



Gemeinsame Stellungnahme zu den Eckpunkten für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung

Stand: 19. 02.2026

Die Arbeitsgruppen „Versorgung“ und „Finanzierung“ im Zukunftspakt Pflege haben Mitte Dezember 2025 Eckpunkte für die Ausgestaltung eines Zukunftspaktes Pflege erarbeitet. Unsere beiden Vereine *Pflgende Angehörige e.V.* und *wir pflegen e.V.* haben an einem Workshop des BMG zur Darstellung der Inhalte des Eckpunktepapiers am 30. Januar 2026 teilgenommen.

Leider konnten im Workshop nicht alle unsere Fragen beantwortet und unsere erheblichen Bedenken einer beschriebenen Pflegereform ausgeräumt werden. Wir eröffnen daher einen breiteren Dialog zu den Eckpunkten mit einer detaillierteren Auseinandersetzung der einzelnen in Themenblöcken aufgeführten Maßnahmen. Nachfolgend beginnen wir mit unserer Bewertung der ersten beiden Abschnitte:

1. Gesundheit langfristig erhalten und Selbständigkeit von Menschen mit Pflegebedarf stärken (1.1 bis 1.15)
2. Präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige sicherstellen (2.1 bis 2.17)

Allgemein:

„Die vorrangigen Ziele des Zukunftspakts im Bereich der Finanzierung sind (...) die finanziellen Belastungen zwischen den Beitragszahlenden, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie den sonstigen Kostenträgern in ein gerechtes und ausgewogenes Verhältnis zu bringen und die Entwicklung der Eigenanteile zu begrenzen (...)“.

Unseres Erachtens werden diese beiden Ziele mit dem vorliegenden Papier erkennbar nicht erreicht. Im Gegenteil werden bestehende Ungerechtigkeiten des Systems gegenüber pflegenden Angehörigen weiter manifestiert. So werden die pflegebedingten Kosten und Eigenanteile in der häuslichen Pflege weder ausgewogen noch angemessen berücksichtigt. Zum Beispiel gleicht der einrichtungseinheitliche Eigenanteil für die stationäre Pflege die unterschiedlichen Eigenanteile über die Pflegegrade hinweg aus, einen vergleichbaren Ausgleich über die Pflegegrade hinweg gibt es in der ambulanten Pflege nicht, obwohl die Kosten hier häufig die Kosten einer stationären Unterbringung übersteigen.¹

¹ Vergl. Pflegegrade, Leistungsansprüche, Eigenanteile – wie gerecht ist die Soziale Pflegeversicherung? RUB, Prof. Dr. Notburga Ott, Arbeitspapier, Dezember 2025



Diese Ungerechtigkeiten gegenüber mindestens sieben Millionen pflegenden Angehörigen werden dadurch aktualisiert und bestätigt, dass Angehörige nicht als Leistungsempfängerinnen der Pflegeversicherung anerkannt werden. Dieses nicht den Aufwand widerspiegelnde Ungleichgewicht wurde in dem vorliegenden Eckpunktepapier leider nicht korrigiert. Das gilt sowohl für die Finanzierung als auch für die Rehabilitation zur Stabilisierung der häuslichen Pflege oder die Präventionsmaßnahmen zur Vorbeugung bio-psycho-sozialer Überlastung pflegender Angehöriger.

Darüber hinaus zeigen unsere Berechnungen, dass die geplante Zusammenlegung der Budgets massive Leistungskürzungen für pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen bedeuten.

Wenn Ressourcen in die Prävention und Rehabilitation „umgesteuert“ werden, fehlen sie bei gedecktem Ausgabenvolumen bei der Versorgung der Pflegebedürftigen. Unsere Fragen und Bedenken zu einer noch völlig undefinierten rein fachpflegerischen Begleitung, die die Millionen pflegender An- und Zugehöriger nicht in das Pflegesetting einbeziehen, finden sie untenstehend.

Zu den Maßnahmen im Einzelnen

1. Wir unterstützen grundsätzlich einen Fokus auf Prävention, vermissen jedoch jeglichen Fokus auf die Gesundheitsprävention und Schutz vor Überlastung pflegender An- und Zugehöriger. Zudem fehlt es uns in dem Eckpunktepapier an einem roten Faden, er ist unserer Meinung nach ein loses Bündel nicht aufeinander abgestimmter und nicht konzeptionierter unpriorisierter Einzelmaßnahmen.

