



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

Thomas Klie
Michael Ranft
Nadine-Michèle Szepan

Reset Pflegeversicherung

Strukturreform

PFLEGE UND TEILHABE III



Bibliographische Information der Deutsche Nationalbibliothek
<https://portal.dnb.de> abrufbar

1. Auflage 2025
ISBN 978-3-00-082705-1 (print)

© AGP Sozialforschung
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg
Printed in Germany

Umschlaggestaltung: Hanna Klie, Helsinki
Satz: Tina Ennen, Köln

Reset Pflegeversicherung

Strukturreform PFLEGE und TEILHABE III

Thomas Klie, Michael Ranft, Nadine-Michèle Szepan



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

Inhaltsverzeichnis

Präambel	5
Einführung	7
Zielbild	8
I. Thesen	11
These 1: Pflegepolitik ist sowohl Gesellschafts- und Familienpolitik als auch Gesundheitspolitik	11
These 2: Zugang zum Leistungssystem über eine bedarfsorientierte Steuerung	12
These 3: Pflege braucht kommunal verankerte Pflege- und Sorgestrukturplanung	13
These 4: Leistungsansprüche müssen sich an den Bedarfslagen ausrichten	15
These 5: Fachpflegerische Begleitung sicherstellen	16
These 6: Kompetenzorientierter Einsatz von Pflegefachpersonen und Übertragung von Heilkunde	27
These 7: Die Bildungsarchitektur in der Pflege bedarf einer Neuordnung und eines zwischen Bund und Ländern abgestimmten Zielrahmens	19
These 8: Die finanzielle Tragfähigkeit der Pflegeversicherung muss für die nächsten Dekaden gewahrt werden	21
These 9: Das System der Hilfe zur Pflege (HzP) bedarf einer Neujustierung im Gesamtsystem der Pflege	23
These 10: Selbstverwaltung und integriertes Berufsregister als Voraussetzung für Professionalisierung	24
These 11: Pflege und sektorenübergreifende Versorgung	25
These 12: Digitalisierung, Künstliche Intelligenz (KI) und Robotik in der Pflege.....	26
These 13: Die politische Verantwortung für die Pflege ist in Bund und Ländern neu zu verorten	27
These 14: Pflege ist demokratierelevant	28
II. Ausblick	30
Zum Autorenteam	31
Literaturverzeichnis	32

Präambel

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung gehört zu den gesellschaftspolitischen Top-Themen, wenn es um politischen Handlungsbedarf in der 21. Legislaturperiode geht. Zahlreiche Umfragen unterstreichen dies. Eine Mehrheit der Bevölkerung sieht sowohl die gesundheitliche als auch die pflegerische Versorgung für die Zukunft nicht mehr als gesichert und hält eine grundlegende Strukturreform der Pflege(versicherung) für erforderlich. Allen Bundesregierungen der letzten Legislaturperioden gibt sie durchgängig schlechte Noten für ihre pflegepolitische Performance (Haumann 2025, im Erscheinen). Auch die aktuelle fachliche Debatte um die Zukunft der Pflege in Deutschland ist geprägt von Forderungen nach einer grundlegenden Reform in der Pflege (u. a. AOK-Bundesverband 2024a; BKK Dachverband e.V. 2024d; Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) 2024). Diese soll einerseits die Leistungsfähigkeit der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) langfristig absichern und andererseits zukunftsfähige Versorgungsstrukturen in dem komplexen Zuständigkeitsgefüge zwischen Pflegeversicherung, Leistungserbringenden, Bund und Ländern sowie kommunaler Daseinsvorsorge sicherstellen. Darüber hinaus soll sie ressourcenschonend eine optimale Verknüpfung von professionellen Pflegeangeboten mit familiären bzw. zivilgesellschaftlichen Sorgestrukturen vor Ort ermöglichen.¹

Die mit der Errichtung der Sozialen Pflegeversicherung verfolgten Ziele und Strategien müssen angesichts überwiegend bereits seit langer Zeit absehbarer Entwicklungen korrigiert und angepasst werden, sollen sie zu einer adäquaten Lösung der anstehenden Herausforderungen führen.

Diese sind insbesondere folgende:

- ein aktuell über das demografiebedingte Niveau hinausgehender und künftig weiterer deutlicher Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen,

- veränderte Familien- und Sorgestrukturen – bei einem Rückgang traditioneller informeller Sorgeresourcen und einer steigenden Zahl Alleinlebender,
- zunehmende Disparitäten in der Versorgungssituation in den Kommunen,
- Desiderate einer datengestützten integrierten Sozial- und Pflegestrukturplanung durch Länder und Kommunen,
- Scheitern von Modellversuchsregelungen im SGB XI (PSG III) zur systematischen Verbesserung der Zusammenarbeit von Pflegekassen und Kommunen,
- Verharren der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsstrukturen in sektorenbezogenem Denken,
- keine systematische Verknüpfung des Leistungsrechtes nach dem SGB XI mit familiären, informellen und zivilgesellschaftlichen Sorgestrukturen,
- ausufernde leistungsrechtliche Überregulierung und hieraus folgende Bürokratisierung,
- unnötig komplizierte Ausdifferenzierung der Leistungsansprüche der Pflegeversicherung verbunden mit der Überforderung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und Erschwernis der Inanspruchnahme,
- zunehmender Personalengpass in der Pflege und nicht mehr durch Berufsausbildung zu kompensierende demografiebedingte Berufsaustritte (Klie 2024b),
- fehlende professionelle Handlungsautonomie der Pflegefachpersonen und ungeklärte Aufgabenprofile hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen,
- stark steigende Eigenanteile in der vollstationären Pflege und hierdurch bedingte stärkere

¹ So zum Beispiel: Gruhl 2023; Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2024; Klie 2024b, 2024a; Schwinger et al. 2024; Fehrecke-Harpke und Schade 2024; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege 2024; Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. und Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. 2024; AOK-Bundesverband 2024b; Deutscher Städtetag 2024; BKK Dachverband e.V. 2024a, 2024b, 2024c; Bündnis Gesundheit 2024; Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) 2024; Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration des Landes Baden-Württemberg 2024. Zur Neuordnung der Bildungsarchitektur in der Pflege: Genz und Gahlen-Hoops 2024.

Inanspruchnahme der Leistungen der Hilfe zur Pflege,

- Verteuerung ambulanter Sachleistungen in der häuslichen Pflege mit der Folge steigender Eigenanteile und /oder Reduzierung der Inanspruchnahme resp. Wechsel in andere Angebotsformen,
- Unterfinanzierung der Sozialen Pflegeversicherung,
- fehlende langfristig und nachhaltig angelegte Strategie hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der Sozialen Pflegeversicherung.

Eine auf diese Herausforderungen reagierende oder besser sie vorwegnehmende grundlegende Strukturreform erfordert unseres Erachtens – nicht nur appellativ – einen gesamtgesellschaftlichen, politikfeldübergreifenden, realistischen Blick auf die Themen Sorge, Pflege und gesundheitliche Versorgung sowie einen dementsprechend breit angelegten politischen Diskussions- und Gestaltungsprozess.

Die Wahlprogramme zur Bundestagswahl 2025 rückten das Thema „Pflegerische und gesundheitliche Versorgung in Deutschland“ nicht in den Fokus zukünftiger Regierungsprogramme (vgl. zum Beispiel: CDU/CSU 2025, S. 70 ff.; SPD 2025; Bündnis 90/DIE GRÜNEN 2025, S. 40 ff.; Bündnis Sahra Wagenknecht 2025, S. 5; Freie Demokraten FDP 2025, S. 23; Die Linke 2025, S. 17). Parteiübergreifend wurden allgemeine Vorschläge zur Verbesserung der Finanzlage der Pflegeversicherung, zur Deckelung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege, zur stärkeren Kostenübernahme durch die öffentliche Hand, zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Beschäftigte in der Pflege sowie eine stärkere Entlastung von pflegenden An- und Zugehörigen unterbreitet. Allerdings bestehen erhebliche Zweifel daran, dass angesichts der skizzierten Herausforderungen die Sozialversicherungssysteme, die öffentlichen Haushalte und bei der gegenwärtigen konjunkturellen Lage auch die Pflegeversicherung weder kurz- noch mittel- und langfristig finanziell tragfähig bleiben. Offen bleibt auch, ob und wie eine seriöse Gegenfinanzierung der für die Zukunft erforderlichen Maßnahmen möglich sein wird. Schwerer wiegt das Manko, dass im Lichte der zu erwartenden sich beschleunigenden demografischen Entwicklungen auf der Angebots- wie Nachfrageseite kein ehrliches Zielbild der (gesundheitli-

chen wie) pflegerischen Versorgung in Deutschland im Sinne einer notwendigen realistisch angelegten Finanz- und Strukturreform der Pflege gezeichnet wird. Damit haben sich die Wahlprogramme – wie im Folgenden dargelegt werden wird – dem deutlich realitätsnäheren Blick der Bevölkerung auf die Zukunft der Pflege in Deutschland entzogen.

Mit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes 1995 wurde als fünfte sozialversicherungsrechtliche Säule die Soziale Pflegeversicherung unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und damit der gesetzlichen Krankenkassen errichtet.

Die in den nachfolgenden Legislaturperioden stattfindenden Reformen und Änderungen der SPV waren geprägt von Bemühungen, das Leistungsspektrum zu erweitern und den Zugang zur Pflegeversicherung mit dem 2017 eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff neu zu gestalten. Dies hatte zum Ziel, ein ressourcenorientiertes, pflegewissenschaftlich hergeleitetes Pflegeverständnis zu befördern, die Erprobung modellhafter Betreuungs- und Versorgungsansätze zu ermöglichen, die Rahmenbedingungen für das Pflege(fach)personal zu verbessern und nicht zuletzt die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung zu sichern.

Die politische Verantwortung für Pflege oblag und obliegt der sozialversicherungsrechtlichen Logik folgend auf Bundesebene seit 1994 dem für die Pflegeversicherung (SGB XI) zuständigen Bundesressort – zunächst BMA(S), dann BMG. Infolge der Loslösung der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit aus dem System des sozialräumlich und kommunal verorteten Systems der Sozialhilfe nach dem SGB XII in ein dem Krankenversicherungsrecht nachgebildeten System für die Langzeitpflege ist die sozialräumliche Ausrichtung der Pflegepolitik zunehmend aus dem Blickfeld der handelnden Akteure geraten. Dies gilt umso mehr, als in dieser Zeit ein starker Konzentrations- und Rationalisierungsprozess im Bereich der Krankenkassenarten stattgefunden hat. Auch hat die Wettbewerbs- und Marktlogik die Infrastrukturentwicklung aus einer kommunal (mit) verantworteten Planungszuständigkeit genommen. Ohne die Revitalisierung der sozialräumlichen Ausrichtung der Pflege, mit anderen Worten einer konsequenten Einbeziehung der Kommunen (insbesondere der Landkreise und kreisfreien Städte) als maßgebliche Träger der Daseinsvorsorge samt den zivilgesellschaftlichen Akteuren vor Ort, wird

jede Reform Stückwerk bleiben. Dazu müssen die Kommunen im Konzept der SPV verbindlich vorgesehen und von den Ländern – unter Beachtung des verfassungsrechtlichen Grundsatzes der Konnexität – befähigt werden und sich zugleich dieser – übertragenen – Aufgabe stellen.

Mit dem Papier Strukturreform Pflege und Teilhabe III melden sich die Autor:innen erneut (Hoberg et al. 2013; Klie et al. 2021) im Zusammenhang mit dem Start einer neuen Legislaturperiode zu Wort, um aus ihrer Sicht notwendige Impulse für die aktuelle Pflegepolitik zu geben. Das im Wesentlichen in 14 Thesen strukturierte Papier ist das Ergebnis eines langen Diskussionsprozesses – nicht nur unter den Autor:innen, sondern auch mit zahlreichen relevanten Akteuren der Gesundheits-, Pflege- und Teilhabepolitiken – auf allen staatlichen Ebenen, in Verbänden, dem parlamentarischen Raum und der Wissenschaft.

In Anknüpfung an verschiedene Reformvorschläge, namentlich des Sachverständigenrates Gesundheit und Pflege, der Friedrich-Ebert-Stiftung, des AOK-Bundesverbandes, des BKK-Dachverbandes, der vdek-Mitgliederversammlung sowie weiterer Kassen und pflegepolitischer Akteure folgen, die nachfolgenden Thesen einem pflegepolitischen Zielbild.

Die formulierten Reformbausteine zeigen konkrete Umsetzungsoptionen für den Gesetzgeber in der 21. Legislaturperiode auf. Das Anliegen dieses Papiers ist es, fachlich fundierte Impulse für die notwendige gesellschaftliche Debatte über eine realistische, zukunftssteife Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung in Deutschland zu geben, die vor einer neuen Qualität von Herausforderungen steht, die mit den bisherigen Strategien der deutschen Pflegepolitik nicht mehr beantwortet werden können.

Einführung

Der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1994 ging eine zwanzigjährige Diskussion voraus, die wesentlich vom KDA initiiert und begleitet wurde.² Seit dieser Zeit ist das SGB XI über 90-mal geändert worden – in kleinen und größeren Pflegereformen. Im Kern sollte mit der Pflegeversicherung – wie dargelegt – das Lebensrisiko „Pflegebedürftigkeit“ eigenständig abgesichert und damit ein Beitrag geleistet werden, die mit der Pflege verbundenen Belastungen zu mildern. Ziel war es auch zu bewirken, dass die überwiegende Zahl von Pflegebedürftigen nicht mehr auf Hilfe zur Pflege angewiesen ist. Überdies sollte sie zum Aufbau und zur Vorphaltung einer leistungsfähigen Pflegeinfrastruktur beitragen und die Qualität der Pflegeleistungen sowie die Anerkennung der Pflegeberufe fördern. Die Pflegeversicherung als fünfte Säule der deutschen Sozialversicherung war und bleibt ein Meilenstein der bundesdeutschen Sozialpolitik. In der kurz nach der Wiedervereinigung politisch und ökonomisch komplizierten Situation zeigte die seinerzeitige konservativ-liberale Koalition unter Helmut Kohl sozialpolitisches Profil und nutzte ein politisch günstiges Zeitfenster zur Verabschiedung des SGB XI.

Angesichts der seit längerem politisch fragilen Situation im Mehrebenensystem der Bundesrepublik Deutschland, des zunehmend kurzfristig angelegten sozialpolitischen Agierens der jeweiligen Bundesregierungen und der sie tragenden Parteien sowie der Erfahrungen mit der Umsetzung anderer grundsätzlicher Reformvorhaben, z. B. der Kindergrundsicherung oder zur Absicherung der Renten, erscheint es mehr als fraglich, ob eine grundlegende Reform der Pflege realistischerweise in **einem** Schritt erfolgen kann. Umso essenzieller ist es daher, dass ein Narrativ von der zukünftigen pflegerischen Versorgung in Deutschland entwickelt wird, dessen gesellschaftliche Akzeptanz und realistische Umsetzbarkeit Gewähr dafür bietet, dass die politischen Akteure bei konsequenter Verfolgung in mehreren Stufen, d. h. Legislaturperioden, auch seine vollständige Umsetzung erreichen.

