Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)129(15)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.11.2026 - PNOG
23.11.2026

Stellungnahme

Verband der
Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln

Telefon (0221) 99 87-0
verband@pkv.de
www.pkv.de

23. November 2026

zum
Gesetzentwurf
der Bundesregierung

für ein Gesetz zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz)

- Der Gesetzentwurf kann nicht einmal kurzfristig die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen schließen. Die dauerhafte und nachhaltige Finanzierung der Pflege, die den Herausforderungen des demografischen Wandels gerecht wird, bleibt eine offene Frage.
- Stattdessen werden die überfälligen Strukturreformen in der umlagefinanzierten Sozialen Pflegeversicherung zulasten der jungen Generation in dem Maße verschleppt, wie das strukturelle Defizit durch Beitragserhöhungen gefüllt wird: Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze; Beitragssatzerhöhungen für Kinderlose; neue Pflichtbeiträge bei Minijobs.
- Der überfällige Paradigmenwechsel hin zu mehr generationengerechter und kapitalgedeckter Pflegevorsorge über die private Pflegezusatzversicherung bleibt aus. Eine bloße Ankündigung wird der Lage nicht gerecht.
- Um die Vorsorge für den Pflegefall breiter in der Gesellschaft zu verankern, sollten Beiträge zur privaten Pflegezusatzversicherung steuerlich absetzbar sein und die betriebliche Pflegevorsorge über eine sozialabgaben- und steuerfreie Entgeltumwandlung gestärkt werden.
- In die richtige Richtung auf der Ausgabenseite weist die Rückführung der Pflegegrad-Schwellenwerte auf die Empfehlungen des Expertenbeirats 2013.
- Zu begrüßen, wenn auch hinsichtlich der tatsächlichen Wirksamkeit noch offen, ist die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung – etwa durch den präventiven Fokus bei Pflegegrad 1.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

I. Allgemeine Anmerkung

Finanzierung

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) befindet sich seit Jahren im strukturellen Defizit, da ihre Ausgabendynamik die Dynamik ihrer Beitragseinnahmen regelmäßig übersteigt. Folge ist ein stetig steigender Beitragssatz, der den Wirtschaftsstandort Deutschland und damit die ökonomische Basis der Sozialversicherung gefährdet und zugleich zu ungerechten Belastungen der jungen Generation führt.

Das Pflegeneuordnungsgesetz geht bei der Adressierung dieses Problems nur partiell in die richtige Richtung, insofern es die Leistungsstrukturen mit dem Ziel der Ausgabenbegrenzung und -senkung an verschiedenen Stellen anpasst. Zugleich versucht das Gesetzesvorhaben die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen aber erneut, wie schon in den Pflegereformen der vergangenen Jahre, über eine Erhöhung der Einnahmen zu schließen: diesmal über eine außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, eine Erhöhung des Beitragssatzes für Kinderlose sowie neue Pflichtbeiträge der Arbeitgebenden für Minijobber. Diese Erhöhung der Zwangsabgaben auf den Faktor Arbeit ist nicht nur ein fatales Signal in der Wirtschaftskrise: exakt im Umfang dieser Beitragserhöhungen werden zugleich die überfälligen Strukturreformen in der Pflegeversicherung verschleppt. Eine ähnliche Verschleppungsfunktion hat der Rückzahlungsaufschub aller Bundesdarlehen an die SPV in Höhe von 4,2 Milliarden Euro auf den Zeitraum 2035 bis 2039. Dazu kommt der im Oktober 2026 genehmigte „Nachschlag“ von bis zu 700 Millionen Euro, für den kein eigenständiger Rückzahlungstermin festgelegt wurde. Das ist mit Blick auf die Gegenwart eine Subvention und mit Blick auf die nahe Zukunft eine weitere Hypothek für die jüngeren Beitragszahler.

Das Pflegeneuordnungsgesetz kann nicht einmal kurzfristig die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen schließen. Die im Gesetzesvorhaben verankerte regelmäßige Dynamisierung der Leistungen im Umlagesystem ab 2029 wird mit Blick auf das ungelöste Problem des strukturellen Defizits nicht finanzierbar sein.

Neben der nur ansatzweise vorgenommenen und damit nur kurzfristig wirksamen Begrenzung der Leistungsausgaben ist besonders kritisch der ausgebliebene Paradigmenwechsel zugunsten einer generationengerechten Finanzierung der Pflegevorsorge über eine gesellschaftlich wirksame Verankerung und Förderung der privaten Pflegezusatzversicherung zu bewerten. Das Pflegeneuordnungsgesetz kündigt lediglich an, die Bundesregierung werde prüfen, wie die private und betriebliche Vorsorge für den Pflegefall weiter gestärkt werden kann – ohne Frist, ohne zuständiges Ressort, ohne Berichtspflicht. So wird wertvolle Zeit verschenkt, die benötigt wird, um das System zukunftssicher und generationengerecht aufzustellen. Ankündigungen werden der Situation nicht mehr gerecht.

