

Pflege neu denken

Der 10-Punkte-Plan für eine dauerhaft tragfähige Pflegereform

- 1. Pflegefinanzierung nachhaltig und generationengerecht sichern**
Der PKV-Verband fordert einen echten Kurswechsel: mehr Eigenverantwortung und kapitalgedeckte Vorsorge statt immer höherer Defizite im Umlagesystem.
- 2. Private Vorsorge gezielt fördern**
Um die Vorsorge für den Pflegefall breiter in der Gesellschaft zu verankern, müssen Pflegezusatzversicherungen – ob individuell oder betrieblich – steuerlich gefördert werden.
- 3. Beitragszahler entlasten: Versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln finanzieren**
Die Beiträge zur Pflegeversicherung dürfen nicht für die Rentenversicherung pflegender Angehöriger zweckentfremdet werden.
- 4. Dynamik bei den Ausgaben zur vollstationären Pflege zurückfahren**
Die Einführung des prozentualen Zuschusses war eine der teuersten Sozialreformen in der Pflege. Der Ausgabenzuwachs muss zwingend abgebremst werden.
- 5. Budget einführen und informelle Pflege gezielt stärken**
Die Einführung eines Budgets, das die Versicherten individuell einsetzen können, unterstützt insbesondere pflegende Angehörige und Ehrenamtliche in der häuslichen Pflege.
- 6. Pflegegrad 1 konsequent auf Prävention ausrichten**
Leistungen des Pflegegrads 1 sollten auf Beratung, Pflegekurse, Hilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds beschränkt bleiben.
- 7. Pflegeberatung neu denken – bedarfsgerecht und vorbeugend**
Die Beratung muss stärker auf den individuellen Bedarf abgestimmt und mit Pflegekursen und Präventionsinstrumenten sinnvoll verknüpft werden.
- 8. Bürokratie abbauen – Digitalisierung vorantreiben**
Die Datenerhebung in der Pflege muss auf das fachlich Notwendige reduziert werden. Eine zentrale digitale Daten- und Kommunikationsplattform soll Qualitätsprüfungen vereinfachen.
- 9. Prävention als Leitprinzip verankern**
Prävention muss systematisch gefördert werden. Das stärkt die Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen und verhindert ein Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit.
- 10. Qualitätssicherung verständlich, verbindlich, verbraucherfreundlich gestalten**
Prüfberichte müssen laienverständlich sein und die Auswahl einer Pflegeeinrichtung erleichtern. Die Einrichtungen müssen stärker an den Qualitätsprüfungen mitwirken.

1. Pflegefinanzierung nachhaltig und generationengerecht sichern

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) verzeichnet seit Jahren Milliardendefizite. Allein in den letzten 10 Jahren stieg der SPV-Beitragssatz von 2,35 auf 3,6 Prozent (für Kinderlose sogar von 2,69 auf 4,2 Prozent). Nach einer Beitragssatzerhöhung 2024 musste der SPV-Beitragssatz am 1. Januar 2025 erneut angehoben werden, um die SPV zahlungsfähig zu halten. Unter diesen Bedingungen darf die Umlagefinanzierung nicht ausgeweitet, sondern muss sinnvoll ergänzt werden: durch eine Stärkung der Eigenverantwortung und der generationengerechten privaten und betrieblichen Vorsorge. Die Private Pflegeversicherung ist hier Teil der Lösung, denn sie sorgt für die im Alter steigenden Ausgaben vor.

Es braucht einen echten Paradigmenwechsel in der Pflegefinanzierung. Eine Ausweitung der Leistungen im Umlageverfahren ist im demografischen Wandel nicht tragfähig. Vielmehr wird die Finanzierung der Pflege zukünftig mehr Eigenverantwortung und kapitalgedeckte Vorsorge erfordern. Hierzu hat der PKV-Verband einen Vorschlag unterbreitet. Auch aus der Wissenschaft liegt eine konkrete Handlungsempfehlung vor.

Vorschlag des PKV-Verbands „Ein neuer Generationenvertrag für die Pflege“

Mit der Alterung unserer Bevölkerung verliert der klassische Generationenvertrag, wonach die Versorgung der Älteren maßgeblich aus den Beiträgen der Erwerbstätigen finanziert wird, seine demografischen Voraussetzungen. Im Vergleich zu allen anderen Sozialversicherungszweigen läuft der SPV-Beitragssatz am stärksten aus dem Ruder. Um die Pflege in unserer alternden Gesellschaft finanziell dauerhaft zu sichern, schlägt der PKV-Verband einen „[Neuen Generationenvertrag für die Pflege](#)“ vor.

