

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.
zum Referentenentwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes
Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 10.06.2026

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über 2,3 Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit mehr als 75 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Prolog

Angesichts des Umfangs der vorgeschlagenen Maßnahmen kritisiert der Sozialverband VdK ausdrücklich die extrem kurze Fristsetzung zur Beteiligung der Verbände. Eine frühzeitige Unterrichtung und ausreichende Frist zur Stellungnahme sind zentrale Voraussetzungen für eine qualifizierte Beteiligung der Verbände nach § 47 Abs. 3 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO). Diese sieht vor, dass den beteiligten Stellen in der Regel eine angemessene Frist zur Abgabe ihrer Stellungnahmen einzuräumen ist. Der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD von 2025 sieht als angemessene Frist „in der Regel vier Wochen“ vor. Die im vorliegenden Verfahren gewährte Frist von drei Werktagen unterschreitet diese Vorgabe deutlich und erschwert eine fundierte Bewertung der vorgesehenen Regelungen und die Abstimmungsprozesse zwischen den Verbandsstrukturen. Eine derart verkürzte Beteiligung steht im Widerspruch zum Anspruch einer transparenten, partizipativen und sachgerechten Gesetzgebung. Noch deutlicher zeigt sich dies bei der vom Bundesgesundheitsministerium angesetzten Anhörung, die noch vor dem Ende der Stellungnahmefrist stattgefunden haben wird.

2. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Der vorliegende Entwurf zum Pflegeordnungsgesetz (PNOG) wird mit einer doppelten Problemlage begründet. Die soziale Pflegeversicherung steht unter erheblichem finanziellem Druck, weil Ausgaben und Einnahmen auseinanderlaufen und die Zahl der pflegebedürftigen Menschen deutlich gestiegen ist. Zugleich wird festgestellt, dass das Pflegesystem auf der Versorgungsseite nur unzureichend auf den wachsenden Bedarf eingestellt ist. Prävention, Rehabilitation und frühzeitige Unterstützung kommen aus Sicht des Entwurfs zu kurz. Beratungsansprüche erreichen Pflegebedürftige und Angehörige häufig nicht ausreichend oder bleiben auf reine Information beschränkt. Hinzu kommen Versorgungslücken bei akut auftretenden Hilfebedarfen und eine hohe Belastung der häuslichen Pflege.

Ziel des Gesetzes ist es daher, die Finanzierungsgrundlagen der sozialen Pflegeversicherung zu stabilisieren und zugleich die pflegerische Versorgung strukturell neu auszurichten. Pflegebedürftigkeit soll vermieden, hinausgezögert oder in ihrem Schweregrad gemindert werden. Pflegebedürftige Menschen sollen möglichst selbständig und selbstbestimmt in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Pflegenden An- und Zugehörige sollen früher und fachlicher unterstützt

werden. Das Gesetz verbindet diesen versorgungspolitischen Anspruch mit dem Ziel, die Leistungen einfacher und bürokratieärmer zugänglich zu machen.

Zur Umsetzung setzt das PNOG auf eine stärkere präventive und rehabilitative Ausrichtung der Kranken- und Pflegeversicherung, auf eine neue Pflegebegleitung in der häuslichen Pflege und auf eine Neuordnung der Leistungsstrukturen. Das Leistungsrecht soll durch neue Budgets übersichtlicher werden, während ein digitales Pflege-Cockpit Informationen, Anträge und Leistungsübersichten bündeln soll. Zugleich sollen pflegerische Akut- und Krisensituationen besser aufgefangen werden.

Zentral ist aber im Entwurf die finanzielle Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung und die umfangreiche Neuverteilung von Belastungen. Das gesamte Sparvolumen soll 2027 bei 11,2 Milliarden Euro liegen und bis 2030 auf 20,9 Milliarden Euro anwachsen. Auf der Einnahmenseite sollen zusätzliche Mittel insbesondere über eine höhere Beitragsbemessungsgrenze, Beiträge auf geringfügige Beschäftigung und einen Zuschlag bei familienversicherten Ehegatten und Lebenspartnern erschlossen werden. Der Bundeshaushalt wird dagegen vorerst nicht eingebunden. Selbst der 2022 eingeführte, 2024 ausgesetzte Bundeszuschuss, der 2028 wieder eingesetzt werden sollte, wird erst 2029, und dann aber auch nur teilweise vom Bund getragen. Auf der Ausgabe Seite sieht der Entwurf hingegen umfangreiche Entlastungen für die Pflegeversicherung vor. Diese ergeben sich überwiegend aus der Belastung der Versicherten und Pflegebedürftigen über unter anderem einem erschwerten Zugang zu Pflegegraden, gekürzten oder später einsetzenden Leistungen, der Streckung des Leistungszuschlags in der stationären Pflege und der Absenkung der rentenrechtlichen Absicherung pflegender Angehöriger.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK teilt die Ausgangsdiagnose, dass die soziale Pflegeversicherung finanziell unter Druck steht und die pflegerische Versorgung strukturell unzureichend auf den steigenden Bedarf vorbereitet ist. Richtig ist auch Prävention, Rehabilitation, Beratung und Akutversorgung stärker in den Blick zu nehmen. Einzelne Ansätze des Entwurfs greifen damit Probleme auf, die der Sozialverband VdK seit langem benennt. Dazu gehören die bessere Unterstützung der häuslichen Pflege, die Weiterentwicklung der Pflegeberatung, die Vereinfachung des Leistungsrechts und eine stärkere Präventions- und Rehabilitationsorientierung.

