

Prof. Dr. Notburga Ott (em.)notburga.ott@rub.dewww.sowi.ruhr-uni-bochum.de/lehre/sozpol/ott.html.de

Pflegegrade, Leistungsansprüche, Eigenanteile – wie gerecht ist die Soziale Pflegeversicherung?

Arbeitspapier, Dezember 2025

Zusammenfassung:

Die Soziale Pflegeversicherung wurde 1995 als Teilabsicherung eingeführt. Das bedeutet, dass ein Teil der Pflege durch An- und Zugehörige oder durch Bezahlung professioneller Pflegekräfte privat geleistet werden muss. Die Teilleistungen der Pflegeversicherung werden daher gestaffelt nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit, abgebildet in Pflegegraden, als definierte Ansprüche auf bestimmte Pflegeleistungen, überwiegend als Sachleistung gewährt. In der häuslichen Pflege kann bei Verzicht auf die Pflegesachleistungen auch ein deutlich niedrigeres Pflegegeld bezogen werden. Zudem sind die Leistungsansprüche für häusliche und stationäre Pflege sehr unterschiedlich definiert. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob pflegebedürftige Personen eine ihrem individuellen Pflegebedarf vergleichbare Unterstützung durch die Soziale Pflegeversicherung erhalten bzw. ob die verbleibenden, privat zu tragenden Pflegeleistungen fair und gerecht verteilt sind. Um dies beurteilen zu können, wären empirische Erkenntnisse über die gesamten Kosten der Pflege notwendig. Diese sind jedoch nur für die vollstationäre Pflege bekannt. Aber auch für die häusliche Pflege lassen sich die gesamten Kosten zumindest grob abschätzen. Vergleicht man die verbleibenden Sicherungslücken, die als sog. „Eigenanteile“ selbst getragen werden müssen, zwischen den verschiedenen Pflegesettings, so zeigen sich erhebliche Unterschiede vor allem bei Personen mit hohem Pflegebedarf zu Lasten der häuslichen Pflege, wo die Eigenanteile deutlich über denen der stationären Pflege liegen.

Pflegegrade, Leistungsansprüche, Eigenanteile – wie gerecht ist die Soziale Pflegeversicherung?

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Das Prinzip der Teilversicherung in der Sozialen Pflegeversicherung	3
3	Pflegegrade – pauschalisierte Risikogruppen	5
3.1	Pflegegrade	6
3.2	Leistungsansprüche	6
3.3	Abschätzung des notwendigen Pflegebedarfs	8
4	Staffelung der Leistungsansprüche über die Pflegegrade	9
4.1	Vollstationäre Versorgung	10
4.2	Ambulante Versorgung	14
4.3	Zwischenfazit	15
5	Pflegebedingte Kosten und Eigenanteile in der häuslichen Pflege	16
6	Private Zusatzversicherung zur Vollabsicherung?	19
7	Schlussfolgerung	22
8	Quellennachweise	24
9	Anhang	26

1 Einleitung

Die Soziale Pflegeversicherung wurde als letzte Sozialversicherung in Deutschland im Jahr 1995 eingeführt. Die Begründung „Pflegebedürftigkeit ist ein unabhängig vom Lebensalter bestehendes allgemeines Lebensrisiko, das schon durch eine angeborene Behinderung, aber auch jederzeit durch Unfall oder durch Krankheit eintreten kann“¹ verweist dabei auf ein Kernziel staatlicher Sozialpolitik, die solidarische Absicherung allgemeiner großer Lebensrisiken, die den einzelnen überfordern und privat nicht versicherbar sind.² Das zweite Kernziel staatlicher Sozialpolitik, die soziale Gerechtigkeit, wird dabei nur vage im Sinne einer Mindestsicherung genannt: „Die Pflegeversicherung soll dazu beitragen, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden Belastungen zu mildern; sie soll bewirken, daß in der überwiegenden Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist“³. Von einer solidarischen Sozialversicherung erwarten die Bürger jedoch mehr als eine reine Armutsvermeidung, sondern – wenn schon keine volle Absicherung – so doch eine Absicherung auf hohem Niveau, die sie nicht überfordert und die zu einer fairen Verteilung der Lasten führt.

Ob diese Erwartung durch das System der SPV hinreichend eingelöst wird, soll im folgenden untersucht werden.

2 Das Prinzip der Teilversicherung in der Sozialen Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung ist eine Teilversicherung – dies scheint allgemeiner Konsens zu sein. Doch ist es als Konstruktionsprinzip weder im Gesetzestext noch in der Begründung explizit ausgeführt. Es ergibt sich allerdings faktisch aus der finanziellen Deckelung der Ansprüche bei den Pflegeleistungen. Darüber hinaus gehende Kosten haben die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen selbst zu tragen. Expliziter Hinweis auf die Intention einer nicht vollständigen Absicherung der Pflege zeigt sich in der Zielsetzung bei Einführung der SPV, wonach die Leistungen nur unterstützenden Charakter haben mit der „Folge, daß Pflege und Betreuung durch Familienangehörige aber auch weiterhin notwendig sind“⁴.

Ein Problem bei der mangelnden Zielbeschreibung ist, dass nicht definiert wird, welcher „Teil“ der Pflege durch die SPV in welcher Höhe abgesichert werden soll und welche Aufgaben und Belastungen bei den Betroffenen und Familien verbleiben.

Aus versicherungstheoretischer Sicht kann unter Teilversicherung Verschiedenes verstanden werden. Im Gegensatz zu einer Vollversicherung, bei der sämtliche aus einem Versicherungsfall folgenden Kosten abgedeckt sind, werden bei einer Teilversicherung nur bestimmte Kosten übernommen, wobei dieser Teil völlig unterschiedlich abgegrenzt sein kann:

- (a) Es werden nur bestimmte Schäden ersetzt, andere sind ausgenommen.
- (b) Es wird ein prozentualer Anteil des Schadens ersetzt (festgelegter Deckungsgrad)
- (c) Es wird der Schaden, der über einen festgelegten Selbstbehalt hinaus geht, erstattet.
- (d) Es wird im Schadensfall eine vorab festgelegte Summe ausgezahlt, unabhängig von der Schadenshöhe (Summenversicherung)

¹ BT-Drs 12/5262, S.1

² Ott (2019), S. 337

³ BT-Drs 12/5262, S.2

⁴ BT-Drs 12/5262, S.2

Welcher Typus von Teilversicherung in der SPV leitend ist, wird nirgendwo festgelegt. Sowohl in der Politik als auch in der Bevölkerung scheint jedoch eine Erwartung vorzuherrschen, dass ein etwa gleicher Anteil der Pflegekosten übernommen wird und nur der Rest selbst zu tragen ist. Dieses Prinzip ist allerdings an vielen Stellen durchbrochen, was zu vielfältigen Verwerfungen führt und vor allem Gerechtigkeitsvorstellungen verletzt, da die verschiedenen Absicherungsregeln unterschiedlichen Gerechtigkeitsprinzipien folgen. Unklar ist bislang, welche Regelungen im SGB XI welche Absicherung der Pflegekosten gewährleisten und welche Verteilungseffekte sich daraus ergeben.

Bereits von Anfang an war im Gesetz eine Ungleichbehandlung von stationärer und häuslicher Pflege angelegt:

§4 SGB XI: Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen).

Wörtlich genommen bedeutet dies, dass im stationären Setting die Folgen der Pflegebedürftigkeit – d.h. die Kosten der pflegerischen Versorgung – vollständig von der Versicherung getragen werden sollen, also eine Vollversicherung angestrebt wird, das Prinzip der Teilversicherung nur im häuslichen Setting angewendet wird.

Dieses Ziel wurde allerdings nur bei Einführung der SPV eingehalten, indem der Leistungsanspruch für die stationäre Pflege bei einem maximalen Wert, der den durchschnittlichen Pflegekosten zum damaligen Zeitpunkt entsprach, gedeckelt wurde. Die im Jahr 1996 für die Pflegestufen auf dieser Basis angesetzten Leistungsbeträge wurden aber viele Jahre gar nicht und dann nur in einzelnen Schritten angehoben, die aber mit der Kostenentwicklung nicht Schritt gehalten haben. Daher ergaben sich auch in der stationären Versorgung stetig steigende Eigenanteile.

Die Werte der Leistungsansprüche für ambulante Pflegeleistungen wurden von Anfang an ohne eigene empirische Basis festgelegt, wobei für Pflegestufe 3 der gleiche maximale Wert wie für die stationäre Pflege festgelegt wurde, bei Pflegestufe 1 und 2 Abschläge vorgenommen wurden. In welchem Umfang den Menschen private Belastungen verbleiben, wie diese im Zeitverlauf zugenommen haben und ob diese über die Pflegegrade hinweg und bei stationärer und häuslicher Versorgung gleich verteilt sind, darüber fehlen belastbare Informationen.

Nichtsdestotrotz scheint die Politik davon auszugehen, dass das Niveau der Unterstützung durch die Pflegeversicherung für alle Pflegebedürftigen fair und auskömmlich ist. So steht als Ziel im Koalitionsvertrag der gegenwärtigen Regierung

„Wir wollen eine gute, bedarfsgerechte und bezahlbare medizinische und pflegerische Versorgung für die Menschen im ganzen Land sichern“⁵.

Und die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zum „Zukunftspakt Pflege“ legt als Ziel der Pflegereform fest:

„Die soziale Pflegeversicherung soll das Risiko der Pflegebedürftigkeit auch weiterhin als eigenständiges, unabhängig vom Lebensalter bestehendes allgemeines Lebensrisiko mit

⁵ CDU, CSU, SPD (2025), S.105.

absichern. Sie soll auch künftig ein verlässliches Niveau der bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung von Menschen mit Pflegedarf sicherstellen“⁶.

Das hier klar definierte Ziel, eine faire und bedarfsgerechte Unterstützung auf einem von den Betroffenen tragbaren Niveau sicher zu stellen, braucht den ehrlichen Blick, ob das gegenwärtige System diese faire Verteilung der Belastungen überhaupt leistet.

Dieser Frage soll im Folgenden nachgegangen werden. Dazu wird zuerst betrachtet, ob und wie der Hilfebedarf durch die Pflegegrade abgebildet wird und wie der Zusammenhang zu den damit verbundenen Leistungsansprüchen ist. Danach soll das mit den Leistungsansprüchen verbundene Sicherungsniveau betrachtet werden. Schließlich soll noch der Frage nachgegangen werden, ob und wie die daraus folgenden Sicherungslücken durch eine private Zusatzversicherung geschlossen werden können.

3 Pflegegrade – pauschalisierte Risikogruppen

Aus der Entscheidung für eine Teilabsicherung folgt direkt die Notwendigkeit vergleichbare Gruppen abzugrenzen, denen das gleiche Maß an pauschalierter Absicherung gewährt werden soll. Während bei einer Vollversicherung wie der gesetzlichen Krankversicherung die individuell notwendige medizinische Versorgung unabhängig von den entstehenden Kosten gewährt wird, ist es bei einer Teilversicherung, die einen bestimmten Anteil der Kosten abdecken soll, notwendig, im Vorfeld die zu gewährende Versicherungssumme festzulegen. Diese kann entweder als fixer Betrag oder als prozentualer Anteil an den tatsächlichen Kosten abhängig gemacht werden. Im zweiten Fall ist es hierfür notwendig, die gesamten im Risikofall anfallenden Kosten vorab abzuschätzen. Für die praktische Umsetzung werden bei einer solchen Versicherung Versicherte, die ein gleiches bzw. vergleichbares Risiko aufweisen, zu sog. Risikogruppen zusammengefasst und ihnen jeweils die gruppenspezifischen identischen Versicherungsansprüche zugestanden.

Auch bei der sozialen Pflegeversicherung werden die Versicherten in entsprechende Risikogruppen eingeteilt. Diese orientieren sich an der „Schwere der Pflegebedürftigkeit“ und wurden anfangs „in Pflegestufen gegliedert, die sich in dem erforderlichen pflegerischen Aufwand unterscheiden“⁷. Dieser wurde mit dem für die Pflege notwendigen Zeiteinsatz bemessen. Mit dem PSG II⁸ wurde 2017 in der Pflegeversicherung ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Dieser beinhaltet einen Perspektivwechsel von einer allein defizitbezogenen Sicht auf den zu pflegenden Menschen zu einer ressourcenorientierten Sichtweise.⁹

Ziel war und ist es dabei, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in die Lage zu versetzen, ihre eigene Selbstpflegekompetenz und Bedarfe differenziert und umfassend einzuschätzen, sowie sie zu befähigen, ihre Bedürfnisse und die Art der erforderlichen und gewünschten

⁶ Bund-Länder-AG (2025), S. 1.