Pflegevorsorge ist ein unabdingbarer Bestandteil der persönlichen Altersvorsorge. Um die Vorsorge für den Pflegefall breiter in der Gesellschaft zu verankern, sollten Beiträge zur privaten Pflegezusatzversicherung steuerlich absetzbar sein und die betriebliche Pflegevorsorge über eine sozialabgaben- und steuerfreie Entgeltumwandlung gestärkt werden.

Der PKV-Verband hat in den vergangenen Jahren verschiedene – freiwillige wie obligatorische - Konzepte vorgelegt, mit denen die kapitalgedeckte Pflegevorsorge in der alternden Gesellschaft ausgebaut werden könnte, um Lasten nicht weiter in die Zukunft zu verschieben und eine Überlastung der jungen Generation zu vermeiden. Der Verband bietet auch im laufenden Gesetzgebungsverfahren hierzu seine Expertise gerne an.

Nicht Gegenstand des Gesetzentwurfs, wohl aber der politischen Debatte in- und außerhalb der Regierungskoalition, sind Forderungen nach einem Finanzausgleich zwischen SPV und PPV, nach der Mitnahme von Alterungsrückstellungen in die SPV oder nach einer Pflegebürgerversicherung. Der PKV-Verband lehnt diese Vorschläge ab. Die Alterungsrückstellungen von 9,2 Millionen PPV-Versicherten sind zweckgebundenes, durch Art. 14 GG geschütztes Vorsorgekapital und kein Finanzierungsreservoir für das Umlagesystem. Ein Finanzausgleich zwischen den beiden eigenständigen Versichertenkollektiven wäre nach mehreren Gutachten verfassungsrechtlich nicht tragfähig. Für die Mitnahme von Alterungsrückstellungen und eine damit verbundene Pflegebürgerversicherung gilt dasselbe. Auch unter praktischen Gesichtspunkten wären Finanztransfers zwischen den getrennten Kollektiven keine Lösung: 10 Prozent würden nicht das Defizit von 90 Prozent ausgleichen (bis 2028 15,4 Milliarden Euro). Die Pflegeversicherung braucht mehr Vorsorge – nicht den Zugriff auf die Vorsorge anderer.

Ausgabenseite

Im Sinne einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik sollten Leistungen der Pflegeversicherung nur passgenau und zielgerichtet eingesetzt werden. Es dürfen nur Leistungen finanziert werden, die Pflegebedürftigen die Hilfe und Unterstützung zukommen lassen, die sie allein aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit benötigen. Daher ist es richtig, die Schwellenwerte und Modulpunkte, die für die Einstufung in die Pflegegrade maßgeblich sind, auf die pflegewissenschaftlich begründeten Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 zurückzuführen. Ebenso begründbar und zielführend wären Korrekturen des § 43c SGB XI, der einer der größten Kostentreiber der Pflegeversicherung ist. Hier muss die Ausgabendynamik deutlich gedämpft werden.

Unbeantwortet lässt das Pflegeneuordnungsgesetz die Frage, welchem Leistungsniveau die Pflegeversicherung entgegensteuert, wenn die im Vorhaben zwar versprochene, aber nicht gegenfinanzierte (und mit Blick auf das strukturelle Defizit schlicht nicht finanzierbare) dauerhafte Dynamisierung aller Leistungen ausbleibt. Ebenso unter einem unaufhebbaren Finanzierungsvorbehalt stehen auch weitere Leistungsversprechen des Pflegeneuordnungsgesetzes wie die Erhöhung der Fördermittel für Innovation und Digitalisierung, der Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts und die Einführung der Finanzierung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege.

Im PKV-Sofortprogramm für eine bessere Pflegeversorgung finden sich konkrete Maßnahmen, die auf Vereinfachung, Transparenz und Selbstbestimmung setzen – und damit auf eine Pflegeversicherung, die den Bedürfnissen der Menschen dient, nicht der Verwaltung ihrer Ansprüche. Zugleich lassen sich mit diesen Maßnahmen über fünf Milliarden Euro einsparen.

