

# DISKUSSIONSVORSCHLAG ZUR REFORM DER PFLEGEVERSICHERUNG

## WIRKUNGS- UND PERSONENFOKUSSIERTER PFLEGE UND BETREUUNG

2. Auflage  
November 2024

Mit freundlicher Unterstützung vom



**JOHANNITER**

RICHTERRECHTSANWÄLTE



**DER LANDESVEREIN**  
FÜR MENSCHEN MIT MENSCHEN



**Caritas**  
im Rhein-Kreis Neuss



**Rummelsberger  
Diakonie**



**Leben &  
wohnen**

miteinander,  
füreinander



## ARBEITSGRUPPE

---

Prof. Dr. Dr. Christian Bernzen,  
Kanzlei Bernzen Rechtsanwälte Marc Bischoff, leben&wohnen Stuttgart  
Pastor Matthias Dargel, Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein  
Thomas Eisenreich, Home Instead Deutschland  
Thomas Flotow, Care Consultants Hamburg  
Thomas Mähnert, Johanniter-Unfall-Hilfe  
Dr. Markus Nachbaur, Stiftung Liebenau  
Christian Potthoff, Diakonie Michaelshoven Pflege und Wohnen  
Prof. Ronald Richter, Kanzlei Richter Rechtsanwälte  
Dr. Johannes Rückert, KWA Kuratorium Wohnen im Alter  
Karl Schulz, Rummelsberger Diakonie  
Karsten Stüber, Diakonie Gütersloh  
Hermann Josef Thiel, Caritasverband Rhein-Kreis Neuss  
Roman Tillmann, Rosenbaum & Nagy  
Prof. Uwe Ufer, Diakonie Michaelshoven



JOHANNITER

RICHTER RECHTSANWÄLTE



KWA



Rummelsberger  
Diakonie



DER LANDESVEREIN  
FÜR MENSCHEN MIT MENSCHEN



Caritas

im Rhein-Kreis Neuss



leben &  
wohnen

miteinander,  
füreinander

Sie erreichen die Arbeitsgruppe unter der E-Mail-Adresse  
[pflgereform@web.de](mailto:pflgereform@web.de)



**DISKUSSIONSVORSCHLAG ZUR REFORM  
DER PFLEGEVERSICHERUNG  
WIRKUNGS- UND PERSONENFOKUSSIERTER  
PFLEGE UND BETREUUNG**

**Einladung zur weiteren Mitentwicklung  
an Praxis, Unternehmen, Wissenschaft,  
Verbände und Politik**

2. Auflage  
November 2024

## VORWORT

---

Die notwendige Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist ein Dauerthema. 1995 wurde sie eingeführt. Seitdem haben sich die Rahmenbedingungen geändert. Immer mehr Menschen kommen in ein Alter, in dem statistisch die Wahrscheinlichkeit eines Betreuungs- und Pflegebedarfs zunimmt. Die ansteigende Lebenserwartung verstärkt die Bedarfe zusätzlich. Die demografische Entwicklung entwickelt sich in der Pflege – wie auch in anderen Berufen der Gesundheitswirtschaft – zu einem sich verstärkenden Effekt. Einerseits steigt der Bedarf an, zugleich wechseln immer mehr Menschen, die beruflich in der Pflege tätig sind, aus dem Berufsleben in den Rentenbezug. Die nachfolgende Generation ist rein zahlentechnisch nicht in der Lage, diese Lücken zu schließen. Nicht berücksichtigt ist dabei, dass auch andere Branchen mit der demografischen Lücke kämpfen.

Die Familienstrukturen haben sich erheblich verändert. Weniger bzw. teilweise keine Kinder und die berufliche und die private Mobilität lassen die örtlichen Familienstrukturen aufbrechen und entfallen. Hinzu kommt der Trend zu mehr Singlehaushalten und Ein-Kind Beziehungen, sodass auch der quantitative Unterbau in der familiären Pflege zunehmend fehlt. Der der Pflegeversicherung in einer ihrer Leitvorstellungen zugrunde liegende Ansatz, die Familie betreut und pflegt und wird temporär bei einigen Tätigkeiten durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste unterstützt (Subsidiarität), ist aus diesen Gründen oftmals nicht mehr realisierbar. Der gesellschaftliche Konsens der Subsidiarität muss daher neu definiert und den aktuellen Bedingungen entsprechend angepasst werden.

