

Für eine langfristige und nachhaltige Finanzierung der Pflege

Die Gesundheitswirtschaft wird aufgrund des demografischen Wandels vieler Volkswirtschaften zu einer immer bedeutenderen Branche. Insbesondere die vor uns liegenden gewaltigen Herausforderungen der Langzeitpflege werden nur zu bewältigen sein, wenn eine langfristige und nachhaltige Finanzierung sichergestellt wird. Parallel wird die demografische Entwicklung das Arbeitskräftepotenzial in der Langzeitpflege sinken lassen. Eine Teilkompensation fehlender Mitarbeitende durch Technik und Digitalisierung (KI) ist eine zwingende Voraussetzung der Leistungsfähigkeit. Eine möglichst hochwertige Versorgung der Pflegebedürftigen – ohne eine Überlastung der Beitragszahler, insbesondere der jüngeren Generationen – muss das langfristige Ziel einer nachhaltigen Pflegepolitik sein. Der Wirtschaftsrat engagiert sich für eine effiziente und effektive Finanzierung der Pflege und der notwendigen Investitionen auf Basis der Sozialen Marktwirtschaft, die die Leistungsfähigkeit des Einzelnen angemessen berücksichtigt.

Alle nachfolgenden Forderungen zielen darauf ab, dass gute Pflege kein Luxusgut wird und Pflegebedürftige auch weiterhin gut versorgt werden können, ohne um ihre wohnortnahe Versorgung fürchten zu müssen. Statt in das bestehende, ineffiziente, hochkomplexe und bürokratische System immer mehr Geld zu befördern, muss Pflege in Deutschland effizient auf die wirklichen Bedarfe ausgerichtet sowie intersektoral neugestaltet werden. Es braucht innovative Konzepte und Mut, um einen sinnvollen Wandel jetzt einzuläuten.

1. Sektorale Pflegefinanzierung aufheben und einen neuen Finanzierungsansatz umsetzen

Die Versäulung des Vergütungssystems in der Pflege spiegelt den tatsächlichen Hilfebedarf der Menschen mit Pflegebedarf unzureichend wider, führt zu Verwerfungen im System und verursacht vermeidbare Mehrkosten. Die Komplexität besteht innerhalb des Leistungsrechts des SGB XI durch die regelungstechnische Trennung der Leistungsorte (ambulant, teilstationär, stationär) und zwischen den Sozialgesetzbüchern (SGB V - Behandlungspflege, SGB XI – Langzeitpflege). Es ist daher notwendig, die Versäulung des Systems zu überdenken und ein integratives Finanzierungskonzept zu etablieren, das unabhängig von der spezifischen Wohnsituation gilt und die Leistungen der Behandlungspflege integriert.

Eine mögliche Lösung hierfür könnte die Einführung eines Leistungsrechts der Sozialen Pflegeversicherung nach dem Stundenprinzip sein. Anstelle eines festen €-Budgets für Pflegeleistungen sollten Fachleistungsstunden pro Tag, abhängig vom individuellen Pflegebedarf, festgelegt werden. Dadurch würde der tatsächliche Bedarf realistischer abgebildet. Die Preise pro Fachleistungsstunde sollten durch Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Pflegekassen festgelegt und jährlich neu verhandelt werden, um Inflationseffekte zu berücksichtigen. Diese Stunden sollten entsprechend dem individuellen Pflegebedarf (Pflegegrade) und den erforderlichen Qualifikationen des Personals differenziert werden. Das Stundenbudget könnte flexibel genutzt werden, entweder in kleinen Einheiten von beispielsweise 10 Minuten oder stundenweise, um eine maßgeschneiderte Anpassung an den individuellen Unterstützungsbedarf zu ermöglichen. Für die stationäre Pflege werden die pflegegradabhängigen Stundenkontingente je Tag und Bewohner einer Einrichtung bzw.

