DER PARITÄTISCHE
Gesamtverband

Berlin, 23. November 2026

Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz) vom 02.11.2026 (BT-Drucksache 21/8869)

Vorbemerkung

Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V. vertritt als einer der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Interessen von ca. 40.000 Einrichtungen und Diensten von über 10.800 rechtlich eigenständigen Mitglieds-organisationen, die in allen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens tätig sind. Dazu gehören u.a. zahlreiche stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, Wohnstifte, sowie Wohngruppen für Senior*innen. Dabei stehen für den Paritätischen gute Arbeitsbedingungen, die Versorgungsqualität sowie gleichermaßen der Schutz und die Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen im Fokus.

Der Paritätische Gesamtverband gibt zusammen mit den in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossenen Verbänden eine gemeinsame Stellungnahme ab. Darüber hinaus nehmen wir hiermit zu den nachfolgenden drei Themen einzelverbandlich Stellung:

1. Alternatives Finanzierungskonzept erforderlich und auch möglich!

2. Refinanzierung aller Löhne sicherstellen!

3. Verhäuslichter Pflegearmut entgegentreten - häusliche Pflege stärken.

An der Notwendigkeit weiterer Reformen in der Pflege kann es keinen Zweifel geben. Wir unterstützen das Ziel der Bundesregierung, die pflegerische Versorgung nachhaltig und demographiefest aufzustellen.

Der Entwurf zu einem Pflegeneuordnungsgesetz, der auch vereinzelt progressive Elemente enthält, wird von Kürzungen im Leistungsgeschehen überschattet, die bereits kurzfristig zum 01. Januar 2027 in Kraft treten sollen. Wir sehen mit Sorge, dass erstmals seit Einführung der Pflegeversicherung der überparteiliche Konsens verlassen wird, keine Verschlechterungen in der Pflege einzuführen und das aus Spargründen harte Einschnitte für die häusliche Versorgung beabsichtigt werden.

Wir können nicht erkennen, dass dies in irgendeiner Weise zur Stärkung der häuslichen Versorgung oder häuslichen Pflege beiträgt. Im Gegenteil: Das Pflegeneuordnungsgesetz gefährdet Strukturen häuslicher Pflegesettings, ambulanter Pflegedienste, Tagespflegen sowie familienentlastender Dienste und schließlich die Versorgungssicherheit von Pflegebedürftigen. Bewirkt werden ferner Beschränkungen von Möglichkeiten für pflegende Angehörige. Im besonderen Maße gilt dies auch für die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen. Die beabsichtigten Regelungen rund um die Einführung neu zusammengestellter Budgets (insbesondere beim Sozialraumbudget), das Problem des Wegfalls des einzelnen Anspruchs der Verhinderungspflege und die erheblichen Einschränkungen bei der Flexibilität der Inanspruchnahme des heute vorhanden „Entlastungsbetrages“, führen kumulativ zu ernsthaften Problemen bei Betroffenen und Leistungserbringern.

Die ostdeutsche Perspektive muss stärker Berücksichtigung finden. In den ostdeutschen Bundesländern treffen die beabsichtigen Regelungen auf besondere demografische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen. Hierzu zählen insbesondere die ältere Bevölkerungsstruktur mit einer höheren Abhängigkeit von verlässlichen Pflegeleistungen sowie geringere Vermögens- und Einkommensreserven vieler Haushalte. Leistungseinschränkungen oder zusätzliche finanzielle Belastungen können daher deutlich schwerer aufgefangen werden. Aus unserer Sicht resultieren daraus im höhreren Maße soziale und politische Konfliktpotenziale, z.B. im Rahmen einer noch stärkeren Auswirkung für die Kommunen im Sinner der Kosten für Hilfe zur Pflege.

Darüber hinaus ist die Kurzfristigkeit umfassender Änderungen von komplexen Rahmenbedingungen der häuslichen Pflege zum 01.01.2027 aus einer Vielzahl von Gründen für alle betroffenen Akteure unmöglich.

1. Alternatives Finanzierungskonzept erforderlich und auch möglich!

Wir wissen, dass die Finanzsituation der Pflegeversicherung entschiedenes Handeln erfordert. Daher hat der Paritätische Vorschläge zu Finanzierungskonzepten vorgelegt, mit denen Defizite abgewendet und Leistungen gesichert werden können. Die mit dem Pflegeneuordnungsgesetz beabsichtigen einschneidenden Kürzungen sind aus unserer Sicht nicht alternativlos.

