

Positionspapier des Bundesverbands *wir pflegen e.V.* zum Schwerpunkt Eigenanteile und finanzielle Belastung in der häuslichen und stationären Pflege

(§§ 43, 43c SGB XI; §§ 61 ff. SGB XII)

Dieses Positionspapier analysiert – in Ergänzung der gemeinsamen Stellungnahme des Bundesverbands wir pflegen e.V. und des Vereins Pflegende Angehörige e.V. zum Pflege neuordnungsgesetz (PNOG) – die Entwicklung der finanziellen Eigenbeteiligung in der häuslichen und in der stationären Pflege. Es bewertet den aktuellen Stand, weist auf die jahrelange strukturelle Benachteiligung der häuslichen Pflege hin und vergleicht beide Versorgungsformen kritisch. Es wirft zudem einen Blick auf die geplanten Änderungen des PNOG und stellt eine wissenschaftliche Einordnung (Prof. Rothgang) hierzu gesondert dar. Ergänzend werden auch die Positionen anderer maßgeblicher Akteure der Pflege kurz dargestellt. Das Positionspapier endet mit einer Bewertung der geplanten Regelungen aus der Perspektive pflegebedürftiger Menschen und pflegender An- und Zugehöriger und mit konkreten lösungsorientierten Handlungsempfehlungen. Grundlage bleibt dabei die Grundposition von wir pflegen e.V.: eine faire, solidarische, gesamtgesellschaftlich organisierte Pflegevollversicherung, die die häusliche Pflege und die Leistungen der pflegenden An- und Zugehörigen einbezieht¹. Diese Position vertritt der Verband seit mehr als einem Jahrzehnt: Bereits 2015 warb wir pflegen e.V. mit der Broschüre der Initiative „Armut durch Pflege“² öffentlich für eine solidarische Pflegevollversicherung.

Die Eigenbeteiligung wächst – ambulant wie stationär. Die soziale Pflegeversicherung ist als „Teilkostenversicherung“ konzipiert: Sie übernimmt nur einen festen Anteil der Pflegekosten, alle zusätzlichen Kosten tragen die Pflegebedürftigen und ihre Familien selbst. Die Eigenbeteiligung ist ambulant wie stationär deutlich gestiegen. In der häuslichen Pflege bleibt sie überwiegend verborgen – als Zuzahlung, als Versorgungslücke, als verfallender Leistungsanspruch und vor allem als unbezahlte Arbeit und Erwerbsverzicht pflegender An- und Zugehöriger. Im stationären Bereich hingegen ist die Belastung als monatlicher Eigenanteil unmittelbar sichtbar. Selbst die Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI konnten den Anstieg im Heim allerdings nicht dauerhaft bremsen.

1. Häusliche Pflege: die unsichtbare – und oft größere – Eigenbelastung

Zuzahlungen, die kaum erfasst werden. In der häuslichen Pflege ist die Belastung weniger transparent, aber real. Dem aktuellen WIdOmonitor 1/2026³ zufolge geben Pflegehaushalte, die ergänzende Leistungen wie Pflegedienst, Tages-, Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in

¹ *wir pflegen e.V.*, Stellungnahme „So gelingt die zukunftsichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung nicht!“, 5. August 2024. Dort wörtlich: Forderung einer „fairen solidarischen, staatlich organisierten Vollversicherung“.

² Initiative Armut durch Pflege/*wir pflegen e.V.*, „Hilf mir aus der Pflegearmut!“ – Die Pflegevollversicherung, 2015.

³ WIdOmonitor 1/2026, „Zur Lage pflegender Angehöriger“ (AOK/WIdO); forsa-Befragung von 1.500 pflegenden Angehörigen, 30.09.–21.10.2025, veröffentlicht am 11.05.2026.



Anspruch nehmen, dafür inzwischen im Schnitt 469 Euro monatlich aus eigener Tasche aus (Median 200 Euro; Kurzzeitpflege im Mittel 677 Euro, Tagespflege 397 Euro). Die Vorerhebungen zeigen die Dynamik: Die mittlere Zuzahlung stieg von rund 200 Euro (2019) über 290 Euro (2023)⁴ auf nunmehr 469 Euro (Selbstauskünfte der Befragten). Hinzu kommt die Versorgungslücke zwischen den gedeckelten Sachleistungsbeträgen und dem tatsächlichen Bedarf. Verdeckte Zuzahlungen entstehen auch bei Hilfsmitteln: Trotz der gesetzlichen Zuzahlungsgrenze von 10 Euro im Monat verlangen Leistungserbringer bei Inkontinenzhilfsmitteln vielfach Aufzahlungen von rund 100 Euro monatlich⁵.

Bei hohem Bedarf übersteigt die häusliche Belastung die in der stationären Pflege. Die Sozialwissenschaftlerin Prof. Dr. Notburga Ott (Ruhr-Universität Bochum) zeigt in ihrer Analyse⁶, dass die häusliche Pflege gegenüber dem Heim systematisch benachteiligt wird: Bewertet man die unbezahlten Pflegeleistungen der Angehörigen monetär, liegt der häusliche Eigenanteil bei über der Hälfte der Betroffenen über 2.000 Euro im Monat und kann bei stark pflegebedürftigen Menschen mehr als 7.000 Euro erreichen.