Denn in den Augen der Bevölkerung gehört das Thema pflegerische (wie auch gesundheitliche) Versorgung zu den wichtigsten gesellschaftlichen und po-

2 Die Autor:innen sind Kurator:innen des KDA.

litischen Herausforderungen unserer Zeit. Wie das Institut für Demoskopie Allensbach herausarbeitet, hat die Bevölkerung dabei einen recht realistischen Blick auf die Zukunft der Pflege (Haumann 2024):

- Man wird nicht in gleicher Weise wie heute auf – professionelle – Unterstützung zählen können.
- Die Kosten werden steigen.
- Die Fragen der zukünftigen Finanzierung der Sicherung der Pflege insgesamt, nicht nur der Finanzierung der Langzeitpflege durch die SPV, sondern ebenso die von den Versicherten und ihren Angehörigen aufgebrachten Mittel bzw. die Opportunitätskosten, die durch Verzicht auf Erwerbsarbeit entstehen, um Pflegeverantwortung zu übernehmen, sind ungeklärt.
- Die Verfügbarkeit von Einrichtungen und Diensten wird – in jedem Fall gemessen am Bedarf – zurückgehen.
- Das deutsche Pflegesystem ist kompliziert und kaum verständlich und durch starre Sektorengrenzen geprägt.

Daraus folgt: Der überwiegende Teil der Bevölkerung sieht einen grundlegenden Reformbedarf für die Pflegesicherung. Der Reformbedarf ergibt sich insbesondere aus den demografischen Transformationen, die sich in dreierlei Hinsicht auswirken:

- Insbesondere ab 2035 eine verstärkte Zunahme auf Pflege angewiesener Menschen,
- bereits ab 2029 Rückgang des verfügbaren Personals für die Aufgaben der Pflege und Sorge,
- kurz-, mittel- und langfristige Finanzierungsgaps in einem umlagefinanzierten System.

Aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger muss eine Reform der pflegerischen (wie auch gesundheitlichen) Versorgung konkret, solidarisch, gerecht und realistisch sein. Partei- bzw. Politikprogramme, die sich einem unsentimentalen Blick auf die tatsächlichen Bedingungen der Pflege in allen Facetten verweigern, werden nur zu weiteren Frustrationen führen und das erodierende Systemvertrauen der Bevölkerung in die Lösungskompetenz des Staates zusätzlich befördern.

Zielbild

Ein **Zielbild der pflegerischen Versorgung und Unterstützung in Deutschland** hat sich an den konkreten Bedürfnissen und Lebenslagen der pflegebedürftigen Menschen wie auch der in der Pflege tätigen Menschen – sei es professionell, aus familiären oder sozialen Zusammenhängen oder sei es bürgerschaftlich – auszurichten und folgende Zielvorgaben zu verfolgen:

1. Jeder pflegebedürftige Mensch hat einen Anspruch auf kompetente, persönliche, umfassende Beratung, die sich konkret an seinen Bedarfen und Bedürfnissen, seiner Lebenssituation und seinem sozialen Umfeld ausrichtet.
2. Im Rahmen der Beratung ist mit dem pflegebedürftigen Menschen ein konkretes, realistisches und seinen Präferenzen entsprechendes Unterstützungs- bzw. Versorgungsangebot zu erarbeiten.
3. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind (auch) digital, einfach und barrierefrei zu beantragen und können von dem pflegebedürftigen Menschen möglichst flexibel eingesetzt werden. Das Leistungs- und Vertragsrecht der Pflegeversicherung ist nicht nach den Strukturen der Leistungserbringenden, sondern nach den Bedarfslagen der Versicherten auszurichten.
4. Jeder pflegebedürftige Mensch hat im Bedarfsfall einen Anspruch auf fachpflegerische Begleitung durch eine Pflegefachperson (fachpflegerische Begleitung).
5. Pflegefachpersonen handeln entsprechend ihrer Qualifikation eigenverantwortlich und verantworten im Rahmen ihnen berufsrechtlich übertragener Vorbehaltsaufgaben den Pflegeprozess, auch im interdisziplinären Zusammenwirken mit anderen Gesundheitsberufen.
6. Pflegenden An- und Zugehörige erhalten entlastende Angebote der Betreuung und Entlastung sowie der sozialen Absicherung.

7. Dienste, Einrichtungen und Träger der pflegerischen Versorgung – wie Pflegekassen und Sozialhilfeträger – sowie Aufsichtsbehörden werden von dysfunktionalen Kontrollen und Dokumentationen entlastet, nach dem Motto: „von einer Misstrauens- hin zu einer Vertrauenskultur“. Dort, wo staatliche Aufsicht bei „schwarzen Schafen“, die ihrer fachlichen und menschenrechtlichen Verantwortung nicht nachkommen, zum Schutz der Pflegebedürftigen unverzichtbar ist, wird sie effizienter organisiert und umgesetzt. Ansonsten unterstützen bundesweit einheitliche digitale Applikationen das Pflegepersonal, die Dienste, Einrichtungen und Träger wie Pflegekassen in einfacher und sinnvoller Weise.

8. Angebote der pflegerischen Versorgung haben sich an die lokalen Gegebenheiten anzupassen und öffnen sich dem Quartier, dem Kiez, dem Dorf, dem Sozialraum. Sie sind mit Angeboten der gesundheitlichen, sozialen und palliativen Versorgung vernetzt.

9. Kommunen koordinieren gemeinsam und partnerschaftlich mit den Pflegekassen sowie den weiteren Akteuren der pflegerischen Versorgung die Angebote der pflegerischen Versorgung und Sorgestrukturen in der Region bzw. Gemeinde.

10. Die Art und Weise der pflegerischen Versorgung und sie begleitender Sorgearbeit wird im Quartier, im Dorf, im Kiez, in der Gemeinde, d. h. von und mit den Menschen vor Ort, beraten und (mit-)gestaltet und verantwortet.

Eine ganze Reihe von Entwicklungen im Gesundheitswesen und der Pflege können, wenn sie aufeinander bezogen werden, einen Beitrag dazu leisten, dass die pflegerische Versorgung diesem Zielbild folgend gelingen kann. Dazu gehören:

- **Sektorenübergreifende Versorgung:** Das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem ist von vielfältigen Sektorengrenzen und Schnittstellen geprägt, die einer Effizienz des Gesamtsystems im Wege stehen. In der partiellen Überwindung der Sektorengrenzen respektive in dem Management von Schnittstellen liegt eine der wichtigen

Effizienzreserven des deutschen Gesundheits- und Pflegesystems; Care- und Case-Management-basierte Arbeitsansätze spielen hier eine zentrale Rolle.

- **Die Eigenverantwortung der Pflege:** Mit der generalistischen Pflegeausbildung, einem Set von bundesweit einheitlich ausgerichteten Weiterbildungen und der Akademisierung der Pflege können Pflegefachpersonen einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung leisten, wenn man sie in ihrer Professionalität stärkt, ihnen eigenverantwortliche Aufgabenfelder – auch in der Heilkundeausübung resp. Therapieprozessverantwortung – zuweist und ihren Einsatz so gestaltet, dass sie im Wesentlichen ihre ihnen berufsrechtlich übertragenen Verantwortungsrollen in der Pflege wahrnehmen können. Das gilt für alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung, von der klinischen über die ambulante bis hin zur vollstationären Langzeitversorgung.
- **Digitalisierung:** Die Digitalisierung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung birgt große Potenziale, sowohl im Monitoring als auch in der Beratung, in edukativer Hinsicht und in der alltäglichen Begleitung. TTelemedizin und Telepflege können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, auf Pflege angewiesene Menschen fachlich und kommunikativ zu begleiten. Die Digitalisierung ersetzt niemals den unmittelbaren, persönlichen und auch leiblichen Kontakt. Sie kann und sie wird aber einen wichtigen unterstützenden und entlastenden Beitrag zur Sicherung der Pflege leisten.
- **Planungs-, Sicherstellungs- und Steuerungsverantwortung:** Um gleichwertige Lebensbedingungen in Deutschland in der pflegerischen Versorgung zu gewährleisten, kann nicht (mehr), wie von dem Pflegeversicherungsgesetz vorausgesetzt, allein auf den Markt gesetzt werden. Es bedarf angesichts der Knappheit an Einrichtungen und Diensten verbindlicher Planungsinstrumente und -kompetenzen. Sie bedürfen einer verlässlichen, die regionalen Gegebenheiten abbildende Datengrundlage – unter Nutzung digitaler Formate, soweit möglich unter Einbeziehung von KI. Zu den Planungsinstrumenten gehören verbindliche Vorgaben für die Infrastrukturentwicklung, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und

Steuerungsfunktionen (Lotsen) im Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens und der Langzeitpflege.

- **Zivilgesellschaft und gesellschaftliche Verantwortung:** In der Vergangenheit konnte man und hat man darauf gesetzt, dass Pflegeaufgaben in meist traditionellen Formen und Rollen familiären oder partnerschaftlichen Zusammenlebens wahrgenommen werden. Angesichts der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen – Singularisierung, Pluralisierung – wird man in der Zukunft wesentlich aktiver dafür Sorge tragen müssen, dass die Voraussetzungen für die Übernahme von Pflege- und Sorgeaufgaben in der Gesellschaft erhalten bleiben beziehungsweise neu geschaffen werden (aktive Subsidiaritätsförderung). Die Gesellschaft im Kleinen ist gefragt. Gemeinsam mit einer aktiven Zivilgesellschaft kann sie einen wesentlichen Beitrag zu modernen Formen von Subsidiarität leisten (Evers et al. 2011), in der „jeder das ihm Gemäße zur Gestaltung einer Gesamtaufgabe“, nämlich der Sorge und Pflege, beiträgt. Dies gelingt nicht allein in Partnerschaften und Familien. Auch die formellen Dienste müssen sich in den Dienst einer subsidiären Gestaltung von Pflege- und Sorgeaufgaben stellen und dürfen nicht allein unter klassischen Marktprinzipien und betrieblichen bzw. kommerziellen Anreizstrukturen betrieben und finanziert werden.
- **Governance:** Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Auch die Bevölkerung in Deutschland sieht: Die Bedingungen der Pflege entscheiden sich ganz wesentlich vor Ort. So wird es, sollen Pflege und Sorge sowie die gesundheitliche Versorgung vor Ort gewährleistet werden und gelingen, darauf ankommen, dass im Sinne einer Good Governance die maßgeblichen Akteure vor Ort zusammenarbeiten und die Voraussetzungen für die Gewährleistung der Pflege und Sorge leisten. Dabei wird im Sinne der Demokratisierung von Sorge- und Pflegeaufgaben die regionale und örtliche Bevölkerung in das Ringen um Bedingungen guten Lebens für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und ihrer An- und Zugehörigen einzubeziehen sein.

Abbildung 1: Zielbild (eigene Darstellung)



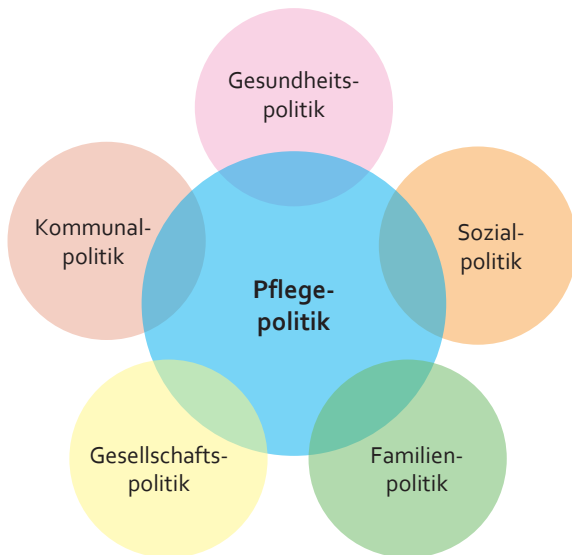
An diesem Set von Bausteinen für eine zukunftssichere Gestaltung von Sorge- und Pflegeaufgaben orientieren sich die nachfolgend vorgestellten Bausteine der Strukturreform Pflege und Teilhabe III. Die Teilhabedimension wird auch in diesem Papier wieder besonders hervorgehoben: Es geht nicht allein um die Sicherstellung einer i. e. S. fachpflegerischen Versorgung, es geht im Kern um die Sicherung gesellschaftlicher Teilhabe für auf Pflege angewiesene Menschen – in den Dimensionen sozialer Zugehörigkeit, die ihnen essenziell bedeutsam ist. Sie wird nicht zuletzt durch die Einlösung gesellschaftlicher Solidarität und Mit-Sorge gesichert.

I. Thesen

These 1:

Pflegepolitik ist sowohl Gesellschafts- und Familienpolitik als auch Gesundheitspolitik

Abbildung 2: Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik
(eigene Darstellung)



In § 8 SGB XI kommt ein Verständnis von Pflege zum Ausdruck, das sie als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe versteht. Empirisch betrachtet werden die meisten im Zusammenhang mit „Pflegebedürftigkeit“ auftretenden Bedarfe und Bedürfnisse von An- und Zugehörigen und aus informellen Netzwerken (Nachbarschaften, Freundeskreise, Vereinen, Religionsgemeinschaften) beantwortet. Die Bereitschaft ist in allen Bevölkerungsgruppen hoch, Solidarität im Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit auch in Zukunft zu leben (Haumann 2024). Daher muss eine Pflegepolitik, die sich (auch) als Gesellschafts- und Familienpolitik versteht, die Bedingungen, unter denen Sorgearbeiten übernommen werden können, stärker und eigenständig zum Thema machen.

Im Sinne eines modernen Subsidiaritätsverständnisses trägt der Staat dafür Verantwortung, die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Übernahme von Sorgearbeiten mit zu bedenken und zu verantworten. Die Inanspruchnahme insbesondere kollektiver Versorgungsformen hängt oftmals mehr mit der sozialen Einbindung und den tragenden Netzwerken zusammen als mit somatischen oder mentalen Einschränkungen, die zu Pfl-

gebedürftigkeit führen. Insofern ist eine zukunftsorientierte Pflegepolitik im Kern (auch und gerade) Familien- und Gesellschaftspolitik. Insbesondere im häuslichen Bereich wird sie flankiert durch professionelle Unterstützung, der eine unterstützende Funktion zukommt oder zukommen sollte. Die eher gesundheitspolitisch zu verortende Ergänzungs- und Unterstützungsfunktion der professionellen Pflege ist in den Vordergrund zu stellen.

