Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)129(31)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.11.2026 - PNOG
24.11.2026

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT e.V.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz)

In Deutschland haben sich seit der Veröffentlichung der ersten Pflegestatistik im Jahr 1999 die Menschen mit einem Pflegegrad etwa verdreifacht. Ein verändertes Antragsaufkommen, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Jahr 2017 und die gestiegene Lebenserwartung sind dafür verantwortlich. Der kritische Moment, an dem der Bedarf an Pflege das Angebot durch Angehörige und berufliche Pflege sowie die Finanzierbarkeit übersteigt scheint erreicht. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz, PNOG) vorgelegt. Am 30.9.2026 hat das Bundeskabinett das PNOG beschlossen. Das PNOG kombiniert Leistungseinschnitte mit zusätzlichen Einnahmen. Im Mittelpunkt stehen eine Neuordnung des Leistungsrechts sowie neue Steuerungsinstrumente.
Die DGP e.V. nimmt die Gelegenheit wahr, eine Stellungnahme zu den PNOG-Aspekten abzugeben, aus denen direkte pflegewissenschaftliche Bezüge abgeleitet werden können.

1) Mit dem PNOG sollen u.a. Pflichten der Versicherten zur Mitwirkung an Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege in das Gesetz aufgenommen werden, u.a. durch „gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Leistungen zur medizinischen Prävention und Rehabilitation“ (§ 4 Absatz 1 SGB XI).

   Eine solche Mitwirkungspflicht setzt voraus, dass es verallgemeinerbare empirische Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Merkmalen des individuellen Gesundheitsverhaltens und des Risikos für Pflegebedürftigkeit gibt. Diese Erkenntnisse liegen bisher nicht vor und es ist unklar, ob das Risiko einer Pflegebedürftigkeit maßgeblich durch Lebensstil-bedingte Risikofaktoren beeinflusst wird. Das vorhandene Wissen geht derzeit nicht über den Status von Expertenmeinungen (z.B. 1) und Routinedaten-Analysen von Versicherten und Antragsteller*innen für einen Pflegegrad hinaus (z.B. 2). Eine hinreichende Grundlage für die Verpflichtung zur Teilnahme an Präventionsprogrammen ist damit nicht gegeben. Es fehlt an prospektiven Studien, die die kritischen Wendepunkte bestimmen können, an denen sich Pflegebedürftigkeit manifestiert. Sind diese identifiziert, kann gezielt mit Interventionsprogrammen, zu denen auch Beratungsangebote gehören, versucht werden, die Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder aufzuschieben.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Einer dieser neuralgischen Punkte dürfte die Entlassung älterer Menschen aus der Krankenhausbehandlung in die Häuslichkeit sein. Oft sind die persönliche Lebenssituation und Unterstützungsbedarfe nicht ausreichend berücksichtigt, die Zuständigkeiten der Nachbehandlung nicht klar geregelt. Auch sind die notwendigen Pflegeleistungen und notwendigen Nachsorgeleistungen wie Heil- und Hilfsmittel nach einem Krankenhausaufenthalt häufig nicht koordiniert organisiert. Das Entlassmanagement der Krankenhäuser ist nicht hinreichend. Auf die Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung oder Kurzzeitpflege muss häufig gewartet werden. Die häusliche Umgebung sowie An- und Zugehörige sind oft wenig vorbereitet auf die Situation der Pflege und Begleitung eines gerade aus dem Krankenhaus entlassenen älteren Menschen mit besonderen Unterstützungsbedarfen.

Fragmentiert, dysfunktional, weitestgehend dem Organisationstalent der An- und Zugehörigen anheimgestellt, kaum digital unterstützt und ineffizient, lautet das Fazit zur Gesundheitsversorgung älterer Menschen in Deutschland in einer 2023 veröffentlichten Studie der Universität Siegen und des Mannheimer Zentrums für europäische Sozialforschung (3).