eines Wohnbereichs zusammengerechnet (Pooling). Dies ersetzt den bisherigen Tagessatz. Des Weiteren sollte durch das Pooling von Fachleistungsstunden auch Wohngemeinschaften und Gruppenbetreuungen ermöglicht werden, um die Effizienz zu steigern. Die Kosten für diese Fachleistungsstunden sollten von der Pflegeversicherung getragen werden, während zusätzliche Leistungen privat hinzugebucht werden könnten. Die Kosten für die Unterkunft sollten unabhängig von der spezifischen Wohnform von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden, mit der Möglichkeit einer staatlichen Unterstützung bei finanzieller Bedürftigkeit. Durch ein solches Modell könnte eine flexiblere Nutzung von Pflegeleistungen ermöglicht und gleichzeitig die Steigerung der Pflegeversicherungsbeiträge begrenzt werden. Die Menschen mit Pflegebedarf bzw. deren Angehörigen können aufgrund des transparenten Leistungssystems selbst die notwendigen Unterstützungsleistungen zusammenstellen. Das verringert den Beratungsaufwand und sichert eine hohe Qualität der Betreuungs- und Pflegeleistungen (Verbrauchermacht).

2. Nachhaltige Finanzierung der Pflege durch mehr unternehmerische Freiheit sichern

Die überbordende Regulierung im landesspezifischen Ordnungsrecht und die mangelnde Flexibilität im Leistungsrecht führen dazu, dass immer weniger Personalanteile für die unmittelbare Versorgung der Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen. Immer mehr Fachkräftanteile müssen administrativ für Aufgaben eingesetzt werden, die die zunehmenden Regulierungen bedienen und der Dokumentation wenig leistungsorientierter Parameter dienen. Diese Fehlallokation gefährdet die pflegerische Versorgung, da demografiebedingt der Dienstleistungsbedarf und damit einhergehend der Personalbedarf steigt. Pflegekräfte definieren ihre Profession zudem als menschenbezogene Arbeit, die sie zur Wahl ihres Berufes veranlasst hat. Die viel zitierte Attraktivität pflegerischer Arbeitsbedingungen beginnt genau hier. Die Arbeit am Pflegebedürftigen darf nicht weiter in den Hintergrund treten, soll auch in kommenden Generationen eine ausreichende Zahl von Pflegekräften gewonnen werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des nachrückenden, geringeren Arbeitskräftepotentials geburtenschwacher Jahrgänge von großer Bedeutung. Die dadurch begrenzten Personalressourcen müssen effizienter und patientenorientierter eingesetzt werden. Die Vorgabe höherer Personalschlüssel mit dem Ziel, das Pflegepersonal zu entlasten, ist der falsche Weg, da die erforderlichen Personalressourcen nicht zu Verfügung stehen (werden) und so lediglich steigende Kosten ohne Zusatznutzen die Folge sind. Die Pflege- und Betreuungsqualität wird nicht durch ein Mehr an Dokumentation und Regulation gesichert. Vielmehr müssen die Leistungserbringer die Möglichkeit erhalten, passgenaue und bedarfsgerechte Leistungen zu erbringen. Dafür ist Vertrauen wichtig, damit innovative Angebote entstehen, zwischen denen die Pflegebedürftige wählen können. In der Standardisierung der Regulatorik, z.B. durch Harmonisierung der föderalen Kriterien, durch Vereinfachung der Systematiken etc. schlummern erhebliche Einsparpotentiale, die zur Entlastung der Finanzierung der Pflege führen könnten.

Die Langzeitpflege in Deutschland läuft Gefahr, ohne eine mutige und innovative Neuausrichtung schon mittelfristig den anwachsenden Bedarf der alternden Gesellschaft nicht mehr abdecken zu können. Insbesondere die Faktoren unternehmerische Verantwortung und Kreativität werden dieser Herausforderung begegnen können und so eine ressourcenschonende, effiziente und bezahlbare Pflege ermöglichen. Es braucht eine deutliche Deregulierung und Vertrauen in die Kompetenz der Pflegekräfte, um mehr Gestaltungsräume zu generieren und Versorgungslücken zu vermeiden.

