Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)129(38)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.11.2026 - PNOG
24.11.2026

DER PARITÄTISCHE
Gesamtverband
Forum chronisch kranker und behinderter Menschen
seit 1986

Berlin, 23. November 2026

Stellungnahme des FORUMs chronisch kranker und behinderter Menschen im Paritätischen zum Kabinettsentwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes

Vorbemerkung

Das FORUM chronisch kranker und behinderter Menschen im Paritätischen lehnt die Kernmaßnahmen des Kabinettsentwurfs zum PNOG auch nach den Nachbesserungen gegenüber dem Referentenentwurf ab. Die vorgesehenen Regelungen belasten insbesondere pflegende Angehörige erheblich und verkennen, welche große Bedeutung pflegende Angehörige im Pflegesystem haben: Pflegende Angehörige gelten seit dem Start der Sozialen Pflegeversicherung parteiübergreifend und gesellschaftlich als „größter Pflegedienst“ Deutschlands.

Angesichts des Fachkräftemangels in der Pflege erscheint die zusätzliche Belastung pflegender Angehöriger wenig erfolgversprechend. Zugleich entstehen neue Strukturen wie Pflegenotdienste, Notfall-Kurzzeitpflege und die Pflegebegleitung. Wie der bestehende Mangel behoben werden soll, wenn zugleich das familiäre und partnerschaftliche Engagement geschwächt wird, beantwortet auch der Kabinettsentwurf nicht.

Wir erwarten vom Gesetzgeber eine klare Absage an jede Abkehr vom ganzheitlichen, der Menschenwürde verpflichteten Hilfesystem zugunsten einer bloßen Verwaltung und Zuteilung von Leistungen nach Aktenlage. Schon nach geltendem Recht war ein ganzheitlicher Ansatz nicht hinreichend gewährleistet. Mit den geplanten Neuregelungen droht dies noch erheblich schwieriger zu werden.

Der Kabinettsentwurf kündigt eine Strukturreform lediglich an. Die hierfür vorgesehene Kommission soll Vorschläge erarbeiten, die in die laufenden Beratungen des PNOG einfließen sollen. Wie dies in der Praxis aussehen soll, bleibt fraglich. Die zentralen Fragen der dauerhaften Finanzierung und der künftigen Versorgung bleiben damit ungeklärt.

Im Folgenden benennen wir wesentliche Gesichtspunkte, die für chronisch kranke und behinderte Menschen – beispielsweise für Menschen mit Rheuma, Amyotrophe

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

Lateralsklerose, Multipler Sklerose und vergleichbaren degenerativen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen – von besonderer Bedeutung sind. Wir bitten darum, diese im weiteren parlamentarischen Verfahren verstärkt zu berücksichtigen.

1. Belastung pflegender Angehöriger

Wir begrüßen, dass die allgemeine Absenkung der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für pflegende Angehörige nicht weiterverfolgt wird.

Weiterhin vorgesehen ist jedoch, dass Beiträge aus der Pflegetätigkeit für Pflegepersonen, die eine Altersrente beziehen, längstens bis zum Ende des Monats gezahlt werden, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wird (§ 44 SGB XI). Hinzu kommt, dass die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Lebenspartnern ab dem 1. Januar 2028 eingeschränkt werden soll, wie es das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz für die Krankenversicherung bereits normiert hat. Dies führt zu weiteren Kosten für pflegende Angehörige.

Damit spart der Staat gerade bei dem Personenkreis, der ihn durch die Übernahme der häuslichen Pflege am stärksten entlastet. Viele chronische Erkrankungen und Beeinträchtigungen treten zudem bereits im jungen Erwachsenenalter auf, knapp zwanzig Prozent der Menschen mit Schwerbehindertenstatus sind zwischen 18 und 54 Jahre alt; sie sind also in der Lebensphase, in der üblicherweise Einkommen, Vermögen und Rentenansprüche aufgebaut werden. Für pflegende Ehepartner, Eltern und Kinder bedeutet jede Reduzierung von Rentenversicherungsbeiträgen geringere Rentenanwartschaften und damit ein erhebliches zusätzliches Armutsrisiko.

2. Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Die im Entwurf weiterhin vorgesehene Streichung des § 40 Abs. 2 SGB XI lehnen wir ab.

