

POSITIONSPAPIER

Pflegefachliche Empfehlungen an die Pflegestrukturkommission

Einführung

Die anstehenden Beratungen der Pflegestrukturkommission bieten eine historische Chance, die pflegerische Versorgung in Deutschland krisenfest, zukunftsorientiert und finanzierbar aufzustellen. Eine reine Anpassung des Finanzierungsmodells wird nicht ausreichen, um den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel zu bewältigen. Die Pflegeversicherung bedarf einer grundlegenden Strukturreform, die das ungenutzte Potenzial der professionellen Pflege endlich in den Mittelpunkt der Versorgung stellt. Der DBfK fordert die Kommission auf, folgende Kernpunkte zwingend in ihre Empfehlungen aufzunehmen:

1. Berufliche Autonomie als Basis

Eigenständiges Leistungsrecht

Die professionelle Pflege muss aus ihrer etablierten Abhängigkeit von der reinen ärztlichen Delegation gelöst werden. Wir fordern ein eigenständiges Leistungsrecht im SGB XI und SGB V, das sich konsequent an den Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufgesetzes (PflBG) orientiert. Pflegefachpersonen müssen Pflegebedarfe eigenverantwortlich erheben, feststellen und den Pflegeprozess steuern dürfen und dies auch abrechnen können.

Professionelle Pflegeberatung, Pflegebegleitung und Schulung stärken

Die Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegebegleitung darf nicht zu einem unspezifischen Sammelbecken diverser Professionen aufgeweicht werden. Sie erfordert zwingend eine pflegefachliche Expertise und muss die eigenständigen pflegefachlichen Kompetenzen in der Bedarfsermittlung, Beratung, Anleitung, Schulung, Koordination und Versorgungssteuerung stärken. Bestehende professionelle Beratungs- und Schulungsstrukturen sowie nachgewiesene Qualifikationen sind dabei zu berücksichtigen. Die Wahrnehmung eigenständiger pflegefachlicher Aufgaben muss leistungs- und vertragsrechtlich abgesichert und angemessen vergütet werden.

Eigenverantwortliche Heilkundenausübung in der stationären Langzeitpflege und in ambulanten Pflegediensten praxisnah umsetzen

Der DBfK fordert, die eigenverantwortliche Erbringung heilkundlicher Leistungen durch qualifizierte Pflegefachpersonen ausdrücklich auch innerhalb ihrer Beschäftigung in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten rechtlich und praktisch abzusichern. Dies muss ebenso für Pflegefachpersonen mit einer Ausbildung nach dem früheren Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz

gelten. Maßgeblich müssen die nachgewiesenen fachlichen Kompetenzen sein. Vorhandene Qualifikationen und einschlägige Berufserfahrung sind durch bundesweit einheitliche, praxistaugliche Verfahren anzuerkennen; ergänzende Qualifizierungen müssen sich auf tatsächlich bestehende Kompetenzlücken beschränken.

Berufsrecht, Leistungsrecht und die jeweiligen Versorgungsverträge müssen so aufeinander abgestimmt werden, dass entsprechend qualifizierte Beschäftigte diese Leistungen im Versorgungsalltag eigenverantwortlich erbringen können und ihre Einrichtungen sie gegenüber den zuständigen Kostenträgern abrechnen können. Dafür sind klare Regelungen zu Zuständigkeit, Haftung, Qualitätssicherung und Vergütung erforderlich. Der Vertrag nach § 73d SGB V muss hierzu konkrete Leistungen und umsetzbare Voraussetzungen festlegen. Weitere praxisrelevante Leistungen über Diabetes, Demenz und Wundversorgung hinaus sind bereits beim Vertragsabschluss oder durch einen verbindlichen Fahrplan mit Fristen zu erschließen. Wissenschaftliche Expertisen dürfen die vertragliche Umsetzung weder ersetzen noch verzögern.

