



Gemeinsame Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz - PNOG)

Aufgrund der wiederum sehr kurzen Beteiligungsfrist nehmen wir im Folgenden nicht zu allen Änderungen des Artikelgesetzes Stellung, sondern konzentrieren uns auf Kernpunkte zum SGB XI, die die sozialen Ungerechtigkeiten verschärfen und die Situation pflegender Familien weiter über Gebühr belasten.

Wir empfehlen grundsätzlich, dass auch die Einnahmeseite zur Finanzierung berücksichtigt wird, die sich nur durch wenige Stellschrauben auf der Beitragsseite wiederfinden.

1. Neue Budgets führen zu versteckten Kürzungen und mangelnder Flexibilität

Zum 1. Januar 2027 sollen ein Sachleistungsbudget, ein Entlastungsbudget, ein Überbrückungsbudget und ein Sozialraumbudget eingeführt werden. Das Sozialraumbudget soll den bisherigen Entlastungsbetrag ersetzen. Lediglich die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege bleiben unverändert erhalten.

Diese neuen Budgets bedeuten in mehreren Hinsichten erhebliche finanzielle Einbußen für pflegende Familien, da unter anderem neben den Kürzungen künftig zusätzlich Leistungen bezahlt werden müssen, für die heute eigene Ansprüche bestehen. Bereits die Einbeziehung der Pflegehilfsmittel verbraucht damit bei Pflegegrad 2 und 3 rechnerisch die gesamte Erhöhung. Für die Finanzierung geplanter Ersatzpflege bleibt aus der Erhöhung bei diesen Pflegegraden ebenfalls kein zusätzlicher Betrag übrig.

Da bei einer Neueinstufung in die Pflegegrade 2 und 3 in den ersten drei Monaten nur die Hälfte des Entlastungsbudgets gezahlt werden soll, verschärft es die finanzielle Situation gerade in einem Moment, in dem die meisten Kosten entstehen zum Beispiel durch Neuorganisation der häuslichen Pflege und notwendige bauliche Maßnahmen in der Häuslichkeit.

Für die Leistungsberechtigten stellt dies erhebliche Kürzungen der Ansprüche dar, wie sie nachfolgend aufgeführt sind:

	Ansprüche neu p.a.		Ansprüche alt p.a.	
PG	Sachleistungsbudget + Überbrückungsbudget + Sozialraumbudget	Entlastungsbudget + Überbrückungsbudget + Sozialraumbudget	Sachleistung + Entlastungsbetrag + gem. Jahresb. + Hilfsmittelpauschale	Pflegegeld + Entlastungsbetrag. + gem. Jahresb. + Hilfsmittelpauschale
	Euro p.a.	Euro p.a.	Euro p.a.	Euro p.a.
1			2.076	2.076
2	14.623	8.587	15.167	9.779
3	23.035	11.611	23.579	12.803
4	29.453	15.053	27.923	15.215
5	34.733	17.333	33.203	17.495



Die Kürzungen fallen bei den Personen, die Pflegegeld erhalten, deutlich größer aus als bei Bezug von Sachleistungen. Lediglich Pflegebedürftige in Pflegegrad 4 und 5, die das Sachleistungsbudget voll ausschöpfen, haben keine Reduzierung ihrer Ansprüche.

Allerdings sind die Ansprüche nun stärker reglementiert und schränken die Flexibilität entgegen der Zielsetzung stärker ein:

Das Sachleistungsbudget kann (wie bisher beim Anspruch auf Sachleistungen) ausschließlich für „körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung“, d.h. durch professionelle Pflegekräfte und anerkannte Betreuungsdienste und Dienste zur Unterstützung im Alltag genutzt werden. Das bedeutet, dass daraus weder zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel noch die anfallenden Kosten bei einer Verhinderungspflege durch Angehörige finanziert werden können. Diese müssen dann mit Ansprüchen aus dem Entlastungsbudget abgerechnet werden, was den Anspruchsbetrag insgesamt jedoch reduziert. Die Hürden für die Inanspruchnahme niedrigschwelliger Angebote steigen auch durch die gleichzeitige Verschärfung der Kriterien zur Anerkennung, die nach Landesrecht geregelt werden müssen. Unklar ist dabei allerdings die neue Anerkennung von sog. Nachbarschaftshilfen, was durch noch zu erstellende Richtlinien geregelt werden soll. Da diese erst bis zum 1.1.2028 gefordert sind, bleibt bis dahin auch die Möglichkeit verschlossen, das Sachleistungsbudget für Nachbarschaftshilfe zu nutzen.

Das Überbrückungsbudget kann nur in „pflegerischen Akutsituationen sowie in sonstigen Überbrückungssituationen“ genutzt werden, womit die Inanspruchnahme an deutlich rigorosere Bedingungen geknüpft wird als die bisherige Verhinderungspflege.

Ein im Sinne der Prävention dringend notwendiger Erholungsurlaub der Pflegeperson könnte damit zum Beispiel nicht mehr überbrückt werden, sondern erst wenn der Überforderungsfall eingetreten ist. Zudem können aus dem Überbrückungsbudget in pflegerischen Akutsituationen ausschließlich „Pflegesachleistungen“ (Kurzzeitpflege und Notdienst der ambulanten Pflege) finanziert werden. Eine Ersatzpflege durch Angehörige, für die vielfach zusätzliche Kosten (z.B. Reisekosten) anfallen, kann somit nicht mehr unterstützt werden, weshalb diese dann vielfach nicht erbracht werden kann.

Die Inanspruchnahme des Sozialraumbudgets, das explizit für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag vorgesehen ist, unterliegt faktisch den gleichen Kriterien wie das Sachleistungsbudget mit den gleichen Einschränkungen der flexiblen Nutzung von niederschweligen Angeboten.

Insgesamt wird durch diese Regelungen das erklärte Ziel einer „Vereinfachung des Leistungsrechts und Verbesserung der Transparenz“ konterkariert und eine flexible und zielgenaue Organisation der häuslichen Pflege erschwert.



2. Kürzung der Rentenzahlungen für pflegende Angehörige sind sozial ungerecht und ein direkter Weg in die Altersarmut

Die Zahlung von Rentenbeiträgen für Pflegepersonen, die während der Pflege nicht Vollzeit erwerbstätig sind, soll eingeschränkt werden. Anstelle einer Steuerfinanzierung der Rentenbeiträge, wie es von uns gefordert wurde, sind weitere Kürzungen für pflegende Angehörige in Höhe von 1,8 Milliarden Euro geplant. Zum einen soll die Versicherungspflicht von Personen, die die Regelaltersrente erreicht haben, abgeschafft werden mit der Folge, dass von der Pflegeversicherung keine Rentenbeiträge mehr entrichtet werden. Zum anderen werden die jeweiligen Beitragszahlungen gegenüber den aktuell geltenden Regelungen um 30 Prozent gekürzt. Damit sinken die Rentenanwartschaften für diese Personen.

Pflegende Angehörige erhalten demnach deutlich weniger Rentenpunkte pro Pflegejahr – und haben damit niedrigere Rentenansprüche. Besonders betroffen sind ältere Pflegepersonen und Angehörige von Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 oder 3. Das geht bis zur Halbierung der Rentenansprüche. Damit werden pflegende Angehörige noch schlechter abgesichert.

Die Hauptpflegepersonen sind Frauen zwischen 45 und 60 Jahre, also Frauen im erwerbsfähigen Alter, die jahrelang Care-Arbeit leisten und dabei auf eigenes Einkommen verzichten. Viele von ihnen müssen ihren Beruf aufgeben oder ihre Stunden reduzieren, um pflegen zu können. Je länger sie pflegen, desto eher rutschen sie in die Altersarmut. Die geplanten Regelungen verschärfen so die soziale Ungleichheit und rentenrechtliche Benachteiligung von Frauen. Während Erwerbsarbeit durch Rentenbeiträge abgesichert wird, erhalten Pflegepersonen keine angemessene Kompensation für ihren Verzicht auf Einkommen. Wir sehen darin einen Verstoß gegen den Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit: Die Reform entlastet die Pflegekassen, belastet aber diejenigen, die die Pflege tatsächlich leisten.

