Ausgabenwachstum der Pflegeversicherung stärker begrenzen – keine neuen Belastungen für Beitragszahlende schaffen

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung

10. Juni 2026

Zusammenfassung

Der Referentenentwurf sieht richtige Maßnahmen zur Begrenzung des Ausgabenwachstums vor. Die Neuordnung der Begutachtungssystematik zur Bestimmung des Pflegegrades, die zur Verlangsamung des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen führen soll, ist ein wichtiger Schritt hin zur Fokussierung der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) auf die großen Risiken. Das Gleiche gilt für den späteren Anstieg der Leistungszuschläge zur Verringerung der Eigenanteile von Pflegeheimbewohnenden.

Für die Arbeitgeber wird die beitragsentlastende Wirkung der im Entwurf vorgesehenen Ausgabenbegrenzungen allerdings erheblich geschmälert, weil sie durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und die Einführung einer Beitragspflicht für Minijobs mit rund 2 Mrd. € jährlich zusätzlich belastet werden sollen. Diese Maßnahmen, die Arbeit weiter verteuern und die Lohnzusatzkosten noch stärker in die Höhe treiben, sollten unterbleiben. Sie wären entbehrlich, wenn auf der Ausgabenseite entschlossener gehandelt würde, z. B. durch

- Einführung einer nach Pflegegraden gestaffelten Karenzzeit für alle finanziellen Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung
- Vollständige Rücknahme des Entlastungsbetrags, der mit dem Entwurf in „Sozialraumbudget“ umbenannt werden soll
- Begrenzung des Leistungszuschlags auf besonders langjährige Pflegeheimbewohnende
- Gewährung des sog. Entlastungsbudgets (bisheriges Pflegegeld) nur zweckgebunden und bei Qualitätssicherung
- Ausbau der Eigenverantwortung
- Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors bei der Dynamisierung von Leistungen nach dem Vorbild der gesetzlichen Rentenversicherung
- Sicherstellung der Ausgabenneutralität der geplanten neuen Leistungsbudgets

Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten sollte – abgesehen von Zeiten des Elterngeldbezugs – vollständig abgeschafft werden. Außerdem sollte die Pflegeversicherung von nicht erwerbstätigen Ehegatten nicht durch einen zusätzlichen lohnbezogenen Beitrag des arbeitenden Ehepartners finanziert werden, sondern durch einen Beitrag des nicht arbeitenden Ehegatten.

Die im Entwurf vorgesehene Stärkung der Prävention ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings müssen Doppelleistungen und Doppelvergütungen bei der Einführung medizinischer Leistungen zur Früherkennung vermieden werden.

Leider fehlen im Entwurf mehrere wichtige Maßnahmen zur korrekten Finanzierung versicherungsfremder Leistungen wie der pandemiebedingten Sonderausgaben sowie der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige durch den Bund und der Übernahme der Investitionsverpflichtungen durch die Länder. Durch die geplante weitere Aussetzung des Bundeszuschusses zieht sich der Bund sogar noch weiter aus seiner finanziellen Verantwortung zurück. Zudem gehen die vorgesehenen Maßnahmen zur Entlastung von Pflegeeinrichtungen durch Digitalisierung und Bürokratieabbau nicht weit genug.

Im Einzelnen

Beitragsbemessungsgrenze nicht außerordentlich erhöhen

Die geplante außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die laut dem Entwurf noch über die geplante Anhebung in der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen soll, ist entschieden abzulehnen. Damit würden den Beitragszahlenden laut Referentenentwurf zusätzliche Beitragslasten in Höhe von ca. 1,6 Mrd. € auferlegt. Eine solche Mehrbelastung steht in klarem Widerspruch zu dem Ziel des Gesetzgebungsvorhabens, die Beitragsbelastung zu begrenzen. Zudem erfordert die Einführung einer eigenen Beitragsbemessungsgrenze für die Pflegeversicherung umfassende Anpassungen der Entgeltabrechnungsprogramme, die nicht rechtzeitig bis zum geplanten Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2027 umgesetzt werden können.

Zugleich verkennt eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze die eigentlichen Ursachen der finanziellen Schieflage der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Ihre strukturellen Ausgabenprobleme – insbesondere die breite Abdeckung von geringen Risiken, deren Absicherung eigenverantwortlich erwartet werden kann und die unzureichende Finanzierung versicherungsfremder Leistungen – werden dadurch nicht angegangen. Es würden lediglich Mehreinnahmen generiert, ohne die langfristige Ausgabendynamik zu bremsen.

Die Rechtfertigung in der Gesetzesbegründung, laut der Versicherte mit höherem Einkommen in Bezug auf ihr Gesamteinkommen einen niedrigeren Prozentsatz aufwenden müssen als Versicherte mit geringerem Einkommen, widerspricht dem Versicherungsprinzip. Schon bisher beträgt der Höchstbeitrag zur SPV ein Vielfaches des Mindestbeitrags – trotz identischen Versicherungsschutzes. Durch eine außerordentliche

Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze würden die Pflegeversicherungsbeiträge noch stärker den Charakter einer Sondersteuer auf Arbeit annehmen.

