

Sachstandsbericht für die 2. Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“

I. Bericht aus den Facharbeitsgruppen

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) bietet seit 30 Jahren eine solidarische Absicherung, steht jedoch angesichts steigender Ausgaben und des demografischen Wandels vor erheblichen Herausforderungen. Bereits heute übersteigen die Ausgaben die Einnahmen, obwohl der Beitragssatz zum 1. Januar 2025 erneut angehoben wurde. Auch ist ein kontinuierlicher deutlicher Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, der pflegebedingten Eigenanteile sowie der Hilfe zur Pflege zu verzeichnen, auch wenn – mit Blick auf die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege – die soziale Pflegeversicherung insgesamt weiter entlastend wirkt.

Ziel des Zukunftspaktes ist es, die SPV finanziell tragfähig und zukunftsfest zu machen. Zudem sollen die finanziellen Belastungen zwischen den Beitragszahlenden, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie den sonstigen Kostenträgern in einem gerechten und ausgewogenen Verhältnis stehen. Dabei ist auch auf eine generationengerechte, nachhaltige und demografiefeste Ausgestaltung der SPV zu achten. Alle Vorschläge der AG stehen dabei unter Finanzierungsvorbehalt und ein weiterer Anstieg der Sozialabgabenquote ist zu vermeiden, um Beschäftigung und Wirtschaft nicht zusätzlich zu belasten.

Nach der Auftaktsitzung des Zukunftspaktes Pflege am 7. Juli 2025 haben die Facharbeitsgruppen (Fach-AGs) Finanzierung und Versorgung ihre Arbeit unmittelbar aufgenommen. Grundlage der Beratungen ist 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 dieser stabilen finanziellen Grundlage soll der Zukunftspakt eine bürgernahe und menschenwürdige pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Stadt und auf dem Land mit effizienten und nachhaltigen Versorgungsstrukturen langfristig personell und strukturell sicherstellen. Dazu gehört, Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest so lange wie möglich hinauszuzögern, die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen zu erhalten und pflegende An- und Zugehörige mit den verfügbaren Mitteln möglichst optimal zu unterstützen und zu entlasten. Begrenzte Mittel und personelle Ressourcen sind daher zielgerichtet mit Blick darauf einzusetzen, welche Ergebnisse und Wirkungen in der Versorgung mit diesen Mitteln erreicht werden können. Pflegeeinrichtungen und andere Angebote in der Versorgung müssen den notwendigen Spielraum für eine wirtschaftliche Gestaltung und innovative Weiterentwicklung einer guten pflegerischen Versorgung haben.

Mit diesem Papier legen die Fach-AGs den bisherigen Arbeitsstand dar, ohne Vorfestlegungen zu treffen, und bitten die Ministerinnen und Minister sowie Senatorinnen und Senatoren, diesen zur Kenntnis zu nehmen, die Arbeitsaufträge weiter zu präzisieren und gegebenenfalls Weichenstellungen für die weiteren Beratungen vorzunehmen.

Sämtliche aufgeführten Vorschläge der Fach-AG sind Positionen der Arbeitsebenen und vorbehaltlich der politischen Beratungen.

II. Sachstand Fach-AG Finanzierung

Die Fach-AG Finanzierung hat zwischen dem 17. Juli und dem 25. September 2025 insgesamt neunmal getagt. In dieser Zeit wurden die Arbeitsaufträge zu den Themen Reichweite der SPV (vgl. Arbeitsauftrag 1), Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds (vgl. Arbeitsauftrag 2) sowie Begrenzung pflegebedingter Eigenanteile und Zusatzabsicherung (vgl. Arbeitsaufträge 1 und 3) beraten sowie in diesem Zusammenhang Anhörungen zu den Themen Kapitaldeckung in der SPV und „Sockel-Spitze-Tausch“ durchgeführt.

Arbeitsstand bei den Arbeitsaufträgen 1-3

1) Welche Reichweite soll die Pflegeversicherung künftig absichern (vgl. Arbeitsauftrag 1)?

Das aktuelle Leistungsrecht des SGB XI (Dynamisierung erfolgt gem. geltendem Recht nur im Jahr 2028) führt bei einem konstanten, rechnerischen Beitragssatz von 3,8 %¹ und der erwarteten demografischen Entwicklung künftig zu einem jährlich steigenden Finanzierungsdefizit, das im Jahr 2033 sein Maximum von rd. 15 Mrd. Euro² erreichen könnte. Allein schon um dieses Finanzierungsdefizit 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.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Fach-AG Finanzierung den Ministerinnen und Ministern sowie Senatorinnen und Senatoren, **am Teilleistungssystem in der SPV festzuhalten**. Das bedeutet, dass Pflegebedürftige auch künftig privat aufzubringende Eigenanteile zu tragen hätten.

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 der Paragraph 9 des Sozialgesetzbuches – Elftes Buch (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.

Um die Höhe der pflegebedingten Eigenanteile für Pflegebedürftige zu begrenzen bzw. deren Steigerung zu dämpfen, bestehen grundsätzlich zwei allgemeine Ansätze, die sich zudem gegenseitig beeinflussen können: Zum einen können Kostendämpfungsmaßnahmen unternommen werden, um das Ausgabenwachstum generell zu begrenzen (vgl. bspw. Punkte III. 1., 3., und 3. a). Zum anderen können Optionen geprüft werden, um die pflegebedingten Eigenanteile zu begrenzen bzw. deren Steigerung zu dämpfen.

¹ Inkl. rechnerischem Kinderlosenzuschlag von ca. 0,2 %.

² Die Euro-Beträge sind in diesem Dokument als Beträge in heutigen Werten ausgewiesen.

2) **Sollen in einem umlagebasierten Teilleistungssystem die zusätzlichen Eigenleistungen verpflichtend abgesichert werden (vgl. Arbeitsauftrag 3)?**

Die Entwicklung der steigenden Eigenanteile wurde in der Fach-AG als zentrales Thema benannt.

Zur Begrenzung oder Dämpfung des Anstiegs der Eigenanteile wurde von der Fach-AG entsprechend den Arbeitsaufträgen 1 und 3 zunächst der Fokus auf Optionen gelegt, wie die **pflegebedingten** Eigenanteile begrenzt bzw. deren Anstieg gedämpft werden könnte. Dabei wurden folgende Optionen identifiziert. Kombinationen sind möglich.

Option	Inhalt	Finanzbedarf der SPV
A – Dynamisierung Leistungen	Regelmäßige Anpassung der Leistungen über ein noch zu bestimmendes Indexverfahren (z. B. Lohnentwicklung oder Inflation).	abhängig vom gewählten Indexverfahren
B – Sockel-Spitze-Tausch (zunächst vollstationär)	Begrenzung des Eigenanteils zunächst im vollstationären Bereich auf einen festen Sockelbetrag/Monat im Startjahr (der Reform).	Finanzbedarf hängt von der konkreten Ausgestaltung ab, zur Gegenfinanzierung Einsatz der Mittel des § 43c SGB XI; langfristige Folgen unklar (auch durch mögliche Verhaltensänderungen)
C – Obligatorische Zusatzversicherung	Verpflichtende Pflegekosten- oder Pflegegeldversicherung zur Absicherung der verbleibenden Eigenbeteiligung	Prämien sind privat zu tragen; langfristige Absicherung der Pflegebedürftigen, aber auch Entlastung der SPV möglich (Letzteres gilt für die SPV nur, wenn die Leistungen des jetzigen § 43c SGB XI als Leistungen der SPV entfallen und stattdessen über eine Zusatzversicherung abgesichert werden würden.). Ggf. sind je nach Ausgestaltung fiskalische Folgen zu berücksichtigen.

