

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V.
(DPR) zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der
Pflegeversicherung
(Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) bedankt sich für die Möglichkeit zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG) Stellung nehmen zu können.

Festzuhalten ist, dass die eingeräumte Frist von lediglich drei Arbeitstagen der Tragweite des Entwurfs nicht gerecht wird. Eine vertiefte fachliche Bewertung sowie die notwendige Abstimmung innerhalb eines Dachverbandes mit zahlreichen Mitgliedsorganisationen sind unter diesen Bedingungen nur eingeschränkt möglich. Die außergewöhnlich kurze Frist begrenzt damit die Möglichkeit, die Expertise der Profession Pflege angemessen in das Gesetzgebungsverfahren einzubringen.

Vor diesem Hintergrund konzentriert sich die vorliegende Stellungnahme auf die aus Sicht des DPR besonders relevanten und kritisch zu bewertenden Regelungen. Regelungen, die der DPR ausdrücklich begrüßt oder deren Zielrichtung grundsätzlich unterstützt, werden nicht in allen Fällen gesondert kommentiert.

Der DPR unterstützt das Ziel, die Pflegeversicherung nachhaltig zu stabilisieren und zukunftsfest weiterzuentwickeln. Angesichts des demografischen Wandels, steigender Versorgungsbedarfe und eines bereits heute eklatanten Mangels an Pflegefachpersonen und Pflegefachassistent:innen besteht dringender Handlungsbedarf. Reformen müssen sich daran messen lassen, ob sie die Versorgung pflegebedürftiger Menschen langfristig sichern, pflegende An- und Zugehörige wirksam unterstützen und die Profession Pflege stärken.

Der DPR begrüßt daher, dass der Referentenentwurf Prävention, Rehabilitation, Pflegebegleitung, Digitalisierung sowie Unterstützungsangebote in pflegerischen Akutsituationen stärken will. Jeder Schritt, der Pflegebedürftigkeit verhindert oder minimiert, Selbstständigkeit erhält und pflegende Familien frühzeitig unterstützt, ist richtig und notwendig. Diese Ansätze können wichtige Beiträge zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung leisten.

Gleichzeitig bleibt die eigentliche Strukturdebatte erneut aus. Noch immer werden versicherungsfremde Leistungen aus Beitragsmitteln der Pflegeversicherung finanziert. Noch immer sind die im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie entstandenen Belastungen der Pflegeversicherung nicht vollständig ausgeglichen. Auch die Finanzierung der Pflegeausbildung wird in der Langzeitpflege weiterhin in erheblichem Umfang von Pflegebedürftigen mitgetragen, obwohl es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt. Weiterhin kommen die Länder ihrer gesetzlichen Verantwortung zur Finanzierung der Investitionskosten vielerorts nicht ausreichend nach und die daraus entstehenden Kosten werden über die Investitionskostenumlage auf die pflegebedürftigen Menschen verlagert.

Unberücksichtigt bleibt zudem, dass Leistungen zur Versorgung individueller akuter und chronischer Erkrankungen originäre Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind und unabhängig von Pflegegrad und Wohnform bedarfsgerecht finanziert werden müssen. Die zentralen Ursachen der finanziellen Schieflage werden damit erneut nicht nachhaltig adressiert.

Zudem bleibt offen, welche Rolle die Profession Pflege künftig in der Versorgung übernehmen soll. Der Entwurf enthält zahlreiche neue Instrumente, beantwortet jedoch nicht die Frage, wie pflegfachliche Kompetenzen künftig systematisch genutzt und weiterentwickelt werden sollen. Es fehlen eine konsequente Stärkung professioneller Pflege im Leistungsrecht, eine klare Qualifikationsstrategie sowie eine stärkere Berücksichtigung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen.

Vor diesem Hintergrund bewertet der DPR insbesondere die vorgesehene Anhebung der Schwellenwerte des Begutachtungsinstruments sowie die befristete Aussetzung der Tariftreueregelung sehr kritisch. Beide Maßnahmen dienen nach der Gesetzesbegründung maßgeblich der finanziellen Entlastung der Pflegeversicherung. Sie greifen jedoch an zwei zentralen Stellen des Versorgungssystems ein: beim Zugang pflegebedürftiger Menschen zu Leistungen und bei den Arbeits- und Vergütungsbedingungen professionell Pflegender.

Die steigenden Eigenanteile pflegebedürftiger Menschen sind nicht Folge angemessener Vergütung von Pflegefachpersonen, sondern Ausdruck struktureller Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung. Pflegebedürftige und beruflich Pflegende dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Bereits in seiner Stellungnahme zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz hat der DPR darauf hingewiesen, dass Tarifentwicklung in der Pflege keine Fehlsteuerung, sondern Voraussetzung für Personalgewinnung, Personalbindung und die Attraktivität des Pflegeberufs ist.

Die Auswirkungen dieser Maßnahmen betreffen nicht nur Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen, sondern auch die Pflegefachpersonen und alle beruflich Pflegenden. Bereits heute besteht ein erheblicher Mangel an Pflegefachpersonen und Pflegefachassistent:innen. Eine Schwächung tariflicher Vergütungsstandards gefährdet die Attraktivität des Berufs und die Bindung dringend benötigter Fachpersonen. Pflegebedarfe wiederum verschwinden nicht, wenn Menschen später oder schwerer Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Notwendig sind stattdessen eine nachhaltige Lösung der strukturellen Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung, die dauerhafte Sicherung tariflicher Vergütungsstandards, ein am tatsächlichen Unterstützungsbedarf orientierter Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung sowie eine konsequente Stärkung professioneller Pflege. Dazu gehören die Anerkennung und Nutzung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen einschließlich ihrer Vorbehaltsaufgaben sowie die systematische Einbindung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in die Versorgung.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 5

§ 6 Abs. 1 und 4 - Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen,

Die bisher in § 11 SGB XI geregelten Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen werden in § 6 SGB XI überführt. Die Regelung zur Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen wird dabei in einen neuen Absatz 4 verschoben. Zudem wird in Abs. 1 ergänzt, dass die pflegerische Versorgung „jederzeit“ gewährleistet werden muss.

Der DPR hat in seinen Stellungnahmen zum Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes in der 20. Legislatur und zum Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege in der 21. Legislatur die Ergänzung zur Pflegeprozessverantwortung durch Pflegefachpersonen in § 11 Absatz 1 ausdrücklich begrüßt.

Nicht nachvollziehbar ist die im Gesetzentwurf vorgenommene Neugliederung des bisherigen § 11 SGB XI in § 6 SGB XI, wonach die Regelung zur Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen in einen neuen Absatz 4 verschoben wird. Die Pflegeprozessverantwortung steht in unmittelbarem fachlichem Zusammenhang mit der Leistungserbringung gemäß Abs. 1 und muss, wenn sie nicht Teil des Absatz 1 bleiben soll, direkt auf diesen folgen.

Darüber hinaus sieht der DPR im § 6 Abs. 1 Satz 1 die Ergänzung um das Wort „jederzeit“ sehr kritisch, da die jederzeitige Gewährleistung im unmittelbaren Zusammenhang mit den Regelungen zur Personalbemessung gemäß § 113c steht.

Der DPR sieht zudem die Formulierung, dass „Pflegeeinrichtungen pflegen“ als nicht passend. Pflegeeinrichtungen pflegen nicht selbst, sondern stellen durch den Einsatz qualifizierter Pflegefachpersonen eine pflegerische Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sicher.

Änderungsvorschlag

Im § 6 ist der bisherige Abs. 4 als Abs. 2 einzuordnen. Darüber hinaus wird angeregt, die Reihenfolge der Sätze 1 und 2 zu tauschen, da der Inhalt des bisherigen Satzes 1 auf dem Regelungsgehalt des Satzes 2 aufbaut und die aktuelle Reihenfolge daher systematisch nicht überzeugt.

Hinsichtlich der Ergänzung um das Wort „jederzeit“ im § 6 Abs. 1 Satz 1 verweisen wir auf unsere Stellungnahme zum § 113c SGB XI.

Der DPR bittet, wie in den beiden o. g. Stellungnahmen dargelegt, noch einmal die bisherige Formulierung des jetzigen Satzes 2 klarstellend dahingehend zu ändern, dass die Pflegeeinrichtungen nicht pflegen, sondern die Pflege sicherstellen.

Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen stellen für die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, eine pflegerische Versorgung und Betreuung entsprechend dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse sicher.