Mit der Ankündigung mehrerer drastischer Leistungskürzungen und Mehrbelastungen kann auch keine echte Struktur- und Finanzierungsreform der Pflegeversicherung als Systemwechsel eingeleitet werden. Wir sind weit entfernt vom dringend benötigten Gesamtkonzept.

Strukturelle Finanzierungsreformen bleiben unzureichend ausgeschöpft. Die Mehrheit will eine solidarische Pflegevollversicherung als Weg aus der Krise. Dies bestätigen mehrere Umfragen. Besonders betroffen wären von den Änderungen vulnerable Gruppen, wie ältere Menschen und Kinder, arme und pflegebedürftige Menschen sowie deren

Angehörige. Auch Kinder und Erwachsene mit Behinderungen sowie deren Eltern würden durch die Reform unverhältnismäßig belastet. Das System darf nicht auf dem Rücken der Betroffenen saniert werden.

Besonders kritisch bewertet der Paritätische die Debatte um die Refinanzierung von guten Löhnen in der Pflege. Es ist richtig, dass die Refinanzierung von Tarifen nun weiterhin gewährleistet bleiben soll. Aber durch das politische Infragestellen besserer Arbeitsbedingungen in der Pflege wurde bereits Vertrauen zerstört und für Anwender des regionalüblichen Entgeltniveaus (RüE) droht eine Schlechterstellung. Im besonderen Maße trifft dies dann wieder ambulante Pflegedienste, die ohnehin aufgrund des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes im SGB V (auch bei Tarifen) Nachteile hinnehmen müssen. Weitergehende Ausführungen zu diesem Thema folgen weiter unten.

Die SPV wird bis 2027 voraussichtlich ein Minus von 7 Mrd. € erzielen. Ohne Gegensteuerung ist in den Jahren bis einschließlich 2028 ein Defizit von über 20 Mrd. € möglich. Zur Konsolidierung von Ausgaben der SPV gibt es eine Reihe an Optionen, die seit vielen Jahren gefordert und deren Umsetzung aber weiterhin nicht angestrebt wird. Zur Konsolidierung und um Kürzungen zu vermeiden, schlagen wir folgendes Maßnahmenbündel vor:

- **Umwidmung Pflegevorsorgefonds** gem. § 131 ff. SGB XI (derzeit circa 14,5 Mrd. € Milliarden) zur Deckung von Ausgaben (einmaliger Effekt). Jährlich fließen - abgesehen von den aktuellen Übergangsregelungen geringerer Einzahlungen - bis zu 1,8 Mrd. in den Fonds, die wieder den aktuellen Aufgaben der SPV zur Verfügung stehen sollen. Die Aufgabe des Vorsorgefonds ist es, ab dem Jahr 2034 die durch die Babyboomer zu erwartende Ausgabensteigerung aufzufangen. Stattdessen sollte eine **solidarische Pflegevollversicherung** eingeführt werden, die bis dahin in der Lage ist, die demographiebedingten Mehrausgaben bei gleichzeitiger Verbesserung der Leistungen ohne Explosion der Beitragssätze zu erbringen. Der Paritätische hat zusammen mit dem Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung ein auf aktuellen Zahlen (Anfang 2025) beruhendes Konzept unter Berücksichtigung des Zeitraums bis 2060 vorgelegt: https://www.der-paritaetische.de/themen/gesundheit-teilhabe-und-pflege/pflege-aber-sicher/
- Auch ohne eine solidarische Pflegevollversicherung lassen sich mit Elementen zur **Verbreiterung der Einnahmebasis** Mehrausgaben und Leistungsverbesserungen decken. Dazu zählen die Verbeitragung aller Einkommensarten, die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze (die ja bereits im PNOG lanciert wird) auf das Niveau der Rentenversicherung und ein Finanzausgleich zwischen der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherungssäule.
- **Rentenbeiträge für pflegenden Angehörigen** sind versicherungsfremde Leistungen und sollen aus Steuermitteln finanziert werden. Dies entlastet die SPV jährlich um 5,4 Mrd. €.
- Der Bund muss der SPV endlich seine **Corona-Schulden** zurückzahlen. Dies bringt einmalig weitere 5,2 Mrd. €.

