

Bundesministerium für Gesundheit
per E-Mail: Pflegereformgesetz-Verba-
ende@bmg.bund.de

Münster, 10. Juni 2026

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung

Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG

Stand: Juni 2026

1. Zusammenfassende Bewertung

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) begrüßt, dass der Referentenentwurf zum Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) zentrale Strukturprobleme der pflegerischen Versorgung ausdrücklich adressiert. Dazu zählen insbesondere die Stärkung von Prävention und Rehabilitation, die Einführung einer Pflegebegleitung, die Weiterentwicklung digitaler Zugänge, die Unterstützung in pflegerischen Akutsituationen sowie die stärkere Berücksichtigung kommunaler Pflegestrukturplanung.

Der Referentenentwurf stärkt an mehreren Stellen die Rolle der Pflegekassen. Dies ist aus Sicht der DGCC grundsätzlich nachvollziehbar, soweit es um Leistungszugang, Transparenz und Sicherstellung geht und der bundesgesetzlichen Steuerungskompetenz entspricht. Problematisch ist jedoch, dass die strukturelle Verantwortung für regionale, sektorenübergreifende und sozialraumbezogene Versorgungskoordination weiterhin nicht hinreichend abgesichert wird. Gerade in komplexen Pflegesituationen entscheidet sich Versorgung zunehmend auf kommunaler und regionaler Ebene; dort, wo unterschiedliche Sozialleistungsträger, Leistungserbringer, Gesundheitsversorgung, Rehabilitation, Sorggemeinschaften und soziale Infrastruktur tatsächlich zusammenwirken müssen. Gerade komplexe Pflegesituationen entstehen jedoch nicht entlang einzelner Sozialgesetzbücher; sie können nicht ausreichend durch Leistungsansprüche im Rahmen einzelner Sozialgesetzbücher angemessen unterstützt werden. Pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen benötigen häufig gleichzeitig Leistungen und Unterstützung aus Pflegeversicherung, Krankenversicherung, Rehabilitation, Eingliederungshilfe, Sozialhilfe, kommunalen Hilfen sowie zivilgesellschaftlichen und familiären Netzwerken. Die zentrale Herausforderung liegt deshalb nicht allein im Zugang zu einzelnen Leistungen, sondern in der verlässlichen, personenzentrierten Koordination komplexer Unterstützungsarrangements. Diese Koordination bedarf qualifizierter Formen der Pflegebegleitung, pflegebezogener Beratung sowie eines strukturierten Fallmanagements im Sinne des Case Managements (DGCC), eingebettet in regionale Versorgungsstrukturen.

Die DGCC fordert daher, das PNOG konsequent als Strukturreform zu gestalten. Eine moderne Pflegepolitik muss Pflegebegleitung, Beratung, Fallmanagement und regionale Versorgungssteuerung fachlich

klären, qualitätsgesichert verankern und sozialraumbezogen ausrichten. Dazu gehört ausdrücklich eine Orientierung an anerkannten Standards und Leitlinien des Care und Case Managements¹.

Care Management und Case Management dürfen nicht als nachträgliche Reparaturmechanismen verstanden werden, wenn Versorgung bereits fragmentiert ist. Vielmehr müssen sie als regelhafte, finanzierte und qualitätsgesicherte Strukturprinzipien einer präventiven, personenzentrierten und sektorenübergreifenden Pflegeversorgung gesetzlich verankert werden.

Zudem dürfen neu verwendete, fachlich nicht definierte Begriffe wie „Pflegebegleitung“ in der primären Verantwortung der Pflegekassen nicht dazu führen, dass die bisher erreichte Qualität der Pflegeberatung in der Verantwortung der Pflegekassen zukünftig unterhalb professioneller Standards angesiedelt wird.

2. Grundsätzliche fachliche Einordnung

Pflegebedürftigkeit zeigt sich heute zunehmend in komplexen Lebenslagen. Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf sind häufig nicht nur körperlich eingeschränkt, sondern zugleich von Multimorbidität, kognitiven Einschränkungen, Armut, Einsamkeit, fehlenden sozialen Netzwerken, psycho-sozialen Krisensituationen, Wohnproblemen oder regionaler Unterversorgung betroffen.