Darüber hinaus wird die Fach-AG im weiteren Verfahren Modelle zur Begrenzung bzw. Dämpfung der Steigerung der **pflegebedingten** Eigenanteile prüfen, in denen die im Koalitionsvertrag als versicherungsfremd bezeichnete Ausbildungsumlage, die von den Pflegebedürftigen bezahlt werden muss, verortet werden kann. Auch das Thema der medizinischen Behandlungspflege ist in diesem Zusammenhang zu prüfen. Zu beiden Themen sind die Kostenwirkungen, die Verteilungswirkungen und die möglichen Entlastungen für Pflegebedürftige darzustellen.

Es wird vorgeschlagen, die unterschiedlichen Optionen finanziell zu quantifizieren und deren mögliche Auswirkungen bis zur Abschlusssitzung im Dezember näher zu prüfen. Dabei ist auf eine bürokratiearme Umsetzungsmöglichkeit zu achten.

Option A - Dynamisierung der Leistungen

In die weiteren Überlegungen sollten Berechnungen einer Dynamisierung in Höhe der Lohnentwicklung für den oberen Rand sowie einer inflationsbedingten Dynamisierung für den unteren Rand einbezogen werden³. Die daraus resultierenden Finanzbedarfe sind unter Berücksichtigung von Reformvorschlägen zum Leistungsrechts aus der AG Versorgung und der AG Finanzierung (Vorschläge auf der Ausgaben- und Einnahmenseite) zu skizzieren und Vorschläge zu deren Deckung bis zur Abschlusssitzung zu unterbreiten. Dies gilt auch für alle weiteren Optionen.

Option B - Sockel-Spitze-Tausch (zunächst vollstationär)

Darüber hinaus sollte auf Anregung eines Teils der Mitglieder der Fach-AG die Option eines Sockel-Spitze-Tauschs im vollstationären Bereich weiter konkretisiert werden. Die Auswirkungen der Übertragung des Modells auf den Bereich der ambulanten Pflege sind hinsichtlich möglicher Mehrkosten schwer abzuschätzen und ist zudem in seiner Umsetzung noch komplexer. Die Fach-AG Finanzierung schlägt daher vor, die Übertragung auf den ambulanten Bereich bis Ende des Jahres 2027 weiter zu prüfen. Im ersten Schritt stärken wir den ambulanten Bereich durch andere Maßnahmen (vgl. Punkte III. 6 a) und 7 b)).

Option C - Obligatorische Zusatzversicherung

Bei der Anhörung hat sich herauskristallisiert, dass die Expertinnen und Experten mit weit überwiegender Mehrheit der Auffassung waren, dass eine freiwillige Zusatzversicherung aus verschiedenen Gründen nicht zielführend und kein geeignetes Instrument ist, um Pflegekostenrisiken nachhaltig abzusichern (bspw. Risiko von adversen Selektionseffekten, Erkenntnisse aus bisherigen Zusatzversicherungen: Versicherungsverträge rückläufig).

Vor dem Hintergrund des Arbeitsauftrags und auf Anregung einiger Mitglieder der Fach-AG sollten deshalb Modellrechnungen für eine obligatorische Pflegekostenversicherung im stationären Bereich – auch unter der Annahme, dass die Finanzierung des § 43c SGB XI abgeschmolzen wird – sowie für eine Pfl egetagegeldversicherung zum Beispiel⁴ mit monatlicher Absicherung in Höhe von 1.000 Euro bzw. 2.000 Euro erstellt werden. Dabei sind für die Ausgestaltung eines Standardprodukts (Kontrahierungszwang, keine Risiko- und Gesundheitsprüfung, keine Abschlussprovision), eine Dynamisierung, sozialpolitische Flankierungen (sozialverträgliche Prämien für Geringverdienende, Kinder, mitversicherte Ehepartner) sowie Möglichkeiten der Berücksichtigung der älteren Generation zu berücksichtigen. Varianten einer Opt-Out-Versicherung sollten ebenfalls geprüft werden.

Die weiteren Stellschrauben, um die Entwicklung der Eigenanteile zu begrenzen, sind abhängig von Entscheidungen über die künftige Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung und sind daher im weiteren Prozess des Zukunftspaktes Pflege aufzurufen. In dem Zusammenhang wird auch das Thema der Verantwortung der Länder für die pflegerische Versorgungsstruktur besprochen.

3) Rechnerisches Ausgangsszenario und Varianten der Dynamisierung

Für alle weiteren Berechnungen wird ein Ausgangsszenario nach geltendem

³ Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die aktuelle Dynamik der Lohnentwicklung in der Pflege oberhalb der allgemeinen Lohnentwicklung liegt.

⁴ Hierbei geht es um die (private) Absicherung der pflegebedingten Eigenanteile, die nicht über das Teilleistungssystem abgedeckt und über das Umlageverfahren finanziert sind und somit nicht um eine versorgungspolitische Fragestellung des Leistungsumfangs, wie unter Punkt III. 6. beschrieben. Die hier gesetzten Beträge sind – gerade auch vor dem Hintergrund mangelnder Daten und Erhebungen für den ambulanten Bereich – exemplarische Beträge, die nicht auf den individuellen Bedarf Bezug nehmen.

Recht mit Annahmen zur jährlichen Lohn- und Inflationsentwicklung sowie zur Veränderungsrate der vollstationären Pflegekosten bestimmt, um den Finanzbedarf im Zeitverlauf, aber auch die Wechselwirkungen bezüglich der Eigenanteile und der Hilfe zur Pflege aufzeigen zu können. Darüber hinaus ist zu entscheiden, welche Dynamisierungs-Indizes gewählt werden sollen, um hierauf aufsetzend weitere Überlegungen anstellen zu können, mit welchen ausgaben- und einnahmenseitigen Stellschrauben oder anderen Maßnahmen das damit jeweils verbundene Finanzierungsdelta geschlossen werden könnte. Hierfür schlägt die Fach-AG Finanzierung den Ministerinnen und Ministern sowie Senatorinnen und Senatoren vor, zusätzlich zum Ausgangsszenario nach geltendem Recht mit zwei Dynamisierungsvarianten für einen oberen und einen unteren Rand weiterzuarbeiten:

a) **Ausgangsszenario:**

- a. geltendes Recht, Annahmen p.a.: Lohnentwicklung 3 %⁵, Inflationsrate 2 %, Änderungsrate der vollstationären Pflegekosten gemäß der Lohnentwicklung⁶

b) **Varianten mit Dynamisierung**

- a. Dynamisierung auf Basis der Lohnentwicklung (oberer Rand).
b. Dynamisierung auf Basis der Inflationsrate (unterer Rand).