1.1. Freiwillige, regelmäßige Vorsorgeuntersuchung im Sinne eines Gesundheits-Check-ups („U 60+“)

Der freiwillige Gesundheits-Check-up wird vor allem bildungsnahe oder gesundheitsbewusste Menschen erreichen. Wir vermissen Ideen, wie sozial und ökonomisch benachteiligte Menschen, einsame Menschen oder Menschen mit schlechter Sozialprognose eingebunden werden sollen. Die präventiven Maßnahmen müssen konkret, in ein Gesamtkonzept eingebunden und alltagstauglich sein. Unklare Formulierungen (z. B. „systematische Ausrichtung“) könnten in der Praxis zu uneinheitlichen Angeboten führen. Die Intensivierung der Begleitung erfordert ausreichend Personal und Finanzierung. Ohne konkrete Mittelzusage bleibt dies ein theoretisches Konzept. Es steht nicht fest, wie das finanziert werden soll. Wenn es über die SPV finanziert wird, dürfen die Ressourcen keinesfalls bei den Menschen mit hohem Pflegebedarf abgezogen werden.



Grundsätzlich sehen wir Gesundheits-Check-ups („U 60+“) eher in der Kranken- und nicht in der Pflegeversicherung (SGB V).

1.2 Datengestützte Auswertungen von Pflegerisiken

Dieser Vorschlag zielt darauf, durch verbesserte Prognose und Information des Betroffenen eine Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und damit die Kosten zu senken.

Der grundsätzliche Nutzen einer solchen Datenauswertung, die zu verbessertem Wissen führt, ist für die Gesellschaft allgemein unbestritten. Dies muss jedoch nicht unbedingt für den Pflegebedürftigen gelten. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung umfasst sowohl das Recht auf Widerspruch zur Datenauswertung als auch das Recht auf Nichtwissen. Zu beiden muss datenschutzrechtlich eine gesonderte Einwilligung erfolgen, was momentan im SGB V so nicht geregelt ist. Sofern kein Widerspruch zur Datenauswertung erfolgt, muss nach §25b (4) SGB V der Pflegebedürftige umgehend über das Ergebnis informiert werden. Damit mutiert diese Regelung zu einem Kontrollinstrument.

Wenn der „Nutzen der Regelung ... verbessert“ werden soll, bedeutet dies, dass der Pflegebedürftige dann die vorgeschlagenen (Präventions-) Maßnahmen auch annehmen muss, wenn er weiter Leistungen der SPV erhalten will? Sind Sanktionen vorgesehen? Die Beantwortung dieser Fragen ist von systemischer Relevanz.

1.3 Allianz für Gesundheitskompetenz

Die Allianz ist in ihrer bisherigen Zusammensetzung und Struktur kaum in der Lage, die komplexe konkretere Zielgruppenansprache durchzuführen. Maßnahmen müssen stärker auf die spezifischen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen jeglichen Alters und die Pflegenden zugeschnitten werden, z.B. durch niedrigschwellige, praxisnahe und individuelle Angebote und aufgrund der erheblichen Relevanz psycho-sozialer Faktoren die Einbindung von Selbsthilfeorganisationen und Selbstvertretungen in die Planung und Umsetzung. Eine engere Zusammenarbeit mit unterschiedlichsten professionellen und informellen Akteuren der Pflege und der Selbsthilfe könnte helfen, Lücken zu schließen und die Reichweite der Maßnahmen zu erhöhen.

1.4 Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention

Der GKV-Spitzenverband wird nach dem Empfehlungspapier „aufgefordert, die spezifischen Bedarfe der älteren Menschen und der Pflegebedürftigen sowie ihre Zugangswege zu Prävention und Gesundheitsförderung im Leitfaden Prävention bei allen Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung konkret zu berücksichtigen“. Wir weisen auch an dieser Stelle darauf hin, dass pflegende Angehörige einen erheblichen Beitrag zur Stabilisierung der Pflegesituation beitragen



und deswegen nicht nur als Erbringer von Präventionsleistungen zu sehen sind, sondern explizit als eigene Empfänger-Zielgruppe.

1.5 Betriebliche Gesundheitsförderung

Wie die beiden vorherigen Vorschläge richtet sich die Betriebliche Gesundheitsförderung eigentlich an andere Entscheidungsgremien und sind nicht Thema der SPV.

