

Die Fach-Arbeitsgruppen „Versorgung“ und „Finanzierung“ im Zukunftspakt Pflege haben die folgenden fachlichen Eckpunkte für die Ausgestaltung eines Zukunftspaktes Pflege erarbeitet:

Fachliche Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung

I. Präambel

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) bietet seit 30 Jahren eine solidarische Absicherung von Pflegeaufwendungen, steht jedoch angesichts steigender Ausgaben und des demografischen Wandels vor erheblichen Herausforderungen. Seit 1995 ist die pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anerkannt (vgl. § 8 Absatz 1 SGB XI). Davor gab es neben der privaten Vorsorge bzw. Verantwortung und einzelnen Pflegeleistungen, z. B. seit 1988 in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schwerstpflegebedürftigkeit, häufig nur die Möglichkeit, Hilfe zur Pflege (HzP) als Sozialhilfeleistung zu beziehen. 1994 wurden hierfür 9,1 Mrd. Euro aufgewendet.

Aktuell haben rund 6 Mio. Menschen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung.¹ Mit der Einführung dieses Sozialversicherungszweigs hat sich die professionelle Pflege als Versorgungssystem mit entsprechenden Wirtschafts- und Beschäftigungswirkungen etabliert, mit mittlerweile rund 1,3 Mio. Beschäftigten in stationären sowie ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten. Eine bundesweit einheitliche, professionelle Ausbildung für Pflegefach- und -assistenzpersonen mit erweiterten Befugnissen in der Versorgung, nachhaltige Verbesserungen bei der Pflegequalität und eine Entlohnung nach Tarif für beruflich Pflegende tragen zur Verbesserung der Versorgung, aber auch zur Ausgabenentwicklung bei. Die Ausgaben der SPV mit 68,2 Mrd. Euro in 2024 belaufen sich auf 1,6 Prozent des deutschen Bruttoinlandsprodukts.

Die SPV dient als Teilleistungssystem der Absicherung der pflegebedingten Aufwendungen. Die Pflegebedürftigen tragen darüberhinausgehende Kosten (unter anderem für die Ausbildung) und andere Kosten, die im Zusammenhang mit pflegerischer Versorgung anfallen, eigenständig. Bei nicht ausreichendem Einkommen und Vermögen sichern die Sozialhilfe, insbesondere die Hilfe zur Pflege bzw. die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, die notwendigen pflegerischen und lebensunterhaltenden Ausgaben ab. Im Jahr 2024 lagen die Nettoaussgaben für die Hilfe zur Pflege bei 5,3 Mrd. Euro.

Da Pflegebedürftigkeit insbesondere bei vollstationärer Versorgung hohe individuelle Kosten nach sich ziehen kann, leistet die SPV in der vollstationären Versorgung neben den nach

¹ 85% der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, teilweise mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste, über 60 % ausschließlich durch pflegende An- und Zugehörige. 15% der Pflegebedürftigen werden in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt.

Pflegegraden differenzierten Leistungsbeträgen zusätzlich nach der Dauer des Aufenthalts in einer Pflegeeinrichtung gestaffelte Zuschläge für die pflegebedingten Eigenanteile. Diese unabhängig von Einkommen und Vermögen gezahlten Leistungszuschläge beliefen sich im Jahr 2024 auf ein Gesamtvolumen von 6,4 Mrd. Euro. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung sowie die Investitionskosten werden nicht von der SPV übernommen.

Neben der SPV besteht auch das System der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV), wobei Zugang und Abgrenzung der Systematik der Krankenversicherung folgen; bei den Leistungen orientiert sich die PPV an den Leistungen der SPV. Einkommen und Erkrankungsrisiken der Versicherten der beiden Systeme unterscheiden sich im Durchschnitt. So sind in der SPV durchschnittlich mehr Menschen mit höheren Erkrankungsrisiken und zugleich geringeren Einkommen und damit Beiträgen versichert.

Bereits heute übersteigen die Ausgaben der SPV die Einnahmen, obwohl der Beitragssatz zum 1. Januar 2025 erneut angehoben wurde. Auch ist ein kontinuierlicher deutlicher Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen bei gleichzeitig zunehmender individueller Pflegedauer zu verzeichnen, aber auch ein Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile sowie der Hilfe zur Pflege, auch wenn – mit Blick auf die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege – die soziale Pflegeversicherung insgesamt weiter entlastend wirkt. Im Kontext des demografischen Wandels steht die Finanzierung der SPV auch auf der Einnahmenseite unter Druck: so wird sich das Verhältnis von Beitragszahlenden zu Pflegebedürftigen weiter verschlechtern.

Die vorrangigen Ziele des Zukunftspakts im Bereich der Finanzierung sind,

- die nachhaltige Finanzierung und Finanzierbarkeit der SPV zu sichern und die SPV dabei finanziell tragfähig und zukunftsfest aufzustellen,
- die finanziellen Belastungen zwischen den Beitragszahlenden, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie den sonstigen Kostenträgern in ein gerechtes und ausgewogenes Verhältnis zu bringen,
- die Entwicklung der Eigenanteile zu begrenzen und
- die SPV generationengerecht, nachhaltig und demografiefest auszugestalten.

Grundlage der Arbeiten des Zukunftspakts war die Maßgabe, keine Vorschläge zu unterbreiten, die zu Mehrausgaben führen, soweit diese nicht unmittelbar auf die demografische Entwicklung zurückzuführen sind. Die Möglichkeit, die bestehenden Leistungsvolumen umzusteuern, so insbesondere zur Förderung von Prävention und Rehabilitation und zur Stärkung der häuslichen Pflege bzw. zur Begrenzung der Eigenanteile, sowie die Einnahmensituation zu verbessern, bleibt davon unberührt.

Auf einer stabilen finanziellen Grundlage, die die nachhaltige Finanzierung und Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung einschließt, soll der Zukunftspakt eine bürgernahe und menschenwürdige pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Stadt und auf dem Land sicherstellen. Die vorrangigen Ziele einer Versorgungsstrukturreform im Rahmen des Zukunftspakts sind,

- Menschen dabei zu unterstützen, trotz gesundheitlicher Einschränkungen in Selbstbestimmung und Würde zu altern, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verzögern und ihr Leben bei Pflegebedürftigkeit mit der größtmöglichen Selbständigkeit eigenverantwortlich gestalten zu können,
- eine präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige sicherzustellen,
- pflegebedürftige Menschen, die zu Hause versorgt werden, besser zu unterstützen, auch zu Randzeiten und in der Nacht sowie in ungeplanten Notfall- und Krisensituationen,
- zu gewährleisten, dass Leistungen der Pflegeversicherung von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen einfach und bürokratiearm in Anspruch genommen werden können,
- eine bürgernahe pflegerische Versorgung sicherzustellen,
- für Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal die fachlichen Gestaltungsspielräume zu erweitern, ihnen wirtschaftliche Sicherheit zu bieten und sie von unnötiger Bürokratie zu entlasten sowie
- Mut zur Innovation zu belohnen und die Pflegeeinrichtungen und das Pflegepersonal bei der Nutzung von Digitalisierung und KI und bei entsprechenden Transformationsprozessen zu unterstützen.

In den Facharbeitsgruppen „Versorgung“ und „Finanzierung“ der Bund-Länder-AG „Zukunftspakt Pflege“ haben Fachexpert/innen aus dem Bundesministerium für Gesundheit und aus den für Pflege zuständigen Ministerien und Senatsverwaltungen der Länder, den für Pflege, Senioren, Soziales, Wirtschaft und Finanzen zuständigen Bundesministerien, dem Arbeitsstab der Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege und den kommunalen Spitzenverbänden auf der Grundlage auch von Anhörungen und Workshops mit den Organisationen in der Pflege und weiterer Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis die nachfolgenden fachlichen Eckpunkte für eine nachhaltige Pflegestruktur- und -finanzierungsreform erarbeitet. Mit den vorgelegten Vorschlägen und Optionen können die Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung und für die Pflegeversicherung zügig angegangen werden.

II. Maßnahmen zur nachhaltigen Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung

1. Gesundheit langfristig erhalten und Selbständigkeit von Menschen mit Pflegebedarf stärken

Für viele Menschen ist es ein zentraler Wunsch, ihre Gesundheit und Selbstständigkeit möglichst bis ins hohe Alter zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, verringern oder hinauszuzögern. Die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt seit Jahren gleichwohl stark an. Die Potentiale der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation sollen daher zukünftig besser und systematischer genutzt werden. Gerade der Eintritt in den Ruhestand bietet durch die gewonnene Zeit neue Chancen, die eigene Gesundheit in den Blick zu nehmen. Es gilt, Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest so lange wie möglich hinauszuzögern, Verschlechterungen des gesundheitlichen Zustands zu vermeiden. Darüber hinaus soll auch das Pflegepotential der Pflegepersonen und beruflich Pflegenden erhalten werden; auch für sie braucht es daher mehr Ansätze in Gesundheitsförderung und Prävention.

1.1. Für ältere Menschen ab 60 Jahren wird das Angebot einer freiwilligen, regelmäßigen Vorsorgeuntersuchung im Sinne eines Gesundheits-Check-ups („U 60+“) erprobt. Ziel des Gesundheit-Check-ups ist, frühzeitig altersspezifische Gesundheits- und Pflegebedürftigkeitsrisiken zu entdecken und individuelle (Präventions- sowie ggf. Rehabilitations-) Empfehlungen für ein gesundes Altern mit hoher Lebensqualität und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu geben. Der Check-up kann von Hausärztinnen und Hausärzten erbracht werden. Im Rahmen der Einführung des Berufsbilds der Advanced Practice Nurse (APN) wird auch geprüft, ob und inwieweit APN und weitere Pflegefachpersonen zukünftig Aufgaben im Rahmen eines solchen Check-ups und bei der Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen übernehmen können.

1.2. Bereits heute können Kranken- und Pflegekassen individuelle Gesundheitsrisiken durch datengestützte Auswertungen erkennen und ihre Versicherten informieren (§ 25b SGB V). Dieser Ansatz wird weiter gestärkt und die Rechtsgrundlage für die Auswertungen im Rahmen der kommenden Digitalisierungsgesetzgebung weiterentwickelt. Insbesondere der Nutzen der Regelung für die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bzw. ihrer Verzögerung wird weiter verbessert. Dabei werden auch Erkenntnisse aus bestehenden Modellvorhaben einbezogen.²

1.3. Im Jahr 2017 hat das Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit den Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens die „Allianz für Gesundheitskompetenz“ ins Leben gerufen.³ Das gemeinsame Ziel: die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland

² Vgl. „PräErKo-25b – Präferenzgerechte Umsetzung der datengestützten Erkennung und Kommunikation individueller Gesundheitsrisiken durch Krankenkassen“, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/praeerko-25b.774> sowie „PrävPflg - Prävention von Pflegebedürftigkeit durch Prevention Nursing“, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/praevpflg.724>.

³ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz/allianz-fuer-gesundheitskompetenz.html>.

zu stärken und weiter zu fördern. Die Allianz wird gebeten, verstärkt auch die Zielgruppe der älteren und pflegebedürftigen Menschen, der Pflegenden (An- und Zugehörige sowie beruflich Pflegende) und der Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen zu adressieren und spezifische Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu entwickeln und im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten der Allianz-Akteure umzusetzen.

1.4. Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung als Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Absatz 5 SGB V), als Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V) und als Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung, § 20b SGB V). Mit dem Leitfaden Prävention⁴ legt der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung unabhängigen Sachverständes sowie des Sachverständes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung fest, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. Dabei werden die oft spezifischen, komplexen Präventionsbedarfe und Zugangshürden älterer und pflegebedürftiger Menschen insbesondere im Zusammenhang mit den Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention noch zu wenig berücksichtigt. So ist es älteren und pflegebedürftiger Menschen oft nicht möglich, an den von den Krankenkassen unterstützten Gruppenkursen teilzunehmen. Die (ärztliche) Präventionsempfehlung für verhaltensbezogene Maßnahmen kann deshalb ins Leere laufen. Der GKV-Spitzenverband wird aufgefordert, die spezifischen Bedarfe der älteren Menschen und der Pflegebedürftigen sowie ihre Zugangswege zu Prävention und Gesundheitsförderung im Leitfaden Prävention bei allen Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung konkret zu berücksichtigen.

1.5. Nach § 20b SGB V haben die Krankenkassen den Auftrag, (Pflege-)Betriebe zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zu beraten und zu unterstützen, indem sie insbesondere die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln und deren Umsetzung fördern. Vielen Pflegebetrieben sind diese Angebote nicht bekannt oder sie nehmen diese nicht in Anspruch, weil ihnen die Ressourcen fehlen. Im Rahmen der gesetzlichen Weiterentwicklung der mit dem Präventionsgesetz geschaffenen Strukturen ist deshalb die überbetriebliche Betreuung durch Netzwerke zu stärken. Hierzu sollen die gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen nach § 20b Absatz 3 Satz 1 SGB V im Rahmen der Unterstützung verstärkt auch die Bildung von örtlichen, überbetrieblichen Netzwerken fördern können.

⁴ https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

1.6. Die Gesundheit und die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen, von ambulant versorgten Pflegebedürftigen sowie von Beschäftigten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sind eng miteinander verknüpft. Im Zuge der Weiterentwicklung der mit dem Präventionsgesetz geschaffenen Strukturen wird die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger verbindlicher gestaltet. Ziel ist eine ganzheitliche Betrachtung der gesamten Organisation, der Verhaltens- und Verhältnisprävention und der verschiedenen Zielgruppen.

1.7. In einem Modellvorhaben wird erprobt, wie den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen die Umsetzung von Versorgungsansätzen ermöglicht werden kann, die die bestehenden Fähigkeiten der Menschen verstärkt in den Blick nehmen (Ressourcenorientierung) und mit geeigneten fachlichen Ansätzen (pflegerisch-therapeutisch) weiter stärken. Insbesondere sollen Vergütungsmodelle erprobt werden, mit denen wirksame Anreize für die Umsetzung solcher Versorgungsansätze gesetzt werden. Die Ergebnisse fließen in den bis Ende 2028 laufenden Prozess zur Weiterentwicklung und Vereinfachung des Vergütungssystems ein.

1.8. Darüber hinaus wird geprüft, welche Möglichkeiten für die Stärkung einer rehabilitativ ausgerichteten Pflege im SGB XI sowie an der Schnittstelle SGB XI und SGB V bestehen. Die Mittel aus § 8 Absatz 7 SGB XI i.V.m. § 113d SGB XI-E (i.d.F. des BEEP-GE), die u. a. zur Konzeptentwicklung und Personal- und Organisationsentwicklung verwendet werden können, werden für die Erstellung eines Fahrplans zur Intensivierung von Bewegungseinheiten etc. und für Mitarbeiterschulungen geöffnet. Die Geschäftsstelle nach § 113d SGB XI-E soll ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zukünftig hierzu Konzepte und Best-Practice-Ansätze zur Unterstützung anbieten.

1.9. Insbesondere bei Menschen mit zunehmender Gebrechlichkeit („Frailty“), nach kritischen Ereignissen und bei drohender Pflegebedürftigkeit kann eine Rehabilitationsmaßnahme dazu beitragen, die Pflegebedürftigkeit durch ein gezieltes Training abzuwenden oder zu mildern. Dennoch ist die Inanspruchnahmequote verordneter Rehabilitationsmaßnahmen gegenwärtig sehr niedrig. Das BMG untersucht daher bis Ende 2026, warum das Angebot mobiler geriatrischer Rehabilitation in Deutschland so gering ist, welche Hürden es für die Etablierung neuer Angebote und welche Herausforderungen es für den Betrieb derartiger Angebote gibt. Zudem wird untersucht, wie Anreize für eine stärkere Verzahnung von Kurzzeitpflege- und Tagespflegeangeboten bzw. -einrichtungen und Rehabilitationsangeboten gesetzt werden können. Die Untersuchung umfasst auch die Analyse möglicher Hürden in der Inanspruchnahme stationärer geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen.