Der Entwurf löst diese Probleme jedoch aus Sicht des Sozialverbands VdK nur in geringem Maße. Er verbindet einzelne strukturpolitisch sinnvolle Ansätze mit einem erheblichen finanzpolitischen Konsolidierungsprogramm. Trotz des hohen Defizits beschränkt sich der Entwurf auf der Einnahmenseite auf wenige kleinteilige Maßnahmen und bleibt weit hinter einer solidarischen und vor allem dauerhaft tragfähigen Finanzierungsreform zurück. Zwar wird die Beitragsbasis punktuell erweitert, etwa durch eine höhere Beitragsbemessungsgrenze und zusätzliche Beitragspflichten, jedoch sind auch hier nur Ansätze erkennbar. Der Sozialverband VdK spricht sich für eine Beitragsbemessungsgrenze auf dem Niveau der Rentenversicherung aus. Weiterhin braucht es eine Pflegeversicherung für alle oder, übergangsweise, ein Ausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung sowie die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten. Auch der Bund muss endlich seinen Verpflichtungen nachkommen und die bisher von den Versicherten getragenen gesamtgesellschaftlichen Leistungen wie die Rentenversicherungsbeiträge der pflegenden

Angehörigen von 5,4 Milliarden Euro jährlich oder die Pandemiekosten von 5,2 Milliarden Euro übernehmen. Widersinnig ist in diesem Zusammenhang zudem, dass der Bund gleichzeitig Darlehen an die Pflegeversicherung vergibt.

Enttäuschend ist, dass zwar Ziel des Entwurfs ist, die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Stadt und auf dem Land sicherzustellen, er aber keine mittel- und langfristigen Antworten darauf liefert, wie in Zukunft die pflegerische Versorgung aussehen soll. Dabei fehlen schon heute, vor allem in der Fläche, ambulante Dienste, Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeplätze, niedrigschwellige Entlastungsangebote und verlässliche Akutstrukturen.

Der Sozialverband VdK fordert deswegen eine Strukturreform bei der die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in den Mittelpunkt gestellt wird. Hierzu ist eine verbindliche kommunale pflegerische Daseinsvorsorge notwendig, denn es muss vor Ort klar geregelt sein, wer Pflegebedürftige und Angehörige unterstützt, Versorgungslücken erkennt, Angebote koordiniert und bei Ausfällen handlungsfähig ist. Die bisherige Verantwortungsteilung von Pflegekassen, Ländern, Kommunen und Leistungserbringern hinterlässt Lücken, die nur deswegen nicht sichtbar sind, weil es keine flächendeckende und verpflichtende Bedarfsplanung gibt.

Insgesamt bleibt der Entwurf damit mindestens widersprüchlich. Er benennt richtige Ziele, schwächt aber an zentralen Stellen den Leistungszugang und die Leistungsansprüche. Er spricht von Prävention und Rehabilitation, erschwert aber frühe Zugänge. Er will häusliche Pflege stärken, belastet aber gerade Pflegebedürftige und pflegende Angehörige stärker. Er will Versorgung strukturell verbessern, schafft aber keine verbindliche kommunale Verantwortung für die tatsächliche Sicherstellung der pflegerischen Versorgung vor Ort.

3. Zu den Regelungen im Einzelnen

3.1. Pflege-Cockpit (§ 7a SGB XI)

Mit dem Pflege-Cockpit wird ein einheitlicher digitaler Zugang zur Pflegeversicherung eingeführt. Pflegebedürftige und bevollmächtigte Personen sollen dort unter anderem Leistungsinformationen, den aktuellen Leistungsbezug, Anträge, Bearbeitungsstände, Empfehlungen aus der Begutachtung sowie Anbieter- und Preisvergleiche abrufen können. Auch Beratungs-, Hilfe- und Schulungsangebote sollen angezeigt werden. Die ersten Funktionen sollen spätestens zum 01.07.2028 bereitstehen, weitere Funktionen bis zum 01.01.2030. Die Nutzung soll freiwillig sein. Bisherige Kommunikationswege bleiben daneben bestehen.

Die bislang zur Verfügung stehende Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI sowie die Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen nach § 45 Absatz 1 Satz 3 SGB XI werden in der neuen Regelung, unter anderem mit der Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI, in modifizierter Form aufgegriffen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK bewertet das Pflege-Cockpit nach § 7a SGB XI als grundsätzlich sinnvollen Ansatz. Ein einheitlicher digitaler Zugang kann Transparenz schaffen, Leistungsansprüche

verständlicher darstellen und Pflegebedürftige sowie Angehörige bei Antragstellung, Leistungsübersicht und Kommunikation mit der Pflegekasse entlasten. Gerade mit der Einführung der verschiedenen Budgets ist eine aktuelle Übersicht noch vorhandener Mittel hilfreich für die eigene Planung und es könnte damit auch Transparenz bei der Abrechnung mit Pflege- und Betreuungsangeboten geschaffen werden.

