

Dossier „Reform“ der Pflegeversicherung

Silvia Klein, Matthias Neumann; August 2025

Nach einer Diskussion im Koordinationskreis des Netzwerks Care Revolution, in dem Solidarisch Sorgen e.V. als Kooperationsorganisation Mitglied ist, haben wir uns zur Aufgabe gemacht, die aktuelle Diskussion um Veränderungen in der Pflegeversicherung, insbesondere hinsichtlich der Pflegefinanzierung, aufzuarbeiten. Das Thema ist aktuell: In Umsetzung des Koalitionsvertrags soll bis Ende des Jahres eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe das Konzept einer großangelegten „Pflegereform“ erarbeiten. Dessen Linien sind zwar noch offen gehalten, jedoch macht schon die Frage, was in der Arbeitsgruppe geprüft werden soll, wie Verpflichtung zur privaten Vorsorge, und was nicht erwähnt wird, etwa Möglichkeiten der Einnahmeverbesserung, hellhörig. Ebenso, dass Stichworte aus dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Unternehmerverband BDA aufgegriffen werden, nicht aber die vom Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung, dem große Organisationen wie der DGB oder der Paritätische Gesamtverband angehören. Auf diese Inhalte wird in der Textsammlung eingegangen.

Wir halten das Thema für wirklich wichtig: In einer Situation andauernder ökonomischer Stagnation identifiziert auch die herrschende Politik Aufgaben (Umbau der energetischen Basis der Ökonomie, Erneuerung der materiellen Infrastruktur (Bahn, Brücken, ...), soziale Infrastruktur und Sozialversicherung, Digitalisierung), die für politische Akzeptanz und Konkurrenzfähigkeit erforderlich sind, für die jedoch die Mittel fehlen. Zugleich blockiert die fortbestehende neoliberale Dominanz zugleich die Erhöhung der Staatseinnahmen und die der Staatsverschuldung. Zusätzlich werden massiv Staatsausgaben ins Militär umgelenkt.

Vor diesem Hintergrund wird Druck aufgebaut, die Ausgaben für die Pflege zu begrenzen, trotz der vorhandenen und durchaus wahrgenommenen ungelösten Probleme bei der Absicherung der Pflege, die sich vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung noch zuspitzen. Absicherung soll vermehrt wieder individuell geschehen. Die Antworten von PKV-Verband und vom Unternehmerverband BDA sind als einseitige, die Belastung Pflegenden erhöhende, Pflegequalität gerade für Ärmere senkende und deshalb letztlich nicht dauerhaft funktionsfähige Maßnahmen einzuordnen. In der aktuellen politischen Situation gibt es jedoch überhaupt keine Gewissheit, dass nicht dennoch genau solche Maßnahmen ergriffen und ggf. verschärft werden, durch Lohnarbeitszwang (paralleler Druck bei Rente und ALG) und die Mobilisierung unentlohnter Arbeit irgendwie aufrechterhalten. Die mögliche politische Rechtsverschiebung macht dies nur noch wahrscheinlicher.

Im Kern des Themas „Pflege“ stehen menschliche Verletzlichkeit, die Zuteilung von Sorgearbeiten nach Geschlechter-, klassistischen und rassistischen Normen sowie der Druck auf Menschen, die gerade auch wegen der Übernahme von Sorgeverantwortung in prekären Lebenslagen sind. Zudem ist hier offensichtlich, dass eine solidarische Lösung dieser Probleme eines „strukturell sorglosen“ Kapitalismus vonnöten ist. Also wirklich ein Kernthema sowohl unseres Vereins als auch des Netzwerks Care Revolution. Fraglos ist auch, dass ohne Bemühungen um eine große, tendenziell bewegungsübergreifende Antwort sich nichts zum Besseren wenden wird.

Mehrere aktuelle Diskussionsstränge in der Care-Bewegung treffen sich hier: Care-Kämpfe gewinnen lernen, damit Reformkonzepte glaubwürdig werden; die Formulierung einer solidarischen und konsistenten Alternative zum gegenwärtigen Sozialsystem; Vergesellschaftung von Care-Aufgaben, die aktuell mit steigender Tendenz in profitorientierten Unternehmen und ebenso isoliert in Kleinfamilien oder je individuell stattfinden.

Die Textsammlung hat vier Teile, von denen der erste und vierte neu für diese Sammlung entstanden sind. Da die Erarbeitung der Textsammlung in unsere wechselnden Urlaubsphasen fiel und wir angesichts der Dringlichkeit des Themas nicht allzu lange warten mit dem Verschicken warten wollten, hat keine gemeinsame Endredaktion stattgefunden. Es gibt also ein paar Überschneidungen, auch haben wir nicht an einer gemeinsamen Positionsfindung gefeilt. Unabhängig davon hoffen wir, für die Leser*innen nützliche Informationen zusammengestellt zu haben.

Ergänzung vom Januar 2026: Als fünften Text haben wir eine Auswertung des Berichts der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Pflegereform hinzugefügt.

- 1) Entwicklung der Pflegeversicherung und Stand heute (grundlegende Informationen) (S. 3)
- 2) Versuch einer Einordnung der Veränderungen in der Pflegeversicherung (Text *Kurzer Überblick zur Situation in der Altenpflege* von 2023, Zahlen aktualisiert (S. 5)
- 3) Schließung von Pflegeeinrichtungen (Beitrag *Schließung von Pflegeeinrichtungen. Kein Nebenprodukt einer „Insolvenzwelle“, sondern Systemversagen*, veröffentlicht auf der Care Revolution-Website im April 2025) (S. 9)
- 4) Überblick zu aktuellen Vorschlägen der Reform der Pflegeversicherung (S. 13)
- 5) Kurzauswertung des Berichts der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Pflegereform (S. 19)

1) Entwicklung der Pflegeversicherung und Stand heute

Silvia Klein

Die Pflegeversicherung trat 1995 in Kraft und ist die fünfte Säule der Sozialversicherung. Zuvor galten Pflege und Pflegebedürftigkeit als Privatrisko. Oft wurden Sozialleistungen und Krankenhausaufenthalte dadurch zu Auffangbecken.

Die Ziele bei der Einführung der Pflegeversicherung waren:

- *Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, Entlastung von Kosten, Finanzierung in engen Grenzen halten (Teilkostenversicherung)*
- *Abhängigkeit von Sozialleistungen mindern & Sozialhilfeträger finanziell entlasten*
- *Entwicklung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur sowie eine Steigerung der Pflegequalität*
- *gesetzlicher Rechtsanspruch auf einen Versorgungsvertrag, gewinnwirtschaftliche und freigemeinnützige Träger werden vorrangig berücksichtigt*

Seit der Einführung der Pflegeversicherung wurden mehrere Reformen durchgeführt. 2008 trat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Kraft und mit ihm eine Pflegezeit. Für erwerbstätige Pflegende in Unternehmen mit mehr als 15 Beschäftigten gilt seitdem ein Rechtsanspruch auf eine bis zu sechsmonatige Erwerbsunterbrechung oder Arbeitszeitverkürzung (ohne Lohnersatzzahlungsleistungen). Seit 2015 kann in den ersten 10 Tagen ein Pflegeunterstützungsgeld bezogen werden.

Seit 2012 gibt es die Familienpflegezeit, mit der eine Erwerbsarbeitszeitreduzierung für bis zu zwei Jahre für Pflegende stattfinden kann. Dabei bekommen Pflegende zunächst einen Lohnvorschuss, der die Hälfte des durch die Reduzierung fehlenden Nettogehalts beträgt, wenn sie weiterhin mindestens 15 Wochenstunden arbeiten. Dieser wird seit 2015 von der Pflegeversicherung finanziert. Bei dem Vorschuss handelt es sich um einen Kredit, der zinslos zurückgezahlt werden muss, sobald die beschäftigte Person wieder in Vollzeit erwerbsarbeitet.

Vor allem aber hat sich die Definition der Pflegebedürftigkeit geändert. Zunächst wurde die Pflegebedürftigkeit in drei Pflegestufen erfasst. So galt eine Person dann als pflegebedürftig, wenn sie Unterstützung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens benötigte. Darunter fielen zum Beispiel Mobilität, Körperpflege oder Ernährung.

Die Pflegestufen wurden 2017 durch fünf Pflegegrade ersetzt. Seitdem steht die selbstständige Alltagsbewältigung im Mittelpunkt und es werden auch psychische Einschränkungen berücksichtigt. Vor allem Demenzkranke, die im vorherigen System nicht erfasst waren, erhalten nun Pflege- oder Pflegeersatzleistungen.

Bei der Pflegeversicherung handelt es sich um eine Pflichtversicherung. In vielen Bereichen funktioniert sie parallel zur Krankenversicherung, so sind die Pflegekassen an die Krankenkassen angegliedert und es gibt sowohl eine private als auch eine gesetzliche Pflegeversicherung. Die Finanzierung der Pflegeversicherung erfolgt durch ein Umlageverfahren.

Bei der sozialgesetzlichen Pflegeversicherung werden die Beitragssätze vom Gesetzgeber festgelegt, zwischen den Pflegekassen gibt es keine Unterschiede. Der Beitragssatz beträgt seit 2025 für Arbeitnehmer 3,6 Prozent, für kinderlose Versicherte, die älter als 23 Jahre sind, gilt ein Beitragssatz von 4,2 Prozent. Für Einkommen unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze fällt kein Beitrag an.

Bei der privaten Pflegeversicherung richtet sich der Beitrag nach dem Gesundheitsstatus und dem Alter des*der Versicherten zum Zeitpunkt des Eintritts in die Versicherung.

Zusätzlich zur privaten und gesetzlichen Versicherung gibt es auch (staatlich geförderte) private Pflegezusatzversicherungen.

Seit dem Beginn der Pflegeversicherung steigen die Ausgaben, aber auch die Einnahmen an. Während der Hochzeit der Corona-Pandemie 2021 und 2022 stiegen die Ausgaben besonders über das, was demografisch zu erwarten war. 2023 gingen die Gesamtausgaben dann wieder leicht zurück.

