Pressemeldung

Angriff auf die Versorgungsqualität durch Abwertung der erweiterten Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice) durch politische Entscheidungsträger

01.09.2026

DPR & DNAPN e.V. mit den Akademischen Fachgesellschaften Advanced Practice Nursing - Kampagnenbeteiligung #DeutschlandWelchePflege-WillstDu? #PflegeWirkt

Verfasst von der Akademischen Fachgesellschaft

Advanced Nursing Practice Critical Care (AFG APN CC)

des deutschen Netzwerks APN & ANP e.V. (DNAPN e.V.)

https://dnapn.de/

"Kompetenz ohne Struktur bleibt nur ein Versprechen!"

Das DNAPN e.V. vertritt akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen, die die Qualifikation einer Advanced Practice Nurse (APN) in Anlehnung an die Richtlinien des International Council of Nursing (ICN) (Schober 2020) innehaben, anstreben und unterstützen.

Das DNAPN e.V. unterstützt die Pressemeldung des DPR "*Pflegepolitik im freien Fall: Bundespolitik steuert die Versorgung ins Chaos"* vom 24. Juni 2026 voll und ganz. Wir betrachten die aktuellen gesundheitspolitischen Überlegungen zur zukünftigen Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung mit großer Sorge. Dies betrifft insbesondere das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz und das Pflegeneuordnungsgesetz. Die Beschränkungen des Pflegebudgets sowie das Infrage stellen und die Rückführung Infragestellung etablierter Instrumente der Personalbemessung stehen aus unserer Sicht im deutlichen Widerspruch zu den Anforderungen an eine evidenzbasierte, qualitätsgesicherte und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung.

Die Folgen werden im besonderen Maße am Beispiel der Versorgung kritisch kranker Menschen aufgezeigt, die der Intensivpflege bedürfen. Die Ausführungen sind jedoch übertragbar auf viele Bereiche des deutschen Gesundheitssystems, sowohl auf etablierte Versorgungssituationen wie der Langzeitpflege, aber auch auf Versorgungssituationen im Primärbereich, die nicht etabliert sind. Ganz aktuell muss an dieser Stelle auf die dramatische Versorgungssituation vulnerabler Menschen im Hitzesommer 2026 hingewiesen werden. Hier fehlen Versorgungskonzepte und qualifizierte Gesundheitsfachpersonen wie APN, die solche Konzepte erstellen und in der notwendig gebotenen Eile in die Versorgungswirklichkeit implementieren.

Nun zu den Folgen politischer Entscheidungen für die Versorgung kritisch kranker Menschen auf den deutschen Intensivstationen, in unseren Notfallaufnahmen und der Akutversorgung:

Professionelle Pflege im Krankenhaus ist keine variable Kostenposition, sondern ein zentraler Faktor für Qualität, Sicherheit und Versorgungskontinuität. Insbesondere in der akutstationären Versorgung, einschließlich der Intensiv- und Notfallversorgung, besteht ein klarer Zusammenhang zwischen einer angemessenen Personalausstattung, dem Qualifikationsmix im Pfle-

geteam und dem Outcome von Patient:innen. Internationale Studien zeigen seit Jahren konsistent, dass unzureichende Personalausstattung mit erhöhter Mortalität, mehr vermeidbaren Komplikationen, längeren Verweildauern und einer steigenden Belastung des Pflegepersonals verbunden ist (Aiken et al., 2017; Griffiths et al., 2018; Lasater et al., 2021). Wer vor diesem Hintergrund pflegerische Finanzierungs- und Strukturinstrumente schwächt, greift nicht nur in betriebswirtschaftliche Steuerungslogiken ein, sondern gefährdet konkret die Versorgungsqualität in unserem Land.

Als klinische Fachexpert:innen und Vertreter:innen einer hochqualifizierten pflegerischen Versorgungspraxis (Advanced Nursing Practice) sehen wir uns von den absehbaren Folgen dieser Entscheidungen unmittelbar betroffen. Die aktuellen Reformen gefährden die Professionalisierung der Pflege, behindern die Entwicklung und Implementierung von Advanced Practice Nursing in Deutschland, schwächen die internationale Anschlussfähigkeit der deutschen Pflegewissenschaft und verschärfen Risiken für Krankenhäuser und vor allem für die Sicherheit der zu versorgenden Menschen.

Vor diesem Hintergrund sehen wir dringenden gesundheitspolitischen Handlungsbedarf in den folgenden zentralen Problemfeldern:

Die aktuellen gesetzlichen Regelungen markieren einen gesundheitspolitischen Rückschritt und verschärfen den internationalen Modernisierungsrückstand Deutschlands.

