

Anregungen zur Pflegereform

Schwerpunkt: Pflegezusatzversicherung

Februar 2026

Wilfried Jacobs

Geschäftsführender Gesellschafter

Die Reformstruktur

A. Leistungen

1. Pflegefälle verhindern durch sinnvolle Prävention und/oder Rehabilitation.
2. Vor Bewilligung eines Pflegegrades muss der Medizinische Dienst zu Prävention und Reha Stellung nehmen. Wenn befürwortet, müssen solche Maßnahmen vom Antragsteller genutzt werden, sonst kein Pflegegrad.
3. Treffsicherheit der Leistungen erhöhen. Missbrauchsmöglichkeiten eindämmen. Besonders bei Pflegegrad 1 (Rasen mähen sollte die Pflegeversicherung nicht bezahlen).
4. Strukturverbesserungen an der Schnittstelle Krankenhausentlassung und Nachsorge. Zu viele Pflegebedürftige werden aus dem Krankenhaus entlassen, ohne dass die Anschlussversorgung geklärt ist.
5. Verbesserung der ökonomischen Rahmenbedingungen für den Betrieb von solitären Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen und Erweiterung der Ziele, zum Beispiel Beurteilung einer Reha-Fähigkeit.
6. Überprüfung der Einstufungskriterien der einzelnen Pflegegrade (strengere Maßstäbe anlegen).
7. Erweiterung der externen Hilfen bei Pflege im häuslichen Umfeld (Telemedizin, Telepflege, Pflegenotdienst, mehr Nachtpflege, Einsatz sinnvoller Pflegetechnik).
8. Der Einsatz von „Kümmerern“ (wie vom Bundesgesundheitsministerium angeregt) bei Pflege im häuslichen Umfeld macht Sinn. So früh wie möglich mehr Substanz (wo Kümmerer angestellt, Hauptaufgaben/Finanzierung). Kümmerer sollte immer aktiv werden, wenn sich Pflegegrad ändert und nach Krankenhausaufenthalt oder vor geplanter Aufnahme in ein Pflegeheim.
9. Umsetzung des Konzeptes „stambulant“. Angehörige können bei stationärer Pflege im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten mitwirken, dadurch auch Eigenanteilabsenkung.

B. Finanzierung

1. Ab 2027 zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung einen neuen gemeinsamen Finanzausgleich.
2. Schaffung eines **Pflegevorsorgefonds** auf Bundesebene, auch um starke Fallzahlsteigerungen auszugleichen und die Finanzierung der stationären Pflegeaufwendungen nachhaltig zu sichern sowie die Aufwendungen der Sozialhilfeträger langfristig zu reduzieren.
3. Verpflichtung der Bürgerinnen und Bürger zum Abschluss einer Pflegezusatzversicherung. (Siehe nachfolgende Anlage).
4. Erstattung aller versicherungsfremden Leistungen (Beiträge zur Sozialen Sicherung der Pflegepersonen) an die Pflegekassen durch den Bund.

C. Umfeld

1. Noch stärkere Rolle der Kommunen bei der Pflegebedarfsplanung und der Qualitätssicherung. Kommunen sollten in Kooperation mit Pflegekassen auch Betreiber von stationären Pflegeeinrichtungen bei festgestellter Unterversorgung werden.
2. Abbau von Bürokratie in der Pflege unter anderem durch Modellprojekte, die sofort umgesetzt werden können (PaDi-Modell „Bürokratie macht Pause“).
3. Zusammenlegung der Pflegeversicherung mit der Krankenversicherung spätestens ab 2028 einschließlich einer umfassenden Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs der Pflegekassen untereinander.

Anlage:

Pflegezusatzversicherung

Die Pflegeversicherung ist eine Teilkasko-Versicherung. Nach politischen Aussagen soll es auch so bleiben (die Übernahme aller entstandenen Kosten für die Pflege wäre eine Alternative, würde aber den Pflegebeitrag deutlich erhöhen; wir rechnen mit mindestens >0,8% Beitragssatzpunkten). Für einen Versicherten mit einem Bruttoeinkommen von 4000.- EUR betrüge der monatliche Mehraufwand rund 16.- EUR.

