

**Das Deutsche Zentrum für  
Neurodegenerative Erkrankungen**

**Erweiterte Pflegerollen in der interprofessionellen  
primären Demenzversorgung – Ergebnisse der  
multizentrischen, cluster-randomisierten Studie  
InDePendent**

**Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH**

Expertenforum Geriatrie: Medizinisch-pflegerische Versorgung  
von Menschen mit Pflegebedarf neu Denken, Med. Dienst Nord,  
Hamburg, 17.3.2026



# Kosten für Demenz in Deutschland

- Kosten für Kranken- und Pflegekassen (Kostenträger)
- Kosten für informelle Pflege (Gegenwert der unbezahlten Tätigkeit durch Angehörige)



Kosten 2025: 95 Mrd. €

13x **BER** BERLIN BRANDENBURG AIRPORT

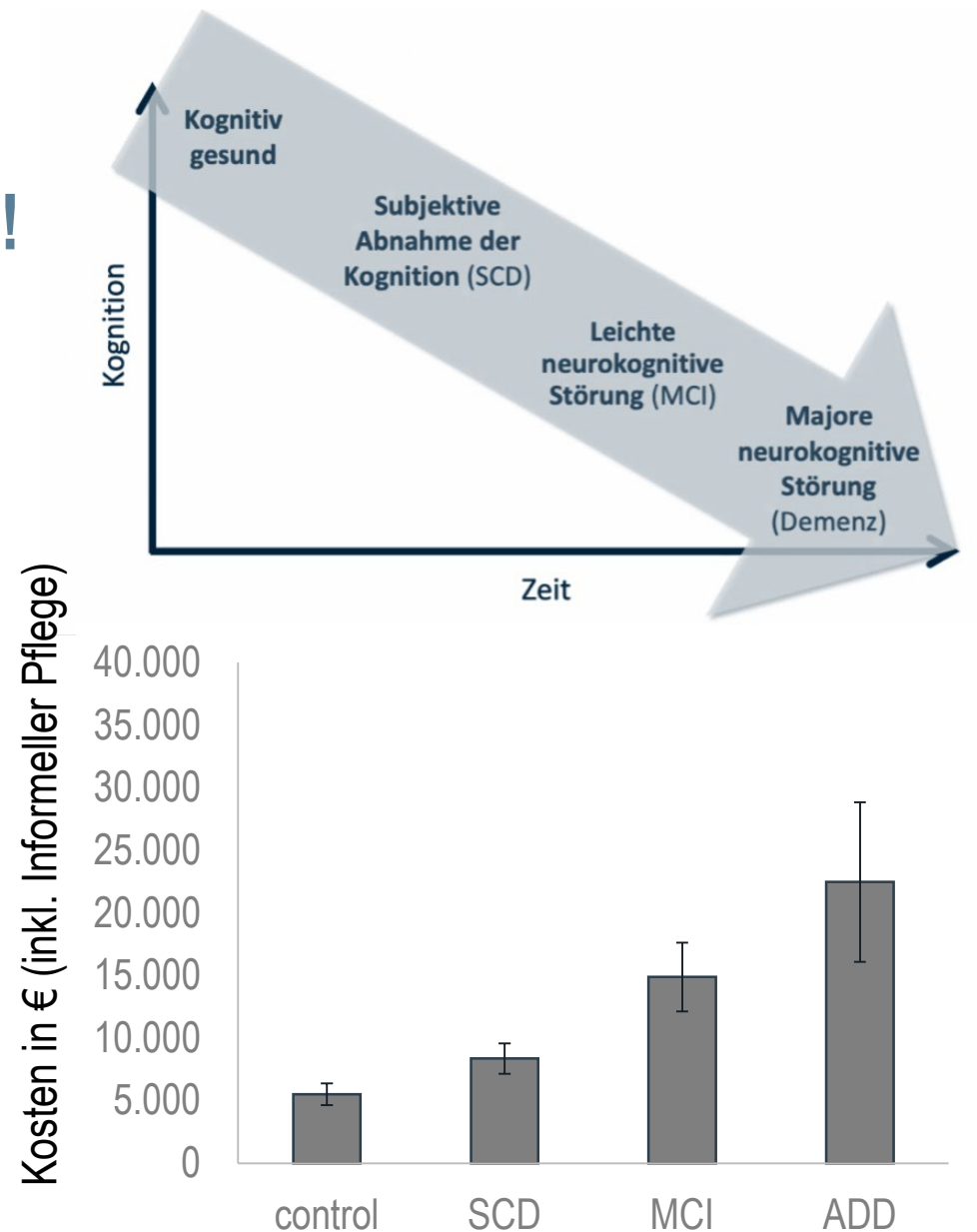
7x **DB** Stuttgart 21

Datenquelle: DZNE/Bundesgesundheitsblatt (2019)

# Kosten Menschen mit Demenz: Kosten bereits in frühen Stadien erhöht!

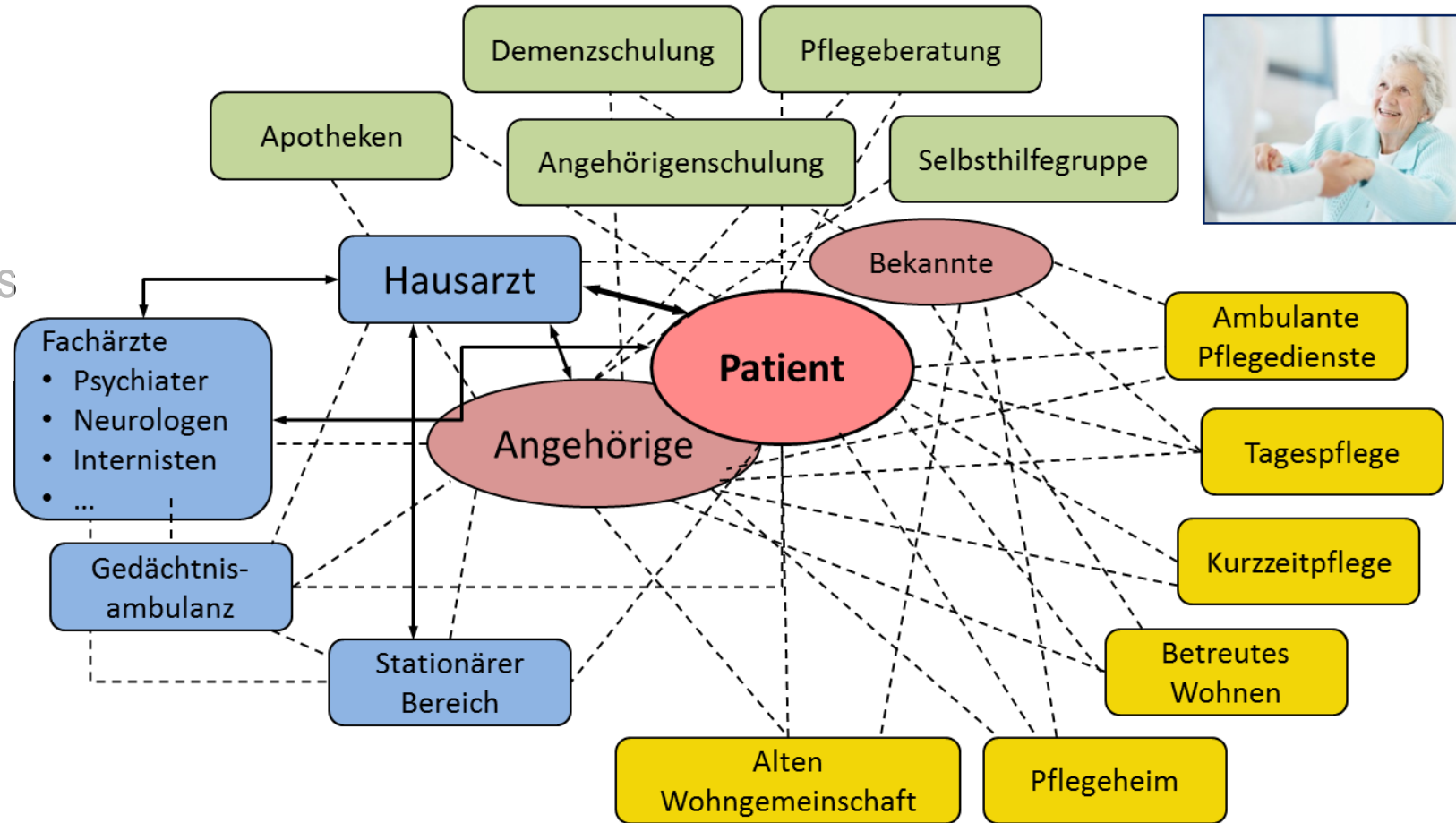
Im Vergleich mit gesunden Kontrollen (5.522€)  
sind die Kosten bei...

