Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

POSITIONSPAPIER

„Pflegebegleitung im PNOG – Pflegefachliche Verantwortung klar regeln“ (Kurzversion)

Stand: 03.11.2026 (aktualisierte Fassung)

Präambel

Der PNOG-Entwurf sieht eine längerfristige Pflegebegleitung für Menschen mit Pflegebedarf in häuslicher Pflege und ihre An- und Zugehörigen vor. Sie soll Bedarfsermittlung, Versorgungsplanung, Anleitung, Unterstützung nach einer Krankenhausentlassung und die Einschätzung der Versorgungssicherheit verbinden. Damit daraus eine verlässliche Unterstützung wird, müssen pflegefachliche Verantwortung und die Zusammenarbeit der beteiligten Professionen klar geregelt sein [1].

Pflegefachliche Verantwortung rechtlich sichern

§ 4 Pflegeberufegesetz (PflBG) behält die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Pflegeplanung, die Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Evaluation und Sicherung der Pflegequalität Pflegefachpersonen mit Berufserlaubnis vor [2]. Wenn die Pflegebegleitung solche Aufgaben umfasst, müssen die pflegefachlichen Einschätzungen und Entscheidungen von entsprechend berechtigten Pflegefachpersonen verantwortet werden. Auch im Rahmen der Organisation der Pflegebegleitung muss sichergestellt werden, dass vorbehaltene Aufgaben nicht an unberechtigte Personen übertragen werden.

Dabei sind Pflegeplanung und Versorgungsplanung auseinanderzuhalten. Pflegeplanung betrifft die pflegefachliche Einschätzung und die Gestaltung des Pflegeprozesses. Versorgungsplanung ordnet die Leistungen und Unterstützungsangebote im gesamten häuslichen Versorgungsarrangement. Beide müssen aufeinander abgestimmt sein. Vorhandene Pflegeplanungen und Einschätzungen ambulanter Pflegedienste sind einzubeziehen, damit keine parallelen oder widersprüchlichen Planungen entstehen.

Die geltenden Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI verbinden Beratung bereits mit der Sicherung der häuslichen Pflegequalität und praktischer pflegefachlicher Unterstützung [4]. Die Anerkennung als Beratungsstelle und Beratungspersonen setzt den Nachweis pflegefachlicher Kompetenz voraus. Für eine neue, weitergehende Leistung sind mindestens ebenso klare Anforderungen an pflegefachliche Kompetenz und Verantwortung erforderlich.

Bewährte Beratungs- und Schulungskompetenzen nutzen

Die Pflegebegleitung soll Pflegeberatung nach § 7a, Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 und individuelle häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI zu einem abgestimmten Unterstützungsprozess verbinden. Beratungsstellen nach § 37 Abs. 7 und qualifizierte ambulante Anbieter müssen einbezogen werden. Bestehende Zugänge und Kompetenzen müssen weiterentwickelt werden, damit Leistungen anschlussfähig bleiben und Versorgungslücken vermieden werden [7; 9; 10].

Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 bieten einen Zugang zur häuslichen Pflegesituation. Sie dienen dazu, die häusliche Versorgung zu beurteilen, auch weniger offensichtliche Problemlagen und Risiken zu erkennen und auf passende Beratungs- und Unterstützungsangebote hinzuweisen. Wegen des begrenzten Zeitrahmens lassen sich häufig nur einzelne Probleme aufgreifen und erste Lösungsansätze skizzieren [4; 6]. Die weitere Pflegebegleitung muss an die Beratungsbesuche anschließen und ihre Erkenntnisse für die längerfristige Unterstützung nutzen [9].

Die Schulungen nach § 45 SGB XI sollen in die neue Leistung Pflegebegleitung integriert werden. Sie vermitteln konkrete pflegebezogene Fertigkeiten, abgestimmt auf die jeweilige Pflegesituation und den Unterstützungsbedarf der Pflegeperson. Als zielgerichteter Lernprozess sollen sie bedarfsgerecht, flexibel und wohnortnah oder im häuslichen Umfeld angeboten werden [6, S. 14]. Die VdK-Pflegestudie zeigt, dass nur 16,3 Prozent der befragten An- und Zugehörigen an einer Schulung teilgenommen hatten. 86,7 Prozent der Teilnehmenden fühlten sich danach besser vorbereitet [8]. Da Beratung, Edukation und Anleitung pflegerische Kompetenzen sind, müssen individuelle häusliche Schulungen weiterhin von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen durchgeführt werden [B1, S. 22 und 72–73]. Das gilt insbesondere für diejenigen, die diese Schulungen bereits anbieten und Pflegebedürftige länger begleiten, darunter Pflegeberatende ambulanter Dienste und freiberuflich tätige Pflegefachpersonen. Bei sozialrechtlichen, therapeutischen und weiteren Fragen sind die jeweils zuständigen Professionen einzubeziehen.

Pflegeberatung nach § 7a bringt wichtige sozialrechtliche Orientierung und Koordination ein. Die IGES-Evaluation zeigt, dass Pflegefachpersonen unter den Pflegeberatenden bei Pflegekassen seltener vertreten sind als Sozialversicherungsfachangestellte [5]. Pflegefachliche Expertise muss deshalb strukturell gestärkt werden, sobald pflegebezogene Bedarfseinschätzungen oder Entscheidungen anstehen. Komplexe Beratungsanliegen brauchen die jeweils passende Zusatzqualifikation [B3].