Zum Vergleich: Der durchschnittliche Heim-Eigenanteil liegt im ersten Aufenthaltsjahr bei rund 3.200 Euro (3.245 Euro)⁷. Zieht man davon die Kosten für Unterkunft und Verpflegung ab (gut 1.000 Euro), die in der Häuslichkeit zusätzlich anfallen, verbleiben rund 2.200 Euro – ein Bruchteil der monetär bewerteten häuslichen Belastung bei hohem Pflegebedarf. Der Grund ist strukturell: Im Heim ist der pflegebedingte Eigenanteil für alle Pflegegrade gleich hoch (einrichtungseinheitlich). In der häuslichen Pflege hingegen fehlt dieser Ausgleichsmechanismus, sodass Menschen mit besonders hohem Bedarf übermäßig belastet werden. Folge ist eine „große Ungleichbehandlung“ mit „erheblichen Verwerfungen und Gerechtigkeitsproblemen“. Wichtig zudem: Die Heim-Eigenanteile sind für viele zwar untragbar, aber immerhin transparent geregelt. Sie werden politisch diskutiert und bedürfen – so die durchgehende (fach)öffentliche Einschätzung – dringend der Begrenzung. All das fehlt der häuslichen Pflege. *wir pflegen e.V.* und der Verein Pflegende Angehörige e.V. sprechen angesichts dieser Schieflage von einer fortbestehenden „Gerechtigkeitslücke“ und fordern, die Ungleichbehandlung von häuslicher und stationärer Pflege endlich abzubauen⁸.

2. Die jahrelange strukturelle Benachteiligung der häuslichen Pflege

Die häusliche Pflege wurde über Jahre strukturell benachteiligt. Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in häuslicher Versorgung steigt seit Jahren kontinuierlich an, der Anteil der vollstationär Versorgten sinkt. Ende 2023 wurden nur noch rund 14 Prozent aller Pflegebedürftigen vollstationär versorgt, 2009 waren es noch rund 30 Prozent⁹. Die

⁴ Schwinger/Zok, WIdOmonitor 1/2024 (AOK/WIdO).

⁵ *wir pflegen e.V.*, Stellungnahme „Problemlagen bei der Inkontinenzversorgung“, 12/2025.

⁶ Ott, Notburga: „Pflegegrade, Leistungsansprüche, Eigenanteile – wie gerecht ist die Soziale Pflegeversicherung?“, Ruhr-Universität Bochum, 2025.

⁷ vdek, Pressemitteilung und Datenauswertung „Eigenanteile in der vollstationären Pflege“, 22.01.2026 (Stichtag 01.01.2026).

⁸ *wir pflegen e.V./Pflegende Angehörige e.V.*, gemeinsame Pressemitteilung „Pflegegerechtigkeit bleibt Illusion“, 10.02.2026.

⁹ Destatis, Pflegestatistik 2009 und 2023; vgl. WIdO, Pressemitteilung vom 11.05.2026 (86 Prozent häusliche Versorgung).



Unterstützung durch die Pflegeversicherung bildet dies nicht ab; insbesondere pflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 4 und 5 werden in der häuslichen Pflege deutlich benachteiligt. Im Hinblick auf die steigenden Eigenanteile richtet(e) sich der Fokus in Politik, Fachöffentlichkeit und Öffentlichkeit jedoch einseitig auf die Situation in der stationären Pflege.

Das Pflegegeld blieb von 2017 bis 2023 hingegen vollständig unverändert. Erst zum 1.1.2024 stieg es um 5 Prozent und zum 1.1.2025 um weitere 4,5 Prozent. Die Bundesregierung selbst bestätigte im Februar 2026 in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Linken¹⁰, dass zentrale häusliche Leistungsbeträge seit 2017 kaufkraftbereinigt gut ein Fünftel an Wert verloren haben. Hierbei handelt es sich um eine Untergrenze der tatsächlichen Lücke, denn die Preise pflegerischer Leistungen sind deutlich stärker gestiegen als die allgemeine Inflation. *wir pflegen e. V.* wies auf diesen Missstand kontinuierlich hin¹¹.

Die Preise der Anbieter stiegen weit stärker als die Leistungen. Während die Leistungsbeträge zwischen 2017 und 2023 stagnierten und erst 2024 und 2025 moderat angehoben wurden, erhöhten sich die Preise der ambulanten Pflegedienste seit Einführung der Tariftreuepflicht (September 2022) vielerorts um 20 bis 30 Prozent, in Einzelfällen – etwa in Berlin – um über 40 Prozent¹². Die Differenz tragen allein die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen.

Die Folgen sind fatal: Reicht das Geld nicht, muss zu Lasten der Versorgungsqualität auf Pflege- und Betreuungsleistungen verzichtet werden („stille Rationierung“). Alternativ müssen pflegende An- und Zugehörige noch mehr an Eigenleistungen einbringen (finanziell und / oder als Zeit für Pflege und Betreuung), oft über die eigene Belastungsgrenze hinweg und gegebenenfalls mit negativen Folgen insbesondere für eigene Gesundheit, Pflegefähigkeit, Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bzw. Familie oder Altersversorgung. Studien und Reports belegen, dass die Bereitschaft und Fähigkeit von pflegenden An- und Zugehörigen, diese oft jahrelange Dauerbelastung unvergütet und gegebenenfalls parallel zu Beruf und Erziehungsverantwortung zu tragen, zunehmend einbricht. Warnungen vor einer drohenden Unterversorgung in der ambulanten Pflege nehmen zu, z.B. vom BIVA-Pflegeschatzbund und dem Verbraucherzentrale Bundesverband.

3. Häuslich und stationär im Vergleich: zwei Aspekte eines grundlegenden Defizits

Gleiche Ursache, unterschiedliche Sichtbarkeit. Beide Versorgungsformen leiden unter derselben Teilkosten-Lücke. Stationär ist die Belastung eine sichtbare, monatlich abgerechnete und rasch steigende Geldsumme. Häuslich hingegen ist sie eine Mischung aus weniger sichtbaren Zuzahlungen, einer Versorgungslücke, verfallenden Ansprüchen und einem hohen, gar nicht bezifferten Einsatz an Zeit und entgangenem Einkommen. Wer nur auf die veröffentlichten Heim-Eigenanteile blickt, unterschätzt die häusliche Belastung systematisch. Dies kann, wie zuvor dargelegt, im Einzelfall sogar deutlich höher liegen.

