



**Kuratorium  
Deutsche Altershilfe**

VORSCHLÄGE DES KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE ZUR UMSETZUNG UND WEITERENTWICKLUNG DER MASSNAHMEN ZUR NACHHALTIGEN SICHERSTELLUNG UND VERBESSERUNG DER VERSOR-  
GUNG DES

# „Zukunftspakt Pflege: Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung“

KONTAKT:

Kuratorium Deutsche Altershilfe  
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.

Christian Heerd  
Wissenschaftliche Leitung  
Michaelkirchstr. 17-18  
10179 Berlin  
Tel.: +49 30 / 2218298 – 0  
Fax: +49 30 / 2218298 - 66

E-Mail: [info@kda.de](mailto:info@kda.de)  
Internet: [www.kda.de](http://www.kda.de)

27. März 2026

## Vorbemerkungen

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgungsstrukturen steht vor einer doppelten Herausforderung: Einerseits ist ein erheblicher Handlungsdruck durch steigende Pflegeprävalenzen, Fachkräftengpässe und zunehmende Versorgungsdynamiken gegeben. Andererseits zeigen die aktuellen Diskussionen im Kontext des Zukunftspakts Pflege, dass es weder den einen „Masterplan“ noch eine abschließende Reformlösung geben kann. Pflegepolitik ist – so wurde im Rahmen der Bund-Länder-Debatten deutlich – eine dauerhafte Gestaltungsaufgabe, die iterativ, lernend und unter sich verändernden Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden muss.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) begrüßt ausdrücklich, dass das Bundesministerium für Gesundheit diesen offenen, prozesshaften Reformansatz betont und die Grenzen klassischer Steuerungslogiken – etwa rein leistungsrechtlicher oder finanzierungsbezogener Reformen – klar benennt. Die Diskussion um Leistungsbündelungen, Budgets oder strukturelle Vereinfachungen zeigt zugleich, dass jede Reform neue Zielkonflikte erzeugt und sorgfältig hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit, Wirkungen und Nebenfolgen bewertet werden muss. Reformen sind daher nicht primär an ihrer programmatischen Größe zu messen, sondern an ihrer Fähigkeit, reale Versorgungsprobleme wirksam zu adressieren. Vor diesem Hintergrund knüpft das KDA mit der vorliegenden Stellungnahme an seine bisherigen Positionspapiere – insbesondere die Reformimpulse zur „Strukturreform Pflege und Teilhabe“, zu „Wohnen 6.0“ sowie zu sozialraumorientierten Versorgungsmodellen – an und führt diese im Lichte der aktuellen Reformdiskussion fort. Ausgangspunkt ist dabei ein erweitertes Verständnis von Pflege als Bestandteil einer integrierten Infrastruktur des Alterns. Pflege ist nicht allein ein Leistungsbereich der Sozialversicherung, sondern eingebettet in Fragen von Wohnen, sozialer Teilhabe, kommunaler Daseinsvorsorge, Arbeitsmarktentwicklung und zivilgesellschaftlichem Engagement.

Die im Rahmen des Zukunftspakts diskutierten Handlungsfelder – Prävention, Beratung und Begleitung, Leistungsrecht, Angebotsentwicklung, Planung und Steuerung sowie Innovation – greifen zentrale Herausforderungen auf. Gleichzeitig wurde im Workshopkontext deutlich, dass die bestehenden Probleme weniger in einzelnen Leistungsdefiziten liegen, sondern vor allem in strukturellen Brüchen: zwischen Sektoren (SGB V, IX, XI, XII), zwischen Akteuren (Kassen, Kommunen, Leistungserbringer), zwischen Lebensphasen sowie zwischen formellen und informellen Unterstützungsarrangements. Diese Fragmentierung erschwert sowohl den Zugang zu Leistungen als auch die Entwicklung stabiler, wirksamer Versorgungsarrangements.

Das KDA sieht daher die zentrale Aufgabe der anstehenden Reform nicht in der Optimierung einzelner Instrumente, sondern in der Weiterentwicklung einer integrierten Versorgungsarchitektur. Diese muss drei Anforderungen zugleich erfüllen:

- Wirksamkeit und Prävention stärken: Pflegebedürftigkeit vermeiden, verzögern und stabilisieren, statt ausschließlich auf Versorgung im Eintrittsfall zu reagieren.
- Strukturen verbinden und Verantwortung klären: Kommunale Steuerung, kassenbezogene Leistungen und zivilgesellschaftliche Ressourcen in eine gemeinsame Governance überführen.
- Umsetzung und Skalierung ermöglichen: Modelle und Innovationen so verankern, dass sie flächendeckend wirken können und nicht projektförmig bleiben.

Zugleich hat die Diskussion im Rahmen des Zukunftspakts deutlich gemacht, dass zentrale Fragen weiterhin offen sind: Wie kann Unterversorgung systematisch erkannt und adressiert werden? Wie lassen sich Leistungsvereinfachungen mit der Sicherung funktionierender Angebotsstrukturen verbinden?



Welche Rolle übernehmen Kommunen tatsächlich in Steuerung und Planung? Und wie können Prävention, Beratung und Versorgung entlang von Lebensverläufen kohärent organisiert werden?

Die vorliegende Rückmeldung greift diese Fragestellungen auf und strukturiert die Bewertung entlang der im Zukunftspakt formulierten Handlungsfelder. Ziel ist es, die vorgeschlagenen Maßnahmen fachlich einzuordnen, bestehende Lücken zu benennen und konkrete, umsetzungsorientierte Weiterentwicklungen vorzuschlagen. Leitend ist dabei die Überzeugung, dass eine zukunftsfähige Pflege nicht durch Einzelmaßnahmen entsteht, sondern durch eine konsistente, sozialraumorientierte und lernende Gesamtarchitektur, die sich an den Lebensrealitäten der Menschen orientiert.

## 1. Gesundheit langfristig erhalten und Selbstständigkeit stärken

### Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung als integrierte Infrastrukturaufgabe

Die im Maßnahmenpaket vorgeschlagenen Schritte zur Stärkung von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation greifen ein zentrales Handlungsfeld auf. Aus Sicht des Kuratoriums Deutsche Altershilfe liegt hierin ein wesentlicher Hebel, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder in ihren Auswirkungen abzumildern. Zugleich bleibt der vorliegende Ansatz in seiner derzeitigen Form in entscheidenden Punkten hinter den strukturellen Erfordernissen zurück. Das betrifft insbesondere die Frage, wie Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung nicht nur als ergänzende Einzelleistungen, sondern als Bestandteil einer integrierten, lebensphasenorientierten und sozialräumlich verankerten Versorgungs- und Unterstützungsinfrastruktur ausgestaltet werden können.

Prävention im Kontext des Alterns darf nicht auf eine eng gefasste körperlich-medizinische Perspektive reduziert werden. Gesundheit im Alter, der Erhalt von Selbstständigkeit und die Stabilität von Sorgearrangements werden wesentlich durch soziale Determinanten beeinflusst: Teilhabe, soziale Einbindung, Wohnsituation, Zugänglichkeit von Unterstützungsstrukturen, Selbstwirksamkeit und die Möglichkeit, den Alltag in einer als sinnvoll erlebten Weise zu gestalten. Faktoren wie Einsamkeit, soziale Isolation oder fehlende alltagsnahe Unterstützung wirken nachweislich als eigenständige Risikofaktoren für gesundheitliche Verschlechterungen und für die Entstehung oder Beschleunigung von Pflegebedürftigkeit. Prävention und Rehabilitation sind deshalb über eine eng gefasste körperlich-psychische Perspektive hinaus als ganzheitlicher Ansatz unter Einbezug sozialer Determinanten zu konzipieren. Diese Determinanten sind als Schutz- und Ressourcenfaktoren strukturell zu berücksichtigen und damit Bestandteil einer wirksamen Präventions- und Rehabilitationslogik.

### Lebensphasenorientierung: Frühe Interventionen mit hoher Wirkungserwartung

Vor diesem Hintergrund ist die Einführung eines freiwilligen Gesundheits-Check-ups für ältere Menschen ab 60 Jahren grundsätzlich ein sinnvoller Ansatz. Er kann dazu beitragen, altersspezifische Gesundheits- und Pflegebedürftigkeitsrisiken früher zu erkennen und damit präventive sowie rehabilitative Möglichkeiten systematischer zu erschließen. Praktische Hürden bestehen jedoch bereits an mehreren Stellen. Zum einen beginnen viele gesundheits- und pflegerelevante Risikoverläufe deutlich früher als im Alter von 60 Jahren. Internationale Forschung – etwa zur Demenzprävention – zeigt seit Jahren, dass modifizierbare Risiko- und Schutzfaktoren bereits in der mittleren Lebensphase wirksam sind und damit auch für spätere Pflegeverläufe hohe Relevanz haben. Zum anderen bleibt ein Check-up fachlich deutlich hinter seinen Möglichkeiten zurück, wenn er nicht mit anschließender Überleitung, Begleitung und Re-Assessment verbunden wird. Ein einmaliges Screening ohne strukturierte Folgeprozesse erzeugt allenfalls Sensibilisierung, aber noch keine wirksame Prävention.

Aus KDA-Sicht sollte der Check-up daher nicht als isolierte Vorsorgeuntersuchung verstanden werden, sondern als Einstieg in einen niedrigschwelligen, präventiven Folgeprozess. Dazu gehören eine strukturierte Überleitung in Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Rehabilitationsangebote, die Anbindung an Beratungs- und Unterstützungsstrukturen sowie niedrigschwellige Folgekontakte bzw. Re-Assessments. Praktisch scheitert genau dies derzeit häufig an fehlender Zeit in der Primärversorgung, an fehlenden Kenntnissen über regionale Angebote, an unzureichenden Schnittstellen zwischen Diagnostik und anschließender Intervention sowie an der mangelnden Verbindlichkeit, solche Folgeprozesse tatsächlich zu organisieren. Der Nutzen eines Check-ups hängt daher nicht nur von der Güte des Screenings, sondern vor allem von der Fähigkeit ab, aus Screeningbefunden konkrete, alltagsnahe und für die jeweilige Lebenslage passende Folgeprozesse zu machen.

### Kompetenzmix und Setting-Ansätze

Hierfür erscheint es notwendig, die gesetzliche Ausgestaltung nicht allein auf ärztliche Leistungserbringung zu konzentrieren. Hausarztpraxen sind ohne Zweifel ein wichtiger früher Single-Entry-Point im Versorgungssystem. Gerade mit Blick auf Fachkräftemangel, Effizienz und die Notwendigkeit kontinuierlicher Begleitung ist es jedoch weder fachlich noch strukturell sinnvoll, Assessment, Überleitung, Koordination und Begleitung ausschließlich im ärztlichen System zu verorten. Erweiterte Berufsprofile wie Advanced Practice Nurses (APN) oder Community Health Nurses (CHN) sowie die Kompetenzerweiterung von Pflegefachkräften eröffnen hier erhebliche Potenziale. Auch Ergebnisse aus Modellprojekten wie dem Dementia Care Management zeigen, dass Assessment, Überleitung, Koordination und Begleitung nicht zwingend ärztliche Tätigkeiten sein müssen, sondern qualitätsgesichert, fachlich versiert und kosteneffizient durch andere Fachpersonen erbracht werden können. Daraus folgt aus unserer Sicht, dass die relevanten gesetzlichen Bestimmungen so angepasst werden sollten, dass diese Berufsgruppen Aufgaben im Rahmen von Screening, Überleitung, Verlaufsbeobachtung und Koordination regelhaft und refinanziert übernehmen können. Die Hausarztpraxis sollte daher als wichtiger Zugangspunkt, nicht aber als ausschließlicher Durchführungsort verstanden werden.