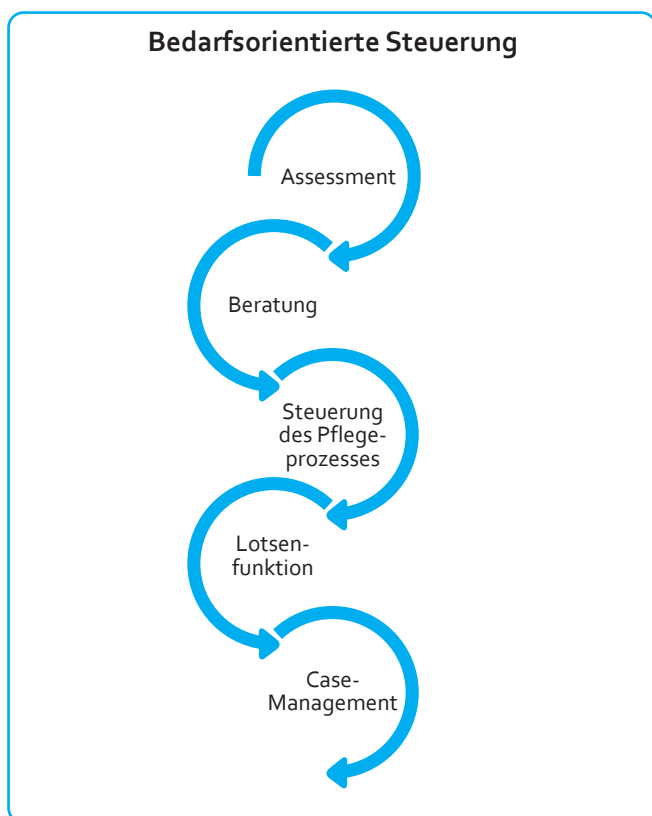
Reformbausteine:

- Ein Politikfeld-übergreifendes Verständnis von Pflegepolitik hat sich auf allen staatlichen Ebenen abzubilden.
- Auf der Bundesebene braucht es eine ressortübergreifende Koordinierung, nach Möglichkeit verankert im Bundeskanzleramt.
- Auf Landesebene gilt es, ressortübergreifend unter Einbeziehung der Verantwortung für die soziale Infrastruktur und deren Finanzierung sowie für die systematische Stärkung der Zivilgesellschaft, entsprechende Koordinierungsstrukturen zu schaffen, die mit der kommunalen Selbstverwaltung verbunden werden.
- Auf der kommunalen und gemeindlichen Ebene ist die Pflegepolitik als Teil der Daseinsvorsorge zu verstehen und gemeinsam mit zivilgesellschaftlichen Akteuren auszugestalten.
- Die Pflege- und Krankenkassen leisten ihren Beitrag zur Sicherstellung der professionellen Begleitung und Versorgung.

These 2:

Zugang zum Leistungssystem über eine bedarfsorientierte Steuerung

Abbildung 3: Integrierte Assessment-, Beratungs- und Steuerungsfunktionen (eigene Darstellung)



Die demografische Transformation erfordert in der Pflege – und darüber hinaus – einen bedarfsgerechten und effizienten Einsatz der jeweils zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen. Auch die Ressourcen des familiären und sozialen Umfeldes von pflegebedürftigen Menschen sind in ihren Potenzialen und Limitationen nicht schlicht vorauszusetzen, sondern realistisch und hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit einzuschätzen. Dies setzen entsprechende Allokationsentscheidungen und eine optimale Navigation der Pflegebedürftigen und ihres familiären und sozialen Umfeldes voraus.

Um dies **bei** Eintritt in das pflegerische Versorgungssystem zu gewährleisten und damit eine Reduzierung der (oftmals ineffektiven und schnell überfordernden) Selbstnavigation der Betroffenen zu erreichen, ist den pflegebedürftigen Menschen und ihren An- und Zugehörigen leistungsberechtigt ein umfassender Assessment- und Beratungsanspruch aus einer Hand einzuräumen. Zudem wer-

den pflegebedürftige Menschen, die ausschließlich informelle Pflege durch An- und Zugehörige usw. erfahren, leistungsberechtigt durch eine pflegefachliche Begleitung unterstützt. In prekären Versorgungssituationen steht ihnen ein erweitertes Case-Management zur Verfügung. Auf diese Weise soll eine fachlich verantwortbare, menschenrechtlich fundierte und solidarische Unterstützung und Pflege sichergestellt werden.

Zur Umsetzung dieses Steuerungs- und Beratungsanspruches ist eine entsprechende, gemeindenähe Beratungsstruktur gemeinsam von Kassen, Medizinischem Dienst (MD) und Kommunen aufzubauen bzw. auszurollen. Die Begutachtungsaufgaben des MD sind konsequenter als bislang in Beratungszusammenhänge einzubeziehen und für sie zu nutzen. Pflegefachliche wie auch sozialräumliche und assistierende Angebote sind optimal miteinander im Sinne einer umfassenden Beratung aus einer Hand zu verknüpfen. Um ein Zusammenspiel von Kassen, MD und Kommunen sicherzustellen, braucht es entsprechende Strukturen. Pflegestützpunkte können eine entsprechende und gegenüber dem Status quo erweiterte Agentur sein und die Koordinierungsfunktion übernehmen. Dabei kann auf Netzwerke und Strukturen wie Pflegenetzwerke, Familienberatung, Gesundheitskioske u. Ä. zurückgegriffen werden. In einem weiteren Schritt sind flächendeckende professionelle Strukturen durch die Weiterentwicklung von „Pflegestützpunkten plus“ oder die Etablierung von Pflege- und Gesundheitskompetenzzentren als (verpflichtende) Zugangsorte zu etablieren. Ergänzend können dort tätige Pflegefachpersonen als verbindliche Zugangskordinatoren für komplexe Konstellationen ein Fallmanagement (Case-Management) veranlassen.

Aufgaben der Einschätzung des Pflegebedarfes und einer Festlegung der geeigneten Pflegemaßnahmen liegen berufsrechtlich in der Verantwortung von Pflegefachpersonen; leistungsberechtigt ist diese Verantwortung des Pflegefachpersonals in den Sozialgesetzbüchern noch nachzuzeichnen. Zur Sicherstellung des notwendigen Personalbedarfes sind Pflegepersonalressourcen der Medizinischen Dienste zu nutzen. Im Rahmen einer Optimierung des Begutachtungswesens mittels der Möglichkeiten von künstlicher Intelligenz (KI) können diese im MD für alle Beteiligten risikosensibel erschlossen werden.

Zur Optimierung der bedarfsgerechten Steuerung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen

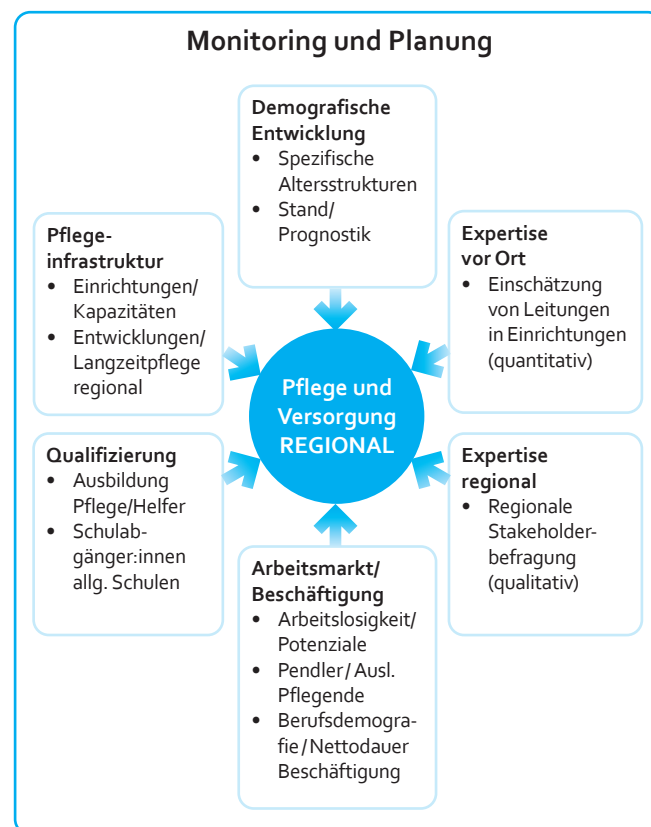
und Patienten:innen (Patientenlotsung) sind im Bereich der medizinischen ambulanten wie akut-stationären Versorgung und im Bereich der Notfallversorgung deren Interessen stärker als bisher im System einer sektorenübergreifenden, kohärenten sozialen, pflegerischen und medizinischen Versorgung zu berücksichtigen.

Reformbausteine:

- Pflegebedürftige Menschen erhalten einen umfassenden Assessment- und Beratungsanspruch und werden durch eine pflegefachliche Begleitung unterstützt.
- Die pflegefachliche Begleitung sowie die sozialräumlichen und assistierenden Angebote sind im Sinne einer „Beratung aus einer Hand“ zu verzahnen und durch gemeindenahe Beratungsstrukturen von Kassen, Medizinischen Diensten und Kommunen zu gewährleisten.
- Pflegefachpersonen kommt eine erweiterte Rolle im Zugang und in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen zu. Dazu gehört auch, ihre Verantwortung der Pflegeprozesssteuerung wie auch ihre Ausübung von Heilkunde resp. ihre Übernahme von Therapieprozessverantwortung leistungsrerechtlich in den Sozialversicherungsgesetzbüchern V und XI (Recht der GKV und der SPV) nachzuzeichnen.
- Für eine bedarfsorientierte Steuerung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und Patientinnen und Patienten sind ihre Belange bei der medizinischen ambulanten und der akut-stationären Versorgung wie auch der Notfallversorgung zu berücksichtigen.

These 3: Pflege braucht kommunal verankerte Pflege- und Sorgestrukturplanung

Abbildung 4: Monitoring und Planung



Der Gesetzgeber hat die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Infrastruktur im Wesentlichen dem Markt überlassen, in der Annahme, dass über den marktüblichen Mechanismus von Angebot und Nachfrage eine flächendeckende Versorgungssicherheit gewährleistet werden kann – mit einer durch die Leistungsträger verantworteten Qualitätssicherung. Nicht zuletzt durch den sich zuspitzenden Fach- und Arbeitskräfteengpass ist der Pflegemarkt zumindest nicht mehr vollständig und überall in der Lage, für gleichwertige Lebensbedingungen in der Pflege gewährleistende Infrastruktur Sorge zu tragen. Über-, Fehl- und Unterversorgungen – regional und zielgruppenbezogen – muss ein gewährleistender Sozialstaat gestaltend begegnen. Insofern ist in doppelter Hinsicht eine Bedarfslenkung zumindest dort erforderlich, wo die unabweisbaren Bedarfe nach pflegerischer Begleitung und Versorgung regional und zielgruppenspezifisch nicht mehr sichergestellt sind.

Doppelt gemeint:

- Auf der Ebene des Einzelfalls bedarf es einer bedarfsorientierten Steuerung, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten (vgl. These 2).
- Auf der „Systemebene“ ist eine datengestützte und partizipativ ausgerichtete Planung für „Sorgeinfrastrukturen“ und die pflegefachlichen „Begleitungen“ erforderlich.

Anders als im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung fehlt es in der Langzeitpflege an einer Verpflichtung zu einer bedarfsorientierten Infrastruktursteuerung. Für Sorgestrukturen im Sinne von Caring Communities besitzt die Kommune im Rahmen der Daseinsvorsorge – vor allem auf gemeindlicher Ebene – gemeinsam mit der Zivilgesellschaft die größten Gestaltungsmöglichkeiten. Ihre diesbezügliche Verantwortung sollte sie konsequent wahrnehmen.

Dabei sind auch die Zuständigkeiten und Abläufe zwischen Pflegekassen, landesrechtlich geregelter (Heim-)Aufsicht und der gemeindlichen Ebene im Rahmen der Daseinsvorsorge³ im Falle plötzlich wegfallender stationärer oder ambulanter Versorgungsangebote zu präzisieren (vgl. dazu: Kirstein und Schwanenflügel 2023, 602).

Reformbausteine:

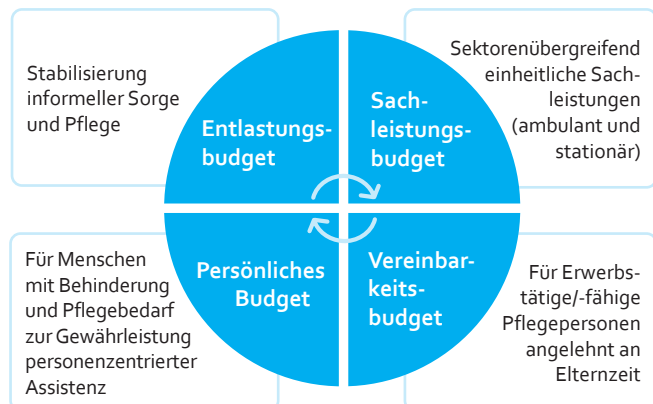
- Im Rahmen einer Anpassung des Grundgesetzes wäre dem Bund eine Gesetzgebungskompetenz für Regelungen einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten fachpflegerischen Infrastruktur in Artikel 74 Ziff. 19b GG einzuräumen.
- Im Rahmen einer Strukturreform des SGB XI ist der Kontrahierungszwang nach § 72 SGB XI einzuschränken bzw. aufzuheben. Die kassenrechtliche Zulassung wäre z. B. an eine gemeinsam von Kommunen und Pflegekassen erfolgte Bedarfsbestätigung zu binden.
- Die Länder sind durch eine entsprechende Anpassung von § 9 SGB XI zu einer kommunalen Infrastrukturplanung im Bereich der pflegerischen Versorgung zu verpflichten.
- Zugleich wären entsprechende Regelungen (Verpflichtung der Kommunen) zur Umsetzung in den Pflegegesetzen der Länder unter Beachtung des Konnexitätsgrundsatzes zu erlassen.
- Die Planungsverpflichtung von Ländern und Kommunen hat sich nicht alleine auf eine bedarfsgerechte Versorgung mit entsprechenden Versorgungsinfrastrukturen zu beziehen, sondern im Sinne einer integrierten Sozial- und Pflegeplanung auch auf die Sorgestrukturen und für die Lebenslage auf Pflege angewiesener Menschen maßgeblichen Lebensbedingungen wie Wohnen, Mobilität, Alltagsversorgung, Begegnungsräume und digitale Teilhabeoptionen.

³ Vermeidung von Obdachlosigkeit als Aufgabe der gefahrenabwehrenden Daseinsvorsorge.

These 4:

Leistungsansprüche müssen sich an den Bedarfslagen ausrichten

Abbildung 5: Vier Budgets (eigene Darstellung)



Die Pflegeversicherung geht heute von einer deutlichen Trennung von ambulanter und stationärer Pflege aus und knüpft hieran unterschiedliche Leistungsansprüche der pflegebedürftigen Menschen. Das damit verbundene sehr ausdifferenzierte Leistungsrecht erschwert eine passgenaue und individualisierte Gestaltung des Pflegesettings und macht die tatsächliche Inanspruchnahme abhängig davon, ob es auch ein entsprechendes Versorgungsangebot gibt. Darüber hinaus haben sich als Folge des sozialpolitischen Postulats „ambulant vor stationär“ und des damit verbundenen leistungsrechtlichen Sonderstatus im Pflegeversicherungsrecht vielfältige Angebotsstrukturen entwickelt, die sich nicht mehr nach ambulant und stationär, zumindest mit Augenmerk auf die Gestaltung des Versorgungssettings und auf die Versorgungsrealität von Pflegenden und zu Pflegenden, klassifizieren lassen. Die unterschiedlichen Zuschüsse und Leistungen der Pflegeversicherung sind in Anbetracht der Versorgungsähnlichkeiten und fehlender konsistenter Abgrenzungsmaßstäbe fachlich nicht mehr zu rechtfertigen. Die Ansprüche der pflegebedürftigen Menschen müssen sich danach ausrichten, dass diesen eine selbstständige, teilhabeorientierte und autonome Lebensführung sowie eine größtmögliche Flexibilität bei der Gestaltung ihrer Versorgungssettings für die Verwirklichung ihrer individuellen Ziele und Bedürfnisse ermöglicht wird. Der Leistungsanspruch muss daher unabhängig vom Lebensort bestimmt werden.

