Berufspolitische Rede

der Präsidentin des Deutschen Pflegerats e.V.
Christine Vogler

bei der Eröffnungsveranstaltung des 13. Deutschen Pflegetags
am 12. November 2026 in Berlin

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrter Herr Bundesminister Linnemann,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Gäste aus Politik, Wissenschaft und Medien,
liebe Mitstreiterinnen und Mitstreiter,
herzlich willkommen zum Deutschen Pflegetag 2026!

Willkommen im vorigen Jahrhundert!
Willkommen zurück in den 80er-Jahren.

Denn genau dorthin scheinen wir uns gerade zu bewegen.

Wir erleben, wie Entwicklungen ausgebremst, Erkenntnisse ignoriert und Fortschritte infrage gestellt werden, die wir uns über Jahrzehnte gemeinsam erarbeitet haben.

Seit Jahrzehnten zeigen Pflegefachpersonen, Pflegewissenschaft und internationale Erfahrungen, welchen Beitrag professionelle Pflege für eine gute, sichere und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung für die Sicherheit der Menschen in diesem Land und für das Vertrauen in die Demokratie leisten kann.

Wir haben Konzepte entwickelt, Modelle erprobt, wissenschaftliche Evidenz geschaffen und konkrete Vorschläge gemacht.

Und was macht die Politik?

Sie verharrt in alten Denkmustern. Sie hält an Strukturen fest, die längst nicht mehr zu den Herausforderungen unserer Gesellschaft passen. Und sie behandelt professionelle Pflege noch immer viel zu häufig als Kostenfaktor, als Personalressource, als ausführende Kraft – statt endlich zu begreifen, welches Potenzial in diesem Beruf steckt. Langsam schleicht sich bei uns der Eindruck in unser Gemüt, dass das Nichthandeln der Politik eine aktive Verweigerung sein könnte, die Voraussetzungen für ein gleichberechtigtes Miteinander der Heilberufe in Deutschland zu schaffen.

Das alles ist also kein Mangel an Erkenntnis. Das ist ein Mangel an politischer Konsequenz.

Wir haben kein Wissensproblem. Wir haben ein Verantwortungsübernahmeproblem.

Und inzwischen müssen wir noch deutlicher werden:

Wer jahrzehntelang wissenschaftliche Erkenntnisse und fachliche Empfehlungen ignoriert, darf sich nicht wundern, wenn das Versorgungssystem an seine Grenzen kommt.

Das ist kein Fortschritt. Das ist ein Rückschritt.

Und diesen Rückschritt können und werden wir nicht einfach hinnehmen.

Und wissen Sie, was ich mir wirklich einmal wünschen würde?

Eine Regierung, die den Mut hat, nicht immer nur dieselben Menschen und Perspektiven an den Tisch von Expertenkommissionen zu holen.

Eine Regierung, die erkennt, dass Expertise nicht ausschließlich in wissenschaftlichen Veröffentlichungen, akademischen Titeln oder institutionellen Funktionen zu finden ist.

Verstehen Sie mich nicht falsch: Das ist keine Kritik an den Menschen, die in Expertenkommissionen berufen werden. Ihre wissenschaftliche Kompetenz ist wichtig und unverzichtbar.

Aber es ist Kritik an der politischen Entscheidung, welche Perspektiven als relevant gelten – und welche offenbar nicht.
Wo sind die Pflegefachpersonen, die täglich erleben, woran Versorgung scheitert und was sie besser machen würde, die unser Versorgungssystem jeden Tag am Laufen halten?

Wo sind die weitergebildeten Kolleg*innen, die Advanced Practice Nurses, die Community Health Nurses, die hoch qualifizierten Pflegefachpersonen, die längst zeigen könnten, wie eine gelingende Versorgung funktioniert?

Wir haben diese Menschen in Deutschland. Wir bilden sie aus. Wir qualifizieren sie. Und dann erleben wir, dass sie ihre Kompetenzen im Ausland besser einbringen können als bei uns.

Warum sitzt nicht wenigstens eine dieser Personen in einer solchen Kommission?

Und warum fehlen die Menschen, die Angehörige pflegen oder selbst Pflegebedarfe haben, die Versorgung organisieren, die täglich mit den Brüchen unseres Systems leben müssen?