- › Hauptziel ist die dauerhafte Senkung des Beitragssatzes in der SPV. Denn nur so wird der Verschuldung zu Lasten der jungen Generation ein Ende gesetzt.
- › Eine Senkung des Beitragssatzes ist möglich, wenn die Leistungsausgaben zukünftig weniger stark steigen als die Einnahmen. Erreicht wird dies durch ein Festschreiben der Leistungen des SGB XI auf dem heutigen Niveau.
- › In der Folge werden die Versicherten für das Pflegerisiko mehr vorsorgen müssen. Je jünger sie sind, desto leichter wird ihnen dies fallen. Ältere werden im Pflegefall auf angespartes Vermögen zurückgreifen müssen – und die meisten können dies auch. Als soziale Komponente würde die Gesetzliche Pflegeversicherung für alle Versicherten ab Alter 61 sowie für bereits Pflegebedürftige einen Anteil der steigenden Pflegekosten übernehmen.
- › Die Stärkung der Eigenvorsorge für den Pflegefall als immanenter Bestandteil der Altersvorsorge ist zumutbar, zumal auch bezahlbare Pflegezusatzversicherungen zur Verfügung stehen.
- › Mit der größeren Eigenverantwortung geht eine dauerhafte Entlastung der Beitragszahler – Arbeitnehmer wie Arbeitgeber – einher.
- › Die jüngere Generation würde von dieser Reform profitieren: Sie könnte sich bei vergleichbarer finanzieller Gesamtbelastung zukünftig sogar mit einer Pflegezusatzversicherung eine vollständige Absicherung der pflegebedingten Kosten leisten.

Vorschlag aus der Wissenschaft – Experten-Rat ‚Pflegefinanzen‘: Die Pflege+ Versicherung

Der mit Wissenschaftlern und Verbraucherschützern besetzte Experten-Rat „Pflegefinanzen“ hat den praxisnahen und sofort umsetzbaren Vorschlag der **Pflege+ Versicherung** für die Vollabsicherung der pflegebedingten Kosten in einer vollstationären Pflegeeinrichtung vorgelegt. Wichtigster Bestandteil der Handlungsempfehlung des Experten-Rats ‚Pflegefinanzen‘ unter Vorsitz von Prof. Jürgen Wasem (Universität Duisburg-Essen): Die Eigenanteile an den Pflegekosten müssen generationengerecht im Kapitaldeckungsverfahren und nicht im Umlageverfahren finanziert werden (vgl. www.expertenrat-pflege.de).

- › Einführung einer kapitalgedeckt finanzierten Zusatzversicherung, die die pflegebedingten Eigenanteile im Pflegeheim bis auf einen Selbstbehalt von 10 Prozent vollständig absichert. Die Pflege+ Versicherung knüpft an der aktuellen Gesetzlichen Pflegeversicherung an und ist als Pflegekostenversicherung ausgestaltet.
- › Das Risiko von Pflegebedürftigkeit wird vielfach unterschätzt. Die Pflege+ Versicherung ist daher nicht als freiwillige, sondern als Pflichtversicherung ausgestaltet.
- › Die Pflege+ Versicherung berücksichtigt von Anfang an die zu erwartenden Kostensteigerungen in der Pflege und bietet durch das Einkalkulieren dieser pflegespezifischen Inflation einen wirksamen Schutz vor der Entwertung der Pflegeleistungen.
- › Es besteht ein Annahmepflicht für die Versicherungsunternehmen ohne individuelle Gesundheitsprüfung. Eine betriebliche Ausgestaltung der Pflege+ Versicherung ist möglich.
- › Die Pflege+ Versicherung enthält eine umfangreiche sozialpolitische Flankierung: Kinder sind beitragsfrei versichert. Rentnerinnen und Rentner sowie nicht erwerbstätige Ehepartner zahlen nur den halbierten Beitrag. Bei Hilfebedürftigkeit ist eine Beitragshalbierung zu Lasten der Versichertengemeinschaft vorgesehen, löst auch der hälftige Beitrag Unterstützungsbedarf aus, wird der Restbeitrag von dem zuständigen Sozialleistungsträger übernommen.
- › Der Einstiegsbeitrag für Pflege+ ist nach Alterskohorten gestaffelt: Für junge Versicherte im Alter von 20 Jahren liegt er bei 44 Euro monatlich [Stand 2025, zum Einführungsjahr 2026] und steigt mit zunehmendem Einstiegsalter auf bis zu 64 Euro. Bei Arbeitnehmern kann jeweils die Hälfte des Beitrags vom Arbeitgeber bezahlt werden. Mit Eintritt ins Rentenalter reduziert sich der individuelle Beitrag auf die Hälfte des zuvor gezahlten Betrags.
- › Eine ambulante Variante der obligatorischen Pflege+ Versicherung empfiehlt der Experten-Rat nicht. Im Gegensatz zum stationären Bereich zeigt sich bei der ambulanten Versorgung keine finanzielle Überlastung der Pflegebedürftigen. Sozialhilfe („Hilfe zur Pflege“) wird nur sehr selten in Anspruch genommen. Die Sozialhilfequote bei ambulant Pflegebedürftigen liegt nur bei 1,2 %. Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung sind in Verbindung mit dem Renteneinkommen, dem Vermögen und der individuellen privaten Vorsorge in aller Regel ausreichend.