Prävention

Der PKV-Verband begrüßt, Gesundheitsförderung und Prävention in den Leistungen der Pflegeversicherung zu stärken und zwischen den Systemlogiken von SGB V und SGB XI zu vermitteln. Eine stärkere Ausrichtung der Pflegeversicherung auf präventiv wirkende Maßnahmen ist ein Schritt zu nachhaltiger wirkenden Leistungen. Dies zeigt sich sowohl bei der neuen Konzeption der Pflegeberatung in Form der Pflegebegleitung als auch der stärkeren Fokussierung der Leistungen bei Pflegegrad 1 auf Leistungen, die präventiv wirken. Dies wie auch die Verschränkung von Pflegebegutachtung und Pflegeberatung, einschließlich der Berücksichtigung der Empfehlungen der Pflegebegutachtung zur Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung und die Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflegeberatung – auch für pflegende An- und Zugehörige –, sind richtige Schritte, die der PKV-Verband ebenfalls in seinem PKV-Sofortprogramm für Prävention in der Pflege empfohlen hat.

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

Zu Artikel 1, Nr. 8 (§ 7c SGB XI - Pflegebegleitung)

Vorgeschlagene Regelung:

Die bisherigen verschiedenen Beratungsangebote Pflegeberatung, Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI und individuelle Pflegekurse in der Häuslichkeit werden zu einem einheitlichen Beratungsangebot, der Pflegebegleitung, zusammengelegt. Dabei wird auch ein abgestuftes Vorgehen zwischen der Beratung und dem Fallmanagement dargestellt. Darüber hinaus kommt der Pflegebegleitung in Akut-Fällen die Aufgabe zu, die Erforderlichkeit der weiteren Akut-Pflege festzustellen.

Bewertung:

Die Neuausrichtung der Beratungsangebote der Pflegeversicherung geht in die richtige Richtung. So stärkt ein eigenständiger Anspruch der An- und Zugehörigen auf Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI die Angehörigen in ihrer ehrenamtlichen Pflege- und Sorgearbeit.

Die Zusammenführung der bisherigen Beratungen nach §§ 7a, 37 Abs. 3 sowie 45 SGB XI ist sinnvoll. Die neu fokussierte fachliche Anleitung und Vermittlung von Fähigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege erweitert die bisherige Pflegeberatung nach § 7a SGB XI pflegefachlich.

Eine konsequente Ausrichtung auf Prävention – vor und während der Pflege – ist angesichts des demografischen Wandels, der Finanzierungsfragen und des Fachkräftemangels unverzichtbar. Sie kann dazu beitragen, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und die Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten. Von einer Stärkung präventionsorientierter Interventionen sind mittel- und langfristig nicht nur geringere Kosten, sondern auch eine Verbesserung der Lebensqualität Pflegebedürftiger und von deren An- und Zugehörigen sowie Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der Versorgungsstrukturen zu erwarten. Dabei geht es im Sinne von Zielgenauigkeit und Ressourcenschonung darum, bewährte und bestehende Strukturen optimal zu nutzen und keine neuen Strukturen oder Doppelstrukturen aufzubauen

Es ist wichtig, dass die Ausgestaltung der Pflegebegleitung nicht zu engmaschig, nicht zu personalintensiv und nicht bürokratisch ist. Diesbezüglich bestehen Bedenken. Der Pflegebegleitung kommen sehr viele Aufgaben zu, die ein gutes pflegefachliches Wissen erfordern. Angesichts des Fachkräftemangels ist es daher fraglich, wie eine solche neue Leistung in der Praxis tatsächlich umgesetzt wird. Außerdem muss vermieden werden, dass die Einführung der Pflegebegleitung zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung führt.

Vorschlag:

In § 7c Absatz 6 Satz 9 SGB XI ist der Begriff „zeitnah“ zu unbestimmt und lässt Interpretationsspielraum. Daher sollte das Wort „zeitnah“ gestrichen werden.

In § 7c Absatz 7 Satz 2 SGB XI sollte Absatz 6 Satz 5 ergänzt werden, weil die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen zur Umsetzung des § 7c Absatz 6 Satz 9 SGB XI die Information über den nicht wahrgenommenen Folgetermin benötigt.

Zu Artikel 1, Nr. 16 (§ 15 SGB XI – Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument) und zu Nr. 89 (Anlage 2 des SGB XI)

Vorgeschlagene Regelung:

Die Schwellenwerte in den Pflegegraden 1, 2 und 3 und die Verteilung der Modulpunkte in Anlage 2 sollen an die Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 angepasst werden.

Bewertung:

Die vorgeschlagenen Änderungen sind sinnvoll und sollten so umgesetzt werden.

Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen passgenau und zielgerichtet eingesetzt werden. Es dürfen nur Leistungen finanziert werden, die Pflegebedürftigen die Hilfe und Unterstützung zukommen lassen, die sie allein aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit benötigen.

Bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Festlegung der Schwellenwerte wurden die Schwellenwerte bei Pflegegrad 1, 2 und 3 tiefer angesetzt als dies vom Expertenbeirat empfohlen worden war. Bei Pflegegrad 1 sollte damit die präventive Wirkung verstärkt werden. Da dieser gewünschte Effekt nachweislich nicht eingetreten ist, sollte der Schwellenwert von Pflegegrad 1 wie vorgesehen auf den ursprünglich vom Expertenbeirat 2013 vorgeschlagene Schwellenwert angehoben werden. Dies gilt auch für die vorgesehenen Änderungen der Schwellenwerte von Pflegegrad 2 und 3. Denn beide Schwellenwerte, die der Expertenbeirat für diese Pflegegrade 2013 empfohlen hat, beruhen auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.

Auch die Anpassung der Punkte in den Modulen 1, 4 und 6 an die Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 ist nachvollziehbar, folgerichtig und fachlich gut begründet. Die Modulpunkte wurden ebenfalls großzügiger ausgestaltet, als dies zuvor vom Expertenbeirat 2013 empfohlen wurde. Daher ist eine Korrektur auf die vom Expertenbeirat 2013 aufgrund pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse empfohlenen Werte angezeigt.

Zu Artikel 1, Nr. 22 (§ 18f SGB XI – Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung)

Vorgeschlagene Regelung:

Es wird ein Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung eingerichtet.

Bewertung:

Die Einrichtung des Beirats ist sinnvoll, weil das Begutachtungssystem ein lernendes System ist und auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff selbst regelmäßig einer Überprüfung unterzogen

werden sollte, um notwendige Nachjustierungen vorzunehmen, die sich z. B. aus fachlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben können. Es ist richtig und sinnvoll, dass der Begutachtungsdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. beratend an den Sitzungen des Beirats teilnehmen kann. So kann dieser seine fachliche Expertise aus der Praxis einbringen. Jedoch sollte daneben auch eine Vertreterin oder ein Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. beratend teilnehmen können und die schriftlichen Dokumente des Beirats wie Berichte, Empfehlungen, Gutachten und Positionspapiere erhalten. Denn auch der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann beratend an den Sitzungen teilnehmen und seine Expertise und die Sichtweise der Pflegekassen einbringen. Dies sollte dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. ebenfalls ermöglicht werden, um seine Expertise und die Sichtweise der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, einzubringen.

Vorschlag:

In § 18f Abs. 8 Satz 6 SGB XI wird nach „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ „, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

In § 18f Abs. 8 Satz 7 SGB XI wird nach „des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ „, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

Zu Artikel 1, Nr. 24 (§ 28a SGB XI – Leistungen bei Pflegegrad 1)

Vorgeschlagene Regelung:

Der Entlastungsbetrag und der Zuschuss bei vollstationärer Pflege entfällt für Versicherte mit Pflegegrad 1.

Bewertung:

Die Neuausrichtung des Pflegegrades 1 mit einer verstärkten Beratung durch die Pflegebegleitung und einer Fokussierung auf präventiv wirkende Maßnahmen ist sinnvoll und entspricht der ursprünglichen Idee des Pflegegrades 1.

Zu Artikel 1, Nr. 25 (§ 30 SGB XI - Dynamisierung)

Vorgeschlagene Regelung:

Ab dem Jahr 2029 werden alle Leistungen der Pflegeversicherung jeweils zum 1. Januar jährlich in Höhe des geometrischen Mittels der Kerninflationsrate der letzten drei vorangegangenen Kalenderjahre, aber nicht stärker als der durchschnittliche Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum angehoben.

Bewertung:

Die jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge des SGB XI steht einer nachhaltigen und generationengerechten Finanzierung der Pflegeversicherung entgegen, weil dies zu einer

wachsenden Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen führt, was eine stetige Erhöhung des Betragssatzes nach sich ziehen würde.

Vorschlag:

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Zu Artikel 1, Nr. 37 (§ 42 SGB XI - Kurzzeitpflege)

Vorgeschlagene Regelung:

In § 42 Abs. 4 SGB XI wird ein Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen für pflegerische Akutsituationen eingeführt.

Bewertung:

Die vorgeschlagene Regelung darf die Pflegeversicherung nicht finanziell belasten, was aber durch die in § 88b SGB XI vorgesehene Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege der Fall ist. Aufgrund des Fachkräftemangels ist es zudem fraglich, ob ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen Personal und Plätze qualitätsgesichert vorhalten können, um die Versorgung in pflegerischen Akut- und Notfallsituationen sicherzustellen.

Die vorgesehene Übergangsregelung in § 42 Abs. 4 Satz 2 SGB XI bewerten wir kritisch. Die Übergangsregelung schafft zusätzlichen bürokratischen Aufwand. Der Notdienst in der ambulanten Pflege ist darauf ausgerichtet, eine akute Versorgungslücke in der Häuslichkeit zu überbrücken. Er sollte seine Ressourcen vorrangig für die unmittelbare pflegerische Versorgung einsetzen und nicht für zusätzliche Dokumentations- und Abstimmungsprozesse mit weiteren Leistungserbringern und Kostenträgern.

