

Erweiterte Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zu einzelnen Eckpunkten für eine Reform der Pflegeversicherung

Stand 19.02.2026

Der Deutsche Pflegerat (DPR) bedankt sich für die Möglichkeit im Nachgang zu dem Praxisworkshop des BMG am 26.01.2026 eine erweiterte Stellungnahme zu einzelnen Eckpunkten vornehmen zu können.

Im Folgenden positioniert sich der DPR zu den Themen:

- Reformbausteine der Sozialen Pflegeversicherung besser integrieren und zu einem System der primären Gesundheitsversorgung weiterentwickeln
- Pflegeberuferegister im Kontext des Zukunftspakts Pflege
- Bundesweite Umsetzung PeBeM

Reformbausteine der Sozialen Pflegeversicherung besser integrieren und zu einem System der primären Gesundheitsversorgung weiterentwickeln

Der Deutsche Pflegerat begrüßt die Zielrichtung, die aus den vorgelegten Eckpunkten zur Reform der Pflegeversicherung zur fachlichen Weiterentwicklung der Pflege hervorgeht. Um ihr volles Potenzial für die Prävention sowie zur Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung und Wirtschaftlichkeit zu entfalten, ist es jedoch notwendig, die vorgeschlagenen Anpassungen stärker integriert zu begreifen und sie als Teil einer integrativen primären Gesundheitsversorgung auszurichten.

Dies betrifft im Wesentlichen drei Aspekte, die nachfolgend weiter ausgeführt werden.

1. Leistungserbringung durch Advanced Practice Nurses (APN) konsequent berücksichtigen

Advanced Practice Nurses (APN) können eine zentrale Rolle bei der Verbesserung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention spielen. Dies gilt nicht zuletzt für die Prävention von Pflegebedürftigkeit und der Gesunderhaltung von pflegenden Angehörigen und den Familien von pflegebedürftigen Personen insgesamt, wie sie von den Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung adressiert werden.

APN besitzen dabei die Kompetenzen, hochkomplexe gesundheitliche und soziale Situationen durch die Anwendung etablierter pflegediagnostischer Verfahren zu erfassen und zu bewerten. Sie können akute Handlungsbedarfe, die sie selbst bewältigen können, von Handlungsbedarfen unterscheiden, die von anderen Berufsgruppen zu erbringen sind. Auf der Grundlage ihrer systematischen Einschätzungen sind sie in der Lage, Präventionspotenziale

zu erkennen und sie entsprechend durch Edukation, eigene Interventionen, Verordnung von Hilfsmitteln und Verweisung an geeignete Leistungserbringer zu bearbeiten. Sie integrieren dabei einen auf Erkrankungen gerichteten Blick mit sozialen und psychologischen Aspekten von Gesundheit und Krankheit. Sie sind insbesondere spezifisch dafür qualifiziert, die bei häuslichen Situationen im Fokus stehende Person sowie deren An-/Zugehörige einzubeziehen. Sie ergänzen damit ärztliche und therapeutische Perspektiven und Kompetenzen und sind in der Lage, gesundheitliche Bedarfe und Potenziale integriert zu betrachten.

Im Mittelpunkt des Einsatzes von APN steht also ein Qualitäts- und Effektivitätsgewinn für Prävention, Pflege und Therapie.

Der Einsatz von APN trägt zu einer effizienteren Nutzung der begrenzten Ressourcen des Gesundheitswesens bei. So kommt die OECD zu dem Schluss: „Die Anzahl der Arztbesuche ist auch deshalb hoch, weil Krankenpflegekräfte und andere Angehörige der Gesundheitsberufe in der Primärversorgung noch immer eine untergeordnete Rolle spielen.“ (OECD und European Observatory on Health Systems and Policies 2019, S. 11). Hierin besteht ein wesentlicher Ansatzpunkt für höhere Effizienz bei gleichzeitiger qualitativer Verbesserung des Leistungsangebots.

APN, zum Beispiel in der Ausprägung als Community Health Nurses, sollen insbesondere an folgenden, in den Eckpunkten genannten Leistungen, als eigenständige Leistungserbringer im Berufs- und Leistungsrecht berücksichtigt werden:

- Erbringung von Vorsorge- und Früherkennungsleistungen (Check-Up U60+, Angehörigenbelastungsassessments)
- Durchführung von präventiven Hausbesuchen
- Durchführung aller Beratungsleistungen (inklusive einer intensivierten fachlichen Begleitung und Unterstützung bei erstmaligem Bezug von Pflegegeld/Entlastungsleistungen)
- Durchführung rehabilitativ ausgerichteter Pflege
- Einsatz in den Pflegeeinrichtungen als Bindeglied zwischen Praxis, Hochschulen und Forschung.
- Darüber hinaus konsequenter Einsatz von APN in allen Bereichen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Dabei sollen APN nicht als zusätzliche unverbundene Leistungserbringer, sondern vielmehr im Verbund mit anderen Leistungsträgern insbesondere ärztlichen und therapeutischen Gesundheitsfachberufen, verstanden werden. Ein transparenter, niedrigschwelliger und einheitlicher Zugang zu Leistungen, eine Integration des Informationsflusses und der Dokumentation zwischen den jeweiligen Leistungserbringern sowie kooperative Absprachen und Beratungen zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern sind essenziell.