Auch unter ihnen gibt es hoch kompetente, reflektierte und engagierte Persönlichkeiten, die weit über ihre eigene Betroffenheit hinausdenken können.

Traut man diesen Menschen nicht zu, das große Ganze zu verstehen?

Sie können ihre Erfahrungen einordnen. Sie können Zusammenhänge erkennen. Und sie können Verantwortung für Veränderungen übernehmen.

Was wäre das für ein starkes Signal an unsere Gesellschaft, wenn eine Bundesregierung sagen würde:

Wir brauchen nicht nur diejenigen, die unser Versorgungssystem wissenschaftlich analysieren. Wir brauchen neben der noch fehlenden Pflegeexpertise auch diejenigen, die es täglich erleben, gestalten und tragen.

Wissenschaftliche Expertise und praktische Erfahrung sind keine Gegensätze. Sie gehören zusammen.

Wer Versorgung will, muss Macht teilen

Wir alle wollen gesund und selbstbestimmt alt werden. Wir wollen entscheiden können, wie wir leben. Und wenn wir Unterstützung brauchen, wollen wir uns darauf verlassen können, dass sie erreichbar ist.

Dafür müssen wir die Strukturen verändern, die Versorgung behindern. Im Gesundheitswesen wird um Geld, Macht und Einfluss gerungen. Zuständigkeiten werden verteidigt, als gehörten sie denen, die sie gerade innehaben.

Aber diese Zuständigkeiten sollten einen öffentlichen Zweck haben: Menschen gut zu versorgen.

Wenn fachlich sinnvolle Veränderungen daran scheitern, dass jemand Einfluss abgeben müsste, dann wird dieser Zweck verfehlt. Interessen dürfen nicht wichtiger werden als die Gesundheit der Bevölkerung. Und doch scheint es so zu sein.

Wer Versorgung verbessern will, muss Macht teilen. Auch mit der Pflege, dem Hebammenwesen und den anderen therapeutischen Heilberufen. Und zwar dort, wo entschieden wird. Pflege benötigt gesetzlich gesicherte und finanzierte Mitbestimmungsstrukturen im Gesundheitssystem.

Der Bedarf wächst, die Verantwortung auch

Ende 2023 waren knapp 5,7 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung. 86 Prozent wurden zu Hause versorgt. An- und Zugehörige, Freund*innen und Nachbar*innen tragen einen gewaltigen Teil dieser Verantwortung. Ihnen gilt unser Dank. Sie brauchen verlässliche Unterstützung.

Nach der Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes könnten 2049 zwischen 280.000 und 690.000 Pflegekräfte fehlen. Das sind Szenarien, keine unabwendbare Zukunft. Unsere heutigen Entscheidungen bestimmen mit, ob Menschen diesen Beruf wählen und darin bleiben.

Unser Einsatz ist keine Sparreserve

Pflegefachpersonen sind kein unbegrenzt verfügbares Versprechen oder eine Ressource. Und unsere berufliche Verantwortung ist keine Reserve, aus der sich jedes politische Sparprogramm bedienen darf. Aber die Pflege bietet Potenzial, das genutzt werden kann und muss!

Wir sind fassungslos darüber, wie leichtfertig jetzt zurückgenommen wird, was wir über Jahre gemeinsam aufgebaut haben. Wir haben wissenschaftlich begründete Personalbemessung entwickelt. Kolleginnen und Kollegen wurden geschult, Abläufe verändert, Daten erhoben. Endlich sollte sichtbar werden, wie viel Pflege Menschen tatsächlich brauchen.
Und jetzt? Im Krankenhaus wird die verpflichtende Anwendung der PPR 2.0 beendet. Zugleich wird die Finanzierung des Pflegebudgets begrenzt. Erst schaffen wir ein Instrument, das den Bedarf sichtbar macht. Dann nehmen wir seine Verbindlichkeit zurück und ziehen finanzielle Grenzen. Der Bedarf der Menschen verschwindet dadurch nicht. Er landet wieder bei den Kolleginnen und Kollegen, die ihn mit ihrer eigenen Kraft und auch Verantwortung auffangen sollen.