⁷ Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, (Pflege-Versicherungsgesetz — PflegeVG), BR-Drs 505/93, S. 1

⁸ Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

⁹ Vgl. Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2020), S.1.

Der im Jahr 2006 eingesetzte Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs spricht in seinem Abschlussbericht 2009 von einer „Abkehr von einem an den Defiziten und am Unvermögen orientierten Bild des pflegebedürftigen Menschen hin zu einer Sichtweise, die das Ausmaß seiner Selbständigkeit erkennbar macht“ (BMG 2009, S. 70).

Unterstützung in einem Entscheidungsprozess mit Pflegeeinrichtungen und ggf. weiteren Anbietern „auf Augenhöhe“ zu klären.¹⁰

Hierfür wurden 5 Pflegegrade festgelegt, die die Grundlage für die Leistungsansprüche der Pflegeversicherung bilden.

3.1 Pflegegrade

Diese Pflegegrade sollen Auskunft über den *individuellen* Grad der Hilfebedürftigkeit geben. Zentral bei der Einstufung durch das neue Begutachtungsassessment (NBA) ist, dass das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit nicht mehr anhand des Faktors „Zeit“ eingeschätzt wird, sondern an den Grad der Selbstständigkeit anknüpft.¹¹

Die Pflegegrade werden im NBA anhand der Bewertung der Einschränkungen in mehreren Bereichen (Mobilität, Geistige und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte) bestimmt. Durch ein gewichtetes Punktesystem werden die Einzelbewertungen dieser sechs Bereiche zu einem einzigen Indikator, dem Pflegegrad, zusammengezogen.

Dieser Indikator ist nach allen Evaluationserkenntnissen geeignet, den individuellen Grad der Hilfebedürftigkeit angemessen abzubilden – auch wenn die jeweiligen zugrunde liegenden Einschränkungen sehr unterschiedlich sein können. Insofern scheint dieses Instrument geeignet zu sein, die **Hilfebedürftigkeit** etwa aufgrund von Demenz mit der aufgrund einer somatischen Erkrankung vergleichbar zu machen.

Doch dieser Indikator sagt nichts über den daraus folgenden **Hilfebedarf** aus. Personen mit gleichem Pflegegrad mögen vergleichbar hilfebedürftig sein, der Bedarf an Hilfeleistungen, also welcher Aufwand geleistet werden muss, um eine angemessene Unterstützung zu gewährleisten, kann jedoch völlig unterschiedlich sein.

3.2 Leistungsansprüche

Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Leistungen bereit zu stellen, „die den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§2 SGB XI). „Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit“ (§4 SGB XI).

Grundlage der Leistungen darf daher nicht die *Hilfebedürftigkeit* sein, sondern es muss der **Hilfebedarf** sein, wenn bei gleichem Pflegegrad ein vergleichbares Ergebnis (Würde des Menschen) erreicht werden soll.

Dass eine angemessene Leistungsbemessung auf Basis allein der Pflegegrade schwierig ist, hat bereits der „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ im Vorfeld der Einführung im Jahr 2013 formuliert¹²:

„Zur Frage einer Grundlage für die Leistungsbemessung hat der Beirat intensiv die Möglichkeiten und Grenzen einer Orientierung am tatsächlichen Gesamtaufwand für Pflege und Betreuung beraten. Eine zuverlässige Ermittlung des Gesamtaufwands ist aus methodischen Gründen nicht möglich, da es keine wissenschaftlich gesicherten, objektiven

¹⁰ Vgl. Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2020), S.3.

¹¹ Vgl. BMG (2013), S.11.

¹² BMG (2013)

Kriterien zur Bewertung gibt. Zudem sind die Versorgungssituationen und damit die Gesamtaufwände beim gleichen Grad der Beeinträchtigung insbesondere in der ambulant-häuslichen Versorgung je nach Wohn- und familiärer Situation sehr unterschiedlich. In der stationären Versorgung, in der die Rahmenbedingungen der Versorgung stärker vereinheitlicht sind, können mit empirischen Studien zum professionellen Pflegeaufwand Hinweise gewonnen werden, die die fachliche Begründung von Leistungshöhen und -spreizungen unterstützen können.“ (S.9)

Der Expertenbeirat sieht in den Pflegegraden daher lediglich einen

„Ausgangspunkt für die Gestaltung der Leistungsbeträge. Darüber hinaus empfiehlt der Expertenbeirat, die zukünftigen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung an fachlich begründeten, pflegepolitischen Zielsetzungen zu orientieren“ (S.9)

„Zentrale fachpolitische Zielsetzung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen beim Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung. Dazu gehört die tatsächliche Verfügbarkeit von Angeboten, die auf die jeweiligen Bedarfslagen somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger ausgerichtet sind, ohne dass eine Gruppe bevorzugt oder benachteiligt wird.“ (S.29)

Trotz dieser Warnungen bereits im Vorfeld wie auch der Empfehlungen von Expertenkommissionen zur Begleitung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden bis heute keine nennenswerten Anpassungen der Leistungsansprüche und schon gar nicht der Verfügbarkeit Angriff genommen.

So fordert der im Jahr 2016 eingesetzte „Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ noch im Jahr 2020 in seiner „Roadmap zur weiteren Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis“¹³ endlich die Entwicklung angepasster Leistungsangebote:

„Zwar wurden bereits vielfach allgemeine Informationen und Broschüren zur Pflege an den Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst, jedoch müssen spezielle Informations- und Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und Angehörige zum geltenden, umfassenden und Person-zentrierten Pflegeverständnis und dessen Umsetzung entwickelt werden.“ (S.3)

Und noch im Jahr 2024 stellt IGES in seinem Bericht für die Bundesregierung¹⁴ fest:

„Wenn weiterhin in fast allen Bundesländern z. B. in der ambulanten Versorgung primär nur eng definierte Leistungskomplexe (z. B. kleine Morgentoilette oder Zubereitung einer Mahlzeit) abgerechnet werden können, bleibt kaum Spielraum für individuelle Bedarfe, für das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse, für eine gezielte Ressourcenförderung oder für Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgungssituation.“

„Infolge der fehlenden Anpassungen in den Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen könne es bisher kaum zu Veränderungen in der konkreten Ausgestaltung der Angebote und Pflegekonzepte und damit der Strukturen und Prozesse innerhalb der Pflegeeinrichtungen kommen, die die mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gesetzlich erweiterten Leistungsansprüche der pflegebedürftigen Personen adäquat abdecken.“ (S.105)

¹³ Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2020)

¹⁴ IGES (2024).

In der Praxis werden somit zwar die Leistungsansprüche in Abhängigkeit der Pflegegrade vergeben, allerdings sind sie *nicht* am individuellen Hilfebedarf orientiert. Ob mit den jeweiligen Leistungen – wenn sie denn überhaupt zur Verfügung stehen – Personen mit gleichem Pflegegrad auch das gleiche Maß an Unterstützung erhalten, ist völlig unklar. Haben Personen mit gleichem Pflegegrad – also dem **gleichen Hilfebedürfnis** – unterschiedliche Einschränkungen z.B. im kognitiven oder somatischen Bereich, müssten unterschiedliche Leistungsansprüche bestehen, die den **jeweiligen Hilfebedarf** abbilden: denn eine Person mit Demenz braucht etwa umfassende Betreuungsleistungen, während eine Person mit starken körperlichen Einschränkungen evtl. v.a. Unterstützung in den Bereichen Mobilität und Körperpflege benötigt.

Inwieweit dieser unterschiedliche Hilfebedarf auch zu unterschiedlichen finanziellen Kosten führt, ist ebenfalls unklar. Da aber solch unterschiedliche Unterstützungsleistungen einen unterschiedlichen zeitlichen Umfang erfordern und ggfs. auch unterschiedliche Kompetenzen der Pflegekräfte voraussetzen, kann ohne empirische Analyse nicht davon ausgegangen werden, dass bei gleichem Pflegegrad auch die gleichen Kosten entstehen, um eine vergleichbare Unterstützung zu gewährleisten. Mit den gegenwärtig starren Ansprüchen an fixe Leistungskomplexe mit für alle gleichen festen Preisobergrenzen ist dies vermutlich eher nicht der Fall.

Weitere Probleme ergeben sich zudem mit der Regelung, bei Verzicht auf die Inanspruchnahme der Pflegesachleistungen nach §36 SGB XI Pflegegeld beziehen zu können. Die Höhe dieser Ansprüche auf Geldleistung beträgt mit leichten Unterschieden in den Pflegegraden nur etwa 43% des Geldwertes der Sachleistungen und ist im Zeitverlauf in Relation zu den Sachleistungen gesunken. Begründungen oder empirischen Belege für diese Relationen wurden vom Gesetzgeber nicht vorgelegt. Dass mit diesen Geldzahlungen, die der Sicherstellung der „erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung“ dienen, eine vergleichbare Unterstützung der häuslichen Pflege wie mit den Sachleistungen erreicht werden kann, ist im allgemeinen wohl kaum zu erwarten.

3.3 Abschätzung des notwendigen Pflegebedarfs

Um beurteilen zu können, ob mit den gegenwärtigen Regelungen tatsächlich eine „*Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen*“ erfolgen kann, ist es notwendig „*die jeweiligen Bedarfslagen somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger*“¹⁵ systematisch und umfassend zu erfassen und die Kosten des notwendigen Bedarfs auch monetär zu bewerten.

Die im Jahr 2020 eingesetzte „Expertengruppe Vertragsgestaltung in der Pflege“ schreibt im Jahr 2021 sehr konkret, was zu einer adäquaten Bedarfsermittlung als Grundlage der Leistungsbemessung erforderlich ist (S.2)¹⁶:

„Um das Pflegeverständnis in den Landesrahmenverträgen für die ambulante Pflege abzubilden, reicht es nicht aus, die Leistungen von Pflegediensten anhand der in § 14 SGB XI beschriebenen Kriterien in den sechs relevanten Lebensbereichen abzubilden. Mit dem heutigen Pflegeverständnis ist es nicht mehr sinnvoll, die Hilfen in Form abschließend definierter Listen – die Einzelmaßnahmen aufzählen – aufzugliedern. Vielmehr wird das

¹⁵ Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2013), S.9 u. 29

¹⁶ Vgl. Expertengruppe Vertragsgestaltung in der Pflege (2021a)

Der ausführliche konzeptionelle Vorschlag ist in Expertengruppe Vertragsgestaltung in der Pflege (2021b) zu finden.

Augenmerk künftig auf pflegerische Aufgaben und Versorgungsziele auszurichten sein. Dabei muss die Pflege sich an der Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen, an deren Bedürfnissen und aktuellen Problem- und Bedarfslagen flexibel orientieren.

Das erfordert bei der Überarbeitung der Rahmenverträge

- ein neues Ordnungsprinzip, bei dem die pflegerischen Interventionen nicht nach körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsleistungen und Unterstützung bei der Haushaltsführung strukturiert werden, sondern nach den in § 14 SGB XI definierten Lebensbereichen resp. relevanten Aktivitäten*
- eine Differenzierung nach bereichsübergreifenden, bereichsspezifischen und nach sonstigen Aufgaben,*
- eine Beschreibung, wann bereichsübergreifende pflegerische Aufgaben eigenständige oder inkludierte Handlungen sind,*
- keine Auflistung von Einzelmaßnahmen, sondern die Beschreibung der pflegerischen Hilfen, Aufgaben und Versorgungsziele.*

Merkmale, die das umfassende Pflegeverständnis abbilden, sind:

- flexible Erbringung von Leistungen,*
- Möglichkeit eines zeitlich begrenzten Einsatzes des Pflegedienstes und*
- erweitertes Hilfespektrum, welches über die (teil)kompensatorischen Hilfen hinausgehen (z.B. Edukation, Krisenintervention, Hilfen zu Aufrechterhaltung einer sicheren Versorgungsumgebung, Hilfen bei der Koordination weiterer Hilfen).“*

Eine solche Analyse des notwendigen pflegerischen Bedarfs muss dabei umfassend ausfallen: es muss der gesamte Hilfebedarf betrachtet werden und es müssen die Kosten einer professionellen Erbringung dieser Unterstützungsleistungen abgeschätzt werden. Dies gilt unabhängig davon, ob es Ziel ist, diesen gesamten Bedarf durch die Pflegeversicherung zu decken oder nicht. Denn eine Beurteilung, ob Personen mit gleichem Pflegegrad auch eine anteilmäßige gleichwertige Unterstützung erhalten, ist nur möglich, wenn der jeweilige gesamte Unterstützungsbedarf bekannt ist.