Dazu ist eine stärkere Integration der Leistungserbringung in der primären Gesundheitsversorgung erforderlich, so dass ärztliche Leistungen, APN-Leistungen, aber auch weitere pflegerische und therapeutische Leistungen möglichst „aus einer Hand“ erbracht werden können. Möglichkeiten dazu werden im nächsten Abschnitt skizziert.

2. Leistungen der Primären Gesundheitsversorgung¹ integriert erbringen

In den vorliegenden Eckpunkten werden zahlreiche sinnvolle, Einzelmaßnahmen angesprochen. Ihr volles Potenzial können diese aber erst entfalten, wenn sie integriert angeboten werden und nicht als separate, unverbundene Leistungen.

So adressieren der Check-up U60+ und die präventiven Hausbesuche dieselbe Personengruppe. Sie sollten deshalb nicht als getrennte Maßnahmen, sondern integriert strukturiert werden. Insbesondere der Hausbesuch durch eine Pflegefachperson reichert den Check-up mit Informationen zu den räumlichen und sozialen Lebensbedingungen an. Faktoren, die die Erhaltung von Gesundheit fördern oder gefährden, können so sehr viel besser erkannt werden als bei einem Check-up in einer Praxis. Eine Beratung zu Hilfsmitteln, Wohnraumanpassung und Präventionsmöglichkeiten kann auf die konkreten Gegebenheiten vor Ort aufbauen. Wird der Hausbesuch durch eine APN durchgeführt, können auch körperliche und sonstige Untersuchungen, wie sie im Rahmen eines Check-up angeboten werden sollten, in erheblichem Umfang direkt in der Häuslichkeit durchgeführt werden.

In gleicher Weise sind die anvisierten Beratungsleistungen in idealer Weise mit Hausbesuchen und Check-ups zu verbinden. Diese können dann das gesamte Familien - und Versorgungssystem einschließlich der pflegenden Angehörigen in den Blick nehmen. Sie sind in gleicher Weise mit Leistungen zu integrieren, die durch ambulante Pflegedienste erbracht werden. Auch Leistungen im Notfall werden am besten durch vertraute Leistungserbringer erbracht.

Ein Nebeneinander der verschiedenen anvisierten und bereits bestehenden Leistungen ist nicht zielführend, weil es dadurch zu unnötigen Doppelerhebungen, Informationsverlusten und Ineffizienzen kommt. Gleichzeitig stellen bereits heute die bestehenden Leistungsbrüche im Versorgungssystem Bürgerinnen und Bürger, Pflegebedürftige sowie ihre An- und Zugehörigen vor erhebliche Herausforderungen, da die Vielzahl unterschiedlicher Zugangspunkte und das unzureichend abgestimmte Zusammenwirken der Leistungserbringer nur schwer zu überblicken ist. Hausärztliche Leistungserbringer und Therapeuten:innen, vor allem aber ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen leisten heute in erheblichem Umfang unvergütete Arbeit, um Absprachen zwischen den Leistungserbringern und damit eine im Ansatz koordinierte Versorgung sicherzustellen. Die eigentlich erforderlichen fachlichen Absprachen und Fallkonferenzen, wie sie in den verschiedensten medizinischen Leitlinien und pflegerischen Expertenstandards empfohlen werden, sind in den derzeitigen Organisations- und Vergütungsstrukturen de facto nicht umsetzbar. Hier ist eine grundlegende Neuorganisation notwendig, die hausärztliche Versorgung, Heilmittelerbringer und Pflegeeinrichtungen im Sinne einer echten primären Gesundheitsversorgung strukturell verbindet.