- SCD bereits um 52 % (8.377 €) höher
- bei MCI um 170 % (14.886 €) höher
- bei Alzheimer um 307 % (22.481 €) höher



# Unüberschaubares Versorgungssystem & Versorgungsabbrüche zwischen den Sektoren

Schnittstellenprobleme,  
fehlende Koordinierung:  
Betroffene sind oft  
überfordert bei Nutzung des  
Gesundheitssystems



# DelpHi-MV: Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern

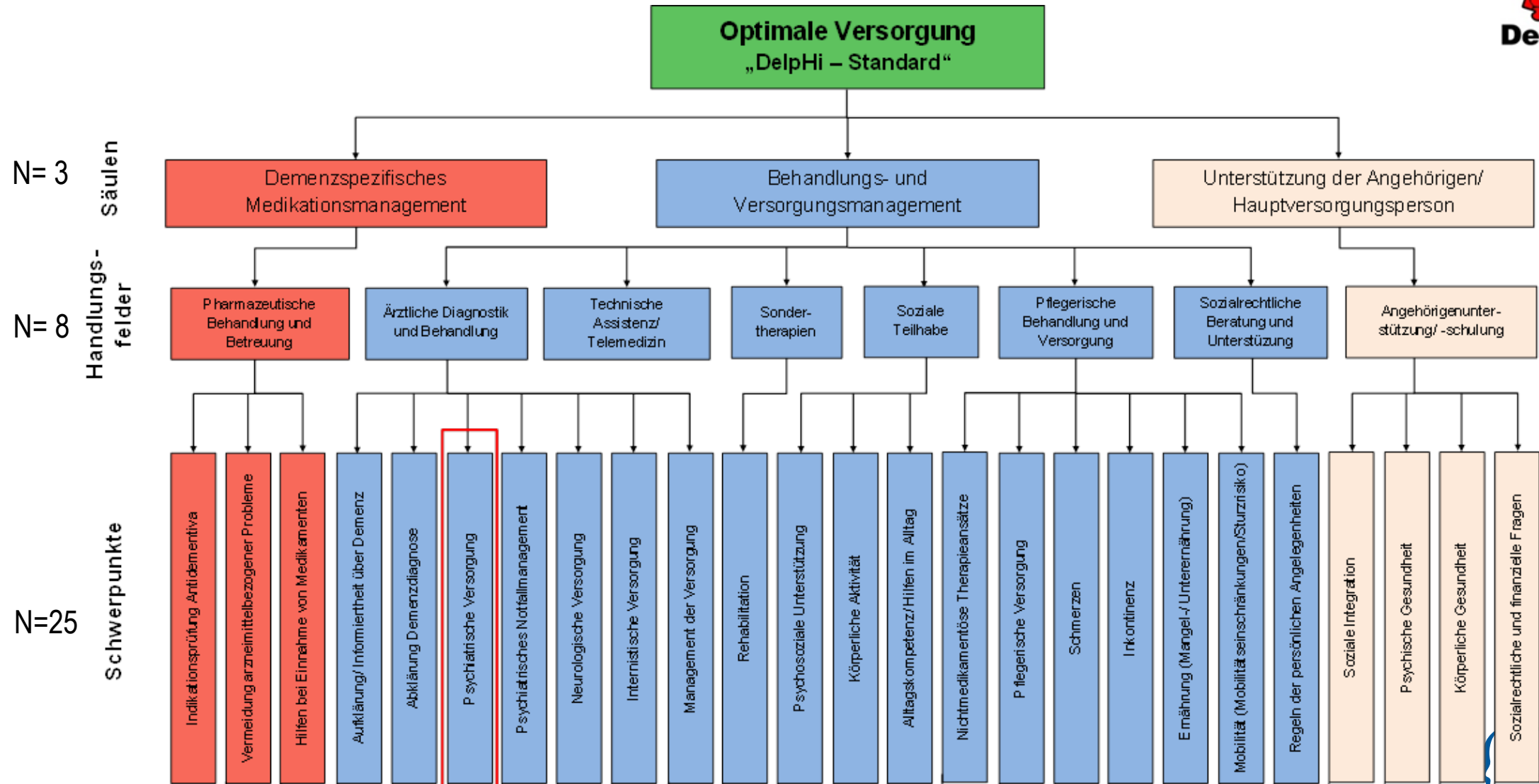
**Verbesserung der häuslichen Versorgungssituation** durch möglichst frühzeitige **optimale Integration** der Betroffenen in das **regional verfügbare Gesundheits- und Versorgungssystem** durch den Einsatz von **Dementia Care Managern (DCM)**

- durch optimale Behandlung und Betreuung sollen Patienten bei **hoher Lebensqualität solange wie möglich zu Hause** leben können
- gleichzeitig soll **Belastung der Betreuungspersonen minimiert** werden

Hausarztbasierte, cluster-randomisierte kontrollierte **Interventionsstudie** <sup>1</sup>