Abgabenbelastung bei Minijobs nicht noch weiter erhöhen

Die vorgeschlagene Erhebung von Pflegeversicherungsbeiträgen bei geringfügig entlohnten Beschäftigungen sowie Beschäftigten in Privathaushalten sollte unterbleiben. Hierdurch würden keine Ausgaben der SPV gespart, sondern nur neue Mehreinnahmen geschaffen. Es ist nicht einzusehen, dass Arbeitgeber noch mehr Sozialbeiträge abführen sollen, denen keine Gegenleistung entgegensteht.

Die vorgeschlagene Beitragsmehrbelastung würde die Kosten für Minijobs für Arbeitgeber erneut deutlich verteuern. Unter Berücksichtigung der derzeit ebenfalls geplanten Anhebung des GKV-Beitragssatzes würden die Abgaben für Minijobs von derzeit 28 % auf 36,1 % steigen (4,5 Beitragssatzpunkte durch die Anhebung des GKV-Beitragssatzes, 3,6 Beitragssatzpunkte durch die neu zu erhebenden Pflegeversicherungsbeiträge). Zusammen mit den weiteren arbeitgeberseitigen Belastungen für Minijobs (Mutterschutz-Umlage, Insolvenzgeldumlage und Unfallversicherungsbeiträge) ergäbe sich eine Gesamtbelastung von Minijobabgaben für die Arbeitgeber von knapp 40 % des Lohns. Branchen, die besonders auf den Einsatz von Minijobbenden angewiesen sind, könnten die höheren Kosten oftmals gar nicht verkraften (vgl. zunehmende Betriebsaufgaben im Gastronomiebereich) oder müssten diese an die Kunden weitergeben, was z. B. im Bereich des Lebensmitteleinzelhandels zu sozial unerwünschten Wirkungen führen würde. Minijobs entsprechen in aller Regel den Wünschen der Beschäftigten und sorgen für Flexibilität am Arbeitsmarkt.

Zudem würde die erstmalige Einführung eines Pflegebeitrags für Minijobber umfangreiche Anpassungen der Entgeltabrechnungsprogramme erfordern, die nicht rechtzeitig bis zum vorgesehenen Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2027 umgesetzt werden können.

Beitragsfreie Ehegattenversicherung auf Zeiten des Elterngeldbezugs beschränken und Bürokratiebelastung für Arbeitgeber ausschließen

Die im Referentenentwurf vorgesehene weitgehende Abschaffung der – international unüblichen – beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten ist grundsätzlich zu begrüßen. Hierdurch wird eine versicherungsfremde Leistung der Pflegeversicherung zumindest reduziert.

Allerdings sollte die beitragsfreie Mitversicherung – außerhalb des Elterngeldbezugs – nicht nur eingeschränkt, sondern vollständig abgeschafft und – wie von der FinanzKommission Gesundheit für die GKV empfohlen – ein Beitrag auf Basis des Mindestbeitrags für freiwillig versicherte Selbstständige erhoben werden.

Die jetzt vorgesehene Ausgestaltung analog zum Entwurf des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes ist gleich in mehrfacher Weise misslungen: Durch die zahlreichen Ausnahmen wird viel Entlastungspotenzial verschenkt, die möglichen positiven Erwerbsanreize auf nicht erwerbstätige Ehegatten werden kaum spürbar und die Arbeitgeber werden mit zusätzlichem Bürokratie- und Kostenaufwand belastet:

1. Zu viele Ausnahmen

Richtig wäre, die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten auf die Zeit des Elterngeldbezugs (§ 56 Abs. 3 SGB XI) zu begrenzen. Für diese Zeit hat der Gesetzgeber mit dem Elterngeld eine Entgeltersatzleistung vorgesehen, die es ermöglichen soll, nach der Geburt eines Kindes auf eine Erwerbstätigkeit zu verzichten. Insofern ist es auch konsequent, wenn nicht erwerbstätige Eltern in dieser Zeit keinen Pflegeversicherungsbeitrag zahlen müssen.