Eine integrierte Leistungserbringung verbessert die Gesundheitsergebnisse und ist dazu geeignet, auch die Prävention stärker in den Mittelpunkt zu stellen. Sie reduziert die Anzahl

¹ Der Deutsche Pflegerat legt diesen Ausführungen das Verständnis von Primärer Gesundheitsversorgung der Deklaration von Alma Ata (1978) zugrunde, die auch die Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet hat: „Unter primärer Gesundheitsversorgung ist eine grundlegende Gesundheitsversorgung zu verstehen, die auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptablen Methoden und Technologien basiert und die für Einzelpersonen und Familien in der Gesellschaft durch deren vollständige Beteiligung im Geiste von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu für die Gesellschaft und das Land in jeder Phase ihrer Entwicklung bezahlbaren Kosten flächendeckend bereitgestellt wird. Sie bildet einen integralen Bestandteil sowohl im Gesundheitssystem eines Landes, dessen zentrale Aufgabe und hauptsächlichen Schwerpunkt sie darstellt, als auch in der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Bevölkerung insgesamt. Sie ist die erste Ebene, auf der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem nationalen Gesundheitssystem treten, so dass die Gesundheitsversorgung so nahe wie möglich an Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen gerückt wird, und stellt das erste Element eines kontinuierlichen Prozesses der Gesundheitsversorgung dar.“

der Anlaufstellen, mit denen Leistungsempfänger konfrontiert werden. Sie vermeidet Informationsverluste, Koordinationsaufwand und Reibungsverluste.

International bewährt haben sich Primärversorgungszentren, die in unterschiedlicher Art und Weise organisiert sind.

Als Orientierung zur Ausgestaltung in Deutschland kann dienen: „Als Primärversorgungszentren werden [...] wohnortnahe Einrichtungen verstanden, die als Anlaufstelle bei allen Arten von gesundheitlichen Beschwerden dienen (mit Ausnahme von Notfallbehandlung durch den Rettungsdienst). Sie decken ein multiprofessionelles Leistungsspektrum ab, meistens Allgemeinmedizin und Pädiatrie ergänzt durch weitere lokal erforderliche Fachrichtungen. Sie vereinen so idealerweise medizinisch-pflegerische Leistungen in Kooperation mit pharmazeutischen, psycho- oder physiotherapeutischen und anderen Gesundheitsberufen sowie Sozialarbeit und regionale Gesundheitsförderung unter einem Dach“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe et al. 2025).

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat bereits 2014 vorgeschlagen, so genannte „Lokale Zentren zu Primär- und Langzeitversorgung (LGZ)“ zu etablieren (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014). Der Sachverständigenrat schlug dabei vor, dass diese Zentren einerseits Arztpraxen, andererseits aber auch bestehende stationäre Pflegeeinrichtungen als Nukleus nutzen könnten. Die jeweilige Ausgestaltung sollte sich an den Anforderungen und Gegebenheiten vor Ort orientieren, so dass entsprechende Zentren in großstädtischen Quartieren anders gestaltet wären als in ländlichen, endstrukturierten Gebieten.

Im Kontext von Community Health Nursing haben Igl und Burgi ebenfalls die Etablierung von vergleichbaren Zentren vorgeschlagen (Burgi und Igl 2021). Gemeint sind nicht Medizinische Versorgungszentren (MVZ), sondern multiprofessionelle Zentren mit paritätischer Zusammenarbeit der Professionen, wobei die Leitungsfunktion nicht notwendigerweise einer ärztlichen Profession zugeordnet ist.

Als ein Vorbild für Deutschland können die in den letzten Jahren in Österreich etablierten „Primärversorgungseinheiten“ dienen, die entweder als Primärversorgungszentren (PVZ) oder als Primärversorgungsnetzwerk (PVN) ausgestaltet sind und an denen verpflichtend pflegerische Leistungserbringer zu beteiligen sind (<https://primaerversorgung.qv.at/>) (Hämel 2025).

Die Etablierung entsprechender Zentren muss eine Neuordnung im Leistungsrecht nach sich ziehen, auch, weil Leistungen verschiedener Sozialgesetzbücher integriert erbracht werden sollen. Ein aktueller Vorschlag dazu lautet, dass „in Deutschland die Primärversorgung als eine eigenständige kooperative und multiprofessionelle Versorgungsform im SGB V sowie in den nachgeordneten Vertragswerken formal verankert werden“ (Nolting et al. 2021, S. 68) soll.

3. Primäre Gesundheitsversorgung in sozialräumlicher Verantwortung organisieren

Die vorgeschlagenen Leistungen sollten nicht nur integriert, sondern in sozialräumlicher Verantwortung organisiert werden. So erreichen Angebote zum Check-up U60+ oder zum präventiven Hausbesuch die besonders vulnerablen Personengruppen oft nicht, wenn sie die Eigeninitiative der Adressat:innen oder eine bestehende Anbindung an eine Hausarztpraxis voraussetzen. Es benötigt vielmehr aktiv zugehende Angebote, um auch diejenigen zu erreichen, die möglicherweise von geringerer Gesundheitskompetenz oder einem eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung betroffen sind. Dies lässt sich sinnvoll nur im Quartier, im Stadtteil oder in dem Dorf etc. organisieren.