Dies gilt umso mehr, als Prävention und Gesundheitsförderung nicht allein in medizinischen Settings organisiert werden können. Eine wirksame Präventionsstrategie muss unterschiedliche Lebenswelten und Zugangsorte berücksichtigen. Neben Arztpraxen gehören dazu das häusliche Umfeld, kommunale Beratungsstrukturen, Quartiersorte und Dritte Orte ebenso wie die Arbeitswelt. Gerade die Erreichbarkeit der Zielgruppen ist eine wesentliche praktische Hürde der Umsetzung. Viele Menschen mit frühen funktionellen Einschränkungen, zunehmender Gebrechlichkeit oder aufkommenden Pflegearrangements werden in klassischen medizinischen Strukturen nur unzureichend oder zu spät erreicht. Prävention muss deshalb deutlich stärker lebensweltorientiert organisiert werden.

### Fachkraftsicherung und Arbeitswelt

Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang die Arbeitswelt. Ein wesentlicher blinder Fleck vieler Präventionsansätze besteht darin, dass sie die hohe Zahl der Personen, die Pflegeverantwortung mit Erwerbsarbeit verbinden, nicht systematisch in den Blick nehmen. Der Präventionserfolg zeigt sich jedoch nicht nur in der individuellen Risikominimierung der pflegebedürftigen Person, sondern ebenso in der Stabilisierung informeller Pflegearrangements. Frühzeitig platzierte Angebote der Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Selbsthilfe, Kuren, Bildungsurlaube und edukative Formate können dazu beitragen, diese Arrangements langfristig zu stabilisieren und Überlastung zu vermeiden. Damit Prävention wirksam wird, müssen An- und Zugehörige daher ausdrücklich als Zielgruppe adressiert werden. Dies betrifft nicht nur die inhaltliche Ansprache, sondern auch die praktische Ermöglichung ihrer Teilnahme. Wenn pflegende An- und Zugehörige Präventions- oder Gesundheitsförderungsangebote in Anspruch nehmen sollen, muss währenddessen die Versorgung der pflegebedürftigen Person sichergestellt sein. Andernfalls bleiben diese Angebote realitätsfern.

Die in den Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung angelegte Stärkung regionaler Koordinierungsstellen und überbetrieblicher Netzwerke ist insofern ausgesprochen sinnvoll. Sie muss aus Sicht des KDA jedoch deutlich entschiedener auf Fragen der Pflegevereinbarkeit, der Fachkräftesicherung und der regionalen Infrastrukturentwicklung ausgerichtet werden. Gerade kleine und mittlere Unternehmen brauchen hier niedrigschwellige Unterstützungs- und Vernetzungsstrukturen. Bestehende Ansätze aus der betrieblichen Gesundheitsförderung, dem betrieblichen Gesundheitsmanagement und regionalen Programmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zeigen bereits heute, dass wirksame Unterstützungsformen möglich sind: Pflege-Guides, sensibilisierte Personalpolitik, betriebliche Ansprechstrukturen, flexible Arbeitsorganisation sowie die Verknüpfung betrieblicher Angebote

mit regionalen Unterstützungsstrukturen. Zielführend wäre daher eine deutlich stärkere Verzahnung der Akteure auf örtlicher und regionaler Ebene – etwa zwischen Krankenkassen, Unternehmen, Wirtschaftsförderungen, Kammern, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden sowie Pflege- und Unterstützungsstrukturen vor Ort. Hier liegt nicht nur ein Präventionspotenzial für Beschäftigte und pflegende Angehörige, sondern auch ein zentrales Interesse der Fachkräftesicherung in Wirtschaft und Pflege.

#### Gesundheit und Rehabilitation als integraler Auftrag der Pflegeinfrastruktur

Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen, ambulanten Diensten und teilstationären Settings greifen ebenfalls einen wichtigen Entwicklungspfad auf. Aus unserer Sicht bestehen hier erhebliche Potenziale, die bestehenden personellen, räumlichen und infrastrukturellen Ressourcen von Pflegeeinrichtungen stärker für präventive, gesundheitsfördernde und rehabilitative Angebote zu nutzen. Einzelne Träger verbinden bereits heute pflegerische Leistungen mit Bewegungs-, Therapie- oder Gesundheitsangeboten im Sozialraum oder öffnen ihre Einrichtungen für Angebote in die Nachbarschaft hinein. Diese Ansätze sollten nicht nur modellhaft erprobt, sondern hinsichtlich ihrer Skalierbarkeit und ihrer regulatorischen Rahmenbedingungen systematisch weiterentwickelt werden. Praktische Hürden liegen hier vor allem in den bestehenden Vergütungs- und Vertragslogiken, die nach wie vor eher defizitorientiert ausgerichtet sind und Ressourcenorientierung, Prävention und Rehabilitation nicht hinreichend incentivieren. Soll die im Zukunftspakt angedeutete ressourcenorientierte Versorgung tatsächlich wirksam werden, müssen die entsprechenden Vergütungssysteme weiterentwickelt und Präventionsanreize für Leistungsanbieter wie auch für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen systematisch ausgebaut werden.

Dies gilt in besonderem Maße für die rehabilitativ ausgerichtete Pflege sowie für den Ausbau der mobilen geriatrischen Rehabilitation. Die geringe Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen bei Frailty, nach kritischen Ereignissen oder bei drohender Pflegebedürftigkeit ist seit Jahren bekannt. Besonders die mobile geriatrische Rehabilitation besitzt erhebliches Potenzial, weil sie Maßnahmen unmittelbar im Lebensumfeld der Betroffenen ermöglicht und damit bessere Anschlussfähigkeit an den Alltag bietet. Gleichzeitig berichten Anbieter seit Jahren von erheblichen Hürden in Vertrags- und Vergütungsregelungen, die einen Ausbau der Angebote behindern. Die angekündigte Untersuchung dieser Hürden ist daher sinnvoll. Sie sollte aus KDA-Sicht jedoch mit einem klaren Prüfauftrag verbunden werden, um regulatorische und untergesetzliche Hemmnisse gezielt zu identifizieren und abzubauen. Dazu gehört auch die stärkere Verzahnung von Kurzzeitpflege, Tagespflege und Rehabilitation sowie die verbindliche Nachsorge nach Rehabilitationsmaßnahmen. Die geplante Übermittlung eines Maßnahmenplans aus Reha-Einrichtungen ist hierfür ein richtiger Schritt, bleibt aber nur wirksam, wenn dieser Plan in die nachgelagerten Begleit- und Steuerungsstrukturen aufgenommen und mit konkreten Anschlussangeboten hinterlegt wird.

#### Kommunale Präventionsketten

Ein weiterer zentraler Punkt ist die stärkere kommunale Verankerung präventiver Ansätze. Die vorgesehenen Maßnahmen zu kommunalen Präventionsangeboten, zur Einbindung der Pflegeplanung und zur Verstetigung präventiver Hausbesuche greifen richtige Punkte auf, bleiben bislang jedoch zu unverbindlich. Gerade bei Maßnahme 1.12 bleibt offen, was mit dem „Bestärken“ der Kommunen zur Abstimmung mit Kranken- und Pflegekassen tatsächlich gemeint ist: ob damit verbindliche Vereinbarungen, strukturelle Unterstützung und Ressourcen verbunden sind oder lediglich eine unverbindliche Empfehlung ausgesprochen wird. Damit Prävention nicht bei einer Berichtspflicht oder einer symbolischen Erwähnung in kommunalen Planungsdokumenten stehen bleibt, braucht es aus Sicht des KDA klare Zuständigkeiten, verbindliche Kooperationsstrukturen und zusätzliche Ressourcen, die über die

kommunalen Freiwilligkeitsaufgaben nach § 71 SGB XII hinausgehen. Andernfalls bleiben präventive Aktivitäten punktuell, abhängig von Haushaltslagen und regional ungleich verteilt.

Gerade die systematische Sichtbarmachung kommunaler Präventionsangebote in der Pflegeplanung kann nur dann steuerungswirksam werden, wenn sie in eine integrierte Alten- und Pflegeplanung eingebettet ist, die Pflege, Prävention, Rehabilitation, Beratung, Wohnen, Teilhabe und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit gemeinsam betrachtet. Die angekündigte Festlegung von Ergebnisindikatoren ist dabei ein wichtiger Schritt, weil sie Planung in Richtung Wirkung und nicht nur Bestandsbeschreibung öffnet. Sie muss jedoch fachlich präzisiert, methodisch unterlegt und durch Wirkungsanalysen flankiert werden, damit daraus belastbare Handlungsempfehlungen und Investitionsargumente abgeleitet werden können. Hierzu bedarf es verbindlicher, bundes- oder landesweit anschlussfähiger Mindeststandards sowie eines klaren Planungs- und Review-Zyklus von Analyse, Maßnahme, Umsetzung, Monitoring und Evaluation.

Ähnlich verhält es sich mit den präventiven Hausbesuchen nach Maßnahme 1.14. Die Stärkung solcher aufsuchenden, präventionsorientierten Beratungsansätze ist fachlich gut begründet. Kritisch ist jedoch, dass Formulierungen wie „möglichst gestärkt“, „verstetigt“ oder „Prüfung regionaler Möglichkeiten“ keine hinreichende Verbindlichkeit entfalten. Erforderlich sind klare Zuständigkeiten, eine verlässliche Regelfinanzierung, Mindeststandards zu Zielgruppe, Qualifikation, Beratungsinhalten, Datenschutz und verbindlichem Follow-up. Praktische Hürden bestehen derzeit gerade darin, dass solche Ansätze von Land zu Land und zum Teil von Kommune zu Kommune unterschiedlich ausgestaltet sind, keine gesicherte Verstetigung erfahren und häufig nicht systematisch mit anderen Angeboten verbunden sind. Aus Sicht des KDA sollten präventive Hausbesuche deshalb ausdrücklich als Bestandteil einer lebensphasenorientierten Präventions- und Unterstützungsinfrastruktur verstanden werden, die mit Beratung, Gesundheitsförderung, Rehabilitationszugängen und – im weiteren Verlauf – auch mit der fachlichen Begleitung verbunden ist.