Die darüber hinaus vorgesehenen Ausnahmen gehen zu weit:

- Ehegatten mit bis zu 7-jährigen Kindern oder zu pflegenden Angehörigen von der Beitragspflicht auszunehmen, bedeutet eine nicht gerechtfertigte Begünstigung von verheirateten Eltern bzw. Angehörigen von Pflegebedürftigen. Schließlich müssen unverheiratete, geschiedene oder verwitwete Eltern bzw. Angehörige von Pflegebedürftigen grundsätzlich auch einen Pflegeversicherungsbeitrag leisten. Zudem würden mit einer entsprechend weitreichenden Ausnahme alle staatlichen Anstrengungen, geburtsbedingte Erwerbsunterbrechungen zeitlich zu begrenzen (z. B. durch den Ausbau der Kinderbetreuung oder die zeitliche Begrenzung des Elterngeldes auf grundsätzlich ein Jahr) konterkariert, wenn Nichterwerbstätigkeit bis zum vollendeten 7. Lebensjahr eines Kindes begünstigt würde. Falls dennoch die Begünstigung von Ehegatten mit bis zu 7-jährigen Kindern bzw. zu pflegenden Angehörigen gewollt ist, dann müsste hierfür jedenfalls eine Steuerfinanzierung vorgesehen werden, weil die Finanzierung von Pflegeversicherungsschutz von Nichtmitgliedern keine Aufgabe der Mitglieder einer Pflegeversicherung und ihrer Arbeitgeber ist.

- Ebenso wenig überzeugend ist die vorgesehene Beibehaltung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten nach der Regelaltersgrenze. Das Argument, dass für diese Personen die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung schwierig sein dürfte, überzeugt nicht. Dies gilt für viele andere Bürger nach Erreichen der Regelaltersgrenze auch, die aber dennoch einen Beitrag zur Pflegeversicherung zahlen müssen. Vor dem Hintergrund, dass das Haushaltsnettoeinkommen von älteren Paaren im Durchschnitt bei rund 4.000 € im Monat liegt[1], lässt sich auch kaum behaupten, dass ein eigener Pflegeversicherungsbeitrag bislang beitragsfrei versicherten Ehegatten grundsätzlich unzumutbar wäre. Auch hier gilt: Falls dennoch eine Begünstigung von Ehegatten nach der Regelaltersgrenze gewollt ist, dann müsste hierfür eine Steuerfinanzierung vorgesehen werden, weil die Finanzierung von Pflegeversicherungsschutz von Nichtmitgliedern keine Aufgabe der Mitglieder einer Pflegeversicherung und ihrer Arbeitgeber ist.

2. Kaum spürbare Erwerbsanreize

Es wird die Chance vertan, durch die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung spürbare Erwerbsanreize für den nicht erwerbstätigen Ehegatten zu setzen. Denn wie schon beim GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz und im Widerspruch zu den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit soll kein

[1] BMAS: Alterssicherungsbericht 2024 (2024), S. 85. [Letzter Abruf: 8. Juni 2026] Gemäß des Alterssicherungsberichts betrug im Jahr 2023 das Haushaltsnettoeinkommen von Paarhaushalten im Alter ab 65 Jahren 3.759 € im Monat. Unter Berücksichtigung der zwischenzeitlichen Renten- und Einkommenssteigerungen dürften es derzeit rund 4.000 € sein.

eigener Beitrag für den nicht erwerbstätigen Ehegatten geleistet werden, sondern der erwerbstätige Ehegatte durch einen höheren Lohnabzug belastet werden. Dabei zeigen alle Erfahrungen, dass das Preissignal durch lohnbezogene Krankenkassenbeiträge deutlich schwächer ist als durch Fixbeträge. Zudem erreicht das Preissignal durch den zusätzlichen Krankenkassenbeitrag den bislang beitragsfrei mitversicherten Ehegatten nur mittelbar, wenn er oder sie die Entgeltbescheinigung des Partners auswertet. Unmittelbar erreicht wird dagegen der erwerbstätige Ehepartner, dessen Gehalt beim geplanten Start der Neuregelung im Jahr 2028 mit Sozialversicherungsbeiträgen in Höhe von 47 % (!) belastet würde. Dabei ist die Lohnsteuer noch nicht einmal berücksichtigt. Insofern könnten die negativen Erwerbsanreize durch höhere Sozialbeiträge für den erwerbstätigen Ehepartner sogar die möglichen positiven Erwerbsanreize auf den nicht erwerbstätigen Ehepartner übersteigen.

3. Erhebliche zusätzliche Bürokratie für Arbeitgeber

Die Erhebung des geplanten Zusatzbeitrags für die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Soziale Pflegeversicherung würde zudem neue Bürokratie und Kosten für die Arbeitgeber bedeuten, weil sie aufwändig Daten zu den Ehegatten ihrer Beschäftigungen ermitteln und vorhalten müssen. Dies ist im Detail in der BDA-Stellungnahme zum Referentenentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes dargelegt[2].

Sparpotenzial in der Sozialen Pflegeversicherung vollkommen ausschöpfen

Der Entwurf sieht mehrere richtige Maßnahmen vor, den Ausgabenanstieg der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) einzudämmen und die Leistungen stärker auf diejenigen zu konzentrieren, die sie besonders benötigen: Personen, die besonders stark und besonders lange pflegebedürftig sind. Diese Maßnahmen sollten noch weiter ausgebaut werden, damit die Einsparmöglichkeiten in der SPV voll ausgeschöpft werden. Das Ziel muss eine nachhaltige finanzielle Stabilisierung der SPV sein, ohne die Beitragslast noch weiter zu erhöhen, wie es der Entwurf teilweise vorsieht.

