Positionierung der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) zum Referentenentwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG)

Der Referentenentwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG) enthält wichtige und sinnvolle Ansätze zur Stärkung von Prävention, Rehabilitation und Pflegebegleitung. Diese Zielrichtung unterstützt die DVSG ausdrücklich. Leider wird weitergehender Regelungsbedarf im PNOG auf noch zu entwickelnde Richtlinien verschoben. Dies schafft Unsicherheit über die künftige Ausgestaltung und Auslegung des Gesetzes. Zur Transparenz und Qualitätssicherung sollten grundlegende Regelungen, wie erforderliche Qualifikationen zur Pflegebegleitung, im Gesetzestext festgelegt werden.

Der Entwurf zeigt weitere Schwächen: Mehrere Regelungen bedeuten Rückschritte gegenüber geltendem Recht, belasten vulnerable Gruppen und lassen zentrale strukturelle Herausforderungen der Pflegeversicherung unberührt. So beinhaltet das PNOG weiterhin keinen strukturellen Systemwechsel in der Finanzierung der Pflegeversicherung. Vielmehr verschärft sich die sozial unausgewogene Finanzierung: Die Beitragspflicht für Minijobs (§ 59b SGB XI-E) und die Einschränkung der Familienversicherung (§ 1 Abs. 4 SGB XI-E) ohne Unterscheidung zwischen hohen und niedrigen Haushaltseinkommen belasten insbesondere einkommensschwache Haushalte, während die regressive Beitragsbemessungsgrenze (§ 55 SGB XI-E) unangetastet bleibt. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bleibt ein begrenzter Eingriff.

Zu einzelnen ausgewählten Aspekten nimmt die DVSG wie folgt Stellung und bittet um Beachtung:

- **Wegfall des Entlastungsbetrags für Pflegegrad 1, Kürzung des Entlastungsbudgets ab Pflegegrad 2 und 3 in den ersten drei Monaten – § 45b SGB XI-E:** Diese Änderungen werden von der DVSG kritisch bewertet. Für diese Personengruppe ist eine frühzeitige und niedrigschwellige Unterstützung weiterhin erforderlich zugleich mit einer stärkeren Berücksichtigung von präventiven und rehabilitativen Ansätzen.
- **Die Reduzierung des Entlastungsbudgets um 50 % für Pflegegrad 2 und 3** in den ersten drei Monaten nach der erstmaligen Feststellung eines Pflegegrades **ist nicht zielführend**: Gerade bei erstmaligem Bezug von Pflegegeld bzw. Entlastungsbudget und damit zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ist der Aufwand zur Entwicklung eines passenden Pflegearrangements im Allgemeinen höher. Dafür müssen diejenigen, die die Pflege ausüben, anfangs angeleitet werden – also vor Ort sein und über das Entlastungsbudget entschädigt werden. Eine intensivierte fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege durch eine Pflegebegleitung kann hierfür eine sinnvolle Ergänzung sein, sie dient der Qualität und Nachhaltigkeit des Pflegearrangements. Die Pflegebegleitung ersetzt jedoch nicht die Tätigkeit oder den Einsatz der pflegenden und sozial betreuenden Personen. Eine Kürzung des Entlastungsbudgets ist daher nicht zielführend.
- **Reduzierung der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen – § 166 SGB VI-E (über Art. 1 PNOG):** Die Absenkung der Rentenversicherungsbeiträge schwächt die soziale Absicherung pflegender An- und Zugehöriger. Diese tragen einen wesentlichen Teil der Versorgung, häufig unter Aufgabe eigener Erwerbschancen. Jede Verschlechterung ihrer Absicherung ist zwingend zu vermeiden und aus Sicht der DVSG nicht vertretbar.
- **Qualifikation und multiprofessionelle Perspektive der Pflegebegleitung inkl. Fallmanagement (§ 7c SGB XI-E):** Eine Einführung der Pflegebegleitung kann geeignet sein, um die Versorgungsqualität für Pflegebedürftige und An- und Zugehörige zu verbessern. Die beschriebenen Aufgaben der Pflegebegleitung sind komplex und betreffen unterschiedliche Aspekte für die Lebenslage pflegebedürftige**r** Personen. Der jetzige Gesetzentwurf sieht weder Qualifikationsvorgaben für die Pflegebegleitungspersonen, noch die multiprofessionelle Ausgestaltung der Pflegebegleitung vor. Um eine verlässliche und bundesweit einheitliche Qualität sicherzustellen, ist die geplante Präzisierung über

Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands (§ 7d Abs. 2 SGB XI-E) aus Sicht der DVSG nicht ausreichend. Die Anforderungen zur Qualifikation aus der bisherigen gesetzlichen Vorgabe nach § 7a Absatz 3 SGB XI für die Pflegeberatung sollte für die Pflegebegleitung im Gesetzestext direkt verankert werden. Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass nur Personen mit einer geeigneten beruflichen Qualifikation für die Pflegebegleitung eingesetzt werden, insbesondere Pflegefachpersonen und Sozialarbeiter*innen mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Zudem ist eine Ergänzung zur Etablierung multiprofessioneller Teams vorzunehmen.