Diese Komplexität kann nicht durch einzelne Leistungsansprüche oder eine einzelne Profession allein beantwortet werden. Entscheidend ist vielmehr, ob Leistungen, Akteure und Ressourcen zu einem tragfähigen Versorgungsarrangement verbunden werden. Versorgung scheidet häufig nicht daran, dass es gar keine Leistungen gibt, sondern daran, dass Leistungen nicht zusammenfinden, Zuständigkeiten unklar bleiben und Betroffene sowie Angehörige mit der Organisation der Versorgung allein gelassen werden.

Aus Sicht der DGCC ist deshalb zusätzlich zu einer pflegebezogenen Begleitung und psycho-sozialen Beratung zwischen zwei steuerungsrelevanten Ebenen klar zu unterscheiden:

Erstens braucht es **Case Management** als strukturierte, personenzentrierte Fallsteuerung bei komplexen Unterstützungsbedarfen. Es umfasst Assessment, Ziel- und Hilfeplanung, Koordination, Monitoring, Evaluation und die aktive Beteiligung der leistungsberechtigten Person sowie ihrer relevanten Netzwerke. Der Begriff Fallmanagement ist im Zuge der Gesetzgebung an die Fachlichkeit des Case Managements zu binden.

Zweitens braucht es **Care Management** als regionale und sozialraumbezogene Versorgungssteuerung. Care Management richtet den Blick nicht nur auf den Einzelfall, sondern auf die Versorgungslandschaft: Welche Angebote bestehen? Wo entstehen Versorgungslücken? Welche Netzwerke, Träger, Kommunen und Sozialleistungssysteme müssen verbunden werden? Wie können sorgende Gemeinschaften, Familien, Nachbarschaften und professionelle Strukturen gemeinsam gestärkt werden?

Eine konsequente Anwendung von Care Management und Case Management bedeutet, dass Fallmanagement innerhalb vernetzter Versorgungsformen stattfindet. Es reicht nicht aus, über einzelne Sozialleistungsträger und isolierte Fallmanagementprozesse nachträglich Versorgung koordinieren zu wollen. Präventive und mittelfristig kostendämpfende Effekte entstehen vielmehr dort, wo regionale Versorgungsstrukturen systematisch entwickelt, primäre Netzwerke vor Ort gestärkt und individuelle Unterstützungsprozesse verbindlich mit regionaler Versorgungsplanung verzahnt werden. Der Referentenentwurf enthält hierfür grundsätzlich wichtige Ansätze, insbesondere durch die stärkere Berücksichtigung kommunaler Pflegestrukturplanung. Aus Sicht der DGCC bleibt jedoch offen, wie Pflegebegleitung, Pflege-

¹ Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.) (2026). *Leitlinien Care und Case Management*. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

beratung, Fallmanagement und regionale Versorgungskoordination systematisch zusammengeführt werden sollen. Gerade in komplexen Pflegesituationen bedarf es verbindlicher Strukturen, die individuelle Unterstützungsprozesse wirksam mit regionalen Versorgungsressourcen und Planungsprozessen verbinden.

Internationale Erfahrungen und versorgungswissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass koordinierte Versorgung insbesondere in komplexen Situationen zur Verbesserung von Versorgungskontinuität, Orientierung und Ressourceneffizienz beitragen kann.

3. Kritik an der dominierenden vertikalen Steuerungslogik

Der Referentenentwurf bündelt nachvollziehbar Ressourcen und Steuerungsmöglichkeiten der Pflegekassen und stärkt damit zunächst die Koordination innerhalb des SGB XI. Dies entspricht sowohl der bundesgesetzlichen Kompetenzordnung als auch dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen. Positiv ist zudem, dass Kommunen künftig stärker in regionale Steuerungs- und Planungsprozesse eingebunden werden können. Aus Sicht der DGCC bleibt jedoch offen, wie diese Ansätze verbindlich mit sektorenübergreifender, sozialraumbezogener Versorgungskoordination verzahnt werden. Gerade in komplexen Pflegesituationen bedarf es einer strukturellen Ergänzung der vertikalen Steuerung durch regionale und horizontale Koordinationsformen, in denen Pflegekassen, Kommunen, Leistungserbringer, Gesundheitsversorgung und zivilgesellschaftliche Akteure gemeinsam Verantwortung übernehmen.