Neben dieser Frage nach der *horizontalen Gerechtigkeit*, ob Personen mit gleichem Pflegegrad eine vergleichbare Unterstützung erhalten, stellt sich genauso die Frage nach der *vertikalen Gerechtigkeit*, also ob Personen mit unterschiedlichem Pflegegrad zwar ein unterschiedliches, aber entsprechend ihres Pflegebedarfs ein vergleichbares Maß an Unterstützungsleistungen erhalten.

4 Staffelung der Leistungsansprüche über die Pflegegrade

In der Sozialen Pflegeversicherung sind die meisten Leistungen nach Pflegegraden gestaffelt, indem bei höheren Pflegegraden höhere Leistungsansprüche bestehen.¹⁷ Die Grundlage und die Zielsetzung dieser Staffellungen sind jedoch nicht ohne weiteres ersichtlich. Grundsätzlich wäre bei einer Teilversicherung zu erwarten, dass für vergleichbaren Pflegebedarf ein gleicher Anteil der Kosten durch die SPV abgesichert wird. Inwieweit dies zutrifft, soll im Folgenden

¹⁷ Unabhängig von den Pflegegraden werden für besondere Bedarfe (überwiegend auf Antrag) zusätzliche Leistungen gewährt. Dies wird hier nicht weiter betrachtet.

genauer betrachtet werden, indem die Staffelung der SPV-Leistungsansprüche und deren Begründung für die Versorgungsformen stationär und ambulant nachvollzogen wird.

4.1 Vollstationäre Versorgung

Die gegenwärtige Leistungsstaffelung nach Pflegegraden (§43 SGB XI) und der gesetzlich festgelegte einrichtungseinheitliche Eigenanteil (§84(2) SGB XI) für die Pflegegrade 2 bis 5 in der stationären Versorgung wurden mit dem neuen Pflegebedarfsbegriff mit dem PSG II eingeführt. In diesem Gesetz wird die Staffelung der vollstationären Leistungsbeträge so festgelegt, „dass sie zusammen mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil im Durchschnitt den in der ... Studie der Universität Bremen in stationären Einrichtungen festgestellten Aufwandsrelationen entsprechen.“ (Gesetzentwurf zum PSG II, BT-Drs. 18/5926). Dahinter steht das Ziel, die Unterschiede in den Bedarfen je Pflegegrad durch die Teil-Versicherung aufzufangen, so dass die verbleibenden Kosten für alle Pflegebedürftigen gleich hoch sind – also das Risiko eines unterschiedlichen Pflegebedarfs durch die Versicherung voll ausgeglichen wird.

In der zugrundeliegenden Studie¹⁸ wurden Versorgungszeiten für die Bewohner der einbezogenen Pflegeheime minutengenau erhoben. Dabei wurden sowohl die individuelle Versorgungszeit, d.h. die Dauer pflegerischer Tätigkeiten, die jeder Bewohner erhält, als auch der Zeitaufwand der Mitarbeiter je Bewohner ermittelt. Da bei Gruppenaktivitäten die Mitarbeiterzeit gleichzeitig für mehrere Bewohner eingesetzt wird, ist der Zeitaufwand je Bewohner geringer als die Versorgungszeit. Die jeweiligen Durchschnittszeiten je Pflegegrad sind in Tabelle 1 ausgewiesen. Die daraus berechneten Relativgewichte geben den Prozentsatz an, der in Relation zum Pflegeaufwand bei Pflegegrad 5 in niedrigeren Pflegegraden gebraucht wird.

Tabelle 1: Relationen von Pflegeaufwand und pflegebedingten Kosten in stationärer Vollzeitpflege

Pflege-grad	Versorgungszeit ^{a)}		Zeitaufwand ^{b)}		Pflegekosten 2017 (€ / Mon.)			
	Minuten pro Tag	Relativ-gewicht	Minuten pro Tag	Relativ-gewicht	SPV-Leistung	EEE ^{c)}	Summe	Relativ-gewicht
2	129	0,64	92	0,52	770	616	1.386	0,53
3	169	0,84	125	0,71	1.262	616	1.878	0,72
4	202	1,00	160	0,91	1.775	616	2.391	0,91
5	202	1,00	176	1,00	2.005	616	2.621	1,00

Quellen: a) b) Rothgang et al. (2015), c) Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil nach Daten der AOK, WIdO 2025 (<https://wido.de/forschung-projekte/pflege/finanzierung-der-pflege/entwicklung-eigenanteile/>)

Für die Beurteilung der Kosten in der stationären Versorgung ist dabei der eingesetzte Zeitaufwand die relevante Messgröße, da hier Synergieeffekte durch Gruppenaktivitäten entstehen. Wie in Tabelle 1 zu sehen ist, entsprechen die Relationen der gesamten pflegebedingten Kosten im Jahr 2017 (orange) im Durchschnitt den festgestellten Aufwandsrelationen (blau).

Dies gilt jedoch im Jahr 2025 schon nicht mehr. Da die Staffelung der SPV-Leistungen nach Pflegegraden konstant bleibt und nur in gewissen Abständen an der Inflation orientierte prozentuale Anpassungen vorgesehen sind, führen Kostensteigerungen in den stationären Einrichtungen, die nicht exakt diesem Prozentsatz entsprechen, zu einer Veränderung der Relationen (siehe Infokasten 1).

¹⁸ Rothgang et al. (2015)

Dieser Effekt ist Folge des mit dem PSG II eingeführten einrichtungseinheitlichen Eigenanteils. Bis zum Jahr 2016 mussten die Bewohner von Pflegeheimen, die nicht durch die SPV abgedeckten individuellen Kosten selbst übernehmen. Da bei höherem Pflegegraden höhere Kosten anfallen, war auch der Eigenanteil bei höheren Pflegegrade höher. Mit der Einführung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile hat der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, diese unterschiedliche Belastung abzuschaffen. Die nicht durch SPV-Leistungen abgedeckten Kosten werden für die Einrichtung in ihrer Gesamtheit gedeckt, indem diese Summe auf alle Bewohner gleichmäßig verteilt wird. Der nun zu erbringende Eigenanteil ist somit bei höheren Pflegegraden niedriger als die individuelle Sicherungslücke, wohingegen er bei niedrigen Pflegegraden höher ist. Gegenüber einer Teilversicherung mit anteiligen Selbstbehalten folgt daraus faktisch eine Umverteilung von den Menschen mit niedrigerem Pflegebedarf, deren Eigenanteil höher als notwendig ausfällt, zu denen mit höherem Pflegebedarf.

Diese Umverteilung war mit dem PSG II politisch gewollt ist. Der Gesetzgeber hat damit das Ziel einer klassischen Teilversicherung, die einen bestimmten Anteil der Schäden übernimmt, verlassen und das Ziel einer gleichen Belastung der Betroffenen unabhängig von ihrem individuellen Risiko verfolgt. Für dieses Ziel gibt es verteilungspolitisch gute Gründe, da eine nur anteilige Absicherung zu einer deutlich höheren Belastung der Betroffenen mit höherem Pflegebedarf führt – eine Situation, die bei einem individuell kaum beeinflussbare Risiko durch gesellschaftliche Absicherung (Sozialversicherung) abgemindert werden soll.¹⁹

Aus versicherungstheoretischer Sicht zeigen sich nun neue Anreiz- und Umverteilungsprobleme. Damit bei einer solchen Konstruktion die Relationen der durchschnittlichen pflegbedingten Kosten je Pflegegrad den empirischen Relationen entsprechen²⁰, ist es notwendig, die Staffelung der SPV-Leistungen entsprechend anzupassen. Denn diese entspricht nun nicht mehr den empirischen Relationen²¹. Genau diese Staffelung wird jedoch mit den Regelungen des SGB XI im Zeitverlauf konstant gehalten und nicht entsprechend der Kostenveränderung dynamisiert.

Daraus ergeben sich für die Pflegeeinrichtungen Rahmenbedingungen, die v.a. im Zeitverlauf zu negativen Anpassungsreaktionen führen können. Wenn die Bewohner-, Belegschafts- und/oder Kostenstruktur vom optimalen Personal-Bewohner-Mix abweicht, so entstehen meist zusätzliche Kosten, die letztendlich den Eigenanteil der Bewohner erhöhen. Angesichts des Fachkräftemangels kann dann eine Anpassung der Bewohnerschaft vielfach die einzig kostendeckende Alternative sein, was zu Lasten der Pflegebedürftigen mit höherem Pflegedarf gehen dürfte (siehe Infokasten 2).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass in der vollstationären Versorgung die Staffelung der Leistungsansprüche über die Pflegegrade hinweg empirisch fundiert eingeführt wurden und die Verschiebungen der Staffelung im Laufe der Zeit relativ moderat ausgefallen sind. Durch die Einführung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile haben sich jedoch weitaus gravierendere Gerechtigkeitsprobleme ergeben. Die verbleibenden Eigenanteile entsprechen nun nicht mehr einem anteiligen Selbstbehalt des eigenen Risikos, sondern es wurde hier die Versicherungslogik ausschließlich für den stationären Bereich durchbrochen. Faktisch handelt es sich um eine Versicherung mit vom individuellen Risiko unabhängigen Selbstbehalt, der allerdings von den Kosten der jeweiligen Einrichtung abhängt.²²

¹⁹ Vgl. hierzu Ott (2025): Verteilungspolitische Ziele der SPV, mimeo

²⁰ Tabelle 1 Spalten orange und blau

²¹ Grüne Spalten in Tabelle 2 im Vergleich zur blauen Spalte in Tabelle 1

²² Damit handelt es sich eigentlich um einen einrichtungsbezogenen Sockel-Spitze-Tausch.

Infokasten 1

In Tabelle 2 ist die Entwicklung der Pflegekosten zwischen 2017 (orange) und 2025 (dunkelorange) abgebildet. Die gesamten pflegebedingten Kosten, die dem Pflegegrad 2 und 3 zugeschrieben werden, sind in 2025 in Relation zu Pflegegrad 5 deutlich höher, obwohl sich der tatsächliche Pflegeaufwand wahrscheinlich kaum verändert hat. Die Relationen entsprechen damit nicht mehr denen des empirischen Versorgungsaufwands (blau in Tabelle 1)

Tabelle 2: Entwicklung der Relationen der pflegebedingten Kosten in stationärer Vollzeitpflege - 2017 und 2025

Pflege-grad	2017					2025				
	SPV-Lstg	Relativ-gewicht	EEE ^{a)}	Pflege-kosten	Relativ-gewicht	SPV-Lstg	Relativ-gewicht	EEE ^{b)}	Pflege-kosten	Relativ-gewicht
2	770	0,38	616	1.386	0,53	805	0,38	1789	2.594	0,67
3	1262	0,63	616	1.878	0,72	1319	0,63	1789	3.108	0,80
4	1775	0,86	616	2.391	0,91	1855	0,86	1789	3.644	0,94
5	2005	1,00	616	2.621	1,00	2096	1,00	1789	3.885	1,00

a) Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil nach Daten der AOK, WIdO 2025

(<https://wido.de/forschung-projekte/pflege/finanzierung-der-pflege/entwicklung-eigenanteile/>),

b) incl. des Leistungszuschlags nach § 43c SGB XI

Teilversicherungen decken üblicherweise einen bestimmten Anteil des eintretenden Schadens ab, was bedeutet, dass der sog. Selbstbehalt ebenfalls mit der Schadenshöhe variiert und Personen mit höheren Kosten einen größeren Anteil zu tragen haben. Die SPV war grundsätzlich auch in diesem Sinne angelegt und bis zum PSG II wurde dieses Prinzip für die stationäre Pflege auch auf der individuellen Ebene angewendet. Die Leistungen der SPV für die verschiedenen Pflegestufen deckten einen bestimmten Anteil der Pflegekosten ab und die nicht abgedeckten Kosten wurden als Eigenanteile in Rechnung gestellt, weshalb diese je Pflegestufe variierten. Im Jahr 2015 (Tabelle 3) betrug der Anteil der SPV-Leistungen etwa 45% der Pflegekosten, wobei der Anteil leicht über die Pflegestufen anstieg. Die Relationen der Pflegekosten (orange) korrespondieren relativ gut mit denen der ebenfalls in Jahr 2015 erhobenen Versorgungszeiten (lila), auch wenn das Gewicht für Pflegestufe 1 etwas davon abweicht. Die von den Einrichtungen seinerzeit in Rechnung gestellten Kosten wie auch die empirisch erhobenen Versorgungszeiten lieferten also eine belastbare Grundlage der Abschätzung der durchschnittlichen gesamten pflegbedürftigen Kosten je Pflegestufe und damit eine Basis für eine Teilversicherung mit definierten Anteilen der Absicherung. Die Sicherungslücken, d.h. die Höhe der selbst zu tragenden Pflegeleistungen, ist bei dieser Art der Teilversicherung umso größer, je größer der Pflegebedarf ist.