Die Begrenzung des Pflegebudgets und die Schwächung pflegerischer bedarfsgerechter Personalbemessungsvorgaben ist kein fortschrittlicher Kurswechsel, sondern ein folgenschwerer Rückschritt. In einer Zeit, in welcher die Akteure im Gesundheitswesen tagtäglich mit den Auswirkungen des demografischen Wandels, der wachsenden Multimorbidität der Patient:innen und einem anhaltendem Fachpersonalmangel konfrontiert sind, baut die Politik ausgerechnet jene Instrumente ab, die für Versorgungssicherheit, Qualitätsentwicklung und Systemmodernisierung unverzichtbar sind. Damit wird nicht nur die Weiterentwicklung der Pflegefachberufe behindert, sondern auch die internationale Anschlussfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems weiter beschädigt. Während andere europäische Staaten und der angloamerikanische Raum akademisierte Pflege längst systematisch in erweiterte Versorgungsverantwortung einbinden, droht Deutschland pflegewissenschaftlich und versorgungspolitisch weiter zurückzufallen.

Die Politik verspricht Befugnis- und Kompetenzerweiterung für Pflegefachpersonen, entzieht der Profession Pflege aber zugleich die strukturellen Voraussetzungen für ihre Umsetzung.

Seit Jahren wird der Pflege in Deutschland mehr Verantwortung in Aussicht gestellt - durch Heilkundeausübung, Akademisierung, dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sowie durch neue Rollenmodelle wie die APN. Tatsächlich fehlt bis heute eine verlässliche Regelsystematik für APN, während mit der Schwächung des Pflegebudgets und pflegerischer bedarfsgerechter Personalbemessungsvorgaben genau jene Grundlagen entzogen werden, auf denen eine erweiterte Pflegepraxis überhaupt aufbauen könnte. Diese Politik ist in sich widersprüchlich: Sie kündigt Modernisierung an, organisiert aber strukturell den Stillstand. Für hochqualifizierte Pflegefachpersonen ist das ein fatales Signal. So wird zum einen die hohe Qualifikation politisch eingefordert, aber organisatorisch und finanziell entwertet. Pflegefachpersonen verlieren so erneut das Vertrauen in politische Zusagen. Wer das System heute verlässt, steht morgen auch nicht einfach wieder zur Verfügung - und erst

recht nicht in Krisen- und Katastrophenlagen, wie aktuell den Herausforderungen der großen Hitzeproblematik in Deutschland. So entsteht kein Aufbruch, sondern ein massiver Vertrauensverlust in die gesundheitspolitische Glaubwürdigkeit des Standorts Deutschland.

Die Schwächung des Pflegebudgets gefährdet die Refinanzierung hochqualifizierter Pflege und setzt Fehlanreize in der Krankenhausversorgung.

Mit der Schwächung des Pflegebudgets droht pflegerische Leistung im Krankenhaus erneut in ökonomischer Intransparenz zu verschwinden. Gerade hochqualifizierte Rollen wie APN im intensivstationären Bereich verlieren damit ihre Refinanzierungsgrundlage und werden wieder zum vermeintlichen Kostenfaktor, anstatt als eigenständiger Versorgungsbeitrag anerkannt zu werden.

APN-Stellen sind jedoch kein „nice to have“,sondern Teil der Patient:innensicherheits- und Qualitätsinfrastruktur moderner Krankenhäuser. Dies gilt insbesondere dort, wo komplexe Versorgung koordiniert, priorisiert und klinisch mitgesteuert werden muss. Eine pauschale Budgetdeckelung trifft deshalb nicht abstrakt Zahlenkolonnen, sondern gefährdet genau jene Rollen, die hochkomplexe Versorgung strukturieren (Woo et al., 2017). Zugleich bestraft sie Krankenhäuser, die in den vergangenen Jahren Personal aufgebaut, Qualifikation gestärkt und pflegefachliche Entwicklung ernst genommen haben. Die Kosten für Pflegepersonal steigen nicht beliebig, sondern sind eine notwendige Folge von Tarifentwicklung, Personalaufbau, wachsender Versorgungskomplexität und des Nachholbedarfs nach jahrelanger Unterfinanzierung. Wer diese Realität ignoriert, reaktiviert Fehlanreize, die bereits in der Vergangenheit zu Personalabbau, Arbeitsverdichtung und Qualitätsverlust geführt haben.

Die Aufhebung verbindlicher Personalstandards ohne evidenzbasierte Nachfolgeregelung schafft insbesondere auf Intensivstationen ein hochriskantes Strukturvakuum.