In der wissenschaftlichen Literatur verdichten sich die Befunde, dass schlechtere soziökonomische Umstände im Verlauf des Lebens einen maßgeblichen Einfluss auf die Manifestation von Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter haben. Der Ansatzpunkt der Prävention ist hier die Verbesserung der Verhältnisse durch Chancengleichheit hinsichtlich Bildung, Einkommensmöglichkeit, Wohnbedingungen und sozialer Teilhabe. Die Engführung der Diskussion über Prävention von Pflegebedürftigkeit auf Verhaltensänderungen v.a. im Bereich Mobilität und Sturzrisiko, Ernährung, Suchtmittelkonsum hingegen ist nicht zielführend. Solange die wissenschaftliche Beweislage und auch der gesellschaftliche Konsens keine eindeutig definierbaren Anforderungen an das individuelle Gesundheitsverhalten erlauben, darf dieses keine rechtliche Verankerung im PNOG erfahren.

2. Weiterhin wird mit den Neuregelungen im PNOG der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, im Wege einer „wissenschaftlichen Expertise“ (§ 5 Absatz 4 SGB XI) relevante Risikofaktoren für eine drohende oder bereits bestehende Pflegebedürftigkeit zu identifizieren. Diese Erkenntnisse sollen u.a. in Präventionsempfehlungen nach § 5 Absätze 1 und 1a SGB XI, in verpflichtende Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI bei Inanspruchnahme von Pflegegeld und in die o.g. Pflegebegleitung einfließen.

   Die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Evidenz zur Entstehung und Prävention von Pflegebedürftigkeit bzw. deren Fortschreiten ist aus pflegewissenschaftlicher Sicht unbedingt zu begrüßen. Das PNOG lässt jedoch vermissen, mit welchem wissenschaftlich-methodischen Anspruch

bzw. welcher Expertise die Erkenntnisse gewonnen werden sollen. Denkbar wäre die Nutzung vorhandener epidemiologischer Studien. Die so identifizierten Interventionsansätze müssen anschließend in wissenschaftlich-methodisch robusten experimentellen Studien auf ihren Nutzen und Kosten-Nutzen-Implikationen untersucht werden, bevor über die Implementierung entschieden werden kann.

3. Auch die neue Angebotsstruktur der Pflegebegleitung (§ 7d SGB XI) oder von Initiativen zur Förderung guter Versorgung nach § 12d SGB XI sollen wissenschaftlich evaluiert werden. Auch hier soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen zuständig sein. Hier wäre ein anderes Vorgehen geboten: Diese Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und/oder Evaluation von Strukturen und Leistungen der Pflegeversicherung sollten grundsätzlich im Rahmen kompetitiver Verfahren und gemäß wissenschaftlicher Standards ausgeschrieben, begutachtet, vergeben, supervidiert und publiziert werden.
   An die Beantwortung dieser gesellschaftlich wichtigen Fragestellungen sollten höchste Ansprüche im Verfahren der unabhängigen Vergabe empirischer Forschungsaufträge gestellt werden. Unabhängige Forschungsförderung unter Beachtung hoher wissenschaftlicher Standards ist entscheidend für die Transparenz und das Vertrauen in eine empirisch weiterentwickelte Soziale Pflegeversicherung.

4. Die im PNOG geplanten Neuregelungen sehen weiterhin vor, dass beim Medizinischen Dienst Bund ein Beirat „zur wissenschaftlich fundierten und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Instrumente und des Verfahrens zur Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises“ (§ 18f Absatz 2 SGB XI) eingerichtet werden soll. Diesem siebenköpfigen Beirat sollen fünf Vertretende der Wissenschaft sowie jeweils eine Person des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes angehören. Hier wäre aus pflegewissenschaftlicher Perspektive und in Analogie des internationalen Diskurses zur Beteiligung der Zivilgesellschaft an systemrelevanten Entscheidungen zu fordern, Mitglieder einschlägig repräsentativer Organisationen von Menschen mit Pflegebedarf und deren Pflegepersonen in den Beirat aufzunehmen.

5. Mit der Neuordnung der Sozialen Pflegeversicherung im PNOG wird den Organisationen der Kostenträger, vor allem dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst, eine noch zentralere Rolle in der Leistungserbringung und deren Überwachung zugewiesen. Dies betrifft insbesondere die neue Angebotsstruktur der Pflegebegleitung, die sich v.a. an Personen

mit Pflegegrad 1 richtet. Hier dürften weitere Interessenkonflikte entstehen in der Einschätzung der Versorgungsbedarfe und der Veranlassung von Versorgungsangeboten. Es wäre sehr wünschenswert, wenn die Leistungserbringung und finanzielle Sicherung getrennt und unabhängig erbracht bzw. gewährleistet würden. Leistungen der Pflegebegleitung inklusive Fallmanagement sollten hingegen bevorzugt von Pflegefachpersonen mit Kompetenzen für die Versorgung von Menschen mit komplexen und vor allem hochkomplexen Bedarfslagen erbracht werden, die nicht unmittelbar den Kostenträgern verpflichtet sind. Das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) stärkt diesen Vorschlag.

