

Ambulante Pflege

Analyse möglicher Absicherungsbedarfe und geeigneter Finanzierungslösungen

Einleitung

Der Experten-Rat „Pflegefinanzen“ hat im Jahr 2023 die Einführung einer *obligatorischen* kapitalgedeckten, paritätisch finanzierten und sozialpolitisch abgedeckten Zusatzversicherung für die Eigenanteile der im Pflegeheim anfallenden pflegebedingten Kosten vorgeschlagen – die Pflege+ Versicherung.¹ Dieses Modell zielt darauf ab, die finanzielle Belastung von Pflegebedürftigen zu mindern und gleichzeitig eine generationengerechte Lastenverteilung zu gewährleisten. Im Gegensatz zu der bestehenden (umlagefinanzierten) sozialen Pflegeversicherung, welche mit einer Umverteilung zu Lasten der jüngeren Beitragszahler verbunden ist, beinhaltet die Pflege+ Versicherung den Aufbau von Alterungsrückstellungen innerhalb der jeweiligen Alterskohorten, um die zukünftigen Eigenanteile nachhaltig zu finanzieren. Der Experten-Rat hat zudem ein Übergangsmodell für die derzeit älteren Jahrgänge vorgeschlagen, das begrenzte Leistungen und Beiträge umfasst, um auch diese Generation trotz bislang fehlender Alterungsrückstellungen in die verbesserte Versorgung einbeziehen zu können. Dass mit der Kapitaldeckung eine generationengerechte Lastenverteilung möglich ist, hat auch die Bundesregierung zwischenzeitlich in ihrem Bericht „Zukunftssichere Finanzierung der Pflege“ anerkannt.²

In der durch den Vorschlag des Experten-Rats „Pflegefinanzen“ angestoßenen Debatte ist verschiedentlich vorgeschlagen worden, das Konzept um eine „ambulante Komponente“ zu ergänzen, so dass Pflege+ sowohl die Eigenanteile im stationären als auch im ambulanten Bereich abdecken würde. Dazu wurden im Wesentlichen drei Argumente vorgetragen:

- Die häusliche Pflege stehe quantitativ im Vordergrund. Eine obligatorische Versicherung vorzusehen, die nur für die stationär versorgten Pflegebedürftigen leistet, sei wenig vermittelbar.
- Eine Zusatzversicherung, die nur im stationären Bereich Leistungen vorsehe, könne einen „Heimsog“ auslösen. Dieser könnte die von der Pflegeversicherung zu tragenden Kosten weiter erhöhen und daher Prämiensteigerungen erforderlich machen.
- Bislang sei es dank der gut ausgebauten ambulanten Leistungen gelungen, eine stärkere Verlagerung des Pflegegeschehens in die Pflegeheime zu verhindern. Um die ambulante Pflege auch in Zukunft leistungsfähig zu halten, sollten dort zusätzliche Leistungen vorgesehen werden.

Die vorliegende Stellungnahme greift diese Diskussion auf. Sie begutachtet, ob sich eine Ergänzung der vorgeschlagenen obligatorischen Zusatzversicherung in der stationären Versorgung um Leistungen für den ambulanten Bereich hinreichend begründen und sinnvoll ausgestalten lässt.³

¹ Vgl. Experten-Rat Pflegefinanzen: Die Pflege+ Versicherung – Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung, veröffentlicht im April 2023, abrufbar unter: www.expertenratpflege.de.

² Vgl. Bundesregierung: Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen, Berlin 2024.

³ Die folgende Analyse bezieht sich vornehmlich auf ältere Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen. Pflegebedürftige Kinder und ihre Familien stehen aufgrund besonderer Bedarfslagen sowie einer oft unzureichenden spezialisierten professionellen Versorgung vor anderen Herausforderungen. Diese lassen sich

Ausgangssituation in der ambulanten Pflege

Die ambulante Pflege spielt in Deutschland eine zentrale Rolle in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen, da ein Großteil der Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung betreut ist. Zum Jahresende 2023 wurde nur knapp ein Fünftel der Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 in der stationären Pflege betreut, während fast 84 % in der häuslichen Umgebung versorgt wurden; bei den – wenigen – jüngeren Pflegebedürftigen (unter 60 Jahren) liegt dieser Anteil noch deutlich höher. Dabei steigt mit dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit der Anteil der stationären Pflege, aber auch bei den schwersten Pflegegraden 4 und 5 lebt noch mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit.⁴ In den letzten 20 Jahren hat der Anteil stationär gepflegter Menschen kontinuierlich abgenommen – vor 20 Jahren lag er noch bei knapp 30 %. Die deutliche Zunahme der Leistungsempfänger seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 entfiel weit überwiegend auf den ambulanten Bereich.

Pflege	Pflegebedürftige	Pflegegrade				
		1	2	3	4	5
Ambulant	4.678.839	805.825	2.040.465	1.306.437	402.319	123.793
Stationär	755.445	3.604	116.902	283.263	238.099	113.577
Einrichtungen der Eingliederungshilfe	140.045	0	59.219	42.020	26.236	12.570
Gesamt	5.574.329	809.429	2.216.586	1.631.720	666.654	249.940

Tabelle 1: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegeart und Pflegegrad (Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 15. Juli 2024, eigene Berechnungen).

Pflege	Pflegebedürftige nach Altersklassen								
	<20	20-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	>90
Ambulant	345.696	619.039	277.342	340.985	471.425	590.800	1.124.039	1.201.092	718.055
Stationär	565	29.702	26.526	36.725	51.613	70.834	159.397	218.709	205.520
Gesamt	346.261	648.741	303.868	377.710	523.038	661.634	1.283.436	1.419.801	923.575

Tabelle 2: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegeart und Altersklasse (Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2023, Stand: 18. Dezember 2024, eigene Berechnungen).

Von staatlicher Seite wird die ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen vielfältig gefördert. So sieht das Sozialgesetzbuch bereits seit der Einführung der Pflegeversicherung ein breites Spektrum möglicher Leistungen vor, das kontinuierlich ergänzt worden ist. Dazu zählen Freistellungsansprüche gegenüber dem Arbeitgeber, die Anerkennung von Pflegezeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfall- und Arbeitslosenversicherungsschutz, Angebote zur Unterstützung im Alltag, Pflegekurse sowie ein Entlastungsbetrag. Die Pflegebedürftigen können entweder ausschließlich ambulante Sachleistungen in Anspruch nehmen, sich alternativ für Pflegegeld entscheiden oder eine Kombination der beiden Leistungen nutzen. Die ambulanten Pflegesachleistungen umfassen dabei nicht nur die körperbezogene Pflege und pflegerische Betreuungsmaßnahmen, sondern auch Hilfe bei der Haushaltsführung (§ 36 SGB XI). Darüber hinaus können seit dem Jahr 2015 40 % des

möglicherweise nicht im aktuellen Teilleistungssystem der Pflegeversicherung angemessen abbilden und erfordern daher ggf. eine Vernetzung mit weiteren Unterstützungsleistungen.

⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG): *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*, Stand: 15. Juli 2024, eigene Berechnungen.

Sachleistungsbudgets für landesrechtlich anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (AzUiA)⁵ genutzt werden (§ 45a SGB XI). Ein flexibles Modell bietet die sogenannte Kombinationsleistung gemäß § 38 SGB XI an. Soweit Pflegebedürftige ihr Sachleistungsbudget nicht vollständig ausschöpfen, können sie anteilig Pflegegeld beziehen. Auf diese Weise können sie die Sachleistungen individuell auf ihre Bedürfnisse abstimmen und gleichzeitig finanzielle Unterstützung durch das Pflegegeld erhalten. Diese Flexibilität setzt sich in der Regelung zur Kurzzeit- oder Verhinderungspflege fort: Seit 2012 ist es möglich, ebenfalls als Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI, während dieser Phasen weiterhin die Hälfte des jeweiligen Pflegegelds zu beziehen, was die finanzielle Absicherung auch bei zeitweiser stationärer oder vorübergehender ambulanter Pflege ermöglicht. Ein Entlastungsbetrag kann insbesondere zur Kostenerstattung für alltagsnahe Unterstützungsleistungen genutzt werden. Zur Sicherung der häuslichen Pflege können ergänzend teilstationäre Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden. Zur Ermöglichung häuslicher Pflege können subsidiär Zuschüsse zu Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen gewährt werden.

