

Heinz Rothgang

Steigende Eigenanteile in der Pflege: Warum Leistungsdynamisierung nicht ausreicht

Die soziale Pflegeversicherung steht vor erheblichen finanziellen Herausforderungen: Ihre Ausgaben steigen schneller als die Einnahmen, während zugleich die Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege kontinuierlich zunehmen. Damit gerät ein zentrales Ziel ihrer Einführung – die Vermeidung pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit – zunehmend unter Druck. Der Beitrag analysiert die Ursachen dieser Entwicklung und zeigt anhand von Modellrechnungen die voraussichtliche weitere Dynamik der Eigenanteile. Anschließend werden zentrale Reformoptionen diskutiert und im Hinblick auf ihre Eignung bewertet, die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen wirksam zu begrenzen.

Die Pflegeversicherung hat ein doppeltes Finanzierungsproblem: *Erstens* steigen ihre Ausgaben schneller als ihre Einnahmen, was in den letzten zehn Jahren nur durch in immer kürzeren Abständen erfolgende Beitragssatzsteigerungen aufgefangen werden konnte. Insgesamt ist der allgemeine Beitragssatz dabei von 1,95 Beitragssatzpunkten im Jahr 2012 auf 3,6 Beitragssatzpunkte im Jahr 2025 gestiegen. Schon 2025 sind die Einnahmen aber wieder hinter den Ausgaben zurückgeblieben und für 2026 droht ein noch größeres Defizit. Ohne entsprechende Reformmaßnahmen sind daher weitere Beitragssatzsteigerungen notwendig, die jedoch vermieden werden sollen, um den Gesamtsozialversicherungsbeitrag zu stabilisieren. *Zweitens* ist der reale Wert der Versicherungsleistungen für ambulante Pflege durch unzureichende Leistungsdynamisierung kontinuierlich gesunken und sind die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen in der stationären Pflege aufgebracht werden müssen, kontinuierlich gestiegen. Um die Problematik dieser letztgenannten Entwicklung zu erkennen, lohnt es sich, einen Blick auf die Anfänge der Pflegeversicherung zu werfen.

Verhinderung pflegebedingter Verarmung als Hauptgrund für Einführung der Pflegeversicherung

Bereits das Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe aus dem Jahr 1974, das als Ausgangspunkt für die Debatte angesehen werden kann, welche schließlich zur Einführung der Pflegeversicherung geführt hat, kritisierte, dass zwar die Kosten der gesundheitlichen Versorgung

in einer Sozialversicherung umfangreich abgedeckt seien, die Kosten der Pflegebedürftigkeit, die eine Folge von Krankheit und Behinderung sein kann, hingegen nicht, sodass Verarmung drohe, wenn ein Heimaufenthalt notwendig wird. Die Verhinderung der ansonsten drohenden „pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit“ bei stationärer Pflege war dann auch die Hauptlegitimation für die Einführung einer Pflegeversicherung im Jahr 1994 (Götze & Rothgang, 2014). Auf diese Zielsetzung wird auch im Allgemeinen Teil der Begründung für das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) abgestellt: „Wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen“ (PflegeVG-E, S. 2). Diese Forderung greift das Wesen des „konservativen Sozialstaats“ deutscher Prägung auf, der auf Lebensstandardsicherung abstellt: Die soziale Stellung, die sich Personen durch Fleiß und Engagement erarbeiten, soll durch den Sozialstaat gegen die Wechselfälle des Lebens gesichert werden. Damit werden Bildungs- und Arbeitsanreize gesetzt, da das erworbene Humankapital sozialstaatlich geschützt wird.

Um Lebensstandardsicherung auch bei der Notwendigkeit von Heimpflege zu gewährleisten, wurde das Heimentgelt in drei Teile aufgeteilt. Die Bundesländer sollen die Investitionskosten tragen (§ 9 SGB XI), die Heimbewohnenden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Die pflegebe-

© 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).