6. Auch die Digitalisierung in der Pflege soll das PNOG vorantreiben. Kern ist die Einführung des digitalen „Pflege-Cockpits“ (§7a), das künftig alle Informationen und Instrumente an einem digitalen Ort bündelt, die Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen benötigen, um die Pflege im Alltag zu gestalten und sich in der Pflegeversicherung zu orientieren. Hier bedarf es einer strengen Direktive, wie die Cockpits von den Pflegekassen auszugestalten sind, um einem zu erwartenden aktivistischen Wildwuchs Einhalt zu gebieten. Hier stellt sich zudem die Frage, warum das vor Jahren kostenintensiv etablierte Nationale Gesundheitsportal nicht die Basisinformation elaboriert zur Verfügung stellen kann.

7. Der Vorschlag, der Änderung der Zugangsvoraussetzungen für niedrigschwellige Unterstützungsleistungen ist nicht empirisch abgesichert. Der bisherige Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich bis zu 131 Euro soll für Menschen mit Pflegegrad 1 entfallen. In den Pflegegraden 2 bis 5 soll er im neuen Sozialraumbudget aufgehen, das auf bis zu 175 Euro angehoben werden soll. Welche Verschiebungen in der Leistungsinanspruchnahme sind daraus ergeben sollte dringend Protokoll-gestützt prospektiv untersucht werden.

8. Zusammenfassend bleibt das PNOG deutlich hinter seinen Möglichkeiten zurück. Da pflegerische Versorgung ein kostbares Gut geworden ist, die Lücke zum Angebot schon jetzt klafft und sich laut Prognosen noch deutlich vergrößern wird, erscheint es unausweichlich auch hierzulande die konfliktträchtige Diskussion zu führen, welche Aufgabenfelder zukünftig von professionell Pflegenden übernommen werden sollen und welche übertragen werden können, welche durch digitale Assistenzsysteme entlastet werden können und was aus dem Zuständigkeitsbereich professioneller Pflege entfernt werden muss, da nicht qualitätsgesichert oder sogar schädlich. In den Niederlan-

den wird diese Diskussion bereits, flankiert durch empirische Forschung, geführt (4). Die Neudefinition des professionellen Pflegeangebots muss empirisch hergeleitet werden und hat das Potenzial, Pflegekapazität wirksamer und kostenwirksamer einzusetzen.

Duisburg, 23. November 2026

Prof. Dr. Gabriele Meyer Prof. Dr. Inge Eberl Prof. Dr. Sascha Köpke
im Namen des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)
Bürgerstraße 47
47057 Duisburg
Tel.: 0203 356793
Fax: 0203 3634710
E-Mail: info@dg-pflegewissenschaft.de

Referenzen

(1) Nolting H-D, Marschall J. Prävention von Pflegebedürftigkeit. Dokumentation von Fachgesprächen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich (2025). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2025-05-05_-_Fachgespraeche_Praevention_Abschlussbericht_bf.pdf

(2) Blüher S, Schilling R, Stein T, Gellert P (2023). Prävention von Pflegebedürftigkeit. Analysen von Begutachtungsdaten des Medizinischen Dienstes. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 66: 490-497

(3) Bahle T, Ariaans M, Katharina Koch K, Wendt C (2023). Healthcare and Elderly Care in Europe. Institutions, Challenges, and Solutions for Better Coordination. Glos (UK) & Massachusetts (USA): Edward Elgar Publishing Limited

(4) Wendt B, Cremers M, Ista E, van Dijk M, Schoonhoven L, Nieuwboer MS, Vermeulen H, Van Dulmen SA, Huisman-de Waal G (2024). Low-value home-based nursing care: A national survey study. J Adv Nurs 80 (5): 1891-1901