Tabelle 3: Relationen von Pflegeaufwand und pflegebedingten Kosten in stationärer Vollzeitpflege 2015

Pflege-stufe	Versorgungszeit ^{a)}		Zeitaufwand ^{b)}		Pflegekosten 2015 (€ / Mon.)					
	Minuten pro Tag	Relativ-gewicht	Minuten pro Tag	Relativ-gewicht	SPV-Leistung	Relativ-gewicht	Eigen-anteil ^{c)}	Pflege-kosten	Relativ-gewicht	SPV-Anteil
1	125	0,60	87	0,50	1.064	0,53	1.428	2.492	0,73	43%
2	175	0,85	135	0,77	1.330	0,67	1.648	2.978	0,87	45%
5	207	1,00	175	1,00	1.612	1,00	1.825	3.437	1,00	47%

Quellen: a) b) Rothgang et al. (2015), c) Sell 2015: Lücken der Pflegeversicherung (<https://aktuelle-sozialpolitik.de/2015/04/25/25-teilkasko-dilemmata-pflegekosten/>)

Infokasten 2:

Für die Finanzierung der Pflegeeinrichtungen hat die Einführung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile grundsätzlich keine Auswirkungen, da in der Summe die Leistungen der SPV den politisch gesetzten Anteil der pflegebedingten Gesamtkosten abdecken und die nicht abgedeckten Kosten (Sicherungslücken) durch die Summe aller Eigenanteile gedeckt ist. Dies gilt generell auch bei steigenden Kosten. Im Zeitverlauf ergeben sich jedoch Verschiebungen zu Lasten der Versicherten, sofern die Dynamisierung der SPV-Leistungen nicht exakt der Steigerung der Pflegekosten entspricht. Ist die Steigerung der Pflegekosten größer, so steigen die Eigenanteile sogar überproportional.

Zudem handelt es sich bei den in den Tabellen 1 bis 3 ausgewiesenen Relationen der Pflegekosten um bundesweite Durchschnittswerte, die in den meisten stationären Einrichtungen so nicht zutreffen. Deren Kostenkalkulation basiert zum einen auf dem Zeitaufwand je Bewohner und Pflegegrad und die Zusammensetzung der Bewohnerschaft und zum anderen auf der Zusammensetzung der Belegschaft und deren Löhnen sowie darüber hinaus an weiteren Kosten (Betriebskosten, Investitionskosten). Nach dem 2023 eingeführten Personalbemessungsverfahren gibt es ein optimales Verhältnis der Zusammensetzung der Bewohnerschaft und der Belegschaft. In der zugrunde liegenden Studie^{a)} wurde ein Verfahren zur Ermittlung eines einrichtungsindividuellen Personalmix für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt, für dessen Berechnung die Bewohnerstruktur der Pflegeeinrichtung Grundlage ist. Ändert sich die Struktur der Bewohner- oder der Belegschaft und kann die Einrichtung dies nicht schnell genug anpassen, so entstehen zusätzliche Kosten und der zu erhebende Eigenanteil muss erhöht werden.

Weicht also die Bewohner-, Belegschafts- und/oder Kostenstruktur von den Durchschnittswerten ab, so entstehen meist zusätzliche Kosten, die letztendlich den Eigenanteil der Bewohner erhöhen. Dieses Ungleichgewicht führt für die Einrichtungen zu wettbewerblich relevanten Anreizen. Neben Kosteneinsparungen in den nicht direkt pflegerelevanten Bereichen liegt es nahe, die Struktur von Belegschaft und Bewohnerschaft möglichst dem optimalen Personalmix anzugleichen. Angesichts des Mangels an Pflegefachkräften dürfte sich eine Anpassung der Bewohnerschaft durch gezielte Neuaufnahme vielfach als einfacher (oder sogar als notwendig) erweisen als das gewünschte und benötigte Personal zu rekrutieren. Ist zudem der Fachkräftemangel in den höheren Qualifikationsstufen, die vermehrt bei höheren Pflegegraden gebraucht werden, besonders problematisch, führen diese Anpassungsreaktionen zu einer stärkeren Berücksichtigung von Personen mit geringerem Pflegeaufwand.^{b)} Welche pflegebedürftigen Personen in welchen Regionen bei welchen Trägern davon besonders betroffen sind, ist unklar und erfordert eine grundlegende empirische Bestandsaufnahme.

a) Rothgang, et al. (2020)

b) Empirische Indizien könnten in diese Richtung deuten: Seit Einführung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile sinkt der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 kontinuierlich, während er zuvor lange Zeit nahezu konstant war.

Verschärft wird diese Situation noch durch die wohndauerabhängige Bezuschussung dieses Eigenanteils durch die SPV, die mit dem GVWG²³ im Jahr 2021 eingeführt wurde. Je länger eine Person in einem Pflegeheim versorgt wird, desto geringer wird der individuelle Eigenanteil. Auch diese Änderungen wurden sozialpolitisch begründet, „um eine finanzielle Überforderung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen zu vermeiden“²⁴. Allerdings wird auch dadurch das Versicherungsprinzip nochmals durchbrochen, und ohne weitere Kompensationsmaßnahmen in anderen Bereichen entstehen nicht intendierte Anreizwirkungen und Umverteilungseffekte. Um lange Pflegeheimkosten zu reduzieren, ist es dann sinnvoll einen Heimplatz

²³ Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

²⁴ BT-Drs 19/30560, S. 62

möglichst frühzeitig in Anspruch zu nehmen, was sich v.a. Personen mit höherem Einkommen leisten können, während Personen mit geringem Einkommen, aber hohem Pflegebedarf genau dann, wenn sie eine vollstationäre Versorgung dringend bräuchten, von den hohen Eigenanteilen am Anfang betroffen sind. Schließlich führt auch das geringe Angebot an Pflegeheimplätzen zu einer weiteren Selektion der Pflegebedürftigen, wodurch überwiegend wiederum Personen mit hohem Pflegebedarf betroffen sein dürften.

Die Verteilung der Eigenanteile im stationären Bereich hängt somit davon ab, welche Pflegebedürftigen in welcher Phase ihrer Bedürftigkeit unter welchen Bedingungen einen der mittlerweile extrem knappen Pflegeheimplätze ergattern können. Mit einer „bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung von Menschen mit Pflegedarf“ im Rahmen einer Teilversicherung hat dies nicht mehr viel zu tun.

4.2 Ambulante Versorgung

In der ambulanten Versorgung stellt sich die Situation völlig anders dar. Die Staffelung der Leistungsansprüche für die häusliche Pflege basiert nicht auf empirisch erhobenen Daten. Bei Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurden die Sachleistungen je Pflegestufe auf eine bestimmte Anzahl (25, 50, 75) von Pflegeeinsätzen unabhängig von deren Dauer beschränkt, die zudem monetär gedeckelt waren, diese Deckelung jedoch nicht mit gleichen Relativgewichten erfolgte. In den Jahren danach entfiel die Vorgabe der Anzahl der Pflegeeinsätze und die monetären Höchstwerte wurden mehrfach leicht angehoben, die Staffelung jedoch unverändert beibehalten. Mit dem PSG II wurden dann die Werte der jeweils korrespondierenden vorherigen Pflegestufen übernommen und dabei die bis zwischenzeitlich eingeführten Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz integriert.

Eine systematische, empirisch gestützte Anpassung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde dabei nicht vorgenommen – entgegen allen Forderungen der Expertenkommissionen zur Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dies ist bis heute nicht erfolgt.

Allerdings lassen sich aus den empirischen Ergebnissen für die stationäre Pflege durchaus auch Abschätzungen für die häusliche Pflege ableiten. Da Pflegebedürftige bei gleichem Krankheitsbild in etwa den gleichen Pflege- und Unterstützungsbedarf haben, unabhängig davon, ob diese Leistungen in einem Pflegeheim oder in der Häuslichkeit erbracht werden, lassen sich die in der stationären Versorgung erfassten Daten zum vollständigen Pflegebedarf zumindest als Annäherung an den wahren Pflegebedarf in der Häuslichkeit nutzen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in der häuslichen Pflege keine Synergieeffekte durch Gruppenaktivitäten oder gleichzeitige Betreuung entstehen, weshalb hier die Versorgungszeiten (Tabelle 1, gelbe Spalte) relevant sind.

Betrachtet man die Relationen der Staffelung der SPV-Leistungen für Sachleistungen bzw. Pflegegeld über die Pflegegrade hinweg, so fällt auf, dass diese erstaunlich gut mit denen für die stationäre Pflege übereinstimmen (Tabellen 4 und 2, grüne Spalten). Ob dies angesichts der historischen Entwicklung zufällig entstanden ist oder mit dem PSG II hier eine politisch bewusste Angleichung erfolgte, ist unklar. Allerdings gilt dies nicht mehr, wenn weitere Leistungen wie Entlastungsbetrag, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege berücksichtigt werden. Dies führt dazu, dass die Relativgewichte für niedrigeren Pflegegrade größer werden.

Tabelle 4: Relationen der SPV-Leistungen (2017) in ambulanter Versorgung

Pflege- grad	Sachleistungen		Sachleistungen + EB + VP + KP		Pflegegeld		Pflegegeld + EB + VP + KP	
	Euro pro Monat	Relativ- gewicht	Euro pro Monat	Relativ- gewicht	Euro pro Monat	Relativ- gewicht	Euro pro Monat	Relativ- gewicht
2	796	0,35	1083	0,45	347	0,35	773	0,55
3	1497	0,65	1692	0,71	599	0,61	1025	0,72
4	1859	0,81	2006	0,84	800	0,81	1226	0,87
5	2299	1,00	2389	1,00	990	1,00	1416	1,00

EB: Entlastungsbetrag, VP: Verhinderungspflege, KP: Kurzzeitpflege

Diese fallen aber im Vergleich zu den empirisch erhobenen Pflegezeiten dennoch deutlich niedriger aus.²⁵ Dies bedeutet, dass bei den verschiedenen Pflegegraden unterschiedliche Versorgungsniveaus abgesichert sind und die Sicherungslücke bei geringeren Pflegegraden größer ist. Allerdings gilt dies nur, wenn die Relation der Versorgungszeiten auch der der monetären Leistungen entspricht, also die Versorgungszeiten mit einem festen Stundenpreis bewertet sind. Davon kann man aber nicht ausgehen, wenn bei aufwendigeren Pflegetätigkeiten Fachkräfte mit höherer Qualifikation eingesetzt werden müssen und daher der Stundenpreis steigt. Dies dürfte häufiger in hohen Pflegegraden der Fall sein.

Einen Ausgleich von unterschiedlichen Belastungen über die Pflegegrade hinweg, wie sie in der stationären Pflege durch den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil und die wohndauerabhängigen Zuschüsse eingeführt wurden, gibt es für die häusliche Pflege nicht.

Letztendlich lässt sich daraus nur folgern, dass es keinerlei empirische Fundierung für die Staffelung der SPV-Leistungen bei der häuslichen Pflege gibt. Ob mit der Teilversicherung der SPV bei allen Pflegebedürftigen ein gleicher oder wenigstens vergleichbarer Anteil des jeweiligen pflegebedingten Aufwandes abgedeckt ist, ist völlig unklar und erfordert eine umfangreiche empirische Untersuchung.