Dabei übernimmt ein Primärversorgungszentrum dauerhaft die Verantwortung für die angesprochenen Leistungen innerhalb eines definierten Gebiets. Es wird zum verlässlichen Partner für alle Leistungen rund um die Primärversorgung, so dass der Zugang zu Leistungen erleichtert wird. Anhand einer Bedarfserhebung (zum Beispiel mittels eines Community Health Assessments durch eine Community Health Nurse) setzt es Schwerpunkte in der Prävention

und Gesundheitsförderung im Sozialraum. Welche Schwerpunkte dies sind und wie sie adressiert werden, kann sich von Quartier zu Quartier stark unterscheiden.

Hausbesuche und Check-ups werden so allen in Frage kommenden Personen (etwa mit einem bestimmten Alter zu einem Stichtag) innerhalb des definierten Quartiers angeboten, um auch vulnerable Personen zu erreichen. Die Unterstützung im Notfall ist ebenfalls am besten im Quartier durch vertraute Ansprechpartner zu gewährleisten.

Hieraus wird deutlich, dass eine Ablösung des Wettbewerbs um einzelne Patienten:innen erforderlich ist, weil er in einer sozialräumlichen Denkweise nicht zielführend ist. Denkbar ist ein Wettbewerb um die Zuständigkeit für ein Quartier / einen definierten Sozialraum im Sinne einer „Konzession“ für einen bestimmten Zeitraum, ähnlich wie dies mit Versorgungsnetzen und anderen Infrastrukturbereichen schon heute passiert.

Gesetzesvorschlag

Der Deutsche Pflegerat e.V. erklärt sich vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen ausdrücklich bereit, an der weiteren Entwicklung und Etablierung einer integrativen primären Gesundheitsversorgung mitzuarbeiten und im Zuge dessen, konkrete juristische Gestaltungsvorschläge zu machen.

Literaturverzeichnis

Burgi, Martin; Igl, Gerhard (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG (Schriften zum Sozialrecht, 61).

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; Verein demokratischer Ärzt:innen; Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (2025): Primärversorgungszentren statt Primärarztssystem. Berlin, zuletzt geprüft am 31.01.2026.

Hämel, Kerstin (2025): Primärversorgung und Pflege – Deutschland und Österreich in Bewegung? In: *Pflege* 38 (3), S. 121–122. DOI: 10.1024/1012-5302/a001041.

Nolting, Hans-Dieter; Ochmann, Richard; Zich, Karsten (2021): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Hg. v. Robert Bosch Stiftung GmbH. Stuttgart, zuletzt geprüft am 31.01.2026.

OECD; European Observatory on Health Systems and Policies (2019): Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019. State of the Health in the EU. Paris, Brüssel: OECD, zuletzt geprüft am 31.01.2026.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Hg. v. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>.

Pflegeberuferegister im Kontext des Zukunftspakts Pflege

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ stellt in ihren fachlichen Eckpunkten klar fest, dass

- eine wirkungsorientierte, datengestützte Pflegeplanung erforderlich ist,
- die Versorgungssituation wesentlich von der Zahl und Qualifikation der in einer Region tätigen Pflegefachpersonen abhängt und
- ein Pflegepersonalmonitoring Bestandteil eines bundesweit einheitlichen Kerndatensatzes sein kann, um Pflegeplanung, Steuerung und Krisenfestigkeit zu verbessern.

Diese Zielsetzung wird ausdrücklich mit der kommunalen Pflegeplanung, der integrierten Pflege- und Sozialplanung sowie mit der Vorbereitung auf strukturelle Veränderungen und Krisensituationen verknüpft.

Die im Papier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe formulierten Ziele können ohne eine einheitliche Primärdatenbasis zur Profession Pflege nicht erreicht werden. Die bislang vorhandenen Datenerhebungen (amtliche Statistik, Arbeitsmarktberichte, projektbezogene Monitorings) sind hierfür nicht ausreichend, da sie zeitverzögert, sektoral fragmentiert und nicht berufsregisterbasiert sind.

Ein wirksames Pflegepersonalmonitoring im Sinne des Zukunftspakts Pflege setzt die Einführung eines bundesweit einheitlichen Pflegeberuferegisters zwingend voraus.

Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Pflegerat – in konsequenter Weiterentwicklung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ – die gesetzliche Einführung eines bundesweiten Pflegeberuferegisters.

