

Leistungskürzungen statt großer Strukturreform – Warum die geplante gesetzliche Neuordnung die Krise der Pflege verschärfen würde

Von Heinz Rothgang

Einleitung

Die Einführung der Pflegeversicherung 1995 war eine große sozialpolitische Errungenschaft, mit der Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko anerkannt wurde. Gut dreißig Jahre später besteht für die fünfte Säule der Sozialversicherung Reformbedarf. Im Koalitionsvertrag wurde eine »große Pflegereform« vereinbart und zu deren Vorbereitung unter dem Label »Zukunftspakt Pflege« eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet, die im Dezember 2025 einen Bericht mit umfassenden Reformvorschlägen und -optionen vorgelegt hat.¹ Im Juni 2026 wurde ein Referentenentwurf für ein Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNOG-E) veröffentlicht.²

Der Entwurf greift zentrale Probleme auf, aber beinhaltet nur zum Teil zielführende Lösungen und würde bei seiner Umsetzung insgesamt *problemverschärfend* wirken. Im Folgenden werden zunächst die zentralen Probleme der Pflegeversicherung und der Versorgung der Pflegebedürftigen dargestellt. Darauf aufbauend wird geprüft, wie die vorgesehenen Regelungen diese Problemlagen beeinflussen.

Die Ausgangslage: Die zentralen Probleme der Pflege(ver)sicherung

Die soziale Pflegeversicherung weist ein doppeltes Finanzierungsproblem³ auf: Auf der einen Seite ist der Beitragssatz in den letzten Jahren mehrfach und deutlich erhöht worden. Dabei war er in den ersten 10 Jahren nach der Einführung konstant geblieben und lag auch 2014 mit 2,05 Beitragssatzpunkten (für Versicherte mit Elterneigenschaft) nur 0,35 Beitragssatzpunkte oberhalb des Beitragssatzes, der 1996 (nach Einführung der Leistungen auch für stationäre Pflege) gegolten hatte. Jetzt beträgt der Satz 3,6 Beitragssatzpunkte, für Kinderlose sogar 4,2. Nach Berechnungen des Bundesgesundheitsministerium wird das Defizit ab 2028 auf einen zweistelligen Milliardenbetrag ansteigen. Der Ausweg, das Defizit durch eine weitere Beitragssatzerhöhung

zu schließen, scheint vor dem Hintergrund der vergangenen Beitragssatzentwicklung als nicht gangbar. Notwendig sind alternative Ansätze zur *Beitragssatzstabilisierung*.

Gleichzeitig haben die Leistungen der Pflegeversicherung durch fehlende, verzögerte und unzureichende Dynamisierung erheblich an Wert verloren. So wurden die Leistungsbeträge der Versicherungsleistungen bis 2008 (in der Heimpflege in Pflegestufe I und II sogar bis 2012) gar nicht und danach nur verzögert angepasst. So wird von 2017 bis 2027 das Pflegegeld um insgesamt 10 %, die Sachleistungsbeträge um insgesamt 15 % erhöht worden sein. Die kumulierte Inflationsrate für diesen Zeitraum beläuft sich dagegen auf 30 %.

Es gibt keine amtliche Statistik zu gezahlten *Eigenanteilen* im ambulanten Bereich. Befragungsdaten zeigen aber, dass diese nicht dramatisch ansteigen. Vielmehr werden bei Preissteigerungen weniger Leistungen in Anspruch genommen. In der Heimpflege zeigt sich der Effekt der unzureichenden Dynamisierung dagegen deutlich. Bei Einführung der Pflegeversicherung waren die Versicherungsleistungen noch ausreichend, um die durchschnittlichen Pflegesätze in Pflegestufe I und II vollständig zu finanzieren. Die durchschnittlichen pflegebedingten Eigenanteile lagen noch Ende 1999 bei durchschnittlich 277 Euro.⁴ Inzwischen haben sie ein dramatisches Ausmaß erreicht. Um den Anstieg der Eigenanteile zu begrenzen, wurde 2022 eine neue Leistung eingeführt: nach Dauer der Pflege gestaffelte prozentuale Zuschläge gemäß § 43c SGB XI. Dennoch sind die pflegebedingten Eigenanteile später wieder gestiegen. Bundesdurchschnittlich überschritten die Gesamteigenanteile bereits 2024 das Niveau vor Einführung der Zuschläge (Abbildung 1).

Die in der Abbildung angegebenen Leistungszuschläge sind dabei ein gewogener Mittelwert, bei dem die Heimbewohnenden mit unterschiedlicher Dauer der Heimpflege entsprechend ihres Anteils an allen Bewohnenden eingegangen sind. Allerdings verstirbt ein großer Teil der Heimbewohnenden früh und kommt gar nicht in den Genuss der höheren Leistungszuschläge.