3. Streckung der Zuschüsse in Pflegeheimen: Noch mehr finanzielle Belastung für Familien

Die Leistungsansprüche bei der vollstationären Pflege bleiben dagegen im Grundsatz unverändert. Der neue § 43c SGB XI soll allerdings die Verweildauerstufen der Leistungszuschläge strecken. Der höchste Zuschlag von 75 Prozent wird künftig erst nach 54 statt nach 36 Monaten erreicht, wirksam ab 1. Januar 2027. Das erhöht die Eigenanteile vieler Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in den ersten Jahren. Die Zuschüsse, die erst vor fünf Jahren eingeführt wurden, erzielen ihre volle Wirkung dann erst nach viereinhalb Jahren. Wohlwissend, dass der durchschnittliche Heimaufenthalt rund zwei Jahre beträgt. Die geplanten Regelungen sind deswegen sozial ungerecht, da sie die ohnehin schon hohe finanzielle Belastung von Familien in Pflegesituationen weiter verschärfen – ohne ausreichende Entlastungen oder Übergangsregelungen.

Weniger Menschen werden die Eigenanteile tragen können, mehr Menschen landen in der Hilfe zur Pflege. Aktuell nehmen in Deutschland schon jetzt etwa 354.000 Menschen in Pflegeheimen kommunale Hilfe zur Pflege in Anspruch – das entspricht knapp 37 Prozent aller Pflegeheimbewohnenden. In einigen Regionen Deutschlands sind bereits zwei von drei Heimbewohnerinnen und –Bewohner auf diese Sozialhilfe angewiesen. Welche Personengruppen zukünftig auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind, welchen Anteil die geplanten Kürzungen ausmachen und welche Konsequenzen dies für pflegende Angehörige und die Kommunen bedeutet, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt kaum abschätzen.



4. Anhebung der Schwellenwerte für Pflegegrade: Pflegebedürftigkeit wird wegdefiniert

Bei der Einstufung in die Pflegegrade nach dem seit 2017 eingeführten Begutachtungsverfahren ist eine Änderung der Schwellenwerte sowohl insgesamt als auch in den einzelnen Modulen vorgesehen.

Diese Änderung der Schwellenwerte führt zu einer geringeren Anerkennung der Pflegebedürftigkeit und einer geringeren Zuerkennung einer Höherstufung bei allen Pflegegraden. Wie die Ergebnisse aus der Studie des Medizinischen Dienstes (dargestellt im IGES-Gutachten) zeigen, sind davon v.a. die unteren Pflegegrade betroffen, also die Personen mit geringerer Beeinträchtigung.

Zudem führt die unterschiedliche Veränderung der Schwellenwerte in den einzelnen Modulen zu einer veränderten Wichtung verschiedener Beeinträchtigungen – v.a. zwischen kognitiven und physischen Einschränkungen. Mit der besonderen Absenkung bei Modul 4 werden v.a. Personen mit hohem Pflegebedarf in der Grundpflege schlechter gestellt. Das sind v.a. Personen mit sehr hohen physischen Einschränkungen, wie bspw. Spastiken, Immobilität oder extremer Muskelschwäche. Diese Personen haben bislang den Pflegegrad 4 oder 5 erhalten. Wie die Ergebnisse aus der MD-Studie ebenfalls zeigen, nimmt bei Betrachtung der Anpassung der einzelnen Module (Simulationsvariante 2) die Zuerkennung von Pflegegrad 4 und 5 stärker ab als bei den niedrigeren Pflegegraden.