→ Bei einer künftigen Pflegereform müssen die Elemente Eigenverantwortung und Kapitaldeckung berücksichtigt werden, um die Verschuldung zu Lasten der jungen Generation zu beenden und um damit eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung sicherzustellen.

2. Private Vorsorge gezielt fördern

Im Fall der Pflegebedürftigkeit trägt die Gesetzliche Pflegeversicherung nur einen Teil der Aufwendungen. Die übrigen Kosten bringen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen selbst auf.

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

Ein weiterer Hebel zur Stärkung der Eigenverantwortung ist die betriebliche Pflegeversicherung. Das Beispiel „Careflex Chemie“ im Tarifvertrag für die Chemieindustrie hat gezeigt, dass ein einziger Vertrag die Pflegelücke für über 400.000 Angestellten schließen kann. Auf diesem Weg können große Teile der Gesellschaft einen besonders effizienten und günstigen Zugang zur Pflegevorsorge bekommen.

Unternehmen können ihren Mitarbeitern auch unabhängig von einem Branchentarifvertrag eine betriebliche Pflegezusatzversicherung anbieten. Dies zeigt die Firma Henkel, die seit Anfang 2019 für ihre Beschäftigten und Auszubildenden ein betriebliches Pflegemonatsgeld absichert und die Beiträge zur Pflegevorsorge übernimmt.

Pflegevorsorge ist ein unabdingbarer Bestandteil der persönlichen Altersvorsorge. Um die wichtige Vorsorge für den Pflegefall breiter in der Gesellschaft zu verankern, sollten daher Aufwendungen zur Absicherung der Pflegelücke im Steuerrecht als eigenständiger Tatbestand Berücksichtigung finden:

- › als steuerlich abzugsfähig wie die Beiträge zur Krankenversicherung und zur Gesetzlichen Pflegeversicherung,
- › als Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge (dann auch im bestehenden Rechtsrahmen nicht nur steuer-, sondern auch sozialabgabenfrei),
- › im Rahmen von tarifvertraglichen betrieblichen Pflegeversicherungen, wie z.B. in der Chemieindustrie,
- › im Rahmen von freiwilligen Beitragszahlungen des Arbeitgebers für ein betriebliches Pflegemonatsgeld.

Insbesondere der betriebliche Durchführungsweg eignet sich für eine kostengünstige und flächendeckend wirksame Verbreitung, da hier alle Betriebsangehörigen und ggf. Familienangehörige ohne individuelle Risikoprüfung abgesichert werden. Die betriebliche Pflegeversicherung sollte nicht länger im Rahmen der 50 Euro-Sachbezugsfreigrenze mit Tankgutscheinen konkurrieren müssen.

→ Um die wichtige Vorsorge für den Pflegefall breiter in der Gesellschaft zu verankern (sowohl individuell als auch arbeitgeberfinanziert), sind bei diesem Teil der Altersvorsorge steuerliche Entlastungen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer einzuführen.

3. Beitragszahler entlasten bei versicherungsfremden Leistungen

Es ist ordnungspolitisch geboten, versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln zu finanzieren. Würde dies in der Pflegeversicherung umgesetzt, wäre schon für eine deutliche Entlastung der Beitragszahler gesorgt.

Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln

Die Pflegeversicherung sollte nur die Leistungen finanzieren, die für eine gute Pflege notwendig sind. Versicherungsfremde Leistungen wie Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen, Ausbildungsvergütung, die Förderung von Angeboten des Ehrenamts und der Selbsthilfe, Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in Pflegeeinrichtungen, Ausstattung von Pflegeeinrichtungen mit digitalen Anwendungen und der Corona-Rettungsschirm gehören nicht dazu. Diese gesamtgesellschaftlichen Aufgaben sollten nicht mehr von den Beitragszahlern getragen, sondern aus Steuermitteln finanziert werden. Dabei sind die Soziale und Private Pflegepflichtversicherung gleichermaßen zu entlasten.

→ Versicherungsfremde Leistungen müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln finanziert werden. Das trägt dazu bei, die Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung sicherzustellen.

Steigerung der Investitionskostenförderung durch die Bundesländer

Seit Jahren beteiligen sich die Länder nur ungenügend an den Investitionskosten in Pflegeeinrichtungen – sie sind somit mitverantwortlich für die wachsenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen. Derzeit belaufen sich die vom Pflegebedürftigen zu tragenden Investitionskosten in stationären Pflegeeinrichtungen auf 480 Euro/Monat im Bundesdurchschnitt – also über 5.760 Euro im Jahr. Die Entlastung der Pflegebedürftigen muss daher auch die Steigerung der Investitionskostenförderung durch die Länder mitdenken.