4) Soll das Umlagesystem durch einen weiterentwickelten kapitalgedeckten Pflegevorsorgefonds abgesichert werden (vgl. Arbeitsauftrag 2)?

Die Fach-AG stimmt darin überein, dass die kollektive Kapitaldeckung des Pflegevorsorgefonds (PVF) grundsätzlich geeignet sein kann, das Umlageverfahren der SPV abzusichern und zur Stabilisierung des Beitragssatzes beizutragen. In der Anhörung mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern wurde jedoch deutlich, dass der PVF in seiner derzeitigen Ausgestaltung folgende Defizite aufweist:

- zu geringe Mittelzuführung (insgesamt zu kleines Volumen),
- keine optimierte renditeorientierte Anlage (Gefahr eines inflationsbedingten Wertverlustes vor Inanspruchnahme),
- zeitlich begrenzter Abschmelzungszeitraum (fokussiert auf die Babyboomer-Generation), für diese Funktion falsch getimt,
- Abschmelzung des Kapitals verhindert dauerhafte Nutzung,
- unzureichender Schutz gegen politischen oder fiskalischen Zugriff.

Vor diesem Hintergrund schlägt die Fach-AG vor, am Konzept des Pflegevorsorgefonds festzuhalten, diesen aber mit folgenden Zielen weiterzuentwickeln:

- stärkerer Beitrag zur Stabilisierung des Beitragssatzes,
- ggf. Mitfinanzierung von späteren Leistungsausgaben der SPV
- dauerhafte Ausgestaltung als generatives Kapitaldeckungselement, das kontinuierlich Erträge in das Umlagesystem einspeist,
- Stärkung intra- und intergenerativer Gerechtigkeit durch eine neue Balance zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren,

⁵ Zur besseren Einordnung werden ergänzend eine obere Variante mit einer Lohnentwicklung von 4 % p.a. sowie eine untere Variante mit einer Lohnentwicklung von 2 % p.a. dargestellt.

⁶ Inklusive der Berücksichtigung der überdurchschnittlichen Lohnentwicklung in der Pflege in der Vergangenheit durch eine zusätzliche Anhebung der Änderungsrate um 2 Prozentpunkte in 2025, die über fünf Jahre linear auf die allgemeine Lohnänderungsrate von 3 % p.a. abgeschmolzen wird.

- eine (Verwaltungs-)Struktur des Fonds vorzusehen, die diesen vor Zugriff schützt, um seinen definierten Zweck zu sichern.

Die Fach-AG hat dazu die folgende (kombinierbare) Handlungsoptionen identifiziert:

Option	Inhalt	Finanzbedarf
A – Weiterer Aufbau des Kapitalstocks des PVF	Erhöhung der Fondsmittel, ggf. durch temporär höhere Einzahlungen aus Beitrags- oder Steuermitteln	kurzfristig höhere Belastung für Beitragszahlende bzw. öffentliche Haushalte; langfristig Entlastung möglich
B – Verlängerung / Anpassung des Ausschüttungszeitpunkts	Verschiebung oder Streckung der Ausschüttungen, um längere Wirkung zu erzielen	mittelfristig geringere Entlastung, langfristig stabilisierende Wirkung
C – Dauerhafte Ausgestaltung als generationenübergreifender Fonds	Umwandlung in ein dauerhaftes Kapitaldeckungselement, das kontinuierlich Erträge an das Umlagesystem abführt, ggf. geht auch kohortenspezifisch	dauerhafte Wirkung, Finanzbedarf abhängig von Volumen und Anlage
D – Renditeorientierte Anlagestrategie	breitere, risikodiversifizierte Kapitalanlage mit Fokus auf höhere Rendite	höhere Erträge möglich
E – Rechtliche Absicherung des Fonds	Schutz vor politischem/fiskalischem Zugriff, z. B. durch eigene Rechtsform (z.B. Stiftung) oder Kohortenbildung	geringe direkte Kosten, erhöhte Rechtssicherheit und Vertrauensbildung

Die Fach-AG Finanzierung schlägt den Ministerinnen und Ministern sowie Senatorinnen und Senatoren vor, auf dieser Grundlage ein Modell zu entwickeln, das den o.g. Zielstellungen unter Berücksichtigung der Finanzwirkungen entspricht.

5) Arbeitsstand zu den Arbeitsaufträgen 4-6

Mit der Bearbeitung der Arbeitsaufträge 4 bis 6 wird zeitnah begonnen.

4) Aufzeigen des mittel- und langfristigen strukturellen Finanzierungsdefizits mit Stellschrauben auf der Ausgabenseite.

5) Aufteilung der Finanzierungsanteile auf die Säulen Beitragsmittel, Steuern und individuelle/private Beteiligung.

6) Klärung der einnahmenseitigen Stellschrauben.

III. Sachstand Fach-AG Versorgung

Die Fach-AG Versorgung hat zwischen dem 15. Juli und dem 23. September 2025 insgesamt neunmal getagt. In dieser Zeit wurden die wesentlichen Herausforderungen für Bürgerinnen und Bürger sowie pflegende An- und Zugehörige entlang des Versorgungspfad Pflege analysiert und Lösungsansätze identifiziert. Zudem wurde eine ganztägige Anhörung der maßgeblichen Akteure der Pflege sowie von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zur weitergehenden Analyse und zu möglichen Lösungen durchgeführt. Auf dieser Grundlage wurden Lösungsoptionen zu den nachstehenden zentralen Fragestellungen aus den Arbeitsaufträgen in den Themenblöcken 2 (Bürgernahe, hochwertige pflegerische Versorgung in der Stadt und auf dem Land sicherstellen) und 3 (Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige unterstützen und entlasten) – auch unter Einbeziehung von Impulsen von externen Expertinnen und Experten – beraten.

Arbeitsstand zu den Arbeitsaufträgen in den Themenblöcken 2 und 3

1) Zugang zu den Leistungen: Pflegegrad 1 und Schwellenwerte des Begutachtungsinstruments

Die Fach-AG stellt fest, dass das seit 2017 geltende Begutachtungsinstrument zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 SGB XI positiv wissenschaftlich evaluiert ist und sich grundsätzlich bewährt hat. Zugleich erkennt die Fach-AG an, dass die vom Gesetzgeber vorgenommene Absenkung der vom Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2013) fachlich empfohlenen sog. „Schwellenwerte“ für die Pflegegrade 1, 2 und 3, ab denen jeweils eine Höherstufung in den nächsten Pflegegrad erfolgt, sowie die Einführung des Pflegegrads 1 einen Beitrag zum deutlichen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen nach dem SGB XI geführt hat. Dabei wird die Einführung des Pflegegrads 1 im Begutachtungsinstrument von der Fach-AG grundsätzlich positiv bewertet, um pflegebedürftige Menschen möglichst frühzeitig im Pflegeverlauf zu erreichen, aber einer Neuausrichtung bedarf (inwieweit mit den hinterlegten Leistungen die beabsichtigten Ziele erreicht werden, wird nachstehend unter 3) erörtert).