Zu Nummer 6

§ 7a SGB XI - Pflege Cockpit

Mit dem Pflege-Cockpit wird ein einheitlicher digitaler Zugang für Pflegebedürftige geschaffen. Dieser soll Informationen zu Leistungsansprüchen, Anträgen, Begutachtungsergebnissen, Unterstützungsangeboten sowie digitale Kommunikationsmöglichkeiten mit der Pflegekasse bündeln und den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung erleichtern.

Der DPR begrüßt die Einführung eines Pflege-Cockpits als grundsätzlich sinnvollen Ansatz zur Verbesserung von Transparenz, Information und Orientierung in der Pflegeversicherung. Pflegebedürftige Menschen sowie ihre An- und Zugehörigen benötigen verständliche Informationen, nachvollziehbare Leistungsansprüche und niedrigschwellige Zugänge zu Unterstützungsangeboten. Ein digitales Pflege-Cockpit kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten, wenn Antragsverfahren vereinfacht, Bearbeitungsstände transparent dargestellt und Informationen an zentraler Stelle gebündelt werden.

Darüber hinaus sind Datenschutz, Datensparsamkeit, Interoperabilität und eine konsequente Nutzerorientierung verbindlich zu verankern. Das Pflege-Cockpit sollte keine isolierte Portallösung werden, sondern standardisierte Schnittstellen zu bestehenden Beratungs-, Leistungs- und Dokumentationsprozessen erhalten. Für Menschen ohne digitale Zugangsmöglichkeiten müssen gleichwertige analoge Alternativen bestehen bleiben; andernfalls droht eine digitale Ungleichheit beim Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung.

Der DPR weist darauf hin, dass digitale Angebote persönliche Beratung und pflegfachliche Begleitung nicht ersetzen können. Insbesondere ältere Menschen, Menschen mit kognitiven Einschränkungen, Menschen mit geringer digitaler Kompetenz sowie pflegende An- und Zugehörige in komplexen Versorgungssituationen sind weiterhin auf persönliche, analoge und aufsuchende Unterstützungsangebote angewiesen. Das Pflege-Cockpit sollte daher als ergänzendes Instrument verstanden werden und eng mit Pflegeberatung, Pflegebegleitung sowie kommunalen Unterstützungsstrukturen verknüpft werden.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert daher, das Pflege Cockpit barrierefrei, verständlich, freiwillig nutzbar und mit analogen Zugängen auszugestalten. Es muss mit der Pflegebegleitung, der Pflegeberatung, kommunalen Unterstützungsstrukturen und der elektronischen Patientenakte sinnvoll verbunden werden.

Zu Nummer 8

§§ 7c, 7d SGB XI – Pflegebegleitung

Ab dem Jahr 2028 wird ein Anspruch auf Pflegebegleitung eingeführt. Die Pflegebegleitung umfasst insbesondere die pflegfachliche Bedarfserhebung, Beratung, Anleitung, Unterstützung bei Prävention und Rehabilitation, Hilfsmittelberatung, Unterstützung in Akutsituationen sowie ein Fallmanagement bei komplexen Versorgungssituationen. Die Qualifikation der Pflegebegleitpersonen wird nicht unmittelbar gesetzlich festgelegt. Der GKV-Spitzenverband soll hierzu Empfehlungen erarbeiten.

Der DPR begrüßt die Einführung der Pflegebegleitung sowie ihre kommunale beziehungsweise regionale Verankerung ausdrücklich. Die Pflegebegleitung kann einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Versorgungssituationen sowie zur Entlastung pflegender An- und Zugehöriger leisten. Die vorgesehenen Aufgaben umfassen unter anderem pflegfachliche Bedarfserhebung, Assessment, Beratung, Anleitung, Prävention, Rehabilitation, Versorgungskoordination und die Unterstützung in komplexen Versorgungssituationen. Sie entsprechen damit zentralen Kompetenzen professioneller Pflege und der gesetzlich geregelten Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen (§ 4 PflBG).

Die Pflegeprofession kann hierbei als eigenständiger Heilberuf eine koordinierende und steuernde Funktion im Sinne eines pflegfachlichen Case Managements übernehmen. Auch die Zusammenführung bisher getrennter Beratungs- und Schulungsleistungen kann sinnvoll sein, sofern die Angebote qualitativ hochwertig, pflegfachlich fundiert und flächendeckend verfügbar sind.

Die Pflegebegleitung eröffnet zugleich neue Entwicklungsperspektiven für erweiterte pflegerische Rollen und Aufgabenprofile. Insbesondere akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen und Advanced Practice Nurses können ihre Kompetenzen in den Bereichen Assessment, Prävention, Rehabilitation, Versorgungssteuerung und pflegefachliches Case Management einbringen. Die Pflegebegleitung kann damit einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung einer sektorenübergreifenden, gemeindenahen und präventiv ausgerichteten Versorgung leisten und Perspektiven im Sinne von Community Health Nursing eröffnen.

Kritisch bewertet der DPR jedoch, dass die Pflegebegleitung im Entwurf als Aufgabe der Pflegekassen ausgestaltet wird und die Qualifikation der Pflegebegleitpersonen gesetzlich offenbleibt. Der Entwurf sieht vor, dass die Pflegekassen die Pflegebegleitung sicherstellen und hierfür entsprechend qualifizierte Pflegebegleitpersonen einsetzen. Gleichzeitig können die Pflegekassen die Pflegebegleitung ganz oder teilweise auf Dritte übertragen. Aus Sicht des DPR bleibt damit unklar, welche fachlichen Anforderungen an die Leistungserbringung gestellt werden und wie sichergestellt wird, dass die Pflegebegleitung tatsächlich über die hierfür erforderliche pflegefachliche Expertise verfügt.

Beratung und Pflegebegleitung dürfen nicht auf Auskunftserteilung, Leistungsberatung oder Unterstützung bei Antragsverfahren reduziert werden. Die in § 7c beschriebenen Aufgaben umfassen die Einschätzung komplexer Versorgungssituationen, die Initiierung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen, die Koordination von Unterstützungsleistungen sowie die Begleitung von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen in belastenden Lebenslagen. Diese Aufgaben setzen pflegefachliche Kompetenzen voraus und können nicht allein durch Kenntnisse des Sozialversicherungs- und Leistungsrechts erbracht werden.

Der DPR hält es darüber hinaus für erforderlich, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe bereits bei der Erarbeitung der Empfehlungen zur Ausgestaltung der Pflegebegleitung verbindlich einzubeziehen. Eine nachgelagerte Beteiligung im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens allein wird der pflegefachlichen Bedeutung der Pflegebegleitung nicht gerecht. Die Expertise der Profession Pflege muss bereits in die Entwicklung der fachlichen Grundlagen einfließen.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert daher, die Pflegebegleitung und das Fallmanagement ausdrücklich als pflegefachliche Leistung auszugestalten und verbindlich festzulegen, dass sie durch Pflegefachpersonen erbracht wird, weil sie den Kreis der vorbehaltenen Aufgaben nach § 4 PflBG berühren.

Ergänzung § 7d Abs. 2: *„Pflegebegleitpersonen sind Pflegefachpersonen gemäß § 1, § 58 Abs. 1 oder 2 oder § 64 des Pflegeberufgesetzes.“*

Die Pflegebegleitung sollte darüber hinaus ein klares Kompetenz- und Rollenprofil erhalten, das insbesondere die Aufgaben in den Bereichen Assessment, Prävention, Rehabilitation, Versorgungssteuerung und pflegefachliches Case Management beschreibt. Die Einbindung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen und Advanced Practice Nurses ist dabei ausdrücklich zu berücksichtigen.

Der DPR fordert zudem, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe bereits bei der Erarbeitung der Empfehlungen zur Ausgestaltung der Pflegebegleitung verbindlich einzubeziehen. Die fachliche Ausgestaltung einer pflegefachlichen Leistung erfordert die Expertise der Profession Pflege.

Zu Nummer 13

§ 10 SGB XI - Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege wird dauerhaft im SGB XI verankert und um weitere Aufgaben ergänzt. Hierzu gehören insbesondere die Entwicklung standardisierter Nutznachweise digitaler Anwendungen sowie die Begleitung und Evaluation digitaler Transformationsprozesse in der Pflege.

Der DPR begrüßt die Verstetigung des Kompetenzzentrums. Digitalisierung kann Pflegefachpersonen entlasten, die Pflegequalität verbessern und die Versorgungssicherheit stärken.