Die Versorgung hochkomplexer Intensivpatient:innen braucht nicht nur mehr Hände, sondern die richtige Expertise im richtigen Moment. Entscheidend ist nicht allein die Anzahl des Pflegepersonals, sondern ein tragfähiger Skill-Grade-Mix mit klaren Rollen, ausreichender Besetzung und den notwendigen Entscheidungsräumen, damit Pflegefachpersonen ihre Vorbehaltsaufgaben tatsächlich wahrnehmen können (Aiken et al., 2017; Ross et al. 2024). Die PPR 2.0 ist in diesem Kontext die derzeit wichtigste fachliche Haltelinie, weil sie als einziges Instrument den Pflegepersonalbedarf systematisch sichtbar macht, obwohl sie den tatsächlichen Versorgungsbedarf auf Intensivstationen nicht annähernd ausreichend abbildet. Besonders gravierend ist, dass die Bundesregierung dieses Instrument wissenschaftlich weiterentwickeln ließ und die eigenen Daten erhebliche Personallücken belegen, nun aber ausgerechnet die Verbindlichkeit der Personalbemessung wieder infrage steht. Für Intensivstationen, Notaufnahmen und Anästhesiebereiche fehlt weiterhin ein wissenschaftlich fundiertes Instrument, das Pflegepersonalbedarf, Versorgungskomplexität und Qualifikationsmix realistisch erfasst. Solange diese Lücke nicht geschlossen ist, sichern die Pflegepersonaluntergrenzen ein personelles Mindestmaß (PpUGV[1]). Ihr Wegfall in den Leistungsgruppen ohne tragfähige Nachfolgeregelung ist deshalb kein Fortschritt, sondern ein gefährliches Vakuum mit absehbaren Folgen für Strukturqualität und Versorgungssicherheit. Die Politik muss sich entscheiden, ob sie den Mangel weiter verwaltet oder Versorgung endlich gestaltet. Maßstab für Personal und Finanzierung dürfen nicht Kosten sein, sondern der pflegerische Versorgungsbedarf der Menschen.

[1] https://www.gesetze-im-internet.de/ppugv_2021/BJNR235700020.html

Die Schwächung pflegerischer Strukturstandards gefährdet Patient:innensicherheit, Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit in der Akutversorgung.

Insbesondere auf der Intensivstation haben gesundheitspolitische Fehlentscheidungen keine abstrakten, sondern unmittelbare Folgen für kritisch kranke Menschen. Sinkende Personalstandards, ein unzureichender Skill-Grade-Mix und die Gefährdung hochqualifizierter Rollen wie der APN Critical Care erhöhen das Risiko für Komplikationen, Versorgungsfehler, beeinträchtigte innerklinische Notfallversorgung und schlechtere Outcomes bis hin zu erhöhter Mortalität (Aiken et al, 2014; Griffiths et al., 2018: McHugh et al., 2021). Zugleich zeigen internationale Übersichtsarbeiten, dass Advanced-Practice-Rollen in Emergency und Critical Care mit Verbesserungen bei Verweildauer, Behandlungszeit, Mortalität, Patient:innenzufriedenheit und Kosten assoziiert sind (Woo et al., 2017). Einsparungen beim Pflegepersonal reduzieren daher nicht einfach Kosten, sondern verlagern das Risiko direkt auf die Versorgung: Komplikationen, längere Verweildauern, Wiederaufnahmen, erhöhter poststationärer Pflegebedarf und Personalfluktuation können kurzfristige Einsparungen rasch übersteigen. Wer den Personalmangel zum Maßstab macht, verabschiedet sich von bedarfsgerechter Pflege.

Wir halten fest …

Eine nachhaltige Reform des Gesundheitswesens darf sich nicht in kurzfristiger Haushaltslogik erschöpfen. Sie muss sich an pflegewissenschaftlicher Evidenz, realem Versorgungsbedarf und international bewährten Entwicklungslinien moderner Gesundheitssysteme orientieren. Dazu gehören eine auskömmliche und verlässliche Finanzierung pflegerischer Leistungen, eine wissenschaftlich fundierte Personalbemessung, ein qualifikationsgerechter Skill-Grade-Mix, die verbindliche Förderung akademischer Pflegequalifikation sowie die strukturelle und gesetzlich abgesicherte Implementierung erweiterter pflegerischer Rollen wie die APN.

Wir appellieren mit Nachdruck an die verantwortlichen Gesundheitspolitiker:innen, die in ihrer Verantwortung liegende Ausgestaltung aktueller gesetzlicher Regelungen nicht entlang kurzfristiger Konsolidierungsziele, sondern entlang ihrer realen Folgen für Patient:innensicherheit, Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit zu bewerten. Wer Pflegebudget, Personalstandards und Entwicklungsperspektiven hochqualifizierter Pflege schwächt, destabilisiert nicht nur pflegerische Strukturen, sondern gefährdet die Versorgung kritisch- und schwerstkranker Menschen. Der Personalmangel darf nicht zum Maßstab der Versorgung werden - Maßstab muss der Pflegebedarf der Menschen sein.