Eine solche vertikale Steuerungslogik stößt in einer pluralen, individualisierten und sektoral gegliederten Versorgungslandschaft an fachliche Grenzen. Sie kann komplexe Pflegesituationen nicht ausreichend bearbeiten, wenn regionale Akteure, Kommunen, Leistungserbringer, Gesundheitsversorgung, Teilhabestrukturen und informelle Sorgearrangements nicht verbindlich zusammengeführt werden.

Die DGCC hält es deshalb für erforderlich, die vertikale Steuerung der Pflegekassen um eine fachlich ausgewiesene horizontale Steuerung zu ergänzen. Diese horizontale Steuerung muss die Zusammenarbeit unterschiedlicher Sozialleistungsträger, Leistungserbringer, Kommunen, zivilgesellschaftlicher Akteure sowie der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen vor Ort verbindlich organisieren.

Care Management benötigt nicht lediglich einen allgemeinen gesetzlichen Aufruf zur Zusammenarbeit. Erforderlich ist vielmehr eine sozialgesetzbuchübergreifend unterstützte Fachlichkeit, die Sozialräume über moderierte, verantwortliche Steuerungsgruppen und zugeordnete Arbeitsgruppen personenzentriert gestaltet.

Aus Sicht der DGCC liegt eine zentrale Schwäche des Referentenentwurfs darin, dass Pflegeversicherung weiterhin weitgehend innerhalb ihrer eigenen sozialrechtlichen Logik betrachtet wird. Komplexe Pflegearrangements entstehen jedoch an den Schnittstellen von Gesundheit, Pflege, Rehabilitation, Teilhabe, sozialer Sicherung und kommunaler Infrastruktur. Eine zukunftsfähige Pflegereform muss deshalb konsequent sektorenübergreifend gedacht und stärker mit Reformen der Gesundheitsversorgung, Rehabilitation, Notfallversorgung und kommunalen Daseinsvorsorge verschränkt werden.

4. Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI-E

Die DGCC begrüßt ausdrücklich die Einführung einer Pflegebegleitung; verstanden als fachlich ausgewiesene pflegebezogene Begleitung, die psychosoziale Beratung, Koordination und bei komplexen Unterstützungsbedarfen Case Management einschließt. Der Referentenentwurf erkennt damit an, dass Pflegebedürftigkeit nicht allein durch Leistungsgewährung bewältigt werden kann, sondern kontinuierliche fachliche Begleitung, Beratung und Koordination erfordert.

Allerdings ist der Begriff der „Pflegebegleitung“ fachlich unspezifisch und nicht hinreichend präzise. Der Begriff bleibt unscharf und ist historisch teilweise mit ehrenamtlichen Unterstützungsformaten verbunden. Da die vorgesehene Leistung ausdrücklich pflegefachliche Einschätzung, Koordination, Stabilisierung häuslicher Arrangements sowie die Prävention von Krisen umfasst, ist eine begriffliche Präzisierung im Sinne einer *pflegebezogenen, fachlichen Begleitung, die Pflegeberatung sowie Case Management einschließt, zentral*. Dies würde zugleich die professionelle Verantwortung, Qualifikationserfordernisse und die notwendige Anschlussfähigkeit an pflegebezogene fachliche Kompetenzprofile deutlicher sichtbar machen.

Positiv ist insbesondere, dass eine *pflegebezogene, fachliche Begleitung* frühzeitig nach Eintritt eines Pflegegrades ansetzen soll, präventionsorientiert ausgestaltet wird, An- und Zugehörige einbezieht und im Bedarfsfall auch Fallmanagement bei besonderem Unterstützungsbedarf vorsieht. Damit werden zentrale Elemente professionellen Case Managements aufgegriffen.