Vorschlag:

Sollte die Akut-Kurzzeitpflege dennoch eingeführt werden, sollte der Anspruch erst ab dem 1. Januar 2029 bestehen, damit die Einschätzung zur Notwendigkeit der Versorgung von der Pflegebegleitung eingeholt werden und eine bürokratisch aufwendige Übergangsregelung vermieden werden kann.

Zu Artikel 1, Nr. 41 (§ 45a SGB XI – Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung)

Vorgeschlagene Regelung:

Nachbarschaftshilfe als Angebot zur Unterstützung im Alltag wird künftig nicht mehr von den zuständigen Landesbehörden, sondern von Pflegekassen anerkannt.

Bewertung:

Bislang ist in einigen landesrechtlichen Regelungen die Anerkennung von Nachbarschaftshelfern durch die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen vorgesehen. Dieses Verfahren hat sich bewährt. Es ist sehr sinnvoll und vereinfacht das Vorgehen in der Praxis,

wenn Nachbarschaftshelfer nicht von verschiedenen Landesbehörden nach unterschiedlichen Voraussetzungen anzuerkennen sind, sondern nach bundeseinheitlichen Regelungen direkt von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen des Versicherten, der die Leistungen eines Nachbarschaftshelfers in Anspruch nehmen möchte.

Da das Verfahren sowohl die SPV als auch die PPV betrifft, sollte der GKV-Spitzenverband die Richtlinien im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. erstellen.

Vorschlag:

In § 45a Abs. 4 Satz 2 SGB XI wird nach „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt“ „im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

Zu Artikel 1, Nr. 42 (§ 45c SGB XI - Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung)

Vorgeschlagene Regelung:

Die Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts durch die SPV und die PPV wird von bislang 25 Mio. Euro jährlich auf 125 Mio. Euro jährlich angehoben. Die Kofinanzierung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft wird entsprechend erhöht.

Bewertung:

Eine Anhebung der Mittel der Pflegeversicherung um 100 Mio. Euro jährlich ist angesichts der finanziellen Situation der Pflegeversicherung nicht nachvollziehbar.

Vorschlag:

Die vorgeschlagene Änderung sollte nicht erfolgen.

Zu Artikel 1, Nr. 48 (§ 55 SGB XI – Beitragsbemessungsgrenze, Beitragszuschlag für Kinderlose) und Art. 2, Nr. 12 (§ 59b – Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung)

Vorgeschlagene Regelung:

Die Beitragsbemessungsgrenze der SPV wird an die Beitragsbemessungsgrenze der GKV nach § 223 Abs. 4 SGB V gekoppelt (§ 55 Abs. 2 SGB XI). Damit wird die außerordentliche Anpassung der GKV-Beitragsbemessungsgrenze zum 1. Januar 2027 in der SPV nachvollzogen. Zudem wird der Beitragszuschlag für Mitglieder ohne Kinder von 0,6 auf 0,9 Beitragssatzpunkte angehoben (§ 55 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Als Beschäftigte tragen Kinderlose 2,7 Punkte von insgesamt 4,5 Beitragssatzpunkten. Beim Arbeitgeber bleibt es weiterhin bei 1,8 Beitragssatzpunkten. Des Weiteren müssen Arbeitgeber künftig auf den Verdienst ihrer geringfügig Beschäftigten den vollen Beitragssatz zur SPV in Höhe von 3,6 % zahlen

Bewertung:

Jede BBG-Erhöhung ist faktisch eine Sondersteuer für qualifizierte Fachkräfte und deren Arbeitgeber. Die Belastung trifft insbesondere zukunftsträchtige Wachstumsbranchen und wird die Lohnnebenkosten weiter spürbar erhöhen.

Die geplante Sonderanhebung der Beitragsbemessungsgrenze sendet ein verheerendes Signal für den Wirtschaftsstandort und die jüngeren Generationen. Zusammen mit der regulären Anpassung steigt die SPV-Beitragsbemessungsgrenze 2027 um 6.750 Euro (+9,7 %) von 69.750 Euro auf 76.500 Euro im Jahr. Davon entfallen 3.600 Euro auf die Sonderanhebung.

Für Beschäftigte mit einem Kind und einem Einkommen ab dieser Grenze ergibt sich eine Mehrbelastung von rund 10 Euro pro Monat (121,50 Euro pro Jahr). Zusammen mit dem Arbeitgeberanteil sind es rund 243 Euro pro Jahr. Kinderlose Beschäftigte zahlen künftig rund 33 Euro pro Monat mehr (391,50 Euro pro Jahr); ihr Höchstbeitrag steigt auf 2.065,50 Euro im Jahr. Einschließlich Arbeitgeberanteil beträgt die Mehrbelastung bei Kinderlosen 513 Euro pro Jahr.