Im Gesetzentwurf werden die Änderungen der Schwellenwerte damit begründet, dass man zu den ursprünglich vom Expertenrat vorgeschlagenen Schwellenwerten zurückgeht (Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2013). Aber diese beruhen seinerzeit nicht auf empirischen Untersuchungen, sondern lediglich auf sog. „fachlicher“ Expertise. Es fehlt somit für die geplante Veränderung der Pflegeeinstufung eine empirische fundierte Grundlage.

Das IGES-Gutachten beschreibt einen Anstieg pflegebedürftiger Menschen unter den gesetzlich Versicherten von 4,6 Prozent (2017) auf 7,6 Prozent (2024). Als Hauptursache benennen die Gutachter jedoch nicht die Schwellenwerte, sondern ein verändertes Antragsverhalten: bessere Information, aktive Hinweise auf Antragsmöglichkeiten und eine gesellschaftliche Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit. Ohne faktenbasierte Argumente und nur aufgrund einer zweifelhaften Arithmetik lehnen wir eine Änderung der Schwellenwertbewertung kategorisch ab. Zudem bedeutet eine Anhebung der Schwellenwerte und die damit verbundenen finanziellen Einbußen zum Beispiel im Pflegegrad 2 dies in den ersten drei Monaten insgesamt 579 Euro weniger. Bei Pflegegrad 3 beträgt die Kürzung insgesamt 957 Euro.

Die Anhebung der Schwellenwerte widerspricht zudem dem Grundprinzip der Pflegeversicherung, das eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen soll, wenn Pflegebedürftigkeit künstlich verknappt wird, um Kosten zu sparen. Es ist absolut unverständlich, warum Menschen mit tatsächlichem Pflegebedarf keine Unterstützung erhalten – obwohl sie Beiträge in die Pflegeversicherung eingezahlt haben. Siehe hierzu auch unsere Stellungnahme [unter wir-pflegen.net](https://www.wir-pflegen.net).



5. Gemeinsame Verantwortung/Pflegestrukturplanung und Weiterentwicklung des Sicherstellungsauftrags

Eine Bereitstellung von Daten zur pflegerischen Versorgung ist sicherlich sinnvoll, insbesondere die Aufnahme weiterer relevanter Daten in den Pflegebericht. Unverständlich ist es dagegen, dass hier ausschließlich die privaten finanziellen Mittel, die von den Betroffenen eingesetzt werden, betrachtet werden. In der häuslichen Pflege wird ein Großteil der Pflegeleistungen durch den Zeiteinsatz der Angehörigen erbracht und nicht durch privaten Zukauf pflegerischer Dienstleistungen. Auch dies hat Auswirkungen auf die Einkommenssituation der betroffenen Haushalte – überwiegend durch den Verzicht auf Erwerbseinkommen. Die „zu erbringenden Eigenanteile“ sind hier die Opportunitätskosten bzw. zusätzlichen negativen Einkommen (Vgl. hierzu auch: Sachverständigenrat Wirtschaft 2026: Frühjahrsgutachten, Kap. 4).

Die kommunale Pflegestrukturplanung gegen strukturelle Unterversorgung ist richtig. Damit sie wirkt, muss sie jedoch mehr sein als ein Datenabruf: Sie braucht eine verbindliche Planungs- und Steuerungskompetenz, hinterlegte Ressourcen und – wo Unterversorgung festgestellt wird – konkrete Handlungspflichten. Andernfalls bleibt die Planung folgenlos, während die Verantwortung weiter zwischen Ländern, Pflegekassen und Kommunen diffundiert.