Schließlich ist auch Maßnahme 1.11 zum Übergang in den Ruhestand kritisch zu rahmen. Der Ruhestand ist ein relevanter biografischer Übergang, an dem Gesundheitsförderung, Teilhabe und neue Unterstützungsbezüge ansetzen können. Problematisch ist jedoch, wenn dieser Übergang primär als Gelegenheit beschrieben wird, „Potenziale“ für ehrenamtliche Betreuung und Unterstützung zu aktivieren. Damit droht Engagement funktionalisiert und als kompensatorische Ressource eines überlasteten Systems missverstanden zu werden, statt als selbstbestimmte Form gesellschaftlicher Teilhabe. Im Sinne des Neunten Altersberichts braucht es vielmehr verlässliche, niedrighschwellige und sozialräumlich verankerte Rahmenbedingungen, die Teilhabe ermöglichen und Engagement fördern – mit präventiven Effekten für die engagierten Personen selbst, ohne es als Ersatz für professionelle oder strukturelle Verantwortung zu setzen.

Insgesamt lassen sich von der Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen erhebliche positive Folgewirkungen erwarten, wenn es gelingt, sie strukturell zu hinterlegen: eine frühere Identifikation von Risiken, eine bessere Ausschöpfung von Präventions- und Rehabilitationspotenzialen, stabilere häusliche Arrangements, geringere Belastungen bei An- und Zugehörigen, eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, eine stärkere Ressourcenorientierung in der Pflegepraxis sowie langfristig eine Dämpfung von Pflegeprävalenz und Folgekosten. Ohne verbindliche Steuerung, geeignete Zugangswege, Multiprofessionalität, sozialräumliche Verankerung und die konsequente Verknüpfung mit Kapitel 2 und Kapitel 4 drohen die Maßnahmen jedoch auf additiver Ebene zu verbleiben und damit hinter ihren Möglichkeiten zurückzubleiben.

Take-away: Prävention in Lebenswelten und Pflegearrangements verankern

Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation sind zentrale Hebel zur Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit, bleiben jedoch in der aktuellen Ausgestaltung weitgehend additiv und strukturell unzureichend verankert. Aus Sicht des KDA ist entscheidend, diese Bereiche nicht als einzelne Maßnahmen, sondern als Bestandteil einer integrierten, lebensphasenorientierten und sozialräumlich verankerten Unterstützungsinfrastruktur zu entwickeln. Dabei müssen soziale Determinanten von Gesundheit ebenso systematisch berücksichtigt werden wie die Rolle pflegender An- und Zugehöriger, die Arbeitswelt und kommunale Strukturen. Instrumente wie Gesundheits-Check-ups entfalten nur dann Wirkung, wenn sie in verbindliche Folgeprozesse, multiprofessionelle Strukturen und alltagsnahe Unterstützungsangebote eingebettet sind. Gleichzeitig erfordern insbesondere Rehabilitation, kommunale Präventionsangebote und aufsuchende Ansätze verbindlichere Rahmenbedingungen, klare Zuständigkeiten und geeignete Finanzierungslogiken. Prävention wird erst dann wirksam, wenn sie strukturell organisiert, lebensweltorientiert umgesetzt und konsequent mit den Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen der Pflege verknüpft wird.

## 2. Bei der Pflege nicht allein gelassen – fachliche Begleitung, Krisenversorgung und Vereinbarkeit als Bausteine einer steuerungsfähigen Pflegeinfrastruktur

Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur präventionsorientierten fachlichen Begleitung und Unterstützung greifen einen zentralen Schwachpunkt der bisherigen Pflegeinfrastruktur auf. Pflegehaushalte werden in Deutschland nach wie vor häufig erst dann systematisch erreicht, wenn Belastungssituationen bereits eskaliert sind, Versorgungsbrüche eingetreten sind oder stationäre bzw. krisenhafte Arrangements faktisch alternativlos erscheinen. Was bislang fehlt, ist eine frühzeitige, kontinuierliche, koordinierende und präventionsorientierte Begleitung, die Pflegehaushalte nicht punktuell, sondern über den Verlauf hinweg in den Blick nimmt und dabei pflegerische, gesundheitliche, soziale, wohnbezogene und alltagspraktische Fragen zusammendenkt. Genau an dieser Stelle setzt der Reformgedanke an. Sein Potenzial liegt aus Sicht des KDA allerdings nicht primär in der Schaffung eines weiteren Einzelangebots. Entscheidend ist vielmehr, ob es gelingt, aus der fachlichen Begleitung heraus eine neu organisierte Architektur von Beratung, Begleitung, Fallsteuerung und Infrastruktursteuerung zu entwickeln. Der eigentliche Hebel liegt damit nicht in einem zusätzlichen Angebot, sondern in einer strukturellen Reorganisation der fragmentierten Beratungs- und Unterstützungslandschaft.

Aus KDA-Perspektive muss die fachliche Begleitung deshalb als zentraler funktionaler Baustein einer integrierten Architektur verstanden werden, in der Single-Entry-Point, Case Management, Care Management, Angebotsvermittlung, Prävention, Rehabilitationszugänge, Angehörigenentlastung und regionale Infrastrukturentwicklung systematisch miteinander verbunden werden. Die vorgeschlagenen Maßnahmen 2.1 bis 2.8 sind fachlich deshalb hoch relevant, weil sie an mehreren neuralgischen Punkten zugleich ansetzen: beim frühen Zugang in den Haushalt, bei der systematischen Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements, bei der Einbeziehung von An- und Zugehörigen, bei der Verknüpfung mit Präventions- und Rehabilitationsangeboten sowie bei der Bündelung bislang getrennter Beratungs- und Schulungsleistungen. Gerade darin liegt ein erheblicher Fortschritt gegenüber der aktuellen Situation, in der die Beratungs- und Versorgungsmanagementangebote vielfach auf leistungsrechtliche Informationsweitergabe beschränkt bleiben und weder auf dauerhafte Begleitung noch auf eine strukturierte Pflegeverlaufsteuerung angelegt sind.

## Re-Organisation von Begleitung und Beratung: Single-Entry-Point

Für eine nachhaltige Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur braucht es deshalb keine zusätzliche Parallelstruktur neben bestehenden Beratungsangeboten, sondern eine Reorganisation und Zusammenführung der vorhandenen Beratungslandschaft. Die fachliche Begleitung sollte nicht losgelöst neben Pflegestützpunkten, kommunalen Beratungsstellen, Angeboten der Altenhilfe oder weiteren Trägerstrukturen stehen, sondern als integrierter, zugehender und kontinuierlicher Zugang in einer neu geordneten Gesamtarchitektur verankert werden. Diese Architektur muss so aufgebaut sein, dass die bislang vielfach getrennten Funktionen von leistungsrechtlicher Beratung, fachlicher Begleitung, Edukation, Fallsteuerung und regionaler Angebotskoordination funktional zusammengeführt werden. Die Frage, ob Pflegekassen, Kommunen oder freie Träger „neutraler“ oder „geeigneter“ seien, greift demgegenüber zu kurz. Ausschlaggebend ist nicht die institutionelle Herkunft, sondern die Frage, wie unter den Bedingungen knapper personeller und finanzieller Ressourcen eine verbindlich organisierte, qualitätsgesicherte und sektorenübergreifend anschlussfähige Unterstützungsarchitektur aufgebaut werden kann. Die Trägerschaft ist insofern sekundär gegenüber der Qualität der Konzeption, der Standardisierung der Prozesse, der Anschlussfähigkeit an andere Leistungen und der Fähigkeit, tatsächlich vernetzt und regional steuerungsfähig zu arbeiten. Gleichwohl ist zur Stärkung der Rolle der Kommune eine deutlich stärkere und verbindlichere Anbindung der Angebote an die lokale Sorgearchitektur mit begleitender kommunaler Steuerung erforderlich. Eine reine „Opt-in“-Logik nach Maßnahme 2.2 erscheint hierfür zu schwach.

Der Gedanke des Single-Entry-Points ist dabei zentral, muss aber präzise verstanden werden. Gemeint ist nicht nur ein weiterer Zugangskanal, sondern ein frühzeitiger, kontinuierlicher und verbindlicher Einstiegspunkt in die Begleitung von Pflegehaushalten, von dem aus die weitere Unterstützung organisiert, strukturiert und – wenn nötig – gesteuert werden kann. Sein Mehrwert liegt darin, dass Pflegehaushalte möglichst früh erreicht werden, bevor Belastungsspiralen sich verfestigen. Gerade in den ersten Phasen einer Pflegebedürftigkeit entscheidet sich häufig, ob tragfähige Arrangements entstehen oder ob sich Überforderung, unkoordinierte Leistungsnutzung und Krisen entwickeln. Ein früher Zugang ermöglicht Assessment, Vertrauensaufbau, Edukation, Stabilisierung und die Aktivierung passender Unterstützungsformen. Zugleich darf ein solcher Zugang nicht als bloßer Beratungsbesuch missverstanden werden. Seine eigentliche Stärke liegt darin, dass er als begleitende Struktur über den Verlauf hinweg bestehen bleibt und dadurch Veränderungen frühzeitig wahrnehmen kann: steigende Belastung bei Angehörigen, neue Wohnprobleme, gesundheitliche Verschlechterungen, instabile Hilferangements, drohende Vereinsamung, Risiken an Übergängen zu Krankenhaus oder Rehabilitation oder die Notwendigkeit, von reiner Begleitung zu intensiverer Fallsteuerung überzugehen.

Die fachliche Begleitung sollte deshalb ausdrücklich als abgestuftes Instrument konzipiert werden. Nicht jeder Haushalt braucht zu jedem Zeitpunkt dasselbe Maß an Unterstützung. Manche Situationen erfordern zunächst vor allem Information, Orientierung und fachliche Anleitung; andere benötigen eine engmaschige Verlaufsbegleitung; wieder andere verlangen ein echtes Case Management mit aktiver Fallsteuerung und Koordination mehrerer Akteure. Zentral ist aus KDA-Sicht, dass die fachliche Begleitung in komplexeren Situationen nicht an eine andere, getrennte Struktur „abgibt“, sondern innerhalb derselben Architektur in ein intensiveres Case Management übergehen kann. Genau hier liegen bislang erhebliche Schwächen vieler Systeme: Übergänge zwischen Information, Beratung, Schulung, Koordination und Fallmanagement sind nicht klar organisiert, Zuständigkeiten versickern, und Verantwortung wird nicht durchgängig wahrgenommen. Gleichzeitig muss auf regionaler Ebene ein Care Management verankert sein, das nicht den Einzelfall, sondern die Angebotslandschaft, Netzwerke, Versorgungslücken und Entwicklungsperspektiven in den Blick nimmt. Case Management und

Care Management dürfen daher nicht getrennt gedacht werden. Die fachliche Begleitung und das Case Management erzeugen Wissen über konkrete Bedarfe, Krisenverläufe, Unterstützungsdefizite und wirksame Arrangements im Haushalt; das Care Management nutzt diese Erkenntnisse, um Angebotsstrukturen weiterzuentwickeln, Lücken sichtbar zu machen, Netzwerke aufzubauen und Infrastruktur an realen Bedarfslagen auszurichten.

