

POSITIONSPAPIER

„Pflegestrukturkommission: Profession
Pflege wirksam stärken“

Präambel

Der Arbeitsauftrag der Pflegestrukturkommission verbindet die Analyse der Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegeversicherung (PPV) mit Vorschlägen für eine bessere Versorgung, bedarfsgerechte Personalvorgaben, verlässliche Qualität und eine tragfähige Finanzierung. Er umfasst zudem sektoren- und wohnformenunabhängige Angebote, Behandlungspflege, Eigenanteile sowie Prävention und Rehabilitation. Diese Fragen lassen sich nicht ohne die fachliche Perspektive der Profession Pflege beantworten. Ausgangspunkt einer Strukturreform müssen die tatsächlichen und zukünftigen Versorgungsbedarfe sein, aus denen die erforderlichen Leistungen, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und Finanzierungsanforderungen abzuleiten sind.

Der Deutsche Pflegerat als maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe ist in der Kommission nicht vertreten. Die Einbindung einzelner pflegewissenschaftlicher Expert:innen ersetzt keine institutionelle Beteiligung der Profession. Der DPR fordert deshalb, als maßgebliche Organisation frühzeitig und kontinuierlich durch ein verbindliches Anhörungs- und Stellungnahmeverfahren beteiligt zu werden. Über die Arbeit der Kommission hinaus sind verbindliche Mitwirkungs- und Mitentscheidungsrechte der Profession Pflege in den relevanten Steuerungs- und Entscheidungsstrukturen des Gesundheits- und Pflegewesens sicherzustellen.

Alle Vorschläge der Kommission sind daran zu messen, ob sie den gesellschaftlichen Zusammenhalt, soziale Gerechtigkeit und gleichberechtigte Teilhabe fördern, die Profession Pflege als eine der tragenden Säulen einer solidarischen Gesellschaft stärken und so die Demokratie festigen.

Zentrale Forderung: Pflege als eigenständige Profession in der Reform verankern

Pflegebedarf verschwindet nicht, wenn Leistungen begrenzt oder Personalvorgaben abgesenkt werden. Eine tragfähige Strukturreform nutzt die Profession Pflege als Teil der Lösung – mit klarer Verantwortung, kompetenz- und qualifikationsgerechtem Einsatz, eigenständigen Handlungsmöglichkeiten und einer Finanzierung, die die notwendige Versorgung ermöglicht. Kostendämpfung muss Zugang, Qualität und Folgekosten über alle Sozialleistungssysteme hinweg berücksichtigen.

1. Ausgabenentwicklung aus Versorgungssicht bewerten

Die Kommission sollte Ausgaben in SPV und PPV insgesamt und je versicherter Person sowie Preis- und Mengeneffekte nachvollziehbar vergleichen. Unterschiede in den Versichertenstrukturen sind dabei zu berücksichtigen. Einzubeziehen sind auch erbrachte Leistungen, ungedeckte Bedarfe, Versorgungsqualität und -ergebnisse sowie der Einfluss von Personalbedarf, Qualifikation und Angebotsstruktur. Weniger Leistungsbezug ist nicht automatisch effizienter.

Jede Reformoption ist auf Folgen für Pflegebedürftige, An- und Zugehörige, Beschäftigte in der professionellen Pflege und für die Ausgaben in Krankenversicherung, Sozialhilfe, Bund, Ländern und Kommunen zu prüfen. Kostenverlagerungen und spätere Folgekosten sind sichtbar zu machen; gesamtgesellschaftliche Aufgaben gehören in die Steuerfinanzierung. Reformoptionen sind anhand transparenter demografischer, versorgungsbezogener und finanzieller Szenarien auf ihre langfristige Tragfähigkeit zu prüfen. Dabei sind laufende Versorgungskosten, erforderliche Investitionen sowie mögliche Qualitäts- und Versorgungseffekte getrennt auszuweisen. Einsparpotenziale dürfen nicht pauschal unterstellt werden.

2. Leistungszugang und soziale Absicherung erhalten

Die im PNOG-Gesetzentwurf vorgesehenen Schwellenwerte von 15, 30 und 50 Punkten für die Pflegegrade 1 bis 3 und der Wegfall des Entlastungsbetrags bei Pflegegrad 1 können den Zugang zu Unterstützung verzögern oder verhindern. Die Kommission sollte die Folgen für die häusliche Versorgung, den Erhalt der Selbstständigkeit und die Situation von An- und Zugehörigen prüfen. Bestandsschutz sichert nicht den Zugang für Menschen mit neuem oder wachsendem Pflege- bzw. Unterstützungsbedarf.

Änderungen bei Pflegegraden, Entlastungsleistungen und Zuschüssen nach § 43c SGB XI dürfen notwendige Unterstützung nicht aus dem System drängen oder den Bedarf an Hilfe zur Pflege und damit die Belastung kommunaler Haushalte erhöhen. Maßgeblich ist eine bedarfsgerechte Absicherung, die Eigenanteile begrenzt und den Zugang zu Leistungen sichert, ohne Risiken auf Pflegebedürftige und Familien oder Finanzierungslasten auf die Sozialhilfeträger abzuwälzen.