¹⁰ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke, BT-Drs. 21/3799, 09.02.2026.

¹¹ *wir pflegen e. V.*, Stellungnahmen zum PUEG (2023); Positionspapier „Häusliche Pflege endlich wirkungsvoll stärken“ (2024); Pressemitteilung „Pflegegerechtigkeit bleibt Illusion“ (10.02.2026).

¹² Tagesspiegel, „Pflegebedürftig und pleite“, 23.10.2025.



Beide Wege führen in die soziale Spaltung. In beiden Settings entscheidet zunehmend das Einkommen über die Versorgung. Im Heim wächst die Abhängigkeit von der Hilfe zur Pflege. Zu Hause entscheidet das Haushaltsbudget über ergänzende Dienste, Tagespflege oder Ersatzpflege. Über drei Viertel der Bevölkerung rechnen laut DAK-Pflegereport 2024 mit weiter steigenden Kosten und befürchten, dass sich künftig vor allem Wohlhabende gute Pflege leisten können.

4. Die Teilkosten-Logik und die wachsende Lücke

Ein Konstruktionsprinzip stößt an seine Grenzen. Die Einführung der Pflegeversicherung 1995 sollte die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit sozial absichern und die Lasten von den Familien und Kommunen auf eine solidarische Gemeinschaft umverteilen. Von diesem Ziel hat sich die Realität weit entfernt. Der BARMER-Pflegereport 2025 stellt fest, dass die Leistungen nach §§ 43 und 43c SGB XI die durchschnittlichen pflegebedingten Aufwendungen nicht decken, sondern eine Lücke von monatlich mehr als 1.000 Euro lassen¹³ – und dass die Pflegeversicherung ihr Ziel, pflegebedingte Verarmung zu vermeiden, zunehmend verfehlt¹⁴.

Steigende Kosten bei längerer Pflegedauer. Die Kostendynamik ist strukturell: Die durchschnittliche Pflegedauer verlängert sich – nach den Berechnungen Rothgangs von rund 3,8 Jahren bei den 2022 Verstorbenen auf hochgerechnet etwa 7,5 Jahre bei den 2022 neu Hinzugekommenen¹⁵ – und die gesellschaftlich gewollten Verbesserungen bei Personal und Tarifbindung erhöhen die Pflegevergütungen. Weil die Pflegekasse nur einen fixen Sockel zahlt, schlagen diese Kostensteigerungen unmittelbar auf die Eigenanteile durch.

Mehr Pflegebedürftige, längere Verläufe – überwiegend zu Hause. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist von rund 3,0 Millionen (2015) auf etwa 5,7 Millionen (2023) gestiegen. Dieser Anstieg und die längeren Verläufe gehen überwiegend nicht auf die Demografie zurück, sondern auf den 2017 erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein verändertes Antragsverhalten (insbesondere geringere Stigmatisierung, bessere Aufklärung): Über 75 Prozent der erwachsenen Antragstellenden im ambulanten Bereich erhalten direkt Pflegegrad 1 oder 2 und verbleiben länger im System¹⁶.

Die vollstationäre Versorgung ist demgegenüber durch immer kürzere Aufenthalte geprägt: Von den 2017 in ein Pflegeheim Eingezogenen lebten nach einem Jahr noch 57 Prozent und nach zwei Jahren noch 43 Prozent im Heim, von den 2023 Eingezogenen nur noch 36 beziehungsweise 24 Prozent¹⁷. Die mittlere bisherige Verweildauer der aktuell Bewohnenden ging von 40,3 Monaten (2020) auf 37,8 Monate (2023) zurück¹⁸. Die zusätzliche Pflegezeit wird also vermehrt zu Hause geleistet – genau dort, wo die Unterstützung am schwächsten ausgebaut ist.

¹³ BARMER-Pflegereport 2025 (Rothgang u. a., Universität Bremen), Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 48, vorgestellt am 20.11.2025, S. 26.

¹⁴ Ebd., S. 8.

¹⁵ BARMER-Pflegereport 2024 (Rothgang/Müller), Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 47.

¹⁶ IGES im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, 2025; BARMER-Pflegereport 2025, Bd. 48.

¹⁷ BARMER-Pflegereport 2025, Bd. 48, Survivalanalyse (Einzugskohorten 2017 und 2023); vgl. bpa, „Pflegeheime brauchen Freiräume“, 13.05.2026.

¹⁸ BARMER-Pflegereport 2024, Bd. 47.



5. Ausblick: Was das Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) zu ändern droht

Stationär: Die Entlastung wird gestreckt (§ 43c SGB XI). Das PNOG verlängert die Verweildauerstufen des § 43c SGB XI um jeweils sechs Monate. Der höchste Zuschlag von 75 Prozent wird damit erst nach 54 statt nach 36 Monaten erreicht. Bereits erreichte Stufen werden im Bestand gewahrt (wirksam ab 1.1.2027)¹⁹.

Die tatsächlichen Verweildauern zeigen, wie wenige davon profitieren: Nach der im BARMER-Pflegereport 2024²⁰ verwendeten Verteilung leben 30 Prozent der Bewohnenden bis zu einem Jahr, 19 Prozent ein bis zwei Jahre und 36 Prozent länger als drei Jahre im Pflegeheim. Von der Einzugskohorte 2023 waren nach zwei Jahren nur noch 24 Prozent im Heim²¹. Die höchste Zuschlagsstufe – künftig erst nach 54 Monaten – erreicht damit nur eine kleine Minderheit. Die volle Wirkung tritt erst nach viereinhalb Jahren ein. Die Maßnahme entlastet die Pflegekassen rechnerisch um rund 2,6 Mrd. Euro im Jahr 2027²², erhöht aber die Eigenanteile in den ersten Jahren – also für die Mehrheit der Betroffenen.

