STELLUNGNAHME

Referentenentwurf Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG)

Finanzielle Stabilisierung auf Kosten von Versorgung, Qualität und Fachkräften.

Christian Westermann

Geschäftsführer, Engel vonne Ruhr – Ambulante Pflege GmbH, Mülheim an der Ruhr
Vorstandsvorsitzender, BAG spezialisierter Leistungserbringer Wunde e. V.
Sprecher, Ruhrgebietskonferenz Pflege

Qualität kostet. Wer das nicht refinanziert, zerstört sie.

Das Bundesministerium für Gesundheit legt mit dem Pflegeneuordnungsgesetz einen Entwurf vor, der auf den ersten Blick nach großem Wurf aussieht. Budgetsysteme, Notdienste, Innovationsklauseln, Digitalisierungsförderung. Das klingt nach Reform. Es ist aber ein Entwurf, der mit einer Hand gibt und mit der anderen nimmt – und bei dem das, was genommen wird, strukturell gefährlicher ist als das, was gegeben wird.

Diese Einschätzung kommt nicht aus der Distanz einer Verbandskanzlei. Sie kommt aus einem Betrieb, der seit Jahren spezialisierte Wundversorgung im ambulanten Bereich erbringt, in dem Pflegefachkräfte nach Tarif entlohnt werden und in dem Patienten im Durchschnitt mit über einem Jahr unversorgter Wundanamnese ankommen. Eine Branche, die nicht nur verwaltet werden will, sondern weiterentwickelt werden muss. Dieser Entwurf macht das schwerer. Nicht leichter.

Die Aussetzung zentraler tariflicher Refinanzierungsmechanismen ist keine technische Anpassung. Sie ist eine Richtungsentscheidung.

Das Herzstück der Kostenbremse im PNOG steht in § 72 Absatz 3g. Dort wird die Tarifbindungspflicht für Pflegedienste – eingeführt mit erheblichem politischem Aufwand, jahrelang als Qualitätsgarantie propagiert – für vier Jahre vollständig ausgesetzt. Von Januar 2027 bis Dezember 2030. Vergütungssteigerungen sind auf die Grundlohnrate gedeckelt. Wer mehr zahlt, als die Kassen refinanzieren, zahlt es aus der eigenen Substanz.

Das ist kein kleines Detail. Das ist eine politische Grundsatzentscheidung darüber, wer die Kosten des Pflegesystems trägt. Und die Antwort lautet: die Beschäftigten in der Pflege – und die Unternehmen, die anständig bezahlen.

Als privater Träger sind wir keine Ausnahme von dieser Pflicht – wir sind ihr Kernfall. Die §§ 72 Absatz 3a bis 3e SGB XI machen tarifliche oder tarifvergleichbare Entlohnung zur Zulassungsvoraussetzung. Wer nicht nachweisen kann, dass seine Beschäftigten nach Tarif oder tarifnah entlohnt werden, verliert die Zulassung zur Pflege nach SGB XI. Das ist keine freiwillige Entscheidung für Qualität – das ist geltendes Recht. Wir haben uns an der AVR Caritas orientiert, weil das diesem gesetzlichen Anspruch entspricht und weil das dem fachlichen Anspruch entspricht, den spezialisierte Pflege stellen muss. Wenn die Tariflöhne weiter steigen – und sie werden steigen, das ist die Logik kollektivvertraglicher Regelungen – und die Kassenrefinanzierung gleichzeitig auf Grundlohnrate gedeckelt wird, entsteht eine Schere, die sich nicht durch Effizienzgewinne schließen lässt. Wir reden von strukturellen Defiziten im zweistelligen Prozentbereich über vier Jahre.

Das Bundesministerium begründet die Aussetzung in der Entwurfsbegründung damit, das Ziel einer deutlichen Lohnverbesserung sei „klar erreicht". Diese Logik ist bemerkenswert: Man schafft eine Pflicht, erklärt sie für erledigt und lässt anschließend die Strukturen fallen, die die Lohnentwicklung gesichert haben. Was folgt, ist keine Stabilisierung – es ist eine stille Einladung, Qualität zu Lasten der Belegschaft zu senken.

Was dann passiert, ist keine Theorie. Es ist absehbar: Pflegedienste, die tarifnah bezahlen, verlieren Marktanteile gegenüber Anbietern, die es nicht tun. Oder sie bauen ab. Oder sie schließen. Die Insolvenzzahlen ambulanter Pflegedienste in NRW 2024 und 2025 sind kein Zufall. Sie sind das Ergebnis einer systematischen Unterfinanzierung, die mit dem PNOG nicht beendet, sondern verlängert und vertieft wird.