- Ein grundsätzliches Problem ist die Belastung Pflegebedürftiger mit hohen Eigenanteilen. Die **Zuschussregelungen nach § 43c SGB XI** kosten im Pflegeheimbereich der SPV jährlich 7 Mrd. €. Sie ließen sich reduzieren, wenn an anderer Stelle die Bundesländer ihren Verpflichtungen nachkommen würden und in die Investitionskostenfinanzierung mit einsteigen würden. Derzeit zahlt ein Pflegeheimbewohner/eine Pflegeheimbewohnerin rd. 500 € mtl. an Investitionskosten. Weitere Maßnahmen wären die Übernahme der Behandlungspflege in Pflegeheimen aus dem SGB V und die Übernahme der Ausbildungskosten aus Steuermitteln. Damit könnten im Durchschnitt rd. 1000 € an Eigenanteilen anders umverteilt werden.
- Die Erhöhung der Schwellenwerte im Begutachtungsinstrument soll bewirken, dass die Neufälle der Pflegebedürftigkeit reduziert werden. Die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen ist ein maßgeblicher Faktor für die Entwicklung der Ausgaben. Die Verdopplung der Anzahl Pflegebedürftiger in den letzten 10 Jahren auf nunmehr über 6 Mio. Pflegebedürftige macht eine Überprüfung und ggf. Anpassung erforderlich. Gleichwohl war eine deutliche Zunahme intendiert, denn insbesondere sollten mehr Menschen mit kognitiven und psychischen Einschränkungen einbezogen und unterstützt werden. Hinzu kommt die demographiebedingte Zunahme, die im Gesetzesentwurf mit 100.000 per Anno angegeben wird. Im Abschlussbericht des Expertenbeirats zum Pflegebedürftigkeitsbegriff aus dem Jahr 2013 wurden wissenschaftlich evaluierte Schwellenwerte vorgeschlagen, die nun mit diesem Gesetzentwurf eingeführt werden sollen. Darauf nimmt auch das IGES-Gutachten “Entwicklung der Pflegeprävalenzen und Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstruments” Bezug. Empfohlen wird, die Veränderung der Bewertungssystematik zu hinterfragen, bestimmte Module pflegefachlich zu evaluieren und ggf. entsprechend der ursprünglichen Empfehlungen anzupassen. Dies muss aus unserer Sicht mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen abgesichert sein. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass die Änderung der Schwellenwerte der Ausgabenbegrenzung und nicht einer sachgerechteren Bedarfsabbildung dient. Gleichzeitig muss in einem ausgewogenen Verhältnis dazu stehen, dass höhere Zugangshürden zur Pflege am Ende nicht Menschen auszuschließen drohen, die Hilfebedarfe haben. Diese müssen durch andere Auffangmechanismen, wie insbesondere die kommunale Altenhilfe nach § 71 SGB XII aufgefangen werden. Die Kommunen haben zu gewährleisten, dass solche Hilfen, wie z. B. Einkaufsdienste, Begleitdienste, präventiver Hausbesuch oder Angebote zur Vorbeugung von Einsamkeit in angemessenem Umfang zur Verfügung stehen. Dies bedeutet aber auch, dass sie dazu finanziell in die Lage versetzt werden müssen.
- Der **Prävention** ist künftig deutlich mehr Bedeutung beizumessen. Modellprojekte haben ergeben, dass durch eine systematische Teilnahme an Präventionsprogrammen und gezielten Trainings- und Schulungsmaßnahmen insbesondere bei Menschen in niedrigen Pflegegraden Höherstufungen vermieden

werden können. Modellrechnungen zeigen, dass über 1 Milliarde Euro jährlich allein bei Pflegegrad 2 als Einsparpotential zu erwarten sind. Zudem bedarf es endlich einer verpflichtenden Ausgestaltung der Altenhilfe nach § 71 SGB XII durch die Kommunen, um vorpflegerische Bedarfe aufzufangen. Eine kommunal gut aufgestellte Altenhilfe stärkt nicht nur die Prävention, sondern gibt den Kommunen damit auch unmittelbare Instrumente zur Vermeidung von Folgekosten in die Hand. Insgesamt muss eine bessere Verzahnung von Prävention, Rehabilitation und Pflege geschaffen werden. Dabei stellen sich insbesondere Fragen nach der Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen, präventiven und rehabilitativen Angeboten für pflegende An- und Zugehörige und die Pflegebedürftigen, aber auch die stärkere Berücksichtigung von Selbsthilfe- und Unterstützungsstrukturen im Sinne einer präventiven Gesamtstrategie.