Die „Dynamisierung“ (§ 30 SGB XI). Die regelhafte Anpassung der Leistungsbeträge greift erst ab 2028 und – wie die wissenschaftliche Einordnung von Prof. Rothgang darstellt – mit dem Durchschnitt statt der kumulierten Inflation. Bis dahin laufen Vergütungen und Eigenanteile weiter auseinander.

Häuslich: Bündelung, Zweckbindung, halbiertes Budget (§§ 36, 37 SGB XI-E). Die bisherigen ambulanten Einzelleistungen werden in ein Sachleistungsbudget (§ 36 SGB XI-E) und ein Entlastungsbudget (§ 37 SGB XI-E; bisher u. a. § 37 und das Pilot-Entlastungsbudget § 42a) gebündelt. Pflegehilfsmittel und Ersatzpflege werden einbezogen und zehren die Erhöhung bei Pflegegrad 2 und 3 rechnerisch auf. Das Entlastungsbudget wird in den ersten drei Monaten nach Neueinstufung (PG 2 und 3) nur hälftig ausgezahlt. Ein Teil der bisherigen Leistungen – insbesondere Ansprüche der Verhinderungs- und der Kurzzeitpflege – wird zudem in einem sogenannten Überbrückungsbudget gebündelt (1.855 Euro pro Jahr für die Pflegegrade 2 und 3, 2.285 Euro für die Pflegegrade 4 und 5). Dieses kann aber nur in akuten pflegerischen Notfallsituationen genutzt werden und steht damit für die alltägliche Pflege nicht mehr zur Verfügung.²³ Der Entlastungsbetrag für neue Pflegegrad-1-Fälle (bisher § 45b SGB XI) entfällt. Rechnet man den bisherigen eigenständigen Anspruch auf Pflegehilfsmittel zum Verbrauch (42 Euro monatlich) ein, der künftig im Entlastungsbudget aufgeht, kann sich für Pflegegrad 2 und 3 rechnerisch sogar ein Minus gegenüber dem heutigen Stand ergeben – auf diesen Befund hat der Paritätische Gesamtverband in seiner Stellungnahme vom 10. Juni 2026 ausdrücklich hingewiesen²⁴.

wir pflegen e.V. und der Verein *Pflegende Angehörige e.V.* warnen, dass die Bündelung bei gedeckelten Gesamtausgaben für intensiv pflegende Familien erhebliche Einbußen bedeuten kann. Bislang jahresbezogen flexibel nutzbare Leistungsansprüche von über 5.600 Euro werden

¹⁹ Art. 1 PNOG-Referentenentwurf, Bearbeitungsstand 04.06.2026 (Änderung des § 43c SGB XI); BMG-FAQ zum PNOG, 06/2026; vgl. *Altenheim/PflegePur*, 06/2026.

²⁰ BARMER-Pflegereport 2024, Bd. 47.

²¹ BARMER-Pflegereport 2025, Bd. 48, Survivalanalyse; vgl. *bpa*, 13.05.2026.

²² Begründung des PNOG-Referentenentwurfs, Bearbeitungsstand 04.06.2026, S. 78.

²³ PNOG-RefE, Bearbeitungsstand 04.06.2026 (Regelungen zum Überbrückungsbudget).

²⁴ Der Paritätische Gesamtverband/BAGFW, Stellungnahmen zum PNOG-RefE, 10.06.2026.



in ein Überbrückungsbudget überführt, das ausschließlich für „pflegerische Akutsituationen sowie in sonstigen Überbrückungssituationen“ vorgesehen ist und damit faktisch für den Pflegealltag nicht zur Verfügung steht. Eine flexible und zielgenaue Organisation der häuslichen Pflege wird so erheblich erschwert²⁵.

Tagespflege: eingefroren und aus den Budgets ausgeschlossen. Die Leistungsbeträge der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) bleiben im Entwurf unverändert, während das Sachleistungsbudget angehoben wird – die teilstationäre Versorgung fällt damit relativ weiter zurück. Zugleich darf das neue Sozialraumbudget nicht mehr für die Tagespflege verwendet werden (§ 45a Absatz 1 SGB XI-E); der bisherige Entlastungsbetrag, mit dem viele Familien Eigenanteile sowie Unterkunft und Verpflegung der Tagespflege finanzieren, entfällt in dieser Funktion.

Der Paritätische und die BAGFW kritisieren diesen Ausschluss ausdrücklich. Sie regen an, zumindest das Überbrückungsbudget für die Tages- und Nachtpflege zu öffnen; auch der bpa und die Tagespflegebranche warnen, die Tagespflege zähle zu den Verlierern des Entwurfs²⁶. Für berufstätige pflegende Angehörige ist das doppelt kritisch: Wo kein bedarfsgerechtes Tagespflegeangebot vor Ort besteht, verfällt der Anspruch ohnehin – wo eines besteht, wird seine Finanzierung zusätzlich erschwert.

Was außerdem auf die Eigenanteile wirkt. Die befristete Aussetzung der Tariftreuerregelung (§ 72 Absatz 3g SGB XI) und die Senkung der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen (§ 44 SGB XI) verändern die Kostenseite zusätzlich. Eine strukturelle Begrenzung der Eigenanteile – etwa der Sockel-Spitze-Tausch – ist im Entwurf nicht vorgesehen.²⁷ Dieser müsste aus unserer Sicht allerdings „Fair“ erfolgen.

6. Eine wissenschaftliche Einordnung von Prof. Heinz Rothgang

„Ein Leistungskürzungsgesetz“. Der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen) ordnet den Entwurf scharf ein²⁸: Im Koalitionsvertrag sei noch die Begrenzung der Eigenanteile das Ziel gewesen – im Referentenentwurf gehe es nur noch um die Begrenzung ihres Anstiegs. Übriggeblieben sei „ein klassisches Kostendämpfungsgesetz, ein Leistungskürzungsgesetz“.

