



# **„Vor einer großen Pflegereform“**

## **Anregungen der PaDi-Denkfabrik**

Beratungsunterlage (Stand 17.06.2025)

**Wilfried Jacobs**  
Geschäftsführender Gesellschafter

## Die PaDi-Handlungsfelder

1. Finanzierung
2. Organisationsstruktur
3. Leistungen generell
4. Ausbau externer Hilfen bei Pflege im häuslichen Umfeld
5. Pflegehilfsmittel
6. Stationäre Pflege
7. Sonstige Handlungsfelder

### 1. Finanzierung

1. Die generellen „Geldquellen“ in der Pflege sind Beiträge, Staatszuschüsse (aus Steuermitteln), Eigenbeteiligung
2. Die einzige Sofortmaßnahme, die direkt auch beitragsstabilisierend wirken würde, wäre die Erstattung des Staates an die Pflegekassen für erbrachte coronabedingte Leistungen (5,9 Milliarden) und die Finanzierung der Sozialversicherungsbeiträge für Pflegepersonen aus Steuermitteln (3 Mrd. EUR jährlich)
3. Fließen diese Mittel für versicherungsfremde Leistungen nicht, muss der Pflegeversicherungsbeitrag spätestens zum 01.01.2026 erhöht werden
4. Unabhängig von der Erstattung versicherungsfremder Leistungen sollte der Staat für eine mindestens dreijährige Umbauphase der Pflegeversicherung angemessene Staatszuschüsse zahlen
5. Für die private und die gesetzliche Pflegeversicherung sollte ein gemeinsamer Finanzausgleich eingeführt werden

## **Unsere Empfehlungen zum Thema Absicherung pflegebedingter Kosten speziell bei stationärer Pflege**

### **Variante 1:**

#### **Übernahme aller pflegebedingter Kosten bei stationärer Pflege ab Pflegegrad 4 durch die gesetzliche Pflegeversicherung**

Parallel dazu Aufhebung der paritätischen Aufbringung des Pflegebeitrages (jetzt je zur Hälfte Arbeitgeber und Arbeitnehmer).

Zur Aufbringung der zusätzlichen Mehrbelastung könnte die paritätische Beitragsaufbringung zulasten der Arbeitnehmer angepasst werden.

Aufbringung des Pflegebeitrages kann jährlich durch Rechtsverordnung des BMG neu festgesetzt werden.

### **Variante 2:**

#### **Verpflichtende Pflegezusatzversicherung ab 2027 für die in der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung versicherten Personen (Beiträge zahlt der Versicherte allein)**

Ab dem 50. Lebensjahr vollständige Absicherung der Aufwendungen für die Versorgung in der stationären Pflege ab Pflegegrad 4.

Sozialkomponente bei Prämienaufbringung über staatliche Erleichterungen.

Bei Personen, die ALG I und Leistungen analog Bürgergeld beziehen, vollständige Übernahme der Beiträge aus Steuermitteln.

Keine Prüfung von Vorerkrankungen, Kontrahierungszwang für die Versicherer.

### **Variante 3:**

#### **Es bleibt Pflegefinanzierung wie bisher**

Staat erleichtert freiwillige Pflegezusatzversicherung durch wirkungsvolle steuerliche Entlastungen, wenn Zusatzversicherungsvertrag mindestens volle Übernahme der pflegebedingten Kosten ab Pflegegrad 4 in einer stationären Einrichtung enthält.

Die Pflegezusatzversicherungen - ob nun freiwillig oder verpflichtend- bieten wie auch bisher die privaten Versicherungsunternehmen an.

Für die gesetzlichen Krankenkassen sollte per Gesetz die Möglichkeit geschaffen werden, solche Zusatzversicherungen ebenfalls entsprechend den Bedingungen eines Kapitaldeckungsverfahrens anbieten zu können.

Zusätzlich sollte auch die Möglichkeit geschaffen werden, dass die gesetzlichen Pflegekassen für Kooperationspartner aus der PKV die Versicherungsleistungen im Pflegefall abwickeln gegen Erstattung der tatsächlichen Verwaltungsaufwendungen, deren Höhe durch die Aufsicht zu genehmigen ist.

## Vor einer großen Pflegereform - Anregungen der PaDi-Denkfabrik

---

Vorteil einer solchen Regelung: Im Pflegefall alle Leistungen aus einer Hand.  
Würde auch den freiwilligen Abschluss von Pflegezusatzversicherungen beleben.

