

**Öffentlichen Anhörung des
Deutschen Ethikrates am 22. Januar 2026**
Ethische Herausforderungen
in der häuslichen und stationären Langzeitpflege
Statement
von Christine Vogler
Präsidentin Deutscher Pflegerat e.V.

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
sehr geehrte Mitglieder des Deutschen Ethikrates,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich spreche heute als Präsidentin des Deutschen Pflegerats – und damit aus der Perspektive der Profession Pflege: aus Sicht der Menschen, die täglich in Wohnungen, Wohngemeinschaften, Pflegeheimen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Hospizen und vielen Übergängen dazwischen Verantwortung tragen.

Pflege in Deutschland steht an einem Punkt, an dem Wegsehen selbst zu einem ethischen Problem geworden ist. Langzeitpflege – ambulant wie stationär – ist heute eine Frage von Würde und sozialer Gerechtigkeit, und sie wird täglich von Pflegefachpersonen verhandelt, die dafür weder die strukturelle Macht noch die nötigen Ressourcen bekommen haben.

Ein persönlicher Blick – wenn zehn Minuten über Würde entscheiden

In den Gesprächen mit den Kolleg:innen, spiegelt sich, was die Statistik nur andeutet: Erschöpfung, Moral Distress – und zugleich ein tiefes berufliches Ethos, Menschen über die gesamte Lebensspanne würdig zu begleiten.

Ich möchte Ihnen ein Bild geben, das nicht dramatisiert, sondern realistisch ist:

In einer Frühschicht in der ambulanten Pflege – in einer ganz normalen Tour – pendelt eine Pflegefachperson in enger Taktung zwischen einem beatmungspflichtigen Kind, einer alleinlebenden demenzkranken Frau und einem hochaltrigen Mann mit einem Dekubitusrisiko, das man mit geübtem Blick in Sekunden erkennt – und das sich ohne konsequente Prophylaxe in Tagen zu einem echten Schaden entwickeln kann.

In solchen Momenten entscheidet sich konkret, wie dieses Land Menschenrechte und-würde in der Pflege versteht:

Ob wir Selbstbestimmung ernst meinen oder nur behaupten.

Ob Teilhabe möglich bleibt oder schleichend verloren geht.

Ob Würde geschützt wird oder im Zeitplan verschwindet.

Wir sind dankbar, dass der Deutsche Ethikrat diese Anhörung angesetzt hat: um über die Situation in der häuslichen und stationären Langzeitpflege, über die Perspektive pflegebedürftiger Menschen, der Pflegenden sowie der An- und Zugehörigen zu sprechen – und über die ethischen Fragen, die untrennbar auch mit Finanzierung und Organisation verbunden sind.

Die zentrale Zumutung: Strukturelle Unsichtbarkeit der Pflege oder:

Das Zukunftsdilemma: Kompetenz-Exklusion der Pflege in der Steuerung

Ein strukturelles Kernproblem ist, dass Pflegekompetenz dort kaum systematisch verankert ist, wo die Regeln des Gesundheitswesens gesetzt werden.

Auf Bundesebene wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als zentrales Richtlinien-gremium der Selbstverwaltung von den Trägerorganisationen KBV, KZBV, DKG und GKV-Spitzenverband gebildet – die Profession Pflege ist dort nicht als eigene, verantwortliche Stimme strukturell vertreten. Auf Landesebene zeigen die gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V ebenfalls eine Steuerungslogik, in der regelhaft Land, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften den Kern bilden, während Pflege nicht als gleichrangige Expertise vorgesehen ist.

Ethisch ist das mehr als ein Organisationsdetail: Es ist ein Ausschluss von Wissen, denn so entstehen Entscheidungen über Qualität, Finanzierung, Schnittstellen und Versorgungspfade, ohne dass pflegefachliche Erfahrung über Kontinuität, Beziehungspflege, Vulnerabilität, Risiko- und Krisenmanagement systematisch einfließt.

Das führt zu einer „pflegeblinden“ Governance, in der das, was sich nicht gut abrechnen oder in Minuten fassen lässt, strukturell verdrängt wird – mit Folgen für Würde, Autonomie und Sicherheit der Pflegebedürftigen und für den Moral Distress der Pflegenden.

Genau hier produziert das System ein neues ethisches Dilemma aus einem alten: Weil Pflege als Profession nicht strukturell mitsteuert, werden Fehlanreize und Versorgungslücken fortgeschrieben – und die Verantwortung für ihre Folgen landet am Ende wieder bei denen, die am Bett stehen.

