

Alt, aber gesund: Pflegerisiko und Finanzausgleich

von Dietmar Haun und Robert Messerle

 doi.org/10.4126/FRL01-006528239

Abstract

Die aktuelle Pflegereformdebatte hat die Frage nach einer gerechteren Lastenverteilung im dualen System der Pflegeversicherung neu entfacht. Zuletzt wurde argumentiert, ein Finanzausgleich mit der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sei kaum wirksam, da die PPV aufgrund ihrer alternden Versichertenstruktur künftig stärker belastet werde. Die Analyse neuer empirischer Daten zeigt jedoch: Trotz inzwischen ungünstigerer Altersstruktur weist die PPV weiterhin deutlich niedrigere Pflegeprävalenzen und Ausgaben auf. Dieser Befund widerspricht der These, dass demografische Alterung automatisch zu einer Angleichung der Risiko- und Kostenprofile führt. Ausschlaggebend sind vielmehr selektive Zugangsmechanismen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die zu einer Konzentration günstiger Risiken in der PPV und belasteter Bevölkerungsgruppen in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) führen. Die Ergebnisse unterstreichen, dass ein Finanzausgleich weiterhin eine sinnvolle Reformoption zur besseren Abbildung der unterschiedlichen Pflegerisiken darstellt. Dieser könnte zugleich einen Beitrag zur Stabilisierung der Pflegefinanzierung in der SPV leisten.

Schlüsselwörter: Pflegeversicherung, duales System, Pflegefinanzierung, Pflegereform, solidarische Finanzierung

The current debate on long-term care reform has reignited the question of how to achieve a fairer distribution of burdens within the dual system of long-term care insurance. Recently, it has been argued that a financial equalisation mechanism involving the private compulsory long-term care insurance (PPV) system would be largely ineffective, given that the PPV is expected to face increasing financial strain in the future due to the age structure of its insured population. However, an analysis of new empirical data reveals a different picture: despite its now less favourable age structure, the PPV continues to exhibit significantly lower rates of long-term care utilisation and lower expenditure levels. This finding contradicts the hypothesis that demographic aging automatically leads to a convergence of risk and cost profiles across the two systems. Rather, the decisive factors are the selective access mechanisms governing entry into private health and long-term care insurance, which result in a concentration of low-risk individuals within the PPV, while placing the burden of high-risk population groups disproportionately on the statutory long-term care (SPV). These results underscore that a financial equalisation mechanism remains a viable reform option for more accurately reflecting the differing levels of long-term care risk across the two systems. Moreover, such a mechanism could simultaneously contribute to stabilising the financing of long-term care within the SPV.

Keywords: long-term care insurance, dual system, long-term care financing, long-term care reform, solidarity-based financing