Im Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege im neu eingefügten § 15 Abs. 8 SGB XI wird der GKV-Spitzenverband beauftragt, dem BMG bis zum 30. Juni 2026 einen Bericht zu den Erfahrungen mit dem Begutachtungsinstrument und zu einer durchzuführenden Untersuchung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 vorzulegen.

Der GKV-Spitzenverband hat in Abstimmung mit dem BMG im Vorgriff auf das Inkrafttreten der Regelung im August 2025 eine Studie beauftragt, mit der die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen wissenschaftlich untersucht wird. Ziel der durch das IGES Institut durchgeführten Studie ist es, die Dynamiken und Erfahrungen bei der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der damit einhergehenden neuen Pflegebegutachtung 2017 zu evaluieren. Die Studie soll neben den Auswirkungen der Pflegereform von 2017 auch andere mögliche Einflüsse auf die Anzahl pflegebedürftiger Menschen wissenschaftlich und strukturiert untersuchen sowie weiterführende Forschungs- und Entwicklungsbedarfe erkennen und erste Handlungsoptionen darstellen. Die Studie soll im 2. Quartal 2026 abgeschlossen sein.

Die Fach-AG empfiehlt den Ministerinnen und Ministern sowie Senatorinnen und Senatoren, die Einstufung in Pflegegrad 1 im Rahmen des Begutachtungsinstruments grundsätzlich beizubehalten. Zudem empfiehlt sie zu prüfen, welche Folgen eine Rückführung der Schwellenwerte in den Pflegegraden 1, 2 und 3 auf die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegegrade, die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt und die Folgewirkungen für die Versorgung und die Leistungsausgaben einschließlich eines möglichen Bestandsschutzes hätte. Dies sollte bereits kurzfristig, möglichst bis Ende Oktober 2025, im Rahmen des Zukunftspakts Pflege erfolgen, um zügig Entscheidungsgrundlagen für weitere Maßnahmen zu erhalten. Für die weitergehende Evaluation des Begutachtungsinstruments, auch unter Berücksichtigung der Fragestellungen, die vom Land Brandenburg in der Auftaktsitzung des Zukunftspakts vorgelegt und zur Beratung an die AG Versorgung verwiesen wurden, empfiehlt die Fach-AG, die Ergebnisse aus der Studie des GKV-Spitzenverbands abzuwarten. Der GKV-Spitzenverband wurde von der AG Versorgung gebeten, die genannten Fragestellungen möglichst mit in die Studie aufzunehmen.

2) Begutachtung: Verfahren und Bedarfserhebung

Neben Fragen des Begutachtungsinstruments hat die Fach-AG auch das Begutachtungsverfahren und insbesondere die Frage geprüft, inwieweit die Medizinischen Dienste bei der Pflegebegutachtung mehr als bisher individuelle Bedarfe erheben sollten. Ziel wäre, eine bessere Grundlage für die anschließende Beratung und ein mögliches Case Management zu schaffen.

Darüber hinaus könnte perspektivisch die Möglichkeit eröffnet werden, dass Leistungen stärker entsprechend des individuellen Bedarfs gewährt werden. In Betracht kommen mit Blick auf eine stärkere Bedarfsorientierung zum Beispiel insbesondere folgende Varianten in Betracht:

- Zum einen könnte eine stärkere Bedarfsorientierung dadurch erfolgen, dass Budgets gebildet werden, die sich aus einzelnen Bedarfsmodulen ergeben.
- Zum anderen könnte eine stärkere Bedarfsorientierung im Sinne eines Gate-Keeping vorgesehen werden, indem zum Beispiel einzelne Leistungen nur bei Vorliegen eines fachlich festgestellten Bedarfs gewährt werden (z. B. Leistung der vollstationären Versorgung).

Zudem könnte im Rahmen der Begutachtung auch eine Einschätzung der Belastungssituation von pflegenden An- und Zugehörigen erfolgen, um diese zielgerichteter unterstützen zu können. Eine umfassendere Bedarfserhebung durch die Medizinischen Dienste könnte zudem die Träger der Sozialhilfe, die zur Feststellung eines pflegerischen Bedarfs im Rahmen der Hilfe zur Pflege eigene Bedarfsfeststellungsverfahren haben, entlasten. Schließlich könnten auch mehr Erkenntnisse über pflegerische Bedarfslagen, zum Beispiel für die Pflegestrukturplanung, gewonnen werden.

Die Fach-AG empfiehlt, den Medizinischen Dienst Bund damit zu beauftragen, bis zum Sommer 2026 konkrete Vorschläge für eine Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens im vorgenannten Sinne zu entwickeln und im Dialog mit den Trägern der Sozialhilfe zu prüfen, ob und inwieweit die 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. Damit die Medizinischen Dienste durch die weitergehenden Aufgaben im Rahmen der Pflegebegutachtung nicht zusätzlich

belastet werden, sollte zugleich entsprechend des Vorschlags des MD Bund geprüft werden, wie die Medizinischen Dienste durch Berücksichtigung der Ressourcen je nach Versorgungsort (z.B. Kompetenzen der Pflegefachkräfte in stationären Einrichtungen) bei der Pflegebegutachtung entlastet werden können. Dabei wäre 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. Dabei sollen auch die Ergebnisse aus dem Modellvorhaben des MD Bund, mit dem die Möglichkeiten zur Nutzung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarfen auf der Grundlage einheitlicher Bewertungskriterien aus der Versorgung heraus erprobt werden, einbezogen werden. Hierbei werden auch mögliche Wechselwirkungen berücksichtigt.

3) Leistungsumfang

In einer Studie (Wingenfeld/Gansweid 2013) des Expertenbeirats 2013 war bereits festgestellt worden, dass es „aus fachlicher und aus wissenschaftlicher Perspektive zulässig und notwendig [sei], Vorschläge zur Festlegung von Leistungshöhen unabhängig von den Zeiten für Hilfeleistungen zu entwickeln. Es wird empfohlen, gleiche Abstände zwischen Leistungsbeträgen anzustreben, es sei denn, spezifische politische oder soziale Zielsetzungen verlangen nach anderen Festlegungen.“ Die Festlegung der Höhe der Leistungsbeträge ist daher zu einem großen Teil auch normativ geprägt.

Dass die pflegerischen Bedarfe über die Pflegegrade durchschnittlich steigen, wurde sowohl vom Expertenbeirat 2013 als auch in verschiedenen Evaluationen gezeigt. Grundsätzliche, pflegefachlich begründete Änderungen der Höhe der Leistungsbeträge mit dem Ziel einer noch größeren Bedarfsorientierung würden umfassendere Erhebungen zum Verhältnis von tatsächlichen Bedarfen/gewünschten Outcomes und den eingesetzten Leistungsbeträgen voraussetzen. Normativ oder finanziell begründete Änderungen sind jedoch möglich.

Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass die Bedarfe der Pflegebedürftigen systematisch niedriger sind als die derzeitigen Leistungsbeträge. Dies ergibt sich daraus, dass die Leistungen in aller Regel voll ausgeschöpft werden oder sogar darüber hinaus Zuzahlungen oder Eigenleistungen durch pflegende An- und Zugehörige erforderlich sind.