So ist es sehr zu begrüßen, dass die Schwellenwerte zur Bestimmung des Pflegegrades und die entsprechende Bewertungssystematik an die Empfehlungen des Expertenrates aus dem Jahr 2013 angepasst werden sollen. Die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das zweite Pflegestärkungsgesetz ging weit über die Empfehlungen der dafür eingesetzten Expertenkommission hinaus[3]. Das führte dazu, dass in den folgenden Jahren deutlich mehr Personen als pflegebedürftig klassifiziert wurden als es aufgrund der demografischen Entwicklung erwartet wurde[4]. Eine Rückbesinnung auf die Empfehlungen der Expertenkommission ist notwendig, damit die Unterstützung der Pflegeversicherung zielgerichtet denjenigen zugutekommt, die besonders darauf angewiesen sind.

Aus dem gleichen Grund ist auch der Plan zu begrüßen, die Leistungszuschläge zur Verringerung der Eigenanteile von Pflegeheimbewohnenden langsamer ansteigen zu lassen. Diese Maßnahme trägt

[2] BDA-Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz), S. 5 [Letzter Aufruf: 8. Juni 2026]

[3] IGES Institut, Entwicklung der Pflegeprävalenzen und Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstruments (2026), S. 27 – 33 [letzter Zugriff 8. Juni 2026]

[4] IGES Institut, a. a. O. (2026), S. 12.

ebenfalls dazu bei, dass die Leistungen der Pflegeversicherung stärker auf diejenigen konzentriert werden, die länger pflegebedürftig sind. Auch dass das sog. Sozialraumbudget, das den Entlastungsbetrag ersetzen soll, enger zweckgebunden wird und nicht mehr für Personen im Pflegegrad 1 zur Verfügung steht, ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Allerdings sollte die Koalition über diese Pläne hinausgehen, um Eigenverantwortung und Solidarität in der SPV noch besser auszutarieren und den Ausgabenanstieg nachhaltig zu begrenzen. Die folgenden Maßnahmen sind dafür notwendig:

- **Einführung einer nach Pflegegraden gestaffelten Karenzzeit:** Nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit sollte eine nach Pflegegraden gestaffelte Karenzzeit gelten, innerhalb der die Pflegeversicherung – außer Beratung, Schulung von Angehörigen und Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes – zunächst noch keine Leistungen erbringt. Dadurch können Leistungen der SPV auf jene Fälle konzentriert werden, die – bedingt durch ihre Verweildauer in Pflege – hohe Kosten zu tragen haben. Eine Karenzzeit könnte gerade aufgrund des erwarteten deutlichen Anstiegs der durchschnittlichen Pflegeverweildauer zu einer höheren finanziellen Nachhaltigkeit beitragen. Nach Zahlen des Barmer Pflegereports wird sich die Pflegedauer von durchschnittlich 3,9 Jahren bei 2023 Verstorbenen bei aktuell pflegebedürftigen Menschen auf 7,5 Jahre nahezu verdoppeln[5].

- **Vollständige Rücknahme des Sozialraumbudgets (bisheriger Entlastungsbetrag)**: Der laut Entwurf in „Sozialraumbudget“ umbenannte Entlastungsbetrag sollte komplett gestrichen werden. Auch wenn er stärker zweckgebunden und erst ab Pflegegrad zwei ausgezahlt werden soll, handelt es sich bei den damit zu finanzierenden Leistungen zur Unterstützung im Alltag nach wie vor um ein kleines Risiko, das von den Pflegebedürftigen regelmäßig aus eigenen Mitteln abgedeckt werden kann und im Sinne der Subsidiarität nicht von der Allgemeinheit übernommen werden sollte.

- **Begrenzung des Leistungszuschlags nach § 43c SGB XI auf besonders langjährige Pflegeheimbewohnende**: Zusätzlich zum geplanten langsameren Anstieg des Leistungszuschlags sollte dieser erst ab einer Verweildauer von mehr als 24 Monaten in vollstationärer Pflege gezahlt werden. Berechnungen zeigen, dass 71 % der rentenbeziehenden Haushalte die privat zu tragenden Kosten der stationären Pflege für zwei Jahre aus eigenem Einkommen und Vermögen stemmen können[6]. Selbst wenn bereits vorher Pflegebedürftigkeit durch ein Mitglied des Haushalts vorlag, können immerhin noch 65 % der rentenbeziehenden Haushalte die Kosten aus eigener Kraft stemmen[7]. Ohnehin erreicht der Leistungszuschlag nur sehr selten das Ziel, dass Pflegebedürftige durch ihn in die Lage versetzt werden, die privat zu tragenden Kosten vollstationärer Pflege aus ihrem Einkommen und Vermögen für 2 Jahre bestreiten zu können (nur bei 0,8 Prozentpunkten der Haushalte ohne pflegebedürftiges Mitglied bzw. 1,7 Prozentpunkten mit pflegebedürftigem Mitglied)[8]. Das zeigt, dass der Leistungszuschlag kaum zur Vermeidung von Hilfsbedürftigkeit im Pflegefall beiträgt, sondern überwiegend der Schonung des