1 Einleitung: Debatte um Finanzausgleich

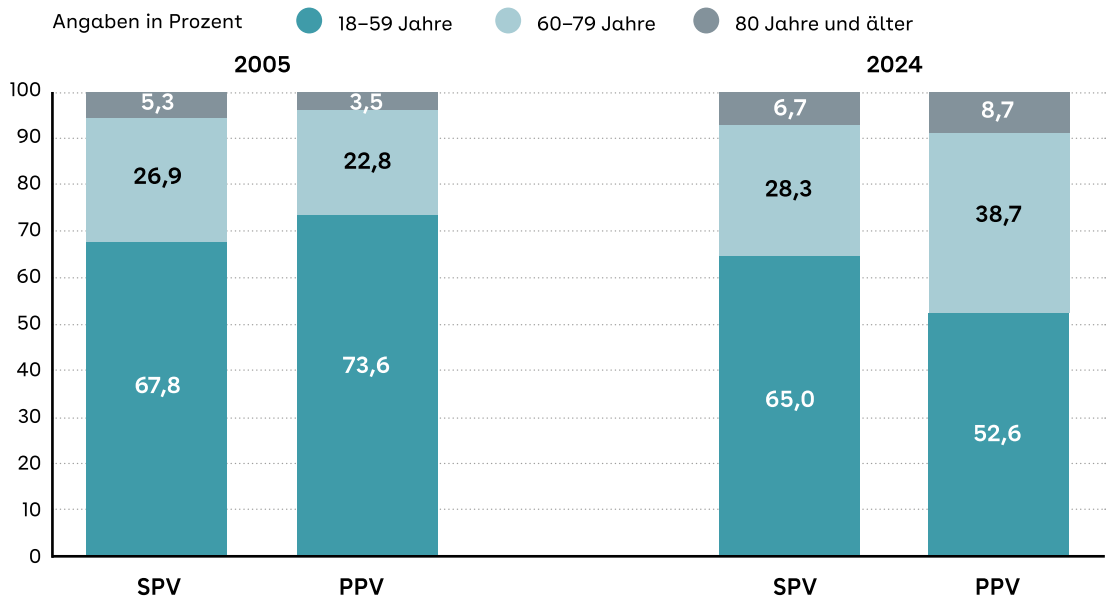
Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) steht angesichts steigender Pflegezahlen und wachsender Ausgaben zunehmend unter Druck. Im Fokus der Debatte stehen einerseits Leistungskürzungen zulasten der Pflegebedürftigen. Darüber hinaus wird auch eine Reform der Finanzierungsstruktur diskutiert (Erhard-Joswig 2026). Eine zentrale Frage ist dabei, ob die private Pflegepflichtversicherung (PPV) aufgrund ihrer günstigeren Finanzlage stärker an den Lasten der Pflegefinanzierung beteiligt werden sollte. Dies wird vonseiten der privaten Krankenversicherung (PKV) mit dem Hinweis zurückgewiesen, dass die Alterung des Versichertenbestandes der PPV künftig zu einer höheren Pflegebelastung führen werde als in der SPV. Nach einer Studie von Neusius könnte eine Risikoteilung deshalb gar zu „einem Finanzausgleich der sozialen in die private Pflegerversicherung führen“ (Neusius 2019, 424). Bereits in vorausgehenden Studien wurde diese Annahme in Zweifel gezogen, da die bloße Altersstruktur die günstigere Finanzlage der PPV nicht hinreichend erklären kann (Haun und Jacobs 2021; Haun 2024). Der vorliegende Beitrag untersucht diese These auf neuer empirischer Grundlage.

2 Asymmetrie im dualen System

Mithilfe der repräsentativen Daten des Sozio-oekonomischen Panels (Goebel et al. 2019) wird die Altersstruktur der erwachsenen Versicherten der SPV und der PPV im Jahr 2005 und im Jahr 2024 verglichen (Abbildung 1).

Im Jahr 2005 waren die Jahrgänge mit hoher Pflegewahrscheinlichkeit in der PPV noch deutlich unterdurchschnittlich vertreten. Lediglich 3,5 Prozent der PPV-Versicherten (SPV 5,3 Prozent) zählten zu der Alterskohorte der 80 Jahre alten und älteren Bevölkerung, deren Risiko für eine Pflegebedürftigkeit am höchsten ist. Auch in der Alterskohorte der 60- bis 79-Jährigen mit graduell steigendem Pflegebedarf überwog mit rund 27 Prozent der Versichertenteil in der SPV gegenüber der PPV (22,8 Prozent). Bis zum Jahr 2024 führte die Alterung in der PPV zu einem nahezu umgekehrten Verhältnis: Der Versichertenanteil der über 80-Jährigen liegt nun mit 8,7 Prozent über dem Anteil in der SPV (6,7 Prozent). Die Alterskohorte der 60- bis 79-Jährigen stellt mit 38,7 Prozent in der PPV sogar einen zehn Prozentpunkte höheren Anteil an den Versicherten der PPV, als dies in der SPV der Fall ist. Somit ist zu konstatieren, dass sich die Alters-

Abbildung 1 Altersstruktur der Versicherten im Erwachsenenalter in SPV und PPV 2005 und 2024



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis des SOEP: Personen in Privathaushalten 18 Jahre und älter; Grafik: G+G Wissenschaft 2026

Waren 2005 die Jahrgänge mit hoher Pflegewahrscheinlichkeit in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) im Vergleich zur privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) überproportional vertreten, so hat sich dies 2024 umgekehrt.