Zur Flexibilisierung des Leistungsrechts sowie zur Stärkung der Personenzentrierung, Selbstbestim-

mung und -verantwortung werden die bisherigen Leistungsansprüche unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Setting), aber abhängig vom Pflegegrad, zu Budgets zusammengefasst. Dadurch werden individuelle Versorgungslösungen besser möglich, die An- und Zugehörige entlasten und die Ressourcen effizienter einsetzen:

- Das Vereinbarkeitsbudget und das Entlastungsbudget stehen für die ausschließlich informelle Pflege zur Verfügung. Um der Bedeutung der informell Pflegenden für die Versorgung gerecht werden zu können, wird das Vereinbarkeitsbudget als steuerfinanzierter Nachteilsausgleich für die Übernahme von Pflegeverantwortung durch erwerbstätige Angehörige festgelegt.
- Das Entlastungsbudget kann für die familiäre, nachbarschaftliche und sonstige ehrenamtliche Pflege und Unterstützung sowie bei Verhinderung der Pflegeperson eingesetzt werden (Geldleistung zur Sicherstellung der Pflege mit niedrigschwelligen resp. informellen Unterstützungsstrukturen – einschließlich des Pflegegeldes). Dies entspräche auch den Forderungen der „Eurocarers“ zur Stärkung der Stellung und der Rechte pflegender Angehöriger.
- Beim Sachleistungsbudget handelt es sich um einen Sachleistungsbetrag für die Inanspruchnahme der Leistungen von **zugelassenen** Pflegeeinrichtungen (ambulante und vollstationäre Pflegeeinrichtungen und/oder Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen, Präsenzpersonal).
- Für Menschen mit Behinderung, die im Leistungsbezug von Leistungen des SGB IX und XII stehen, kann das persönliche Pflegebudget als Leistungsform um Sachleistungen des SGB XI erweitert werden (sog. „Integriertes persönliches Budget“ (Klie und Siebert 2011)).
- Für ausgewählte, besonders förderungswürdige Leistungen der Pflegeversicherung sollen die pflegebedingten Aufwendungen umfassend finanziert werden. Dazu werden diese drei Ansprüche um einen Leistungsanspruch auf fachpflegerische Begleitung (Pflegeprozesssteuerung, vgl. These 5) sowie einen Anspruch auf präventiv ausgerichtete ressourcenorientierte, pflegerisch-therapeutische Versorgung, die der Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der größtmöglichen Selbstständigkeit des pflege-

bedürftigen Menschen in einem weitestgehend selbstbestimmten Alltag zum Ziel hat, erweitert. Dies folgt dem Prinzip „Prävention vor Rehabilitation, Rehabilitation vor Pflege“.

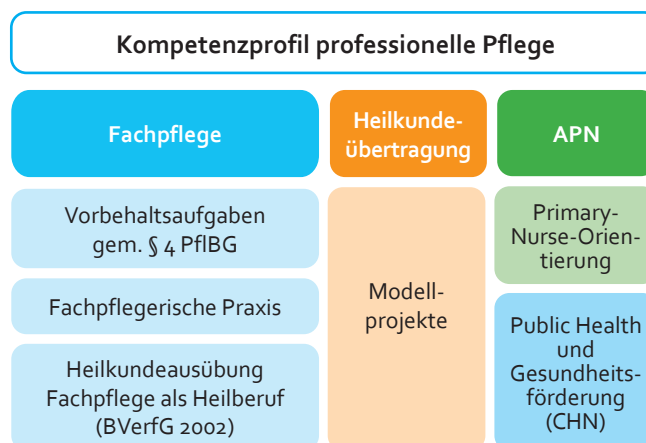
Reformbausteine:

Das Leistungsrecht des SGB XI wird vereinfacht und zur Flexibilisierung der Inanspruchnahme die bisherigen Leistungsansprüche zu Budgets zusammengefasst und um besonders förderungswürdige Leistungen wie folgt erweitert:

- Das Vereinbarkeitsbudget richtet sich an informell Pflegende, die der Erwerbstätigkeit nachgehen oder nachgehen können, stärkt ihre Beteiligung am Arbeitsmarkt und kompensiert (auf Zeit) Einkommensausfälle und wird steuerfinanziert.
- Ein Entlastungsbudget (Zusammenfassung von Pflegegeld, Entlastungsleistungen, Verhinderungspflege etc. pp.).
- Ein Sachleistungsbudget (einheitlicher Sachleistungsbetrag ambulant und stationär, in der Höhe abhängig vom Pflegegrad).
- Zur Stärkung der Autonomie wird flankierend ein Anspruch auf fachpflegerische Begleitung arrangementunabhängig etabliert.
- Zur Stärkung der Prävention wird flankierend ein Anspruch auf präventiv ausgerichtete ressourcenorientierte, pflegerisch-therapeutische Versorgung ergänzend aufgenommen.
- Das persönliche Pflegebudget für Menschen mit Behinderung, die im Leistungsbezug des SGB IX und/oder SGB XII stehen, wird als autonomiesichernde Leistungsform (über die Vorgaben des § 29 SGB IX, § 63 Abs. 3 SGB XII) erweitert.

These 5: Fachpflegerische Begleitung sicherstellen

Abbildung 6: Profil professioneller Pflege
(eigene Darstellung)



Die Pflegeversicherung ist als Teilleistung konzipiert. Das ist, soweit es sich um die Totalität der Bedarfe im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit handelt, auch richtig. Ähnlich wie in der medizinischen Versorgung ist es aber unverantwortlich, die pflegfachliche Begleitung im Sinne der Vorbehaltsaufgaben des § 4 Pflegeberufegesetz als Teilleistung auszugestalten und damit in ihrer steuernden Wirkung und ihrer der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung und dem Gesundheitsschutz dienende Wirkung zu begrenzen und von haushaltsökonomischen Abwägungen abhängig zu machen. Insofern wird eine Pflegereform, die der Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Pflege Rechnung trägt, allen auf Pflege angewiesenen Menschen hinsichtlich der Pflegefachpersonen exklusiv obliegenden und nur von ihnen auszuübenden pflegfachlichen Aufgaben eine bedarfsdeckende Finanzierung ohne Eigenanteile garantieren. Das gilt nicht für die pflegerischen Tätigkeiten und die pflegerischen Interventionen, es sei denn, sie verlangen das Tätigwerden besonders qualifizierter Pflegefachpersonen zur Krankenbehandlung bzw. Heilkundeübernahme. Die Ausgestaltung der pflegfachlichen Begleitung ist settingabhängig gegebenenfalls unterschiedlich zu organisieren: Für selbst organisierte Pflegearrangements könnte die Aufgabe bei der Pflegeberatung der Pflegekassen, beim Medizinischen Dienst bzw. den Pflegestützpunkten liegen, bei Pflegearrangements mit kontinuierlicher Inanspruchnahme von beruflicher Hilfe

durch Pflegedienste und -einrichtungen bei sektorübergreifend ausgerichteten Diensten und Einrichtungen. Die Begutachtungsfunktion des Medizinischen Dienstes ist in diesem Zusammenhang in die Richtung Beratung der Pflegehaushalte und ggf. der Initiierung von Case-Management-Prozessen weiterzuentwickeln. Im Sinne der „subjektorientierten Qualitätssicherung“ (Klie und Büscher 2024) können die Medizinischen Dienste einen wesentlichen Beitrag zur Prävention, zum Erkennen und zur Vermeidung von Risikosituationen in der häuslichen Pflege übernehmen.

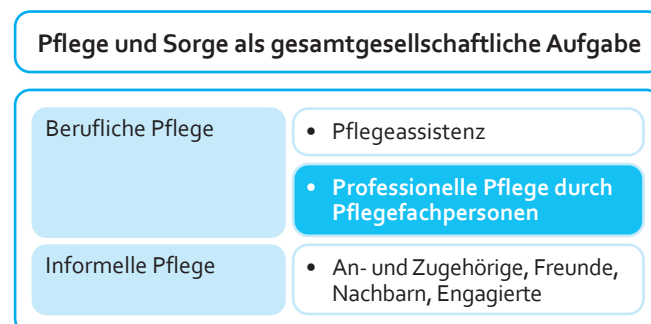
Reformbausteine:

- Das Aufgabenkonzept des Medizinischen Dienstes wird im Sinne der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in unterschiedlichen Pflegearrangements erweitert: Die pflegefachlichen Hinweise auf Möglichkeiten, Risiken und Notwendigkeiten der Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements werden systematisch für Begleitungs- und Beratungszusammenhänge nutzbar gemacht.
- Die bisher an unterschiedlichen Stellen und unterschiedlichen Rechtsansprüchen vorgesehenen Beratungs- und Begleitfunktionen für auf Pflege angewiesene Menschen werden in einem regional rückgebundenen Beratungsangebot (z. B. in Pflegestützpunkte) zusammengeführt.
- Auf regionaler Ebene wird eine Case-Management-basierte Arbeitsweise IT-gestützt implementiert. Case-Management im Sinne individuellen Fallmanagements für komplexe Pflegesituationen wird mit klaren Zugangskriterien verbindlich verankert.

These 6:

Kompetenzorientierter Einsatz von Pflegefachpersonen und Übertragung von Heilkunde

Abbildung 7: Pflege und Sorge
(eigene Darstellung)



Pflegefachpersonen werden mit dem Pflegeberufegesetz Vorbehaltsaufgaben übertragen, die ihre eigenständige Verantwortungsrolle berufsrechtlich bestätigen. Die Steuerung des Pflegeprozesses wurde gemäß § 4 Pflegeberufegesetz zu einem absolut wirkenden beruflichen Vorbehalt erklärt. Ein solcher Eingriff in die Berufsfreiheit aus Artikel 12 GG rechtfertigt sich aus der Einschätzung und Überlegung, dass die gesundheitliche Versorgung und der wirksame Gesundheitsschutz der Bevölkerung als hohes Verfassungsgut nur durch eine eigenständige Rolle der Pflege gewährleistet werden können. Die Vorbehaltsaufgaben sollen im Krankenversicherungsrecht leistungsrechtlich reflektiert und aufgenommen werden. Angesichts des schon bestehenden und künftig weitaus dramatischen drohenden Engpasses an Pflegefachpersonen wird es künftig noch mehr darauf ankommen, Pflegefachpersonen kompetenzorientiert so einzusetzen und ihnen entsprechende Verantwortungsrollen zuzuordnen, dass auch die gesundheitliche Versorgung aller auf Pflege angewiesenen Menschen so effizient wie möglich gewährleistet werden kann. Dies setzt eine konsequent kompetenzorientierte Aufgabenzuordnung zugunsten von Pflegefachpersonen voraus, die sich nicht mehr an Tätigkeiten und Verrichtungen orientiert. Dabei haben die Aufgaben der Pflegeprozessgestaltung und -steuerung im Vordergrund zu stehen. Diese beziehen sich zuvörderst auf die in § 14 SGB XI benannten pflegerischen Aufgabenfelder, abgestellt auf sechs relevante Lebensbereiche, die nicht nur für die Langzeitpflege, sondern für alle pflegerischen Tätigkeitsfelder den Kern pflegerischer Aufgaben beschreiben. Die Verantwortung

der Pflegefachpersonen liegt heute und zukünftig in der Verantwortung für die Pflegeprozesssteuerung und für die Delegation pflegerischer Aufgaben an Assistenzpersonen – seien es berufliche oder ehrenamtliche sowie informell Tätige.

Ein kompetenzorientierter und effizienter Einsatz von Pflegefachpersonen wird nur in einer sektorenübergreifenden Perspektive gelingen. Insofern sind die auf Institutionen hin ausgerichteten Vorgaben über Personaleinsatz und Kompetenzzuweisung zugunsten einer eigenverantwortlichen Tätigkeit von Pflegefachpersonen institutionenübergreifend zu überwinden.

Pflege ist ein Heilberuf. Pflegefachpersonen gestalten und verantworten gemeinsam mit anderen, an der Versorgung beteiligten Gesundheitsprofessionen einen diagnosebasierten, abgestimmten Pflege- und Therapieprozess. Mit dem Entwurf eines Pflegekompetenzgesetzes wurden zwei Weichenstellungen vorbereitet:

- die Vorbehaltsaufgaben werden im Leistungsrecht des Kranken- und Pflegeversicherungsrecht gesetzlich nachgezeichnet,
- die eigenständige und eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde sowie die Verordnung und Veranlassung von Leistungen im Sinne einer Therapieprozessverantwortung wird Pflegefachpersonen im Sinne „wer kann, der darf“ in enger Rückbindung an das jeweils erforderliche Kompetenz- und Qualifikationsniveau leistungs- und vertragsrechtlich in der gesetzlichen Krankenversicherung eröffnet.

In der „fallabschließenden“ **Behandlung** durch **Pflegefachpersonen** liegt ein wesentlicher Effizienzfaktor an der Schnittstelle der gesundheitlichen und langzeitpflegerischen Versorgung. Pflegefachpersonen sind nah am Menschen. Sie haben Zugang zur Lebenswelt der pflegebedürftigen und kranken Menschen. Und sie verfügen über heilkundliche Kompetenzen und sind in der Lage, nicht nur im Rahmen ihrer Durchführungsverantwortung einen Blasenkatheter zu wechseln oder eine Wunde zu versorgen, sondern auch Therapieentscheidung zu treffen. Diese Entscheidungen im Rahmen von Behandlungen können von Pflegefachpersonen mit entsprechenden Kompetenzen eigenverantwortlich übernommen werden – zur Vermeidung von nicht indizierten Krankenhauseinweisungen und aufwen-

digen und kostenintensiven Transporten durch den Rettungsdienst oder Krankenfahrten. Daher gehört zu einer umfassenden **Gesundheits- und Pflege-reform** auch die eigenverantwortliche Therapieprozessverantwortung durch Pflegefachpersonen.

Neben der Verantwortung für die Pflegeprozesssteuerung und die verantwortliche Wahrnehmung von Aufgaben der Heilkunde liegt eine weitere zentrale Kompetenz der Pflegefachpersonen im Bereich der Prävention und Edukation – und dies sowohl personen- als auch situations- und ortsbezogen. Das Konzept von Community Health Nurse (CHN) knüpft an die Kompetenz im Bereich Public Health und Prävention an und verknüpft – je nach konzeptioneller Schwerpunktsetzung – die vorher benannten Kompetenzbereiche mit der Verantwortung für die öffentliche Gesundheit in einer Region.

An diesen drei wesentlichen Kompetenzfeldern professioneller Pflege hat sich künftig das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht aber auch das Recht des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu orientieren.