4. Dynamik bei den Ausgaben zur vollstationären Pflege zurückfahren

Im Jahr 2022 wurden die Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung bei vollstationärer Pflege durch einen prozentualen Zuschuss zu den pflegebedingten Eigenanteilen in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer im Pflegeheim erheblich ausgeweitet. Dadurch wurde das Teilleistungsprinzip der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgeweicht und Kostensteigerungen ungebremst an die Versicherung durchgereicht. Diese Änderung ist eine der teuersten Sozialreformen der vergangenen Jahre. Der Gesetzgeber hatte die Kosten der Zuschüsse nach § 43c SGB XI für das Jahr 2022 auf 2,75 Milliarden Euro geschätzt. Im laufenden Jahr wird die Soziale Pflegeversicherung voraussichtlich bereits mehr als 7 Milliarden Euro für die Leistungszuschläge ausgeben. In den folgenden Jahren werden die Zahlungen im Zuge ansteigender Eigenanteile weiter zunehmen, je nach Szenario unterschiedlich stark. Nach [Berechnungen des IGES](#), das u. a. von einer Abschwächung der Dynamik bei den Pflegekosten und Eigenanteilen ausgeht, werden die Ausgaben für die Zuschüsse nach § 43c SGB XI bis zum Ende der nächsten Legislaturperiode (2029) auf 8,2 bis 9,4 Milliarden Euro steigen, nach [Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV \(WIP\)](#) sogar auf 9,1 bis 13,9 Milliarden Euro.

Begründet wurde die Leistungsausweitung mit der Abwendung von Altersarmut, faktisch dient sie dem Vermögens- und Erbenschutz und zementiert ungleiche Vermögensverhältnisse. So belegt eine aktuelle [Studie des Instituts der Deutschen Wirtschaft \(IW\)](#), dass gut 7 von 10 Haushalten (71,9 Prozent) im Rentenalter in der Lage sind, für eine Person 5 Jahre lang die Kosten vollstationärer Pflege aus eigener Kraft (Einkommen und Ersparnis) zu finanzieren. Die Einführung des Leistungszuschlags nach § 43c SGB XI wird vom IW kritisch beurteilt, weil er für eine pauschale Entlastung der Haushalte mit einer stationär pflegebedürftigen Person sorgt, ohne deren Finanzierungspotenziale zu berücksichtigen. „Das Instrument wirkt wenig treffsicher, provoziert deshalb einen hohen fiskalischen Aufwand und erhöht damit die Finanzierungserfordernisse in der Sozialen Pflegeversicherung. Aus ökonomischer Sicht muss der Leistungszuschlag daher insgesamt sowohl als ineffektives als auch ineffizientes Umverteilungsinstrument bewertet werden.“

Derartige Verstöße gegen das Subsidiaritätsprinzip kann sich ein Land mit den demografischen Herausforderungen wie Deutschland nicht auf Dauer leisten, wenn der Sozialstaat selbst leistungsfähig bleiben soll.

Die Ausgestaltung des Zuschusses nach § 43c führt auf einen Irrweg, der rasch beendet werden sollte. Mindestens sollte die im § 43c SGB XI enthaltene Dynamik der Ausgaben durch eine Gesetzesänderung entschärft werden. Erforderlich ist die Rückkehr zum Teilleistungsprinzip der Sozialen Pflegeversicherung. Dies wäre, ohne in bestehende Leistungen einzugreifen, wie folgt möglich:

Bei der Berechnung des Zuschusses nach § 43c SGB XI wird künftig, z. B. ab 1.1.2026, nicht mehr der aktuelle einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) zugrunde gelegt, sondern der Durchschnitts-EEE je Bundesland, der zu einem bestimmten Stichtag im Jahr 2025 ermittelt wird. Diese Beträge werden in § 43c SGB XI angegeben. Personen, die am 31.12.2025 bereits den Zuschuss nach § 43c SGB XI erhalten, der größer ist als der Zuschuss nach dem Durchschnitts-EEE, erhalten auch in Zukunft diesen größeren Betrag. Auf den echten aktuellen EEE wird in beiden Fällen ab 1.1.2026 nicht mehr abgestellt. Dadurch könnten die Ausgaben für den Zuschuss bis zum Jahr 2029 um ca. die Hälfte reduziert werden.

→ Die Dynamik der Ausgaben für Zuschüsse nach § 43c SGB XI muss durch eine Änderung der Regelung aufgehalten werden.

5. Budget einführen und informelle Pflege gezielt stärken

Die Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung ermöglichen bereits jetzt eine individuell auf die Bedürfnisse der Versicherten abgestimmte Zusammenstellung der pflegerischen Versorgung. Das Leistungsrecht des SGB XI ist jedoch nicht transparent genug, so dass die Pflegebedürftigen diese Möglichkeiten nicht immer nutzen. Eine deutliche Vereinfachung kann durch ein Budget erreicht werden. Dies müsste entsprechend der individuellen Bedürfnisse flexibel einsetzbar sein.