Gerade chronisch kranke Menschen sowie Menschen mit Behinderungen benötigen dauerhaft Verbrauchsmittel wie Bettschutzeinlagen. Die Kosten liegen bereits heute oftmals deutlich über dem maximalen Erstattungsbetrag von 42 Euro monatlich, die Betroffenen müssen die Differenz somit regelmäßig aus eigenen Mitteln tragen. Wir schlagen deshalb vor, an der während der Corona-Pandemie eingeführten (vorübergehenden) Erhöhung auf 60 Euro anzuknüpfen.

Zur Begründung der Streichung verweist der Kabinettsentwurf (S. 208) darauf, Produkte wie Desinfektionsmittel oder Masken seien im Handel niedrigschwellig

erhältlich und könnten künftig aus dem Entlastungsbudget bezahlt werden. Auf S. 203 wird das höhere Entlastungsbudget nach § 37 SGB XI n. F. ausdrücklich auch mit dem Kauf solcher Verbrauchsmittel für die tägliche Pflege gerechtfertigt.

Der Entwurf suggeriert also eine Erhöhung der bisherigen Beträge: Statt eines Pflegegeldes von 347 Euro in Pflegegrad 2 und 599 Euro in Pflegegrad 3 ist ein Entlastungsbudget von 380 Euro bzw. 630 Euro vorgesehen – Beträge, die gegenüber dem Referentenentwurf bereits reduziert wurden. Zugleich sollen aus diesem Budget künftig zusätzlich die Kosten der Verbrauchshilfsmittel getragen werden. Für Menschen, die auf diese Hilfsmittel angewiesen sind, wird der bisherige Leistungsanspruch damit faktisch gekürzt, da das Entlastungsbudget für sie unter dem Niveau der bisherigen Leistungen liegt.

Besonders betroffen sind Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1. Sie konnten bislang einen Anspruch nach § 40 Abs. 2 SGB XI geltend machen, haben aber keinen Anspruch auf das Entlastungsbudget nach § 37 SGB XI n.F. Sie verlieren damit jeden Anspruch und müssten die Kosten vollständig selbst tragen.

3. Leistungsvoraussetzungen: Stärkung der Befristung

Die Ergänzung des § 33 SGB XI (nach Satz 8) ist auch im Kabinettsentwurf enthalten. Sie zeigt die Absicht des Gesetzgebers, künftig vermehrt befristete Bescheide zu erlassen. Die Begründung (S. 200) formuliert ausdrücklich die Erwartung, dass bei begründeter Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung der Fähigkeiten und der Selbständigkeit das Mittel der Befristung häufiger als bisher angewendet wird; eine große Wahrscheinlichkeit sei nicht mehr erforderlich. Näheres sollen erst die Begutachtungsrichtlinien bestimmen. Genannt werden etwa Konstellationen, in denen aufgrund eines vergleichsweise jungen Alters, der pflegebegründenden Diagnose oder der Therapiemöglichkeiten mit einer Wiederherstellung von Fähigkeiten gerechnet werden kann, insbesondere wenn therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen erfolgversprechend sind.

Wir halten diese Regelung für zu unbestimmt. Zudem besteht die Gefahr, dass sie als Einfallstor für pauschale Entscheidungen zulasten der Pflegebedürftigen genutzt wird. Wir befürchten insbesondere, dass schon die Bewilligung einer Rehabilitationsmaßnahme automatisch zu einer nur befristeten Gewährung von Pflegeleistungen führt.

Befristungen bedeuten zudem mehr Verwaltungsaufwand bei den Entscheidungsträgern und voraussichtlich einen weiteren Personalaufwuchs beim

Medizinischen Dienst. Der Entwurf beruft sich an anderer Stelle (siehe Punkt 2) auf Bürokratieabbau, weitet hier jedoch Kontrolle und Bürokratie aus. Dieser Widerspruch ist aufzulösen.

Die Schwelle für eine unbefristete Leistungsgewährung darf nicht unsachgemäß hoch angesetzt werden. Sinnvoller wäre es, die Gutachterinnen und Gutachter deutlich besser auf die jeweiligen Krankheitsbilder vorzubereiten und die Organisation in den zuständigen Stellen zu verbessern. Aufgrund der Unbestimmtheit der Regelung ist zudem mit einer Zunahme von Klageverfahren zu rechnen.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass Pflegegeldbeziehende nach § 7c Abs. 6 SGB XI n. F. ab dem 1. Januar 2029 jährlich verpflichtend eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung abrufen müssen. Mit ihr soll „auch“ überprüft werden, ob die Versorgung gewährleistet ist. Zwar soll sie laut Begründung in erster Linie der dauerhaften Begleitung und Unterstützung dienen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dabei auch das Fortbestehen der Voraussetzungen des Pflegegrades geprüft wird. Schon deshalb bedarf es keiner zusätzlichen Befristungen.