Auch in der Langzeitpflege geht die Entwicklung in die falsche Richtung: Die Umsetzung der Personalbemessung sollte seltener erhoben werden, jetzt wird auch hier von Aussetzung, also Abschaffung, gesprochen. 10 Jahre wissenschaftliche Entwicklung mit Millionen an Fördergeldern. Künftig soll Technik unter bestimmten Bedingungen auf die Personalausstattung angerechnet werden. Ist okay – aber: Erst beweisen, dass sie wirklich entlastet – dann über weniger Personal reden. Eine eingesparte Stelle auf dem Papier versorgt noch keinen Menschen.

Besonders empört, dass bessere Löhne in dieser Debatte unter Rechtfertigungsdruck geraten. Jahrelang war klar: Pflege muss attraktiver werden. Jetzt erscheinen steigende Personalkosten vor allem als DAS Problem, das begrenzt werden muss. Was ist das für ein politisches Signal an Menschen, die wir dringend in diesem Beruf halten wollen?

Unterlassene Pflege hat ihren Preis

Natürlich muss ein solidarisches Gesundheitssystem wirtschaftlich arbeiten. Aber dann müssen wir auch darüber sprechen, was unterlassene Pflege kostet: menschlich, gesundheitlich und finanziell. Über Komplikationen, denen fachkundige Pflege entgegenwirkt. Über Selbstständigkeit, die sie erhält. Über Angehörige, die durch rechtzeitige Unterstützung wieder handlungsfähig werden.
Unsere Gesellschaft wird älter, und gleichzeitig sollen nach dem Haushaltsentwurf zwei Milliarden Euro beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung gestrichen werden: Was ist das für eine Prioritätensetzung?

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie die Rentenabsicherung pflegender Angehöriger und die Finanzierung der Pflegeausbildung müssen verlässlich aus Steuern mitgetragen werden, statt diese Aufgaben vor allem aus den Beiträgen der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherten zu finanzieren.

Deutschland landet im Public Health Index bei der Präventionspolitik auf Platz 17 von 18 untersuchten Ländern – und trotzdem ringen wir weiter um wirksame Tabak- und Alkoholsteuern und eine schnelle und deutliche Abgabe auf zuckerhaltige Getränke, statt endlich konsequent zu handeln.

Wir erwarten eine Politik, die der Gesundheit den Vorrang gibt: mit wirksamen Regeln, verständlicher Aufklärung und verlässlichem Geld für Prävention und professionelle Pflege dort, wo die Menschen leben.

Gesundheit ist mehr als Medizin. Und die Pflege strebt im Grundsatz nach Autonomieerhalt des Einzelnen, nach Stärkung der Gesundheit als Fähigkeit. Das ist mehr als Früherkennung und liegt in der DNA der Pflege!

Prävention wird nun zum großen Reformversprechen erklärt. Aber wo bleibt die verbindliche Konsequenz daraus für die Pflege? Wer Prävention verspricht, muss Pflege handeln lassen. Wer ihre Kompetenzen ungenutzt lässt, nimmt vermeidbare Versorgungslücken in Kauf und verschenkt Präventionspotentiale.

Wir werden nicht akzeptieren, dass unsere angemessenen Löhne intensiver problematisiert werden als die Versorgungslücken, die wir täglich schließen sollen.

Wer Personalbemessung zurücknimmt und Finanzierung begrenzt, muss öffentlich beantworten: Welche notwendige Pflege soll künftig unterbleiben – und wer übernimmt dafür die Verantwortung?

Primärversorgung braucht eigenständige Pflege

Wir brauchen Primärversorgung. Ein Primärarztsystem allein wird unsere Probleme nicht lösen.

Das HÄPPI-Modell in Baden-Württemberg bezieht weitere Gesundheitsberufe ein. Aber es bleibt unter hausärztlicher Verantwortung organisiert. Das reicht als Zukunftsbild für die gesamte Primärversorgung nicht. Zusammenarbeit muss auch eigenständige pflegerische Verantwortung ermöglichen. Sonst modernisieren wir die Abläufe und lassen die Machtverteilung unangetastet.

Pflegefachpersonen, Hebammen, Therapieberufe, Ärztinnen und Ärzte müssen gemeinsam Versorgung gestalten können. Jede Profession mit eigener fachlicher Verantwortung. Die gemeinsame Aufgabe ist, dass Menschen rechtzeitig die passende Hilfe bekommen.