Entscheidend ist jedoch, dass das Pflege-Cockpit nicht nur technisch eingerichtet, sondern für die Zielgruppe tatsächlich nutzbar ist. Viele Pflegebedürftige sind älter, haben gesundheitliche Einschränkungen oder sind auf Unterstützung durch Angehörige angewiesen. Digitale Angebote dürfen deshalb keinen neuen Zugangshürden schaffen. Sie müssen barrierefrei, verständlich, mit assistierenden Technologien nutzbar und in einfacher Sprache verfügbar sein. Die Sicht der Versicherten muss von Beginn an verbindlich einbezogen werden.

Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass die Pflegekassen hierdurch sukzessive analoge Zugangswege ersetzen. Wer digitale Angebote nicht nutzen kann oder will, muss auch weiterhin eine gleichwertige Unterstützung erhalten.

3.2. Pflegebegleitung (§§ 7c, 7d SGB XI)

Ab 01.01.2028 haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege einen Anspruch auf Pflegebegleitung. Das Tätigkeitsfeld der Begleitung umfasst die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs, die Auswertung von Begutachtungsergebnissen, die Planung des häuslichen Versorgungsarrangements und die fachliche Anleitung der pflegenden An- und Zugehörigen im Pflegealltag. Hinzu kommen die Unterstützung bei Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen, bei Fragen zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln sowie bei Empfehlungen aus dem Entlassmanagement nach Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalten. Dabei werden pflegende An- und Zugehörige einbezogen, soweit sie an der Versorgung mitwirken, und auch ihre Belastung soll berücksichtigt werden.

Bei besonderem Unterstützungsbedarf kann ein Fallmanagement durch eine Pflegebegleitperson erfolgen. Dieses umfasst insbesondere die Unterstützung bei der Beantragung von Sozialleistungen sowie bei der Suche und Organisation geeigneter Angebote. In pflegerischen Akutsituationen kann die Pflegebegleitung weitere Hilfen organisieren und pflegfachliche Einschätzungen für Leistungen nach § 39a und § 42 Absatz 4 SGB XI abgeben.

In § 7d SGB XI werden Angebotsstruktur und Finanzierung geregelt. Verantwortlich sind grundsätzlich die Pflegekassen. Dabei sollen sie regionale Vernetzungsstrukturen, insbesondere Pflegestützpunkte, einbeziehen. Landesrecht kann vorsehen, dass Träger der Hilfe zur Pflege oder Stellen der Altenhilfe die Pflegebegleitung übernehmen. Für die Finanzierung sind jährlich je 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege im jeweiligen Kreis oder in der jeweiligen kreisfreien Stadt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt grundsätzlich die Einführung eines Anspruchs auf Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI. Eine aufsuchende fachliche Unterstützung kann eine Lücke schließen, wenn sie über sozialrechtliche Information hinausgeht und Pflegebedürftige sowie pflegende

Angehörige beim Aufbau und bei der Anpassung eines häuslichen Versorgungsarrangements unterstützt. Positiv ist, dass die Pflegebegleitung auch Begutachtungsergebnisse, Empfehlungen zu Prävention und Rehabilitation, Entlassungsberichte, Hilfsmittelbedarfe und die Belastung pflegender Angehöriger einbeziehen soll.

Entscheidend ist jedoch, dass Pflegebegleitung unabhängig, leistungserbringerneutral und am Interesse der Pflegebedürftigen ausgerichtet erfolgt. Sie kann beraten, anleiten und koordinieren. Sie erbringt aber keine Rehabilitations- und Präventionsleistung. Der Sozialverband VdK kritisiert daher, dass die Pflegebegleitung im Entwurf zugleich zur Begründung von Kürzungen herangezogen wird, insbesondere beim Entlastungsbudget in den ersten drei Monaten bei Pflegegrad 2 und 3 sowie beim Wegfall des Entlastungsbetrags in Pflegegrad 1. Beratung und Begleitung müssen zusätzlich zu Leistungsansprüchen treten, nicht an deren Stelle.

Im Grundsatz ist die Pflegebegleitung ein guter Ansatz. Aus Sicht des Sozialverband VdK braucht es aber eine solche Begleitung als Teil einer kommunalen pflegerischen Daseinsvorsorge, da sie strukturelle Versorgungslücken, wie fehlende ambulante Dienste, nicht ausgleichen kann. Pflegebedürftige und Angehörige brauchen vor Ort aber eine klar verantwortliche Stelle, die Beratung, Versorgungssteuerung, Altenhilfe, Hilfe zur Pflege und vorhandene Angebote zusammenführt kann und muss. Die vorgesehenen Regelungen zur Übernahme der Verantwortung durch verschiedene Akteure auf unterschiedlichen Ebenen wird, wie beispielsweise bei den Pflegestützpunkten, wiederum zu einer heterogenen Abdeckung führen. Damit wird erneut der Wohnort über die Versorgung entscheiden.

3.3. Grad der Pflegebedürftigkeit – Erhöhung der Schwellenwerte (§ 15 SGB XI)

Mit der Änderung des § 15 Abs. 3 SGB XI werden die Grenzen für die Zuordnung verschoben, beziehungsweise die sogenannten Schwellenwerte der Pflegegrade 1 bis 3 angehoben. Pflegegrad 1 beginnt künftig bei 15 statt wie bisher bei 12,5 Punkten. Pflegegrad 2 beginnt bei 30 statt wie bisher bei 27 Punkten. Pflegegrad 3 beginnt bei 50 statt wie bisher bei 47,5 Punkten. Die Schwellenwerte der Pflegegrade 4 und 5 bleiben unverändert.