Reformbausteine:

- An den drei folgenden wesentlichen Kompetenzfeldern von Pflegefachpersonen hat sich künftig das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wie auch das Recht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu orientieren:
 - Steuerung des Pflegeprozesses – i. W. bezogen auf die pflegerischen Aufgabenfelder in den sechs relevanten Lebensbereichen (§ 14 SGB XI)
 - Eigenverantwortliche, kooperative Wahrnehmung von Aufgaben der Heilkunde, einschließlich fallabschließender Begleitung
 - Public Health-orientierte, edukative, präventive und sozialraumbezogene Aufgaben

These 7: Die Bildungsarchitektur in der Pflege bedarf einer Neuordnung und eines zwischen Bund und Ländern abgestimmten Ziel- rahmens

Abbildung 8: Bildungsarchitektur
(eigene Darstellung)



Angesichts der dargelegten steigenden Anforderungen an Pflegefachpersonen bedarf es einer grundlegenden Weiterentwicklung der Bildungsarchitektur in der Pflege in Deutschland. Dabei sind insbesondere folgende Herausforderungen festzustellen und zu bewältigen:

- Die Bildungslandschaft der Pflege ist geprägt von einer unübersichtlichen und dysfunktionalen Ausgestaltung und Zuständigkeitsverteilung sowie berufs- und bildungspolitischen Vertretungsstrukturen.⁴
- Insbesondere gibt es eine heterogene Zuständigkeits- und Regelungslandschaft im Bereich der Pflegehilfs- bzw. Pflegeassistenzberufe mangels eines bundeseinheitlichen (Gesetzes-)Rahmens; dies gilt gleichermaßen für die Weiterbildung.
- Die Erstausbildungsstätten der Pflege (sog. Pflege-

geschulen) sind nicht in das System der beruflichen Bildung in Deutschland und in der Regel auch nicht in die schulgesetzlichen Regelungen der Länder eingebettet; somit liegen zum Beispiel keine bundeseinheitlichen berufspädagogischen Standards bezüglich der Lehrkräfte oder der zunehmend erforderlichen sozialpädagogischen Betreuung der Auszubildenden vor (vgl. Genz und Gahlen-Hoops 2024, S. 74 ff.).

- Hierdurch ist über Jahrzehnte eine Finanzierungsstruktur entstanden, die die Länder von ihrer verfassungsmäßigen Finanzierungsverantwortung in der (berufs)schulischen Ausbildung überwiegend entlastet und insoweit aus Beitragsmitteln der GKV und der SVP erfolgt.
- Für die Weiterbildung der Pflegeberufe bedarf es dringend bundeseinheitlich abgestimmter Weiterbildungsordnungen der Länder. Bisherige Vorgaben und landesrechtliche Sonderregelungen sind zu prüfen und ggf. in einer Gesamtkonzeption für die bundesweit abgestimmten Weiterbildungsordnungen mit aufzugreifen.
- Der quantitativ notwendige Ausbau hochschulischer Angebote in der Pflege stockt. Es fehlt bisher an einer Systematisierung der akademischen Weiterbildung bzw. Master-Pflegestudiengänge in Deutschland und klaren Profilen für die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Hochschulabsolvent:innen – bei der Ausbildung zum Bachelor of Nursing insbesondere auch in Abgrenzung zur primärschulischen Qualifizierung.
- Infolge dieses deutschen Sonderweges gibt es eine geringe Einbettung in die europäische und internationale Bildungsarchitektur in der Pflege; hierdurch bedingt ist eine Integration von Pflegefachpersonen insbesondere aus Drittstaaten in Deutschland mangels anerkannter Vergleichbarkeit der berufsrechtlichen Spielräume im Vergleich zu anderen Ländern zusätzlich erschwert.

Eine Bildungsarchitektur in der Pflege in Deutschland muss angesichts der anstehenden Herausfor-

⁴ Exemplarisch lässt sich dies an der Zusammensetzung der AG 1 Ausbildung der Konzierten Aktion Pflege von 2019–2023 (KAP) ablesen: Bundesseitig vier Bundesressorts (BMG, BMFSFJ, BMAS, BMBF), daneben u. a. die Bundesbehörden/-einrichtungen BA und BIBB; ländersseitig vier Ministerkonferenzen: ASMK, GMK, KMK mit den Teilbereichen Bildung und Wissenschaft, daraus folgend ein theoretisch möglicher Abstimmungsbedarf von bis zu 48 Länder-Ressorts (!); ca. 40–50 Verbände, Organisationen usw. aus der Pflege, der (allgemeinen) Bildung und Wissenschaft sowie der Pflegewirtschaft.

derungen und der dargelegten Befunde für angehende Pflegende wie für die in der Pflege Tätigen transparent Karrierepfade aufzeigen und ein schlüssiges Gesamtbild in den Pflegeberufen – berufs- wie leistungsrechtlich – national und international vermitteln. Zugleich muss es eine Anschlussfähigkeit an die Herausforderungen der zukünftigen Versorgungslandschaft in der Pflege bieten.

Mit dem Vorschlag in der vom Deutschen Pflegerat und dem BMG in Auftrag gegebenen Studie und deren Ergebnissen „Bildungsarchitektur in der Pflege in Deutschland“ liegt ein erster Strukturierungsversuch im Sinne eines Gesamtbildes vor, das die Allgemeine Bildung mit der Allgemeinen und speziellen Pflegebildung systematisch verbindet (vgl. insbesondere Kapitel 7 in Genz und Gahlen-Hoops 2024, S. 287 ff.). Bund und Länder sowie die Versorgungslandschaft in der Pflege sind hier gefordert – trotz der Komplexität des Vorhabens, sich zielstrebig und zügig auf einen verbindlichen Zielrahmen in der Bildungsarchitektur in der Pflege zu verständigen. Dabei ist besonderer Wert auf die tatsächliche, realistische Anschlussfähigkeit der Berufsbilder resp. Weiterbildungen und Kompetenzstufen an die pflegerische Praxis einer sich verändernden Versorgungslandschaft zu legen, um an dieser Stelle Fehlallokationen gleichfalls frühzeitig zu vermeiden.

Ergänzend zu diesem Vorschlag sind angesichts der Dringlichkeit der Herausforderung und der Schwerfälligkeit des hiesigen Systems der Entscheidungsfindung und -umsetzung einige Zwischenschritte dringend erforderlich.

So gilt es in verantwortlicher Weise, bei einer DQR-basierten Kompetenzfeststellung auch die materiell erworbenen Kompetenzen zu nutzen und zu berücksichtigen.

Ferner sollten zur Hebung der Fachkräftepotenziale berufsbegleitende Qualifizierungen im Rahmen des Transferprozesses bei der Umsetzung der Krankenhausreform und unter Ausschöpfung der berufsrechtlichen Optionen eröffnet werden. Hierdurch können Pflegefachpersonen stärker in die Ausübung eigenverantwortlicher Heilkunde einbezogen werden.

Im Rahmen weiter zu verfolgender Modernisierungen der Medizin- und weiterer Ausbildungen der sonstigen Gesundheitsberufe wie Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sollten systematisch

im primärschulischen wie hochschulischen Bereich gemeinsame Ausbildungsmodule entwickelt und umgesetzt werden. So kann die stetig geforderte Interprofessionalität praktisch erfahrbar frühzeitig vermittelt und erlernt werden.

Besondere Voraussetzungen erfordern eine bundesweit verbindliche Verständigung über die Integration der Grundausbildung in der Pflege in das schulische System beruflicher Bildung. Es ist im 21. Jahrhundert nicht mehr vermittelbar, dass die primär-schulischen Ausbildungsstätten in der Pflege bzw. Pflegeschulen – wie die der sonstigen Fachberufe des Gesundheitswesens – nicht flächendeckend dem Schulrecht der Länder unterliegen.

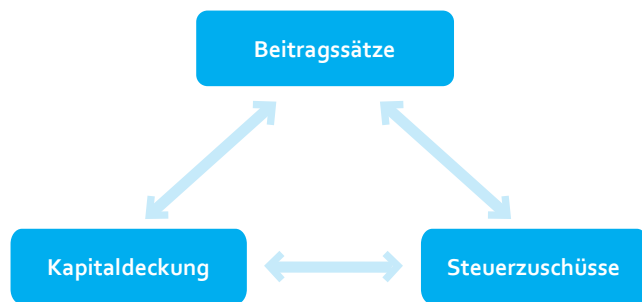
Reformbausteine:

- Unter Federführung des Bundes und der Länder (GMK, ASMK und KMK) wird unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflege sowie der SPV ein gemeinsames, langfristig angelegtes Zielbild der Bildungsarchitektur erarbeitet, das eine Anschlussfähigkeit der Pflege in Deutschland an internationale Standards gewährleistet.
- Auf Grundlage dieses Zielbildes verständigen sich die Beteiligten auf einen zeitlichen Umsetzungsrahmen sowie bedarfsorientierte quantitative Ziele der (ggf. noch zu entwickelnden) Bildungsangebote.
- Die zur Umsetzung erforderlichen berufs- wie hochschulrechtlichen Regelungen sind im Anschluss auf Ebene der Länder wie des Bundes zu erlassen.

These 8:

Die finanzielle Tragfähigkeit der Pflegeversicherung muss für die nächsten Dekaden gewahrt werden

Abbildung 9: Finanzierung Pflegeversicherung
(eigene Darstellung)



Der „Nachhaltigkeitsbericht“ der Bundesregierung für eine zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung zeigt eindrücklich, dass ein „Weiter so“ die Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung – auch bereits im Teilleistungssystem – gefährdet. Die soziale Pflegeversicherung ist – wie auch die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung – als Generationenvertrag im Umlageverfahren konzipiert. Langfristig hat die Pflegeversicherung durch die demografischen Dynamiken zwei Herausforderungen zu bewältigen:

- Auf der einen Seite sinkt das Erwerbspersonenpotenzial und
- auf der anderen Seite wird in einer immer älter werdenden Gesellschaft die Zahl der Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf immer größer, mit der Folge: Auf einen Beitragszahlenden kommen immer mehr pflegebedürftige Menschen.

Eine Strukturreform leistet einen Beitrag zur Effizienz des Gesamtsystems der Langzeitpflege, gibt aber keine Antworten auf die Fragen, wie die finanzielle Tragfähigkeit der Pflegeversicherung gewährleistet werden kann. Daher gilt es eine Finanzierungsreform gleichermaßen in den Blick zu nehmen, mit dem Ziel, die Funktion und Akzeptanz der Pflegeversicherung zu erhalten, sodass sie auch für künftige Generationen eine verlässliche Absicherung des Pflegerisikos bietet.

So wie die Pflegepolitik nicht isoliert betrachtet werden darf (vgl. These 1), sind auch für die Finanzierung der Pflegeversicherung Bezüge insbesondere zur Sozial-, Arbeitsmarkt- und Finanzpolitik herzustellen und ihre Wechselwirkungen zu den anderen Sozial(versicherungs)leistungen in den Blick zu nehmen. Die sich ändernden sozioökonomischen Rahmenbedingungen tangieren gleichermaßen auch die Kranken- und Rentenversicherung. Da Pflegebedürftigkeit in der Regel ein mit dem hohen Alter assoziiertes Risiko ist und pflegebedürftige Menschen im Teilleistungssystem der Pflegeversicherung mit Eigenleistungen belastet sind, stehen die Fragen der Finanzierbarkeit von Kosten, die durch Pflegebedürftigkeit entstehen, auch im unmittelbaren Zusammenhang mit einer angemessenen Alterssicherung resp. Rentenentwicklung.

Die Debatte über die finanzielle Tragfähigkeit des sozialen Sicherungssystems ist fokussiert auf die lohnzentrierte Ausgestaltung als wesentliches gemeinsames Merkmal des Sozialversicherungsrechts. Voraussetzungen für den Erhalt der sozialen Sicherungssysteme sind daher auch ein hoher Beschäftigungsstand und ein angemessenes Wirtschaftswachstum. Eine weitere Erhöhung der Lohnnebenkosten wird die konjunkturelle Entwicklung und die Wettbewerbsfähigkeit beeinträchtigen. Die vorgeschalteten wirtschaftspolitischen Ziele einer Förderung von Wachstum und Beschäftigung sind für die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung und anderer Sozialversicherungszweige essenziell. Auch die Belastungen der Wirtschaft durch steigende Sozialabgaben und die hohen Steuerbelastungen spielen bei der Diskussion um eine langfristige stabile Finanzierung der Pflegeversicherung eine zentrale Rolle. Ferner sind die Stabilität und Verlässlichkeit der sozialen Pflegeversicherung und der anderen sozialen Sicherungssysteme wesentliche Bausteine für den Erhalt des gesellschaftlichen Zusammenhalts, die Ausprägung der gesellschaftlichen Identität und damit die Stabilisierung der Demokratie.

Die soziale Pflegeversicherung bleibt ein Teilleistungssystem. Dabei ist das Leistungsniveau im bestehenden Teilleistungssystem über eine werterhaltende regelgebundene Dynamisierung zu sichern. Mit Augenmerk auf den Finanzierungsbedarf für ein Vollleistungssystem wird im Bericht der Bundesregierung (vgl. Deutscher Bundestag 2024a) mehr als deutlich, dass die immer wieder im Raum ste-

hende Forderung nach einer Pflegevollversicherung schlichtweg nicht leistbar ist. Angesichts der absehbaren Finanzierungslücke müssen die finanziellen Belastungen auf mehrere Schultern verteilt werden; das stärkt auch die Resilienz dieses Sozialversicherungszweiges, um exogene Schocks mit negativen Folgen für die Wirtschafts- und Arbeitsmarktentwicklung aufzufangen. Nur dann kann die soziale Pflegeversicherung ihre bisherige gesellschaftliche Funktion weiter erfüllen und ein Interessenausgleich zwischen den Generationen sowie zwischen den Beitragszahlenden und Leistungsbeziehenden gelingen. Das beitragsfinanzierte Umlagesystem der Pflegeversicherung bleibt trotz der demografischen Herausforderungen weiterhin der wichtigste Bestandteil des Teilleistungssystems der sozialen Pflegeversicherung. Um künftige Beitragszahlende zu entlasten und pflegebedürftige Menschen vor finanzieller Überforderung aufgrund der Pflegebedürftigkeit zu bewahren, sind Kapitaldeckungselemente zur Stabilisierung des Umlageverfahrens und zur Absicherung des individuellen Pflegebedürftigkeitsrisikos über die dritte Säule der Alterssicherung weiterzuentwickeln.

Pflegebedürftigkeit führt nicht nur dazu, dass Menschen auf die Unterstützung und Pflege anderer angewiesen sind. Bestimmte Wohn- und Versorgungsformen sind bei Pflegebedürftigkeit mit erhöhten Unterkunftskosten verbunden (insbesondere bei bisher stationären Pflegeeinrichtungen und gemeinschaftlichen Wohnformen). Die Länder sollen einen Beitrag zur finanziellen Entlastung pflegebedürftiger Menschen leisten, indem sie sich einkommensabhängig an den Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen beteiligen.

In Abstimmung mit den Klimaschutzzielen und dem Sondervermögen des Bundes müssen seitens der Länder kompatible Investitionsprogramme entwickelt werden, die Klimaschutzmaßnahmen in der ambulanten und stationären Pflege fördern (vgl. Klima-Allianz Deutschland e.V. 2024). Denn derartige vorrangig investive Aufwendungen werden derzeit direkt von den Trägern an die pflegebedürftigen Menschen weitergegeben. Insofern könnten pflegekostenentlastende Effekte mit klimapolitischen Zielstellungen sinnvoll verknüpft werden.