[5] Rothgang/Müller: BARMER Pflegereport 2024 (2024), S. 136 ff. [Letzter Zugriff 8. Juni 2026]

[6] Pimpertz/Stockhausen: Vorsorge für den stationären Pflegefall – Wie lange reichen Vermögen und Einkommen deutscher Rentnerhaushalte? (2024) [Letzter Zugriff 8. Juni 2026]

[7] Pimpertz/Stockhausen: a. a. O. (2024)

[8] Pimpertz/ Stockhausen: a. a. O. (2024), zusätzliche Auswertungen

Einkommens und Vermögens der Betroffenen und damit des Erbes dient. Im Sinne der Subsidiarität sollten jedoch nur Risiken, die nicht selbst getragen werden können, abgesichert werden. Diese können dann entstehen, wenn Pflegebedürftigkeit sehr lange andauert. Deshalb sollte der Leistungszuschlag auf die Gruppen konzentriert werden, die sehr lange im Pflegeheim verbleiben.

- **Gewährung des sog. Entlastungsbudgets (bisherigen Pflegegelds) nur zweckgebunden und bei Qualitätssicherung**: Die Ausgaben für das Pflegegeld, das nun in „Entlastungsbudget" umbenannt werden soll, machen mit 30 % einen erheblichen Anteil an den Ausgaben der SPV aus[9]. Fast zwei Drittel aller Pflegebedürftigen erhalten ausschließlich Pflegegeld. Die Tendenz bei den Ausgaben ist steigend. Diese Leistungen werden ohne Nachweispflicht – weder für die Art der Verwendung noch für die Qualität der Leistungen – gewährt. Daher ist es auch möglich, dieses Geld zur normalen Lebensführung auszugeben oder zu sparen. Damit ist diese Leistung wenig treffsicher. Hier sollte – über die Pflegepflichtberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI hinaus – ein Nachweis für die Verwendung und die Qualität der Leistung eingeführt werden. Kann dieser nicht geführt werden, sollte die Leistung auch nicht gewährt werden.

- **Ausbau der Eigenverantwortung:** Die Eigenverantwortung der Versicherten muss gestärkt werden – sowohl in Bezug auf die aktive Mitwirkung an der Verhinderung bzw. Verminderung von Pflegebedürftigkeit als auch in Bezug auf die finanzielle Vorsorge. Die Versicherten müssen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an ihrer Krankenbehandlung und die Nutzung von medizinischer Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit daran mitwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Zur finanziellen Absicherung des Pflegerisikos muss die private kapitalgedeckte Vorsorge ausgebaut werden. Daher ist es gut, dass die Bundesregierung ausweislich der Gesetzesbegründung eine Ausweitung der freiwilligen privaten Pflegevorsorge anstrebt. Die hierzu bestehenden Möglichkeiten sollten verstärkt werden, um die Gefahr einer späteren Überforderung durch hohe Eigenanteile für Pflegeleistungen rechtzeitig entgegenzuwirken.

Dynamisierung der Leistungsbeträge muss demografische Lasten berücksichtigen

Die im Entwurf vorgesehene regelhafte jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge anhand der Preisentwicklung ist prinzipiell nachvollziehbar. Diese Dynamisierung muss aber mit einem Nachhaltigkeitsfaktor nach dem Vorbild der gesetzlichen Rentenversicherung gekoppelt werden: Wenn die Anzahl der Pflegebedürftigen schneller steigt als die der Beitragszahlenden, muss der Anstieg der Leistungsbeträge begrenzt werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass eine systematische und regelgebundene Anpassung der Pflegeleistungen die finanzielle Belastung des Systems berücksichtigt: Ab Mitte der 2030er-Jahre wird die Zahl der hochaltrigen Menschen ab 80 deutlich zunehmen, die besonders häufig pflegebedürftig werden[10]. Gleichzeitig wird die Zahl der Menschen im Erwerbsalter stark abnehmen[11]. Auch wenn die im Entwurf vorgesehene Reform der Pflegegrade ihr Ziel erreicht, dass die Entwicklung der Anzahl der

[9] GKV-Spitzenverband, SPV-Kennzahlen – Entwicklung der Zusammensetzung der Leistungsausgaben [Letzter Zugriff: 8. Juni 2026]

[10] Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 446 vom 11. Dezember 2025 (2025) [Letzter Zugriff 8. Juni 2026]

[11] Statistisches Bundesamt, a. a. O. (2025)

Pflegebedürftigen wieder auf das Maß zurückgeht, das aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten ist, wäre daher mit langfristig zusätzlichen finanziellen Belastungen der Pflegeversicherung zu rechnen, falls die Dynamisierung der Pflegeleistungen nicht die demografische Entwicklung berücksichtigt.