4. Kein eigener Anspruch mehr auf Verhinderungspflege

Einen gesonderten Anspruch auf Verhinderungspflege soll es nach dem Kabinettsentwurf nicht mehr geben. Diese Leistung soll künftig je nach Organisation der Ersatzpflege über verschiedene Budgets abgedeckt werden. Laut Begründung zu § 39 SGB XI (S. 204) können die bisherigen Leistungen künftig über die häusliche Pflegehilfe im Umfang des Sachleistungsbudgets nach § 36, über das Pflegegeld im Umfang des Entlastungsbudgets nach § 37 oder über das Sozialraumbudget nach § 45b bezogen werden; dies erleichtere die Inanspruchnahme und erhöhe die Übersichtlichkeit.

Dem widersprechen wir. Die Aufteilung auf verschiedene Budgets führt im Ergebnis zu deutlich geringeren Leistungsansprüchen. Der Wegfall der Verhinderungspflege wird durch die Budgets nicht ausgeglichen und hinterlässt eine große Versorgungslücke für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Die Kalkulation zur Streichung der Verhinderungspflege auf S. 91 des Kabinettsentwurfs (unter Ziffer 4.1) weisen wir entschieden zurück. Hier fehlt es an validen Daten und nachprüfbaren Quellen.

Benachteiligt werden insbesondere häuslich versorgte Pflegebedürftige, die bislang Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege bedarfsgerecht kombinieren konnten. Der

Gemeinsame Jahresbetrag von 3.539 Euro, der bisher flexibel eingesetzt werden konnte, fällt weg. Zugleich verlieren sämtliche Pflegebedürftigen den gesicherten Anspruch auf Vertretung, wenn ihre Pflegeperson ausfällt.

Sowohl das Sachleistungsbudget als auch das Sozialraumbudget setzen voraus, dass zugelassene ambulante Pflegedienste oder anerkannte Helfende beauftragt werden. Vertrauten Personen aus Familie und Freundeskreis bleibt dieser Weg damit verschlossen, solange sie nicht anerkannt sind. Der Entwurf ist damit von einem generellen Misstrauen gegenüber der häuslichen Pflege geprägt. Dieses zeigt sich in der Streichung oder Befristung von Leistungen und in verstärkter Kontrolle, die teilweise als Beratung bezeichnet wird.

In der Konsequenz müssen planbare Abwesenheiten der Pflegeperson regelmäßig aus dem Entlastungsbudget finanziert werden. Dieses liegt deutlich unter dem bisherigen Anspruch auf Verhinderungspflege. Die Streichung ist ein gravierender Einschnitt in die Versorgungsstrukturen.

5. Überbrückungsbudget

Für pflegerische Akutversorgung und „sonstige Überbrückungssituationen“ sieht § 39 SGB XI n. F. ein Überbrückungsbudget vor, das im Kabinettsentwurf einheitlich für die Pflegegrade 2 bis 5 auf 2.285 Euro angehoben wurde. Diese Anhebung erkennen wir an. Der Betrag liegt jedoch deutlich unter dem bisherigen gemeinsamen Jahresbetrag von 3.539 Euro, und stellt damit ebenfalls eine Kürzung dar.

Eine Legaldefinition der „sonstigen Überbrückungssituation“ fehlt. Die Begründung (S. 204) nennt lediglich beispielhaft die Urlaubsabwesenheit der Hauptpflegeperson im Rahmen der Kurzzeitpflege. Dies ist in sich widersprüchlich und schafft weder Rechtssicherheit noch Transparenz.

Das Überbrückungsbudget ist zudem streng zweckgebunden: Es umfasst ausschließlich Pflegesachleistungen in Akutsituationen durch einen Notdienst nach § 39a SGB XI sowie Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung nach § 42 SGB XI. Ob Pflegenotdienste ab 2028 überhaupt flächendeckend existieren werden, ist offen. Da sowohl Entlastungsbudget als auch Überbrückungsbudget zu niedrig bemessen sind, sind große, nicht zu schließende Versorgungslücken in der häuslichen Pflege zu erwarten.