Zusätzlich werden sich die Lohnzusatzkosten erhöhen, weil Arbeitgeber ab 2028 auf den Verdienst ihrer geringfügig Beschäftigten den vollen Beitragssatz von 3,6 % zahlen müssen. Laut Erläuterung des BMG zum Gesetzesvorhaben entstehen den Mitgliedern allein durch die Anhebung des Zuschlags für Kinderlose 2027 Mehrausgaben von 3,3 Milliarden Euro. Den Arbeitgebern entstehen durch die Beiträge für Minijobs ab 2028 jährlich Mehrausgaben von 1,4 Milliarden Euro.

Zu Artikel 1, Nr. 49 (§ 61a SGB XI - Beteiligung des Bundes an Aufwendungen)

Vorgeschlagene Regelung:

Die Neufassung verlängert die Aussetzung des pauschalen Bundeszuschusses (1 Mrd. Euro/Jahr) bis 2028, sieht für 2029 nur eine halbierte Zahlung (500 Mio. Euro) vor und nimmt die volle Zahlung erst ab 2030 wieder auf.

Zugleich wird die Rückzahlung der zweiten Tranche des zinslosen Darlehens aus dem Haushaltsgesetz 2022 (0,5 Mrd. Euro) von 2028 in den Zeitraum 2035 bis 2039 verschoben. Die zinslosen Darlehen aus den Haushaltsgesetzen 2025 und 2026 sind ebenfalls erst in den Jahren 2035 bis 2039 zurückzuzahlen (zusammen 4,2 Mrd. Euro).

Bewertung:

Das Vorhaben, die Rückzahlung der zinslosen Bundesdarlehen an die SPV zeitlich weit nach hinten zu strecken, stellt – über die Zinslosigkeit der Darlehen hinaus – einen schleichenden Übergang in einen zusätzlichen, faktisch schuldenfinanzierten Bundeszuschuss unter Umgehung der Schuldenbremse dar. Die aktuelle Finanzsituation der SPV wird entlastet – und in genau diesem Umfang werden die ohnehin überfälligen Strukturreformen in der Pflegefinanzierung weiter verzögert. Durch eine rein haushaltspolitische Überbrückungsmaßnahme werden

erhebliche Kosten in die Zukunft – konkret in die Jahre 2035 bis 2039 – verlagert, ohne dass eine nachhaltige, generationengerechte Finanzierungsperspektive erkennbar wäre.

Hinzu kommt, dass mit den gestreckten Verbindlichkeiten im engen Rückzahlungskorridor 2035 bis 2039 eine Rückzahlungslast von zusammen rund 4,2 Mrd. Euro ausgerechnet in einem Zeitraum anfällt, in dem die demografische Entwicklung ihren Höhepunkt erreicht: Laut Destatis wird bereits 2035 ein Viertel der Bevölkerung 67 Jahre und älter sein. Die Maßnahme verschiebt das Problem somit nicht nur, sondern verschärft es zulasten der nachfolgenden Beitragszahler.

Aus Sicht des PKV-Verbandes ist diese Maßnahme insbesondere im Hinblick auf den Beitragswettbewerb zwischen SPV und Privater Pflegepflichtversicherung (PPV) problematisch. Die faktische Subvention durch die spätere – und überdies zinslose – Rückzahlung der Darlehen führt, wie alle anderen pauschalen Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt, dazu, dass der tatsächliche Finanzbedarf der SPV nicht vollständig im aktuellen Beitragssatz sichtbar wird, dass die SPV-Beitragssätze künstlich gedämpft werden und dass die SPV gegenüber der PPV einen politisch induzierten Preisvorteil erhält. Dies ist mit dem Systemwettbewerb zwischen SPV und PPV nicht vereinbar.

Zu Artikel 1, Nr. 60 (§ 82c Abs. 7 und 8 SGB XI – Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen)

Vorgeschlagene Regelung:
Die Regelungen zur tariflichen Entlohnung im SGB XI werden für einen befristeten Zeitraum von vier Jahren in ihrer Anwendung sowohl als Zulassungsvoraussetzung als auch als Bezugspunkt der Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen teilweise modifiziert, um u.a. erste Anpassungen in Richtung der Änderungen im GKV-BStabG vorzunehmen. Unter Einbezug der Ergebnisse des Berichtes der Geschäftsstelle (§ 82c Abs. 7 Satz 7 SGB XI) prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, wie die Vorgaben hinsichtlich der Gehälter und Entlohnungen in der Pflege und Betreuung ab dem 1. Januar 2031 geregelt werden.