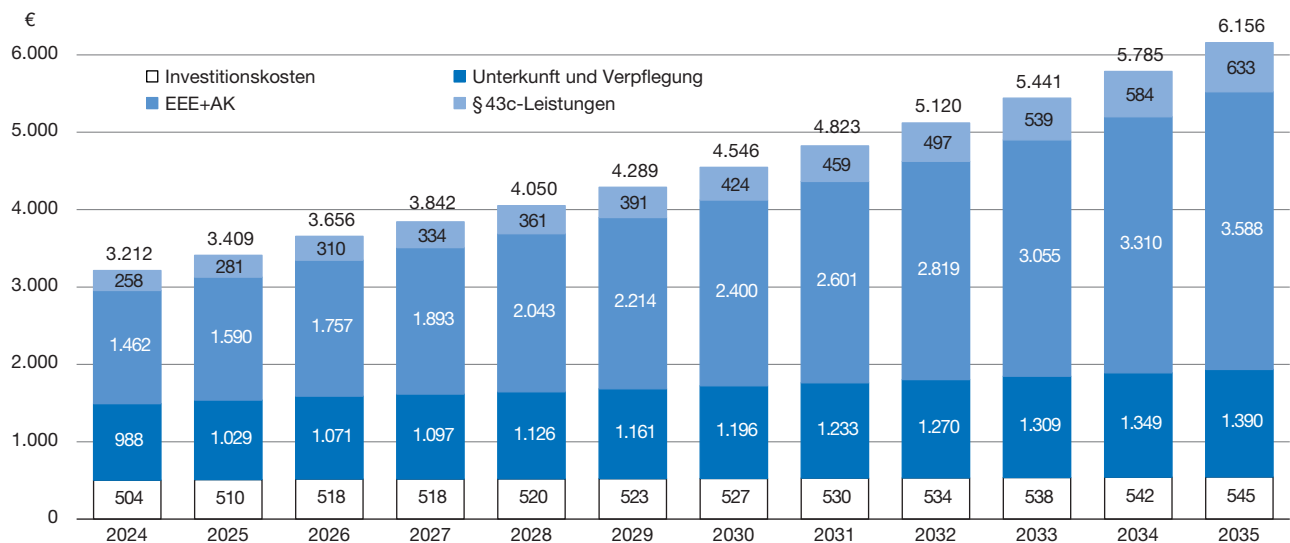
Open Access wird durch die ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft gefördert.

Prof. Dr. Heinz Rothgang ist Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Bremen. Er leitet dort die Abteilung „Gesundheit, Pflege und Alterssicherung“ am SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik.

Abbildung 1

Monatliche Eigenanteile im ersten Jahr der vollstationären Pflege, jeweils zum 1. Juli eines Jahres

in Preisen von 2026



Quelle: eigene Berechnungen basierend auf Rothgang et al. (2026).

dingten Kosten dagegen sollten vollständig durch die neue Pflegeversicherung übernommen werden. Entsprechend heißt es in der Gesetzesbegründung zur Pflegeversicherung von 1997: „Die Pflegekasse ... trägt ... den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit letztere nicht von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu tragen sind.“ (PflegeVG-E, S. 115). Im ersten Bericht der Bundesregierung wird dies noch einmal bestätigt: „Die Pflegeversicherung [...] soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken“ (BMA, 1997).

Tatsächlich waren die Leistungen der Pflegeversicherung bei stationärer Pflege zunächst ausreichend, um die pflegebedingten Kosten der Heimpflege vollständig zu finanzieren (Rothgang et al., 2019). Inzwischen liegen die monatlichen Gesamteigenanteile im ersten Jahr der Heimpflege¹ aber im Bundesdurchschnitt bei 3.300 € und damit fast doppelt so hoch wie die Eckrente, die nach 45 Beitragsjahren mit jeweils durchschnittlichen Beitragszahlungen bezogen wird und sich derzeit auf 1.836 € beläuft. Entsprechend sind aktuell nach eigenen Berechnungen mehr als 37 % der Heimbewohnenden auf die Sozialhilfeleistung „Hilfe zur Pflege“ (HzP) angewiesen (Rothgang et al., 2026), wobei ein Teil