APN und CHN in der Primärversorgung verankern

Die Pflegebegleitung sollte Teil wohnortnaher, multiprofessioneller Primärversorgungsstrukturen sein. Advanced Practice Nurses (APN) und Community Health Nurses (CHN), können dort als feste pflegefachliche Ansprechpersonen Bedarfseinschätzung, Steuerung des Pflegeprozesses und Koordination erforderlicher Leistungen zusammenführen. Sie übernehmen präventive Hausbesuche, Beratung und Anleitung, unterstützen die Umsetzung von Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen und erleichtern Pflegebedürftigen sowie An- und Zugehörigen den Zugang zu passenden Angeboten. Dafür arbeiten sie verbindlich mit ambulanten Pflegediensten sowie ärztlichen und therapeutischen Berufsgruppen zusammen. Klare Kompetenzen und abgestimmte Informationswege sichern die Anschlussfähigkeit der Versorgung [9; 10].

Kontinuität, Zuständigkeit und Verantwortlichkeit sichern

Längerfristige Begleitung braucht Kontinuität in den Informationen, in den Beziehungen und in der Abstimmung der Leistungen [3]. Eine nur punktuelle Beteiligung von Pflegefachpersonen kann zusätzliche Schnittstellen schaffen. Wenn Bedarfseinschätzung, pflegefachliche Beurteilung und Koordination auseinanderfallen, drohen Informationsverluste, unterschiedliche Bewertungen, Versorgungslücken und zusätzlicher Bürokratismus.

Erforderlich ist deshalb eine eindeutig geregelte pflegefachliche Verantwortung dort, wo vorbehaltene Aufgaben wahrgenommen werden. Eine feste Ansprechperson kann Bedarfseinschätzung und Versorgungssteuerung zusammenführen. Das bedeutet nicht, dass Pflegefachpersonen alle Beratungs- und Koordinationsaufgaben allein übernehmen. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten anderer Professionen bleiben bestehen und müssen abgestimmt sein.

Für die Pflegebegleitung sind der Leistungsauftrag des PNOG und die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG gemeinsam maßgeblich. BAPID ergänzt die gesetzliche Grundlage um eine Orientierung für Verantwortungs- und Qualifikationsprofile. BAPID II und III beschreiben die eigenverantwortliche Gestaltung, Koordination und Evaluation des Pflegeprozesses als pflegerische Kompetenzprofile [B1; B2]. BAPID IV zeigt beispielhaft, wie komplexe Pflegeberatung mit fachlichem Entscheidungsspielraum, Praxis und Kompetenznachweisen verbunden werden kann [B3].

Was das PNOG regeln muss

Das PNOG muss die Verantwortung für vorbehaltene Pflegeaufgaben eindeutig zuordnen und verbindliche Regeln für die Informationsweitergabe und die koordinierte Abstimmung zwischen den Beteiligten schaffen. Eine durchgängige pflegefachliche Fallführung bei entsprechendem Bedarf geht über die bestehende gesetzliche Zuordnung einzelner Vorbehaltsaufgaben hinaus. Sie ist als zusätzliche Organisationsentscheidung zu prüfen und mit Personalbedarf, Finanzierung und klaren Schnittstellen zu verbinden.

Die fachliche Unabhängigkeit der Pflegebegleitung ist sicherzustellen. Pflegefachliche Bewertung und leistungsrechtliche Entscheidung der Pflegekasse sind zu trennen. Wünsche und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person sowie ihrer An- und Zugehörigen sind zu berücksichtigen. Kann die bedarfsgerechte Versorgung aus finanziellen Gründen nicht vollständig sichergestellt werden, sind die pflegebedürftige Person und ihre An- und Zugehörigen zu möglichen gesundheitlichen Folgen zu beraten und bei der Suche nach tragfähigen Lösungen zu unterstützen.

Literatur

[1] Bundesregierung (2026). Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung, Kabinettsentwurf vom 30. September 2026, § 7c und Begründung S. 170–176.
[2] Pflegeberufegesetz, § 4, geltende Fassung.
[3] Haggerty, J. L. et al. (2003). Continuity of care. A multidisciplinary review. BMJ 327, 1219–1221.
[4] Sozialgesetzbuch XI, § 37, geltende Fassung.
[5] Wolff, J. K. et al. (2026). Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Abs. 9 SGB XI. Studienbericht für den GKV-Spitzenverband. IGES Institut.
[6] Zentrum für Qualität in der Pflege (2016). Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege.
[7] GKV-Spitzenverband (2024). Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.
[8] Büscher, A. et al. (2023). Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie.
[9] Deutscher Pflegerat (2026). Erweiterte Stellungnahme zu einzelnen Eckpunkten für eine Reform der Pflegeversicherung, Stand 19. Februar 2026.
[10] Deutscher Pflegerat (2026). Positionspapier Primärversorgung zukunftsfest gestalten – Pflegekompetenz konsequent einbinden, März 2026.
[B1] Genz, K. und von Gahlen-Hoops, W. (2026). BAPID II. Rollenprofile und Berufsbilder. 2. überarbeitete Auflage.
[B2] Genz, K. und von Gahlen-Hoops, W. (2026). BAPID III. Kompetenzprofile.
[B3] Genz, K. und von Gahlen-Hoops, W. (2026). BAPID IV. Strukturmodell Spezieller Pflegebildung. Langfassung, September 2026.

Berlin, November 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