Und das, während das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz zeitgleich auf SGB V-Ebene denselben Mechanismus einführt. Dort heißt die Deckelung Grundlohnrate minus einen Prozentpunkt. BStabG für SGB V, § 72 Abs. 3g für SGB XI. Zwei Gesetze, ein Prinzip: Die Refinanzierungslast wird still und leise auf jene verschoben, die in der Pflege arbeiten – und auf jene, die sie betreiben. Das ist keine Kostendämpfung. Das ist Kostenverlagerung auf Kosten von Qualität und Versorgungssicherheit.

Was das für Pflegeunternehmer konkret bedeutet

Gesprochen wird hier bewusst auch als Unternehmer, nicht nur als Verbandsvertreter. Die betriebswirtschaftliche Realität sieht so aus:

Spezialisierte Wundversorgung wird in Deutschland nicht aus der Pflegeversicherung (SGB XI) finanziert, sondern als häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V. Der wirtschaftliche Druck durch die Tarifbindungsaussetzung trifft Pflegedienste deshalb nicht primär in der Wundleistung selbst, sondern in der Grundpflege nach SGB XI, mit der Wundversorgung in der Praxis untrennbar verknüpft ist. Wer einen schwer chronisch wundkranken Patienten versorgt, erbringt immer beides: die SGB-V-Leistung der spezialisierten Wundbehandlung und die SGB-XI-Leistung der Grundpflege, die dieser Patient ebenso benötigt. Wenn die SGB-XI-Vergütung nicht mehr die Personalkosten deckt, die dieser kombinierte Versorgungsauftrag erfordert, ist das gesamte Versorgungsmodell nicht mehr wirtschaftlich tragfähig – unabhängig davon, aus welchem Rechtskreis welche Teilleistung finanziert wird.

Für stationäre Einrichtungen gilt dasselbe in anderer Verkleidung. Die gleichzeitige Verlängerung der Verweildauerstufen bei § 43c bedeutet: Heimbewohner erreichen den Höchstzuschlag auf ihren Eigenanteil erst nach vier Jahren und sechs Monaten

statt nach drei Jahren. Da die durchschnittliche Verweildauer im Pflegeheim unter drei Jahren liegt, werden die meisten Bewohner die oberen Stufen nie erreichen. Das ist eine verdeckte Leistungskürzung – optisch kaschiert durch ein nominell höheres Maximum. Stationäre Träger, die bereits heute unter Kostendruck stehen, werden diese Finanzierungslogik nicht kompensieren können. Die Folge: weitere Schließungen, weiterer Bettenabbau, weiterer Druck auf die ambulante Versorgung.

Ambulant und stationär sind keine getrennten Welten. Jedes Pflegeheim, das schließt, schickt seine ehemaligen Bewohner in die häusliche Versorgung. Jede Kapazitätslücke im stationären Bereich erhöht den Versorgungsdruck auf ambulante Pflegedienste. Wer den PNOG nur sektoral denkt, denkt ihn falsch.

Die Ablösung des Beratungsbesuchs nach § 37 Abs. 3 SGB XI birgt erhebliche Umsetzungsrisiken.

Es gibt eine Änderung im PNOG, über die viel zu wenig gesprochen wird: der vollständige Wegfall des Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 SGB XI zum 31. Dezember 2027. Dieses Instrument ist seit Jahren für ambulante Pflegedienste eines der wichtigsten Brückenangebote zwischen Pflegegeldempfängern und professioneller Versorgung. Wer Pflegegeld bezieht, weil Angehörige pflegen, hat durch den Beratungsbesuch regelmäßig Kontakt zu einem Pflegedienst. Das sichert Versorgungsqualität, das sichert frühzeitige Erkennung von Verschlechterungen – und ja, das sichert auch wirtschaftliche Stabilität für Pflegedienste.

Ab 2028 soll die neue Pflegebegleitung nach § 7c diese Funktion übernehmen. Der Anspruch klingt gut. Die Realität ist eine andere. Die Pflegebegleitung wird primär von den Pflegekassen selbst oder von Pflegestützpunkten organisiert. Ambulante Pflegedienste können einbezogen werden – aber nur auf Einladung der Kassen, nicht kraft Rechtsanspruch. Der bisherige Automatismus ist gebrochen: Wer Pflegegeld bezieht, hat keinen Anspruch mehr darauf, dass ein Pflegedienst zu ihm kommt. Er hat einen Anspruch auf Begleitung durch eine Stelle, die der Kostenträger bestimmt.