Dies zeigt auch die Zunahme stationärer Versorgungen. Die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung in der Finanzierung und der rechtlichen Ausgestaltung macht eine situationsgerechte Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf für die Betroffenen zu einem schwierig zu verstehenden Geschehen. Fast alle dieser Personen haben Schwierigkeiten zu erfahren und zu verstehen, welche Möglichkeiten und Unterstützungen sie in Anspruch nehmen können. Sie können die gesetzlich verankerten Leistungen schon wegen der fehlenden Transparenz und Verstehbarkeit nicht oder nur in Teilen wahrnehmen. Damit verfehlt das SGB XI einen wichtigen Teil seines Zwecks.

Die Lösung kann nicht im weiteren Auf- und Ausbau personal- und kostenintensiver Beratungsangebote liegen. Einerseits fehlen schon jetzt Fachkräfte und andererseits sind die knappen Budgets der Pflegeversicherung besser in der direkten Leistungserbringung einzusetzen. Ein Mehr an Beratung deckt nicht die Leistungslücke durch fehlendes Personal vor Ort „am Pflegebedürftigen“. Es geht darum, dass Menschen mit Pflegebedarf und deren An- und Zugehörige aus ihrer Lebensrealität heraus direkt ableiten können, welche Unterstützungen in welchem Umfang sie erhalten können. Die für alle Menschen am einfachsten zu verstehende Einheit ist Zeit. Anstatt eines selbst für Profis kaum zu durchblickenden Leistungskatalogs und eines intransparenten Preissystems sollen die von Pflegebedarf betroffenen Menschen ein Zeitbudget erhalten, das sie zur Beauftragung von professioneller Unterstützung verwenden können.

Im Sommer 2023 haben wir dazu erstmalig in einer kleinen Arbeitsgruppe einen ersten Diskussionsvorschlag zur Reform der Pflegeversicherung erarbeitet. Neben dem Wechsel von einem Geld- in

ein Zeitbudget haben wir die wichtigsten Entwicklungsbedarfe in der Pflegeversicherung aus Sicht der Menschen mit Pflegebedarf und der Leistungserbringer benannt und Lösungsvorschläge skizziert. Beschrieben sind die wesentlichen Änderungsbedarfe, die aus Sicht der Praxis vor Ort am dringlichsten gelöst werden müssen, um das Pflegesystem zukunftsfähig und leistungsfähig zu halten. Bewusst haben wir Lösungswege außerhalb der bekannten Leistungsstrukturen, Finanzierungsrahmen und Denkmuster in der Altenhilfe gesucht (out of the box).

Mitte Mai 2024 haben wir 25 Vertreterinnen und Vertreter aus Ministerien, Verbänden, Betroffenenvertretungen, Dienstleistern der Branche und Leistungserbringer zu einer Dialogrunde eingeladen. Die Erkenntnisse des intensiven Austausches sind in die nun vorliegende 2. Auflage eingeflossen. Zudem haben sich weitere leistungserbringende Unternehmen (kommunal, freigemeinnützig und privat-gewerblich) der Arbeitsgruppe angeschlossen und haben an der überarbeiteten Version mitgearbeitet.


Auch diese 2. Auflage stellen wir hiermit erneut zur Diskussion und laden Wissenschaft und Praxis ein, diese Vorschläge zu vertiefen, weiter auszuarbeiten und auch die Finanzierungsseite zu beleuchten. Auch die Pflegewissenschaft ist ausdrücklich angesprochen, diesen Ansatz mit Blick auf die Pflege- und Betreuungsqualität zu bearbeiten.

Wir wollen weiterhin neue Perspektiven in die sich wiederholenden Diskussionen zur Reform der Pflegeversicherung einbringen, die oft nur mit Blick auf die Finanzierung oder die neuen Genehmigungskompetenzen der Kommunen und der Pflegekassen geführt werden. Unsere Vorschläge sind nicht abschließend, sie sind Impulse

für eine grundlegende Reform. So wie wir in der Arbeitsgruppe Ansätze und Vorschläge anderer Akteure aufgegriffen, bewertet und auch adaptiert haben, können sich weitere Personen und Gruppen mit den Empfehlungen auseinandersetzen, diese aufgreifen oder detaillierter ausarbeiten. Wir freuen uns über einen breiten, fördernden und kritischen Austausch dazu.