Bewertung:

Die Regelungen zur tariflichen Entlohnung waren mit dem Ziel einer deutlichen Verbesserung der Entlohnung in der Langzeitpflege verbunden. Dieses Ziel wurde in wenigen Jahren erreicht. Die vorgesehene Überprüfung der bestehenden Regelungen hinsichtlich ihrer weiteren Notwendigkeit und ihrer Ausgestaltung ist sinnvoll. Insbesondere sind dabei auch die Auswirkungen auf die Eigenanteile der Pflegebedürftigen aufgrund der Erhöhungen der Pflegesätze zu berücksichtigen.

Zu Artikel 1, Nr. 63 (§ 88b SGB XI - Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege)

Vorgeschlagene Regelung:

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die sich verpflichten, fest verfügbare Plätze für Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 SGB XI anzubieten, erhalten im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis

zum 31. Dezember 2032 eine anteilige Erstattung der entstandenen Vorhaltekosten. Die Finanzierung dieser Vorhaltekosten erfolgt aus dem Ausgleichsfonds. Die PPV soll sich mit 7 % an diesem Finanzierungsbetrag beteiligen.

Bewertung:

Die Einführung einer Finanzierung von Vorhaltekosten steht im Widerspruch zum Grundsatz der Leistungsfinanzierung in der Pflegeversicherung und führt zu Ausgabensteigerungen für die Pflegeversicherung, die angesichts der finanziellen Lage der Pflegeversicherung nicht angezeigt sind. Zudem ist die praktische Durchführbarkeit der Vorhaltung fester Plätze für Akut-Kurzzeitpflege wegen des Fachkräftemangels fraglich.

Die vorgesehene Verrechnung nicht verausgabter Finanzmittel in § 88b Abs. 3 S. 8 SGB XI stellt eine zweckentsprechende Verwendung des Finanzierungsanteils der PPV sicher.

Zu Artikel 1, Nr. 83 (§ 134 - Verwaltung und Anlage der Mittel) und Nr. 84 (§ 135 - Zuführung der Mittel)

Vorgeschlagene Regelung:

Mit der neuen Regelung in § 134 Abs. 4 erhält das BMG einen konkreten Prüfauftrag zum Pflegevorsorgefonds. Es sollen geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds geprüft werden, um dessen Konzeption, Anlagestruktur, Rendite-Risiko-Struktur und zeitlichen Horizont zu optimieren.

In § 135 werden die Zuführungsmodalitäten beim Pflegevorsorgefonds angepasst: Die in den Jahren 2024 bis 2027 angewendete Begrenzung der Zuführung von Mitteln an das Sondervermögen auf jährlich 700 Millionen Euro wird bis 2028 verlängert; im Jahr 2029 wird diese Zuführung auf einen Betrag in Höhe von 1,2 Milliarden Euro erhöht. Ab dem Jahr 2030 erfolgt die Zuführung von Mitteln an das Sondervermögen wieder gemäß Absatz 1.

Bewertung:

Das Pflegeneuordnungsgesetz sieht vor, dass für die Jahre 2028 700 Mio. Euro und 2029 1,2 Mrd. Euro festgelegte Sonderbeträge in den Fonds fließen. Diese Summen bewegen sich weiterhin unterhalb des ursprünglich ab 2028 vorgesehenen Regelniveaus (Anteil von 0,1 Prozentpunkten der Beiträge zur SPV).

Schon in der kurzen Geschichte des Pflegevorsorgefonds wurden die Zuführungen je nach Kassenlage ausgesetzt. Dass die bereits reduzierte Zuführung nun weiter verlängert werden soll, ist ein hinreichender Nachweis, dass Kapitaldeckung beim Staat oder in Staatsnähe immer Gefahr läuft, politischen Opportunitäten geopfert zu werden. Daran wird auch kein Prüfergebnis hinsichtlich besserer Anlagestrategien etwas ändern.

Im Unterschied zum Pflegevorsorgefonds – der eine Demografiereserve im einkommensabhängig finanzierten Umlagesystem darstellt – ist kapitalgedeckte Vorsorge keinem demografischen

Druck ausgesetzt und damit der entscheidende Stabilitätsfaktor in einer alternden Gesellschaft. Generationengerechte Sicherheit gibt es nur mit echter Kapitaldeckung – vor politischem Zugriff geschützt, im privaten Rechtsrahmen, wie sie die PPV seit 1995 vorlebt.

Zu Art. 4 Nr. 2, § 20 SGB V (Stärkere Ausrichtung der Primärprävention und Gesundheitsförderung auf ältere und pflegebedürftige Menschen)

Vorgeschlagene Regelung:

Mit dem Gesetzentwurf werden Primärprävention und Gesundheitsförderung stärker auf ältere und pflegebedürftige Menschen ausgerichtet, die mit den bestehenden Angeboten bislang selten erreicht werden.