Entscheidend sind daher die Eigenanteile im ersten Jahr der Heimpflege.⁵ Zum Jahresbeginn 2026 beliefen sich diese bundesdurchschnittlich auf monatlich mehr als 1.500 Euro (Abbildung 1), die Gesamteigenanteile liegen inzwischen sogar bei monatlich 3.400 Euro (Abbildung 2).

1 Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Zukunftspakt Pflege: Optionen für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung – Roadmap vom 11. 12. 2025, online: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Z/Zukunftspakt_Pflege/20251211_Ergebnisse_und_Roadmap.pdf.

2 Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung vom 4. 6. 2026, online: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/RefE-Pflegeneuordnungsgesetz_PNOG.pdf.

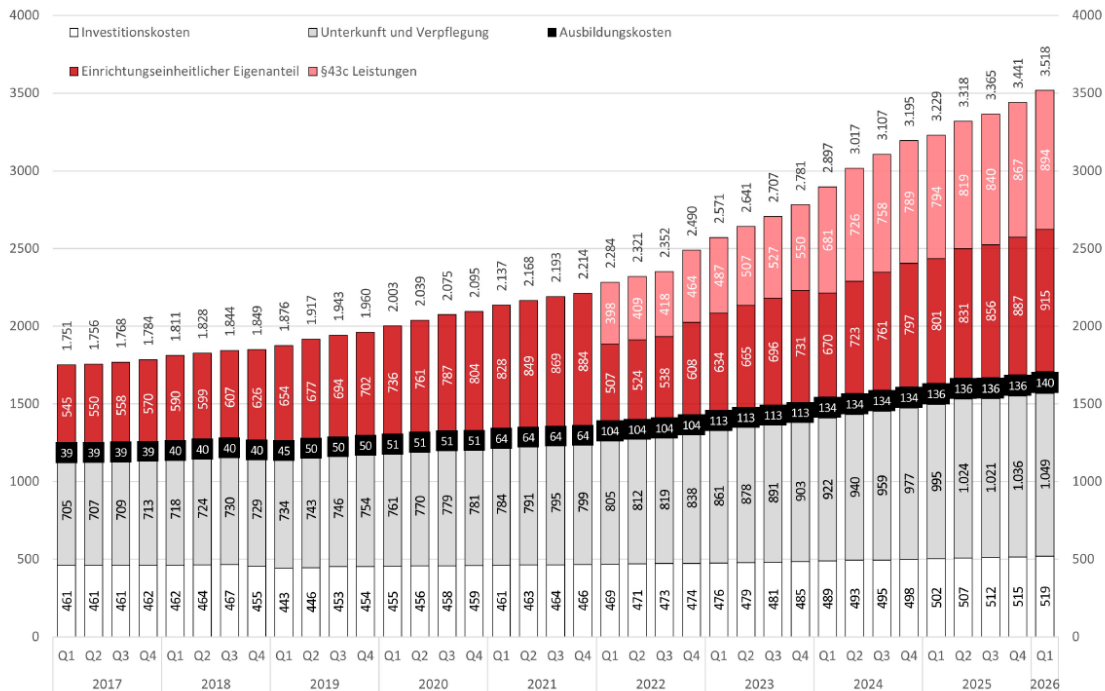
3 Heinz Rothgang (2025): Die Pflegebürgerversicherung als Lösungsoption für Finanzierungsschwierigkeiten und normative Defizite, in: Soziale Sicherheit, Heft 7, S. 10-18.

4 Heinz Rothgang / Thomas Kalwitzki / Janet Cordes (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. 2. Gutachten. Online: www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2_Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf.

5 Denn ein großer Teil der Heimbewohnenden verstirbt früh und kommt daher nicht in den Genuss der mit der Zeit ansteigenden Leistungszuschläge.

ABBILDUNG 1

Entwicklung der bundesdurchschnittlichen Eigenanteile



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der vom vdek bereitgestellten Daten von rund 10.000 Pflegeheimen.

Damit wird das zentrale Versprechen der Pflegeversicherung gebrochen: »Wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen.«⁶ Um dieses Ziel zu erreichen, gab es ein zweites Leistungsversprechen: Die Pflegeversicherung soll »eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken«.⁷ Davon kann derzeit nicht die Rede sein.