Während die Breite des Spektrums möglicher Leistungen die Heterogenität der Bedarfslagen bei der häuslichen Pflege widerspiegelt, sind zugleich die Schwerpunkte der Inanspruchnahme eindeutig: Bezogen auf Geld- versus Sachleistungen nahmen 2023 rund drei Viertel der Leistungsbezieher ausschließlich Pflegegeld in Anspruch, knapp ein Fünftel entschied sich für die Kombinationsleistung und nur 5 % griffen ausschließlich auf Sachleistungen zurück. Dabei steigt der Anteil derjenigen, die von Sach- und Kombinationsleistung Gebrauch machen, mit dem Pflegegrad an. Selbst in Pflegegrad 5 beziehen jedoch noch 65 % der betroffenen Personen ausschließlich Pflegegeld, während 23 % die Kombinationsleistung in Anspruch nehmen und 13 % ausschließlich auf Sachleistungen zurückgreifen (vgl. Tabelle 3). Dies zeigt, dass selbst bei erheblicher Pflegebedürftigkeit viele Menschen die finanzielle Unterstützung des Pflegegeldes gegenüber den Sachleistungen bevorzugen.

Leistungsart	Leistungsempfänger				Insgesamt
	Pflegegrade				
	2	3	4	5	
Pflegesachleistung	69.518	56.103	32.639	14.435	172.695
In %	3,9	4,8	9,0	12,8	5,0
Pflegegeld	1.502.040	870.643	248.211	73.015	2.693.909
In %	83,3	75,2	68,6	64,6	78,4
Kombinations-leistung	232.249	230.949	81.096	25.569	569.863
In %	12,8	19,9	22,4	22,6	16,6
Insgesamt	1.803.807	1.157.695	361.946	113.019	3.436.467
In %	52,5	33,7	10,5	3,3	100

Tabelle 3: Leistungsempfänger der ambulanten Pflege nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt, dargestellt in absoluten Zahlen und Prozentanteilen. (Bundesministerium für Gesundheit: Soziale Pflegeversicherung – Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden 1 im Jahresdurchschnitt 2023, veröffentlicht im August 2024, abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html> [zuletzt abgerufen am 19.02.2025]).

Der so im Vordergrund stehende Bezug von Pflegegeld wird durch die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages für alltagsnahe Unterstützungsleistungen (rd. 48% der Hauptpflegepersonen gaben laut Schwinger/Zok (2024) an, diese Leistung zu beziehen) und durch die Nutzung von Verhinderungspflege (rd. ein Drittel der Hauptpflegepersonen nutzt sie laut Schwinger/Zok (2024))

⁵ Bis 2017 noch als „niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote“ bezeichnet.

ergänzt.⁶ Demgegenüber kommt der Tages-/Nachtpflege und der Kurzzeitpflege nur eine geringe Bedeutung zu. Ein fehlender Bedarf an diesen Dienstleistungen wird indes als häufigster Grund für die geringe Nutzung angegeben.⁷ Ein großer Teil der pflegebedürftigen Personen präferiert es, nicht von Fremden gepflegt zu werden.⁸ Demgegenüber ist der Wunsch nach Hilfe im Haushalt und bei der Betreuung ausgeprägt.⁹

Nicht nur die Pflegesituationen, auch die Belastungen der pflegenden Angehörigen variieren erheblich – einerseits in Abhängigkeit vom Ausmaß des Pflege- und Betreuungsbedarfs, andererseits danach, ob die Belastung von einer Person allein zu tragen ist, wie sich deren eigene berufliche, familiäre und gesundheitliche Situation darstellt, oder ob sie auf mehrere pflegenden Personen verteilt werden kann. Bei pflegenden Angehörigen, die noch im Erwerbsleben stehen, sind die Auswirkungen auf die Berufstätigkeit sehr unterschiedlich. Von den rd. 7,1 Millionen Pflegenden sind etwa 5 Millionen *erwerbsfähig* und 4,1 Millionen *erwerbstätig*. Laut Schwinger/Zok (2024) waren von den Befragten im erwerbsfähigen Alter nach eigenen Angaben 45,4 % in Vollzeit, 36,6 % in Teilzeit und 17,8 % nicht erwerbstätig. Gut die Hälfte der in Teilzeit oder stundenweise erwerbstätigen pflegenden Befragten sagt, sie habe ihre Arbeitszeit aufgrund der Pflege reduziert; in der Untersuchung von KANTAR ist der Anteil etwas niedriger, aber in einer ähnlichen Größenordnung.¹⁰ Den gesetzlichen Anspruch auf unbezahlte Freistellung bis zu 6 Monaten im Rahmen der Pflegezeit hat bisher nur ein Bruchteil (unter 5%) der erwerbstätigen Pflegepersonen geltend gemacht; das Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung für bis zu 10 Tage pro Kalenderjahr haben gut 10 Prozent bereits genutzt.

Die Entscheidung für oder gegen einen Wechsel von der ambulanten in die stationäre Pflege wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die sowohl emotionale, finanzielle als auch praktische Aspekte betreffen. Ein zentraler Grund ist der starke Wunsch der Pflegebedürftigen, in der häuslichen Umgebung von Angehörigen gepflegt zu werden, was von den Hauptpflegepersonen weitgehend akzeptiert wird. Praktische Erwägungen, wie die Verfügbarkeit und Qualität von stationären

⁶ Vgl. Schwinger, Antje, und Zok, Klaus. "Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände." WIdO-Monitor 21, Nr. 1 (2024). S. 9; KANTAR, 2019, Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI), Los 2: Allgemeine Befragungen. S. 155 ff., [Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit \(§ 18c Abs. 2 SGB XI\) - Abschlussbericht: Allgemeine Befragungen \(Los 2\) \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#) [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].

⁷ Vgl. Räker, M. et al., 2020, Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung, Berlin. S. 65 – 96. Vgl. Schwinger, Antje, und Zok, Klaus. "Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände." Wido-Monitor 21, Nr. 1 (2024). S. 4.

⁸ Vgl. KANTAR, 2019, Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen. [Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit \(§ 18c Abs. 2 SGB XI\) - Abschlussbericht: Allgemeine Befragungen \(Los 2\) \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#) [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].

⁹ Vgl. Büscher, A. et al., 2023, Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht. [VdK-Pflegestudie Abschlussbericht Februar 2023 inkl Anhang.pdf](#) [zuletzt abgerufen am 19.02.2025]; Räker, M. et al., 2020, Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung, Berlin. S. 65 – 96.

¹⁰ Vgl. Schwinger, Antje, und Zok, Klaus. "Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände." WIdO-Monitor 21, Nr. 1 (2024). S. 9; Vgl. KANTAR, 2019, Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen. S. 155 ff, [Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit \(§ 18c Abs. 2 SGB XI\) - Abschlussbericht: Allgemeine Befragungen \(Los 2\) \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#) [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].

Pflegeeinrichtungen vor Ort sowie finanzielle Erwägungen, spielen eine untergeordnete Rolle.¹¹ Viele Pflegebedürftige wollen nicht von fremden Pflegekräften gepflegt werden – dies gilt schon für die Pflege im häuslichen Bereich und umso stärker für den Übergang in die stationäre Pflege.

Eigenanteile in der ambulanten Pflege

Für die stationären Pflegeeinrichtungen werden zwischen den Einrichtungsträgern und den Kostenträgern nach Pflegegraden differenzierte Pflegesätze vereinbart, denen die (ebenfalls nach Pflegegraden differenzierten) gesetzlich normierten Leistungsansprüche gegenüberstehen. Aus der Differenz haben die Pflegeeinrichtungen einrichtungsspezifische, Pflegegrade-übergreifend einheitliche Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten zu ermitteln (§ 84 Abs. 2 SGB V). An diesen Eigenanteilen setzt der Zuschuss nach § 43c SGB XI an. Auch der Vorschlag des Experten-Rats für die Pflege+ Versicherung geht von diesen Eigenanteilen aus und sieht ein Modell zur nachhaltigen Absicherung dieser Eigenanteile vor.

Anders als in der stationären Altenpflege liegen zur häuslichen Pflege keine klaren Daten zu den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen an den pflegebedingten Kosten vor. Dies reflektiert zunächst die große Vielfalt in der ambulanten Versorgung von Pflegebedürftigen. Die Versorgung erfolgt nicht nur in sehr unterschiedlicher Art und Weise, sondern auch von ganz unterschiedlichen Menschen – von Familienangehörigen mit oder ohne eigene Erwerbstätigkeit oder auch von Dritten, also von professioneller Seite. Hilfeleistungen seitens der Angehörigen werden über das ihnen ggf. vom Pflegebedürftigen übertragene Pflegegeld hinaus nicht entgolten, obschon hier erhebliche Kosten, auch im Sinne von Opportunitätskosten, entstehen können. Wenn dennoch Eigenanteile für die ambulante Versorgung ermittelt und diskutiert werden, beziehen diese sich auf konkrete Aufwendungen Dritten gegenüber.