#### Care-Management und Netzwerkbildung

Aus KDA-Perspektive bietet insbesondere die Grundidee des Pflegestützpunkts hierfür weiterhin eine tragfähige Matrix – allerdings nicht im Sinne des Status quo, sondern als weiterzuentwickelnder, konsolidierter und funktional neu ausgerichteter regionaler Knotenpunkt. Pflegestützpunkte oder vergleichbare Koordinationsstellen könnten eine wichtige Rolle spielen, weil sie bereits heute – jedenfalls dem Anspruch nach – an der Schnittstelle von Beratung, Vernetzung und Koordination angesiedelt sind. Das Problem ist jedoch, dass diese Logik bislang vielerorts weder konsequent umgesetzt noch flächendeckend ausgebaut ist und häufig nicht über die notwendige Tiefe des Case Managements, der Datenlogik und der sozialräumlichen Angebotsentwicklung verfügt. Deshalb geht es nicht darum, fachliche Begleitung und Pflegestützpunkte nebeneinanderzustellen. Es geht vielmehr darum, die fachliche Begleitung in eine weiterentwickelte und reorganisierte Knotenpunktstruktur einzubetten. Entscheidend ist, dass dort die Funktionen gebündelt sind: koordinierte Beratungs- und Begleitprozesse, Übergänge zwischen Information, Begleitung und Case Management, Zugriff auf regionale Netzwerke und Unterstützungsangebote, Rückspiegelung von Erkenntnissen in Care Management und Pflegeplanung sowie Qualitätssicherung, Prozessstandards und Dokumentationslogik.

Ein besonders wichtiger Punkt ist, dass die fachliche Begleitung nicht nur pflegerische Arrangements im engeren Sinne koordinieren darf. Ihr eigentlicher Mehrwert liegt gerade darin, Präventions-, Rehabilitations- und Gesundheitsförderungspotenziale frühzeitig und systematisch in Pflegeverläufe einzu beziehen. Mit der Ausweitung pflegerischer Kompetenzen bei Präventionsempfehlungen ist ein wichtiger Schritt getan. Daraus folgt jedoch noch nicht automatisch, dass Prävention im Alltag von Pflegehaushalten tatsächlich wirksam wird. Denn das Problem liegt häufig nicht allein in der fehlenden rechtlichen Möglichkeit, sondern im fehlenden Zugang, in mangelnder Prozesssteuerung und in der fehlenden alltagspraktischen Einbettung. Gerade präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen wirken nicht dadurch, dass sie formal empfohlen werden, sondern dadurch, dass sie in komplexe Lebenslagen hineinpassen, vermittelt, organisiert, begleitet und mit anderen Anforderungen des Haushalts abgestimmt werden. Das gilt in besonderem Maße für pflegende An- und Zugehörige. Wenn diese Zielgruppe von Präventions-, Rehabilitations- oder Gesundheitsförderungsangeboten profitieren soll, muss zugleich die Versorgung der pflegebedürftigen Person abgesichert sein. Sonst bleibt die Inanspruchnahme vielfach realitätsfern. Daraus folgt, dass die fachliche Begleitung zwingend auch eine Vereinbarkeitskompetenz braucht. Das betrifft nicht nur Fragen leistungsrechtlicher Entlastung, sondern die Fähigkeit, Vereinbarkeit von Pflege, Beruf, Familie und eigener Gesundheit als Teil der Stabilisierung eines Pflegearrangements zu verstehen.

Eng damit verbunden ist die Frage der Prozesssteuerung über Sektorengrenzen hinweg. Die klassischen Bruchstellen des Systems – zwischen Krankenhaus, Rehabilitation, ambulanter Versorgung, Alltagsunterstützung und Pflegehaushalt – sind seit Jahren bekannt. Sie entstehen nicht nur aus fehlenden Leistungen, sondern aus fehlender Koordination und mangelndem Informationsfluss. Gerade hier kann eine kontinuierliche fachliche Begleitung einen erheblichen Mehrwert entfalten. Wenn bereits eine Begleitstruktur mit gutem Kenntnisstand über Haushalt, Bedarfslagen, soziale Konstellationen und Unterstützungsnetzwerke vorhanden ist, muss dieses Wissen auch an Übergängen nutzbar gemacht

werden können. Das betrifft insbesondere Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationsmaßnahmen, Gesundheitskrisen oder Veränderungen der Wohn- und Versorgungssituation.

Das bisherige Verständnis eines Krankenhausentlassmanagements greift dafür zu kurz. Erforderlich ist ein Überleitungsmanagement, das nicht nur die Entlassung organisiert, sondern Eintritt, Aufenthalt, Rückkehr und Nachsorge in den Blick nimmt. Genau dafür sind eine integrierte Begleitung, datenschutzkonforme Informationsweitergabe und definierte Schnittstellen erforderlich. Damit Rehabilitationserfolge, Präventionsergebnisse oder medizinisch-therapeutische Interventionen nicht im Alltag verpuffen, braucht es Nachsorgeformate, die diese Ergebnisse aufnehmen und in die weitere Begleitung übersetzen. Fachliche Begleitung muss deshalb in der Lage sein, ambulante Anschlussangebote zu koordinieren, Veränderungen in der Lebensführung zu begleiten und die Wirksamkeit solcher Maßnahmen im Verlauf zu stabilisieren.

Für die Neugestaltung der Sorge-Architektur ist darüber hinaus zentral, dass bestehende Angebote nicht ersetzt, verdrängt oder dupliziert werden. Formate wie Pflegekurse, individuelle Schulungen, Angebote der familialen Pflege, Beratungsstrukturen der offenen Altenhilfe oder bestehende Beratungskompetenzen in regionalen Netzwerken bringen wertvolles Erfahrungs- und Fachwissen mit. Dieses Wissen sollte funktional eingebunden werden. Der entscheidende Punkt ist nicht, ob diese Angebote erhalten bleiben, sondern wie sie in eine reorganisierte Gesamtstruktur eingebunden werden, damit sie nicht länger nebeneinander herlaufen. Ihre Leistungen müssen für die fachliche Begleitung und das Case Management verfügbar, anschlussfähig und systematisch nutzbar sein. Das setzt gemeinsame Prozesslogiken, transparente Angebotsinformationen und im Idealfall kompatible Dokumentations- und Kommunikationsstrukturen voraus. Gerade auch die bisherigen Beratungsleistungen nach §§ 7a, 37.3 und 45 SGB XI sollten deshalb nicht in getrennten Logiken weiterlaufen. Vielmehr spricht vieles dafür, diese Funktionen im Sinne einer konsolidierten, fachlich versierten und abgestuft organisierten Begleit- und Beratungsstruktur zusammenzuführen. Aus KDA-Sicht ist es gerade nicht sinnvoll, die leistungsrechtliche Beratung aus dem Begleitprozess herauszulösen, weil zu Beginn einer Pflegesituation leistungsrechtliche Orientierung oft hoch relevant ist und diese Informationen nur dann passgenau werden, wenn sie mit einer systemischen Sicht auf Haushalt, Belastungslagen, familiäre Ressourcen und Barrieren verbunden werden.

#### Sukzessiver Kompetenz- und Strukturaufbau

Eine solche Architektur funktioniert nur, wenn die beteiligten Fachkräfte über ein entsprechend breites und zugleich klar profiliertes Kompetenzspektrum verfügen. Es geht gerade nicht um eine rein administrative Beratungsfunktion, sondern um ein anspruchsvolles Profil, das fachliche Begleitung, Assessment, Edukation, Prozesssteuerung, Netzwerkarbeit und sektorübergreifende Beratung miteinander verbindet. Erforderlich sind aus KDA-Sicht insbesondere pflegfachliche Kompetenzen, eine saluto-genetische und präventionsorientierte Grundhaltung, Kenntnisse zu Rehabilitation, Gesundheitsförderung und Präventionszugängen, Kompetenzen in Case Management und Care Management, Wissen über regionale Angebotsstrukturen, Beratungskompetenz mit Blick auf SGB V, IX, XI und XII sowie Fähigkeiten in digital gestützter Dokumentation und sektorenübergreifender Kommunikation. Gerade die präventionsorientierte Haltung ist dabei nicht selbstverständlich. In älteren Ausbildungsbiografien dominiert häufig ein stärker pathogenetisch orientierter Blick. Präventionspotenziale, funktionserhaltende Unterstützung und gesundheitsfördernde Perspektiven müssen deshalb auch curricular deutlich stärker verankert werden. Neue Profile wie der CHN oder der APN bieten hier anschlussfähige Grundlagen.

Ein besonders zentraler und bislang unterschätzter Hebel ist die digitale Infrastruktur, auf der eine solche integrierte Architektur aufbauen muss. Dabei geht es ausdrücklich nicht nur um Dokumentation im technischen Sinne, sondern um eine fachlich nutzbare, interoperable und datenschutzkonforme Struktur, über die unterschiedliche Funktionen der reorganisierten Beratungslandschaft zusammenarbeiten können. Der positive Effekt eines Single-Entry-Points und einer integrierten Beratungsstruktur liegt gerade darin, dass im Verlauf der Begleitung kontinuierlich Wissen über Haushalte, Bedarfe, Belastungsdynamiken, Versorgungslücken, Übergänge, Präventionspotenziale und Unterstützungswirkungen entsteht. Dieses Wissen darf nicht in einzelnen Beratungsakten, Trägern oder isolierten Systemen versanden. Es muss vielmehr so dokumentiert werden, dass es im Einzelfall für Kontinuität und Anschlussfähigkeit sorgt, im Case Management für Steuerung genutzt werden kann, im Care Management Erkenntnisse über Angebotsbedarfe und Lücken liefert und für Pflegebedarfs- und Pflegestrukturplanung aggregiert auswertbar wird. Genau darin liegt der eigentliche infrastrukturelle Mehrwert. Heute existieren an vielen Stellen Informationen, aber sie sind fragmentiert, nicht kompatibel, nicht durchgängig nutzbar und kaum planungsrelevant aufbereitbar. Eine reorganisierte Beratungslandschaft mit fachlicher Begleitung als kontinuierlichem Zugangspunkt könnte hier einen qualitativen Sprung ermöglichen.

#### Doppelte Wirkung durch Datennutzung

Dafür braucht es eine digital gestützte Verlaufsdocumentation, die nicht nur statische Daten erfasst, sondern Dynamiken sichtbar macht: Veränderungen der Belastungssituation, Instabilitäten im Hilfemix, Veränderungen in Wohnkonstellationen, Hinweise auf Präventions- und Rehabilitationsbedarf, Risiken bei Alleinlebenden, Vereinbarkeitskonflikte, sich verschiebende Rollen von Angehörigen oder auch die Wirksamkeit bestimmter Unterstützungsmaßnahmen. Diese Datenlogik ist fachlich deshalb so bedeutsam, weil sie die Verbindung zwischen individueller Begleitung und regionaler Steuerung herstellt. Wo kontinuierlich erfasst wird, welche Unterstützungsbedarfe real auftreten, welche Angebote vermittelt werden konnten, welche fehlen, welche Übergänge scheitern oder welche Maßnahmen stabilisierend wirken, entsteht ein Erkenntnisgewinn, der weit über die Einzelfallarbeit hinausgeht. Die kommunale Pflegebedarfs- und Pflegestrukturplanung erhält dadurch eine deutlich validere Grundlage. Gleiches gilt für Care Management, Angebotsentwicklung und perspektivisch auch für vorausschauende, z.T. KI-gestützte Prognosen. Datenschutz ist dabei nicht Gegenargument, sondern Gestaltungsaufgabe einer funktionierenden Infrastruktur. Erforderlich sind klare Einwilligungs- und Weitergaberegungen, definierte (Zugriffs-)rechte und Rollen je nach Funktion, Transparenz gegenüber den Betroffenen, die Trennung zwischen einzelfallbezogener Nutzung und aggregierter Planungsauswertung sowie hohe technische Standards für Interoperabilität und Sicherheit. Erkenntnisse aus Modellvorhaben wie bspw. INGE-integrate4care deuten an, dass integrierte Dokumentation, standardisierte Assessmentlogiken und verlaufsbezogene Datennutzung praktisch umsetzbar sind und an der Schnittstelle zwischen Einzelfallbegleitung und Systemsteuerung einen erheblichen Mehrwert erzeugen können.