Die Bereitstellung von relevanten regionalen Daten in aggregierter Form für die Gebietskörperschaften ist für deren Pflegebedarfsplanungen außerordentlich wichtig. Doch nur mit den richtigen Bedarfsdeckungsindikatoren können verlässliche Aussagen zu einer prognostizierten Unterversorgung getroffen und mit entsprechenden Maßnahmen gegengesteuert werden. Hierzu gehören auch das Vorhandensein und die Erreichbarkeit nicht ausschließlich pflegerelevanter Infrastruktur (Ärzte, MVZ, Apotheken, Selbsthilfegruppen, Therapeuten, Begegnungsstätten, Nachbarschaftshilfen etc.).

6. Stärkung von Prävention und Rehabilitation: Nicht nur für Ältere

Wir begrüßen es ausdrücklich, dass eine stärkere Vermeidung von Pflegebedürftigkeit im Mittelpunkt der Reform steht. Der grundsätzliche Nutzen präventionsorientierter Maßnahmen ist unbestritten. Auch die Erkenntnis, dass Prävention ein individuelles Setting und eine kontinuierliche Pflegebegleitung braucht, ist zu begrüßen. Insbesondere gilt dies für die Erkenntnis, dass Prävention nur sektorübergreifend sinnvoll ist. So muss v.a. die medizinische Versorgung (SGB V) und die pflegerische Versorgung (SGB XI) gemeinsam betrachtet werden. Auch die Einbeziehung des sozialen und lokalen Umfelds ist notwendig. Darüber hinaus dürfen andere Unterstützungsstrukturen dem nicht geopfert werden, denn pflegebedürftige Menschen mit angeborener Erkrankung / Behinderung und häufig chronisch Erkrankte können einer Pflegebedürftigkeit nicht präventiv vorbeugen.

Die besondere Betonung der Berücksichtigung von älteren Personen bei der Prävention, die explizite Berücksichtigung der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit bei geriatrischer Reha und die explizite Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zu aktivierender Pflege und präventiv ausgerichteten Pflegemaßnahmen sowie zu Maßnahmen zur Unterstützung einer gesundheitsbewussten Alltagsgestaltung sind allesamt im Prinzip positive Ansätze. Notwendig ist an dieser Stelle eine klare Feststellung, dass dies auch für ambulante Einrichtungen (Pflegedienste) gelten



muss und daher alle Pflegekräfte, die in der ambulanten Pflege eingesetzt werden, die notwendigen Kompetenzen haben müssen. Mit den Regelungen im §6(4) wird dies nicht hinreichend deutlich.

Wir bezweifeln, dass es möglich ist, weitere Vorhaben wie die Vorschrift der sektorübergreifenden Zusammenarbeit mit Unfallkassen und Rentenversicherung, dem Anspruch zusätzlicher Vorsorgeuntersuchungen für ältere Menschen oder die Einführung des Pflege-Cockpits, bis zum geplanten Datum 1.7.2028 bzw. 31.12.2030 bundesweit umzusetzen.

Wir kritisieren unter diesem Punkt die mangelnde Berücksichtigung von pflegebedürftigen Kindern und deren Eltern bzw. Kindern und Jugendlichen mit Pflegeverantwortung (Young (Adult) Carers). Gerade diese brauchen eine sektorenübergreifende Versorgung v.a. im Bereich der Prävention. Dabei genügen die angesprochenen Verpflichtungen zur Zusammenarbeit keinesfalls. Vielmehr müssen weitere Regelungen mindestens aus SGB III, V und IX ineinandergreifen.

Die in § 18a bis 18e vorgesehenen zusätzlichen Anforderungen an das Begutachtungsverfahren, insbesondere die Präventionsorientierung, sehen wir positiv.

Wir begrüßen auch die Einrichtung eines wissenschaftlichen Beirats beim Medizinischen Bund durch den neuen §18f. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass der Beirat unabhängig zusammengesetzt und Vertreterinnen und Vertreter von Betroffenen (Angehörigen-)Verbänden beteiligt sein müssen.

Es hat uns insgesamt irritiert, dass die Präventionsmaßnahmen ausschließlich mit Kosteneinsparungen begründet werden und die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen lediglich als positiver Zusatzeffekt gesehen wird.