Die besondere Zuordnung von pflegebedürftigen Kindern bis 18 Monate nach § 15 Abs. 7 SGB XI wird an die geänderten Schwellenwerte angepasst. Pflegebedürftige Kinder bis 18 Monate werden entsprechend weiterhin einen Pflegegrad höher eingestuft. Sie erhalten künftig ab 15 Punkten den Pflegegrad 2, ab 30 Punkten den Pflegegrad 3, ab 50 Punkten den Pflegegrad 4 und ab 70 Punkten den Pflegegrad 5.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt nach dem Rechtsstand, der zum Zeitpunkt der Antragstellung gilt. Bei Wiederholungsbegutachtungen ist der Zeitpunkt der Feststellung maßgeblich. Eine Zuordnung zu einem Pflegegrad nach dem bis zum 31.12.2026 geltenden Recht bleibt also bis zu einer Neubegutachtung und der anschließenden Einstufung durch die Pflegekasse bestehen. Eine Neubegutachtung kann nicht allein wegen der neuen Schwellenwerte führen.

Begründet wird die Anpassung mit dem Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Versicherter seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI. Der Anstieg sei auch darauf

zurückzuführen, dass der Gesetzgeber bei der Einführung der Schwellenwerte bei den Pflegegraden 1 bis 3 von der damaligen wissenschaftlichen Empfehlung abgewichen sei. Es handle sich bei der Anpassung um die Umsetzung der Empfehlungen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem Jahr 2013. Der Entwurf verspricht sich von der Anpassung, dass sie zu einer deutlichen Reduktion der Anerkennung von Pflegebedürftigkeit bei Erstbegutachtungen führen wird.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK lehnt die Anhebung der Schwellenwerte in § 15 Abs. 3 SGB XI und damit erhöhte Zugangsschwelle zur Pflegeversicherung kategorisch ab, da hierdurch breitflächig die Versorgungsarrangement von Millionen von Pflegebedürftigen geschwächt und gefährdet wird.

Die Anhebung verändert nicht den Unterstützungsbedarf der Betroffenen, sondern allein die sozialrechtliche Bewertung dieses Bedarfs. Menschen würden also bei unveränderter Beeinträchtigung keinen, einen niedrigeren oder erst später einen höheren Pflegegrad erhalten. Nach Berechnungen des IGES-Instituts würden bei der Anhebung der Schwellenwerte jährlich generell rund 122.900 Gutachten weniger zu einer festgestellten Pflegebedürftigkeit führen. Weitere rund 155.000 Gutachten würden zu einem niedrigeren Pflegegrad führen.

Der 2017 eingeführte Pflegebedürftigkeitsbegriff sollte einen breiteren Zugang zur Pflegeversicherung schaffen und, entgegen der vorherigen Regelung, endlich auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen umfassen. Betroffene waren davor unterstützungsbedürftig, wurden aber nicht oder nur unzureichend als pflegebedürftig erfasst.

Die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen lässt sich aber nicht allein mit der Ausgestaltung der Schwellenwerte erklären. Weitere Gründe neben dem demografischen Wandel sind mehr verfügbare Informationen über die Pflegeversicherung und eine Entstigmatisierung der Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftigkeit wird heute von Versicherten häufiger, beziehungsweise eher als Unterstützungsbedarf wahrgenommen. Anders als der Entwurf bewertet der Sozialverband VdK das als eine Errungenschaft, die mit der Schwellenwertanhebung stark gefährdet wird. Denn aus Scham und Angst vor dem Verlust der Autonomie oder weil sie glauben, es stünde ihnen nicht zu, verzichten noch immer viele Menschen auf die Beantragung eines Pflegegrades. Durch die Anhebung der Schwellenwerte droht, dass sich diese Entwicklung wieder umkehrt.

Die Anhebung wird auch damit begründet, dass der Pflegegrad 1 bisher nicht in dem erwarteten Umfang präventiv und rehabilitativ genutzt werde. Daraus folgt aus Sicht des Sozialverband VdK nicht, den Zugang zu Pflegegraden zu erschweren. Sachgerecht wäre, die Leistungen im Pflegegrad 1 stärker auf Prävention und Rehabilitation auszurichten und besser mit den weiteren Instrumenten des Gesetzes zu verbinden. Die Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI und die Empfehlungen im Gutachten nach § 18b SGB XI setzen voraus, dass Unterstützungsbedarfe früh erkannt werden. Ohne den Zugang zu Pflegegraden wird auch der Zugang zu Prävention und Rehabilitation nicht gestärkt.

Aufgrund des Wegfalls von Leistungen oder des geringen Leistungsumfangs werden Pflegebedürftige und Angehörige sich mehr selbst organisieren und finanzieren müssen. Besonders stark trifft

dies Menschen mit geringem Einkommen, alleinlebende Menschen, Pflegebedürftige ohne tragfähiges Angehörigenetz sowie Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen. Pflegenden Angehörigen werden eine höhere körperliche, psychische und finanzielle Belastung tragen müssen. Durch die Erhöhung wird das Risiko in Kauf genommen, dass die häusliche Pflege erst deutlich später, und damit auch häufiger eher in einer Krise, Unterstützung erhält.