Marc Bischoff  
leben & wohnen



Dr. Berthold Broll  
Stiftung Liebenau



Prof. Dr. Dr. Christian Bernzen  
Kanzlei Bernzen Rechtsanwältinnen



Matthias Dargel  
Landesverein für  
Innere Mission in S-H



Thomas Eisenreich  
Home Instead Deutschland



Thomas Flotow  
Pflegen & Wohnen



Thomas Mähner  
Johanniter-Unfall-Hilfe



Dr. Markus Nachbaur  
Stiftung Liebenau



Christian Potthof  
Diakonie  
Michaelshoven e.V.



Prof. Ronald Richter  
Kanzlei Richter  
Rechtsanwältinnen



Dr. Johannes Rückert  
KWA Kuratorium  
Wohnen im Alter



Karl Schulz  
Rummelsberger  
Diakonie



Karsten Stüber  
Diakonie Gütersloh e.V.



Hermann Josef Thiel  
Caritas Neuss



Roman Tillmann  
Rosenbaum Nagy



Prof. Uwe Ufer  
Diakonie  
Michaelshoven e.V.

## EINFÜHRUNG

---

Immer mehr Buchstaben-Paragraphen führen zu einer nur noch von wenigen Fachleuten verstehbaren Intransparenz der Leistungssystematik und der Leistungsversprechen der Pflegeversicherung. Zudem wurde das Gesetz ursprünglich darauf ausgerichtet, pflegende Angehörige zu entlasten. Institutionelle Hilfen wurden entsprechend des Subsidiaritätsprinzips nur als letzte Möglichkeit gesehen, wenn die familiäre Betreuung und Pflege nicht mehr darstellbar sind. Weiterhin nehmen pflegende und sorgende Angehörige eine wichtige Rolle ein, sie sind der größte Pflegedienst der Nation. Durch steigendes Alter, einen steigenden Pflege- und Betreuungsbedarf, auch ausgelöst durch vermehrt auftretende neurogenerative Erkrankungen, wegfallende familiäre Bindungen und Strukturen nimmt die Bedeutung institutioneller Hilfen zu. Ein rein auf bürgerschaftliches Engagement ausgerichtetes Versorgungssystem wird schon mangels nachhaltiger verlässlicher Leistungsstrukturen keine Lösung sein. Den Unternehmen werden noch mehr Fachkräfte fehlen, wenn diese sich um ihre pflegebedürftigen Angehörigen kümmern müssen oder aufgrund von Freistellungsregelungen von bürgerschaftlichen Pflegearrangements nicht für den Betrieb arbeiten können.

Anstelle eines Entweder-Oder von familiärer, bürgerschaftlicher oder institutioneller Pflege werden Zwischenformen und vernetzte Sorge-Arrangements immer wichtiger. Damit diese Sorge-Arrangements funktionieren, sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die den Akteuren solche Ausgestaltungen unterstützend ermöglichen. Eine kommunale Planung und Steuerung erreicht genau dies nicht, da solche planwirtschaftlichen Ansätze an den Bedarfslagen vorbei gehen. Allerdings lassen sich die innovativen Sorge-Arrangements in der bestehenden Leistungssystematik nicht abbilden.

Die Arbeitsgruppe hat daher einen Ansatz gewählt, der konsequent bei den Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen ansetzt. Es wird dabei nicht vorgegeben, wie die Familien die Unterstützungen organisieren. Vielmehr geht es mit dem Ansatz der personenfokussierten Pflege und Betreuung darum, vielfältige institutionelle und familiäre Betreuungen und Pflegen zu ermöglichen, Flexibilität anhand von Bedarfsänderungen zu bieten und innovative Angebotsformen entstehen zu lassen, die durch die heutige Versäulung und durch zeitlich begrenzte Modellprojekten nicht skaliert werden (können). Die Skalierung kann nur unternehmerisch erfolgen. Dann werden zugleich nochmals neue Angebotsformen entstehen, die vielfach gedacht, aber nie ausprobiert werden konnten. Auch müssen präventive Elemente in die Betreuung und Pflege eingebettet werden. So kann ein wesentlicher Beitrag zur Dämpfung des dramatisch zunehmenden Personalmangels in der Pflege, der mit mehr als 130.000 Vollzeitkräften bis 2025 beziffert wird, erfolgen. Beim Ansatz der personenfokussierten Pflege und Betreuung handelt es sich bewusst nicht um ein pflegewissenschaftliches, sondern um ein aus der Lebensrealität der Menschen heraus entwickeltes Konzept. Das Konzept der personenfokussierten Pflege orientiert sich an den Erfahrungen der Eingliederungshilfe und ist mit dieser koppelbar. Damit werden Systembrüche vermieden.