derjenigen, die derzeit nicht sozialhilfeabhängig sind, dies im weiteren Verlauf der Pflegebedürftigkeit jedoch noch werden. Allein die bundesdurchschnittlichen pflegebedingten Eigenanteile liegen aktuell im ersten Jahr bei mehr als 1.750 €, sodass das Ziel, die Pflegeversicherung trage die pflegebedingten Kosten (s.o.), weit verfehlt wird. Ebenso ist jemand, der „sein Leben lang gearbeitet hat“, nicht davor geschützt, bei Pflegebedürftigkeit zum Sozialhilfefall zu werden. Damit werden die selbstgesteckten Ziele der Pflegeversicherung weit verfehlt.

Auch für die Zukunft ist von steigenden Heimentgelten auszugehen. Ursächlich hierfür sind insbesondere die politisch gewollten und durch die Einführung der Regelungen zur Entlohnung nach Tarif (§ 72 Abs. 3a-e SGB XI) erreichten überdurchschnittlichen Gehaltssteigerungen für Pflegekräfte, von denen auch in Zukunft auszugehen ist, und die gleichfalls politisch initiierte Verbesserung der Personalausstattung der Pflegeheime. Beide Maßnahmen dienen der Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs, die notwendig ist, um dem vorhandenen und in Zukunft noch verstärkt zu erwartenden Pflegekräftemangel entgegenzutreten, führen aber zu steigenden Heimentgelten. Abbildung 1 zeigt das Ergebnis einer entsprechenden Modellrechnung. Bei nominal konstanten Versicherungsleistungen wurde für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten eine Kostensteigerung in Höhe des Durchschnitts der Jahre seit 2017 unterstellt, und für den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) und die Ausbildungskosten (AK), die den pflegebedingten Kosten abzüglich der Pflegeversicherungsleistungen entsprechen, in Anlehnung an entspre-

¹ § 43 SGB XI gewährt nach Dauer der Pflege gestaffelte Zuschläge zu den Eigenanteilen. Da nur gut ein Drittel der Heimbewohnenden das erste Jahr überlebt (Rothgang et al., 2025, S. 84 für die Zugangskohorte 2023), wird hier auf das erste Jahr abgestellt.

chende Vorausberechnungen des WIdO (2026) ein Aufwuchs im Umfang von zwei Dritteln des Durchschnittswertes für die Jahre 2017 bis 2025.

Wie die Abbildung 1 zeigt, steigen die Gesamteigenanteile bei konstanten Versicherungsleistungen bis zum Jahr 2035 inflationsbereinigt (in Preisen von heute) auf mehr als 6.100 €, von denen nach Abzug der 2022 eingeführten Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI mehr als 5.500 € bei der pflegebedürftigen Person verbleiben. Entsprechend steigt auch der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege bis 2035 auf mehr als 44 % (Rothgang et al., 2026). Mit dieser Entwicklung führt sich die Pflegeversicherung selbst ad absurdum, da die Alterseinkommen dann bei der breiten Mehrheit nicht mehr ausreichen, um die Heimkosten zu finanzieren. Im Koalitionsvertrag hat die Bundesregierung die „Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile“ daher ausdrücklich als Zielsetzung formuliert (CDU, CSU & SPD, 2025, S. 109). Hierzu werden mehrere Möglichkeiten diskutiert.

Kapitalgedeckte Finanzierungselemente sind keine Lösung

Kapitalgedeckte Elemente sind dabei nicht zielführend. Ohne deutliche Leistungskürzungen und damit einen Bruch der Leistungsversprechen, auf die sich die Mitglieder der Sozialversicherung glauben verlassen zu können, bringt die Einführung eines zusätzlichen kapitalgedeckten Elements immer eine Doppelbelastung mit sich: Zum einen muss die Finanzierung im laufenden System gesichert werden und zum anderen soll ein Kapitalstock aufgebaut werden. Bis das kapitalgedeckte System im Reifezustand ist, vergehen 40 bis 50 Jahre. Solange kann die Doppelbelastung zwar unterschiedlich verteilt, aber nicht vermieden werden.