„Umverteilung pervers“. Rothgang kritisiert, dass die private Pflegeversicherung unangetastet bleibe und kein Finanzausgleich eingeführt werde, obwohl sich dort die besseren Risiken versammelten (bei gleichem Leistungsrecht nur etwa halb so hohe Pro-Kopf-Kosten); private Zusatzversicherungen würden zudem steuerlich subventioniert – auch von Einkommensschwachen. Das sei „Umverteilung pervers“.

Die „Dynamisierung“ ist in Wahrheit eine Kürzung. Besonders relevant für die Eigenanteile: Was als Leistungsdynamisierung dargestellt werde, sei tatsächlich eine Kürzung. Statt einer

²⁵ wir pflegen e.V./Pflegerische Angehörige e.V., gemeinsame Pressemitteilung zum PNOG-Referentenentwurf, 2026.

²⁶ Der Paritätische/BAGFW, Stellungnahmen zum PNOG-RefE, 10.06.2026; bpa, Stellungnahme zum PNOG, 06/2026; Altenheim/Carekonkret, „Die Tagespflege verliert“, 10.06.2026.

²⁷ Maßgeblich: Artikel 1 des PNOG-Referentenentwurfs (Änderung des SGB XI) und BMG-Synopse „Geltendes Recht – PNOG-RefE“, jeweils Bearbeitungsstand 04.06.2026.

²⁸ Rothgang, Interview mit Carekonkret, veröffentlicht bei Altenheim, 09.06.2026.



Anpassung mit der kumulierten Kerninflation dreier Jahre im Januar 2028 erfolge die Anpassung erst im Juli 2028 – und nur mit dem Durchschnitt statt dem kumulierten Effekt. Bei beispielhaft 2,5 Prozent jährlicher Inflation bedeute das eine Anhebung um 2,5 statt 7,5 Prozent. Das schlage sich unmittelbar in höheren Eigenanteilen und steigenden Sozialhilfeausgaben nieder.

Konkrete Folgen: höhere Eigenanteile, riskante Belegungssteuerung. Nach Rothgangs Berechnungen steigt der durchschnittliche Eigenanteil durch die Streckung unmittelbar um rund 160 Euro im Monat. In den ersten viereinhalb Jahren summiert sich die Mehrbelastung auf knapp 20.000 Euro, und die Sozialhilfequote unter Heimbewohnenden droht bis 2035 von 37,8 auf 46,2 Prozent zu steigen²⁹. Rothgangs Resümee: „Das ist eine Bankrotterklärung des Sozialstaats“³⁰. Zugleich warnt er vor Fehlanreizen im Belegungsmanagement: Bei sinkenden Deckungsbeiträgen drohten Einrichtungen keine neuen Fälle mit Pflegegrad 5 mehr aufzunehmen – gerade die Menschen mit höchstem Bedarf, geringem Einkommen und ohne tragfähiges häusliches Netzwerk fänden dann keinen Platz mehr. Die Kürzung der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige nennt er einen „Schlag ins Gesicht aller pflegenden Angehörigen“³¹.

7. Wechselwirkung mit der Hilfe zur Pflege und den Kommunen

Der Verschiebepbahnhof in die Sozialhilfe. Steigende Eigenanteile verlagern Kosten in die Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII) und damit auf die kommunalen Sozialhaushalte. Schon heute beziehen rund 354.000 Heimbewohnerinnen und -bewohner – knapp 37 Prozent – Hilfe zur Pflege, in einzelnen Regionen zwei von dreien. Die Ausgaben steigen rasant: In Nordrhein-Westfalen legten sie 2024 um 21,4 Prozent zu – das zweite Jahr in Folge um mehr als ein Fünftel³².

Lange Verfahren – ein wachsendes Problem, besonders in Berlin. Hinzu kommt ein gravierendes Vollzugsproblem: Sozialämter brauchen oft unverhältnismäßig lange, bis sie über Anträge auf Hilfe zur Pflege entscheiden. In Berlin reicht die Bearbeitungsdauer je nach Bezirk von rund zwei Wochen bis zu zwei Jahren.³³ Ein Grund: Die Leistungen der Hilfe zur Pflege sind nicht deckungsgleich mit denen der Pflegeversicherung, sodass die Bezirke in jedem Fall eine eigene Bedarfsprüfung vornehmen müssen – das kostet zusätzlich Zeit. Für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bedeutet jeder Monat Verzögerung eine reale finanzielle Notlage, weil die Sozialhilfe erst ab Kenntnis des Bedarfs zahlt. Für die Anbieter von Pflegeleistungen ein massives, gegebenenfalls existenzbedrohendes Problem, da die zeitnahe Refinanzierung ihrer Leistungen ausbleibt, während gleichzeitig die Kosten der Leistungserbringung getragen werden müssen.

Berliner Bezirk	Bearbeitungsdauer / Rückstand	Hinweis
-----------------	-------------------------------	---------

²⁹ Rothgang, Gutachten im Auftrag der DAK-Gesundheit, 05/2026; epd-Meldung, 13.05.2026.

³⁰ Rothgang gegenüber epd, 13.05.2026.

³¹ Rothgang gegenüber epd, 13.05.2026.

³² IT.NRW, 2025 (Ausgaben der Hilfe zur Pflege in Nordrhein-Westfalen).

³³ Tagesspiegel, 06/2026; Berliner Zeitung, 08.04.2026; jeweils auf Grundlage von Antworten der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege auf parlamentarische Anfragen.