Die vorgeschlagene Dämpfung der Dynamisierung ist auch aufgrund der noch immer bestehenden Einführungsgewinne der SPV für ältere Kohorten gerecht: Diese haben noch von niedrigeren Beitragssätzen in der SPV profitiert bzw. mussten vor 1995 gar keine Beiträge entrichten. Beim Eintritt der Pflegebedürftigkeit genießen sie nun dennoch volle Leistungsansprüche[12].

Ausgabenneutralität der neuen Leistungsbudgets gewährleisten

Das Ziel des Entwurfs, das Leistungsrecht der Pflegeversicherung durch die Einführung von Leistungsbudgets zu vereinfachen und zu entbürokratisieren, ist grundsätzlich zu begrüßen. Wichtig ist dabei, dass dadurch keine neuen finanziellen Lasten für die Pflegeversicherung entstehen und die Neuordnung des Leistungsrechts tatsächlich ausgabenneutral umgesetzt wird, wie es laut Gesetzesbegründung beabsichtigt ist.

Ob dieses Ziel in der vorgesehenen Ausgestaltung erreicht wird, ist fraglich. So ist zwar die vorgesehene befristete hälftige Zahlung des Entlastungsbudgets in den ersten drei Monaten der Pflegebedürftigkeit zu begrüßen. Das geplante Sachleistungsbudget, das Leistungsansprüche der bisherigen Pflegesachleistungen und Teilen der Verhinderungspflege und der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel kombiniert, könnte aber dazu führen, dass Personen, die bisher keine Verhinderungspflege benötigten, den additiven Leistungsanspruch in den Entlastungsbetrag – also die nachweisfreie Geldleistung – umwandeln.

Vor diesem Hintergrund muss die Ausgabenneutralität der vorgesehenen Änderungen unter Berücksichtigung möglicher Verhaltensänderungen mit Blick auf die Wahl von Sach-, Entlastungs-, Überbrückungsbudget und deren Kombination vor Verabschiedung des Gesetzes kritisch geprüft werden.

Doppelleistungen und Doppelvergütungen bei Einführung medizinischer Leistungen zur Früherkennung vermeiden

Bei der Einführung des Anspruchs auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen ab dem Alter von 60 ist sicherzustellen, dass es nicht zu Doppelleistungen, Doppeluntersuchungen oder Doppelvergütungen kommt. Bereits heute haben Versicherte dieses Alters einen Anspruch auf einen Gesundheits-Check alle 3 Jahre sowie auf Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte und Pflegekassen. Gegebenenfalls sind Leistungen/Ansprüche aus anderen Bereichen daher zu kürzen und die Budgets zu bereinigen, um Doppelungen zu vermeiden.

[12] Pimpertz/Stockhausen, a. a. O., (2024) S. 7

Aussetzung der Vorgaben zur tariflichen Entlohnung richtiger erster Schritt

Die geplante Aussetzung der Vorgaben zur tariflichen Entlohnung in Pflegeeinrichtungen in § 72 SGB XI ist ein Schritt in die richtige Richtung. Bei diesen Vorgaben handelte es sich um einen von vornherein verfassungsrechtlich fragwürdigen Eingriff in die Tarifautonomie. Zurecht wird in der Gesetzesbegründung darauf hingewiesen, dass die resultierenden enormen Lohnsteigerungen nicht zuletzt zu einer enormen Belastung der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen über höhere Eigenanteile geführt haben. Diese Regelung ist daher weit über das Ziel hinausgeschossen und sollte nicht nur befristet für vier Jahre ausgesetzt werden. Im Sinne der Tarifautonomie, des Wettbewerbs und der nachhaltigen Finanzierbarkeit der Pflege muss sie komplett abgeschafft werden.

Wichtige Maßnahmen zur korrekten Finanzierung versicherungsfremder Leistungen fehlen

Eine ganze Reihe von Maßnahmen zur sachgerechten Finanzierung versicherungsfremder Leistungen im Pflegebereich werden im Entwurf überhaupt nicht adressiert. Mit der weiteren Aussetzung des Bundeszuschusses zieht sich der Bund sogar noch weiter aus seiner Finanzierungsverantwortung zurück. Die folgenden Maßnahmen sind notwendig, um eine sachgerechte Finanzierung im Pflegebereich sicherzustellen:

- **Finanzierung der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige durch den Bund**: Durch die Reduzierung der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen und die Abschaffung der Rentenversicherungspflicht für rentenbeziehende Pflegepersonen über der Regelaltersgrenze wird zwar die Soziale Pflegeversicherung entlastet. Allerdings fehlen dadurch der Gesetzlichen Rentenversicherung künftig ca. 2 Mrd. € pro Jahr, sodass hier weitere Beitragssatzanstiege drohen. Betrachtet man beide Sozialversicherungszweige gemeinsam, bewirkt die jetzt geplante Reduzierung der Rentenbeiträge zunächst überhaupt keine Entlastung. Erst sehr langfristig – nach dem Renteneintritt der pflegenden Angehörigen – kommt es zu einer Beitragsentlastung, weil die zu finanzierenden Rentenansprüche geringer ausfallen werden. Für die weiter zu leistenden Rentenbeiträge für pflegende Angehörige bleibt es bei der sachfremden Finanzierung durch die SPV. Das muss geändert werden: Durch die Zahlung von Rentenbeiträgen für pflegende Angehörige durch die Pflegekassen soll Sorgearbeit honoriert werden. Die Finanzierung einer rentenrechtlichen Absicherung ist für die Pflegeversicherung eine versicherungsfremde Leistung, die entsprechend – so wie dies bei den Rentenbeiträgen für heute geleistete Kindererziehungszeiten korrekt gehandhabt wird – aus Bundesmitteln zu finanzieren ist.

- **Ausgleich der zu Beginn der 2020er Jahre übernommenen pandemiebedingten Zusatzkosten durch den Bund (einmalig ca. 5 Mrd. €[13]):** Der Ausgleich ist erforderlich, damit die Pflegekassen die Mittel zurückerhalten, die sie aufgrund von gesetzlichen Vorgaben pandemiebedingt zusätzlich aufgewendet haben.

- **Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenkassen**: Die medizinische Behandlungspflege entfällt in den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung und ist daher

[13] GKV-SV, Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Referentenentwurf der Bundesregierung eines Haushaltsfinanzierungsgesetzes vom 10.08.2023 (2023), S. 4 [Letzter Zugriff 8. Juni 2026]

ordnungspolitisch korrekt auch von dieser zu finanzieren.

- **Finanzierung der Ausbildungskosten durch Steuermittel**: Die klaren Regelungen des dualen Berufsbildungssystems zur Finanzierungsverantwortung von Ausbildungsberufen, wonach den Ländern die Finanzierung der primär schulischen Ausbildung und der primär hochschulischen Ausbildung obliegt, muss auch im Gesundheitswesen gelten. Die Länder müssen auch bei der Pflegeausbildung entsprechend ihrer Zuständigkeit die vollständigen Kosten der primär schulischen Ausbildung übernehmen. Das vermeidet die ordnungspolitisch falsche Belastung der Beitragszahlenden und Pflegeheimbewohnenden.

- **Übernahme der Investitionsverpflichtungen durch die Länder**: Die Länder müssen ihrer Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur gerecht werden. Allein die Bereitstellung von Daten zur Pflegestrukturplanung zu verbessern, wie es der Entwurf vorsieht, genügt nicht. Gemäß § 9 SGB XI sind die Länder dazu verpflichtet, die eingesparten Mittel aus der Hilfe zur Pflege aufgrund der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung für die Investitionskostenförderung der Pflegeeinrichtungen zu nutzen. Dieser Verpflichtung kommen die Bundesländer in höchst unterschiedlichem Maß, insgesamt aber sehr unzureichend nach. Deutschlandweit bleibt die Investitionskostenförderung mit etwas über einer Mrd. € (2024) weit hinter dem Notwendigen zurück[14]. Einzelne Länder ziehen sich komplett aus ihrer Finanzierungsverantwortung zurück[15]. Trotz eines leichten Anstiegs der gesamten Investitionskostenförderung über die Jahre ging die Fördersumme pro Pflegebedürftigen von 2019 bis 2024 durchschnittlich um 2 % pro Jahr zurück[16].

Chancen für Digitalisierung und Bürokratieabbau nutzen

Es ist zu begrüßen, dass Pflegeeinrichtungen durch die Aussetzung der Vorgaben zur tariflichen Entlohnung auch hinsichtlich des Bürokratieaufwandes entlastet werden sollen. Ebenso ist es gut, dass der Entwurf mehrere Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung und technischer Neuerungen vorsieht, mit dem Ziel der Gewährleistung der pflegerischen Versorgung mit geringerem Arbeitsaufwand. Damit der Personaleinsatz in der Pflege reduziert werden kann, sollte insbesondere die flächendeckende Nutzung der Elektronischen Patientenakte (ePA) und digitaler Kommunikation vorangetrieben werden, ebenso wie der Einsatz von KI und Pflegerobotik. Digitale Unterstützungsangebote zur Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen und Förderung der Selbstständigkeit müssen ebenfalls ausgebaut werden. Jedoch muss auch bei diesen Anwendungen der gesetzliche Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gelten. Der Einsatz von digitalen Anwendungen darf kein Selbstzweck sein, sondern muss zu einer besseren und effizienteren Versorgung beitragen. Ebenso wie bei Arzneimitteln und Medizinprodukten dürfen auch digitale Anwendungen nur dann von der Solidargemeinschaft finanziert werden, wenn ihr

[14] IGES, Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen (Berichtsjahr 2024) (2026), S. 19 [Letzter Zugriff 8. Juni 2026]

[15] IGES, a. a. O. (2026), S. 25

[16] IGES, a. a. O. (2026), S. 27

Nutzen erwiesen ist und ein Mehrwert gegenüber einer Alternativbehandlung besteht. Reine Leistungsausweitungen ohne Nutzennachweis sind abzulehnen.