Die Zahl der Pflegebedürftigen hat sich seit 2010 verdoppelt. Die Anzahl der Versicherten ist nur leicht gestiegen. Das liegt teilweise am demografischen Wandel und der steigenden Lebenserwartung (immer mehr Menschen werden immer älter, womit altersbedingte Krankheiten einhergehen, während die Geburtenraten sinken), aber vor allem an der Reform der Pflegestufen zu Pflegegraden, wodurch deutlich mehr Menschen offiziell als pflegebedürftig gelten.

Auch die Kosten von Pflegeleistungen und die Beitragssätze haben sich erhöht. Wichtig hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass ersteres bedeutet, dass die Eigenanteile (also die Summe, um die die Pflegekosten die Zuzahlung der Pflegekassen überragen) von Betroffenen steigen, während die Leistungen der Pflegeversicherung konstant bleiben. 2023 lagen sie im Durchschnitt bei 1.443 Euro pro Monat, mit Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten ungefähr 2.800 Euro. Seit 2017 sind sie um rund 134% angestiegen.

Höhere Kosten ergeben sich auch durch (begrüßenswerte) Lohnsteigerungen im Pflegebereich.

Die Belastung von Pflegenden im häuslichen Bereich (die also Pflegegeld erhalten) ist alarmierend hoch: Gut Jeder vierte Befragte gibt an, hoch belastet zu sein. Mehr als 50 Prozent der Befragten wünschen sich mehr Unterstützung.

Quellen:

Schwinger, A., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J., Jacobs, K., Behrendt, S. (Hrsg.): Pflege-Report 2024. Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege. Springer Open. Berlin, 2024.

<https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/516181/organisation-und-finanzierung-der-pflegeversicherung/> (30.07.25)

<https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/516172/ziele-und-wirkungen-der-pflegeversicherung/> (30.07.2025)

<https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/294916/politikfeld-pflege/> (30.07.2025)

https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI63_Thema_Monat_09_2024.pdf (06.08.2025)

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WldOmonitor/wido-monitor_1_2024_pflegehaushalte.pdf (06.08.2025)

2) Kurzer Überblick zur Situation in der Altenpflege

Matthias, Juni 2023, geringfügig aktualisiert August 2025¹

In der Altenpflege zeigt sich, wie verschiedene Formen der Sorgearbeit ineinander greifen, und es zeigt sich die Überlastung aller Arbeitenden. Von den ca. 5.7 Millionen pflegebedürftigen Menschen bzw. Menschen mit einem Pflegegrad werden 86 Prozent zu Hause betreut, 14 Prozent in stationären Einrichtungen. Von den zu Hause gepflegten Personen werden wiederum 78 Prozent ausschließlich durch An- und Zugehörige, ohne Leistungen ambulanter Pflegedienste, gepflegt. Diese der Pflegestatistik entnehmbare Zahl umfasst allerdings nicht die In-House-Betreuer*innen, die sogenannten 24-Stunden-Kräfte.

Da die Kosten der Pflege immer weiter stiegen, wurde im Jahr 1995 die Pflegeversicherung eingeführt, also zu einer Zeit, als es eine ungebrochene Dominanz neoliberaler Politik gab. Der entscheidende Unterschied zur Krankenversicherung: Während diese eine Vollversicherung ist, also grundsätzlich die Kosten von Untersuchungen und Behandlungen komplett übernimmt, handelt es sich bei der Pflegeversicherung um gedeckelte Zuschüsse, die sich nach dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, dem Pflegegrad, richten. Es werden also nicht die tatsächlichen Kosten übernommen, die den Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen durch die Pflege entstehen. Kosten, die über diesen Betrag hinausgehen, sind von den Pflegebedürftigen zu tragen; wenn ihr Einkommen oder Vermögen hierfür nicht reicht, werden zunächst die Angehörigen herangezogen und dann die Kommunen über die Hilfe zur Pflege. Dabei gilt weiter der Vorrang häuslicher Pflege, der im SGB XI festgeschrieben ist. Gleichzeitig weitet die Pflegeversicherung den Markt für Altenpflege aus, so dass renditeorientierte Träger einen immer größeren Teil des Angebots abdecken. Private Träger betreiben mittlerweile 41 Prozent der Plätze in Pflegeheimen; bei 56 Prozent der von Pflegediensten Betreuten sind es private Dienste, ein massiver Anstieg in den letzten 20 Jahren. Dabei ist der Markt sehr zersplittert; es gibt keinen Konzern in der Branche mit einem Marktanteil von mehr als 3%.

An der Konstruktion der Pflegeversicherung gibt es einige grundsätzliche Kritikpunkte. Zunächst werden durch die Entscheidung, sie nicht als Vollversicherung auszustatten, die finanziellen Folgen der Pflegeversicherung weiter individualisiert. Damit wird Pflegebedürftigkeit weiterhin weitgehend als individuelles Schicksal behandelt. Entspricht die Pflegeversicherung in dieser Hinsicht nicht dem Grundgedanken einer solidarischen Versicherung, gilt dies auch für die Finanzierungsbasis: Wie bei der Krankenversicherung gibt es die Trennung zwischen gesetzlichen und privaten Kassen, es werden nicht alle Einkommensarten zur Finanzierung herangezogen (z.B. Kapitaleinkünfte) und es existiert eine Beitragsbemessungsgrenze.

Zudem soll die Pflege grundsätzlich freigemeinnützigen und privaten Anbietern überlassen bleiben, kommunale Angebote sind nachrangig (§ 11, SGB XI). Damit ist der Spielraum für Kommunen, selbst die Versorgung in die Hand zu nehmen, deutlich eingeschränkt.

Schließlich führt die Teilfinanzierung durch die Pflegeversicherung zu Kosten- und Lohndruck. Die Pflegesätze, die Heimbetreiber verlangen können, werden in Pflegesatzverhandlungen zwischen den einzelnen Heimbetreibern einerseits und Kostenträgern (Pflegekassen, Kommunen) andererseits festgelegt. Diese möchten Kosten sparen. Zudem muss der Großteil der Pflegekosten von den Pflegebedürftigen und Angehörigen selbst getragen werden – trotz der eigens eingerichteten

¹ Der Text ist als Kurzinput für die Freiburger Care Revolution-Regionalgruppe entstanden. Dass nie eine Veröffentlichung geplant war, macht sich leider in den fehlenden Quellenangaben bemerkbar. Meldet euch bei Bedarf, ich versuche zu rekonstruieren.

Versicherung. Niedrige Pflegesätze sind deshalb ein entscheidendes Argument in der Konkurrenz um die Belegung der Pflegeplätze.

Dennoch steigen die Löhne in der Altenpflege so schnell wie wohl in keiner anderen Branche. Zwischen 2012 und 2023 stiegen die nominalen Einkommen von Altenpfleger*innen in Vollzeit um 64%, von Altenpflegehelfer*innen um 73%, viel stärker als im Durchschnitt der Beschäftigten (+32% und +35%) (https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2023.pdf). Dabei liegen Altenpfleger*innen seit 2020 über dem Durchschnitt aller Fachkräfte, Altenpflegehelfer*innen seit 2022 über dem Durchschnitt aller Hilfskräfte.

Der Arbeitskräftemangel – bis 2030 werden 180.000 Pflegekräfte in der Altenpflege fehlen – hat in geringerem Maß damit zu tun, dass zu wenig Fachkräfte ausgebildet werden und mehr damit, dass sie in Teilzeit gehen oder ganz ihren Beruf verlassen. Hier geht es zentral um Arbeitsbelastung, verbindliche Dienstpläne, wertschätzenden Umgang oder die Möglichkeit, dem eigenen Verständnis von guter Pflege gemäß arbeiten zu können. Bei der Befragung für den DGB-Index Gute Arbeit 2018 gaben 69 Prozent der Altenpfleger*innen an, dass sie sich gehetzt fühlen oder unter Zeitdruck stehen; 42 Prozent mussten Abstriche bei der Qualität der Pflege machen. Einen massiven Schub der Belastung und Gefährdung stellte dabei die Politik während der Corona-Pandemie dar, sowohl für die Beschäftigten als auch für die betreuten Personen. Auch die Entlohnung ist wichtig, aber nicht erstrangig. Unter verbesserten Bedingungen, so eine großangelegte Untersuchung aus dem Jahr 2022 (AK Bremen, IAT, AK Saarland: „Ich pflege wieder, wenn...“:

https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf), wären hinreichend viele Fachkräfte bereit, in den Beruf zurückzukehren oder die Stunden aufzustocken, dass der Großteil des Fachkräftemangels oder gar der gesamte zu beheben wäre. Dies mag überoptimistisch sein. Aber die Tendenz – mit der neoliberalen Ausgestaltung der Altenpflege wurde ein Teufelskreis aus Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, Arbeitskräftemangel und Ausweitung der häuslichen Pflege in Gang gesetzt – ist unstrittig. Mittlerweile bedroht diese Entwicklung auch die Rentabilität von Pflegeheimen.

Die belastenden Arbeitsbedingungen wirken sich auch auf das Einkommen aus. Denn eine Folge ist, dass die Beschäftigten überwiegend nicht in Vollzeit arbeiten. Das hat im Wesentlichen zwei Gründe: Einerseits sind die Einrichtungen an möglichst hoher Flexibilität beim Personaleinsatz interessiert. Dem kommen Teilzeit-Verträge wesentlich mehr entgegen als Vollzeitverträge. Auf der anderen Seite möchten auch viele Beschäftigte aufgrund der Belastung in Teilzeit arbeiten. Der Teilzeitanteil in der Altenpflege ist nochmals viel höher, als auch in dieser Frauenarbeitsbranche (ambulant 85%, stationär 82% der Beschäftigten) statistisch zu erwarten wäre. All dies führt dazu, dass trotz des Fachkräftemangels der Anteil in Teilzeit Arbeitender hoch ist und zunimmt. Wieder an der stationären Pflege konkretisiert: Waren 2001 noch 49 Prozent der Beschäftigten (ohne Azubis, soziale Dienste und Praktika) in Vollzeit, verringerte sich der Vollzeitanteil auf 29 Prozent im Jahr 2023.