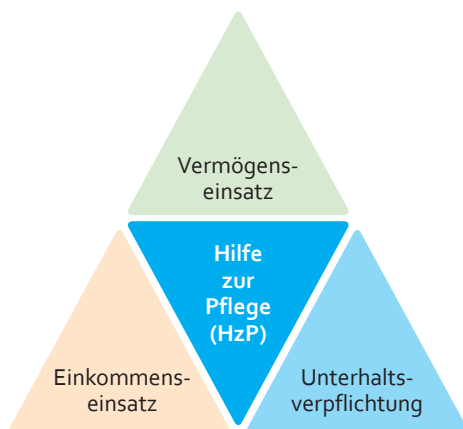
Reformbausteine:

- Mit der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung als Teilleistungssystem sind die Versicherungsleistungen im Wert über die Dynamisierungsregelungen des SGB XI zu erhalten.
- Reformvorschläge müssen sich künftig daran messen lassen, ob sie nachhaltig und generationengerecht ausfinanziert sind. Nur so kann langfristig die Akzeptanz und Leistungsfähigkeit der SPV gelingen.
- Das Umlagesystem der Pflegeversicherung ist durch einen solidarischen Kapitalstock (Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds) wirksam abzusichern; ein Vorbild könnte das diskutierte Generationenkapital zur Stützung der Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung sein.
- Individuelle Kapitalstöcke können die finanzielle Überforderung der Menschen bei Pflegebedürftigkeit vermeiden; eine flächendeckende Absicherung der Bevölkerung kann der Staat steuern und ggf. über Transferleistungen finanzieren.
- Die Folgen der demografischen Entwicklung sind gesamtgesellschaftlich zu tragen. Der Staat übernimmt seine finanzielle Verantwortung hierfür durch einen Bundeszuschuss wie bei der Rentenversicherung zusätzlich zur Übernahme versicherungsfremder Leistung.
- Die Länder sind verpflichtet, sich einkommensabhängig an den Unterkunftskosten zu beteiligen, sodass keine finanzielle Überforderung der pflegebedürftigen Menschen durch ihre Inanspruchnahme entsteht.
- Die Länder entwickeln und fördern hierbei insbesondere Investitionsprogramme für Klimaschutzmaßnahmen in Pflegeeinrichtungen und bei Pflegediensten.

These 9:

Das System der Hilfe zur Pflege (HzP) bedarf einer Neujustierung im Gesamtsystem der Pflege

Abbildung 10: Hilfe zur Pflege (eigene Darstellung)



Leistungen der Hilfe zur Pflege (HzP) nach dem SGB XII sind Ausdruck des sozialstaatlichen Versprechens einer Existenzsicherung. Sie ermöglichen, für pflegebedürftige Menschen bedarfs- und bedürfnisgerecht dieselben Pflege- und Unterstützungsleistungen zu erhalten wie für pflegebedürftige Menschen, die diese Kosten aus dem eigenen Einkommen und Vermögen bestreiten können. Als Zweig der Sozialhilfe besteht auf Hilfe zur Pflege ein Rechtsanspruch, der in der Regel um sozialhilferechtliche Ansprüche auf Übernahme der Kosten der Unterkunft, der Verpflegung usw. ergänzt wird. Hilfe zur Pflege wird auch in Zukunft erforderlich sein und angesichts einer derzeit fehlenden regelgebundenen Dynamisierung in der (sozialen) Pflegeversicherung an Bedeutung gewinnen. Insofern sollten Reformoptionen in der Pflege auch Fragen der Verbesserung des Systems der Hilfe zur Pflege umfassen, um eine sozialpolitisch entlastende Akzeptanzsteigerung bzw. Entstigmatisierung dieses Teilsystems zu erreichen. Insbesondere sind die Regelungen der Einkommensanrechnungen und Vermögensverbrauch in der Hilfe zur Pflege nach dem Vorbild der Eingliederungshilfe (SGB IX) zu öffnen. Dies gilt insbesondere bei der Heranziehung von Einkommen bei Ehepaaren sowie in Fällen, bei denen ein Partner infolge der Pflegebedürftigkeit des anderen in der Häuslichkeit verbleibt (vgl. Cremer 2023).

Grundsätzlicher sind Überlegungen, Leistungen der Hilfe zur Pflege aus Gründen der Akzeptanzverbesserung bzw. Entstigmatisierung durch die Pflegekassen im Auftrag der Träger der Hilfe zur Pflege – zumindest teilweise – abwickeln zu lassen. Allerdings bedarf es hier sorgfältiger verfassungsrechtlicher Prüfungen, die eine dem komplexen Verhältnis zwischen Bund, Ländern und Kommunen sowie der Sozialversicherung (Pflegekassen) entsprechende belastbare Lösung ermöglichen.

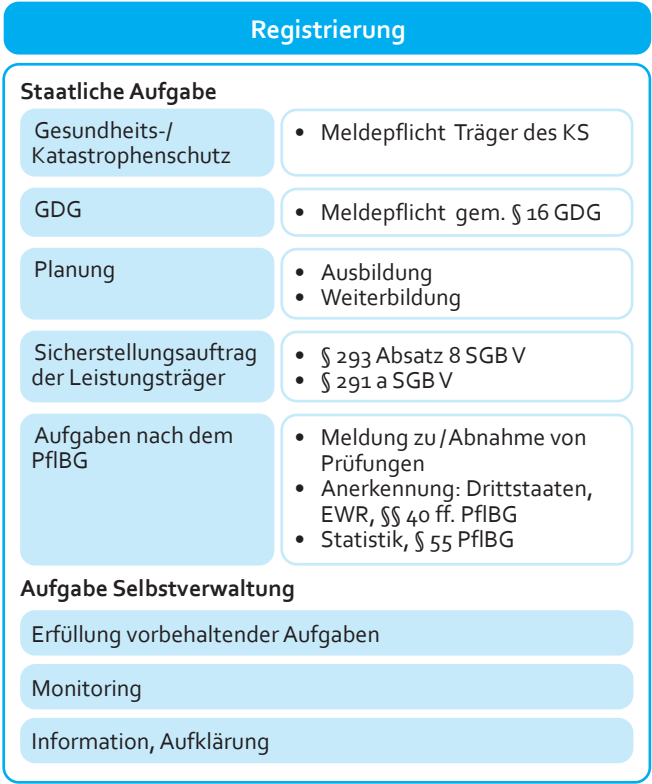
Der Sicherstellungsauftrag der Sozialhilfeträger gegenüber den Leistungsberechtigten wird in der Zukunft eine größere Bedeutung erlangen – und die damit im Leistungsrecht der Sozialhilfe vorgesehene Prüfung des Pflegebedarfs, § 63a SGB XII. Insofern geht es nicht allein um die Abwicklung von Transferleistungen (Sozialhilfeleistungen), sondern auch um sozialräumliche Infrastruktursteuerung.

Reformbausteine:

- Die Regelungen zu den Einkommensanrechnungen und Vermögensverbrauch in der Hilfe zur Pflege im SGB XII sind entsprechend den vergleichbaren Vorschriften im SGB IX anzupassen.
- Der Schutz von Einkommen und Vermögen der Ehe- bzw. Lebenspartner der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ist im SGB XII angemessen auszubauen.
- Der Sicherstellungsauftrag der örtlichen Träger der Sozialhilfe ist im SGB XII im Sinne einer stärkeren Strukturverantwortung zu konkretisieren.

These 10:
Selbstverwaltung und integriertes
Berufsregister als Voraussetzung
für Professionalisierung

Abbildung 11: Registrierung | Quelle: Klie und Wittmann 2025



Eine eigenständige und eigenverantwortliche Pflege, der berufsrechtlich Vorbehaltsaufgaben übertragen wurden, verlangt auch institutionell und organisatorisch eigene Selbstverwaltungsstrukturen – vergleichbar mit denjenigen in den sonstigen Heil- und Freien Berufen. Eine berufsständische Selbstverwaltung der Pflege mit der Kompetenz der Entwicklung von auf gesichertem Fachwissen basierenden Pflegestandards (etwa DNQP-Leitlinien), Weiterbildungsordnungen usw. wäre zu verbinden mit einer integrierten Registrierung von Pflegefachpersonen auf Landesebene. Kammerähnliche Lösungen, insbesondere für Pflegefachpersonen mit besonderen Verantwortungsrollen (Weiterbildung) und akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen wären – nach einheitlichen und abgestimmten Vorgaben im Sinne eines Mustergesetzes der Länder – jeweils landesgesetzlich zu regeln. Hierin liegt eine ordnungspolitische Maßnahme zur Etablierung der eigenverantwortlichen Profession der Pflege – denen der anerkannten Heilberufe vergleichbar – wie auch zum Schutze der Pflegebedürftigen, die **nicht** von der Zustimmung und der Meinungsbildung in der in sich heterogenen Berufsgruppe der Pflege abhängig gemacht werden darf: Entweder ist die

Eigenständigkeit der Pflege in der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung unverzichtbar oder nicht. Denkbar wäre eine Beschränkung der berufsständischen Selbstverwaltung auf Pflegefachpersonen in Verantwortungsrollen der Heilkunde und in Institutionen (Weiterbildung/Studium).

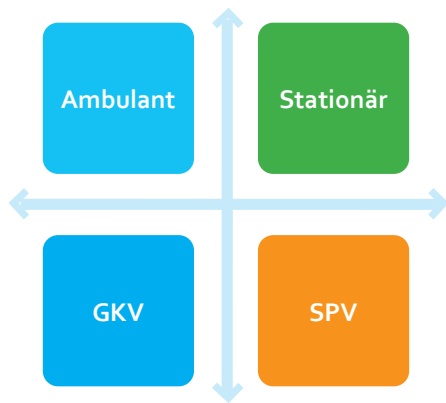
Komplementär stehen Überlegungen auf Bundesebene zur Etablierung der Maßgeblichen Organisation im Pflegeversicherungsrecht (MOP) im Raum. Danach sollen bei den Aufgaben nach dem SGB V und SGB XI die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeberufe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene mitwirken. Zur Stärkung der Beteiligungsrechte (der Maßgeblichen Organisationen im Pflegeversicherungsrecht) der Pflege bedarf es einer Verständigung auch aufseiten der Pflege selbst, von welchem Selbstverständnis einer professionellen Interessenvertretung der Pflege sie ausgeht, insbesondere im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltungsstrukturen nach dem SGB V und SGB XI.

Reformbausteine:

- Im Zuge der unterschiedlichen Berufsbilder und Kompetenzniveaus in der Pflege wird schrittweise eine integrierte Registrierung von Pflegefachpersonen auf Landesebene eingeführt, die bundeseinheitlich abgestimmt wird.
- Um eine eigenständige Beteiligung von Pflegefachpersonen an der Leistungserbringung im SGB V und XI zu sichern und zu befördern, wird die Registrierung von Pflegefachpersonen auch mit der Ausstellung des elektronischen Heilberufsausweises verbunden und an das Beschäftigungsverzeichnis in der ambulanten Pflege (BEVAP) angebunden.
- Zur Vorbereitung und Flankierung eigenverantwortlicher Heilkundaufgaben von Pflegefachpersonen werden in den Bundesländern, in denen bisher keine Pflegeselbstverwaltungskörperschaften gebildet wurden, auf der Basis eines Musterpflegekörperschaftsgesetzes, das innerhalb der GMK und ASMK abgestimmt wird, die Voraussetzungen für die Etablierung entsprechender Körperschaften geschaffen.

These 11: Pflege und sektorenübergreifende Versorgung

Abbildung 12: Sektorenübergreifende Versorgung
(eigene Darstellung)



Die Umsetzung der Reform der Krankenhausversorgung (vgl. KHVVG: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2024) und die noch ausstehende Notfallreform (vgl. NotfallG-E: Deutscher Bundestag 2024b sowie Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2023) werden Auswirkungen auf die Pflege haben, insbesondere unter dem Blickwinkel der Ressourcensteuerung wie der Optimierung von Schnittstellen zwischen diesen Sektoren. Vor allem die neue stationäre Versorgungsform der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (ehemals sog. Level 1i-Krankenhaus: vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2022) bietet Chancen zur Verbesserung einer sektorenübergreifenden gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, insbesondere in ländlichen Räumen.

Aus Gründen des effizienten Ressourceneinsatzes in der Pflege sollte daher der Aufbau einer sozialräumlich angelegten Pflegeangebots- und Sorgestruktur mit der anstehenden bzw. schon stattfindenden Umsetzung der Krankenhausreform in den Bundesländern verknüpft werden. Hierfür sind die bundesrechtlichen Voraussetzungen in einem zu novellierenden § 9 SGB XI zu schaffen, der landesrechtlich zu regelnde kommunale Pflegestrukturplanung und die Zulassung zum Pflegemarkt miteinander verbindet – zumindest in unterversorgten Regionen. Unter Koordination der zuständigen Landesauschüsse nach § 90a SGB V und § 8a Abs. 2 SGB XI

sind zudem an in Betracht kommenden Standorten die Chancen von Regionalen Versorgungszentren (RVZ), einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung oder eines Regionalen Pflegekompetenzzentrums (ReKo) im Rahmen von Transformationsentscheidungen zu nutzen.

Es stellt sich auch die Frage, ob im Rahmen der Reform der Notfallversorgung und den dort vorgesehenen Integrierten Notfallzentren (INZ) Angebote akutpflegerischer Notfalldienste sowie der ambulanten Palliativpflege in den Regionen systematisch entwickelt und in die Strukturen einer reformierten Notfallversorgung sinnvoll integriert werden könnten.

Unabhängig davon bedarf es auch der Implementierung von Angeboten für schnelle Beratungs- und Betreuungslösungen bei akuten Krisensituationen in der familiären Pflege, die sinnvollerweise in der Vermittlungsphase an integrierten Notfallzentren angedockt sind oder zumindest mit ihnen auf einer verbindlichen Grundlage kooperieren.

Bei einer weiterhin erforderlichen Reform der medizinischen resp. ambulanten medizinischen Versorgung, in deren Folge Primärversorgungszentren als Zugangs- bzw. Koordinationspunkte für die ambulante (wie auch stationäre) medizinische Versorgung im Sinne einer interdisziplinären sektorenübergreifenden Versorgung auszubauen wären (vgl. zum Beispiel: Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2024), könnte sich die oben aufgezeigte neue Rolle von Pflegefachpersonen in ihrer eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde – mit und neben den i. e. S. medizinischen Gesundheitsprofessionen (v. a. Ärzte und Ärztinnen) gleichfalls zielführend – unabhängig von Pflegediensten – einbetten.

Reformbausteine:

- Die Regelungen über die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach §§ 115g und 115h SGB n. F. (KHVVG) sind im Hinblick auf die Möglichkeit einer Verknüpfung mit regionalen Pflegekompetenz-/ Pflegeversorgungszentren, z. B. durch eine Flexibilisierung des Leistungsrechts im Sinne von regionalen

sektorenübergreifenden Budgets weiterzuentwickeln.

- Im Rahmen der Notfallreform ist eine gesetzliche Vorhalte-/Vermittlungsverpflichtung der Integrierten Notfallzentren (INZ) zu akut-pflegerischen Notfalldiensten sowie palliativ-pflegerischen Angeboten aufzunehmen; zugleich ist der Aufbau derartiger Strukturen gesetzlich zu verankern.
- Im Falle weiterer Reformschritte im Bereich der ambulanten Primärversorgung in Richtung interdisziplinär sektorenübergreifender Versorgungszentren ist zu prüfen, ob berufs- wie leistungserbringungsrechtliche Regelungen aufzunehmen wären, die eine hinreichend verbindliche Einbindung der Pflegefachpersonen in diese Angebote sicherstellen.