Das Budget tritt dabei an die Stelle der heutigen ambulanten und stationären Sachleistungen, d. h. die Trennung ambulant/stationär entfällt künftig bei der Kostenübernahme durch die Gesetzliche Pflegeversicherung. Das Budget kann der Pflegebedürftige weiterhin nur für die im SGB XI festgelegten Leistungen verwenden, d. h. es wird kein Geldbetrag pauschal ausbezahlt. In der ambulanten Pflege können mit dem Budget die bisherigen Sachleistungen finanziert werden (z. B. Inanspruchnahme eines Pflegedienstes), bei vollstationärer Pflege die pflegebedingten Aufwendungen. Die Höhe des Budgets wird nach Pflegegraden gestaffelt.

Pflegegeld bleibt weiterhin eine Leistung des SGB XI. Es wird auf die Hälfte des Budgetbetrages festgesetzt. Wird das Budget für Sachleistungen nicht voll ausgeschöpft, erhalten Versicherte parallel ein anteiliges Pflegegeld. Es kann auch die Hälfte des Budgets für die Pflege durch andere Personen genutzt werden, z. B. durch Nachbarn, die sich mit einem Pflegekurs qualifiziert haben. Es steht z. B. ein Budget von 800 Euro monatlich zur Verfügung. Werden 400 Euro des Budgets für die Pflege durch einen Nachbarn genutzt, und wird der restliche Budget-Betrag nicht genutzt, wird noch ein Pflegegeld in Höhe von 200 Euro für die Pflege durch z. B. Angehörigen gezahlt. So stehen insgesamt 600 Euro für die Pflege durch informell Pflegenden zur Verfügung.

→ Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung muss durch Einführung eines Budgets verständlicher, vereinfacht und flexibilisiert werden. Die Versicherten entscheiden dabei selbst, wie sie ihre Pflege gestalten.

Informelle Pflege gezielt stärken

63 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause von informell Pflegenden, also pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden, betreut und gepflegt (Stand 2021). Sie tragen die Hauptlast der Pflege. Ihnen kommt daher angesichts des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels eine wichtige Bedeutung für die Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung in Deutschland zu. Das unter Punkt 1 vorgeschlagene Budget würde informell Pflegenden besonders unterstützen.

Im Bereich der Pflege durch Ehrenamtliche müsste die Nachbarschaftshilfe durch eine einfache und bundesweit einheitlich geltende Regelung ermöglicht werden.

Dass Pflegebedürftige weiterhin zu Hause versorgt werden können und die Angehörigen eine Entlastung erhalten, kann auch durch die Inanspruchnahme einer sogenannten „24-Stunden-Betreuung“ erfolgen. Anders als bisher sollte nicht nur das Pflegegeld, sondern auch das vorgeschlagene Pflege-Budget für die „24-Stunden-Betreuung“ genutzt werden können.

→ Die informell Pflegenden sollen durch das neue Budget besonders unterstützt werden. Das stärkt die häusliche Pflege.

6. Pflegegrad 1 konsequent auf Prävention ausrichten

In Pflegegrad 1 werden Menschen eingestuft, die nur geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen. Die Leistungen des SGB XI bei Pflegegrad 1 sollten präventiv wirken. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben daher Anspruch auf eine umfassende individuelle Pflegeberatung, mit der bereits frühzeitig auf ihre konkrete Situation eingegangen werden kann. Darüber hinaus stehen ihnen aktuell bei häuslicher Pflege u. a. Pflegekurse, der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro monatlich, die Versorgung mit Hilfsmitteln, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und der WG-Zuschlag zu.

Medicproof hat ein wissenschaftliches Dossier „[Pflegegrad 1 in der Begutachtung - Datenanalyse und Gutachterbefragung](#)“ erstellt, aus dem hervorgeht, dass der Pflegegrad 1 seine ursprünglichen Ziele wie Prävention und Verzögerung der Pflegebedürftigkeit nicht erreicht. Daher sollte jedenfalls der Leistungsumfang des Pflegegrades 1 überprüft werden. Er sollte im Einklang mit dem verfolgten Zweck der Prävention auf jeden Fall Beratungsangebote, Pflegekurse, Hilfsmittel

und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen umfassen. Würden die anderen Ansprüche, wie der Anspruch auf den Entlastungsbetrag oder ein Zuschuss bei vollstationärer Pflege, entfallen, wären Einsparungen von 1,2 Milliarden Euro jährlich möglich. Diese könnten stattdessen für die Stärkung präventiver Ansätze zur Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit genutzt werden.