Zudem ist der Leistungskatalog – wie dargestellt – sehr ausdifferenziert, um der Unterschiedlichkeit der Bedarfskonstellationen Rechnung zu tragen. Große Teile der Pflegebedürftigen wählen die Geldleistung „Pflegegeld“ oder zumindest eine Kombination aus Pflegegeld und Sachleistung. Es ist der einzelnen pflegebedürftigen Person möglich, die gewählten Leistungen so zusammenzustellen, dass die Leistungsgrenzen des SGB XI nicht oder exakt ausgeschöpft werden. Stellen die Pflegebedürftigen sich ein Leistungspaket zusammen, dessen finanzielle Größenordnung die Leistungsansprüche übersteigt, bezahlen sie die Rechnungen für die nicht von der Pflegeversicherung gedeckten Beträge direkt an die ambulanten Pflegeeinrichtungen. Zu diesen Aufwendungen sind in der Regel keine Daten bei den Pflegekassen vorhanden.

Von amtlicher Seite liegen Daten zu Eigenanteilen im häuslichen Bereich nur für solche Fälle vor, bei denen Pflege durch Dritte in Anspruch genommen wird, die Eigenanteile nicht getragen werden können und daher die Sozialhilfe als „Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen“ (im folgenden *Hilfe zur Pflege*) die Eigenanteile übernimmt. Im Jahr 2023, als laut Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes rund 4,9 Millionen Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld versorgt wurden, nahmen lediglich etwa 58.000 Personen *Hilfe zur Pflege* in Anspruch.¹² Diese geringe Zahl verdeutlicht die niedrige Inanspruchnahme-Quote, die nur etwa 1,2 % der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld ausmacht. Die Gruppe der Empfänger von *Hilfe zur Pflege* lässt sich weiter differenzieren: Von den rund 58.000 Personen bezogen etwa 33.000 zusätzlich Pflegeleistungen von einem Sozialversicherungsträger oder

¹¹ Vgl. Schwinger, Antje, und Klaus Zok. "Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände." *WIdO-Monitor* 21, Nr. 1 (2024): 9; Keck et al., 2024, Pflegebedürftigkeit im Alter: Angehörigen- und Versorgungssituation im Zusammenhang mit den Pflegegraden bei häuslicher Pflege, In: *Gesundheitswesen*; 86 (Suppl. 1). S. 10.

¹² Vgl. Statistisches Bundesamt (2024): *Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2023*.

einer privaten Pflegeversicherung.¹³ Dies zeigt, dass die *Hilfe zur Pflege* auch an Personen ausgezahlt wird, die keine ausreichende Vorversicherungszeit in der Pflegeversicherung aufweisen. Hierzu zählen unter anderem obdachlose Personen oder Langzeitarbeitslose, die innerhalb der letzten zehn Jahre nicht mindestens zweieinhalb Jahre in der Pflegeversicherung versichert waren. Diese Gruppe stellt eine spezifische, besonders vulnerable Bevölkerungsschicht dar, die auf solche Leistungen angewiesen ist, um eine adäquate Pflege sicherzustellen.

Jenseits der *Hilfe zur Pflege* stehen nur Befragungsdaten zur Abschätzung von Eigenanteilen von Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege zur Verfügung. Danach leistet rund die Hälfte der ambulanten Pflegebedürftigen keine Eigenanteile. Bei denjenigen, die Eigenanteile hatten, beliefen diese sich nach Schwinger/Zok (2024) im Jahr 2023 auf durchschnittlich 290 Euro.¹⁴ Dabei zeigt sich eine große Varianz in den angegebenen Eigenbeteiligungen: Während die Hälfte der Betroffenen, die zuzahlen, nur bis zu 125 € monatlich aufwendet (Median), zahlt das untere Zehntel maximal 28 €, während das obere Zehntel mindestens 642 € im Monat an Eigenleistungen aufbringt. Im Vergleich zum Jahr 2019 ist der Medianwert der Zuzahlungen leicht gesunken (von 150 € auf 125 €), während die Mindestaufwendungen des Zehntels mit den höchsten Zuzahlungen deutlich gestiegen sind (von 500 € auf 642 €). Besonders hohe Zuzahlungen leisten Haushalte, in denen demenziell Erkrankte leben, was sich in einem Median von 249 € zeigt. Ebenso zahlen Haushalte mit hohem Pflegegrad (Median: 200 €), langer Pflegedauer (Median: 159 €) oder hoher psychischer Belastung der pflegenden Angehörigen (hoher HPS-Score, Median: 157 €) überproportional hohe Eigenanteile.

Die voranstehenden Ausführungen verdeutlichen: Die Bedarfslagen bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen sind sehr unterschiedlich, worauf der Gesetzgeber mit einem ausdifferenzierten Angebot an sozialstaatlich finanzierten Leistungen reagiert hat. Bei entsprechender Bündelung unterschiedlicher Leistungsarten (Sachleistungen und/oder Pflegegeld, Entlastungsbetrag, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege) können sehr umfangreiche Leistungshöhen realisiert werden, die teilweise deutlich höher als die Leistungsbeträge in der stationären Pflege beim entsprechenden Pflegegrad liegen können. Dem Anhang lassen sich drei Fallbeispiele entnehmen. So beträgt beispielsweise bei Pflegegrad 3 und Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten der ambulante Leistungsanspruch bis zu 3.322 Euro pro Monat (vgl. Anhang, Tabelle 1), während im stationären Bereich – je nach Aufenthaltsdauer – zwischen 1.583 und 2.637 Euro gewährt werden. Auch bei Bezug von Kombinationsleistungen liegt der ambulante Anspruch mit 2.873 Euro höher als die stationären Leistungen (vgl. Anhang, Tabelle 3). Selbst bei ausschließlichem Pflegegeldbezug stehen mit allen anderen Ansprüchen 2.424 Euro zur Verfügung (vgl. Anhang, Tabelle 2), was höher ist als der Leistungsanspruch in den ersten drei Jahren der stationären Pflege.¹⁵

In der überwiegenden Zahl der Fälle gelingt es den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen offenbar weitgehend, den Bedarf durch diese Leistungen zu decken und so nennenswerte Eigenanteile zu vermeiden, wobei die einführend gemachten Einschränkungen gelten. Pekuniäre Eigenanteile, die die Pflegebedürftigen so überfordern, dass Anspruch auf *Hilfe zur Pflege* im Rahmen der Sozialhilfe ausgelöst würde, bestehen nur sehr vereinzelt.

Bestehende Zusatzversicherungen für ambulante Pflege

Wie im vorherigen Abschnitt dargestellt, besteht für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Möglichkeit, ihre Bedarfe durch Leistungen aus SPV/PPV sowie vorhandene Einkünfte und Vermögenswerte zu decken. Darüber hinaus besteht ein breites Angebot an privaten

¹³ Vgl. Statistisches Bundesamt: Sonderauswertung (2024) zu Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege nach Leistungsarten 2023, Stand: 31.12.2023.

¹⁴ Vgl. Schwinger, Antje, und Zok, Klaus. "Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände." *WIdO-Monitor* 21, Nr. 1 (2024). S. 5 ff.

¹⁵ Zur genauen Berechnung der Leistungshöhen siehe Anhang.

Pflegezusatzversicherungen. Zur Ergänzung der Leistungen aus SPV und PPV bieten die Versicherungsunternehmen Versicherungsverträge, die bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI eine Geldzahlung leisten oder die Kosten für pflegebedingte Aufwendungen in vertraglichem Umfang erstatten. Verträge, die ausschließlich bei ambulanter Versorgung leisten, sind nicht die Regel.¹⁶ Marktüblich und damit praxisrelevant sind bei den aktuell verkaufsoffenen Tarifen im Wesentlichen zwei vertragliche Varianten, die sowohl bei ambulanter als auch stationärer Versorgung Leistungen vorsehen:

Variante 1: Die **Pflegekostenversicherung** ergänzt die SPV-/PPV-Leistung als Kostenersatz um einen vertraglich vereinbarten Prozentsatz (z. B. um 100 %).