These 12:

Digitalisierung, künstliche Intelligenz (KI) und Robotik in der Pflege

Abbildung 13: KI (Demensch-Kalender)

© Gaymann/Klie 2025



Technologien und Robotik finden über neue Produkte und Dienstleistungen zunehmend Einzug in den Alltag. Hier gilt es auch für die Pflege die Chancen dieser Zukunftstechnologien zu nutzen und Weichen für einen verantwortungsvollen Einsatz zu stellen, um in Zukunft weitere Entlastungspotenziale zu schaffen. Dabei soll die Forschung auf das Wohl der pflegebedürftigen Person respektive des Patienten oder der Patientin ausgerichtet und mit dem Nutzen für die beruflich Pflegenden im Sinne einer Entlastung verknüpft werden.

Die Akzeptanz für technische Innovationen in der Pflege hängt maßgeblich von der technischen Funktionalität, Anwenderfreundlichkeit, Praxis-tauglichkeit, der Einbindung in Arbeits- und Organisationsprozesse sowie dem erkennbaren Mehrwert für die Versorgung der Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarfen ab. Technische Unterstützung kann nur gelingen, wenn pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Pflegeverantwortung frühzeitig einbezogen werden, ihre Ängste ernst genommen und ihre Kompetenzen zum Einsatz der Technik gestärkt werden. Und sie kann auch nur dann entstehen, wenn der ganzheitliche Aspekt der Pflege, das heißt die physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse, im Zentrum des Interesses stehen.

Die Wirkungen digitaler und KI-basierter Technologien sind kontextabhängig, sie beeinflussen Wahrnehmung und Interpretationen in der Arbeits- und Versorgungspraxis. Maßgeblich wird es sein, dass mit der Digitalisierung und Robotik die „richtigen Probleme gelöst werden“ und dass ausreichend Ressourcen zur Planung, Pilotierung, Implementierung und Wartung zur Verfügung stehen. Digitale und KI-basierte Anwendungen bergen die Gefahr von Mehrarbeit für die Pflege, nämlich dann, wenn sie aufgrund fehlender Infrastruktur unzuverlässig funktionieren oder nicht ausreichend in organisationale Prozesse eingebettet sind (vgl. Bringmann und Evans-Borchers).

Reformbausteine:

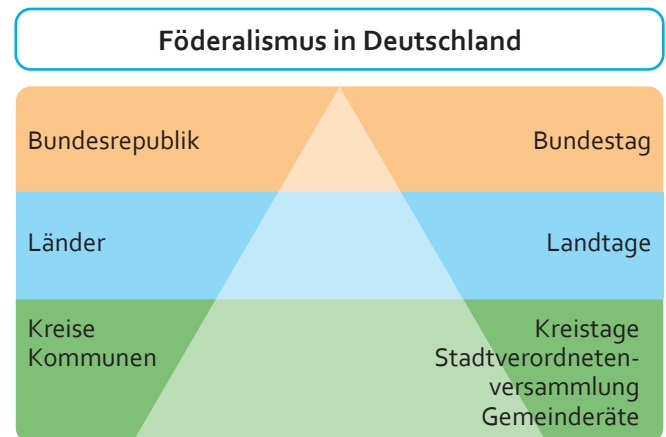
Der Bund, Länder und ggf. Kommunen haben Maßnahmen zu ergreifen, die

- auf die Verbesserung der allgemeinen IT-Infrastruktur abzielen,
- pflegeanwendungsbezogene Infrastrukturen ausbauen,
- eine stabile und störungsfreie Telematik-Infrastruktur gewährleisten,
- praxistauglich und bedarfsgerecht bei Anwendungsangeboten im Bereich Hard- und Software ausgestaltet sind,
- Regelungs- und Umsetzungsstrategien zur Standardisierung und Intra- und Inter-Operationalität einhalten,
- ein zielgerichtetes, KI-gestütztes Monitoring von Routinedaten der GKV, PKV, kassenärztlichen Vereinigungen usw. ermöglichen.

These 13:

Die politische Verantwortung für die Pflege ist in Bund und Ländern neu zu verorten

Abbildung 14: Kooperativer Föderalismus (eigene Darstellung)



Pflege und Sorge ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe; die Hauptverantwortung für Sorge und Versorgung von auf Pflege angewiesenen Menschen wird in Deutschland von Familien sowie von An- und Zugehörigen und ihrem sozialen Umfeld getragen. Die Care-Arbeit wird den sozialen Netzwerken und angesichts der genderspezifischen Beteiligung an Sorgeaufgaben Frauen zugordnet.

Die Voraussetzungen für die Organisation von Pflegeaufgaben und Care-Arbeit sind wesentlich stärker als bisher in den Fokus von Pflegepolitik zu stellen. Die Reduktion der Pflegepolitik auf Fragen der (sozialen) Pflegeversicherung mit der Folge einer (an-nexbedingten) Zuordnung zur Gesundheitspolitik verengt den konzeptionellen Blick.

Die zersplitterte Aufteilung von Teilsegmenten des komplexen pflegerischen Versorgungssystems einschließlich seiner berufsrechtlichen Grundlagen auf drei Bundesressorts (BMG, BMFSFJ, BMAS) und zwei Länderkonferenzen (federführend ASMK, mit-beratend GMK) wird seiner gesellschaftlichen Bedeutung für die betroffenen Personen, ihre Partner und Familien sowie das soziale Umfeld der Pflegebedürftigen nicht gerecht.

Zukunftsfähige Pflegepolitik hat angesichts der bestehenden Herausforderungen einer alternden Gesellschaft, niedriger Geburtenzahlen und sinkenden Erwerbspersonenpotenzials ihren Fokus auf eine

Stärkung zivilgesellschaftlicher und eine effiziente Steuerung professioneller Ressourcen zu legen und sich mit familien- wie frauen- resp. gleichstellungspolitischen Ansätzen zu verbinden. Nur die zielgerichtete Unterstützung einer Neujustierung der Vereinbarkeit von Familie, Kindererziehung oder Pflege und Beruf für alle Geschlechter wird helfen, die anstehenden Herausforderungen ganzheitlich zu bewältigen. Es wird daher für eine umfassende administrative Zusammenführung der Politikfelder „Pflege“ einschließlich Fragen der (sozialen) Pflegeversicherung und „Familie“ plädiert.

Reformbausteine:

- Bund und Länder verknüpfen administrativ in geeigneter Weise die Politikfelder „Pflege“ und „Familie“.
- In einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Sozial- und der Familienministerkonferenz werden die familien- und pflegepolitischen Zielsetzungen, Reformperspektiven und Maßnahmen kontinuierlich abgestimmt.
- Auf Bundesebene werden die Zuständigkeiten für die Langzeitpflege in einem Ressort gebündelt.

These 14: Pflege ist demokratie-relevant

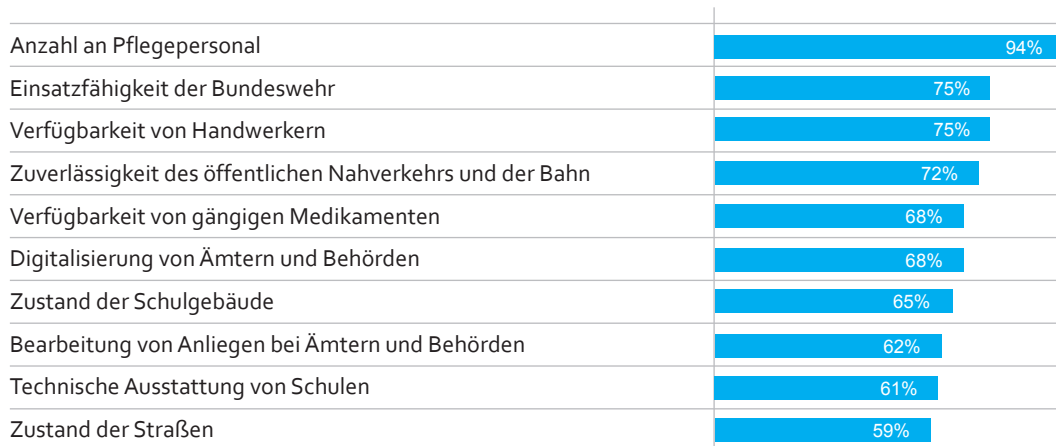
Abbildung 15, Seite 29: Gesellschaftliche Relevanz

Quelle: DAK-Pflegereport 2024 (Klie 2024b)

Das Thema (Langzeit-)Pflege wird von der Bevölkerung als eines der drängendsten gesellschaftlichen Herausforderungen angesehen. Das haben verschiedene repräsentative Bevölkerungsbefragungen belegt, zuletzt die Umfragen vom Institut für Demoskopie in Allensbach. Gleichzeitig sieht die Bevölkerung die Gefahr eines Erodierens der gesundheitlichen wie auch pflegerischen Versorgung. Aus der Demokratie- und Zivilgesellschaftsforschung ist bekannt, dass das Systemvertrauen, aber auch das Vertrauen in eine demokratische Regierungsform in hohem Maße korreliert mit der (subjektiv empfundenen) Gewährleistung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Gleichzeitig ist die Bereitschaft der Bevölkerung, sich an Aufgaben der Sorge um Menschen im sozialen und räumlichen Umfeld zu kümmern und für sie zu engagieren, ausgesprochen hoch. Das gilt auch für die Auseinandersetzung mit (neuen) Formen der Gestaltung von Pflegeaufgaben. Die Skepsis gegenüber vollstationärer Pflege bleibt bestehen, der Wunsch, in der eigenen Häuslichkeit wohnen zu bleiben, ist ausgeprägt. Hierin liegt eine wichtige Ressource für eine gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Sorge und Pflege – vor allem vor Ort. Angesichts sich örtlich in sehr unterschiedlicher Weise zeigenden demografischen Transformationsprozessen, im Zusammenhang mit der Zunahme von Ein-Personen-Haushalten sowie veränderten Familienstrukturen wird die Erforderlichkeit, neue Wege für die Gewährleistung von Sorge und Pflege zu gehen, von einem nennenswerten Teil der Bevölkerung geteilt.

Pflege als ein typischerweise den Frauen übertragenes Thema ist überdies ein solches, das im hohen Maße mit Fragen der Gerechtigkeit sowohl im Generationen- als auch im Geschlechterverhältnis verbunden ist. Die langjährige Debatte um Caring Democracy integriert in klassische Versorgungsfragen der Pflege auch Fragen der fairen Verteilung von Sorgeaufgaben. Eine partizipativ angelegte kommunale Pflegeplanung, gemeinde- und quartiersbezogene Strategien des Aufbaus von Sorgestrukturen und Caring Communities unterstützen Formen der Auseinandersetzungen vor Ort mit dem

Wo Probleme gesehen werden: In diesen Bereichen gibt es in Deutschland größere Probleme (häufigste Nennungen)



Basis: Bundesrepublik Deutschland,
Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv:
IfD-Umfrage 12066 (Januar 2023)

Pflegethema im Sinne örtlicher Demokratie. Dies gilt in besonderer Weise für den ländlichen Raum. Ob in den derzeit diskutierten Bürgerräten, ob im Zusammenhang mit partizipativ angelegten Planungsprozessen, ob initiiert durch zivilgesellschaftliche Initiativen: Das Spektrum an demokratischen Befassungen mit dem Thema Pflege ist breit und die Erfahrung ausgesprochen positiv, wenn das Thema nicht allein als ein Diskurs von qualitätsgesicherten Dienstleistungen verstanden wird, sondern als eine gemeinsam zu gestaltende gesellschaftliche Aufgabe der örtlichen Gemeinschaft. Eine partizipativ ausgerichtete örtliche Pflegepolitik mit einem hohen Grad an Selbstwirksamkeit der Beteiligten kann sich als überzeugender Baustein gegen Demokratie- und Staatsverdrossenheit bewähren. Die Zustimmung von Demokratie hängt insbesondere im hohen Maße von den örtlichen Erfahrungen und Beteiligungsmöglichkeiten ab. Das gesamtgesellschaftlich als so bedeutsam erachtete Thema Pflege eignet sich, die Integrationskraft demokratischer Aushandlungsprozesse vor Ort zu stärken. Voraussetzung ist allerdings, dass der Staat seiner Vorleistungspflicht im Sinne einer modernen Subsidiarität nachkommt und eine gesundheitliche wie auch pflegerische Begleitung ebenso gewährleistet wie ein sowohl bedarfsgerechtes als auch lebensweltlich ausgerichtetes Beratungs-, Betreuungs- und Koordinationsangebot vorhält. Auch ein Angebot für Krisensituationen – als Pflegenottelefon oder als Pflegenotdienst – gehört zu den staatlicherseits zu gewährleistenden Grundstrukturen in einer zukunftsorientierten Pflege.

Angesichts zunehmender Finanzierungsprobleme sind auch Fragen der gerechten Mittelverteilung zwischen ambulanten und stationären Leistungsangeboten wie auch eine gerechte Finanzierungs-

architektur von zunehmender Akzeptanzrelevanz. Pflege verdient weder Katastrophenszenarien noch fatalistische Einstellungen und Narrative. Care Democracy als fester Bestandteil von nicht restaurativen, sondern zukunftsorientierten Caring-Community-Ansätzen bietet einen wichtigen Beitrag zur Stärkung einer örtlichen Pflege- und Gesundheitspolitik, die Zuversicht stiftet und selbstwirksame Handlungsoptionen aufzeigt.

Reformbausteine:

- Auf allen politischen Ebenen ist dem Thema Pflege deutlich mehr Aufmerksamkeit zu schenken.
- Das Leitbild der Caring Community dient der Demokratisierung der Sorge- und Pflegefragen und die aktive Einbeziehung der Bürgerschaft in örtliche Sordediskurse.
- Die Bürgerinnen und Bürger sind insbesondere auf der kommunalen Ebene in Fragen der Gestaltung pflegerischer Unterstützungsstrukturen einzubeziehen.
- Die kommunale Strukturplanung als Teil integrierter Sozialplanung ist partizipativ auszurichten (z. B. Runder-Tisch-Pflege auf örtlicher, gemeindlicher und kommunaler Ebene).

II. Ausblick

30 Jahre Pflegeversicherung, das ist in vielerlei Hinsicht eine Erfolgsgeschichte: 1994 ist es gelungen, das Thema Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko nicht nur ins Bewusstsein der Bevölkerung zu rücken, sondern seine Bewältigung als sozialstaatliche Aufgabe anzuerkennen. Schon damals waren allerdings die demografischen Dynamiken voraussehbar. Auf sie wird jetzt kurzfristig und entschlossen zu reagieren sein. Das System der deutschen Pflegeversicherung ist nicht demografiefest. Insofern – das sieht auch die bundesdeutsche Bevölkerung so – braucht es einen Reset für die Pflege insgesamt, insbesondere aber für die Pflegeversicherung. Ein Reset stellt die wichtigen Errungenschaften der aufgebauten Infrastrukturen der Langzeitpflege nicht grundsätzlich infrage, reagiert aber auf den unabweisbaren Handlungsbedarf: In Deutschland werden deutlich mehr auf Pflege angewiesene Menschen ab den 2030er-Jahren mit wesentlich weniger Pflegefachpersonal in guter Weise zu begleiten sein. Es bedarf alter und neuer Formen informeller und solidarischer Unterstützung, die unter dem Leitbild der Caring Community diskutiert und praktiziert werden. Die dysfunktionalen und ineffizienten Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär einerseits und der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung andererseits gilt es durchlässiger zu machen und in Teilen zu überwinden. Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe kann nicht allein dem Markt überlassen bleiben, sondern verlangt nach einem integrierten Politikan-satz auf allen politischen Ebenen: Bund, Länder und vor allen Dingen die der Kommunen.