## LEISTUNGSSTUNDEN-BUDGET

---

Das bisherige Prinzip der in Euro ausgewiesenen Geld- und Sachleistungsbudgets der Pflegeversicherung wird ersetzt durch ein tagesbezogenes Leistungsstunden-Budget (x Leistungsstunden je Kalendertag im Pflegegrad y). An dem System der Pflegegrade wird nur insoweit eine Änderung vorgenommen, als dass das Geldbudget durch ein Zeitbudget ersetzt wird. Damit wird ein durchgehend gleicher Unterstützungsumfang über einen langen Zeitraum gesichert. Der Leistungsumfang ist nicht von der Kostenentwicklung und der gesetzlich bzw. politisch beeinflussten Dynamisierung von Zuschussbeträgen abhängig. Das Konzept ist vom Grunde her aus der Eingliederungshilfe bekannt. Erste Erfahrungen liegen vor. Durch den Tagesbezug spielen die variierenden Kalendertage der Monate keine Rolle, was den tatsächlichen Unterstützungsbedarf realistisch und lebensnah widerspiegelt. Der Preis der Leistungsstunde wird zwischen Leistungserbringern und Pflegekassen in Form von Kollektivverträgen oder Einzelverträgen verhandelt und vereinbart. Sofern Vorbehaltsaufgaben und damit Qualifikationsvoraussetzungen für die zu erbringenden Leistungen vorliegen, werden diese in der konkreten Betreuungs- und Pflegeplanung sowie dem notwendigen Fachkonzept der Leistungserbringer berücksichtigt. Die Bedarfsfeststellung erfolgt weiterhin durch den Medizinischen Dienst (MD), der die Fachkräfte der Leistungserbringer, sofern eine Versorgung durch diese vorliegt, beratend einbindet. Sollten neue Begutachtungsstrukturen und Vorgaben zur Pflegebedarfsfestlegung entstehen, lassen sich diese in dem hier beschriebenen Ansatz gut abbilden. Eine jährliche Überprüfung des Bedarfs findet statt. Diese kann auf Antrag auch in kürzeren Abständen erfolgen, wenn erhebliche Veränderungen des Bedarfs für Dritte erkennbar sind.

## BEZUGSBETREUUNG UND BEZUGSPFLEGE

---

Eine kleinteilige tayloristische Arbeitsteilung ist zu vermeiden. Die Bezugsbetreuung und Bezugspflege ermöglichen den Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf, deren Angehörigen und Zugehörigen eine passgenaue Versorgung. Mitarbeitende erleben zudem gute Arbeitsbedingungen, was die Fluktuationszahlen verringern wird.

## PFLEGEPERSONAL BEGRIFFSBESTIMMUNG

---

Als Pflegepersonal, das die hier genannten Leistungsstunden erbringt, werden alle in der Pflege- und Betreuung tätigen, abhängig beschäftigten Personen bezeichnet. Damit ist der Personenkreis weiter gefasst und umfasst damit auch Unterstützungs- und Hilfsleistungen, die nicht klassisch unter die verrichtungsbezogenen Pflegeleistungen der examinierten Pflegepersonen fallen. Damit lässt sich ein auf das Ergebnis der Pflege- und Betreuungsleistung (Outcome) bezogener Personaleinsatz zielgerichtet umsetzen.

## FLEXIBILITÄT DER INANSPRUCHNAHME

---

Das Leistungsstunden-Budget kann in 10 Minuten-Einheiten oder stundenweise – auch an einem Stück oder über mehrere Tage kumuliert – in Anspruch genommen werden. So kann der individuelle Unterstützungsbedarf abgebildet werden. Eine Ansparung von einem Viertel des monatlichen Leistungsstunden-Budgets ist bis zu 6 Monaten möglich. Als Fristen bieten sich der 30.06. und der 31.12. eines Kalenderjahres an.

## STATIONÄRE PFLEGE

---

Entsprechend des Pflegegrads wird ein Leistungsstundenkontingent je Tag definiert, das den bisherigen Tagessatz Pflege in Euro ersetzt (beispielsweise drei bis vier Leistungsstunden je Tag im Pflegegrad 4). Die stationäre Pflege führt die Leistungsstunden der Bewohnerinnen und Bewohner zusammen und ermittelt daraus ein Gesamt-Stundenkontingent (Pooling). Das ist in Pflegewohngemeinschaften erprobt. Die Kosten der Unterkunft werden aus der Zuständigkeit der Pflegeversicherung herausgenommen. Statt eines Personalschlüssels ergibt sich der Personalmix aus den zusammengeführten Zeiteinheiten, den im Einrichtungskonzept beschriebenen Ergebnisqualitäten (Outcome) und idealerweise auch den Wirkungen (Impact). Outcome und ggf. Impact sind für Dritte nachvollziehbar beschrieben und mittels Indikatoren dokumentiert.

