



Stellungnahme

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegerneuordnungsgesetz (PNOG))

9. Juni 2026

Vorbemerkung

Der DGB missbilligt ausdrücklich die viel zu kurze Frist zur Stellungnahme zum Referentenentwurf (RefE) innerhalb von dreieinhalb Werktagen. Eine derart verkürzte Frist ist nicht sachgerecht und lässt eine sorgfältige Prüfung nicht zu. Eine derart enge Fristsetzung ist nicht gerechtfertigt und erschwert eine fundierte Auseinandersetzung erheblich, beeinträchtigt die Transparenz und schwächt die angemessene Berücksichtigung unterschiedlicher Interessen – insbesondere der Sozialpartner – im Gesetzgebungsprozess.

Vor diesem Hintergrund fordern der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften nachdrücklich, bei Gesetzgebungsverfahren künftig angemessene Fristen vorzusehen. Dies gilt insbesondere für Reformvorhaben von erheblicher Tragweite, wie sie die Bundesregierung selbst für dieses Vorhaben bezeichnet.

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik
Keithstr. 1
10787 Berlin

Zusammenfassung

Mit der lang angekündigten Pflegereform und konkret dem Referentenentwurf zum Pflegerneuordnungsgesetz (PNOG) wird der Anspruch erhoben, die Finanzierungsgrundlagen der sozialen Pflegeversicherung zu stabilisieren und eine bürgernahe und menschenwürdige Versorgung von Pflegebedürftigen mit effizienten und nachhaltigen Versorgungsstrukturen personell und strukturell sicherzustellen und neu auszurichten. Dadurch sollen die steigenden Zahlen Pflegebedürftiger in einer stark alternden Gesellschaft gebremst, und Kosten massiv eingespart werden.

Der DGB kritisiert, dass mit dem Referentenentwurf zum PNOG – analog zum Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG) – einseitige Sparvorschläge und Leistungskürzungen fast ausschließlich zu Lasten der Versicherten, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der beruflich und ehrenamtlich Pflegenden vorgelegt werden, die weder mit den Ländern noch den Kommunen oder gar den Sozialpartnern abgestimmt sind.

Die einzelnen Maßnahmen dienen fast ausschließlich der kurzfristigen Konsolidierung der gesetzlichen Pflegeversicherung ohne Rücksicht auf die Bedarfe

und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und Pflegenden. Statt mutiger Reformen, die die Pflegeversicherung weiterentwickeln und zukunftsfähig machen, werden massiv Leistungen für Versicherte und ihre Angehörigen gekürzt und die Arbeits- und Vergütungsbedingungen zulasten der in der Pflege beschäftigten verschlechtert. Statt der dringend notwendigen und seit nahezu einem Jahrzehnt von allen politischen Akteuren avisierten Entlastungen, geht der Referentenentwurf ausschließlich mit Belastungen für Versicherte, Pflegebedürftige und Pflegenden einher.

Der Entwurf wird damit dem selbst gestellten Anspruch einer großen Pflegereform, die die Unterfinanzierung der Leistungen dauerhaft beendet und das Armutsrisiko Pflegebedürftigkeit verringert, in keiner Weise gerecht. Die avisierten Maßnahmen führen bei den Versicherten zu weiteren spürbaren Mehrbelastungen, während andere zentrale Akteure, darunter der Bundeshaushalt, die Länder und die private Pflegeversicherung keine nennenswerten Beiträge leisten sollen. Insbesondere ein Risikostrukturausgleich zwischen SPV und PPV ist aus Sicht des DGB und seiner Gewerkschaften unabdingbar, um die unterschiedlichen Kostenstrukturen hoher Pflegerisiken (chronisch kranke und multimorbide Menschen) gegenüber den niedrigen Pflegerisiken (überwiegend gesunde Gutverdiener), wenigstens teilweise anzugleichen. Ein weiteres Verschieben von finanziellen Lasten allein auf Versicherte durch die Absenkung der Rentenansprüche von privaten Pflegepersonen auf 70 Prozent, die weitere Anhebung des Beitragssatzes für kinderlose Mitglieder sowie die Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern führt zu einer einseitigen, inakzeptablen Belastung der Versicherten. Die gleichzeitige Kürzung bzw. das Hinausschieben von höheren stationären Pflegeleistungen führt zu vermehrter Pflegearmut und mittelfristig zu massiv steigenden Sozialhilfekosten (Hilfen zur Pflege SGB XII), und somit zu einer Überforderung der Kommunen. Beides sollte durch Gründung der Pflegeversicherung dereinst verhindert werden.

Das prognostizierte Defizit der SPV in Höhe von 7,5 Mrd. Euro für 2027 und 15 Mrd. Euro für 2028 darf nicht zum Fetisch einer Sparpolitik werden, der die zunehmende Unterversorgung der Versicherten egal ist. Allein innerhalb des letzten Jahres stieg der Eigenanteil bei den stationär Pflegebedürftigen um 261 Euro (+9 Prozent) auf 3.245 Euro¹, Tendenz weiter steigend. Doch jetzt Leistungen zu kürzen, Zuschläge zu verschieben oder längere Karenzzeiten einzuführen, um Ansprüche zu reduzieren kommt einer Bankrotterklärung des Sozialstaats gleich und droht das Vertrauen der Versicherten in die Sozialversicherungen nachhaltig zu erschüttern. Es bedarf stattdessen eines breiteren Ansatzes auf der Einnahmeseite, der alle Erwerbstätigen paritätisch in einem solidarischen System entsprechend der Höhe ihrer Einkommen an der

¹ [Pflegebedürftige in Pflegeheimen müssen erneut mehr aus eigener Tasche bezahlen: Eigenanteil steigt auf durchschnittlich 3.245 Euro im ersten Aufenthaltsjahr](#)

Finanzierung der Pflegeleistungen beteiligt und dadurch in der Lage ist, sämtliche pflegerischen Kosten ohne Eigenanteile zu finanzieren.

Darüber hinaus muss der Staat einen angemessenen dynamisierten Steuerzuschuss leisten, und zwar nicht erst ab 2030. Mit der längst überfälligen Übernahme von Kosten für versicherungsfremde Leistungen zur sozialen Absicherung pflegender Angehöriger sowie der Begleichung der Corona-Schulden stünden darüber hinaus allein 9 Mrd. Euro mehr für echte Strukturkonzepte zur Verfügung, um die SPV nachhaltig zu entlasten, ohne die Versicherten zusätzlich zu belasten. Stattdessen setzt die Regierung die Soziale Pflegeversicherung – und insbesondere deren Versicherte – unter einen Spardruck, den sie selbst mit erzeugt hat.

Der DGB begrüßt die Fokussierung in der Versorgung auf Prävention und Rehabilitation um Pflegebedürftigkeit zu verschieben und Einschränkungen möglichst frühzeitig aufhalten zu können; stellt jedoch auch fest, dass die neuen Versorgungsvorschläge, z.B. für ein Sachleistungs- und Entlastungsbudget, erneut komplexe Regelungen schaffen, die bei Bedarf nur schwer zu handhaben wären und die darüber hinaus Einsparungen zu Lasten der Versicherten enthalten. Deshalb fordert der DGB grundsätzlich eine Prüfung bereits vorhandener Angebots- und Leistungsstrukturen, bevor neue Leistungen und Modellprojekte etabliert, und Doppelstrukturen geschaffen werden.

Der DGB lehnt Leistungskürzungen für Versicherte zur Stabilisierung der Sozialen Pflegeversicherung kategorisch ab. Das betrifft auch Vorschläge zur Änderung der Bewertungssystematik bei der Einstufung zur Pflegebedürftigkeit, die mit einer Erhöhung der Schwellenwerte bezüglich der einzelnen Pflegegrade einhergehen. Mehr Beratung, pflegefachliche Begleitung und Anleitung insbesondere zu Beginn der Pflegebedürftigkeit sind grundsätzlich zu begrüßen, dürfen jedoch keinesfalls auf Kosten anderer essenzieller Leistungen, z.B. des Entlastungsbetrages oder des Pflegegeldes, finanziert werden. Grundsätzlich darf es auch zukünftig bei gleicher Pflegebedürftigkeit nicht zu einer Absenkung des Leistungsniveaus kommen. Eine bedarfsgerechte Versorgung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen muss das erklärte Ziel der lang angekündigten Reform bleiben.

Mit Sorge stellt der DGB fest, dass einige Fortschritte, die in den letzten Jahren zum Beispiel durch Regelungen in Bezug auf die Personalausstattung in der stationären Langzeitpflege und bei der Bezahlung der Pflege- und Betreuungskräfte erreicht wurden, nun unter dem Deckmantel der „Entbürokratisierung“ und „Vertrauenskultur“ wieder aufgeweicht, bzw. ausgesetzt werden sollen. Insbesondere die vorgesehene Aussetzung der Zulassungs- und Refinanzierungsregelungen für Tarifbeschäftigte lehnt der DGB entschieden ab und warnt eindringlich vor einer Deregulierung zulasten von Pflege- und Betreuungskräften – und somit mittelbar zu Lasten einer guten pflegerischen Versorgung. Der Weg zu einer bundeseinheitlichen, bedarfsgerechten und verbindlichen Personalausstattung in der stationären und teilstationären sowie in der ambulanten Pflege muss stattdessen konsequent weiter gegangen werden, um der

absehbaren Ruhestandswelle von Pflegekräften der sog. Babyboomer wirksam begegnen zu können ohne Versorgungsengpässe befürchten zu müssen.

Der DGB kritisiert insgesamt, dass trotz grundlegender Überlegungen, am System der Pflegeversicherung als Teilleistungssystem mit Eigenbeteiligungen festgehalten werden soll, obwohl ein wissenschaftlich geprüftes Konzept für eine bezahlbare Pflegebürgervollversicherung bereits vorliegt. Mit einem Sockel-Spitze-Tausch als einem ersten Schritt dorthin, würde das Kostenrisiko gesamtgesellschaftlich abgesichert und das individuelle Armutsrisiko wirksam begrenzt.

Aus gewerkschaftlicher Sicht bedarf es einer solidarischen Lösung; insofern begrüßt der DGB die geplante Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sowie der Verbeitragung auch von sog. Mini-Jobs als einen ersten Schritt in die richtige Richtung, die jedoch als unsystematische Einzelmaßnahmen und ohne Einbettung in ein Gesamtkonzept wie der Bürgerversicherung schlicht verpuffen werden. Auch gefährden die damit einhergehenden höheren Beitragszahlungen der Versicherten bei gleichzeitiger Leistungskürzung die Akzeptanz der sozialen Pflegeversicherung. Viel sinnvoller wäre darüber hinaus eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage, die weitere Einkunftsarten umfasst und damit den Faktor Arbeit entlastet. Mit der Pflegebürgerversicherung, in die ab einem definierten Stichtag alle Bürger*innen einzahlen, und die sämtliche pflegerischen Leistungen übernimmt, könnte die Pflegeversicherung nachweislich zukunftsfähig aufgestellt werden.

Der DGB fordert die Bundesregierung auf, diesen Referentenentwurf zurückzuziehen und eine Reform vorzulegen, die den Sozialstaat stärkt, statt ihn auszuhöheln.

Bewertung zentraler Regelungen im Einzelnen

Stärkung von Prävention und Rehabilitation und Pflege-Cockpit §7a, §7b, §7c SGB XI)

Mit den geplanten Regelungen soll der Übergang von einer kurativ orientierten hin zu einer präventions- und rehabilitationsfokussierten Versorgung erfolgen. Selbständigkeit und Lebensqualität sollen möglichst bis ins hohe Alter erhalten werden. Dafür wird ein Anspruch auf Pflegebegleitung ab PG 1 geschaffen und ein digitales sog. Pflege-Cockpit eingerichtet, über welches Pflegebedürftige Zugang zu allen Informationen und Instrumenten erhalten, die für das Management der Pflege im Alltag und die Orientierung in der SPV benötigt werden.

Anstelle von zahlreichen unterschiedlichen Beratungsansprüchen soll Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen besonders zu Beginn der Pflegebedürftigkeit und bei Bedarf mehr direkte Hilfe und Unterstützung angeboten

werden. Wer ab dem 01.01.2027 neu in den Pflegegrad 2 oder 3 eingestuft wird und das Entlastungsbudget bezieht, erhält dieses in den ersten drei Monaten jedoch nur hälftig. In dieser Zeit steht stattdessen eine intensivierete fachliche Begleitung und Beratung zur Verfügung, um die Pflegesituation zu stabilisieren. Bis die neue Pflegebegleitung verfügbar ist, können in einem Übergangszeitraum bis zu zwei zusätzliche Beratungseinsätze durch die Beratungsstellen nach § 37 Absatz 3 SGB XI abgerufen werden.

Bewertung

Der DGB begrüßt es grundsätzlich, Maßnahmen zur Prävention zu stärken und sektorenübergreifend zusammenzuführen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Zielführende Beratung und eine enge pflegefachliche Begleitung und Anleitung, insbesondere in den ersten Monaten, sind richtige Maßnahmen, die jedoch nicht zu Lasten anderer Leistungen, z.B. des kompletten Entlastungsbetrages im PG 1 sowie hälftig im PG 2 und 3 finanziert werden dürfen. Dazu ist kritisch anzumerken, dass der Anspruch auf Beratung nicht mehr ab Antragstellung besteht, sondern lediglich die Informationspflicht der Pflegekassen erhalten bleibt. Die Beteiligung der Kommunen ist zu begrüßen, der Sicherstellungsauftrag der Pflegebegleitung ist jedoch in der Endverantwortung zwingend über die Kassen zu gewährleisten und darf nicht auf die Kommunen abgeschoben werden. Für den Fall, dass keine Pflegebegleitung vorhanden ist, müssen Ausfallkonzepte bereitstehen, um den Rechtsanspruch auf jeden Fall zu gewährleisten.

Der DGB unterstützt die Einführung eines digitalen Pflege-Cockpit, weist jedoch darauf hin, dass die Zugänge sowie die Darstellung der Inhalte in einer für die Versicherten einfach verstehbaren Form und Sprache zu erfolgen hat, um die gewünschten Nutzungs-Effekte zu erzielen. Bei der Entwicklung der Darstellung der Inhalte und von Funktionen des Pflege-Cockpits ist die Sicht von Nutzerinnen und Nutzern systematisch einzubinden. Darüber hinaus ist eine Anbindung zur Nutzung der elektronischen Patientenakte mit zu berücksichtigen, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Die geltenden Anforderungen an den Datenschutz sind zu beachten und die erforderliche Datensicherheit ist zwingend zu gewährleisten.

Gesundheits-Check-ups (§25b SGB V, §5 Abs. 4 SGB XI)

Geplant ist die Einführung eines ergänzenden Anspruchs auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken ab 60 Jahren. Auf der Basis der Regelung im SGB V zur Erkennung drohender Pflegebedürftigkeit soll der GKV-SV wissenschaftlich validierte Prädiktoren zusammenstellen, die bei der Erkennung drohender Pflegebedürftigkeit unterstützen.

Bewertung

Die Idee, durch frühzeitiges Erkennen von Bedarfen zur Erhaltung der Gesundheit, Maßnahmen zur Prävention zu entwickeln und somit langfristig

frühzeitiger Pflegebedürftigkeit vorzubeugen erscheint dem Grunde nach sinnvoll. Allerdings gibt es jedoch heute schon vielfältige Angebote, wie etwa den Gesundheitscheck-up beim Hausarzt alle drei Jahre sowie präventive Hausbesuche im Rahmen der kommunalen Altenhilfe. Zielführend wäre es insofern, ein einheitliches Konzept zu entwickeln, in welchem sämtliche Maßnahmen der Früherkennung von Bedarfen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit gebündelt werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Der DGB begrüßt darüber hinaus die neuen Möglichkeiten zur freiwilligen Teilnahme an der datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen. Die frühzeitige Erkennung von Krankheits- und Pflegerisiken könnte wirksam zur Vermeidung, bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit beitragen und Folgekosten möglichst geringhalten.

Wichtig sind hierbei einheitliche und sichere Verfahren, die insbesondere eine dem Sozialdatenschutz nach SGB X entsprechende hohe Datensicherheit zum Schutz der Versicherten gewährleisten. Dafür sollte in § 7a Abs. 1 Satz 7 SGB XI neben dem Datenschutz auch der Sozialdatenschutz nach dem SGB X genannt werden. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden und systematischen Anschluss an den vorgeschlagenen § 106a SGB XI zu ermöglichen, sollte in § 7c Abs. 7 SGB XI die Einwilligung (und nicht das bloße Einverständnis) der Versicherten vorausgesetzt werden.

Anhebung der Schwellenwerte zur Anerkennung von Pflegegraden, Entmonetarisierung des PG 1 (§15, §28a SGB XI)

Durch eine Anhebung der Schwellenwerte und der Modulpunkte wird die Bewertungssystematik so verändert, dass künftig weniger Pflegebedürftige der unteren drei Pflegegrade Ansprüche auf Leistungen geltend machen können. Dadurch soll die Zahl der Pflegebedürftigen begrenzt und Kosten gespart werden. Darüber hinaus soll zukünftig das bereits bestehende Instrument der Befristung von Pflegegraden häufiger eingesetzt werden, wenn aus Sicht der Gutachterinnen und Gutachter eine Wiedererlangung von Fähigkeiten und Verbesserung von Beeinträchtigten möglich erscheint. Ein wissenschaftlicher Beirat soll – insbesondere unter Berücksichtigung der künftigen Finanzierbarkeit von staatlichen Aufgaben – den Medizinischen Dienst Bund als Richtliniengeber sowie das Bundesministerium für Gesundheit durch geeignete Empfehlungen und Umsetzungsvorschläge unterstützen.

Der Referentenentwurf sieht eine grundlegende Überarbeitung des Leistungskatalogs für Personen mit Pflegegrad 1 vor. Während für diesen Personenkreis nach der geltenden Rechtslage insbesondere ein Entlastungsbetrag in Höhe von 131 Euro für Alltagsunterstützung sowie ein pauschaler Zuschuss von 131 Euro bei vollstationärer Pflege vorgesehen war, werden diese monetären Leistungen im neuen Recht ersatzlos gestrichen.

Bewertung

Der DGB lehnt alleine aus Kostengründen initiierte Schwellenwertanpassungen, die zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen, entschieden ab. Dadurch werden die Pflegebedarfe nicht geringer, sondern einzig die Leistungen gekürzt. Eine damit einhergehende Umverteilung von Leistungen der unteren Pflegegrade zugunsten der oberen Pflegegrade führt jedoch gerade nicht zu dem im Referentenentwurf propagierten Ansatz, frühzeitig mehr präventive Möglichkeiten zu nutzen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verschieben und dadurch auch Kosten zu sparen. Die Neufassung des § 28a SGB XI stellt eine signifikante Leistungskürzung dar. Die fiskalische Stabilisierung der Pflegeversicherung sollte nicht auf Kosten der finanziellen Autonomie von Menschen mit geringem Pflegebedarf erfolgen.

Zugleich wäre die künftige Begutachtung durch den Medizinischen Dienst für viele Betroffene mit noch größerer Unsicherheit und mehr Druck verbunden. Durch die Einführung eines Bestandsschutzes kommt es darüber hinaus zu Versicherten 1. und 2. Klasse, was der DGB ablehnt. Ziel muss es dagegen auch weiterhin sein, niedrighschwellige Leistungen zum Verbleib im eigenen Zuhause zu nutzen und damit steigendem Pflegebedarf entgegenzuwirken.

Der DGB warnt zudem vor massiven Auswirkungen auch auf die stationäre Pflege. Durch einen zukünftig veränderten Pflegegrad-Mix käme es automatisch zu einer geringeren Personalbemessung bei gleichem Pflege- und Betreuungsaufwand. Die Folge wäre eine zusätzliche Belastung des ohnehin schon am Limit arbeitenden Pflegepersonals und eine damit unmittelbar zusammenhängende Verschlechterung der Versorgung.

Verlängerung der Verweildauerstufen für die Leistungszuschläge (§ 43c SGB XI)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in vollstationärer Pflege erhalten bislang nach Heimwohndauer gestaffelte Zuschläge für den Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen (derzeit: bis einschl. 1 J: 15 %, >1 J: 30 %, >2 J: 50 %, >3 J: 75 %). Künftig sollen die aktuell geltenden 12-monatigen Verweildauern zum 01.01.2027 um jeweils sechs Monate angehoben werden.

Bewertung

Der DGB lehnt die Einsparpläne zu Lasten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen entschieden ab. Die dringend benötigten Zuschläge würden nicht nach jeweils 12 Monaten wirksam werden, sondern immer erst nach 18 Monaten. Somit würde künftig der Zuschlag erst nach 1,5 Jahren von 15 auf 30 Prozent erhöht. Die weitere Stufe von 50 Prozent würde demzufolge nicht nach 24, sondern erst nach 36 Monaten greifen. Die höchste Entlastungsstufe mit einem Zuschuss von 75 Prozent würde erst nach einer Aufenthaltsdauer von mehr als viereinhalb Jahren gewährt und nicht schon nach drei Jahren. In Anbetracht der durchschnittlichen Verweildauer im Pflegeheim, die aktuell bei 25 Monaten liegt, sowie einem Anteil von 30 Prozent, die bereits innerhalb des ersten

Jahres im Pflegeheim versterben², würden hier Einspareffekte von jährlich 2 Mrd. Euro auf Kosten von Lebensjahren gesetzlich Versicherter erzielt. Leistungen dadurch einzusparen, dass Versicherte versterben, ehe ihr Anspruch einsetzt, kann nicht im Sinne einer Sozialreform sein. Der DGB fordert die Regierung auf, den Vorschlag umgehend zurückzuziehen.

Anpassung der Dynamisierung von Leistungen ab 2028 (§61a SGB XI)

Derzeit ist letztmals eine Dynamisierung der Leistungen der SPV zum 01.01.2028 mit der kumulierten Kerninflationsrate der drei letzten Kalenderjahre (ca. 8 %) vorgesehen. Mit der avisierten Neuregelung sollen die Leistungsbeträge nunmehr ab dem Jahr 2028 jährlich jeweils zum 01.07. (analog zur jährlichen Rentenanpassung) in Höhe der durchschnittlichen Kerninflationsrate der drei vorangegangenen Kalenderjahre, nicht jedoch stärker als die Lohnentwicklung steigen. Diese Maßnahme schafft die Grundlage für eine finanziell unterlegte regelmäßige, jährliche Dynamisierung, womit der Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile künftig begrenzt würde.

Bewertung

Der DGB unterstützt die längst überfällige Maßnahme zur regelmäßigen Dynamisierung der gedeckelten Pflegeleistungen, mit der die Leistungen der Pflegeversicherung an die Preisentwicklung gekoppelt werden soll. Allerdings muss es bei einer kumulierten Kerninflationsrate anstelle einer durchschnittlichen Kerninflationsrate bleiben, sonst bedeutet die Regelung keine Verbesserung. Dadurch würde der Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile verlangsamt und viele Pflegebedürftige müssten infolgedessen nicht länger auf dringend benötigte Maßnahmen – vor allem in der ambulanten Pflege – verzichten. Der DGB hat sich seit langer Zeit für diese Regelung eingesetzt, um die Planungssicherheit für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu erhöhen und eine entsprechende Leistungsgerechtigkeit wieder herzustellen. Der DGB merkt an, dass auch mit dieser Maßnahme das Problem der massiv weiter steigenden Eigenanteile für Versicherte nicht gelöst, sondern lediglich abgemildert wird und verweist in diesem Zusammenhang noch einmal auf die Forderung nach einer Pflegebürgervollversicherung.

Reduzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige (§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, §166 Abs. 2 SGB VI)

Das SGB VI sieht vor, dass unter bestimmten Umständen Rentenversicherungsbeiträge für pflegende An- und Zugehörige von der Pflegekasse gezahlt werden. Voraussetzung ist, dass die zu pflegende Person mindestens den Pflegegrad 2 aufweist und die Pflege mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf wenigstens zwei Tage pro Woche, ausgeübt wird. Zusätzlich darf die pflegende

² [Caritas: Lebenszeit in Pflegeeinrichtungen wird immer kürzer](#)

Person nicht mehr als 30 Stunden erwerbstätig sein. Dabei zahlt die SPV aktuell bis zu rund 740 Euro monatlich (je nach Pflegegrad sowie der bezogenen Leistungsart unterscheiden sich die zugrunde gelegten, fiktiven beitragspflichtigen Einnahmen bis zu 100 % der monatlichen Bezugsgröße von derzeit 3.955 Euro). Der Referentenentwurf sieht vor, dass die SPV ab dem 01.01.27 nur noch 70 % dieser Beiträge entrichtet. Dementsprechend werden ab diesem Zeitpunkt auch künftige Rentenanwartschaften entsprechend in Höhe von 70 % gebildet; bereits bestehende Rentenanwartschaften von Pflegepersonen sind davon nicht betroffen.

Bewertung

Rund 70 Prozent der pflegenden Angehörigen in Deutschland sind Frauen. Sie sind es, die Arbeitszeit reduzieren, Jobs aufgeben und Karrieren abbrechen, um für andere da zu sein. Dieser sog. Pflegedienst der Nation, welcher der Pflegeversicherung finanziell den Rücken freihält, indem er weitgehend auf eigene Kosten Tag und Nacht seine Angehörigen pflegt, darf mit der intendierten Maßnahme nicht auch noch mit einer um 30 Prozent geringeren Rente bestraft werden. Wenn Angehörigenpflege jetzt noch weiter in den privaten Bereich gedrängt werden soll, bedeutet das in der Praxis: mehr unbezahlte Arbeit für Frauen, noch niedrigere Renten, noch größere Altersarmut. Der DGB fordert deshalb den Gesetzgeber auf, diese Regelung zurückzuziehen.

Korrektur der nicht-intendierten Folgen der sog. „Flexi-Rente“ (§ 44 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)

Pflegende An- und Zugehörige, die die Regelaltersgrenze erreicht haben, können derzeit auch dann volle Rentenversicherungsbeiträge von der SPV für ihre Pflegefähigkeit erhalten, wenn sie auf nur 0,01 Prozentpunkte ihrer Rente verzichten. Hierbei handelt es sich um eine unbeabsichtigte Gestaltungsmöglichkeit zum Erlangen von Rentenanwartschaften, die seit dem Inkrafttreten des Flexirentengesetzes am 01.01.2017 gilt. Mit der Neuregelung erlischt in Zukunft für pflegende An- und Zugehörige, die eine Altersrente beziehen, die Versicherungspflicht in der RV dann, wenn die Regelaltersgrenze erreicht wird. Damit entfällt auch die Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge durch die SPV an die RV gemäß SGB VI.

Bewertung

Der DGB lehnt die Regelung ab und fordert, die Bezahlung der Rentenversicherungsbeiträge unabhängig vom Erreichen der Altersrente. Aus gewerkschaftlicher Sicht gibt es keinen Grund, warum Pflegearbeit weniger Wert sein sollte, nur weil das Renteneintrittsalter erreicht wurde. Die vorgesehene Regelung ist einmal mehr eine Sparmaßnahme zu Lasten der pflegenden Angehörigen und betrifft in erster Linie Frauen, die unbezahlt care Arbeit leisten und nun Teile ihrer Rentenansprüche verlieren sollen. Ein Sparprogramm zur Konsolidierung der Pflegeversicherung, welches pflegenden Angehörigen Rentenansprüche vorenthält und damit indirekt Altersarmut fördert, ist ein Irrweg.

Anpassung der beitragsfreien Mitversicherung (§ 55 Abs. 3b, § 56 Abs. 1 SGB XI)

Derzeit sind Kinder und Ehegatten/Lebenspartner von Mitgliedern der SPV (analog GKV) beitragsfrei familienversichert, wenn sie bestimmte Einkommens- bzw. Altersgrenzen nicht überschreiten (vgl. § 25 SGB XI). Ab 2028 wird für die SPV für mitversicherte Ehegatten/Lebenspartner ein Beitragszuschlag in Höhe von 0,52 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben – zusätzlich zum bundeseinheitlichen Beitragssatz in Höhe von 3,6 Prozent. Der Beitragszuschlag ergibt sich anteilig in Bezug zum für die GKV vorgesehenen Wert. Den Zuschlag hat (allein) das Mitglied zu tragen, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird. Ausnahmen sind nach § 242b SGB V (GKV-BStabG) vorgesehen, wenn der versicherte Ehegatte/Lebenspartner

- ein Kind hat, das das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet hat
- ein Kind hat, das als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten,
- der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in der häuslichen Umgebung pflegt,
- der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner eine Freistellung von der Arbeitsleistung nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch nimmt,
- der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner die gesetzliche Regelaltersgrenze erreicht hat
- der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des SGB VI voll erwerbsgemindert ist.

Bewertung

Die Einführung eines Beitragszuschlags von in Höhe von 0,52 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen für mitversicherte Ehegatten und Lebenspartner*innen beendet das bisherige Prinzip der beitragsfreien Familienmitversicherung und wird deshalb vom DGB abgelehnt. Da der Zuschlag allein vom versicherten Mitglied zu tragen ist, führt die Regelung zu einer spürbaren finanziellen Mehrbelastung für Familien, sobald Kinder das siebte Lebensjahr vollendet haben und keine Pflegebedürftigkeit besteht. Dies entwertet familiäre Sorgearbeit und ignoriert die realen Hürden beim beruflichen (Wieder-)Einstieg, indem Erwerbstätigkeit als frei wählbare Option dargestellt wird.

Die Altersgrenze von sieben Jahren wirkt zudem systematisch inkonsistent, da andere Sozialgesetzbücher – etwa § 57 SGB VI – Kindererziehungszeiten bis zum zehnten Lebensjahr berücksichtigen. Durch die finanzielle Sanktionierung unbezahlter Familienarbeit nach dem siebten Lebensjahr werden insbesondere Frauen benachteiligt, die mangels hinreichender Ganztagsbetreuungsmöglichkeiten für Kinder den Großteil dieser Sorgearbeit leisten. Die damit einhergehende vollzeitnahe Erwerbstätigkeit des versicherten Partners ist dann oft die

einzigste Möglichkeit, einen adäquaten Lebensunterhalt für die Familie sicherzustellen. Der vorgesehene Anreiz, den Zuschlag durch eine geringfügige Beschäftigung ab elf Wochenstunden zu vermeiden, birgt das Risiko, Frauen verstärkt in prekäre Teilzeit- und Niedriglohnbeschäftigung zu drängen, statt ihre ökonomische Eigenständigkeit zu stärken.

Erhöhung des Beitragssatzes für kinderlose Mitglieder der SPV um 0,1 Prozentpunkte (§ 55 Abs. 3 SGB XI)

Der zusätzliche Beitragssatz, den Mitglieder ohne Kinder in der sozialen Pflegeversicherung zahlen, wird leicht um 0,1 Prozentpunkte auf insgesamt 0,7 Prozentpunkte angehoben. Diese Erhöhung wird ausschließlich von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern geleistet, die Arbeitgeberbeiträge bleiben unverändert. Dies bedeutet einen Beitragssatz von 4,3 % statt 4,2 % für kinderlose Mitglieder (AN-Anteil 2,5 % statt 2,4 %).

Bewertung

Die grundsätzliche finanzielle Ent- und Belastung von Menschen mit und ohne Kinder folgt dem höchstrichterlichen Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes. Der DGB merkt dazu an, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Bevölkerung aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist Kinder zu bekommen, obwohl der Wunsch besteht. Diese Menschen drohen nun zusätzlich in finanzielle Haftung genommen zu werden, was aus Sicht des DGB zweifelhaft erscheint. Der DGB lehnt die vorgeschlagene Regelung ab, da sie die strukturellen Probleme der Pflegeversicherung absehbar nicht löst und kinderlose Menschen diskriminiert.

Sicherstellung der Versorgung in pflegerischen Akut- und Notfallsituationen (§39, §42 Abs. 4 SGB XI)

Für pflegerische Krisensituationen bzw. Situationen in denen pflegende An- und Zugehörige vorübergehend, z. B. unfall- oder krankheitsbedingt, ausfallen, wird ein neues Überbrückungsbudget eingeführt. In entsprechenden Akutsituationen übernimmt die SPV künftig u.a. die Kosten eines Notdienstes in der ambulanten Pflege bis zur Höhe des Überbrückungsbudgets. Hierzu schließen die SPVen ergänzende Verträge mit ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten. Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht erbracht werden, besteht zudem ein Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung. Die SPV übernimmt dabei die pflegebedingten Aufwendungen bis zur Höhe des Überbrückungsbudgets. Zudem werden Akut-Kurzzeitpflegeplätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen eingeführt.

Das Überbrückungsbudget umfasst je Kalenderjahr einen Gesamtleistungsbetrag in Höhe von bis zu 1 855 Euro für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 und in Höhe von bis zu 2 285 Euro für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen der pflegerischen

Überbrückungsversorgung. Das Überbrückungsbudget kann innerhalb des Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Eine Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 4 SGB XI kann nur dann in Anspruch genommen werden, wenn das jährliche Überbrückungsbudget noch nicht ausgeschöpft wurde.

Ergänzend dazu wird im Rahmen eines Modellvorhabens der Einsatz eines intersektoral vernetzten Pflegenottelefons erprobt.

Bewertung

Die Idee, bei unvorhersehbaren pflegerischen Akut- und Notfall-Situationen und in Fällen eines kurzfristigen Ausfalls der Hauptpflegeperson bei häuslich versorgten Pflegebedürftigen ein Notfall-Management einzuführen, wird vom DGB prinzipiell als sinnvoll erachtet. Jedoch sollte der Fokus dabei auf die Stabilisierung der häuslichen Situation gelegt werden, indem die jeweilige individuelle Fallkonstellation berücksichtigt und mit bedarfsgerechter Kostenerstattung hinterlegt wird. Wenn eine stationäre Akut-Kurzzeitpflege benötigt wird, sollte die Inanspruchnahme nicht davon abhängig gemacht werden, ob das jährliche Überbrückungsbudget ausgeschöpft wurde. Im Gegenteil: Für den Fall, dass der Kostenrahmen aufgrund weiterer Bedarfe in Krisensituationen überschritten werden muss, hat die Pflegekasse in jedem Fall die Sicherstellung der Versorgung zu übernehmen. Wichtig darüber hinaus ist ein sektorübergreifender Versorgungsrahmen, in dem die Leistungen mit den Maßnahmen zur Reform der Notfallversorgung aufeinander abgestimmt sind.

Die enge Begleitung durch pflegefachliches Personal ist zu begrüßen, fraglich ist dabei allerdings, wo die hohe Anzahl an Mitarbeitenden zur fachlichen Begleitung und Unterstützung herkommen werden.

Die geplante ausgabenneutrale Vorhaltung von Notfallplätzen in der Kurzzeitpflege darf nicht zu Lasten anderer Pflegemaßnahmen führen. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass neue Leistungsansprüche in der Kurzzeitpflege mit entsprechenden Kapazitäten (Plätze, Personal) auch tatsächlich zur Verfügung stehen.

Die Einführung einer separaten Pflegenotruf-Nummer würde das ohnehin schon komplexe Angebot aus Notruf, ärztlichem Bereitschaftsdienst und Bereitschaftsdiensten der Krankenkassen nicht vereinfachen. Bereits vorhandene Möglichkeiten sollten deshalb auf ihre einfache Nutzung überprüft und angepasst werden.

Einführung von Sachleistungsbudget, Entlastungsbudget und Sozialraumbudget (§36, §37, §40, §45b SGB XI)

Aus den neuen Sachleistungs- und Entlastungsbudgets können die bisherigen Leistungen der häuslichen Pflegehilfe, des Pflegegeldes, der Verhinderungspflege und der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel nach eigenständiger Entscheidung bezogen werden. Die Kombinationsleistung von Sach- und Geldleistung bleibt weiterhin möglich. Für zum Verbrauch bestimmte

Pflegehilfsmittel wird der bisherige Anspruch auf eine eigenständige monatliche Pauschale ersatzlos gestrichen. Für Pflegebedürftige der Stufen 2 und 3 wird in den ersten drei Monaten nach Einstufung das Entlastungsbudget nur in Höhe der Hälfte ausgezahlt (§ 37 Abs. 2 Satz 5 SGB XI).

Der bisherige Entlastungsbetrag wird in das neue Sozialraumbudget überführt und wird allein auf niedrigschwellige Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Betreuungsangebote, Entlastung von Pflegenden, Entlastung im Alltag) fokussiert. Gegenüber dem bisherigen Entlastungsbetrag (bis zu 131 Euro/Monat) wird das Sozialraumbudget auf bis zu 175 Euro/Monat erhöht. Für pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum 25. Lebensjahr wird ein höheres Budget von bis zu 300 Euro/Monat gewährt. Die landesrechtliche Anerkennung von Anbietern von Angeboten zur Unterstützung im Alltag soll künftig bundeseinheitlicher ausgestaltet werden. Nachbarschaftshelfende werden künftig von den Pflegekassen anerkannt.

Bewertung

Der DGB befürwortet grundsätzlich die geplante Einführung eines sektorenübergreifenden Sachleistungsbudgets für professionelle Pflege und eines Entlastungsbudgets bzw. Sozialraumbudgets für flexibel einsetzbare Geldleistungen häuslich versorgter Pflegebedürftiger, sofern sie nicht mit Leistungskürzungen einhergehen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben damit künftig einen besseren Überblick über die ihnen im Rahmen der häuslichen Pflege zustehenden Mittel und brauchen keine mehrfachen Anträge stellen. Dabei ist sicherzustellen, dass Flexibilisierungen nicht automatisch durch unzureichende Pauschalierungen, die einen individuellen Sachleistungsanspruch aushöhlen könnten, zu Kürzungen führen werden.

Dem Anspruch, Leistungen einfacher und versichertenfreundlicher zu gestalten werden vorgestellten Regelungen leider nicht gerecht. Die genannten Leistungen führen erneut zu komplexen Regelungen, die für Versicherte unübersichtlich und schwer zu durchdringen sind. So werden Teilleistungen (z.B. der Verhinderungspflege) ausgekoppelt und in anderen Bereichen angegliedert (Notfallbudget). Dazu ist die ersatzlose Streichung von § 40 Abs. 2 SGB XI besonders kritisch zu bewerten: Während Versicherte bisher ein festes monatliches 42-Euro-Kontingent speziell für Hygieneartikel hatten, müssen sie diese Kosten künftig aus ihren allgemeinen Pflegebudgets bestreiten, was zu Lasten anderer Unterstützungsleistungen gehen kann. Darüber hinaus lehnt das DGB die Absenkung des Entlastungsbudget um die Hälfte in den drei ersten Monaten nach Feststellung der Pflegestufe 2 oder 3 ab. Es ist nicht ersichtlich weswegen gerade in der Zeit nach der Feststellung der Pflegestufen ein geringer Bedarf zu decken sei.

Der DGB spricht sich dafür aus, im Sachleistungsbudget auch sog. pflegenaher Leistungen des SGB V, z.B. die medizinische Behandlungspflege im Heim, Kurzzeitpflege und Physiotherapie anzusiedeln.

Positiv bewertet der DGB die neu angedachten Vereinfachungen über das Sozialraumbudget, um Angebote zur Unterstützung im Alltag, die für die

Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zunehmend an Bedeutung gewinnen, zu nutzen. Wichtig wird dabei sein, dass mittels klarer Regelungen ersichtlich ist, welche Möglichkeiten der Unterstützung sowie ihrer Beantragung und Abrechnung vorhanden sind, um eine hohe Inanspruchnahme für einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu schaffen.

Verbesserung der kommunalen Pflegestrukturplanung und Weiterentwicklung des strukturellen Sicherstellungsauftrags (§7e Abs.4 Satz 4 SGB XI)

Ergänzend zur Stärkung der kommunalen Pflegestrukturplanung mit dem BEEPG sollen planungsrelevante Daten der Kranken- und Pflegekassen von den Ländern und ihren Kommunen über eine Plattform unkompliziert abgerufen werden können.

Der GKV-SV wird verpflichtet, bis zum 31.10.2028 eine entsprechende digitale Datenplattform zur Übertragung der regionalen Versorgungsdaten an die regionalen Gebietskörperschaften zu errichten.

Bewertung

Der DGB befürwortet die Regelungen für mehr kommunale Verantwortung in der Pflege. Das hilft den Ländern, auf kommunaler Ebene mithilfe der Planung eine Unterversorgung festzustellen und rechtzeitig Maßnahmen zu deren Behebung einzuleiten. Dazu bedarf es aus gewerkschaftlicher Sicht einer übergreifenden Zusammenarbeit auf Grundlage regionaler Bedarfsplanung, der Sicherstellungsauftrag der Kassen bleibt davon unberührt. Gemeinsam müssen sie mit den Kommunen – über die Sorgestrukturplanung hinaus – präventive Maßnahmen, vor allem der Verhältnisprävention, steuern, und Angebote schaffen. Hier gilt es vorab Verantwortlichkeiten zu klären und Zuständigkeiten eindeutig festzulegen, um Unklarheiten zu Lasten der Versicherten zu vermeiden. Angebote der Altenhilfe sind verbindlich auszugestalten und ein kommunales Basis-Budget vorzuhalten.

Aussetzung der Tarifentlohnung für Pflegekräfte (§72 Abs. 3g SGB XI)

Seit dem 01.09.2022 dürfen Versorgungsverträge nur noch mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die ihren Beschäftigten in der Pflege und in der Betreuung von Pflegebedürftigen Entgelte in Höhe von Tariflöhnen zahlen. Diese Regelung wird befristet für vier Jahre ab dem 02.01.2027 bis 31.12.2030 ausgesetzt. Für künftige Vergütungssteigerungen wird zudem, analog zum GKV-BStabG, eine Begrenzung auf die Höhe der Grundlohnrate geregelt. Um die Wiedereinführung nach Auslaufen des Moratoriums ab dem 01.01.2031 zu ermöglichen, sind einige Regelungen (bspw. die Meldepflicht der tarifgebundenen Einrichtungen) bereits nach drei Jahren, ab dem 01.01.2030 wieder anzuwenden. Gekoppelt wird dies mit einer Berichtspflicht des BMG und des BMAS gegenüber dem Deutschen Bundestag zur Entwicklung der Löhne in der

Langzeitpflege und zur Entwicklung der Pflegevergütungen mit Blick auf die Ausstattung.

Bewertung

Der DGB lehnt die kurzsichtige Entscheidung gegen die Tariflohnpflicht entschieden ab und verweist auf die Koalitionsvereinbarung, künftig für mehr Tarifbindung sorgen zu wollen, die mit der beabsichtigten Regelung konterkariert würde. Die Tariflohnpflicht ist bisher ein Meilenstein bei der Personalgewinnung von Pflegekräften und für die Betreiber von Trägern und Einrichtungen ein Erfolgsmodell, denn sie garantiert eine gute Versorgung der Pflegebedürftigen und konkurrenzfähige Löhne im Vergleich mit anderen Mangelberufen. Mit Hilfe der Regelungen konnten der Pflegeberuf aufgewertet und die Ausbildungszahlen gesteigert werden. Die positive Entwicklung bei der Bezahlung von Pflege- und Betreuungskräften in der ambulanten und (teil-)stationären Langzeitpflege in den letzten Jahren war wichtig zur Personalgewinnung und zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Sie sind das Ergebnis von rechtlichen Vorgaben und guten Tarifabschlüssen der Sozialpartner, die damit für alle Einrichtungen, auch für nicht tarifgebundene Träger, eine gute Bezahlung sicherstellen.

Diese Entwicklung auszusetzen, birgt die Gefahr, dringend benötigte Pflegekräfte zu verlieren, wenn die Ruhestandswelle der sog. Babyboomer ins Rollen gerät. Laut Pflegekräftevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes liegt die erwartete Zahl an Pflegekräften im Jahr 2049 zwischen 280 000 und 690 000 unter dem erwarteten Bedarf.³ Dieser Entwicklung wird mit der geplanten Regelung in keiner Weise Rechnung getragen.

Die Regelung zu Lasten der Beschäftigten soll u.a. dazu führen, die Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu reduzieren. Doch indem die Träger auch weiterhin dazu verpflichtet sind, die bisherigen Löhne zu zahlen, diese jedoch nicht mehr refinanziert bekommen, können die Einrichtungen nach wirtschaftlichen Kriterien nur mit Personalabbau reagieren, was sich auf die Qualität der Versorgung negativ auswirken wird. Deshalb spricht sich der DGB dagegen aus, die Ansprüche von Pflegebedürftigen nach bezahlbarer Pflege nicht gegen die genauso berechtigten Ansprüche der Pflegebeschäftigten nach guten Lohn- und Arbeitsbedingungen auszuspielen. Die Lösung liegt in einer Pflegevollversicherung, die sämtliche pflegerischen Kosten übernimmt und die Unterfinanzierung der pflegerischen Versorgung beendet.

Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 113e SGB XI)

Vollstationären Pflegeeinrichtungen wird in den Jahren von 2028 bis 2032 die Möglichkeit eröffnet, in begrenzter Höhe sog. Transformationsstellenanteile in

³ [Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt - Statistisches Bundesamt](#)

ihrer Pflegesatzvereinbarung zu vereinbaren. Mit diesem finanziellen Gegenwert für nicht besetzte Stellenanteile soll ausschließlich der Einsatz von Pflegepersonal unterstützenden oder entlastenden technischen oder digitalen Systemen anteilig finanziert werden.

Bewertung

Der DGB begrüßt Maßnahmen, die das Pflegepersonal bei seinen psychisch und physisch hoch anstrengenden Tätigkeiten entlastet und zur Gesunderhaltung beiträgt. Er weist jedoch im Zusammenhang mit der geplanten Regelung darauf hin, dass damit keine wirtschaftlichen Anreize für Personaleinsparungen verbunden sein dürfen. Darüber hinaus besteht die Gefahr fehlender Mitbestimmungsgarantien. Denn wenn Einrichtungen mit den Pflegekassen durch eine neue „Innovationsregel“ (Nr. 58 § 75a) von rahmenvertraglichen Vorgaben abweichen dürfen, ist künftig unklar, welche Beteiligungsrechte der Betriebsrat bei der Einführung personalentlastender Technik hat. Der DGB fordert in diesem Zusammenhang eine explizite Verankerung von Mitbestimmungsrechten nach BetrVG/BPersVG.

Entlastung von Pflegeeinrichtungen (§75a SGB XI)

Um neue Maßnahmen und Konzepte in Pflegeeinrichtungen kontrolliert erproben zu können, soll befristet die Möglichkeit geschaffen werden, von geltenden fachlichen Vorgaben abzuweichen, um zu prüfen, ob letztere für die Zukunft angepasst werden sollten. Die Regelung erlaubt es Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern, zwischen dem 1. Januar 2027 und dem 31. Dezember 2031 für einen Zeitraum von maximal drei Jahren Ausnahmen von Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 zu vereinbaren, soweit der Schutz der Pflegebedürftigen dem nicht entgegensteht.

Bewertung

Der DGB kritisiert die Absicht, Nachweispflichten bezüglich der Sicherung von Qualität, guter Arbeitsbedingungen und wirtschaftlicher Versorgung auf das notwendigste Maß zurückzufahren, um Heime zu entlasten. Mit einem ‚Perspektivwechsel‘ soll eine neue Vertrauenskultur in der Pflege einhergehen, die mehr Flexibilität in der Versorgung ermöglichen soll. Der DGB verweist in diesem Zusammenhang auf die vielen Pflege-Skandale in stationären Einrichtungen und Heimen, die trotz Kontrollmechanismen und Qualitätsprüfungen zu Lasten der Versicherten, der Pflegebedürftigen und der Pflegekräfte gingen. In diesem Sinne bleibt es aus gewerkschaftlicher Sicht bei dem Grundsatz: Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser. Die gesetzlichen Normen und Kontrollmechanismen wurden über viele Jahrzehnte mühsam von den Beschäftigten und ihren Vertretern erkämpft und müssen – auch im Sinne einer guten Versorgung der Versicherten – bestehen bleiben.

Die Absicht, dass die Länder auch im Ordnungsrecht die leistungserbringungsrechtlichen Vorgaben zur Mindestpersonalausstattung in der stationären Langzeitpflege heranziehen sollen, ist zu begrüßen. Ebenso positiv ist das Bestreben

nach bundesweit einheitlichen Mindest-Personalvorgaben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie für Stellen für Hauswirtschaft und Verwaltung zu bewerten. Hier sind eine deutlichere Entschlossenheit und Verbindlichkeit längst überfällig.

Ein ergebnisqualitätsorientierter Prüfansatz als Ersatz für die Prüfung verbindlicher quantitativer Personalvorgaben wird vom DGB entschieden abgelehnt, da gute Pflege ohne ausreichendes und qualifiziertes Personal nicht möglich ist und ein solcher Ansatz faktisch zu einer weiteren Entgrenzung der Arbeitsbelastung des ohnehin überlasteten Pflegepersonals führen würde.

Finanzierung der Pflege (§59b, §61a SGB XI)

Der DGB bedauert, dass sich der Gesetzgeber in Sachen bedarfsgerechter und nachhaltiger Finanzierung der Pflege nicht zu wirksamen Reformmaßnahmen durchringen konnte, sondern allein die kurz- und mittelfristige Konsolidierung der Pflegeversicherung im Auge hat. Der DGB kritisiert ausdrücklich, dass sämtliche solidarischen Finanzierungsaspekte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Referentenentwurf nicht mehr auftauchen. Weder die wirksame Begrenzung der pflegerischen Eigenanteile durch einen sog. Sockel-Spitze-Tausch, noch die Übernahme versicherungsfremder Leistungen sowie der Corona-Schulden aus Steuermitteln oder ein Risikostrukturausgleich zwischen PPV und SPV finden sich in den Vorschlägen wieder. Damit bleibt es bei mutlosen Kürzungsplänen zu Lasten der Versicherten, der Pflegebedürftigen sowie der beruflich und ehrenamtlich Pflegenden.

Der DGB setzt sich für eine solidarische Finanzierung der Pflege ein und fordert in einem ersten Schritt eine Deckelung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, um das Armutsrisiko Pflege wirksam zu begrenzen. Mit der Option des sog. Sockel-Spitze-Tausches und einer Absenkung des Sockelbetrages auf 0 steht die Pflegebürgervollversicherung als politisches Ziel von DGB und Gewerkschaften fest. Die im Entwurf geplante Verbeitragung geringfügiger Beschäftigung sowie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sind zumindest ein erster zaghafter Schritt in die richtige Richtung. Die Anhebung der BBG kann vom DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften nur mitgetragen werden, wenn sie in ein schlüssiges Gesamtkonzept eingebettet ist, das konsequent auf die Einführung einer Bürgerversicherung hinausläuft.

Der DGB hält die Förderung privater Pflegevorsorge-Angebote für ungeeignet, um die Breite der Beschäftigten adäquat im Pflegefall abzusichern. Allein die private Versicherungswirtschaft profitiert hiervon. Mit den skizzierten Regelungen zur steuerlichen Absetzbarkeit wird insbesondere für Menschen aus dem Niedriglohnbereich keine wirksame Alternative zur Absicherung des Armutsrisikos Pflegebedürftigkeit geschaffen würde. Gerade einkommensschwächere Bevölkerungsgruppen profitieren von einer Sozialversicherung, die von der großen Mehrheit der Bevölkerung solidarisch finanziert wird.

Der DGB lehnt eine deutlich stärkere Renditeorientierung bei der künftigen Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds ab, da diese nicht mit dem Ziel einer ethischen Geldanlage sowie glaubwürdigen Nachhaltigkeitsstandards in Einklang zu bringen wäre.

Desweiteren fordert der DGB den Gesetzgeber auf, den sächsischen Sonderweg zur Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung zu alleinigen Lasten der dortigen Arbeitnehmer*innen zu beenden, indem der Feiertag zum Buß- und Bettag zukünftig komplett paritätisch zu finanzieren ist.

Schlussfazit

Der vorgelegte Referentenentwurf ist nicht geeignet, die lange bekannten Probleme der sozialen Pflegeversicherung nachhaltig zu lösen. Stattdessen lässt er die Menschen in ihrer Not allein, erhöht massiv die Belastungen und kürzt dringend notwendige Leistungen. Er setzt zudem darauf, dass insbesondere stationäre Leistungen nicht zum Tragen kommen, indem die Pflegebedürftigen bereits vorher versterben. Dieses Kalkül ist inhuman und perfide.

Der DGB fordert die Bundesregierung daher auf, von diesem Entwurf Abstand zu nehmen und stattdessen bereits vorliegende tragfähige Alternativen in den Blick zu nehmen.

Mit dem Konzept einer Pflegebürgervollversicherung für alle, in die sämtliche Erwerbstätigen einzahlen, und die sämtliche pflegerische Leistungen übernimmt, könnte die Pflegeversicherung nachweislich zukunftsfähig und finanziell tragfähig aufgestellt werden. An diesem Ziel muss sich jede Reform der SPV messen lassen.