- Die Finanzierung von pflegerischen Leistungen für Menschen mit Behinderungen in Besonderen Wohnformen sollte durch die Pflegeversicherung auskömmlich ausgestaltet werden. Der Paritätische plädiert dafür, das bisherige mit einem einheitlichen Pauschalbetrag ausgestattete Referenzsystem des § 43a SGB XI durch gestaffelte und analog zu § 30 dynamisierte Beträge, die auf den individuellen Pflegebedarf Bezug nehmen, zu ersetzen. In Besonderen Wohnformen sollten Pflegeleistungen auch weiterhin integraler Bestandteil der Eingliederungshilfe sein. Damit können Menschen mit Behinderungen auch bei steigenden pflegerischen Bedarfen in der gewählten Wohnform der EGH verbleiben. Hauptaugenmerk ist die Teilhabesicherung für Menschen mit Behinderungen. Der Gleichrang von Eingliederungshilfe- und Pflegeleistungen ist beizubehalten. Eine Überleitung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen in stationäre Pflegeeinrichtungen nach SGB XI wäre dabei nicht nur aus Teilhabesicht problematisch, sondern würde zu einer einseitigen Verschiebung innerhalb der Zweige der sozialen Sicherung führen, die als nicht zielführend erachtet wird.

Unsere Vorschläge für eine tragfähige Finanzierung finden Sie auch hier: https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Fachinfos/doc/paritaetischer_vorschlaege-sozialstaat_2026.pdf

2. Refinanzierung aller Löhne sicherstellen!

Wir unterstützen ausdrücklich, dass tarifliche Entlohnung weiterhin im vollen Umfang im SGB XI refinanziert werden soll. Dafür hatten wir uns eingesetzt. Allerdings führen die Regelungen zu einer Benachteiligung der Anwender der regionalüblichen Entgeltniveaus (RüE), da ihre Lohnkosten „nur“ noch maximal mit der mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in § 71 Abs. 3 SGB V eingeführten um 1 % verminderte Grundlohnsumme refinanziert werden können. Das bedeutet eine Steigerungsrate der Vergütung von 2026 zu 2027 i.H.v. maximal 3,42%. Hier macht sich ein Gefühl der Ungleichbehandlung und Enttäuschung breit. Die Regelungen erzeugen bei den Löhnen zwei Klassen und schließlich werden aus dem Ungerechtigkeitsgefühl sehr schnell Fakten, die vor Ort Pflegekräften nicht mehr erklärt werden können.

Dies allein ist es dann aber noch nicht. Die beabsichtigten Regelungen erzeugen handfeste Umsetzungsprobleme insbesondere für RüE-Anwender zum 01.01.2027, die geklärt werden müssen. Wir fordern eine Klarstellung dahingehend, dass die Gehälter, wenn diese denn zum 01.01.2027 in der am 30.09.2026 gemäß § 82c Abs. 5 SGB XI veröffentlichten Höhe erhöht werden müssen, auch im Jahr 2027 refinanziert werden. Es kann nicht sein, dass Kostenträger aus den beabsichtigten Reglungen des Pflegeneuordnungsgesetzes ableiten, dass ab dem 02.01.2027 auch für die einen Tag zuvor erhöhten Gehälter gem. RüE die verminderte Grundlohnsumme gilt. Da das RüE feststeht und nach aktueller Gesetzeslage umzusetzen ist, können sich die Träger auch nicht anders verhalten. Das ist dann relevant, wenn die Steigerung des RüE höher ausfällt als die verminderte Grundlohnsumme. Für 2027 ist das u.a. neben Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg auch in Thüringen und Sachsen-Anhalt der Fall sowie in Niedersachen. In diesen Ländern steigt das RüE im einfachen, nicht gewichteten Durchschnitt um 4,99 % bis 4,25 %. Würde die Refinanzierungsgrenze i.H.v. 3,42 % für Leistungen beider Rechtskreise (SGB XI/ SGB V) angewendet werden, beträgt die Refinanzierungslücke rund 0,8 bis 1,6 Prozent der Lohnkosten. Aktuell lesen Kostenträger das Pflegeneuordnungsgesetz so, dass ab dem 02.01.2027 auch die Vergütung von Leistungen der Pflege und Betreuung nur noch i.H.v. 3,42 % steigen darf. In diesem Fall würde ein ambulanter Pflegedienst mit beispielsweise 20 Vollzeitkräften mit rund 10.000 Euro im Jahr unterfinanziert sein. Je höher der Anteil an HKP-Leistungen, desto größer ist die Refinanzierungslücke. Diese Summe scheint marginal, aber Pflegeeinrichtungen sind hochgradig entgeltfinanziert.