## BÜNDELN (POOLEN) VON LEISTUNGSTUNDEN

---

Leistungsstunden können in allen Versorgungsformen gepoolt werden. Das schließt Einzelinanspruchnahmen in ambulanten und teilstationären Angeboten nicht aus. So können Wohngemeinschaftskonzepte und Gruppenbetreuungen neuer Formen entstehen. Eine Bindung an einen Raum bzw. an ein Gebäude ist dafür nicht erforderlich. Das Pooling kann dauerhaft, wie notwendigerweise in stationär ausgerichteten Pflegeangeboten, oder für kurze Zeiträume erfolgen. Da die Leistungsstundenbudgets über mehrere Anbieter verteilt genutzt werden können, muss das jeweils zur Verfügung stehende Budget taggleich digital abrufbar sein.

## WOHNORT UND LEISTUNGEN WERDEN GETRENNT

---

Das Angebot des Wohnens wird von der Dienstleistung der Pflege und Betreuung getrennt. Der Dienstleister kann beides anbieten, muss es aber nicht mehr. Ordnungsrechtlich gibt es keine Trennung bzw. notwendige Verzahnung. Nicht mehr der Wohnort entscheidet über den Leistungsumfang, sondern der pflegerische und betreuende Unterstützungsbedarf.

## KOSTEN DER UNTERKUNFT

---

Die Kosten der Unterkunft werden unabhängig von der jeweiligen Wohn-/Unterkunftsform von den Pflegebedürftigen getragen. Bei finanzieller Bedürftigkeit besteht subsidiär Anspruch auf Wohngeld bzw. auf Leistungen der Grundsicherung bzw. der Sozialhilfe/Hilfe zum Lebensunterhalt. Damit auch tatsächlich die erforderlichen Kosten übernommen werden, schließen die Immobilieneigentümer von stationären bzw. gemeinschaftlichen Pflegeangeboten und die jeweiligen Kommunen separate Vereinbarungen über die jeweils anzuerkennenden Parameter (Wohnfläche, anteilige Gemeinschaftsflächen, Pflegeräume, Barrierefreiheit ...) ab. Anstelle individueller Vereinbarungen sind hierfür generell gültige Rahmenvereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene denkbar, die ggf. eine größere Unabhängigkeit von subjektiven Entscheidungen auf kommunaler Ebene sichern können. Die Kommunen erhalten für die Grundsicherungs-/Sozialhilfeleistungen die Kosten vom Bund erstattet und werden damit den Regelungen des Wohngeldes gleichgestellt.

In separaten, bundeseinheitlichen Kostenermittlungsverfahren werden die abrechenbaren Preise der Unterkunft vom unterkunfts anbietenden Immobilieneigentümer bzw. dessen Verwalter ermittelt

und vereinbart, sofern Leistungen der Sozialhilfe erforderlich sind. Für nicht sozialhilfebeanspruchende Personen bildet sich der Mietpreis entsprechend dem allgemeinen Mietmarkt und dessen lokalen Rahmenbedingungen. Die baurechtlichen und brandschutztechnischen Vorgaben werden bundeseinheitlich festgelegt.

## ORDNUNGSRECHT/QUALITÄTSSICHERUNG

---

Das Konzept der personenfokussierten Pflege ermöglicht eine Vereinfachung des Ordnungsrechts. Insbesondere die heimrechtlichen Regelungen, die bislang Versorgungskategorien und -standards definieren und regeln, können verschlankt werden. Die Qualität der Leistungen wird dreistufig gesichert: Über ein Zulassungsverfahren können nur Leistungsanbieter tätig werden, die bestimmte Qualitätskriterien (Ergebnis, idealerweise auch Wirkung) erfüllen. Die Leistungsempfänger bzw. deren Vertreter bestätigen dann die erfolgte Leistungserbringung durch ihre (digitale) Unterschrift.

Im Fokus der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst und die Heimaufsicht steht schließlich die Ergebnisqualität. Die Prüfung konzentriert sich somit auf die Wirksamkeit der erbrachten Dienstleistungen der Betreuung und Pflege und nicht auf die Erfüllung von Input-Vorgaben und deren Dokumentationen.