Der Großteil der Pflege von Menschen mit Pflegegrad geschieht nicht in Pflegeheimen, sondern unentlohnt in familiären Arrangements. Wie viele Menschen hier an der Pflege beteiligt sind, lässt sich so einfach gar nicht sagen. Auf Basis von Daten des Sozioökonomischen Panels wird geschätzt, dass 2018 ca. 4.3 Millionen Menschen, zu etwa zwei Drittel Frauen unentlohnt mindestens eine Stunde pro Tag Pflege leisteten. Der Frauenanteil bei Pflegenden im erwerbsfähigen Alter liegt dabei deutlich höher. Mit der zunehmenden Erwerbsquote in der Gesamtbevölkerung, eine wesentliche Zielsetzung der neoliberalen Familienpolitik, steigt auch der Anteil der Erwerbstätigen unter den Hauptpflegepersonen: Von 1998 bis 2016 stieg der Anteil der erwerbstätigen Hauptpflegepersonen unter 65 Jahren, wenn geringfügig Beschäftigte herausgerechnet werden, von 29 auf 54 Prozent.

Allerdings wird über die Hälfte der Pflegestunden von nicht erwerbstätigen Personen geleistet. Dennoch empfindet ein Großteil der Hauptpflegepersonen die Belastung durch die Pflege weiterhin als stark oder sehr stark. Gleichzeitig bedeutet, Angehörige zu pflegen, dass die Erwerbsarbeit häufig reduziert oder aufgegeben werden muss. Pflegenden sind daher einem höheren Risiko von Armutsrisiko und Altersarmut ausgesetzt. Das DIW stellt hierbei fest, dass mit der Rentenreform die Pflegezeit durch Angehörige sinkt, während zugleich insbesondere Frauen zur Pflege ihren Renteneintritt auch auf Kosten von Einkommensverlust vorziehen. Auch das zeigt das Dilemma der Wirtschaftspolitik: Häusliche Pflege und Erwerbsarbeit lassen sich nicht gleichzeitig ausweiten.

In einer nicht geringen Zahl von Haushalten arbeiten insbesondere Frauen aus Osteuropa, im Haushalt lebend, in der Versorgung und Pflege betreuungsbedürftiger Menschen. Wie viele Menschen arbeiten überhaupt unter diesen Bedingungen? Die Arbeitsverhältnisse sind völlig unterschiedlich reguliert und nicht erfasst. Relativ aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 300.000 bis 500.000 Arbeiter*innen in ca. 8% der Pflegehaushalte unter live-in-Bedingungen arbeiten. Selten ist die direkte Anstellung durch einen Privathaushalt. Diese ist übrigens der einzige Fall, in dem Haushaltsangehörige legal Arbeitsanweisungen geben können. Weit häufiger sind Modelle, nach denen ausländische Unternehmen Beschäftigte entsenden oder als Agentur auftreten, die selbstständig Arbeitende vermitteln. Im letzteren Fall gelten arbeitsrechtliche Beschränkungen ohnehin nicht – es gibt keinen Arbeitsvertrag. Der Branchenmindestlohn, der für entsendete Pflegekräfte gezahlt werden müsste, wird dadurch umgangen, dass die Arbeit als Betreuung statt als Pflege deklariert wird. Dies bedeutet gleichzeitig, dass medizinische Pflege nicht legal stattfinden darf. Das gesamte live-in-Konzept stellt also eine rechtliche Grauzone mit zumindest irregulären Bedingungen dar, die jedoch staatlich zumindest geduldet wird und dereguliert bleibt, weil die Pflege unter den bestehenden Bedingungen anders kaum aufrecht erhalten werden kann.

Häufig wird die Seite der Sorgebedürftigen in der Debatte über Altenpflege außen vor gelassen. Dass sich ein schlechter Betreuungsschlüssel oder Überlastung der Beschäftigten auch auf die auswirkt, die von ihnen betreut werden, liegt auf der Hand. Zudem ist eine zentrale Voraussetzung gut gestalteter Sorge, dass alle Beteiligten überhaupt über ihre Situation entscheiden können. Hier kommt wieder die Konstruktion der Pflegeversicherung als Teilversicherung zum Tragen: Der Eigenbeitrag bei stationärer Pflege jenseits der Zuschüsse betrug im Juli 2025 im Bundesdurchschnitt 3387 € (https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html). Diese finanzielle Belastung lässt sich bei häuslicher Pflege vermeiden, sofern die Angehörigen selbst pflegen. Sie haben dabei die Wahl zwischen Mitteln für ambulante Pflege und dem Pflegegeld. Dieses beträgt jedoch nur ca. 45 Prozent von dem, was die Pflegeversicherung für professionelle Pflege bereitstellt. Begründung hierfür ist, dass das Pflegegeld keine Entlohnung, sondern eine Anerkennung der Pflegetätigkeit darstelle. Dies bedeutet, dass Pflegebedürftige und Angehörige wählen müssen zwischen hoher finanzieller Belastung und dem Verlassen der gewohnten Umgebung einerseits und Arbeitsüberlastung oder finanzieller Belastung der Angehörigen andererseits. Die Entscheidung für eine In-House-Betreuung ist wiederum teuer, insbesondere wenn zusätzlich medizinische Pflege erforderlich ist, und dennoch angesichts der erforderlichen Arbeitsstunden immer noch zu billig, um den Betreuerinnen gerecht zu werden. Eine verallgemeinerbare Lösung ist dieser, in der Pflegeversicherung gar nicht vorgesehene, Weg nicht. All dies belastet die ohnehin schwere Situation der Pflegebedürftigen zusätzlich.

Es fanden in den letzten Jahren mehrere Reformen statt, die ein Lavieren zwischen Kostenbegrenzung, Steigerung der Attraktivität der Branche für Pflegeunternehmen und Sicherung des Bedarfs an Pflegenden, ob beruflich oder unentlohnt, darstellen. Unterm Strich war dies ein Löcher stopfen, dessen Grenzen nicht zuletzt während Corona immer deutlicher wurden. Beispiele der letzten Reformmaßnahmen: Der Kreis der Menschen mit anerkanntem Pflegebedarf wurde mit

dem Übergang von Pflegestufen zu Pflegegraden erweitert. Tariflöhne wurden zunächst in Pflegesatzverhandlungen als grundsätzlich refinanzierbar anerkannt, bevor in einer späteren Regelung Tarif- oder ortsübliche Löhne Voraussetzung für Verträge mit den Pflegekassen wurden. Eine Zuzahlung zum Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil durch die Pflegekasse, die mit den Jahren steigt, die eine zu pflegende Person im Pflegeheim verbleibt, wurde eingeführt. Der Großteil der Kosten der Angehörigen wird dabei nicht berücksichtigt. Aktiv werden Erwerbslose oder im Ausland ausgebildete Pflegekräfte anzuwerben versucht.

Der Beitragssatz ist mittlerweile auf 3.6% für Versicherte mit Kindern, 4.2% für Kinderlose, angestiegen. Unternehmen zahlen weiterhin die Hälfte des Beitrags für Versicherte mit Kindern. Auch passend in dieses Bild des Durchlaviens ist die Erhöhung des Pflegegelds 2024 um 5% und 2025 um 4.5%, nachdem es seit 2017 nicht mehr erhöht wurde. Unterm Strich bleibt immer noch eine reale Senkung von 2017 bis 2025 von ca. 16 Prozent, weil die Inflationsrate nur zum kleinen Teil ausgeglichen wurde.

3) Schließung von Pflegeeinrichtungen. Kein Nebenprodukt einer „Insolvenzwelle“, sondern Systemversagen

Matthias Neumann, April 2025 (veröffentlicht: <https://care-revolution.org/aktuelles/schliessung-von-pflegeeinrichtungen-kein-nebenprodukt-einer-insolvenzwelle-sondern-systemversagen>)

Eine [Pressemitteilung](#) des AGVP, eines der Unternehmensverbände im stationären Pflegebereich, schlug Anfang April kurzzeitig Wellen in den Medien. Sie weist darauf hin, dass aktuell eine zunehmende Zahl von Pflegeeinrichtungen Insolvenz anmelden oder schließen muss. In diesem Fall ist die Kritik des Verbands, dass Pflegekassen und Kommunen zu zögerlich Kosten übernehmen und beglichen. Das Thema der Schließung von Pflegeheimen, Pflegediensten und allgemein Care-Einrichtungen brennt seit Längerem unter den Nägeln, gerade angesichts der persönlichen Dramen, die sich hinter den Zahlen verbergen.

Der AGVP ist als „politische, wirtschaftliche und tarifliche Interessensvertretung der namhaftesten und umsatzstärksten Unternehmensgruppen der deutschen Pflegewirtschaft“ mit dem Slogan „Wir lieben Lobby“ (beide Zitate stammen aus einer [Broschüre](#) des Verbands) keine Quelle, der man unbesehen glauben sollte. Ob Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, gesetzliche Regelungen der Arbeitszeit oder Mindestlöhne – Unternehmen blicken auf alle Themen aus der Perspektive ihrer Rentabilität.

Keine allgemeine „Insolvenzwelle“

Dass diese Meldung nur kurz auf- und schnell wieder untertauchte, liegt sicherlich auch daran, dass sie so gut ins allgemeine Reden von einer Insolvenzwelle, durch „Deindustrialisierung“ ausgelöst, passt und darin untergeht. Deshalb lohnt es sich, letztere Aussage zu prüfen: Je weniger an der Behauptung einer allgemeinen Insolvenzwelle dran ist, desto wichtiger ist es, nach Gründen in der Pflege selbst zu suchen. Zunächst ist festzustellen, dass die Hinweise auf eine von manchen behauptete „Deindustrialisierung“ in Folge des Ukraine-Kriegs und steigender Energiepreise dünn sind. Die Industrieproduktion geht in Deutschland im Trend [seit 2018](#) zurück, ist also z.B. mit steigenden Energiepreisen seit Kriegsbeginn nicht begründbar.