Demnach muss das Pflegeneuordnungsgesetz unmissverständlich regeln – und insoweit wäre zumindest die Gesetzesbegründung zu konkretisieren, dass

a) die Vereinbarung des 01.01.2027 nach altem Recht auch für den darauffolgenden Zeitraum gilt – das RüE ist demnach im vollen Umfang zu refinanzieren,
b) auch in dem Fall, dass eine rückwirkende Vereinbarung zum 01.01.2027 abgeschlossen werden muss, wenn die Verhandlung nicht zum 01.01.2027 beendet werden konnte (inkl. Schiedsverfahren), die Refinanzierung in voller Höhe für das gesamte Jahr 2027 erfolgt. Denn aktuell erstellen und übermitteln Kostenträger den Pflegeeinrichtungen teils keine Angebote für die Vergütungsvereinbarungen für Leistungen des Rechtskreis SGB XI, solange die Gesetzesverkündung nicht im Bundesgesetzblatt steht. Verhandlungen können aufgrund der Feiertage daher sehr wahrscheinlich nicht mehr in diesem Jahr abgeschlossen werden,
c) die Anträge auf Einzelentgelt- bzw. Einzelpflegesatzverhandlung auf Basis der dargestellten Kosten zu verhandeln sind und nicht mit Verweis auf die von den Spitzenverbänden auf Landesebene in pauschalen Verfahren verhandelten Vergütungssteigerungen blockiert werden können, für die die oben aufgeführten Refinanzierungsdeckel gelten. Anderenfalls würden Einzelverhandlungen nicht mehr stattfinden können und jedwede strukturelle Veränderung von Pflegediensten verhindert werden.

Ohne diese Konkretisierungen werden die Reglungen des Pflegeneuordnungsgesetzes für Anwender des RüE zu erheblichen wirtschaftlichen Risiken führen. Nach unserer Einschätzung wird dies dann überwiegend ambulante Pflegedienste treffen, die ohnehin erhebliche Probleme durch die Reform bekommen werden. Die Summe an negativen

Auswirkungen der Reform wird für diese dann kaum noch tragbar sein und viele Pflegedienste werden gezwungen werden, den Dienst einzustellen.

Zu beachten ist, dass ambulante Pflegedienste aufgrund des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes ohnehin im SGB V für Behandlungspflegeleistungen schon mit einer Refinanzierungslücke zu kämpfen haben werden. D.h., es steht jetzt schon fest, dass ein nennenswerter Teil der Leistungen des ambulanten Pflegedienstes nicht kostendeckend erbracht werden kann. Und während Tarifanwender und -anlehner wenigstens die Hälfte des übersteigenden Betrages refinanziert erhalten, sind RüE-Anwender auf die 3,42 % gedeckelt. Dieser Lohndeckel betrifft gerade die hoch qualifizierten Pflegefachkräfte, deren Lohnsteigerung gemäß RüE beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern mit 5,34 % und in Brandenburg mit 4,91 % von allen drei Qualifikationsgruppen am höchsten ist. Während noch vor knapp einem Jahr mit dem Beitragssatzstabilisierungs- und Bürokratieentlastungsgesetz (BEEP) beschlossen wurde, die Kompetenzen der Pflegefachkräfte sukzessive um ärztliche Leistungen zu erweitern, wird deren Entlohnung nun stark begrenzt bzw. erhalten die ambulanten Pflegedienste trotz Entlohnungspflicht in bestimmter Höhe deren Löhne nicht mehr voll refinanziert. Das passt nicht zusammen.