Gleichzeitig bleiben Bildungs- und Entwicklungsstrukturen in der Pflege auf der Strecke, weil man Defizite gar nicht definieren kann.

Pflegefachpersonen tragen Verantwortung für hochkomplexe Entscheidungen – klinisch, psychosozial, biografisch, sicherheitsrelevant – aber ohne, dass ihnen auf Systemebene entsprechende Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume, Mandate und tragfähige Selbstverwaltungsstrukturen zuerkannt werden.

So kollidiert der Berufsethos systematisch mit den Strukturen – und aus einer Ethik des „Guten Tuns“ wird eine Ethik des „Schadensbegrenzens“.

Das ist kein individuelles Versagen. Das ist ein strukturell produzierter Konflikt.

Ethische Konflikte auf drei Ebenen: Autonomie, Organisation, Gerechtigkeit

Der Ethikrat arbeitet – vollkommen zu Recht – an individuaethischen, organisationsethischen und soziaethischen Fragen. Und in der Langzeitpflege liegen diese Ebenen nicht nebeneinander, sondern sie greifen ineinander.

Erstens: Individualethik – Autonomie unter Bedingungen von Abhängigkeit.

Autonomie in der Langzeitpflege ist nicht einfach „Ja“ oder „Nein“. Sie ist Aushandlung. Sie braucht Kommunikation. Sie braucht Beziehung. Und vor allem braucht sie Zeit.

Die hochaltrige Frau, die ihr morgendliches Ritual behalten will, obwohl es riskant ist. Der Mann mit Demenz, der Pflegehandlungen abwehrt, aber dennoch geschützt werden muss.

Die junge Mutter, die mit einem schwerstpflegebedürftigen Kind nicht nur Pflege organisiert, sondern das gesamte Familienleben stabilisiert.

In all diesen Situationen ist Autonomie ein lebendiger Prozess – und ohne Beziehungspflege wird daraus schnell Entweder-oder: Schutz oder Freiheit. Sicherheit oder Selbstbestimmung. Dabei bräuchten wir beides – in Balance, fachlich begleitet.

Zweitens: Organisationsethik – wenn Strukturen Moral erzeugen oder zerstören.

Wenn Personalmangel chronisch wird, wenn Dokumentation wächst, wenn „Minutenlogik“ den Alltag dominiert, dann werden moralische Konflikte unausweichlich.

Moral Distress entsteht, wenn Pflegefachpersonen wiederholt unter ihren eigenen fachlichen und ethischen Standards handeln müssen – nicht, weil sie es wollen, sondern weil sie es müssen:

Wenn Mobilisation ausfällt, weil „erstmal alles andere“ erledigt werden muss.

Wenn Gespräch und Beruhigung verschwinden, weil sie nicht refinanziert sind.

Wenn Schmerzassessment verkürzt wird, weil die nächste Klingel drückt.

Wenn nachts eine Person für zu viele Menschen verantwortlich ist – und dadurch nicht nur das Wohl der Pflegebedürftigen, sondern auch die Unversehrtheit der Pflegenden selbst gefährdet ist.

Das ist Ethik – nicht nur im Einzelfall, sondern als Frage der strukturellen Rationierung.

Drittens: Sozialethik – Langzeitpflege als Gerechtigkeitsproblem.

Pflegefachpersonen erleben täglich, dass Zugang, Qualität und Sicherheit nicht gleich verteilt sind. Es hängt ab von Bildung, Sprache, Wohnort, familiären Ressourcen, finanzieller Tragfähigkeit – und davon, wie gut Menschen sich durch Anträge, Begutachtungen und Widersprüche bewegen können.

Und so passiert etwas, das ethisch hoch brisant ist:

Gerechtigkeitsfragen werden stillschweigend auf die Schultern derjenigen verlagert, die ohnehin am Limit arbeiten – als „Lückenbüßer“ eines Systems, das in Zuständigkeiten zerschnitten ist.

Sektorengrenzen: Ein System, das nicht dem Leben folgt

Pflegebedürftigkeit verläuft nicht entlang von SGB-Grenzen. Menschen tun das nicht. Aber unsere Versorgung tut so, als wäre das normal: Krankenhaus hier, Reha dort, ambulant da, stationär dort – und dazwischen Übergänge, in denen Verantwortung häufig verdunstet.