Dafür brauchen wir niedrigschwellige Gesundheitsorte in der Logik von PORT-Zentren oder Gesundheitskiosken – sowie einen verlässlich erreichbaren Zugang rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche. Regional vernetzt, mit aufsuchender Versorgung und klarer Weiterleitung bei Notfällen. Eine Frage zur Gesundheit darf nicht erst zur Notfallsituation werden müssen, damit eine Tür aufgeht.

Schulgesundheitspflege und Community Health Nursing stehen für einen Ansatz, den wir endlich flächendeckend ermöglichen müssen: nah bei den Menschen sein, Risiken früh erkennen, Gesundheitskompetenz stärken und handeln, bevor aus einem Problem eine Krise wird.

Prävention und Rehabilitation brauchen Pflegefachpersonen, die selbstständig handeln können. Deshalb fordern wir die rechtlichen und finanziellen Voraussetzungen dafür, dass entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen u.a. eigenständig impfen, definierte niedrigschwellige Diagnostik durchführen und Behandlungen innerhalb ihrer nachgewiesenen Kompetenzen einleiten können. Mit klaren Verantwortlichkeiten und verlässlichen Wegen, weitere Expertise hinzuzuziehen. Und zwar außerhalb der bestehenden medizinischen Denke der alteingesessenen Selbstverwaltung. Wir müssen Versorgung endlich von Gesundheit und Selbstständigkeit her denken. Wer erst handelt, wenn Menschen krank sind, handelt zu spät. Gesundheit ist mehr als Medizin. Versorgung ist mehr als Reparatur und Defizitbetrieb am Körper und der Seele des Menschen.

Um die Stärke und Wirksamkeit von Pflegefachpersonen zu nutzen, braucht es gute Ausbildungs-, Studiums- und Weiterbildungsstrukturen, klinische Pflegebildung auf hohem Niveau in Ausbildung und Studium und berufliche Aufgaben, in denen diese unterschiedlichen Qualifikationen tatsächlich wirksam werden. Der Wissenschaftsrat hat die Bedeutung wissenschaftlicher Qualifizierung und ihrer Verbindung mit der Versorgung deutlich benannt. Und das seit nunmehr über 20 Jahren. Und jetzt soll offenbar auch noch das APN-Gesetz aufgeschoben werden – ein Gesetz, das endlich den Weg für erweiterte Kompetenzen und eigenverantwortliche Aufgaben hochqualifizierter Pflegefachpersonen ebnen soll.

Warum eigentlich? Worauf warten wir noch?

Wir können es uns nicht leisten, die Entwicklung der Pflegeprofession immer wieder auf die lange Bank zu schieben. Die Kompetenzen sind da. Die Versorgungsbedarfe sind da. Was fehlt, ist der politische Wille, die notwendigen Strukturen zu schaffen.

Deshalb fordern wir: Das APN-Gesetz muss noch in diesem Jahr auf den Weg gebracht werden!

Das verlangt neues Denken im Bundesgesundheitsministerium, in der Selbstverwaltung, in den Verwaltungen und bei den Juristinnen und Juristen.

Finden Sie rechtlich tragfähige Wege, diese Versorgung zu ermöglichen. Wir erwarten, dass Sie den Umbau organisieren, die Strukturen des Gesundheitswesens neu gedacht werden und der DPR als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene hier einen souveränen Platz bekommt.

Verantwortungsübertragung ohne Ressourcensicherung bleibt Makulatur

Das Gesetz zur Befugniserweiterung ist seit Januar 2026 in Kraft. Die Pflegeberufebeteiligungsverordnung erkennt den Deutschen Pflegerat ausdrücklich als maßgebliche Organisation auf Bundesebene an. Das ist ein Fortschritt, für den wir lange gearbeitet haben.

Aber Anerkennung auf dem Papier allein erledigt keine Arbeit. Wer uns Verantwortung überträgt, muss auch die Voraussetzungen dafür finanzieren: Freistellung, Personal und hauptamtliche Strukturen.