Positiv hervorzuheben ist, dass digitale Anwendungen künftig stärker an nachvollziehbare Nutznachweise, Praxisevaluationen und den Wissenstransfer in die Versorgungspraxis geknüpft werden sollen. Die Pflege wurde bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens über viele Jahre nicht in gleichem Maße berücksichtigt wie andere Versorgungsbereiche. Die Entwicklung einheitlicher Standards und die systematische Bewertung digitaler Anwendungen können dazu beitragen, digitale Lösungen stärker am tatsächlichen Nutzen für Pflegebedürftige und beruflich Pflegende auszurichten.

Entscheidend ist jedoch, dass digitale Anwendungen nicht allein nach technischen oder wirtschaftlichen Kriterien bewertet werden. Maßgeblich sind ihr Nutzen für den Pflegeprozess, die Pflegequalität, die Versorgungssicherheit sowie die Entlastung beruflich Pflegender.

Der DPR fordert zudem, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe, die Pflegewissenschaft sowie beruflich Pflegende verbindlich in die Arbeit des Kompetenzzentrums einzubeziehen. Digitalisierung muss gemeinsam mit der Praxis entwickelt werden.

Änderungsvorschlag

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe, die Pflegewissenschaft sowie beruflich Pflegende sollten verbindlich in die Arbeit des Kompetenzzentrums einbezogen werden. Die Bewertung digitaler Anwendungen sollte sich vorrangig an ihrem Nutzen für Pflegequalität, Versorgungssicherheit und Entlastung der Pflegefachpersonen orientieren.

Zu Nummer 13

§ 12 Abs. 4 SGB XI - Förderung guter Versorgung

Die Regelung erweitert die Fördermöglichkeiten nach § 12 SGB XI. Künftig können Pflegeeinrichtungen Fördermittel auch für Konzepte erhalten, die rehabilitative Aspekte der pflegerischen Versorgung stärken und auf den Erhalt bzw. die Verbesserung von Selbstständigkeit und Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet sind.

Der DPR unterstützt die stärkere Berücksichtigung rehabilitativer Ansätze in der pflegerischen Versorgung. Eine rehabilitativ ausgerichtete Pflege kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder deren Schweregrad zu verringern.

Gleichzeitig ist eine klare Abgrenzung zwischen rehabilitativ ausgerichteter Pflege und einer medizinischen spezialisierten geriatrischen Rehabilitation erforderlich. Rehabilitativ ausgerichtete Pflege leistet einen wichtigen Beitrag zum Erhalt und zur Förderung von Fähigkeiten und ist Bestandteil einer ganzheitlichen Versorgung. Sie kann jedoch eine medizinische geriatrische Rehabilitation nicht ersetzen. Diese verfolgt auf Grundlage eines interdisziplinären Behandlungskonzeptes definierte Rehabilitationsziele und wird durch spezialisierte therapeutische Teams erbracht. Gerade bei älteren und multimorbiden Menschen ist sie häufig erforderlich, um Selbstständigkeit wiederherzustellen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder deren Fortschreiten wirksam zu begrenzen.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert klarzustellen, dass die Stärkung rehabilitativer Aspekte der Pflege nicht zu einer Einschränkung oder Substitution medizinischer geriatrischer Rehabilitationsleistungen führen darf. Rehabilitativ ausgerichtete Pflege und medizinische geriatrische Rehabilitation sind als komplementäre Versorgungsangebote auszugestalten.

Zu Nummer 16

§ 15 Abs. 3, Satz 4 und § 15 Abs. 7 - Ermittlung des Pflegegrades

Zu Nummer 88

Anlage 2 zu § 15 - Bewertungssystematik

Änderung der Schwellenwerte zur Einordnung in einen Pflegegrad

Mit den Änderungen in § 15 Absatz 3 und Absatz 7, sowie in Anlage 2 werden zu § 15 die Regelungen zur Ermittlung des Pflegegrades und die Bewertungssystematik der Pflegebegutachtung angepasst. Betroffen sind sowohl Verfahrensregelungen als auch die Kriterien der Pflegegradeinstufung.

Grundsätzlich führt die Erhöhung der Schwellenwerte zur Einordnung in einen Pflegegrad nicht zu der vermuteten geringeren Pflegebedürftigkeit, sondern nur zu einem je späteren Zugang zu den dafür erforderlichen Leistungen der Pflegeversicherung.

Die Anhebung der Schwellenwerte für den Zugang zu den Pflegegraden 1 bis 3 hat in der stationären Langzeitpflege unmittelbare Auswirkungen auf die Personalbemessung nach § 113c SGB XI (PeBeM). Diese ist den Pflegegraden zugeordnet, in deren jeweiliger Gesamtheit sich der pflegewissenschaftlich ermittelte durchschnittliche Bedarf an fachlich erforderlicher Pflege der dazugehörigen Pflegebedürftigen abbildet. (PeBeM – Entwicklung und Erprobung, Rothgang et al. 2020 und 2025).

Dieser individuelle pflegefachliche Bedarf einer/eines Pflegebedürftigen wird nicht geringer, wenn aufgrund erhöhter Schwellenwerte die Einstufung in den niedrigeren Pflegegrad erfolgt oder die erforderliche Höhereinstufung nicht möglich ist.

Durch die sich in der Folge daraus ergebende niedrigere Stellenbemessung fehlen allerdings Personal- und Zeitkapazitäten zur Erbringung der pflegefachlich ermittelten erforderlichen Leistungserbringung gemäß der in § 6 ausdrücklich genannten Verantwortung der Pflegefachpersonen für den Pflegeprozess und der Verpflichtungen der Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang der Leistungserbringung.

Ökonomischen Gesichtspunkten folgend mag es logisch sein, auf die vor 2017 empfohlenen Schwellenwerte zurückzugehen. In der Folge würde aber in der stationären Langzeitpflege für die Pflegegrade 1 bis 3 eine umfangreiche pflegewissenschaftliche Neuermittlung der neu definierten Pflegegraden zuzuordnenden Personalanhaltszahlen erforderlich sein.

Da der Pflegebedarf der betroffenen Pflegebedürftigen sich durch die Neuordnung aber nicht verändert, werden sich bei dieser notwendigen Neuermittlung dann etwas höhere Stellenschlüssel für die Pflegegrade 1 bis 3 ergeben, was sich in der Summe der Gesamtstellen der Pflegeeinrichtung ausgleichen wird und nicht zu den erwarteten Einsparungen führen kann.

Änderung der Bewertungssystematik in den Modulen 1, 4 und 6 des Begutachtungsinstrumentes

Über die Auswirkung der Erhöhung der Schwellenwerte in § 15 Absatz 3 und Absatz 7 hinaus ergeben sich Probleme durch die Veränderung des Verhältnisses der Summenpunkte zu den gewichteten Punkten insbesondere im Modul 4 der Bewertungssystematik des Begutachtungsinstrumentes in Anlage 2 zu § 15. Bei gleichbleibenden Einschränkungen der Selbstversorgung und entsprechendem Pflege- und Unterstützungsbedarf ergibt sich durch die genannte Veränderung eine andere Punktegewichtung mit der daraus ggf. resultierenden Einstufung in einen niedrigeren Pflegegrad oder der Verhinderung der erforderlichen Erhöhung desselben, ohne dass sich die gewichteten Defizite verringert haben.

Änderungsvorschlag und Hinweis

Die geplanten Änderungen zur Einordnung in einen Pflegegrad in § 15 Absatz 3 und Absatz 7 und der Bewertungssystematik in den Modulen 1,4 und 6 des Begutachtungsinstrumentes gemäß Anlage 2 zu § 15 sind zu streichen.

Darüber hinaus verweist der DPR auf die Empfehlungen des Abschlussberichts „Entwicklung der Pflegeprävalenzen und Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstrumentes“ (Nolting et al. 2026), der im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes erstellt wurde. Der Bericht empfiehlt, das Begutachtungsinstrument grundsätzlich daraufhin zu überprüfen, welche Funktionen es künftig vorrangig erfüllen soll und ob die bestehende Systematik diesen Anforderungen weiterhin gerecht wird. Der DPR unterstützt diesen wissenschaftlich fundierten Ansatz und hält eine umfassende Evaluation des Begutachtungsinstrumentes für sachgerechter als die isolierte Anpassung einzelner Schwellenwerte und Bewertungsmaßstäbe.