## UNTERNEHMERISCHE GESTALTUNG ERMÖGLICHEN

---

Unternehmen sind keine ausführenden Verwaltungen. In marktwirtschaftlichen Volkswirtschaften identifizieren Unternehmen Bedarfslücken und begegnen Knappheiten mit innovativen Ideen. Nur mit dieser unternehmerischen Kreativität lassen sich die demografischen Herausforderungen in der Pflege in den kommenden Jahrzehnten lösen. Statt immer mehr Vorschriften und Modellprojekte braucht es Rahmenbedingungen, die unternehmerische Innovationspotenziale ermöglichen.

## PFLEGEgeld

---

Es besteht weiterhin die Möglichkeit, Pflegegeld zu beziehen. Das Pflegegeld wird konkret an Leistungen der sorgenden Angehörigen/Zugehörigen geknüpft. Auch hierbei wird auf eine reine Input-Betrachtung verzichtet. Vielmehr werden die Ergebnisse der Angehörigen-/Zugehörigen-Arbeit bewertet. Insbesondere Kriterien der Lebensqualität, eine situationsgerechte Körperpflege und soziale Kontakte können entscheidende Bewertungsparameter sein. Damit werden die schon heute verpflichtenden Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu einer echten Qualitätsprüfung hinsichtlich der Bedarfsdeckung und Vermeidung von „schlechter Pflege“.

Da das Pflegegeld an vereinbarte Leistungen gekoppelt ist, wird die monetäre Höhe z. B. auf ein Fünftel der im Bundesland vereinbarten durchschnittlichen Preise einer Leistungsstunde festgelegt. Je nach Pflegegrad wird eine maximale Höhe des Pflegegeldes, wie zurzeit auch, festgelegt.

## PREISFINDUNG

---

Der Preis der Leistungsstunde wird zwischen Leistungserbringern und Pflegekassen in Form von Kollektivverträgen (Unternehmensgruppen, Verbände) oder Einzelverträgen je Betrieb/Einrichtung verhandelt und vereinbart. Grundlage sind hierbei das Fachkonzept, das auch die Beschreibung des qualitativen und quantitativen Personaleinsatzes zur Erreichung der zu erzielenden Ergebnisqualitäten enthält. In den Preis fließen die pflegebedingten Kosten ein. Kosten des Wohnens, der Unterkunft und der Verpflegung werden separat verhandelt und vereinbart.

Es wird ein bundeseinheitliches Kalkulationsmodell zur jährlichen Preisfindung entwickelt und umgesetzt. Darin sind die anerkennungsfähigen Kosten z. B. hinsichtlich der tariflichen bzw. außertariflichen Entlohnung, der Verrechnung von Regie-, Verwaltungs- und Sachkosten festzulegen. Ebenfalls sind die Zuschläge für Wagnis und Gewinn verbindlich geregelt. Die zeitbezogenen Preise müssen auskömmlich sein und dabei den gesellschaftlichen und unternehmerischen Bedingungen genügen, damit die Investitionsbereitschaft in die pflegerische und betreuerische Leistungsstruktur gesichert ist.

Durch das bundeseinheitliche Kalkulationsmodell wird eine hohe Preistransparenz ermöglicht und zugleich eine staatliche Preisvorgabe vermieden. Letztere würde ein Vergabeverfahren bedingen. Eine vergaberechtliche Beauftragung von Pflegeleistungen widerspricht dem sozialrechtlichen Dreieck. Dieses gewährleistet über die wettbewerbliche Ausrichtung der Anbieter untereinander eine hohe ergebnisorientierte Pflege- und Betreuungsqualität. Mit einer vergaberechtlichen Beauftragung würden zwangsläufig Bedarfsunterdeckungen entstehen, da eine Vergabe eine staatliche Leistungsmengenvorgabe bedingt.

## WEGEZEITEN

---

Sofern Wegezeiten für die Mitarbeitenden der Pflege und Betreuung notwendig sind, wird deren Vergütung im Rahmen der Preisfindung vereinbart. Diese berücksichtigt den tatsächlichen Zeitaufwand in einem angebotsspezifischen Versorgungsgebiet. So lassen sich auch in ländlichen Regionen die Versorgungen sicherstellen.