1.6 Gesundheit und die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen, von ambulant versorgten Pflegebedürftigen sowie von Beschäftigten von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Was ist das Äquivalent hierfür in der häuslichen Pflege? Zwar wird richtig erkannt, dass Gesundheit und Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen – ambulant wie stationär – und die Situation der Beschäftigten in den Einrichtungen eng miteinander verknüpft sind und Prävention eine Organisation ganzheitlich betrachten muss. Unerwähnt bleibt jedoch, dass dies nur für einen kleineren Teil der Pflegebedürftigen gedacht wird: Rund 80 % werden zu Hause versorgt – überwiegend durch pflegende Angehörige. In der Häuslichkeit ist die Verbindung zwischen der Situation der Pflegebedürftigen und der Belastung der Pflegenden nicht nur „eng“, sondern existenziell.

Eine wachsende Bedeutung muss ebenso der Gesundheit und Lebensqualität der häuslichen Live-In Betreuung oder Migration Care zukommen. Inzwischen gibt es bereits genauso viele ausländische Live-In Betreuungskräfte wie Fachkräfte in der ambulanten Versorgung (nach Schätzungen jeweils ca. 500.000).

1.7 Modellvorhaben zur Weiterentwicklung und Vereinfachung des Vergütungssystems

Warum erst jetzt in einem Modellvorhaben ausprobiert werden soll, wie Pflegeeinrichtungen Ressourcenorientierung und pflegerisch-therapeutische Ansätze gewährleisten sollen und diese Ergebnisse frühestens 2029 zur Verfügung stehen, erschließt sich uns nicht bei einem geplanten Inkrafttreten der Pflegereform zum 1.01.2027. Wir geben zu Bedenken, dass Pflegeeinrichtungen demnach für mindestens zwei Jahre keinerlei pflegerisch-therapeutisch Ansätze gewährleisten müssen.

1.8 Intensivierung von Bewegungseinheiten etc. und Mitarbeiterschulungen

Die Stärkung von Rehabilitation und Bewegungseinheiten in der Pflege bewerten wir grundsätzlich positiv. Wir warnen jedoch vor einer Umverteilung von Mitteln aus der bereits mangelhaften Versorgung in Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen, wenn dies zu Kürzungen in der ambulanten und häuslichen Pflege führt.



1.9 Angebote mobiler geriatrischer Rehabilitation in Deutschland

Da das BMG erst bis Ende 2026 untersuchen will, warum das Angebot mobiler geriatrischer Rehabilitation nicht hinreichend ist, und auch gerontopsychiatrische Angebote ausgeklammert wurden, es dann aber noch Jahre dauern wird, ein entsprechendes Angebot zu installieren, halten wir ein Inkrafttreten der Pflegereform zum 1.01.2027 für völlig illusorisch.

Auch wenn Demenz mit 8,4 Prozent und Senilität/Frailty-Syndrom mit 7,4 Prozent vom Medizinischen Dienst Bund als häufigste pflegebegründende Diagnosen dokumentiert werden, sind andere schwere und chronische Krankheiten – möglicherweise mit mehr als 80 Prozent - die überwiegende Ursache von Pflegebedürftigkeit.

Zudem liegen keine nach Alter differenzierten Daten zu pflegebegründenden Diagnosen durch den Medizinischen Dienst Bund vor. Die benannten TOP 1 und 2 - Diagnosen deuten auf hochbetagte pflegebedürftige Menschen hin. Dokumentiert ist, dass Kinder und Jugendliche bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bereits erhebliche und schwere Beeinträchtigungen hatten. Unklar bleibt auch, was zum Beispiel die häufigste Diagnose(gruppe) bei Menschen im arbeitsfähigen Alter ist.

Ohne ein differenziertes Wissen hierüber sind wirksame Maßnahmen (mit einem nachweisbaren Outcome) der Prävention für eine große Zahl pflegebedürftiger Menschen nicht möglich. Unklar bleibt zudem, ob Früherkennung oder eine bessere Diagnostik Pflegebedürftigkeit vermeiden könnte.

Im benannten Report des Medizinischen Dienstes Bund wird über Empfehlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen berichtet, auch über Chancen, damit eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern. Insbesondere in der geriatrischen Rehabilitation könnte Physiotherapie vielleicht auch eine Höherstufung des Pflegegrades vermeiden helfen.

In der Praxis laufen solche Empfehlungen allerdings oft ins Leere, wenn nicht nur Ärzt*innen, sondern auch Therapeut*innen weder Hausbesuche anbieten noch Kapazitäten für neue Patient*innen haben.