3. Pflegekompetenz gezielt nutzen und CHN/APN verankern

Pflegefachpersonen müssen ihre gesetzlich vorbehaltenen Aufgaben nach § 4 PflBG eigenverantwortlich wahrnehmen können. Dafür braucht es klare Zuständigkeiten und eine rechtssichere leistungsrechtliche Abbildung pflegerischer Leistungen im SGB V und im SGB XI einschließlich ihrer vertraglichen und finanziellen Umsetzung, insbesondere nach § 73d SGB V. Pflege ist in interprofessionellen Teams als eigenständige Profession zu verankern; ihre Kompetenzen dürfen nicht auf ärztlich delegierte Tätigkeiten reduziert werden.

Eine bedarfsgerechte Versorgung erfordert den kompetenzgerechten Einsatz von Pflegefachassistent:innen sowie beruflich und hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen entsprechend ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen. Community Health Nurses (CHN) können wohnortnahe Gesundheitsförderung, Prävention und Koordination im Sozialraum stärken. Auf Masterniveau qualifizierte Advanced Practice Nurses (APN) bringen vertiefte klinische Expertise in die komplexe und spezialisierte Versorgung ein. Erforderlich sind verlässliche, bundesweit anschlussfähige Qualifikations- und Kompetenzprofile, eindeutige Regelungen zu Verantwortung und Haftung sowie eine Vergütung,

die eigenständige pflegerische Aufgaben- und Handlungsfelder sektoren- und trägerunabhängig ermöglicht. Die dafür notwendigen rechtlichen und vertraglichen Umsetzungsschritte sind mit überprüfbaren Fristen zu versehen.

4. Personalbemessung und Tariftreue sichern

Wissenschaftlich ermittelte Personalbedarfe müssen die Personalvorgaben bestimmen. Der DPR fordert für die Umsetzung der Personalvorgaben in der Langzeitpflege einen verbindlichen Stufenplan mit Zwischenzielen, Fristen, Evaluation und ausreichender Finanzierung. Personalengpässe oder begrenzte Finanzmittel dürfen nicht dazu führen, den fachlich notwendigen Bedarf abzusenken. Ausbildung, Qualifizierung, Personalgewinnung und eine tragfähige Arbeitsorganisation müssen die Umsetzung flankieren; kompetenzorientierte Modelle wie KubA (Kompetenz- und bewohnendenorientierte Arbeitsorganisation) unterstützen einen qualifikationsgerechten Personaleinsatz in der Pflege, ersetzen aber keine ausreichende Personalausstattung. Dafür benötigen Pflegefachpersonen angemessene Entscheidungsbefugnisse sowie bedarfsgerecht refinanzierte Kapazitäten für Leitung, Praxisanleitung, Koordination und Organisationsentwicklung.

Die Weiterentwicklung pflegerischer Aufgaben und Verantwortungsbereiche erfordert zugleich eine langfristig gesicherte Bildungsinfrastruktur. Ausbildungs-, Studien- und Weiterbildungskapazitäten einschließlich qualifizierter Lehrender und Praxisanleitender sind bedarfsorientiert auszubauen und verlässlich zu finanzieren. Durchlässige Bildungswege und transparente Kompetenzprofile müssen einen qualifikationsgerechten Personaleinsatz ermöglichen.

Tariftreue und die vollständige Refinanzierung tariflich begründeter Personalkosten sind Voraussetzungen für Personalbindung und Versorgungssicherheit. Vergütungsgrenzen dürfen die tatsächlichen Personal- und Tarifikosten nicht von der Finanzierung entkoppeln. Die Kommission sollte zugleich sektorale Fehlanreize abbauen, die Finanzierung medizinischer Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen sachgerecht der Krankenversicherung zuordnen und Ausbildungsaufwendungen sowie Rentenbeiträge für pflegende An- und Zugehörige aus Steuermitteln finanzieren. Die damit verbundenen Finanzierungswirkungen sind transparent auszuweisen.

5. Häusliche Versorgung und regionale Pflegeinfrastruktur sichern

Die Pflegebegleitung kann insbesondere zu Beginn der Pflegebedürftigkeit eine intensivierte Unterstützung bieten und Beratung, Prävention, Rehabilitation sowie weitere Hilfen frühzeitig miteinander verknüpfen. Pflegefachliche Vorbehaltsaufgaben müssen in der Verantwortung qualifizierter Pflegefachpersonen bleiben. Beratung und Koordination können multiprofessionell erfolgen; die pflegefachliche Prozesssteuerung und -ver-

antwortung muss dabei eindeutig zugeordnet sein. Neue Angebote müssen an bestehende Pflegeberatung, den aktuellen Pflegebedarf, Schulungen, und die aktuelle Pflegeprozessplanung anschließen.