Und während die Kassen-, Krankenhaus- und Institutionsvertretungen ihre Hauptamtlichen schicken – schicken wir unsere Kolleg*innen nach Feierabend ohne Möglichkeit von Reisekosten und Dienstausfallkostenmöglichkeiten – ÜBER Jahrzehnte! Es ist eine Zumutung, professionelle Mitwirkung zu erwarten und darauf zu vertrauen, dass engagierte Kolleginnen und Kollegen die nötige Zeit schon irgendwo auftreiben – nach dem Dienst, am Wochenende, auf Kosten ihrer Erholung und ihrer Familien.

Deshalb erwarten wir vom Bund klar übertragene Aufgaben und eine verlässliche Finanzierung der dafür notwendigen Strukturen beim Deutschen Pflegerat. Und von den Ländern erwarten wir endlich den konsequenten Aufbau beruflicher pflegerischer Selbstverwaltung.

Unsere Expertise gehört an den Entscheidungstisch. Aber wir werden nicht akzeptieren, dass unsere Beteiligung dauerhaft von unbezahlter Mehrarbeit abhängt. Wer unsere Stimme im System will, muss auch ermöglichen, dass sie wirksam wird.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, jetzt möchte ich sichtbar machen, worum es geht.

Ich stelle Ihnen fünf Fragen. Wenn eine auf Ihre Erfahrung zutrifft, stehen Sie bitte auf und bleiben Sie stehen.

- **Wer von Ihnen hat schon einmal eine Veränderung bei einem Menschen bemerkt, fachlich eingeordnet und Hilfe veranlasst, bevor aus einer Verschlechterung eine akute Gefahr wurde?**

- **Wer von Ihnen hat schon einmal durch pflegefachliches Wissen Schmerzen gelindert oder einem Menschen geholfen, wieder etwas selbst zu tun, das er schon verloren glaubte?**

- **Wer von Ihnen hat schon einmal einem verängstigten Menschen so zugehört und seine Versorgung so mitgestaltet, dass er wieder Vertrauen fassen konnte?**

- **Wer von Ihnen hat schon einmal erkannt, dass Angehörige nicht mehr weiterkonnten, und mit ihnen einen nächsten Schritt gefunden, bevor die Situation völlig zusammenbrach?**

- **Wer von Ihnen hat schon einmal dafür gesorgt, dass der Wille und die Würde eines Menschen geachtet wurden, obwohl dieser Mensch selbst kaum noch für sich sprechen konnte?**

Schauen Sie sich um. Hier wird sichtbar, was Pflege bewirkt. Hinter diesen Erfahrungen stehen Wissen, Entscheidungen und Verantwortung.

Genau diese Kompetenz gehört in die Entscheidungen über unser Gesundheitswesen.

Vielen Dank. Bitte nehmen Sie wieder Platz.

Menschenwürde gilt ohne Ausnahme

Jeder Mensch kann auf Hilfe angewiesen sein. Als Kind. Nach einem Unfall. Mit einer psychischen Erkrankung. Im Alter.

Dann wird Menschlichkeit konkret: Wird mein Schmerz ernst genommen? Wird meine Scham geschützt? Zählt mein Wille?

Die Achtung vor der Verletzlichkeit des Menschen verbindet religiöse Traditionen und humanistische Überzeugungen. In der professionellen Pflege verbindet sie sich mit Fachwissen und Verantwortung.

Der ICN-Ethikkodex stellt Menschenrechte und Würde in das Zentrum unserer Arbeit. Dieser Maßstab gilt für jeden Menschen. Ohne Ausnahme.

Niemand darf wegen seiner Herkunft, Hautfarbe, Sprache, Religion, seines Geschlechts, seiner sexuellen Identität, einer Behinderung oder seiner politischen Überzeugung diskriminiert werden. Die Würde eines Menschen hängt weder von seiner Leistungsfähigkeit noch von seinem Aufenthaltsstatus oder seinem Kontostand ab.

Artikel 1 des Grundgesetzes setzt den Maßstab: Menschenwürde ist unantastbar. Wer Menschen abwertet, Rassismus verbreitet oder Antisemitismus duldet, greift diesen Grundsatz an. Das muss öffentlich benannt werden – erst recht, wenn es von einer Partei ausgeht.