1.10. Im SGB V wird festgelegt, dass eines der Therapieziele in Rehabilitationseinrichtungen bei entsprechender geriatrischer Indikation die Vermeidung oder Verringerung von

Pflegebedürftigkeit ist. Um die Rehabilitationserfolge zu verstetigen, übermittelt die Rehabilitationseinrichtung einen Maßnahmenplan an den Pflegebedürftigen und ggf. seine An- und Zugehörigen.

1.11. Die Kommunen unterstützen ältere Menschen bereits heute mit freiwilligen Angeboten dabei, die Zeit bis zum und ab dem Ruhestand für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit zu nutzen. Dabei sollen sie auch prüfen, inwiefern der Übergang in den Ruhestand als Anlass genutzt werden kann, um Potentiale bspw. für ehrenamtliche Betätigungsformen, auch im Bereich der Betreuung und Unterstützung älterer und pflegebedürftiger Menschen, zu gewinnen und zu aktivieren.

1.12. Pflegebedürftigkeit kann auch durch die Inanspruchnahme geeigneter kommunaler Angebote verzögert oder vermieden werden. Die Länder legen daher fest, dass in Berichten über die Pflegeplanung der Kommunen auch Präventionsangebote der Kommunen und anderer Träger mit dargestellt werden. Die Länder bestärken die Kommunen darin, ihre präventiven Aktivitäten mit Blick auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit möglichst eng mit den Kranken- und Pflegekassen abzustimmen, um den Anschluss zu Bereichen wie der Rehabilitation oder der Gesundheit älterer Menschen herzustellen. Perspektivisch sollen für diesen Bereich der Prävention Ergebnisindikatoren festgelegt und nachgehalten werden.

1.13. Die Krankenkassen unterstützen in ihrem GKV-Bündnis für Gesundheit bereits bundesweit Kommunen bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Vorhaben für vulnerable Zielgruppen, insbesondere Vorhaben für ältere Menschen und pflegende Angehörige. Die Krankenkassen werden aufgefordert, im Rahmen des kommunalen Förderprogramms interessierte Kommunen bereits bei der Entwicklung von Konzepten zu unterstützen. Im Rahmen der Weiterentwicklung der mit dem Präventionsgesetz geschaffenen Strukturen sind die Förderangebote des GKV-Bündnisses für Gesundheit verstärkt auf die nachberufliche Lebensphase auszurichten. Dabei sind vermehrt die Entwicklung und Umsetzung von kommunalen lebensweltbezogenen Interventionen zu fördern, um insbesondere sozial benachteiligte Gruppen und hochbetagte und pflegebedürftige Menschen, die im häuslichen Umfeld betreut werden, zu erreichen sowie pflegende An- und Zugehörige, die aufgrund der mit der Pflegesituation verbundenen physischen wie psychischen Beanspruchungen ebenfalls von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen profitieren können. Hierdurch können, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, auf kommunaler Ebene freiwillige Angebote für vulnerable Gruppen gestärkt werden. Das GKV-Bündnis für Gesundheit wird gebeten, die Strukturen und Verfahren der Antragstellung und Entscheidungsfindung zu vereinfachen und damit den Zugang für Kommunen zu den Angeboten nach § 20a SGB V zu erleichtern.

1.14. Die Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten, ist bereits Gegenstand der Leistung der Altenhilfe nach § 71 SGB XII. Auf dieser Grundlage oder zusätzlich sehen einige Länder sog. präventive Hausbesuche im Sinne einer präventionsorientierten, aufsuchenden Beratung im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit vor, die sich in ihrer konzeptionellen Ausgestaltung unterscheiden. Diese können auch dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verzögern. Entsprechende Ansätze sollen daher möglichst gestärkt bzw. verstetigt werden. Dabei sollen auch regionale Möglichkeiten zur Verknüpfung mit Angeboten zur primären Prävention und Gesundheitsförderung als Satzungsleistungen der Krankenkassen nach § 20 SGB V geprüft werden.

1.15. Neben den genannten verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen sind auch (verhältnispräventive) Maßnahmen aus anderen Politikbereichen von großer Relevanz für die Gesunderhaltung auch älterer Menschen und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Es bedarf daher perspektivisch einer ressortübergreifenden gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die auch diese Maßnahmen mit in den Blick nimmt. Es wird geprüft, welchen Beitrag die Nationale Präventionskonferenz und das Präventionsforum hier leisten können.

2. Präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige sicherstellen

Die unterschiedlichen Lebenswelten der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen bei einer Pflege zu Hause erfordern – insbesondere vor dem Hintergrund teilweise sehr langer Pflegeverläufe – eine passgenaue Begleitung und Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen. Die derzeitigen Beratungs- und Versorgungsmanagementangebote der Pflegekassen (insbesondere der §§ 7, 7a SGB XI) sind in der Praxis weitgehend auf sozialrechtliche Informationsweitergabe beschränkt und sind nicht auf eine dauerhafte Begleitung ausgelegt. Auch die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI für Pflegebedürftige, die ausschließlich durch An- und Zugehörige versorgt werden, bieten nur zu den gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkten und sehr eingeschränkt die Möglichkeit, eine fachliche Begleitung und Unterstützung in der Pflegesituation in Anspruch zu nehmen. Diese Möglichkeit wird zudem oft nicht hinreichend umgesetzt. Schließlich können Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige nach § 45 SGB XI an pflegefachlichen Schulungen teilnehmen, die in aller Regel als Gruppenkurse und – trotz der grundsätzlichen gesetzlichen Möglichkeit – nur selten als individuelle Schulung in der Häuslichkeit stattfindet.

Daher fehlt es gerade Pflegebedürftigen, die ausschließlich durch An- und Zugehörige versorgt werden, an einer wirksamen fachpflegerischen Unterstützung, die auf eine langfristige Begleitung angelegt und konsequent präventionsorientiert ausgerichtet ist und zudem die Zielgruppe

der pflegenden An- und Zugehörigen systematisch mit einbezieht. Diese könnte die häusliche Pflegesituation nachhaltig stabilisieren und Überforderungen sowie unnötige Umzüge in vollstationäre Pflegeeinrichtungen vermeiden. Vor dem Hintergrund des demografisch bedingten Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen, der die Zunahme des Pflege- und Betreuungspersonals übersteigt, werden die Begleitungs- und Unterstützungsbedarfe von zu Hause versorgten Pflegebedürftigen zudem eher noch weiter zunehmen, zumal es – gerade in ländlichen Regionen – nach Berichten von Betroffenen zunehmend schwierig wird, geeignete ambulante und stationäre Pflegeangebote zu finden. Eine weitere Herausforderung ist zudem die fehlende fachliche Unterstützung bei der Pflege in der Nacht oder am Wochenende sowie in ungeplanten Notfall- und Krisensituationen, die nicht selten auch zu (vermeidbaren) Rettungsdiensteinsätzen und Krankenhauseinweisungen führt.

2.1. Für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 1 bis 5 und ihre An- und Zugehörigen wird daher ein neues, regional organisiertes und präventionsorientiertes Leistungsangebot „Fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege“ geschaffen. Mit dem Angebot soll nach einem Erst- und Folgebesuch eine laufende – auch telepflegerische – (pflege)fachliche Unterstützung der Pflegebedürftigen und ggf. ihrer An- und Zugehörigen, insbesondere derjenigen häuslich versorgten Pflegebedürftigen, die keinen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen oder die keine Angehörigen haben, die die Versorgung mit übernehmen können, erfolgen. Die fachliche Begleitung und Unterstützung hat neben der Etablierung eines stabilen, nachhaltigen Versorgungsarrangements insbesondere die Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Situation der Pflegebedürftigen und die Entlastung der pflegenden An- und Zugehörigen zum Ziel.

Zum neuen Leistungsangebot sollen insbesondere die folgenden Angebote gehören:

- Zu Beginn der Pflegebedürftigkeit Angebot von z. B. mindestens zwei Hausbesuchen (z. B. Erstbesuch und Follow-up), weitere nach fachlicher Einschätzung (z. B. bei Höherstufung, Ausfall einer Pflegeperson, nach einer Rehabilitationsmaßnahme oder bei gesundheitlichen Krisen).
- Danach in pflegefachlich festzulegenden Abständen Kontaktaufnahme (telefonisch, telepflegerisch, persönlich) für ein laufendes Monitoring der Pflege- und Belastungssituation, z. B. durch Angehörigenbelastungsassessments.
- Jährlich z. B. mindestens ein Besuch in der Häuslichkeit (bei Pflegegeld- bzw. Entlastungsbudgetempfänger/innen weiterhin obligatorisch und zugleich zur Feststellung, dass die Versorgung sichergestellt ist) und halbjährlicher Kontakt (vgl. BEEP-GE). Ggf. kürzere Besuchsintervalle in hohen Pflegegraden.
- Individuelle fachliche Begleitung einschließlich individueller fachlicher Anleitung und Schulungen (Edukation), auch zur Stärkung der Selbständigkeit/Prävention und Gesundheitsförderung.

- In definierten Fällen soll eine intensivisierte Begleitung im Sinne eines Versorgungs- bzw. Case Managements erfolgen.

2.2. Das Angebot der „Fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege“ soll möglichst vor Ort aus einer Hand mit anderen Beratungs- und Unterstützungsangeboten zur Bewältigung des Alltags (z. B. im Rahmen der Altenhilfe) erbracht werden. Daher kann es – im Sinne eines „Opt-ins“ – anstelle der Pflegekassen unter Nutzung der hierfür vorgesehenen finanziellen Mittel auch von einer Kommune oder einem Träger der Altenhilfe oder einem Pflegestützpunkt erbracht werden, um eine Begleitung „aus einer Hand“ und Vernetzung mit anderen für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen relevanten Beratungs- und Unterstützungsangeboten (z. B. zur Wohnraumanpassung oder Vernetzung mit auf Landesebene bestehenden Angeboten für präventive Hausbesuche, soweit diese auch Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen als Zielgruppe haben) zu ermöglichen. Für die Finanzierung des Angebots wird ein geeigneter Schlüssel entwickelt (z. B. Betrag pro Pflegebedürftigen oder Region).

2.3. Im Rahmen des neuen Angebots soll auch die Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt werden. Dazu wird geregelt, dass das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen des Medizinischen Dienstes mit Einwilligung des Pflegebedürftigen an die für die fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege zuständige Stelle weitergeleitet wird. Dies gilt auch für Präventionsempfehlungen nach § 5 Absatz 1a SGB XI i.d.F. des BEEP-GE.

2.4. Um Rehabilitationserfolge zu verstetigen, übermittelt die Rehabilitationseinrichtung zukünftig zum Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme einen Maßnahmenplan an den Pflegebedürftigen und ggf. seine An- und Zugehörigen (siehe 1.10.). Dieser wird mit Einwilligung des Pflegebedürftigen auch an die für die fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege zuständige Stelle weitergeleitet. Auch bei einem Krankenhausaufenthalt von pflegebedürftigen Menschen soll im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements eine Prüfung von möglichen Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen.

2.5. Pflegende An- und Zugehörige sollen sowohl bei der Begutachtung, aber auch im Rahmen des neuen Leistungsangebots der „Fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege“, z. B. durch die Möglichkeit der Durchführung von Belastungsassessments bei pflegenden An- und Zugehörigen, mit einbezogen und hinsichtlich ihrer Möglichkeiten zur Entlastung sowie zur Erhaltung und Stärkung auch ihrer eigenen Gesundheit fachlich beraten und begleitet werden.

2.6. Der Medizinische Dienst Bund wird damit beauftragt, bis zum Sommer 2026 konkrete Vorschläge für eine Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens mit dem Ziel einer stärkeren Bedarfsorientierung, auch hinsichtlich der Unterstützungsbedarfe von pflegenden An- und Zugehörigen, zu entwickeln. Die Erkenntnisse aus einem solchen weiterentwickelten

Begutachtungsverfahren sollen auch den für die fachliche Begleitung und Unterstützung zuständigen Stellen zur Verfügung gestellt werden.

2.7. Bei erstmaligem Bezug von Pflegegeld bzw. des Entlastungsbudgets nach Ziffer 3.3. (ausschließlich oder als Kombinationsleistung) insbesondere in den Pflegegraden 2 oder 3 wird in den ersten drei Monaten des Leistungsbezugs eine intensiverte, d. h. über das Regelangebot hinsichtlich der möglichen Häufigkeit, Dauer und inhaltlichen Ausgestaltung der Besuche hinausgehende, fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege zur Verfügung gestellt, um die häusliche Versorgungssituation zügig und nachhaltig zu stärken und zu stabilisieren. Fachlich konnte gezeigt werden, dass für die Stabilisierung der Versorgungssituation eine solche fachliche Begleitung und Unterstützung gerade zu Beginn der Versorgung besonders hilfreich für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen ist. Gleichzeitig erhalten die Pflegebedürftigen mit erstmaliger Einstufung in den Pflegegrad 2 oder 3 in diesem Zeitraum ein Pflegegeld bzw. das Entlastungsbudget (vgl. Ziffer 3.3.) in Höhe des hälftigen Leistungsanspruchs (entsprechend bei Inanspruchnahme der Kombinationsleistung).

2.8. Zur Finanzierung des neuen Leistungsangebots der fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege werden die Ausgaben für die bisherigen Beratungs- und häuslichen Schulungsleistungen der §§ 7a, 37 Absatz 3 und 45 SGB XI gebündelt und wird ein Teil der bisher im Pflegegrad 1 für den Entlastungsbetrag aufgewendeten Ausgaben ausgabenneutral in das neue Leistungsangebot integriert. Die Pflegeversicherung bleibt für die leistungsrechtliche Information und Beratung der Versicherten zuständig; § 7 SGB XI wird entsprechend weiterentwickelt. Damit werden die Leistungen und Ausgaben der Pflegeversicherung konsequenter auf das Ziel einer Prävention von Pflegebedürftigkeit ausgerichtet und wird die Ressource der fachlichen Begleitung für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen in allen Pflegegraden besser verfügbar gemacht.

2.9. Die Pflegeversicherung dient der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit als Teilleistungssystem. Wie Pflegebedürftigkeit fachlich definiert ist, wurde im Jahr 2013 durch den Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf wissenschaftlicher Grundlage erarbeitet. Zugleich wurde ein neues, differenziertes Begutachtungsinstrument entwickelt und Empfehlungen für die Gewichtung der einzelnen Fragen und Themenfelder in der Begutachtung gegeben. Empfohlen wurden auch die Gesamtpunkte, ab denen Pflegebedürftigkeit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne vorliegen soll bzw. ab denen eine Einstufung in den nächsthöheren Pflegegrad erfolgen soll (sog. Schwellenwerte). Um die Versorgung aller Pflegebedürftigen finanziell auch zukünftig zu sichern, werden die Schwellenwerte in den Pflegegraden 1, 2 und 3 an die fachlich begründeten Empfehlungen des Expertenbeirats 2013 angepasst. Dies gilt für Neuanträge und Höherstufungen. Pflegegrad 1 wird dabei als Teil des Begutachtungsinstruments beibehalten und auch weiterhin mit Leistungen hinterlegt. Im

Recht der Sozialhilfe soll auch zukünftig ein weitgehend identischer Pflegebedürftigkeitsbegriff gelten. Nach Vorlage der Ergebnisse aus der Evaluation des Begutachtungsinstruments durch den GKV-Spitzenverband im Jahr 2026 wird geprüft, ob weitere Anpassungen in der Begutachtungssystematik erfolgen sollen.

2.10. Aus einem Teil der bisherigen Ausgaben für die Leistungen des Gemeinsamen Jahresbetrags (§ 42a SGB XI), aus dem auch die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI finanziert werden kann, wird ein „Notfallbudget“ geschaffen. Mit diesem soll insbesondere für unplanbare Situationen (z. B. gesundheitliche Krisen, nicht geplanter Ausfall der Hauptpflegeperson) auch zukünftig ein Betrag zur Verfügung stehen, mit dem insbesondere Angebote der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden können. Insbesondere für Notfälle oder Krisen soll zudem eine hinreichende Anzahl an Kurzzeitpflegeplätzen vorgehalten werden (siehe 2.12.). Auch in geplanten Situationen z. B. der Abwesenheit der Hauptpflegeperson (sog. „Urlaubspflege“) soll zukünftig weiterhin die Möglichkeit bestehen, geeignete Angebote in Anspruch zu nehmen.