Neun Jahre nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollten die Schwellenwerte nicht auf einer mittlerweile 13 Jahre alten Empfehlung des damaligen Expertenbeirats durchgeführt werden. Der Sozialverband VdK fordert, die Anpassungen auf der Grundlage einer aktuellen Evaluation mit Einbezug der Praxis durchzuführen.

Nicht nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang, dass die als positiv zu bewertende Einrichtung des „Beirats zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung“ beim Medizinischen Dienst Bund nach § 18f SGB XI nicht abgewartet wird.

3.4. Rentenrechtlicher Ausgleich für Pflegepersonen (§ 166 SGB VI, § 44 SGB XI)

Seit dem 01.04.1995 gehören nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen zum versicherungspflichtigen Personenkreis in der gesetzlichen Rentenversicherung. Ab dem 01.01.2017 wurde im Zuge der Pflegereform auch die korrespondierende rentenrechtliche Bewertung von Pflegezeiten (§ 166 SGB VI) angepasst. Die beitragspflichtigen Einnahmen für Pflegepersonen, für die Rentenversicherungspflicht nach § 3 S. 1 Nr. 1a SGB VI begründet wird, richten sich für Zeiten ab 01.01.2017 nach dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen und der Art der bezogenen Leistung aus der sozialen beziehungsweise privaten Pflegeversicherung. Die für die Bestimmung der Beitrags- und damit der späteren Leistungshöhe Prozentsätze der Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) werden um 30 Prozent gekürzt.

Durch das seit 2017 geltende Flexirentengesetz konnte darüber hinaus eine Person, die bereits eine Altersrente bezieht, weiterhin als Pflegeperson versichert sein, sofern sie auf einen Teil ihrer Altersrente verzichtet. Dazu reicht bereits eine Reduzierung der Rentenleistungen auf 99,99 Prozent aus. Hinzu kommt, dass die zusätzlichen Beitragszeiten als Pflegeperson mit zusätzlichen Zuschlägen bewertet wurden, sobald die Person die Regelaltersgrenze überschritten hat. Dieser Weg über eine Teilrente auch während des Rentenbezugs zusätzlich Entgeltpunkte für die Pflege von Angehörigen zu erhalten, wird für die Zeit ab Erreichen der Regelaltersgrenze abgeschafft.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK kritisiert die Kürzung der rentenrechtlichen Bewertung von Zeiten der Angehörigenpflege um knapp ein Drittel aufs Schärfste. Insofern nur Pflegegeld in Anspruch genommen wird, entsteht aktuell für ein Jahr Angehörigenpflege bei Pflegegrad 2 ein zusätzlicher monatlicher Rentenanspruch in Höhe von 10 Euro (brutto) und für die Pflegegrade 3 bis 5 in Höhe von 16, 26 und 37 Euro. Über eine Rentenbezugsdauer von 20 Jahren entsteht durch die Kürzung für den Pflegegrad 3 bei 3 Jahren Pflege und ohne Rentenerhöhungen berechnet so ein Verlust von knapp 3500 Euro.

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen wird in einer alternden Gesellschaft zu einer zentralen sozialpolitischen Herausforderung. Die Pflege durch Angehörige entspricht oft dem Wunsch der Pflegebedürftigen und entlastet die stationäre Pflege und damit die Pflegeversicherung auch finanziell. Sie stellt für die Betroffenen Angehörigen aber oft eine große psychische und physische Belastung dar und führt meist zur Einschränkung oder (vorrübergehenden) Aufgabe der Erwerbstätigkeit und reduziert damit die lohnbezogenen Ansprüche auf Alterssicherung. Die angemessene soziale Absicherung informell Pflegeleistender ist somit eine genuin sozialpolitische Aufgabe. Sie ist darüber hinaus aber auch aus gleichstellungspolitischen Gründen geboten, da sie mehrheitlich von Frauen getragen wird, die dann in Teilzeit arbeiten oder ganz auf Erwerbstätigkeit verzichten. Der rentenrechtliche Ausgleich für Pflegezeiten trägt damit neben den Kindererziehungszeiten zur Reduktion des Gender Care Gaps, aber auch des Gender Pension Gaps bei. Ein voller rentenrechtlicher Ausgleich (100 % der Bezugsgröße) wurde bisher erst bei Pflegegrad 5 und der Nichtinanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen gewährt. Diese (unrealistische) maximale Honorierung wird jetzt schlagartig auf 70 Prozent abgesenkt und im Pflegegrad 3 von knapp der Hälfte auf 30 Prozent der Bezugsgröße (die aktuell einem Bruttolohn von 3.955 Euro entspricht). Die beabsichtigte Kürzung wird dazu führen, dass die langjährige Pflege von Angehörigen für pflegende Angehörige im Alter immer mehr zu einer Armutsfalle wird. Der Sozialverband VdK lehnt deshalb diese Kürzung ab. Pflegenden Angehörigen dürfen keine Nachteile haben, wenn sie ihre sozialversicherungspflichtige Beschäftigung teilweise oder vorübergehend wegen Pflege reduzieren müssen. Darüber hinaus fordert der Sozialverband VdK, dass die Inanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen nicht zu einer Kürzung des rentenrechtlichen Ausgleichs führen darf.