Jetzt ist der Zeitpunkt für politische Klarheit: Will Deutschland Mangel weiter verwalten, qualifizierte Pflege entwerten und internationalen Rückstand zementieren oder endlich die strukturellen Voraussetzungen für ein modernes, sicheres und zukunftsfähiges Gesundheitssystem schaffen? Wir fordern die Verantwortlichen in Politik und Gesellschaft auf, die bereits beschlossenen und künftig geplanten Regelungen grundlegend zu überdenken und Reformen so auszugestalten, dass sie Versorgung sichern, Professionalisierung ermöglichen und pflegerische Expertise nicht schwächen, sondern konsequent stärken.

#Deutschland!WelchePflegewillstDu?

Für die Akademische Fachgesellschaft Critical Care des Deutschen Netzwerk APN & ANP e.V.

Christa Keienburg M.Sc.
(Präsidentin der AFG CC)
Kontakt: christa.keienburg@web.de

Jessica Kilian M.Sc.
(Vizepräsidentin der AFG CC)
Kontakt: Jessi.kilian@googlemail.com

In Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der AFG APN CC:

Matthias Bünthe M.Sc., Chris Creemers M.Sc., Marion Diegelmann M.Sc., Martin Eicher M.Sc., Martin Jentzsch M. A., Christian Lanfermann M.Sc., Isabella Metelec M.Sc., Sabrina Pelz M.Sc., Tim Schankweiler M.Sc., Nick Schmid M.Sc., Julia Schneider-Mayer M.Sc.

Mit Genehmigung und Freigabe des Vorstands des DNAPN e.V.

Prof. Dr. Christoph von Dach
(Präsident des DN APN & ANP)
Kontakt: c.vondach@dnapn.de

Dr. Anne Helga Schmitt M.Sc.
(Vizepräsidentin des DN APN & ANP)
Kontakt: a.schmitt@dnapn.de

Katrin Thissen M.Sc. (Schatzmeisterin)
Sabrina Pelz M.Sc. (Schriftführerin)
Dr. Anne Volmering-Dierkes M.Sc. (Pressesprecherin)

Literaturbezüge:

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA, 288*(16), 1987–1993. https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kozka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, *383*(9931), 1824–1830. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M. D., Maier, C. B., Moreno-Casbas, M. T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., Sermeus, W., & RN4CAST Consortium. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: A cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety, 26*(7), 559–568. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5477662/pdf/bmjqs-2016-005567.pdf

Brownwood, I., & Lafortune, G. (2024). *Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges* (OECD Health Working Papers No. 165). OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/8e10af16-en

De Raeve, P., Davidson, P. M., Bergs, J., Patch, M., Jack, S. M., Castro-Ayala, A., Xyrichis, A., & Preston, W. (2024). Advanced practice nursing in Europe—Results from a pan-European survey of 35 countries. *Journal of Advanced Nursing, 80*, 377–386. https://doi.org/10.1111/jan.15775

Deutscher Pflegerat. (2026). *Pflegepolitik im freien Fall: Bundesregierung steuert die Versorgung ins Chaos* [Pressemitteilung]. https://deutscher-pflegerat.de/ profession-staerken/presse-mitteilungen/pflegepolitik-im-freien-fall-bundesregierung-s teuert-die-versorgung-ins-chaos (Zugriff: 03.07.2026)

Griffiths, P., Ball, J., Bloor, K., Böhning, D., Briggs, J., Dall'Ora, C., Long, A., Jones, J., Kovacs, C., Maruotti, A., Meredith, P., Prytherch, D., Saucedo, A. R., Redfern, O., Schmidt, P., Sinden, N., & Smith, G. B. (2018). *Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: Retrospective longitudinal observational study*. NIHR Journals Library. https://doi.org/10.3310/hsdr06380

Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D. M., French, R., Martin, B., Alexander, M., & McHugh, M. D. (2021). Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: An observational study. *BMJ Open, 11*(12), e052899. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899

McHugh, M. D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Windsor, C., Douglas, C., & Yates, P. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: A prospective study in a panel of hospitals. *The Lancet, 397*(10288), 1905–1913. https://doi.org/10.1016/ S0140-6736(21)00768-6

Ross, P., Jaspers, R., Watterson, J., Topple, M., Birthisel, T., Rosenow, M., McClure, J., Williams, G., Pollock, W., & Pilcher, D. (2024). The impact of nursing workforce skill-mix on patient outcomes in intensive care units in Victoria, Australia. *Critical Care and Resuscitation*, *26*(2), 135–152. https://doi.org/10.1016/j.ccrj.2024.03.002

Schober, M. (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing. Hg. v. International Council of Nurses. Geneva. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: A systematic review. *Human Resources for Health*, *15*(1), 63. https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9