Am besten wäre es allerdings, wenn die frühere Rechtslage aus dem Jahr 2025 zur Refinanzierung von Löhnen beibehalten wird. Große Effekte der Maßnahme sind ohnehin nicht mehr zu erwarten, da die anfangs größeren (und durch Einführung der Tariftreueregelung im September 2022 politisch gewünschten) Lohnanpassungen bei den Tarifen und damit auch beim RüE inzwischen weitestgehend abgeschlossen sind. D.h. die Änderungen des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes sollen wieder zurückgenommen und die geltende Rechtslage im SGB XI beibehalten werden, so wäre ein Gleichklang gewährleistet.

Weitergehenden Änderungsbedarf sehen wir außerdem in der Refinanzierung von betrieblicher Altersvorsorge bei Tarifanlehnern, die sowohl in der beabsichtigen Gesetzesänderungen ins Leere läuft als auch bereits in der geltenden Rechtslage unzureichend geregelt ist und somit bisher nicht refinanzierungsfähig war.

3. Verhäuslichter Pflegearmut entgegentreten - häusliche Pflege stärken

Die „Pflegearmutsdebatte“ über steigende Eigenanteile in Verbindung mit der Inanspruchnahme von Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) wird fast ausschließlich in Bezug auf Pflegeheimbewohner*innen geführt. In der häuslichen Pflege nimmt nur ein kleiner Teil der Pflegebedürftigen professionelle Pflege durch Pflegedienste in Anspruch oder kombiniert dies mit der Inanspruchnahme von Pflegegeld. Überwiegend wird nur das Pflegegeld in Anspruch genommen. Die Höhe von tatsächlich gezahlten pflegebedingten Eigenanteilen oder diese, die gezahlt werden müssten, um über die Pflegeversicherungsleistungen hinaus den tatsächlichen Bedarf an Unterstützung in der Häuslichkeit zu decken, wird nicht statistisch erhoben oder ausgewiesen und ist überdies bisher kaum erforscht. Dies gilt insbesondere auch für das Inanspruchnahmeverhalten bei

der Hilfe zur Pflege in Häuslicher Pflege. Das Pflegeneuordnungsgesetz stellt zwar die ambulante und häusliche Pflege explizit in den Mittelpunkt, allerdings werden in Bezug auf die Armutsthematik die gravierenden Unterschiede gegenüber dem vollstationären Bereich fast vollständig ausgeklammert. Aber alle pflegebedürftigen Menschen haben sozialhilferechtliche Ansprüche auf Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung und das eigene Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, die Bedarfe zu decken bzw. für die Kosten aufzukommen.

Eine explorative Studie im Auftrag des Paritätischen zur Pflegearmut[1] deckt Konstellationen verhäuslichter Pflegearmut auf, die das vorhandene Sozialhilfesystem ganz oft nicht oder nicht ausreichend beantwortet. Im vollstationären Bereich kommt mit der Hilfe zur Pflege in der Regel ein Automatismus in Gang, bei dem „Restkosten“, sofern diese nicht selbst getragen werden können, übernommen werden. Auf einer Stufe davor gewinnt Wohngeld zunehmend an Bedeutung. In der häuslichen Pflege hingegen stellt sich die Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen als große Blackbox dar, weil die amtliche Datenlage/Sozialhilfestatistik diesen Bereich überwiegend unterbelichtet lässt.

In Deutschland erhalten den Zahlen der o.g. Studie zufolge 7,2 Prozent der Pflegebedürftigen Hilfe zur Pflege, mithin 410.680 Menschen. Von rd. 4,9 Mio. Pflegebedürftigen, die Im Jahre 2023 außerhalb von Einrichtungen lebten, erhielten 1,3 Prozent Hilfe zur Pflege. Für Hilfe zur Pflege kommen allerdings Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 in der Regel nicht in Betracht, daher entspricht die Quote der Hilfe-zur-Pflege-Beziehenden bei 4,2 Mio. Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2-5 außerhalb von Einrichtungen 1,8 Prozent (76.165 Pflegebedürftige). Im Gegensatz dazu sind es von rund 800.000 Pflegebedürftigen in Pflegeheimen laut der vorliegenden Studie 42 Prozent (334.515 Hilfe-zur-Pflege-Beziehende). Bezogen auf alle Pflegebedürftigen (ambulant und stationär) erhalten 6 Prozent der Pflegeheimbewohnenden Hilfe zur Pflege.