Die Abschaffung der Möglichkeit ab Erreichen der Regelaltersgrenze und bei einem Verzicht auf einen Teil der Rente (Teilrente) weiterhin den rentenrechtlichen Ausgleich für Zeiten der Angehörigenpflege in Anspruch zu nehmen, lehnt der Sozialverband VdK ebenso ab. Die Begründung der Bundesregierung, dass ab Erreichen der Regelaltersgrenze regelmäßig nicht mehr von einem ausgleichenden Verdienstaufschlag auszugehen ist und diese Möglichkeit bei ihrer Einführung nicht intendiert war, kann nicht überzeugen. Das Flexirentengesetz, aber jüngst auch die sogenannte Aktivrente und zahlreiche Äußerungen von Mitgliedern der Bundesregierung zeigen klar den Willen auch über die Regelaltersgrenze hinaus Erwerbstätigkeit zu fördern. Darüber hinaus stellt die Pflege von Angehörigen gerade für sehr alte mehrheitlich Rentnerinnen eine besondere Belastung und oft auch eine finanzielle Mehrbelastung dar. Auch die Aussage, dass eine nicht beabsichtigte Gesetzesfolge - oder Lücke geschlossen wird, mag nach knapp 10 Jahren gelebter Praxis und ausführlicher Beratungsangebote dazu nicht nur durch den Sozialverband VdK, sondern auch durch die Deutsche Rentenversicherung nicht zu überzeugen.

3.5. Budgets (§§ 36 bis 39 SGB XI)

Das Leistungsrecht der häuslichen Pflege wird neu geordnet und bisher eigenständige Leistungsansprüche werden gestrichen, in neue Budgets einbezogen oder neu systematisch verbunden. Die neuen Regelungen betreffen insbesondere die Pflegesachleistung, das Pflegegeld, die Kombinationsleistung, die Verhinderungspflege, die Kurzzeitpflege und den Entlastungsbetrag.

Der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI entfällt für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1. Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 wird der bisherige Entlastungsbetrag durch das Sozialraumbudget ersetzt. Der Leistungsbetrag ist höher, aber allein auf Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI begrenzt. Der bisherige Umwandlungsanspruch im Bereich der §§ 45a und 45b SGB XI entfällt.

Die bisherige Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI wird künftig im Sachleistungsbudget geregelt. Über das Sachleistungsbudget können weiterhin körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung durch zugelassene Leistungserbringer finanziert werden. Die monatlichen Leistungsbeträge liegen über den bisherigen Beträgen der Pflegesachleistung.

Das bisherige Pflegegeld nach § 37 SGB XI fließt in das Entlastungsbudget ein. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können das Entlastungsbudget erhalten, wenn sie die erforderliche Pflege und Unterstützung selbst sicherstellen. Die monatlichen Beträge liegen über den bisherigen Pflegegeldbeträgen. Bei erstmaliger Feststellung eines Pflegegrades erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 in den ersten drei Monaten lediglich die Hälfte des Entlastungsbudgets.

Die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI wird an die neuen Budgetregelungen angepasst. Wird das Sachleistungsbudget nur teilweise in Anspruch genommen, kann daneben ein anteiliges Entlastungsbudget gezahlt werden. Das anteilige Entlastungsbudget richtet sich danach, in welchem Umfang das Sachleistungsbudget ausgeschöpft wurde.

Mit dem Überbrückungsbudget nach § 39 SGB XI wird ein neuer Leistungsrahmen für pflegerische Akutsituationen und sonstige Überbrückungssituationen geschaffen. Neu eingeführt werden Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen nach § 39a SGB XI. Die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI bleibt als Leistung bestehen, wird aber in das Überbrückungsbudget eingebunden und auf dessen Höhe begrenzt. Die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI wird in ihrer bisherigen Form als eigenständiger Leistungsanspruch gestrichen. Verhinderungspflegebedarfe sollen künftig teilweise über das gedeckt werden. In der Folge wird der damit der gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a SGB XI gestrichen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Budgets

Der Sozialverband VdK fordert seit langem, die Leistungen der häuslichen Pflege verständlicher zu bündeln. Ein Budget ist dann sinnvoll, wenn es bestehende Ansprüche übersichtlich zusammenführt, den Zugang erleichtert und das Wunsch- und Wahlrecht der Pflegebedürftigen stärkt. In dem vorliegenden Entwurf werden für die Budgets die Leistungsbeträge nur begrenzt übernommen und einzelne Leistungen sogar ganz gestrichen. Grundlage dafür ist die dem gesamten Gesetz zugrundeliegende Ausgabenneutralität. Der Sozialverband VdK lehnt nicht grundsätzlich Budgets ab, sondern, dass die Zusammenführung bestehender Leistungsansprüche zur breitflächigen Leistungskürzungen genutzt wird.

Für Pflegebedürftige bedeutet das, dass ein Budget zwar formal flexibler wirkt, im konkreten Pflegealltag aber schneller ausgeschöpft ist. Besonders betroffen sind Pflegebedürftige, die mehrere

Leistungen benötigen, um ihre Versorgung zu Hause zu sichern. Reicht das Budget nicht aus, muss beispielsweise die Unterstützung des ambulanten Pflegedienstes reduziert, privat finanziert oder durch Angehörige zusätzlich aufgefangen werden.

Dabei bilden die bisherigen Ausgaben die tatsächlichen Bedarfe gar nicht ab. Leistungen werden häufig nicht genutzt, weil Angebote vor Ort fehlen. Werden die aktuellen Ausgaben zur Grundlage neuer Budgets, wird damit die bestehende Unterversorgung im Leistungsrecht verfestigt. Die fehlenden Angebote von heute werden den zu geringeren Leistungsansprüchen von morgen.