Das Pflegeberuferegister muss als zentrales Steuerungs- und Vorsorgeinstrument ausgestaltet werden und folgende Funktionen erfüllen:

1. Umsetzung der im Zukunftspakt Pflege geforderten datengestützten Pflegeplanung auf kommunaler, Landes- und Bundesebene.
2. Verlässliche Grundlage für ein bundesweit vergleichbares Pflegepersonalmonitoring als Bestandteil eines einheitlichen Kerndatensatzes.
3. Stärkung der Krisenprävention und Krisenreaktionsfähigkeit, indem im Bedarfs- und Krisenfall zeitnah sichtbar wird,
 - wie viele Pflegefachpersonen verfügbar sind,
 - mit welchen Qualifikationen,
 - in welchen Regionen und Versorgungssettings.
4. Erhöhung der Resilienz des Pflege- und Gesundheitssystems bei Pandemien, Naturkatastrophen, strukturellen Versorgungsbrüchen oder demografisch bedingten Engpässen.

Mit einem Pflegeberuferegister wird die im Papier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe formulierte Zielrichtung konsequent weitergedacht:

- von der deskriptiven Statistik hin zur steuerungsfähigen Datenbasis,
- von der reaktiven Krisenbewältigung hin zur vorausschauenden Krisenprävention,
- von der fragmentierten Betrachtung einzelner Sektoren hin zur professionellen Gesamtperspektive auf Pflege.

Das Pflegeberuferegister ist damit kein Selbstzweck, sondern die notwendige infrastrukturelle Voraussetzung, um die im Zukunftspakt Pflege formulierten Ansprüche an Versorgungssicherheit, Steuerungsfähigkeit und Krisenfestigkeit tatsächlich einzulösen.

Der Deutsche Pflegerat e.V. sollte als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene i.S.d. § 118a SGB XI i.V.m. § 2 der Pflegeberufbeteiligungsverordnung mit der Errichtung und dem Betrieb des Pflegeberuferegisters durch die Übertragung entsprechender hoheitlicher Aufgaben und Befugnisse im Wege der „Beleihung“ (mittelbare Staatsverwaltung) beauftragt werden. Mit der „Registrierung beruflich Pflegenden“ in Deutschland (www.regbp.de) bietet der Deutsche Pflegerat für alle professionell Pflegenden seit bereits mehr als zehn Jahren die Möglichkeit, sich bei einer unabhängigen Registrierungsstelle bundesweit freiwillig zentral erfassen zu lassen.

Gesetzesvorschlag

Neuer § 8b SGB XI – Pflegeberuferegister

§ 8b Pflegeberuferegister

(1) Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und wohnortnahen pflegerischen Versorgung sowie zur Stärkung der Krisen- und Resilienzfähigkeit des Gesundheits- und Pflegesystems errichtet der Deutsche Pflegerat e.V. ein bundesweit einheitliches Pflegeberuferegister.

(2) Im Pflegeberuferegister werden alle Pflegefachpersonen erfasst, die zur Ausübung eines Pflegeberufs nach Bundesrecht berechtigt sind oder waren. Die Registrierung ist Voraussetzung für die Ausübung des Pflegeberufs.

(3) Das Pflegeberuferegister dient insbesondere

1. der Pflegepersonal- und Pflegebedarfsplanung auf kommunaler, Landes- und Bundesebene,
2. dem Pflegepersonalmonitoring,
3. der Sicherstellung und Weiterentwicklung der Berufsqualifikation der Pflegeberufe,
4. der Krisenprävention, Krisenfrüherkennung und Resilienzplanung in der pflegerischen Versorgung sowie
5. der Unterstützung von Notfall-, Katastrophen- und Pandemielagen, insbesondere durch eine zeitnahe Übersicht über verfügbare pflegerische Ressourcen.

(4) Im Register dürfen nur solche Daten verarbeitet werden, die für die Zwecke nach Absatz 3 erforderlich sind, insbesondere Angaben zu

1. Berufszulassung und Qualifikation,
2. Tätigkeitsstatus, Tätigkeitsumfang und Einsatzbereich,
3. regionalem Tätigkeitsort,
4. relevanten Zusatz- und Weiterqualifikationen sowie
5. grundsätzlicher Einsatzfähigkeit in Krisen- oder Notfallsituationen.

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt unter strikter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Für Zwecke der Planung, Steuerung und Krisenvorsorge sind die Daten ausschließlich aggregiert zu verwenden.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Regelungen zu treffen über

1. Inhalt, Struktur und Betrieb des Pflegeberuferegisters,
2. Melde- und Aktualisierungspflichten,
3. Zuständigkeiten der registerführenden Stelle,
4. Verfahren zur Nutzung aggregierter Daten für Pflegeplanung und Krisenvorsorge sowie
5. Schnittstellen zu Strukturen des Bevölkerungsschutzes und der gesundheitlichen Notfallversorgung.