Thema ist vielmehr eine langfristige Stagnation: Das reale Bruttoinlandsprodukt je Einwohner*in lag in Deutschland 2024 auf dem [Niveau von 2017](#) (S.5 der Quelle). Zusammen mit dem BIP/E stagniert auch die Arbeitsproduktivität (ebda., S.33). Die der wirtschaftlichen Dynamik zugrundeliegenden Exportüberschüsse gehen dabei tendenziell zurück, bestehen jedoch fort. Das ist sichtbar an der Entwicklung der [Handelsbilanz](#). Da Kapitalismus ohne Wachstum nicht funktioniert und auch Beschäftigung, Löhne und Staatseinnahmen von dessen Gelingen abhängen, lässt sich mit der Stagnation eine Krise des neoliberalen Modells konstatieren. Dessen zentraler Bestandteil ist die Krise sozialer Reproduktion, die sich unter anderem in stagnierendem Arbeitskräfteangebot, Fachkräftemangel in vielen Bereichen und einer wachsenden Zahl Menschen zeigt, die den Anforderungen der Unternehmen nicht mehr gerecht werden können und es auch nicht wollen. Unzureichende Ressourcen werden für die Ausbildung, für die Unterstützung Sorgearbeitender und auch für die materielle Infrastruktur aufgewandt. Die gewachsene Unsicherheit der Lebensperspektiven – durch einsetzende Klimakatastrophe und Kriegsgefahr verstärkt –, zunehmende Flexibilitätsanforderungen und gestiegene Arbeitsintensität hinterlassen Wirkung. Zwei der am besten dokumentierten Indizien für diesen Zusammenhang sind der [Anstieg psychischer Erkrankungen](#) (S.28 der Quelle) oder der Wunsch nach [kürzeren Arbeitszeiten](#) (S. 13ff. der Quelle).

Die plötzlich einsetzende Krise, die Insolvenzen im Care-Bereich einfach miterklären würde, gibt es also nicht. Umgekehrt tragen die Auswirkungen der permanenten Überlastung der entlohnt und unentlohnt Arbeitenden auf die Ökonomie zur dauerhaften Krisenkonstellation bei. Ausführlicher

dargestellt findet sich dies [hier](#) oder in Gabriele Winkers Buch „[Solidarische Care-Ökonomie](#)“. Auch eine allgemeine „Insolvenzwelle“, die alle Branchen betrifft, ist so zur Zeit nicht beobachtbar. Die [Zahl der Unternehmensinsolvenzen](#) liegt trotz starkem Anstieg in den letzten zwei Jahren noch deutlich unter dem Durchschnitt von ca. 1995 bis 2015. Momentan ist etwa das Niveau von 2015 erreicht. Es handelt sich aktuell also eher um eine Wiederherstellung des kapitalistischen Normalzustands, nach den Corona-Überbrückungsleistungen und insbesondere nach der Phase niedriger Zinsen, die auch unrentablen Unternehmen den Fortbestand ermöglichte. Allerdings geschieht dies durchaus unter der Bedingung einer ins Stocken geratenen Akkumulation und unter Umständen, die eine globale Krise möglich erscheinen lassen.

Insolvenzen von Pflegeeinrichtungen – Ursachen in der Pflegefinanzierung

Dass es bei den Insolvenzen um ein Phänomen geht, das die Care-Infrastruktur ganz besonders trifft, zeigt eine [Aufschlüsselung](#) nach Branchen, die das Institut für Mittelstandsforschung auf Basis von Zahlen des Statistischen Bundesamts vorgenommen hat. Dort ist der viel höhere Anstieg der Insolvenzen im Gesundheits- und Sozialwesen, verglichen mit anderen Branchen, ablesbar. In der eingangs erwähnten Meldung des AGVP wird ohne weiteren Nachweis von 1200 Insolvenzen oder Schließungen von Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2023 und 2024 gesprochen. Diese Zahlen lassen sich jedoch bestätigen: Nicht exakt, aber von der Größenordnung her stimmen sie mit denen des [Portals pflegemarkt.com](#) überein. Hier werden für den Zeitraum von Anfang 2023 bis Februar 2025 ca. 1100 Insolvenzen und Schließungen von Pflegeeinrichtungen mit insgesamt knapp 50.000 betreuten Menschen genannt. Diese Werte beinhalten ambulante Dienste (36.370 betreute Personen), Pflegeheime (10.112 Plätze) und Tagespflegeeinrichtungen (3.235 Plätze). Das ist natürlich ein dramatisches Versagen des Pflegesystems, wenn man um die Schwierigkeit weiß, Plätze in der ambulanten oder stationären Pflege zu erhalten.

Der AGVP benennt insbesondere die Pflegekassen und Kommunen als Verursacher*innen, indem sie zu zögerlich die Kosten übernehmen. Nun muss zunächst festgestellt werden, dass bislang Pflegeunternehmen durchaus florieren: Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 wuchs der Anteil privater, renditeorientierter Anbieter jährlich an, so dass in der ambulanten Pflege mittlerweile ca. 60 Prozent der betreuten Personen von privaten Pflegediensten betreut werden. In Pflegeheimen werden ca. 40 Prozent der Pflegeplätze von privaten Unternehmen angeboten.

Es liegt also nahe, dass, wenn die Kassen zögerlicher zahlen, sie selbst in Problemen sind. Denn ein grundlegend unfreundliches Umfeld für Rendite in der Pflege stellen sie offensichtlich nicht dar. Für diese finanziellen Probleme gibt es auch Hinweise. Nach einem [Bericht des Deutschen Ärzteblatts](#) hat im März die erste Pflegekasse beim Bundesamt für Soziale Sicherung eine Finanzhilfe beantragt. Insgesamt hat die gesetzliche Pflegeversicherung das Jahr 2024 mit einem [Defizit von 1,54 Mrd. €](#) abgeschlossen. Daran wird sich trotz der gestiegenen Beiträge zur Pflegeversicherung grundlegend nichts ändern. Zu den gestiegenen Belastungen der Kassen trägt auch bei, dass der permanente Anstieg des Eigenanteils der Gepflegten an den Pflegeheimkosten – Leidtragende sind insbesondere die Pflegebedürftigen und ihre Familien, aber auch die Kommunen – seit Anfang 2024 durch höhere Zuschüsse der Pflegekassen [abgefedert wird](#). Das neoliberale Konstrukt, Pflegebedürftigkeit als individuell zu tragendes Schicksal statt als gesellschaftliche Aufgabe zu begreifen und deshalb auf eine Vollversicherung zu verzichten, führt zur Entlastung Reicher und Gutverdienender und zur Belastung aller anderen.

Eine zentrale Ursache für die gestiegenen Kosten ist der Fachkräftemangel. Dieser ist zentral in den Arbeitsbedingungen in der Altenpflege begründet und führt dazu, dass trotz des Bedarfs die Zahl der [Pflegeheimplätze](#) seit 2017 weitgehend stagniert. Dass insbesondere die belastenden Arbeitsbedingungen – insbesondere erzwungene Flexibilität, zu wenig Zeit für die Betreuten, hohe

Arbeitsintensität – der Grund sind, dass ausgebildete Pflegekräfte den Beruf wechseln oder ihre Vertragsstunden verringern, geht seit langem durch die Medien. Dass dies tatsächlich die zentrale Ursache des Fachkräftemangels ist, bestätigt auch eine umfangreiche [Studie](#), die von der Arbeiterkammer Bremens und der Arbeitskammer des Saarlands in Auftrag gegeben wurde. Sie beruht auf Daten von 2021 (Befragung von deutlich über 10.000 Personen zu den Voraussetzungen zur Rückkehr in den Beruf oder der Aufstockung der Vertragsstunden) und kommt zum Schluss, dass bei besseren Arbeitsbedingungen auch das benötigte Personal verfügbar wäre; zumindest wäre auf diesem Weg der Großteil des Problems zu lösen.

Vor allem wegen des Fachkräftemangels steigen die Löhne in der Altenpflege [überdurchschnittlich schnell](#) (S. 2-6 der Quelle). Während von 2012 bis 2023 die Reallöhne aller Fachkräfte (dreijährige Ausbildung) um durchschnittlich 4 Prozent stiegen, erhöhten sich die Löhne für Altenpfleger*innen um durchschnittlich 29 Prozent. Für Altenpflegehelfer*innen ist die Entwicklung ähnlich. Im Ergebnis liegen die Löhne für Altenpfleger*innen seit 2020 über dem Durchschnitt aller Fachkräfte, für Altenpflegehelfer*innen sind sie seit 2022 über dem entsprechenden Durchschnitt. Jedoch relativieren sich im Vergleich steigende Löhne, wenn die Arbeit nur in Teilzeit durchhaltbar ist: Der Beruf bleibt unattraktiv.

Grundlegend für die Lohnentwicklung ist also die Arbeitsmarktsituation. Einen zusätzlichen Schub gab es jedoch durch das „Tariftrueugesetz“, das seit September 2022 Pflegeeinrichtungen verpflichtet, tarifliche oder regional übliche Löhne zu zahlen. Genau dies sieht die [AOK](#) als Quelle der Probleme der Pflegeeinrichtungen. Sie verweist auf eine im November 2024 vorgestellte [Studie](#), der zufolge der Anteil der Personalkosten am Umsatz ambulanter Pflegedienste innerhalb von zwei Jahren, 2021 bis 2023, von 67% auf 72% gestiegen ist. In ihrer Interpretation geht die AOK jedoch äußerst selektiv vor. Nicht wiedergegeben wird die zentrale Schlussfolgerung: „Die Umsetzung der höheren Lohnvergütung für Pflegekräfte ist wichtig und richtig, um die Arbeitsbedingungen und die Entlohnung der Pflegekräfte zu verbessern. Die unzureichende Refinanzierung der Personalkostenerhöhungen hat erhebliche Auswirkungen auf die Liquidität ambulanter Pflegebetriebe.“ (S. 5)

Es bleiben jedoch die oben erwähnten finanziellen Probleme der Pflegekassen selbst; die Unterfinanzierung der einen wird durch die Unterfinanzierung der anderen verursacht. Leidtragende sind Pflegebedürftige, pflegende Angehörige, die über ihren Wunsch und ihre Kräfte hinaus die häusliche Pflege übernehmen, sowie die Beschäftigten. Zudem ist zu befürchten, dass sich Pflegekassen und Kommunen, renditeorientierte und andere Träger der Pflegeeinrichtungen sowie die Bundesregierung bei der Dequalifizierung der Care-Arbeit treffen werden. Denn diese erhöht, wenn sie durchgesetzt wird, zugleich das Arbeitskräftepotential und senkt die Lohnkosten. Die Zerlegung der Pflegearbeiten in qualifizierte und unqualifizierte Tätigkeiten und in der Folge die Senkung der Fachkräftequote ist ebenso wie die zunehmende Mobilisierung „ehrenamtlicher“ Arbeit in der Diskussion.