Hälftiges Entlastungsbudget bei Pflegegrad 2 und 3

Der Sozialverband VdK lehnt die vorgesehene hälftige Zahlung des Entlastungsbudgets nach § 37 SGB XI bei erstmaliger Einstufung in Pflegegrad 2 oder 3 vollständig ab. Nicht nur wird damit ein festgestellter Pflegebedarf in den ersten drei Monaten nur teilweise mit Leistungen hinterlegt, auch werden damit nicht die heutigen Leistungen, sondern zusätzlich der zukünftige, schon gekürzte Leistungsbetrag, halbiert. Die erwarteten Einsparungen allein für diese Maßnahmen betragen zwischen 2027 und 2030 zwischen 900 Millionen bis 1,1 Milliarden Euro.

Gerade der Beginn einer Pflegebedürftigkeit ist für Pflegebedürftige sowie pflegende Angehörige häufig besonders belastend. Pflege muss organisiert, Unterstützung durch Angehörige geklärt, ambulante Hilfe gesucht und der Alltag aller neu geordnet werden, kurzum, es handelt sich um die wichtige Phase des Aufbaus des individuellen Pflegearrangements. Pflegebedürftige und Angehörige brauchen deswegen den vollen Leistungsumfang ab Feststellung des Pflegegrades.

Begründet wird die hälftige Kürzung mit der Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI. Es ist mindestens fraglich, ob die vorgesehene Pflegebegleitung die vorgesehene gekürzte Leistung ersetzen kann (siehe Bewertung). Der Sozialverband VdK fordert deswegen, dass Beratung, Anleitung und Versorgungsplanung zusätzlich, nicht als Ersatz, zur Verfügung gestellt werden.

Für Pflegebedürftige bedeutet die Regelung weniger Spielraum, um Unterstützung zu organisieren oder Entlastung zu finanzieren. Besonders betroffen sind Menschen mit geringem Einkommen, fehlenden Rücklagen, alleinlebende Pflegebedürftige und Haushalte ohne tragfähiges Angehörigenetz.

Entlastungsbetrags Pflegegrad 1

Der Sozialverband VdK lehnt auch den Wegfall des Entlastungsbetrags in Pflegegrad 1 ab. Die praktische Nutzbarkeit des Betrags ist bereits heute durch unterschiedliche landesrechtliche Anerkennungsregeln und fehlende Angebote vor Ort begrenzt. Der Sozialverband VdK fordert hier seit langen bundeseinheitlichen Regelungen und einen niedrigschwelligeren Zugang zu Angeboten.

Das Vorhaben den Pflegegrad 1 stärker präventiv und rehabilitativ auszurichten, ist nachvollziehbar und zu unterstützen, doch die vorgesehene Pflegebegleitung kann dies aus Sicht des Sozialverband VdK nur sehr begrenzt oder gar nicht leisten, erbringt sie doch keine Rehabilitation und keine Prävention. Mit der Abschaffung wird zudem das Wunsch- und Wahlrecht der Pflegebedürftigen eingeschränkt. Dass durch den Wegfall zwischen 2027 und 2030 zwischen 400 Millionen bis

500 Millionen Euro eingespart werden sollen, spricht deutlich gegen eine Neuausrichtung des Pflegegrades in die richtige Richtung.

3.6. Regelungen zum Begutachtungsverfahren & Pflegebedürftigkeitsbegriff

3.6.1. Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien (§ 17 SGB XI)

Die Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien sieht eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vor. Diese sollen an neue pflegfachliche oder medizinische Erkenntnisse, unter dem besonderen Blickwinkel der Straffung und Entbürokratisierung des Verfahrens, ausgerichtet sein. Hierbei sollen insbesondere die Erkenntnisse des Medizinischen Dienst Bund aus seinem Modellprojekt gemäß § 18e zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b („MEET“-Projekt) einfließen. Zudem wird eine Verknüpfung zu den Arbeitsergebnissen des neu eingeführten Expertenbeirates nach § 18f hergestellt (Bewertung § 18 SGB XI).

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass die Pflegebegutachtungsrichtlinien schon heute regelmäßigen Anpassungsbedarf haben. Von daher ist es nachvollziehbar – zusätzlich zu der Verknüpfung zu den Arbeitsergebnissen des neu eingeführten Expertenbeirat nach § 18f – hier eine entsprechende Regelung einzuführen, sofern die entsprechenden Regelungen des Richtlinienverfahrens eingehalten werden.

3.6.2. Abfrage des tatsächlichen Bedarfs bei Antrag (§ 18 Absatz 1 Satz 4 SGB XI)

Im Rahmen einer Evidenzkontrolle wird die Möglichkeit eingeführt den tatsächlichen Bedarf einer Begutachtung beim Antragsteller zu erfragen. Hierbei ist der Antragsteller zu den Erfolgsaussichten seines Antrags zu beraten und ihm die Gelegenheit zu geben, seinen Antrag zurückzunehmen. Die Maßnahme dient dem Ziel, Begutteilungskapazitäten effizient dort einzusetzen, wo diese im Sinne des tatsächlichen Bedarfs und der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung benötigt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, wenn das Begutachtungsverfahren auch auf mögliche freiwerdende Kapazitäten im Rahmen des Begutachtungsverfahrens überprüft werden. Allerdings darf eine solche Evidenzkontrolle nicht dazu führen, dass Antragsteller unter Druck gesetzt werden, um ihren Antrag zurückzuziehen. Die Versicherten haben ein verbrieftes Recht auf die Antragstellung, was an keiner Stelle eingegrenzt werden darf. Von daher fordert der Sozialverband VdK eine kurzfristige Evaluation, sollte eine Evidenzkontrolle gesetzliche Regelung werden.