Gleichzeitig bleibt die Ausgestaltung im Entwurf fachlich unzureichend präzise. Es fehlen klare Aussagen zu Qualifikation, Rollenprofil, methodischen Standards, Dokumentationsanforderungen, Qualitätssicherung, Evaluation und fachlicher Unabhängigkeit der Pflegebegleitung. Ohne diese Klärungen drohen sowohl ein Qualitätsverlust als auch eine heterogene Umsetzung mit erheblichen regionalen Qualitätsunterschieden.

Die DGCC sieht es darüber hinaus kritisch, wenn methodische Standards, Rollenprofile und Qualitätsanforderungen der *pflegebezogenen, fachlichen Begleitung* ausschließlich im Verantwortungsbereich des GKV-Spitzenverbandes entwickelt werden. Eine pflegebezogene, fachliche Begleitung betrifft nicht allein leistungsrechtliche Fragen, sondern berührt pflegefachliche, psycho-soziale, sozialräumliche, rehabilitative und koordinative Dimensionen. Aus Sicht der DGCC bedarf es daher einer verbindlichen Beteiligung sozial- und pflegewissenschaftlicher Expertise, kommunaler Perspektiven sowie einschlägiger Fachgesellschaften und Professionen bei der Entwicklung entsprechender Richtlinien und Empfehlungen.

Die DGCC hält daran fest, dass pflegebezogene Begleitung und Beratung sowie Case Management nicht an eine Profession gebunden ist. Zugleich sollten erreichte Professions- und Qualitätsstandards in den Bereichen Pflege und Soziale Arbeit nicht unterlaufen werden.

Aus Sicht der DGCC darf die *pflegebezogene, fachliche Begleitung* inklusive einer professionellen psycho-sozialen Beratung und Koordination weiterhin nicht zu einer administrativen Kontrollinstanz der Pflegekassen werden. Sie muss als unterstützende, befähigende und koordinierende Leistung ausgestaltet werden. Pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen benötigen keine zusätzliche Kontrolllogik, sondern verlässliche Orientierung, Beziehungskontinuität und Unterstützung bei der Gestaltung tragfähiger Pflegearrangements.

Besonders kritisch bewertet die DGCC, wenn die Inanspruchnahme von einer *pflegebezogenen, fachlichen Begleitung* mit Leistungskürzungen oder Leistungsentzug verknüpft wird. Dadurch besteht die Gefahr, dass ein fachlich sinnvolles Unterstützungsinstrument einerseits fachlich erreichte Standards unterläuft und andererseits in eine sanktionsnahe Steuerungslogik gerät. Eine *pflegebezogene, psycho-sozial unterstützende, fachliche Begleitung* sollte Vertrauen schaffen, nicht Misstrauen institutionalisieren.

Die DGCC fordert daher eine gesetzliche Klarstellung:

Eine pflegebezogene, fachliche Begleitung erfolgt nach anerkannten fachlichen Standards psycho-sozialer, pflegebezogener Beratung sowie des Care und Case Managements. Sie umfasst

insbesondere im Sinne des Case Managements (DGCC) Assessment, Hilfe- und Versorgungsplanung, Koordination, Monitoring und Evaluation unter aktiver Beteiligung der leistungsberechtigten Person sowie ihrer An- und Zugehörigen.

5. Pflegefachliche Begleitung und professionelle Verantwortung

Die im Entwurf vorgesehene pflegebezogene, *fachliche* Begleitung berührt zentrale Fragen pflegefachlicher und psycho-sozialer Verantwortung und Beratung. Pflegebegleitung ist nicht nur sozialrechtliche Beratung, sondern betrifft die Einschätzung pflegerischer Situationen, die Stabilisierung häuslicher Arrangements, die Unterstützung von An- und Zugehörigen sowie die Prävention von Verschlechterungen und Krisen.

Deshalb muss die Pflegebegleitung mit pflegefachlicher und psycho-sozialer Kompetenz, Care und Case Management-Kompetenz und sozialraumbezogener Steuerungskompetenz verbunden werden. Pflegefachliche Begleitung darf nicht auf Informationsvermittlung reduziert werden. Sie muss in der Lage sein, Pflegeprozesse, Ressourcen, Risiken, Belastungen und Versorgungslücken systematisch einzuschätzen.