6. Akutversorgung und Übergangsphase 2027

Richtlinien zur Akutversorgung nach § 39a SGB XI sollen bis zum 30. Juni 2028 vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung beschlossen werden. Für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2027 darf das Überbrückungsbudget nach § 39 Abs. 6 SGB XI ausnahmsweise auch für zugelassene ambulante Pflege- und Betreuungsdienste verwendet werden. Dauert die Inanspruchnahme länger als drei Tage, ist nach § 39 Abs. 6 Satz 2 und 3 SGB XI die Zustimmung der Pflegekasse einzuholen.

Dies ist eine zusätzliche bürokratische Hürde, die dem erklärten Ziel der Entbürokratisierung widerspricht. An Feiertagen wie Ostern oder Weihnachten ist mit einer zeitnahen Antwort der Pflegekassen nicht zu rechnen. Zudem wird jeweils zu begründen sein, dass der Versorgungsbedarf akut und unaufschiebbar ist. Bei den bekannten Personalengpässen ist dies in der Praxis kaum umsetzbar. Leidtragende sind die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen.

Wir befürchten, dass die Versorgung in diesen Situationen angesichts der Hürden und des Personalmangels auch in der Kurzzeitpflege unentgeltlich durch Angehörige oder Nachbarschaftshilfe geleistet werden muss. Wer viel Pflege braucht, hat die 2.285 Euro rasch ausgeschöpft. Die übersteigenden Kosten müssen dann aus Eigenmitteln oder – sobald diese erschöpft sind – über die Sozialhilfe finanziert werden. Das ist keine Lösung, sondern eine bloße Lastenverschiebung. Aus der Praxis wissen wir zudem, dass Antragstellung und Kostenzusagen so viel Zeit beanspruchen, dass Einrichtungen Verträge häufig nur noch abschließen, wenn eine rechtliche Betreuung eingerichtet ist.

Für die ab 2028 vorgesehenen Pflegenotdienste ist völlig offen, woher hochflexibel einsetzbares Personal gewonnen und wie es finanziert werden soll – zumal die Tarifbindung im Rahmen der Kürzungsdebatten immer wieder in Frage gestellt wird.

Gesamtbewertung

Bislang wurde Verhinderungspflege häufig kurzfristig und unbürokratisch von langjährigen Helfenden geleistet. Dies wird künftig nicht mehr möglich sein. Gewachsene, vertrauensvolle Unterstützungsbeziehungen in den Familien drohen zu zerbrechen. Neben den finanziellen Belastungen sind auch die psychischen Belastungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige zu berücksichtigen.

Die ausschließliche Anbindung an Leistungen der ambulanten Pflege halten wir nicht für zielführend. Schon heute fehlt der ambulanten Pflege vielfach das Personal, und in vielen Regionen gibt es keine freien Kapazitäten mehr. Wie hier kurzfristig neue, hochflexible Angebote entstehen sollen, ist nicht erkennbar. Die bereits ab 2027 vorgesehene Übergangsnutzung des Überbrückungsbudgets beruht auf einer unrealistischen Einschätzung des Pflegemarktes. Es ist zu befürchten, dass Anbieter ohne ausreichende pflegefachliche Expertise vor allem die neuen Budgets abschöpfen.

Die Begründung zur Streichung des § 42a SGB XI (S. 210) behauptet, die bisherigen Ausgaben für den Gemeinsamen Jahresbetrag würden ausgabenneutral in Sachleistungs-, Entlastungs- und Überbrückungsbudget übertragen. Wie dargelegt, trifft dies nicht zu. Vielmehr entfallen Leistungen, auf die die häusliche Versorgung angewiesen ist – und diese Lücke tragen Pflegebedürftige und Angehörige.

7. Kein Entlastungsbudget mehr bei Pflegegrad 1

Dass Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 weiterhin kein Entlastungsbudget erhalten sollen, weisen wir mit Nachdruck zurück. Betroffen sind gerade diejenigen, die ihre Versorgung zu Hause eigenständig organisieren. Zusammen mit der Anhebung der Schwellenwerte für die Einstufung in die Pflegegrade führt dies zu einer doppelten Verschärfung. Wir begrüßen hingegen, dass die hälftige Kürzung des Entlastungsbudgets bei Neufeststellungen in den Pflegegraden 2 und 3 gestrichen wurde.