(6) Die aus dem Pflegeberuferegister gewonnenen Daten sind bei der datengestützten Pflegeplanung nach § 12, bei den Empfehlungen der Landespflegeausschüsse nach § 8a sowie bei der Vorbereitung und Bewältigung außergewöhnlicher Versorgungs- und Krisensituationen zu berücksichtigen.

(7) Soweit in einem Bundesland eine Körperschaft des öffentlichen Rechts der beruflichen Pflege aufgrund Landesrechts mit entsprechenden Aufgaben errichtet ist und diese Körperschaft eine verpflichtende Registrierung i.S.d. § 8b Abs. 2 S. 1 in Verbindung mit § 8b Abs. 4 auf Landesebene vornimmt, erfolgt die Registrierung und laufende Aktualisierung der für das Pflegeberuferegister erforderlichen Daten der dort tätigen Pflegefachpersonen insoweit durch die zuständige Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die Körperschaft des öffentlichen Rechts übermittelt die hierfür erforderlichen Daten nach Maßgabe einer bundesrechtlich einheitlichen Datensatz- und Schnittstellendefinition an die registerführende Stelle nach Abs. 1 zur Zusammenführung auf Bundesebene. Das Nähere, insbesondere zu Inhalt, Format, Aktualität, Übermittlungswegen, Qualitätssicherung, Verantwortlichkeiten nach Datenschutzrecht sowie zu Verfahren der Dublettenprüfung und Identitätszuordnung, regelt die Rechtsverordnung nach Absatz 5.

SGB V

§ 135b Absatz X SGB V

Bei Maßnahmen zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in Krisen- und Notfallsituationen sind die Erkenntnisse aus dem Pflegeberuferegister nach § 8b SGB XI zu berücksichtigen.

Begründung zu § 8b SGB XI – Pflegeberuferegister

A. Allgemeiner Teil

I. Ziel und Notwendigkeit der Regelung

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und wohnortnahen pflegerischen Versorgung ist eine zentrale Aufgabe der sozialen Pflegeversicherung (§ 8 Absatz 1 SGB XI). Diese Aufgabe gewinnt angesichts des demografischen Wandels, des zunehmenden Fachkräftemangels sowie wachsender Krisenanfälligkeiten des Gesundheits- und Pflegesystems weiter an Bedeutung.

Die fachlichen Eckpunkte zum Zukunftspakt Pflege sehen vor, dass die kommunale Pflegeplanung künftig stärker datengestützt erfolgen soll und dabei auch die Zahl und Qualifikation der in einer Region tätigen Pflegefachpersonen zu berücksichtigen sind. Ein Pflegepersonalmonitoring kann Teil eines bundesweit einheitlichen Kerndatensatzes sein. Die Umsetzung dieser Zielsetzung setzt jedoch eine belastbare, aktuelle und bundesweit einheitliche Datengrundlage voraus.

Derzeit existieren zahlreiche Datenerhebungen zur Pflege, etwa im Rahmen der amtlichen Statistik, der Arbeitsmarktberichterstattung oder projektbezogener Fachkräftemonitorings. Diese Daten sind jedoch zeitlich verzögert, methodisch heterogen und nicht als Primärquelle für eine kontinuierliche Pflegepersonalsteuerung geeignet. Insbesondere fehlen verlässliche Informationen zur tatsächlichen Verfügbarkeit, regionalen Verteilung und Qualifikationsstruktur der Pflegefachpersonen.

Zudem haben jüngere Krisen – insbesondere die COVID-19-Pandemie, aber auch regionale Versorgungsengpässe infolge struktureller Veränderungen – deutlich gemacht, dass der Staat im Krisenfall nicht über eine systematische Übersicht der verfügbaren pflegerischen Ressourcen verfügt. Dies erschwert eine vorausschauende Krisenprävention, eine koordinierte Reaktion in Notfallsituationen sowie eine resiliente Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur.

Mit der Einführung eines bundesweit einheitlichen Pflegeberuferegisters wird daher eine zentrale datenbezogene Voraussetzung geschaffen, um Pflegeplanung, Pflegepersonalmonitoring und Krisenvorsorge wirksam, rechtssicher und evidenzbasiert zu gestalten.

II. Wesentlicher Inhalt der Regelung

Mit § 8b SGB XI wird ein bundesweit einheitliches Pflegeberuferegister eingeführt. Das Register erfasst Pflegefachpersonen, die zur Ausübung eines Pflegeberufs nach Bundesrecht berechtigt sind oder waren.