Für den Bereich der ambulanten Versorgung gibt es wenige und keine aktuellen Studien, die systematisch erheben, welche Zuzahlungen in welcher Höhe Pflegebedürftige leisten. In der fachwissenschaftlichen Literatur wird in der Regel angenommen, dass sich Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen hier am zur Verfügung stehenden Leistungsbetrag orientieren.

Daher sieht die Fach-AG auf Grundlage der derzeit vorliegenden Daten – vorbehaltlich der weiteren Ausführungen – aus Versorgungssicht bei den Leistungen der Pflegeversicherung keine pflegefachlich begründbaren Ansätze für eine grundsätzliche Änderung oder Absenkung der Leistungshöhen. Absenkungen von Leistungsbeträgen können allerdings zugunsten der Erhöhung anderer Leistungsbeträge oder im Rahmen der Bündelung

als normative Steuerungsinstrumente sinnvoll sein (siehe dazu die weiteren Ausführungen unter „Bündelung“).

a) Leistungen im Pflegegrad 1

Vor diesem Hintergrund hat die Fach-AG auch die im Pflegegrad 1 zur Verfügung gestellten Leistungen beraten. Dabei besteht in der Fach-AG sowie bei den angehörten Expertinnen und Experten die Einschätzung, dass die mit der Einführung des Pflegegrads 1 verbundenen Zielsetzungen einer zielgerichteten Prävention von Verschlechterungen nicht hinreichend erreicht wurden. Während z. B. die Leistung der Wohnraumanpassung im Pflegegrad 1 als sinnvoll für einen längeren Verbleib in der Häuslichkeit angesehen wurde, wird insbesondere der Entlastungsbetrag in Höhe von 131 Euro hinsichtlich seiner Versorgungswirkungen in Frage gestellt. Der MD Bund wies zudem in der Anhörung der Fach-AG darauf hin, dass Pflegebedürftige im PG 1 zu einem vergleichsweise hohen Prozentsatz Empfehlungen zur Prävention und Rehabilitation erhalten⁷, die sie aber häufig nicht in Anspruch nehmen.

Die Fach-AG empfiehlt den Ministerinnen und Ministern sowie Senatorinnen und Senatoren, die für den Entlastungsbetrag im Pflegegrad 1 eingesetzten Mittel zukünftig ganz oder teilweise in eine frühe fachpflegerische, präventionsorientierte Begleitung von Pflegebedürftigen, die es in dieser Form bisher nicht gibt, in diesem Pflegegrad zu verwenden (im Sinne einer „Umwidmung“, siehe dazu auch die vertiefenden Ausführungen zum Aufbau einer fachpflegerischen Begleitung unten unter 6) a) sowie zu Maßnahmen zur Sicherung der Angebote zur Unterstützung im Alltag unter 6) c)). Damit könnte gezielt auf eine Vermeidung der Verschlechterung der gesundheitlichen Situation (insbesondere durch pflegfachliche Beratung zu Fragen der Mobilitätsförderung und Selbständigkeitsstärkung, aber auch durch Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen) hingewirkt und könnten Destabilisierungen der Versorgungssituation mit der Folge von Krankenhauseinweisungen, z. B. durch Stürze aufgrund von Mobilitätsbeeinträchtigungen, oder frühen Heimeinzügen, verringert werden. Die Möglichkeit des Zugangs von Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 zu den (kostengünstigen) Angeboten zur Unterstützung im Alltag sollte dabei erhalten bleiben. Je nach dem Umfang der „Umwidmung“ und eine stärkere präventive Ausrichtung könnte zugleich ein Beitrag geleistet werden zur Dämpfung der Ausgabendynamik.

b) Einführung von Karenzzeiten

Die Fach-AG hält die im Koalitionsvertrag als Prüfauftrag enthaltene Einführung von Karenzzeiten bei der Leistungsanspruchnahme aus versorgungspolitischer Sicht nicht für sinnvoll, da gerade zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ein großes Potential für die Stabilisierung häuslicher Pflegesituationen und die positive Beeinflussung des weiteren Verlaufs der Pflegebedürftigkeit besteht. Zudem widerspräche die Einführung von Karenzzeiten dem Grundgedanken einer Sozialversicherung, die allgemeinen Lebensrisiken (im Teilleistungssystem) abzudecken. Im SGB XI und SGB XII gilt weitgehend derselbe Pflegebedürftigkeitsbegriff, so dass Änderungen bei der SPV immer auch Auswirkungen auf die

⁷ Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben ein hohes Präventionspotential im Sinne der Vermeidung bzw. Verminderung von Pflegebedürftigkeit: Sie erhalten in hohem Umfang Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, Prävention und Rehabilitation. So werden am häufigsten Rehabilitationsempfehlungen (6,7 %), überdurchschnittlich häufig Heilmittlempfehlungen (z.B. 49,1 % Physiotherapie), Hilfsmittel bei 37,8 %, Maßnahmen zur Veränderung bzw. Verbesserung der Pflegesituation bei 24,2 %, präventive Maßnahmen bei 22,7 % und Beratung zur Primärprävention bei 7,1 % der Antragsteller empfohlen (Quelle: MD Bund).

Träger der Sozialhilfe haben. Soweit die Einführung von Karenzzeiten aus finanzpolitischen Erwägungen für erforderlich gehalten wird, schlägt die Fach-AG das nachstehende Modell vor, dass eine Teil-Karenzzeit mit versorgungspolitischen Zielen verknüpft:

Eine denkbare Variante könnte in diesem Zusammenhang sein, den Leistungsbetrag des Pflegegelds für zukünftige Pflegegeldbeziehende für einen bestimmten Zeitraum nach erstmaliger Beantragung und Einstufung in einen unteren Pflegegrad (bis Pflegegrad 3) zunächst nur reduziert zu gewähren und anstelle des restlichen Leistungsbetrags das Angebot einer intensivierten fachpflegerischen Begleitung (siehe dazu auch die vertiefenden Ausführungen zum Aufbau einer fachpflegerischen Begleitung unten unter 6) a)) vorzusehen. Erst nach Inanspruchnahme dieses Angebots bzw. nach Ablauf des Zeitraums wäre eine Inanspruchnahme des vollen Leistungsbetrags beim Pflegegeld möglich. Die entsprechenden Verfahrensregelungen sollten dabei möglichst bürokratiearm ausgestaltet werden.

Auf diese Weise würde sichergestellt, dass mit intensivierter fachpflegerischer Unterstützung zu Beginn der Pflegebedürftigkeit die Weichen in Richtung Prävention und Stabilisierung des Versorgungsarrangements gestellt werden können. Zugleich würden nicht pflegfachlich begründete Anreize dafür, möglichst schnell aus dem Pflegegrad 1 in den Pflegegrad 2 zu gelangen, weil mit dem Pflegegrad 2 bereits eine Geldleistung in Höhe von 347 Euro pro Monat verbunden ist, deutlich reduziert. Für die Wirksamkeit solcher intensivierter fachpflegerischer Unterstützungsansätze gibt es international Hinweise (z. B. aus dem Projekt „Capable“ aus den USA). Die Reduzierung des Pflegegelds würde hier durch ein ohnehin vorhandenes (s.u. unter 6) a)), fachlich sinnvolles Angebot für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen kompensiert, das zudem längerfristig positive Wirkungen erzielen könnte als die Auszahlung des vollen Pflegegeldbetrags. Die fachpflegerische Begleitung sollte nach dieser Phase in situationsangemessener Weise weiter erfolgen.