Variante 2: Die **Pflegetagegeldversicherung** leistet bei Pflegebedürftigkeit das vertraglich vereinbarte Tagegeld, oftmals als Monatsleistung.

Rund 4,18 Mio. Personen verfügen über eine ergänzende Pflegeversicherung. Die Pflegetagegeldversicherung überwiegt dabei deutlich.¹⁷ Die Tagegeldleistung erfolgt im Pflegefall üblicherweise abgestuft, d. h. sie ist differenziert nach

- 1) der Versorgungsform (ambulant oder stationär) sowie
- 2) dem festgestellten Pflegegrad.

Typische Verträge zur Pflegetagegeldversicherung sehen die volle vereinbarte Leistung ab Pflegegrad 2 (stationär) sowie bei Pflegegrad 5 (ambulant) und eine geminderte Leistung bei Pflegegrad 1 bis 4 (ambulant) vor:

Pflegegrad	Tagegeld bei ambulanter Versorgung (beispielhaft)	Tagegeld bei stationärer Versorgung (beispielhaft)
5	100 %: 50 Euro	100 %: 50 Euro
4	70 bis 80 %	100 %
3	50 bis 60 %	100 %
2	30 bis 40 %	100 %
1	10 bis 20 %	10 bis 20 %

Tabelle 4: Beispielhafte Darstellung der üblichen Leistungsabdeckung durch Pflegetagegeldversicherungen bei ambulanter und stationärer Versorgung in Abhängigkeit vom Pflegegrad.

Vorsorge für ambulante Pflege

Der Experten-Rat „Pflegefianzen“ hat für den Bereich der stationären Pflege eine Schadenversicherung empfohlen, die eine Übernahme von 90% der pflegebedingten Eigenanteile (EEE)

¹⁶ Marktüblich ist die Regelung in den Versicherungsbedingungen und/oder Annahmerichtlinien der Versicherer, dass Leistungen bei stationärer Versorgung vertraglich vereinbart werden müssen und die vereinbarte Pflegetagegeldhöhe bei ambulanter Pflege nicht höher sein darf als bei stationärer Pflege.

¹⁷ Über eine Pflegetagegeldversicherung verfügen 3,05 Mio. Versicherte. Der sogenannte „Pflege-Bahr“ zählt rund 0,91 Mio. Versicherte. In einer Pflegekostenversicherung sind nur 0,37 Mio. Personen versichert. Vgl. Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (2023): Statistiken zur deutschen Versicherungswirtschaft. Tabelle 56. <https://www.gdv.de/gdv/statistik/statistiken-zur-deutschen-versicherungswirtschaft-uebersicht/private-krankenversicherung> [zuletzt abgerufen am 19.02.2025]; Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (2024): Die deutsche Lebensversicherung in Zahlen 2024. <https://www.gdv.de/resource/blob/180978/b8ae8eb0b1bf4b15e7cc3354bc231af9/die-deutsche-lebensversicherung-in-zahlen-2024-publikation-pdf-data.pdf> [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].

vorsieht (Pflege+ Versicherung). Zu prüfen ist, ob ein entsprechender Vorschlag einer obligatorischen Zusatzversicherung auch für den ambulanten Bereich sachgerecht ist.

Die voranstehende Darstellung der ambulanten Versorgung hat wesentliche Unterschiede zur stationären Pflege deutlich gemacht. Insbesondere ist im stationären Bereich die Kostensituation für die Pflegebedürftigen homogen – alle Pflegebedürftigen einer Pflegeeinrichtung werden mit dem gleichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil belastet, der durch eine Pflegekostenversicherung adressiert werden kann. Bei der ambulanten Pflege hat der Gesetzgeber auf die Heterogenität der Lebenslagen und die daraus resultierenden Bedarfe bereits mit einem vielfältigen Leistungsspektrum reagiert. Die gleichwohl verbleibenden, ungedeckten Bedarfe sind individuell allerdings sehr unterschiedlich. So sind sie bei Pflegebedürftigen, die zur Pflege bereite Familienangehörige im lokalen Umfeld haben, sicherlich geringer als bei Pflegebedürftigen, bei denen entweder Familienmitglieder nicht lokal verfügbar (zum Beispiel aufgrund des Wohnsitzes oder ihrer Berufstätigkeit) oder nicht zur Pflege bereit sind. Auch hängen zum Beispiel die Art und der Umfang benötigter professioneller Unterstützung von den Details der Wohnsituation ab, woraus beim gegebenen Leistungsspektrum von SPV und PPV sehr unterschiedliche verbleibende nicht gedeckte Aufwendungen resultieren.

Vor diesem Hintergrund steht die Konzeptualisierung und Umsetzung einer Schadenversicherung für etwaig verbleibende Eigenanteile in der häuslichen Versorgung vor enormen Herausforderungen. Soll eine weitgehende Abdeckung der verbleibenden Eigenanteile bewirkt werden, müsste jeweils im Einzelfall ermittelt werden, welche nicht durch die Leistungen nach SGB XI abgedeckten Kosten angemessen und durch eine solche Zusatzversicherung zu übernehmen wären. Ohne eine auf den Einzelfall zugeschnittene Vertragsgestaltung ergeben sich zudem gravierende *Moral-Hazard* Probleme, die zu erheblichen Mehrkosten der Versicherung führen würden. Die auf dem Versicherungsmarkt als Schadenversicherung angebotenen Zusatzversicherungen begrenzen vor diesem Hintergrund typischerweise Leistungen auf eine im Vorhinein vertraglich vereinbarte Obergrenze, etwa als Prozentsatz der Leistungen von SPV und PPV.

Deutlich sinnvoller erscheint demgegenüber eine Summenversicherung, die im ambulanten Pflegefall eine im Versicherungsvertrag vereinbarte, pauschale Auszahlungssumme vorsieht. Sie könnte etwa auf Basis einfacher, standardisierter Merkmale, etwa dem Pflegegrad, ergänzende Leistungen wie ein Pfl egetagegeld zur Verfügung stellen. Die Leistungen von SPV und PPV ergänzende Summenversicherungen dominieren schon heute als Pfl egetagegeldversicherung den Markt für freiwillige private Pflegezusatzversicherungen.

Obschon die große Heterogenität im Bedarf für die Konzeption einer Zusatzversicherung für ambulante Pflege als Summenversicherung spricht, bestehen hier erhebliche Verbraucher- und Vermittlungsprobleme beim Zugang zum bedarfsdeckenden Versicherungsschutz.¹⁸ Die angebotenen Pflegezusatzversicherungen erfordern in der Beratungs- und Vermittlungsphase weitgehende Vorbereitungen, die für Verbraucher wie Vermittler gleichermaßen aufwändig sein können. Diese Aufwände beruhen unter anderem darauf, dass die bedarfsdeckende Absicherung eine Ermittlung des Bedarfs für den konkreten Einzelfall erfordert. Das heißt der Antragsteller muss sich dazu bei Vertragsabschluss festlegen, in welcher Höhe und in welchem Umfang er die Versicherungsleistung mit dem Versicherer vereinbaren möchte.

Zu ermitteln sind hierfür exemplarisch folgende Einnahmen und Ausgaben über die perspektivisch zu erwartende Höhe der

- Teilleistung aus SPV/PPV,
- Mehrausgaben bei häuslicher Pflege (z.B. Kosten für ambulante Pflegedienstleistungen),

¹⁸ Vgl. Experten-Rat Pflegefinanzen: Die Pflege+ Versicherung – Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung, veröffentlicht im April 2023, abrufbar unter: www.expertenratpflege.de [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].

- Einkünfte und Vermögenswerte – und in welchem Umfang diese für Mehrausgaben bei Pflegebedürftigkeit verwendet werden können und sollen (unter Berücksichtigung von Vererbungsmotiven und der gemeinsamen Lebenssituation mit dem Ehe- bzw. Lebenspartner) – sowie Unterstützungsleistungen durch nahestehende Personen.

Die Bedarfsermittlung erfordert entsprechend eine umfängliche und über lange Zeiträume in die Zukunft reichende Einschätzung der persönlichen wirtschaftlichen Situation. Es ist gleichermaßen naheliegend wie plausibel, dass sich die Parameter und entsprechend die individuellen Bedarfe und Absicherungsziele in der Zukunft ändern.