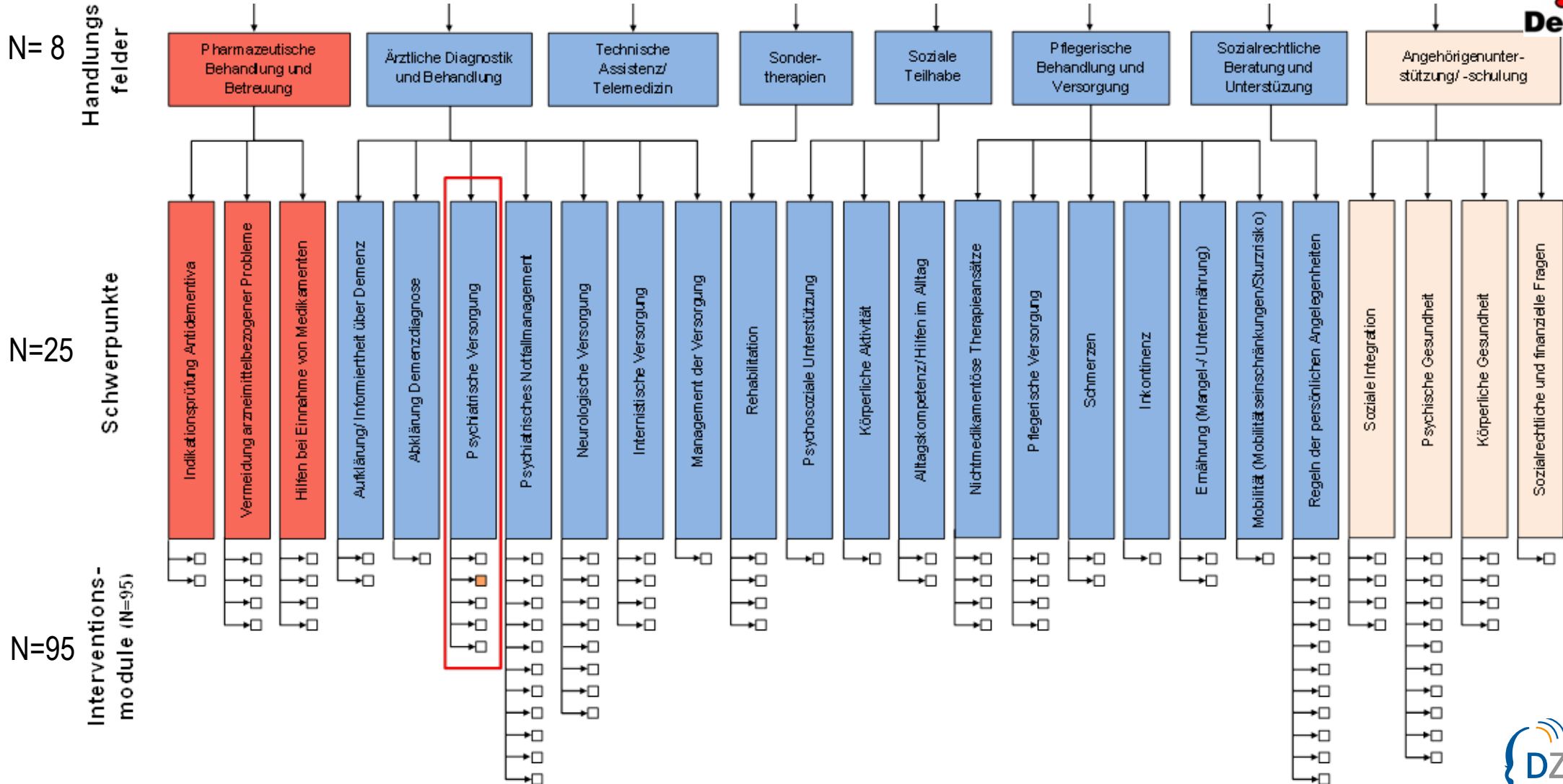


# DelpHi-Standard: Optimale Versorgung

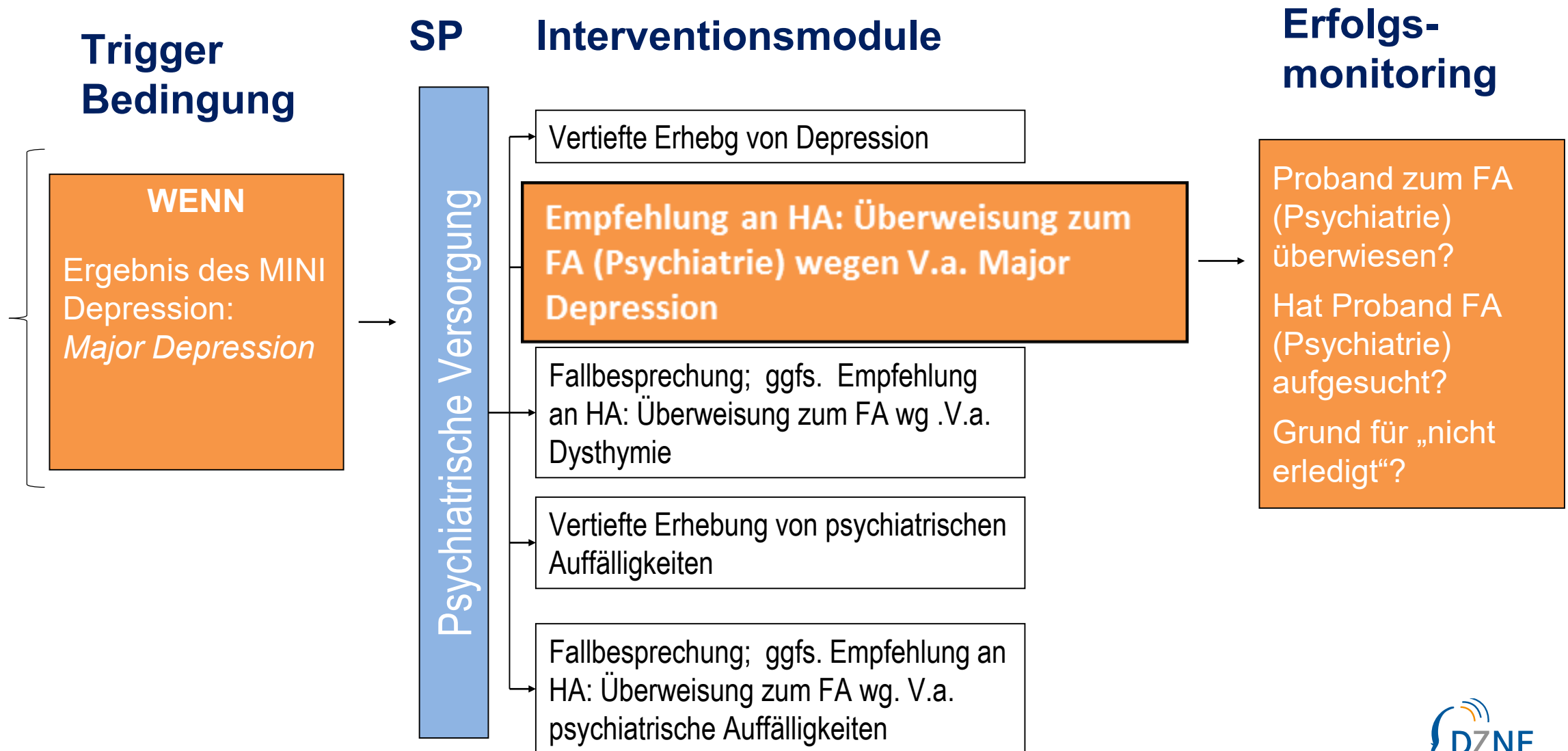


NE

# DelpHi-Standard: Optimale Versorgung



# Schwerpunkte und Interventionsmodule – Beispiel: psychiatrische Versorgung



# DCM-Intervention (DelpHi MV Studie)

1. Ermittlung der Versorgungsbedarfe



3. Nacherhebung nach 12 Monaten

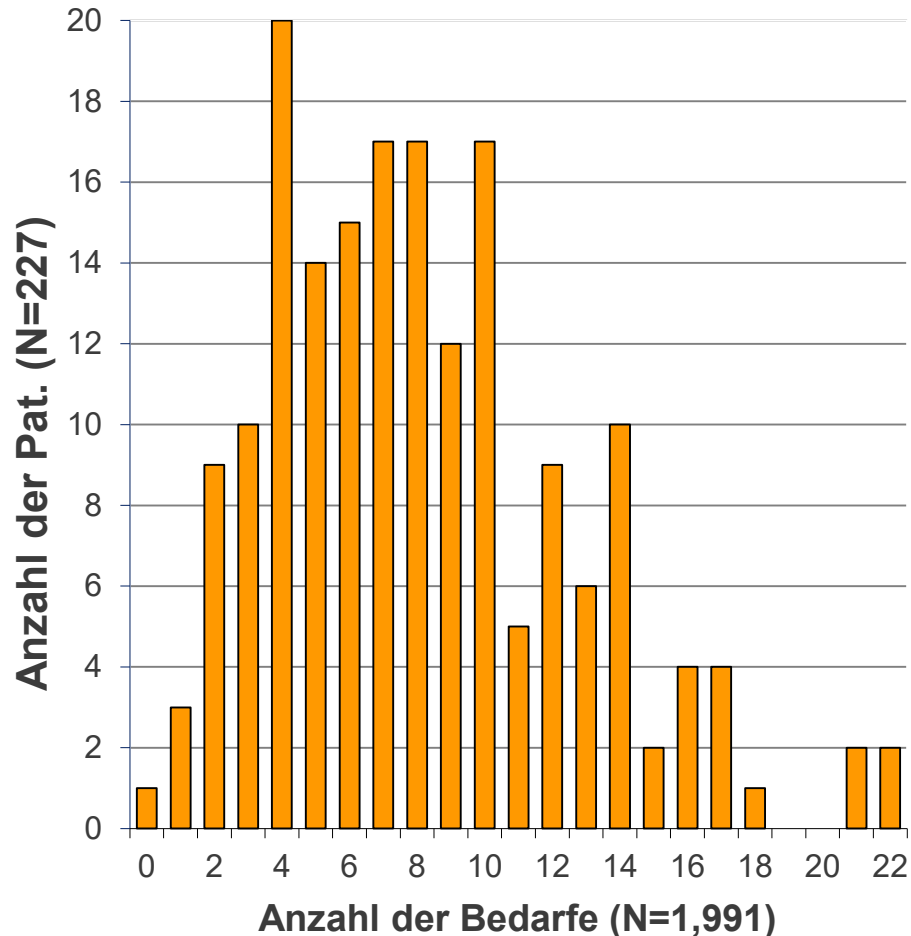


2. Umsetzung des Versorgungsplans



# Versorgungsbedarfe von Menschen mit Demenz

im Durchschnitt 8,7 ( $\pm 5.0$ ) Bedarfe pro Patient identifiziert



## Was waren die häufigsten Bedarfe?

- 38% Pflegerische Bedarfe (3,4/Pat.)
  - z.B. Pflegestufe, ambulante Pflege, Tagespflege
- 20% Soziale und rechtliche Bedarfe (1,8/Pat.)
  - z.B. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung
- 15% Medikation (1,3/ Pat.)
  - z.B. Doppelversorgung, Medikationsplan, PIM
- 12% Soziale Integration (1,0/Pat.)
  - z.B. soziale Aktivitäten
- 8% Mediz. Diagnostik & Therapie (0,7/Pat.)
  - z.B. *Differentialdiagnostik der Demenz*
- 6% Geriatrische Reha (0,1/Pat.)

# Der Hausarztinformationsbrief: Interventionsempfehlungen der DCM für den Hausarzt & Akzeptanz

## EMPFEHLUNGEN DER DCM FÜR DEN HAUSARZT

Name der DCM (Studienschwester) [REDACTED]

Name des Probanden [REDACTED]

Bitte füllen Sie untenstehende Tabelle aus und faxen Sie das Dokument an folgende Nummer:

DelpHi-MV Studienzentrum DZNE Greifswald 03834-867744

Empfehlungen der DCM	Bewertung des Arztes/ Wird bearbeitet von:
ALLGEMEINE UND SOZIALRECHTLICHE EMPFEHLUNGEN	
EMPFEHLUNGEN ZUR PFLEGERISCHEN BETREUUNG	
Beantragung Pflegestufe 1/ zusätzliche Betreuungsleistungen	<input checked="" type="checkbox"/> DCM <input type="checkbox"/> HA <input type="checkbox"/> nicht erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Bemerkung:
EMPFEHLUNGEN ZUM WEITEREN VORGEHEN	
Indikationsprüfung Antidementivum (z.Zt. keine Einnahme von Antidementivum)	<input checked="" type="checkbox"/> HA <input type="checkbox"/> nicht erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Bemerkung:
Unterstützung bei Vorbereitung/ Verabreichung der Medikamente	<input type="checkbox"/> DCM <input checked="" type="checkbox"/> HA <input type="checkbox"/> nicht erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Bemerkung:



### Umsetzung des Behandlungs- und Versorgungsplans in enger Kooperation mit HA

- ✓ **Hohe Akzeptanz** der Interventionsempfehlungen durch Hausärzte  
→ *86% aller Interventionsempfehlungen werden befürwortet*
- ✓ **Hohe Bereitschaft** der Hausärzte, Interventionsaufgaben **an DCM zu delegieren**  
→ *61% der delegierbare Interventionen wurden an DCM delegiert*

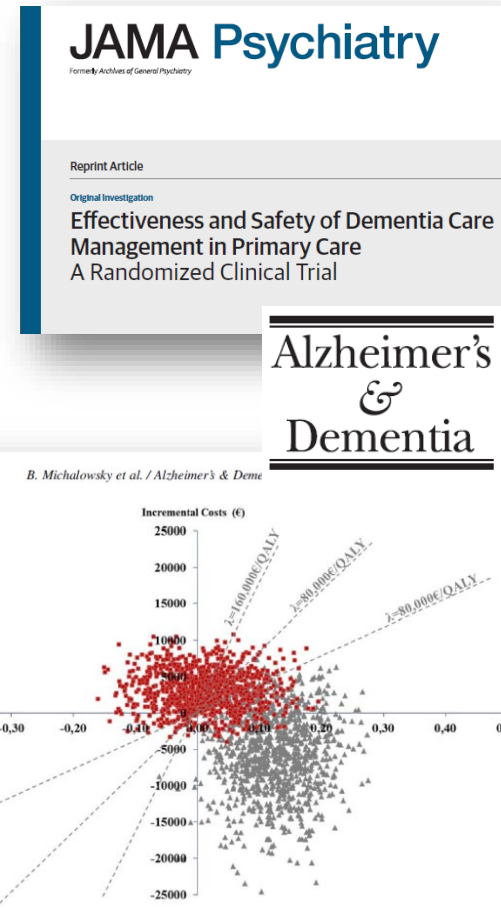
# Wirksamkeit und Kosten-Effektivität des Dementia Care Managements

**Menschen mit Demenz**, die in der Interventionsgruppe durch ein Dementia Care Management unterstützt wurden:

- erhielten häufiger Antidementiva (OR 1.98, CI95% 0.99 – 3.94)
- entwickelten seltener und weniger stark neuropsychiatrische Symptome (-7.5, CI95% -11.1 – -3.8)
- hatten höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität/ QALYs (+0.05, CI95% -0.04 – 0.14)
- Verursachten geringere Versorgungskosten, vor allem allein lebende MmD (-569 €, CI95% -5,466 – 4,328)
- konnten länger in der Häuslichkeit bleiben (2 J.-follow-up: Heimeinweisung verzögert um 7 Monate)

**Angehörige der Menschen mit Demenz**, die in der Interventionsgruppe durch ein Dementia Care Management unterstützt wurden:

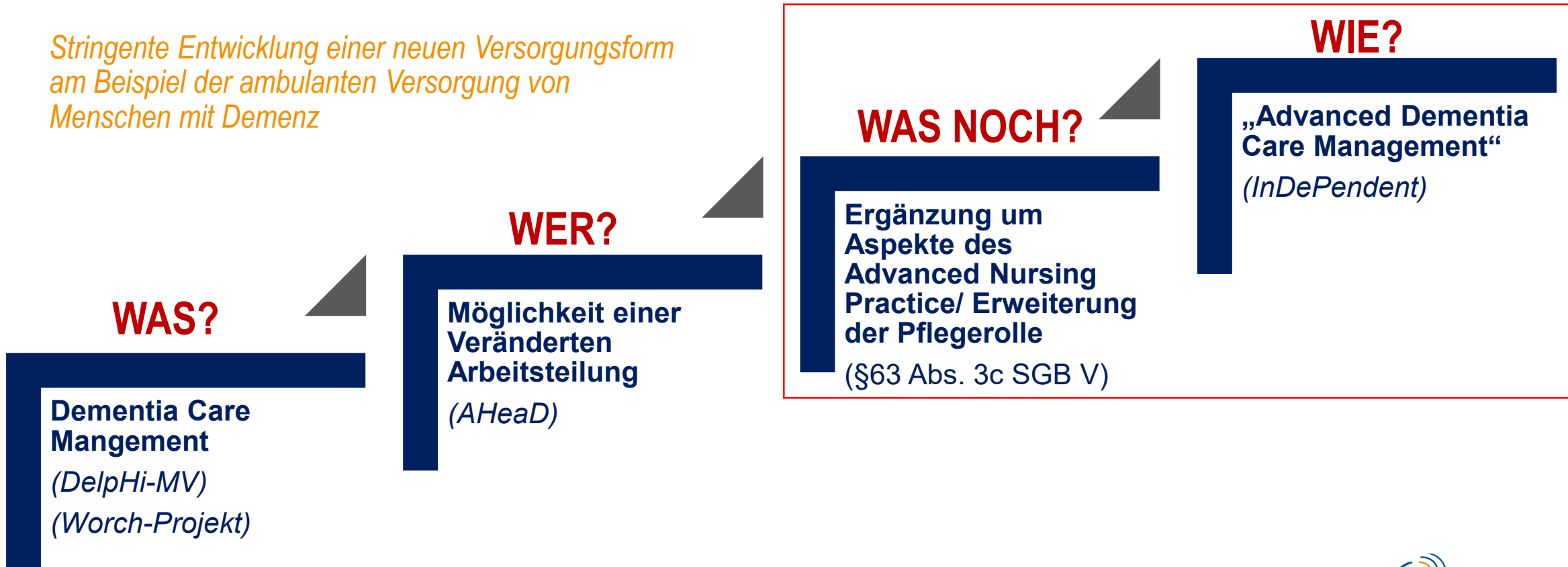
- waren weniger belastet (-0.5, CI95% -1.1 – 0.08).



# Von „Versorgungsforschung“ zur „neuen Versorgungsform“ - Studien zur Erweiterung der Pflegerrolle

## Evaluation des Dementia Care Managements

*Stringente Entwicklung einer neuen Versorgungsform am Beispiel der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz*



# Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung (InDePendent)

- Ziel der **InDePendent** Studie ist es, durch eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen Hausärzt\*innen und Pflegefachkräften (PFK) die Lebens- und Versorgungssituation von MmD in der Häuslichkeit zu verbessern

## ➤ Primäre Fragestellung:

**Reduziert der Einsatz der demenzspezifisch qualifizierten PFK mit erweiterter Pflegerolle und eine aufgabenbezogene Arbeitsteilung häufiger offene Versorgungsbedarfe bei MmD im Vergleich zur Routineversorgung?**

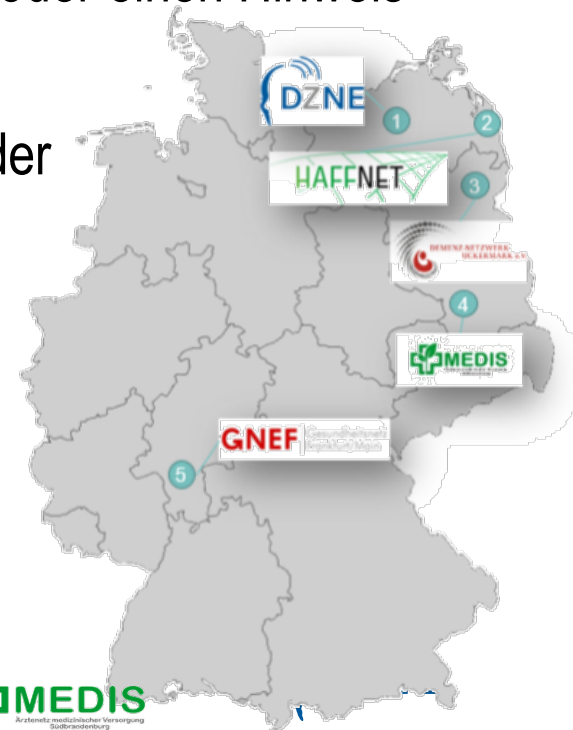


### Heilkundliche Tätigkeiten

- Verschreibung ambulanter Pflege
- Einleitung von Folgeverordnungen häusliche Krankenpflege
- Verschreibung Hilfsmittel zur Unterstützung der Mobilität
- Folgeverordnung für Verbands- und Wundmaterialien
- Verschreibung Anti-Thrombosestrümpfen
- Verordnung Podologie
- Verordnung manueller Lymphdrainage
- Veranlassung von ärztlichen Überweisungen und Konsilen
- Anwendung verschiedener Assessmentinstrumente
- Erfassung und Analyse der Medikation
- Aufklärung über Demenzerkrankung und Begleiterkrankungen
- Beratungstätigkeiten
- Infusionstherapie/ Injektionen durchführen
- Legen/Überwachen eines Blasen(-dauer)katheters
- Beratung/Betreuung Angehöriger zur Krankheitsbewältigung

# Methode

- Multizentrische, cluster-randomisierte, kontrollierte **Interventionsstudie** mit Warte-Kontroll-Gruppen-Design
- **Fünf Ärztenetze und Demenznetzwerke** aus MV, Brandenburg und Hessen nahmen teil
- Einschlusskriterien: Mindestalter von 70 Jahren, eine diagnostizierte Demenz oder einen Hinweis darauf (DemTect  $\leq 8$ ), Leben in der eigenen Häuslichkeit
- Die **Interventionsgruppe** (IG) wurde nach Einschluss für sechs Monate von der PFK mit erweiterter Pflegerolle versorgt
- Die **Warte-Kontroll-Gruppe** (WKG) erhielt in der sechsmonatigen Wartezeit die Routineversorgung und anschließend ebenfalls die Versorgung durch die PFK für sechs Monate



# §63 Abs. 3c SGB V – Übernahme ärztlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen

***Pflegeweiterentwicklungsgesetz (2008) → § 63 Abs. 3c SGB V***

- Modellvorhaben können Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, für Pflegefachpersonen vorsehen.
- Krankenkassen und ihre Verbände sollten entsprechende Vorhaben spätestens bis 31. Dezember 2020 vereinbaren oder durchführen
- G-BA legte in Richtlinien Tätigkeiten für eine Übertragung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben fest
- Bis 28.12.2020 gab es 1 Modellvorhaben (Studiengang Halle), jedoch ohne gültigen Versorgungsvertrag, was eine praktische Anwendung ausschließt



**InDePendent Studie = erstes Modellvorhaben zur erweiterten Pflegerolle mit rechtskräftigen Versorgungsvertrag (28.12.2020) nach § 63 Abs. 3c SGB V**

# Hürden bis zum Versorgungsvertrag....

**Problem 1:** gem. §63 Abs.3c dürfen Versorgungsverträge nur mit Vertragsärzten oder Gemeinschaften von Vertragsärzten geschlossen werden, nicht mit Pflegefachpersonen