Eigenständiges Ordnungsrecht für Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege

Als zwingende Konsequenz aus dem geforderten eigenständigen Leistungsrecht muss das Ordnungsrecht für pflegespezifische Hilfs- und Heilmittel (beispielsweise Wundversorgung, Inkontinenzmateriale, Pflegebetten) sowie für die häusliche Krankenpflege vollumfänglich auf qualifizierte Pflegefachpersonen übertragen werden. Pflegefachpersonen besitzen die höchste Expertise, um den konkreten Bedarf im Pflegealltag einzuschätzen. Der aktuelle, obligatorische Umweg über ärztliche Ordnungen und Genehmigungen ist ein ineffizientes Relikt. Er verzögert die notwendige Patientenversorgung massiv, bindet knappe ärztliche Ressourcen und verursacht unnötige Systemkosten, die durch eine direkte pflegerische Ordnungskompetenz sofort eingespart werden könnten.

Aus Fehlern der Vergangenheit lernen: Umsetzung und Vergütung sichern

Die bisherigen Erfahrungen mit der Blankverordnung in der häuslichen Krankenpflege und der Hilfsmittelempfehlung durch Pflegefachpersonen zeigen, dass die gesetzliche Einräumung zusätzlicher Kompetenzen allein nicht ausreicht. Entscheidend sind deren zeitnahe und praxistaugliche Umsetzung sowie eine angemessene Vergütung der damit verbundenen pflegefachlichen Leistungen und Verantwortung. Neue Ordnungs- und Entscheidungskompetenzen müssen deshalb von Beginn an mit klaren Zuständigkeiten, unbürokratischen Verfahren und verbindlichen Vergütungsregelungen verbunden werden.

2. Verankerung von Advanced Practice Nursing (APN) und Community Health Nursing (CHN) als Qualitäts- und Effizienzmotor

Deutschland hinkt im internationalen Vergleich bei der Einbindung hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen dramatisch hinterher. Wir fordern eine rasche und umfassende APN-Gesetzgebung. Advanced Practice Nurses (APN) auf Master-Niveau müssen als eigenständige Leistungserbringer im Primärversorgungssystem und in der Langzeitpflege verankert werden.

Angesichts der alternden Bevölkerung, der Zunahme von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) und des sich zuspitzenden (Haus-)Ärztlemangels – insbesondere in ländlichen Regionen – drohen gravierende Versorgungslücken. CHN schließen diese Lücken, indem sie erweiterte klinische, beratende und

steuernde Aufgaben übernehmen. Sie bringen hoch qualifizierte, evidenzbasierte Versorgung direkt in das Wohnumfeld der Menschen und sichern eine kontinuierliche, ganzheitliche Begleitung. Dies ist kein ungetesteter Modellversuch, sondern in Ländern wie bspw. Kanada, Finnland, Schweden, Großbritannien oder den Niederlanden längst ein bewährter und hochanerkannter Standard in der Gesundheitsversorgung.

Die Etablierung dieser Rollen ist nicht nur eine Frage der Versorgungsqualität, sondern ein entscheidender Hebel zur Kostendämpfung im Gesundheits- und Pflegesystem. Jeder Euro, der hier investiert wird, refinanziert sich durch vermiedene Akut- und Folgekosten um ein Vielfaches:

- » **Vermeidung teurer Krankenhausaufenthalte (Drehtüreffekt):** Durch ein proaktives, engmaschiges Krankheitsmanagement bei chronisch Kranken (z. B. Herzinsuffizienz, COPD, Diabetes) erkennen CHN gesundheitliche Verschlechterungen frühzeitig. So werden teure Notarzteinsätze und stationäre Akutaufnahmen (sogenannte pflegesensitive Krankenhausaufenthalte) drastisch reduziert.
- » **Verzögerung der stationären Pflegebedürftigkeit:** CHN koordinieren die komplexen Hilfen im häuslichen Umfeld passgenau und vorausschauend. Durch präventive Maßnahmen, eine optimierte häusliche Versorgung und die gezielte Schulung von Angehörigen kann die (für Kassen und Betroffene deutlich teurere) stationäre Heimunterbringung oft um Jahre verzögert oder ganz vermieden werden.
- » **Ressourceneffizienz und Abbau von Doppelstrukturen:** Durch die eigenständige Übernahme spezifischer heilkundlicher Aufgaben entlasten CHNs das ärztliche System. Steuert eine CHN den Pflegeprozess eigenverantwortlich, entfallen unnötige Reibungsverluste, Überweisungsketten und bürokratische Doppelstrukturen an den Schnittstellen zwischen Ärzteschaft, Therapie und Pflege.
- » **Reduktion teurer Komplikationen:** Durch gezielte Prävention und hochprofessionelle Steuerung (z. B. Sturzprophylaxe, optimales Wundmanagement, Vermeidung von Medikamenteninteraktionen) werden schwerwiegende Pflegekomplikationen verhindert, deren spätere Behandlung das Solidarsystem immense Summen kosten würde.