Was das wirtschaftlich bedeutet, ist nicht abstrakt: Pflegedienste, die heute einen relevanten Anteil ihrer Umsätze aus dem § 37-Abs. 3-Geschäft generieren, verlieren diese Einnahmequelle zum 31. Dezember 2027. Ersatzlos. Denn ob die Kassen sie als Dritte für die Pflegebegleitung beauftragen, entscheiden die Kassen – nicht der Pflegedienst. Was heute ein Rechtsanspruch ist, wird zur Gunst des Kostenträgers.

Dazu kommt das Timing: Die Pflegebegleitung startet erst am 1. Januar 2028. Die Qualifikationsanforderungen für Pflegebegleitpersonen werden erst bis 30. Juni 2027 durch den GKV-Spitzenverband festgelegt. Was in dieser Übergangszeit passiert, ist im Entwurf nicht geregelt. Es gibt Umsetzungsrisiken von mindestens zwölf Monaten – in der weder die alte Struktur funktioniert noch die neue existiert.

Der Beratungsbesuch ist für viele Pflegegeldempfänger der einzige regelmäßige professionelle Kontakt. Er ist oft der Moment, in dem eine sich verschlechternde Wunde erkannt wird, bevor sie zum Notfall wird. In dem ein überforderter Angehöriger gesehen wird, bevor er zusammenbricht. In dem eine Unterversorgung sichtbar wird, bevor sie zur Einweisung führt. Das ist nicht Verwaltungshandeln. Das ist Versorgungsrealität.

Wer dieses Instrument streicht, ohne sicherzustellen, dass der Ersatz zum gleichen Zeitpunkt funktioniert, handelt fahrlässig. Wer es streicht und die Nachfolgefunktion in die Hände der Kostenträger legt, schafft eine strukturelle Abhängigkeit, die Pflegedienste in eine reine Subunternehmerrolle drängt.

Wir haben die Konzepte vorgelegt. Immer wieder. Sie wurden nicht genutzt.

Was an diesem Entwurf am meisten beschäftigt, ist nicht das, was drinsteht. Es ist das, was fehlt.

In den vergangenen Jahren wurden auf allen verfügbaren Ebenen Konzepte vorgelegt, die zeigen: Pflegequalität und Kosteneffizienz schließen sich nicht aus. Im Gegenteil – wer in Qualität investiert, spart mittelfristig.

Im spezialisierten Wundbereich liegt ein Pay-for-Performance-Modell auf dem Tisch: Outcome-basierte Vergütung mit Meilensteinboni bei nachgewiesener Wundheilung nach sechs und zwölf Wochen, Risikostratifizierung in drei Stufen, kein Malus-System. Die Zahlen sind belastbar: Spezialisierte Wundversorgung, die auf Heilung ausgerichtet ist, kann die Gesamtkosten eines Falles um 30 bis 50 Prozent senken – weil Chronifizierungen vermieden, Krankenhauseinweisungen reduziert und Verbandsmittelkosten durch frühere Heilung gesenkt werden. **Spezialisierung ist kein Kostentreiber. Nicht-Spezialisierung ist es.**

Das Konzept ist im Rahmen von § 140a SGB V als Selektivvertrag und nach § 63/65 SGB V als Modellvorhaben rechtlich gangbar. Die Trägerschaft durch die BAG spezialisierter Leistungserbringer Wunde e. V. wäre möglich. Vorgelegt wurde es. Gehört wurde es. Genutzt wurde es nicht.

Im Bereich der Pflegeberatung und Versorgungskoordination wurde Care vor Ort entwickelt – eine KI-gestützte regionale Koordinationsplattform, die Versorgungslücken identifiziert, Netzwerke aktiviert und Pflegebedürftige passgenau vermittelt. Die Pilotdaten zeigen: über 580 Anfragen, 57 Prozent Vermittlungsquote, 253 Fälle ohne Vermittlung mangels Netzwerkkapazität. Das ist kein bloßer Erfolgsbericht. Das ist ein Befund über den Zustand der Versorgungsinfrastruktur – und gleichzeitig ein Beweis dafür, dass koordinierte Versorgung funktioniert und skalierbar ist.