Zu Nummer 22

§ 18f SGB XI - Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Mit § 18f SGB XI wird beim Medizinischen Dienst Bund ein Beirat eingerichtet, der die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung begleiten soll.

Der DPR begrüßt die Einrichtung eines Beirats grundsätzlich. Kritisch ist jedoch, dass die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe nicht verbindlich in die Zusammensetzung des Gremiums einbezogen werden. Die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Pflegebegutachtung betrifft zentrale pflegfachliche Fragestellungen und sollte daher unter Beteiligung der Profession Pflege erfolgen.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, die Zusammensetzung des Beirats um eine Vertretung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu ergänzen.

Ergänzung § 18f Abs. 3 SGB XI: *„4. eine Vertreterin oder ein Vertreter der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene.“*

Zudem sollte sichergestellt werden, dass **pflegewissenschaftliche** Expertise bei der Arbeit des Beirats angemessen berücksichtigt wird.

Zu Nummer 25

§ 30 SGB XI - Dynamisierung der Leistungsbeträge

Mit der Neufassung des § 30 SGB XI wird ab dem Jahr 2028 eine jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung eingeführt. Die Anpassung erfolgt jeweils zum 1. Juli auf Grundlage des arithmetischen Mittels der Kerninflationsrate der drei vorangegangenen Kalenderjahre, begrenzt durch die Entwicklung der Brutto Lohn- und Gehaltssumme.

Der DPR unterstützt die Einführung einer regelhaften jährlichen Dynamisierung der Leistungsbeträge ausdrücklich. Angesichts der kontinuierlich steigenden Kosten für Pflege, Betreuung und Versorgung ist eine regelmäßige Anpassung erforderlich, um die Kaufkraft der Leistungen zu erhalten und die finanzielle Belastung pflegebedürftiger Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen zu begrenzen.

Kritisch bewertet der DPR jedoch die vorgesehene Verschiebung des Anpassungszeitpunktes vom 1. Januar auf den 1. Juli. Nach geltendem Recht wäre die nächste Anpassung der Leistungsbeträge bereits zum 1. Januar 2028 vorgesehen. Die geplante Verschiebung führt zunächst zu einer sechsmonatigen Verzögerung der Leistungsanpassung für Pflegebedürftige.

Nicht erkennbar ist, welcher sachliche Vorteil mit einem zusätzlichen Anpassungszeitpunkt zur Jahresmitte verbunden ist. Der Jahresbeginn hat sich als etablierter und praxisgerechter Zeitpunkt für Leistungs-, Vergütungs- und Systemanpassungen bewährt. Eine Dynamisierung zum 1. Juli führt dagegen zu zusätzlichem Verwaltungs-, Informations- und Umstellungsaufwand bei Pflegekassen, Leistungserbringern und Pflegebedürftigen.

Darüber hinaus ist fraglich, ob die vorgesehene Orientierung an der Kerninflationsrate die tatsächliche Kostenentwicklung in der pflegerischen Versorgung ausreichend abbildet. Die Kostenentwicklung in der Pflege wird maßgeblich durch Personal-, Sach- und Investitionskosten bestimmt, die von allgemeinen Inflationsindikatoren erheblich abweichen können.

Änderungsvorschlag

Der DPR unterstützt die Einführung einer jährlichen Dynamisierung der Leistungsbeträge. Der Anpassungszeitpunkt sollte jedoch auf den 1. Januar eines Jahres festgelegt werden, um eine zeitnahe Leistungsanpassung sicherzustellen und zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu vermeiden.

Zudem sollte regelmäßig überprüft werden, ob der gewählte Anpassungsmechanismus die tatsächliche Kostenentwicklung in der pflegerischen Versorgung angemessen berücksichtigt und den realen Wert der Leistungen dauerhaft sichert.

Zu Nummer 30 und 31

§§ 36 und 37 SGB XI - Sachleistungsbudget und Entlastungsbudget

Mit dem Sachleistungsbudget und dem Entlastungsbudget werden die bisherigen Leistungsansprüche der häuslichen Pflege neu strukturiert und in flexibel nutzbare Budgets überführt. Ziel ist es, die Inanspruchnahme von Leistungen zu vereinfachen, die Transparenz zu erhöhen und Pflegebedürftigen sowie ihren An- und Zugehörigen mehr Gestaltungsspielräume zu eröffnen.

Der DPR begrüßt grundsätzlich die Einführung von Sachleistungs- und Entlastungsbudgets. Eine Bündelung von Leistungen kann dazu beitragen, das Leistungsrecht übersichtlicher, verständlicher und flexibler auszugestalten. Pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen benötigen transparente Leistungsansprüche und möglichst unbürokratische Zugangswege.

Budgets sind jedoch nur dann sinnvoll, wenn sie tatsächlich zu mehr Flexibilität führen und nicht zu einer Einschränkung bestehender Leistungsansprüche. Vereinfachung darf nicht mit Leistungskürzung gleichgesetzt werden.

Kritisch bewertet der DPR insbesondere die vorgesehene hälftige Gewährung des Entlastungsbudgets in den ersten drei Monaten nach erstmaliger Feststellung eines Pflegegrades 2 oder 3. Gerade zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit entstehen regelmäßig besonders hohe Unterstützungs- und Organisationsbedarfe. Versorgungsarrangements müssen aufgebaut, Hilfsmittel organisiert, Unterstützungsangebote erschlossen und pflegende An- und Zugehörige begleitet werden. Pflegebegleitung und Beratung sind wichtige Unterstützungsangebote, dürfen jedoch nicht mit einer Reduzierung konkreter Leistungsansprüche verbunden werden. Pflegebegleitung sollte Leistungsansprüche ergänzen und stärken, nicht ersetzen.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, Pflegebedürftigen nach erstmaliger Feststellung eines Pflegegrades 2 oder 3 das Entlastungsbudget von Beginn an in voller Höhe zur Verfügung zu stellen. Die vorgesehene hälftige Leistungsgewährung in den ersten drei Monaten ist zu streichen.

Zu Nummer 32

§§ 39 und 39 a 45b SGB XI - Überbrückungsbudget, Pflegesachleistungen in Akutsituationen

Mit dem Überbrückungsbudget und den Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen werden neue Leistungen zur Absicherung pflegerischer Akut- und Krisensituationen geschaffen. Ziel ist es, pflegerische Krisensituationen besser abzusichern und die häusliche Versorgung zu stabilisieren.

Die stärkere Berücksichtigung pflegerischer Akut- und Krisensituationen stellt grundsätzlich einen wichtigen Schritt zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements dar. Kurzfristige Ausfälle von Pflegepersonen, Überlastungssituationen oder akute Krisen können erhebliche Risiken für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen mit sich bringen.

Gleichzeitig wirft die vorgesehene Neuordnung erhebliche Fragen auf. Mit dem Wegfall der bisherigen Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in ihrer bisherigen Form werden etablierte und für Pflegebedürftige sowie pflegende An- und Zugehörige gut verständliche Entlastungsleistungen in eine neue Budgetsystematik überführt. Der Gesetzentwurf legt nicht nachvollziehbar dar, wie die bisherigen Leistungsansprüche vollständig erhalten bleiben. Es besteht die Gefahr, dass Entlastungsmöglichkeiten faktisch eingeschränkt werden.

Auch die praktische Umsetzung der vorgesehenen Notdienststrukturen bleibt weitgehend offen. Der Entwurf enthält keine ausreichenden Aussagen dazu, welche Leistungserbringer die neuen Angebote übernehmen sollen und wie die hierfür erforderlichen personellen Ressourcen bereitgestellt werden können. Bereits heute bestehen erhebliche Engpässe bei Pflegefachpersonen, insbesondere im ambulanten Bereich sowie in Nacht- und Bereitschaftsdiensten. Neue Versorgungsangebote dürfen nicht zulasten einer bereits angespannten Regelversorgung aufgebaut werden. Die neuen Akutstrukturen können ihre Funktion nur erfüllen, wenn sie verbindlich pflegefachlich gesteuert sowie personell und finanziell abgesichert werden.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert sicherzustellen, dass die bisherigen Entlastungsmöglichkeiten der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege vollständig erhalten bleiben und für Pflegebedürftige sowie pflegende An- und Zugehörige weiterhin niedrigschwellig, transparent und planbar nutzbar sind.