Schließlich ist die Versorgungssicherheit für Pflegebedürftige nicht mehr gewährleistet. Pflegeleistungen werden durch Angebotsbegrenzungen in häuslicher und stationärer Pflege rationiert, Anfragen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in großem Umfang abgewiesen. Die Personalausstattung in den Einrichtungen entspricht nicht dem Verständnis, das mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff korrespondiert.⁸ Viele Einrichtungen erreichen nicht einmal die »Zielwerte« nach § 113c Abs. 8 SGB XI, die perspektivisch eine sozialrecht-

liche Untergrenze der Personalbemessung darstellen.⁹ Für die Zukunft drohen weitere Versorgungslücken: »Laut Pflegekräftevorausberechnung liegt die erwartete Zahl an Pflegekräften im Jahr 2049 zwischen 280 000 und 690 000 unter dem erwarteten Bedarf.«¹⁰

Zentrale Regelungen des Entwurfs eines Pflegeneuordnungsgesetzes

Vor dem Hintergrund dieser drei zentralen Probleme – Defizit der Pflegeversicherung, zu hohe Eigenanteile und gefährdete Versorgungssicherheit – zielt der Entwurf eines Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG-E) vor allem darauf ab, das Defizit der Pflegeversicherung zu schließen. Er enthält diesbezügliche Maßnahmen auf der Einnahmenseite und auf der Ausgabenseite.

Auf der *Einnahmenseite* ist vorgesehen:

- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (derzeit monatlich 5.812 Euro) auf die Versicherungspflichtgrenze (derzeit monatlich 6.450 Euro),
- Einführung eines Beitragszuschlags von 0,52 Prozentpunkten für bislang beitragsfrei mitversicherte Ehepartner (oder eingetragene Lebenspartner), die keine Kinder (unter 7 Jahre) betreuen oder Pflegebedürftige pflegen,

6 PflegeVG-E, Seite 2.

7 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 1. Januar 1995, Seite 8 f. Online: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf.

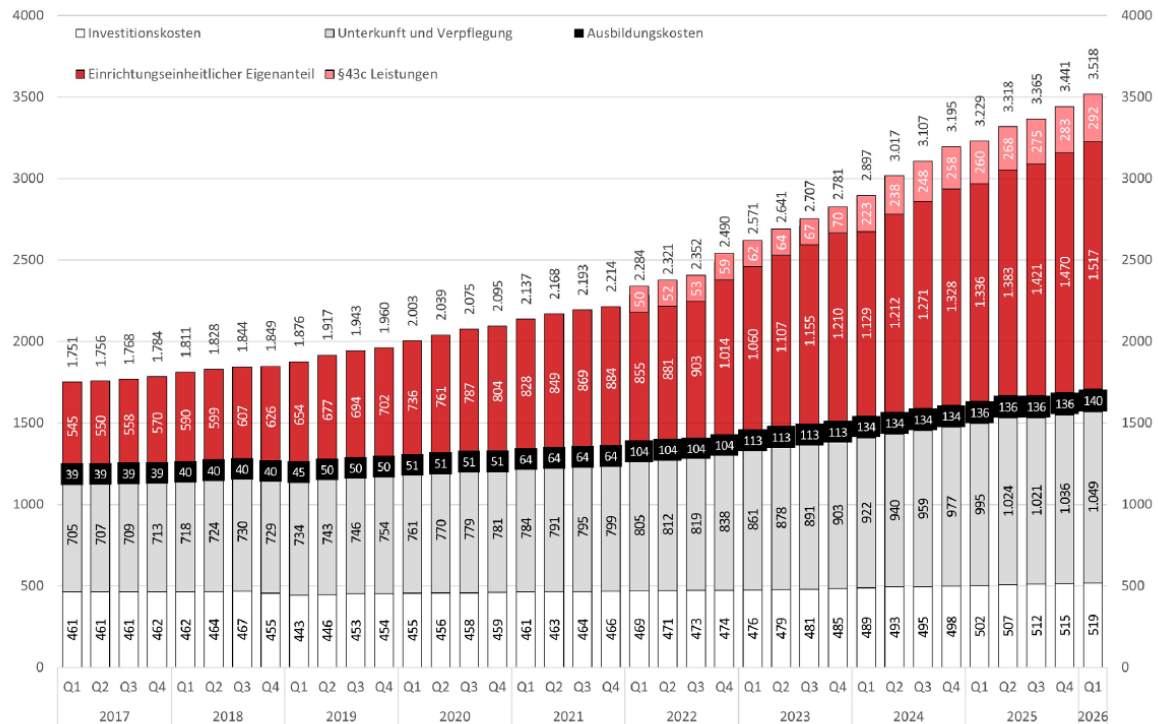
8 Vergleiche Heinz Rothgang et al. (2020): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM), Online: www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf.

9 PNOG-E, Seite 198 f. (wie FN 2).

10 Statistisches Bundesamt (2024): Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt. Online: www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html.

ABBILDUNG 2

Entwicklung der bundesdurchschnittlichen Eigenanteile im ersten Jahr der Heimpflege



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der vom vdek bereitgestellten Daten von rund 10.000 Pflegeheimen.

- Erhöhung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte und
- Einführung eines Arbeitgeberbeitrags bei Minijobs in Höhe von 3,6 %.