Dabei ist zu klären, wie sich pflegebezogene, *fachliche* Begleitung zu den vorbehaltenen Tätigkeiten der Pflege, zur Pflegeprozessverantwortung, zur pflegerischen Kompetenzerweiterung und zu zukünftigen Personalbemessungs- und Qualifikationsmodellen verhält. Aus Sicht der DGCC sollte die vorgesehene pflegebezogene, *fachliche* Begleitung nicht losgelöst von der Professionalisierung der Pflege und der Sozialen Arbeit geregelt werden. Sie kann nur dann wirksam sein, wenn sie qualifikatorisch und methodisch anspruchsvoll ausgestaltet wird.

Positiv ist insbesondere, dass der Referentenentwurf Fallmanagement im Sinne des Case Managements (DGCC) ausdrücklich für komplexe Unterstützungs- und Versorgungssituationen vorsieht und damit anerkennt, dass nicht jede Pflegesituation denselben Koordinationsbedarf aufweist. Aus Sicht der DGCC entspricht dies grundsätzlich einer fachlich sinnvollen gestuften Versorgungslogik. Entscheidend wird jedoch sein, komplexe, instabile oder sozial besonders belastete Situationen frühzeitig und anhand transparenter fachlicher Kriterien zu identifizieren, um rechtzeitig koordinierende Unterstützungsleistungen einzuleiten. Zentral ist, dass Fallmanagement an fachliche Grundlagen des Case Managements gebunden wird und nicht nur mit Begriffen versehen wird, die fachlich unspezifisch sind.

Aus Sicht der DGCC bedarf es hierfür klarer fachlicher Kriterien für Zugang, Intensität und Übergänge unterschiedlicher Unterstützungsformen. Nicht jede Pflegesituation erfordert ein komplexes Case Management. Gleichzeitig müssen komplexe, instabile oder sozial belastete Situationen frühzeitig identifiziert werden, bevor Versorgungskrisen entstehen. Die DGCC empfiehlt daher die Entwicklung transparenter fachlicher Kriterien für Assessment, Risikoeinschätzung und Fallsteuerung, orientiert an etablierten Standards des Care und Case Managements (DGCC).

Zugleich eröffnet die Pflegebegleitung Perspektiven einer stärker primärversorgungsorientierten Pflege. Insbesondere in ländlichen Räumen kann sie einen wichtigen Beitrag zur frühzeitigen Identifikation von Risiken, zur Gesundheitsförderung, Prävention sowie zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements leisten. Aus Sicht der DGCC bestehen hier wichtige Anschlussmöglichkeiten an internationale Ansätze gemeindenaher, koordinierter Versorgung. Pflegeberatung und Case Management gehen jedoch nicht auf in pflegebezogene, gemeindenahere Konzepte. Vielmehr bedürfen sie eigener professioneller Standards, die im Sinne von Pflegeberatung sowie Care und Case Management (DGCC) definiert vorliegen.

6. Pflege-Cockpit nach § 7a SGB XI-E

Die DGCC begrüßt die Einführung digitaler Instrumente zur Verbesserung von Transparenz, Orientierung und Leistungszugang. Ein Pflege-Cockpit kann dazu beitragen, Leistungsansprüche sichtbar zu machen, Anträge zu erleichtern und Informationen zu bündeln.

Digitale Systeme ersetzen jedoch keine professionelle Koordination. Gerade Menschen mit komplexen Pflege- und Lebenssituationen benötigen nicht nur Informationen, sondern Unterstützung bei der Einordnung, Priorisierung und Umsetzung. Ein digitaler Zugang hilft wenig, wenn Menschen aufgrund von Überforderung, kognitiven Einschränkungen, Sprachbarrieren, Armut, fehlender digitaler Kompetenz oder fehlender sozialer Unterstützung nicht in der Lage sind, daraus tragfähige Entscheidungen abzuleiten.

Die DGCC fordert daher, das Pflege-Cockpit ausdrücklich als Unterstützungsinstrument der Pflegebegleitung und des Care und Case Managements auszugestalten. Digitalisierung muss Koordination verbessern, nicht Verantwortung auf die Nutzerinnen und Nutzer verlagern. Sie sollte interoperabel, barrierearm, datenschutzsensibel und sektorenübergreifend angelegt werden.