8. Angekündigte Überprüfung der Angehörigenentlastung

Wir kritisieren erneut die Absichtserklärung auf S. 4 des Entwurfs zur Überprüfung des Angehörigenentlastungsprivilegs. Danach will die Bundesregierung nach Abschluss der Evaluation des Angehörigenentlastungsgesetzes prüfen, wie die Kommunen durch mögliche Anpassungen bei den Sozialhilfekosten entlastet werden können; dabei sei auch der Verwaltungsaufwand der Einzelfallprüfung bei der Heranziehung von Angehörigen nach dem SGB XII zu berücksichtigen. Jede stärkere finanzielle Inanspruchnahme von Angehörigen lehnen wir ab.

Die Entlastung nach § 94 Abs. 1a SGB XII gilt überhaupt erst seit dem Jahr 2020. Die Gründe für diese Rechtsänderung gelten unverändert fort. Fiele sie weg, träfe das vor allem jene, die schon die Pflege zu Hause leisten und durch die geplanten

Gesetzänderungen ohnehin über Gebühr belastet werden. Familien müssten dann gleich mehrfach einstehen – mit ihrer Pflegearbeit und mit ihrem Geld.

Wir befürchten, dass mit dieser Absichtserklärung Kosten auf die Sozialhilfe verlagert werden sollen. Zugleich steht zu befürchten, dass Familien aus Gründen der Stigmatisierung und wegen des Aufwands der Offenlegung ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse auf Anträge verzichten und die Lücken der Pflegeversicherung aus eigenen Mitteln schließen, so dies möglich ist. Dort, wo dies nicht möglich ist, kann es zu einer fehlenden Versorgung kommen – mit all den negativen Folgen für die Betroffenen, meist besonders vulnerable Menschen.

9. Fehlender Vertrauensschutz

Die vorgesehenen Übergangs- und Bestandsschutzregelungen reichen nicht aus. Den wenigen und sehr knapp bemessenen Übergangsfristen steht in vielen Bereichen kein wirksamer Schutz bestehender Ansprüche gegenüber. Dies gilt insbesondere für die Verhinderungspflege, für die bisherige Kombination von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie für die Rentenversicherungsbeiträge pflegender Angehöriger nach § 44 SGB XI. Hier fordern wir Besitzstands- und Übergangsregelungen.

10. Selbsthilfe im neuen Beirat ohne Stimmrecht

Der Kabinettsentwurf sieht nunmehr die Teilnahme einer Vertreterin oder eines Vertreters der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen vor – allerdings nur beratend. Dies halten wir nicht für ausreichend. Wir fordern eine stimmberechtigte Teilnahme.

11. Verpflichtende Pflegebegleitung

Für die neue Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI n. F. besteht weiterhin das bereits benannte Problem, wonach qualifiziertes Personal schon heute fehlt. Eine Vereinheitlichung der unterschiedlichen Strukturen der Pflegebegleitung halten wir grundsätzlich für sinnvoll. Doppelstrukturen lehnen wir jedoch ab, da sie zusätzliches, nicht vorhandenes Personal binden.

§ 7d SGB XI n. F. zeigt deutlich, dass die Schieflage der Pflegeversicherung einseitig auf Kosten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen aufgefangen werden soll. Gelder der Pflegekassen fließen danach nicht mehr direkt an Pflegebedürftige, vor

allem nicht an jene mit Pflegegrad 1, sondern in eine professionelle Begleitstruktur. Dies lehnen wir ab.

Unklar bleibt, wie Beratung, Begleitung oder Fallmanagement allein die pflegerische Situation verbessern sollen. Eine verpflichtende Pflegebegleitung wird qualifiziertes Personal aus den bestehenden Versorgungssystemen abziehen. Gefragt sind hochqualifizierte Fachkräfte für Fallmanagement, was grundsätzlich wünschenswert ist, in der Praxis aber die ohnehin dünne Personaldecke weiter schwächt. Zudem ist ein flächendeckender Aufbau neuer Angebotsstrukturen erforderlich. Pflegestützpunkte können diese Aufgabe übernehmen, die Infrastruktur muss jedoch erst entstehen.