Solidarische Antworten auf die Krise

Dabei ist es für Antworten, die von den Bedürfnissen Pflegender und Gepflegter ausgehen, wichtig, hier differenziert zu argumentieren. Zum einen muss auf jeden Fall mehr Geld in die Altenpflege. Wie dies auf solidarische Weise geschehen kann, zeigen beispielsweise die Vorschläge von ver.di und dem [Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung](#): Alle Einkommensarten in die Beitragsbemessung einbeziehen, Aufhebung der Bemessungsgrenze für hohe Einkommen, Aufhebung der Trennung in gesetzliche und private Pflegeversicherung. Geld ist genug da, das aktuell beispielsweise in Luxuskonsum fließt. Wenn das Argument nicht trägt, dass gute und bedarfsgerechte Versorgung in Pflegebedingungen nicht finanzierbar sei, bleibt jedoch, dass es in vielen Fällen für

bedürfnisgemäße Pflege wichtig ist, dass Freund*innen, Verwandte oder allgemein Menschen, die sich engagieren wollen, einbezogen werden. Ebenso wollen Gepflegte nicht aus ihrem sozialen und räumlichen Umfeld gerissen werden; die Debatte um Caring Communities ist nicht einfach ein Trick zur Kostensenkung. Entscheidend ist, dass unentlohnt Engagierte nicht in (Alters-)Armut und Überforderung gedrängt werden, dass sie bei Bedarf Aufgaben abgeben können, dass sie die notwendige fachliche und technische Unterstützung durch Pflegeeinrichtungen erhalten und dass Tages- und stationäre Pflege verfügbar und qualitativ hochwertig sind, wenn es anders nicht mehr geht.

Hier gibt es im Netzwerk Care Revolution ein Bündel von Ansätzen, die jeweils von vielen Mitgliedern getragen werden: Renditeorientierte Unternehmen raus aus der Pflege, Demokratisierung der Care-Einrichtungen, gemeinschaftlich gestaltete Care-Lösungen im Stadtteil, die über die Beschränkungen der Kleinfamilie hinausgehen, mehr Zeit für Care durch Lohnarbeitszeitverkürzung und erwerbsunabhängige, sanktionsfreie Absicherung der Einzelnen. Dazu natürlich der Ausbau der Care-Infrastruktur durch einen solidarischen Umbau der Sozialversicherungen, wie er oben skizziert ist.

Richtige Forderungen sind das eine, ihrer Durchsetzung näher zu kommen, das andere. Hier liegt viel Nachdenken, Suchen und Ausprobieren in Konflikten vor uns. Dabei ist das, was gerade in der Altenpflege passiert, nicht einfach auf die Schließungen in der stationären Krankenversorgung, auf Arztpraxen, Kitas oder soziale Dienste übertragbar. Alle diese Felder funktionieren unterschiedlich, wenn es um die Finanzierung der Leistungen geht, wenn es darum geht, wie und wie sehr sie neoliberal umstrukturiert wurden und hinsichtlich ihrer Relevanz für die Politik. Dennoch sollten verallgemeinerbare Forderungen und die verschiedenen Akteur*innen zusammenführende Kämpfe möglich sein. Was bleibt uns angesichts der Lage auch anderes übrig?!

4) Überblick zu aktuellen Vorschlägen der Reform der Pflegeversicherung

Matthias Neumann

1) Koalitionsvertrag

(https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf , insb. S.109)

Der Koalitionsvertrag gibt dem Thema „Pflegereform und Bund-Länder-Kommission“ insgesamt 27 Zeilen Raum. Hier wird betont, dass eine „große Pflegereform“ geplant ist, auch die im Juli für die Bund-Länder-Arbeitsgruppe festgelegten Themenfelder werden hier bereits genannt: „Ziele der Reform sind, die nachhaltige Finanzierung und Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung zu sichern sowie eine Stärkung der ambulanten und häuslichen Pflege.“ Ebenso ist diese Bund-Länder-Arbeitsgruppe selbst schon im Koalitionsvertrag benannt. Das Projekt ist also frühzeitig festgelegt und zeitlich ambitioniert: „Die Kommission legt ihre Ergebnisse noch 2025 vor.“ Das gilt besonders angesichts der Tatsache, dass noch wenige konkrete Aussagen getroffen werden. Besonders bezeichnend ist also, wenn etwas – als Prüfungsauftrag – konkret wird. Das betrifft etwa die Einführung einer Karenzzeit zwischen Eintreten des Pflegefalls und erster Zahlung einer Versicherungsleistung, die mögliche Auslagerung von Leistungen „wie die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und die Ausbildungsumlage“ aus der Pflegeversicherung oder das neue Themengebiet einer „eigenverantwortlichen Vorsorge“.

2) Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“

Der Koalitionsvertrag ist also zur Pflegefinanzierung einerseits von der Prozessbeschreibung her klar und ambitioniert, andererseits von den Inhalten her ausgesprochen schwammig, obwohl einzelne Punkte wie „Einführung einer Karenzzeit“ in ihrer Konkretion herausstechen – aber es sind eben alles Prüfpunkte. Diese Prüfung soll in einer Arbeitsgruppe vorgenommen werden, deren Ergebnisse bis Jahresende vorliegen sollen. Die Diskussion und Formulierung eines Gesetzesentwurfs soll dann 2026 beginnen. Im Juli 2025 wurde die Kommission eingesetzt, die auf Minister*innen-Ebene bereits ihre Arbeitsaufträge beschlossen hat:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegereform/250707_AG-Arbeitsauftraege-beschlossen.pdf ,

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegereform/250707_Beschluss_BLAG_Zukunftspakt_Pflege.pdf

Im Mittelpunkt des Arbeitsauftrags, formuliert im Beschluss „Zukunftspakt Pflege“, steht zum einen, Kosten an die Versicherten weiterzugeben („Anreize für eigenverantwortliche Vorsorge“, weiter unten als „verpflichtende individuelle Absicherung“ konkretisiert; „Einführung einer Karenzzeit“), andererseits Entlastung der Versicherten durch Entlastung der Pflegeversicherung (PV) („Verortung der ... als versicherungsfremd bezeichneten Leistungen“, „Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile“), alles als Prüfauftrag formuliert und den Koalitionsvertrag wörtlich aufnehmend. Obwohl mehrere Themen Aufgabenbereich der AG sind, werden allein Fragen der Finanzierung der Pflegeversicherung etwas ausdifferenzierter und konkreter beschrieben. Die Aussagen zum zweiten großen Feld, der Unterstützung ambulanter und häuslicher Pflege, bleiben kurz und allgemein. Diese Bereiche werden zudem in zwei Arbeitsgruppen, „Finanzierung“ und „Versorgung“, getrennt behandelt. Doch auch hinsichtlich der Finanzierung bleiben die Vorgaben für die AG so allgemein, dass eher interessant ist, was bei der Benennung des zu Prüfenden ausgespart bleibt. So wird angesichts der konstatierten Finanzierungslücke der PV die Möglichkeit einer Teilfinanzierung auf Umlagebasis

mit Anreizen zur privaten Vorsorge genannt, ebenso eine kapitalgedeckte ergänzende Pflichtvorsorge. Das Modell einer Bürgervollversicherung wird dagegen nicht genannt.

Kommunale Spitzenverbände werden an den AGs beteiligt, nicht an der endgültigen Positionsfindung. Weitere Organisationen werden erst ab 2026 beratend hinzugezogen; welche, ist nicht benannt.

3) Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)

https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/10-Punkte-Plan_der_PKV_f%C3%BCr_Pflegereform.pdf

Der PKV-Verband legt einen 10-Punkte-Plan „für eine dauerhaft tragfähige Pflegereform“ vor. In diesem Papier wird festgestellt, dass bei steigendem Finanzierungsbedarf und „seit Jahren Milliardendefiziten“ reagiert werden muss. (Die letztere Aussage stimmt nicht: Auch in den letzten Jahren wechselten Überschüsse und Defizite, bei allerdings mehrmals erhöhten Beiträgen: https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html) Dabei dürfe die Umlagefinanzierung nicht ausgeweitet werden – dies wird nicht weiter begründet –, sondern individuelle Vorsorge, etwa über eine private Pflegeversicherung, werde gebraucht. Hauptziel ist dabei die Senkung des Beitragssatzes; das soll erreicht werden, indem die Leistungen nach SGB XI in absoluten Beträgen festgeschrieben werden. Dies bedeutet, dass sie in Folge von Preissteigerungen real sinken. Um dies auszugleichen, werde mehr private Vorsorge erforderlich; hier wird wiederum eine private Pflegezusatzversicherung ins Spiel gebracht. Eine „soziale Komponente“ bei der ausgeweiteten Beteiligung der Versicherten über den Zugriff auf (ggf nicht vorhandenes) Vermögen soll erhalten bleiben.

Neben dem Ziel, die SV-Beiträge durch eine Absenkung der realen Leistung und zusätzliche, aus dem Einkommen zu tragende Versicherungsbeiträge zu senken, wird hier ein offensichtliches Sonderinteresse als Verband deutlich: Eine Ausweitung einer privaten Zusatzversicherung wäre für die Versicherungsunternehmen unmittelbar umsatzsteigernd.

Unter anderem die Ausgestaltung dieser privaten Pflegezusatzversicherung wird durch den „Experten-Rat Pflegefinanzen“ detaillierter beschrieben: https://www.expertenratpflege.de/w/files/downloads/stellungnahme_experten-rat_start-bund-laender-arbeitsgruppe.pdf Dieser „Experten-Rat“ bezeichnet sich als unabhängig, ist jedoch nach derselben Selbstbeschreibung „vom PKV-Verband initiiert“. Er möchte eine Pflicht-Zusatzversicherung einrichten, die kapitalgedeckt finanziert und altersmäßig gestaffelt ist: Jüngere zahlen geringere Beiträge, Ältere höhere, für Rentner*innen werden die Beiträge wiederum halbiert. Gleichzeitig sind diese Beiträge (44 – 64 € monatlich) nicht nach Einkommen gestaffelt. Diese Zusatzversicherung wirkt also zusätzlich zur Beitragsbemessungsgrenze degressiv – Versicherte mit höherem Einkommen sollen einen geringeren Anteil ihres Einkommens einzahlen. Unternehmen können sich für ihre Beschäftigten an diesen Pflicht-Zusatzbeiträgen paritätisch beteiligen (beim PKV-Verband ist diese paritätische Beteiligung als „kann“, beim „Experten-Rat“ als „schlägt vor“ formuliert). Diese Pflicht-Zusatzversicherung soll durch teilweise oder komplette Übernahme der Kosten bei Bedürftigkeit eine „soziale Komponente“ beinhalten. Sie soll nur die stationäre Versorgung abdecken, für die Finanzierung der ambulanten Versorgung oder des Pflegegelds ist sie nicht gedacht.