**Lösung:** Ärztenetze mit angestellten Pflegefachpersonen

**Problem 3:** gem. §63 Abs.3c muss ein Curriculum erstellt und vom BMG und BMFSFJ offiziell genehmigt werden, was wiederum Voraussetzung ist für den Versorgungsvertrag (**Problem 1**)

**Lösung:** Genehmigung vom BMG und BMFSFJ eingeholt

**Problem 5:** Versorgungsvertrag gem. §63 Abs.3c muss vom Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) als Aufsicht der Kassen geprüft und genehmigt werden

**Lösung:** Genehmigung vom BAS erhalten



**Problem 2:** gem. §63 Abs.3c müssen Pflegefachpersonen rechtlich und wirtschaftlich selbstständig handeln – haben aber gesetzlich keine Möglichkeit zur Abrechnung

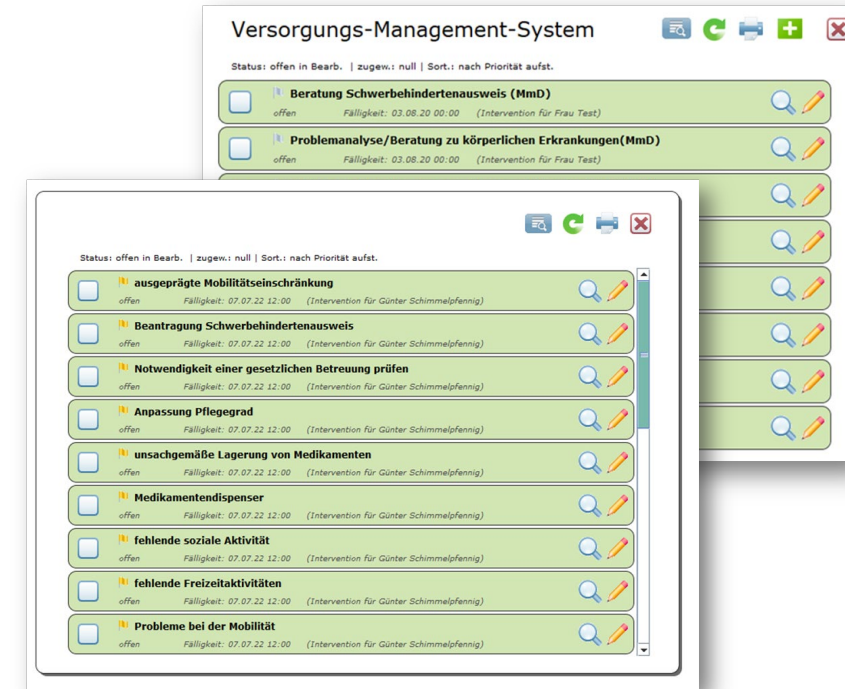
**Lösung:** Substitution „light“ in enger Absprache mit dem Hausarzt

**Problem 4:** gem. §63 Abs.3c muss nach Abschluss des Curriculums eine staatliche Prüfung auf Landesebene erfolgen (für ein bundesweites Projekt !)

**Lösung:** Sondergenehmigung von Senat und LaGeSo in Berlin eingeholt zur Durchführung dieser staatl. Prüfung

# Methode

- Die **Intervention** beinhaltete:
  - a) die systematische Erfassung pflegerischer, medizinischer, psychosozialer und sozialrechtlicher Versorgungsbedarfe mithilfe eines Interventions-Management-Systems,
  - b) die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans und
  - c) die Umsetzung und Überprüfung dieses Plans zur Deckung der identifizierten Bedarfe.
- **Primäres Outcome:** Anzahl der offenen Versorgungsbedarfe, mit Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) sechs Monate nach Baseline
- **Sekundäre Outcomes:** gesundheitsbez. Lebensqualität (EQ-5D-5L, QoI-AD), Angehörigenbelastung (Zarit Burden Interview), Kosten-Effektivität (FIMA, RUD)
- **Wirksamkeit:** Intention-to-treat (ITT) & Per-protocol Analyse (PPA); **Kosten-Effektivität:** Kosten-Nutzwert-Analyse; **Prozessevaluation:** qualitative Methoden (Interviews)



- N=149 **Arztpraxen** aus 5 Ärztenetzen
- N=471 **Patient\*innen** eingeschlossen; 417 Proband\*innen absolvierten das Baseline-Assessment; Drop-out: 11,5%
- 391 **MmD** wurden in die **Analyse zur Wirksamkeit** einbezogen (n=178 IG, n=213 WKG)

## Ergebnisse (ITT, nach 6 Monaten)

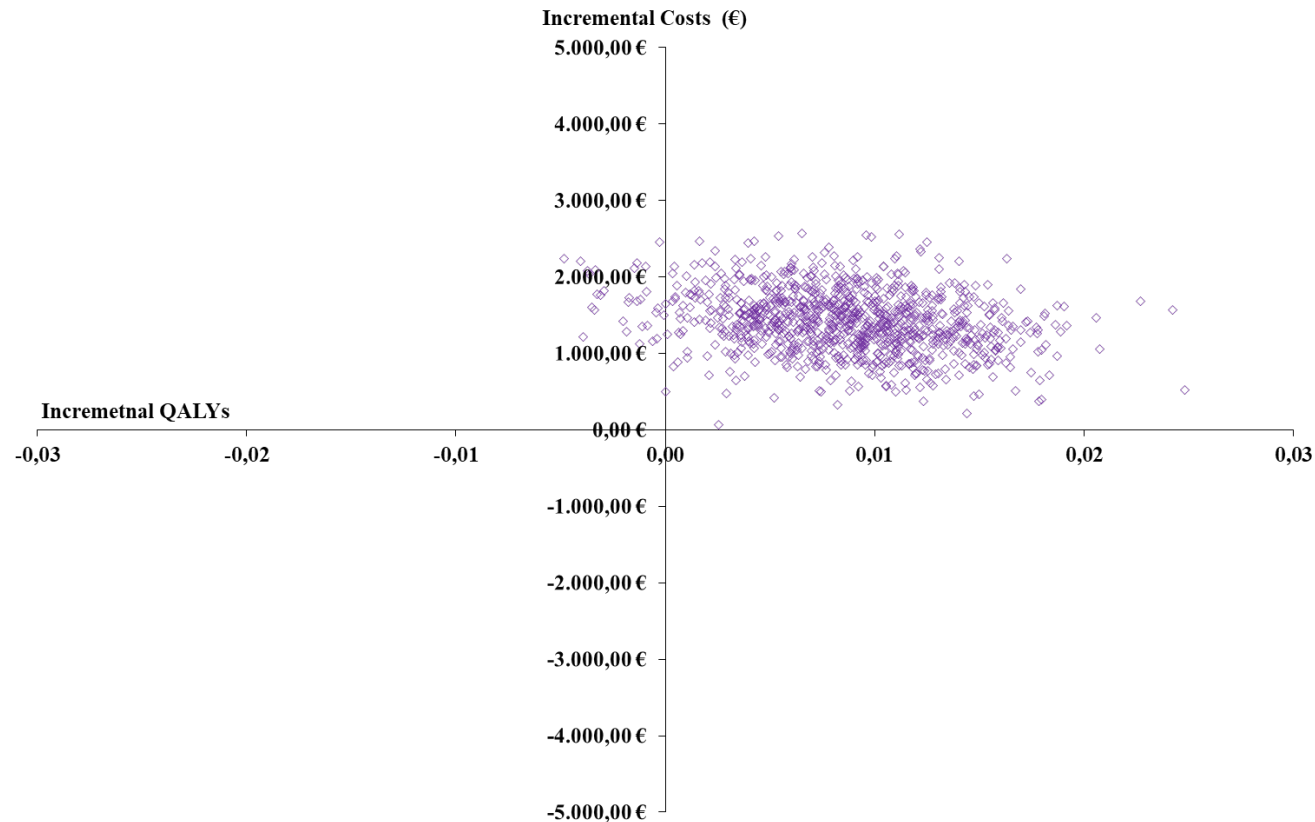
- In der IG: **Anzahl der ungedeckten Versorgungsbedarfe** im Mittel um **74% geringer** als in der WKG ( $b = 0.26$ ; 95% CI: 0.17 - 0.40;  $p < 0.001$ )
- PP-Analyse: **Interventionseffekt erhöht auf 80%** ( $b = 0.20$ ; 95% CI: 0.13 - 0.33;  $p < 0.0001$ )