7. Beratung und Pflegebegleitung: Auch für pflegende Kinder und pflegende Eltern

Wir unterstützen

- die Einführung eines Anspruchs auf Pflegebegleitung, die eine kontinuierliche Unterstützung gewährleistet (anstelle des unübersichtlichen Wildwuchses der verschiedenen Beratungs- und Schulungsansprüche nach den bisherigen §§ 7a, 37(3), 45(1))
- die Festlegung der umfassenden Aufgaben der Pflegebegleitung, der die Aufgabe von Beratung, Koordinierung und Organisation der jeweiligen individuellen Pflegesituation zukommt
- die verpflichtende Aufgabe der Pflegebegleitung, in akuten pflegerischen Notfällen Ansprechpartner und Organisator weiterer Hilfen zu sein
- die präventionsorientierte Ausrichtung der Begleitung, indem auf die Umsetzung von Präventionsempfehlungen geachtet wird
- den Anspruch auf umfassendes Fallmanagement in komplexen Pflegesituationen
- die Möglichkeit der Begleitung durch multiprofessionelle Teams, die auch andere als Pflegefachpersonen (z.B. Sozialarbeiter, etc.) umfassen



- den expliziten Anspruch auf Pflegebegleitung für pflegenden Angehörige
- die Auflage einer wissenschaftlichen Evaluation der Regelungen

Allerdings sind bei aller geregelten Detailtiefe noch viele Fragen offen:

- Wie häufig kann ein Termin mit der Begleitperson in Anspruch genommen werden?
- Wann kommt die Begleitperson von sich aus auf die Pflegebedürftigen und die Angehörige zu?
- Wo sollen die Begleitpersonen strukturell verankert werden?
- Können Pflegebedürftige die bestimmten Begleitpersonen ablehnen?
- Ist im Fall der Ablehnung einer bestimmten Begleitperson eine Kürzung des Pflegegeldes, wie sie in § 7c(6) vorgesehen ist, rechtlich zulässig?

Außerdem fehlen aus unserer Sicht explizite erforderliche Regelungen für die besonderen Beratungsbedarfe für Eltern pflegebedürftiger Kinder und für Jugendliche mit Pflegeverantwortung (Young (Adult) Carers). Pflegebegleitpersonen brauchen in diesen Fällen eine explizite (pädiatrische und psychologische) Kompetenz.

8. Ausgabenneutrale Umschichtungen gehen zu Lasten der Regelversorgung

Die Vorgabe von ausgabenneutralen Umschichtungen von Ansprüchen, die nicht ausgeschöpft werden, führen zu erheblichen Gerechtigkeitsproblemen. Dadurch werden diejenigen benachteiligt, die ihre bisherigen Ansprüche aus Gründen der Notwendigkeit bislang voll ausgeschöpft haben. Das sind überwiegend Personen mit Pflegegrad 4 und 5. Siehe hierzu auch unsere Stellungnahme unter wir-pflegen.net.

9. Strukturelle Auswirkungen auf die Angebots- und Nachfragestruktur: Konsequenzen werden nicht bedacht

Wir befürchten eine Kannibalisierung vorhandener Entlastungsangebote, denn Leistungsansprüche, die nur im akutpflegerischen Notfall in Anspruch genommen werden können, und die Verpflichtung die entsprechenden Angebote vorzuhalten führen erkennbar dazu, dass die sowieso schon zu geringen Angebote von Kurzzeitplätzen und ambulanten Pflegedienstleistungen weiter verknappt werden und für die Regelversorgung nicht mehr zur Verfügung stehen.