Die vorgesehene intensivierte Anfangsphase bei erstmaligem Bezug von Pflegegeld bzw. Entlastungsbudget ist aus fachlicher Sicht gut nachvollziehbar. Gerade die erste Phase einer Pflegesituation ist häufig hoch dynamisch: neue Rollen müssen gefunden, Unsicherheiten bewältigt, Leistungen erschlossen, Unterstützungsnetze aktiviert und Entscheidungen über die weitere Gestaltung getroffen werden. Eine intensivierte Begleitung zu Beginn kann deshalb Assessment der Gesamtsituation, Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung, Strukturierung des Hilfemixes, Edukation und Anleitung, Aktivierung familiärer und sozialräumlicher Ressourcen sowie frühe Erkennung von Krisenrisiken ermöglichen. Kritisch zu prüfen bleibt allerdings die vorgesehene Verknüpfung mit gekürzten Geldleistungen. Hier stellt

sich die Frage, wie Akzeptanz, Verbindlichkeit und Anreizstruktur sinnvoll austariert werden können. Denkbar erscheint aus KDA-Sicht, dies zunächst in Pilotkontexten zu prüfen. Wichtig ist vor allem, dass die Einführung des Instruments nicht an einer zu eng verstandenen fiskalischen Logik scheitert.

Die erwartete Kostenneutralität ist politisch nachvollziehbar, fachlich aber nur begrenzt tragfähig, wenn sie als Sofortbedingung verstanden wird. Eine solche Reform erfordert zunächst Investitionen in Aufbau, Standardisierung und Infrastruktur. Dazu gehören die Entwicklung und Einführung neuer Prozessarchitekturen, der Aufbau digitaler Dokumentations- und Datenschnittstellen, Qualifizierung und Curricula, Qualitätsstandards und Qualitätssicherung, regionale Reorganisationsprozesse sowie die Vernetzung bestehender Angebote. Hinzu kommt, dass eine verbesserte Begleitung kurzfristig sogar zu einer höheren Inanspruchnahme bestimmter Leistungen führen kann, weil Bedarfe früher erkannt und Zugänge besser eröffnet werden. Der Return on Investment zeigt sich daher häufig zeitversetzt. Genau deshalb sollte die Reform nicht an kurzfristigen Ausgabeneffekten gemessen werden, sondern an der mittel- und langfristigen Stabilisierung von Pflegearrangements, der besseren Nutzung vorhandener Ressourcen und dem gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrtsgewinn.

#### Bedarfsparadox, Systemzugang und soziale Ungleichheit

Die vorgeschlagenen Anpassungen im Bereich des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Schwellenwerte nach Maßnahme 2.9 greifen in einen zentralen Steuerungsmechanismus der Pflegeversicherung ein. Aus Sicht des KDA ist zunächst festzuhalten, dass mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem Begutachtungsinstrument ein fachlich fundiertes, wissenschaftlich entwickeltes System vorliegt, das eine differenzierte Erfassung von Unterstützungsbedarfen ermöglicht.

Die nun vorgesehene Anpassung der Schwellenwerte in den Pflegegraden 1 bis 3 ist vor diesem Hintergrund kritisch zu bewerten. Sie führt de facto zu einer Verengung des leistungsberechtigten Personenkreises und ist damit nicht nur eine technische Justierung, sondern eine normative Setzung darüber, welche Bedarfe durch die Solidargemeinschaft getragen werden und welche nicht. Aus KDA-Perspektive besteht die zentrale Gefahr, dass Bedarfe nicht verschwinden, sondern systematisch verlagert werden – in informelle Arrangements, in kommunale Kontexte oder in individuelle Verantwortung. Diese Verschiebung erfolgt jedoch ohne eine entsprechende strukturelle Gegenfinanzierung oder einen flächendeckenden Ausbau alternativer Unterstützungsinfrastrukturen. Besonders kritisch ist dies mit Blick auf den Pflegegrad 1 zu bewerten. Auch wenn dieser formal erhalten bleibt, zeigen empirische Erkenntnisse, dass seine Potenziale bislang nicht ausreichend erschlossen sind. Gerade im Hinblick auf frühzeitige Zugänge, niedrigschwellige Unterstützungsangebote und präventive Interventionen liegt hier ein zentraler Ansatzpunkt, um Pflegeverläufe positiv zu beeinflussen und Belastungsspiralen zu vermeiden. Eine Reduktion der Anspruchsberechtigten in diesem frühen Segment läuft daher dem Ziel einer präventionsorientierten Pflegepolitik entgegen. Stattdessen wäre es erforderlich, die Nutzung und Wirksamkeit der Angebote im Pflegegrad 1 strukturell zu stärken, insbesondere durch bessere Verzahnung mit fachlicher Begleitung, systematische Einbindung in präventive und sozialräumliche Angebote sowie durch klare Steuerungs- und Zugangsstrukturen. Andernfalls droht eine Entwicklung, in der frühe Bedarfe nicht adressiert werden, Präventionspotenziale ungenutzt bleiben und sich Versorgungslücken weiter verfestigen. Hinzu kommt eine sozialpolitisch relevante Dimension: Die Verlagerung von Unterstützungsbedarfen in den privaten Bereich trifft Haushalte in sehr unterschiedlichem Maße. Vor dem Hintergrund ungleicher Einkommens- und Vermögensverteilungen besteht die erhebliche Gefahr, dass sich bestehende Ungleichheiten weiter verschärfen und sich ein sozial selektiver Zugang zu Unterstützung und Teilhabe herausbildet.

Die Maßnahmen zur Stärkung der Krisen- und Notfallversorgung nach 2.10 bis 2.15 adressieren ein reales und bislang unzureichend abgesichertes Handlungsfeld. Die Einführung eines Notfallbudgets, die Vorhaltung von Kurzzeitpflegeplätzen, die Entwicklung eines Pflegenotdienstes und eines Pflege-notfalltelefons greifen reale Versorgungslücken auf. Aus Sicht des KDA besteht die zentrale Herausforderung jedoch darin, dass diese Ansätze bislang weitgehend als eigenständige pflegerische Notfallstrukturen konzipiert werden, während die parallellaufende Reform der medizinischen Notfallversorgung hiervon getrennt gedacht wird. Gerade vor dem Hintergrund multimorbider und pflegebedürftiger Menschen ist eine solche Parallelstruktur weder aus Sicht der Betroffenen noch im Hinblick auf eine effiziente Systemsteuerung zielführend. Erforderlich ist daher eine konsequente Weiterentwicklung hin zu einer integrierten medizinisch-pflegerischen Notfallversorgung, in der beide Systeme strukturell, organisatorisch und informationell miteinander verzahnt sind. Die Ersteinschätzung von Notfällen sollte grundsätzlich über die bestehenden Leitstellenstrukturen 112 und 116117 erfolgen. Pflegegerische Bedarfslagen müssen dabei systematisch mitgedacht und – wo medizinisch nicht erforderlich – in geeignete pflegerische Versorgungsstrukturen übergeleitet werden. Ein separates Pflegenotfalltelefon kann dabei eine sinnvolle Funktion übernehmen, sollte jedoch in die bestehenden Leitstellen integriert und nicht als paralleler Zugang aufgebaut werden. Dort, wo telefonische oder telepflegerische Beratung nicht ausreicht, sind aufsuchende, interdisziplinäre Interventionsteams erforderlich, die kurzfristig stabilisierend wirken können. Ein erheblicher Teil pflegerischer Notfälle wird derzeit in Krankenhäuser verlagert, obwohl dort keine adäquate Versorgung im Sinne der Bedarfe erfolgt. Stattdessen bedarf es regionaler, niedrigschwelliger und flexibel nutzbarer Versorgungsangebote, etwa in Form ambulant-teilstationärer Notfallpflegeeinheiten, kooperativ organisierter Kurzzeitpflege- und Übergangsangebote oder integrierter Primärversorgungs- bzw. Regionalversorgungszentren. Diese Strukturen können dazu beitragen, Fehlsteuerungen zu reduzieren und gleichzeitig Versorgungssicherheit im häuslichen Kontext zu stabilisieren. Eine zentrale Leerstelle im bisherigen Ansatz ist die fehlende systematische Verbindung zur fachlichen Begleitung. Gerade hier liegt jedoch ein erheblicher Hebel: Durch eine kontinuierliche Begleitung von Pflegebedürftigen können Krisensituationen frühzeitig erkannt, präventiv abgefedert und Eskalationen vermieden werden. Voraussetzung hierfür ist eine digitale, sektorenübergreifend anschlussfähige Dokumentation, die perspektivisch auch Schnittstellen zur elektronischen Patientenakte umfasst. Damit kann die fachliche Begleitung mittelfristig zu einem integralen Bestandteil einer medizinisch-pflegerischen Primärversorgung weiterentwickelt werden.

#### Vereinbarkeitskompetenz: Fachkraftsicherung und Stabilisierung häuslicher Versorgung

Die Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege nach 2.16 und 2.17 greifen ein zentrales gesellschaftliches Handlungsfeld auf. Die geplante Zusammenführung von Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz sowie die Prüfung eines Pflegezeitgeldes sind wichtige Schritte, bleiben jedoch in ihrer Wirkung begrenzt, wenn sie primär auf individuelle Freistellungsansprüche fokussieren. Aus KDA-Sicht muss Vereinbarkeitspolitik deutlich stärker als strukturpolitisches Thema der Fachkräftesicherung und der betrieblichen Organisation verstanden werden. Ein wesentlicher Hebel liegt dabei nicht allein in zusätzlichen Transferleistungen, sondern in der systematischen Nutzung und Weiterentwicklung bestehender betrieblicher und regionaler Strukturen. Programme und Ansätze – etwa im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung, des betrieblichen Gesundheitsmanagements oder bestehender Landesprogramme zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf – zeigen bereits heute, dass wirksame Lösungen ohne zusätzliche umfangreiche Leistungsansprüche realisiert werden können. Diese Ansätze ermöglichen frühzeitige Sensibilisierung und Unterstützung von Beschäftigten, flexible Arbeitszeitmodelle und angepasste Arbeitsorganisation, betriebliche Ansprechstrukturen wie Pflege-Guides sowie die Verknüpfung betrieblicher Angebote mit regionalen Unterstützungsstrukturen. Gerade für kleine und mittlere Unternehmen besteht hier jedoch noch ein erheblicher

Entwicklungsbedarf, der durch regionale Koordinationsstrukturen und Netzwerke unterstützt werden sollte. Vor diesem Hintergrund empfiehlt das KDA die systematische Verzahnung von Vereinbarkeitspolitik mit BGF- und BGM-Strukturen, die stärkere Einbindung von Unternehmen als aktive Akteure in die Pflegeinfrastruktur sowie den Ausbau regionaler Kooperationsformate zwischen Wirtschaft, Pflege und kommunalen Strukturen. Eine solche Perspektive trägt nicht nur zur Entlastung pflegender Angehöriger bei, sondern leistet zugleich einen zentralen Beitrag zur Stabilisierung von Erwerbsbiografien und zur Sicherung von Fachkräften.