In diesem Zusammenhang fordern wir, auch um die Funktionsfähigkeit des von uns vorgestellten Stundenmodells zu gewährleisten, eine unbürokratische Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Zudem sollten die MD-Prüfungen auf eine neue Grundlage gestellt werden. Die Prüfungen sollten aus einer Hand, d.h. nur durch eine Institution oder in einer Prüfung durch die beteiligten Institutionen gemeinsam, also als Gruppe, erfolgen. Ebenfalls sind Prüfungen zu digitalisieren und effizient auszugestalten. Die Abstände der Prüfungen müssen den Erfordernissen entsprechend vergrößert werden.

3. Eigenvorsorge durch Zusatzversicherungen fördern

Das Subsidiaritätsprinzip ist seit Jahrzehnten ein grundlegendes Element der Sozialen Marktwirtschaft. Die Eigenvorsorge des Einzelnen muss die ausreichende Vorsorge für den Pflegefall umfassen. Für den Wirtschaftsrat ist es daher von großer Bedeutung, individuelle Lösungen weiterzuentwickeln.

Ein effektives Instrument, individuell für den Pflegefall vorzusorgen, ist der Abschluss einer Pflegezusatzversicherung: Sie ermöglicht für relativ geringe Beiträge die vollständige Absicherung des Pflegerisikos. Ein weiterer Hebel zur Stärkung der Eigenverantwortung ist die betriebliche Pflegeversicherung: sie kann ganze Belegschaften – und ihre Angehörigen – unkompliziert und zu günstigen Konditionen gegen das Pflegerisiko absichern. Zudem kann unabhängig vom Engagement des Arbeitgebers durch die richtigen politischen Weichenstellungen ein günstiger Zugang zur Pflegevorsorge ermöglicht werden, indem Pflegezusatzversicherungen umfassend steuerlich abzugsfähig gestaltet werden – analog zu den Beiträgen für andere Vorsorgeaufwendungen. Im Kontext des zuvor beschriebenen Stundenmodells würde jeder Versicherte, der eine solche Zusatzversicherung abgeschlossen hat, ein zusätzliches Stundenbudget erhalten. Die demografische Entwicklung duldet keinen Aufschub, da dauerhafte Steuerzuschüsse an die Pflegeversicherung oder immer größere Anteile der Hilfen zur Pflege aus Sicht erodierender Haushalte nicht darstellbar sind.

4. Staatliche Finanzierung von Eigenanteilen auf finanzielle Bedürftigkeit begrenzen

Seit 2022 erhalten Heimbewohner Pflegezuschläge zur Finanzierung der steigenden Eigenanteile. Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wurden diese zum 1. Januar 2024 weiter erhöht. Dies bedeutet eine Mehrbelastung für die Pflegekassen und eine steigende Belastung für die Beitragszahler. Auch hier muss das Subsidiaritätsprinzip gelten. Ein sozialer Ausgleich des Eigenanteils kann nur bei finanzieller Bedürftigkeit über die Hilfe zur Pflege erfolgen. Alles, was darüber hinausgeht, ist Vermögenssicherung auf Kosten der Allgemeinheit, die nicht vom Beitragszahler finanziert werden sollte.

5. Auslastungsquotienten neu berechnen und Refinanzierung erbrachter Leistungen sicherstellen

Viele Pflegeheime geraten zunehmend in finanzielle Schieflage. Eine der Ursachen dafür sind unrealistische Auslastungsquoten von mehr als 95 Prozent, die nach Landesrecht zur

Kalkulation der Pflegeentgelte in Ansatz gebracht werden müssen. Der Mangel an Fachpflegekräften führt in vielen Fällen dazu, dass Pflegeplätze nicht belegt werden können, da die in der überwiegenden Anzahl der Länder weiterhin geltende Fachkraftquote nicht mehr erreicht wird. Viele Einrichtungen erreichen die kalkulatorische Auslastung schon lange nicht mehr und können auf dieser Basis ihre Fixkosten nicht decken. Stattdessen sind Auslastungsraten von 85 Prozent keine Seltenheit.

