

Pflegereform

Stellungnahme zum Abschlussbericht der Bund-Länder Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ vom 11.12.2025

Prävention und Pflegegrad 1

Der BKSB befürwortet es, dass die Prävention stärker in den Fokus gerückt wird. Die Leistungen – seien sie dem SGB V, seien sie dem SGB XI zuzuordnen – dürfen jedoch nicht dazu führen, dass Leistungen, die jetzt für den Pflegegrad 1 vorgesehen sind, eingeschränkt oder abgebaut werden. Die Leistungen für den Pflegegrad 1 sind wichtig, um steigenden Pflegebedarf zu vermeiden und ein weiteres Leben zu Hause zu ermöglichen. Es wäre kontraproduktiv, dort Einschnitte vorzunehmen.

Unterstützt wird der Ansatz, Prävention durch Beratung (auch im Rahmen von Hausbesuchen) zu gewährleisten. Dies darf jedoch nicht ausschließlich von einer Erkrankung oder von Pflegebedürftigkeit abhängig gemacht werden. Der Anspruch auf Präventionsberatung muss auch bei Erreichen einer bestimmten Altersgrenze (z.B. 60) eingeräumt werden.

Änderung der Bewertungssystematik für Pflegegrade

Eine Änderung der Bewertungssystematik dahingehend, dass sich – bei gleicher Pflegebedürftigkeit – ein niedrigerer Pflegegrad ergibt, ist (kompromisslos!) abzulehnen. Die Pflegegradsystematik wurde wissenschaftlich fundiert eingeführt und darf nicht allein aus finanziellen Gründen „geschliffen“ werden. In der stationären Pflege hätte dies zu Folge, dass weniger Personal für den gleichen Pflege- und Betreuungsaufwand zur Verfügung steht. Das mühsam eingeführte Personalbemessungsverfahren gemäß § 113c SGB XI würde ad absurdum geführt!

Sachleistungs- und Entlastungsbudget

Der BKSB befürwortet ein sektorenübergreifendes Sachleistungsbudget für professionelle Pflege, das allerdings nicht mit Leistungsverkürzungen verbunden sein darf. Auch pflegenaher Leistungen des SGB V (insbesondere auch medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen, Physiotherapie in der Kurzzeitpflege) sind darin einzubeziehen. Eine Umwandlung in niedrigschwellige Leistungen kann in einem (sehr) untergeordneten Umfang zulässig sein.

Alle anderen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (insb. hauswirtschaftliche Unterstützung, niedrigschwellige ehrenamtliche Betreuung) sind mit dem Entlastungsbudget abzudecken.

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege ist ein wichtiger Bestandteil der Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen. Sie bedarf dringend der Systematisierung und der Leistungsverbesserung.

Die Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI, die Kurzzeitpflege „bei fehlender Pflegebedürftigkeit“ gemäß § 39c SGB V sowie die Übergangspflege gemäß § 39e SGB V sind in einem Regelwerk zusammenzufassen. Angesichts des Kostenniveaus bei der Kurzzeitpflege sind die Leistungsbeträge angemessen zu erhöhen. Mindestens drei Wochen Kurzzeitpflege pro Kalenderjahr müssen finanziert werden können.

Die Qualitätsprüfung in der Kurzzeitpflege – meist ja nur die Fortsetzung eines Klinikaufenthalts - ist auf anlassbezogene Maßnahmen zu beschränken. Auch alle anderen bürokratischen Regelungen sind vom Bund und den Ländern (Ordnungsrecht) auf ein Minimum zu reduzieren.

Reha-Maßnahmen müssen in die Kurzzeitpflege integriert werden.

Notfallsystem für den Pflegefall

Für Pflege-Notfälle (z.B. bei einer Notfallklinikeinlieferung der Pflegeperson und der dadurch bedingten Hilflosigkeit eines Pflegebedürftigen) sind in Pflegeheimen Notfallplätze vorzusehen. Die Finanzierung der Platzfreihaltung hat pauschal durch die Kranken- und Pflegeversicherung zu erfolgen. Ein Vergütungsanspruch für das Pflegeheim entsteht mit der Einweisung durch den Rettungsdienst bzw. Notarzt – unabhängig vom Pflegegrad der einzuweisenden Person.

Pflegefinanzierung

Das gegenwärtige Finanzierungssystem belässt das Risiko der Kostensteigerung bei den Pflegebedürftigen. Dies ist mit dem sog. Sockel-Spitze-Tausch zu ändern. Der pflegebedingte Aufwand in einem Pflegeheim kann mit einem fixen Eigenanteil des Pflegebedürftigen gedeckt werden. Dieser ist jedoch mit der Dauer des Aufenthalts in wenigen Jahren stufenweise auf Null zu reduzieren (damit schließlich Pflegevollversicherung). Die komplizierte und extrem bürokratische Regelung der Bezuschussung des Eigenanteils (§ 43c SGB XI) wäre damit obsolet.

Eine entsprechende Finanzierungsregelung bedarf es für ambulant betreute Wohngemeinschaften, so dass diese alternative Versorgungsform weiterhin attraktiv bleibt. Zu realisieren ist das u.a. über die stufenweise Erhöhung des Wohngruppenschlags gemäß § 38a SGB XI.