Der Versicherungsnehmer muss für die versicherbaren Leistungsbereiche (Pflegegrad 1 bis 5) die benötigte/gewünschte Höhe in Eurobeträgen entsprechend seines individuellen Bedarfs ermitteln und vereinbaren. Vor allem die oben genannten Größen (z.B. Mehrausgaben bei häuslicher Pflege unter Berücksichtigung der langfristigen Entwicklung und individuellen Lebenssituation) sind zu Vertragsschluss ungewiss und erschweren die bedarfsorientierte Absicherung. Prämien- und Leistungsdynamiken ermöglichen eine Anpassung der Versicherungsleistung im Zeitablauf – unter Inkaufnahme von höheren Prämien, die das wirtschaftliche Belastungsrisiko erhöhen (v.a. bei älteren Versicherungsnehmern).

Ohne eine Versicherung wäre die private Altersvorsorge dergestalt zu planen und durchzuführen, dass im Alter frei verfügbare Einkünfte und Vermögenswerte zur Verfügung stehen, die für Mehrausgaben im Fall von Pflegebedürftigkeit verwendet werden können – z. B. über (Teil-)Entnahmen aus dem gebildeten Kapital. Dies stellt nicht nur ebenfalls hohe Anforderungen an die Planung und würde zudem erhebliche Ansparungen voraussetzen, die viele Menschen finanziell überfordern würden.

Summenversicherung für die Eigenanteile in der häuslichen Pflege als Obligatorium?

Zur Absicherung der Finanzierung der stationären Pflege hat sich der Experten-Rat „Pflegefinanzen“ für eine obligatorische Versicherung ausgesprochen (Pflege+ Versicherung), die als Schadenversicherung konzipiert ist und den wesentlichen Teil der Eigenanteile abdeckt. Entsprechend ist zu fragen, ob auch eine als Summenversicherung konzipierte Ergänzung für den ambulanten Bereich als obligatorische Zusatzversicherung eingeführt werden sollte.

Jede Versicherungspflicht greift in die verfassungsrechtlich geschützte Vertragsfreiheit ein. Sie bedarf daher einer hinreichenden Legitimation und muss insbesondere in der Abwägung zwischen der Eingriffsintensität und dem mit ihr verbundenen Nutzen verhältnismäßig sein. Die Rechtfertigung für diesen Eingriff in die Vertragsfreiheit ergibt sich aus Sicht des Experten-Rats bei der stationären Pflege aus einem Marktversagen. Dieses resultiert, weil die finanziellen Folgen einer fehlenden Versicherung im stationären Pflegefall systematisch auf Dritte abgewälzt werden können. Insbesondere steht hier das Fürsorgeprinzip des Sozialstaats im Raum, das Menschen, die in einer Notlage sind, die Unterstützung durch die Solidargemeinschaft zusichert, unabhängig von der Frage, ob Eigenvorsorge betrieben wurde oder nicht.

Da ambulant gepflegte Personen indes überwiegend nicht auf ergänzende Leistungen aus Steuermitteln angewiesen sind (Hilfe zur Pflege), erweisen sich die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Kombination mit dem (Renten-)Einkommen und etwaigem Vermögen hier in aller Regel als ausreichend, um die Aufwendungen für den pflegerischen Bedarf zu decken. Insofern unterscheidet sich die Sachlage bei der ambulanten Versorgung deutlich von derjenigen bei stationärer Pflege.

Allerdings könnte sich die Frage stellen, ob die vom Experten-Rat empfohlene Einführung einer verpflichtenden stationären Pflegezusatzversicherung (Pflege+ Versicherung) einen „Heimsog“ auslöst. Dieser ließe sich – so die These – in der Folge durch eine verbesserte Absicherung im ambulanten Bereich nivellieren oder relativieren. Gerade eine Summenversicherung, die bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ein Tagegeld bei häuslicher Pflege auszahlt, könnte insoweit die relative Attraktivität des ambulanten Bereichs erhöhen.

Kernargument der vom Experten-Rat „Pflegefianzen“ für die stationäre Pflege vorgeschlagenen obligatorischen Versicherung (Pflege+ Versicherung) ist aber nicht die Sorge, dass stationäre Leistungen aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch genommen werden. Im Vordergrund steht vielmehr die Problematik, dass die Kosten der stationären Versorgung auf Dritte abgewälzt werden. Wenn diese Überwälzung durch eine obligatorische Versicherung unterbunden wird, ergibt sich zunächst keine Verhaltensreaktion („Heimsog“). Mit anderen Worten, für die individuelle Entscheidung zur stationären Pflege ist es zunächst unerheblich, ob die Kosten aus Steuermitteln übernommen werden oder von einer obligatorischen Versicherung. Zu berücksichtigen ist zudem, dass auch mit Einführung der Zusatzversicherung, die die Eigenanteile der *pflegebedingten Kosten* weitgehend abdeckt, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten nach wie vor weder im Leistungskatalog des SGB XI enthalten noch Bestandteil der verpflichtenden Pflege+ Versicherung *für die stationäre Versorgung* sind. Insofern verbleiben bei stationärer Pflege noch immer erhebliche pekuniäre Eigenanteile für den Pflegebedürftigen. Auch hat die vorstehende Bestandsaufnahme gezeigt, dass ein wesentlicher Treiber für die Inanspruchnahme von Pflegegeld anstelle von Sachleistungen und für das Nicht-Ausschöpfen ergänzender Leistungen im häuslichen Bereich der Wunsch der Pflegebedürftigen ist, nicht von „Fremden“, sondern durch private Bezugspersonen, insbesondere Verwandte, gepflegt zu werden. All diese Sachverhalte zusammen lassen einen „Heim-Sog“-Effekt durch die Einführung einer verpflichtenden Pflege+ Versicherung für die pflegebedingten Eigenanteile in der stationären Versorgung als unwahrscheinlich erscheinen.¹⁹

Zu berücksichtigen ist schließlich auch das Ausgaben- und damit einhergehende Beitragsvolumen, das mit einer ergänzenden Summenversicherung in der ambulant-häuslichen Versorgung ausgelöst würde. Gerade weil 83,9 % der Pflegebedürftigen im häuslichen, ambulanten Bereich betreut werden,²⁰ würde das Finanzierungsvolumen für jede obligatorische Versicherungslösung rasch erheblich.²¹

Insgesamt kommt der Experten-Rat „Pflegefianzen“ daher zu der Einschätzung, dass eine Pflegezusatzversicherung für den ambulanten Bereich auch aufgrund der mit einer Versicherungspflicht zwingend einhergehenden Prämienbelastung nicht empfohlen werden kann. Eigenanteile, die eine starke finanzielle Überforderung zur Folge haben, treten im ambulanten Pflegefall nur bei einem sehr kleinen Teil der Pflegebedürftigen auf. *Hilfe zur Pflege* als Sozialhilfeleistung spielt faktisch keine Rolle – die für den Vorschlag der Pflege+ Versicherung

¹⁹ Kesternich et al. (2024) berechnen anhand von Simulationen eine Ausweitung des Anteil der in stationärer Pflege betreuten Menschen um 8-16 Prozentpunkte bei einer Übernahme von 90% der stationären Eigenanteile. Allerdings wird dabei nicht nur die Situation der Pflegebedürftigen der Jahre 1995 bis 2008 zugrundegelegt sondern auch die damals geltende staatliche Unterstützung von Pflegeleistungen. Schon aufgrund der substanziellen Ausweitung der Förderung der ambulanten Pflege und der Reform der Pflegestufen sind die Simulationsergebnisse für das aktuelle institutionelle Umfeld nicht belastbar. Vgl. Kesternich, Iris; Romahn, André; van Biesebroeck, Johannes; van Damme, Marjolein, *Pflege und Pflegekosten in der Zukunft: Brauchen wir mehr Versicherungsschutz?* In: Wirtschaftsdienst, 2024, 104(11), S. 789–793.

²⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 15. Juli 2024, eigene Berechnungen.