Über die einzelnen Pflegeeinrichtungen hinaus sollte die Digitalisierung im gesamten Gesundheitswesen nach möglichst einheitlichen Standards umgesetzt werden. Die Kommunikations-, Genehmigungs- sowie Abrechnungsprozesse sollten auf Basis einheitlicher Schnittstellen allen Beteiligten zugänglich sein. Notwendige Unterschriften, z. B. bei der Zulassung von Einrichtungen, zum Abschluss von Vergütungs- und Pflegesatzverfahren oder bei Leistungsnachweisen, sollten ausschließlich elektronisch erbracht werden. Das Antrags- und Genehmigungswesen der Kostenträger muss komplett digitalisiert werden.

Darüber hinaus sind weitere Schritte notwendig, um Pflegeeinrichtungen zu entlasten:

- Damit Investitionen in Digitalisierung und technische Neuerungen für Pflegeeinrichtungen tragfähig sind, müssen die Entlastungspotenziale auch bei der Anwendung von Personalbemessungsinstrumenten und notwendigen Qualifikationen berücksichtigt werden. Notwendig ist deshalb, sowohl die möglichen Entlastungen bei den pflegebezogenen Personaleinsatzquoten als auch die Personalbedarfe in der IT und Organisationsentwicklung zu berücksichtigen.

- Pflegeeinrichtungen müssen generell mehr Freiheiten beim Personaleinsatz erhalten. Anstatt realitätsfernen Personalschlüsseln und festen Quoten sollte eine kompetenz- und bedarfsorientierte Versorgung pflegebedürftiger Menschen ermöglicht werden.

- Leistungserbringung über die Sektorengrenzen (ambulante, teil- und vollstationäre Versorgung) durch eine erhebliche Vereinfachung der Umsetzung von Gesamtversorgungsverträgen ermöglichen.

- Kosten-, Preis- und Qualitätswettbewerb zur Erzielung kostengünstiger, qualitativ hochwertiger und leistungsfähiger Versorgungsstrukturen verstärken. Die Leistungsbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege dürfen nicht länger das Ergebnis eines Monopols der Pflegekassen sein, sondern müssen von jeder Pflegekasse frei mit den Leistungsanbietenden – Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen – ausgehandelt werden können. Um Preissenkungsspielräume konsequent zu erschließen, sollten die einzelnen Pflegekassen künftig zudem nicht mehr nur über feste Leistungssätze (bzw. Festpreise für Einzelleistungen) mit den Leistungsanbietern verhandeln können, sondern auch über den Gesamtpreis der zu erbringenden Pflegeleistungen.

- Verfahren und Prozesse müssen vereinfacht werden. So sollte z. B. das Pflegepersonal bei den Dokumentationspflichten entlastet werden. Die zahlreichen Prüfungen von Pflegeeinrichtungen sollten auf einen koordinierten Besuch der Aufsichtsbehörden pro Jahr pro Einrichtung mit Fokus auf die Ergebnisqualität konzentriert werden. Die Nutzung digitaler Dokumente und Akten sollte im Interesse von mehr Effizienz und Entlastung des Pflegepersonals zugelassen werden. Zudem muss Schluss damit sein, dass die Ausgestaltung der Pflege von den 16 Ländern unterschiedlich geregelt wird, weil dies zu hoher Komplexität und viel unnötiger Bürokratie führt. Hierfür muss eine Lösung gefunden werden, ggf. auch eine Rückübertragung der Gesetzgebungskompetenz zur Ausgestaltung der Pflege an den Bund.

- Die Pflegesatzverfahren müssen durch Bürokratieabbau und Digitalisierung der Verfahren beschleunigt werden. Ebenso muss die „Hilfe zur Pflege“ zeitnah beschieden und ausgezahlt werden. So wird sichergestellt, dass die Pflegeunternehmen nicht über einen langen Zeitraum in Vorfinanzierung gehen müssen und dadurch ihre finanzielle Stabilität gesichert.

- Doppelprüfungen durch Medizinischen Dienst und Heimaufsicht müssen abgeschafft werden.

Ansprechpartner:

BDA | Die Arbeitgeber.
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
Abteilung Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.