Der DPR fordert, die Einführung eines Pflegenotdienstes an verbindliche Anforderungen hinsichtlich Personal, Qualifikation, Erreichbarkeit und Refinanzierung zu knüpfen. Es muss sichergestellt werden, dass neue Notdienststrukturen nicht zulasten der bestehenden

ambulanten und stationären Versorgung aufgebaut werden. Angesichts des bereits bestehenden Mangels an Pflegefachpersonen sind tragfähige Personal- und Finanzierungskonzepte Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung.

Zu Nummer 33

§ 40 SGB XI - Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Der bisherige eigenständige Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wird aufgehoben. Künftig sollen entsprechende Produkte, wie beispielsweise Desinfektionsmittel, Schutzhandschuhe oder Mund-Nasen-Schutz, über das Sachleistungsbudget nach § 36 SGB XI beziehungsweise das Entlastungsbudget nach § 37 SGB XI finanziert werden. Die Bundesregierung begründet dies mit einer Vereinfachung der Leistungsgewährung und dem Abbau bürokratischer Verfahren.

Der DPR unterstützt grundsätzlich das Ziel, die Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln bedarfsgerechter und weniger bürokratisch auszugestalten. In der Praxis haben sich teilweise standardisierte Versorgungsformen etabliert, die sich nicht immer am individuellen Bedarf der Pflegebedürftigen orientieren. Eine Vereinfachung der Verfahren und eine stärkere Bedarfsorientierung können daher sinnvoll sein.

Gleichwohl ist darauf zu achten, dass notwendige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel auch künftig verlässlich zur Verfügung stehen. Diese dienen unmittelbar der Hygiene, dem Infektionsschutz und der Versorgungssicherheit in der häuslichen Pflege und sind insbesondere bei Menschen mit Inkontinenz, chronischen Wunden oder erhöhtem Infektionsrisiko von erheblicher Bedeutung.

Mit der Überführung des bisherigen eigenständigen Leistungsanspruchs in die neue Budgetsystematik stellt sich die Frage, wie die Finanzierung dieser Hilfsmittel künftig sichergestellt wird. Aus dem Gesetzentwurf geht nicht eindeutig hervor, in welchem Umfang die bisherigen Leistungsansprüche in die neuen Budgets eingeflossen sind. Zudem sollte vermieden werden, dass notwendige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel mit anderen Unterstützungsleistungen um dieselben Budgetmittel konkurrieren.

Änderungsvorschlag

Der DPR regt an, die Auswirkungen der Neuregelung auf die tatsächliche Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln eng zu begleiten. Dabei sollte transparent dargestellt werden, in welchem Umfang die bisherigen Leistungsansprüche in die neuen Budgetstrukturen überführt wurden. Sofern zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel künftig im Entlastungsbudget verbleiben, ist sicherzustellen, dass diese Leistungen weiterhin verlässlich und bedarfsgerecht finanziert werden können. Hierfür sollte der Gesetzgeber einen klar definierten Sockelbetrag innerhalb des Budgets vorsehen, der der Finanzierung notwendiger Basishygienemaßnahmen und damit der Versorgungssicherheit dient.

Zu Nummer 41

§ 43c SGB XI - Leistungszuschläge in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die Zeiträume bis zum Erreichen höherer Leistungszuschläge werden jeweils um sechs Monate verlängert. Pflegebedürftige erhalten damit die höheren Zuschlagsstufen erst zu einem späteren Zeitpunkt. Ziel der Regelung ist die Dämpfung der Ausgabendynamik der sozialen Pflegeversicherung.

Der DPR bewertet die vorgesehene Verlängerung der Zeiträume bis zum Erreichen höherer Leistungszuschläge kritisch. Die Regelung führt dazu, dass pflegebedürftige Menschen über

einen längeren Zeitraum höhere Eigenanteile tragen müssen und finanzielle Entlastungen später wirksam werden.

Die Konsolidierung der Pflegeversicherung darf nicht zulasten pflegebedürftiger Menschen und ihrer An- und Zugehörigen erfolgen. Gleichzeitig steigt die Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege, wodurch finanzielle Lasten auf die Kommunen verschoben werden. Damit werden gerade die Handlungsspielräume derjenigen geschwächt, die für den Auf- und Ausbau wohnortnaher Unterstützungs-, Präventions- und Versorgungsangebote benötigt werden.

Aus Sicht des DPR adressiert die Maßnahme zudem nicht die strukturellen Ursachen der finanziellen Herausforderungen der Pflegeversicherung. Notwendig sind nachhaltige Lösungen auf der Finanzierungsseite und keine Leistungseinschränkungen für Pflegebedürftige.

Änderungsvorschlag

Die geltenden Zeiträume für die Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI müssen beibehalten werden.

Zu Nummer 44

§ 45b SGB XI - Sozialraumbudget

Der bisherige Entlastungsbetrag wird durch ein Sozialraumbudget ersetzt, das ausschließlich für Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden kann. Ziel ist die Stärkung niedrigschwelliger Unterstützungsangebote im Sozialraum.

Die Stärkung wohnortnaher und niedrigschwelliger Unterstützungsangebote ist grundsätzlich sinnvoll. Sie kann dazu beitragen, Selbstständigkeit und Teilhabe zu erhalten sowie pflegende An- und Zugehörige zu entlasten.

Mit dem Sozialraumbudget gehen jedoch erhebliche Einschränkungen bisheriger Nutzungsmöglichkeiten einher. Anders als der bisherige Entlastungsbetrag kann es künftig nicht mehr für Leistungen ambulanter Pflegedienste sowie für Kosten im Zusammenhang mit der Tages- und Nachtpflege eingesetzt werden, beispielsweise zur teilweisen Finanzierung von Unterkunfts- und Verpflegungskosten. Dadurch droht eine spürbare Einschränkung der bisherigen Flexibilität für Pflegebedürftige und ihrer An- und Zugehörigen. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass bewährte Versorgungsstrukturen geschwächt werden, wenn Unterstützungsleistungen nicht mehr durch vertraute Leistungserbringer aus einer Hand erbracht werden können. Dies kann zu zusätzlichen Abstimmungs- und Koordinationsaufwänden für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen führen. Nicht nachvollziehbar ist darüber hinaus, dass Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 künftig vom Sozialraumbudget ausgeschlossen werden sollen. Gerade in frühen Phasen von Pflegebedürftigkeit kommt niedrigschwelligem Unterstützungsangeboten eine zentrale präventive Bedeutung für den Erhalt von Selbstständigkeit und die Stabilisierung häuslicher Versorgungssituationen zu.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, das Sozialraumbudget so auszugestalten, dass bestehende Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen erhalten bleiben und Leistungen weiterhin flexibel und bedarfsgerecht genutzt werden können. Zudem sollte das Sozialraumbudget auch Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 zur Verfügung stehen.

Zu Nummer 55

§ 69 Abs. 1a SGB XI - Notdienst in der ambulanten Pflege und Akut-Kurzzeitpflege

Mit § 69 Abs. 1a SGB XI sollen pflegerische Akutstrukturen geschaffen werden. Hierzu werden ein Notdienst in der ambulanten Pflege sowie Angebote der Akut-Kurzzeitpflege aufgebaut. Bereits ab dem 01. Januar 2027 soll das Überbrückungsbudget übergangsweise für entsprechende Leistungen professioneller Leistungserbringer genutzt werden können.

Der DPR begrüßt ausdrücklich das Ziel, pflegerische Akut- und Krisensituationen besser abzusichern. Die vorgesehenen Regelungen können dazu beitragen, Versorgungslücken zu schließen, pflegende An- und Zugehörige zu entlasten sowie unnötige Rettungsdiensteinsätze, Notaufnahmen und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Kritisch bewertet der DPR, dass die pflegefachliche Steuerung der neuen Versorgungsstrukturen nicht ausreichend konkretisiert wird. Die Einschätzung von Akutsituationen, die Koordination geeigneter Unterstützungsmaßnahmen sowie die Einleitung weiterer Versorgungsmaßnahmen erfordern pflegefachliche Kompetenz und sollten durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen erfolgen.

Zudem bleibt offen, wie die notwendige Vorhaltung von Personal und Versorgungsangeboten dauerhaft sichergestellt werden soll. Der DPR begrüßt die ausdrückliche Einbeziehung selbständig tätiger Pflegefachpersonen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags. Ihre Bedeutung beschränkt sich jedoch nicht auf die Überbrückung von Versorgungsengpässen. Selbständig tätige Pflegefachpersonen sind ein eigenständiger Bestandteil professioneller pflegerischer Versorgung und können insbesondere in strukturschwachen Regionen einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung leisten.