#### Take-away: Begleitung als Rückgrat einer integrierten Pflegeinfrastruktur

Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur fachlichen Begleitung adressieren einen zentralen strukturellen Mangel der bisherigen Pflegeinfrastruktur: das Fehlen einer frühzeitigen, kontinuierlichen und koordinierenden Unterstützung von Pflegehaushalten. Ihr Potenzial liegt jedoch weniger in einem zusätzlichen Angebot als in der Möglichkeit, die fragmentierte Beratungs- und Unterstützungslandschaft grundlegend neu zu organisieren. Aus Sicht des KDA muss die fachliche Begleitung als integrierter Bestandteil einer Gesamtarchitektur verstanden werden, die Beratung, Begleitung, Case Management, Prävention, Rehabilitation und Angebotsentwicklung systematisch miteinander verbindet. Entscheidend sind ein verbindlicher Zugang über einen Single-Entry-Point, eine abgestufte Begleitlogik, die enge Verzahnung von Case und Care Management sowie eine digital gestützte Verlaufsdokumentation, die individuelles Handeln mit regionaler Steuerung verknüpft. Gleichzeitig müssen Übergänge zwischen Versorgungssektoren verbessert, bestehende Angebote integriert und neue Kompetenzprofile entwickelt werden. Nur wenn fachliche Begleitung als strukturbildendes Element und nicht als isolierte Maßnahme umgesetzt wird, kann sie zur Stabilisierung von Pflegearrangements, zur besseren Nutzung vorhandener Ressourcen und zu einer nachhaltig steuerungsfähigen Pflegeinfrastruktur beitragen.

### Kapitel 3: Einfache und bürokratiearme Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung

Die im dritten Kapitel vorgeschlagenen Maßnahmen zur Vereinfachung, Flexibilisierung und Neuordnung von Leistungsansprüchen greifen ein zentrales Problem der aktuellen Pflegeversicherung auf: die hohe Komplexität, geringe Transparenz und begrenzte Anschlussfähigkeit der bestehenden Leistungslogik an die tatsächlichen Lebens- und Bedarfslagen von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen. Gleichzeitig besteht die Herausforderung darin, Vereinfachung und Flexibilisierung so auszugestalten, dass sie nicht zu einer Entstrukturierung der Angebotslandschaft oder zu einer Überforderung der Betroffenen führen.

Der Ansatz, Leistungsansprüche stärker zu bündeln und insbesondere niedrigschwellige Unterstützungsangebote zu stärken, ist grundsätzlich zu begrüßen. Insbesondere Angebote zur Unterstützung im Alltag haben in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen, weil sie frühzeitig ansetzen, alltagspraktische Entlastung bieten und damit zur Stabilisierung häuslicher Versorgungsarrangements beitragen. Sie sind häufig niedrigschwellig zugänglich, sozialräumlich verankert und können sowohl durch ehrenamtliche als auch durch gemeinwohlorientierte gewerbliche Anbieter erbracht werden. Gerade in frühen Phasen von Pflegebedürftigkeit entfalten sie präventive Wirkungen mit Blick auf die Vermeidung von Pflegeprogression und die Entlastung von An- und Zugehörigen.

Gleichzeitig zeigen die vorgeschlagenen Optionen zur Weiterentwicklung der Leistungsstruktur – insbesondere die stärkere Integration dieser Angebote in ein Gesamtbudget oder die Verlagerung in das

Sachleistungsbudget – erhebliche Risiken für die bestehende Angebotslandschaft. Es besteht die Gefahr, dass niedrigschwellige Unterstützungsangebote in einer stärker formalisierten und professionalisierten Logik aufgehen und dadurch ihre spezifischen Stärken verlieren. Viele Anbieter – insbesondere ehrenamtliche Strukturen, Nachbarschaftshilfe und kleinere gemeinwohlorientierte Initiativen – werden voraussichtlich nicht in der Lage oder nicht bereit sein, die Voraussetzungen für eine Einbindung in das Sachleistungsbudget zu erfüllen oder entsprechende Versorgungsverträge abzuschließen. Dies könnte zu einem Rückgang genau der Angebote führen, die für frühe Unterstützung und Prävention besonders relevant sind.

#### Arbeitsmarktpotenziale: Zwischen Ehrenamt und Beruf

Ein bislang in den Maßnahmen nicht ausreichend berücksichtigter Aspekt betrifft die arbeitsmarktpolitische Dimension niedrigschwelliger Unterstützungsangebote. Diese erschöpfen sich nicht in ihrer unmittelbaren Versorgungsfunktion, sondern eröffnen zugleich erhebliche Potenziale zur Aktivierung zusätzlicher personeller Ressourcen außerhalb der klassischen Pflegeberufe. Gerade vor dem Hintergrund eines strukturellen Fachkräftemangels in der Pflege kommt dieser Funktion eine strategische Bedeutung zu.

Niedrigschwellige Unterstützungsangebote ermöglichen es, sogenannte „stille Reserven“ zu erschließen, die im bestehenden System bislang nur unzureichend genutzt werden. Dazu zählen insbesondere Personen, die sich punktuell oder in geringem Stundenumfang engagieren möchten, aber auch solche, die perspektivisch in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen und alltagsunterstützender Hilfen einsteigen können. Damit entsteht ein Segment zwischen informeller Unterstützung und hochqualifizierter Pflege, das sowohl Beschäftigungs- als auch Qualifizierungsperspektiven eröffnet. Entscheidend ist dabei, dass dieses Segment nicht ausschließlich als freiwilliges oder ehrenamtliches Engagement verstanden wird, sondern bewusst auch als Teil eines sich entwickelnden Arbeitsmarktes für soziale Dienstleistungen. Gemeinwohlorientierte gewerbliche Anbieter spielen hierbei eine zentrale Rolle, da sie Strukturen bereitstellen können, in denen Tätigkeiten professionalisiert, qualifiziert und perspektivisch in stabile Beschäftigungsverhältnisse überführt werden. Dies schafft nicht nur zusätzliche Versorgungskapazitäten, sondern auch neue „Karrierewege“ und Aufstiegsmöglichkeiten im Vorfeld und Umfeld der Pflege. Gleichzeitig trägt diese Entwicklung dazu bei, das Gesamtsystem der Pflege zu entlasten, indem Aufgaben, die keine pflegerische Fachqualifikation erfordern, systematisch aus dem engeren Pflegebereich herausgelöst und in andere Unterstützungssegmente verlagert werden. Pflegefachkräfte können sich dadurch stärker auf ihre Kernaufgaben konzentrieren, während gleichzeitig die Versorgung insgesamt stabilisiert wird.

#### Zwei Logiken, ein System: niedrigschwellig und professionalisiert verbinden

Eine zentrale Herausforderung besteht darin, die Rahmenbedingungen so auszugestalten, dass diese arbeitsmarktpolitischen Potenziale tatsächlich gehoben werden können. Dazu gehören insbesondere:

- klare und niedrigschwellige Zugänge zu Qualifizierung und Zertifizierung,
- verlässliche Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen,
- sowie regulatorische Rahmenbedingungen, die sowohl ehrenamtliche als auch sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten ermöglichen und fördern.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass der gezielte Aufbau eines „intermediate care workforce“-Segments – also eines Arbeitsmarktes zwischen informeller Hilfe und professioneller Pflege – wesentlich zur Stabilisierung von Versorgungssystemen beiträgt und gleichzeitig Beschäftigungspotenziale erschließt. Vor diesem Hintergrund sollten niedrigschwellige Unterstützungsangebote nicht

ausschließlich unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten betrachtet werden, sondern explizit auch als Bestandteil einer integrierten Fachkräfte- und Arbeitsmarktstrategie. Dies erfordert eine enge Verzahnung mit den in Kapitel 2 beschriebenen Strukturen der fachlichen Begleitung sowie mit den in Kapitel 4 adressierten Fragen der Angebots- und Infrastrukturentwicklung.

Daher erscheint eine klare funktionale Differenzierung innerhalb der Leistungslogik erforderlich. Einerseits bedarf es eines eigenständigen, niedrighschwelligigen Segments, das bewusst einfach zugänglich bleibt und sowohl ehrenamtliche als auch semi-professionelle Angebote umfasst. Andererseits sollten stärker professionalisierte Angebote, die komplexere Betreuungs- oder haushaltsnahe Leistungen erbringen, die Möglichkeit erhalten, in das Sachleistungsbudget integriert zu werden, sofern sie entsprechende Qualitätsanforderungen erfüllen. Entscheidend ist, dass diese Differenzierung nicht als harte Trennung, sondern als durchlässiges Entwicklungssystem ausgestaltet wird.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt sich eine Hybridlösung, die zwei bislang getrennt gedachte Entwicklungslogiken systematisch miteinander verbindet: einerseits flexibel nutzbare Leistungsbudgets für Pflegebedürftige sowie ihre An- und Zugehörigen, andererseits der gezielte Aufbau und die Stabilisierung eines leistungsfähigen, differenzierten Dienstleistungsmarktes im Bereich der Unterstützungsangebote. Flexiblere Leistungsbudgets sind eine zentrale Voraussetzung dafür, dass Unterstützungsleistungen tatsächlich passgenau genutzt werden können. Gleichzeitig entfalten Budgets ihre Wirkung nur dann, wenn ein hinreichend entwickelter, zugänglicher und qualitativ gesicherter Angebotsmarkt existiert, für den diese Mittel eingesetzt werden können. Ohne eine solche Angebotsbasis laufen Budgetlösungen ins Leere oder verstärken bestehende Ungleichheiten in der Versorgung.

Erforderlich ist daher ein klar strukturiertes Anreiz- und Entwicklungssystem, das den gesamten Bereich der Unterstützungsangebote umfasst und systematisch weiterentwickelt. Dieses System sollte das Spektrum von ehrenamtlich engagierten Einzelpersonen über Initiativen und organisierte ehrenamtliche Dienste bis hin zu gemeinwohlorientierten gewerblichen Anbietern als zusammenhängenden Entwicklungsraum begreifen und entsprechend ausgestalten. Zentrale Voraussetzung hierfür sind homogenisierte gesetzliche und untergesetzliche Regelungen, die derzeit bestehende Fragmentierungen und Zugangshürden reduzieren. Die aktuellen Rahmenbedingungen sind vielfach durch heterogene landesrechtliche Ausgestaltungen, komplexe Anerkennungsverfahren und unklare Entwicklungsperspektiven geprägt. Dies erschwert sowohl den Zugang neuer Anbieter als auch die Weiterentwicklung bestehender Strukturen.