Voraussetzungen und Verfahren der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt. Eine Ausweitung veranlasster Leistungen ist aber immer hart zu verhandeln.



1.10. Maßnahmenplan der Rehabilitationseinrichtung für Pflegebedürftige und ggf. An- und Zugehörige

An- und Zugehörige leisten zum Teil erhebliche und hochkomplexe Pflegesituationen, sind 24/7 involviert, leiden unter hohen finanziellen Pflegeaufwendungen und bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen. Wenn diese Angehörigen, die eigentlich selbst Zielgruppe rehabilitativer Maßnahmen sein sollten, Maßnahmenpläne einer Einrichtung umsetzen sollen und lediglich Erfüllungsgehilfen eines an Fachkräftemangel und Finanzierung leidenden Systems sind, zeigt das in eklatanter Weise die Fehleinschätzung des BMG der Rolle von An- und Zugehörigen.

1.11. Aktivierung von Rentnerinnen und Rentner für ehrenamtliche Tätigkeiten

Wir unterstützen die Anerkennung ehrenamtlichen Engagements ausdrücklich. Doch wenn Kommunen in einem Empfehlungspapier für eine Pflegereform herangezogen werden sollen, sich dafür zu engagieren, ältere, in den Ruhestand gehende Menschen für die Betreuung und Unterstützung Pflegebedürftiger einzusetzen, zeigt diese Maßnahme die Hilflosigkeit des BMG. Ein ehrenamtliches Engagement ist wichtig und stabilisiert Gesellschaft im Quartier. Doch kann und darf ehrenamtliches Engagement staatliches Handeln nicht ersetzen. Ehrenamt braucht Hauptamt - zumindest muss Kommune auch finanziell ertüchtigt werden, das Ehrenamt in professioneller Weise zu orchestrieren.

1.12. Kommunale Pflegebedarfspläne

Wir unterstützen ausdrücklich die Erstellung kommunaler Pflegebedarfspläne. Doch dürfen diese sich nicht auf einfache Kennziffern als „Bedarfsdeckungsindikatoren“ für die Abschätzung künftiger Bedarfe beziehen.² Die Kennzahlen bilden mehrheitlich nur die professionellen Pflegeangebote ab, nicht aber die informellen Pflegestrukturen (Angehörige, Freunde, Nachbarn, ehrenamtlich Helfende etc.). Tatsächlich werden zwei Drittel der Pflegebedürftigen ohne professionelle Unterstützung versorgt. Dies erfolgt oft nicht freiwillig, sondern weil professionelle Angebote vor Ort fehlen – zum Beispiel ambulante Pflegedienste, die auch Schwerstpflegebedürftige betreuen, nicht-hochaltrige Pflegebedürftige etc. Und: Die Prognosen basieren auf einer schon jetzt unzureichenden Abdeckung von Entlastungsmöglichkeiten der häuslichen Pflege. Bedarfsindikatoren dürfen nicht nur den status quo abbilden, sondern sollen auch deren Wirkung enthalten. Dafür müssen erst noch geeignete Wirkungsindikatoren entwickelt werden.

² Bertelsmann Stiftung (2022): SDG-Indikatoren für Kommunen. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/sdg-indikatoren-fuer-kommunen>



1.13 Umsetzung gesundheitsförderlicher Vorhaben für vulnerable Zielgruppen

Wir nehmen erleichtert zur Kenntnis, dass nunmehr auch pflegende An- und Zugehörige von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen profitieren sollen. Doch leider sollen kommunale Angebote freiwillig sein und werden allein aus diesem Grund wahrscheinlich weder finanziert noch realisiert oder aufeinander abgestimmt werden. So ist es vom Wohnort abhängig, welche Leistungen häuslich Pflegende erwarten können.

1.14 Beratung zu Wohnformen

Grundsätzlich unterstützen wir **unabhängige**, aufsuchende Beratungen. Es ist sicherlich sinnvoll, zu alternativen Wohnformen zu informieren. Doch werden diese in keinem Fall in ausreichender Qualität und Quantität bundesweit zur Verfügung stehen, um einen flächendeckenden Bedarf zu decken, insbesondere dann nicht, wenn Nachfrage zusätzlich gepuscht wird.

