen und dem Vorschlag des Bundesgesundheitsministers, Prof. Dr. Karl Lauterbach, zu einer Obergrenze der Einrichtungseinheitlichen Eigenanteile in der stationären Pflege und dem Vorschlag des Ministerpräsidenten Michael Kretschmer und dem Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann zu einer Pflegevollversicherung*.
- Wasem, J., Arentz, C., Buettner, T., Papaspyratos, C. & Rolfs, C. (2025a). *Ambulante Pflege. Analyse möglicher Absicherungsbedarfe und geeigneter Finanzierungslösungen*.
- Wasem, J., Arentz, C., Buettner, T., Papaspyratos, C. & Rolfs, C. (2025b). *Stellungnahme des Experten-Rat Pflegefinanzen zum Start der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Ministerebene zur Reform der Pflegeversicherung und zum Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD „Verantwortung für Deutschland“*.
- Wissenschaftlicher Beirat beim BMWK – Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz. (2022). *Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen*.

Title: *Reform of long-term care insurance: More efficient benefits and stronger capital coverage*

Abstract: *The tense financial situation of social care insurance will worsen significantly as the baby boomers reach the age when they will need care. In order to avoid placing an even greater burden on contributors, reforms should focus primarily on the expenditure side. To this end, benefits should be reviewed and prioritized, and parallel financing structures should be eliminated. Pay-as-you-go financing should be stabilized through greater capital coverage. In addition, it makes sense to cover co-payments through private supplementary insurance. Simplified and standardized regulation of the long-term care sector can also reduce costs and, as a result, co-payments.*