2.11. Gerade für unvorhersehbaren pflegerischen Beratungs- oder Unterstützungsbedarf, z. B. in pflegerischen Akut- und Notfallsituationen und in Fällen eines kurzfristigen Ausfalls der Hauptpflegeperson bei häuslich versorgten Pflegebedürftigen, sind entsprechende Angebote tagsüber, aber auch in der Nacht und am Wochenende erforderlich, auch um Fehlversorgungen und unnötige Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Die Versorgung in notfallmäßig auftretenden Pflegesituationen könnte tagsüber künftig z. B. über das Angebot der fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege erfolgen (siehe 2.1.).

2.12. In der Nacht, zu Randzeiten und an den Wochenenden könnten beispielsweise Dienstleister von Hausnotrufdiensten, denen häufig auch ein oder mehrere pflegerische Sozialdienste angeschlossen sind, die Versorgung (im Auftrag der Pflegekassen) übernehmen. Alternativ wäre auch möglich, dass Pflegeeinrichtungen vor Ort die akute und notfallmäßige Versorgung durch die abwechselnde Teilnahme an einem ambulanten „Pflegenotdienst“ übernehmen. Hierzu wird der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen weiterentwickelt und werden Anpassungen der Regelungen in den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI sowie insbesondere die Möglichkeit, Kurzzeitpflegeplätze für ungeplante Notfälle vorzuhalten, aber auch andere Möglichkeiten, die Versorgung in diesen Fällen durch geeignete Angebote sicherzustellen, geprüft. Die Einsätze der Pflegenotdienste und Kurzzeitpflegeaufenthalte würden in diesem Fall ausgabenneutral über die Leistungen der Pflegeversicherung finanziert. Die Vorhaltekosten der Notfallplätze in der Kurzzeitpflege könnten dabei durch die Pflegeversicherung und der Investitionskostenanteil von den Ländern getragen und damit die Vorhaltung der Notfallplätze entsprechend gestaltet werden.

2.13. Bis 2027 wird von den Pflegekassen ein „Pflegenotfalltelefon“ mit einer bundesweit einheitlichen Nummer eingerichtet und die Umsetzung in Modellregionen erprobt. Damit soll in

akuten Situationen eine erste pflegefachliche Einschätzung ermöglicht und sollen bei notfallmäßig auftretendem Pflegebedarf umgehend weitere Unterstützungsleistungen, beispielsweise durch Weiterleitung an regionale Notfallstellen oder einen ambulanten „Pflegetnotdienst“ vor Ort organisiert werden. Auch digitale, barrierefreie Zugangswege sind dafür mit in den Blick zu nehmen. Die Länder streben eine regionale Umsetzung an und sind für den operativen Betriebs des Pflegetnotfalltelefons verantwortlich.

2.14. Bei der Erprobung eines Pflegetnotfalltelefons ist auch zu prüfen, inwieweit es in das geplante Konzept eines neuen Leitsystems der integrierten Notfallversorgung (im Rahmen der kommenden Reform der Notfallversorgung) integriert und aufeinander abgestimmt werden kann. Die vorgeschlagenen Maßnahmen können somit auch dazu beitragen, unnötige Notarzteinsätze und Krankenhausaufnahmen (ohne klinisch-medizinische Indikationen) zu vermeiden.

2.15. Die kurzfristige Bereitstellung von pflegerischen Unterstützungsmaßnahmen in pflegerischen Akut- und Notfallsituationen setzt entsprechende Angebotsstrukturen voraus, die am besten nach regionalen Gegebenheiten organisiert werden können. Die Länder nehmen dabei ihre Verantwortung für die pflegerische Infrastruktur auch im Bereich der pflegerischen Akut- und Notfallversorgung wahr und schaffen, soweit diese noch nicht vorhanden sind, geeignete Unterstützungs- und Netzwerkstrukturen vor Ort. Kooperationen mit Krankenhäusern, der Altenhilfe und den Pflegestützpunkten und die Einbindung von telepflegerischen Unterstützungsangeboten sind sinnvoll.

2.16. Zur Stärkung der häuslichen Pflege sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf dringend zu verbessern. Das BMBFSFJ wird aufgefordert, zeitnah im Jahr 2026 einen Referentenentwurf vorzulegen, durch den Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz zusammengeführt, bestehende bürokratische Hürden für Arbeitgeber und pflegende Beschäftigte abgebaut werden, der Kreis der An- und Zugehörigen erweitert und vorgesehen wird, dass Erwerbstätige, die informelle häusliche Pflegeverantwortung übernehmen, flexiblere gesetzliche Freistellungsansprüche erhalten.

2.17. Zudem sollte geprüft werden, ob Beschäftigte, die ihre Arbeitszeit für die Übernahme von informeller häuslicher Pflegeverantwortung reduzieren und dadurch Entgelteinbußen erleiden, dafür künftig eine teilweise finanzielle Kompensation erhalten können. Das BMBFSFJ wird bis Ende 2027 um einen Vorschlag gebeten, ob und gegebenenfalls wann ein Pflegezeitgeld frühestmöglich unter Berücksichtigung der aktuellen Haushalts- und Wirtschaftslage eingeführt werden kann und wie es ausgestaltet werden könnte.

3. Einfache und bürokratiearme Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung

Versorgung muss vorrangig aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen gedacht und gestaltet werden. Versorgungspfade in der Pflege sind daher so auszugestalten, dass der pflegebedürftige Mensch im Vordergrund steht („personenorientiert“). Dafür ist der Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen leicht verständlich und unbürokratisch zu gestalten. Das von vielen als zu komplex und zu ausdifferenziert wahrgenommene Leistungsrecht der Pflegeversicherung soll vereinfacht werden. Zudem stellen sich Fragen der Leistungsgerechtigkeit bei Pflegebedürftigen, deren Leistungen von der Wohnform abhängig sind, sowie der Wirkungen eines komplexen Leistungs- und Vergütungsrechts auf die Entwicklung von geeigneten Angebots- und effizienten Vergütungsstrukturen.

3.1. Mit dem Ziel einer Überwindung der Sektorengrenzen innerhalb des SGB XI soll durch Bund und Länder unter Einbeziehung der kommunalen Spitzenverbände bis zum Ende des Jahres 2027 eine ergebnisoffene Prüfung von sektoren- und wohnformenunabhängigen Leistungsbudgets erfolgen. In die Prüfung einbezogen werden sollen die Fragen, wie pflegebedarfsorientierte Leistungsbeträge unabhängig von der Wohnform entwickelt sowie eine Gleichbehandlung der Pflegebedürftigen sowie eine bedarfsgerechte und flächendeckende Angebotsstruktur sichergestellt werden können. Bei der Prüfung sind auch Fragen sektorenunabhängiger Vergütungsstrukturen, Personalvorgaben und Qualitätssicherung sowie des zukünftigen Umgangs mit den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu klären. Perspektivisch sollte auch eine gesetzbücherübergreifende Harmonisierung angestrebt werden.

3.2. Im Rahmen der Prüfung von sektoren- und wohnformenunabhängigen Leistungsbudgets soll insbesondere zur Leistung der Tages- und Nachtpflege eine Studie zur derzeitigen Inanspruchnahme dieser Leistung und zu den Möglichkeiten der Verbesserung der Angebotsstrukturen durchgeführt werden.

3.3. Als einen ersten, wichtigen Schritt in Richtung einer Vereinfachung und Weiterentwicklung des Leistungsrechts werden die folgenden Bündelungen von Leistungen in Budgets vorgeschlagen:

[Option 1:]

- **Sachleistungsbudget 1:** Es wird ein neues Sachleistungsbudget geschaffen, das für folgende Leistungen verwendet werden kann:
 - Pflegesachleistungen ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste,
 - Leistungen im Fall notwendiger Verhinderungspflege, die von zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbracht werden,

- Leistungen gewerblicher oder trägerschaftlich organisierter ehrenamtlicher Angebote zur Unterstützung im Alltag, die bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen unterliegen und versorgungsvertraglich zugelassen sind.

Das neue Sachleistungsbudget wird weiterhin nach den Pflegegraden 2 bis 5 gestaffelt. Die Leistungsbeträge werden ausgabenneutral gegenüber den bisherigen Leistungsbeträgen der ambulanten Pflegesachleistung leicht erhöht. Hierfür wird ein Teil der Ausgaben der Leistungen der Verhinderungspflege und der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel sowie ein Teil der Ausgaben des Entlastungsbetrags eingesetzt.

- **Entlastungsbudget 1:** Es wird ein neues Entlastungsbudget in Form einer flexibel einsetzbaren Geldleistung für häuslich versorgte Pflegebedürftige geschaffen. Mit der Geldleistung können beispielsweise auch Leistungen im Fall notwendiger Verhinderungspflege, aber auch zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel direkt eingekauft werden. Mit dem Entlastungsbudget ist auch in Zukunft die Voraussetzung verbunden, dass die Versorgung sichergestellt ist. Dies wird durch die Stellen, die die fachliche Beratung und Begleitung bei der Pflege (vgl. 2.1.) zukünftig erbringen, im Rahmen der Begleitung der häuslichen Versorgung festgestellt. Gibt es Anzeichen, dass die Versorgung nicht hinreichend sichergestellt ist, dient das Angebot der fachlichen Beratung und Begleitung bei der Pflege dazu, die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen dabei zu unterstützen, die Versorgung wieder zu stabilisieren. Das neue Entlastungsbudget wird weiterhin nach den Pflegegraden 2 bis 5 gestaffelt. Die Leistungsbeträge des bisherigen Pflegegeldes werden dafür ausgabenneutral leicht erhöht. Hierfür wird ein Teil der Ausgaben der Leistungen der Verhinderungspflege und der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel sowie ein Teil der Ausgaben des Entlastungsbetrags eingesetzt.
- Die Möglichkeit zur Kombination des Sachleistungs- und des Entlastungsbudgets (als Geldleistung) bleibt in entsprechend angepasster Form erhalten (sog. **Kombinationsleistung**).

Die Folgen für die Hilfe zur Pflege sind zu prüfen.

3.4. Bei der Leistung der **Tages- und Nachtpflege** soll geprüft werden, ob und wie teilstationäre Leistungserbringende von bürokratischen Aufwänden entlastet werden können. Ferner wird geprüft, ausgabenneutral einen Teil der Ausgaben der Verhinderungspflege zur Erhöhung der Leistungen für die Tages- und Nachtpflege einzusetzen. Zudem soll zukünftig der Leistungsbetrag auch für niedragschwellige Tagesbetreuungsangebote, die bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen unterliegen und versorgungsvertraglich zugelassen sind, einsetzbar sein.

3.5. Angebote zur Unterstützung im Alltag gewinnen für die niedrigschwellige Unterstützung der Pflegebedürftigen und die wichtige Entlastung der pflegenden An- und Zugehörigen im Alltag immer mehr an Bedeutung. Aufgrund der vielfältigen Ausgestaltung und der zunehmenden Professionalisierung der Angebote zur Unterstützung im Alltag können die Leistungen der Angebote, die bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen entsprechen, aus dem Sachleistungsbudget in Anspruch genommen werden. Entsprechende Angebote schließen hierfür auf sie ausgerichtete Versorgungsverträge mit den Pflegekassen. Für niedrigschwellige Angebote, die diesen inhaltlichen sowie fachlichen Anforderungen nicht entsprechen – z. B. auf Grundlage einer sittlichen Verpflichtung erbrachte Nachbarschaftshilfe oder ehrenamtlich Einzelhelfende –, kann das Entlastungsbudget genutzt werden. Um diese Hilfestrukturen vor Ort weiter zu stärken, ist das gemeinsame Ziel, die Förderung durch Pflegeversicherung und Länder ausgabenneutral auszubauen. Zudem wird die Ausrichtung bestimmter Angebote bundesweit stärker vereinheitlicht. Beispielsweise wird die Möglichkeit, Leistungen zur Unterstützung bei der Haushaltsführung im Rahmen der Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch zu nehmen, auf solche Leistungen fokussiert, die unmittelbar pflegebedingt oder für den Verbleib zu Hause relevant sind.

[Ende Option 1]

[Option 2:]

- **Sachleistungsbudget 2:** Es wird ein neues Sachleistungsbudget geschaffen, das für folgende Leistungen verwendet werden kann:
 - Pflegesachleistungen ambulanter Pflegedienste und ambulanter Betreuungsdienste,
 - Leistungen im Fall notwendiger Verhinderungspflege, die von zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbracht werden.

Das neue Sachleistungsbudget wird weiterhin nach den Pflegegraden 2 bis 5 gestaffelt. Die Leistungsbeträge werden ausgabenneutral gegenüber den bisherigen Leistungsbeträgen der ambulanten Pflegesachleistung leicht erhöht. Hierfür wird ein Teil der Ausgaben der Leistungen der Verhinderungspflege und der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel eingesetzt.

- **Entlastungsbudget 2:** Es wird ein neues Entlastungsbudget in Form einer flexibel einsetzbaren Geldleistung für häuslich versorgte Pflegebedürftige geschaffen. Mit der Geldleistung können beispielsweise auch Leistungen im Fall notwendiger Verhinderungspflege, aber auch zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel direkt eingekauft werden. Mit dem Entlastungsbudget ist auch in Zukunft die Voraussetzung verbunden, dass die Versorgung sichergestellt ist. Dies wird durch die Stellen, die die fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege (vgl. 2.1.) zukünftig erbringen, im Rahmen der Begleitung der häuslichen Versorgung festgestellt. Gibt es Anzeichen, dass die Versorgung

nicht hinreichend sichergestellt ist, dient das Angebot der fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege dazu, die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen dabei zu unterstützen, die Versorgung wieder zu stabilisieren. Das neue Entlastungsbudget wird weiterhin nach den Pflegegraden 2 bis 5 gestaffelt. Die Leistungsbeträge des bisherigen Pflegegeldes werden dafür ausgabenneutral leicht erhöht. Hierfür wird ein Teil der Ausgaben der Leistungen der Verhinderungspflege und der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel eingesetzt.

- Die Möglichkeit zur Kombination des Sachleistungs- und des Entlastungsbudgets (als Geldleistung) bleibt in entsprechend angepasster Form erhalten (sog. **Kombinationsleistung**).

Die Folgen für die Hilfe zur Pflege sind zu prüfen.

3.4. Bei der Leistung der **Tages- und Nachtpflege** soll geprüft werden, ob und wie teilstationäre Leistungserbringende von bürokratischen Aufwänden entlastet werden können. Ferner wird geprüft, ausgabenneutral einen Teil der Ausgaben der Verhinderungspflege zur Erhöhung der Leistungen für die Tages- und Nachtpflege einzusetzen. Zudem soll zukünftig ein Teil des Leistungsbetrags auch für niedrigschwellige Tagesbetreuungsstrukturen einsetzbar sein.