Das Pflegeberuferegister dient insbesondere:

- der Pflegepersonal- und Pflegebedarfsplanung auf kommunaler, Landes- und Bundesebene,
- dem Pflegepersonalmonitoring,
- der Sicherstellung und Weiterentwicklung der beruflichen Qualifikation,
- der Krisenprävention und Krisenfrüherkennung,
- sowie der Vorbereitung und Bewältigung von Notfall-, Katastrophen- und Pandemielagen.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt unter strikter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben. Für Zwecke der Planung, Steuerung und Krisenvorsorge werden ausschließlich aggregierte Daten genutzt.

Die nähere Ausgestaltung des Registers wird durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates geregelt.

III. Alternativen

Alternativen zur Einführung eines Pflegeberuferegisters bestehen nicht in gleich geeigneter Weise.

Die Fortführung der bisherigen Datenerhebungen ohne ein zentrales Register auf Bundesebene würde die bestehenden Defizite – insbesondere Zeitverzug, fehlende Vergleichbarkeit und mangelnde Steuerungsfähigkeit – nicht beheben. Freiwillige oder projektbezogene Erhebungen sind für eine dauerhafte, rechtssichere Pflegeberufeplanung, Pflegeplanung und Krisenvorsorge nicht ausreichend.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergibt sich insbesondere aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG (Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe) und Nummer 12 GG (Sozialversicherung). Das Pflegeberuferegister dient unmittelbar u.a. der Sicherstellung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sowie der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nach dem SGB XI. Da ein Bereich betroffen ist, der auch die Gesetzgebungskompetenz der Länder berührt (teilweise bestehen bereits gewisse **Regelungen zu einem Berufsregister auf Landesebene**), **besteht hier Klärungsbedarf**. Es wird aber davon ausgegangen, dass in der Sache eine bundeseinheitliche Regelung dringend notwendig und damit vorrangig ist.

VI. Auswirkungen

1. Auswirkungen auf Pflegefachpersonen

Das Pflegeberuferegister ist Voraussetzung für eine rechtmäßige Berufsausübung und stärkt die Sichtbarkeit und Anerkennung der Pflegefachpersonen als eigenständige Profession. Die Registrierung schafft Transparenz über Qualifikationen und Tätigkeitsfelder und kann perspektivisch auch als Grundlage für digitale Nachweise und berufliche Mobilität dienen.

2. Auswirkungen auf Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen

Durch eine verbesserte Datenlage wird eine gezieltere Planung und Steuerung möglich. Mittel- und langfristig können Fehlsteuerungen, Versorgungsbrüche und ineffiziente Ad-hoc-Maßnahmen vermieden werden.

3. Auswirkungen auf Kommunen und Länder

Kommunen und Länder erhalten eine belastbare Datengrundlage für die Pflegebedarfsplanung, insbesondere im Hinblick auf regionale Engpässe, Strukturveränderungen und Krisenszenarien.

4. Auswirkungen auf die Krisenvorsorge

Das Pflegeberuferegister ist ein wesentlicher Baustein zur Stärkung der Resilienz des Pflege- und Gesundheitssystems. Es ermöglicht präventive Risikoanalysen, Frühwarnindikatoren und eine koordinierte Mobilisierung pflegerischer Ressourcen in außergewöhnlichen Versorgungslagen.

B. Besonderer Teil

Zu § 8b (Pflegeberuferegister)

Absatz 1 normiert die Einrichtung eines bundesweit einheitlichen Pflegeberuferegisters und stellt klar, dass dieses sowohl der Versorgungssicherung als auch der Krisen- und Resilienzfähigkeit dient. Der Deutsche Pflegerat e.V. wird mit Errichtung und Betrieb des Registers beauftragt. Dies erfordert weitere gesetzliche Regelungen (Beleihung).

Absatz 2 legt den persönlichen Anwendungsbereich fest und bestimmt die Registrierung als Voraussetzung für die Ausübung des Pflegeberufs.

Absatz 3 definiert die Zwecke des Registers und stellt insbesondere die Bedeutung für Pflegeplanung, Pflegepersonalmonitoring und Krisenvorsorge heraus.

Absatz 4 konkretisiert die zulässigen Datenkategorien und stellt den Grundsatz der Datensparsamkeit sowie die ausschließliche Nutzung aggregierter Daten für Planungs- und Steuerungszwecke sicher.

Absatz 5 enthält eine Verordnungsermächtigung zur näheren Ausgestaltung des Registers, einschließlich der Schnittstellen zu Strukturen des Bevölkerungsschutzes und der gesundheitlichen Notfallversorgung.

Absatz 6 stellt den verbindlichen Bezug zur Pflegeplanung, zu den Landespflegeausschüssen sowie zur Vorbereitung und Bewältigung außergewöhnlicher Versorgungs- und Krisensituationen her.