1. Pflegezusatzversicherungen als Beitrag der Eigenvorsorge machen Sinn. Auf freiwilliger Basis erreicht man das Ziel nicht, dass solche Versicherungen auch in größerer Zahl abgeschlossen werden. Daher wäre die Verpflichtung der Bürgerinnen und Bürger zum Abschluss einer Pflegezusatzversicherung der geeignetere Weg.
2. Bei verpflichtender Zusatzversicherung muss das Ziel sein, notwendige Sachleistungen, die den zu Pflegenden außerhalb der Pflegeversicherung speziell im Falle der Pflege im häuslichen Umfeld belastet, abzusichern. Reine Geldleistungen lösen das Pflegeproblem nicht. Geld pflegt nicht.
3. Die Konzentration einer verpflichtenden Zusatzversicherung auf die Absicherung von Mehrkosten durch echte externe Pflegeleistungen stärkt den Wunsch fast aller Pflegebedürftigen, im Pflegefall im häuslichen Umfeld gepflegt zu werden. Eine reine Pflegetagegeldversicherung sollte nicht Gegenstand der Verpflichtung werden.
4. Sachleistungsbereiche, wo Mehrkosten für den zu Pflegenden im häuslichen Umfeld entstehen, sind unter anderem höhere Pflegeaufwendungen in den Pflegegraden 4 und 5, hauswirtschaftliche Leistungen durch externe Anbieter erbracht, Mehraufwendungen bei Kurzzeit- und Tagespflege, erweiterte Notrufsysteme, Umbaumaßnahmen. Gerade bei den hohen Pflegegraden entstehen zusätzlich Sachkosten, die heute nicht selten aus ökonomischen Gründen zu einer Einschränkung der Basispflegeleistungen führen, was sich auf die Qualität negativ auswirkt.
Durch die kontinuierliche Steigerung der Personalkosten in der Pflege und der auf die Kerninflationsrate begrenzte Erhöhung der Leistungen der Pflegeversicherung wird die Belastung der Pflegebedürftigen auch im ambulanten Sektor weiter steigen.
5. Im Falle einer verpflichtenden Pflegezusatzversicherung sollte durch den Gesetzgeber festgelegt werden: Leistungen erst ab Pflegegrad 3 und die Höhe der zusätzlichen Pflegesachleistungen in den jeweiligen Kostenfeldern (Höchstbeträge).

Pflegezusatzversicherung ab Stichtag (zum Beispiel 01.01.2027) für alle gesetzlich oder privat Pflichtversicherte über 18 Jahre. Wer 65 Jahre am Stichtag ist, keine Verpflichtung zum Abschluss einer Zusatzversicherung. Dies gilt auch für diejenigen, die am Stichtag bereits eine ausreichende Pflegezusatzversicherung abgeschlossen haben.

6. Die gesetzlichen Krankenversicherungen können die (verpflichtenden) Zusatzversicherungen in Kooperation mit einem Unternehmen der PKV durchführen.
7. Die Kooperation zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung sollte auch die Abwicklung der Leistungen umfassen. Der Pflegebedürftige soll durch die Zusatzversicherung bei der Inanspruchnahme der Leistungen nicht mit zusätzlichem Verwaltungsbedarf belastet werden.
Die Zusammenarbeit ermöglicht dem Pflegebedürftigen, die Leistungen aus einer Hand zu erhalten.
8. Der verpflichtend Zusatzversicherte kann, wenn er es wünscht, diese Versicherung aufstocken, auch für den Fall der stationären Pflege (hier würde ja auch das Prinzip der Erstattung von Mehrkosten für Sachleistungen gelten). Diese Aufstockungsleistungen werden in Inhalt und Höhe nicht festgelegt.
9. Höhe der Prämie Sache des Versicherers (gilt in der GKV bei gleichen Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse auch). Der Einstieg in die private Zusatzversicherung sollte mit einem Monatsbeitrag in Höhe von rund 20.- EUR ermöglicht werden.
10. Für Versicherer gilt: Kontrahierungszwang, keine Gesundheitsprüfung, keine Einkalkulierung von Provisionen, festgelegte Dynamisierung der Leistungsbeträge.
11. Sollte es nicht zu einer Pflegezusatzversicherungsverpflichtung kommen und dafür alternativ zu einer erweiterten Förderung bei freiwilligen Abschlüssen, sollte sich diese Förderung orientieren an den Kriterien der hier aufgezeichneten Pflichtzusatzversicherung.
12. Der Arbeitgeber kann sich bei einer verpflichtenden Pflegezusatzversicherung durch Zuschüsse an dem beitragspflichtigen Arbeitnehmer freiwillig beteiligen. Dafür wird Steuervergünstigung gewährt.