3. Finanzierungsmodelle greifen ohne echte Struktur- und Kompetenzreform ins Leere

Zur finanziellen Entlastung der Pflegekassen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen liegen der Pflegestrukturkommission aktuell diverse Konzepte vor – diskutiert werden beispielsweise die Einführung einer solidarischen Pflegevollversicherung, der sogenannte Sockel-Spitze-Tausch oder ein Risikofinanzausgleich, um nur einige zu nennen. Der DBfK stellt hierzu unmissverständlich fest: Ein Systemwechsel auf der Finanzierungsseite kann die drängenden Herausforderungen nur dann nachhaltig lösen, wenn die zugrundeliegenden Versorgungsstrukturen gleichzeitig grundlegend reformiert werden.

Modelle wie eine solidarische Pflegevollversicherung oder der Sockel-Spitze-Tausch beantworten lediglich die Frage, wer die rasant steigenden Kosten künftig trägt (Beitragszahlende, Steuerzahlende oder die Pflegebedürftigen selbst). Sie ändern jedoch nichts an der Tatsache, dass unser aktuelles Versorgungssystem in vielen Bereichen ineffizient, extrem bürokratisch, primär reaktiv statt präventiv ausgerichtet und durch starre, rein ärztlich zentrierte Hierarchien blockiert ist. Wird das System lediglich finanziell breiter aufgestellt, ohne die Steuerungsmechanismen zu modernisieren, birgt dies die Gefahr ungesteuerter Kostensteigerungen, ohne dass sich die Versorgungsqualität verbessert. Ein Systemwechsel hin zu einer umfassenderen Finanzierung löst das Problem nur dann, wenn gleichzeitig

die Weichen für eine bedarfsgerechte, effiziente Steuerung der Mittel gestellt werden.

Eine nachhaltige Finanzierung ist untrennbar mit einer massiven Kompetenzerweiterung der professionellen Pflege verbunden. Um das System finanzierbar zu halten und die Versorgungsqualität zu sichern, muss die Pflege das ungenutzte Potenzial ihrer Profession endlich voll ausschöpfen dürfen:

- » **Autonome Steuerung (Gatekeeping):** Hoch qualifizierte Pflegefachpersonen müssen ermächtigt werden, den Pflegeprozess, den Einsatz von Hilfsmitteln und den gesamten Pflegemix eigenverantwortlich zu steuern (z. B. durch ein verbindliches Case Management und die Instrumente der neuen Pflegebegleitung).
- » **Effizienzreserven heben:** Nur eine Pflege, die autonom handeln darf, kann präventiv eingreifen, teure Reibungsverluste an den Sektorengrenzen abbauen und so kostenintensive Komplikationen (wie vermeidbare, pflegesensitive Krankenhausaufnahmen) verhindern.

Bereinigung versicherungsfremder Leistungen

Unabhängig von der gewählten zukünftigen Finanzierungsarchitektur bleibt es zudem eine zwingende Sofortmaßnahme, dass der Bund endlich gesamtgesellschaftliche Aufgaben vollständig aus Steuermitteln refinanziert. Hierzu gehört die Zahlung kostendeckender Beiträge für Bürgergeldbeziehende ebenso wie die Renten- und Arbeitslosenbeiträge für pflegende Angehörige sowie die Ausbildungsumlagen. Es ist inakzeptabel, Beitragszahlende weiterhin für originär staatliche Fürsorgepflichten zur Kasse zu bitten.

4. Überwindung der Sektorengrenzen: Pflege ganzheitlich steuern und Versorgung „aus einer Hand“ sichern

Die künstliche und historisch gewachsene Trennung zwischen medizinischer Behandlungspflege (SGB V) und pflegerischer Versorgung (SGB XI) verursacht in der Praxis enorme Reibungsverluste, absurde bürokratische Hürden und gefährliche Versorgungslücken. Pflegebedürftige Menschen trennen ihre Bedarfe nicht nach Sozialgesetzbüchern. Eine zukunftsfähige Strukturreform muss diese Trennung überwinden. Eine Möglichkeit wäre die Schaffung sektorenübergreifender Budgets (integriertes Pflegebudget) und eine Versorgung aus einer Hand. Nur durch die Auflösung der starren Schnittstellenproblematik können Fallverläufe durch Pflegefachpersonen kohärent und wirtschaftlich gesteuert werden.