Abbildung 2 Kennzahlen zu sozialer Pflege- und privater Pflegepflichtversicherung 2005 und 2024

	SPV	PPV	SPV	PPV
	2005		2024	
Anzahl Versicherte (in Tausend)	70.522	9.164	74.555	9.147
Beitragseinnahmen in Milliarden Euro	17,38	1,87	65,37	6,20
Beitrag/Prämie je Versicherten und Jahr in Euro	246	204	877	678
Anzahl Pflegebedürftige (in Tausend)	1.952	116	5.643	378
Anteil Pflegebedürftige an Versicherten in Prozent	2,77	1,27	7,57	4,14
Leistungsausgaben in Milliarden Euro	16,98	0,55	63,30	2,73
Leistungsausgaben je Versicherten in Euro	241	60	849	298
Leistungsausgaben je Versicherten in Euro inklusive Beihilfeausgaben*	241	90	849	447
Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen in Euro inklusive Beihilfeausgaben*	8.699	7.116	11.218	10.812
Mittelbestand/Altersrückstellungen in Milliarden Euro	3,05	15,17	5,34	57,39

* Schätzung externe Zusatzkosten der staatlichen Beihilfekassen für Beamte, Pensionäre und Versorgungsempfänger. Durchschnittliche Pflegekosten in der privaten Pflegepflichtversicherung wurden für den beihilfeberechtigten Personenkreis doppelt so hoch veranschlagt.

struktur der PPV bis 2024 der SPV nicht nur angenähert, sondern diese sogar überholt hat.

Nach der Argumentation von Neusius (2019) müssten sich diese Alterungsprozesse in der PPV in den Risiko- und Finanzstrukturen abbilden. Der Überhang an älteren vulnerablen Versicherten in der PPV sollte nicht nur zu einer Angleichung der Kostenstruktur der PPV an die der SPV führen, sondern müsste diese gar übertreffen. Betrachtet man die Finanzkennzahlen von SPV und PPV für die Jahre 2005 und 2024, so ist eine derartige Entwicklung aber nicht zu sehen (Abbildung 2).

Trotz des Überhangs pflegestarker Alterskohorten ist keine höhere Pflegeprävalenz in der PPV zu beobachten. Die Pflegeprävalenz war 2005 in der SPV mit 2,8 Prozent mehr als doppelt so hoch wie in der PPV (1,3 Prozent). In 2024 bestand diese ungleiche Risikostruktur mit 7,6 Prozent in der SPV gegenüber 4,1 Prozent in der PPV fort. Würde die PPV die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten der SPV aufweisen, ergäbe sich eine erwartete Prävalenz von 7,4 Prozent (nach Bafin 2025). Der Unterschied von 3,3 Prozentpunkten (rund 45 Prozent) weist auf einen ausgeprägten Selektionseffekt zugunsten der PPV beziehungsweise zulasten der SPV hin.

Die geringere Pflegeprävalenz spiegelt sich in einer günstigeren Kostenstruktur der PPV. Mit 447 Euro je Versicherten einschließlich der Beihilfeausgaben sind in der PPV 2024 nur knapp die Hälfte der Pflege-Ausgaben von 849 Euro je SPV-Versicherten erforderlich. Ein Finanz-

ausgleich auf Basis der Ausgaben, den Neusius (2019) auf circa zwei Milliarden Euro beziffert hat, würde mittlerweile bereits über drei Milliarden Euro jährlich ausmachen; es wären deutlich mehr, wenn auch die höhere Finanzkraft der PPV-Versicherten berücksichtigt würde.

Für jeden Pflegebedürftigen wurden 2024 in der SPV durchschnittlich über 11.000 Euro ausgegeben, 400 Euro mehr als in der PPV, selbst wenn die steuerfinanzierten Beihilfekosten berücksichtigt werden. Infolge der geringeren Pflegeausgaben sind die durchschnittlichen Prämienkosten in der PPV mit 678 Euro je Versicherten um fast ein Viertel unter dem Kostenniveau, das 2024 in der SPV für die Pflegeversorgung erforderlich war. Und dies, obwohl zwei Drittel der Prämieinnahmen der PPV 2024 in die Rücklagenbildung flossen und nicht für die Versorgung benötigt wurden.