7. Pflegestützpunkte und regionale Care-Management-Strukturen

Pflegestützpunkte besitzen erhebliches Potenzial zur regionalen Versorgungskoordination. Ihre Wirksamkeit hängt jedoch wesentlich von verbindlicher Ausstattung, klaren Aufgabenprofilen, qualifizierten Fachkräften, regionaler Verankerung und Kooperationsstrukturen ab.

Die DGCC empfiehlt, Pflegestützpunkte zu regionalen Care-Management-Strukturen weiterzuentwickeln. Diese sollten nicht nur beraten, sondern regionale Netzwerke moderieren, Versorgungslücken identifizieren, Daten auswerten, Akteure zusammenführen und kommunale Pflegestrukturplanung fachlich unterstützen.

Pflegebegleitung und Pflegestützpunkte sind dabei komplementär zu denken. Pflegebegleitung unterstützt im Einzelfall; regionale Care Management-Strukturen schaffen die Voraussetzungen, damit im Einzelfall überhaupt wirksam koordiniert werden kann.

Ein isoliertes Fallmanagement ohne regionale Strukturentwicklung läuft Gefahr, immer wieder dieselben Versorgungslücken individuell bearbeiten zu müssen. Wirksames Case Management braucht Care Management als Systemvoraussetzung.

8. Entlassmanagement und pflegerische Akutsituationen

Der Referentenentwurf adressiert pflegerische Akutsituationen und Überbrückungsbedarfe. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen. Gleichwohl bleibt die sektorenübergreifende Übergangsgestaltung zwischen Krankenhaus, Rehabilitation, Kurzzeitpflege, ambulanter Pflege und Häuslichkeit unzureichend verankert.

Entlassmanagement ist nicht nur eine Aufgabe am Ende eines Krankenhausaufenthaltes. Es ist Teil eines durchgängigen Versorgungsprozesses. Gerade nach Krankenhausaufenthalten entstehen häufig instabile Pflegearrangements, unklare Zuständigkeiten, Medikationsprobleme, ungeklärte Hilfsmittelbedarfe, fehlende Anschlussversorgung und Überforderung von Angehörigen.

Aus Sicht der DGCC braucht es daher einen gesetzlichen Anspruch auf sektorenübergreifendes Care und Case Management bei komplexen Versorgungsübergängen. Pflegebegleitung kann hierbei eine wichtige Rolle übernehmen, benötigt dafür aber regionale Strukturen, verbindliche Kooperationswege und klare Verantwortlichkeiten.

Für pflegerische, ärztliche und soziale Not- und Akutsituationen sollten zudem gemeinsame Koordinations- und Leitstellenstrukturen geprüft werden. Pflegekrisen sind häufig nicht rein medizinisch, sondern entstehen aus dem Zusammenbruch häuslicher Arrangements, Überforderung von Angehörigen oder fehlender Anschlussversorgung. Sie benötigen daher integrierte Antworten.

9. Leistungseinschränkungen, soziale Gerechtigkeit und Armutsrisiken

Die DGCC sieht die im Entwurf angelegte sozialpolitische Balance kritisch. Einerseits wird Prävention gestärkt und Pflegebegleitung eingeführt. Andererseits sollen Leistungen in frühen Pflegegraden bzw. bei erstmaliger Einstufung stärker fokussiert und begrenzt werden. Hier entsteht ein fachlicher Widerspruch.

Frühe Unterstützung ist kein nachrangiger Luxus, sondern häufig der Zeitpunkt, an dem Selbstständigkeit stabilisiert, Angehörige entlastet, soziale Isolation verhindert und Verschlechterungen vermieden werden können. Wer frühe Unterstützung schwächt, reduziert nicht automatisch Bedarf. Er verschiebt ihn häufig in Familien, Kommunen, Notaufnahmen, Kliniken oder stationäre Versorgung. Komplexität verschwindet nicht, wenn Leistungen reduziert werden. Sie wird später sichtbar, oft krisenhafter, belastender und teurer.