1.15 Ressortübergreifende gesundheitsförderliche Gesamtpolitik

Wir begrüßen ausdrücklich einen interministeriellen und interdisziplinären Ansatz in der Gesundheits- und Pflegepolitik. Insbesondere dann, wenn er zur Entschlackung der zwölf SGB und zur Entbürokratisierung führt. Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass die Verbände pflegender Angehöriger in diesen neuen Gremien fest verankert sein müssen, da insbesondere die häusliche Pflege unter einer überbordenden Bürokratie leidet.

2. In diesem Abschnitt wird explizit auf die Unterstützungsnotwendigkeit pflegender Angehöriger hingewiesen. Pflegende Angehörige werden auch als Zielgruppe genannt. Leider wird nicht definiert, für was sie Zielgruppe sein sollen: als Empfangende von Unterstützung, Prävention und Rehabilitation oder als Erfüllungsgehilfen der sogenannten fachpflegerischen Begleitung? Unklar wird dieses durch den Tenor der folgenden Maßnahmen, dass nämlich pflegende Angehörige ohne eigenen Pflegegrad keine direkten Leistungsempfänger der SPV sind bzw. nicht sein können und sich deswegen keine direkten Ansprüche ableiten lassen. Das ist ein Schlag ins Gesicht der mehr als sieben Millionen Menschen, die sich aufopferungsvoll um Pflegebedürftige kümmern. Das gleiche gilt übrigens auch für die rund 500.000 ausländischen Live-In Betreuungskräfte in Privathaushalten, die im Empfehlungspapier nicht auftauchen, obwohl sie mittlerweile eine tragende Rolle im Pflegesystem spielen.



2.1. Fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege

Eine Umstrukturierung der Beratungsinfrastruktur in Richtung begleitendes Case-Management für alle Pflegegrade und direkte Beratung auch der pflegenden Angehörigen in der Häuslichkeit wäre zu begrüßen. Dafür müssen Beratungsstandards entwickelt werden, damit eine Beratungsqualität nicht abhängig ist vom Wohnort. Es braucht eine kleinräumliche und sozialraumorientierte Steuerung, die Zuständigkeiten gezielt an den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ausrichtet. Falls die finanziellen Mittel dafür jedoch nur aus der Umwidmung der bisherigen Mittel für Beratung genommen werden, ergeben sich für uns Fragen, die eine qualitativ angemessene Erfüllungswahrscheinlichkeit der Empfehlungen anzweifeln. Insbesondere ergeben sich Bedenken zu den konkreten unabhängigen (!) Leistungserbringern (wer soll das sein?) und deren Qualifikation. Auf die Notwendigkeit interdisziplinärer Teams haben wir wegen der unterschiedlichen Pflegesituationen (Pflege von Kindern, jungen Menschen, Älteren etc.) immer wieder hingewiesen und sehen allein wegen des sich abzeichnenden Fachkräftemangels keine Chance auf Zielerfüllung.

2.2 Andere Beratungs- und Unterstützungsangebote zur Bewältigung des Alltags

Bei ausreichender Finanzierung unterstützen wir die fachpflegerische Begleitung ergänzenden zivilgesellschaftlichen Netzwerke in den Kommunen. Doppelstrukturen und zusätzliche Bürokratie müssen unbedingt vermieden werden. Der bisherige Sicherstellungsauftrag der Kommunen muss sowohl in der Regel- als auch in der Notfallversorgung umfassender, verbindlich und praxisnah gelten.

2.3 Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen

Vorgesehen ist, dass der MD bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit die Inhalte des Gutachtens an die für die fachpflegerische Begleitung zuständige Stelle weiterleitet. Unklar ist, was bei Ablehnung der Weitergabe durch den Pflegebedürftigen bzw. die pflegenden Angehörigen passiert, wofür die erhobenen Daten unter Umständen noch genutzt werden und wie das Recht auf Anonymisierung gewährleistet wird.

2.4 Maßnahmenplan

Zum Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme soll ein Maßnahmenplan an den Pflegebedürftigen und ggf. seine An- und Zugehörigen sowie die zuständige Stelle weitergeleitet werden. Unklar ist, was passiert, wenn dieser Maßnahmenplan nicht eingehalten werden kann.

2.5 Pflegende Angehörige



Sowohl bei der Begutachtung als auch im Rahmen des neuen Leistungsangebots der „Fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege“ sollen pflegende Angehörige einbezogen werden. Wie begrüßen diesen Punkt ausdrücklich, wenn er nicht zu Mehrbelastungen in der häuslichen Pflege führt, sondern Resilienzen stärkt und die bio-psycho-soziale Gesundheit der Angehörigen angemessen berücksichtigt.