4.3 Zwischenfazit

Bei der Betrachtung der im SGB XI vorgesehenen Leistungsansprüche lassen sich deutliche Unterschiede am Niveau der Versorgungsleistungen identifizieren: zwischen Pflegebedürftigen gleichen Pflegebedarfs, zwischen Pflegebedürftigen unterschiedlicher Pflegegrade und zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Ob sich damit jedoch auch relevante Gerechtigkeitsprobleme ergeben, lässt sich allein daraus nicht folgern. Denn aus den Leistungsansprüchen allein lassen sich keine Aussagen darüber treffen, welche Belastungen bei den Betroffenen verbleiben und wie diese verteilt sind.

Zwischen den Leistungsansprüchen und dem jeweils notwendigen Pflegebedarf besteht eine Deckungslücke, die je nach Ursprung und Umfang des Hilfebedarfs und je nach Versorgungsform unterschiedlich ausfällt. Diese Lücke zu füllen ist der sog. **Eigenanteil**, der privat entweder durch finanzielle Mittel oder durch Eigenleistung erbracht wird. Ohne Kenntnis der Kosten des notwendigen pflegerischen Bedarfs – bei dem neben dem Pflegegrad auch individuelle Umstände wie die zugrunde liegenden Krankheiten und die Wohn- und familiäre Situation berücksichtigt wird – ist es nicht möglich, die Ungleichverteilung dieser Eigenanteile der verschiedenen Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen abzuschätzen.

²⁵ Tabelle 1, gelbe Spalte und Tabelle 4 grüne Spalten

5 Pflegebedingte Kosten und Eigenanteile in der häuslichen Pflege

In der Diskussion über Eigenanteile werden fast ausschließlich die Zuzahlungen bei der stationären Versorgung thematisiert. In letzter Zeit werden auch vermehrt die Zuzahlungen bei der häuslichen Pflege erwähnt. Diese Zuzahlungen können jedoch nicht als Eigenanteil bei der pflegerischen Versorgung in der Häuslichkeit angesehen werden und sind mit den Eigenanteilen bei der stationären Versorgung nicht vergleichbar.

In der vollstationären Langzeitpflege wird eine umfassende Pflege gewährleistet, d.h. es werden alle notwendigen Pflegeleistungen in der Einrichtung durch die dort tätigen Fachkräfte erbracht. Da hier ausschließlich professionelle Kräfte tätig sind, werden alle Leistungen finanziell vergütet. Damit sind gleichzeitig die Kosten der gesamten Pflege bekannt. Die Differenz der durch die Pflegekassen geleisteten Zahlungen zu diesen gesamten pflegebedingten Kosten sind dann die Eigenanteile, die die Betroffenen selbst aufbringen müssen.

In der häuslichen Pflege sind die Kosten des notwendigen pflegerischen Bedarfs nicht bekannt. Denn diese werden – im Gegensatz zur stationären Pflege – nicht ausschließlich über finanziell entlohnte Dienstleister erbracht. Die von den Pflegekassen finanzierten Leistungen decken nur einen Anteil der notwendigen Pflege und Betreuung ab. Jedoch ist kaum ein Haushalt bei hohem pflegerischen Bedarf in der Lage, den darüber hinaus notwendigen Pflegebedarf nur mit Zuzahlungen als Einzelleistungen bei professionellen Pflegediensten abzudecken. Zudem ist dies auch angesichts des fehlenden Angebots nicht möglich. Von den 86% der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit werden nur weniger als 25% durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt. Angesichts des Fachkräftemangels wären diese gar nicht in der Lage, den gesamten notwendigen Pflegebedarf abzudecken. Daher werden vielfach auch andere Wege gegangen und z.B. sog. Live-In-Kräfte engagiert oder Pflegekräfte privat angestellt. Hierfür kann allerdings nur ein geringer Teil der Leistungsansprüche der SPV – ausschließlich die Geldleistungen – genutzt werden. Diese Lösungen sind daher nur für einen Teil der Pflegebedürftigen gangbar.

Von den Kosten der häuslichen Pflege sind nur die finanziellen Ausgaben der Pflegekassen sowie die über Befragungen ermittelten Ausgaben für die privat zusätzlich eingekauften Pflegeleistungen bekannt. Letztere belaufen sich auf durchschnittlich 290 Euro.²⁶

Der überwiegende Anteil der häuslichen Pflege wird aber nicht durch privat finanzierte Dienstleistungen, sondern v.a. von Angehörigen durch *persönliche Pflegeleistungen* erbracht. Die „Eigenanteile“ bei der häuslichen Pflege umfassen somit neben den Zuzahlungen die von den An- und Zugehörigen eingesetzten Pflege- und Betreuungszeiten – bislang ohne finanzielle Anerkennung. Es existieren daher keine Marktpreise für diese Leistungen.

Um die gesamten Kosten des notwendigen Pflegebedarfs abzuschätzen, ist es notwendig, diese privat erbrachten Pflegeleistungen monetär zu bewerten. Die geleisteten Pflegezeiten wurden im Rahmen einer Umfrage des WidO-Instituts erhoben, bei der sehr detailliert der Pflegeeinsatz von An- und Zugehörigen erfasst wurde.²⁷ Im Durchschnitt wenden diese 49 Stunden pro Woche für Pflegetätigkeiten auf. Die Verteilung dieser Zeiten wurde anhand von Perzentilen beschrieben, die in Abbildung 1 dargestellt sind.²⁸ Sie reichen von weniger als 8

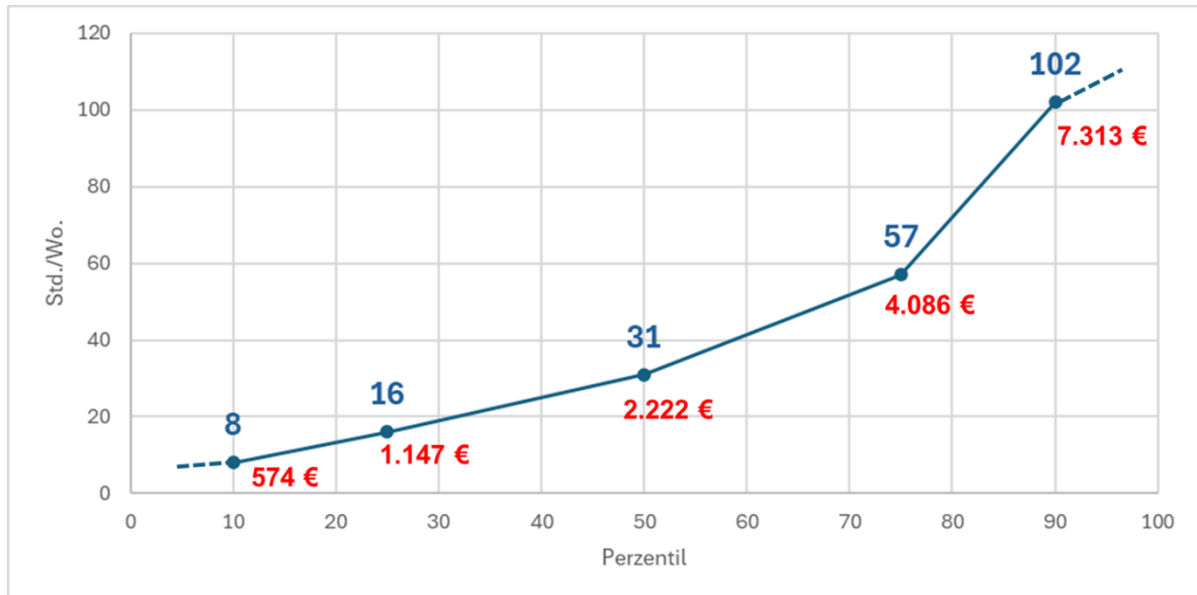
²⁶ Schwinger / Zok (2024)

²⁷ Schwinger / Zok (2024)

²⁸ Zur besseren Anschaulichkeit wurde in der Grafik die Verteilung zwischen den bekannten Perzentilen interpoliert.

Stunden pro Woche für 10% der Pflegenden mit geringer Belastung bis zu über 102 Wochenstunden für die am meisten Belasteten 10% der Pflegenden.

Abbildung 1: Verteilung der Pflegezeiten privater Hauptpflegepersonen und deren monetäre Bewertung (Euro / Monat)



Quelle: Schwinger / Zok (2024), S. 5. In der Abbildung wurden zur Veranschaulichung die Werte zwischen den Perzentilen linear interpoliert.

Um diesen Zeiten einen monetären Wert zuzuordnen, wurden sie mit dem Mindestlohnsatz einer qualifizierten Pflegehilfskraft bewertet. Dabei handelt es sich um eine konservative Abschätzung, die eher zu einer Unterschätzung des wahren Wertes führt.²⁹ Die auf dieser Basis berechneten Werte pro Monat für das Jahr 2024 sind ebenfalls in Abbildung 1 enthalten.

Auf Basis dieser Werte können dann die „Eigenanteile“ in der häuslichen Pflege abgeschätzt werden, indem die Geldleistungen der Pflegekassen gegengerechnet und die privat getragenen Ausgaben für Pflegeleistungen zugerechnet werden. Die Datenlage hierfür ist allerdings sehr begrenzt, sodass nur grobe Schätzungen durchgeführt werden können (Infokasten 3).

Die Eigenanteile ergeben sich dann wie in Tabelle 5 dargestellt:

Tabelle 5: Geschätzte Eigenanteile in der häuslichen Pflege

	Perzentil 10	Perzentil 25	Median	Perzentil 75	Perzentil 90
Eigenanteil in Euro/Mon.	340	938	2.085	3.997	7.441

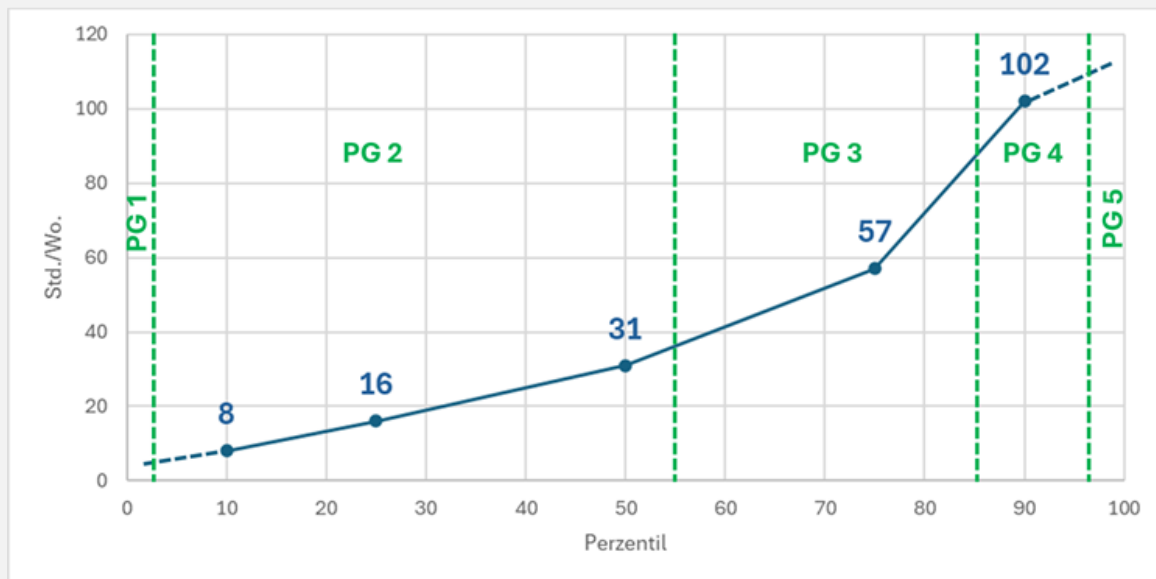
Die geschätzten Eigenanteile in der häuslichen Pflege variieren somit über die verschiedenen Pflegesituationen stark, auch innerhalb eines Pflegegrades. Der Median liegt bei 2.085 Euro, d.h. die Hälfte der zu Hause gepflegten Personen und ihre Angehörigen tragen einen Eigenanteil von mehr als 2.000 Euro.

²⁹ Die Daten der WidO-Studie wurden im Herbst 2023 erhoben. Daten der Pflegestatistik, die zu Vergleichszwecken herangezogen wurden, werden zum Jahresende erhoben (Stat. Bundesamt 2025a). Daher wurden zur Bewertung der Zeiten der Mindestlohn der ersten Jahreshälfte 2024 verwendet. Eine genaue Beschreibung des Datensatzes, der Vorgehensweise bei allen Berechnungen und die Begründungen für die gewählten Annahmen ist bei Hoff et al. (2025) zu finden.