3 Fazit

Die Ergebnisse zur Altersentwicklung der Versicherten in SPV und PPV belegen für 2024 einen Überhang an PPV-Versicherten in den im Hinblick auf das Pflegerisiko vulnerablen Alterskohorten. Entsprechend wären hohe Pflegeprävalenzen in der PPV zu erwarten. Dass dieser demografische Effekt jedoch nicht zu einer deutlich höheren Pflegeprävalenz und zu höheren Kostenstrukturen in der PPV führt, spricht gegen die These, dass ein Finanzausgleich im dualen System der Pflegeversicherung zulasten der SPV gehen könnte. Vielmehr folgt aus den

Ergebnissen, dass andere Faktoren wirksam sein müssen, insbesondere Unterschiede in der sozialen und gesundheitlichen Risikostruktur der Versichertenpopulationen (Hollederer 2025). Wesentliche Determinanten hierbei sind zum einen institutionelle Selektionsmechanismen bereits beim Zugang zur PKV, wie die Gesundheitsprüfung oder die regulatorische Bevorzugung wohlhabender, gut situerter Bevölkerungsgruppen (Ochmann et al. 2020). Das heißt, unabhängig von der Demografie liegt eine versicherungsspezifische Risikoselektion vor, weil die PPV überdurchschnittlich günstige Risiken versichert, während sich in der SPV zu einem größeren Anteil die sozial und gesundheitlich belasteten Bevölkerungsgruppen konzentrieren. Die günstigere Finanzlage der PPV resultiert aus diesem Vorteil in Verbindung mit einer rund doppelt so hohen Finanzkraft der PPV-Versicherten. Ein Finanzausgleich zwischen PPV und SPV könnte diesem strukturellen Nachteil der SPV entgegenwirken. Verschiedene Maßnahmen, die zu einer ausgewogeneren Lastenverteilung zwischen SPV- und PPV-Versicherten und zu einer gerechteren Finanzierung der Pflege beitragen, sollten daher weiter in Betracht gezogen werden.

Literatur

Bafin (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) (2025): Wahrscheinlichkeitstabellen für die Krankenversicherung 2024 gemäß § 159 VAG, Stand Dezember 2025; bafin.de → Suche: Wahrscheinlichkeitstabellen 2024

- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2026): Zahlen, Daten und Fakten zur Pflegeversicherung; bundesgesundheitsministerium.de → Suche: Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten
- Erhard-Joswig J (2026): Marken kündigt höhere Belastungen an – Pantazis fordert „neue Finanzarchitektur“. Tagesspiegel-Background vom 11.5.2026
- Goebel J et al. (2019): The German Socio-Economic Panel (SOEP). Journal of Economics and Statistics, Vol. 239, No. 2, 345–360
- Haun D, Jacobs K (2021): Weiterer Handlungsbedarf bei der Pflegefinanzierung. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 21, Heft 4, 7–14
- Haun D (2024): Finanzausgleich in der Pflege weiter sinnvoll. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 24, Heft 2, 30–34
- Hollederer A (2025): Gesundheitliche Ungleichheit in einem Gesundheitswesen mit 2 Vollversicherungssystemen? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 68, Heft 11, 1291–1303
- Neusius T (2019): Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht. Wirtschaftsdienst, Jg. 99, Heft 6, 421–424
- Ochmann R, Albrecht M, Schiffhorst G (2020): Geteilter Krankenversicherungsmarkt. Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; bertelsmann-stiftung.de → Suche: Geteilter Krankenversicherungsmarkt
- PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung) (2026): Kennzahlen-Abfrage zur Pflegeversicherung 2024; pkv-zahlenportal.de → Versicherungsbestand → Pflegeversicherung

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 2. Juni 2026)

Die Autoren



Dietmar Haun, Jahrgang 1962, studierte Soziologie an der Universität Mannheim und der Indiana University, Bloomington, USA. Seit 2001 für den AOK-Bundesverband tätig, seit 2012 als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).



Dr. Robert Messerle, Jahrgang 1986, studierte Wirtschaftsinformatik und Volkswirtschaftslehre in Berlin. Nach verschiedenen Stationen im Gesundheitswesen war er von 2020 bis 2024 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Hamburg. Seit 2025 leitet er im WIdO den Forschungsbereich Gesundheitspolitik/Systemanalysen.

Kontakt

Dietmar Haun, Wissenschaftliches Institut der AOK, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Telefon: 030 346462148, E-Mail: dietmar.haun@wido.bv.aok.de