Die beschriebenen Aufgaben erfordern neben pflegefachlichen auch sozialrechtliche, psychosoziale und sozialräumliche Kompetenzen. Insbesondere im Rahmen des Fallmanagements, beispielsweise „bei der rechtskreisübergreifenden Beantragung von in Betracht kommenden Sozialleistungen sowie der Suche nach und der Inanspruchnahme von passenden Angeboten“ (§7 a Absatz 5 Punkt 1) sind einschlägige Erfahrungen und Kenntnisse aus der Sozialen Arbeit zwingend erforderlich. Ohne verbindliche Qualifikationsstandards und ohne klare Vorgaben zur Zusammensetzung der Teams besteht das Risiko, dass zentrale Bedarfe nicht erkannt oder nicht gedeckt werden. Dies betrifft insbesondere Lebenslagen, in denen pflegerische, psychosoziale und sozialrechtliche Aspekte eng miteinander verknüpft sind. Die multiprofessionelle Expertise bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit ist die Voraussetzung für Qualität, Wirksamkeit und Bedarfsgerechtigkeit in der Versorgung.

- **Berücksichtigung der Expertise der Sozialen Arbeit in der Entwicklung von Richtlinien (§17 Absatz 1a SGB XI – E):** Bei der Erarbeitung von Richtlinien zur Umsetzung der Pflegebegleitung und Fallmanagement sind neben den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und neben der Perspektive der Selbsthilfe auch die maßgeblichen Organisationen der Sozialen Arbeit einzubeziehen. Die Soziale Arbeit stellt die zweitgrößte Fachkräftegruppe in der Pflegeberatung dar und verfügt als einzige Berufsgruppe über besondere Erfahrungen aus der Kombination von Beratungskompetenz und rechtskreisübergreifender, sozialrechtlicher Expertise für ein rechtskreisübergreifendes Fallmanagement. Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit unterstützt als Expertin für die soziale Situation die Verbindung der Bereiche Prävention, Rehabilitation und Pflege und unterstützt die Selbstbestimmung der pflegedürftigen Person.
- **Zusammensetzung des Beirats zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung (§18f SGB XI – E):** Im Beirat ist eine einschlägige rechtskreisübergreifende sozialrechtliche Perspektive im Kontext von Pflegebedürftigkeit sicherzustellen. Die jetzige Formulierung zur Besetzung des Beirats ist dahingehend unklar und ungenügend. Sie regelt zwar die Besetzung mit Vertreter*innen, die *„hinsichtlich der Pflegebegutachtung über besondere sozialrechtliche, pflegewissenschaftliche oder statistische Erfahrungen oder über ausgewiesene einschlägige wissenschaftliche Kenntnisse verfügen*“ (§18f Absatz 3 SGB XI – E). Um auszuschließen, dass wissenschaftliche Expertise aus derselben Disziplin bzw. mit jeweils gleichen speziellen Erfahrungen vertreten sind, ist eine entsprechende Ergänzung im Gesetzestext vorzunehmen. Dadurch erst wird sichergestellt, dass die erforderlichen Blickwinkel, Erfahrungen und Kenntnisse in dem Beirat beteiligt sind. Die DVSG schlägt daher zwei Ergänzungen vor: Der Beirat ist so zu besetzen, dass alle genannten Erfahrungen mit entsprechenden Personen vertreten sind. Darüber hinaus ist ein Vertreter oder eine Vertreterin der Leistungserbringerverbände zusätzlich vorzusehen.

Eine Verbesserung in der Versorgungs- und Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedürftigkeit muss eine Vermeidung von Doppelstrukturen sowie die Berücksichtigung sozialer und pflegerischer Aspekte leisten. Um Rahmenbedingungen für Gesundheit bei (drohender) Pflegebedürftigkeit sozial zu gestalten, bringt die DVSG die Perspektive der Sozialen Arbeit gerne in die Weiter-Entwicklung ein.

Berlin, 10.06.2026
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.