Bewertung:
Es ist zu begrüßen, dass Primärprävention und Gesundheitsförderung in der GKV stärker auf ältere und pflegebedürftige Menschen ausgerichtet werden. In der PKV hingegen dürfen Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung nicht rechtssicher angeboten werden. Vorliegende Rechnungs- und Gesundheitsdaten dürfen von PKV-Unternehmen nicht für Präventionszwecke ausgewertet werden, um den Versicherten entsprechende Angebote zu unterbreiten. Mit einem aktuellen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG Urt. V. 6. März 2026, Az.: 6 C 7.24) ist eine Schlechterstellung von Privatversicherten verbunden, denn PKV-Unternehmen dürfen ohne deren explizite Zustimmung keine datengestützten Auswertungen zur Erkennung gesundheitlicher Risiken vornehmen.

Änderungsvorschlag:
Es bedarf einer eigenständigen datenschutzrechtlichen Regelung im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) für die PKV, die unmittelbar an den vom Bundesverwaltungsgericht (BverwG, Urt. V. 6. März 2026, Az.: 6 C 7.24) entschiedenen Verarbeitungsvorgang anknüpft: die Auswertung rechtmäßig vorhandener Leistungs- und Abrechnungsdaten zur Identifikation von Versicherten für konkrete freiwillige Angebote der Gesundheitsvorsorge.

„§ [ ] Datengestützte Ansprache zu Zwecken der Gesundheitsvorsorge durch Unternehmen der privaten Krankenversicherung

(1) Unternehmen der privaten Krankenversicherung können zur Wahrnehmung der im öffentlichen Interesse liegenden Aufgabe der Gesundheitsvorsorge (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention) die von ihnen im Rahmen dieser Versicherungsverhältnisse rechtmäßig erhobenen Leistungs- und Abrechnungsdaten einschließlich Gesundheitsdaten weiterverarbeiten, soweit dies geeignet und erforderlich ist, versicherte Personen anhand vorab festgelegter, fachlich begründeter und auf das jeweilige Präventionsangebot bezogener Kriterien zu ermitteln, um den insoweit identifizierten Personen die freiwillige Inanspruchnahme von Angeboten zur Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten oder Vermeidung ihrer Verschlimmerung oder ihrer Folgen anzubieten.

(2) Versicherte Personen sind über die Datenverarbeitung nach Absatz 1 zu informieren und können dieser jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen; nach dem Widerspruch ist eine Verarbeitung nach Absatz 1 unzulässig. Aus dem Widerspruch dürfen der versicherten Person keine Nachteile entstehen."

Zu Art. 4 Nr. 5, § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen)

Vorgeschlagene Regelung:

Mit dem Ziel der frühzeitigen Erkennung von Pflegebedürftigkeit sollen Versicherte ab 60 Jahren im Rahmen der Gesundheits-Untersuchung auf frühe Indikatoren untersucht werden. Hierzu zählen etwa Polypharmazie, Gleichgewichts- und Gangstörungen, beginnende demenzielle Erkrankungen, Fehlsichtigkeiten sowie Schwerhörigkeit. Die bestehende Gesundheitsuntersuchung soll um pflegebedarfsrelevante Untersuchungsinhalte und Befunderhebungen ergänzt werden. Einen neuen Untersuchungsanspruch soll es nicht geben. Über Inhalte und Ausgestaltung der neuen Untersuchungsinhalte soll der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31.12.2028 entscheiden.

Bewertung:
Es wird begrüßt, dass pflegebedarfsrelevante Diagnostik in bereits bestehende Früherkennungsuntersuchungen integriert und kein neues Angebot geschaffen wird. Das vermeidet Doppelstrukturen und schont die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen. Zur Früherkennung von beginnenden Anzeichen von Gebrechlichkeit gibt es bereits bestehende Diagnoseinstrumente und Fragebögen, auf die zurückgegriffen werden kann. Zum Teil können diese durch die Betroffenen selbst ausgefüllt werden, so dass aufgrund weniger Eigeneinschätzungen klar wird, welche altersbedingten Einschränkungen bereits vorliegen. Dazu gehören etwa Fragebögen zur funktionalen Kompetenz, wie sie etwa im Rahmen der Langzeit-Kohortenstudie zum gesunden Altern (LUCAS-Kohortenstudie) verwendet wurde. Solche niedrigschwelligen Ansätze sollten möglichst in einem gestuften Verfahren eingesetzt werden, bevor zeitaufwändige geriatrisches Assessments zum Einsatz kommen.