10. Innovationen und Digitalisierung: nur mit Mehrkanalsystem

Grundsätzlich befürworten wir die Förderung der Digitalisierung. Wir sehen darin Effizienzpotentiale und freie Ressourcen bei den Pflegekräften für die Versorgung, Möglichkeiten der Entbürokratisierung und Verfahrenserleichterungen. Dieser Anspruch sollte auch für die Digitalisierung im ambulanten Bereich gelten. Gleichzeitig darf Digitalisierung nicht dazu führen, dass analoge Zugänge schrittweise abgebaut werden und pflegende Angehörige dadurch ggf. keinen Einblick mehr in Vorgänge und



Verfahren haben. Falls die Transparenz und die Selbstbestimmung, Sprachbarrieren, geringe Digitalkompetenz, fehlende technische Ausstattung oder unzureichende Internetzugänge es erfordern, müssen weiterhin analoge Wege zur Verfügung stehen um das Risiko zu minimieren, dass Leistungen, Anträge oder Fristen nicht verstanden oder nicht rechtzeitig wahrgenommen werden. Hinzu kommen Stellvertretungsprobleme in Pflegekonstellationen (Zugangscodes, Authentifizierung, Vollmachten, Datenschutz), die in der Praxis häufig schwer umsetzbar sind.

Gleichwohl stehen wir einer zunehmenden Digitalisierung positiv gegenüber, wenn sie nachweislich zum Bürokratieabbau führt und zwingend verbunden ist mit:

- erreichbaren Ansprechstellen
- der Möglichkeit zur persönlichen Beratung
- rechts- und datenschutzsicheren Stellvertretungsregelungen
- analogen Alternativen (Papier/Telefon/Präsenz).

Ein Recht auf analoge Teilhabe ist nicht rückwärtsgewandt, sondern ein Schutzmechanismus für Inklusion und demokratische Zugänglichkeit. Digitale Verfahren sollten als Entlastung ausgebaut werden – aber dauerhaft nach dem Mehrkanalprinzip.

Das geplante Gesetz wurde ausdrücklich unter einem Spardiktat erstellt. Das war lange bekannt. Trotzdem sind wir ausgesprochen irritiert über das nun veröffentlichte Ergebnis, das ausgerechnet die Menschen am härtesten bestraft, die die Pflege in Deutschland aufrechterhalten: Die pflegenden An- und Zugehörigen.

Wir bitten Sie dringend, die geplante Neuordnung der Pflege in ihrer Grundstruktur zu überdenken. Konkrete Forderungen, um eine soziale, gerechte und praktikable Reform zu erreichen, haben wir bereits vorgelegt. Gerne diskutieren wir diese auch weiterhin und stehen für Fragen zur Verfügung.

wir pflegen e.V.

www.wir-pflegen.net

Turmstraße 4, 10559 Berlin

Telefon: 030 – 4597 5750

E-Mail: info@wir-pflegen.net

Die gesellschaftliche Verantwortung und gemeinschaftliche Selbsthilfe zu stärken und Angehörigen über den Austausch mit anderen Pflegenden mehr Anerkennung, Kontakt und Informationen zu geben, ist ein Ziel des Bundesverbandes wir pflegen e.V. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Interessenvertretung gegenüber der Länder- und der Bundespolitik. Der Verband und seine acht Landesvereine setzen sich für nachhaltige Verbesserungen in der häuslichen Pflege ein.



Pflegende Angehörige e.V.

wir pflegen!

Interessenvertretung und Selbsthilfe
pflegender Angehöriger e.V.



Pflegende Angehörige e.V.

<https://www.pflegende-angehoerige-ev.de>

Wendelinweg, 92224 Amberg

Telefon: 09621 - 784206

E-Mail: info@pflegende-angehoerige-ev.de

Der Verein Pflegende Angehörige e.V. ist eine bundesweit aktive Interessenvertretung für Menschen, die ihre Angehörigen zu Hause pflegen. Gegründet von Betroffenen, setzt sich der Verein für mehr gesellschaftliche Anerkennung, bessere politische Rahmenbedingungen und konkrete Entlastungsangebote ein. Ein Schwerpunkt liegt auf der Vernetzung von pflegenden Angehörigen sowie dem Austausch von Erfahrungen und praxisnahen Informationen.