### **Anregung**

Bei einer Pflegezusatzversicherung - o b freiwillig oder verpflichtend - sollte es bei Nichteintreten des Versicherungsfalles eine spezielle Leistung für die Angehörigen geben, z. B. eine Sterbegeldleistung oder eine Absenkung der Beiträge der ebenfalls pflegezusatzversicherten Angehörigen/Hinterbliebenen.

## 2. Organisationsstruktur

Die Kranken- und Pflegeversicherungssysteme müssen speziell bei der Versorgung älterer, meist multimorbid erkrankter Menschen vernetzter zusammenarbeiten.

Dies gilt besonders für die Schnittstellen zwischen der stationären Versorgung und einer gesteuerten Nachsorge. Hier spielt die Kurzzeitpflege eine besondere Rolle. Der Bedarf an Kurzzeitpflege ist hoch, die Angebotslage schlecht. Dies auch aus ökonomischen Gründen.

Die Übergangspflege nach § 39e SGB V hat sich als nicht wirksam erwiesen. Die Fallzahlen sind niedrig.

### Ein neuer Denkansatz

Insbesondere in großen Krankenhäusern (mit geriatrischer Versorgung) wird eine neuartige Übergangspflege im Rahmen des SGB XI aufgebaut und als Solitär von einem externen Pflegeheim/Pflegeleistungsanbieter betrieben.

Übergangspflege, keine Kurzzeitpflege im bisherigen Sinne = Rahmenverträge nach § 75 SGB XI finden keine Anwendung

Also spezielle Pflege mit krankenhausesmedizinischer vernetzter Basisleistung in der Übergangszeit. Aus dem Krankenhauszimmer wird zeitlich begrenzt ein Pflegezimmer (ggf. mit Aufnahme eines Angehörigen).

Finanzierung der pflegerischen Versorgung als Leistung des SGB XI, außerhalb des gemeinsamen Jahresbetrags für Kurzzeit- und Verhinderungspflege als eigenständige Leistung.

Medizinische Leistungen finanziert durch GKV

Ziel dieser kooperierenden Form ist die individuelle Steuerung nachsorgender Leistungen, z. B. häusliche Pflege, Schulung der Angehörigen, Palliativbehandlung, Reha (insbesondere geriatrische Rehabilitation), Hilfsmittelversorgung.

Der nachsorgebedürftige Patient wird also nicht ohne gut geplante Nachsorge aus dem Krankenhaus entlassen.

Alternativ wäre auch die Schaffung eines neuen Versorgungstypen

## Vor einer großen Pflegereform - Anregungen der PaDi-Denkfabrik

---

„Regional gesteuerte Nachsorge“ (RNZ) im Modell auch durch Umwidmung nicht mehr benötigter Krankenhäuser zu überlegen (finanzierbar aus dem Sondervermögen für die Infrastruktur).

### 3. Leistungen generell

- Vorrang der Beitragssatzstabilität.

Änderung § 30 SGB XI:

Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung nicht mehr analog der Entwicklung der Kerninflationsrate bzw. des Anstiegs der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer.

Alternativ:

Leistungsanpassungen maximal bis zu 50 % der Entwicklung der Kerninflationsrate, um optionale Pflegezusatzversicherungen langfristig weiter zu fördern.

- Der aktuell angebotene Leistungsumfang sollte daraufhin analysiert werden, ob es Mitnahmeeffekte gibt ohne echten Bedarf.

**Anregung:**

- Pflegegrad 1 aussetzen (niedrigschwellige Leistungen).
- Pflegegeld bei Pflegegrad 2 absenken und bei Pflegegrad 4 und 5 erhöhen.

#### **4. Ausbau externer Hilfen bei Pflege im häuslichen Umfeld**

1. Telemedizinische Begleitung Schwerstpflegebedürftiger bei Pflege im häuslichen Umfeld.
2. Aufbau eines Pflegenotdienstes als Ergänzung oder Vorbereitung des Medizinischen Notdienstes im Modell.
3. Pflegeleistungen durch externe Dienste speziell in der Nacht als regelhafte Leistung. Verbesserung der Vergütung derartiger Leistungen.
4. Verbesserung der arbeitsrechtlichen und unterbringungsorientierten Rahmenbedingungen für 24-Stunden-Pflegekraft im Hause („Osteuropäische Arbeitskräfte“). Mehr Legalität.