Absatz 7 regelt das Verfahren, soweit bereits auf Landesebene ein Register durch Körperschaften des öffentlichen Rechts der beruflichen Pflege geführt wird.

Bundesweite Umsetzung PeBeM

Das bundeseinheitliche Personalbemessungsinstrument PeBeM, dessen Entwicklung und Erprobung vom Gesetzgeber in Auftrag gegeben und angenommen wurde, ist mit dem Ende 2025 als Ergebnis des Modellprojektes definierten Algorithmus 2.1 in zeitlich definierten Schritten in allen Bundesländern vollständig umzusetzen.

Ein erster Schritt muss die sofortige Festlegung der Stellenanteile in § 113c Abs. 1, Satz 1, gemäß dem 2020 definierten Algorithmus 1.0 sein. Zusätzlich ist dabei festzulegen, dass bei nicht besetzbaren QN 3 Stellen diese zu einem erheblichen Teil nur durch Pflegefachpersonen nach QN 4 zu besetzen sind.

Die aktuell in § 113c Abs. 1 als Maximalzahlen definierten Stellenanteile sind durch das BMG unabhängig von der Zweijahresfrist neu als Mindestzielzahlen nach § 113c Abs. 8 festzulegen (siehe Anlagen 1 und 2).

Begründung

Die Ergebnisse des Modellprogramms haben deutlich gemacht, dass die fachlich erforderliche Pflege ohne die aufgezeigte Stellenbemessung nicht vollständig erbracht werden kann. Nur mit einer solchen Stellenbemessung können die Pflegefachpersonen ihrer gesetzlich übertragenen Verantwortung für den Pflegeprozess (PflBG §§ 4 - 5 und SGB XI § 11 Abs. 1) gerecht werden.

Bestehende Unterschiede nach Bundesländern kann es dabei nicht geben, da sich die Pflegebedürftigkeit personenorientiert individuell und nicht vom Wohnort abhängig unterscheidet.

Gesetzesvorschlag

Direkte Umsetzung PeBeM nach Algorithmus 1.0²

§ 113c Abs. 1 SGB XI

(1) In den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Abs. 5 Satz 2 Nummer 2 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen kann die sich aus nachfolgenden Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden:

1. für Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung nach Nummer 2

- a) 0,11864871 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1
- b) 0,16108353 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2
- c) 0,17522211 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3
- d) 0,16199059 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4
- e) 0,16265138 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5

2. für **Pflegefachassistentenpersonal nach Pflegefachassistentengesetz** und Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr

- a) 0,09992923 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1
- b) 0,10409951 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2
- c) 0,17611995 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3
- d) 0,24118549 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4
- e) 0,15188704 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5

² **Algorithmus 1.0:** Abschlussbericht Entwicklung und Erprobung (...) einheitliche Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen, 08/2020, Tab. 92, S.367

<https://media.suub.uni-bremen.de/entities/publication/bc1572f2-4d7e-4261-83f1-93f36c36fe34>

3. für Fachkraftpersonal

- a) 0,05201332 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1
- b) 0,05523959 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2
- c) 0,10835817 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3
- d) 0,25878736 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4
- e) 0,55995844 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5

Umsetzung PeBeM nach Algorithmus 2.1³ in gesetzlich definiertem Zeitraum

§113c Absatz 1 SGB XI

(1) **Ab xx.xx.xxxx** kann in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Abs. 5 Satz 2 Nummer 2 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen kann die sich aus nachfolgenden Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden:

1. für Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung nach Nummer 2

- a) 0,13466422 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1
- b) 0,20021495 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2
- c) 0,30573150 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3
- d) 0,17743282 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4
- e) 0,23152628 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5

2. für **Pflegefachassistentpersonal nach Pflegefachassistentengesetz** und Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr

- a) 0,06173880 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1
- b) 0,06436788 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2
- c) 0,07894154 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3
- d) 0,33061065 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4
- e) 0,11686646 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5

3. für Fachkraftpersonal

- a) 0,09737289 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1
- b) 0,09232005 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2
- c) 0,11954241 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3
- d) 0,15399769 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4
- e) 0,60705886 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5

Berlin, 19.02.2026

Kontakt

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de

³ **Algorithmus 2.1:** Abschlussbericht Modellprojekt § 8 Abs.3b SGB XI - Los 2: Evaluation u.

Anpassung des Personalbemessungsinstruments, 12/2025, Tab. 85, S.184

<https://www.gkv->

[spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/implementation_projekte_8_abs_3_b/Abschlussbericht_Los_2_8_Abs.3b_SGB_XI.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/implementation_projekte_8_abs_3_b/Abschlussbericht_Los_2_8_Abs.3b_SGB_XI.pdf)