Sozialraumbudget praxisnah gestalten: Bewährte Pflegedienste nicht ausschließen

Das im PNOG-Entwurf vorgesehene neue Sozialraumbudget schließt etablierte ambulante Pflegedienste von der Erbringung niedrigschwelliger Hilfen – wie Hauswirtschaft oder Betreuung – faktisch aus und setzt einseitig auf oftmals noch zu etablierende Nachbarschaftshilfe. Dies zerstört das für Familien essenzielle Prinzip der Versorgung „aus einer Hand“, zwingt Pflegebedürftige zur mühsamen Koordination verschiedener Anbieter und beraubt Fachkräfte der Möglichkeit, gesundheitliche Veränderungen im häuslichen Umfeld frühzeitig zu erkennen. Da flächendeckende ehrenamtliche Netzwerke vor allem im ländlichen Raum oft fehlen, drohen gravierende Versorgungslücken und ein massiver Verlust an Verlässlichkeit. Der DBfK fordert daher, dass das Sozialraumbudget für alle qualitätsgesicherten Anbieter – ausdrücklich auch für professionelle Pflegedienste – zugänglich bleibt, um Wahlfreiheit, Kontinuität und eine lückenlose, ganzheitliche Versorgung sicherzustellen.

5. Digitalisierung pflegezentriert ausrichten und gesondert finanzieren

Die bisherige Digitalisierungsstrategie im Gesundheitswesen ist nahezu ausschließlich arztzentriert. Zwar ist die Pflege inzwischen rechtlich in die Telematikinfrastruktur (TI) eingebunden, praktisch und strukturell wird sie in der elektronischen Patientenakte (ePA) jedoch auf die Rolle des „Mitlesers“ medizinischer Daten reduziert. Pflegespezifische Datensätze fehlen weitgehend als standardisierte Elemente. Für ein echtes interprofessionelles Arbeiten und die eigenverantwortliche Steuerung von Vorbehaltsaufgaben benötigen Pflegefachpersonen jedoch einen hürdenfreien, vollständigen Lese- und Schreibzugriff – und zwar als gleichberechtigte Autor:innen pflegerischer Gesundheitsdaten, ohne Abhängigkeit von arztzentrierten Freigabestrukturen. Darüber hinaus muss das enorme Potenzial der Digitalisierung für die Versorgungssicherheit genutzt werden: Die „Telepflege“ – etwa in Form pflegerischer Video-Visiten oder telemetrischer Monitorings durch Community Health Nurses – muss endlich als reguläre, eigenständig abrechenbare Leistung gesetzlich verankert werden.

Ebenso unabdingbar ist eine verlässliche und getrennte Finanzierung dieser digitalen Transformation. Der im Entwurf des Pflege neuordnungsgesetzes (PNOG) angelegte Weg, Digitalisierungskosten aus Personalkosten oder direkten Versorgungsbudgets bestreiten zu dürfen, ist berufspolitisch ein fataler Konstruktionsfehler. Dies zwingt Einrichtungen in einen unlösbaren Konflikt: Investitionen in Hard- und Software dürfen unter keinen Umständen zulasten der Fachkraftquote oder der direkten Zeit für Pflegebedürftige gehen. Der DBfK fordert daher ein gesondertes, ausreichend dotiertes Investitionsprogramm (beispielsweise aus steuerfinanzierten Strukturfonds), das strikt von den Personalkostenbudgets und den Pflegesachleistungen getrennt ist.