3.5. Angebote zur Unterstützung im Alltag gewinnen für die niedrigschwellige Unterstützung der Pflegebedürftigen und die wichtige Entlastung der pflegenden An- und Zugehörigen im Alltag immer mehr an Bedeutung. Die für den bisherigen Entlastungsbetrag in den Pflegegraden 2 bis 5 geleisteten Ausgaben werden künftig gezielt allein auf Angebote zur Unterstützung im Alltag fokussiert. Für die Nutzung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag steht dadurch in Zukunft ein deutlich höherer Leistungsbetrag zur Verfügung als beim bisherigen Entlastungsbetrag. Für die Abrechnung dieser Leistung werden gleichzeitig einfache – auch digitale – Wege eröffnet. Darüber hinaus werden die Regelungen zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag angepasst: Rahmen und Inhalte anerkannter Angebote werden bundesrechtlich deutlich stärker vereinheitlicht und die zu erfüllenden Voraussetzungen vereinfacht. Hierbei erfolgt auch eine Abgrenzung, welche Tätigkeiten nicht Gegenstand der niedrigschwelligen Angebote sind, insbesondere im Hinblick auf Unterstützungsleistungen bei der Haushaltsführung. Zugleich werden die Voraussetzungen für die Zulassung ambulanter Betreuungsdienste künftig praxisgerechter ausgestaltet. Damit wird für geeignete Anbieter, die Betreuung oder Hilfen bei der Haushaltsführung professionell anbieten möchten, die Möglichkeit eröffnet, als ambulanter Betreuungsdienst tätig zu werden. So kann auf diesen Gebieten auch eine bessere Unterscheidung zwischen Anbietenden professioneller Leistungen und niedrigschwelligen Angeboten getroffen werden. Außerdem wird gemeinsam das Ziel verfolgt, die bisherige Förderung im Hinblick auf

niedrigschwellige Unterstützungsstrukturen und ehrenamtliches Engagement auszubauen, ohne dass hierfür im SGB XI insgesamt Mehrausgaben entstehen.

[Ende Option 2]

3.6. Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen sollen alle Informationen und Instrumente, die sie brauchen, um die Pflege im Alltag zu managen und sich in der Pflegeversicherung zu orientieren, künftig an einem einheitlichen digitalen Ort vorfinden. Daher wird von den Pflegekassen automatisch bei erstmaliger Zuerkennung eines Pflegegrades perspektivisch für jede pflegebedürftige Person ein digitales „Pflege-Cockpit“ angelegt. Hierin werden alle bereits vorhandenen Informations-, Kommunikations- und Antragsmöglichkeiten digital eingebunden. Zudem besteht über das „Pflege-Cockpit“ der direkte Zugang zu bestehenden Angebots-Suchfunktionen, es werden konkrete Beratungs-, Begleitungs-, Unterstützungs- und Schulungsmöglichkeiten (vor Ort und online) angezeigt und geeignete zielgruppenspezifische Informationsangebote (z. B. für Eltern mit pflegebedürftigen Kindern) eingebettet. Zwischen dem digitalen „Pflege-Cockpit“ und der elektronischen Patientenakte (ePA) wird ein sinnvolles Zusammenspiel ermöglicht. Die Benutzung des digitalen „Pflege-Cockpits“ durch die Pflegebedürftigen und ihre Vertretungsberechtigten bleibt freiwillig. Mit Einverständnis der Pflegebedürftigen können die Informationen aus dem „Pflege-Cockpit“ auch bei einer Beratung durch autorisierte Beratungsstellen, z. B. die für die fachliche Begleitung und Unterstützung zuständigen Stellen (vgl. 2.1.), genutzt werden. Es wird geprüft, ob und ggf. wie mit Einverständnis der Pflegebedürftigen Informationen aus dem „Pflege-Cockpit“ auch im Hinblick auf Träger der Sozialhilfe nutzbar gemacht werden können.

3.7. Damit sowohl Pflegebedürftige als auch Pflegekassen jederzeit einen transparenten Überblick darüber haben, wer Kostenerstattungsansprüche geltend machen kann, und es nicht zu unklaren Überschneidungen kommt, soll die Abtretung von Kostenerstattungsansprüchen nach dem SGB XI künftig nur noch gegenüber der Pflegekasse erklärt werden. Diese stellt in einem geeigneten Verfahren für alle Beteiligten jederzeitige Transparenz sicher. Gleichzeitig werden Anbietende davon entlastet, ihre Berechtigung zur Geltendmachung der Kostenerstattungsansprüche bei jeder Abrechnung erneut nachweisen zu müssen.

3.8. Der Medizinische Dienst Bund wird damit beauftragt, im Dialog mit den Trägern der Sozialhilfe bis zum Sommer 2026 zu prüfen, ob und inwieweit eine verstärkte Bedarfserhebung im Rahmen der Pflegebegutachtung zukünftig auch regelhaft durch die Träger der Sozialhilfe bei der Feststellung des Bedarfs an Hilfe zur Pflege genutzt werden kann.

3.9. Damit die Medizinischen Dienste durch mögliche weitere Aufgaben im Rahmen der Pflegebegutachtung nicht zusätzlich belastet werden, sollte zugleich auf Grundlage des Vorschlags des Medizinischen Dienstes Bund geprüft werden, wie die Medizinischen Dienste durch Berücksichtigung der Ressourcen je nach Versorgungsort bei der Pflegebegutachtung entlastet werden

können. Dabei ist auch zu prüfen, wie das Begutachtungsverfahren in einzelnen Punkten grundsätzlich gestrafft und der Dokumentationsaufwand reduziert werden könnte sowie eine höhere Flexibilität bei der sachgerechten Auswahl der Begutachtungsformate erreicht und Mitwirkungspflichten bei Höherstufungsanträgen gestärkt werden könnten.

4. Bürgernahe pflegerische Versorgung sicherstellen

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe (§ 8 Absatz 1 SGB XI). Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes dabei eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten (§ 8 Absatz 2 Satz 1 SGB XI). Die Pflegekassen sind nach § 12 SGB XI für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern (§ 69 Absatz 2 SGB XI). Die Länder sind nach § 9 SGB XI verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt.

Um eine bürgernahe pflegerische Versorgung sicherzustellen, braucht es auch eine ausreichende Anzahl möglichst wohnortnaher Pflege- und Unterstützungsangebote. Durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1994/1995 und das zugrundeliegende Wettbewerbsprinzip, das für die Pflegekassen die Verpflichtung zum Abschluss eines Versorgungsvertrags bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen vorsieht (sog. Kontrahierungszwang), konnten Pflege- und Unterstützungsangebote zügig auf- und ausgebaut werden. Mit den zunehmenden Herausforderungen bei der Personalsicherung in der Pflege stößt der weitere Ausbau an tatsächliche Grenzen. Daher sind einerseits Hürden für die Entstehung innovativer Angebotsformen abzubauen (siehe dazu unter 5. und 6.), andererseits sind Maßnahmen vorzusehen, mit denen die wohnortnahe Angebotsinfrastruktur verbessert und Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen dabei unterstützt werden können, ihre Versorgung im konkreten Fall sicherzustellen.

4.1. Mit dem Gesetzentwurf zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP-GE) werden die Pflegekassen verpflichtet (§ 69 Absatz 2 SGB XI-E), die Erkenntnisse aus ihrer Evaluation der regionalen Versorgungssituation, aus den Empfehlungen der Landespflegeausschüsse nach § 8a Absatz 1 SGB XI und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 SGB XI ebenso wie Erkenntnisse aus Anzeigen von Pflegeeinrichtungen zur Beeinträchtigung der Leistungserbringung nach § 73a Absatz 1 SGB XI-E zu berücksichtigen. Ist es zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags erforderlich, haben die Pflegekassen Verträge mit Einzelpflegepersonen gemäß § 77 Absatz 1 SGB XI abzuschließen oder

diese gemäß § 77 Absatz 2 SGB XI selbst anzustellen. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales die Wirkungen dieser Regelungen auf die Sicherstellung einer wohnortnahen Angebotsinfrastruktur in der Pflege und prüft, auch unter Berücksichtigung des Prozesses zur ergebnisoffenen Prüfung von sektoren- und wohnformenunabhängigen Leistungsbudgets (vgl. 3.2.), ob und ggf. wie die Verteilung der Zuständigkeiten und die Verpflichtungen zur Zusammenarbeit bei der Sicherstellung der Versorgung weiterzuentwickeln sind.

4.2. Um eine ausreichende Angebotsinfrastruktur vor Ort sicherzustellen, sollen den Pflegekassen und Kommunen (mehr) Möglichkeiten eröffnet werden, selbst Träger von Pflegeeinrichtungen zu sein, zum Beispiel soweit in einer Region eine Unterversorgung mit entsprechenden Angeboten festgestellt wurde und keine freigemeinnützigen oder gewerblichen Träger ein Angebot zur Verfügung stellen (Eigeneinrichtungen der Pflegekassen oder Kommunen). Für eine Versorgung bei ungeplanten pflegerischen Notfällen oder Krisen soll eine hinreichende Anzahl an Kurzzeitpflegeplätzen vorgehalten werden (siehe 2.10.). Darüber hinaus soll im Falle einer festgestellten Unterversorgung die Möglichkeit für die Pflegekassen eröffnet werden, von bestimmten (rahmen-) vertraglichen Vorgaben (vorübergehend) abzuweichen, um zusätzliche Angebote zu ermöglichen.

4.3. Um Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen im Fall individuell zu unterstützen, wenn sie kein Versorgungsangebot finden, werden die Pflegekassen im Rahmen der weiterentwickelten Beratungsleistungen verpflichtet, innerhalb von drei Wochen dem Pflegebedürftigen ein geeignetes Versorgungsangebot, ein geeignetes Angebot zur Unterstützung im Alltag oder im Rahmen der Möglichkeiten des § 77 SGB XI eine Vereinbarung mit einer geeigneten Einzelpflegekraft zu vermitteln. Zusätzlich hat sie ihn an das neue Leistungsangebot der fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege (vgl. 2.1. und 2.2.) zu vermitteln. Pflegebedürftige, die dennoch innerhalb eines bestimmten Zeitraums kein geeignetes Versorgungsangebot finden, haben Anspruch auf ein Case Management mit dem Ziel der Gestaltung eines stabilen Versorgungsarrangements durch die für die fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege zuständige Stelle.

4.4. Die Sicherstellung einer hinreichenden Angebotsinfrastruktur wird durch eine geeignete kurz- und mittelfristige, wirkungsorientierte Pflege(bedarfs)planung unterstützt, die auch Grundlage für eine wirkungsorientierte Steuerung sein kann. Eine wirkungsorientierte Pflegeplanung beschreibt eine anzustrebende leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur für eine Region und wie die vorhandenen Strukturen und Prozesse in diese Richtung entwickelt werden können. Diese Planung ist datengestützt. Die Kassen stellen hierfür auf der Grundlage der Empfehlungen gemäß § 12 Absatz 2 SGB XI-E (i.d.F. des BEEP-GE) möglichst bis Ende 2026 aktuelle, bereits vorhandene, einheitlich

aufzubereitende Daten als Kennzahlen für die Pflegeplanung auf kommunaler (kleinräumiger) Ebene auf einer einheitlichen Plattform (z. B. beim GKV-Spitzenverband) zum Abruf zur Verfügung. Daten, die im Zuge der Qualitätssicherung nach § 114b SGB XI gesammelt werden, sollen dabei ggf. berücksichtigt werden. Diese sollen von den Kommunen in Verbindung mit weiteren pflegerelevanten Daten für eine wirkungsorientierte Pflegebedarfsplanung genutzt werden. Damit wird der Datentransparenz, Vermeidung von Doppelstrukturen und dem Grundsatz („public money, public data“) Rechnung getragen.

4.5. Um eine einheitliche, zielorientierte und bürokratiearme Datengrundlage für eine wirkungsorientierte Pflegeplanung zu schaffen, verständigen sich die Länder auf einen bundesweit einheitlichen Kerndatensatz, der neue Kassendaten einschließt, und können diesen auch in ihren landesrechtlichen Regelungen verankern. Versorgungsdaten zu gemeinschaftlichen Wohnformen/ambulant betreutem Wohnen sind nicht in hinreichendem Umfang vorhanden. Daher wird geprüft, wie eine bürokratiearme Erhebung solcher Daten künftig regelhaft erfolgen kann.

4.6. Die Versorgungssituation ist wesentlich von der Zahl der in einer Region tätigen Pflegefachpersonen und weiteren in der Pflege Tätigen abhängig. Die kommunale Pflegeplanung soll daher auch die Daten über in der Kommune (professionell) in der Pflege tätige Personen berücksichtigen. Dadurch können auch die Auswirkungen von Strukturveränderungen wie beispielsweise der Krankenhausreform planerisch mit bedacht werden. Ein Pflegepersonal-Monitoring kann auch Teil des Kerndatensatzes (vgl. 4.5.) sein. Im Rahmen der vom Bundesministerium für Gesundheit derzeit durchgeführten Pilotierung eines Fachkräftemonitorings wird gegenwärtig auch untersucht, welche Daten zum Gesundheits- und Pflegepersonal regionalisiert dargestellt werden können. Das BMG prüft, wie diese Daten im Falle einer Verstetigung des Fachkräftemonitorings auch für eine kommunale (integrierte) Pflege- und Sozialplanung zur Verfügung gestellt und miteinander verknüpft werden können.

4.7. Das Bundesministerium für Gesundheit ermöglicht einen regelmäßigen Austausch mit den Verantwortlichen in den sechzehn Ländern über die Durchführung einer bürokratiearmen und zielorientierten kommunalen Pflegeplanung. Ziel des Austauschs ist es, Best-Practice-Beispiele einer kommunalen Pflegeplanung zu kommunizieren und sukzessive einen möglichst einheitlichen, bundesweit gültigen Standard für eine wirkungsorientierte Pflegebedarfsplanung zu etablieren.

5. Mehr Gestaltungsspielräume, wirtschaftliche Sicherheit und Entlastung für Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal

Pflegeeinrichtungen sind in ihrem Betrieb mit vielen komplexen Anforderungen konfrontiert: Zum einen haben sie zur Sicherstellung der Qualität der Versorgung und guter Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal differenzierte Personal-, Entlohnungs- und Qualitätsvorgaben umzusetzen. Zum anderen werden die Verfahren der Vereinbarung und Abrechnung von Vergütungen einschließlich der erforderlichen Nachweise für viele Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen zunehmend als komplex und aufwändig wahrgenommen. Daher ist es erforderlich, in eine Gesamtschau der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen die Vorgaben auf das zur Sicherung der Qualität, guter Arbeitsbedingungen und wirtschaftlichen Versorgung unbedingt erforderliche Maß zurückzuführen. Mit der Stärkung der Befugnisse von Pflegefachpersonen in der Versorgung ist auch ein Perspektivwandel verbunden, der eine neue Vertrauenskultur in der Pflege zum Ziel hat.

5.1. Angesichts der demografischen Herausforderungen wird es für viele vollstationäre Pflegeeinrichtungen zunehmend schwierig, zusätzliches Personal am Arbeitsmarkt zu gewinnen und auf der Grundlage von § 113c SGB XI (Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen) zu vereinbaren. Der Koalitionsvertrag sieht vor, die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen zu stärken und bürokratische Vorgaben abzubauen. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten deshalb einen größeren Entscheidungsspielraum und mehr Eigenverantwortung, um Personal nach fachlicher und persönlicher Eignung vereinbaren und einsetzen zu können:

- Der Bund ermöglicht, dass für einen Übergangszeitraum geeignetes berufserfahrenes Personal im Hilfskraftbereich flexibler eingesetzt werden kann, ohne eine berufliche Ausbildung nachträglich absolvieren zu müssen, bis ausreichend ausgebildete Pflegefachassistenten zur Verfügung stehen. Dadurch kann mit vorhandenem Hilfskraftpersonal mit Qualifikationsniveau (QN, Definition nach PeBeM⁵) 1 oder 2, das nach der Einführung des neuen Personalbemessungsverfahrens zum 1. Juli 2023 über die Personalanhaltszahlen hinaus in den Pflegeeinrichtungen verblieben ist, höherwertige QN 3-Stellen besetzt werden.
- Das BMG überprüft gemeinsam mit den zuständigen Bundesressorts und den Verbänden der Kostenträger und Leistungserbringern auf Bundesebene gesetzliche oder vertragliche Vorgaben für Beauftragte (z. B. für Hygienebeauftragte) in Pflegeeinrichtungen, um die Vorgaben für Beauftragte auf das für eine gute Qualität notwendige Maß zu

⁵ Projekt zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM), Universität Bremen, 2020.

reduzieren. Bisher für Beauftragte vorgesehene Stellenanteile und das Personal, das diese Stellen besetzt, werden in den Personalbestand für Pflege und Betreuung überführt, ohne dass dies zu einem Personalabbau führt. Pflegeeinrichtungen sollen die entsprechenden Stellenanteile weiter gegenüber den Kostenträgern geltend machen können.