→ Die Leistungen des Pflegegrades 1 sollten präventiv wirken und daher Beratungsangebote, Pflegekurse, Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen umfassen.

7. Pflegeberatung neu denken – bedarfsgerecht und vorbeugend

Die Regelungen zur Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI sollten grundlegend überarbeitet werden, um sie passgenauer zum Nutzen der Pflegebedürftigen zu erbringen und auch das präventive Potential umfassend zu nutzen. Dabei sollen die Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die Pflegekurse gem. § 45 SGB XI sinnvoll miteinander verknüpft werden.

Die Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI erfolgt momentan nicht in Abhängigkeit vom jeweiligen Beratungsbedarf der Pflegebedürftigen, sondern abhängig vom Pflegegrad je Quartal oder Halbjahr. Hinzu kommt, dass nur bei unter 1 Prozent der Pflegegeldbeziehenden eine nicht sichergestellte Pflege festgestellt wird.

Das gesamte Verfahren ist daher für alle Beteiligten mit unnötigem bürokratischem Aufwand und Formalismus verbunden. Es bindet die wertvollen Ressourcen der Pflegefachkräfte, die stattdessen für die Erbringung pflegerischer Leistungen genutzt werden könnten.

Die § 7a-Beratung, § 37 Abs. 3-Beratung und Pflegekurse können sinnvoll miteinander verwoben werden, indem die Regelungen zur Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI folgendermaßen geändert werden:

Jeder reine Pflegegeldbezieher hat nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in der Häuslichkeit in Anspruch zu nehmen. Die § 7a-Beratung zu Beginn stellt die Basis dar und ermöglicht eine umfassende Beratung mit Hilfestellungen für die Organisation der pflegerischen Versorgung. Dies stellt zugleich einen präventiven Ansatz dar. Dabei kann auch eine Angehörigenberatung erfolgen, was den umfassenden Beratungsansatz vervollständigt. Pflegekurse werden ebenfalls empfohlen, wenn sie erforderlich sind. Danach ist – unabhängig vom Pflegegrad – die § 37 Abs. 3-Beratung regelhaft innerhalb eines halbjährlichen Turnus in Anspruch zu nehmen. Diese können abwechselnd per Video oder Hausbesuch erfolgen. Wird bei einer § 37 Abs. 3-Beratung festgestellt, dass die Versorgung nicht sichergestellt ist oder dass die Beratung innerhalb von sechs Monaten pflegerisch nicht ausreichend ist, muss eine weitere verpflichtende § 7a-Beratung in der Häuslichkeit erfolgen, um die Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung zu besprechen und Maßnahmen anzuregen, die zu einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung beitragen können. Danach ist die § 37 Abs. 3-Beratung wieder jeweils innerhalb eines halben Jahres abzurufen.

→ Die Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI sollte passgenauer zum Nutzen der Pflegebedürftigen erbracht und auch das präventive Potential umfassend genutzt werden. Dabei sollen die Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die Pflegekurse gem. § 45 SGB XI sinnvoll miteinander verknüpft, aber Bürokratie abgebaut werden.

8. Bürokratie abbauen – Digitalisierung vorantreiben

Den Pflegekräften muss ermöglicht werden, ihrer eigentlichen Tätigkeit, der Pflege, nachzukommen. Sie müssen mehr Zeit für ihre Patienten haben und dürfen nicht mit anderen Aufgaben und Selbstverwaltung belastet werden, die mit der eigentlichen Pflege nichts zu tun haben. Informationen sollten nicht doppelt und unterschiedlich erfasst werden, sondern zentral und digital und von dort für diejenigen Zwecke zur Verfügung stehen, für die sie benötigt werden, z. B. Pflegedokumentation, Qualitätssicherung etc. Nur so kann der Pflegeberuf auch für nachfolgende Generationen attraktiv bleiben.

→ **Die Datenerhebung in der Pflege muss auf das fachlich Notwendige reduziert und die Verwaltungstätigkeit muss digitalisiert werden.**

Eine effizientere Arbeitsweise für alle an der Qualitätssicherung Beteiligten wäre möglich, wenn eine bundesweite digitale Daten- und Kommunikationsplattform für die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen eingerichtet würde. Diese Plattform könnte für die Kommunikation aller beteiligten Akteure genutzt werden, so dass auch die Heimaufsichten digital die für sie relevanten Daten erhielten. Der Datenaustausch würde über eine solche digitale Daten- und Kommunikationsplattform schneller, zuverlässiger und aufwandsarm ausgestaltet. Das würde den Abbau von Doppelstrukturen unterstützen.

→ **Eine bundesweite digitale Daten- und Kommunikationsplattform für die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen, die auch der Kommunikation aller Akteure dient, sollte eingerichtet werden.**

9. Prävention als Leitprinzip verankern

In der pflegerischen Versorgung wächst der Druck aufgrund der steigenden Zahl Pflegebedürftiger und der zunehmenden Personalengpässe. Soll Pflege unter diesen Bedingungen mach- und finanzierbar bleiben, muss die Zahl der Pflegebedürftigen und die Dauer der Pflegebedürftigkeit deutlich reduziert werden. Der Schlüssel dazu ist Prävention.