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Einführung eines Beitragszuschlags für mitversicherte Ehepartner sind dabei dem Entwurf des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes entnommen.¹¹ Allerdings soll die monatliche Beitragsbemessungsgrenze in der Pflegeversicherung um mehr als 600 Euro angehoben werden, in der Krankenversicherung nur um 300 Euro.¹²

Auf der *Ausgabenseite* sind Kürzungen der Versicherungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige in erheblichem Ausmaß vorgesehen. Zudem werden die Vergütungen der Leistungsanbieter begrenzt.

Pflegebedürftige sind insbesondere durch folgende Regelungen betroffen:

- geplante Verschärfung der Kriterien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit,
- Verlängerung der Zeiträume bis zum Anstieg der Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen nach § 43c SGB XI),

- Aussetzung der für Januar 2028 aktuell noch im Gesetz vorgesehene Leistungsdynamisierung und
- »Entkernung« des Pflegegrad 1 durch Wegfall des Entlastungsbetrags als bislang zentraler Leistung.

Tatsächlich wurde die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1.1.2017 im Rahmen einer »erstaunlich großzügige[n] Reform«¹³ umgesetzt. Hier wieder etwas zurückzurudern, ist nicht unplausibel. Die im Referentenentwurf vorgesehenen Ausgaben für einen zu beauftragenden Beirat¹⁴ legen nahe, dass eine umfassendere Revision geplant ist.

Der Pflegegrad 1 war von Anfang an kein »echter« Pflegegrad, weil er Pflegebedürftigen keine der Hauptleistungsarten (Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Leistungen bei vollstationärer Pflege) gewährt. Die einzige nennenswerte Leistung ist der Entlastungsbetrag von zuletzt 131 Euro monatlich. Genau diese Leistung soll gestrichen werden, so dass vom Pflegegrad 1 nur noch eine leere Hülle zurückbleibt.

Gravierend ist die Aussetzung der Leistungsdynamisierung, die laut § 30 SGB XI noch für den Januar 2028 vorgesehen war. Sie wird ab Juli 2028 durch eine jährliche Leistungsdynamisierung ersetzt. Für die Anpas-

¹¹ Online: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gkv-beitragsstabilisierungsgesetz, vergleiche auch Thomas Böhm ab Seite 16 in dieser Ausgabe.

¹² Der erstmalige vom Arbeitgeber zu tragende Beitragssatz für Minijobs und der Beitragszuschlag für beitragsfrei mitversicherte (Ehe)Partner liegen bei rund einem Fünftel der Sätze, die in der GKV-Reform vorgesehen sind, was dem Verhältnis der Beitragssätze in beiden Systemen entspricht.

¹³ Heinz Rothgang / Thomas Kalwitzki (2015): Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform, in Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 5: 48-56. DOI: 10.5771/1611-5821-2015-5.

¹⁴ PNOG-E, Seite 6 (wie FN 2).

sungshöhe wird in der derzeit noch geltenden Norm auf den »kumulierten Anstieg[...] der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen« verwiesen. Für die jährliche Anpassung ist dagegen der *Durchschnitt* der letzten drei Jahre relevant. Wird beispielhaft eine Inflationsrate von 3 % unterstellt, so wird aus einer Anpassung um 9 % zum Januar 2028 eine Anpassung um 3 % zum Juli 2028 – unter dem Strich also eine Reduktion der Dynamisierung und damit eine reale Leistungskürzung.

Massive Verschlechterungen für Pflegebedürftige ergeben sich auch durch die Veränderungen des § 43c SGB XI, der Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen in Höhe von 15 %, 30 %, 50 % und 75 % vorsieht. Derzeit werden diese Anteilswerte nach jeweils 12 Monaten gesteigert. Vorgesehen ist im PNOG-E dagegen ein Anstieg nur noch alle 18 Monate. Würden diese Regelungen heute schon gelten, lägen die monatlichen Eigenanteile für Pflegebedürftige im Durchschnitt um 161 Euro höher. Für eine pflegebedürftige Person, die fünf Jahre im Heim lebt, kumulieren die durch diese Regelung ausgelösten zusätzlichen Eigenanteile auf rund 20.000 Euro.¹⁵

Für *Pflegeeinrichtungen* werden die Regelungen zur tarifgerechten Entlohnung für einen Zeitraum von zunächst vier Jahre »ausgesetzt«, gemäß einem Tarifvertrag oder kirchlicher Arbeitsvertragsrichtlinien, in Anlehnung an ein solches Kollektivvertragswerk oder zumindest in Höhe des regional üblichen Entlohnungsniveaus zu entlohnen. Damit wird die untere Grenze der Entlohnung zunächst gestrichen. Gleichzeitig werden die Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate begrenzt.¹⁶

Durch Verweis auf die entsprechende Norm im SGB V, die mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz geändert werden soll, ergibt sich sogar, dass die Obergrenze der Vergütungssteigerung für die Jahre 2027-29 um einen Prozentpunkt reduziert wird. Die um einen Prozentpunkt reduzierte Grundlohnrate ist dabei als Obergrenze für die Vergütung vorgesehen, nicht lediglich für die Lohnsteigerungen. Da sich die Personalkosten der Pflegeeinrichtungen aber aus dem Produkt der eingesetzten Personalmenge und der Durchschnittsentlohnung pro beschäftigter Person ergeben, wirkt die neue Obergrenze der Grundlohnratenorientierung unmittelbar auch auf die Menge des refinanzierbaren Pflegepersonals.

Die Grundlohnratensteigerung als Veränderung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen ist im Wesentlichen Ausdruck der Steigerung der Löhne und Gehälter aller Beschäftigten. Die Lohnentwicklung der Pflegekräfte lag in den letzten Jahren deutlich oberhalb dieser Rate. Dies wird sich kurzfristig nicht ändern, u.a. weil einige geltende Tarifverträge längere Laufzeiten haben, innerhalb derer Lohnsteigerungen bereits festgelegt sind. Die um einen Prozentpunkt reduzierte

Grundlohnratensteigerung wird daher nicht ausreichen, um die Lohnsteigerungen zu finanzieren. Pflegeeinrichtungen können diese Obergrenze dann nur einhalten, indem sie Personal abbauen. Dies ist insbesondere im stationären Sektor fatal, in dem die Personalobergrenzen des § 113c Abs. 1 SGB XI und die Zielwerte gemäß § 113c Abs. 8 SGB XI von vielen Einrichtungen erst noch erreicht werden müssen. Der nur über einen mehrjährigen Zeitraum mögliche Aufbau einer höheren Personalausstattung als Kern der Einführung des Personalbemessungsverfahrens wird bei Umsetzung dieser Regelung abrupt gestoppt.

Auch für die *pflegenden An- und Zugehörigen* enthält der Referentenentwurf erhebliche Leistungskürzungen. Rentenversicherungsbeiträge für informelle Pflegepersonen sollen nur noch bis zur Regelaltersgrenze gewährt werden. Wenn bereits Altersrente als Teilrente bezogen wird, können sie keine Rentenanwartschaften mehr erwerben. Noch bedeutsamer ist die geplante Kürzung der an die Rentenversicherung abzuführenden Beiträge um 30 %. Die jährlichen Ausgaben für diese Beiträge belaufen sich inzwischen auf mehr als 5 Milliarden Euro. Diese Kürzung hat unmittelbar einen merklichen finanziellen Effekt, während die Auswirkungen in Form verminderter Renten erst in der Zukunft sichtbar werden. Insofern liegt die Versuchung nahe, an dieser Stelle zu kürzen. Allerdings ist es kaum nachzuvollziehen, warum pflegende Angehörigen regelmäßig als Rückgrat der Pflege und als »größter Pflegedienst der Nation« beschworen werden, während ihnen die Anerkennung ihrer Leistung in der Rentenversicherung gekürzt wird.

Der Referentenentwurf enthält auch Elemente einer Strukturreform, deren Wirkung allerdings noch kaum absehbar ist. Die vorgesehen pflegefachliche Begleitung greift Forderungen auf, die auch aus Wissenschaft und Praxis seit langem gestellt werden.¹⁷ Allerdings kann fachliche Beratung nur dann zu Optimierung von Versorgungsarrangements führen, wenn überhaupt entsprechende Angebote vorhanden sind. Die Versorgungskrise wird durch andere Elemente des Referentenentwurfs aber eher verstärkt. Die im Koalitionsvertrag geforderte Zusammenfassung von Leistungen soll durch Einführung einer Reihe von Budgets erfolgen. Dabei werden die Pflegesachleistungen in ein Sachleistungsbudget, das Pflegegeld in ein Entlastungsbudget, der Entlastungsbetrag in ein Sozialraumbudget und die Verhinderungspflege in eine Überbrückungsbudget überführt. Ob diese Umbenennungen zu Vereinfachungen und mehr Flexibilität führen, wird die Zukunft zeigen. Erste Äußerungen aus der Praxis, etwa in den Stellungnahmen zur Verbändeanhörung, lassen daran zweifeln, während gleichzeitig indirekte Einspareffekte der Budgetierung – etwas bei Pflegehilfsmitteln – zu erwarten sind. Auch beim Sozialraumbudget ist unklar, ob hier alte Strukturen durch neue ersetzt oder neue Parallelstrukturen aufgebaut werden.

15 Heinz Rothgang / Tatiana Mamontova (2026): Entwicklung der stationären Eigenanteile und der Rolle der Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen 2026-2035 unter Berücksichtigung aktueller Reformoptionen. Kurzgutachten im Auftrag der DAK-Gesundheit; online: <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/169472/data/0d2f9e73823cc34c47cf56eaeedfc445/260518-download-gutachten-hzp-rothgang.pdf>.

16 Vergleiche Thomas Böhm Seite 17 f. in dieser Ausgabe.

17 Thomas Klie / Michael Ranft / Nadine-Michèle Szepan (2025) Reset Pflegeversicherung: Strukturreform Pflege und Teilhabe III. Freiburg: Kuratorium Deutsche Altenhilfe. Online: https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Strukturreform_Pflege_und_Teilhabe_III_2025.pdf.

ABBILDUNG 3

Projektion der deflationierten monatlichen Eigenanteile bis 2035

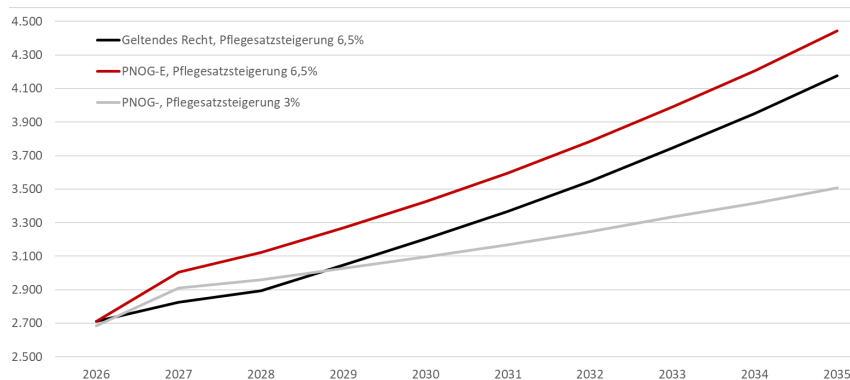
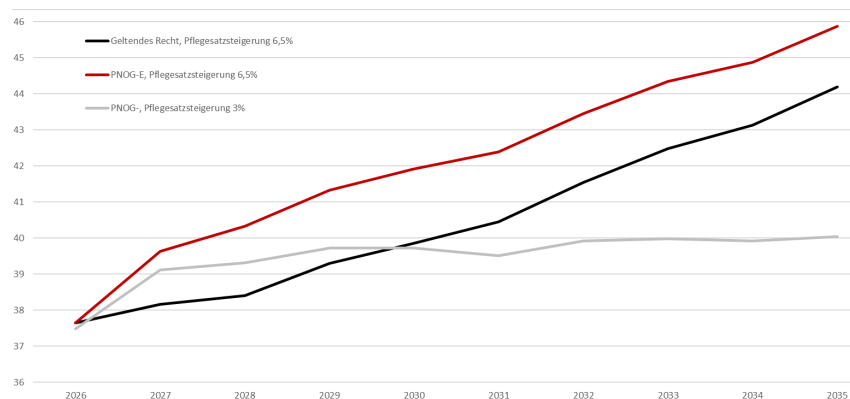


ABBILDUNG 4

Projektion der Quote der Empfänger von Hilfe zur Pflege bis 2035



Der Beitrag des Pflegeneuordnungsgesetzes zur Problemlösung

Welchen Beitrag leistet das Gesetz in der jetzigen Form zur Lösung der eingangs beschriebenen Probleme?

Gemäß dem vorgelegten Finanztableau gelingt durch die Summe der Maßnahmen unter dem Strich eine *Beitragssatzstabilisierung*. Die Berechnungen selbst erscheinen an einigen Stellen eher optimistisch. Beispielhaft sei hier der Effekt des Zusatzbeitragssatzes für Kinderlose herausgegriffen. Sie unterliegen derzeit einem Beitragssatz von 4,2 Prozentpunkten. Für den Zusatzbeitragssatz von 0,1 Beitragssatzpunkten werden Mehreinnahmen von 1,1 Mrd. Euro angesetzt. Entsprechend würden Kinderlose Beiträge in Höhe von 46,2 Milliarden Euro zahlen (42 x 1,1 Milliarden). Das wären knapp zwei Drittel aller Beitragseinnahmen, obwohl nur jeder Dritte Beitragszahler kinderlos ist. Das ist offensichtlich unrealistisch, der Finanzeffekt zu hoch angesetzt.

Entscheidender ist aber, dass die Beitragssatzstabilisierung nur durch Maßnahmen gelingt, die sich negativ auf die beiden anderen Zielen auswirken. Unmittelbar deutlich

wird dies bei den *Eigenanteilen* in der vollstationären Pflege. Hier zeigt sich die Kapitulation bereits in der Zieldefinition. Der Koalitionsvertrag spricht noch von einer »Begrenzung der Eigenanteile«, auch der Auftrag an die Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurde entsprechend formuliert. Dieses Ziel wird im Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes aufgegeben, nun wird lediglich eine »Begrenzung des *Anstiegs* der Eigenanteile an den Pflegekosten« genannt.¹⁸

Tatsächlich wirken die verzögerte Leistungsdynamisierung und die Verlängerung der Fristen bis zum Anstieg der prozentualen Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI von 12 auf 18 Monate problemverschärfend. Beide Maßnahmen werden zu einem Anstieg der monatlichen Eigenanteile und der Quote der Empfänger von Hilfe zur Pflege (HzP-Quote) führen.

Die Abbildungen 3 und 4 zeigen die Entwicklung der Eigenanteile bzw. des Anteils der Empfängerinnen und Empfänger von HzP bei bestehender Rechtslage, wenn eine durchschnittliche Pflegesatzsteigerung von 6,5 Prozent unterstellt wird (schwarze Linie). Diese Rate liegt um 0,4 Prozentpunkte unterhalb der Rate, mit der die Pflegesätze von 2017 bis

2025 gestiegen sind. Die Effekte der geplanten Veränderungen bei § 43c SGB XI und bei der Leistungsdynamisierung zeigen die roten Linien. Die Eigenanteile und die HzP-Quote liegen deutlich oberhalb des Status quo-Szenarios.

Allerdings ist eine Pflegesatzentwicklung auf dem bisherigen Pfad nicht mehr plausibel, wenn die Grundlohnratenorientierung umgesetzt wird. In einem Alternativszenario wird daher eine Pflegesatzsteigerung von lediglich 3 % pro Jahr unterstellt – ein sehr viel geringerer Aufwuchs der Pflegesätze (graue Linien). Selbst dann steigen die durchschnittlichen Eigenanteile weiter, bis auf 3.500 Euro im Jahr 2035 (Abbildung 3). Dabei ist zu bedenken, dass es sich um deflationierte Zahlen (in Preisen von heute) handelt. Zudem werden die durchschnittlichen Eigenanteile angegeben. Im ersten Jahr der Heimpflege liegen die Werte entsprechend deutlich höher. Die unterstellte niedrige Pflegesatzsteigerung dämpft auch den Anstieg der HzP-Quote, die aber dennoch bis 2035 auf 40 % steigt (Abbildung 4).

18 PNOG-E, Seite 3 (wie FN 2).

Eine Begrenzung der Eigenanteile wird somit nicht erreicht, eine Dämpfung ihres Anstiegs ist aber möglich, wenn die Pflegesatzsteigerung auf weniger als die Hälfte der Steigerung der letzten 10 Jahre gedrückt wird. Das wiederum hat aber Folgen für die *Sicherung der Versorgung*. Im Wahlkampf wurde noch über die Einführung eines »Pflegelohns« für pflegende Angehörige debattiert – nunmehr sollen stattdessen ihre Rentenversicherungsbeiträge gekürzt und die informelle Pflege so geschwächt werden.

Für die Versorgungssicherheit – dies war Konsens in der Konzierten Aktion Pflege – sind eine gute Bezahlung und verbesserte Arbeitsbedingungen notwendig. Die Bezahlung in der Langzeitpflege hat sich seitdem deutlich verbessert, nicht zuletzt aufgrund der Regelungen zur tarifgerechten Bezahlung.¹⁹ Mit der geplanten Aussetzung dieser Regelungen wird dieser Erfolg wieder infrage gestellt, noch bevor sich überhaupt herumgesprochen hat, dass Pflege ein gut bezahlter Beruf ist. Die Begrenzung der Vergütungsanstiege auf die Grundlohnrate minus 1 Prozentpunkt wird jeglichen Personalausbau verhindern und im Gegenteil wahrscheinlich sogar zu Personalabbau führen. Die unzureichende Personalausstattung ist aber der Hauptgrund, warum Pflegekräfte ihren Beruf verlassen. Die Ausdehnung der Grundlohnratenorientierung auch auf die Mengenkomponente der Vergütung – die Zahl des eingesetzten Pflegepersonals – konterkariert damit alle seit den Beschlüssen der Konzierten Aktion Pflege durchgeführten Maßnahmen, reduziert die Attraktivität des Pflegeberufs erheblich und gefährdet die Versorgungssicherheit noch weiter. Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, dass eine neue Begutachtungssystematik zu einem niedrigeren Pflegegradmix führt, dieser aber gemäß neuer Personalbemessung ausschlaggebend für die Zahl des einzusetzenden Personals und seine Struktur ist. Die Verschärfung der Begutachtungen führt daher indirekt ebenfalls zu Personalabbau.

Fazit

Im Koalitionsvertrag wurde eine »große Pflegereform« versprochen – der Entwurf des PNOG ist dagegen im Wesentlichen ein Kostendämpfungsgesetz. Die weitreichenden Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe werden nicht umgesetzt und die im Entwurf enthaltenen zukunftsweisenden Aspekte sind zumindest mit einem Fragezeichen zu versehen. So gehen die vorgesehenen Digitalisierungstöpfe in der stationären Pflege nicht über die bisherige Förderung hinaus. Das gilt insbesondere für die Ausgestaltung des neuen § 113e SGB XI, der die Umwidmung nicht genutzter Personalmittel in Digitalisierungsanstrengungen ermöglichen soll, aber so ausgestaltet ist, dass die Förderung noch hinter die bisherigen Fördersummen

zurückfällt. Aus dem »Sondervermögen Infrastruktur« können bis zu 1,6 Mrd. Euro für Digitalisierung entnommen werden – aber nur für den ambulanten Bereich. Die »Budgets« sind neue Namen für alte Leistungen mit teilweise Einspareffekten (z.B. Hilfsmittel). Wirkliche Flexibilisierung und Entbürokratisierung sind nicht erkennbar. Die pflegefachliche Begleitung ist gut gemeint, aber bei Leistungskürzungen und Reduktion der Pflegeangebote aufgrund des PNOG zum Scheitern verurteilt. Zukunftsweisende Themen wie der Auf- und Ausbau von Ausbildungsstätten in Ländern mit junger Bevölkerung werden nicht thematisiert.

Um Beitragssatzstabilität zu erreichen, sieht das Gesetz einige Regelungen vor, die problemverschärfend in Bezug auf die Eigenanteile und die HzP-Ausgaben sind. Es beendet de facto die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens, führt zu Personalabbau in den Einrichtungen und macht den Pflegeberuf wieder unattraktiv.

Dabei hätte es durchaus Alternativen gegeben: Hier ist zunächst die Steuerfinanzierung zu nennen. Die Sozialversicherung hat Corona-bedingte Ausgaben getätigt, deren Rückzahlung zugesagt, aber bis heute nicht umgesetzt wurde. Hierbei handelt es sich um einen Betrag von 5 bis 6 Milliarden Euro. Die jährlichen Ausgaben in Höhe von mehr als 5 Milliarden für die Beitragszahlung für pflegende Angehörige sollte aus ordnungspolitischen Gründen ebenfalls steuerfinanziert werden. Allein damit wäre das aktuelle Defizit der Pflegeversicherung ausgeglichen. Auch die Kosten für Pflegeschulen sollten – analog den Berufsschulen – steuerfinanziert werden und nicht per Umlage durch die Pflegebedürftigen. Die Feststellung des § 8 SGB XI, dass Pflege eine »gesamtgemeinschaftliche Aufgabe« ist, rechtfertigt weitere regelmäßige Steuerzuschüsse – auch weil die Länder die Investitionskosten nicht so fördern, wie sie es eigentlich »sollen« (§ 9 SGB XI).

Schließlich wäre ein Finanzausgleich mit der privaten Pflegepflichtversicherung angezeigt. Obwohl die beiden Systeme leistungsrechtlich keine Unterschiede aufweisen und auch die Begutachtungen aufeinander abgestimmt sind, sind die Leistungsausgaben für Privatversicherte nur rund halb so hoch wie für Sozialversicherte. Dies ist Ausdruck der unterschiedlichen Risikostruktur, die einen Finanzausgleich nachgerade zwingend erscheinen lässt. So hatte das Bundesverfassungsgericht 2001 geurteilt, dass die Aufteilung der »Pflegevolksversicherung« in zwei Zweige zwar verfassungskonform sei, aber unter Maßgabe einer »ausgeglichenen Lastenverteilung«.²⁰ Diese herzustellen wäre Aufgabe eines solchen Finanzausgleichs.



Heinz Rothgang forscht und lehrt an der Universität Bremen, wo er die Abteilung »Gesundheit, Pflege und Alterssicherung« im SOCIUM leitet.

19 Michaela Evans-Borchers / Heinz Rothgang / Julia Lenzen / Freya Diederich (2026) Evaluation der Wirkungen der Regelungen zur Entlohnung nach Tarif von Pflege- und Betreuungskräften in der Langzeitpflege. Evaluation im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, online: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_Entlohnung_nach_Tarif_72_Absatz_3f_SGB_XI_barrierefrei.pdf.

20 BVerfG (2001): Urteil des Ersten Senats vom 03. April 2001 – 1 BvR 2014/95 – Rn. (1–93). Karlsruhe, Bundesverfassungsgericht, BVerGE 103, 197 – 225. Online: www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2001/04/rs20010403_1bvr201495.pdf?__blob=publicationFile&v=1.