dgppn
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Stellungnahme
10.06.2026

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Gesetz zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflege-neuordnungsgesetz – PNOG)

Die DGPPN erkennt an, dass das PNOG auf strukturellen Reformbedarf in der Pflegeversicherung reagiert. Die finanzielle Stabilisierung des Systems ist notwendig – sie darf jedoch nicht auf dem Rücken der Schwächsten erfolgen. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind eine besonders vulnerable Gruppe, deren Bedarfe in der Pflegeversicherung nach wie vor systematisch unterrepräsentiert sind.

Allgemeine Bemerkungen

Die DGPPN erkennt an, dass das Gesetz auf eine Stabilisierung der Finanzierungsgrundlagen der sozialen Pflegeversicherung abzielt und an verschiedenen Stellen fachlich sinnvolle Weiterentwicklungen enthält – insbesondere die Einführung eines Sozialraumbudgets, die Stärkung der kommunalen Pflegestrukturplanung und die Förderung der Pflegebegleitung. In der Kürze der Zeit war allerdings eine eingehende Beschäftigung mit dem Entwurf und eine detaillierte Stellungnahme nicht möglich. Gleichwohl erscheinen aus sozialpsychiatrischer Perspektive und im Sinne des Teilhaberechts und der Daseinsvorsorge für vulnerable Bevölkerungsgruppen mehrere Vorhaben des Entwurfs in ihrer gegenwärtigen Fassung problematisch.

Insbesondere die Anhebung der Schwellenwerte im Begutachtungsinstrument birgt erhebliche Versorgungsrisiken für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der Entwurf sieht eine Anpassung der Schwellenwerte des Begutachtungsinstruments (§ 15 SGB XI) vor, die laut Begründung bei Erstbegutachtungen zu einer Reduktion der Anerkennung von Pflegebedürftigkeit um bis zu 22 Prozent führen würde. Die Begründung stützt sich auf die IGES-Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, deren Abschlussbericht erst im Jahr 2026 vorgelegt wurde. Die Maßnahme wird als Rückkehr zu den wissenschaftlich hergeleiteten Werten des Expertenbeirats von 2013 dargestellt.

Das seit 2017 geltende Begutachtungsinstrument wurde gerade deshalb eingeführt, weil der zuvor verwendete Pflegebedürftigkeitsbegriff die spezifische Pflegebedürftigkeit bei psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen systematisch unterschätzte. Eine pauschale Anhebung der Schwellenwerte droht diesen Fortschritt partiell rückgängig zu machen. Menschen mit Demenz, schwerer Depression, Schizophrenie oder anderen psychischen Erkrankungen,

deren Pflegebedarf stark von Verhaltensweisen, psychischen Problemlagen und eingeschränkter Alltagsselbständigkeit geprägt ist, werden durch höhere Schwellenwerte überproportional betroffen sein.

Der Entwurf sieht darüber hinaus vor, die zwölfmonatigen Verweildauerstufen für die verweildauerabhängigen Leistungszuschläge bei vollstationärer Pflege jeweils um sechs Monate anzuheben. Der höchste Leistungszuschlag würde damit erst nach viereinhalb statt nach drei Jahren erreicht. Dies bedeutet für viele Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege über einen langen Zeitraum deutlich höhere Eigenanteile.

Aus sozialmedizinischer Perspektive ist diese Regelung in hohem Maße problematisch. Gerade Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – etwa bei Demenz im Spätstadium, bei schizophrenen Psychosen mit ausgeprägter Negativsymptomatik oder bei Pflegebedürftigkeit infolge von Suchterkrankungen – sind häufig auf langdauernde bis dauerhafte vollstationäre Versorgung angewiesen. Für sie ist der finanzielle Eigenanteil bereits heute in vielen Fällen nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen zu bestreiten; sie sind auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII angewiesen. Die Verlängerung der Wartezeiten bis zum Erreichen höherer Leistungszuschlagsstufen erhöht unmittelbar die Zahl der Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger und schiebt die Finanzierungslast auf die Träger der Sozialhilfe und letztlich auf die Kommunen.

Ferner sieht der Entwurf vor, die Leistungsbeträge ab dem Jahr 2028 jährlich entsprechend der Kerninflationsrate der drei vorangegangenen Kalenderjahre anzuheben, begrenzt durch den Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme. Die bisherige, diskrete Anpassung in größeren Abständen wird damit durch eine jährliche Dynamisierung ersetzt.

Die DGPPN bewertet die Einführung einer automatischen Dynamisierung grundsätzlich positiv. Kritisch ist jedoch, dass die Kerninflationsrate als Maßstab systematisch hinter der tatsächlichen Kostenentwicklung in der Pflege zurückbleibt. Die Lohnentwicklung im Pflegebereich – gerade nach Einführung der Tarifbindungspflicht – liegt regelmäßig über der allgemeinen Inflationsrate. Eine Dynamisierung, die nicht mindestens an die Lohnkostensteigerung in der Pflege selbst gekoppelt ist, führt zu einer schleichenden Erosion des realen Leistungsniveaus. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die häufig auf intensivere Betreuungsleistungen angewiesen sind, bedeutet dies, dass die tatsächlichen Versorgungsbedarfe zunehmend nicht mehr durch die Versicherungsleistungen gedeckt werden.

Die Dynamisierungsformel sollte daher stärker an die tatsächliche Lohnkostenentwicklung in der Pflege gekoppelt werden, um eine reale Beibehaltung des Versorgungsniveaus sicherzustellen.

Der Entwurf enthält keine spezifischen Regelungen zur Stärkung der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege oder zur Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und psychiatrischer Versorgung. Angesichts der Tatsache, dass psychische Erkrankungen zu den häufigsten Ursachen von Pflegebedürftigkeit gehören und dass die komplementäre psychiatrische Versorgung (sozialpsychiatrische Dienste, betreutes Wohnen, Krisendienste) bundesweit stark unterentwickelt ist, ist diese Leerstelle kritisch.

Das Sozialraumbudget (§ 45b SGB XI neu) begrüßt die DGPPN als Ansatz, betont aber, dass der Kreis der anerkennungsfähigen Angebote zur Unterstützung im Alltag die Besonderheiten der psychiatrischen Klientel berücksichtigen muss. Angebote niedrigschwelliger psychosozialer Unterstützung, wie sie von sozialpsychiatrischen Diensten, Kontaktstellen oder Genesungsbegleitern erbracht werden, müssen als förderfähige Leistungen im Rahmen des Sozialraumbudgets anerkannt werden können.

Wir bitten darum, die folgenden Punkte im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen. Die DGPPN steht für einen fachlichen Dialog bereit und bringt ihre Expertise gerne in die weiteren Beratungen des Gesetzgebungsverfahrens ein.

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
DGPPN-Präsidentin
Reinhardtstr. 29
10117 Berlin
Telefon: 030 240 4772 0
E-Mail: praesidentin@dgppn.de