Primary outcome Unmet Needs (CANE)	ITT (n=391) <sup>a</sup>		PP (n=301) <sup>a</sup>	
	(Back-transformed <sup>b</sup> ) coefficient <i>b</i> (95% CI)	p-value	(Back-transformed <sup>b</sup> ) coefficient <i>b</i> (95% CI)	p-value
<b>Study group</b> (ref: control group)	0.26 (0.17 to 0.40)	< 0.001***	0.20 (0.13 to 0.33)	< 0.001***
<b>Gender</b> (ref. male)	1.00 (0.71 to 1.40)	0.983	1.18 (0.88 to 1.58)	0.276
<b>Living status</b> (ref. not living alone)	1.36 (0.96 to 1.92)	0.084	1.09 (0.81 to 1.47)	0.582
<b>Age</b>	0.99 (0.97 to 1.02)	0.592	0.99 (0.97 to 1.01)	0.301
<b>Baseline unmet needs</b>	1.15 (1.11 to 1.19)	< 0.001***	1.15 (1.10 to 1.20)	< 0.001***

# Gesundheitsökonomie

- **Gesamtkosten aus Kostenträgerperspektive** nach 6 Monaten: IG: 5.107€  
[95% CI 4.550 – 5.664]  
WKG: 3.682€ [95% CI 3.129 – 4.236]
- **Kosten** der Intervention + 1.425€ über Routineversorgung
- Die IG wies im Vergleich zur WKG mehr **QALYs** (+0.01; [95% CI -0.001 – 0.018]) auf
- Die Intervention führte somit zu erhöhten Kosten bei höheren QALYs im Vergleich zur üblichen Versorgung (**142.500€ /QALY**)

Figure: Cost-Effectiveness Plane for extended nursing roles vs usual care (payer perspective), n=332



# Ergebnisse

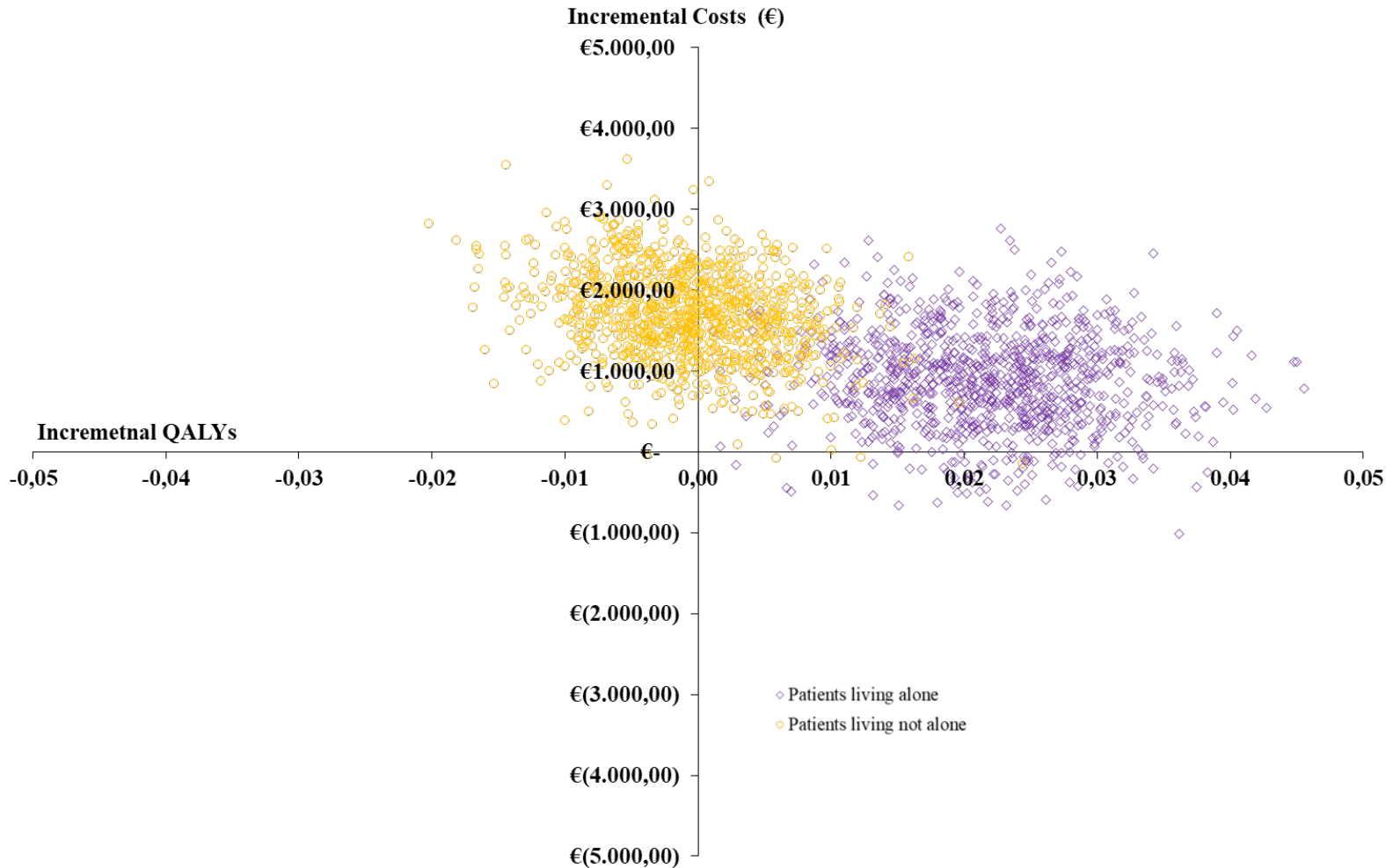
- **Kosten aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive**  
IG: 19.570€ [95% CI 16.450 – 22.691]  
WKG: 25.115 € [95% CI 22.362 – 27.868]
- **Kosten** der Intervention mit -5.545€ unter denen der Routineversorgung, ohne signifikante Unterschiede bei den **QALYs** (0.00; [95% CI -0.016 – 0.012])

Figure: Cost-Effectiveness Plane for extended nursing roles vs usual care (societal perspective), n=139



# Ergebnisse

Sensitivitätsanalysen für **allein lebende MmD** im Vergleich zu **nicht allein lebenden MmD** zeigten, dass die Intervention bei allein lebenden MmD mit größerer Wahrscheinlichkeit kosteneffektiv war