Die Verschiebung des Inkrafttretens auf den 1. Januar 2029 und die Übergangsregelung bis Ende 2028 verschieben das Problem lediglich. Dass die Einzelheiten erst in Richtlinien festgelegt werden sollen, macht die Regelungen zudem zu unbestimmt. Erkennbar ist vor allem das Ziel, Einsparungen zu erzielen; wie die Pflegebegleitung ab 2029 tatsächlich umgesetzt werden soll, bleibt offen. Nach § 7d Abs. 2 SGB XI n. F. erhält die akademische Pflege hier ein eigenständiges neues Feld, dessen Zugangsvoraussetzungen sie über die Richtlinien des Spitzenverbandes mitgestaltet. Der Bezug zur praktischen Versorgung im Alltag droht dabei verloren zu gehen.

Die Pflicht nach § 7c Abs. 6 SGB XI n. F., ab dem 1. Januar 2029 jährlich eine Pflegebegleitung abzurufen, wurde im Kabinettsentwurf nicht gestrichen. Wird sie nicht abgerufen, drohen Kürzungen bis hin zum Entzug des Entlastungsbudgets. Dabei wird nicht unterschieden, ob bereits eine hinreichende Beratung oder fachliche Unterstützung besteht. Die Pflegebegleitung wird so zu einer Pflichtberatung mit erheblichen Sanktionen. Einer solchen Ausgestaltung stimmen wir nicht zu.

12. Pflege-Cockpit

Auch stellt der Kabinettsentwurf nicht sicher, dass barrierefreie Zugangswege für Menschen ohne digitale Zugangsmöglichkeiten geschaffen und erhalten werden. Ein digitales Pflege-Cockpit darf nicht dazu führen, dass andere Zugangswege verschlossen werden. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der bisher nicht-barrierefreien elektronischen Patientenakte halten wir die Einführung des Pflege-Cockpits, nunmehr mit Single Sign-on, zudem für unrealistisch.

13. Rehabilitation

Mehr Rehabilitation für Pflegebedürftige unterstützen wir ausdrücklich. Dafür braucht es allerdings genügend Reha-Plätze, deren Konzept und Ausstattung auf Menschen mit Pflegebedarf zugeschnitten sind – bestehende wie neu zu schaffende. Bereits im Gesetz muss gewährleistet werden, dass nicht nur die geriatrische Rehabilitation ausgeweitet wird, sondern alle Rehabilitationsleistungen gleichermaßen für Menschen mit Pflegebedarf offenstehen. Für Menschen mit bestimmten (z.B. neurologischen) Erkrankungen bedeutet dies insbesondere einen vorrangigen Zugang zu entsprechenden fachspezifischen (im Beispielfall: neurologischen) Rehabilitationsangeboten. Gerade für Menschen mit Pflegebedarf sind die stationären Kapazitäten derzeit äußerst begrenzt, sodass wir befürchten, dass die Angebote in der Praxis nicht wahrgenommen werden können.

Rehabilitationsleistungen müssen von entsprechend qualifiziertem Personal aller Fachrichtungen erbracht werden, an dem es bereits heute mangelt. Ohne ausreichende Infrastruktur – sowohl für (künftig) Pflegebedürftige als auch für pflegende Angehörige – sind sie nicht umsetzbar. Außerdem braucht es deutlich einfachere und weniger bürokratische Wege in die Rehabilitation.

Es ist sicherzustellen, dass eine Rehabilitation nicht automatisch zu der Annahme führt, die Selbständigkeit habe sich verbessert, und damit eine Herabstufung des Pflegegrades nach sich zieht. Mit der Einfügung der Formulierung „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ in den Pflegebedürftigkeitsbegriff des § 14 SGB XI wird eine nicht näher definierte Wahrscheinlichkeitsprognose verlangt. Damit besteht die Gefahr, dass das Rehabilitationspotenzial mittelbar zum Kriterium für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit wird. Aus dem Vorrang der Rehabilitation darf keine automatische Rückstufung folgen. Nach § 18b SGB XI haben die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes zudem grundsätzlich eine Rehabilitation zu empfehlen; Abweichungen sind einzelfallbezogen zu begründen.