Ein Beispiel, das Pflegefachpersonen im ganzen Land kennen:

Eine hochaltrige Frau wird nach einer Krankenhausbehandlung frühzeitig entlassen. Das Krankenhaus verweist auf die ambulante Versorgung. Der ambulante Dienst ist überlastet. Angehörige sind erschöpft oder nicht verfügbar. Der Pflegedienst im ländlichen Raum hat keine Kapazitäten. Und am Ende steht eine Pflegefachperson am Bett – mit zu wenig Informationen, zu wenig Zeit und dennoch mit voller Verantwortung für Sicherheit, Autonomie und Würde.

Das ist nicht nur ineffizient.

Das ist ethisch problematisch, weil es Verantwortung entkoppelt: von Zuständigkeit, von Ressourcen, von Kontinuität.

Resilienz des Gesundheitswesens: Was der ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ uns zeigt – und was Pflege jetzt einfordern muss

Ich möchte den Blick bewusst weiten: Langzeitpflege ist nicht „ein“ Sektor. Sie ist ein Fundament der Resilienz unseres Gesundheitssystems.

Resilienz entsteht nicht zufällig. Resilienz braucht Struktur, Vorausschau und klare Zuständigkeiten.

Der ExpertInnenrat betont in seiner 3. Stellungnahme ausdrücklich, dass Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit ist – und dass Fragmentierung von Zuständigkeiten eine zentrale Barriere ist. Er fordert eine erweiterte, positive Perspektive auf Gesundheit, mehr Prävention und Gesundheitsförderung sowie „Health in all Policies“, weil Gesundheit in den Lebenswelten gestaltet wird – dort, wo Menschen wohnen, lernen, arbeiten und lieben.

Er spricht sich für ein dauerhaftes, sektorenübergreifend zuständiges Gremium aus, das strategische Vorausschau, Monitoring und Koordination ermöglicht – damit Wissen verfügbar ist, genutzt wird und bereits erarbeitete Empfehlungen nicht jedes Mal neu erfunden werden müssen.

Wenn wir diese Logik ernst nehmen, dann ist die Schlussfolgerung zwingend:

Langzeitpflege muss als Resilienzfrage behandelt werden – nicht als nachgelagerter Kostenblock.

Denn wenn Langzeitpflege kippt, kippt das ganze System:

Krankenhäuser überlasten, Angehörige brechen weg, Fachkräfte wandern ab, Teilhabe wird zur Ausnahme, Würde zur Verhandlungsmasse.

Und hier kommt der zentrale Punkt aus Sicht der Profession Pflege:

Resilienz entsteht nicht durch Appelle.

Resilienz entsteht durch handlungsfähige Pflege – mit Entscheidungsspielräumen, Qualifikationsmix, verlässlicher Personalbemessung, und einer strukturell sichtbaren Rolle der Pflege in Governance und Steuerung.

Was jetzt aus unserer Sicht ethisch geboten ist: Beziehungspflege absichern, Ethik vor Ort stärken, Versorgung neu ordnen

Wenn wir aus all dem Konsequenzen ziehen, dann braucht es keine symbolischen Korrekturen, sondern eine klare ethisch-politische Agenda:

1. Beziehungspflege als Kernleistung absichern – in stabilen Teams.

Beziehungspflege ist keine „weiche“ Zusatzleistung. Sie ist die Grundlage für Sicherheit, Autonomie, Einwilligungsfähigkeit, Prävention von Krisen und für würdige Begleitung – gerade in vulnerablen Situationen.

Ohne Kontinuität wird Pflege funktionalisiert. Mit Kontinuität kann Pflege professionalisieren. Diese Form der pflege muss in neuen Abrechnungsformaten erfasst und vergütet werden.

2. Ethikarbeit vor Ort als Standard etablieren – nicht als Ausnahme.

Die Broschüre zur Anhörung beschreibt selbst, dass die Langzeitpflege von zunehmender fachlicher und ethischer Komplexität geprägt ist – und genau deshalb brauchen wir verpflichtende Fort- und Weiterbildungen für Pflegefachpersonen, regelmäßig stattfindende Ethikfallbesprechungen, Supervision, Reflexionsräume und eine Kultur, in der moralische Konflikte benannt werden dürfen.

3. Angehörige als Co-Produzent:innen der Versorgung ernst nehmen – mit qualifizierter Beratung und Entlastung.

Pflegende Angehörige tragen Lasten, die physisch, psychisch und finanziell überfordern können. Die Anhörungsunterlagen benennen das ausdrücklich – und formulieren sehr klar: „Das Wohlergehen von Pflegebedürftigen und Pflegenden muss im Mittelpunkt stehen. Geld pflegt nicht.“

Das bedeutet: Beratung, Begleitung und Entlastung sind keine Höflichkeit. Sie sind eine ethische Pflicht.