Infokasten 3:

Die bewerteten Pflegezeiten sind nur soweit als Eigenanteil anzusehen, soweit hierfür keine Geldzahlungen der Pflegeversicherung geleistet werden. Gegengerechnet werden muss daher erhaltenes Pflegegeld. Hierzu sind allerdings keine Daten vorhanden, weil unklar ist, welche Personen zusätzlich Sachleistungen bezogen und daher kein Pflegegeld erhalten haben. Im Durchschnitt aller Befragten haben knapp 61,7 % das volle Pflegegeld bezogen.^{a)} Geht man davon aus, dass die Pflegezeiten mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit des gepflegten Angehörigen zunehmen, so ergibt sich in der Stichprobe der Befragten folgende Verteilung für die Pflegegrade^{b)}

Abbildung 2: Verteilung der Pflegezeiten privater Hauptpflegepersonen und Pflegegrade der gepflegten Angehörigen



Mit dieser Verteilung lassen sich dann den ausgewiesenen Perzentilen die anzurechnenden Pflegegeldzahlungen zuordnen. Dazu wurden die durchschnittlichen Pflegegeldzahlungen je Pflegegrad berechnet als „Pflegegeldanspruch * Anteil der Pflegbedürftigen mit vollem Pflegegeldbezug“.

Den Eigenanteilen zugerechnet werden müssen noch die privat finanziellen Ausgaben für Pflegeleistungen, deren Verteilung ebenfalls aus der WidO-Studie bekannt ist.

In der häuslichen Versorgung ergeben sich mit den getroffenen Annahmen damit folgende Abschätzungen der Eigenanteile:

Tabelle 6: Abschätzung der Eigenanteile in der häuslichen Pflege (2024)

	Perzentil 10	Perzentil 25	Median	Perzentil 75	Perzentil 90
Pflegebedürftige					
Pflegegrad					
Anteil mit vollem Pflegegeld	2 78,9 %	2 78,9 %	2 78,9 %	3 67,2 %	4 61,1 %
1 \emptyset anteiliges Pflegegeld in €/Mon.	262	262	262	423	514
2 \emptyset finanzielle Ausgaben in €/Mon. ^{c)}	28	53	125	333	642
3 bewertete Pflegezeiten in €/Mon.	574	1.147	2.222	4.086	7313
Eigenanteil in Euro/Mon. = 3 + 2 - 1	340	938	2.085	3.997	7.441

- a) Schwinger / Zok (2024), Tabelle 2. Laut Pflegestatistik bezogen im Jahr 2023 im Durchschnitt 63,5 % der zu Hause Gepflegten das volle Pflegegeld. (Statistisches Bundesamt 2025b und eigene Berechnungen).
- b) Die Verteilung der Pflegegrade von Personen, die zu Hause versorgt werden, stimmt mit Abweichungen von unter zwei Prozentpunkten mit der Pflegestatistik überein (eigene Berechnungen).
- c) Schwinger / Zok (2024), Tabelle 4

In der stationären Pflege lagen im Juli 2024 die durchschnittlichen Eigenanteile im ersten Jahr bei 2.871 Euro. Für Pflegebedürftige die länger im Pflegeheim versorgt werden, sinken die Eigenanteile bis auf 1.856 Euro. In diesen Werten sind allerdings auch Kosten für Unterkunft und Verpflegung (KUV) in Höhe 995 € enthalten, die als nicht pflegebedingt abgezogen werden müssen. In der Häuslichkeit fallen diese Kosten ja auch noch zusätzlich an. Die Eigenanteile in der stationären Pflege ohne KUV variieren daher zwischen 1.916 und 910 Euro.

Vergleicht man diese Werte mit denen in der Häuslichkeit, so sieht man trotz aller Unschärfen bei der Abschätzung für die häusliche Pflege, dass bei mehr als der Hälfte aller privaten Hauptpflegepersonen der Wert dieser Eigenleistung deutlich über den Eigenanteilen in der stationären Pflege liegen. Bei sehr hohem Pflegebedarf steigt dieser Wert auf über 7.000 €. Eine Umverteilung dieser Belastung wie in der stationären Versorgung durch den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil gibt es für Pflegende in der Häuslichkeit nicht. Auch eine Reduzierung der Eigenanteile bei langer Pflege findet nicht statt.

Zusammenfassend ist daher zu konstatieren, dass die Eigenanteile in der häuslichen Pflege keineswegs deutlich geringer als in der vollstationären Pflege ausfallen, wie vielfach behauptet wird und als Begründung für fehlenden Handlungsbedarf angeführt wird. Dies ist Folge davon, dass der Einsatz von Zeit und Arbeitskraft der pflegenden Angehörigen und weiterer informell Pflegenden bei der Abschätzung der Kosten keine Berücksichtigung finden.³⁰ Auch wenn die hier vorgestellten Abschätzungen mit erheblichen Unsicherheiten behaftet sind, so zeigen sie doch die große Ungleichbehandlung gegenüber der vollstationären Versorgung. Vor allem findet der sozialpolitische Zielwechsel der Angleichung der Belastungen über die Pflegegrade hinweg, wie er mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil in der stationären Pflege vollzogen wurde, für die häusliche Pflege keine Entsprechung. Die Behandlung der Eigenanteile in der stationären und häuslichen Versorgung ist somit an zwei unterschiedlichen sozialpolitischen Zielen ausgerichtet, was zu erheblichen Verwerfungen und Gerechtigkeitsproblemen führt.

6 Private Zusatzversicherung zur Vollabsicherung?

In der gegenwärtigen Diskussion zur Reform der Pflegeversicherung wird vielfach vorgeschlagen, die Teilabsicherung der SPV durch eine private kapitalgedeckte Zusatzversicherung zu einer Vollabsicherung zu ergänzen.³¹ Versicherungszweck soll somit die nahezu vollständige Schließung der Sicherungslücke sein, indem die pflegebedingten Kosten, die nicht durch Leistungen der SPV gedeckt sind, abgesichert werden sollen. Die Tarifgestaltung einer solchen Zusatzversicherung muss sich daher an den unterschiedlichen Sicherungsniveaus der SPV für verschiedene Pflegegrade und Versorgungsformen orientieren.

Wie in den vorherigen Abschnitten dargelegt wurde, sind die Sicherungsniveaus der SPV nicht bzw. unvollständig bekannt, da keine empirischen Erkenntnisse über die vollständigen Kosten der Pflege in den verschiedenen Pflegesettings bei unterschiedlichen Pflegegraden existieren.

³⁰ Zwar wird gelegentlich auf die Opportunitätskosten bei Aufgabe oder Reduzierung der Erwerbsarbeit von Pflegenden verwiesen (z.B. Experten-Rat „Pflegefinanzen“, 2025), dies aber in den Vorschlägen zur Bewertung von Eigenanteilen in der häuslichen Pflege nicht weiter berücksichtigt. Zudem fallen Opportunitätskosten nicht nur bei Reduzierung von Erwerbsarbeit in Form von entgangenem Einkommen an, sondern generell durch Verzicht auf andere Aktivitäten, also durch Verringerung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

³¹ Ein konkreter Vorschlag wurde in dem „10-Punkte-Plan für eine dauerhaft tragfähige Pflegereform“ vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. vorgelegt (PKV 2025a).

Daher ist auch die jeweilige Sicherungslücke, die durch eine Zusatzversicherung gedeckt werden soll, unbekannt und kann v.a. für die häusliche Pflege bestenfalls grob abgeschätzt werden. Allein dadurch kann ein Versprechen, durch eine einfache Zusatzversicherung eine Vollabsicherung erreichen zu können, kaum eingehalten werden.

Schwerwiegende Probleme für eine einheitliche Zusatzversicherung entstehen dabei aber durch die gravierenden Unterschiede in den Sicherungslücken zwischen den verschiedenen Betroffenengruppen und Versorgungsformen, wie oben dargelegt.

- (a) Für die stationäre Pflege kann unter den geltenden Regelungen die Sicherungslücke relativ gut abgeschätzt werden, da aufgrund der Vorschrift eines einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (§ 84(2) SGB XI) alle Bewohner einer Einrichtung den gleichen Eigenanteil zu zahlen haben. Allerdings variieren sie über die Einrichtungen und auch mit der Dauer der Versorgung in einem Pflegeheim. Damit stellt sich hier die Frage, ob mit der Zusatzversicherung die individuellen Kosten oder die durchschnittlichen abgesichert werden sollen.
- Werden die durchschnittlichen Kosten mit einer festen Auszahlungssumme versichert, so handelt es sich nicht mehr um eine Vollversicherung, da im Einzelfall die entstehenden Kosten davon abweichen. Zudem bleibt auch hier völlig unklar, wie die wohndauerabhängigen Zuschüsse berücksichtigt werden, wodurch je nach Ausgestaltung wiederum neue Verwerfungen auftreten. Angesichts der Anreizwirkungen der Regelungen sowohl für die Einrichtungen als auch für die Pflegebedürftigen, dürften davon verstärkt Personen mit höheren Pflegegrad betroffen sein.³²
 - Sollen die individuellen Kosten versichert werden, brauchen die Versicherungen zur Prämiengestaltung belastbare Risikoeinschätzungen, wofür unabhängige Risiken Voraussetzung sind. Die Versorgungsform, ob eine pflegebedürftige Person ambulant oder vollstationär versorgt wird, welches Pflegeheim gewählt wird und zu welchem Zeitpunkt in der Pflegebiographie ein Heimplatz angestrebt wird, beruht jedoch ganz überwiegend auf willentlichen Entscheidungen, die auch von der Höhe der Eigenanteile abhängen. Unter diesen Bedingungen sind die für eine Vollversicherung notwendigen individuellen Risikoeinschätzungen nicht möglich.
- (b) In der ambulanten Versorgung ist eine nahezu vollständige Absicherung der Pflegekosten durch eine Zusatzversicherung ist zurzeit gar nicht möglich, da es keinerlei empirische Evidenz darüber gibt, wie groß diese überhaupt sind.³³ Denn die nicht durch die SPV abgesicherten und finanzierten Pflegeleistungen werden zu einem Großteil nicht durch am Markt erwerbbare Pflegeleistungen erbracht, sondern durch die eigenen Pflegeleistungen der Angehörigen.³⁴ Zwar ist es möglich den monetären Wert dieser Eigenleistungen auf Basis von Befragungen abzuschätzen, dies ist allerdings keine belastbare Datenbasis, auf der eine Versicherung aufsetzen könnte. Denn es fehlen objektive Merkmale für jeweils den konkreten Pflegebedarf, mit denen die Kriterien für entsprechende Versicherungsverträge festgelegt werden könnten. Angesichts der komplexen, sehr unterschiedlichen Pflegesituationen und den darauf nicht abgestimmten Leistungsansprüchen der SPV scheint es momentan unmöglich, eine transparente und konsistente Zusatzversicherung für die häusliche Pflege, die das Ziel einer Vollabsicherung verfolgt, anzubieten.³⁵ Hierzu ist erst

³² Siehe Abschnitt 4.1

³³ Siehe Abschnitt 4.2

³⁴ Siehe Abschnitt 5

³⁵ So kommt auch der Experten-Rat „Pflegefinanzen“ (2025) angesichts der Probleme die Sicherungslücke in der häuslichen Pflege zu ermitteln, zu dem Schluss, dass eine Vollabsicherung durch eine

eine empirisch basierte und an klaren Kriterien festgelegte Anpassung der Leistungsansprüche in der SPV notwendig. Die Pflegegrade allein reichen hierzu nicht aus.