Einige weitere Elemente des „10-Punkte-Plans“ des PKV-Verbands seien kurz genannt; sie weisen alle in dieselbe Richtung, die PV-Beiträge selbst oder in ihrer Einkommenswirkung zu verringern: Private und betriebliche Vorsorge sollen steuerrechtlich gefördert werden. Versicherungsfremde Leistungen, z.B. SV-Beiträge von Pflegepersonen oder Ausstattung von Pflegeeinrichtungen mit „digitalen Anwendungen“, sollen steuerfinanziert werden. Ebenso soll die Finanzierung der Investitionskosten

der Einrichtungen durch die Länder übernommen werden. Das meiste hiervon findet sich in den Prüfaufträgen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe wieder.

Der PKV-Verband äußert massive Kritik an den Zuschüssen zu den Eigenanteilen im Pflegeheim je nach Aufenthaltsdauer als „Aufweichung des Teilleistungsprinzips“. „Faktisch dient sie dem Vermögens- und Erbenschutz und zementiert ungleiche Vermögensverhältnisse.“ Grundlage dieser Aussage ist die Vorstellung, dass Pflegebedürftigkeit ein individuell zu tragendes Lebensrisiko sein soll. Als Weg schlägt er vor: Der durchschnittliche einrichtungseinheitliche Eigenanteil soll je Bundesland festgestellt und eingefroren werden, so dass er im Zeitverlauf real abgesenkt wird.

Darüber hinaus wird die Darstellung, was zur Finanzierung der Pflege nicht geschehen dürfe, dem „Experten-Rat“ überlassen. Dessen Aussagen hierzu sind wenig überraschend und lassen sich kurz zusammenfassen: Keine Aufhebung der Trennung in Private und Soziale Pflegeversicherung. Keine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, keine SV-Beiträge auf Kapitaleinkommen, keine Deckelung der Zuzahlungen („Sockel-Spitze-Tausch“). Alle diese Aussagen sind erwartbar, weil die Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf eben nicht als gesellschaftliche Aufgabe gesehen wird. Dass die oben erwähnte Einkommens- und Vermögensungleichheit nichts ist, womit der PKV-Verband ein grundsätzliches Problem hat, wird an diesen vehement vorgetragenen Positionen deutlich.

Auf einen Punkt des vom PKV-Verband vorgelegten Plans lohnt es sich noch kurz einzugehen: Statt ambulanten und stationären Sachleistungen soll ein Budget, nach Pflegegraden gestaffelt, gezahlt werden. Nicht genutzte Sachleistungen können zu 50% zur Pflege z.B. durch Nachbarn, die sich mit einem Pflegekurs qualifiziert haben, umgewandelt werden. Alternativ kann ein Pflegegeld in Höhe von 50% der Sachleistungen gezahlt werden. Dieser Vorschlag wird als besondere Unterstützung informell Pflegender benannt. Nicht thematisiert wird, dass damit die Diskrepanz zwischen Pflegegeld und ambulanten und stationären Leistungen, die beim gleichen Pflegegrad etwa doppelt so hoch sind, festgeschrieben wird. Das Pflege-Budget soll auch zur Teilfinanzierung einer „24-Stunden-Betreuung“ nutzbar sein, nicht nur das frei einsetzbare Pflegegeld. Dass dies bislang nicht der Fall ist, weil diese Betreuung nicht als Pflege gilt und deshalb auch nicht dem Pflegemindestlohn und anderen Regularien unterworfen ist, wird nicht erwähnt.

Außerdem soll mehr Augenmerk auf Prävention gelegt werden. Dies heißt unter anderem, dass viele Rechtsansprüche bei Pflegegrad 1 gestrichen werden sollen, wenn sie nicht der Prävention dienen.

4) Bund Deutscher Arbeitgeber (BDA)

https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/bda-arbeitgeber-positionspapier-vorschlaege_der_arbeitgeber_fuer_eine_pflegereform_2026-2025_07.pdf

Die Position des BDA lässt sich etwas kürzer darstellen, weil sie in wesentlichen Punkten deckungsgleich mit der des PKV-Verbands ist. Der BDA geht von deutlich steigenden Pflegekosten aus. Sein Hauptmotiv, diese zu begrenzen, ist entsprechend seinen Verbandszielen die Verringerung der Unternehmensbelastung durch SV-Beiträge. Unter diesen wiesen die PV-Beiträge die größte Dynamik auf. Zentrale Stellschrauben für diesen Zweck sind die Finanzierung „versicherungsfremder Leistungen“ aus Steuermitteln, die Einführung eines „Nachhaltigkeitsfaktors“, hinter dem sich eine Senkung der realen Leistungen verbirgt, wenn das Verhältnis Anspruchsberechtigter zu Einzahlenden sich erhöht, und eine „Stärkung der Subsidiarität“ durch die Verringerung von Leistungsansprüchen. Alle diese Schlüsselbegriffe haben es als zu Prüfendes in die Agenda der Bund-Länder-Arbeitsgruppe geschafft.

Im Einzelnen wird zunächst eine Reihe von Leistungen aufgeführt, die steuerfinanziert werden, von der Krankenversicherung oder den Ländern übernommen werden sollen. Der „Nachhaltigkeitsfaktor“ ist ein besonders prägnantes Beispiel, wie hinter einem scheinbar objektiven und eine Notwendigkeit benennenden Begriff die politische Entscheidung versteckt wird, steigenden Pflegebedarf nicht gesellschaftlich zu finanzieren. „Fehlentwicklungen“ wie die Ausweitung der Anspruchsberechtigten, insbesondere in Zusammenhang mit Pflegegrad 1, Leistungszuschläge bei längerfristiger stationärer Unterbringung und mehr Pflegegeldbezug sollen „korrigiert“ werden. Mittel hierfür soll etwa eine Karenzzeit (also Phase der Nichtauszahlung) für Versicherungsleistungen jenseits von Beratung oder Verbesserung des Wohnumfelds sein. Dabei wird keine konkrete Zeit zwischen Eintreten des Versicherungsfalls und erster Auszahlung genannt, Ziel ist jedoch, 10% der Ausgaben einzusparen. Ersatzweise sollen bis dahin Vermögen, private Vorsorge oder Hilfe zur Pflege eingesetzt werden. Weiter soll der Entlastungsbetrag für haushaltsnahe Dienstleistungen, weil nur Ausgleich eines „kleinen Risikos“, gestrichen werden. Ebenso soll der Leistungszuschlag bei stationärer Unterbringung erst nach 24 Monaten gewährt werden; der pflegebedingte Eigenanteil dürfe keinesfalls weiter begrenzt werden. Hier ist der BDA nochmals härter als der PKV-Verband. Pflegegeld soll nur zweckgebunden verwendet werden dürfen, nicht der „normalen Lebensführung“ dienen. Das ist besonders perfide, da ausgeblendet wird, welche Einkommensverluste pflegende Angehörige auf sich nehmen, wenn sie zur Pflege ihre Lohnarbeitszeit verringern oder den Job beenden. Die geforderte Mitwirkungspflicht bei der Prävention wird nicht ausgeführt, aber nachdrücklich benannt; welches Sparpotential hinter Sanktionen wegen ggf fehlender Mitwirkung sich versteckt, ist vom ALG 2 bekannt. Die private Vorsorge soll ausgebaut werden. Verschiedene Wege der „Entbürokratisierung“ werden benannt; zugleich sollen jedoch Anbieter mit jeder Kasse eigene Verträge abschließen, um durch erhöhten Wettbewerb Kosten zu senken – eine Vervielfachung der Pflegesatzverhandlungen. Nicht ausgeführt wird der Wunsch nach mehr Freiheiten beim Personaleinsatz „anstatt realitätsfernen Personalschlüsseln“.

Auch der BDA spricht sich grundsätzlich gegen die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, gegen einen Finanzausgleich zwischen GKV und PKV, eine Pflegevollversicherung und einen „Sockel-Spitze-Tausch“ aus.

5) Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung (Download [hier](#) zu finden)

In Auftrag gegeben wurde das folgende, von Heinz Rothgang und Dominik Domhoff verfasste Gutachten vom Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung. „Dem Bündnis gehören an: Der Paritätischer Gesamtverband, die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB), der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), der Sozialverband Deutschland (SoVD), der Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen (BKSB), der Deutsche Frauenrat, der BIVA-Pflegeschutzbund, der Arbeiter-Samariter-Bund, die Volkssolidarität, die Arbeiterwohlfahrt AWO und die IG Metall. Vor dem Hintergrund der enormen und weiter steigenden finanziellen Belastungen Pflegebedürftiger setzt sich das Bündnis für eine Reform der Pflegeversicherung ein.“

<https://www.verdi.de/presse/pressemitteilungen/++co++8293f612-dd67-11ef-8509-937fe2dfd641>

Wenige Monate zuvor (Januar 2025) veröffentlicht, stellt das Gutachten ein faktisches Gegenmodell zu PKV-Verband und BDA dar. Es benennt anders als diese Beiträge als Grundproblem die Gleichzeitigkeit von steigenden Eigenanteilen der Versicherten und einer ungerechten und zu geringen Finanzierungsbasis der Pflegeversicherung: Die Eigenanteile waren zur Einführung der PV außer in der höchsten Pflegestufe aus Versicherungsleistungen finanziert, diese blieben dann jedoch bis 2008 bzw. 2015, je nach Stufe, unverändert. Folge waren permanent steigende Zuzahlungen. Im

stationären Bereich haben seit 2022 die bei längerfristiger Unterbringung steigenden Zuschüsse („43c-Leistungen“) den EEE verringert; mittlerweile ist jedoch wieder das Niveau der (gesamten) Zuzahlungen vor der 43c-Einführung erreicht; dies stellt also keine effektive, pflegebedingte Armut vermeidende Regelung dar.