4) Ausdifferenzierung der Leistungsarten

Eine weitere Ausdifferenzierung des bereits sehr ausdifferenzierten Leistungsrechts wird von der Fach-AG insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass eine Vereinfachung für die Bürgerinnen und Bürger erreicht werden soll, nicht als sinnvoll angesehen. Mit Blick auf die Möglichkeit, das Leistungsrecht insgesamt anders zu differenzieren und dabei zum Beispiel an einzelne Module des Begutachtungsinstruments oder im Rahmen des Begutachtungsverfahrens ergänzend festgestellte Bedarfe anzuknüpfen, empfiehlt die Fach-AG, diese Fragen nach Vorlage der Ergebnisse aus der laufenden Studie des GKV-Spitzenverbands (siehe oben unter 1) sowie von entsprechenden Vorschlägen des MD Bund (siehe oben unter 2) weiter zu prüfen. Für eine von Ländern und Kommunalen Spitzenverbänden als notwendig angesehene gesetzliche Änderung des § 43a SGB XI wird aus Sicht der Bundesregierung derzeit kein finanzieller Spielraum gesehen.

5) Fokussierung der Leistungen

Die Fach-AG hat Möglichkeiten zur Fokussierung der Leistungen der Pflegeversicherung auf für die pflegerische Versorgung wesentliche Inhalte geprüft. Dabei wurden insbesondere Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung in den Blick genommen. Die Fach-AG hält es für sinnvoll, zwischen pflegerischer Unterstützung bei der Selbstversorgung mit dem Ziel, einen pflegerisch mindestens notwendigen hygienischen Zustand der Wohnung zu erreichen sowie eine alters- und krankheitsgerechte Ernährung der Pflegebedürftigen sicherzustellen, auf der einen und nicht pflegerischer Unterstützung im Haushalt (z. B. Fahrdienste, Botendienste, Gartenarbeit, Tierbetreuung oder Schneeräumen) zu unterscheiden.

Die Fach-AG empfiehlt den Ministerinnen und Ministern sowie Senatorinnen und Senatoren, eine gesetzliche Klarstellung der Leistungen der Hauswirtschaft im SGB XI. Dies könnte u.a. dadurch umgesetzt werden, dass die Selbstverwaltung beauftragt wird, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Pflegereformgesetzes, mit dem die Ergebnisse des Zukunftspakts Pflege umgesetzt werden, die durch die Pflegeversicherung finanzierbaren hauswirtschaftlichen Leistungen möglichst abschließend zu konkretisieren, um den effizienten und sachgerechten Mitteleinsatz der Leistungen der Pflegeversicherung zu unterstützen.

6) Bündelung von Leistungen

Gegenwärtig enthält die Pflegeversicherung viele Leistungsansprüche, die nur für spezifische Bedarfe (z. T. Tagespflege) oder in spezifischen Situationen (z. B. Kurzzeitpflege) einsetzbar sind. Während bei den Sach- und Geldleistungen die Inanspruchnahme durch die Pflegebedürftigen, die aufgrund ihres Pflegegrads darauf einen Anspruch haben, praktisch 100% beträgt, werden andere Leistungen nur von einem Teil der Pflegebedürftigen, die einen spezifischen Bedarf haben oder bei denen eine bestimmte Situation eingetreten ist, in Anspruch genommen. Zudem gibt es z. B. beim ambulanten Sachleistungsbetrag „Umwandlungsmöglichkeiten“, so dass die Leistung teilweise flexibler verwendet werden kann. Diese Struktur des Leistungsrechts wird teilweise als (zu) komplex wahrgenommen.

Mit einer möglichen Bündelung von bestehenden, bedarfs- bzw. situationsgebundenen Leistungen in sogenannten Budgets die wird das Ziel verfolgt, die Inanspruchnahme der Leistungen durch die Pflegebedürftigen deutlich zu vereinfachen und die Leistungen der Pflegeversicherung mit weniger Zweckbindung flexibler einsetzen zu können. Dabei kann sich zugleich der Beratungs- und Steuerungsaufwand für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen erhöhen. Sofern diese damit überfordert sind, könnte ein Ausbau der diesbezüglichen Beratung und Unterstützung erforderlich sein.

Zudem ist grundsätzlich zu bedenken, dass durch die Reform keine nicht demografiebedingten Mehrausgaben bewirkt werden dürfen. Daher wäre eine Bündelung von Leistungsansprüchen in Budgets nur unter Berücksichtigung der heutigen Inanspruchnahme möglich. Ein Budget aus zwei Leistungsansprüchen würde also in der Regel nicht den addierten Maximalbetrag aus beiden Leistungen umfassen (so wie bei Kombination zu Stapelleistungen), sondern einen ggf. deutlich geringeren Betrag, der die möglicherweise geringere Inanspruchnahme der jeweiligen Leistungen reflektiert. Ein solches Budget wäre

also für einen Teil der Leistungsempfänger höher als bisher, für einen anderen Teil würde sich im Vergleich zum geltenden Recht ein geringerer Betrag ergeben.

Die Fach-AG hält es versorgungspolitisch für sinnvoll, zunächst unabhängig von der Frage, ob und welche weiteren Bündelungen von Leistungen erfolgen könnten und ob Leistungen zukünftig stärker bedarfsabhängig gewährt werden sollen, die fachpflegerische Begleitung von Pflegebedürftigen, insbesondere von Pflegegeldempfangenden und Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 durch eine Bündelung bestehender Leistungsansprüche (siehe unten unter a) unter Einbeziehung von Beratung und Case Management zu stärken. Sofern kurz- oder mittelfristig eine weitergehende Bündelung von Leistungen in Budgets (sektorenunabhängig, siehe b)) oder sektorenabhängig (siehe c)) erfolgen sollte, käme der gebündelten Beratung, fachpflegerischen Begleitung und Case Management ggf. eine erweiterte Rolle bei der Beratung und Unterstützung bei der Steuerung der neuen Budgets zu. Auch eine größere Bedarfsorientierung der Leistungen auf Grundlage einer weiterentwickelten MD-Begutachtung wäre mit der Entwicklung von Budgets vereinbar, da auch die Festlegung der Höhe der Budgets und der leistungsrechtlichen Ausgestaltung der Budgets an diese Feststellung anknüpfen kann. Im Einzelnen empfiehlt die Fach-AG die folgenden Schritte:

a) Beratung, fachpflegerische Begleitung und Case Management

Die Fach-AG sieht es im Sinne einer präventiv und auf einen längeren Verbleib in der Häuslichkeit ausgerichteten sowie effizienten Versorgung als sinnvoll an, dass die Beratung von Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen sowie ein im Bedarfsfall erforderliches Case Management möglichst ganzheitlich und aus einer Hand erbracht werden und neben Fragen der Bewältigung der Herausforderungen durch eine Pflegebedürftigkeit auch weitergehende Fragestellungen zur Bewältigung des Alltags umfassen kann. Zudem hält es die Fach-AG für die langfristige Stabilisierung von Pflegesituationen zu Hause für zielführend, insbesondere für Pflegegeldempfangende und ihre An- und Zugehörigen eine fachpflegerische Begleitung zur Verfügung zu stellen. Diese kann durch Schulungen und Anleitung (Eduktion), insbesondere zu Beginn der Pflegebedürftigkeit oder bei auftretenden Krisensituationen, maßgeblich zur Unterstützung beitragen, Notfallereignisse und Krankenhauseinweisungen vermeiden und auch den Umzug in ein Heim deutlich verzögern. Eine solche ganzheitliche Beratung, fachpflegerischen Begleitung und Case Management kann nach Einschätzung der AG Versorgung am effektivsten durch orts- und bürgernahe Strukturen und damit insbesondere durch die Akteure vor Ort erfolgen. Neben den genannten positiven Wirkungen für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige sowie auf die Effizienz der Angebotsstrukturen in diesem Bereich sind nach Einschätzung der Fach-AG durch diese Bündelung und Umsteuerung perspektivisch auch eine Verringerung von vermeidbaren Leistungsausgaben der GKV und SPV sowie der Hilfe zur Pflege zu erwarten.

Daher schlägt die Fach-AG den Ministerinnen und Ministern sowie Senatorinnen und Senatoren vor, die bestehenden Leistungsansprüche der Pflegeberatung nach § 7a, der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3, der Schulungsangebote nach § 45 SGB XI sowie des Leistungsanspruchs für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI im Pflegegrad 1 (ohne finanzielle Mehrbelastung für die SPV) zu bündeln und damit ein verbessertes Leistungsangebot zu finanzieren, das eine Beratung, fachpflegerischen Begleitung sowie ein Case Management für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen, auch (bei entsprechender Entscheidung der Kommunen) durch Kommunen, Pflegestützpunkte und

ausgewählte Pflegeeinrichtungen, ermöglicht. Damit würde zugleich ein verbessertes Care Management möglich. Die Pflegekassen blieben dabei zuständig für eine sozialrechtliche Leistungsberatung in einem neu zu fassenden § 7 SGB XI; die Aufgaben der kommunalen Altenhilfe als Teil der kommunalen Selbstverwaltung nach Artikel 28 Absatz 2 GG und der sozialhilferechtlichen Altenhilfe nach § 71 SGB XII bleiben unberührt. Zudem empfiehlt die Fach-AG im Rahmen von 6) b) die Prüfung, wie mittelfristig auch eine bessere Verzahnung mit den Leistungen der häuslichen Krankenpflege erfolgen kann.

b) Bündelung von Leistungsansprüchen in sektorenunabhängigen Leistungsbudgets

Die Fach-AG hat die Aufgabe zu prüfen, wie Leistungen im Sinne der Pflegebedürftigen, auch mit Demenz, und ihrer An- und Zugehörigen so weiterentwickelt werden können, dass sie ihren Bedarfen und Bedürfnissen entsprechen, die größtmögliche Autonomie und Flexibilität bieten und zugleich für die Pflegeversicherung weiterhin eine Budgetkontrolle ermöglichen. Dazu hat sich die Fach-AG u.a. mit Vorschlägen von Rothgang et al. („Gutachten Pro Pflegereform“) für ein bedarfsabhängiges, modulares Sachleistungsbudget (sektorenübergreifend) und mit Vorschlägen von Klie/Ranft/Szepan („Reset Pflegeversicherung“) für ein sektorenübergreifendes Sachleistungsbudget und ergänzende weitere Budgets (u.a. Entlastungsbudget, Vereinbarkeitsbudget) befasst. Dabei wurde deutlich, dass die Bündelung von Leistungen und insbesondere Versorgungsansätze, die auf eine Überwindung der Sektorengrenzen zwischen ambulanter/teilstationärer sowie vollstationärer pflegerischer Versorgung abzielen, komplexe, nicht kurzfristig beantwortbare Folgefragen nach sich ziehen. Dazu gehören:

- Bei der Bündelung von Einzelleistungen (z. B. Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege) in einem Budget muss sichergestellt werden, dass weiterhin genügend Anreize für das Entstehen und die Erhaltung erforderlicher Angebotsstrukturen bestehen.
- Sektorenübergreifende Ansätze zur Bündelung von Leistungen ziehen die Frage der Finanzierung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nach sich. Daher stellt sich die Frage, wie mit dieser Herausforderung sinnvoll umgegangen werden kann.

Die Fach-AG schlägt den Ministerinnen und Ministern sowie Senatorinnen und Senatoren vor, die Frage der Bündelung von Leistungen in sektorenübergreifenden Budgets unter Beachtung dieser Herausforderungen in einem eigenen Prozess, der den Beratungen des Zukunftspakts Pflege folgt, bis Ende 2027 umfassend hinsichtlich der Voraussetzungen und Folgewirkungen zu analysieren und damit mittelfristig einen Vorschlag zu unterbreiten, ob und wie dieser Ansatz realistisch zu deutlichen Verbesserungen der Versorgung ohne Mehrausgaben führen kann, der die mit einer Umstellung verbundenen Aufwände rechtfertigen würde. Davon unabhängig soll die Fach-AG bis zum Abschluss der Beratungen des Zukunftspakts Pflege weiter über Ansätze beraten, mit denen auch kurzfristig erste Bündelungen von Leistungen in Budgets, die eine grundsätzlichere Reform im Sinne von sektorenübergreifenden Budgets in einem ersten Schritt vorbereiten, aber auch für sich bereits positive Wirkungen für eine Vereinfachung des Leistungsrechts und Flexibilisierung der Inanspruchnahme bedeuten, erfolgen können.

c) Optionen für eine Bündelung von Leistungen in Budgets ohne Aufhebung der Sektorengrenzen

Die Fach-AG hat daher auch verschiedene weitere Vorschläge für die Bündelung von Leistungen ohne Aufhebung der Sektorengrenzen zwischen ambulanter/teilstationärer sowie vollstationärer pflegerischer Versorgung andiskutiert, die noch tiefgreifender zu erörtern sind. Die Diskussionen dazu sind noch nicht abgeschlossen. Dabei wurden beispielsweise die folgenden Optionen als mögliche Ansätze für eine kurz- bis mittelfristig umsetzbare Bündelung von Leistungen angesehen:

aa) Beispiele für die Bildung von Sach- und Geldleistungsbudgets im ambulanten Bereich (nicht abschließend):