Auch die Begründung zu § 142b SGB XI (S. 236) stützt unsere Befürchtung, dass es zu Herabstufungen kommen wird. Dort wird ein Bestandsschutz für Pflegebedürftige, deren Pflegegrad bis zum 31. Dezember 2026 festgestellt wurde, mit dem Argument abgelehnt, er würde die Bemühungen um Prävention und Rehabilitation konterkarieren. In dieselbe Richtung weist § 40 Abs. 3 SGB V: Die Hürde für eine geriatrische Rehabilitation soll gesenkt werden, und das Ziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit soll dabei besonders

berücksichtigt werden. Es ist daher damit zu rechnen, dass nach erfolgreicher Rehabilitation regelhaft eine Herabstufung geprüft und vorgenommen wird.

13. Schwellenwerte und Begutachtung

Höhere Schwellenwerte für die Pflegegrade weisen wir zurück. Auch die Streichung des Wortes „voraussichtlich“ in § 14 SGB XI wird insgesamt zu einer strengeren Prüfung führen.

Nach § 18 SGB XI n. F. soll vor einer Begutachtung eine Plausibilitätskontrolle stattfinden. Dabei ist die antragstellende Person zu den Erfolgsaussichten ihres Antrags zu beraten und ihr Gelegenheit zur Rücknahme zu geben; wird der Antrag zurückgenommen, unterbleibt die Begutachtung. Wir sehen die realistische Gefahr, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen einseitig beraten und dazu gedrängt werden, ihre Ansprüche und Rechte nicht wahrzunehmen. Dies darf nicht hingenommen werden.

Wesentliche Änderungen betreffen auch die Übergangsregelung zu den Schwellenwerten ab dem 1. Januar 2027 nach § 142b SGB XI. Grundsätzlich bleibt der Zeitpunkt der Antragstellung maßgeblich. Für erneute Begutachtungen soll künftig aber das Datum der Begutachtung zählen. Laut Begründung (S. 236) ist eine Herabstufung ausgeschlossen, wenn die Einstufung nach dem bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Recht fortbestünde. Die geänderte Regelung für Wiederholungsbegutachtungen lehnen wir ab; sie ist auch gegenüber dem Referentenentwurf eine Verschlechterung zulasten der Betroffenen.

Neu ist zudem, dass vom 1. Januar bis 30. April 2027 die Bearbeitungsfrist von 25 Arbeitstagen nach § 18c Abs. 1 Satz 1 SGB XI ausgesetzt werden soll. Ausnahmen soll es nur für besonders dringliche Fälle geben, deren Kriterien laut Begründung (S. 237) erst noch entwickelt werden sollen. Genannt werden beispielhaft Erstanträge mit Antrag auf ambulante Sachleistungen, sich schnell verschlechternde Krankheitsverläufe, nicht sichergestellte Pflege und Begutachtungen von Kindern. Begründet wird die Aussetzung mit einem erhöhten Begutachtungsaufkommen durch „Vorzieheffekte“ infolge der Anpassung der Schwellenwerte. Diesen Änderungen treten wir mit Nachdruck entgegen.

14. Spätere und schwächere Leistungsanpassung

Die jährliche Leistungsanpassung nach § 30 SGB XI wird von 2028 auf 2029 verschoben. Zudem soll sie künftig nach dem geometrischen Mittel der

Kerninflationsrate der vorausgegangenen Kalenderjahre berechnet werden. Beide Änderungen bedeuten eine weitere Verschlechterung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

15. Altersgrenze und Zweckbindung beim Sozialraumbudget

Vorgesehen sind monatlich bis zu 300 Euro für Pflegebedürftige unter 25 Jahren und bis zu 175 Euro für alle anderen. Die Begründung (S. 213) stützt diese Differenzierung pauschal darauf, dass jüngere Pflegebedürftige typischerweise von ihren besonders stark belasteten Eltern gepflegt würden.

Der Bedarf eines pflegebedürftigen Menschen sinkt jedoch nicht mit dem 25. Geburtstag. Zudem werden auch sie häufig von ihren Eltern gepflegt, die damit ebenso stark belastet bleiben. Für die Differenzierung gibt es keinen sachlichen Grund. Wir fordern einen einheitlichen, hohen Betrag.

Das Sozialraumbudget steht nur den Pflegegraden 2 bis 5 zur Verfügung und ist ausschließlich zweckgebunden verwendbar. Beides lehnen wir ab. Wir fordern die Einbeziehung von Pflegegrad 1 sowie eine vollständig flexible Verwendungsmöglichkeit, wie wir bereits mehrfach ausführlich dargelegt haben. Auch dass ein Ansparen der Leistungen nicht mehr möglich ist, lehnen wir ab.