Es lässt sich feststellen, dass die Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich zur Stärkung der häuslichen Pflege untergeordnet stattfindet, mit Ausnahme der Stadtstaaten Berlin und Hamburg. Es gibt Grund zur Annahme, dass im ambulanten bzw. häuslichen Bereich eine große Dunkelziffer vorhanden ist. Das heißt, viele pflegebedürftige Menschen, die potenziell Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben, machen sie in der Häuslichkeit nicht geltend oder erhalten sie nicht. Dunkelziffer bedeutet, dass nicht in allen errechneten Fällen die Notwendigkeit bestehen muss, ergänzende Hilfen, wie HzP in Anspruch zu nehmen. Allerdings deutet sehr viel darauf hin, dass es oft so ist: SPV ist eine Teilleistungsversicherung – Bedarfe werden nicht allein durch sie gedeckt. Pflegegeld wird in einkommensschwachen Haushalten zur Aufstockung des Einkommens genutzt, was der Inanspruchnahme von HzP entgegensteht, denn ansonsten würden sie es verlieren. Letztlich ist die Anpassung der Sachleistungen im ambulanten Bereich in PG 2 und 3 seit 2017 lediglich um 13,5 % gestiegen – die Preisentwicklung war um ein Vielfaches höher.

[1] https://www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/neue-studie-hunderttausende-von-verdeckter-pflegearmut-betroffen/

Die in der o.g. Studie errechneten Dunkelziffern zeigen, dass in der häuslichen Pflege im Bundesdurchschnitt weniger als 20 % ihre möglichen Ansprüche realisieren. D.h. knapp 316.000 Pflegebedürftige, die potenziell Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben, tun dies nicht. Und es ist vom Wohnort abhängig, wie die zunehmend schwerer aus eigenen Mitteln zu finanzierende Pflege in einkommensschwachen Haushalten durch Hilfe zur Pflege unterstützt wird. Gravierende Unterschiede bei Inanspruchnahme(-möglichkeiten) und amtlichen Gewährungspraktiken bei der Hilfe zur Pflege werfen Fragen nach dem Vollzug eines bundesweit geltenden Gesetzes auf.

Ein Gesamtblick zeigt aber auch, dass gerade Hamburg für den häuslichen Bereich (und insbesondere außerhalb von Pflege-WGs) auf Grundlage einheitlicher Verwaltungsvorschriften in einer Form Sozialhilfeleistungen gewährt, die der Gesetzeslage entsprechen kann. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in einigen Bundesländern, wie z.B. in Berlin, Personen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften oft Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen, weil für diese Fälle, ähnlich wie im vollstationären Bereich, eine „leistungserbringungsrechtlich abgesicherte Gewährungspraxis“ etabliert ist und in Abgrenzung dazu kaum eine vergleichbare Praxis für eine Gewährung in der eigenen privaten Häuslichkeit. Pflege-WGs zeigen zudem einmal mehr, dass die Pflegearmutsproblematik in den Mittelschichtshaushalten angekommen ist, da auch sie sich die Pflegekosten nicht mehr leisten können.

Zudem legen weitere Modellrechnungen nahe, dass Pflegebedürftige in der Häuslichkeit, die Sachleistungen durch ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen, was auf 15-25 Prozent zutrifft, im Zuge leistungserschließender Beratung durch diese, häufiger Hilfe zur Pflege erhalten, als wenn sie nur Pflegegeld in Anspruch nehmen. Aber auch hier wirkt sich hemmend aus, dass ambulante Pflegedienste ohne eine (i.d.R. lange dauernde) Bewilligung des Sozialhilfeträgers wg. dem Ausfallrisiko derartige Leistungen oft nicht erbringen „können“. Eine entsprechende Regelung wie im vollstationären Bereich, die das wirtschaftliche Risiko reduziert, fehlt (§ 19 SGB XII).