- Bildung eines Budgets aus ambulanter Sach- und Geldleistung und teilstationärer Leistung (mit neuen, ausgabenneutralen Leistungsbeträgen), um auf diese Weise bei Wegfall der teilstationären Leistung eine Erhöhung der Sach- und Geldleistungsbeträge zu erreichen.
- Alternativ/zusätzlich: Erhöhung des vorgenannten Budgets durch zusätzliche Bündelung auch des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI in den Pflegegraden 2 bis 5 mit den jeweiligen Sach- und Geldleistungsbeträgen, die ausgabenneutral entsprechend weiter erhöht würden, verbunden mit einer Ausweitung des Umwandlungsanspruchs für Pflegesachleistungen auf ggf. bis zu 100 %. Alternativ könnte ein Teil der Ausgaben, die gegenwärtig für den Entlastungsbetrag in den Pflegegraden 2-5 eingesetzt werden, zur Aufstockung der Förderung niedrigschwelliger Angebote verwendet werden, um diese weiterhin zu erhalten.
- Alternativ/zusätzlich: Erhöhung des vorgenannten Budgets durch zusätzliche Bündelung auch des Anspruchs auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in den Pflegegraden 2-5 in dem Sach- bzw. Geldleistungsbudget, dadurch erneute (kostenneutrale) Erhöhung. Zugleich würden bei dieser Leistung Mitnahmeeffekte reduziert.

bb) Beispiele für die Bildung eines Sachleistungsbudgets im vollstationären Bereich (nicht abschließend):

- Zusammenführung der §§ 43, 43b und 43c SGB XI zu einer nach Pflegegrad differenzierten Leistung, wobei das Prinzip des EEE erhalten bleiben soll.
- Alternativ/zusätzlich: Betragsmäßige Angleichung der gebündelten Sachleistungsbeträge ambulant und vollstationär (ausgabenneutral).

Die genannten und weitere mögliche Optionen sollen von der Fach-AG weiter beraten werden. Insbesondere zu der Frage der Einbeziehung des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI auch in den Pflegegraden 2-5 in mögliche Budgets soll dabei zunächst noch eine gesonderte Beratung zum Thema der Angebote zur Unterstützung im Alltag abgewartet werden, um mögliche Folgewirkungen in diesem Bereich in die Überlegungen einzubeziehen.

Zudem sollen im weiteren Verlauf der Beratungen der Fach-AG noch folgende weitere Möglichkeiten zur Bündelung von Leistungen beraten werden:

- Sog. „Poolen“ von Leistungen (mehrere Pflegebedürftige nutzen ihre Leistungsbeträge, um gemeinsam ihre Versorgung zu finanzieren)
- Weiterentwicklung des Umwandlungsanspruchs (Leistungen, die gesetzlich einen bestimmten Zweck verfolgen, können auch für andere Leistungen eingesetzt werden; der Umwandlungsanspruch ist dabei als eine Vorstufe zur vollständigen Bündelung von Leistungen in Budgets anzusehen).
- Budgets im Leistungserbringerrecht: Die Bündelung von Leistungen erfolgt nicht auf der Ebene des Leistungsrechts, sondern im Leistungserbringerrecht. Dabei sind zwei Varianten zu unterscheiden:
 - Regionale Versorgungsbudgets: eine Kommune erhält ein bestimmtes Budget, um bestimmte Aufgaben der Pflegeversicherung in einer Region wahrzunehmen.
 - Versorgungsbudgets für Leistungserbringer: ein Leistungserbringer erhält ein Budget und damit stellt bestimmte Leistungen flexibel zur Verfügung.
 Beide Varianten sind keine Vollversorgungsmodelle, sondern werden durch das Teilleistungssystem begrenzt.

7) Möglichkeiten zur Stärkung der pflegenden An- und Zugehörigen

a) Reform des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes sowie die Perspektive für ein Pflegezeitgeld

Die Fach-AG schlägt den Ministerinnen und Ministern sowie Senatorinnen und Senatoren vor, die folgenden Empfehlungen für die Eckpunkte des Zukunftspakts Pflege vorzusehen:

„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, erweiterte und flexiblere gesetzliche Freistellungsansprüche erhalten.“

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.“

b) Schaffung von Angeboten für pflegerische Akutsituationen

Die Fach-AG hält es für zentral, dass für pflegerische Akutsituationen sowohl entsprechende Strukturen der Nacht- als auch Krisenversorgung zur Verfügung stehen. Hierfür empfiehlt die Fach-AG den Ministerinnen und Ministern sowie Senatorinnen und Senatoren, folgende Optionen im Rahmen des Zukunftspakts Pflege weiter zu erörtern:

- Bspw. könnten eine oder mehrere Pflegeeinrichtungen (Letzteres vergleichbar Apothekennotdienst) im Rahmen einer Netzwerkstruktur abwechselnd Personal für eine ambulante telepflegerische und Nacht- bzw. Wochenendversorgung in der jeweiligen Region zur Verfügung stellen. Hausnotrufdienste sollen in diese Struktur einbezogen werden.
- Ist eine solche Versorgung nicht für alle ambulant Versorgten möglich, könnte zumindest eine regionale Pflegenotrufstruktur vorgehalten werden, dass insbesondere für Pflegegeldempfangende, die nicht von einem Pflegedienst begleitet werden, 24/7 eine/n Ansprechpartner/in haben, der/die im Bedarfsfall auch entweder selbst rausfahren oder jemanden vorbeischicken kann.
- Außerhalb dieser Zeiten könnte für Pflegegeldempfangende die unter 6) a) skizzierte fachpflegerische Begleitung Ansprechpartner sein, für Pflegesachleistungsempfänger weiterhin ihr jeweiliger Pflegedienst.
- Pflegebedürftige könnten Unterstützung bei pflegerischen Notfällen (kurzfristiger Ausfall der Pflegeperson, gesundheitliche Krisen) direkt oder über z. B. die 112 oder 116 117 erreichen, die eine fachliche Bewertung der Situation vornimmt und an die richtigen Stellen weiterleitet. Hierfür ist eine entsprechende Vernetzung der Dienste in der Region zwingend erforderlich.
- In jeder Region könnte eine bestimmte Anzahl an Notfallpflegeplätzen (Kurzzeitpflege) freigehalten werden. Die Finanzierung ist zu klären.

Weitere zentrale Fragen, die in den Themenblöcken 2 und 3 im weiteren Verlauf behandelt werden, sind die Instrumente zur Sicherstellung der Versorgung, die Rolle der Kommunen in der Versorgung, die Weiterentwicklung von Tagesbetreuungsstrukturen und der Angebote zur Unterstützung im Alltag sowie die Verbesserung der Fachkräftesituation und der informellen Pflege- und Unterstützungspotenziale.

Arbeitsstand zu den Arbeitsaufträgen in den Themenblöcken 1, 4 und 5

Ende September fanden drei ganztägige Fachworkshops zu den Arbeitsaufträgen in den Themenblöcken 1 (Gesundheit vulnerabler Gruppen gezielt stärken, Pflegebedürftigkeit verringern und Pflegepotenziale erhalten), 4 (Datenlage, Monitoring und wirkungsorientierte Steuerung zielgerichtet verbessern) und 5 (Zielgerichtete Innovation ermöglichen; Digitalisierung und KI-Nutzung fördern) der AG Versorgung statt, deren Ergebnisse in die weiteren Beratungen der AG Versorgung einfließen werden und ggf. zu konkreten Vorschlägen führen sollen. Dazu gehören auch die Frage des zukünftigen Umgangs mit den Regelungen zur tariflichen Entlohnung sowie zur weiteren Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen.