Deutscher Bundestag **Drucksache 21/8398**

21. Wahlperiode 06.10.2026

Antrag

der Abgeordneten Simone Fischer, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Paula Piechotta, Linda Heitmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Johannes Wagner, Misbah Khan, Andreas Audretsch, Dr. Armin Grau und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Nachhaltige Pflegereform – Die soziale Pflegeversicherung zukunftsfest machen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Das Vertrauen in die soziale Pflegeversicherung beruht auf dem Versprechen, dass Pflegebedürftigkeit solidarisch und fair abgesichert wird. Viele Menschen empfinden die Lastenverteilung im Gesundheits- und Pflegesystem jedoch als ungerecht und der Bundeskanzler Friedrich Merz hat diese Wahrnehmung jüngst selbst aufgegriffen: Er teile die Einschätzung, dass das Verhältnis von gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung ein massives Gerechtigkeitsproblem darstelle, und daran müsse sich etwas ändern (vgl.: www.ardmediathek.de/video/mdr/cdu-pressekonferenz-mit-parteichef-merz-und-berliner-wahlverlierer-evers/mdr/Y3JpZDovL21kci5kZS9iZW-l0cmFnL2Ntcy8wZDkzZjI3NS03MThkLTRjMDgtODU2NS05M2JjNmE5YjA5-Mjc). In der Pflege hat dieses Empfinden konkrete Ursachen: Die Eigenanteile in der stationären Langzeitpflege sind deutlich stärker gestiegen als Renten und verfügbare Einkommen; im Juli 2026 betrug der durchschnittliche Eigenanteil im ersten Jahr eines Heimaufenthalts 3.364 Euro – etwa das Doppelte der Standardrente nach 45 Beitragsjahren. Pflegebedürftigkeit wird so schon heute zu oft zu einer armutsfördernden Belastungsspirale.

Der Kabinettsentwurf zum Pflegeneuordnungsgesetz wird diesem Handlungsauftrag nicht gerecht. Ein Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung wird lediglich geprüft, versicherungsfremde, gesamtstaatliche Aufgaben werden weiterhin nicht aus Steuermitteln finanziert und eine wirksame Begrenzung der Eigenanteile bleibt aus. Eine Reform, die das Vertrauen in die soziale Pflegeversicherung stärken will, muss die Lasten fair verteilen: zwischen gesetzlich und privat Versicherten, zwischen Beitragszahlenden und Allgemeinheit sowie zwischen den Generationen. Gerechtigkeit heißt dabei auch, dass Politik und Gesellschaft alles dafür tun, dass Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich hinausgezögert wird oder gar nicht erst entsteht.

Die Prävention von Pflegebedürftigkeit steht im Zentrum grüner Pflegepolitik. Wir wollen, dass in einer älter werdenden Gesellschaft das Mehr an Lebensjahren mit einem Mehr an Lebensqualität bis ins hohe Alter verbunden ist. Jeder wünscht sich, so lange wie möglich selbstständig in den eigenen vier Wänden wohnen zu können. Wir entwickeln Pflegepolitik weiter und wollen so mehr Menschen ermöglichen, auch im Alter möglichst lange selbstbestimmt zu leben und fit zu sein. Dazu gehört es, dass wir gezielt in die Prävention von Pflegebedürftigkeit investieren und hierfür Checkups

analog zu den U-Untersuchungen entwickeln, die Potentiale von KI und Pflegerobotik für das selbstständige Leben im Alter heben, die Nachbarschaftshilfe fördern und alternative Pflege-Modelle ausbauen. Die Prävention von Pflegebedürftigkeit ist der wichtigste Baustein für eine nachhaltig finanzierbare Pflegeversicherung.

Prävention ist ein zentraler Baustein, um Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder ein Fortschreiten der Beeinträchtigungen zu verlangsamen. Wenn allerdings der eigene Alltag zunehmend von Einschränkungen geprägt ist oder die Eltern plötzlich auf Hilfe angewiesen sind, stellen sich für die Betroffenen viele Fragen. Gibt es professionelle Unterstützung durch Pflegefachpersonal? Wie lange wird der Verbleib in der Häuslichkeit möglich sein? Welche Kosten kommen auf die Familie zu? In dieser Situation sind die Leistungen der Pflegeversicherung eine unverzichtbare Hilfe für Millionen Menschen. Ob Beratungen durch Fachkräfte, Unterstützung bei der häuslichen Pflege durch Pflegedienste oder Zuschüsse zu den Heimkosten – all dies wird ermöglicht.

Die soziale Pflegeversicherung steht aktuell vor der größten finanzpolitischen Bewährungsprobe seit ihrer Einführung im Jahr 1995. Das Bundesgesundheitsministerium projiziert für das Jahr 2027 ein Defizit von rund 8 Milliarden Euro und für das Jahr 2028 bereits in Höhe von mehr als 15 Milliarden Euro. Zur Stabilisierung der Pflegeversicherung wurden der Pflegeversicherung in den vergangenen Jahren auch Darlehen des Bundes gewährt, die in absehbarer Zeit jedoch nicht zurückgezahlt werden können. Solche kurzfristigen Lösungen haben ihre Berechtigung, sie führen aber dazu, dass Reformen verschoben und Lasten auf künftige Bundeshaushalte und Generationen verlagert werden.

Ohne echte Reformen würde der Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung kontinuierlich ansteigen. Die Zahl der Menschen, die aus der Pflegekasse Leistungen erhalten, ist bereits in den letzten Jahren von rund 4 Millionen Ende des Jahres 2019 auf rund 6 Millionen Ende des Jahres 2025 gestiegen.

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung liegt das strukturelle Finanzierungsproblem der sozialen Pflegeversicherung nicht primär an ineffizienten Strukturen, sondern vor allem an fehlender Prävention, Schieflagen auf der Einnahmenseite und einer bislang deutlich steigenden Zahl an Leistungsempfängern. Nicht erstattete versicherungsfremde Leistungen und ungleich verteilte Risiken zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung stellen zusätzliche finanzielle Unwuchten her.

Wer die Lösung in Leistungskürzungen sucht, verkennt diese Diagnose grundlegend und trägt zur weiteren Belastung von Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörigen bei. Der vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegte und am 30. September 2026 im Bundeskabinett verabschiedete Entwurf eines Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG) sieht unter anderem eine Aussetzung der Anpassung der Pflegeleistungen („Dynamisierung“) im Jahr 2028, eine Anhebung der Schwellenwerte für die Pflegegrade 1 bis 3, eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, einen Anstieg des Beitragssatzes für kinderlose Versicherte um 0,3 Prozentpunkte sowie eine Einschränkung der beitragsfreien Familienmitversicherung vor. Eine strukturelle und nachhaltige Reform der Finanzierungsgrundlage bleibt hingegen ebenso aus wie eine ausreichende Prävention von Pflegebedürftigkeit oder die Übernahme versicherungsfremder Leistungen aus dem Bundeshaushalt.

Zugleich werden die drängenden Strukturfragen erneut an eine Kommission weitergereicht, die bis Januar 2027 Vorschläge erarbeiten soll, die bis zum 1. Juli 2027 gesetzlich umgesetzt werden sollen, obwohl mit den Ergebnissen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ bereits ausgearbeitete Reformoptionen vorliegen.

Dass die Finanzierungslücke nicht bis zu deren Ergebnissen warten kann, zeigt das Finanztableau der Bundesregierung selbst: die Maßnahmen des Kabinettsentwurfs reichen nicht aus, um das erwartete Defizit der Pflegeversicherung in den kommenden Jahren zu schließen: Für das Jahr 2027 bleiben rechnerisch rund 1,35 Milliarden Euro offen, für das Jahr 2028 rund 2,6 Milliarden Euro.

Auch gegenüber Ländern und Kommunen verlagert der Entwurf finanzielle Lasten. Der Kabinettsbeschluss wurde am 30. September 2026 und damit nur einen Tag vor dem Stichtag gefasst, ab dem nach der Bund-Länder-Vereinbarung vom Juni 2026 die Veranlassungskonnexität gelten soll. Danach soll der Bund bei neuen Leistungsgesetzen, die Länder und Kommunen mit mehr als 200 Millionen Euro jährlich belasten, grundsätzlich 80 Prozent der Mehrkosten übernehmen. Für die finanziellen Folgen des Pflegeneuordnungsgesetzes, insbesondere im Bereich der Hilfe zur Pflege, ist ein entsprechender Ausgleich jedoch nicht vorgesehen. Der Deutsche Städtetag wertet dies als Vertrauensbruch (vgl.: www.staedtetag.de/presse/pressemeldungen/2026/pflegereform-ist-echter-affront-statt-entlastung-zusaetzliche-belastung-fuer-kommunen). Eine nachhaltige Stabilisierung der Pflegeversicherung darf nicht zulasten der kommunalen Ebenen erfolgen.

In der wirtschaftspolitischen Debatte mehren sich Stimmen, die die Lösung in einem Umbau der gesetzlichen Pflegeversicherung zu einer reinen Basisversicherung sehen, ergänzt um private Zusatzversicherungen als Hauptträger der Pflegekostenfinanzierung. Diese Position ist nicht neu und interessengeleitet. Sie ist aber sozialpolitisch hochproblematisch. Wer dauerhaft auf private Zusatzvorsorge setzt, ohne weitere pflegepolitische Reformen anzugehen, wälzt die Lasten in Wirklichkeit zweifach ab: erstens auf die Kommunen, die für jene Menschen einspringen, die sich solche Vorsorge gar nicht leisten können und damit unausweichlich auf die kommunalen Sozialhilfehaushalte zurückfallen. Zweitens auf die junge Generation, die heute schon in mehreren Sozialversicherungszweigen doppelt belastet ist: durch Beiträge und zusätzlich notwendiger privater Vorsorge.

Langjährige Pflegebedürftigkeit ist ein individuelles Risiko, das nur solidarisch gesamtgesellschaftlich geschultert werden kann. Unterstützung im Fall von Pflege ist zugleich ein zentrales Versprechen des deutschen Sozialstaats. Statt von der Bundesregierung geplante Leistungskürzungen muss es eine nachhaltige und ganzheitliche Pflegereform geben, die neben Finanzierungsfragen insbesondere Pflegeinnovationen und die Prävention von Pflegebedürftigkeit ins Zentrum stellt. Ziel ist eine solidarisch finanzierte, generationen- und sozialgerechte sowie nachhaltig tragfähige Pflege in Deutschland, bei der Menschen seltener pflegebedürftig werden, Pflegebedürftige entlastet werden, pflegende Angehörige gestärkt werden, die über eine tragfähige und generationengerechte Finanzierungsbasis verfügt und kommunale Haushalte nicht stärker belastet. Mit einer nachhaltigen Pflegereform können sich auch künftige Generationen auf eine funktionierende soziale Pflegeversicherung verlassen. Nicht zuletzt muss dabei auch der Klimaschutz mitgedacht werden, damit der Pflegesektor dazu beitragen und von den Ersparnissen profitieren kann.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens zur Reform der sozialen Pflegeversicherung, statt der bisher bekannt gewordenen Vorhaben eine nachhaltige Pflegereform vorzulegen, die das projizierte Defizit der sozialen Pflegeversicherung ohne Leistungskürzungen schließt, die Prävention von Pflegebedürftigkeit stärker ins Zentrum rückt und dabei insbesondere die folgenden Maßnahmen umzusetzen:

1. Pflegebedürftigkeit möglichst lange zu vermeiden oder hinauszuzögern und die Pflegeprävention zu verankern durch
   a. die Vorlage eines Bundes-Pflegepräventionsgesetzes mit verbindlichen, kennzahlengestützten Zielwerten bis zum Jahr 2035, das die bislang fragmentierten Zuständigkeiten zwischen gesetzlicher Krankenversicherung, sozialer Pflegeversicherung, Bund, Ländern und Kommunen über eine sektorenübergreifende Finanzierungs- und Steuerungsarchitektur überwindet, damit die

Investition in Prävention dort vergütet wird, wo sie Pflegekosten vermeidet, und nicht im heutigen Zuständigkeitsdickicht verloren geht,

b. die Weiterentwicklung der medizinischen Prävention durch die Ergänzung des Check-up 35 um einen strukturierten Herz-Hirn-Gefäß-Check ab dem 50. Lebensjahr nach dem Vorbild des englischen NHS Health Check mit verbindlichen Behandlungspfaden bei verschiedenen Risikofaktoren wie auffälligem Blutdruck, LDL-Cholesterin, HbA1c, Vorhofflimmern, Adipositas, Tabak- und Alkoholkonsum sowie qualitätsgesicherter Hausarzt-Vergütung an die Erreichung definierter Zielwerte,

c. die Einführung eines strukturierten Frailty-, Mobilitäts- und Sturzpräventionsprogramm ab dem 75. Lebensjahr, ausgelöst über ein jährliches Frailty-Assessment in der hausärztlichen Versorgung und umgesetzt als Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Anlehnung an internationale Programme, ergänzt um Wohnraumcheck, Medikationsreview, Hilfsmittelversorgung und Ernährungsberatung,

d. eine Hör-, Seh- und Mundgesundheits-Offensive als Pflege- und Demenzprävention, insbesondere durch einen niedrigschwelligen Hörscreening-Pfad über die hausärztliche Versorgung, verbindliche Versorgungs- und Funktionsprüfungsstandards für Hörgeräte und Sehhilfen in Pflegeeinrichtungen sowie kurze Wartezeiten in der Versorgung mit Zahnersatz und bei Grauem Star,

e. die Einführung einer verbindlichen Umsetzungsgarantie „Reha vor Pflege“ mit einem Rechtsanspruch auf die Umsetzung jeder im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochenen Rehabilitations-, Heilmittel- und Hilfsmittelempfehlung binnen acht Wochen, ergänzt um den flächendeckenden Aufbau mobiler geriatrischer Rehabilitations- und Alltagsrehabilitationsteams nach dänischem Vorbild, die nach Krankenhausaufenthalt, Sturz oder akuter Funktionsverschlechterung direkt im häuslichen Umfeld wirken,

f. eine gesetzliche Modellklausel „Aktivierende und rehabilitative Pflege“, die die Fehlanreizstruktur des geltenden Rechts adressiert, wonach aktivierende Pflege mit Pflegegradverbesserung zu Leistungskürzungen führt; im Rahmen wissenschaftlich begleiteter Modellvorhaben sollen ergänzende Qualitäts- und Ergebnisindikatoren zur Vergütung von Pflegequalität auf Einrichtungs- und Versorgungsnetzebene erprobt und evaluiert werden – insbesondere vermiedene Krankenhausaufnahmen, Sturz- und Dekubitusraten sowie Erhalt von Mobilität und Selbstversorgungsfähigkeit, sodass Fehlanreize zur Patientenselektion oder zur ökonomischen Belohnung niedrig ausgewiesener Pflegebedarfe systematisch ausgeschlossen werden,

g. ein Aktiv-Bonus-Programm in den Pflegegraden 1 und 2, wonach interessierte Pflegebedürftige, die nachweislich an freiwilligen strukturierten Bewegungs-, Mobilitäts- oder Sozialprogrammen teilnehmen, die der Verzögerung oder Vermeidung höherer Pflegestufen dienen, einen erhöhten Entlastungsbetrag erhalten können,

h. die verstärkte Förderung von Pflegeinnovationen und Pflegerobotik für die Entlastung von pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden;

2. mit dem Ziel einer dauerhaft tragfähigen, generationengerechten und solidarischen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung die Finanzierungsbasis fair zu verteilen und nachhaltig auszugestalten durch

   a. die Einführung eines vollständigen Risikostrukturausgleichs zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung, sodass die ungleich verteilten Risiken zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung künftig solidarisch ausgeglichen werden,

b. die Einführung von Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt zur sozialen Pflegeversicherung, beispielsweise durch die Heranziehung von Steuereinnahmen aus nicht-sozialversicherungspflichtigem Einkommen, insbesondere vor dem Hintergrund einer Zunahme von Geschäftsmodellen, die ihre Wertschöpfung von Lohnausgaben entkoppeln,

c. Schritte in Richtung einer Bürger*innenversicherung wie der Integration von Beamtinnen und Beamten und Selbstständigen bei Neueintritt in den Beruf in die soziale Pflegeversicherung; unter Berücksichtigung von Bestandsschutz,

d. eine schrittweise Weiterentwicklung der Beitragsbemessungsgrenze,

e. die Entlastung der sozialen Pflegeversicherung um diejenigen Aufgaben, die ihr ordnungspolitisch nicht zuzuordnen sind, sondern als gesamtstaatliche Aufgaben aus Steuermitteln zu finanzieren sind, insbesondere die vollständige Erstattung der pandemiebedingten Mehrausgaben (rund 5,2 Milliarden Euro einmalig) gestreckt durch einen Bundeszuschuss über die Jahre 2027 bis 2031 und die dauerhafte Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige aus dem Bundeshaushalt (rund 4,5 Milliarden Euro jährlich) sowie die schrittweise Herauslösung der Pflegeausbildungskosten aus den Eigenanteilen und ihre Finanzierung durch die hierfür zuständigen Länder,

f. die perspektivische Überführung der medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich in die Krankenversicherung, schrittweise, abgrenzungssicher, mit bundeseinheitlicher Leistungsdefinition zwischen Behandlungspflege, Grundpflege, aktivierender Pflege und sozialer Betreuung, mit verbindlicher Bereinigung der stationären Pflegesätze um den überführten Behandlungspflegeanteil zur unmittelbaren Entlastung der Eigenanteile, mit einem morbiditäts- und pflegegradbezogenen Behandlungspflege-Zuschlag der gesetzlichen Krankenversicherung statt einer einzelleistungsbürokratischen Verordnungslogik, mit fairer Gegenfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen einer verursachungsgerechten, sektorenübergreifenden Gesamtfinanzierung sowie mit Qualitätsanforderungen (heimärztliche Kooperationsverträge, Medikationsreviews, Wundmanagement, sektorenübergreifendes Case Management) zur Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen,

g. die Weiterentwicklung des Pflege-Vorsorgefonds hin zu einem kollektiven Pflege-Demografiefonds, der einen öffentlich-rechtlich organisierten, generationenübergreifenden Kapitalstock aufbaut und durch eine unabhängige professionelle Verwaltung eine langfristig renditeorientierte, breit diversifizierte Kapitalanlage verfolgt, dabei sind die Mittel des Fonds dauerhaft gegen anderweitige staatliche Verwendung zu sichern; Entnahmen erfolgen ausschließlich nach gesetzlich festgelegten Regeln zur Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung und zur Abfederung demografisch bedingter Mehrbelastungen;

3. pflegende Angehörige, ohne deren Leistung das deutsche Pflegesystem nicht funktionsfähig wäre und die ihre eigene Erwerbstätigkeit, ihre Karriere, ihre Gesundheit und ihre Altersvorsorge zurückstellen, zu stärken, sozial besser abzusichern und im Pflegealltag wirksam zu entlasten durch

   a. den vollständigen Erhalt der Rentenversicherungsansprüche für pflegende Angehörige, kurzfristig finanziert über die soziale Pflegeversicherung, perspektivisch aus Bundeszuschüssen an die soziale Pflegeversicherung,

   b. die Bündelung der bislang fragmentierten Entlastungsleistungen für pflegende Angehörige in einem flexibel einsetzbaren Angehörigen-Entlastungsbudget, das Leistungen der Tages-, Nacht-, Kurzzeit- und Verhinderungs-

pflege sowie aufsuchende Beratungsangebote umfasst und eine flächendeckende 24/7-Pflegekrisenstruktur mit Krisenplätzen und mobilen Kriseninterventionsteams zusammenführt, um häusliche Pflegearrangements zu stärken und vermeidbare stationäre Aufnahmen wo möglich vermieden werden können,

c. die Etablierung einer primärversorgungsbasierten Pflegekoordination, in der akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen auf ärztliche oder pflegerische Verordnung hin die häusliche Pflegesituation begleiten, Versorgungsangebote koordinieren und pflegende Angehörige bei der Organisation und Bewältigung komplexer Versorgungssituationen unterstützen,

d. den bedarfsgerechten Ausbau von Tagespflegeangeboten, um pflegende Angehörige wirksam zu entlasten, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern und stationäre Pflege möglichst lange zu vermeiden,

e. die Förderung quartiersbezogener und generationenübergreifender Unterstützungsstrukturen sowie innovativer Projekte wie „Alt pflegt Alt“, Nachbarschaftshilfen und weiterer sorgender Gemeinschaften, die soziale Teilhabe stärken, Einsamkeit vorbeugen und Pflegebedürftige sowie ihre Angehörigen im Alltag unterstützen;

4. Effizienzpotenziale zu heben, die Wirtschaftlichkeit der Pflege durch bessere Organisation zu stärken und verdeckte Folgekosten zu vermeiden durch

a. eine konsequente Entbürokratisierungs-Offensive in der Pflege, die unter anderem auf den Abbau von Doppeldokumentationspflichten, einheitliche digitale Schnittstellen zwischen Medizinischem Dienst, Pflegekassen und Einrichtungen sowie die Beschleunigung von Begutachtungs- und Verwaltungsverfahren abzielt,

b. den gezielten Ausbau der Digitalisierung in der Pflege durch den Einsatz nachweislich entlastender und wirtschaftlich tragfähiger Anwendungen, insbesondere einheitlicher Dokumentations- und Schnittstellenstandards sowie sensorgestützter Pflegeassistenzsysteme und Sturzprophylaxe,

c. eine zielgenauere Verwendung der Leistungen des Pflegegrades 1 mithilfe einer besseren fachpflegerischen Steuerung durch verpflichtende fachliche Erstberatung zur Identifikation präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie eine stärkere Bindung des Entlastungsbetrags an strukturierte Präventionsangebote,

d. eine Fachkräfte- und Gute-Arbeitsbedingungen-Offensive für die ambulante und stationäre Langzeitpflege, durch mehr Anreize für verlässliche Dienstplanung, wirksamen Gewaltschutz für Beschäftigte und Pflegebedürftige, betriebliche Gesundheitsförderung, eine Beobachtung und eventuelle Nachschärfung der bereits gesetzlich getroffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Leiharbeit in der Langzeitpflege, die zügige Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse mit qualitätsgesicherten Anpassungsmaßnahmen sowie verbindliche Personalbindungs- und Berufsverbleibstrategien,

e. den Ausbau qualifikationsgerechter Kompetenzmix-Modelle einschließlich akademisierter Pflegefachpersonen, Community Health Nurses und Advanced Practice Nursing mit klar geregelten heilkundlichen Tätigkeiten in Primärversorgung und Langzeitpflege,

f. die konsequente Verzahnung der Versorgung an der Schnittstelle von Pflege, Gesundheitsversorgung und Notfallmedizin, indem sektorenübergreifendes Case Management, bedarfsorientierte Leistungsbudgets und verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen Pflegediensten, hausärztlicher Versorgung, gerontopsychiatrischer Versorgung und Notfallaufnahmen eingeführt werden, sowie durch eine verbindliche kommunale Pflegestrukturplanung

mit bundesweit einheitlicher Rahmenvorgabe, die gleichwertige Versorgungsbedingungen sicherstellt, um Versorgungslücken und vermeidbare Krankenhauseinweisungen zu reduzieren,

g. die Einführung eines ambulanten Vorrang-Bonus im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, durch die Personen, die sich bewusst für eine ambulante oder teilstationäre Versorgung statt einer vollstationären Versorgung entscheiden, einen finanziellen Bonus erhalten, sofern dadurch Kosten eingespart werden,

h. ökologische Nachhaltigkeit im Sozialgesetzbuch der Pflegeversicherung (SGB XI) zu verankern, damit die Erbringung von Pflegeleistungen möglichst ressourcenschonend erfolgt und der Pflegesektor einen größeren Beitrag zum Klimaschutz leisten und von diesem profitieren kann;

5. die Eigenanteile für Pflegebedürftige in der stationären Langzeitpflege zu begrenzen und dadurch zugleich gezielt strukturschwache Kommunen zu entlasten und dazu

   a. die pflegebedingten Eigenanteile für alle Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege solidarisch, bedarfsgerecht und generationengerecht zu begrenzen; Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten bleiben unberührt,

   b. den bisherigen Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI in diese neue Systematik zu überführen und bestehenden Heimbewohner*innen Bestandsschutz zu gewähren,

   c. zu prüfen, inwiefern eine sozialgerechte Staffelung, hinsichtlich hoher Einkommen oder Vermögen, der pflegebedingten Eigenanteile in der stationären Pflege umgesetzt werden kann,

   d. mit den Ländern eine Kostenverteilung zu vereinbaren, die die Entlastung von Kommunen sicherstellt.

Berlin, den 6.Oktober 2026

Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion

Begründung

Die Pflegeversicherung steht vor einer doppelten Herausforderung: einer sich abzeichnenden Finanzierungslücke in zweistelliger Milliardenhöhe ab dem Jahr 2028 einerseits und einer Reformpolitik andererseits, die diese Lücke einseitig durch höhere Belastungen der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und insbesondere der mehrheitlich weiblichen pflegenden Angehörigen zu schließen versucht. Beide Befunde verlangen eine strukturelle Antwort – keine Lastenverschiebung, sondern einen Kurswechsel.

Das ab dem Jahr 2027 absehbare Defizit der sozialen Pflegeversicherung von 8 Milliarden Euro – aufwachsend auf rund 19 Milliarden Euro bis 2033 – stellt die Politik vor eine Richtungsentscheidung: Entweder werden die Lasten einseitig auf Pflegebedürftige, Beitragszahlende oder künftige Generationen abgewälzt, oder es wird eine strukturell tragfähige Lösung vorgelegt, die das Defizit ohne Leistungskürzungen schließt.

Das vorliegende Reformkonzept gibt auf diese Frage als Antwort einen belastbaren Finanzierungspfad, der im parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren auf Grundlage aktualisierter wissenschaftlicher Modellrechnungen zu präzisieren ist.

Zu 1.:

Pflegeprävention ist der größte verbleibende, bislang nicht systematisch erschlossene Spar- und Entlastungshebel des deutschen Pflegesystems. Sie ist zugleich der einzige Hebel, der nicht nur die Finanzierung stabilisiert, sondern die Pflegebedürftigkeit selbst reduziert oder verzögert – also den Bedarf, dessen Finanzierung der Antrag ansonsten neu ordnet. Eine ernsthafte Pflegereform, die diesen Hebel nicht zieht, akzeptiert sehenden Auges, dass jedes Jahr ein erheblicher Teil der neu eintretenden Pflegebedürftigkeit medizinisch und sozialpolitisch vermeidbar gewesen wäre.

Die Ursachenstruktur der Pflegebedürftigkeit ist medizinisch gut beschrieben. Nach dem Pflegebedürftigkeitsreport 2025 des Medizinischen Dienstes Bund ist Demenz unter den erwachsenen Antragstellenden die häufigste pflegebegründende Einzeldiagnose (rund 8 Prozent), gefolgt von Frailty und Senilität, Polyarthrose, Gang- und Mobilitätsstörungen, Herzinsuffizienz, COPD, Parkinson, zerebrovaskulären Folgen und Hirninfarkt. Auswertungen der BARMER auf Basis von Routinedaten zeigen für das Jahr 2023, dass Demenz unter den untersuchten Erkrankungen mit Abstand die höchste Pflegeprävalenz aufweist und die Wahrscheinlichkeit einer vollstationären Dauerpflege um über 22 Prozentpunkte erhöht – deutlich stärker als Herzinsuffizienz, Krebs oder Frakturen. Damit ist Demenz nicht nur die wichtigste pflegebegründende Diagnose, sondern auch der stärkste Treiber der besonders kostenintensiven stationären Versorgung. Ein Pflegepräventionspaket, das Demenz nicht ins Zentrum stellt, würde am größten Hebel vorbeireformieren.

Demenz ist dabei in erheblichem Umfang vermeidbar oder verzögerbar. Die Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention and Care hat in ihrem Update 2024 14 potenziell modifizierbare Risikofaktoren identifiziert – darunter Hypertonie, hoher LDL-Cholesterinspiegel, Diabetes, Adipositas, Rauchen, Alkohol, körperliche Inaktivität, soziale Isolation, Depression, Schädel-Hirn-Trauma, Luftverschmutzung sowie unbehandelter Hör- und Sehverlust – und kommt zu dem Ergebnis, dass theoretisch annähernd die Hälfte der weltweiten Demenzfälle durch konsequente Adressierung dieser Faktoren verzögert oder verhindert werden könnte. Englische Daten zeigen seit den 1990er Jahren eine altersstandardisierte Demenzinzidenz-Reduktion von rund 20 Prozent pro Dekade, getragen vor allem von besserer kardiovaskulärer Versorgung. Die finnische FINGER-Studie hat in einem randomisierten Multidomain-Design mit Bewegung, Ernährung, kognitivem Training und Risikofaktorkontrolle eine signifikante Verbesserung der kognitiven Gesamtleistung bei Älteren mit erhöhtem Demenzrisiko nachgewiesen. Die US-amerikanische ACHIEVE-Studie 2023 hat gezeigt, dass eine konsequente Hörgeräteversorgung den kognitiven Abbau bei Risikoälteren über drei Jahre erheblich reduziert. Diese Evidenz ist robust und international konsensfähig.

Auch jenseits der Demenz ist die Evidenzlage belastbar. Kanada hat zwischen den Jahren 1992 und 2009 die Hypertonie-Kontrollrate von rund 13 auf rund 68 Prozent gesteigert, mit messbaren Rückgängen bei Schlaganfall- und Herzinsuffizienz-Hospitalisierungen. Schweden hat über das Programm STROKESTOP und das nationale Schlaganfallregister Riksstroke gezeigt, dass populationsbasiertes Vorhofflimmern-Screening bei 75- bis 76-Jährigen mit konsequenter Antikoagulation Schlaganfälle und Mortalität signifikant reduziert. Das in Neuseeland entwickelte und mehrfach international replizierte Otago Exercise Programme reduziert in Metaanalysen Stürze bei gebrechlichen älteren Menschen um rund 35 Prozent. Strukturierte pharmazeutisch-ärztliche Medikationsreviews bei älteren Menschen mit Polypharmazie reduzieren potenziell inadäquate Medikation um 30 bis

40 Prozent und damit Sturz-, Delir- und Hospitalisierungsraten. Telemonitoring bei Herzinsuffizienz hat in der deutschen TIM-HF2-Studie Krankenhaustage und Mortalität reduziert. Diese Interventionen sind nicht spekulativ, sie sind international etablierter Versorgungsstandard – nur eben nicht in Deutschland.

Das deutsche Pflegesystem trägt zugleich strukturelle Belege dafür, dass auch hierzulande erhebliche, bislang nicht gehobene Präventionspotenziale bestehen. Nach dem Pflegebedürftigkeitsreport 2025 wurden im Jahr 2024 in 82,7 Prozent aller Erstbegutachtungen durch den Medizinischen Dienst präventive oder rehabilitative Empfehlungen ausgesprochen. Die tatsächliche Umsetzungsquote dieser Empfehlungen ist niedrig und nicht systematisch erfasst. Hier liegt der vermutlich konkreteste und kurzfristig umsetzbare Hebel: ein Rechtsanspruch auf die zeitnahe Umsetzung jeder ausgesprochenen Reha-, Heilmittel- und Hilfsmittelempfehlung. „Reha vor Pflege“ ist heute eine programmatische Formel – sie muss in eine vollziehbare Garantie überführt werden.

Auf dieser Evidenzbasis sind im Rahmen des Bundes-Pflegepräventionsgesetzes folgende verbindliche, kennzahlengestützte Zielwerte bis 2035 vorzusehen: eine Senkung der altersstandardisierten Inzidenz neuer Pflegebedürftigkeit in der Altersgruppe 65 bis 84 Jahre um 15 bis 20 Prozent, eine Verschiebung des medianen Eintrittsalters in Pflegegrad 2 um mindestens zwölf Monate, eine Steigerung der Hypertonie-Kontrollrate bei behandelten Hypertonikerinnen und Hypertonikern ab 40 Jahren von heute rund 50 auf mindestens 70 Prozent, eine Antikoagulationsrate bei behandlungsbedürftigem Vorhofflimmern von über 90 Prozent, eine Hörgeräteversorgungsquote bei messbarem Hörverlust ab 70 Jahren von mindestens 70 Prozent, eine Reduktion sturzbedingter Hospitalisierungen ab 65 Jahren um mindestens 25 Prozent, ein Anteil dokumentierter Demenzfrühdiagnosen vor Eintritt in Pflegegrad 2 von mindestens 75 Prozent sowie eine Umsetzungsquote pflegerischer Rehabilitations- und Hilfsmittelempfehlungen des Medizinischen Dienstes von mindestens 70 Prozent binnen sechs Monaten. Die Zielwerte sind politisch ambitioniert, aber im internationalen Vergleich nicht außergewöhnlich; sie liegen unter dem Niveau, das einzelne OECD-Vergleichsländer bereits heute erreichen.

Die fiskalische Wirkung ist substanziell, wenn auch erst mittelfristig zahlungswirksam. Bei rund 5,87 Millionen Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern und Pflegeausgaben in der Größenordnung von 135 Milliarden Euro entspricht bereits eine Verschiebung des durchschnittlichen Eintritts in Pflegegrad 2 um zwölf Monate einer makroökonomischen Entlastungswirkung im niedrigen zweistelligen Milliardenbereich pro Jahr; die volle Wirkung baut sich über ein Jahrzehnt auf. Im Unterschied zu allen anderen Finanzierungsbausteinen dieses Antrags wirkt Pflegeprävention nicht beitrags- oder verteilungspolitisch, sondern an der Wurzel: Sie reduziert die Zahl der Menschen, die überhaupt pflegebedürftig werden oder schwere Pflegegrade erreichen. Damit ist sie nicht Konkurrenz zur Solidargemeinschaft, sondern deren wirksamster Schutz.

Damit Pflegeprävention tatsächlich wirkt, sind drei strukturelle Voraussetzungen unverzichtbar. Erstens eine kassen- und sektorenübergreifende Finanzierungsarchitektur, die sicherstellt, dass die Gesetzliche Krankenversicherung Investitionen in Prävention auch dann lohnen, wenn die Einsparungen primär in der Sozialen Pflegeversicherung anfallen. Die heutige Trennung der Sozialversicherungszweige ist einer der wichtigsten strukturellen Hemmnisse für eine wirksame Pflegeprävention. Zweitens eine outcome-orientierte Vergütung in der hausärztlichen Versorgung, die die Erreichung definierter Zielwerte – Hypertonie- und LDL-Kontrolle, Antikoagulationsrate, Frailty-Assessment, Medikationsreview – risikoadjustiert vergütet, ohne falsche Anreize zur Patientenselektion zu setzen. Drittens eine belastbare Datengrundlage über das Bundes-Pflegepräventionsmonitoring, ohne die weder Zielwerte überprüft noch regionale Versorgungsunterschiede gezielt adressiert werden können.

Zu 1. f):

Das Modellvorhaben „Aktivierende und rehabilitative Pflege“ adressiert eine reale Fehlanreizstruktur des geltenden Rechts, in dem eine gute, aktivierende Pflege, die zu einer Senkung des Pflegegrades führt, von der heutigen Vergütungslogik mit einer Leistungskürzung verbunden ist. Das hier vorgeschlagene Modellvorhaben löst diesen Konflikt, indem es gute Pflege nicht über einzelne Pflegegradverläufe, sondern über einem risikoadjustierten Set von Versorgungs- und Lebensqualitätsindikatoren auf Einrichtungs- und Versorgungsnetzebene vergütet – insbesondere vermiedene Krankenhausaufnahmen, Reduktion vermeidbarer Notaufnahmebesuche, Sturz- und Dekubitusraten, Erhalt von Mobilität und Selbstversorgungsfähigkeit, stabile häusliche Versorgung sowie subjektive Lebensqualität. Die Pilotierung in Modellregionen mit wissenschaftlicher Evaluation stellt sicher, dass Fehlanreize – etwa die Selektion vermeintlich „verbesserungsfähiger“ Patientinnen und Patienten – erkannt und korrigiert werden. Die Verifikation erfolgt durch den Medizinischen Dienst.

Zu 1. g):

Das Aktiv-Bonus-Programm in den Pflegegraden 1 und 2 schließt eine andere Anreizlücke: Heute fließt der Entlastungsbetrag im Pflegegrad 1 häufig in Haushaltsdienste ohne nachweisliche Präventionswirkung. Durch die Kopplung eines erhöhten Entlastungsbetrags an die nachweisliche Teilnahme an Bewegungs-, Mobilitäts- oder Sozialprogrammen wird für interessierte Pflegebedürftige ein konkreter Anreiz geschaffen, vorhandene Mittel auf Maßnahmen zu lenken, die den Übergang in höhere Pflegegrade verzögern oder vermeiden. Die Maßnahme schafft keine neue Leistungsklasse und kein neues Ausgabenvolumen, sondern lenkt vorhandene Entlastungsbeträge auf wirksamere Verwendungen.

Zu 1. h):

Pflegerobotik und Pflegeinnovationen können professionell Pflegende und pflegende Angehörige durch die Übernahme körperlich schwerer und repetitiver Aufgaben, die Erhöhung der Sicherheit im Alltag sowie die Förderung der Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen entlasten. So unterstützen beispielsweise Exoskelette Pflegekräfte beim schweren Heben von Patient*innen und schützen so nachweislich den Rücken. Heb- und Aufstehhilfen erleichtern den Transfer vom Bett in den Rollstuhl und minimieren das Verletzungsrisiko. Serviceroboter können Materialien, Essen oder Wäsche und Botengänge übernehmen, was im Stationsalltag Zeit spart. Notrufsysteme nutzen Künstliche Intelligenz, um veränderte Bewegungsmuster oder Stürze selbstständig zu erkennen, was Angehörigen vor allem nachts mehr Sicherheit gibt. Prozessautomatisierung reduziert den Dokumentationsaufwand und schafft Freiräume für die direkte Zuwendung zum Menschen. Mit diesem Ziel sollten digitale Innovationen gezielt gefördert werden. Gerade Beispiele wie die Erkennung eines Sturzrisikos durch KI-Anwendungen verdeutlichen, welchen Beitrag sie auch zur Prävention von Pflegebedürftigkeit leisten können.

Zu 2.:

Deutschland hat im Verhältnis zu seiner Wirtschaftskraft und der Altersstruktur seiner Bevölkerung kein Ausgaben-, sondern ein Einnahmenproblem in der Pflege. Eine Reformstrategie, die ausschließlich auf der Ausgabenseite ansetzt, verschiebt Lasten, anstatt sie zu lösen. Nachhaltige Stabilisierung erfordert zweierlei: die Erweiterung der Finanzierungsbasis auf bislang nicht erfasste Einkommensarten und Personengruppen sowie den Abbau der strukturellen Ungleichheit zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung. Solange kein Risikostruktur- und Finanzkraftausgleich zwischen beiden Systemen besteht, liegt ein Systemfehler vor, dessen Behebung die soziale Pflegeversicherung nach Berechnungen des SOCIUM-Forschungszentrums allein um rund 3 Milliarden Euro jährlich entlasten würde.

Zu 2. a):

Der Risikostrukturausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung ist eine ordnungspolitische Kernforderung. Die Trennung zwischen den beiden Versicherungszweigen führt seit Einführung der Pflegeversicherung zu einer strukturellen Schieflage, die das Bundesverfassungsgericht bereits 2001 angemahnt hat: Die private Pflegepflichtversicherung weist eine deutlich günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur sowie niedrigere alters- und geschlechtsspezifische Pflegeprävalenzen auf. Bei identischem Leistungsrecht sind die Pflegeausgaben pro sozialversicherter Person etwa doppelt so hoch wie pro privatversicherter Person; gleichzeitig liegen die Einkommen der Privatversicherten im Durchschnitt nahezu doppelt so hoch wie die der gesetzlich Versicherten. Diese Asymmetrie – günstige Risiken und hohe Einkommen auf der einen, schlechtere Risiken und niedrigere Einkommen auf der anderen Seite – ist mit dem Solidarprinzip einer Pflichtversicherung nicht vereinbar. Ein vollständiger Risikostrukturausgleich beendet die Risikoselektion, ohne die private Pflegepflichtversicherung als solche abzuschaffen. Nach Berechnungen des SOCIUM-Forschungszentrums entlastet allein dieser Schritt die soziale Pflegeversicherung um rund 3 Milliarden Euro jährlich.

Zu 2 b):

Die soziale Pflegeversicherung finanziert sich bisher hauptsächlich über Beiträge auf Arbeitseinkommen, beziehungsweise das Arbeitseinkommen ersetzende Zahlungen wie zum Beispiel Renten. Einkommen aus Kapitalerträgen, Vermietungen und Verpachtungen bleiben in jeder Höhe unberücksichtigt, außer bei freiwillig Versicherten. Dies stellt einerseits eine Privilegierung solcher Einkunftsarten dar, gleichzeitig haben Unternehmen, die ihre Ausgaben für Löhne und Gehälter minimieren können, strukturelle Vorteile. Bereits in den vergangenen Jahrzehnten entkoppelte sich die Wertschöpfung von Unternehmen zunehmend von ihren Lohnausgaben – in Zukunft ist aufgrund neuer digitaler Geschäftsmodelle und den Möglichkeiten von Künstlicher Intelligenz davon auszugehen, dass wirtschaftliche Wertschöpfung und unternehmerische Gewinne sich unabhängig von Lohnausgaben entwickeln werden. Eine Finanzierungsbasis, die nur auf die Verbeitragung von Löhnen und Gehältern

sowie Rentenzahlungen setzt, ignoriert daher einen beträchtlichen Teil der gesamtgesellschaftlichen Wertschöpfung. Eine dauerhaft tragfähige, generationengerechte und solidarische Finanzierungsbasis der Pflegeversicherung muss daher weitere Einkunftsquellen erschließen, was durch die Einführung von Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt, über die beispielsweise auch die Steuereinnahmen aus nicht-sozialversicherungspflichtigen Einkommen berücksichtigt werden können, gelingen kann.

Zu 2. c):

Beamtinnen und Beamte, Selbstständige sowie weitere Personengruppen, die sich neu privat versichern, werden bei Neueintritten in den Beruf in die soziale Pflegeversicherung integriert; Bestandsversicherte bleiben in ihrer privaten Pflegepflichtversicherung und werden durch den Risikostrukturausgleich erfasst. Dies vermeidet einen abrupten Systemumbruch und respektiert Vertrauensschutz-Tatbestände. Für neu in die soziale Pflegeversicherung einbezogene Beamtinnen und Beamte ist ein Dienstherrenanteil analog zum Arbeitgeberanteil sowie eine Anpassung des Beihilferechts vorzusehen.

Zu 2. d)

Die Beitragsbemessungsgrenzen sollten behutsam weiterentwickelt werden, sodass höhere Einkommen angemessen zu einer stabilen und langfristig verlässlichen Finanzierung beitragen. Dabei ist darauf zu achten, dass Arbeitnehmer*innen und Unternehmen nicht zu stark belastet werden.

Zu 2. e):

Die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen ist eine seit langem erhobene Forderung der Sozialversicherungsträger und wurde zuletzt vom Bundesrat einstimmig im Januar 2026 gefordert; auch die Finanzkommission Gesundheit der Bundesgesundheitsministerin hat sie befürwortet. Sie entlastet die soziale Pflegeversicherung sofort und ist ordnungspolitisch geboten: Leistungen, die nicht dem Versicherungsprinzip folgen, sondern gesamtgesellschaftliche Aufgaben erfüllen, sind sachgerecht aus Steuermitteln zu finanzieren.

Zu 2. f):

Die Kosten für die medizinische Behandlungspflege werden in der häuslichen Krankenpflege von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Dies sollte folgerichtig in der stationären Langzeitpflege auch so sein und würde nach Zahlen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe für eine Pflegereform zu einer monatlichen Entlastung der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen in Höhe von über 200 Euro monatlich führen.

Zu 2. g):

Der kollektive Pflege-Vorsorgefonds ist die generationengerechte Langfristkomponente des Antrags und zugleich die klare Abgrenzung zu allen Vorschlägen, die die Pflegeversicherung auf eine bloße Basisversorgung zurückführen und das Pflegerisiko privatisieren wollen. In der wirtschaftspolitischen Debatte werden zunehmend Modelle propagiert, die eine schlanke gesetzliche Basis-Pflegeversicherung mit umfangreichen privaten Zusatzversicherungen kombinieren wollen. Solche Modelle verkennen, dass private Zusatzvorsorge nur jenen offensteht, die sie sich leisten können – und dass Menschen ohne entsprechende Vorsorge unausweichlich in die kommunale Sozialhilfe abrutschen. Diese Lastenverschiebung von der Pflegeversicherung auf die Kommunen ist sozialpolitisch verheerend und ordnungspolitisch nicht sachgerecht.

Der mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz 2015 eingeführte Pflegevorsorgefonds hat gezeigt, dass der Grundgedanke einer kapitalgedeckten Ergänzung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung politisch konsensfähig ist. Seine Wirksamkeit ist jedoch begrenzt geblieben: Das jährliche Ansparvolumen von 0,1 Beitragssatzpunkten ist zu gering, die Anlagestrategie zu passiv und der Zeithorizont zu eng bemessen, um den demografischen Schock der 2040er Jahre substanziell abzufedern. Der hier vorgeschlagene kollektive Pflege-Vorsorgefonds geht daher konzeptionell deutlich weiter. Der Unterschied zum Fonds von 2015 liegt nicht im Prinzip, sondern in Ambition, Anlagestrategie und Dimensionierung.

Der hier vorgeschlagene Fonds wählt einen grundsätzlich anderen Weg als die Privatisierungsmodelle: Eine kollektive, staatlich verwaltete und generationenübergreifend ausgestaltete Kapitalkomponente, deren Erträge ab den 2040er Jahren der Solidargemeinschaft zugutekommen, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in größerer Zahl pflegebedürftig werden. Der Fonds tritt nicht an die Stelle der umlagefinanzierten Pflegeversicherung, sondern ergänzt sie um eine Generationenkomponente, die der jungen Generation eine glaubwürdige Aussicht auf Solidarschutz im eigenen Alter gibt. Damit wird der Generationenvertrag in der Pflege langfristig stabilisiert – ohne Mittel in die private Versicherungswirtschaft umzuleiten.

Zu 3:

Neun von zehn Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Hinter dieser Zahl stehen Millionen Menschen – überwiegend Frauen –, die ihre Erwerbstätigkeit, ihre Karriere, ihre Gesundheit und ihre Altersvorsorge zurückstellen, um Angehörige zu pflegen. Diese Leistung ist das tragende Fundament des deutschen Pflegesystems: Häusliche Pflege entlastet die soziale Pflegeversicherung um ein Vielfaches der Kosten stationärer Versorgung; wer diese Säule schwächt, riskiert eine Verlagerung in den deutlich teureren stationären Sektor. Eine Kürzung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, wie sie der Referentenentwurf zum PNOG zunächst vorsah, ist vor diesem Hintergrund nicht nur sozial ungerecht – sie ist ökonomisch widersinnig. Sie gefährdet die Bereitschaft zur häuslichen Pflege, heizt die Nachfrage nach stationärer Versorgung an und produziert sehenden Auges weibliche Altersarmut. Eine Pflegereform, die das System stabilisieren will, kann es sich nicht leisten, ausgerechnet jene zu belasten, die es tragen.

Zu 3. a):

Jede Kürzung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige greift gleichzeitig in den schwächsten Punkt des Gleichstellungsversprechens des Sozialstaats ein: Über 60 Prozent der pflegenden Angehörigen sind Frauen, die ohnehin Karrierebrüche, Teilzeitarbeit und reduzierte Rentenansprüche tragen. Eine Kürzung dieser Beiträge würde ihre Altersarmut systematisch verschärfen. Eine ordnungspolitisch saubere Antwort ist die vollständige Übernahme dieser Rentenbeiträge aus dem Bundeshaushalt – denn die Absicherung pflegender Angehöriger ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und gehört nicht in den Risikopool der Pflegebeitragszahlerinnen und -zahler.

Zu 3. b)

Im Moment sind die Entlastungsleistungen in der häuslichen Pflege fragmentiert und zu starr. Notwendig ist eine flexible Kombination der Leistungen der Tages-, Nacht- Kurzzeit- und Verhinderungspflege – je nachdem, welche Unterstützung am besten passt und welche Angebote vor Ort verfügbar sind. Deshalb sollten diese Leistungen in einem Angehörigen-Entlastungsbudget gebündelt werden und flexibel nutzbar sein. Wichtig sind zudem aufsuchende Beratungsangebote und eine 24/7-Pflegekrisenstruktur.

Zu 3. c):

Die primärversorgungsbasierte Pflegekoordination ist die Antwort auf eine verbreitete, aber öffentlich kaum diskutierte Realität: Häusliche Pflege findet zunehmend in fragilen Arrangements statt – zwischen Angehörigenpflege, Nachbarschaftshilfe, prekärer Live-in-Arbeit und unzureichend koordinierter professioneller Unterstützung. Die Lösung ist nicht zusätzliche Bürokratie und auch nicht eine weitere Leistungsausweitung, sondern eine fachpflegerische Koordination, die diese Versorgung qualifiziert begleitet, Versorgungslücken erkennt und schließt, Mindeststandards sichert und vor allem die kostspieligen Drehtür-Effekte zwischen häuslicher Pflege, Notfallaufnahmen und Krankenhausversorgung vermeidet. Akademisch qualifizierte Pflegekräfte übernehmen diese Aufgabe auf ärztliche oder pflegerische Verordnung, eingebettet in primärversorgungsnahe Strukturen. Wirtschaftlich gerechnet ist diese Koordination keine Leistungsausweitung, sondern eine Verlagerung von teurer Akut-Krankenhausversorgung in günstigere präventive Steuerung. Sie wirkt als spezifische Steuerung pflegerischer Leistungen innerhalb einer fach- und sachgerechten Primärversorgung und entschärft prekäre Versorgungssituationen frühzeitig, bevor sie in höherschwellige und teurere Versorgungsformen oder in Leistungen anderer Sozialgesetzbücher – insbesondere SGB V – eskalieren.

Zu 3. d und e)

Zur Entlastung der häuslichen Pflege und pflegender An- und Zugehöriger sind unterstützende Strukturen vor Ort wichtig. Dazu zählen Tagespflegeeinrichtungen. Sie ermöglichen eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und müssen bedarfsgerecht ausgebaut werden. Auch quartiersbezogene Projekte wie „Alt pflegt Alt“ können Pflegebedürftige und ihre Familien im Alltag unterstützen und müssen deshalb gefördert werden.

Zu 4.

Wirtschaftlichkeit in der Pflege ist nicht das Gegenteil sozialer Sicherheit – sie ist deren Voraussetzung. Der Antrag setzt deshalb auf vier Effizienzhebel, die ohne Leistungskürzungen wirken.

Zu 4. a):

Die Doppeldokumentation, fragmentierte digitale Schnittstellen zwischen Medizinischem Dienst, Pflegekassen und Einrichtungen sowie redundante Begutachtungen binden Pflegezeit, die für die Versorgung fehlt. Ziel muss

daher eine konsequente Entbürokratisierungs-Offensive sein, die Begutachtungs- und Verwaltungsverfahren vereinfacht, ohne jedoch Abstriche bei der notwendigen Nachhaltung von Pflegequalität vorzunehmen.

Zu 4. b)

Der gezielte Ausbau der Digitalisierung in der Pflege ist ein unverzichtbarer Bestandteil, um das Pflegepersonal in der stationären und ambulanten Pflege zu entlasten und mehr Zeit für die persönliche Versorgung der Menschen zu gewinnen. Die KI-gestützte Sprachdokumentation ist dafür ein Beispiel. Aber auch in der häuslichen Pflege können digitale Anwendungen An- und Zugehörige unterstützen, etwa zu Beobachtung des Gesundheitszustandes oder zur Kommunikation mit Gesundheitspersonal und Kassen.

Zu 4. c):

Die Anhebung der Schwellenwerte für Pflegegrade, wie sie die Bundesregierung erwägt, ist pauschal und sozial undifferenziert. Sie trifft alle gleich – auch jene, die berechtigt im Pflegegrad 1 sind. Die fachpflegerische Erstberatung und die stärkere Bindung des Entlastungsbetrags an präventive Strukturen erreicht dasselbe Steuerungsziel zielgerichteter und im Sinne der Pflegebedürftigen.

Zu 4. d):

Zusätzliche Finanzmittel allein verbessern die Versorgungsqualität nicht, wenn der Fachkräftemangel in der Langzeitpflege strukturell unbehoben bleibt. Heute werden Personalengpässe vielerorts durch teure Leiharbeit überbrückt. Unzuverlässige Dienstpläne, hohe körperliche und psychische Belastung sowie unzureichender Schutz vor Gewalt am Arbeitsplatz treiben qualifizierte Pflegekräfte aus dem Beruf – und halten potenzielle Nachwuchskräfte vom Einstieg ab. Dieser Kreislauf lässt sich nur durchbrechen, wenn Arbeitsbedingungen und Personalbindung systematisch verbessert werden. Verlässliche Dienstplanung, wirksamer Gewaltschutz und betriebliche Gesundheitsförderung sind dabei keine Zusatzleistungen, sondern Grundvoraussetzungen für einen dauerhaft funktionsfähigen Pflegearbeitsmarkt. Gleichzeitig muss das inländische Fachkräftepotenzial durch verbindliche Berufsverbleibstrategien gesichert und durch die zügige, qualitätsgesicherte Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse gezielt ergänzt werden. Ohne eine solche Fachkräfte- und Arbeitsbedingungen-Offensive drohen zusätzliche Mittel wirkungslos zu verpuffen – in Personalnotfalllösungen statt in bessere Versorgung.

Zu 4. e):

Das deutsche Pflegesystem ist strukturell auf ein enges Kompetenzgefälle zwischen ärztlichen und pflegerischen Berufen ausgerichtet – ein Modell, das unter den Bedingungen einer alternden Gesellschaft mit wachsendem Anteil komplexer, chronischer Versorgungslagen zunehmend an seine Grenzen stößt. Viele Situationen, die heute zur Krankenhauseinweisung führen, könnten durch Pflegefachpersonen mit erweiterten heilkundlichen Kompetenzen sicher im häuslichen oder stationären Langzeitpflegebereich aufgefangen werden. Community Health Nurses und Advanced Practice Nurses sind in zahlreichen europäischen Ländern längst etablierte Bestandteile einer funktionsfähigen Primärversorgung; in Deutschland fehlen klar geregelte heilkundliche Tätigkeitsfelder bis heute. Der Ausbau qualifikationsgerechter Kompetenzmix-Modelle ist daher keine akademische Strukturdebatte, sondern eine versorgungspraktische Notwendigkeit.

Zu 4. f):

Die Verfügbarkeit pflegerischer Versorgung ist heute regional sehr ungleich, und Versorgungslücken werden regelmäßig durch teurere Strukturen ausgeglichen: Notaufnahmen, Krankenhauseinweisungen, gerontopsychiatrische Aufnahmen. Diese Drehtür-Effekte sind eine der größten verdeckten Kostenpositionen im deutschen Gesundheitswesen. Eine verbindliche kommunale Pflegestrukturplanung, sektorenübergreifendes Case Management und bedarfsorientierte Leistungsbudgets lenken Ressourcen dorthin, wo sie wirksam sind, und vermeiden teure Doppel- und Fehlversorgung.

Zu 4. h):

Die soziale Pflegeversicherung beeinflusst maßgeblich die Versorgungsbereiche der Pflegeheime, der Pflegedienste und der häuslichen Pflege. Bislang wurde hier vor allem die soziale und ökonomische, nicht aber die ökologische Nachhaltigkeit berücksichtigt. Das ist ein Versäumnis, denn der Pflegesektor kann einen bedeutenden Beitrag zum Klimaschutz leisten. Das reicht vom Einsatz von Elektro-Autos bei ambulanten Pflegediensten über einen ressourcenschonenden Verbrauch von Hilfsmitteln bis hin zu Dämmung und Nutzung von Solarenergie bei Pflegeeinrichtungen. All dies muss vorangetrieben werden, damit Pflege nachhaltig stattfinden, einen Beitrag zu einer gesundheitsfördernden Umwelt leisten und von entsprechenden Einsparungen profitieren kann.

Um dies zu erreichen, ist die Verankerung von ökologischer Nachhaltigkeit im Sozialgesetzbuch der Pflegeversicherung ein wichtiger Schritt.

Zu 5.

Die Eigenanteilsentwicklung in der stationären Langzeitpflege hat eine Dimension erreicht, die das Gründungsversprechen der Pflegeversicherung von 1995 grundsätzlich infrage stellt. Im Juli 2026 lagen die durchschnittlichen monatlichen Eigenanteile im ersten Jahr des stationären Aufenthalts bei 3.364 Euro – nahezu doppelt so hoch wie die Eckrente nach 45 Beitragsjahren mit durchschnittlichem Verdienst. Wer ein Leben lang vorgesorgt hat, muss heute damit rechnen, dass alle Ersparnisse innerhalb weniger Jahre im Pflegeheim aufgezehrt werden. Ohne durchgreifende Reform werden die Eigenanteile bis zum Jahr 2035 real weiter auf rund 4.200 Euro im gewogenen Mittelwert und über 5.400 Euro im ersten Jahr des stationären Aufenthalts ansteigen (jeweils in heutigen Preisen).

Die wissenschaftliche Analyse der von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ vorgeschlagenen Reformoptionen durch das SOCIUM-Forschungszentrum der Universität Bremen kommt zu einem eindeutigen Ergebnis: Unter den geprüften Varianten ist die Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile die einzige Option, die das im Koalitionsvertrag formulierte Ziel der Eigenanteilsbegrenzung tatsächlich erreicht. Eine bloße Leistungsdynamisierung kann den Anstieg nicht stoppen, weil weniger als die Hälfte der Pflegesätze über § 43 SGB XI finanziert wird und die Pflegelöhne in den vergangenen zehn Jahren doppelt so stark gestiegen sind wie die Löhne in der übrigen Wirtschaft. Die zuletzt im Referentenentwurf zum PNOG diskutierte Reformrichtung – Streckung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI – führt nach denselben Modellrechnungen für eine Person mit Heimeinzug im Januar 2026 zu kumulierten Mehrbelastungen zwischen 15.460 und 20.435 Euro über 54 Monate und zu einem Anstieg der Quote der Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger in stationären Einrichtungen auf bis zu 46 Prozent bis zum Jahr 2035.

Vor diesem Hintergrund ist eine sozialgerechte, bedarfsgerechte und generationengerechte Begrenzung der Eigenanteile sozialpolitisch geboten.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co. KG, Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.bundesanzeiger-verlag.de
ISSN 0722-8333