Ohne eine Anpassung der Kalkulationsgrundlagen werden stationäre Angebote nicht in der bisherigen Anzahl aufrechterhalten werden können, da sich deren Betrieb nicht rentiert. Damit besteht die Gefahr, dass ein notwendiges Versorgungsangebot wegfällt. Nur durch Wohngruppen und Betreutes Wohnen lässt sich die stationäre Pflege nicht ersetzen.

Die Bewilligung von Hilfe zur Pflege muss schnell erfolgen. Bearbeitungszeiten von mehreren Monaten untergraben das Unterstützungsversprechen der Sozialhilfe. Die Einrichtungen werden mit der Vorfinanzierung der ausstehenden Leistungen der Hilfe zur Pflege alleine gelassen. In den Vergütungen sind die Zinskosten nicht berücksichtigt. Auch werden oftmals bereits erbrachte Leistungen beim Tod von Bewohnern nur schwer oder gar nicht refinanziert. Es kann in keiner Branche akzeptiert werden, dass bereits erbrachte Leistungen nicht vergütet werden. Daher müssen Abschlagsregelungen die zeitnahe Vergütung erbrachter Leistungen eingeführt werden. Ebenso sind gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Finanzierung der Leistungen auch bei noch offenen Sozialhilfeanträgen im Todesfall der Bewohner ermöglichen.

Leider hat sich das Problem seit der Einführung des § 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI noch verschärft. Durch die Begrenzung des Heimentgeltes auf den Zeitpunkt des Auszuges bzw. Todes eines Bewohners kann in der Zeit des Bewohnerwechsels, insbesondere wenn es um Fälle mit Hilfe zur Pflege geht, eine bedrohliche finanzielle Situation für die Pflegeeinrichtungen entstehen (ausstehende Vergütungen für den verstorbenen Bewohner und offene Bewilligung für den neu einziehenden Bewohner). Diese Regelung ist aufzuheben.

6. Ambulante und stationäre Versorgung sichern

Die weit überwiegende Anzahl Pflegebedürftiger wird familiär und / oder unterstützt durch ambulante Dienste in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Angesichts des demografischen Wandels wird diese Form der Versorgung ein unverzichtbarer Bestandteil der Langzeitpflege bleiben und zusätzlich weiter ausgebaut werden müssen.

Ähnlich wie im stationären Bereich sind auch in der ambulanten Versorgung anwachsende unternehmerische Risiken erkennbar, die insbesondere in der Refinanzierung massiv steigender Sach- und Personalkosten liegen. Die Regelungen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) und hier insbesondere die verpflichtende Tariftreue führen zu stetigen hohen Preissteigerungen. Das führt zu einer laufenden Entwertung der Sachleistungsbudgets (höhere Preise bei stabilem Budget, gleich sinkende Leistungsumfänge) bzw. Eigenanteilen. Anders als in der stationären Pflege werden dafür regelmäßig keine Leistungen der Hilfe zur Pflege bewilligt, wenn das Vermögen oder Einkommen nicht ausreichen. Gerade einkommensschwache Menschen werden mit den sinkenden Leistungsumfängen alleine gelassen.

Die laufende Entwertung der Sachleistungsbudgets kann mit einer jährlichen indexbezogenen Steigerung der Budgets gestoppt werden. Als Index bietet sich die durchschnittliche Steigerung der regional üblichen Entgelte an, da diese eine Abbildung der Tariflohnentwicklung der Pflegebranche sind. Durch die Veröffentlichung zum 30.09. eines jeden Jahres, hat der Gesetzgeber drei Monate Zeit, eine Anpassung der Sachleistungsbudgets zu beschließen.