# Diskussion

- ✓ Zu Studienbeginn hatten MmD ein **breites Spektrum an ungedeckten Versorgungsbedarfen**, was auf Defizite in der Primärversorgung schließen lässt
- ✓ Die PFK mit erweiterten Pflegerollen konnten die Anzahl an offenen Bedarfen reduzieren und zur **Verbesserung der Versorgungssituation** beitragen
- ✓ Durch die Intervention konnte die gesundheitsbez. **Lebensqualität** der Betroffenen verbessert werden
- ✓ Die Ergebnisse zeigen zudem eine potenzielle haus- und fachärztlich hohe **Akzeptanz, Effizienz und (Kosten-)Effektivität** erweiterter Pflegeleistungen in der Demenzversorgung
- ✓ Studie zeigt, dass die Erweiterung von Pflegerollen auch **aus ökonomischer Sicht sinnvoll** ist
- ✓ Ergebnisse unterstützen die **Implementierung** erweiterter Pflegerollen in die Routineversorgung



# Publikationen

Rädke, Anika, et al. „*Efficacy and cost-effectiveness of extended nursing roles in dementia care - results of the cluster-randomized trial InDePendent*” *Alzheimer’s & Dementia* 21.10 (2025): e70727. <https://doi.org/10.1002/alz.70727>

Scharf, Annelie, et al. “*Identifying and Addressing Unmet Needs in Dementia: The Role of Care Access and Psychosocial Support.*” *International Journal of Geriatric Psychiatry* 40.4 (2025): e70066. <https://doi.org/10.1002/gps.70066>

Michalowsky, Bernhard, et al. "*Healthcare Needs Patterns and Pattern-Predicting Factors in Dementia: Results of the Comprehensive, Computerized Unmet Needs Assessment from the Randomized, Controlled Interventional Trial InDePendent.*" *Journal of Alzheimer’s Disease* 100.1 (2024): 345-356. <https://doi.org/10.3233/JAD-240025>

Scharf, Annelie, et al. "*Sociodemographic and Clinical Characteristics of People Living with Dementia and Their Associations with Unmet Healthcare Needs: Insights from the Baseline Assessment of the InDePendent Study.*" *Journal of Alzheimer’s Disease* 99.2 (2024): 559-575. <https://doi.org/10.3233/JAD-231173>

Buchholz, Maresa, et al. "*Discrepancies between self-and proxy-rated quality of life in people living with dementia.*" *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions* 10.2 (2024): e12486. <https://doi.org/10.1002/trc2.12486>

Kleinke, Fabian, et al. "*Advanced nursing practice and interprofessional dementia care (InDePendent): study protocol for a multi-center, cluster-randomized, controlled, interventional trial*" *Trials* 23.1 (2022): 290. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06249-1>

Mühlichen, Franka et al. „*Das InDePendent-Projekt zur Erweiterung der Pflegerolle und Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz*“ *ProAlter* 3 (2022): 45 - 49.

# Translation in den Versorgungsalltag

## Nationale Demenzstrategie

### 4.3.1 Entwicklung von evidenzbasierten Konzepten zur Versorgung von Menschen mit Demenz

Das DZNE entwickelt evidenzbasierte Konzepte zur individuellen Diagnostik, Behandlung und Versorgung und überprüft sie auf ihre Wirksamkeit. Schwerpunkte sind dabei gesundheitsökonomische Aspekte und Möglichkeiten zur Qualifikation von akademisierten oder speziell weitergebildeten Pflegefachpersonen zur verantwortlichen Durchführung des Dementia Care Managements. Eine entsprechende Maßnahme wird vom BMG gefördert. Der GKV-SV fördert im Rahmen seiner Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Projekte, die zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz beitragen. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf nicht medikamentösen Interventionen, deren Entwicklung und Nachweis von Wirksamkeit. Bei der Umsetzung der Maßnahme bringen außerdem die DALzG, die DEGAM und die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft Expertise ein.

Neben guter Beratung kann eine niedrigschwellige Begleitung hilfreich sein, damit Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen die neue Lebenssituation bewältigen und ermutigt werden, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Im Rahmen der Delphi-MV-Studie wurde eine Möglichkeit der Beratung und Begleitung in Form des Dementia Care Managements erprobt.<sup>77</sup> Hierbei übernimmt eine speziell geschulte Pflegeperson die demenzspezifische Begleitung und Beratung von Menschen mit Demenz über einen längeren Zeitraum. Der Studie zufolge führt dieses Angebot zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen, zu einer Entlastung der Angehörigen und einer Steigerung der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung.



<https://www.nationale-demenzstrategie.de/>

### 2.1.1 Dementia Care Management

Das BMG wird unter Einbindung des DZNE und weiterer einschlägiger Forschungseinrichtungen, der BÄK, der KBV und des GKV-SV prüfen, ob ein Dementia Care Management im Rahmen des SGB XI eingeführt werden kann, damit Menschen mit Demenz und deren Angehörige bedarfsgerecht bei der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgungsplanung und -umsetzung unterstützt und begleitet werden.

Bis Ende 2022 wird das BMG die Prüfung zur möglichen Einführung des Dementia Care Managements im Rahmen des SGB XI abschließen.



# Translation in den Versorgungsalltag

## S3 Leitlinie Demenzen

- Die S3-Leitlinie Demenzen empfiehlt das Dementia Care Management (DCM), ein Versorgungskonzept, das Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen ganzheitlich unterstützt
- Es konzentriert sich auf die Verbesserung der Lebensqualität durch eine individuelle, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Koordination von Pflege, Medizin und Sozialsystem
- Das DCM ist Teil der Nationalen Demenzstrategie und wurde in der Leitlinie als wirksam für die häusliche Versorgung anerkannt

### 5.1 DEMENTIA CARE MANAGEMENT

53	Empfehlung	Geprüft Stand 2025
Empfehlungsgrad: ↑↑ stark dafür (A)	Wir empfehlen, ein Dementia Care Management in der Behandlung von Menschen mit Demenz zu etablieren und einzusetzen.	

S3-Leitlinie Demenzen – AWMF-Rg. Nr. 038-013

**DGN** Deutsche Gesellschaft für Neurologie

**dgppn**  
Deutsche Gesellschaft für  
Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychosomatik und  
Nervenheilkunde e.V.

## S3-Leitlinie Demenzen

Living Guideline - Langfassung

Herausgebende Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)  
Reinhardtstr. 29  
10117 Berlin

und

Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)  
Budapester Str. 7/9  
10787 Berlin

Fassung vom: 28.03.2025 – Version: 5.1  
AWMF-Registernummer: 038-013

**AWMF online**  
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

## Aus dem Koalitionsvertrag ...

### 4.2 Gesundheit und Pflege:

- Eigenständige Heilkundenausübung durch die Gesundheitsberufe
- Gesetze zur Pflegekompetenz, Pflegeassistenz und Advanced Practice Nursing
- Kleinteiligere Bedarfsplanung
- Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft aufbauend auf dem bisherigen Stand der Krankenhausreform
  - mit Ausnahmen und erweiterte Kooperationen im ländlichen Raum
- Entwicklung gemeinsamer Vertrags- und Verwaltungsprozesse der Krankenkassen
- Digitaler Datenaustausch auf Basis einheitliche definierter Standards

## Verantwortung für Deutschland

Koalitionsvertrag zwischen  
CDU, CSU und SPD

21. Legislaturperiode

# Entwicklung der Heilkundeübertragung

## Status Quo und Ausblick



Gesetz zur Befugniserweiterung und Endbürokratisierung in der Pflege (beschlossen im Bundestag am 6. Nov. 2026) am 21.11.2025 Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat (wg. Einsparungen bei den Kliniken), am 17.12.2026 Einigungsvorschlag, **Abstimmung 19.12.2025 im Bundesrat** – Inkrafttreten am 1.1.2026



**Vielen Dank für die  
Aufmerksamkeit!**