Einkommensschwachen Haushalten fehlt häufig das Wissen zur Inanspruchnahme. Eine leistungserschließende Beratung im Bereich der Hilfe zur Pflege ist nicht weit verbreitet. Haushalte mit niedrigem Einkommen nutzen aber häufig das Pflegegeld der Pflegeversicherung. Eine Inanspruchnahme von Sachleistungen führt zu Kürzungen des Pflegegeldes und wird daher selten in Anspruch genommen. Dabei ist weniger bekannt, dass bei Ausschöpfung der Sachleistungen der Pflegversicherung, ein (anteiliger) Pflegegeldanspruch gem. §§ 64a, 63b Abs. 5 SGB XII im Rahmen der Hilfe zur Pflege verbleibt und insgesamt mit den zusätzlichen Mitteln Pflege zu Hause besser organisiert werden kann.

Im Alter ist besonders Scham verbreitet, Sozialhilfeleistungen in Anspruch zu nehmen. Die hohe Nichtinanspruchnahme von Hilfe zur Pflege erzeugt eine politische und mediale Unterschätzung des Phänomens. Verdeckte Pflegearmut in der Häuslichkeit bleibt so unterhalb des Radars.

Aufgrund dieses Befundes fordert der Paritätische, die Realisierbarkeit von Hilfe zur Pflege in häuslichen Pflegesettings flächendeckend zu überprüfen und mit den Ergebnissen einen Maßstab an die Sicherstellung der häuslichen Pflege zu stellen, der auch dort Existenzsicherung, Selbstbestimmtheit, Menschenwürde und Teilhabe ermöglicht und gleichzeitig „Pflegearmut“ differenziert beantwortet. Dabei kann und sollte man sich an der Praxis in Hamburg orientieren.

Die Betrachtung einer vergleichsweise geringen Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege in häuslichen Pflegesettings, muss in die öffentliche und politische Debatte über steigende Eigenanteile bei zunehmenden Pflegekosten einbezogen werden und zur Beantwortung der Frage führen, wie in dieser Hinsicht der Grundsatz ambulant vor stationär ausgestaltet und über dies hinaus Pflege gleichberechtigt unabhängig vom Wohnort organisiert werden kann.

Voraussetzung für eine Praktizierung der Hilfe zur Pflege entsprechend der Gesetzeslage ist, dass örtliche und überörtliche Träger der Sozialhilfe dazu auch finanziell in die Lage versetzt werden müssen. Eine weitere Voraussetzung ist, dass leistungserschließend beraten wird. Das Pflegeneuordnungsgesetz muss beinhalten, dass der vorgesehene Ausbau der (pflege-)fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege dieses realisiert und die Thematik auch von einer stärkeren Rolle der Kommunen in der Pflege getragen wird. Dies kann höhere Folgekosten für den Sozialhilfeträger verringern, wenn bspw. Heimeinzüge durch diese Unterstützung vermieden werden.

Im Pflegeneuordnungsgesetz muss eine Sonderrechtsnachfolge für ambulante bzw. häusliche Pflege analog der Regelung wie im vollstationären Bereich gem. § 19 Abs. 6 SGB XII eingeführt werden, so dass Pflegedienste bei offenen Bewilligungsverfahren der Hilfe zur Pflege nicht das Ausfallrisiko tragen, wenn Sozialhilfeberechtigte versorgt werden. Dies ist umso bedeutender, als dass die Prüfung der Anträge sehr lange – mithin viele Monate – dauert. Daher ist dringend eine Beschleunigung der Prüfverfahren (auch für den vollstationären Bereich, der regelmäßig unter hohen Ausständen leidet) umzusetzen. Alternativ muss flächendeckend ein Abschlagszahlungsverfahren etabliert werden.

Ferner spricht sich der Paritätische dafür aus, die Einkommens- und Vermögensgrenzen der Hilfe zur Pflege an die aus Betroffenensicht günstigeren Regelungen der Behindertenhilfe anzupassen und den Ehegatt*innenregress aufzuheben.

Berlin, 23. November 2026

gez. Katja Kipping

Geschäftsführerin

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Kontakt: altenhilfe@paritaet.org