2.6 Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens

Nach §53d SGB XI hat der MD die Aufgabe, die Richtlinien zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie zur Qualitätssicherung der Begutachtung (Begutachtungs-Richtlinien) zu verfassen. Eine Weiterentwicklung des Begutachtungsinstruments gehört aber in den Aufgabenbereich des Qualitätsausschusses Pflege, der für sämtliche „Maßstäbe und Grundsätze“ (§113 SGB XI) zuständig ist. Dort hat der MD nur eine beratende Funktion.

In diesem Zusammenhang weisen wir ausdrücklich auf ein Machtgefälle hin. Beispielsweise ist bei der Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit zum 01.01.2017 und dem Bezug auf die Aktivitäten und Lebensbereiche nach § 14 Abs. 2 SGB XI auch die häusliche Pflegehilfe und damit der § 36 SGB XI angepasst und umfassender ausgerichtet worden. Ebenso wie im stationären Bereich wurden vor diesem Hintergrund auch die Qualitätsprüfung und die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege überarbeitet. Dazu haben die Hochschule Osnabrück und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege geeignete Kriterien und Darstellungsformen entwickelt. Statt der bisherigen „Pflegetoten“ ist ein neues Instrument entwickelt worden, das zukünftig aussagekräftige, transparentere und gerechtere Aussagen über die Qualität der ambulanten Pflege bereithalten soll. In den Richtlinien heißt es „Auch die unterstützende und lobende Bestätigung der Arbeit der An- und Zugehörigen ist in vielen Situationen angemessen“. Deutlicher kann man eine Machtasymmetrie nicht ausdrücken.

2.7 Kürzung des Leistungsbezugs

Falls in den ersten drei Monaten des Leistungsbezugs eine intensiviertere fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege zur Verfügung gestellt werden soll, um die häusliche Versorgungssituation zügig und nachhaltig zu stärken und zu stabilisieren, unterstützen wir das nachdrücklich. Allerdings stellt sich uns die Frage, warum eine intensiviertere fachpflegerische Begleitung nur bei den unteren Pflegegraden erfolgen soll und nicht bei jeder Neueinstufung. Falls bei erstmaliger Einstufung in den Pflegegrad 2 oder 3 das Pflegegeld hälftig gekürzt werden soll, lehnen wir diesen Vorschlag ab.



2.8 Finanzierung des neuen Leistungsangebots der fachlichen Begleitung

Eine Umwidmung des Entlastungsbetrages lehnen wir kategorisch ab. Zum einen dürfen Präventionsmaßnahmen nicht zum Entzug selbstbestimmt und flexibel nutzbarer Leistungsansprüche werden, die der Entwicklung eigener Unterstützungsnetzwerke dienen. Zum anderen braucht nicht jede Prävention eine fachpflegerische Begleitung. Gerade bei leichteren Graden der kognitiven oder physischen Einschränkungen sind die beste Präventionsmaßnahmen soziale Teilhabe: vielfach gemeinschaftliche Unternehmungen, Sport etc., die nicht unbedingt von „fachpflegerischem“ Personal organisiert und geleitet werden müssen, bzw. häusliche Unterstützung bei Tätigkeiten, die beispielsweise aufgrund von rheumatischen Beschwerden nicht mehr selbstständig durchgeführt werden können, aber durch eine Unterstützung z.B. auch im Rahmen der Nachbarschaftshilfe ein selbständiges Leben aufrecht erhalten.

D.h. die Mittel für die Präventionsorientierung müssen entsprechend dem individuellen Bedarf an Prävention auch für niederschwellige Angebote genutzt werden können.

2.9 Anpassung der Schwellenwerte

Die Empfehlung bedeutet eine generelle Absenkung der Leistungsansprüche für Personen, die in Pflegegrad 1 bis 3 eingestuft sind bzw. werden. Pflegebedürftige mit vergleichbarem Pflegebedarf zukünftig finanziell schlechter gestellt. Die Anmerkung, dass es sich dabei lediglich eine Angleichung an die seinerzeit vom Expertenbeirat vorgelegten Empfehlungen handelt, ist nicht überzeugend. Zum einen wird damit ohne Beleg behauptet, dass mit dem gegenwärtigen System „zuviel“ gezahlt wird, also mit den Geldern der Versicherten nicht sachgerecht umgegangen wurde. Zum anderen beruht die damalige Empfehlung des Expertenrates zu den Schwellenwerten auf keinerlei empirischer Grundlage. In beiden Berichten der Expertenkommission wird lediglich von pflegewissenschaftlichen und fachpflegerischen Beratungen gesprochen und ansonsten die ökonomischen Wirkungen hervorgehoben. Wenn zurzeit sowieso eine Evaluation der Pflegegrade durch die GKV durchgeführt wird, gibt es keinen Grund, zuvor die Schwellenwerte anzupassen.