Eine wehrhafte Demokratie muss ihre rechtsstaatlichen Mittel nutzen: Straftaten verfolgen, verfassungsfeindliche Bestrebungen aufklären und bei tragfähigen Anhaltspunkten ein Parteiverbotsverfahren anstrengen. Wo die Voraussetzungen erfüllt sind, erwarten wir konsequentes Handeln. Auch nach der Wahl in Sachsen-Anhalt gilt: Ein Wahlergebnis ist kein Freibrief. Keine Mehrheit darf Menschen ihre Würde absprechen. Kein Parteiprogramm steht über dem Grundgesetz. Unsere Verfassung schützt jeden Menschen – gerade auch diejenigen, die keine Mehrheit hinter sich haben. Das ist umso wichtiger, da das Wahlprogramm der einen Partei z.B. soziale Leistungen an die deutsche Staatsangehörigkeit bindet. Menschenwürde darf kein Lippenbekenntnis bleiben. Sie muss verteidigt werden.

Das Verbotsverfahren muss auf den Weg gebracht werden. Handelt – wir haben alle viel zu verlieren.

Niemand darf befürchten müssen, wegen seiner Identität schlechter versorgt zu werden. Und niemand darf erwarten, dass Pflegefachpersonen ihre eigene Gesundheit dauerhaft opfern, um fehlende Strukturen auszugleichen.

Auch die Würde der Pflegenden zählt. (Hinweis auf Erklärung)

Solidarität heißt Verantwortung nach Leistungsfähigkeit

Wir müssen auch ehrlich darüber sprechen, wie wir diese Versorgung finanzieren.

Solidarität bedeutet: Wer mehr tragen kann, trägt mehr. Wer wenig hat, wird geschützt. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind schon heute grundsätzlich einkommensabhängig, allerdings begrenzt durch Beitragsbemessungsgrenzen. Wir müssen darüber sprechen, wie wirtschaftliche Leistungsfähigkeit gerechter zur Finanzierung beiträgt.

Auch bei der Pflegefinanzierung werden Einkommen und Vermögen bereits berücksichtigt. Entscheidend ist, daraus ein transparentes, sozial gerechtes System zu machen: mit einer Beteiligung nach Leistungsfähigkeit, verlässlichen Schutzgrenzen und einem gesicherten Lebensunterhalt auch für Partnerinnen und Partner.

Wer über große finanzielle Möglichkeiten verfügt, kann mehr beitragen als jemand mit einer kleinen Rente. Darüber müssen wir offen sprechen. Aber notwendige Versorgung muss allen offenstehen, unabhängig vom Kontostand.

Und die Versorgungsfinanzierung muss sich daran orientieren, was Menschen brauchen und welche Leistungen nachweislich helfen. Pauschale Sparvorgaben ersetzen keine Versorgungsplanung.

Deshalb erwarten wir jetzt Entscheidungen: Personal nach dem tatsächlichen Versorgungsbedarf. Kompetenzen mit wirksamen, eigenverantwortlichen Befugnissen. Bildung mit beruflichen Perspektiven. Finanzierung, die pflegerische Qualität und Prävention trägt. Und verbindliche Mitentscheidung der Pflege über die Regeln ihrer Arbeit.

Wer entscheidet was bis wann? Daran werden wir die Verantwortlichen messen.

Diese Bilder zeigen Menschen, die gestern für eine bessere Versorgung eingetreten sind. Ich danke allen, die dabei waren und das möglich gemacht haben.

Ich bitte jetzt die Verantwortlichen der Mitgliedsverbände im Deutschen Pflegerat, zu mir auf die Bühne zu kommen.

Wir werden dafür sorgen, dass die Pflege in diesem Land eine Stimme hat. Zugunsten der Bevölkerung. Mit fachlich begründeten Lösungen und mit der Entschlossenheit, Veränderungen durchzusetzen.

Wir wollen gesund und selbstbestimmt alt werden. Wir wollen Hilfe finden, wenn wir sie brauchen. Dieses Versprechen muss für alle gelten.

Dann muss die Politik jetzt bereit sein, Macht zu teilen, Strukturen umzubauen und Pflege wirksam werden zu lassen.

Wir sind bereit, Verantwortung zu übernehmen. Wir erwarten die Strukturen, die das ermöglichen.

Vielen Dank.

Wir wünschen uns allen einen kontroversen, zielführenden und wertschätzenden Deutschen Pflegetag 2026. Lassen Sie uns die beiden Tage nutzen!