²¹ Obschon aus Sicht des Experten-Rats die Voraussetzungen für eine obligatorische Zusatzversicherung im ambulanten Bereich nicht gegeben sind, hat der Experten-Rat gleichwohl entsprechende Beiträge kalkuliert, um eine quantitative Einschätzung der Belastungen für die Versicherten vornehmen zu können. Bei dieser Kalkulation wurde unterstellt, dass ab Pflegegrad 2 ein Betrag zur freien Verwendung durch die Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich ausgezahlt wird. Mit Blick auf die durchschnittlichen Eigenanteile von 200 bis 300 Euro pro Monat in der häuslichen Pflege ist eine Summenversicherung von 200 Euro (zu heutigen Preisen) monatlich unterstellt worden. Der Experten-Rat hat für eine solche obligatorische ambulante kapitalgedeckte Zusatzversicherung mit einer monatlichen Geldleistung von 200 Euro (inflationdynamisiert) unter den gleichen Kalkulationsannahmen (einschließlich sozialer Ausgleich und Vorfinanzierung der Prämienhalbierung in der Rentenbezugsphase) wie bei der stationären Zusatzversicherung Pflege+ für den 20jährigen eine monatliche Prämie von rund 20 Euro errechnet, wovon (wie bei Pflege+ stationär) die Hälfte der Arbeitgeber abführen würde. Für einen 45-Jährigen beträgt die monatliche Prämie rund 25 Euro.

wesentliche Überlegung des Experten-Rats, für die stationäre Pflege eine obligatorische kapitalgedeckte Zusatzversicherung zur Vermeidung der Überwälzung der Kosten auf die Steuerzahler vorzusehen, ist im Bereich der ambulanten Pflege daher nicht relevant. Vor diesem Hintergrund erweist sich eine obligatorische ambulante Pflegezusatzversicherung als nicht verhältnismäßig und im verfassungsrechtlichen Sinne als nicht vertretbar.

Fakultative ambulante Zusatzkomponente zu Pflege+

Der Experten-Rat „Pflegefinanzen“ hält eine obligatorische private Zusatzversicherung für den Bereich der ambulanten Pflege für nicht gangbar. Allerdings bestünde weiterhin die Möglichkeit für eine optionale, freiwillige Summenversicherung. Wenn eine solche (freiwillige) Versicherung sachgerecht analog der stationären (verpflichtenden) Pflege+ Versicherung als kapitalgedeckte Versicherung ausgestaltet wäre, könnte sie in die stationäre Pflege+ Versicherung auch technisch problemlos integriert werden.

Bei Etablierung der nach dem Kapitaldeckungsverfahren kalkulierten obligatorischen Pflege+ Versicherung für den stationären Bereich könnte der Gesetzgeber eine ambulante Komponente daher als freiwilligen Zusatzbaustein zulassen. Dabei könnte aufgrund des freiwilligen Charakters dieses ambulanten Zusatzbausteins auf eine soziale Flankierung analog der Pflege+ Versicherung im Bereich der stationären Eigenanteile verzichtet werden. Allerdings würde eine solche freiwillige Ausweitung der Versicherungsleistung im ambulanten Bereich dann eine höhere Prämie bedingen. Denn anders als bei einer obligatorischen Versicherung ist zu berücksichtigen, dass bei einer freiwilligen Versicherung als Zusatzbaustein, entweder

1. überproportional schlechte Risiken, also Personen mit einer überdurchschnittlichen Eintrittswahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit, den fakultativen Zusatzbaustein wählen werden, **wenn** der Gesetzgeber vorschreibt, dass die Versicherer auch für den fakultativen Zusatzbaustein auf Gesundheits-/Risikofragen verzichtet; **oder**
2. die Antragstellung für den Versicherungsnehmer gleichermaßen aufwändig wie mit Rechtsunsicherheiten und damit verbundenen Risiken behaftet ist, **wenn** die Versicherer für den fakultativen Zusatzbaustein eine Risiko- und Gesundheitsprüfung vor Vertragsschluss verlangen dürfen.

Dies würde sich darin äußern, dass ein vergleichbarer Umfang sozialpolitischer Flankierungen wie bei der obligatorischen Pflege+-Versicherung für den stationären Bereich nicht möglich ist (insbesondere hinsichtlich der Beitragshalbierung für mitversicherte Ehe-/Lebenspartner). Dies ließe sich allenfalls über die Kalkulation weiterer Sicherheitszuschläge- und -aufschläge abbilden, was ein höheres Prämienniveau als bei vergleichbaren Pfl egetagegeldversicherung außerhalb von Pflege+ zur Folge hätte. Auch die Berücksichtigung der pflegespezifischen Inflation würde zu erheblich höheren Prämien als gängige Angebote am Markt führen. In Konsequenz würde dies wiederum zu adverser Selektion führen – zu Gunsten von Pfl egetagegeldversicherungen außerhalb von Pflege+ und zu Lasten von freiwilligen Zusatzbausteinen für Pflege+-Verträge.

Zur Rolle der Pflegeinfrastruktur

Die bisherigen Ausführungen haben aufgezeigt, dass die monetären Eigenanteile in der ambulanten Pflege deutlich geringer sind als in der stationären Versorgung. Allerdings ergeben sich für die pflegenden Angehörigen in erheblichem Maße indirekte Eigenanteile, wenn sie aufgrund der Pflege ihre Berufstätigkeit einschränken oder aufgeben. Reduzieren pflegende Angehörige ihre reguläre Arbeitstätigkeit zugunsten der Angehörigenpflege, führt dies individuell zu niedrigerem Einkommen. Angesichts der quantitativen Bedeutung der Pflege hat dies auch gesamtwirtschaftliche Folgen, indem

sich die Wirtschaftsleistung sowie Steuer- und Beitragseinnahmen verringern.²² Längerfristige berufliche Pflegeauszeiten können zudem nach Wiedereinstieg in den Beruf durch die Abnahme der berufsspezifischen Qualifikationen zu niedrigeren Löhnen führen.

Steuerfinanzierte Lohnersatzleistungen, die im Zusammenhang mit pflegenden Angehörigen diskutiert werden, sind insofern nicht zielführend, als sie Anreize setzen, die Erwerbsarbeit zu reduzieren, selbst wenn eine generelle Vereinbarung von Erwerbstätigkeit und Pflege gegeben ist. So besteht beispielsweise beim vom Unabhängigen Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf vorgeschlagenen „Familienpflegegeld“²³ nur ein Anspruch auf die Leistung, wenn der Erwerbstätigkeit maximal 32 Wochenstunden nachgegangen wird.²⁴ Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht ist es vielmehr angezeigt, eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflegesorgearbeit zu erreichen.

Angesichts des prognostizierten Fachkräftemangels im Pflegebereich und der zunehmenden Zahl an pflegebedürftigen Personen wird das derzeitige Modell der ambulanten Pflege, bei dem Pflegekräfte individuell die Haushalte einzelner Pflegebedürftiger anfahren, mittelfristig an seine organisatorischen und personellen Grenzen stoßen. Auch die Zahl der pflegenden Angehörigen wird angesichts der demografischen Entwicklung zurückgehen und diese benötigen Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbsarbeit. Hier kommt entlastenden Angeboten, etwa durch teilstationäre Pflege, eine wichtige Rolle zu. In teilstationären Einrichtungen ist es möglich, mehrere Pflegebedürftige zeitgleich zu betreuen, was nicht nur den Einsatz der verfügbaren Fachkräfte optimiert, sondern zugleich die Pflegequalität und bessere Arbeitsbedingungen fördern kann. Darüber hinaus profitieren Pflegebedürftige von sozialer Interaktion und durch die mentale und körperliche Aktivierung wird dem schnellen Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt. Für pflegende Angehörige sind teilstationäre Angebote wiederum eine Möglichkeit, die eigene Erwerbstätigkeit aufrecht erhalten zu können und Auszeiten von der Pflegesorgearbeit zu nehmen.

Trotz der gesamtwirtschaftlichen Vorteile und der potenziellen Entlastung pflegender Angehöriger ist die Inanspruchnahme von teilstationären Einrichtungen derzeit gering. Nur 3,6 % der ambulant gepflegten Personen nutzten in 2023 teilstationäre Pflegeangebote.²⁵ Die Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege variiert allerdings erheblich zwischen den Regionen, wie eine Studie von Behrendt et al. (2024) zeigt. Sie vergleicht die tatsächlichen Nutzungsquoten mit denen, die bei bundesweiten Durchschnittswerten hinsichtlich Altersstruktur, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit zu erwarten wären. Während die Nutzungsquoten u.a. in Mecklenburg-Vorpommern über den zu erwartenden Werten liegt, ist die Inanspruchnahme in großen Teilen Nordrhein-Westfalens oder Rheinland-Pfalz deutlich niedriger. Eine differenzierte Analyse der Ursachen für diese Unterschiede in der Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege erfolgt in der Studie nicht. Die Studie zeigt aber, dass die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen insbesondere vom Alter der Pflegebedürftigen, dem

²² Zu den gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen der informellen Pflege siehe bspw. Elayan et al. (2024): The Economic Costs of Informal Care: Estimates from a National Cross-Sectional Survey in The Netherlands. The European journal of health economics, Volume 25, S. 1311–1331.