## KOSTENTRAGUNG

---

Die Kosten für das vom Pflegegrad abhängige Leistungsstunden-Budget werden von der Pflegeversicherung getragen. Darüber hinausgehende Leistungen können privat hinzugebucht werden. Politisch kann ein Eigenanteil für alle oder einen Teil der Leistungsstunden festgelegt werden. Bei finanzieller Bedürftigkeit erfolgt für den Eigenanteil der Sozialausgleich über die Grundsicherung bzw. die Sozialhilfe/Hilfe zur Pflege.

## WUNSCH UND WAHLRECHT DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN

---

Das Leistungsstunden-Budget gewährleistet ein echtes Wunsch- und Wahlrecht. Entsprechend der individuellen Unterstützungsbedarfe können unterschiedliche Leistungen auch mit familiärer Pflege und Betreuung verknüpft werden. Wechselnde Bedarfsmen- gen lassen sich so schnell abdecken. Da die Kosten der Unterkunft von den Pflegeleistungen getrennt sind, entscheidet nicht mehr der Wohnort über den Leistungsumfang.

## PRÄVENTION

---

Durch den Verzicht auf reine verrichtungsbezogene und defizitorientierte Leistungen und den Wechsel zu einer zeitbezogenen Pflege und Betreuung ist die Einbettung von präventiven Leistungen möglich. Die präventiv ausgerichtete Betreuung und Pflege (kurz: Präventionspflege) werden aktivierend ausgestaltet, mit dem Ziel, die Selbstständigkeit möglichst wieder herzustellen, auszubauen oder zumindest zu sichern. Das gilt für alle Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung, der pflegerischen Betreuung und der Körperpflege.

Die frühzeitige Prävention verlangsamt den Anstieg des Pflege- und Unterstützungsbedarfs. Neben der unmittelbaren Wirkung für die Menschen mit Pflegebedarf wird deren Pflegeumfeld mittelbar entlastet (Mitarbeitende der Pflegeanbieter, An- und Zugehörige). Tritt die Pflegebedürftigkeit später ein und verlangsamt sich deren Anstieg, dämpft dies den Personalbedarf und verringert die demografische Beschäftigtenlücke.

Da Wohnort und Leistung getrennt sind, kann der in § 5 SGB XI genannte Einrichtungsbezug entfallen. Denkbar ist ein Zeitzuschlag für Präventionspflege/-betreuung, bei dem die Zuschlagshöhe degressiv zum steigenden Pflegegrad ausgestaltet ist.

## SGB V – BEHANDLUNGSPFLEGE

---

Da nicht mehr der Wohnort entscheidend ist, sind idealerweise alle Behandlungspflegeleistungen auf Basis einer ärztlichen Verordnung über die Krankenkassen direkt an den pflegeleistenden Betrieb zu vergüten. Leistungen der Behandlungspflege werden bei einer solchen Weiterentwicklung zeitmäßig je erbrachter

Leistung bewertet und vergütet. Hilfsweise können die bestehenden Leistungskataloge vorerst weitergeführt werden. Sie werden grundsätzlich additiv zu den Leistungen des SGB XI erbracht und erhöhen damit den Leistungsumfang. Eine Substitution bestehender Leistungen erfolgt nicht.

## **SGB VIII / SGB IX – EINGLIEDERUNGSHILFE**

---

Da die Leistungen der Pflegeversicherung und die der ambulanten Behandlungspflege in Zeiteinheiten bewertet und wohnortunabhängig erbracht werden, ist eine direkte Kombination mit den zeitbasierten Leistungen der Eingliederungshilfe gegeben. Auch ggf. notwendige behandlungspflegerische Leistungen lassen sich so additiv kombinieren. Im Rahmen der Hilfeplanung lassen sich die unterschiedlichen Assistenz-, Betreuungs- und Pflegebedarfe ermitteln und im Umfang kombinieren. Damit wird die Hilfeplanung leistungs- und finanzierungstechnisch zu einer personenzentrierten Gesamtplanung.

## **BESONDERE LEISTUNGSBEDARFE**

---

Das Konzept der Leistungsstunden ist ausgerichtet auf die typischen Bedarfslagen. Besondere Anforderungen erfordern besondere Lösungen. Für diese Fälle kann die zeitbasierte Leistungsplanung ebenfalls eingesetzt werden. Durch die Individualisierung der Zeitbudgets in Verbindung mit den fachlichen Schwerpunkten der Leistungserbringer und dem damit einhergehenden Qualifikations-

mix, können auch diese Fälle abgebildet werden. Die Ausnahmen von der Regel sind zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und dem medizinischen Dienst zu beschreiben. Eine Überprüfung der s. g. Ausnahmeregelungen und deren möglicherweise notwendigen Anpassungen wird alle vier Jahre vorgenommen. Vergleichbare Regelungen gibt es im BTHG und in der außerklinischen Intensivpflege.