3.6.3. Empfehlung zur Rehabilitation in Gutachten (§ 18b SGB XI)

In der Norm wird der Inhalt der Gutachten mit dem Ziel angepasst, die Empfehlungsquote für eine Rehabilitation zu erhöhen. Die Gutachten haben Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation

Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b zu enthalten, sofern nicht Gründe entgegenstehen, die im Gutachten für den einzelnen Fall gesondert zu erläutern sind. Zu den durch die Gesetzesänderung neu eingeführten Inhalten des Gutachtens gehört mit Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 auch ein eigener Gutachtenabschnitt zu den erkennbaren wesentlichen Einschränkungen der Selbständigkeit und den dadurch voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der pflegerischen Versorgung. Damit sollen die im Pflegegutachten bereits enthaltenen Erkenntnisse für die weitere pflegerische Versorgung genutzt und die entsprechenden Informationen weiteren Beteiligten, insbesondere der Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d, zur Verfügung gestellt werden. Nach Artikel 1 Nr. 86 hat das Gutachten nach § 18b Feststellungen gemäß § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erst bei Antragstellungen gemäß § 33 Absatz 1 ab dem 1. Januar 2028 zu enthalten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt nachdrücklich, dass die Thematik Rehabilitation ein noch höheres Gewicht im Rahmen der Pflegebegutachtung erhält, indem auch auf Leistungsbereiche aus dem SGB XI Bezug genommen werden soll und zukünftige Arbeitsschwerpunkte in der pflegerischen Versorgung benannt werden sollen. Das kann speziell im Rahmen der Pflegebegleitung mit Blick auf die Versorgung mit professioneller Pflege äußerst hilfreich sein. Hierfür bedarf es allerdings einer konkretisierenden Richtlinie, die möglichst konkret Akteure und ihre Aufgaben und Anforderungen benennt, damit diese Regelung nicht nur eine weitere bürokratische Nebelkerze wird.

3.6.4. Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 18f SGB XI)

Die Norm sieht die Errichtung eines „Beirats zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung“ beim Medizinischen Dienst Bund vor. Der Beirat soll der wissenschaftlich fundierten und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Instrumente und des Verfahrens zur Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises der sozialen Pflegeversicherung dienen. Der Beirat besteht aus den folgenden sieben Mitgliedern:

- fünf Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft,
- eine Vertreterin oder ein Vertreter des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen,
- eine Vertreterin oder ein Vertreter der Medizinischen Dienste.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt den Versuch des Gesetzgebers mittels der Errichtung eines „Beirates“ das gesamte Verfahren zur Pflegebegutachtung mit einem kontinuierlichen wissenschaftlichen Prozess zu begleiten. Allerdings fordert der Sozialverband VdK an dieser Stelle vehement die Beteiligung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 SGB XI. Bei einem wie im vorliegenden Referentenentwurf beschriebenen Expertenbeirat die Betroffenen nicht miteinzubeziehen und dadurch nicht mit, sondern über die Betroffenen zu entscheiden, ist weder nachvollziehbar, zeitgemäß und auch inhaltlich falsch. Der Sozialverband VdK fordert vor diesem Hintergrund mindestens die Vertretung in beratender Form wie sie in Abs. 13 auch einer

Vertreterin bzw. einem Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit ermöglicht wird. Im Übrigen bleibt unklar, warum laut diesem Absatz zusätzlich jeweils ein Vertreter des Medizinischen Dienstes Bund sowie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen beratend an den Sitzungen teilnehmen sollen, da beide Organisationen ja schon jeweils eine Vertreterin bzw. einen Vertreter im Beirat stellen.

3.6.5. Prognose des Medizinischen Dienstes (§ 33 Absatz 1 SGB XI)

Über die Ergänzung von Satz 8 reicht für die Prognose des Medizinischen Dienstes nach Satz 5 (Befristung der Leistungen der Pflegeversicherung) demnach in Zukunft die begründete Wahrscheinlichkeit, dass sich gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person pflegegradrelevant verringern werden. In den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 werden die Voraussetzungen näher konkretisiert, unter denen eine Befristung nach Satz 5 zu erfolgen hat.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK lehnt diese Neuregelung ab, da sie lediglich zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand seitens der Medizinischen Dienste führt. Befristungen werden derzeit lediglich in 0,1 % aller Begutachtungen empfohlen, was nach unserer Einschätzung auch den Bedarfen entspricht. Eine Ausweitung dieser Regelung durch eine in jedem Gutachten argumentativ dargelegte begründete Wahrscheinlichkeit der Gutachterin bzw. des Gutachters führt sowohl zu einem beträchtlichen Mehraufwand bei den Medizinischen Diensten als auch in der Folge zu vermehrten Widerspruchs- und Sozialrechtsverfahren. Das konterkariert die Versuche des Gesetzgebers an anderer Stelle das Begutachtungsverfahren zu entbürokratisieren.