²³ Vgl. Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Zweiter Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Juni 2023. Gutachten abrufbar unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/228544/822bf9b9987dfaa1fe5f33fa3631dbc2/zweiter-bericht-des-unabhaengigen-beirats-fuer-die-vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-data.pdf> [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].

²⁴ Darüber hinaus führt die Kopplung des Familienpflegegelds an den zuvor erzielten Lohn wie auch beim bereits etablierten Elterngeld zu fragwürdigen Umverteilungswirkungen und zu Ungleichbehandlungen von unterschiedlichen Haushalten mit pflegebedürftigen Personen. Vergleichbare Pflegeleistungen werden unterschiedlich honoriert, je nachdem wie hoch das Erwerbseinkommen des Pflegenden ist. Gerade Bezieher relativ hoher Einkommen könnten zudem eine Pflegeauszeit aus eigenen Mitteln finanzieren, werden aber mit dem Familienpflegegeld auch von Bürgern mit geringeren Einkommen unterstützt.

²⁵ Eigene Berechnung aus Basis der Pflegestatistik 2023.

Vorliegen einer Demenzdiagnose sowie der Verfügbarkeit informeller Pflegepersonen die Nutzung von Pflegesachleistungen abhängt.²⁶

Die Gründe der Nicht-Inanspruchnahme von Tagespflegeeinrichtungen wurden auch von Schwinger/Zok (2024) erfasst und ähneln weitgehend denen, die auch die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste beeinflussen. So gaben 56 % der Befragten an, keinen Bedarf an einer solchen Leistung zu sehen. Ein weiterer wesentlicher Hinderungsgrund ist die ablehnende Haltung der gepflegten Person gegenüber externer Unterstützung: 36 % der Befragten verzichteten auf eine Tagespflegeeinrichtung, da die betreute Person nicht von Fremden versorgt werden wollte. Finanzielle Aspekte spielen eine geringere Rolle, etwa 12,6 % der Befragten empfanden die Eigenbeteiligung als zu hoch. Pflegenden Angehörigen empfinden zudem häufig Schuldgefühle, wenn sie professionelle Angebote in Anspruch nehmen. Dies hängt mit der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Pflege als primär familiäre Verantwortung zusammen.²⁷ Eine stärkere gesellschaftliche Akzeptanz, die professionelle Unterstützung der pflegenden Angehörigen als legitime Wahl ansieht, könnte also ebenfalls für Entlastung sorgen.

Ein weiterer Grund für die geringe Inanspruchnahme könnte auch in fehlenden Angebotskapazitäten liegen. Auch wenn zuweilen über Engpässe in der Tages- und Nachtpflege berichtet wird, fehlt bislang eine systematische Erfassung etwaiger Versorgungsdefizite. Laut Schwinger/Zok (2024) stellt der Mangel an Tagespflegeplätzen derzeit nur für 6 % der Befragten ein Hindernis dar. Da jedoch Faktoren wie höheres Alter, Demenz und eine abnehmende Zahl pflegender Angehöriger künftig eine stärkere Nachfrage nach teilstationärer Pflege erwarten lassen, wäre eine umfassende Bestandsaufnahme sowie gegebenenfalls eine gezielte Steuerung der Versorgungsstrukturen anzuraten. Eine effektive Steuerung der Infrastruktur setzt jedoch voraus, dass die bestehenden Unklarheiten hinsichtlich der Zuständigkeiten von Pflegekassen, Ländern und Kommunen beseitigt werden. Zudem müssten die derzeit unzureichenden Steuerungsmöglichkeiten der Pflegekassen und Kommunen hinsichtlich einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur verbessert werden.²⁸

Zusammenfassung und Fazit

Obschon ein überwiegender Teil der Pflege ambulant erfolgt, sieht der Experten-Rat „Pflegefianzen“ keine hinreichende Rechtfertigung für eine obligatorische Zusatzversicherung zur Absicherung der Eigenanteile im ambulanten Bereich.

Zwar gibt es Gründe für eine zusätzliche Versicherung auch für den Pflegefall im ambulanten Bereich. Aufgrund der systematischen Unterschiedlichkeit zwischen den individuellen Pflegesituationen käme hier vor allem eine Summenversicherung in Frage – eine Schadenversicherung, die nachgewiesene Aufwendungen ersetzt, ist nicht gangbar. Entsprechende freiwillige private Zusatzversicherungen werden schon heute angeboten, sind jedoch wenig verbreitet. Der geringe „Verbreitungsgrad“ ist jedoch für sich genommen nicht ausreichend, um eine verpflichtende ambulante Zusatzversicherung einzuführen.

Im Gegensatz zum stationären Bereich zeigt sich bei der ambulanten Versorgung kaum eine Inanspruchnahme von steuerfinanzierten Hilfen über die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung hinaus, etwa durch Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege. Da die Aufwendungen

²⁶ Vgl. Behrendt et al. (2024): Pflegeprävalenzen und Inanspruchnahme in der räumlichen Verortung. In: Schwinger et al. (2024): Pflegereport 2024. Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege. Springer.

²⁷ Vgl. Büker et al. (2023): Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung von Tagespflege für ältere Menschen in NRW (TpQ) – Abschlussbericht. <https://doi.org/10.57720/3674>. Abrufbar unter <https://www.hsbi.de/publikationsserver/record/4082> [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].

²⁸ Vgl. Klie, Thomas; Büscher, Andreas: Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung – Steuerungsoptionen der Pflegekassen und Kommunen. In Schwinger et al. (2024): Pflegereport 2024. Springer.

für ambulante Pflegeleistungen aber nicht in nennenswertem Umfang aus Steuermitteln finanziert werden, entfällt ein wesentlicher Grund für die Einrichtung einer obligatorischen Versicherung. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung scheinen in Kombination mit dem (Renten-)Einkommen und dem Vermögen in aller Regel ausreichend zu sein.

Da die vom Experten-Rat „Pflegefinanzen“ für die stationäre Pflege vorgeschlagene obligatorische Versicherung (Pflege+ Versicherung) primär darauf zielt, dass die Kosten der stationären Versorgung nicht länger auf Dritte – vor allem den Steuerzahler – abgewälzt werden, wird eine solche Versicherung aus Sicht des Experten-Rats im gegenwärtigen institutionellen Umfeld keinen „Heimsog“ auslösen, der eine Folgeintervention in Form einer zusätzlichen Absicherung für den ambulanten Bereich erforderlich machen könnte, zumal die stationären Kosten der Unterkunft und Verpflegung ohnehin nicht übernommen werden.

Die tatsächliche Belastung von Pflegehaushalten bei ambulanter Versorgung ergibt sich indes weniger aus direkten finanziellen Eigenanteilen, sondern vielmehr aus der Doppelbelastung von pflegenden Angehörigen, die oft Schwierigkeiten haben, Pflegeverantwortung mit beruflichen und/oder anderen familiären Verpflichtungen zu vereinbaren, sowie aus der mentalen und körperlichen Beanspruchung durch die Pflegetätigkeit. Bei der Bewältigung dieser Aufgaben spielt aus Sicht des Experten-Rats eine leistungsfähige Pflegeinfrastruktur eine wichtige Rolle. Sie kann dabei helfen, Pflege und Beruf miteinander zu vereinbaren und den Einsatz der knapper werdenden Pflegekräfte zu optimieren.