In der häuslichen Pflege gibt es keine steigenden Eigenanteile, sondern eine rückläufige Inanspruchnahme von Leistungen; dieser Hinweis auf sinkende Pflegequalität fehlt bei den zuvor dargestellten Modellen, die nur auf Finanzierbarkeit abstellen, völlig. Die Pflegegeldzahlungen schließlich wurden real verringert: Von 2017 bis 2024 gab es bei einer fünfprozentigen nominalen Anhebung eine reale Senkung um 18%. Ähnlich sieht es bei Pflegesachleistungen aus.

Ebenso besteht ein Gerechtigkeitsdefizit durch die Trennung in SPV und PPV: Zumeist existiert keine Wahlfreiheit bei der Zuordnung zu einem der beiden Systeme. Durch die sehr unterschiedliche Einkommens- und Risikoverteilung zwischen beiden sind die Lasten sehr ungleich verteilt. Die Benachteiligung der SPV hat sich dabei im Zeitverlauf verschärft. Hinzu kommt, dass das BIP deutlich schneller steigt als die beitragspflichtigen Einnahmen. Ursächlich hierfür sind die Wirkungen der Beitragsbemessungsgrenze und die Beschränkung auf Arbeits- und Transfereinkommen als Quellen der SV-Beiträge. Der Großteil des konstatierten Finanzierungsproblems habe diese relativ sinkenden Einnahmen und nicht den überproportionalen Anstieg der Pflegekosten zur Ursache.

Deshalb ist für Rothgang/Domhoff eine „Pflegevollbürgerversicherung“ erforderlich, die alle Einkommensquellen heranzieht und auf eine Beitragsbemessungsgrenze verzichtet, im Gegenzug aber die kompletten pflegebedingten Kosten abdeckt. Dies würde den Beitragssatz gegenüber dem Status Quo trotz des Vollversicherungscharakters fast unverändert lassen. Rothgang/Domhoff rechnen hierfür unterschiedliche Modelle durch.

6) Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)

https://www.diw.de/de/diw_01.c.935664.de/publikationen/diw_aktuell/2025_0104/zusammenhang_von_gesundheit_und_lebenserwartung_bei_renten_und_pflegeversicherung_staerker_beruecksichtigen.html

Auch das DIW argumentiert für eine Bürgerversicherung in der PV. Hauptargument ist, dass die Ausgestaltung als Teilkosten deckende Versicherung besonders ärmere Haushalte trifft, die nicht nur ein geringeres Einkommen und Vermögen besitzen, sondern auch ein höheres Pflegerisiko: „Da Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen oder hoher beruflicher Belastung ein höheres Pflegerisiko aufweisen, fallen die Kosten für diese Gruppe häufiger an und reduzieren das ohnehin geringere verfügbare Einkommen. Die bestehenden sozialen Sicherungssysteme gleichen diese ungleichen Belastungen nur teilweise aus.“ Diese Kombination von Benachteiligungen auszugleichen, erfordert einen Ausbau der Leistungen der Pflegeversicherung, nicht nur hinsichtlich der Kostenübernahme, sondern auch hinsichtlich des Pflegeangebots. Zur Finanzierung sollten umverteilende Maßnahmen ergriffen werden. Das DIW sieht als eine Möglichkeit eine Aufhebung der Trennung in gesetzliche und private Pflegeversicherung, als eine zweite die einkommensabhängige Staffelung von Zuzahlungen. „Bei allen finanziellen Reformen muss aber auch stärker darauf geachtet werden, dass Menschen mit einem hohen Pflegerisiko, aber niedrigem Einkommen, die gleiche Qualität der Pflege erhalten wie Menschen mit höherem Einkommen.“

7) Reform des Pflegegelds – Modell Burgenland

https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/sonst_publicationen/SonderStudie_1-25_pflegerischeAngehörige_web.pdf

Dies wird als „Nebenthema“ der aktuellen Debatte nicht in ähnlicher Ausführlichkeit wie die Vorstellungen zur Reform der Pflegefinanzierung vorgestellt. Ergänzend sei jedoch darauf hingewiesen, dass die vorgestellten Konzepte weitgehend das Einkommen pflegender Angehöriger, also der absolut größten Gruppe Pflegenden, außer Betracht lassen. Während BDA und PKV-Verband es als einen Teil des Finanzierungsproblems ansehen, dass das Pflegegeld als teilweiser Einkommensersatz dient, weil – von den Verbänden unerwähnt – Pflegeverantwortung das bisherige Maß an Erwerbsarbeit unmöglich macht, und diesen Teilausgleich weitergehend als jetzt verhindern möchten, erfassen Rothgang/Domhoff das Problem, dass häusliche Pflege eine Quelle von Armut und Altersarmut ist, nur in Hinblick auf die Zuzahlungen zur Pflege, nicht auf die Einkommensverluste.

Eine Alternative stellt der Ansatz dar, die gesellschaftlich relevante Arbeit der häuslich Pflegenden wahrzunehmen, indem pflegende Angehörige von einer staatlichen Gesellschaft angestellt und entlohnt werden. Hierzu läuft seit 2019 ein Pilotprojekt im österreichischen Bundesland Burgenland. Dessen Konzept zielt besonders auf niedrige und mittlere Pflegestufen ab, in denen ein Großteil der erforderlichen Arbeit von Angehörigen geleistet werden kann. Quelle des Lohns ist zum einen das Pflegegeld jenseits eines definierten Selbstbehalts der pflegebedürftigen Person, zum anderen ergänzende Zahlungen des Bundeslands. Die Höhe des Selbstbehalts wird dabei häufig als zu niedrig kritisiert. Diese Entlohnung pflegender Angehöriger sichert nicht nur Anerkennung, sondern auch Lohnfortzahlung und Vertretung im Urlaubs- und Krankheitsfall sowie einen Rechtsanspruch auf ein Einkommen in fester Höhe. Das Problem der Überlastung pflegender Angehöriger kann durch ein solches Anstellungsverhältnis in dem weiter auf familiäre Pflege abstellenden österreichischen Pflegeregime jedoch nicht gelöst werden. Ebenso erfordern die im Arbeitsvertrag stehenden Arbeitsstunden ebenso wie die Vertretungsregelungen, dass tatsächlich professionelle Entlastung und Vertretungen in hinreichendem Maß vorhanden sind.

Grundsätzlich müssen solche Konzepte jedoch ebenso Teil der Diskussion um eine Pflegereform sein wie andere Formen der Absicherung häuslich Pflegenden. Zu diesen gehört beispielsweise ein Grundeinkommen, auf das entweder bedingungslos oder in Abhängigkeit vom Vorliegen bestimmter Care-Konstellationen Anspruch besteht. Auch diese Modelle haben ihre wie das burgenländische ihre Konstruktionsprobleme; sie sind jedoch dem Status Quo, der die häusliche Pflege weitestgehend als kostenlose Ressource behandelt, in jedem Fall vorzuziehen.

Anmerkungen zum Bericht der Bund-Länder-AG „Zukunftspakt Pflege“

Matthias Neumann, 13.01.2026

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Z/Zukunftspakt_Pflege/20251211_Papier_der_Fachebenen.pdf (zitiert als *Eckpunkte*)

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Z/Zukunftspakt_Pflege/20251211_Ergebnisse_und_Roadmap.pdf (zitiert als *Roadmap*)

Mitte Dezember wurden die vorläufigen Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgestellt, die Vorarbeiten für gesetzliche Neuregelungen in der Pflegeversicherung erarbeiten sollte. Diese gehen jetzt in Beratungen „mit den betroffenen Organisationen“ (Roadmap; S. 7) und sollen in einen Gesetzentwurf münden, der „möglichst Ende des Jahres 2026 in Kraft treten kann“ (ebda.). Zur Finanzierung legt das Bundesgesundheitsministerium einen Entwurf vor und lädt die Landesminister*innen im Februar zum Gespräch ein; das ist offensichtlich eine Konsequenz daraus, dass es hier überhaupt keine Einigung gab.

Die Papiere wurden in zwei Fach-Arbeitsgruppen vorbereitet, die sich mit der pflegerischen Versorgung bzw. der Finanzierung der Pflegeversicherung beschäftigten. Dabei gab es politische Vorgaben, die teils eher beiläufig erwähnt werden: Die Konstruktion der Pflegeversicherung als Teilversicherung wird nicht angetastet; hier gibt es im Text die schräge Aussage: „Das Teilleistungssystem gewährleistet eine faire Lastenverteilung zwischen der Gesellschaft und der Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen.“ (Eckpunkte, S. 30). Sind letztere also nicht Teil der Gesellschaft oder haben sie dafür geradezustehen, dass sie pflegebedürftig werden? Mehrausgaben im Rahmen der Pflegeversicherung sind nur akzeptabel, sofern sie demografisch bedingt sind. Soweit Mehreinnahmen durch eine Änderung der Beitragsbemessungsgrenze geprüft werden, findet dies in engen Grenzen statt (Anpassung an Bemessungsgrenze der Rentenversicherung, nicht Berücksichtigung des gesamten Einkommens). Außerdem soll die Erhöhung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen bzw. der Kommunen begrenzt werden.

Versorgung

Die Ergebnisse zur Versorgung (Eckpunkte, S. 4-29) scheinen relativ unstrittig gewesen zu sein. Hier findet sich sehr viel Kleinteiliges; ich greife ein paar Punkte heraus, die mir besonders relevant erscheinen:

Insgesamt wird sehr stark auf das Thema ‚Prävention‘ gesetzt, in der Erwartung, dass sich auf diese Weise Zahl und Pflegebedarf der Pflegefälle begrenzen lassen, und sicherlich auch, weil hier der Weg des geringsten Widerstands liegt. Immerhin wird hier ausdrücklich auch von „verhältnispräventiven Maßnahmen“ (Eckpunkte; S. 8) gesprochen. Auch wenn das Papier hier nicht konkret wird, wird die Relevanz der Lebensumstände für Verläufe der Pflegebedürftigkeit immerhin genannt.