- Der Bund überführt die zusätzlichen Betreuungskräfte vollständig in die reguläre Personalausstattung der vollstationären Pflegeeinrichtungen, ohne dass dies zu einem Personalabbau führt, und prüft eine entsprechende Umsetzung für die teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege. Pflegebedürftige sollen durch diese Maßnahme nicht zusätzlich finanziell belastet werden.
- Der Bund wird gemeinsam mit den Verbänden von Kostenträgern und Leistungserbringern weiterhin bundesweit einheitliche Mindest-Personalvorgaben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie für Stellen für Hauswirtschaft und Verwaltung anstreben.

Die Länder prüfen, ob und wie sie die Verbesserung der Effizienz des Personaleinsatzes durch eine entsprechende Investitionskostenförderung der Digitalisierung und des Technikeinsatzes in den Pflegeeinrichtungen unterstützen können. Der Bund stellt sicher, dass Pflegeeinrichtungen weiterhin bei Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung unterstützt werden.

5.2. Die bürokratisch aufwändige, doppelte Regelung von Strukturvorgaben für das Personal für vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Landes-Heimrecht (Fachkraftquoten) einerseits und im bundesweit geltenden Recht der Pflegeversicherung einschließlich darauf basierender Verträge (Personalbemessung nach Qualifikationsniveaus) andererseits soll mittelfristig entfallen. Stattdessen sollen die Länder auch im Ordnungsrecht die Strukturvorgaben für eine Mindestpersonalausstattung aus den Verträgen nach § 75 Absatz 1 SGB XI heranziehen. Die Länder stellen dies durch entsprechende Änderungen der heimrechtlichen Ländergesetze sicher. Die Länder prüfen zudem, ob ggf. auch als eine Alternative zur Prüfung der quantitativen Personalstrukturvorgaben künftig ein ergebnisqualitätsorientierter Prüfansatz im Ordnungsrecht verfolgt werden soll.

5.3. Der demografische Wandel und die herausfordernde Arbeitsmarktlage in der Pflege erfordern ein Umdenken. Es wird künftig darum gehen, wie die vorhandenen personellen Ressourcen bestmöglich genutzt werden können. Es gibt vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die mit guten Arbeitsbedingungen und hoher Pflegequalität unter den derzeit geltenden Voraussetzungen attraktive Arbeitgeber sind. Ziel ist es, solche Einrichtungen zu identifizieren und systematisch zu erheben, was sie von anderen Pflegeeinrichtungen unterscheidet, um andere Einrichtungen dabei zu unterstützen, diesen Prinzipien zu folgen. Das BMG wird unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund diese Erfolgsfaktoren untersuchen, insbesondere welche Rolle die Qualifikation der Führungskräfte, Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung sowie der

Digitalisierung und des Technikeinsatzes dabei spielen. Dadurch können realistisch umsetzbare Alternativen zu einer pauschalen, weiteren Erhöhung der Personalanhaltswerte entwickelt werden.

5.4. Eine neue Vertrauenskultur in der Pflege setzt einen veränderten Fokus bei den Qualitätsprüfungen voraus. Bund und Länder sorgen dafür, dass die bestehenden Vorgaben zur Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung durch die Medizinischen Dienste und die Heimaufsichten dahingehend überprüft werden, ob weitere Erleichterungen zugunsten der Einrichtungsträger und zur Entlastung des Pflege- und Betreuungspersonals und vor dem Hintergrund des erforderlichen Schutzes der Pflegebedürftigen möglich sind.

5.5. Mit den Regelungen zur tariflichen Entlohnung im SGB XI ist der Pflegeberuf in den letzten Jahren zu einem nicht nur fachlich, sondern auch finanziell attraktiven Beruf geworden. Die gesetzlichen Vorgaben zur Entlohnung der Pflege- und Betreuungskräfte bedeuten zugleich einen nicht unwesentlichen Aufwand für die Pflegeeinrichtungen, zum einen hinsichtlich der Meldevorschriften (für kollektivvertraglich gebundene Pflegeeinrichtungen), zum anderen bei der Anwendung der Vorgaben der tariflichen Entlohnung und zum Pflegemindestlohn. Daher hat der Gesetzgeber im BEEP-GE den bestehenden Evaluationsauftrag erweitert. Kurzfristig wird darauf hingewirkt, dass kollektivvertraglich gebundene Pflegeeinrichtungen von vermeidbaren Nachweispflichten entlastet werden. Bis Ende 2026 wird geprüft, wie die Ermittlung der erforderlichen Referenztarifverträge und Referenzwerte („regional übliches Entlohnungsniveau“), die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben sowie die Überprüfung der Einhaltung deutlich vereinfacht werden können. Dabei sind auch die Wirkmechanismen der Regelungen auf die Entwicklung der Löhne in der Pflege und ihre Folgen zu analysieren.

5.6. Das gegenwärtige System der Vergütung von Pflegeleistungen in der ambulanten und stationären Versorgung ist sowohl für Pflegeeinrichtungsträger, Pflegekassen, Krankenkassen und Sozialhilfeträger herausfordernd und aufwändig in der Umsetzung, aber auch für Bürgerinnen und Bürger wenig transparent. Der Bund wird daher unter Beteiligung der Länder bis zum Jahr 2028 die Erfahrungen mit den im Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege auf den Weg gebrachten Maßnahmen zur Vereinfachung der Vergütungsvereinbarungen analysieren und weitere Maßnahmen mit dem Ziel der Weiterentwicklung und Vereinfachung prüfen und entwickeln. Dabei sollen die Ergebnisse der Beratungen zur Weiterentwicklung einer sektoren- und wohnformenunabhängigen Versorgung (bis Ende 2027) mit einbezogen werden. In die Weiterentwicklung ist auch die Frage einzubeziehen, wie das Vergütungssystem Anreize für Verbesserungen der Qualität, mehr Innovation und verstärkte Prävention und Gesundheitsförderung setzen kann und ob eine Zeitvergütung in der ambulanten Pflege wieder verpflichtend eingeführt werden sollte.

5.7. Die vielfältigen Prozesse im Bereich der Pflegeversicherung und der angrenzenden Sozialgesetzbücher, insbesondere an den Schnittstellen, sollen systematisch gesichtet und von den zuständigen Bundesministerien mit geeigneten Instrumenten auf Optimierungspotentiale hin untersucht werden. Denn Verfahrensoptimierungen sollten möglichst vor einer Digitalisierung erfolgen. In Bezug auf die entsprechenden Schnittstellen werden die betreffenden Akteure wie Länder, Träger der Sozialhilfe, Spitzenverband Bund der Pflegekassen, PKV e V., Leistungserbringer und MD Bund hierbei jeweils beteiligt und zu geeigneten Prozessen auch externe Expertise eingeholt.

Die Länder werden die im Bereich der Langzeitpflege in den jeweiligen Ländern geltenden Regelungen systematisch sichten, bestehende Vorgaben und Prüfungen ggf. harmonisieren oder aufeinander abstimmen und nicht erforderliche Bürokratie im Bereich der Pflege im Landesrecht abbauen. An geeigneter Stelle werden die Länder eine Best-Practice-Sammlung der entsprechenden Anpassungen im Landesrecht koordinieren und den Austausch hierüber befördern.

Basierend auf den oben dargestellten Bemühungen wird zudem ein Informationstausch zwischen Bund und Ländern etabliert.

5.8. Mit der Hilfe zur Pflege werden nicht unerhebliche Mittel im System der Sozialhilfe aufgewendet. Diese Leistung wird von der Bevölkerung allerdings häufig nicht im positiven Sinne als staatliche Unterstützung wahrgenommen. Bürgerinnen und Bürger fühlen sich vielmehr teilweise stigmatisiert, weil sie Hilfe zur Pflege als Sozialhilfeleistung in Anspruch nehmen. Aus diesem Grund und im Interesse einer Verfahrensvereinfachung für Leistungserbringer und Leistungsempfänger prüfen Bund und Länder unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände daher weitergehend, ob und wie eine stärkere strukturelle Verschränkung der Leistungen der SPV und der Hilfe zur Pflege unter Berücksichtigung von Ergebnissen der Kommission zur Sozialstaatsreform sinnvoll und möglich ist. Hierbei sollen auch Modelle einer Leistung aus einer Hand berücksichtigt werden, ohne etwas an den bestehenden Finanzierungswegen und -anteilen zu verändern.

5.9. Um die Bearbeitungszeiten im Bereich der Hilfe zur Pflege (SGB XII) und die Dauer von Vertragsverhandlungen zu verkürzen, verständigen sich Bund und Länder unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände darauf, unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Kommission zur Sozialstaatsreform bis Ende 2026 geeignete Maßnahmen zu prüfen und schnellstmöglich mit deren Umsetzung zu beginnen. Beispiele für zu prüfende Maßnahmen sind unter anderem: Antragstellung und -unterlagen sollen soweit wie möglich standardisiert werden, die Prüfverfahren sollen bundesweit vereinheitlicht und vorhandene Daten über die Einkommensverhältnisse nach Möglichkeit in die Einkommensprüfung der Hilfe zur Pflege eingebunden werden (bspw. Steuerdaten).

6. Innovation belohnen, Nutzung von Digitalisierung und KI und entsprechende Transformationsprozessen unterstützen

Auch Pflegeeinrichtungen müssen sich angesichts des ständigen Wandels von Gesellschaft und Arbeitsumgebung stetig weiterentwickeln. Daher ist es wichtig, dass Innovationen, auch im Bereich der Digitalisierung und der Verwendung von Künstlicher Intelligenz (KI), die die Versorgung von Pflegebedürftigen und die Arbeitsbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege verbessern und effizienter gestalten können, zügig und möglichst unbürokratisch in der Praxis ankommen können. Die erforderlichen Weiterentwicklungen setzen strukturierte und zum Teil komplexe Transformationsprozesse in den Pflegeeinrichtungen voraus, mit denen die Pflegeeinrichtungen fit für zukünftige Aufgaben gemacht werden. Die Gestaltung dieser Transformationsprozesse kann herausfordernd sein. Daher sollen die Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung so weit wie möglich unterstützt werden.

6.1. Innovationen, deren Ziel es ist, die Pflege voranzubringen und z. B. das Pflegepersonal zu entlasten, sollen nicht behindert, sondern ermöglicht werden. Um diese neuen Maßnahmen kontrolliert erproben zu können, werden Innovationsräume eröffnet. Mit den Innovationsräumen soll jeweils befristet die Möglichkeit geschaffen werden, von geltenden fachlichen Vorgaben abzuweichen und zu prüfen, ob letztere für die Zukunft angepasst werden sollten. Diese Räume sollen wissenschaftlich begleitet und die Effekte auf die pflegerische Versorgung ausgewertet werden. Beispiele für mögliche Innovationsräume sind der kompetenz- und qualifikationsorientierte Personaleinsatz durch Nutzung von digitalen Leitsystemen (digital unterstützte Personaleinsatzplanung oder ähnliches) oder der gezielte Einsatz von Robotik, Sensorik oder Assistenzsystemen zur Unterstützung und Stärkung der pflegerischen Versorgung.

6.2. Eine nachhaltige Verbesserung der Pflegequalität sowie der Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende erfordert, dass organisatorische und technische Innovationen Einzug in den Versorgungsalltag halten und die beruflich Pflegenden an der Gestaltung moderner Pflege aktiv beteiligt werden. Derzeit fehlen jedoch in der Versorgung Strukturen, die den systematischen Transfer sozialer und digitaler Innovationen aus der Forschung in die Praxis der Langzeitpflege vorantreiben. Nach dem Vorbild von Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäusern sowie erfolgreichen internationalen Modellen könnten interessierte Pflegeeinrichtungen aus der Langzeitpflege Akademische Lehrpflegeeinrichtungen werden. Diese sollen einen wechselseitigen Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis ermöglichen durch

- vertraglich geregelte Kooperationen mit Hochschulen, um Innovationen zu identifizieren, zu erproben und in die Praxis zu überführen,
- eine dezentrale Lerninfrastruktur, die eine kontinuierliche Aus-, Fort- und Weiterbildung durch modulare digitale und analoge Angebote ermöglicht,

- qualifizierte Pflegefachpersonen (sog. Study Nurses), die als Bindeglied zwischen Hochschule und Pflegeeinrichtung fungieren, Wissen vermitteln, Bildungsangebote gestalten und Forschungsaktivitäten unterstützen.

Auf der Grundlage bestehender Förderprogramme wird eine Finanzierung der Kooperationsaufwendungen der beteiligten Pflegeeinrichtungen und ggf. der Personalaufwendungen für die sog. Study Nurses angestrebt. Die bestehenden Finanzierungszuständigkeiten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung bleiben dabei bestehen.

6.3. Der Einsatz von KI soll stärker genutzt werden, um Prozesse in der Durchführung der pflegerischen Versorgung zu optimieren. Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege wird mit der Umsetzung eines Beteiligungsprozesses beauftragt, der zügig vorlegen soll, in welchen Aufgabenfeldern welcher Handlungsbedarf und welche Optimierungspotentiale durch KI bestehen und wie diese konkret in der Praxis umgesetzt werden können.

So soll zum Beispiel die Attraktivität des Einsatzes von KI und digitalen Innovationen zur interoperablen Pflegedokumentation gesteigert werden. Zugleich hat der Einsatz regelbasiert zu erfolgen, damit er nicht zu einem Absinken der pflegfachlichen Qualität der Dokumentation bzw. des Qualitätsniveaus von Einrichtungen führt. Hierzu kann beispielsweise auf EinSTEP aufgebaut werden. Die Implementierung von KI-Strategien zur Optimierung der Pflegedokumentation und deren praktische Umsetzung im Pflegealltag wird durch eine bessere Verzahnung von Forschung, Wirtschaft und der beruflichen Pflege unterstützt.

Der sachgerechte Umgang mit Digitalisierung und insbesondere auch KI wird – soweit noch nicht umgesetzt – als integraler Bestandteil von Aus- und Weiterbildung in der Pflege verankert.

Auch die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wird mittels KI-Einsatz nachhaltig, unter anderem auch auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse aus dem Bereich der Krankenkassen, weiterentwickelt und schlagkräftiger gemacht. Dabei wird ebenfalls geprüft, ob und wie eine systemübergreifende Betrugsprävention und -ermittlung gefördert werden kann, die soziale Pflegeversicherung und private Pflege-Pflichtversicherung gemeinsam in den Blick nimmt. Zudem wird geprüft, ob und wie KI zur Bekämpfung von Missbrauch im Hinblick auf die Hilfe zur Pflege eingesetzt werden kann.

6.4. Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege wird verstetigt und mit weiteren Arbeitspaketen beauftragt. Insbesondere ist das Thema Nutznachweis in der pflegerischen Versorgung zu bearbeiten. Dabei soll die Forschung und Entwicklung von Standards zum praktikablen Nachweis eines Nutzens bei der Anwendung digitaler Technologien (z. B. digitale Pflegeanwendungen, digitale Pflegehilfsmittel, digitale Tourenplanung u. a.) in der pflegerischen Versorgung – zum einen für Pflegebedürftige und zum anderen für Leistungserbringende – intensiviert

und systematisiert werden. Ziel muss ein Nutzenmodell sein, das im Rahmen eines möglichst unbürokratischen Verfahrens sowohl im Bereich des SGB XI (z. B. für den Nachweis nach § 78a Absatz 4 SGB XI) als auch im SGB XII Anwendung finden kann. Auch die Expertise der Landeskompetenzzentren soll hierbei einbezogen werden.