Anhang: Pflegeleistungen im ambulanten und stationären Bereich am Beispiel Pflegegrad 3

Tabelle 1: Pflegeleistungen 2025 bei Pflegegrad 3 Beispiel 1 mit voller Pflegesachleistung

Ambulante Pflege bei Pflegegrad 3 Leistungsbeträge	Leistungsbeschreibung ambulant	Stationäre Pflege bei Pflegegrad 3 Leistungsbeträge	Leistungsbeschreibung stationär
1.497 Euro	Pflegesachleistung	1.319 Euro	Pflegeaufwand
131 Euro	Entlastungsbetrag	264 Euro – 1.318 Euro	Zuschläge nach 43c SGB XI (15 % des Eigenanteils im 1. Jahr, 30 % im 2. Jahr, 50 Prozent im 3. Jahr und 75 % ab dem 4. Jahr des Aufenthalts. Berechnet mit dem durchschnittlichen bundesweiten pflegebedingten Eigenanteil von 1.757 Euro (WIdO, Dez. 2024 ²⁹) (gerundete Beträge)
42 Euro	Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind		
295 Euro	3.539 Euro Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege von bis zu 8 Wochen, gültig ab 1.7.2025, geteilt durch 12 Monate, gerundet)		
1.357 Euro	Teilstationäre Tages- und Nachtpflege (nach § 41 SGB XI keine Aufrechnung mit Sachleistungen oder Pflegegeld)		

²⁹ Vgl. WIdO (2024): Entwicklungen der Eigenanteile in der vollstationären Pflege. Abrufbar unter: <https://www.wido.de/forschung-projekte/pflege/finanzierung-der-pflege/entwicklung-eigenanteile/> [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].

3.322 Euro pro Monat³⁰		1.583 Euro – 2.637 Euro pro Monat Summe ohne Erstattung der Kosten für zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI und für den Vergütungszuschlag nach § 84 Abs. 9 SGB XI	
--	--	---	--

Tabella 2: Pflegeleistungen 2025 bei Pflegegrad 3 Beispiel 2 mit Pflegegeld

Ambulante Pflege bei Pflegegrad 3 Leistungsbeträge	Leistungsbeschreibung ambulant	Stationäre Pflege bei Pflegegrad 3 Leistungsbeträge	Leistungsbeschreibung stationär
599 Euro	Pflegegeld	1.319 Euro	Pflegeaufwand
131 Euro	Entlastungsbetrag	264 Euro – 1.318 Euro	Zuschläge nach 43c SGB XI (15 % des Eigenanteils im 1. Jahr, 30 % im 2. Jahr, 50 Prozent im 3. Jahr und 75 % ab dem 4. Jahr des Aufenthalts. Berechnet mit dem durchschnittlichen bundesweiten pflegebedingten Eigenanteil von 1.757 Euro (WIdO, Dez. 2024) (gerundete Beträge)
42 Euro	Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind		
295 Euro	3.539 Euro Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege von bis		

³⁰ Wird der Pflegebedürftige in einer ambulanten Wohngruppe betreut, ist zusätzlich ein Zuschlag von 224 Euro monatlich möglich. Wird dieser Zuschlag bezahlt, ist teilstationäre Pflege allerdings nur möglich, wenn der medizinische Dienst feststellt, dass eine ausreichende Versorgung ohne teilstationäre Pflege nicht gesichert ist.

	zu 8 Wochen, gültig ab 1.7.2025, geteilt durch 12 Monate, gerundet)		
1.357 Euro	Teilstationäre Tages- und Nachtpflege (nach § 41 SGB XI keine Aufrechnung mit Sachleistungen oder Pflegegeld)		
2.424 Euro³¹ pro Monat Summe ohne RV-/ALV-Beiträge der Pflegeperson		1.583 Euro – 2.637 Euro pro Monat Summe ohne Erstattung der Kosten für zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI und für den Vergütungszuschlag nach § 84 Abs. 9 SGB XI	

Tabelle 3: Pflegeleistungen 2025 bei Pflegegrad 3 Beispiel 3 mit Kombinationsleistung

Ambulante Pflege bei Pflegegrad 3 Leistungsbeträge	Leistungsbeschreibung ambulant	Stationäre Pflege bei Pflegegrad 3 Leistungsbeträge	Leistungsbeschreibung stationär
1.048 Euro	Kombinationsleistung (Pflegesachleistung 50 %, Pflegegeld 50 %)	1.319 Euro	Pflegeaufwand
131 Euro	Entlastungsbetrag	264 Euro – 1.318 Euro	Zuschläge nach 43c SGB XI (15 % des Eigenanteils im 1. Jahr, 30 % im 2. Jahr, 50 Prozent im 3. Jahr und 75 % ab dem 4. Jahr des Aufenthalts. Berechnet mit dem durchschnittlichen bundesweiten pflegebedingten Eigenanteil von 1.757 Euro (WIdO, Dez.

³¹ Wird der Pflegebedürftige in einer ambulanten Wohngruppe betreut, ist zusätzlich ein Zuschlag von 224 Euro monatlich möglich. Wird dieser Zuschlag bezahlt, ist teilstationäre Pflege allerdings nur möglich, wenn der medizinische Dienst feststellt, dass eine ausreichende Versorgung ohne teilstationäre Pflege nicht gesichert ist.

			2024) (gerundete Beträge)
42 Euro	Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind		
295 Euro	3.539 Euro Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege von bis zu 8 Wochen, gültig ab 1.7.2025, geteilt durch 12 Monate, gerundet)		
1.357 Euro	Teilstationäre Tages- und Nachtpflege (nach § 41 SGB XI keine Aufrechnung mit Sachleistungen oder Pflegegeld)		
2.873 Euro³² pro Monat Summe ohne RV-/ALV-Beiträge der Pflegeperson		1.583 Euro – 2.637 Euro pro Monat Summe ohne Erstattung der Kosten für zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI und für den Vergütungszuschlag nach § 84 Abs. 9 SGB XI	

³² Wird der Pflegebedürftige in einer ambulanten Wohngruppe betreut, ist zusätzlich ein Zuschlag von 224 Euro monatlich möglich. Wird dieser Zuschlag bezahlt, ist teilstationäre Pflege allerdings nur möglich, wenn der medizinische Dienst feststellt, dass eine ausreichende Versorgung ohne teilstationäre Pflege nicht gesichert ist.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Behrendt et al. (2024): Pflegeprävalenzen und Inanspruchnahme in der räumlichen Verortung. In: Schwinger et al. (2024): Pflegereport 2024. Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege. Springer.

Bundesministerium für Gesundheit: Soziale Pflegeversicherung – Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden 1 im Jahresdurchschnitt 2023, veröffentlicht im August 2024, abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html> [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 15. Juli 2024.

Bundesregierung: Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen, Berlin 2024.

Büscher, A. et al., 2023, Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht. [VdK-Pflegestudie Abschlussbericht Februar 2023 inkl Anhang.pdf](#) [zuletzt abgerufen am 14.02.2025].

Elayan et al. (2024): The Economic Costs of Informal Care: Estimates from a National Cross-Sectional Survey in The Netherlands. The European journal of health economics, Volume 25, S. 1311–1331.

Experten-Rat Pflegefinanzen: Die Pflege+ Versicherung – Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung, veröffentlicht im April 2023, abrufbar unter: www.expertenratpflege.de [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (2023): Statistiken zur deutschen Versicherungswirtschaft. Tabelle 56. <https://www.gdv.de/gdv/statistik/statistiken-zur-deutschen-versicherungswirtschaft-uebersicht/private-krankenversicherung> [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (2024): Die deutsche Lebensversicherung in Zahlen 2024. <https://www.gdv.de/resource/blob/180978/b8ae8eb0b1bf4b15e7cc3354bc231af9/die-deutsche-lebensversicherung-in-zahlen-2024-publikation-pdf-data.pdf> [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].

KANTAR, 2019, Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen. S. 155 ff., [Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit \(§ 18c Abs. 2 SGB XI\) - Abschlussbericht: Allgemeine Befragungen \(Los 2\) \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#) [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].

Keck et al., 2024, Pflegebedürftigkeit im Alter: Angehörigen- und Versorgungssituation im Zusammenhang mit den Pflegegraden bei häuslicher Pflege, In: Gesundheitswesen; 86 (Suppl. 1).

Kesternich, Iris; Romahn, André; van Biesebroeck, Johannes; van Damme, Marjolein, Pflege und Pflegekosten in der Zukunft: Brauchen wir mehr Versicherungsschutz? In: Wirtschaftsdienst, 2024, 104(11), S. 789–793.

Räker, M. et al., 2020, Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung, Berlin, S. 65 – 96.

Schwinger, Antje, und Zok, Klaus. "Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände." WIdO-Monitor 21, Nr. 1 (2024).

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2023, Stand: 18. Dezember 2024.

Statistisches Bundesamt: Sonderauswertung (2024) zu Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege nach Leistungsarten 2023, Stand: 31.12.2023.

Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Zweiter Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Juni 2023. Gutachten abrufbar unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/228544/822bf9b9987dfaa1fe5f33fa3631dbc2/zweiter-bericht-des-unabhaengigen-beirats-fuer-die-vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-data.pdf> [zuletzt abgerufen am 19.02.2025].