Mit dem vorgelegten Papier „Reset Pflegeversicherung – Strukturreform PFLEGE und TEILHABE III“ legen die Autor:innen zu Beginn der 21. Legislaturperiode ein Politikpapier vor, das wesentliche Bausteine für eine Weiterentwicklung der Pflege(ver)sicherung beinhaltet und bündelt. Es versteht sich im Konzert mit verwandten gesundheits- und pflegepolitischen Reformstrategien als Beitrag zu konzentrierten Bemühungen um eine Strukturreform der Pflegeversicherung, die unabweisbar ist. Der demografische Wandel ist nicht wartefähig. Insofern ist unmittelbarer Handlungsbedarf gegeben. Die 21. Legislaturperiode wird darüber entscheiden, ob es gelingt, eine resiliente, demografiefeste Pflegeversicherung auf den Weg zu bringen. Mit „Reset Pflegeversicherung“ wird dieser Handlungsbedarf

unterstrichen und zugleich werden konkrete und aufeinander bezogene Reformvorschläge unterbreitet, die insbesondere in realistischer Weise die Ressourcensituation der deutschen Sozialpolitik wie auch die Effizienzreserven des Gesamtsystems reflektiert.

Knapp 90 Prozent der Bevölkerung sind der Auffassung, die Bundes- und Landespolitik räumt dem Thema Langzeitpflege nicht die Bedeutung ein, die es verdient. Die Bevölkerung hat einen sehr realistischen Blick auf die künftigen Herausforderungen der Pflegeversicherung und die Voraussetzung für die Sicherstellung von Pflege und Sorge: Das sollte ein Weckruf für die Politik sein.

Zum Autorenteam



Prof. Dr. habil. Thomas Klie, Jahrgang 1955, bis 2021 Rechts- und Verwaltungswissenschaftler an der Evangelischen Hochschule Freiburg, seitdem Gastprofessor an der Universität Graz. Er leitet das Institut AGP Sozialforschung sowie das Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung in Freiburg und Berlin. Er ist Justitiar der VdPB in München, arbeitet als Rechtsanwalt und ist seit Jahrzehnten als Sozialexperte mit der deutschen Gesundheits- und Pflegepolitik beschäftigt und in der Politikberatung tätig.



Michael Ranft, Jurist, derzeit Justiziar und Vizepräsident des DRK Landesverbandes Berliner Rotes Kreuz, zuvor von 2012 bis 2019 Abteilungsleiter für Soziales, Familie und Integration und von 2019 bis 2024 Staatssekretär für Gesundheit, Soziales und Integration jeweils im Brandenburgischen Sozialministerium.



Nadine-Michèle Szepan, Diplom-Volkswirtin mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomie und public health; seit 2010 Leiterin der Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband, zuvor beim GKV-Spitzenverband mit dem Schwerpunkt vertragsärztliche Versorgung (2008 bis 2010), beim Hartmannbund (2006 bis 2008), bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2005 bis 2006) und bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (2000 bis 2005).

Literaturverzeichnis

- AOK-Bundesverband (2024a): Bericht der Bundesregierung. Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Kurzüberblick. Unveröffentlichte Präsentation zum Statement vom 26.06.2024. Online verfügbar unter <https://www.aok.de/pp/bv/statement/bundesregierung-zur-pflege-finanzierung/>, zuletzt geprüft am 16.09.2024.
- AOK-Bundesverband (Hg.) (2024b): AOK-Positionen zur Weiterentwicklung der Pflege. Die Weichen für eine personenzentrierte Versorgung in der Pflege sind gestellt. Weitere Strukturreformen sind erforderlich! Positionspapier. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.aok.de/pp/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=17435&token=3bc8e7fa3d6f8e8537c80e43758bea4a-d64ac510&download=>, zuletzt geprüft am 30.03.2025.
- BKK Dachverband e. V. (2024a): Darüber staunt der Laie und die Fachwelt wundert sich: Der Zustand der pflegerischen Versorgung 2024 in Deutschland. Thesenpapier zur Neuausrichtung der Pflege. Online verfügbar unter https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/06-05-2024_BKK-DV_Thesenpapier_zur_Neuausrichtung_der_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 30.03.2025.
- BKK Dachverband e. V. (2024b): Mangel an Pflegekräften – und ewig grüßt das Murmeltier. Hintergrundpapier. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/2024/BKKDV_Hintergrundpapier_Pflegekraefte.pdf, zuletzt geprüft am 30.03.2025.
- BKK Dachverband e. V. (2024c): Pflegende Angehörige – übersehen, vergessen, ignoriert. Hintergrundpapier. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/2024/BKK_Dachverband_Hintergrundpapier_Pflegende_Angehoerige.pdf, zuletzt geprüft am 30.03.2025.
- BKK Dachverband e. V. (2024d): Pflegende Angehörige – übersehen, vergessen, ignoriert. Hintergrundpapier. Berlin (8). Online verfügbar unter https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/2024/BKK_Dachverband_Hintergrundpapier_Pflegende_Angehoerige.pdf, zuletzt geprüft am 16.09.2024.
- Bringmann, Julia; Evans-Borchers, Michaela: Digitalisierung, KI und Pflege. Auf der Suche nach der digitalen Dividende. Friedrich Ebert Stiftung (FES impuls). Online verfügbar unter <https://library.fes.de/pdf-files/a-p-b/21630.pdf>, zuletzt geprüft am 31.03.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG). BGBl. 2024 I Nr. 400, vom 11.12.2024. Online verfügbar unter <https://www.recht.bund.de/bgb1/1/2024/400/VO.html>, zuletzt geprüft am 31.03.2025.
- Bündnis 90/ DIE GRÜNEN (Hg.) (2025): ZUSAMMEN WACHSEN. Regierungsprogramm 2025. Online verfügbar unter https://cms.gruene.de/uploads/assets/Regierungsprogramm_DIGITAL_DINA5.pdf, zuletzt aktualisiert am 30.03.2025.
- Bündnis Gesundheit (2024): Zukunft des Gesundheitswesens ressortübergreifend sichern. Thesenpapier des Bündnis Gesundheit. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Buendnisse/Buendnis_Gesundheit_Thesenpapier_2024_.pdf, zuletzt geprüft am 30.03.2025.
- Bündnis Sahra Wagenknecht (Hg.) (2025): Unser Land verdient mehr! Wahlprogramm für die Bundestagswahl 2025. Online verfügbar unter <https://bsw-vg.de/wp-content/themes/bsw/assets/downloads/BSW%20Wahlprogramm%202025.pdf>, zuletzt aktualisiert am 30.03.2025.
- CDU/CSU (Hg.) (2025): Politikwechsel für Deutschland. Wahlprogramm von CDU und CSU zur Bundestagswahl 2025. Online verfügbar unter <https://www.politikwechsel.cdu.de/sites/www.politikwechsel.cdu.de/files/docs/politikwechsel-fuer-deutschland-wahlprogramm-von-cdu-csu-1.pdf>, zuletzt aktualisiert am 30.03.2025.
- Cremer, Georg (2023): Ist die Pflegevollversicherung „gerecht“? Zum Reformbedarf der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS) 32 (6), S. 201–206.
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2024a): Bericht der Bundesregierung Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen. Unterrichtung durch die Bundesregierung (20. Wahlperiode). Drucksache 20/12600. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/126/2012600.pdf>, zuletzt geprüft am 22.10.2024.
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2024b): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. Drucksache 20/13166. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/131/2013166.pdf>, zuletzt geprüft am 31.03.2025.
- Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP) (2024): Trotzdem Pflege: Würdevolle Pflege endlich wieder sicherstellen. Online verfügbar unter https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/02_Unsere_Positionen/pdf/24-10-17_DEVAP_PM_Strategiepapier_TROTZDEM_Pflege_Wuerdevolle_Pflege_endlich_wieder_sicherstellen.pdf.
- Deutscher Städtetag (Hg.) (2024): Zukunftsfeste Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen in den Städten. Positionspapier des Deutschen Städtetages. Berlin, Köln. Online verfügbar unter <https://www.staedtetag.de/files/dst/docs/Publikationen/Positionspapiere/2024/positionspapier-versorgung-pflegebeduerftiger-menschen-staedte-2024.pdf>, zuletzt geprüft am 30.03.2025.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hg.) (2024): Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. zur Umsetzung des § 71 SGB XII. Die Empfehlungen (DV 13/23) wurden am 20. März 2024 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet. Alter und Pflege. Berlin. Online verfügbar unter https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2024/dv-13-23_umsetzung_71_sgb_xii.pdf, zuletzt geprüft am 12.04.2024.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.; Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (2024): Gute Pflege für alle sichern – ohne Pflegende geht es nicht! Parlamentarischer Abend des Deutschen Vereins und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien

- Wohlfahrtspflege e.V. am 19.03.2024. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bagfw.de/veranstaltungen/detail/parlamentarischer-abend-2024>, zuletzt geprüft am 30.03.2025.
- Die Linke (Hg.) (2025): Alle wollen regieren. Wir wollen verändern. Reichtum teilen. Preise senken. Füreinander. Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2025. Online verfügbar unter https://www.die-linke.de/fileadmin/user_upload/Wahlprogramm_Langfassung_Linke-BTW25_01.pdf, zuletzt aktualisiert am 30.03.2025.
- Evers, Adalbert; Heinze, Rolf G.; Olk, Thomas (Hg.) (2011): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: Springer-Verlag (Sozialpolitik und Sozialstaat).
- Fehrecke-Harpke, Benjamin; Schade, Thomas (2024): Pflege neu denken. Vorschläge des Deutschen Roten Kreuzes zur Gestaltung der pflegerischen Versorgungssicherheit. Impulspapier. Die DRK-Wohlfahrt. Berlin. Online verfügbar unter https://drk-wohlfahrt.de/fileadmin/DRK-Wohlfahrt.de/04-Aktuelles/Veroeffentlichungen/Impulspapiere/2024.02_Impulspapier_Versorgungssicherheit_Team44.pdf.
- Freie Demokraten FDP (Hg.) (2025): Alles lässt sich ändern. Das Wahlprogramm der FDP zur Bundestagswahl 2025. Online verfügbar unter https://www.fdp.de/sites/default/files/2024-12/fdp-wahlprogramm_2025.pdf, zuletzt aktualisiert am 30.03.2025.
- Genz, Katharina; Gahlen-Hoops, Wolfgang von (Hg.) (2024): Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland (BAPID). Bestandsaufnahme und Empfehlungen für die Pflegebildung von morgen. Bielefeld: Transcript Verlag. Online verfügbar unter <https://www.transcript-verlag.de/media/pdf/ff/53/77/0a9783839473887YMcHPOu2YKc1y.pdf>, zuletzt geprüft am 30.03.2025.
- Gruhl, Matthias (2023): Solidarisch, gerecht und kurzfristig umsetzbar. Zehn Reformvorschläge für ein zukunftsfähiges Gesundheits- und Pflegewesen. Hg. v. Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) (FES diskurs). Online verfügbar unter <https://library.fes.de/pdf-files/a-p-b/20713.pdf>, zuletzt geprüft am 30.12.2023.
- Haumann, Wilhelm (2024): Bevölkerungsbefragung: Kernfragen der Pflege. In: Thomas Klie (Hg.): Pflegereport 2024. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus. Unter Mitarbeit von Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 29–65.
- Haumann, Wilhelm (2025, im Erscheinen): Bevölkerungsbefragung des Instituts für Demoskopie Allensbach. In: Thomas Klie: Pflegereport 2025. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe. Freiburg im Breisgau. Online verfügbar unter http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf, zuletzt geprüft am 18.05.2015.
- Kirstein, Katharina; Schwanenflügel, Matthias von (2023): Fachkräftemangel und Pflegeheime. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS), 601 ff.
- Klie, Thomas (2024a): Pflegenotstand? Eine Streitschrift. Stuttgart: S. Hirzel Verlag.
- Klie, Thomas (Hg.) (2024b): Pflegereport 2024. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegenden im Fokus. Unter Mitarbeit von Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag. Online verfügbar unter <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/64760/data/42a02e597e07646cc80codd1382a8f/240409-download-e-book-pflegereport.pdf>, zuletzt geprüft am 24.10.2024.
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2024): Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung – Steuerungsoptionen der Pflegekassen und Kommunen. Zurück zum Modell Sozialstation? In: Antje Schwinger, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber, Klaus Jacobs und Susann Behrendt (Hg.): Pflege-Report 2024. Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 57–76.
- Klie, Thomas; Ranft, Michael; Szepan, Nadine-Michèle (2021): Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin. Online verfügbar unter https://kda.de/wp-content/uploads/2021/03/Reform_II.pdf, zuletzt geprüft am 18.11.2022.
- Klie, Thomas; Siebert, Annerose (2011): Das Integrierte Budget. Unter Mitarbeit von Christine Bruker. In: GKV-Spitzenverband (Hg.): Das Integrierte Budget, Bd. 5. Essen: CW Haarfeld (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 5).
- Klie, Thomas; Wittmann, Michael (2025): Registrierungs-pflicht für Pflegefachpersonen – auf dem Weg zur integrierten Registrierung? Professionalisierung der Pflege, Heilkundeausübung/Planung im Transformationsprozess des Gesundheits- und Pflegewesens. In: PflegeRecht 29 (3), S. 138–152.
- Klima-Allianz Deutschland e.V. (Hg.) (2024): Klimaschutz im Sozialbereich vorantreiben. Forderungspapier von Klima-Allianz Deutschland und Sozialverbänden. Online verfügbar unter https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Presse/Forderungspapier_Klimaschutz_im_Sozialbereich_2024.pdf, zuletzt aktualisiert am 30.03.2025.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration des Landes Baden-Württemberg (2024): Abschlussbericht über die Tätigkeit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (BLAG Pflegereform).
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (Hg.) (2022): Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf, zuletzt geprüft am 30.03.2025.
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (Hg.) (2023): Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.>

bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf, zuletzt geprüft am 30.03.2025.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2024): Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems. Hg. v. BMG. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_1ote_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf, zuletzt geprüft am 06.06.2024.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten. Online verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf, zuletzt geprüft am 30.03.2025.

Schwinger, Antje; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Jacobs, Klaus; Behrendt, Susann (Hg.) (2024): Pflege-Report 2024. Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

SPD (Hg.) (2025): Mehr für Dich. Besser für Deutschland. Regierungsprogramm der SPD für die Bundestagswahl 2025. Online verfügbar unter <https://mehr.spd.de/custom-static-assets/documents/Regierungsprogramm.pdf>, zuletzt aktualisiert am 30.03.2025.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) (2024): Gute Pflege – stabile Finanzen: Pflegeversicherung zukunftsfest ausgestalten. Positionen zur zukunftsfähigen Ausgestaltung der Sozialen Pflegeversicherung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/politik/positionen/20241204_Gute%20Pflege_stabile%20Finanzen_Position_2024.pdf, zuletzt geprüft am 30.03.2025.

Impressum

Reset Pflegeversicherung
Strukturreform PFLEGE und TEILHABE III

Herausgeber

Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V. (KDA)
Michaelkirchstraße 17–18
10179 Berlin

www.kda.de
info@kda.de

Autoren und Autorin

Thomas Klie, Michael Ranft, Nadine-Michèle Szepan

Verlag

AGP/zze-Verlag
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg
ISBN 978-3-00-082705-1



Kuratorium
Deutsche Altershilfe



BREMER HEIMSTIFTUNG