Prävention muss in der Pflege stärker in den Fokus gerückt werden

Den Einstieg in die Pflegebedürftigkeit verzögern und die Selbstständigkeit so lange wie möglich erhalten, muss das Leitmotiv gerade einer alternden Gesellschaft sein. Eine konsequente Präventionsorientierung vor und in der Pflege ist daher alternativlos – und das bereits bevor Pflegebedürftigkeit überhaupt in den Blick gerät.

Ist der Pflegefall eingetreten, muss die Stärkung der Ressourcen der Pflegebedürftigen im Mittelpunkt stehen. Hier wurden bereits die richtigen Wege bereitet: Der seit 2017 geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff legt „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“ (§ 14 SGB XI) einer Person als Maßstab für den Zugang zu Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung zugrunde. Die gewährten Leistungen „sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (§ 2 Abs. 1 SGB XI). Dazu gehören auch die Aufklärung, Beratung und Anleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen.

Mit Angeboten nach § 20a SGB V (Gesundheitsförderung in Lebenswelten) und § 5 SGB XI (Prävention in der Pflege) wird die Entwicklung einer präventionsorientierten und gesundheitsförderlichen Pflegepraxis bereits aktiv unterstützt. Der PKV-Verband stärkt über Handlungsansätze zur Förderung der körperlichen Aktivität ([PfleBeO](#)), der kognitiven Ressourcen und psychosozialen Gesundheit ([PfleMeO](#)) oder der Diversitätssensibilität ([Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt](#)) unter anderem die Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Der eindeutig präventiv ausgerichtete gesetzliche Auftrag spiegelt sich jedoch bisher noch nicht ausreichend in der Breite der pflegerischen Versorgung wieder. Wenn es künftig besser gelingen würde, das Potenzial von Gesundheitsförderung und Prävention auszuschöpfen, würden nicht nur finanzielle und personelle Ressourcen geschont, sondern gleichzeitig für viele Menschen im Alter die Lebensqualität verbessert werden.

→ Bei der Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs muss noch mehr als bisher auf Prävention gesetzt werden, um die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen im praktischen Alltag zu fördern und ein Fortschreiten der Pflegbedürftigkeit zu verhindern.

Präventive Pflegeberatung und Pflegetraining

Zur Unterstützung pflegender Angehöriger bietet compass eine präventive Pflegeberatung an. Diese Beratung zielt darauf ab, die Situation der Pflegenden zu betrachten und Be- und Entlastungsfaktoren zu identifizieren. Die pflegenden Angehörigen können sich auf der Grundlage entscheiden, ob und welche Entlastungsmöglichkeiten oder Unterstützungen sie für sich benötigen und in Anspruch nehmen möchten. Das dient auch der Stabilisierung der Pflegesituation zu Hause. Die präventive Beratung pflegender Angehöriger ist Bestandteil der compass-Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI. Dabei stehen die Entlastung und Unterstützung pflegender Angehöriger zum Erhalt der Pflegebereitschaft und zur Reduzierung von krankheitsbedingten Folgekosten im Vordergrund.

Um Pflegepersonen zu stärken und einer Überlastung vorzubeugen, bietet Medicproof das Pflegetraining, ein individuelles Training im Zuhause der versicherten Person, an. Die Pflegetrainerinnen und -trainer vermitteln theoretische Grundlagen und insbesondere deren praktische Umsetzung im Pflegealltag. Die Tipps und Hilfestellungen sind dabei speziell auf die eigene Pflegesituation zugeschnitten. Es handelt sich um einen Pflegekurs nach § 45 SGB XI, der mehrfach oder präventiv in Anspruch genommen werden kann.

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bietet vor allem für pflegende Angehörige Pflege-Ratgeber an, die praxisnah zu verschiedenen Themen, wie z. B. Demenz, Gewaltprävention, Körperpflege und Mundpflege, informieren und konkrete Tipps für den Pflegealltag geben.

Insgesamt sind noch erhebliche Potenziale zur Verbesserung der Effektivität der Beratungseinsätze im Hinblick auf die Tertiärprävention bei bestehender Pflegebedürftigkeit und auf die Entlastung informell Pflegenden zu verzeichnen. Vom ZQP wurde in Kooperation mit der Hochschule Osnabrück und compass private pflegeberatung ein dafür geeignetes, frei zugängliches, softwaregestütztes Beratungsinstrument entwickelt - das Assessment zur Prävention und Intervention in der häuslichen Pflege (PIP-Assessment). Das wissenschaftsbasierte Instrument für professionelle Beratung dient u. a. dazu, präventive Potenziale bei pflegebedürftigen Personen zu identifizieren und geeignete Präventionsmaßnahmen frühzeitig einzuleiten.