Insbesondere für den gewerblichen Bereich besteht aus KDA-Sicht ein Anpassungsbedarf. Die derzeitigen vertraglichen Zulassungsvoraussetzungen – insbesondere für Betreuungsdienste – sind vielfach nicht anschlussfähig an die real vorhandenen Angebotsstrukturen im Bereich der Unterstützung im Alltag. Sie orientieren sich häufig stärker an klassischen Pflegearrangements als an den tatsächlichen Anforderungen niedrighschwelliger, alltagsunterstützender Leistungen. Wir empfehlen, die bestehenden Zulassungs- und Vertragslogiken systematisch zu reevaluiieren und zu öffnen. Ziel sollte es sein, einen verlässlichen, qualitätsgesicherten, aber zugleich zugänglichen Rahmen zu schaffen, der es gemeinwohlorientierten gewerblichen Anbietern ermöglicht, sich zu entwickeln, zu professionalisieren und Teil eines stabilen Versorgungsmarktes zu werden. Dabei sollten die bereits vorliegenden Erkenntnisse zum Angebotsbestand und zur Struktur der Angebote zur Unterstützung im Alltag konsequent berücksichtigt werden. Eine solche Öffnung trägt nicht nur zur Stabilisierung bestehender Angebote bei, sondern schafft zugleich die Grundlage für Angebotszuwachs, Kompetenzaufbau und neue Beschäftigungsfelder im Bereich sozialer Dienstleistungen. In Verbindung mit flexiblen Leistungsbudgets

entsteht so ein dynamisches System, in dem Nachfrage und Angebot sich gegenseitig verstärken und weiterentwickeln.

Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass die verschiedenen Segmente dieses Marktes nicht gegeneinander ausgespielt werden, sondern funktional aufeinander bezogen bleiben. Ehrenamtliche und nachbarschaftliche Unterstützung, organisierte Initiativen sowie gewerbliche Angebote erfüllen unterschiedliche, sich ergänzende Funktionen im Versorgungssystem. Eine einseitige Verschiebung in Richtung stärker formalisierten Leistungen würde die Vielfalt und Resilienz der Versorgungsstrukturen gefährden. Ein solcher Ansatz eröffnet die Möglichkeit, Angebotsentwicklung systematisch zu fördern: niedrigschwellige Angebote können sich schrittweise professionalisieren, ohne ihre Anschlussfähigkeit zu verlieren, während gleichzeitig neue Anbieter in den Markt eintreten können. Dies schafft nicht nur zusätzliche Versorgungskapazitäten, sondern eröffnet auch neue Beschäftigungs- und Qualifizierungsperspektiven und kann damit einen Beitrag zur Bewältigung des Fachkräftemangels leisten.

Zugleich ist zu berücksichtigen, dass sowohl niedrigschwellige als auch professionalisierte Angebote auf eine koordinierende und steuernde Infrastruktur angewiesen sind. Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen sind in der Regel nicht in der Lage, komplexe Budgetentscheidungen eigenständig zu treffen und geeignete Angebote auszuwählen. Ohne entsprechende Unterstützung besteht die Gefahr, dass Budgets entweder nicht ausgeschöpft oder ineffizient eingesetzt werden.

Hier kommt der in Kapitel 2 beschriebenen fachlichen Begleitung eine zentrale Rolle zu. Sie kann als verbindendes Element zwischen Budgetlogik und Angebotsstruktur fungieren, indem sie:

- bei der Auswahl und Kombination von Leistungen unterstützt,
- die Nutzung von Budgets koordiniert,
- und Rückmeldungen zu ungedeckten Bedarfen systematisch erfasst.

In dieser Perspektive wird die Budgetnutzung selbst zu einer wichtigen Datenquelle für die Weiterentwicklung von Angebotsstrukturen und für die kommunale Pflegeplanung (vgl. Kapitel 4). Erfahrungen aus internationalen Systemen zeigen, dass personalisierte Budgets nur dann wirksam sind, wenn sie mit unterstützenden Beratungs- und Steuerungsstrukturen verbunden sind.

#### Lebensphasen und Netzwerke: Frühe Unterstützung statt später Pflege

Ein weiterer zentraler Punkt betrifft die Einbindung sozialräumlicher Strukturen. Angebote zur Unterstützung im Alltag entfalten ihre Wirkung nicht nur über die einzelne Leistung, sondern auch über ihre Einbettung in lokale Netzwerke und Unterstützungsarrangements. Sie tragen zur Aktivierung informeller Ressourcen bei, fördern soziale Teilhabe und können als Ausgangspunkt für weitergehende Unterstützungsprozesse dienen. Diese sozialraumbildende Funktion sollte bei der Weiterentwicklung der Leistungslogik ausdrücklich berücksichtigt werden. Studien zu sozialraumorientierten Ansätzen zeigen, dass die Kombination aus niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten, lokaler Vernetzung und koordinierender Begleitung wesentlich zur Stabilisierung häuslicher Versorgung beiträgt. Die praktische Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen wird zudem durch bestehende regulatorische und administrative Hürden erschwert. Dazu zählen insbesondere komplexe Anerkennungsverfahren für Angebote, heterogene landesrechtliche Regelungen sowie fehlende bundeseinheitliche Mindeststandards. Eine stärkere Vereinheitlichung und Vereinfachung der Rahmenbedingungen ist daher sinnvoll, muss jedoch so ausgestaltet werden, dass sie nicht zu einer Überregulierung führt, die niedrigschwellige Strukturen verdrängt.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Weiterentwicklung der Leistungsstruktur erhebliche Folgewirkungen auf die Versorgungslandschaft haben wird. Eine gelungene Reform kann dazu beitragen, Zugänge zu Leistungen zu erleichtern, Angebotsvielfalt zu erhöhen und Versorgung stärker an individuellen Bedarfen auszurichten. Gleichzeitig besteht das Risiko, dass bei unzureichender Ausgestaltung bestehende Angebote zurückgehen, neue Ungleichheiten entstehen oder die Steuerungsfähigkeit des Systems beeinträchtigt wird.

Take away: Budgets als Steuerungsinstrument – nicht nur als Vereinfachungslogik

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung leisten können, sofern es gelingt, Vereinfachung und Flexibilisierung mit einer klaren strukturellen Logik zu verbinden. Entscheidend ist dabei die Kombination aus:

- differenzierter Leistungsstruktur,
- koordinierender Begleitung,
- sozialräumlicher Einbettung
- und kontinuierlicher Rückkopplung in die Versorgungssteuerung.
- Take-away: Vereinfachung braucht Struktur – nicht nur weniger Regeln

Leistungen können nur dann wirksam vereinfacht und flexibilisiert werden, wenn sie in eine klare, steuerbare Struktur eingebettet sind. Niedrigschwellige und professionalisierte Angebote müssen funktional differenziert, aber durchlässig miteinander verbunden werden. Zentrale Voraussetzung ist eine koordinierende Begleitung, die Budgetnutzung unterstützt, Angebotsentwicklung fördert und Rückmeldungen für die Weiterentwicklung des Systems nutzbar macht.

Die vorgeschlagenen Reformen zur Vereinfachung und Flexibilisierung der Leistungsstruktur greifen zentrale Probleme der Pflegeversicherung auf, bergen jedoch erhebliche Risiken für die bestehende Angebotslandschaft. Insbesondere niedrigschwellige Unterstützungsangebote erfüllen eine Schlüsselrolle für Prävention, Entlastung und die Aktivierung zusätzlicher personeller Ressourcen, die durch eine einseitige Integration in stärker regulierte Leistungslogiken gefährdet werden könnten. Aus Sicht des KDA bedarf es daher einer Hybridlösung, die flexible Leistungsbudgets mit dem gezielten Aufbau eines differenzierten und zugänglichen Dienstleistungsmarktes verbindet. Entscheidend ist ein durchlässiges Entwicklungssystem, das ehrenamtliche, gemeinwohlorientierte und gewerbliche Angebote funktional integriert, regulatorische Hürden reduziert und arbeitsmarktpolitische Potenziale erschließt. Gleichzeitig bleibt eine koordinierende Infrastruktur – insbesondere in Form fachlicher Begleitung – notwendig, um Budgetnutzung zu unterstützen, Angebotsentwicklung zu steuern und soziale Ungleichheiten zu vermeiden. Vereinfachung kann nur dann wirksam werden, wenn sie in eine klare strukturelle Logik eingebettet ist.

#### Kapitel 4: Bürgernahe pflegerische Versorgung sicherstellen

Die Sicherstellung einer bürgernahen pflegerischen Versorgung ist keine rein leistungsrechtliche Frage, sondern eine Frage der regionalen Steuerungsfähigkeit, der Datenverfügbarkeit, der Angebotsentwicklung und der verbindlichen Kooperation der beteiligten Akteure. Gerade vor dem Hintergrund begrenzter Personalressourcen, wachsender regionaler Disparitäten und zunehmender Komplexität von Pflegeverläufen greift ein Verständnis zu kurz, das Versorgungssicherung primär als Ergebnis des Kontrahierungszwangs, einzelvertraglicher Lösungen oder punktueller Reaktionen auf bereits eingetretene Unterversorgung begrift. Aus Sicht des KDA liegt die zentrale Reformaufgabe vielmehr darin,

bürgernahe Versorgung als Ergebnis einer vorausschauenden, integrierten und wirkungsorientierten Alten- und Pflegeplanung zu organisieren, die nicht erst auf manifeste Krisen reagiert, sondern strukturelle Risiken frühzeitig sichtbar macht, Handlungsspielräume eröffnet und regionale Versorgungsarchitekturen aktiv weiterentwickelt.

Die Maßnahmen des Zukunftspakts benennen hierfür wichtige Bausteine. Sie bleiben jedoch in mehreren Punkten noch zu unbestimmt. Dies betrifft insbesondere die Frage, wie Unterversorgung definiert und festgestellt wird, wie die Zuständigkeiten zwischen Pflegekassen, Kommunen und weiteren Akteuren praktisch ausgestaltet werden, wie Daten tatsächlich in Steuerung übersetzt werden und wie kommunale Planung aus der Rolle einer reinen Berichterstattung in eine wirksame Gestaltungsfunktion überführt werden kann. Gerade hier entscheidet sich, ob die vorgeschlagenen Maßnahmen zu einer belastbaren Versorgungsverbesserung führen oder ob sie an fehlender Umsetzungsarchitektur scheitern.

Unterversorgung präzise definieren, statt sie nur nachträglich zu verwalten

Der in den Maßnahmen angelegte Ansatz, bei festgestellter Unterversorgung zusätzliche Eingriffs- und Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Er setzt jedoch voraus, dass Unterversorgung überhaupt in einer fachlich belastbaren, kleinräumig operationalisierbaren und rechtssicheren Weise bestimmt werden kann. Genau hier besteht aus KDA-Sicht eine zentrale Leerstelle. Denn bislang bleibt offen, was im Kontext kommunaler Pflegeplanung oder des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen konkret als Unterversorgung gelten soll: Geht es um fehlende Plätze oder fehlende Dienste? Um mangelnde Erreichbarkeit? Um fehlende Passung zu spezifischen Bedarfen, etwa bei Demenz, bei Migrationsbezügen, bei komplexen häuslichen Versorgungskonstellationen oder bei besonderen Wohnformen? Um Wartezeiten, Ausfälle in Krisensituationen, instabile Übergänge zwischen Sektoren oder um dauerhaft überforderte Pflegehaushalte, in denen Unterstützungsbedarfe formal zwar bestehen, praktisch aber nicht gedeckt werden?