Diese Konzepte wurden in Verbändeanhörungen, in Fachgesprächen, in Stellungnahmen, in Gesprächen mit Kostenträgern und Politik vorgelegt. Die Reaktion war stets freundliches Interesse ohne strukturelle Konsequenz. Kurzfristiges Sparen überstimmt mittelfristiges Gestalten. Das ist die eigentliche Logik dieses Entwurfs.

Was der Entwurf enthält, das anerkannt werden muss

Dieser Entwurf verdient keine pauschale Ablehnung. Er enthält Ansätze, die richtig sind.

- **Der Pflegenotdienst nach § 39a** ist richtig und überfällig. Akutsituationen sind heute strukturell nicht finanziert. Wer einspringt, tut es ohne Vergütungsgrundlage oder lässt es. Der neue Rechtsrahmen ist ein erster Schritt.
- **Die Innovationsklausel nach § 75a** eröffnet eine Vertragsbasis, spezialisierte Versorgungskonzepte außerhalb der starren Rahmenvertragslogik zu erproben – mit Schiedsstellenzugang, wenn Kassen blockieren.
- **Die Digitalisierungsförderung** aus dem Sondervermögen, § 82 Abs. 1a und der neue § 40c für DiPA-gestützte Unterstützungsleistungen sind sinnvolle Bausteine für eine digital gestützte Versorgungsarchitektur.
- **Die regelhafte Dynamisierung ab 2028** ist ein struktureller Fortschritt gegenüber dem Status quo diskretionärer Einmalerhöhungen.

Diese positiven Ansätze werden aber nicht wirken können, wenn die Betriebe, die sie umsetzen sollen, wirtschaftlich nicht überleben.

Was jetzt geändert werden muss

Vier Punkte sind nicht verhandelbar.

- **§ 72 Abs. 3g muss gestrichen werden.** Die Tariflohnpflicht muss bestehen bleiben. Eine Aussetzung für vier Jahre ist keine Übergangsregelung – sie ist eine strukturelle Entscheidung gegen Qualität und gegen faire Löhne in der Pflege.
- **Das Sachleistungsbudget muss differenziert werden.** Spezialisierte Pflegeleistungen – Palliativpflege, psychiatrische Pflege, hochkomplexe Grundpflege – müssen durch einen Ergänzungsrahmenvertrag oder eigene Vergütungsklassen abgebildet werden können. Wer Spezialisierung fördert, aber nicht refinanziert, produziert Alibigesetzgebung.
- **Der Übergang von § 37 Abs. 3 zur Pflegebegleitung muss nahtlos gestaltet werden.** Ambulante Pflegedienste brauchen einen gesetzlich verankerten Rechtsanspruch auf Einbeziehung in die Pflegebegleitung – keine Kann-Regelung nach Kassenmessung. Wer heute Pflegeberatung erbringt, muss morgen Pflegebegleitung erbringen dürfen.
- **Für Pflegegrad 1 muss eine sofortige Übergangslösung her.** Der Wegfall des Entlastungsbetrags für Neufälle ab 2027 und der Start der Pflegebegleitung erst 2028 erzeugen eine Versorgungslücke von mindestens zwölf Monaten. Das ist politische Gleichgültigkeit gegenüber denen, die gerade erst in das System eintreten.

Schluss

Die Pflegeversicherung ist kein Selbstbedienungssystem für Kostendämpfungspolitik. Sie ist ein kollektives Versprechen der Gesellschaft an ihre pflegebedürftigen Mitglieder. Dieses Versprechen einzulösen kostet Geld. Wer das nicht akzeptiert und stattdessen die Refinanzierungslücke still auf Pflegekräfte und Pflegeunternehmer abwälzt, bricht dieses Versprechen – nur diskret.

Wer Tariflöhne predigt und sie gleichzeitig für vier Jahre nicht refinanziert, handelt widersprüchlich. Wer Pflegeberatung streicht, bevor der Ersatz funktioniert, handelt fahrlässig. Wer Spezialisierung lobt, aber strukturell blind vergütet, handelt unehrlich. Der PNOG tut alle drei Dinge. Das muss im parlamentarischen Verfahren korrigiert werden.

Als Vorstandsvorsitzender der BAG-Wunde, als Sprecher der Ruhrgebietskonferenz Pflege und als Geschäftsführer eines Unternehmens, das täglich sieht, was passiert, wenn Versorgung nicht mehr finanzierbar ist, werden alle Möglichkeiten genutzt, diese Korrekturen durchzusetzen.

Der Entwurf hat eine zweite Chance verdient. Aber nur, wenn sie genutzt wird.

Christian Westermann | Mülheim an der Ruhr | Juni 2026