

## Eine andere Meinung

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

Zielverschiebung weder notwendig noch überzeugend begründet

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

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

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

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

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

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

367. Nach Berechnungen von Rothgang et al. (2026) lag die Hilfe-zur-Pflege-Quote (HzP-Quote) von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern im Jahr 2025 bei 36,8 %. Für das Jahr 2026 wird ein Anstieg auf 37,1 % erwartet. **Die Vorschläge der Ratsmehrheit würden insgesamt zu einem drastischen Anstieg der HzP-Quote führen.** Dafür sind im Wesentlichen zwei Faktoren verantwortlich: Erstens und vor allem die vorgeschlagene Streichung des Leistungszuschlags, der gestaffelt nach Aufenthaltsdauer im Pflegeheim die Eigenanteile spürbar begrenzt. Zweitens dürfte selbst die von der Ratsmehrheit als günstig für die Versicherten eingestufte bruttolohnbezogene Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung einen weiteren Anstieg der HzP-Quote nicht verhindern können. Hinzu kommen erhebliche Risiken, die vom PVF II und der von der Ratsmehrheit im JG 2023 befürworteten Dämpfung der Rentenanpassung ausgehen.
368. Die Ratsmehrheit schlägt die Abschaffung des Leistungszuschlags vor. Nach Berechnungen von Rothgang et al. (2026) hätte ein **Verzicht auf die Einführung des Leistungszuschlags** im Jahr 2022 allerdings im vergangenen Jahr zu einer um über 7 Prozentpunkte **höheren HzP-Quote** von 43,9 % geführt, wobei die Differenz unter den gesetzten Annahmen bis zum Jahr 2035 auf über 10 Prozentpunkte und die HzP-Quote auf 52,7 % ansteigen könnte.
369. Die von der Ratsmehrheit im Basisszenario angenommene bruttolohnbezogene Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung könnte grundsätzlich für eine Stabilisierung der HzP-Quote in etwa auf dem heutigen Niveau geeignet sein. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn die Bruttolöhne in der Pflege sich

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

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

### Steigende finanzielle und administrative Belastung der Kommunen zu erwarten

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

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

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

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

### Ausgestaltung des PVF II problematisch und riskant

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

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

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

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

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

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

### Gravierende verteilungspolitische Nebenwirkungen und soziale Härten zu erwarten

375. Die Umsetzung der **Vorschläge der Ratsmehrheit** würde mit erheblichen verteilungspolitischen Nebenwirkungen und sozialen Härten einhergehen. Dies betrifft erstens die drastisch steigende Notwendigkeit der Inanspruchnahme von bedarfsgeprüften Sozialleistungen wie dem Pflegewohngeld und vor allem der Hilfe zur Pflege. Dadurch würde das **ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung weiter ausgehöhlt**, und der für viele pflegebedürftige Menschen demütigende Gang zum Sozialamt dürfte immer häufiger werden.
376. Zweitens betrifft es den **übergangsweise erheblichen Beitragssatzanstieg** durch den PVF II, der für viele Versicherte unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze mit einer relativen Mehrbelastung gegenüber Versicherten oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und gegenüber Privatversicherten verbunden wäre. Drittens würden Rentnerinnen und Rentner, die von den Zusatzbeiträgen des PVF II betroffen wären, je nach Reformoption mit **zusätzlichen Beitragssät-**

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

### Ausgabenseitige Fokussierung der SPV und Stärkung der Einnahmenseite als Alternative

377. Statt die von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu tragenden Eigenanteile und damit auch die HzP-Quote immer weiter steigen zu lassen, sollte eine **Reform der Pflegeversicherung wieder auf deren ursprüngliches Ziel abstellen und einen weiteren Anstieg der HzP-Quote wirksam verhindern**. Hierzu könnte eine Variante des von der Ratsmehrheit abgelehnten **Sockel-Spitze-Tausches**, d. h. eine **Deckelung der Eigenanteile** dienen. Wie simuliert würde dies für sich genommen die Ausgaben der Pflegeversicherung und damit den Beitragssatz deutlich steigern. Wenn, anders als in den Simulationen unterstellt, der Deckel für die Eigenanteile mit der Inflationsrate oder dem Lohnwachstum dynamisiert würde, würde der Anstieg über die Zeit etwas gemindert (Rothgang et al., 2026). Dasselbe gilt, falls im Gegenzug der Leistungszuschlag weitgehend ohne Bestandsschutz, also für neue Pflegefälle, abgeschafft würde. Da der Deckel für die Eigenanteile allerdings deutlich unter dem aktuellen Wert der Eigenanteile angesetzt werden müsste, um einem weiteren Anstieg der HzP-Quote wirksam vorbeugen zu können, beispielsweise bei 1 200 Euro, wäre dennoch mit einem erheblichen Anstieg des Beitragssatzes zu rechnen (Rothgang, 2026). Dieser lässt sich jedoch dämpfen, wenn die Ausgabenseite der SPV im Sinne ihrer ursprünglichen Funktion refokussiert und gleichzeitig die Einnahmenseite der SPV gestärkt wird.
378. Die Simulationen des Rates zeigen, dass eine **Refokussierung der Ausgabenseite** für sich genommen **erhebliche Finanzierungsspielräume** eröffnen würde. So würde eine Abschaffung des Entlastungsbetrags sowie die Heraufsetzung der Schwellenwerte für die Pflegegrade zusammen mittelfristig eine Senkung des Beitragssatzes um etwa einen Prozentpunkt ermöglichen. Sie könnte aber auch für eine Deckelung der Eigenanteile genutzt werden. Würden die Schwellenwerte auch innerhalb der Module angepasst – was allerdings eine sehr weitgehende Einschränkung darstellen würde – ergäbe sich sogar ein ausgabenseitiger Spielraum von insgesamt zwei Beitragspunkten.
379. **Einnahmenseitig** sollte die SPV – wie auch von der Ratsmehrheit vorgeschlagen – zunächst durch eine **Übernahme versicherungsfremder Leistungen** durch den Bund **gestärkt** werden. Zumindest sollte der Bund der SPV endlich die noch nicht erstatteten **Mehraufwendungen** aufgrund der **Corona-Pandemie** in Höhe von 6 Mrd Euro überweisen. Wenn dieser Betrag zur Auffüllung der Reserven der SPV verwendet würde, ließe sich der im Jahr 2027 bevorstehende kräftige Anstieg des Beitragssatzes spürbar dämpfen. Würden über die Position der Ratsmehrheit hinausgehend zusätzlich die Kosten der Alterssicherung der Pflegepersonen über einen Bundeszuschuss **steuerfinanziert**, würde das die SPV zusätzlich unmittelbar um 0,3 Beitragspunkte entlasten. Zudem sollten die

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

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

# LITERATUR

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

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

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

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