4. Sektorengrenzen überwinden – durch quartiersorientierte Versorgung und Community Health Nursing.

Wenn Gesundheit in Lebenswelten entsteht, dann muss Pflege dort wirksam sein: im Quartier, in Übergängen, in Fallbegleitung, in Prävention und Krisenintervention. Das ist genau die Brücke zwischen Langzeitpflege, Akutversorgung und sozialer Teilhabe.

5. Pflegefachliche Entscheidungsspielräume und berufliche Selbstverwaltung stärken.

Ethik braucht Verantwortung – und Verantwortung braucht Stimme.

Eine Profession, die Standards setzt, Qualität sichert, Kompetenzentwicklungen gestaltet und für ihr berufsethisches Handeln einsteht, ist kein „Sonderweg“. Sie ist der Normalfall in einem reifen, resilienten Gesundheitssystem.

Lassen Sie mich zum Schluss wieder dorthin zurückgehen, wo Pflege beginnt: am Menschen.

Langzeitpflege ist der Lackmustest dafür, ob Würde im Alltag Bestand hat.

Ob Selbstbestimmung nicht nur ein Begriff ist, sondern gelebte Praxis.

Ob Gerechtigkeit nicht nur gefordert, sondern organisiert wird.

Und aus Sicht der Profession Pflege möchte ich Ihnen eine letzte, klare Aussage mitgeben:

Niemand darf in Pflegebedürftigkeit seine Würde verlieren.

Und niemand darf in Pflegearbeit seine Moral verlieren müssen.

Wenn wir Langzeitpflege als Menschenrechts- und Gerechtigkeitsfrage begreifen, dann folgt daraus eine Pflicht zur strukturellen Entscheidung:

Pflege muss in Deutschland sichtbar, handlungsfähig und verantwortlich verankert werden – in ambulanter und stationärer Langzeitpflege, und über alle Sektoren hinweg.

Vielen Dank.

Christine Vogler
Präsidentin des Deutschen Pflegerats e.V.

Berlin, 22. Januar 2026

Deutscher Pflegerat e.V.

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: +49 30 - 398 77 – 303

www.deutscher-pflegerat.de

info@deutscher-pflegerat.de

Verwendete Literatur

1. Deutscher Ethikrat: „Ethische Herausforderungen in der häuslichen und stationären Langzeitpflege“ – Veranstaltungsseite und Thementext zur Anhörung am 22.01.2026
2. Deutscher Ethikrat: Broschüre zur öffentlichen Anhörung am 22.01.2026 mit Programm, Abstracts und Kurzbiografien (inkl. Deines Abstracts)
3. Deutscher Ethikrat: Pressemitteilung zur öffentlichen Anhörung „Ethische Herausforderungen in der häuslichen und stationären Langzeitpflege“ (Termin, Zielsetzung, Problemaufriss)
4. ICN – International Council of Nurses: „ICN-Ethikkodex für Pflegende“ (deutsche Fassung als PDF, grundlegende ethische Prinzipien und Menschenrechtsbezug der Pflege)
5. Deutscher Pflegerat (Vogler, C. / Druyen, T.): „Pflege. Zukunft. Menschenrecht. Zehn Empfehlungen für die Pflege von morgen“ – programmatisches Papier zur Rahmung von Pflege als Menschenrechtsfrage
6. Deutscher Ethikrat: Stellungnahme „Langzeitpflege“ (Herausforderungen der Langzeitpflege, ethische und sozialpolitische Perspektiven, Gerechtigkeitsfragen)
7. Gerechte Gesundheit: Terminankündigung „Ethische Herausforderungen in der häuslichen und stationären Langzeitpflege“ – Kurzbeschreibung der Problemlage (demografischer Wandel, Fachkräftemangel, veränderte Familienstrukturen)
8. Pflegenetzwerk Deutschland: „Ambulante Versorgung mit der Community Health Nurse (CHN)“ – Darstellung von Rolle, Potenzial und Modellprojekten in Deutschland
9. HAW Hamburg: CoSta-Projekt – „Community Health Nursing im Gesundheitszentrum“ – Handlungsempfehlungen und Ergebnisse eines CHN-Modellprojekts im Quartier Hamburg-Veddel
10. Fachartikel: „Dimensionen und konzeptuelle Merkmale des Community Health Nursing“ (Springer Pflege) – theoretische Einordnung und Merkmale von CHN als erweiterter Pflegepraxis