Nach § 45a Abs. 4 SGB XI n. F. können Angebote zur Unterstützung im Alltag auch durch anerkannte Einzelhelfende als Nachbarschaftshilfe organisiert werden; der GKV-Spitzenverband soll hierzu bis zum 1. Januar 2028 Richtlinien erlassen. Dass diese Möglichkeit aufgenommen wurde, begrüßen wir grundsätzlich. Erforderlich ist jedoch eine umfassend flexible Leistung zur eigenen Verfügung der Pflegebedürftigen. Mit dem gestrichenen Umwandlungsanspruch entfällt zudem die Möglichkeit, bis zu 40 Prozent nicht genutzter ambulanter Sachleistungen für anerkannte Alltagshilfen einzusetzen.

16. Eingeschränkte Leistungskombinationen

Die neuen Budgets sollen nach wiederholter Darstellung zu mehr Flexibilität beitragen. Wie dargelegt, führen sie in der Praxis jedoch dazu, dass Menschen, die zu Hause insbesondere von ihrer Familie gepflegt werden, deutliche Leistungseinschränkungen hinnehmen müssen. Die Angehörigen müssen die entstehenden Versorgungslücken zusätzlich durch weitere Eigenleistungen und eigene finanzielle Mittel schließen. Eine Entlastung pflegender Angehöriger ist nicht erkennbar.

§ 38 SGB XI erlaubt bisher, Leistungen miteinander zu verbinden. Theoretisch bleibt die Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld bestehen, und anteiliges Pflegegeld wird bei Kurzzeitpflege weiterhin bis zu acht Wochen je Kalenderjahr gezahlt. Während einer Verhinderungspflege wird anteiliges Pflegegeld hingegen nicht mehr weitergezahlt; bisher war dies bis zu acht Wochen im Jahr möglich. Eine hälftige Weiterzahlung ist nur noch bei Pflegesachleistungen in der pflegerischen Akutsituation nach § 39a SGB XI vorgesehen. Nach unserem Verständnis ist sie bei der sonstigen ambulanten Überbrückungshilfe im Rahmen des Überbrückungsbudgets nicht möglich. Da die Kombinationsmöglichkeiten mit hälftiger Weiterzahlung auf die ausdrücklich genannten Fälle beschränkt sind, liegt auch hier eine deutliche Verschlechterung vor.

17. Regionale Netzwerke nach § 45e SGB XI

Bei der Überführung der Regelungen zu den regionalen Netzwerken in den neuen § 45e SGB XI n. F. sollte darauf geachtet werden, dass Selbsthilfe und Betroffene nicht nur beteiligt werden, sondern verbindlich mitbestimmen können. Pflegebedürftige, pflegende Angehörige, Selbsthilfegruppen und Betroffenenverbände müssen frühzeitig in Planung, Umsetzung und Evaluation einbezogen werden, da sie am besten wissen, was vor Ort gebraucht wird. Offen ist auch, wie die Förderung langfristig gesichert werden soll. Netzwerke, die mangels Finanzierung nicht weitergefördert werden, verbessern die Versorgung nicht bzw. entstehen evtl. erst gar nicht.

Schlussbemerkung

In der Gesamtschau führt der Kabinettsentwurf für Menschen, die zu Hause gepflegt werden, und für ihre pflegenden Angehörigen zu erheblichen Leistungseinschränkungen. Die angekündigte Flexibilisierung und Entbürokratisierung wird nicht erreicht; an vielen Stellen entstehen neue Hürden und Kontrollmechanismen. Das FORUM chronisch kranker und behinderter Menschen im Paritätischen appelliert an den Gesetzgeber, die benannten Regelungen im parlamentarischen Verfahren grundlegend zu überarbeiten und die Selbsthilfe dabei verbindlich zu beteiligen.

Berlin, 23. November 2026

gez. Herbert Temmes

Sprecher FORUM chronisch kranker und behinderter Menschen im Paritätischen

Bundesgeschäftsführer Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Bundesverband e.V.

Kontakt: dmsg@dmsg.de

gez. Anne Linneweber

Referentin für Selbsthilfe und chronische Erkrankungen

Stellv. Abteilungsleitung Gesundheit, Teilhabe und Pflege

Kontakt: selbsthilfe@paritaet.org