Um Wissensgewinnung, -sammlung und -sicherung im Bereich der Langzeitpflege systematisch voranzutreiben, bestehende Wissenspools zu vernetzen und die Erkenntnisse für die Praxis nutzbar zu machen, wird das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege beauftragt, einen Prozess der Vernetzung zwischen sich, den bestehenden Landeskompetenzzentren, Pflegestützpunkten und weiteren kommunalen Stellen anzustoßen und auszugestalten. Um Pflegeeinrichtungen, Betroffene und ihre An- und Zugehörigen besser zu beraten und zu unterstützen, soll im Rahmen dieser Vernetzung ein geeignetes Verfahren zur Zusammenstellung von Best-Practice-Beispielen und deren Einbringung in die Beratung, Begleitung und Unterstützung vor Ort gefunden werden.

6.5. Die Ergebnisse der derzeitigen Arbeiten des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege zur Evaluierung der (Re-)Finanzierungsmöglichkeiten bei Investitionen in digitale Lösungen und Produkte bei den Leistungserbringern werden durch das Bundesministerium für Gesundheit ausgewertet. Auf Grundlage dieser Auswertung wird geprüft, welche Refinanzierungsoptionen bestehen und etabliert werden sollen. Eine zeitnahe, insgesamt kostenneutrale gesetzliche Umsetzung wird dabei angestrebt.

Pflegeeinrichtungen können im Bereich des Medikationsmanagements (bzgl. Verschreibungen und Rezepten, die den jeweiligen Handlungsrichtlinien entsprechen) mittels digitaler Umsetzung noch deutlich entlastet werden. Daher wird die Entwicklung praxisgerechter Lösungen für die Umsetzung des eRezepts für die pflegerische Versorgung (ambulant und stationär) gemeinsam mit allen betroffenen Akteuren zügig fortgeführt.

6.6. Bei der Digitalisierung soll grundsätzlich auf Interoperabilität und geeignete Schnittstellen geachtet werden, um Effizienzpotentiale in der praktischen Versorgung wirksam heben zu können. Einmal digital erfasste Daten sollten nicht erneut eingegeben werden müssen. Vor diesem Hintergrund werden Regelungen zur Integration und Spezifikation offener und standardisierter Schnittstellen in den Primärsoftwaresystemen der Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel medienbruchfreier und sektorenübergreifender Kommunikation in der Langzeitpflege des SGB XI implementiert. Hierbei wird durch die Einbindung des Kompetenzzentrums für Interoperabilität im Gesundheitswesen sichergestellt, dass eine sektorenübergreifende Interoperabilität gewährleistet wird.

6.7. Technische, ökologische und gesellschaftliche Transformationsprozesse bilden sich auch in der Langzeitpflege ab. Die in der Pflege tätigen Akteure brauchen Wege, um die

Transformationen in der Praxis nachvollziehen und in die Versorgung einfließen lassen zu können. Hierzu sollen sie befähigt werden und gute Instrumente erhalten.

Die Einführung von Innovationen sowie von Mechanismen zur Bewältigung von Transformationsprozessen in der pflegerischen Versorgung wird unterstützt. Hierzu wird im Lichte der aktuellen Ausgestaltung des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIKG) geprüft, ob und wie im Rahmen des Sondervermögens ab 2027 Gelder zur Verfügung gestellt werden könnten. Mit dem Länder-und-Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetz (LuKIFG) hat der Bund den Ländern ebenfalls Spielraum gegeben, um künftig Infrastrukturinvestitionen in Höhe von 100 Mrd. Euro zu tätigen. Auch die Länder werden prüfen, ob und wie vor diesem Hintergrund digitale und resiliente Infrastruktur von Pflegeeinrichtungen durch gezielte Investitionen vorangebracht werden können.

Diejenigen, die Neuerungen in der Praxis umsetzen, sollen sachgerecht darauf vorbereitet und darin begleitet werden. Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte sollen bei anstehenden Transformationsaufgaben (z. B. Digitalisierung und Klimawandelanpassung) daher systematisch und bundesweit flächendeckend unterstützt werden. Dies soll koordiniert geschehen. Die Länder prüfen, ob und wie hierfür entweder Kompetenzzentren als Anlaufstellen zur Unterstützung bei Transformationsaufgaben oder andere geeignete bereits bestehende Strukturen, auch und insbesondere in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerverbänden, aufgebaut oder weiterentwickelt werden können. Zusätzlich wird im Rahmen bestehender Bundesförderprogramme geprüft, wie Verbünde von Pflegeeinrichtungen bei Bedarf zielgerichtet bei der Umsetzung anstehender Transformationsprozesse unterstützt werden können.

III. Maßnahmen zur nachhaltigen Finanzierung der SPV und zur Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile

Das aktuelle Leistungsrecht des SGB XI (Dynamisierung erfolgt gemäß geltendem Recht nur im Jahr 2028) führt bei einem konstanten, rechnerischen Beitragssatz von 3,8 %⁶ und der erwarteten demografischen Entwicklung künftig zu einem jährlich steigenden Finanzierungsdefizit, das im Jahr 2033 sein Maximum von rd. 19 Mrd. Euro erreichen könnte. Allein schon um dieses Finanzierungsdefizit, welches in den nachfolgenden Tabellen zur besseren Vergleichbarkeit in Beitragssatzzehnteln der SPV dargestellt ist, zu schließen, müssen Anstrengungen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite unternommen werden. Darüber hinaus ist im Koalitionsvertrag das Ziel formuliert, die Finanzsituation zu stabilisieren und eine weitere nicht-generationengerechte Belastung für die Beitragszahlenden zu vermeiden.

Zusätzlicher Finanzbedarf in Beitragssatzpunkten (BSP) um das geltende Recht (ohne Dynamisierung ab 2029) zu finanzieren

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
Aktueller Beitragssatz	3,80%	3,80%	3,80%	3,80%	3,80%	3,80%	3,80%
ausgabendeckender Beitragssatz für geltendes Recht	4,10%	4,44%	4,55%	4,62%	4,27%	4,12%	3,67%
Delta (BSP)	0,30	0,64	0,75	0,81	0,47	0,32	-0,13

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
Nominaler Wert eines Beitragssatzzehntels (in Mrd. €)	2,0	2,1	2,1	2,2	2,9	3,8	4,9

Vor diesem Hintergrund sollte am Teilleistungssystem in der SPV festgehalten, dieses aber finanziell tragfähig und nachhaltig durch entsprechende Maßnahmen auf der Ausgaben- und Einnahmenseite ausgestaltet werden. Das Teilleistungssystem gewährleistet eine faire Lastenverteilung zwischen der Gesellschaft und der Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen. Es verhindert, dass die finanziellen Belastungen nur auf den Beitragszahlenden liegen, und stellt sicher, dass die SPV verlässlich funktioniert, ohne dass die Verantwortung allein auf den Staat oder die

⁶ Inkl. rechnerischem Kinderlosenzuschlag von ca. 0,2 %.

Pflegebedürftigen verlagert wird. Es bleibt ein stabiles Fundament, auf dem eine umfassende Reform aufgebaut werden kann, ohne das Vertrauen der Gesellschaft zu verlieren.

Die Fachebenen hatten den Auftrag, insbesondere zwei Zielstellungen zu prüfen:

1) Stabilisierung der Finanzierung der SPV

Größte Herausforderung und daher auch vorrangiges Ziel ist, die SPV strukturell so aufzustellen, dass sie nicht nur den aktuellen Bedarfen gerecht wird, sondern auch zukünftige Herausforderungen erfolgreich bewältigt. Eine verlässliche Finanzierung ist unerlässlich, damit die SPV auch in den kommenden Jahrzehnten eine tragfähige Absicherung bieten kann. Dies kann angesichts der o.g. Herausforderungen nur über einen Mix aus ausgaben- und einnahmenseitigen Finanzmaßnahmen erfolgen.

2) Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile

In einem Teilleistungssystem werden Pflegebedürftige auch weiterhin einen Teil der Pflegekosten selbst tragen müssen (bei finanziellem Hilfebedarf ggf. unterstützt durch die Sozialhilfe). Um aber eine finanzielle Überforderung der Betroffenen zu vermeiden, wird das Ziel verfolgt, die Entwicklung der Eigenanteile zu begrenzen.

Die Fach-AG hat zahlreiche Stellschrauben geprüft und ihre jeweiligen Finanzwirkungen modellhaft berechnen lassen. Um die Komplexität an rechnerisch möglichen Kombinationsvarianten zu reduzieren, erfolgte eine Verdichtung auf zwei unterschiedliche Grundmodelle. Beide sind so konzipiert, dass das negative Finanzsaldo durch Stellschrauben auf der Ausgabenseite sowie politisch noch zu konsentierende Stellschrauben auf der Einnahmenseite ausgeglichen und die Pflegeversicherung zukünftig stabil finanziert werden kann. Mit diesen beiden Grundmodellen und den zusätzlich aufgeführten Maßnahmen ist keine politische Vorfestlegung verbunden, sie sind jeweils weiter gestaltbar und können damit als Ausgangspunkt für weitere Abstimmungen auf politischer Ebene dienen.

1. Maßnahmen zur Dämpfung der Ausgabendynamik

Erster Ansatzpunkt zur Deckung des bereits nach aktuellem Recht entstehenden Finanzbedarfs in den nächsten Jahren sind Maßnahmen zur Dämpfung der Ausgabendynamik. Es wurden umfangreiche Maßnahmen erarbeitet, die versorgungspolitische Zielsetzungen im Sinne einer deutlich stärker präventionsorientierten Weiterentwicklung der Pflege und besseren Unterstützung der Pflegebedürftigen umsetzen und zugleich ausgabenseitige Wirkungen, also Einsparungen, bewirken.

Folgende Ansätze werden vorgeschlagen, die aus Versorgungssicht auch dazu beitragen sollen, die Pflegeversicherung und ihre Leistungen konsequent auf die Vermeidung oder Verringerung

individueller Pflegebedürftigkeit und im Falle von Pflegebedürftigkeit auf die nach fachwissenschaftlichen Kriterien pflegebedürftigen Menschen zu fokussieren und Pflegebedürftige und ihren An- und Zugehörigen bei der häuslichen Versorgung zielgerichteter und dauerhaft professionell zu begleiten und zu unterstützen:

- ***Stärkung der Prävention***

Menschen sollen dabei unterstützt werden, trotz gesundheitlicher Einschränkungen in Selbstbestimmung und Würde zu altern, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verzögern und ihr Leben bei Pflegebedürftigkeit mit der größtmöglichen Selbständigkeit eigenverantwortlich gestalten zu können. Durch ein systematisches Bündel an individuellen und strukturellen Verbesserungen bei der Prävention von Pflegebedürftigkeit und Verbesserung der Rehabilitation (vgl. II. 1.1. – 1.15.) soll der Eintritt von Pflegebedürftigkeit spürbar verzögert bzw. das Fortschreiten und damit einhergehend die Einstufung in höhere Pflegegrade verlangsamt werden. Dies könnte mittel- bis langfristig zu einer Entlastung der Ausgabenpfade in Höhe von 3% p.a. ab dem Jahr 2030 führen.

Isolierte Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	-	-	-	-0,13	-0,13	-0,13	-0,11

- ***Fachliche Anpassung der Begutachtungssystematik zur Versorgungssicherung***

Die Pflegeversicherung dient der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit als Teilleistungssystem. Wie Pflegebedürftigkeit fachlich definiert ist, wurde im Jahr 2013 durch den Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf wissenschaftlicher Grundlage erarbeitet. Zugleich wurde ein neues, differenziertes Begutachtungsinstrument entwickelt und Empfehlungen für die Gewichtung der einzelnen Fragen und Themenfelder in der Begutachtung gegeben. Empfohlen wurden auch die Gesamtpunkte, ab denen Pflegebedürftigkeit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne vorliegen soll bzw. ab denen eine Einstufung in den nächsthöheren Pflegegrad erfolgen soll (sog. Schwellenwerte). Um die Versorgung aller Pflegebedürftigen finanziell auch zukünftig zu sichern, werden die Schwellenwerte in den Pflegegraden 1, 2 und 3 an die fachlich begründeten Empfehlungen des Expertenbeirats 2013 angepasst (vgl. II. 2.9.). Dies gilt für Neuansprüche und Höherstufungen. Pflegegrad 1 wird dabei als Teil des Begutachtungsinstruments beibehalten und auch weiterhin mit Leistungen hinterlegt. Im Recht der Sozialhilfe soll auch zukünftig ein weitgehend identischer Pflegebedürftigkeitsbegriff gelten. Nach Vorlage der Ergebnisse aus der Evaluation des Begutachtungsinstruments durch den GKV-Spitzenverband im Jahr 2026 wird geprüft, ob weitere Anpassungen in

der Begutachtungssystematik erfolgen sollen. Damit könnten zugleich Fehlanreize reduziert und Ausgaben wirksamer gesteuert werden.

Isolierte Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	-0,06	-0,11	-0,16	-0,19	-0,31	-0,31	-0,28

- **Präventionsorientierte und fokussierte Begleitung und Unterstützung bei erstmaligem Pflegegeld- bzw. Entlastungsbudgetbezug**

Bei erstmaligem Bezug von Pflegegeld bzw. des Entlastungsbudgets nach II. 3.3. (ausschließlich oder als Kombinationsleistung) insbesondere in den Pflegegraden 2 oder 3 wird in den ersten drei Monaten des Leistungsbezugs eine intensiverte, d. h. über das Regelangebot hinsichtlich der möglichen Häufigkeit, Dauer und inhaltlichen Ausgestaltung der Besuche hinausgehende, fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege zur Verfügung gestellt, um die häusliche Versorgungssituation zügig und nachhaltig zu stärken und zu stabilisieren (vgl. II. 2.7.). Fachlich konnte gezeigt werden, dass für die Stabilisierung der Versorgungssituation eine solche fachliche Begleitung und Unterstützung gerade zu Beginn der Versorgung besonders hilfreich für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen ist. Gleichzeitig erhalten die Pflegebedürftigen mit erstmaliger Einstufung in den Pflegegrad 2 oder 3 in diesem Zeitraum ein Pflegegeld bzw. das Entlastungsbudget (vgl. II. 3.3.) in Höhe des hälftigen Leistungsanspruchs (entsprechend bei Inanspruchnahme der Kombinationsleistung). Das fokussierte Begleitungs- und Unterstützungsangebot könnte dazu beitragen, dass Pflegebedürftige länger zu Hause versorgt werden können, ihre Gesundheit besser erhalten wird und pflegende An- und Zugehörige stärker entlastet werden. Zugleich wird die SPV durch die vorübergehend hälftige Auszahlung des Pflegegeldes bzw. Entlastungsbudgets weiter stabilisiert.

Isolierte Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	-0,04	-0,05	-0,05	-0,05	-0,04	-0,04	-0,03

- **Korrektur nicht intendierter Effekte im Zusammenhang mit der Flexi-Rente**

Durch die Korrektur von Fehlanreizen im Zusammenhang mit der Einführung der Flexirente könnte die SPV entlastet werden, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen (Beträge aufgerundet).

Isolierte Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	-0,01	-0,01	-0,01	-0,01	-0,01	-0,01	-0,01

- **Teilweise Verwendung des bisherigen Entlastungsbetrags in PG 1 für ein neues Angebot der fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege**

Für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 1 bis 5 und ihre An- und Zugehörigen wird daher ein neues, regional organisiertes und präventionsorientiertes Leistungsangebot „Fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege“ geschaffen. Mit dem Angebot soll nach einem Erst- und Folgebesuch eine laufende – auch telepflegerische – (pflege)fachliche Unterstützung der Pflegebedürftigen und ggf. ihrer An- und Zugehörigen, insbesondere derjenigen häuslich versorgten Pflegebedürftigen, die keinen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen oder die keine Angehörigen haben, die die Versorgung mit übernehmen können, erfolgen. Die fachliche Begleitung und Unterstützung hat neben der Etablierung eines stabilen, nachhaltigen Versorgungsarrangements insbesondere die Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Situation der Pflegebedürftigen und die Entlastung der pflegenden An- und Zugehörigen zum Ziel. Dies dient der Prioritätensetzung und dem wirksamen Mitteleinsatz in der Pflegeversicherung.