Plastisch wird dies beim Vorschlag des sogenannten Expertenrats „Pflegefianzen“ (Arentz et al., 2023) für eine obligatorische Zusatzversicherung nur für die pflegebedingten Kosten der Heimpflege. Für 20-Jährige soll diese Zusatzversicherung für eine monatliche Prämie von 39 € – bei Fortbestehen der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) – sicherstellen, dass nur noch 10 % des EEE tatsächlich von der pflegebedürftigen Person getragen werden muss. Bei den 21- bis 66-Jährigen steigen die Prämien bis auf 52 € und der verbleibende Eigenanteil bis auf 44 %. Für mindestens 67-Jährige hingegen wird eine monatliche Prämie von 26 € kalkuliert bei einem verbleibenden Eigenanteil von 60 % des EEE. Zum Vergleich belaufen sich die durchschnittlichen Pro-Kopf-Beiträge für die SPV auf 81 €. ² Darin sind aber alle Leistungen bei häuslicher,

2 Dieser Betrag ergibt sich rechnerisch bei jährlichen Beitragseinnahmen von 72,45 Mrd. € und einer Versichertenzahl von 74,535 Mio. für das Jahr 2025.

ambulanter und stationärer Pflege enthalten. Die Zusatzversicherung ist also nicht ganz billig. Gleichzeitig trägt sie wenig bis nichts zur Begrenzung der Eigenanteile bei. Bei einem durchschnittlichen Zugangsalter zur Heimpflege von 82 Jahren ist davon auszugehen, dass in den nächsten 15 Jahren fast alle neuen Heimbewohner zur letztgenannten Altersgruppe zählen. Für sie gewährt die private Zusatzversicherung nur im ersten und zweiten Jahr eine – geringe – Erleichterung, weil ab dem dritten Jahr die Leistungen nach § 43c SGB XI bereits eine größere Entlastung bringen und die Zusatzversicherung dann nichts mehr zahlt. Im ersten Jahr des Heimaufenthalts steigt der Gesamteigenanteil (in heutigen Preisen) aber trotz der Zusatzversicherung bis zum Jahr 2035 auf knapp 4.500 €. Die Zusatzversicherung trägt somit nicht zur Lösung des Problems bei.

In den im Dezember 2025 veröffentlichten Ergebnissen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ (2025) werden daher zwei „Grundmodelle“ hervorgehoben, die in verschiedenen Varianten zur Begrenzung der Entwicklung der pflegebedingten Eigenanteile zu prüfen seien: die Leistungsdynamisierung und der Sockel-Spitze-Tausch.

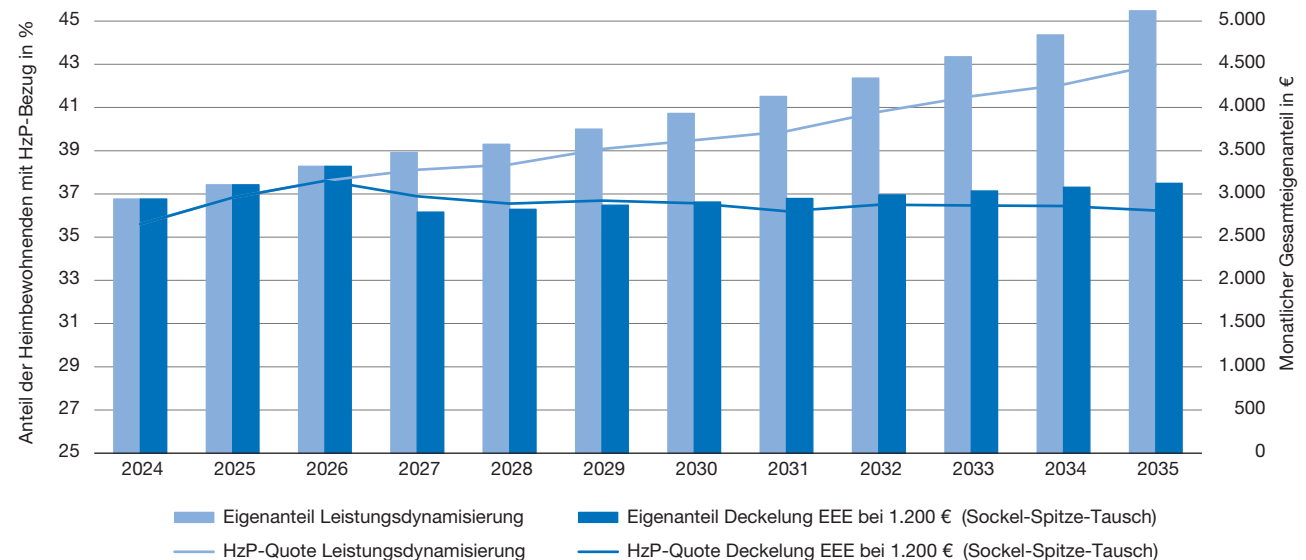
Leistungsdynamisierung ist nicht ausreichend