Ein weiteres Instrument für die Beratung zum Screening von pflegenden Angehörigen wurde von der Stiftung ZQP gemeinsam mit der Zentralen Forschungseinheit für psychische Gesundheit im

Alter (ZpGA) der Universitätsmedizin Mainz erarbeitet: der Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE). Es zielt auf die Identifikation von pflegenden Angehörigen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko und damit auf die Prävention von Gesundheitsproblemen und Erkrankungen in dieser Zielgruppe.

→ **Präventive Ansätze sollten in möglichst vielen Bereichen der Pflegepraxis Niederschlag finden.**

Verzahnung und Koordinierung bestehender Angebote und Kompetenzen in der Pflege

Von der individuellen Verhaltensprävention bis zur strukturbildenden Verhältnisprävention haben sich unterschiedliche Strategien etabliert, um Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und professionelle Pflegekräfte zu erreichen. Diese kommen leider bis heute in der Pflegepraxis kaum an, auch weil auf sie bei der Begutachtung, Beratung und Qualitätsprüfung nicht regelmäßig verwiesen wird. Sie müssen bekannter werden, um das Bewusstsein und die Nachfrage bei den Zielgruppen zu wecken. Die präventiven Ansätze in der Pflege sollten strategisch koordiniert und an der Schnittstelle zu den Pflegeanbietern und den Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen integriert werden.

→ **Die bereits bestehenden Angebote und Kompetenzen in der Pflege müssen effizienter verzahnt, bekannter gemacht und strategisch in der pflegerischen Praxis koordiniert werden.**

10. Qualitätssicherung verständlich, verbindlich, verbraucherfreundlich gestalten

Die Durchführung von Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist notwendig, um eine gute Qualität zu sichern und die Verbraucher zu schützen. Die Qualitätssicherung muss aber noch weiter gestärkt werden.

Prüfergebnisse laienverständlich darstellen

Die Prüfergebnisse werden veröffentlicht, sind jedoch sehr umfangreich und ohne Hintergrundwissen teilweise nur schwer verständlich. Um den Pflegebedürftigen und Angehörigen die Suche nach einem geeigneten Pflegeheim oder Pflegedienst zu erleichtern, sollten die Prüfergebnisse deutlich kürzer und laienverständlich dargestellt werden. Die Inhalte sollten sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientieren.

→ **Die Prüfergebnisse sollten laienverständlich dargestellt werden und dem Pflegebedürftigen die Auswahl einer Pflegeeinrichtung, die seinen Bedürfnissen entspricht, ermöglichen.**

Mitwirkungspflicht an den Qualitätsprüfungen

Qualitätsprüfungen helfen den Pflegeeinrichtungen, die Pflegequalität beizubehalten oder zu verbessern. Durch die Beratung durch die Medizinischen Dienste bzw. Careproof, den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, stellen die Qualitätsprüfungen einen Gewinn für die Pflegeeinrichtungen dar. Die Ergebnisse der Indikatoren können für das interne

Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtung genutzt werden und somit die Qualität der Einrichtung positiv beeinflussen. Daher sollten die Pflegeeinrichtungen in ihrem eigenen Interesse an den Qualitätsprüfungen aktiv mitwirken.

Die Pflegeeinrichtung darf eine Teilnahme an der Qualitätsprüfung nur in Ausnahmefällen und aus nachvollziehbaren Gründen ablehnen. Eine Ablehnung der Qualitätsprüfung ohne Begründung oder ohne schwerwiegende Gründe sollte nicht erfolgen. Dies gefährdet die Qualitätssicherung der Einrichtungen und verursacht für die Prüfinstitutionen vermeidbare Aufwände.

→ **Die Ablehnung von Qualitätsprüfungen ohne wichtigen Grund sollte sanktioniert werden.**

Information der betroffenen Versicherten

Pflegebedürftige, die bei den Qualitätsprüfungen in die Stichprobe einbezogen werden, sollten nach der Prüfung vom Medizinischen Dienst oder Careproof eine Information über die Ergebnisse der Qualitätsprüfung, die sie betreffen, erhalten. Wurden Mängel festgestellt, sollten diese genau dargestellt und beschrieben werden. Diese Information sollte auch mit Hinweisen verbunden werden, an wen sich Pflegebedürftige bei Pflegefehlern, Abrechnungsfehlern usw. wenden können und ob sie gegebenenfalls rechtlichen Rat einholen sollten. Wurde ein gesetzlicher Betreuer für den Pflegebedürftigen bestellt, sollte dieser die Informationen erhalten.

→ **Versicherte, die in eine Qualitätsprüfung einbezogen wurden, sollten über das Ergebnis der Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst oder Careproof informiert werden und weiterführende Hinweise erhalten.**