Am Beispiel des vorliegenden Vorschlags der PKV³⁶ für eine einheitliche Zusatzversicherung können die konkreten Probleme aufgezeigt werden. Dieser Vorschlag geht von der grundsätzlich nicht falschen Überlegung aus, dass die Kosten der Pflege im Prinzip unabhängig von der Versorgungsform sind und daher aus den Kosten der vollstationären Versorgung die Sicherungslücke auch für die ambulante Versorgung abgeleitet werden kann. Im Vorschlag wird daher als maximale Auszahlungssumme im ambulanten Setting die gleiche Summe der Absicherung wie im stationären Setting gewählt, bei niedrigeren Pflegegraden werden prozentuale Abschläge von dieser Summe vorgenommen.³⁷

Mit der Behauptung, die vorgeschlagene Zusatzversicherung bietet (nahezu) eine Vollabsicherung, sind jedoch implizit folgenden Annahmen enthalten:

- *Ein gleicher Pflegegrad verursacht die gleichen pflegebedingten Kosten und damit bei fixen Leistungsansprüchen die gleiche Sicherungslücke.*
Wie in Abschnitt 3 dargestellt, kann davon nicht ohne fundierte empirische Untersuchung ausgegangen werden. Es ist eher wahrscheinlich, dass diese Annahme nicht zutrifft und weitere Kriterien für die Bemessung der Leistungsansprüche notwendig sind.
- *Die SPV sichert in der ambulanten Pflege den gleichen Anteil der Kosten ab wie in der stationären Versorgung.*
In der stationären Pflege wird durch den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil eine vom individuellen Pflegebedarf unabhängige Sicherungslücke erzeugt, was für die häusliche Pflege nicht gilt. (Abschnitt 5)
- *Die SPV sichert in der ambulanten Pflege für Personen mit unterschiedlichen Pflegegraden den jeweils gleichen Anteil der Kosten ab.*
Ohne Kenntnis der wahren Kosten der häuslichen Pflege in den jeweiligen Pflegestufen kann ein gleicher Anteil nicht sichergestellt werden (Abschnitt 4.2)
- *Die pflegebedingten Kosten sind in der stationären und ambulanten Pflege vergleichbar.*
Auch wenn aus den Kosten, die in der stationären Pflege entstehen, die Kosten der häuslichen Pflege u.U. abgeschätzt werden können, so sind sie keinesfalls identisch: In der stationären Pflege können kostensenkende Synergieeffekte v.a. durch Gruppenbetreuung, aber auch durch die Beschaffung und den Einsatz von geeigneten Pflegehilfsmitteln, einem optimierten Personalmix u.a.m. realisiert werden, die in der Häuslichkeit nicht entstehen. Daher sind die Kosten in der Häuslichkeit höher. (Abschnitte 4 und 5)
- *Die maximale Sicherungslücke im ambulanten Setting entspricht dem durchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil.*

private Zusatzversicherung nicht erreicht werden kann und insbesondere eine obligatorische Zusatzversicherung nicht anzuraten ist. Auch schlägt der Experten-Rat vor, für die häusliche Pflege lediglich Summenversicherungen anzubieten, da die „Konzeptualisierung und Umsetzung einer Schadenversicherung für etwaig verbleibende Eigenanteile in der häuslichen Versorgung vor enormen Herausforderungen“ steht. (S.8)

³⁶ PKV (2025b). Der Vorschlag basiert auf Recherchen der ASSEKURATA: Wege zur Pflegevollversicherung mit der Pflegezusatzversicherung, Köln 2025.

³⁷ Das Modell ist im Anhang dargestellt.

Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil ist eine Mittelung der nicht durch die SPV gedeckten Kosten über die verschiedenen Pflegegrade der Bewohnerschaft. Dieser Betrag entspricht nicht den individuellen Eigenanteilen, die in der häuslichen Pflege verbleiben. Insbesondere ist er bei höheren Pflegegraden deutlich niedriger. (Abschnitt 5)

Eine Tarifgestaltung für die ambulant versorgten Pflegebedürftigen wie in dem vorliegenden Vorschlag entspricht daher versicherungsmathematisch keiner aktuarisch fairen Versicherung, da die dafür notwendigen Informationen über Risiken und Schadenshöhen nicht existieren. Daher kann der Vorschlag keinesfalls auch nur annähernd als Vollabsicherung bezeichnet werden.

- (c) Der vorliegende Vorschlag einer Zusatzversicherung für die Absicherung der Sicherungslücke soll eine gemeinsame Absicherung der stationären und ambulanten Versorgung im Rahmen einer einheitlichen Versicherung bewirken. Hier besteht das versicherungstechnische Problem, dass die Entscheidung für die Versorgungsform überwiegend eine willentliche Entscheidung ist und nur sehr begrenzt von Zufällen abhängt. Eine rein risikoabhängige, aktuarisch faire Prämien- und Tarifgestaltung ist in einem solchen Fall nur möglich, wenn sämtliche Kosten in den verschiedenen Versorgungsformen und Pflegegraden vollständig bekannt sind und transparent in die Tarifgestaltung einfließen. Anderenfalls ergeben sich daraus Anreizwirkungen sowohl für die Versicherten als auch die Pflegeeinrichtungen, die schwer abzuschätzen sind, aber v.a. eine erhebliche Ungleichbehandlung zu Lasten der Betroffenen mit hohem Pflegebedarf bedeuten.

Aufgrund der unterschiedlichen Art der Sicherungslücken - mit dem individuellen Pflegebedarf steigende Eigenanteil in der häuslichen Versorgung bzw. ein vom individuellen Pflegebedarf unabhängiger Eigenanteil in der stationären Versorgung – treffen hier zudem unterschiedliche Versicherungsprinzipien aufeinander

- eine (teilweise) Absicherung der tatsächlich entstehenden Pflegekosten – hier pauschaliert nach Pflegegraden – für die häusliche Pflege
- die Auszahlung einer fixen Summe, sofern ein überhaupt ein Pflegebedarf besteht, unabhängig von den tatsächlichen Kosten für die stationäre Pflege

Die Verwendung beider Prinzipien in einem einheitlichen Tarif, wobei das Zutreffen der jeweiligen Situation nicht vom Zufall abhängt, sondern vom Versicherten selbst gewählt wird, entspricht in keiner Weise einer konsistenten Versicherungslogik, führt zu versicherungsinterner Umverteilung und schafft damit erhebliche Fehlanreize für die Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen

Die aufgezeigten Unterschiede in den Absicherungsniveaus für Pflegebedürftige mit unterschiedlichen Pflegebedarf, unterschiedlichen Pflegegrads und unterschiedlicher Versorgungsform führen dazu, dass die Idee einer nahezu vollständige Absicherung mittels einer einheitlichen Zusatzversicherung für alle Fälle nicht realisierbar ist.

7 Schlussfolgerung

Die eingangs gestellte Frage, ob die Regelungen im SGB XI zu einer gerechten Verteilung der Belastungen zwischen den Betroffenen führen, muss vor dem Hintergrund der dargestellten Wirkungen mit einem klaren NEIN beantwortet werden. Grund ist eine fehlende dem Gesetzeswerk zugrunde liegende klare sozialpolitische Zielsetzung. Die Ziele waren bereits bei

Einführung des Gesetzes nicht klar benannt und beinhalteten eine ungleiche Absicherung der Pflegekosten von stationärer und häuslicher Versorgung. Im Laufe der Zeit wurden vielfältige Änderungen eingeführt, mit denen im Einzelnen zwar ein konkretes, aber jeweils unterschiedliches sozialpolitisches Ziel verfolgt wurde. Insgesamt führten diese an Teilproblemen orientierten Maßnahmen zu einem Regelwerk, das in sich widersprüchlich und inkonsistent ist und Verwerfungen mit erheblichen Gerechtigkeitsproblemen beinhaltet.

Zusammenfassend handelt es sich um folgende Einzelaspekte

- Ein gleicher Pflegegrad bedeutet nicht einen gleichen Pflegebedarf (Kap. 3.1)
- Ein gleicher Pflegebedarf führt nicht immer zu vergleichbaren Kosten der notwendigen Pflege (Kap. 3.2 und 3.3)

Daraus folgt eine ungleiche Behandlung von Personen mit gleichem Unterstützungsbedarf, was die horizontale Gerechtigkeit verletzt.

- Zudem hat die Staffelung der Leistungsansprüche über die Pflegegrade für die häusliche Pflege keine empirische Fundierung.
- Aus den Leistungsansprüchen folgen daher unterschiedliche Sicherungslücken, da durch die SPV kein vergleichbarer Anteil an den Kosten der Pflege übernommen wird. Dies sind die Eigenanteile in der häuslichen Pflege. (Kap. 4.2)

Die nicht vergleichbare Unterstützung von Personen mit unterschiedlichen Pflegegraden verletzt die vertikale Gerechtigkeit.

- Für die stationäre Pflege gleicht der einrichtungseinheitliche Eigenanteil die unterschiedlichen Eigenanteile über die Pflegegrade hinweg aus (Kap. 4.1)
- Einen vergleichbaren Ausgleich über die Pflegegrade hinweg gibt es in der ambulanten Pflege nicht (Kap. 4.3)
- Auch für die häusliche Pflege lassen sich die Kosten der Pflege und damit die Eigenanteile abschätzen, weshalb eine analoge Behandlung ohne weiteres möglich wäre (Kap. 5)

Es ist eine ungleiche Behandlung von Pflegebedürftigen in stationärer und häuslicher Versorgung festzustellen, die zwei unterschiedlichen Gerechtigkeitszielen folgt.

- Der Vorschlag, mit einer privaten Zusatzversicherung lasse sich einfach eine Vollabsicherung herstellen, ist vor dem Hintergrund der durch die Regelungen in der SPV erzeugten Gerechtigkeitsprobleme schlichtweg falsch (Kap. 6)

Die SPV ist explizit als Teilversicherung ausgestaltet, weshalb die pflegebedürftigen Personen und ihre Familien einen sog. Eigenanteil zu tragen haben. Von Teilversicherungen erwartet man, dass mit ihnen ein klar definierter Anteil des entstandenen Schadens – hier die Kosten der Pflege – abgedeckt ist und alle Versicherten daher einen fairen gleichen Selbstbehalt zu tragen haben. Dies ist in der SPV jedoch nicht so. Die Selbstbehalte, d.h. die Eigenanteile variieren teilweise stark zwischen den Pflegegraden und zwischen häuslicher und stationärer Versorgung. Dieses Gerechtigkeitsproblem wurde jedoch weder bei Einführung noch bei allen Weiterentwicklungen der SPV hinterfragt, weil mit einem unbestimmten Verweis auf das Subsidiaritätsprinzip die bei den Betroffenen und ihren Familien verbleibenden Lasten schlichtweg nicht betrachtet werden. Aber auch wenn es nicht Ziel der Politik ist, die Kosten pflegerischer Versorgung vollständig durch eine Sozialversicherung abzudecken, ist die Kenntnis dieser

Kosten dennoch notwendig, um den pflegebedürftigen Personen und deren Familien in fairer und gerechter Weise einen Teil der Belastung abzusichern und nicht durch willkürliche Setzung von Leistungsansprüchen das Ziel einer fairen und solidarischen Absicherung der Pflege zu gefährden.

8 Quellennachweise

ASSEKURATA (2025): Wege zur Pflegevollversicherung mit der Pflegezusatzversicherung, Köln.

<https://www.assekurata-rating.de/downloads/wege-zur-pflegevollversicherung-mit-der-pflegezusatzversicherung/>

Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2020): Roadmap zur weiteren Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis, <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/pflegenetzwerk-deutschland-pflegeverstaendnis-2020-03-09-roadmap-weitere-umsetzung-pbb-versandfassung.pdf>.