Gleichzeitig zeigt die bisherige Rechts- und Verwaltungspraxis, dass die selbständige Berufsausübung von Pflegefachpersonen weiterhin mit erheblichen Unsicherheiten verbunden ist. Der DPR sieht daher die Notwendigkeit, die selbständige Tätigkeit von Pflegefachpersonen rechtlich und leistungsrechtlich verlässlich abzusichern. Pflegefachpersonen müssen als Angehörige eines Heilberufs grundsätzlich auch selbständig tätig sein können.

Änderungsvorschlag

Die pflegefachliche Steuerung der neuen Akutstrukturen sollte ausdrücklich gesetzlich verankert werden. Zudem sind die Voraussetzungen für Vorhaltung und Refinanzierung verbindlich zu regeln. Die selbständige Berufsausübung von Pflegefachpersonen sollte rechtlich und leistungsrechtlich verlässlich abgesichert und als regulärer Bestandteil der pflegerischen Versorgungsstrukturen anerkannt werden.

Zu Nummer 56

§ 72 SGB XI - Aussetzung der Tariftreueregelung

Der Referentenentwurf sieht vor, die Regelungen zur tariflichen beziehungsweise tariforientierten Entlohnung in der Langzeitpflege bis Ende des Jahres 2029 auszusetzen. Tarifliche Entlohnung soll in diesem Zeitraum weder Zulassungsvoraussetzung noch Maßstab für die Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen sein. Gleichzeitig sollen Vergütungssteigerungen an die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V gekoppelt werden.

Der DPR lehnt die vorgesehene Aussetzung der Tariftreueregelung entschieden ab. Die tarifliche beziehungsweise tariforientierte Entlohnung wurde mit Wirkung zum 01.09.2022 mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11.07.2021 eingeführt, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu stärken, Pflegefachpersonen zu gewinnen und dauerhaft im Beruf zu halten. Gute Löhne sind kein verzichtbarer Kostenfaktor, sondern eine Voraussetzung für Versorgungssicherheit, Personalbindung und Fachkräftegewinnung.

Die vorgesehene Regelung setzt in Zeiten eines bereits bestehenden und sich weiter verschärfenden Mangels an Pflegefachpersonen ein fatales Signal. Sie eröffnet den Kostenträgern zusätzliche Möglichkeiten, tariflich begründete Personalkosten restriktiver zu bewerten und deren Refinanzierung infrage zu stellen. Damit geraten Pflegeeinrichtungen zunehmend in einen Zielkonflikt zwischen steigenden fachlichen Anforderungen, wachsendem Personalbedarf und begrenzten Refinanzierungsmöglichkeiten.

Bereits in seiner Stellungnahme zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz hat der DPR darauf hingewiesen, dass Tarifentwicklung in der Pflege keine Fehlsteuerung, sondern Ausdruck notwendiger Verbesserungen bei Vergütung, Arbeitsbedingungen, Personalgewinnung und Personalbindung ist. Wer professionelle Pflege stärken und ihr mehr Verantwortung übertragen will, darf tarifliche Entwicklungen nicht zugleich finanzpolitisch zum Problem erklären.

Die steigenden Eigenanteile pflegebedürftiger Menschen sind nicht Folge angemessener Vergütung von Pflegefachpersonen, sondern Ausdruck struktureller Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung. Pflegebedürftige und beruflich Pflegende dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden.

Änderungsvorschlag

Die Aussetzung der Tariftreueregelung ist zu streichen. Tarifliche beziehungsweise tariforientierte Entlohnung muss weiterhin Zulassungsvoraussetzung für Pflegeeinrichtungen und Maßstab für die Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen bleiben.

Zu Nummer 71

§ 113c SGB XI - Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Mit den Änderungen in § 113c SGB XI werden die Prüf- und Festlegungszeiträume für die Weiterentwicklung der Personalanhaltswerte sowie für die bundeseinheitliche Mindestpersonalausstattung von bisher zwei Jahren auf einmal je Legislaturperiode verlängert. Gleichzeitig entfällt bei der Prüfung nach Absatz 7 der ausdrückliche Bezug auf die Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Weiterentwicklung des Personalbemessungsverfahrens.

Der DPR bewertet diese Änderungen kritisch. Mit § 113c SGB XI wurde auf Grundlage der wissenschaftlichen Arbeiten von Rothgang et al. erstmals ein bundeseinheitliches Verfahren zur Ermittlung des pflegefachlich erforderlichen Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen geschaffen. Der Abschlussbericht aus dem Jahr 2020 bildete die Grundlage für die Einführung bundeseinheitlicher Personalanhaltswerte. Die wissenschaftliche Evaluation und Weiterentwicklung des Verfahrens aus dem Jahr 2025 kommt zu dem Ergebnis, dass der pflegefachlich erforderliche Personalbedarf sogar über den bisherigen Werten des Algorithmus 1.0 liegt. Dennoch enthält der Gesetzentwurf keine Regelung zur Weiterentwicklung der Personalanhaltswerte nach § 113c Abs. 1 auf Grundlage dieser Erkenntnisse.

Aus Sicht des DPR ist nicht nachvollziehbar, dass die wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnisse zur Weiterentwicklung von PeBeM im Gesetzentwurf unberücksichtigt bleiben, während gleichzeitig die Prüf- und Anpassungszeiträume deutlich verlängert werden. Die Personalbemessung darf nicht als wiederkehrender politischer Prüfauftrag behandelt werden. Sie muss als verbindlicher Maßstab für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegefachlich gebotenen Versorgung gesetzlich verankert und schrittweise umgesetzt werden.

Besonders kritisch bewertet der DPR, dass die Erfüllung des wissenschaftlich begründeten Personalbedarfs zunehmend an den Bedingungen des Arbeits- und Ausbildungsmarktes gemessen wird. Der fachlich erforderliche Pflegebedarf pflegebedürftiger Menschen ist jedoch

unabhängig davon, ob die erforderlichen Stellen aktuell besetzt werden können. Pflegebedarf wird nicht geringer, weil Personal fehlt. Wird die Personalbemessung an bestehende Personalengpässe angepasst, droht eine Abwärtsspirale. Schlechte Personalausstattung verschlechtert die Arbeitsbedingungen, erschwert die Personalgewinnung, vermindert die Attraktivität der Ausbildung und verschärft damit den Fachpersonenmangel zusätzlich.

Der DPR weist darauf hin, dass bereits die aktuell festgelegten Zielwerte für die bundeseinheitliche Mindestpersonalausstattung deutlich unterhalb der wissenschaftlich ermittelten Personalanhaltswerte liegen. Damit ist die Erbringung der fachlich erforderlichen Pflege nachweislich nicht vollständig möglich.

Pflegeeinrichtungen können unter diesen Voraussetzungen ihrer Verpflichtung nach § 6 Abs. 1 SGB XI, eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten, nicht jederzeit in vollem Umfang nachkommen. Gleichzeitig geraten Pflegefachpersonen in ein fachliches und ethisches Dilemma, wenn sie die für erforderlich erkannte Pflege aufgrund fehlender personeller Ressourcen nicht erbringen können, zugleich aber weiterhin die Verantwortung für den Pflegeprozess tragen.

Wird die Personalbemessung dauerhaft unterhalb des wissenschaftlich ermittelten Bedarfs festgelegt, entstehen strukturelle Versorgungslücken. Diese können weder durch organisatorische Maßnahmen noch durch das Engagement der beruflich Pflegenden dauerhaft kompensiert werden.

Fehlendes Personal darf nicht zur Relativierung wissenschaftlich ermittelter Personalbedarfe führen. Die politische Antwort muss vielmehr auf Personalgewinnung, Aus- und Weiterbildung, Wiedereinstieg, Qualifizierung sowie eine verlässliche Refinanzierung gerichtet sein. Ziel muss es sein, die Voraussetzungen für die Umsetzung des fachlich erforderlichen Personalbedarfs zu schaffen und nicht den Personalbedarf an bestehende Personalengpässe anzupassen.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, die möglich zu vereinbarenden Personalanhaltswerte nach § 113c Abs. 1 auf Grundlage der wissenschaftlichen Erkenntnisse aus der Entwicklung und Evaluation des Personalbemessungsverfahrens und der Ergebnisse der wissenschaftlichen Weiterentwicklung von PeBeM verbindlich zu berücksichtigen. Die dort festgelegten Werte sind dahingehend anzupassen.