Hierfür wird der bisherige Entlastungsbetrag im Pflegegrad 1, der sich nach Ansicht von Expertinnen und Experten nicht hinreichend bewährt hat und zudem von rechnerisch weniger als der Hälfte der Leistungsberechtigten in Anspruch genommen wird, aufgelöst. Eine Hälfte der bisher für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI im Pflegegrad 1 aufgewendeten Mittel wird für die oben beschriebene Begleitung und Unterstützung, auch für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1, eingesetzt, während die andere Hälfte zur finanziellen Stabilität der SPV beitragen soll.

Isolierte Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	-0,02	-0,02	-0,02	-0,02	-0,02	-0,01	-0,01

2.A. Modell: Regelhafte Dynamisierung der Leistungsbeträge

Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung könnten künftig regelhaft sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich in Höhe der langfristig angenommenen Inflation (2% p.a.) oder aber in Höhe der Lohnentwicklung (3% p.a.) dynamisiert werden. Damit ließe sich eine reale Abwertung der Leistungsbeträge verhindern und der Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile wirksam dämpfen. Das Modell könnte die Verlässlichkeit der Leistungsversprechen stärken und einen etwaigen Anstieg der Eigenanteile planbarer gestalten. Die nachfolgende Tabelle zeigt den isolierten Finanzbedarf auf, der sich bei einer regelhaften Dynamisierung zusätzlich zum aktuell geltenden Recht ergeben würde.

Isolierter, zusätzlicher Finanzbedarf gegenüber dem ausgabendeckenden Beitragssatz für Leistungsgewährung nach geltendem Recht (in Beitragssatzpunkten (BSP))

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
Dynamisierung in Höhe der Inflationsentwicklung p.a.	-	-	0,06	0,12	0,55	1,14	1,49
Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
Dynamisierung in Höhe der Lohnentwicklung p.a.	-	-	0,09	0,19	1,12	2,09	2,85

Verbleibender Finanzbedarf in Beitragssatzpunkten

Für die Option einer **regelhaften Dynamisierung in Höhe der Inflation** bliebe nach den aufgeführten Maßnahmen auf der Ausgabenseite folgender Finanzbedarf, der durch Maßnahmen auf der Einnahmenseite gedeckt werden müsste, wenn ein konstanter Beitragssatz von 3,8% unterstellt werden würde:

Verbleibender Finanzbedarf in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	0,18	0,45	0,58	0,53	0,51	0,96	0,92

Für die Option einer **regelhaften Dynamisierung in Höhe der Lohnentwicklung** bliebe nach den aufgeführten Maßnahmen auf der Ausgabenseite folgender Finanzbedarf, der durch Maßnahmen auf der Einnahmenseite gedeckt werden müsste, wenn ein konstanter Beitragssatz von 3,8% unterstellt werden würde:

Verbleibender Finanzbedarf in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	0,18	0,45	0,61	0,60	1,08	1,91	2,28

2.B: Modell Sockel-Spitze-Tausch im vollstationären Bereich

Um die pflegebedingten Eigenanteile insbesondere im vollstationären Bereich zu begrenzen, wäre auch die Einführung des so genannten Sockel-Spitze-Tauschs denkbar. Dabei würde der pflegebedingte Eigenanteil im stationären Bereich für (a) Neuzugänge um einen monatlichen Sockelbetrag ersetzt werden – hier, vor dem Hintergrund des Ziels der Ausgabenneutralität, annahmegemäß 1.200 Euro im Startjahr. Pflegebedürftige, die sich bereits im Leistungsbezug befinden und bisher einen effektiven Eigenanteil oberhalb des Sockelbetrags haben (b), profitieren ebenfalls vom Sockelbetrag. Pflegebedürftige, die aufgrund des § 43c SGB XI eine effektive Eigenbeteiligung unterhalb des Sockelbetrags haben (c), erhalten einen Bestandsschutz. Im Übrigen entfällt zukünftig die Leistung des § 43c SGB XI. Der Sockelbetrag wäre jährlich in Höhe der gesetzlichen Rentenanpassung anzuheben. Darüberhinausgehende pflegebedingte Aufwendungen trüge die SPV vollständig. Eine Form von Dynamisierung im stationären Bereich würde sich mit diesem Modell erübrigen, im ambulanten Bereich müssten die Leistungen allerdings dynamisiert werden, um eine reale Abwertung der Leistungsbeträge zu verhindern. Hierfür käme eine Dynamisierung in Höhe der Inflation oder eine Dynamisierung in Höhe der Lohnentwicklung in Betracht.

Zusätzlicher Finanzbedarf gegenüber dem geltenden Recht

Auch in diesem Modell müssten die gegenüber dem geltenden Recht zusätzlich entstehenden Mehrausgaben durch geeignete Maßnahmen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite gedeckt werden. Bei einer **Dynamisierung im ambulanten Bereich in Höhe der Inflation und einem Sockel in Höhe von 1.200 Euro** entstünde ein Finanzmehrbedarf wie folgt:

Isolierter, zusätzlicher Finanzbedarf gegenüber dem aktuell geltenden Recht in Beitragssatzpunkten (BSP) bei SST = 1.200 Euro und Dynamisierung ambulanter Leistungen in Höhe der Inflation

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	0,07	0,03	0,06	0,11	0,55	1,17	1,57

Bei einem **monatlichen Sockelbetrag in Höhe von 1.000 Euro** unter ansonsten identischen Modellannahmen ergäbe sich folgender Finanzmehrbedarf:

Isolierter, zusätzlicher Finanzbedarf gegenüber dem aktuell geltenden Recht in Beitragssatzpunkten (BSP)
bei SST = 1.000 Euro und Dynamisierung ambulanter Leistungen in Höhe der Inflation

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	0,12	0,09	0,14	0,19	0,68	1,31	1,72

Eine mögliche Entscheidung für eine höhere Dynamisierung im ambulanten Bereich in Höhe der Lohnentwicklung würde die Entwicklung der Eigenanteile im ambulanten Bereich zwangsläufig stärker dämpfen, wäre aber mit einem deutlich höheren Finanzmehrbedarf verbunden.

Isolierter, zusätzlicher Finanzbedarf gegenüber dem aktuell geltenden Recht in Beitragssatzpunkten (BSP)
bei SST = 1.200 Euro und Dynamisierung ambulanter Leistungen in Höhe der Lohnentwicklung

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	0,07	0,03	0,09	0,17	1,04	2,00	2,75

Isolierter, zusätzlicher Finanzbedarf gegenüber dem aktuell geltenden Recht in Beitragssatzpunkten (BSP)
bei SST = 1.000 Euro und Dynamisierung ambulanter Leistungen in Höhe der Lohnentwicklung

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	0,12	0,09	0,16	0,25	1,15	2,13	2,89

Verbleibender Finanzbedarf in Beitragssatzpunkten

Für die Optionen des Sockel-Spitze-Tauschs (SST) mit einem anfänglichen **Sockel in Höhe von 1.200 Euro oder 1.000 Euro, jeweils in Verbindung mit einer Dynamisierung im ambulanten Bereich in Höhe der Inflations- oder Lohnentwicklung**, bliebe nach den oben aufgeführten Maßnahmen auf der Ausgabenseite folgender Finanzbedarf, der durch Maßnahmen auf der Einnahmenseite gedeckt werden müsste, wenn ein konstanter Beitragssatz von 3,8% unterstellt werden würde:

Verbleibender Finanzbedarf in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
	SST = 1.200 Euro + Dynamisierung ambulanter Leistungen in Höhe der Inflationsentwicklung						
BSP	0,25	0,49	0,59	0,52	0,51	0,99	1,00
	SST = 1.000 Euro + Dynamisierung ambulanter Leistungen in Höhe der Inflation						
BSP	0,29	0,55	0,66	0,60	0,64	1,12	1,15

	SST = 1.200 Euro + Dynamisierung ambulanter Leistungen in Höhe der Lohnentwicklung						
BSP	0,25	0,49	0,61	0,58	1,00	1,81	2,18
	SST = 1.000 Euro + Dynamisierung ambulanter Leistungen in Höhe der Lohnentwicklung						
BSP	0,29	0,55	0,69	0,66	1,11	1,95	2,32

3. Maßnahmen auf der Einnahmenseite zur Deckung der verbleibenden Finanzbedarfe

Aus Sicht der Fachebene könnten auf der **Einnahmenseite sowohl beitragsrechtliche als auch steuerfinanzierte Maßnahmen** eingesetzt werden, um die Finanzierungsbasis der sozialen Pflegeversicherung zu stärken und die mit den zwei vorgeschlagenen Reformmodellen verbundenen Mehrausgaben abzusichern.

Dies ließe sich rechnerisch durch eine Kombination der folgenden Maßnahmen erreichen:

Beitragsrechtliche Maßnahmen:

Beitragsrechtliche Anpassungen könnten unmittelbar innerhalb des Versicherungssystems wirken und die Einnahmen der SPV erhöhen.

So käme eine **Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze⁷ auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung** rechnerisch zu folgenden Finanzwirkungen:

Isolierte Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	-0,20	-0,21	-0,22	-0,22	-0,20	-0,20	-0,17

Bei einem **ausgabenseitigen Finanzausgleich zwischen privater Pflegepflichtversicherung und sozialer Pflegeversicherung** käme es zu folgenden Finanzwirkungen:

Isolierte Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	-0,15	-0,16	-0,17	-0,17	-0,16	-0,17	-0,15

⁷ Sollte eine Entscheidung für diese Maßnahme getroffen werden, wäre in dem Zusammenhang auch die Frage der Anhebung der Versicherungspflichtgrenze zu beantworten.

Bei einer **Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 7 EStG (insb. aus Kapitalanlagen sowie Vermietung und Verpachtung)**, ergäben sich folgende Finanzwirkungen:

Isolierte Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	-0,10	-0,10	-0,11	-0,11	-0,11	-0,10	-0,09

Würde man die **Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber künftig verpflichten, für geringfügig Beschäftigte – analog zum Beitrag zur Kranken- und zur Rentenversicherung – einen Pauschalbeitrag in Höhe von 3,6% zur Pflegeversicherung zu zahlen**, ergäben sich folgende Finanzwirkungen:

Isolierte Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	-0,06	-0,06	-0,06	-0,06	-0,06	-0,06	-0,06

Führte man eine **sozial gestaffelte Solidarabgabe auf die versicherungspflichtigen Einkommen der geburtenstarken Jahrgänge 1955-1970** ein, so ergäben sich folgende Finanzwirkungen für den exemplarischen Fall eines Beitragszuschlags für die SPV in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten:

Isolierte Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	-0,03	-0,03	-0,02	-0,02	-0,02	-0,01	0,00

Steuerfinanzierte Maßnahmen:

Steuerfinanzierte Elemente entlasten die Pflegeversicherung gezielt von der Finanzwirkung bestimmter Aufgaben.

Hierzu wäre beispielsweise die **Übernahme der im Koalitionsvertrag als versicherungsfremd bezeichneten Leistung der Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige** zu zählen. Diese Maßnahme hätte folgende Finanzwirkung:

Isolierte Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	-0,28	-0,30	-0,32	-0,33	-0,39	-0,43	-0,44

Bei der **häftigen Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige** ergäben sich folgende Finanzwirkungen:

Isolierte Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	-0,14	-0,15	-0,16	-0,17	-0,20	-0,22	-0,22

Eine **Erhöhung des Bundeszuschusses um jährlich 1 Mrd. Euro** zum bestehenden Recht hätte folgende Finanzwirkung:

Isolierte Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP)

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
BSP	-0,05	-0,05	-0,05	-0,05	-0,04	-0,03	-0,02

Eine **vollständige Erstattung der Ausgaben während der Covid-19-Pandemie in 2027** hätte eine einmalige Finanzwirkung in Höhe von -0,26 BS-Punkten.

Hierbei sind Kombinationen der unterschiedlichen Finanzierungsinstrumente denkbar.

4. Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit:

Bislang wird die soziale Pflegeversicherung weitestgehend über das Umlageverfahren finanziert. Der im Jahr 2015 etablierte Pflegevorsorgefonds (PVF) ist in seiner Systematik und seiner finanziellen Ausstattung nicht in der Lage, den angesichts der demografischen Entwicklung zu erwartenden Druck auf die Beitragssätze spürbar abzumildern. Gleichzeitig wird das Umlagesystem insgesamt als nicht nachhaltig und nicht generationengerecht charakterisiert.

Eine Antwort darauf könnte eine umfassende Weiterentwicklung des PVF sein: Der PVF soll künftig auf Dauer angelegt sein. Mit einer deutlich höheren Kapitalausstattung und einer deutlich stärkeren Renditeorientierung (analog Kenfo⁸) könnte der Fonds mit seinen dann deutlich höheren Erträgen dazu beitragen, die Pflegeversicherung generationengerechter auszugestalten, den drohenden Finanzierungsdruck spürbar abzumildern und das Gesamtsystem durch die

⁸ Die jährliche Rendite seit 2017 beträgt für den PVF 1,5%, die jährliche Rendite des Kenfo beträgt seit 2019 5% (im Jahr 2024 betrug die Rendite 9,4%).

Kombination von umlagefinanzierten, überwiegend lohnbezogenen Einnahmen, und kapitalbasierten Erträgen deutlich resilienter auszugestalten. Wichtige Voraussetzungen dafür wären eine klare rechtliche Absicherung des Fonds, eine professionelle, renditeorientierte Kapitalanlage und der Schutz vor politischer Zweckentfremdung.

Exemplarische Finanzwirkung in Beitragssatzpunkten (BSP) für folgendes Szenario

Jahr	2027	2028	2029	2030	2040	2050	2060
Annahme ab 2027: Dauerhafte Anhebung der BBG auf GRV-Niveau + zusätzlicher Beitragssatz von 0,5 BSP (abschmelzend über 6 Jahre auf 0)							
BSP	0,70	0,66	0,51	0,37	-0,10	-0,44	-0,30

In der Ansparphase wären zunächst zusätzliche Mittel erforderlich, die entweder aus Steuern oder aus Beiträgen aufgebracht werden müssten. Vorstellbar wäre hier auch eine sozial gestaffelte Solidarabgabe beispielweise auf die sozialversicherungspflichtigen Einkommen der geburtenstarken Jahrgänge. Bereits mittelfristig könnten die Erträge zu einer messbaren, strukturellen Entlastung der Pflegeversicherung führen und so die Grundlage für stabile Beitragssätze und verlässliche Leistungen über das Jahr 2040 hinaus bilden.

5. Weitere Möglichkeiten zur Begrenzung der Eigenanteile:

Neben den zwei aufgeführten Optionen, die die beiden eingangs formulierten Ziele verfolgen, zum einen die nachhaltige Aufstellung des Finanzierungssystems der SPV, aber auch die Begrenzung der Eigenanteile bzw. die Dämpfung des Anstiegs der Eigenanteile mit der Möglichkeit der Weiterentwicklung des PVF, kommen weitere Möglichkeiten zur Begrenzung der Eigenanteile in Betracht.

5.1 Variante Zusatzversicherung:

Zusatzversicherungen könnten jedenfalls in zeitlich mittel- bis längerfristiger Perspektive einen ergänzenden Baustein zur Begrenzung hoher pflegebedingter Eigenanteile darstellen. Sie würden das bestehende Teilleistungssystem nicht ersetzen, sondern dessen Schutzwirkung gezielt erweitern. Dabei könnten sowohl obligatorische Modelle als auch freiwillige, staatlich flankierte Zusatzversicherungen in Betracht kommen, mit jeweils unterschiedlichen Wirkungen und Anforderungen.

5.1.1 Obligatorische Zusatzversicherung:

Eine obligatorische Zusatzversicherung könnte sicherstellen, dass alle Versicherten wirksam gegen hohe pflegebedingte Eigenanteile abgesichert wären. Die Fachebene sieht grundsätzlich

zwei Varianten, die jeweils in Kooperation von Pflegekassen und privaten Versicherern angeboten werden könnten – jeweils mit Kontrahierungszwang, ohne Risiko- oder Gesundheitsprüfung und ohne Abschlussprovision, um eine umfassende und sozial ausgewogene Teilnahme sicherzustellen.