Pflegekassen und Kommunen erhalten eine stärkere Rolle in der Versorgung. Das gilt für Beratungs- und Unterstützungsangebote, wo sie durch „Opt-in“ (S. 10) selbst aktiv werden können, vor allem sollen sie aber auch reagieren können, indem sie bei Unterversorgung selbst Träger von Pflegeeinrichtungen werden. Die Formulierung deutet nicht darauf hin, dass die im SGB XI festgeschriebene Nachrangigkeit staatlicher Träger in Frage gestellt wird. Das „(mehr) Möglichkeiten“ (S. 20, Klammer im Original) zeigt jedoch, dass das Vertrauen in die Fähigkeit tenditeorientierte und freigemeinnützige Anbieter, die erforderlichen Pflegeplätze bereitzustellen, begrenzt ist.

Erwähnt wird auch die Möglichkeit, dass Pflegekassen Verträge, auch Arbeitsverträge, mit Einzelpflegepersonen abschließen. Hier wird allerdings auf die bestehende Regelung in SGB XI Bezug genommen. Das heißt, dass anders als im österreichischen Burgenland weiterhin „Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, unzulässig (sind)“ (§ 77 (1) SGB XI). Nahestehende Personen werden also nicht mehr finanzielle Anerkennung bzw. Absicherung für ihre Arbeit erhalten.

Eine finanzielle Entlastung wird ausschließlich für Beschäftigte in den Blick genommen, wenn sie ihre Lohnarbeitszeit wegen der Übernahme von Pflegeaufgaben reduzieren. Der Vorschlag bleibt jedoch so schwammig, wie das schon beim Zwischenbericht der Fall war: Das zuständige Ministerium „wird bis Ende 2027 um einen Vorschlag gebeten, ob und gegebenenfalls wann ein Pflegezeitgeld frühestmöglich unter Berücksichtigung der aktuellen Haushalts- und Wirtschaftslage eingeführt werden kann...“ (S. 13) Viel klarer lässt sich nicht sagen: Alles andere ist uns wichtiger als das.

Statt einer Entlastung ist im Kontext der Orientierung auf Prävention ein Entzug von Pflegegeld geplant: Beim Pflegegrad 1 ist geplant, einen Teil dessen, was aktuell in den Entlastungsbetrag geht, „ausgabenneutral in das neue Leistungsangebot (zu integrieren)“ (S. 11). Während für den Pflegegrad 1 also eine dauerhafte Reduzierung des den Haushalten frei zur Verfügung stehenden Gelds geplant ist, ist bei „erstmaliger Einstufung in den Pflegegrad 2 oder 3 eine intensivierte fachliche Begleitung über drei Monate vorgesehen, die durch Halbierung des Pflegegelds in diesem Zeitraum finanziert wird. Zudem wird eine Herabstufung der Pflegegrade vieler Pflegebedürftiger im Finanzierungs-Abschnitt als „fachliche Anpassung der Begutachtungssystematik zur Versorgungssicherung“ (S. 32) versteckt. Diese soll, der dort bezifferten ausgaben senkenden Wirkung zufolge, offensichtlich großen Umfang haben. Details werden jedoch nicht genannt.

Es stellt sich die Frage, wie Pflegedienste und -einrichtungen unabhängig von der Trägerschaft an das benötigte Personal kommen sollen. Hierzu gibt es ebenfalls Aussagen in den Eckpunkten. Im Rahmen der Vorgaben zu Fachkraftquoten soll „für einen Übergangszeitraum (dieser ist nicht genauer benannt; wenn es um Ausgleich des Fachkräftemangels geht, spricht alles für eine dauerhafte Änderung, M.N.) geeignetes berufserfahrenes Personal im Hilfskraftbereich flexibler eingesetzt“ (S. 22) werden können, also fehlendes Personal mit der eigentlich erforderlichen Qualifikation ersetzen.

Anforderungen z.B. zu Hygienebeauftragten sollen gelockert werden, um Zeit für die Pflege freizumachen. Ähnliches erhofft man sich von Digitalisierung und veränderten Regelungen zur Dokumentation. Reichlich perfide ist die Wortwahl „neue Vertrauenskultur in der Pflege“ (S. 24), die besagt, dass die Vorgaben zu Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung gelockert werden sollen. „Vertrauenskultur“ lässt sich dann verstehen als: Die Träger der Einrichtungen werden es schon korrekt machen. Ähnlich die Idee, dass eventuell statt quantitativer Personalvorgaben „künftig ein ergebnisorientierter Prüfansatz im Ordnungsrecht verfolgt werden soll.“ (23)

Potentiell positiv ist die Überlegung, in der ambulanten Pflege wieder eine verpflichtende Zeitvergütung einzuführen. Allerdings ist das mit „die Frage ..., ob ... wieder verpflichtend eingeführt werden sollte“ (S. 24) im Vergleich zu anderen Aussagen so defensiv wie nur denkbar formuliert.

Finanzierung

Während bei der Versorgung einige klare Aussagen zu finden sind, werden zur Finanzierung (S. 30-48) vor allem die Auswirkungen verschiedener Maßnahmen auf den Finanzierungsbedarf quantifiziert, ohne eine Vorstellung zu äußern, was geschehen sollte. Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur

Versorgung dienen der Senkung der Ausgaben. Gemessen werden die Auswirkungen als Prozentsatz des BIP. Hier zeigt sich, dass etwas, was im Versorgungs-Abschnitt nebenbei und eigentlich nicht verstehbar benannt wird – „Der Medizinische Dienst Bund wird damit beauftragt, bis zum Sommer 2026 konkrete Vorschläge für eine Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens ... zu entwickeln“ (S. 10/11) – die deutlich größte ausgabenenkende Wirkung hat. Hier wird auch, im Unterschied zum Versorgungs-Abschnitt, in den dies gehören würde, von „Anpassung“ der Schwellenwerte gesprochen. Anpassung ist hier als Erhöhung zu verstehen, also tendenzielle Einstufung von Pflegebedürftigen in einen niedrigeren Pflegegrad.

In der Folge wird geprüft, wie die Eigenanteile der Versicherten begrenzt werden können. Immerhin findet dieses Ziel überhaupt Eingang in die Überlegungen, im Unterschied zur Setzung z.B. des BDA im Vorfeld, dass die Ausgaben der Pflegeversicherung selbst konstant gehalten oder zurückgeführt werden müssen und alles Weitere nachrangig ist, das Thema der Pflegereform also nicht soziale Absicherung, sondern internationale Konkurrenzfähigkeit der Unternehmen ist. Geprüft wird in der Folge zum einen eine Dynamisierung der Leistungsbeiträge gemäß entweder der Inflations- oder der Lohnentwicklung, zum anderen ein Sockel-Spitze-Tausch, also die Einführung einer „echten“ Teilkasko-Versicherung. Beides führt den Berechnungen nach dazu, dass zusätzliche Einnahmen erforderlich sind, wenn die Eigenanteile begrenzt werden sollen.

Bei diesen Berechnungen zeigt sich, dass gerade das die größten Einnahmewirkungen hat, was nicht im Interessen derjenigen liegt, die am lautesten nach einer Reform der Pflegefinanzierung gerufen haben – Unternehmerverbände und private Kassen. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung und ein ausgabenseitiger Finanzausgleich (der also die unterschiedliche Pflegebedürftigkeit berücksichtigt) zwischen privaten und gesetzlichen Pflegekassen hätten eine etwa gleich hohe, jeweils deutliche Finanzierungswirkung. Ebenfalls deutliche Auswirkungen hätte die Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten, vermutlich bei Anrechnung auf eine gemeinsame Beitragsbemessungsgrenze aller Einkommen (sonst müsste die Wirkung nochmals höher sein). Eine Finanzierung der Rentenversicherungsbeiträge pflegender Angehöriger durch den Bundeshaushalt statt durch die Pflegekassen würde auch stark entlasten, ist aber sicherlich nicht im Interesse der Bundesregierung, auch wenn das Thema im Koalitionsvertrag benannt ist. So ist es kein Wunder, dass die ausführliche, seitenlange Diskussion zusätzlicher Einnahmen in den Eckpunkten in der siebenseitigen Roadmap auf einen Satz reduziert wird: „Hier hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe verschiedene Stellschrauben geprüft und – vor allem bei jenen, die als grundsätzlich umsetzbar bewertet wurden – die Finanzwirkungen überprüft.“ (Roadmap, S. 5)

Weitere Themen sind in diesem Abschnitt die Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds, die bis Mitte/Ende der 30er Jahre das Finanzierungsproblem jedoch vergrößern würde sowie eine obligatorische oder freiwillige Pflegezusatzversicherung. Diese hat zur gesetzlichen Pflegeversicherung den großen, aber nicht benannten Unterschied, dass die Beiträge nur von den Versicherten, nicht paritätisch gezahlt werden. Schließlich wird eine umfangreichere Übernahme der Investitionskosten von Pflegeheimen durch die Länder erwähnt, der einzige Punkt, zu dem Bund und Länder unterschiedliche Positionen zu Protokoll geben. Die Länder sind dagegen...

Auf einen Blick: Es gibt klare Aussagen zur Ausgabenverringerung, die in Kleinigkeiten, z.B. bei Prävention oder mehr kommunalen Kompetenzen, sinnvoll sind, vor allem jedoch zulasten der Ressourcen der Pflegehaushalte und der Pflegequalität gehen. Bei der Finanzierung zeigt sich, obwohl weitgehende Vorschläge (Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze, Einführung einer Bürger*innenversicherung, die alle Einkommensarten in vollem Umfang erfasst, Abschaffung der Doppelstruktur privater und gesetzlicher Kassen) gar nicht geprüft wurden, die Überlegenheit

tendenziell umverteilender Maßnahmen. Hier gibt es jedoch nicht den Ansatz einer Einigung; der Ball wurde der Bundesregierung übergeben. Diese wird umverteilende Maßnahmen zugunsten der Mehrzahl der Pflegehaushalte sicher nicht anstoßen. Unterm Strich wird also, indem es klare Pläne zur Ausgaben senkung, aber keine zu gesellschaftlichen Finanzierung der Pflegeversicherung gibt, nur die Belastung, nicht die komplementäre Entlastung der Pflegebedürftigen und Angehörigen konkretisiert.