Pankow	4 Wochen bis 24 Monate; Einzelfälle über zwei Jahre	Rückstand im hohen dreistelligen Bereich
Steglitz-Zehlendorf	stationär durchschnittlich rund 280 Tage (über 9 Monate)	rund 545 unbearbeitete Akten
Berlin insgesamt	Spanne von rund zwei Wochen bis zu zwei Jahren	stark nach Bezirk unterschiedlich

Quellen: Antwort der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege auf parlamentarische Anfragen; Tagesspiegel (06/2026); Berliner Zeitung (08.04.2026); dpa (05/2025). 2023 erhielten in Berlin rund 22.010 Menschen Hilfe zur Pflege (Statistisches Bundesamt).

Ein Handlungsfeld auch für die Landespflegeausschüsse. Der Landespflegeausschuss Berlin hat hierauf reagiert und einen Maßnahmenplan zur Verringerung der Bewilligungszeiten in der ambulanten Hilfe zur Pflege beschlossen (u. a. bezirkliche Klärungsverfahren, bessere Beratung, bekanntere Pflegestützpunkte). Die Landespflegeausschüsse aller Bundesländer sind gefordert, sich intensiv der Problematik der Eigenanteile zu widmen.

Parallel verschärft das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz die Lage im SGB V, sodass sich Lasten zusätzlich zwischen den Sozialsystemen verschieben.

8. Weitgehende Einigkeit in der Diagnose der höheren Eigenanteile bei maßgeblichen Akteuren in der Pflege

In der Diagnose der zu hohen Eigenanteile besteht weitgehend Einigkeit; die Bewertung des PNOG-RefE fällt je nach Interessenlage unterschiedlich aus.

Akteur (Fundstelle)	Kernposition zu Eigenanteilen und PNOG
vdek (PM 22.01.2026)	Eigenanteile „nicht mehr zumutbar“; § 43c bremst den Anstieg nicht. Heimbewohner könnten um rund 640 €/Monat entlastet werden, wenn die Länder Investitions- und Ausbildungskosten übernehmen (Investitionskosten allein: rund 514 €/Monat) (2022: Pflegebedürftige tragen rund 4,4 Mrd., Länder nur 876 Mio.).
AOK-BV / GKV (Reimann, 11.01.2024; AOK-PNOG-Stellungnahme)	Beschlossene Maßnahmen bremsen den Trend nicht nachhaltig (WIdO). Forderung: Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen herausnehmen (rund 1 Mrd. Euro Entlastung). Kritik an Zusatzlasten für Beitragszahlende und fehlendem Bundesengagement.
PKV / WIP (Kurzanalyse 30.01.2025)	Evaluation des § 43c: 2023 rund 41 % über 36 Monate (Höchstzuschlag); 2024 rund 3,4 Mrd. Euro veranschlagt. Mahnt treffsichere Lösungen und ein Finanzierungskonzept an.
Bundesländer	In der Pflicht für die Investitionskosten, kommen dem überwiegend nicht nach; einen Investitionskostenzuschuss je Pflegeplatz haben die Länder abgelehnt (IAT, Forschung aktuell 05/2025). Pflegewohngehalt (Zuschuss zu den Investitionskosten) ist und bleibt Ländersache und existiert nur begrenzt (Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern).
Kommunen (Städte-/Landkreistag)	Tragen die Hilfe zur Pflege und warnen vor einem „Verschiebebahnhof“; zweistellige Ausgabensteigerungen. Berliner Bezirke fordern vom Bund eine Reform, weil HzP und Pflegeversicherung nicht deckungsgleich sind.

wir pflegen / VdK / SoVD	Wirksame Begrenzung der Eigenanteile in beiden Settings; Anerkennung der häuslichen Eigenbelastung (Zeit, Erwerbsverzicht, Rente). wir pflegen-Stellungnahme zum PNOG (11.06.2026)
Wohlfahrt (Paritätischer / BAGFW, 06/2026)	§ 43c-Streckung verschärft Eigenanteile und Kommunenlasten „drastisch“; rechnerisch Minus beim Entlastungsbudget PG 2/3; Warnung vor versteckten Rationierungseffekten; fehlendes Gesamtkonzept.
Wissenschaft (Rothgang; BARMER-Pflegereport 2025)	Teilkosten-Logik trägt nicht mehr (Lücke > 1.000 €/Monat); „Leistungskürzungsgesetz“, „Umverteilung pervers“; +160 €/Monat Eigenanteil. Empfehlung: struktureller Sockel-Spitze-Tausch.

9. Bewertung aus Sicht Pflegebedürftiger und pflegender An- und Zugehöriger

Das Pflege neuordnungsgesetz verdient nicht den Namen einer Reform, es setzt an der falschen Stelle an. Die zentrale Frage der Betroffenen ist nicht der Rhythmus eines Zuschlags, sondern ob Pflege bezahlbar bleibt. Das PNOG beantwortet sie nicht: Stationär wird die unzureichende Entlastung gestreckt, häuslich werden Leistungen gebündelt, zweckgebunden und beim Einstieg gekürzt – während die häuslichen Leistungsbeträge ohnehin seit Jahren real an Wert verlieren. Beide Wege erhöhen die Eigenbelastung und treffen zuerst jene mit dem geringsten Spielraum.

Die systemische und systematische Benachteiligung pflegebedürftiger Menschen und ihrer pflegenden An- und Zugehörigen in der häuslichen Pflege und die Nichtberücksichtigung ihrer oftmals prekären Pflegesituationen durch überwiegend mangelnde Unterstützungsangebote und unterlassene Anpassung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung überlasten insbesondere pflegende An- und Zugehörige und damit das Rückgrat der pflegerischen Versorgung finanziell, emotional, physisch und psychisch.