Die Ausbildungskosten sind aus dem Heimentgelt herauszunehmen. Sie sind als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ausschließlich über die Pflegeversicherung oder den Staat zu finanzieren. Dasselbe gilt für sonstige versicherungsfremde Leistungen (z.B. soziale Absicherung von Pflegepersonen).

Abzulehnen ist eine obligatorische private Zusatzversicherung. Diese Forderung ist allein motiviert durch die private Versicherungswirtschaft. Wenn ein Mehr an Versicherungspflicht geschaffen werden soll, dann im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Alle Bundesländer haben die in § 9 SGB XI vorgesehene Investitionskostenfinanzierung wieder einzuführen. Mindestens 50 % der Neubau- und Sanierungskosten sind vom jeweiligen Bundesland zu tragen (Objektförderung als Regel). Sollte ein Pflegeheim aufgrund der Versäumnisse der letzten Jahrzehnte nicht öffentlich gefördert worden sein, unterstützt das Bundesland den/die Bewohner/in mit (mindestens) 200 € monatlich (Subjektförderung subsidiär).

Maßnahmen zur Nachhaltigkeit (insb. Umweltschutz) und Digitalisierung müssen gesondert staatlich gefördert werden, zumindest aber bei der Investitionskostenumlage berücksichtigt werden können.

Das Risiko der Sozialhilfebedürftigkeit darf nicht weiterhin beim Leistungserbringer bleiben. Die Gesellschaft und damit der Sozialhilfeträger hat es von Anfang an zu tragen! Das SGB XII ist dahingehend zu ändern, dass der Sozialhilfeträger ab Antragstellung unabhängig vom Ausgang des Verfahrens die (restlichen) Aufwendungen für den Pflegefall übernimmt. Das Risiko des Zahlungsausfalls oder des Zahlungsverzugs darf nicht weiterhin von der Leistungserbringern zu tragen sein.

Und schließlich muss endlich geregelt werden, dass Versorgungsverträge nur mit Trägern abgeschlossen werden, die steuerbegünstigte Zwecke im Sinne der Abgabenordnung erfüllen („Gemeinnützigkeit“) Nur auf diese Weise kann verhindert werden, dass Gelder des Staates, der Kommunen und der Pflegekassen zweckentfremdet zugunsten von Kapitaleignern abgezogen werden.

Stärkung der kommunalen Verantwortung und Einbeziehung der Pflegekassen in die Leistungserbringung

Die Kommunen tragen gemäß dem Sozialstaatsprinzip die Hauptverantwortung für die Daseinsvorsorge vor Ort.

Die Kommunen (Städte, Gemeinden und Landkreise) sind auf Bundes- und Länderebene insoweit zu verpflichten und zu stärken – rechtlich und finanziell. Dazu gehört eine verbindliche Bedarfsplanung der Kommunen mit Angebotssteuerung. Dementsprechend muss auch der Kontrahierungszwang für die Pflegekassen aufgehoben werden.

Die Pflegestützpunkte sind in diese Beratungstätigkeit zu integrieren.

Die Leistungserbringer aller Trägerschaften sind dabei einzubeziehen – seien es Pflegeheime, seien es ambulante Pflegedienste, seien es sektorenübergreifende Seniorenzentren.

Der Aufbau und die Koordinierung ehrenamtlicher Strukturen der Altenhilfe ist vorrangig Aufgabe der Kommunen. Ehrenamtliche oder angestellte Betreuungskräfte könnten Pflegepersonen und Angehörige punktuell (z.B. im Krankheitsfall oder bei Arztbesuchen) entlasten; für die pflegerische Versorgung gibt es die ambulanten Pflegedienste.

Aber auch die Pflegekassen, die gemäß SGB XI Leistungen versprechen und jahrzehntelang Beiträge von den Pflegebedürftigen erhoben haben, müssen einbezogen werden. Sie müssen dann als Leistungserbringer tätig werden, wenn sich eine

Versorgungslücke auftut, die weder von den Kommunen noch von den Leistungserbringern – warum auch immer – nicht geschlossen wird (Subsidiarität).

Effektive, einheitliche und unbürokratische Verfahrensregelungen

Das System der Pflegesatzverhandlungen und der Leistungsabrechnung ist bundesrechtlich so auszugestalten, dass zeitliche Verzögerungen durch Kostenträger und überbordende Bürokratierfordernisse ausgeschlossen werden.

Die Bundesländer müssen das Ordnungsrecht entschlacken und vereinheitlichen. Dies gilt sowohl für Gründung und Betrieb von Pflegeheimen als auch von ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

Doppelprüfungen für Pflegeheime mit Versorgungsvertrag sind nicht notwendig und belasten unnötig das Pflegepersonal. Der Medizinische Dienst genügt für diese Prüfung, die Heimaufsicht darf nur anlassbezogen bei Missständen tätig werden. Ein Wegfall der doppelten Qualitätsprüfungen würde wesentlich zum notwendigen Bürokratieabbau beitragen.