Leistungen im häuslichen Umfeld müssen für Menschen aller Altersgruppen, für Menschen mit Behinderungen und für ihre An- und Zugehörigen verlässlich erreichbar sein. Die Neuordnung von Entlastungsleistungen und Sozialraumbudgets muss deshalb die wirtschaftliche Tragfähigkeit bedarfsgerechter ambulanter Dienste und Tagespflegeangebote sichern. Erforderlich sind verlässliche Finanzierungs- und Übergangsregelungen. Bürgerschaftliches Engagement kann professionelle Angebote ergänzen, darf notwendige professionelle Leistungen aber nicht ersetzen. Flexible Entlastungsangebote sollen zugleich die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bzw. Schule für pflegende An- und Zugehörige bzw. Young Carers verbessern.

Eine verbindliche regionale Versorgungsplanung muss Kommunen, Pflegekassen, Leistungserbringer und die Profession Pflege zusammenführen. Eine notwendige Datengrundlage für eine valide Versorgungs- und Kapazitätsplanung ist die verbindliche Registrierung von Pflegefachpersonen mit regelmäßig aktualisierten Angaben zu Qualifikation, Tätigkeitsbereich und Beschäftigungsumfang. Auf Grundlage regionaler Bedarfe sind Kapazitäten und Erreichbarkeit einschließlich Kurzzeitpflege und Übergangsversorgung zu sichern. Dafür braucht es klare Verantwortlichkeiten, dauerhaft finanzierte Koordinationsfunktionen und überprüfbare Versorgungsziele.

6. Prävention, Rehabilitation und Versorgungsqualität stärken – Digitalisierung vorantreiben und Folgekosten sichtbar machen

Frühzeitige pflegerische Einschätzung, Prävention und Rehabilitation können Selbstständigkeit erhalten und eine Verschlechterung von Versorgungslagen verhindern. Dafür müssen die beteiligten Fachpersonen und Einrichtungen aus Medizin, Pflege und Rehabilitation verbindlich, bedarfsorientiert und zielgerichtet zusammenarbeiten. Finanzierungsregeln sollten diese Kooperation unterstützen und den Zugang zu bedarfsgerechten Angeboten sichern.

Digitale Technologien können Pflegeprozesse unterstützen, dürfen aber weder notwendiges Personal ersetzen noch die Personalbemessung absenken. Digitalisierung muss als zentraler Bestandteil der Strukturreform verankert werden: Sie kann Sektorengrenzen überwinden, die Zusammenarbeit verbessern und eine bedarfsgerechte Versorgung auf Grundlage standardisiert erhobener und nutzbarer Pflegedaten ermöglichen. Interoperable Lösungen müssen Dokumentationsaufwand und Medienbrüche nachweislich verringern und Versorgungszeit gewinnen. Pflegefachpersonen sind an Auswahl und Einführung entsprechender digitaler Systeme zu beteiligen; auch Schulung, Prozessumstellung und laufender Betrieb müssen verlässlich finanziert werden.

Reformvorschläge sind vor ihrer Einführung über die gesamte Versorgungskette sektorübergreifend auf pflegefachliche, personelle, organisatorische und finanzielle Folgen

zu prüfen sowie kurz-, mittel- und langfristig anhand ihrer Auswirkungen auf die Qualität, die Zugangsgerechtigkeit und die Belastung pflegender An- und Zugehöriger zu bewerten. Geeignete Vorhaben sind unter unterschiedlichen regionalen Versorgungsbedingungen zu erproben und unabhängig zu evaluieren. Die Ergebnisse müssen verbindlich in ihre weitere Ausgestaltung und die Entscheidung über eine flächendeckende Einführung einfließen.

7. Fazit

Die Pflegestrukturkommission steht vor der Aufgabe, eine tragfähige Reform vorzuschlagen, die vom tatsächlichen Versorgungsbedarf ausgeht und Finanzierung und Versorgung gemeinsam betrachtet. Aus Sicht des DPR darf eine nachhaltige Finanzpolitik notwendige Pflegebedarfe von Menschen aller Altersgruppen nicht ausblenden oder die Folgen ungedeckter Bedarfe auf Pflegebedürftige, An- und Zugehörige und Beschäftigte sowie auf Sozialsysteme außerhalb der Pflegeversicherung verlagern. Sie muss Zugang, Qualität und Versorgungssicherheit stärken. Dafür braucht es die wirksame Beteiligung der Pflegeprofession, die Anerkennung ihrer eigenständigen Kompetenzen und Aufgabfelder sowie eine Personalbemessung, die sich am tatsächlichen Bedarf der Betroffenen orientiert. Notwendige Personal- und Tariftkosten müssen vollständig und verlässlich refinanziert werden. Digitalisierung muss fester Bestandteil der Strukturreform sein und eine vernetzte, datengestützte Versorgung ermöglichen. Der DPR fordert, die Profession Pflege von Beginn an und kontinuierlich durch ein verbindliches Anhörungs- und Stellungnahmeverfahren in die Arbeit der Kommission einzubeziehen und ihre Perspektive verbindlich in den Reformvorschlag aufzunehmen. Der DPR bietet an, hierzu konkrete pflegefachliche Reformvorschläge einzubringen.

Berlin, 18. Oktober 2026

Deutscher Pflegerat e. V. – DPR
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: +49 30 / 398 77 303
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
Website: www.deutscher-pflegerat.de