Die bisherigen Prüf- und Berichtsintervalle nach Absatz 7 sind beizubehalten. Die bundeseinheitliche Mindestpersonalausstattung nach Absatz 8 muss sich an den wissenschaftlich ermittelten Personalanhaltswerten orientieren. Zeitlich befristete Übergangsregelungen können erforderlich sein, dürfen jedoch nicht zu einer dauerhaften Unterschreitung des fachlich erforderlichen Personalbedarfs führen.

Der DPR fordert einen verbindlichen Stufenplan zur Umsetzung der wissenschaftlich fundierten Personalbemessung. Dieser muss konkrete Entwicklungsschritte zur schrittweisen Annäherung an die wissenschaftlich ermittelten Personalanhaltswerte, verbindliche Zielwerte für die Mindestpersonalausstattung sowie transparente Kriterien für erforderliche Übergangsfristen enthalten.

Zu Nummer 73

§ 113e SGB XI - Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Mit den Transformationsstellenanteilen sollen vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit erhalten, einen begrenzten Teil nicht besetzter Stellenanteile für den Einsatz unterstützender digitaler und technischer Systeme zu verwenden. Ziel ist es, Pflege- und Betreuungspersonal zu entlasten und die Digitalisierung in der Langzeitpflege voranzubringen.

Der DPR unterstützt das Ziel, digitale und technische Lösungen stärker für die Verbesserung von Pflegequalität, Arbeitsbedingungen und Versorgungssicherheit nutzbar zu machen. Digitalisierung kann Pflegefachpersonen unterstützen, administrative Aufwände reduzieren und mehr Zeit für die unmittelbare Versorgung pflegebedürftiger Menschen schaffen.

Kritisch sieht der DPR jedoch, dass die Finanzierung digitaler und technischer Systeme an nicht besetzte Stellenanteile geknüpft wird. Digitale Lösungen dürfen nicht als Ersatz für fehlendes Pflegepersonal verstanden werden. Angesichts des bestehenden Fachpersonalmangels besteht die Gefahr, dass notwendige Investitionen in Digitalisierung in Konkurrenz zur personellen Ausstattung geraten.

Positiv ist die vorgesehene Evaluation der Transformationsstellenanteile durch das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege. Dabei sollte nicht allein die Entlastung des Personals betrachtet werden. Maßgeblich sind auch Auswirkungen auf Pflegequalität, Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen sowie pflegefachliche Outcomes. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sind an der Weiterentwicklung des Katalogs digitaler und technischer Systeme sowie an der Evaluation verbindlich zu beteiligen.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert zu prüfen, ob die Bemessung der Transformationsstellenanteile stärker an der nach § 113c SGB XI vorgesehenen personellen Ausstattung ausgerichtet werden sollte. Die gesetzlich festgelegten Personalrichtwerte bilden den fachlich anerkannten Personalbedarf ab und sollten auch bei der Weiterentwicklung digitaler und technischer Unterstützungsstrukturen berücksichtigt werden.

Digitalisierung und technische Innovationen müssen der Unterstützung und Entlastung beruflich Pflegenden dienen. Es sollte vermieden werden, dass die Finanzierung digitaler Systeme unmittelbar an bestehende Personalengpässe oder dauerhaft unbesetzte Stellen gekoppelt wird.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 2

§ 20 SGB V - Prävention und Gesundheitsförderung für ältere und pflegebedürftige Menschen

Die Krankenkassen werden verpflichtet, bei Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung die spezifischen Belange älterer und pflegebedürftiger Menschen stärker zu berücksichtigen. Hierzu sollen insbesondere Bedarfe, Zielgruppen, Zugangswege, Inhalte und Qualitätsanforderungen entsprechend weiterentwickelt werden.

Der DPR begrüßt ausdrücklich das Ziel, Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote stärker auf ältere und pflegebedürftige Menschen auszurichten. Prävention leistet einen wichtigen Beitrag zum Erhalt von Selbständigkeit, Lebensqualität und gesellschaftlicher Teilhabe sowie zur Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit.

Bereits in seiner „Erweiterten Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zu einzelnen Eckpunkten für eine Reform der Pflegeversicherung“ vom 19.02.2026 hat der DPR darauf hingewiesen, dass Prävention, Beratung, präventive Hausbesuche und Früherkennung nicht als isolierte Einzelmaßnahmen verstanden werden sollten, sondern als Bestandteil einer integrierten primären Gesundheitsversorgung. Der DPR hat dabei insbesondere die stärkere Einbindung von Pflegefachpersonen und Advanced Practice Nurses (APN) gefordert, um Präventionsbedarfe frühzeitig zu erkennen, pflegebedürftige Menschen sowie ihre An- und Zugehörigen zu beraten und erforderliche Unterstützungsleistungen zu koordinieren.

Aus Sicht des DPR können die vorgesehenen Maßnahmen ihr volles Potenzial nur entfalten, wenn sie wohnortnah, sektorenübergreifend und multiprofessionell organisiert werden. Dazu gehört insbesondere die flächendeckende Verfügbarkeit stationärer und teilstationärer Angebote sowie der mobilen geriatrischen Rehabilitation.

Änderungsvorschlag

Der DPR regt an, Präventionsleistungen für ältere und pflegebedürftige Menschen stärker in integrierte Versorgungsstrukturen einzubetten und die Rolle von Pflegefachpersonen sowie Advanced Practice Nurses bei Prävention, Gesundheitsförderung und frühzeitiger Bedarfserkennung ausdrücklich zu berücksichtigen.

Zu Nummer 5

§ 25 Abs. 2a und 4 SGB V - Früherkennung und Prävention altersbedingter Risiken

Versicherte ab Vollendung des 60. Lebensjahres erhalten einen Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen. Ziel ist insbesondere die frühzeitige Erkennung von Risiken für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit sowie die Förderung einer möglichst selbstständigen Lebensführung.

Der DPR unterstützt die Einführung eines Anspruchs auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken ausdrücklich. Prävention und Gesundheitsförderung müssen deutlich stärker auf ältere und pflegebedürftige Menschen ausgerichtet werden. Eine frühzeitige Erkennung von Gesundheits- und Pflegebedürftigkeitsrisiken kann dazu beitragen, Selbstständigkeit zu erhalten, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und Versorgungsbedarfe rechtzeitig zu erkennen.

Zu prüfen ist jedoch, ob die vorgesehene Altersgrenze von 60 Jahren die Zielgruppe der Regelung sachgerecht abbildet. Die charakteristischen Problemkonstellationen bei einem gealterten Organismus, treten in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit vorwiegend bei Menschen höheren Lebensalters auf, sodass eine Altersgrenze von 70 Jahren oder älter empfohlen wird.

Entscheidend ist zudem, dass auf identifizierte Risiken auch konkrete Präventions-, Rehabilitations- und Unterstützungsangebote folgen. Früherkennung ohne anschließende Versorgungsangebote bleibt wirkungslos. Dazu gehören insbesondere wohnortnahe geriatrische Versorgungsstrukturen sowie zeitnah verfügbare Angebote stationärer, teilstationärer und mobiler geriatrischer Rehabilitation im erforderlichen Umfang. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte daher bei der Ausgestaltung der Richtlinie nach § 25 Absatz 2a SGB V verpflichtet werden, die Anbindung an entsprechende geriatrische Versorgungsstrukturen verbindlich zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

Der DPR regt an den § 25 SGB V wie folgt zu ändern:

Abs. 2a

~~Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, haben ergänzend Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen. Die Untersuchungen umfassen insbesondere die Erhebung von Befunden, die geeignet sind, das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen, sowie die Beratung zu Maßnahmen, die der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Erhaltung einer eigenständigen Lebensführung dienen.~~

Versicherte, die das 70. Lebensjahr vollendet haben, haben ergänzend Anspruch auf medizinische Leistungen zur geriatrischen Früherkennung und Prävention altersbedingter

gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen. Ein wesentliches Ziel der Früherkennungsuntersuchungen im Alter besteht u.a. darin, Risikofaktoren für Erkrankungen, Hinweise auf Fehl- oder Mangelernährung oder Suchtverhalten zu erkennen und zu beeinflussen. Im Mittelpunkt stehen hierbei besonders jene Einflussgrößen, die für die Gesundheit im Alter zentral und einer Veränderung zugänglich sind.