Literatur und Belege

Alle folgenden Quellen wurden am 11. Oktober 2026 mit ChatGPT 6.1-SOL recherchiert und zweifach persönlich gegengeprüft.

Statistisches Bundesamt (2024). 5,7 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2023. Pressemitteilung Nr. 478 vom 18. Dezember 2024.

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_478_224.html

Belegt Zahl und häuslichen Versorgungsanteil für 2023. Die Statistik betrifft Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, nicht sämtliche pflegerischen Versorgungsbedarfe.

Statistisches Bundesamt (2024). Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt. Pressemitteilung Nr. 033 vom 24. Januar 2024.

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html

Szenarien einer Lücke von 280.000 bis 690.000 Pflegekräften im Jahr 2049. Keine Zahl ausschließlich examinierter Pflegefachpersonen und keine aktuelle Vakanzzählung.

Vogler, Christine (2023). Berufspolitische Rede 2023. Deutscher Pflegetag, veröffentlichte Pressefassung, insbesondere S. 1–2.

https://www.deutscher-pflegetag.de/_Resources/Persistent/cf2dccfd77e26643f648dc95812189d8e9f8aa82/Berufspolitische%20Rede_Vogler_Presse.pdf

Öffentliche Positionierung zu Arbeitsbedingungen, Selbstverwaltung, beruflicher Eigenständigkeit, Bildung, Würde und Demokratie. Kontextquelle, kein Wirksamkeitsnachweis.

Vogler, Christine (2025). Berufspolitische Rede bei der Eröffnungsveranstaltung des 12. Deutschen Pflegetags am 5. November 2025 in Berlin, insbesondere S. 2–3.

https://deutscher-pflegerat.de/dpt25/DPT25_DPR_Rede-Christine-Vogler.pdf

Kontextquelle zu teambasierter Primärversorgung, Befugniserweiterung, Finanzierung und Bildung. Die neue Rede übernimmt keine damaligen Rechtsstände.

Bundesministerium für Gesundheit (2025). Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege. Gesetzesübersicht vom 29. Dezember 2025.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gesetz-befugniserweiterung-entbuerokratisierung-pflege

Die Übersicht nennt den 1. Januar 2026 als Inkrafttreten. Daraus folgt nicht, dass alle Umsetzungsregelungen und praktischen Voraussetzungen bereits abgeschlossen sind.

Laurant, M.; van der Biezen, M.; Wijers, N.; Watananirun, K.; Kontopantelis, E.; van Vught, A. J. A. H. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7, CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.

https://www.cochrane.org/evidence/CD001271_nurses-substitutes-doctors-primary-care

18 randomisierte Studien, überwiegend aus Ländern mit hohen Einkommen; Literatursuche bis März 2017. Unterschiedliche Rollen und Qualifikationen, häufig ärztlicher Rückhalt. Evidenzsicherheit je nach Endpunkt unterschiedlich. Keine pauschale Übertragbarkeit auf alle deutschen Versorgungsbereiche; Kosteneffekte unsicher.

Wissenschaftsrat (2023). Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. Drs. 1548-23. Köln. DOI: 10.57674/6exf-am35.

https://www.wissenschaftsrat.de/download/2023/1548-23

Empfehlungen zur wissenschaftlichen Qualifizierung, Disziplinenbildung und Verbindung mit der Berufspraxis. Fachpolitische Empfehlungen, keine Interventionsstudie.

International Council of Nurses (2021). Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Deutsche Übersetzung, insbesondere Präambel und Hauptelement 1. Bereitgestellt durch den DBfK.

https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf

Berufsethischer Bezugsrahmen für Menschenrechte, Würde, diskriminierungsfreie Versorgung und Verantwortung. Normative Quelle, kein empirischer Wirksamkeitsnachweis.

Sozialgesetzbuch V, § 137k, geltende Fassung; Deutsche Krankenhausgesellschaft, PPR 2.0, aktueller Überblick.

https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__137k.html

Der aktuelle § 137k enthält eine allgemeine Verpflichtung zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Die DKG dokumentiert die Beendigung der verpflichtenden PPR-2.0-Umsetzung durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz: https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/ppr-20/

Bundesministerium für Gesundheit (2026). Bundeskabinett beschließt GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, 29. April; Bundestag beschließt GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, 10. Juli.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz-kabinett-29-04-26

Die April-Erläuterung beschreibt die Begrenzung des Pflegebudgets und die teilweise Berücksichtigung von Tarifsteigerungen. Der Juli-Beschluss bestätigt die Verabschiedung. Der Redetext nennt keine Detailquote aus einem überholten Entwurfsstand. Die Wertung der Lohnkostendebatte ist die politische Position der Rede.