2.10 Notfallbudget

Wir bezweifeln, dass für Notfälle geeignete Entlastungsmöglichkeiten geschaffen werden können, ohne systematischen Ausbau der Regelversorgung. Diese würden in erster Linie Verhinderungs-, Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege betreffen. Schon heute zeigt sich bei der Inanspruchnahme ein Zerrbild. Die Summe der Leistungsansprüche in der häuslichen Pflege betragen 2024 123 Milliarden Euro. Die Summe der verfallenen Leistungsansprüche betrug 2024 über 88 Milliarden Euro. Das heißt, schon heute bleiben sämtliche Sachleistungen hinter dem Anstieg der zu pflegenden Personen



zurück. Allein bei der Kurzzeitpflege verfielen 87 Prozent der Leistungsansprüche, bei der Tagespflege waren es sogar fast 97 Prozent!

Das Hauptproblem in Notfällen ist nicht der fehlende Anspruch, sondern die fehlenden Möglichkeiten. Ohne freie Kurzzeitpflegeplätze können sie weder im Notfall noch als Prävention in Anspruch genommen werden. Wenn Kurzzeitplätze für Notfälle vorgehalten werden müssen, wird das ohnehin schon kaum vorhandene Angebot noch weiter verknappt.

Ferner ist uns unklar, welche Situationen abgedeckt sein sollen (Ausfall Pflegeperson, akute Überlastung, plötzliche Verschlechterung der Pflegesituation in der häuslichen und (teil-)stationären Versorgung oder überregionale Ereignisse (Hitze, Stromausfall, etc.) und welche Leistungen werden mit dem Notfallbudget finanziert (z.B. Ersatzpflege, Betreuung, Haushaltshilfe, Fahrdienste, kurzfristige Entlastungsangebote, Kurzzeitpflegen)? Ferner ist unklar, wie das Budget ohne lange Prüfprozesse unbürokratisch nutzbar sein soll und wer über Abruf und Umfang entscheidet.

2.11 Unvorhersehbarer pflegerischer Beratungs- oder Unterstützungsbedarf

Oben genannte Notfälle bzw., der Ausfall der häuslichen Pflegeperson kann unsres Erachtens nach in keinem Fall durch die fachpflegerische Begleitung aufgefangen werden. Häusliche Pflege bedeutet in der Regel eine 24/7 Betreuung, insbesondere bei hilflosen oder kognitiv eingeschränkten Personen, bei AKI oder Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen. Selbst tagsüber wäre eine erforderliche 1:1 Betreuung nicht gewährleistet, da die fachpflegerische Begleitung selbst bei ausreichender Kompetenz in den genannten Fällen nur sporadisch aufsuchend sein wird.

2.12 Ambulante „Pflegetnotdienste“

Dieser Vorschlag zeugt von Hilflosigkeit, sie führen zu einer schlechteren Versorgung der Pflegebedürftigen in einer Notfallsituation und produzieren erhebliche Umverteilungs- und Gerechtigkeitsprobleme. Angestellte von Hausnotrufdiensten können keine qualifizierte Pflege in Notfällen übernehmen. Ein ambulanter Pflegetnotdienst über wechselnde Teilnahme der Pflegedienste muss angesichts des Fachkräftemangels Personal von der tagtäglich notwendigen Regelversorgung abziehen. Der Vorschlag führt zudem zu einer Verschiebung der Ressourcen aus der Pflegeversicherung hin in den medizinischen Versorgungsbereich.

2.13 und 2.14 „Pflegetnotfalltelefon“

Die Einrichtung einer Modellregion muss sich auf das Schnittstellenmanagement der Notfallversorgung konzentrieren. Die Erfahrungen und eine Evaluation mit der Qualität der Antworten und der Erreichbarkeit der vorhandenen Pflegetnotfalltelefone in



mehreren Bundesländern müssen der erste Schritt sein. Zudem nützt das beste Notfalltelefon nichts, wenn es keine Notfallversorgung gibt.