Abs. 4 Satz 8

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Dezember 2027 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen nach Absatz 2a. Dabei ist insbesondere die Anbindung an geeignete geriatrische Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Den maßgeblichen Verbänden der Geriatrie sowie der Patientenvertretung ist vor Beschlussfassung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Zu Nummer 8a und 8b

§ 40 Absatz 3 SGB V - Medizinische Rehabilitation

Bei geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen soll das Therapieziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit ausdrücklich berücksichtigt werden. Zudem wird die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes zu Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung und Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitation verlängert.

Der DPR begrüßt die ausdrückliche Verankerung der Vermeidung und Verringerung von Pflegebedürftigkeit als Ziel geriatrischer Rehabilitation. Damit wird die Bedeutung rehabilitativer Leistungen für den Erhalt von Selbstständigkeit und Teilhabe gestärkt.

Gleichzeitig zeigt die weiterhin geringe Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitation, dass bestehende Zugangsbarrieren und Versorgungshemmnisse noch nicht ausreichend überwunden sind. Die vorgesehene Evaluation sollte genutzt werden, um strukturelle Hindernisse zu identifizieren und den Zugang zu geriatrischer Rehabilitation nachhaltig zu verbessern.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, die Ergebnisse der Evaluation für konkrete Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu geriatrischer Rehabilitation zu nutzen und die rehabilitative Versorgung älterer Menschen bedarfsgerecht auszubauen.

Artikel 4 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 2

§ 166 Absatz 2 Satz 1 SGB VI - Rentenversicherungsbeiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

Der Referentenentwurf sieht vor, die beitragspflichtigen Einnahmen für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen ab dem 1. Januar 2027 auf 70 Prozent der bisherigen Werte abzusenken. Damit zahlt die Pflegeversicherung künftig weniger Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung. Bereits erworbene Rentenanwartschaften bleiben zwar unberührt. Für künftige Pflegetätigkeit entstehen jedoch geringere Rentenanwartschaften.

Der DPR lehnt dies entschieden ab. Pflegenden Angehörigen tragen den größten Teil der häuslichen Versorgung. Viele reduzieren ihre Erwerbstätigkeit, unterbrechen Berufswege und nehmen Nachteile für die eigene Alterssicherung in Kauf. Der Staat ist auf diese Sorgearbeit

angewiesen und setzt die Pflege durch Angehörige voraus. Umso unverständlicher ist es, ausgerechnet ihre soziale Absicherung zu schwächen.

Für dieselbe Pflegearbeit gäbe es künftig weniger rentenrechtliche Anerkennung. Das sendet ein falsches Signal und trifft diejenigen, die das Pflegesystem jeden Tag stabilisieren, oft unter großer Belastung und mit weitreichenden Folgen für das eigene Leben. Wer häusliche Pflege und pflegende Angehörige stärken will, darf ihnen keine Absicherung kürzen, die erst mühsam als Anerkennung dieser Sorgearbeit erkämpft wurde.

Die Rentenabsicherung pflegender Angehöriger muss erhalten und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Bundesmitteln finanziert werden. Wenn der Sozialstaat häusliche Pflege politisch voraussetzt, muss er sie auch verlässlich absichern.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, die Absenkung zu streichen. Die Rentenabsicherung pflegender Angehöriger muss erhalten und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Bundesmitteln finanziert werden.

Weitere aus Sicht des DPR notwendige Regelungsbedarfe

Pflegeberuferegister und Pflegepersonal Monitoring

Der DPR weist darauf hin, dass bereits die Eckpunkte des Zukunftspakts Pflege die Notwendigkeit einer datengestützten Pflegeplanung und eines Pflegepersonal-Monitorings als Grundlage einer vorausschauenden Versorgungssteuerung aufgegriffen haben. Diese Zielsetzung findet sich im vorliegenden Referentenentwurf jedoch nicht wieder. Weder wird ein Pflegepersonal-Monitoring gesetzlich verankert noch werden die hierfür erforderlichen Datengrundlagen geschaffen.

Der DPR bedauert insbesondere, dass die Einführung eines bundesweiten Pflegeberuferegisters im Referentenentwurf nicht aufgegriffen wird. Ein Pflegeberuferegister ist eine zentrale Voraussetzung, um belastbare Daten zu Qualifikationen, Tätigkeitsfeldern, regionaler Verteilung und Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen zu gewinnen. Ohne eine solche Datengrundlage bleiben eine vorausschauende Pflegepersonalplanung, eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung sowie eine wirksame Krisenvorsorge nur eingeschränkt möglich.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert daher, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Einführung eines bundesweiten Pflegepersonal-Monitorings sowie die hierfür erforderlichen Grundlagen eines Pflegeberuferegisters gesetzlich zu verankern. Auf die hierzu bereits vorgelegten Vorschläge des DPR in seiner Erweiterten Stellungnahme zu den Eckpunkten der Pflegereform vom 19.02.2026 wird verwiesen.

Berufspolitische Gesamtbewertung des Deutschen Pflegerates

Der DPR begrüßt, dass der vorliegende Referentenentwurf wichtige Herausforderungen der pflegerischen Versorgung aufgreift. Hierzu zählen insbesondere die stärkere Ausrichtung auf Prävention, die Unterstützung pflegender An- und Zugehöriger, die Einführung der Pflegebegleitung sowie der Aufbau neuer Strukturen für pflegerische Akut- und Krisensituationen.

Aus Sicht des DPR bleibt die Reform jedoch in weiten Teilen bei der Einführung einzelner Maßnahmen stehen. Es fehlt ein übergreifendes Konzept, das die verschiedenen

Reformbausteine systematisch miteinander verknüpft und auf ein gemeinsames Ziel ausrichtet.

Bereits in seiner „Erweiterten Stellungnahme zu einzelnen Eckpunkten für eine Reform der Pflegeversicherung“ vom 19.02.2026 hat der DPR darauf hingewiesen, dass Prävention, Gesundheitsförderung, Beratung, präventive Hausbesuche, Pflegebegleitung, pflegerische Akutversorgung und die Unterstützung pflegender An- und Zugehöriger nicht als voneinander getrennte Einzelleistungen verstanden werden dürfen. Ihr volles Potenzial entfalten diese Maßnahmen erst dann, wenn sie als Bestandteile einer integrierten primären Gesundheitsversorgung ausgestaltet werden.

Der vorliegende Entwurf bleibt hinter diesem Anspruch zurück. Die vorgesehenen Leistungen werden weitgehend nebeneinander organisiert, Zuständigkeiten bleiben fragmentiert und die Potenziale einer sektorenübergreifenden und multiprofessionellen Versorgung werden nur unzureichend genutzt. Damit bleiben auch die Möglichkeiten der Profession Pflege für eine moderne primäre Gesundheitsversorgung weitgehend ungenutzt. Insbesondere akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen, Advanced Practice Nurses (APN) und Community Health Nurses (CHN) können wichtige Aufgaben in Prävention, Gesundheitsförderung, Pflegebegleitung, Versorgungskoordination und gemeindenaher Versorgung übernehmen. Ihre Kompetenzen sollten daher verbindlicher in die neuen Versorgungsstrukturen eingebunden werden.

Gleichzeitig enthält der Entwurf Maßnahmen, die die Attraktivität des Pflegeberufs und die Gewinnung sowie Bindung von Pflegefachpersonen gefährden. Insbesondere die vorgesehene Aussetzung der Tariftreueregelung steht im Widerspruch zu dem Ziel, professionelle Pflege langfristig zu stärken und ausreichend Fachpersonal für die Versorgung zu gewinnen.

Auch für pflegebedürftige Menschen enthält der Entwurf Belastungen. Die Anhebung der Schwellenwerte im Begutachtungsinstrument sowie die Verschiebung von Leistungen führen dazu, dass Unterstützungsleistungen später oder in geringerem Umfang zur Verfügung stehen können. Pflegebedarfe werden dadurch jedoch nicht reduziert, sondern lediglich in andere Bereiche des Versorgungs- und Unterstützungssystems verlagert.

Der DPR fordert daher erneut, die einzelnen Reformelemente stärker miteinander zu verzahnen und zu einem integrierten Versorgungskonzept weiterzuentwickeln. Ziel muss eine wohnortnahe, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Primärversorgung sein, in der Prävention, Beratung, pflegerische Versorgung, Rehabilitation und Gesundheitsförderung koordiniert zusammenwirken. Nur so können die Versorgung nachhaltig verbessert, Pflegebedürftigkeit vermieden und die vorhandenen personellen Ressourcen wirksam eingesetzt werden.

Berlin, 10.06.2026

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