Aus Sicht der DGCC wird dabei zu wenig berücksichtigt, dass durch den frühzeitigen, bedarfsgerechten Einsatz von Unterstützungsleistungen sowie durch die koordinierte Steuerung komplexer Versorgungssituationen erhebliche mittel- und langfristige gesundheitsökonomische Potenziale entstehen können. Insbesondere regional verankerte Care-Management-Strukturen und qualifiziertes Case Management tragen dazu bei, Versorgungskrisen zu vermeiden, unnötige Krankenhausaufenthalte, Fehlversorgung und institutionelle Eskalationen zu reduzieren sowie familiäre Sorgearrangements zu stabilisieren. Gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels bedarf es daher nicht primär einer Einschränkung früher Leistungen, sondern einer intelligenteren, präventiv ausgerichteten und koordinierenden Nutzung vorhandener Ressourcen.

Besonders problematisch ist, dass Kürzungen und stärkere Eigenverantwortungslogiken nicht alle Menschen gleichermaßen treffen. Ressourcenstarke Personen können sich Hilfe, Beratung und Entlastung eher privat organisieren. Vulnerable Gruppen, Menschen mit geringen Einkommen, fehlenden Angehörigen, geringer Gesundheitskompetenz, psychischen Belastungen oder komplexen Erkrankungen geraten schneller in Versorgungslücken.

Die DGCC fordert daher, die Pflegereform stärker im Zusammenhang von Pflege, Armut, Vermögen und sozialer Ungleichheit zu denken. Eine nachhaltige Finanzierung darf nicht primär über Einschränkungen früher Unterstützung und eine stärkere Belastung vulnerabler Gruppen erfolgen. Pflege ist ein allgemeines Lebensrisiko und damit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Besonders problematisch ist, dass stärkere Eigenverantwortungslogiken Menschen mit ungleichen Ressourcen unterschiedlich treffen. Personen mit höherer sozialer, finanzieller oder gesundheitlicher Ressourcenausstattung sowie tragfähigen Netzwerken können Unterstützungsangebote häufig leichter organisieren, ergänzen oder kompensieren. Menschen mit geringen Einkommen, fehlenden Angehörigen, eingeschränkter Gesundheitskompetenz, psychischen Belastungen oder komplexen Erkrankungen geraten dagegen schneller in Versorgungslücken.

10. Pflegebedürftigkeitsbegriff, Prävention und Selbstbestimmung

Die DGCC unterstützt grundsätzlich eine stärkere präventive und rehabilitative Ausrichtung der Pflegeversicherung. Kritisch zu prüfen ist jedoch, ob der Entwurf mit seiner starken Betonung von Aktivierung

und Eigenverantwortung hinter den Paradigmenwechsel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zurückfällt.

Der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff ist ressourcenorientiert, personenzentriert und auf Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe ausgerichtet. Prävention und Rehabilitation müssen diese Perspektive ergänzen, dürfen sie aber nicht in eine Logik der Leistungsvermeidung umdeuten.

Pflegebedürftige Menschen sind nicht Objekte aktivierender Steuerung, sondern Rechtssubjekte mit individuellen Lebenslagen, Präferenzen und Teilhabezielen. Prävention darf nicht gegen Selbstbestimmung ausgespielt werden.

Die DGCC empfiehlt daher, die Begriffe Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe systematisch beizubehalten und um präventive sowie rehabilitative Perspektiven zu ergänzen.

11. Zentrale Empfehlungen der DGCC

Die DGCC fordert den Gesetzgeber auf, folgende Anpassungen im weiteren Gesetzgebungsverfahren vorzunehmen:

1. Pflegebegleitung inklusive einer pflegebezogenen, psycho-sozialen Fachberatung und Case Management fachlich zu präzisieren und an professionelle, anerkannte Standards psycho-soziale Beratung sowie Care und Case Management (DGCC), aber nicht an eine Profession zu binden.
2. Die Definition fachlich unspezifischer Begriffe wie Pflegebegleitung, Fallmanagement, Koordination nicht nur den Pflegekassen respektive dem GKV-Spitzenverband zu überlassen.
3. Qualifikationsanforderungen für Pflegebegleitpersonen bundesweit verbindlich zu regeln.
4. Pflegebegleitung nicht als Kontroll- oder Sanktionsinstrument, sondern als unterstützende, befähigende und koordinierende Leistung auszugestalten.
5. Fallmanagement im Sinne von Case Management (DGCC) bei komplexen Pflegesituationen als regelhafte Leistung mit Assessment, Hilfeplanung, Koordination, Monitoring und Evaluation zu verankern.
6. Koordination und vernetzte Zusammenarbeit im Sinn von Care Management (DGCC) als regionale, sozialraumbezogene und sektorenübergreifende Versorgungssteuerung gesetzlich abzusichern.
7. Pflegestützpunkte zu regionalen Care Management-Strukturen mit verbindlicher Ausstattung, Qualifikation und Netzwerkauftrag weiterzuentwickeln.
8. Das Pflege-Cockpit als digitales Unterstützungsinstrument für Pflegebegleitung sowie Care und Case Management auszugestalten.
9. Sektorenübergreifendes Entlassmanagement als Bestandteil eines durchgängigen Care und Case Management-Prozesses gesetzlich zu stärken.
10. Pflegebedürftige Menschen, An- und Zugehörige sowie Pflegepersonen als aktive Mitgestaltende von Versorgungsarrangements zu stärken.
11. Kürzungen früherer Unterstützungsleistungen kritisch zu überprüfen, da sie sozial ungleich wirken und Versorgungskrisen verschärfen können.
12. Die Finanzierung der Pflegeversicherung stärker unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten zu diskutieren und nicht vorrangig über Einschränkungen bei vulnerablen Gruppen zu stabilisieren. Private Pflegepersonen im häuslichen Bereich zu unterstützen und das Armutsrisiko im Pflegefall durch gezielte Unterstützung betroffener Personengruppen zu minimieren.

13. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren eine begriffliche und fachliche Klärung von Beratung, Pflegebegleitung, Fallmanagement, Versorgungskoordination und regionalem Versorgungsmanagement vorzunehmen.

12. Schlussbemerkung

Der Referentenentwurf enthält wichtige Ansätze für eine zukunftsfähige Pflegeversicherung. Besonders die Einführung der Pflegebegleitung, die stärkere Präventionsorientierung, digitale Zugänge und die Aufwertung kommunaler Planung können zu einer besseren Versorgung beitragen.

Diese Ansätze entfalten ihre versorgungsrelevante und gesundheitsökonomische Wirkung jedoch nur dann, wenn sie in eine verbindliche, qualitätsgesicherte und sozialraumbezogene Steuerungsarchitektur eingebettet werden. Die Zukunft der Pflegeversicherung entscheidet sich nicht allein an der Frage, welche Leistungen gewährt oder begrenzt werden. Sie entscheidet sich daran, ob es gelingt, komplexe Unterstützungsbedarfe frühzeitig zu erkennen, vorhandene Ressourcen wirksam zu verbinden und tragfähige Versorgungsarrangements vor Ort zu gestalten. Leistungen sollten dabei primär dem individuellen Bedarf und der Sicherstellung einer stabilen Versorgungssituation entsprechen, nicht kurzfristigen Einsparlogiken. Denn bedarfsgerechte Unterstützung verhindert häufig spätere Krisen und vermeidbare Folgekosten.

Die DGCC fordert daher, das PNOG konsequent als Strukturreform weiterzuentwickeln. Pflegepolitisch notwendig ist nicht mehr desselben, sondern eine neue Qualität koordinierter, personenzentrierter und regional verantworteter Versorgung.

Die Zukunft der Pflege entscheidet sich nicht allein an Finanzierungsfragen, sondern daran, ob es gelingt, Sorge, Selbstbestimmung und Versorgung in einer alternden Gesellschaft verlässlich zu organisieren.

Angesichts wachsender Komplexität, Fragmentierung und sozialer Ungleichheit kann koordinierte Versorgung nicht länger dem Zufall überlassen bleiben. Care und Case Management bieten hierfür einen fachlich ausgewiesenen, praxiserprobten und wissenschaftlich fundierten Handlungsrahmen.