BMG (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_des_Beirats_zur_Ueberpruefung_des_Pflegebeduerftigkeitsbegriffs.pdf

BMG (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf

Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2025): Arbeitsaufträge „Zukunftspakt Pflege“. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegereform/250707_AG-Arbeitsauftraege-beschlossen.pdf

CDU, CSU, SPD (2025): Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 21. Legislaturperiode. https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf

Experten-Rat „Pflegefinanzen“ (2025): Ambulante Pflege - Analyse möglicher Absicherungsbedarfe und geeigneter Finanzierungslösungen, Abschlussbericht (2025): Pflege+ Versicherung ambulant https://www.expertenratpflege.de/w/files/downloads/abschlussbericht_pflege-plus-ambulant.pdf

Expertengruppe Vertragsgestaltung in der Pflege (2021a): Erläuterungen zur Entwurfsempfehlung zur konzeptionellen Ausrichtung von Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI für die ambulante Pflege auf der Grundlage des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs. www.pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/pflegenetzwerk-deutschland-pflegeverstaendnis-2021-11-15-erklarung_expertengruppe-vertragsgestaltung.pdf

Expertengruppe Vertragsgestaltung in der Pflege (2021b): Konzeptioneller Vorschlag der Expertengruppe Vertragsgestaltung in der Pflege auf Grundlage des seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs - Empfehlungen für die Landesrahmenvertragspartner zur Umsetzung des § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XI. www.pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/pflegenetzwerk-deutschland-pflegeverstaendnis-empfehlungen-vorschlag-expertengruppe-vertragsgestaltung.pdf

Hoff, A.; Höse, S.; Knoll, M. Ott, N.: Der monetäre Wert der Pflegeleistungen von An- und Zugehörigen in Deutschland, GAT Working Paper Series GAT-WP 01/2025, Görlitz 2025 https://gat.hszg.de/fileadmin/NEU/Redaktion-GAT/Aktuelle_Projekte/GAT-WP_Series/Hoff_Hoese_Knoll_Ott_2025_-_Monet%C3%A4rer_Wert_infl_Pflegeleistung.pdf

IGES (2024): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung - Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV). www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht-Anlage_1-Bericht_zu_Projektionen_der_Finanzentwicklung_der_SPV_IGES_barrierefrei_2024.pdf

Ott, N. (2019): Sozialpolitik, in: Apolte, Thomas u.a. (Hg): Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik, Band III, Springer: 2019, 319-380

PKV (2025a): Pflege neu denken. Der 10-Punkte-Plan für eine dauerhaft tragfähige Pflegereform. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publicationen/10-Punkte-Plan_der_PKV_f%C3%BCr_Pflegereform.pdf

PKV (2025b): Ein neuer Generationenvertrag für die Pflege. Einstieg in eine generationengerechte Reform. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Gutachten_Studien/2505_Neuer_Generationenvertrag_Pflege.pdf

Rothgang, H.; Fünfstück, M.; Neubert, Czwikla, J.; Hasseler, M. (2015): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen, GKV-Spitzenverband, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13. Hürth. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/serie_1/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_13.pdf

Rothgang, H.; Görres, St.; Darmann-Finck, I.; Wolf-Ostermann, K.; Becke, G. (2020): Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM), Abschlussbericht, Bremen. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf&ved=2ahUKEwim7_T2o2PAX-WDcvEDHTX5JV4QFnoECBcQAQ&usg=AOvVaw0Wfl0nP650KFS6LvBIR8z5

Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Preuß, B. (2025): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung III (A-APV III). Konzept für die Einführung einer bedarfsorientierten Pflegevollversicherung mit begrenzten Eigenanteilen. https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2025-03-11_Gutachten_A-APV_3_END.pdf

Schwinger, A. & Zok, K. (2024) Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. WidO-Monitor 1/2024.

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen_Produkte/WidOmonitor/wido-monitor_1_2024_pflegehaushalte.pdf&ved=2ahUKEwikw8793Y2PAXUzA-IHHcbdGmgQFnoECBcQAQ&usg=AOvVaw0Dg2jjB_LKqxA045Jp4_hn

Statistisches Bundesamt (2025a): Pflegestatistik. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Methoden/pflegestatistik.html>

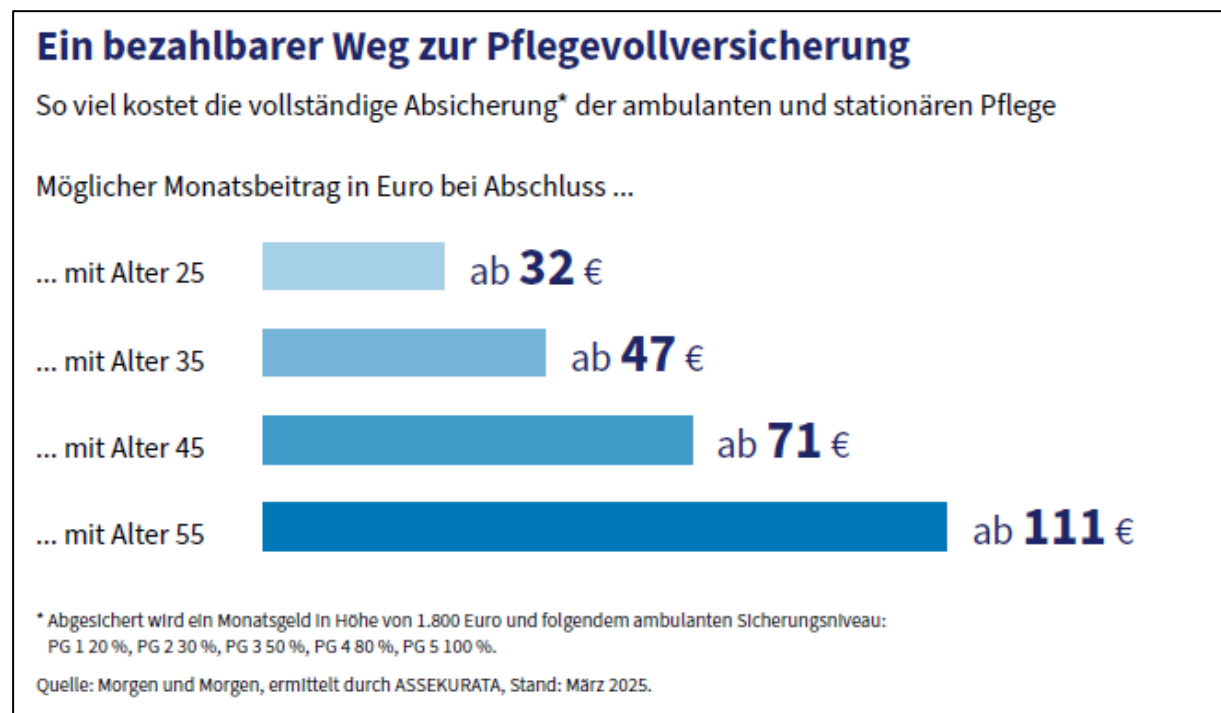
Statistisches Bundesamt (2025b): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftigepflegestufe.html?templateQueryString=pflege>

9 Anhang

Im „10-Punkte-Plan für eine dauerhaft tragfähige Pflegereform“ der PKV (2025a) steht folgendes:

„Mit einer Pflegezusatzversicherung ist bereits heute **die vollständige Absicherung der pflegebedingten Kosten zu moderaten Beiträgen** möglich. Der individuelle Versicherungsbedarf hängt dabei von verschiedenen Faktoren ab. Wichtig ist hier insbesondere die Frage, auf welche Einkünfte aus gesetzlichen, betrieblichen oder privaten Renten sowie auf welches Geld- und Sachvermögen im Pflegefall zurückgegriffen werden kann. So kann eine **Absicherung der rein pflegebedingten Kosten (bei stationärer Pflege im Bundesdurchschnitt 1.800 Euro pro Monat) schon völlig ausreichend sein**, wenn durchschnittliche Alterseinkünfte zur Verfügung stehen. Mit diesen lassen sich die übrigen Kosten in einer vollstationären Einrichtung wie Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten in der Regel gut abdecken. Eine entsprechende Pflegezusatzversicherung kann eine 35-jährige Person schon ab 47 Euro im Monat erwerben. **Ein solcher Tarif bietet auch bei häuslicher Pflege auskömmliche Leistungen** (um die 1.000 Euro in Pflegegrad 3 und 4) (siehe Assekurata-Marktanalyse, April 2025).“

In der Broschüre der PKV (2025b) „Ein neuer Generationenvertrag für die Pflege“ findet sich dazu folgende Grafik, die zeigen soll, mit welchen monatlichen Beiträgen ein solche „Vollversicherung“ durch eine Zusatzversicherung möglich wäre:



Dieser Vorschlag der PKV einer Pflegetagegeldversicherung basiert auf Recherchen der ASSEKURATA (2025). Dort werden vier verschiedene Tarife von privaten Pflegezusatzversicherungen zugrunde gelegt, die folgende Leistungen in Abhängigkeit vom Pflegegrad absichern:

- bei stationärer Pflege:
PG 2 bis 5: monatlicher Auszahlungsbetrag 1.800 € / bzw. 3.200 € bei Wahl des höheren Beitrags
PG 1: 360 € / bzw. 640 €, bei Tarif C weniger, bei Tarif D mehr

Leistungsansprüche Pflegezusatzversicherung bei vollstationärer Pflege				
Pflege-grad	Pflegetagegeldtarife			
	Tarif A	Tarif B	Tarif C	Tarif D
1	360 €/640 €	360 €/640 €	180 €/320 €	1.800 €/3.200 €
2	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €
3	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €
4	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €
5	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €

- bei häuslicher Pflege:
je nach PG unterschiedlicher Prozentsatz der vereinbarten monatliche Summe
PG 1: 20%, PG 2: 30%, PG 3: 50%, PG 4: 80%, PG 5: 100%

Leistungsansprüche Pflegezusatzversicherung bei häuslicher Pflege				
Pflege-grad	Pflegetagegeldtarife			
	Tarif A	Tarif B	Tarif C	Tarif D
1	360 €/640 €	360 €/640 €	180 €/320 €	1.800 €/3.200 €
2	540 €/960 €	1.170 €/2.080 €	540 €/960 €	1.800 €/3.200 €
3	900 €/1.600 €	1.350 €/2.400 €	1.260 €/2.240 €	1.800 €/3.200 €
4	1.440 €/2.560 €	1.620 €/2.880 €	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €
5	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €	1.800 €/3.200 €

Für die oben in der Grafik dargestellten altersabhängigen Beiträge wurde Tarif A mit vereinbarter Monatssumme von 1.800 € zugrunde gelegt:

- Die maximale monatliche Auszahlungssumme ist bei dieser Zusatzversicherung 1.800 €.
- Diese bekommen alle Versicherten mit PG 2 bis 5 in stationärer Pflege.
- In der häuslichen Pflege bekommen diese maximale Summe nur Versicherte in PG 5.

Versicherte in stationärer Pflege bekommen also bei gleichem Pflegegrad 2 bis 4 deutlich mehr ausbezahlt als Versicherte in häuslicher Pflege.

Man hat daher eine versicherungsinterne Umverteilung von Personen in häuslicher Pflege hin zu denen in stationärer Pflege.

Betrachtet man die Summen, die zur Auszahlung kommen, so reichen diese bei häuslicher Pflege bei allen Pflegegraden nicht zur Vollabsicherung. In der stationären Pflege aber schon. Denn die Summe 1.800 € / 3.200 € ist daran ausgerichtet, was momentan an Eigenanteilen in der stationären Pflege zu leisten ist (1.800 € für die pflegebedingten Kosten / 3.200 € wenn auch die Investitionskosten und die Kosten für Unterkunft und Verpflegung abgesichert sein sollen).

Da in der stationären Pflege nur ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5 (§84 (2) SGB XI) erhoben wird, ist dieser Wert ein Durchschnittswert über alle Pflegegrade, der nur die „durchschnittlichen“ pflegebedingten Kosten abdeckt

In der Häuslichkeit gibt es aber keine „Durchschnitts“kosten, da hier meist nur eine einzelne Person gepflegt wird. Eine Person mit Pflegegrad 5 hat deutlich höhere pflegebedingte Kosten als 1.800 €, die hier nicht durch geringere Kosten einer Person mit geringerem Bedarf ausgeglichen werden.

(Bsp.: wird in der Nachbarwohnung eine Person mit Pflegegrad 2 gepflegt, so wird die Differenz zu den 1.800 €, die diese Person nicht zur Abdeckung ihrer Pflegekosten benötigt, nicht an die Person mit Pflegegrad 5 ausgezahlt).

Im Beispiel der ASSEKURATA werden die geringeren Kosten bei niedrigeren Pflegegraden zwar durch entsprechende Abschläge berücksichtigt, dabei aber zwei Fehler gemacht:

- (1) Die Ersparnis bei den geringeren Pflegegraden führt zu geringeren Auszahlungen der Versicherung bei der häuslichen Pflege, die höheren Kosten jedoch nicht zu entsprechend höheren Auszahlungen bei höheren Pflegegraden. Das Prinzip der Risikoäquivalenz ist damit verletzt.
- (2) Als Höchstsumme wird der Wert 1.800 € gesetzt, der aber nur im Durchschnitt über alle Pflegebedürftigen die pflegebedingten Kosten in der stationären Pflege voll abdeckt. Nimmt man diesen Durchschnittswert jedoch als Referenzwert für die maximale Auszahlung auch in der häuslichen Pflege, so führt dies nicht nur bei den Pflegebedürftigen mit höchstem Pflegegrad zu einer nicht kostendeckenden Absicherung, sondern für alle Versicherten in der Häuslichkeit, da die Abschläge bei geringeren Pflegegraden an diesem Referenzwert orientiert sind.

Es handelt sich also bei dieser Zusatzversicherung keinesfalls um eine Vollversicherung, die die jeweilige Sicherungslücke füllen kann.