2.15 Verantwortung der Länder für die pflegerische Infrastruktur

Hierbei bleibt unklar, wie die Länder die adäquate Infrastruktur in pflegerischen Akut- und Notfallversorgung aufrechterhalten sollen. Schon jetzt gibt es in jedem Bundesland „weiße Flecken“, in denen jegliche Pflegeinfrastruktur fehlt. Es wäre illusorisch zu glauben, dass die Länder finanziell in der Lage wären, entsprechende Unterstützungsstrukturen in einem angemessenen Zeitraum zu schaffen.

2.16 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Eine Vereinbarkeit von Pflege, Beruf UND selbstbestimmten Leben ist unter anderem abhängig von den Arbeitgebenden. Insbesondere pflegende Frauen leiden unter Diskriminierungserfahrungen am Arbeitsplatz, weil sie wegen der Pflegesituation ggf. nicht den gleichen Arbeitsumfang leisten können wie Menschen ohne Care-Arbeit. Gleichwohl ist eine gute Vereinbarkeit für Pflegende wichtig, um aus der Armutsfalle zu kommen. Häufig müssen Arbeitsstunden reduziert werden, was sich negativ auf Einkommen und Rente auswirkt.

2.17 Finanzielle Kompensation

Der vor mehr als zehn Jahren gegründete unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf hat zahlreiche Maßnahmen auf den Tisch gelegt, von denen bis heute nur ein Bruchteil umgesetzt wurden. Eine davon ist die „Weiterentwicklung der Gesetzeslage und zur Einführung einer Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige, die einer Berufsarbeit nachgehen. Die jüngst veröffentlichten Ergebnisse zur Einbindung privat Pflegender in die häusliche Sorgearbeit zeigen eindeutig, dass dringend Maßnahmen erforderlich sind, um die Situation der pflegenden Angehörigen zu verbessern und ihnen ein Nebeneinander von Pflege und Beruf zu ermöglichen. Dies gilt nicht zuletzt auch deshalb, weil ihre Leistungen angesichts eines massiv abnehmenden Erwerbsbevölkerungspotenzials in Deutschland sowohl in der häuslichen Pflege als auch in der Arbeitswelt dringend benötigt werden“.³

Schlussbemerkung

Eine detaillierte Einschätzung der Abschnitte 3 (Einfache und bürokratiearme Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung), 4 (Bürgernahe pflegerische

³ Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Stand und Handlungsempfehlungen, Tanja Kavur und Adelheid Kuhlmei, 2024



Versorgung sicherstellen), 5 (Mehr Gestaltungsspielräume, wirtschaftliche Sicherheit und Entlastung für Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal) und 6 (Innovation belohnen, Nutzung von Digitalisierung und KI und entsprechende Transformationsprozessen unterstützen) wird folgen.

Wir gehen davon aus, dass es bei Umsetzung der Zusammenlegung der bisherigen Budgets bei allen diskutierten Optionen zu immensen finanziellen Einbußen für die Pflegehaushalten kommen wird. Bei einer Umsetzung der Pflegereform ab dem 1.1.2027 würde ohne eine Bestandsschutz- Regelung schlagartig eine theoretische Nachfragestimulation in Milliardenhöhe auf einen Markt treffen, der heute schon „out of Stock“ ist und nur von den pflegenden An- und Zugehörigen aufrechterhalten wird. Auch im Hinblick auf die von der Arbeitsgruppe betonte Verschärfung der Lage durch den demographischen Wandel ist es aus unserer Sicht fatal, selbst organisierter Unterstützung Ressourcen zu beschneiden. Völlig offen ist auch die Frage, was mit den neuen Budgets passieren sollte, die nicht „eingelöst“ werden können. Eine detailliertere Einordnung über die möglichen finanziellen Auswirkungen hat Hendrik Dohmeyer bereits publiziert.⁴

Zum Kapitel III. (Maßnahmen zur nachhaltigen Finanzierung der SPV und zur Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile) verweisen wir auf eine Veröffentlichung der Ruhr Uni Bochum, in der deutliche Gerechtigkeitslücken zwischen formeller und informeller Pflege beschrieben werden.⁵

⁴ <https://pflege-dschungel.de/grosse-pflegereform-2026/>

⁵ Vergl. Pflegegrade, Leistungsansprüche, Eigenanteile – wie gerecht ist die Soziale Pflegeversicherung? RUB, Prof. Dr. Notburga Ott, Arbeitspapier, Dezember 2025