Von 1994 bis 2015 wurden die Leistungen bei vollstationärer Pflege in den Pflegestufen I und II gar nicht angepasst. Seitdem gibt es Anpassungen in unregelmäßigem Abstand, die sich in der Regel an der Inflationsentwicklung orientieren. Nach geltender Rechtslage werden die Leistungen bei vollstationärer Pflege zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren angepasst (§ 30 SGB XI). Für den Zeitraum danach sieht diese Norm keine Regelung vor. Die zuvor bestehende Verpflichtung der Bundesregierung „alle drei Jahre ... Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung“ (§ 30 Abs. 1 SGB XI a.F.) zu prüfen, wurde mit dem Inkrafttreten des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG) im Jahr 2023 gestrichen. Wenn jetzt die Option einer regelgebundenen Leistungsdynamisierung diskutiert wird, ist dies in gewisser Weise eine Rolle rückwärts. Die aktuellen Äußerungen der Bundesgesundheitsministerin zielen lediglich auf eine „dauerhafte Dynamisierung in Höhe der jährlichen Inflationsentwicklung“ (Interview in der FAZ vom 16. Februar 2026) ab. Eine derartige Regelung ist allerdings ungeeignet, den Anstieg der Eigenanteile und des Anteils der HzP-Empfangenden zu verhindern. *Erstens* ist auch für die Zukunft von steigenden Reallöhnen auszugehen – insbesondere in der Pflege. Die Kostenentwicklung übersteigt schon aus diesem Grund die Inflationsrate. *Zweitens* sind die Personalobergrenzen nach § 113c SGB XI von vielen Einrichtungen noch nicht ausgeschöpft. Es ist daher auch in Zukunft von einer Personalmehrung in

Abbildung 2

Eigenanteile und Hilfe zur Pflege-Quote bei den beiden Reformoptionen Leistungsdynamisierung und Sockel-Spitze-Tausch, jeweils zum 1. Juli eines Jahres

in Preisen von 2026



Quelle: eigene Berechnungen basierend auf Rothgang et al. (2026).

Einrichtungen auszugehen. *Drittens* bezieht sich die Leistungsdynamisierung nur auf den Teil des Pflegesatzes, der von den Pflegesachleistungen der Pflegeversicherung finanziert wird. Das ist aber weniger als die Hälfte der pflegebedingten Kosten. Eine jährliche Leistungsdynamisierung in Höhe der Inflationsrate führt daher zwangsläufig zu einem kontinuierlichen, weiteren Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen, zu steigenden Eigenanteilen und zu einem Anstieg des Anteils der Sozialhilfeempfänger unter den Heimbewohnenden. Für eine eigene Modellrechnung wurde sogar eine jährliche Leistungsdynamisierung im Umfang der allgemeinen Lohnentwicklung unterstellt (Abbildung 2). Dies würde dennoch zu einem Anstieg der Eigenanteile auf monatlich mehr als 5.100 € – in heutigen Preisen – und einem Anstieg des Anteils derer, die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen beziehen müssen, auf 43 % führen. Die Maßnahme ist daher grundsätzlich ungeeignet, die angestrebten Ziele zu erfüllen.