6. Fachkräftesicherung als Fundament: Ausbildungsqualität, Retention und faire Integration

Jede Struktur- und Finanzierungsreform der Pflegeversicherung wird scheitern, wenn das Personal fehlt, um die Leistungen zu erbringen. Die Kommission darf sich daher nicht ausschließlich auf Finanzströme fokussieren, sondern muss die Arbeitsbedingungen als zentralen wirtschaftlichen Faktor begreifen. Fachkräftesicherung erfordert ein konsequentes Handeln auf drei Ebenen:

» **Retention vor Rekrutierung**

Der DBfK fordert die konsequente, sanktionsbewehrte Umsetzung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung wissenschaftlich fundierter Personalbemessungsinstrumente (wie PeBeM) über alle Versorgungssektoren hinweg. Investitionen in gute Arbeitsbedingungen und verbindliche Personalvorgaben sind direkte Investitionen in die finanzielle Stabilität des Systems: Nur durch eine drastische Verbesserung des Berufsverbleibs (Retention) lassen sich die enormen Systemkosten für Leiharbeit, hohe Fluktuation und überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Ausfalltage in der Pflege nachhaltig senken.

» **Ausbildung und Studium stärken – Praxisflucht stoppen**

Fachkräftesicherung beginnt bereits in der Ausbildung und im Pflegestudium. Die aktuelle Situation, insbesondere die Überlastung in den Praxiseinsätzen, führt viel zu häufig zu einer frühen Berufsflucht. Auszubildende und Studierende benötigen zwingend eine verlässliche, qualitativ hochwertige Praxisanleitung, die nicht den personellen Engpässen des Alltags geopfert werden darf. Zudem muss die akademische Qualifikation innerhalb der eigenen Berufsgruppe und

in der Praxis endlich vollumfänglich anerkannt und genutzt werden.

» **Internationale Pflegefachpersonen fair integrieren**

Die Anwerbung internationaler Pflegefachpersonen darf nicht dazu missbraucht werden, strukturelle Defizite im System billig zu kompensieren. Internationale Kolleg:innen besitzen oft hochwertige akademische Abschlüsse, werden aber durch langwierige Anerkennungsverfahren gezwungen, unter ihrer Qualifikation als Assistenzkräfte zu arbeiten und zu verdienen. Der DBfK fordert eine zügige, kompetenzbasierte Anerkennung entsprechend ihrer Qualifikation sowie den entsprechend qualifizierten Einsatz und die entsprechend qualifizierte Entlohnung – bereits während der Anerkennungszeit. Zudem braucht es bundesweit verbindliche Standards für die Einarbeitung, berufsbezogene Sprachförderung sowie einen wirksamen Schutz vor Diskriminierung und Ausgrenzung am Arbeitsplatz.

7. Pflegende An- und Zugehörige gezielt entlasten: Familienzentriert statt budgetgetrieben

Zu einer Strukturreform der Pflegeversicherung gehören zwingend auch die An- und Zugehörigen. Sie stellen das Fundament der häuslichen Pflege und müssen flexibel entlastet und unterstützt werden. Der aktuelle Entwurf des Pflege neuordnungsgesetzes (PNOG) bewirkt jedoch das Gegenteil: Durch die Zersplitterung von Leistungen in starre, gedeckelte Budgets und den Entzug bewährter Finanzierungs- und Kombinationswege für die Tagespflege geht den Familien genau die Flexibilität verloren, die sie im Versorgungsalltag dringend benötigen. Statt neuer bürokratischer Hürden und faktischer Leistungskürzungen fordert der DBfK ein echtes, frei wählbares und sektorübergreifendes Entlastungsbudget, das situativ für Tages-, Nacht-, Kurzzeit- oder auch privat organisierte Verhinderungspflege eingesetzt werden kann.

Fazit: Mut zur Strukturreform – Die Pflege als Schlüssel zur Zukunftssicherung

Wir appellieren nachdrücklich an die Pflegestrukturkommission: Eine bloße Umverteilung von Finanzströmen wird den Kollaps der Pflegeversicherung nicht verhindern. Die Lösung liegt in einem mutigen Systemumbau, der Finanzierungsfragen zwingend und untrennbar mit erweiterten pflegerischen Handlungsspielräumen verknüpft. Eine moderne, finanzierbare Versorgung braucht starke Pflegefachpersonen mit einem eigenen Leistungsrecht und autonomer Steuerungskompetenz sowie die radikale Überwindung starrer Sektorengrenzen. Nutzen Sie dieses historische Zeitfenster für einen Neustart – der DBfK steht bereit, diesen Weg pflegefachlich fundiert und lösungsorientiert mitzugestalten.

Der DBfK-Bundesvorstand, Berlin, 14. Oktober 2026

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) – Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de