Bundesministerium für Gesundheit (2026). Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung, 30. September 2026, insbesondere § 113c und § 113e sowie Begründung S. 229–232.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Kabinett-GE_Pflegeneuordnungsgesetz_PNOG.pdf

Entwurf, noch kein abgeschlossenes Gesetzgebungsverfahren. § 113c wird beibehalten; Erhebung zur Umsetzung einmal je Legislaturperiode statt alle zwei Jahre. § 113e ermöglicht 2028–2032 Transformationsstellenanteile für bis zu zehn Prozent der Stellenanteile im definierten Korridor zwischen Mindest- und Höchstausstattung, nicht zehn Prozent sämtlicher Stellen. Die Rede fordert nachgewiesene Entlastung vor rechnerischem Personalersatz.

Gemeinsamer Bundesausschuss. DeQS-Richtlinie, insbesondere Verfahren 11 Dekubitusprophylaxe; Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege, stationäres Indikatorenverfahren.

https://www.g-ba.de/richtlinien/105/

Qualitätsindikatoren sind vorhanden. Die Kritik der Rede betrifft die unzureichende Ausrichtung von Finanzierung und Steuerung an pflegerischer Wirkung, nicht das vollständige Fehlen von Indikatoren. Ergänzend: https://gs-qsa-pflege.de/project/entwicklung-von-instrumenten-zur-pruefung-der-qualitaet-in-der-stationaeren-pflege-gemaess-%C2%A7-113b-absatz-4-satz-2-nr-1-und-2-sgb-xi/

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg (2025). Schritt für Schritt zum HÄPPI. Workbook, insbesondere S. 5.

https://www.haevbw.de/01-Content/Aktuelles/Fokusthemen/HAEPPI-Pilotierung/Workbook/2025_03_03_Haeppi_Workbook_2025_Web.pdf

Das Modell umfasst Teamarbeit und akademische Gesundheitsberufe unter hausärztlicher Verantwortung. Die Rede bestreitet nicht die Zusammenarbeit oder behauptet fehlende Wirksamkeit; sie kritisiert die Verantwortungsstruktur als unzureichendes Leitbild für die gesamte Primärversorgung.

Bundesministerium für Gesundheit. Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung; Begriffsartikel Beitragsbemessungsgrenze.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege/seite

Die Beitragsfinanzierung ist bereits einkommensabhängig. Einkommensarten werden je nach Versicherungsstatus unterschiedlich berücksichtigt; Beiträge sind gedeckelt. Forderungen nach gerechterer Beteiligung sind politische Vorschläge. Weitere Quelle: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/beitragsbemessungsgrenze/

Bundesministerium für Gesundheit. Fragen und Antworten zur Pflegefinanzierung.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegesichern/faq-pflegefinanzierung

Einkommen und Vermögen spielen bei Eigenanteilen und bedürftigkeitsabhängiger Hilfe zur Pflege bereits eine Rolle; Schonregelungen gelten. Beiträge zur Sozialversicherung, Eigenanteile und Hilfe zur Pflege sind unterschiedliche Finanzierungsmechanismen. Die Rede formuliert einen Reformmaßstab, kein fertiges Berechnungsmodell und keine individuelle Rechtsberatung.

Deutscher Pflegerat (2026). Noch 6 Tage. Prävention versprechen. Pflegekompetenz ausbremsen, 3. Juli.

https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/pressemitteilungen/noch-6-tage.-praevention-versprechen.-pflegekompetenz-ausbremsen.

Kontext für die Forderung nach verbindlicher Einbindung von CHN, APN, Schulgesundheitspflege und Hebammen. Die Forderungen zu eigenständigem Impfen, Diagnostik, Behandlungsinitiierung und 24/7-Zugang in der Rede sind ein politisches Zielbild; sie werden nicht als bereits allgemein geltende Befugnisse oder gesicherte Kosteneinsparung dargestellt.