Deckelung der Eigenanteile ist die einzige effektive Lösung – aber teuer

Anders ist das bei einem Sockel-Spitze-Tausch bzw. einer absoluten Deckelung der Eigenanteile. Grundidee dabei ist es, dass die Heimbewohnenden weiterhin für Unterkunft und Verpflegung sowie den Teil der Investitionskosten, der nicht öffentlich gefördert wird, aufkommen müssen, ihre finanzielle Beteiligung an den pflegebedingten Kosten aber absolut begrenzt ist. Auch hier sind vielfältige Varianten denkbar, insbesondere in Bezug auf die Höhe des Deckels.

Der damalige CDU-Gesundheitsminister Jens Spahn hat im Winter 2020/2021 einen Deckel in Höhe von monatlich 700 € vorgeschlagen. Die SPD hat im letzten Bundestagswahlkampf eine Begrenzung auf 1.000 € gefordert und die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat die Effekte von Deckeln in Höhe von monatlich 1.000 und 1.200 € berechnen lassen. Zu entscheiden wäre auch, ob die Höhe dieses Deckels mit der Inflationsrate wächst oder nominal konstant bleibt und in welchem Umfang Besitzstandsschutz gewährt wird.

In Abbildung 2 werden die Ergebnisse der Modellrechnungen für einen Deckel in Höhe von 1.200 € dargestellt, der inflationsindexiert ist und den Besitzstand dadurch sichert, dass die Leistungen der Pflegeversicherung mit der derzeitigen Regelung nach § 43c SGB XI verglichen werden und dann jeweils die für die pflegebedürftige Person günstigere Variante zum Einsatz kommt. Eine solch großzügige Besitzstandssicherung ist aus rechtlicher Sicht allerdings allenfalls für diejenigen, die bereits Leistungen empfangen, notwendig. Wie Abbildung 2 zeigt, führt die hier für 2027 angesetzte Umsetzung einer solchen Maßnahme zunächst zu einer Reduktion der Eigenanteile und der HzP-Quote. Entscheidend ist aber, dass der Anteil derjenigen, die Hilfe zur Pflege benötigen, nachhaltig begrenzt ist, und die pflegebedingten Eigenanteile inflationsbereinigt eingefroren werden. Der in der Abbildung dennoch zu beobachtende leichte Anstieg der Gesamteigenanteile ist auf höhere Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten zurückzuführen. Die Deckelung ist daher – anders als die Leistungsdynamisie-

rung – dazu geeignet, die angestrebten Ziele zu erreichen. Dies gilt im Übrigen für alle untersuchten Varianten, also auch ohne Besitzstandsschutz und natürlich auch, wenn auf eine Inflationsindexierung verzichtet wird oder ein niedrigerer Betrag für den Deckel angesetzt wird.