Häusliche Pflege wird nicht gestärkt, sondern geschwächt. Das erklärte Ziel, die häusliche Pflege zu stärken, wird konterkariert: Wer zu Hause pflegt, trägt einen großen Teil der Lasten unsichtbar, sieht Ansprüche (etwa der Tagespflege) verfallen und wird durch Budgetkürzungen und sinkende Rentenbeiträge zusätzlich belastet. Die Gefahr einer Versorgung nach Vermögen statt nach Bedarf wächst in beiden Settings – stationär zusätzlich durch die von Rothgang beschriebene Belegungssteuerung gegen hohe Pflegegrade.

Kurzfristige Einsparung, langfristige Mehrkosten. Die Einsparungen verschwinden nicht, sie verlagern sich: in die Hilfe zur Pflege der Kommunen, in das SGB V durch verschlechterte Gesundheitszustände und in Erwerbsausfälle der Angehörigen. Eine Reform, die die Eigenbeteiligung nicht begrenzt und die Verfahren nicht beschleunigt, verschiebt das Problem, statt es zu lösen.

Die Bevölkerung trägt diesen Kurs nicht mit. Nach einer repräsentativen Forsa-Umfrage befürworten 65 Prozent den Ausbau der gesetzlichen Pflegeversicherung zu einer solidarischen Vollversicherung, die alle Pflegekosten übernimmt; nur 18 Prozent bevorzugen die derzeit vorrangig diskutierte verpflichtende private Zusatzversicherung.³⁴ Die Erwartung, dass Pflege

³⁴ Forsa im Auftrag des Bündnisses für eine solidarische Pflegevollversicherung, Erhebung 10.–15.10.2025.



nicht in Armut führen darf und solidarisch finanziert werden muss, richtet sich an Bund und Länder gleichermaßen.

10. Handlungsempfehlungen

- Das Zielbild bleibt eine faire, solidarische, gesamtgesellschaftlich organisierte Pflegevollversicherung, die die häusliche Pflege und die Leistungen der pflegenden An- und Zugehörigen einbezieht und Haushalte mit Pflegegeldbezug nicht ausschließt.³⁵ Als sofort umsetzbaren Zwischenschritt eine strukturelle Begrenzung der Eigenanteile einführen („fairer“ Sockel-Spitze-Tausch): Die Pflegeversicherung übernimmt die variable, steigende „Spitze“; die Pflegebedürftigen tragen einen planbaren, gedeckelten „Sockel“ – stationär und perspektivisch auch häuslich. Für die häusliche Pflege ist dabei der gesamte notwendige Pflegebedarf – einschließlich der von Angehörigen erbrachten Leistungen – zu bewerten und einzubeziehen (erweiterter Ansatz „Pflegegeld 2.0“).³⁶
- Eine bereichsübergreifende gesamtwirtschaftliche Analyse und Bewertung, die die Leistungen und Kosten in den Teilbereichen (Pflege, Gesundheit, Arbeitsmarktpolitik, Sozialpolitik, Altersversorgung) nicht mehr isoliert, sondern zusammenhängend betrachtet und hierbei die jeweiligen Wechsel- und Folgewirkungen einbezieht.
- Die Streckung des § 43c SGB XI zurücknehmen: keine Verlängerung der Verweildauerstufen um sechs Monate; Zuschläge mindestens auf bisherigem Niveau und schneller wirksam.
- Pflegefremde Kosten aus den Eigenanteilen herausnehmen: Ausbildungskosten aus Steuermitteln (Bund), Investitionskosten aus Mitteln der Bundesländer (rund 1 Mrd. Euro bzw. rund 640 €/Monat Entlastungspotenzial).
- Die häuslichen Leistungsbeträge real sichern: mindestens den seit 2017 aufgelaufenen Kaufkraftverlust (rund 21 Prozent) ausgleichen und sofort – nicht erst ab 2028 und nicht nur im Durchschnitt – dynamisieren.
- Die häusliche Eigenbelastung sichtbar machen und anerkennen: Zeiteinsatz und Erwerbsverzicht abbilden und einbeziehen. Die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen nicht kürzen, sondern die erbrachten Pflegeleistungen rentenrechtlich anerkennen – analog zu Erziehungszeiten mit einem Entgeltpunkt je Pflegejahr, bemessen am Durchschnittseinkommen.³⁷
- Die häusliche Eigenleistung absichern: eine Einkommensersatzleistung (Familienpflegegeld) für pflegende Angehörige einführen und die sozialversicherte Beschäftigung von An- und Zugehörigen als Wahloption ermöglichen.³⁸ Hierbei muss eine gesonderte Berücksichtigung der Situation pflegender Eltern (z.B. Pflege länger als 36 Monate) erfolgen.

³⁵ wir pflegen e.V.: Broschüre „Hilf mir aus der Pflegearmut!“ (2015); Stellungnahme „So gelingt die zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung nicht!“ (August 2024).

³⁶ Rothgang/Kalwitzki/Preuß, „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung III“ (bedarfsorientierte Pflegevollversicherung mit begrenzten Eigenanteilen/„Pflegegeld 2.0“), 2025.

³⁷ wir pflegen e.V., Stellungnahme „Rentenrechtliche Anerkennung von Pflegeleistungen“, 12/2025.

³⁸ wir pflegen e.V., Positionspapiere „Fairer Deal“ (2025) und „Faire Vereinbarungen für pflegende An- und Zugehörige“ (2024).



- Die häuslichen Budgets flexibilisieren statt kürzen: keine Halbierung des Entlastungsbudgets beim Einstieg; Hilfsmittel und Ersatzpflege nicht zulasten der übrigen Ansprüche verrechnen. Eine Übertragbarkeit nicht genutzter Tagespflege-Mittel auf ambulante Sachleistungen ermöglichen, damit Ansprüche nicht verfallen.
- Den Ausbau bedarfsgerechter Tagespflege- und Entlastungsangebote vor Ort sicherstellen, damit berufstätige Angehörige ihre Ansprüche tatsächlich nutzen können.
- Die Bewilligung der Hilfe zur Pflege beschleunigen: ausreichende Personalausstattung der Sozialämter, vereinfachte und mit der Pflegeversicherung besser verzahnte Verfahren (Berliner Maßnahmenplan des Landespflegeausschusses als Ansatzpunkt).
- Die Bund-Länder-Finanzreform mit verbindlicher Bundesbeteiligung an versicherungsfremden Leistungen verknüpfen und die Kommunen vor steigenden Hilfe-zur-Pflege-Lasten schützen.