#### **5. Pflegehilfsmittel**

- 5.1. Die zunehmenden personellen Engpässe in der ambulanten und stationären Pflege erhöhen den Druck auf neue technische Hilfsmittel wie z. B. Sensorik, Robotik, Duschstühle, Spracherkennung etc.
- 5.2. Der Pflegehilfsmittel-Markt hat aktuell einen innovativen Lauf.
- 5.3. Der Einsatz solcher Pflegehilfsmittel scheitert häufig am bürokratischen Overkill und an der zügigen Refinanzierung, z. B. durch Erhöhung der vom Heimbewohner zu tragenden Investitionskosten.
- 5.4. Lösung: mehr Freiräume für Anbieter und Kostenträger, mehr Modellprojekte ohne bürokratische Hürden per Gesetz ermöglichen.
- 5.5. Ausdrückliche und zügige Berücksichtigung neuer technologischer Entwicklungen als Leistungen der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen i. S. § 40 SGB XI

## 6. Stationäre Pflege

- 6.1. Versorgungsentpässe sind eindeutig.
- 6.2. Betreiberstrukturen entwickeln sich in Richtung private Großanbieter.
- 6.3. Für die Pflegeheime, speziell für kleinere, bestehen auch aufgrund der verspäteten Geldflüsse der Kostenträger (Sozialhilfe) latente Liquiditätsprobleme. In der Konsequenz führt dies zu vermehrten Insolvenzen. Eine höhere Stringenz bei Entscheidungen und Zahlungsfluss muss gesetzlich geregelt werden (Analoge Regelungen wie bei den Pflegekassen).
- 6.4. Bereits jeder dritte Pflegebedürftige im Pflegeheim ist Sozialleistungsempfänger. In einzelnen Einrichtungen liegt diese Quote nahezu bei 100 Prozent.
- 6.5. Das Vergütungssystem stationärer Pflegeleistungen enthält zu wenige Anreize, die zu Pflegenden so zu stabilisieren, dass sie entweder in einen niedrigeren Pflegegrad eingestuft oder sogar wieder im häuslichen Umfeld gepflegt werden könnten.
- 6.6. Das stationäre Pflegesystem muss sich verstärkt öffnen für die Mitwirkung der Angehörigen bei bestimmten die körperliche Pflege begleitenden Hilfen entsprechend dem Modell „Stambulant“ (auch im Koalitionsvertrag erwähnt.)
- 6.7. Schließungen von stationären Pflegeeinrichtungen führen jeweils in den Kommunen zu problematischen Versorgungslagen.
- 6.8. Deshalb sollten die Kommunen und die Pflegekassen verstärkt mehr Mitwirkungsrechte erhalten, solche Engpässe zu beheben.

## 7. Sonstige Handlungsfelder

- 7.1 Die Effizienz der Pflegeberatungs-Besuche sollte überprüft werden. Die Frequenz sollte mindestens halbiert werden (jährliche, bzw. halbjährliche Beratungsbesuche)  
Zur Unterstützung pflegender Angehöriger wäre alternativ landesweit eine 24-Stunden-Hotline zu überlegen.
- 7.2 Der Entlastungsbetrag nach §45b SGB XI sollte nach bundesweit einheitlichen Kriterien eingesetzt werden. Bisherige Regelungen nach Landesrecht sollten entfallen. Dies gilt insbesondere für oftmals zweckentfremdet eingesetzte Geldmittel für „Nachbarschaftshilfe“. Die Förderung der Nachbarschaftshilfe ist sinnvoll, sollte jedoch eher am eigentlichen Pflegebedarf orientiert werden und nicht für die Versorgung von Haus und Grund eingesetzt werden.  
Alternativ sollte auch über die Förderung von ehrenamtlichen Unterstützungsmodellen, wie z.B. das Modell „Zeitpolster“ in Österreich nachgedacht werden.
- 7.3 Randthema, aber bezeichnend für nicht effektive Leistungen der Pflegeversicherung: Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sollten pauschal in das Pflegegeld eingerechnet werden, abhängig vom Pflegegrad.  
Das „Abomodell“ hierauf spezialisierter Anbieter ist extrem unwirtschaftlich und nicht bedarfsorientiert.
- 7.4. Pflegeinfrastruktur: Nutzung des Sondervermögens für Infrastruktur der neuen Bundesregierung sollte geprüft werden.