## **PFLEGEBERATUNG**

---

Das System der personenfokussierten Pflege ist für den Leistungsberechtigten einfach und transparent. Die Pflegeberatung kann sich auf die tatsächlichen Unterstützungsbedarfe und die Wohn-/Lebenssituation konzentrieren. Auch kann die Pflegeberatung über die Systematik der Leistungsstunden einfach vom Umfang bemessen und bepreist werden. Je Halbjahr kann ein festgelegter Stundenumfang für Pflegeberatung, ggf. abhängig vom Pflegegrad, zusätzlich genutzt werden. Eine Kombination mit Schulungen für Angehörige ist möglich.

Die Pflegeberatung wird zudem für die oben beschriebenen besonderen Fallkonstellationen benötigt. Sie ist unterstützend bei der Auswahl der Leistungserbringer und entscheidend bei der Festlegung der individuellen Budgetgrenzen aktiv.

## **NEUE PERSONALKONZEPTE**

---

Durch das Leistungsstunden-Konzept und durch die Loslösung vom Wohnort werden sich neue Angebotsformen und damit auch neue Personalkonzepte entwickeln. Neue Personalkonzepte, auch verbunden mit einem anderen beruflichen Selbstverständnis, können die demografischen Personallücken in der Pflege abdecken.

## **KOMPETENZORIENTIERTE LEISTUNGSSTEUERUNG STATT PERSONALSCHLÜSSEL**

---

Statt eines starren Personalschlüssels oder anderer Vorgaben von Personalschlüsseln wird der Personaleinsatz anhand der tatsächlichen, personenbezogenen Bedarfe gesteuert. Die Leistungserbringer legen den notwendigen Qualifikationsmix in ihrem jeweiligen Fachkonzept fest. Das Fachkonzept beschreibt u. a. die mit den Leistungen zu erzielenden Ergebnisqualitäten. Daraus lassen sich die Leistungsumfänge (Zeit, notwendige Qualifikationen) ermitteln und festlegen.

## **ÜBERGREIFENDER PERSONALEINSATZ**

---

Durch Wegfall der Sektorengrenzen kann der Personaleinsatz übergreifend organisiert und vorgenommen werden.

## DIGITALISIERUNG DER LEISTUNGSERBRINGUNG

---

Durch die Loslösung vom Wohnort können digitale, komplementäre Pflege- und Betreuungsleistungen ebenfalls über die Leistungsstunden erbracht und abgerechnet werden. Voraussetzung ist ein Konzept, das unter Berücksichtigung der subjektiv erlebten Wirkung den gleichen Ergebnisqualitätsbedingungen unterliegt wie die persönlich erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen. Die digitalen Betreuungs- und Pflegeleistungen können als „Tele-Care“-Angebote, aber auch mittels Social-Care-Roboter durchgeführt werden. Diese Angebote sind eingebettet in das persönliche oder gemeinschaftlich genutzte Zeitbudget.

## DIGITALISIERUNG DER LEISTUNGSABRECHNUNG UND DOKUMENTATION

---

Die erbrachten Stunden werden digital erfasst, vom Kunden digital signiert und gegenüber den öffentlichen Kostenträgern und den Privatzahlern abgerechnet. Das Verfahren ist für alle Leistungsarten identisch. Gegenüber den öffentlichen Kostenträgern ist auch eine taggleiche Abrechnung denkbar, um die Vorfinanzierungsbedarfe zu senken. Durch die kalendertäglichen Leistungsstunden-Budgets ist dies möglich.

## KOSTENENTWICKLUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG

---

Durch die Leistungsstunden-Budgets und die bekannten Stundenpreise lassen sich die Ist-Kosten für die Pflegeversicherung einfach und regelmäßig ermitteln. Mittels der statistischen Daten wird zudem eine verlässliche Prognose der Kostenentwicklung gewährleistet.

## IMPRESSUM

---

Arbeitsgruppe Diskussionsvorschläge  
zur Reform der Pflegeversicherung  
c/o Thomas Eisenreich  
Home Instead GmbH & Co. KG  
Alfred-Nobel-Straße 29  
50226 Frechen  
pflegereform@web.de

**Wir freuen uns über Anmerkungen, Kommentare, Anfragen und  
Austausche. Senden Sie diese bitte an  
pflegereform@web.de**



Mit freundlicher Unterstützung vom