11. Quellen und Fundstellen (Auswahl)

Rechtsgrundlagen / Referentenentwurf:

Artikel 1 PNOG-Referentenentwurf (Änderung des SGB XI), Bearbeitungsstand 04.06.2026; Begründung, dort insb. S. 78
BMG-FAQ zum PNOG (06/2026)
BMG-Synopse „Geltendes Recht – PNOG-RefE“, Bearbeitungsstand 04.06.2026
§§ 30, 36, 37, 43, 43c, 44, 72 Abs. 3g SGB XI; §§ 61 ff., 90, 94 SGB XII

Daten / Studien / Stellungnahmen:

Altenheim/Carekonkret, „Die Tagespflege verliert“ (10.06.2026)
Altenheim/PflegePur zur § 43c-Änderung (06/2026)
Antwort der Bundesregierung auf Anfrage der Linksfraktion zum Realwertverlust (Rheinische Post/Ärzteblatt, 13.02.2026)
Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke, BT-Drs. 21/3799 (09.02.2026)
AOK-BV (Reimann), Statement 11.01.2024 (WidO); AOK-Stellungnahme zum PNOG
BARMER-Pflegereport 2024 (Rothgang/Müller, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 47)
BARMER-Pflegereport 2025 (Rothgang u. a., Bd. 48, vorgestellt am 20.11.2025)
BMG (2025)
bpa, „Pflegeheime brauchen Freiräume“ (13.05.2026)
bpa-Stellungnahme zum PNOG (06/2026)
DAK-Pflegereport 2024
Destatis, Pflegestatistik 2009 und 2023
DIW-Wochenbericht 37/2025 (Brandt/Ehrlich/Geyer/Haan/Kelle, „Größter Pflegedienst Deutschlands“); DIW 2025
Erwerbsdaten nach Ehrlich (2020) und Kuhlmeier/Budnick (2023)
Forsa im Auftrag des Bündnisses für eine solidarische Pflegevollversicherung (Erhebung 10.–15.10.2025)
Hans-Böckler-Stiftung, „Pflege in den eigenen vier Wänden“ (Rothgang/Müller, 2016)
Hoff/Höse/Knoll/Ott, „Der monetäre Wert der Pflegeleistungen von An- und Zugehörigen“, Hochschule Zittau/Görlitz, GAT-WP 01/2025
IAT, Forschung aktuell 05/2025 (Investitionskostenzuschuss)
IGES im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes (2025)
IT.NRW (2025)
Ott, Notburga: „Pflegegrade, Leistungsansprüche, Eigenanteile – wie gerecht ist die Soziale Pflegeversicherung?“ (Ruhr-Universität Bochum, 2025)
Paritätischer/BAGFW, Stellungnahmen zum PNOG-RefE (10.06.2026)
PKV/WIP-Kurzanalyse zur Eigenanteilsbegrenzung (30.01.2025)
Rothgang, Gutachten im Auftrag der DAK-Gesundheit (05/2026); epd-Meldung und -Interview (13.05.2026)
Rothgang-Interview (Carekonkret/Altenheim, 09.06.2026)
Rothgang/Kalwitzki/Preuß, „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung III“ („Pflegegeld 2.0“), 2025
Schwinger/Zok, WidOmonitor 1/2024 (AOK/WidO)



Stiftung Warentest, Pflegekosten 2026

Tagesspiegel (06/2026) und Berliner Zeitung (08.04.2026) zur Bearbeitungsdauer der Hilfe zur Pflege in Berlin

Tagesspiegel, „Pflegebedürftig und pleite“ (23.10.2025)

vdek, Pressemitteilung und Datenauswertung Eigenanteile Pflegeheim (22.01.2026)

WIdOmonitor 1/2026, „Zur Lage pflegender Angehöriger“ (AOK/WIdO, forsa-Befragung 30.09.– 21.10.2025, veröffentlicht am 11.05.2026)

Eigene Veröffentlichungen des Bundesverbands *eir pflegen e.V.* (teils gemeinsam mit *Pflegende Angehörige e.V.*):

Broschüre „Hilf mir aus der Pflegearmut!“ – Die Pflegevollversicherung (Initiative „Armut durch Pflege“ / *wir pflegen e.V.*, 2015; mit Finanzierungsgutachten Lünen 2012, Hochschule Osnabrück)

Gemeinsame Stellungnahme zu den Eckpunkten der Pflegereform (18.02.2026)

Gemeinsame Stellungnahme zum PNOG (11.06.2026)

PM „Pflege fair verteilen“ (06.03.2026)

PM „Pflegegerechtigkeit bleibt Illusion“ (10.02.2026)

PM „Pflegereform 2026: Warnung vor Pflegeschwindel“ (2026)

Positionspapier „Faire Vereinbarungen für pflegende An- und Zugehörige“ (2024)

Positionspapier „Fairer Deal“ (2025)

Positionspapier „Häusliche Pflege endlich wirkungsvoll stärken“ (2024)

Stellungnahme „Problemlagen bei der Inkontinenzversorgung“ (12/2025)

Stellungnahme „Rentenrechtliche Anerkennung von Pflegeleistungen“ (12/2025)

Stellungnahme „So gelingt die zukunftsichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung nicht!“ (08/2024)

Stellungnahmen zum PUEG (2023)