Deckelung muss mit Refinanzierungselementen flankiert werden

Allerdings führt eine Deckelung zu deutlichen Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Vergleich zum Dynamisierungsszenario, die sich gemäß der Modellrechnung für 2030 auf 4 Mrd. € und für 2035 auf knapp 9 Mrd. € belaufen (Rothgang et al., 2026). Soll dies ohne Beitragssatzerhöhung finanziert werden, muss die Deckelung mit Refinanzierungselementen flankiert werden. Hierzu zählt die Steuerfinanzierung von gesamtstaatlichen Aufgaben, die bislang ordnungspolitisch fehlerhaft über Beitragsmittel finanziert werden, unter anderem in der Pandemie getätigte Ausgaben, Ausbildungskosten, die per Umlage an Pflegebedürftige weitergegeben werden, oder Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige. Sinnvoll und notwendig ist auch ein Finanzausgleich mit der privaten Pflegepflichtversicherung. Wie das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil aus dem Jahr 2001 ausgeführt hat, durfte der Gesetzgeber die „Pflegevolksversicherung“ zwar in zwei Zweigen, der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung, einführen – allerdings nur unter der Maßgabe einer „ausgeglichene Lastenverteilung“ (BVerfG, 2001). Nun weist die private Pflegeversicherung eine günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur sowie niedrigere alters- und geschlechtsspezifische Pflegeprävalenzen auf. Dies führt dazu, dass die Ausgaben für einen Sozialversicherten – bei gleichem Leistungsrecht und gleichen Begutachungskriterien – knapp doppelt so hoch sind wie die für einen Privatversicherten, selbst wenn für diesen die Beihilfeleistungen bereits berücksichtigt sind. Zudem weisen die Privatversicherten im Durchschnitt ein fast doppelt so hohes Einkommen auf wie die Sozialversicherten (Rothgang & Domhoff, 2025, S. 20). Das sogenannte „duale System“ der Sozial- und Privatversicherung, das es in gleicher Weise nirgendwo in den OECD-Ländern 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. Diesen Geburtsfehler der Pflegeversicherung auszumergen, ist nicht nur unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten sinnvoll, sondern ist auch finanziell für die Sozialversicherung ergiebig. Schließlich würde eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und eine Verbeitragung anderer Einkunftsarten die Beitragsbemessungsgrundlage erweitern und so Zusatzeinnahmen generieren, ohne dass der Beitragssatz erhöht werden muss.

Literatur

- Arentz, C., Büttner, T., Papaspyratos, C., Rolfs, C. & Wasem, J. (2023). *Abschlussbericht. Die Pflege+Versicherung. Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung.*
- BMA – Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. (1997). *Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 1. Januar 1995.*
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“. (2025). *Fachliche Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung.*
- BVerfG – Bundesverfassungsgericht. (2001). Urteil des Ersten Senats vom 03. April 2001 – 1 BvR 2014/95 – Rn. (1–93). Bundesverfassungsgericht, BVerfGE 103, S. 197–225.
- CDU, CSU & SPD. (2025). *Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode.*
- FAZ – Frankfurter Allgemeine Zeitung. (2026, 16. Februar). Wenn Pflege teurer wird als Rente: Streit um die Lasten für Jüngere. *Frankfurter Allgemeine Zeitung.*
- Götze, R. & Rothgang, H. (2014). Fiscal and social policy: financing long-term care in Germany. In K.-P. Companje (Hrsg.), *Financing high medical risks* (S. 63–100). Amsterdam University Press.
- PflegeVG-E. (1994). Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Pflegerisikos (Pflegeversicherungsgesetz – PflegeVG). Bundestags-Drucksache 12/5262.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Cordes, J. (2019). *Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. 2. Gutachten im Auftrag der Initiative Pflegereform.*
- Rothgang, H. & Domhoff, D. (2025). *Beitragssatzeffekte einer Pflegebürger-vollversicherung. Gutachten im Auftrag des Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung.*
- Rothgang, H., Burfeindt, C., Czwikla, J. & Müller, R. (2025). *BARMER Pflege-report 2025. Pflegeverläufe bei Akutereignissen und Erkrankungen mit progredientem Verlauf. bifG Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 48.*
- Rothgang, H., Mamontova, T. & Wagner, C. (2026). *Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Entwicklung der Sozialhilfequote 2024-2035 unter Berücksichtigung aktueller Reformoptionen. Sonderanalyse im Auftrag der DAK-Gesundheit.*
- WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK. (2026). *Entwicklung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege.*

Title: Rising personal contributions to care costs: why dynamic adjustment of benefits is not enough

Abstract: Social long-term care insurance (LTC) has a twofold financing problem: a rising contribution rate and rising co-payments. Without measures to limit them, co-payments in the first year of nursing home care would rise to more than € 5,500 by 2035 – with a social assistance recipient rate of more than 44 %. In order to limit co-payments as promised in the coalition agreement, the federal-state working group on LTC reform is focusing on two options: benefit indexation and an absolute co-payment cap. However, only the second option is suitable for achieving the desired goals. This will result in additional LTC expenditure, which will require refinancing measures if the contribution rate is not to increase.