7. Pflegesatzverhandlungen vereinfachen und vereinheitlichen

Jedes Bundesland verwendet eigene Kalkulationsgrundlagen und -schemata. Die Verhandlungen werden so insbesondere für länderübergreifend tätige Träger erschwert und sind in ihrer Transparenz eingeschränkt. Es ist nicht nachvollziehbar, warum gleiche Leistungen unterschiedlich hoch, bundeslandabhängig vergütet werden.

Zur Ermittlung für die Unternehmen auskömmlicher Pflegevergütungen bedarf es eines transparenten und bundeseinheitlichen Kalkulationsverfahrens. Die auf Basis des bundeseinheitlichen Kalkulationsverfahrens zu führenden Vergütungsverhandlungen bedürfen eines gesetzlich normierten Zeitrahmens, der den Trägern die Möglichkeit gibt, die Vergütungssätze in einem angemessenen Zeitfenster refinanziert zu erhalten. Auch für den Fall der Nichteinigung sind Mechanismen vorzusehen, die den Leistungserbringern eine Refinanzierung ermöglichen, um Insolvenzen zu vermeiden.

In diesem Zusammenhang fordern wir ebenfalls die Digitalisierung der Verhandlungsverfahren sowie der Versorgungsverträge. Es mutet anachronistisch an, Unterlagen auch heute noch in vielfacher Ausfertigung bei den Kostenträgern / Schiedsstellen einreichen zu müssen, bzw. Vergütungsvereinbarungen mehrere Monate lang im schriftlichen Umlaufverfahren unterzeichnet werden.

8. Skalierungseffekte nutzen

In jeder Branche werden Skalierungseffekte genutzt, um kostengünstige und bezahlbare Dienstleistungen und Waren auf den Markt zu bringen. Dies ist auch in der Pflege möglich, nicht um an der Pflege, sondern an den Verwaltungskosten zu sparen. Das Auseinanderfallen von Bundes- und Landesrecht, dem Ordnungsrecht und dem Leistungsrecht führt zu kleinteiligen landesspezifischen Regeln. Größere, bundeslandübergreifend tätige Anbieter müssen für jedes Bundesland eigene Kompetenzen aufbauen. Bundesweite Synergien sind damit nicht nutzbar. Das kostet Zeit und Geld, die in der direkten Pflege fehlen.

9. Behandlungspflege auch im stationären Bereich nach SGB V direkt vergüten

Um eine unkomplizierte und direkte Vergütung zu ermöglichen, sollten im Rahmen der Behandlungspflege nach SGB V alle Leistungen der Behandlungspflege auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung über die Krankenkassen direkt an den Leistungserbringer vergütet werden. Die Leistungen der Behandlungspflege werden dabei zeitbezogen bewertet und vergütet. Dabei sollte eine für die Pflegeeinrichtungen unbürokratische Vergütung, z.B. in

Form von Pauschalen, angedacht werden.

10. Digitalisierung voranbringen

Die Digitalisierung wird in der Gesundheitswirtschaft immer wichtiger und gewinnt an Bedeutung. Die Versuche von Unternehmern, Pflegeeinrichtungen durch Digitalisierung zukunftsfähiger und effizienter zu gestalten, scheitern aber oft in der Praxis. Immer mehr Modellprojekte führen nicht zu mehr Erkenntnissen. Daher sollte ein Finanzierungsverfahren zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern entwickelt werden, dass Digitalisierungsinvestitionen ohne zusätzliche, bürokratische Subventionen ermöglicht. Ein Ansatz kann ein Effizienzgewinn-Verfahren sein. Personalkompensation durch Digitalisierung, vor allem in den unterstützenden Bereichen, dürfen nicht zu einer Reduktion der Pflegesätze führen.

Darüber hinaus ist eine Aktualisierung der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Digitalisierung in stationären und ambulanten Settings geboten. Um eine flächendeckende Digitalisierung zu gewährleisten, sollten einmalige wie laufende Kosten in den Pflegesätzen / Punktwerten berücksichtigt werden.

Berlin, Sommer 2026