Modell A: Pflegekostenversicherung

Eine obligatorische Pflegekostenversicherung könnte darauf abzielen, einen festgelegten Anteil der pflegebedingten Eigenanteile im stationären Bereich dann abzusichern, wenn Pflegebedürftige Verträge mit Kostenträgern abschließen. Sie würde als Standardprodukt ausgestaltet, mit sozialpolitischen Flankierungen, etwa:

- sozialverträgliche Beitragssätze für Geringverdienende,
- besondere Regelungen für Kinder und mitversicherte Ehepartner und
- Optionen zur Einbeziehung älterer Jahrgänge zu moderaten Bedingungen.

Modellrechnungen zeigen, dass die monatlichen Prämien stark vom Einstiegsalter und vom gewünschten Absicherungsniveau abhängen. Für junge Versicherte könnten die Beiträge moderat ausfallen, für ältere Versicherte wären sie höher – gleichzeitig würde die Absicherung eine deutliche Begrenzung der Eigenanteile ermöglichen. Die Prämien würden nochmals ansteigen, wenn auch die Wirkungen heutiger Entlastungsmechanismen vollständig durch die Zusatzversicherung abgesichert werden sollten.

Die Pflegekostenversicherung für den stationären Bereich könnte eine spürbare Reduktion hoher stationärer Eigenanteile leisten und die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege (HzP) verringern, möglicherweise aber auch ein verändertes, steigendes Nachfrageverhalten nach Pflege in stationären Einrichtungen zur Folge haben.

Erste Berechnungen zeigen: Für heutige 20-Jährige läge die Versicherungsprämie bei einer Absicherung in Höhe von 90% der Kosten für die Pflegegrade 2-5 bei lebenslang 52 € monatlich; bei 70-Jährigen für ein Absicherungsniveau von 40% bei etwa 37 €. Würde die Versicherung zusätzlich die Finanzwirkungen des heutigen § 43c SGB XI abdecken, lägen die Prämien bei 82 € (20-Jährige) bzw. 75 € (70-Jährige) monatlich.

Modell B: Pfl egetagegeldversicherung

Eine obligatorische Pfl egetagegeldversicherung könnte neben dem stationären Bereich auch die ambulanten pflegebedingten Eigenanteile adressieren. Auch hier würde ein Standardprodukt vorsehen, dass ein festgelegtes, nach Pflegegrad gestaffeltes Tagegeld ausgezahlt und ebenfalls regelhaft dynamisiert werden könnte.

Dieses Modell könnte eine größere inhaltliche Breite der Absicherung bieten, aber aufgrund der Abdeckung sowohl stationärer als auch ambulanter Eigenanteile mit höheren Prämien verbunden sein. Je nach Höhe des gewünschten Tagegeldes – beispielsweise 1.500 € stationär und 500 € ambulant oder ein abgestuftes Modell je Pflegegrad – würden die Prämien individuell variieren. Auch hier wären sozialpolitische Flankierungen für bestimmte Personengruppen notwendig, um eine soziale Ausgewogenheit sicherzustellen.

Die Pflegetagegeldversicherung könnte insbesondere bei steigenden ambulanten Eigenanteilen oder bei künftigen Leistungsanpassungen der SPV ein wirkungsvolles Instrument sein, um die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen planbar zu halten.

Erste Berechnungen zeigen: Für 20-Jährige läge die Prämie bei rund 62 € monatlich für ein Pflegetagegeld von 1.500 € stationär und 500 € ambulant (Pflegegrade 3–5). Bei einem gestaffelten Modell mit 1.000 € Tagesgeld (40 % PG 3, 60 % PG 4, 80 % PG 5) betrüge die Prämie etwa 51 €.

Die Prämien steigen mit dem Einstiegsalter; für 50-Jährige lägen sie bei etwa 95 € pro Monat.

5.1.2 Freiwillige Zusatzversicherung

Anstelle von obligatorischen Modellen könnte die freiwillige Zusatzversicherung weiter gestärkt werden. Sie existiert bereits heute in unterschiedlichen Formen – einschließlich des staatlich geförderten „Pflege-Bahr“ – und könnte durch eine gezielte Weiterentwicklung und steuerliche Förderung eine breitere Wirkung entfalten.

Die Fachebene sieht verschiedene Möglichkeiten, wie freiwillige Modelle attraktiver gestaltet werden könnten:

- Förderung betrieblicher Pflegeversicherungen, etwa im Rahmen tarifvertraglicher Lösungen oder durch freiwillige Arbeitgeberbeiträge zu Pflegetagegeld-Produkten,
- Einbindung in die betriebliche Altersvorsorge, etwa durch Entgeltumwandlung, die nicht nur steuerlich, sondern auch sozialversicherungsrechtlich freigestellt sein könnte,
- Steuerliche Absetzbarkeit privater Pflegezusatzversicherungen im Rahmen der Einkommensteuer – analog zu Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung –, um auch Selbständigen und Personen ohne betrieblichen Zugang eine erleichterte Vorsorge zu ermöglichen,
- Prüfung einer Weiterentwicklung des bestehenden Pflege-Bahr, um dessen Anreize und Wirkung zu erhöhen und
- Verbesserte Versicherungsmodelle, Standardprodukte.

Die freiwillige Zusatzversicherung könnte damit als eigenständiger, aber ergänzender Baustein zur individuellen Vorsorge fungieren und den finanziellen Spielraum der Pflegebedürftigen im Pflegefall erhöhen.

5.2 Investitionskosten: Kostendämpfung

Neben den im Teilleistungssystem anfallenden pflegebedingten Eigenanteilen tragen die stationär versorgten Pflegebedürftigen auch die Kosten des Wohnens (Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskostenumlage). Könnten die Kosten durch Maßnahmen wirksam gedämpft werden, würden die Pflegebedürftigen entlastet.

Die Höhe der Investitionskosten bestimmt sich aus einem komplexen Zusammenspiel von bundes- und landesrechtlichen Vorschriften.

Die Umsetzung ist für die Einrichtungen und Behörden mit hohem Aufwand verbunden, die Ergebnisse sind für Bewohnerinnen und Bewohner sowie Kostenträger zum Teil nicht transparent und daher streitbehaftet. Bewohnerinnen und Bewohner nicht geförderter Einrichtungen sind nicht ausreichend vor überhöhten Kostenforderungen geschützt. Von Einrichtungsseite werden heimrechtliche Vorgaben als zu bürokratisch und kostentreibend eingeschätzt.

Im Falle geförderter Einrichtungen sehen die Regelungen des SGB XI ein gesondertes Berechnungsverfahren vor, das durch die Länder zu regeln ist und ein der Praxis kaum noch gerecht werdendes Sonderrecht mit differenzierter Rechtsprechung der Sozialgerichte schafft – nicht zuletzt verdeutlicht durch das Urteil des Bundessozialgericht zur Dauer des Zustimmungsverfahrens und der Verknüpfung mit Abschreibungszeiträumen (bspw. Urteil vom 20.09.2023, B 8 SO 8/22 R).

In einem gemeinsam gestalteten Prozess sollen daher Bund und die Länder bis Ende des Jahres 2026 sowohl bundes- als auch landesrechtliche Regelungen sowie ihr Zusammenspiel auf Bürokratie- und Kostenvermeidungspotenzial überprüfen und Reformvorschläge erarbeiten, die Pflegebedürftige entlasten, ohne Investitionen zu hemmen. Dabei sind insbesondere die grundsätzliche Verankerung und konkrete Ausgestaltung von Investitionskostenregelungen (insbesondere die Notwendigkeit des Zustimmungsverfahrens) im Recht der SPV, ihre sozialhilferechtliche Bedeutung, Verbraucherschutz- und zivilrechtliche Aspekte sowie heimrechtliche Regelungen in den Blick zu nehmen. Sofern die Beibehaltung des Zustimmungsverfahrens als notwendig angesehen wird, ist eine bürokratiearme Lösung beispielsweise im Rahmen einer Befristung zu prüfen. Der Einfluss übergreifender bauordnungsrechtlicher Vorschriften, technischer Normen und Baustandards (DIN-Normen, Vorgaben zu Energieeffizienz und Klimaschutz) sollte berücksichtigt werden.

5.3 Investitionskosten: hier: Pauschale Beteiligung der Länder zur Entlastung der Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Pflege / „Infrastrukturverantwortung der Länder“

Neben den im Teilleistungssystem anfallenden pflegebedingten Eigenanteilen tragen die stationär versorgten Pflegebedürftigen auch die Kosten des Wohnens (Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskostenumlage). Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sieht § 9 SGB XI vor, dass Einsparungen, die in der Sozialhilfe anfallen, zur Förderung der Investitionskosten verwendet werden sollen. Mit einer deutlich ausgeweiteten Förderung könnte die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen aus Sicht der Bundesregierung daher ebenfalls spürbar reduziert werden.

Nach § 8 SGB XI ist die pflegerische Versorgung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Nach § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.

Angesichts der demografiebedingt begrenzten Ressourcen vor allem an Pflegefach- und Pflegefachassistentenkräften stehen hierbei für gemeinsame Anstrengungen mit den Pflegekassen und Kommunen nachstehende Strukturen im Mittelpunkt:

- Pflegerische Infrastrukturen, die dazu dienen, den Verbleib von pflegebedürftigen Menschen in ihrer Häuslichkeit zu ermöglichen, also ambulante Strukturen sowie teilstationäre Angebote und Kurzzeitpflege,
- Strukturen zur Bewältigung von pflegerischen Akutsituationen,
- Strukturen auf kommunaler- und Landesebene zur Vernetzung, Koordinierung und planerischen Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur, einschließlich präventiver Maßnahmen sowie der Ausgestaltung von Schnittstellen zu den angrenzenden Versorgungssystemen, um einen effizienten Einsatz des vorhandenen Personals zu ermöglichen und zu forcieren,
- Infrastrukturen, die vor Ort und im Quartier erforderlich sind, damit pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen einen durch Pflegebedürftigkeit geprägten Alltag möglichst lange bewältigen können - zentral sind hierbei Beratung, Mobilität, Unterstützung und Teilhabe, und
- Strukturen der schulischen Ausbildung von Pflegefach- und Pflegefachassistentenkräften und Maßnahmen der unmittelbaren Fachkräftesicherung.

Im Rahmen der Infrastrukturpolitik der Länder stehen unterschiedliche Instrumente, vor allem Beratung, fachliche Unterstützung und Förderungen, zur Verfügung.

Das Instrument der Förderung von Investitionskosten für Pflegeeinrichtungen kann darüber hinaus auch als ein Baustein angesehen werden, der zielgerichtet zur Begrenzung der Eigenanteile eingesetzt werden kann.

Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen, wie oben beschrieben, Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen (§ 9 Satz 3 SGB XI). Bis heute werden die Sozialhilfeträger durch Einführung der Pflegeversicherung jährlich im Umfang von 4-5 Mrd. Euro entlastet.

[Position Bund: Die Länder beteiligen sich im Rahmen der Investitionsförderung an den Kosten der teil- und vollstationären Pflege, sofern landesrechtliche Regelungen das vorsehen. Die Förderung ist in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich ausgestaltet. Wie aus den vorläufigen Erhebungen zur Förderung der Investitionskosten von nach SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen durch die Länder für das Jahr 2024 hervorgeht, lag diese bundesweit bei rund 1,03 Milliarden Euro pro Jahr. Die Pflegebedürftigen haben demgegenüber insgesamt rechnerisch rund 4,17 Mrd. Euro an Investitionskosten getragen; im Schnitt zahlen sie hierfür rd. 500 Euro monatlich. Bei höheren Investitionskostenförderungen anhand landesrechtlicher Grundlagen könnten die Leistungsempfängerinnen und -empfänger (und damit mittelbar auch die Sozialhilfeträger) noch stärker entlastet werden. Vor diesem Hintergrund tragen die Länder künftig zu einer Entlastung der stationär versorgten Pflegebedürftigen bei, indem sie pauschal 200 Euro/Monat je pflegebedürftiger Person im stationären Bereich übernehmen.]

[Position Länder: Die unmittelbare Übernahme von Teilen der Investitionskostenumlage in stationären Pflegeeinrichtungen hätte im Gegensatz zu den eingangs beschriebenen Schwerpunkten keine Auswirkungen auf die Stärkung der Versorgungsstruktur und würde daher im Hinblick auf die Verantwortung der Länder nach § 9 SGB XI ins Leere laufen. Es wird gemeinsam eingeschätzt, dass eine generelle investive Förderung zum Ausbau der besonders personalintensiven vollstationären Pflege zur Sicherung der pflegerischen Versorgung derzeit weder notwendig noch sinnvoll ist, da Angebotsmängel aktuell nicht in fehlenden Gebäuden, sondern insbesondere in fehlendem Personal begründet sind.

Eine regelhafte und umfassende investive Förderung im Bereich der vollstationären Pflege wäre faktisch eine Übernahme von Wohnkosten, die bei häuslicher Versorgung nicht vorgesehen ist, und würde somit dem Vorrang der ambulanten Versorgung zuwiderlaufen.]

5.4 Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die GKV beteiligt sich derzeit mit 640 Millionen Euro p.a. an der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung, als pauschale Beteiligung an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in der vollstationären Pflege (§ 37 Absatz 2a SGB V) von insgesamt aktuell rd. 3,6 Mrd. Euro. Unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten wären entsprechende Aufwendungen vollständig der GKV zuzuordnen. Damit würden einerseits pflegebedürftige Menschen in voll- und teilstationärer Versorgung spürbar entlastet; gleichzeitig käme es jedoch zu einer weiteren, spürbaren finanziellen Belastung der GKV in beitragsatzrelevanter Höhe.

5.5 Übernahme der durch die Pflegebedürftigen zu tragenden Ausbildungskosten durch Steuermittel

Die Kosten der Ausbildung in der Pflege werden nach derzeitigem Recht zwar über eine Umlage finanziert, führen aber angesichts des Teilleistungscharakters der Pflegeversicherung faktisch zu höheren Eigenanteilen der Pflegebedürftigen insbesondere in der stationären Pflege. Durch Übernahme der Ausbildungskosten von stationären Einrichtungen und der allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege (30,2%) durch öffentliche Mittel würden sowohl die Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich als auch im stationären Bereich finanziell deutlich entlastet.

5.6 Finanzwirkungen der möglichen Maßnahmen 5.3 bis 5.5

Die Finanzwirkungen der unter 5.3 bis 5.5 dargestellten möglichen Maßnahmen sind folgende:

Weitere Begrenzung der Eigenanteile* pro pflegebedürftiger Person durch Maßnahme...	Finanzwirkung für monatliche Eigenanteile* der Pflegebedürftigen in €		Finanzwirkung in Mrd. €* (gegenüber aktuellem Recht)			
	aktuelles Recht	mit Maßnahme	Bund	Länder	SPV	GKV
GKV: Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen	226	-	-	-	+1,2 ¹	-3,0
Übernahme der Investitionskosten durch die Länder iHv 200 € monatlich, pro Person	536	336	-	-1,7	-	-
Finanzierung des 30,2-prozentigen Anteils der Pflegebedürftigen an den insgesamt Ausbildungskosten über Steuern	136 ²	-	-1,7	-	+0,8	-
Summe	898	336	-1,7	-1,7	+2,0	-3,0

* alle Euro-Angaben in aktuellen, nominalen Werten.

¹ Eine Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlungspflege iHv 3,0 Mrd. € durch die GKV würde bei der SPV zu Einsparungen iHv rd. 1,2 Mrd. Euro führen. Dies resultiert im aktuellen Recht aus der Beteiligung der SPV an den Kosten des einrichtungseinheitlichen Eigeneanteil (EEE) über den § 43c SGB XI.

² Da eine Darstellung isolierter Ausbildungskosten pro pflegebedürftiger Person im ambulanten Bereich nicht herleitbar ist, wird hier ausschließlich auf die verfügbaren Informationen für den stationären Bereich abgestellt.