Ohne eine solche Präzisierung droht der Unterversorgungsbegriff entweder folgenlos zu bleiben oder politisch beliebig eingesetzt zu werden. Beides wäre gesellschaftlich höchst problematisch. Ein nicht operationalisierter Unterversorgungsbegriff erzeugt keine wirksame Steuerung; ein zu offen verwendeter Begriff schafft hingegen Fehlanreize, Konflikte und eine geringe Planungssicherheit für alle Beteiligten. Aus KDA-Sicht braucht es deshalb eine mehrdimensionale Definition von Unterversorgung, die mindestens vier Ebenen systematisch berücksichtigt: erstens die mengenmäßige Verfügbarkeit von Angeboten, zweitens deren räumliche und zeitliche Erreichbarkeit, drittens ihre Passung zu spezifischen Bedarfslagen und viertens die Stabilität funktionierender Versorgungsarrangements einschließlich Übergängen, Krisenanfälligkeiten und der Belastung informell Pflegender.

Damit wird zugleich deutlich, dass Versorgungssicherheit nicht allein über einrichtungsbezogene Kennzahlen beschrieben werden kann. Gerade in der häuslichen Versorgung entstehen Unterversorgungslagen häufig nicht dort, wo formell gar kein Angebot vorhanden ist, sondern dort, wo Angebote praktisch nicht zugänglich, nicht anschlussfähig, nicht finanzierbar oder nicht passfähig sind. Die fachliche Begleitung nach Kapitel 2 gewinnt hier eine strategische Bedeutung: Sie kann durch kontinuierliche Verlaufsbeobachtung, durch Kenntnis konkreter Haushaltslagen und durch die systematische Erfassung von Passungsproblemen, Versorgungsausfällen, Krisenrisiken und Unterstützungsbarrieren überhaupt erst die Informationen erzeugen, die eine realistische Einschätzung von Unterversorgung ermöglichen. Unterversorgung sollte daher nicht als punktuell festgestellter Ausnahmezustand verstanden werden, sondern als Ergebnis einer fortlaufenden, datengestützten Beobachtung von

Versorgungslagen, in die Erkenntnisse aus fachlicher Begleitung, Pflegeberatung, kommunaler Planung und regionalen Angebotsdaten systematisch einfließen.

Eigeneinrichtungen nur als nachrangiges Instrument – entscheidend ist die Governance

Die Öffnung, Pflegekassen und Kommunen mehr Möglichkeiten einzuräumen, selbst Träger von Pflegeeinrichtungen zu sein, reagiert auf ein reales Problem: In manchen Regionen gelingt es trotz erkennbarer Bedarfe nicht mehr, tragfähige Angebotsstrukturen über freigemeinnützige oder gewerbliche Träger allein sicherzustellen. Gleichwohl wäre es aus KDA-Sicht ein Fehler, die Debatte auf die Frage zu verengen, wer im Falle von Unterversorgung selbst Träger werden darf. Diese Perspektive greift zu kurz, weil sie die eigentlichen Probleme – fehlende Steuerungslogiken, mangelnde Datengrundlagen, unklare Verantwortlichkeiten, Fachkräfteengpässe und fehlende regionale Kooperationsarchitekturen – nicht löst.

Hinzu kommen erhebliche Governance- und Rollenkonflikte. Wenn Pflegekassen oder Kommunen zugleich als Finanzierer, Verhandlungspartner und Leistungserbringer auftreten, entstehen Interessenkonflikte, die nur durch hohe Transparenz, strikte Kontrollregeln und klare institutionelle Trennungen bearbeitet werden können. Gerade für Kommunen stellt sich darüber hinaus die praktische Frage, ob sie in der Realität überhaupt die Voraussetzungen erfüllen, im Fall festgestellter Unterversorgung zügig zusätzliche Einrichtungen zu planen, zu errichten und personell zu betreiben. Häufig fehlen Investitionsmittel, Planungskapazitäten und insbesondere Fachkräfte, um zusätzliche Plätze oder Dienste kurzfristig aufzubauen. Die Option kommunaler oder kassengezogener Eigeneinrichtungen kann daher allenfalls als Ultima Ratio verstanden werden, nicht als primärer Steuerungsmechanismus einer bürger-nahen Versorgung.

Zielführender erscheint aus KDA-Sicht eine Weiterentwicklung, die Flexibilität nicht erst als Reaktion auf eingetretene Unterversorgung ermöglicht, sondern als vorausschauend geregelten Innovations- und Kooperationsrahmen. Dazu gehören insbesondere regionale und interkommunale Kooperationsmodelle, mit denen Ressourcen – Personal, Kurzzeitpflegekapazitäten, spezialisierte Angebote, Krisendienste oder Beratungsstrukturen – gemeinsam gebündelt und tragfähige Versorgungsarrangements aufgebaut werden können. Gerade dort, wo einzelne Kommunen strukturell oder finanziell überfordert sind, braucht es solche Verbundlösungen. Ebenso sollten flexible vertragliche Regelungen für innovative Versorgungssettings eröffnet werden, etwa für hybride Kurzzeitpflege- und Übergangsangebote, ambulant-stationäre Verbünde, aufsuchende Entlastungs- und Krisendienste oder quartiersnahe Unterstützungsstrukturen. Entscheidend ist, dass dabei Schutz- und Qualitätsstandards nicht abgebaut, sondern funktional auf neue Versorgungsformen übertragen werden.

Vom Vermittlungsanspruch zur aktiven Gestaltung tragfähiger Versorgungsarrangements

Die vorgesehene Verpflichtung der Pflegekassen, innerhalb eines bestimmten Zeitraums geeignete Versorgungsangebote zu vermitteln und bei ausbleibendem Erfolg zusätzlich an die fachliche Begleitung zu verweisen, greift einen zentralen Problemdruck der Praxis auf. Viele Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen scheitern nicht an fehlendem Leistungsanspruch, sondern daran, Leistungen im konkreten Fall tatsächlich zu finden, zu koordinieren und in ein tragfähiges Arrangement zu überführen. Insofern ist der Vermittlungsanspruch ein richtiger Ansatz. Zugleich bleibt er in seiner jetzigen Logik zu stark auf das Auffinden einzelner Leistungen fokussiert. Wo Angebotsmangel, fehlende Passung oder instabile Haushaltskonstellationen vorliegen, reicht reine Vermittlung nicht aus. Dann braucht es aktive Gestaltung, Priorisierung, Nachsteuerung und ein verbindliches Case-Management.

Gerade an dieser Stelle ist die in Kapitel 2 vorgeschlagene fachliche Begleitung systematisch mitzudenken. Sie sollte nicht nur als nachgeordnete Option nach erfolgloser Vermittlung verstanden werden,

sondern als integrierter Bestandteil einer Versorgungslogik, in der Such-, Beratungs-, Koordinations- und Stabilisierungsleistungen von Beginn an zusammengeführt werden. Aus KDA-Sicht sollte deshalb klargestellt werden, dass der Anspruch auf Vermittlung und der Anspruch auf fachliche Begleitung funktional zusammengehören und die fachliche Begleitung ausdrücklich ein Gestaltungsmandat für stabile Versorgungsarrangements erhalten muss. Dies ist besonders relevant in Konstellationen, in denen keine Standardlösung verfügbar ist und stattdessen informelle Unterstützung, niedrigschwellige Angebote, telepflegerische Elemente, ambulante Dienste, Tagesstrukturen und Krisenhilfen zu einem belastbaren Arrangement verbunden werden müssen.

#### Wirkungsorientierte Pflegeplanung: Von Daten zu Taten

Die vorgesehene datengestützte, kurz- und mittelfristige, wirkungsorientierte Pflege(bedarfs)planung greift eine zentrale Forderung auf. Positiv ist insbesondere, dass aktuelle, bereits vorhandene Kassendaten auf kommunaler Ebene nutzbar gemacht werden sollen und der Grundsatz „public money, public data“ aufgegriffen wird. Aus Sicht des KDA ist jedoch entscheidend, dass eine zentrale Bereitstellung einheitlich aufbereiteter Kennzahlen zwar eine notwendige, nicht aber hinreichende Voraussetzung für wirkungsorientierte Planung und Steuerung darstellt. Wirkung entsteht nicht durch Daten an sich, sondern durch deren Einbettung in verbindliche Entscheidungs- und Umsetzungsprozesse.

Genau hier liegt eine zentrale Herausforderung des Reformansatzes: Wenn Daten lediglich bereitgestellt, aber nicht in eine belastbare Umsetzungslogik übersetzt werden, droht ein datengetriebener Berichtskreislauf, der kommunale Praxis belastet, ohne Versorgungsstrukturen tatsächlich weiterzuentwickeln. Wirkungsorientierte Pflegeplanung braucht deshalb mehr als eine Plattform. Sie braucht eine verbindliche Steuerungskette, die mindestens folgende Elemente umfasst: die Analyse relevanter Bedarfe und Ungleichheiten, die Entwicklung eines Zielbilds und plausibler Szenarien, die Ableitung priorisierter Maßnahmenpakete, die Klärung von Zuständigkeiten und Ressourcen sowie ein kontinuierliches Monitoring mit regelmäßigen Review- und Anpassungsschleifen.

Zugleich greift ein zu enges Verständnis von Pflegeplanung zu kurz. Eine rein pflegestrukturelle Perspektive, die vor allem Plätze, Dienste und Inanspruchnahmen abbildet, bleibt reaktiv. Wirkungsorientierte Planung muss sektorenübergreifend und sozialräumlich ansetzen. Sie muss Prävention, Rehabilitation, Wohnen, Teilhabe, Erreichbarkeit von Unterstützungsangeboten sowie die Situation pflegender An- und Zugehöriger systematisch mitdenken. Gerade diese Faktoren bestimmen maßgeblich, ob Versorgung im Alltag tragfähig organisiert werden kann oder ob Krisen und institutionelle Verschiebungen wahrscheinlicher werden. Das bedeutet zugleich: Die integrierte Alten- und Pflegeplanung, wie sie in Kapitel 1 bereits für den Bereich Prävention angelegt wurde, ist keine zusätzliche Ebene neben der Pflegeplanung, sondern deren notwendige fachliche Weiterentwicklung.

Ein weiterer kritischer Punkt ist die Kleinräumigkeit der Daten. Für kommunale Steuerung reichen Daten auf Ebene von Landkreisen und kreisfreien Städten in vielen Fällen nicht aus. Gerade Versorgungsunterschiede, Erreichbarkeitsprobleme und sozialräumliche Disparitäten werden erst auf Ebene kreisangehöriger Gemeinden bzw. in größeren Städten auf Ebene von Stadtteilen und Quartieren sichtbar. Wenn wirkungsorientierte Planung ernst genommen wird, muss daher auch die Datengrundlage kleinräumig anschlussfähig sein. Ebenso entscheidend sind Kompetenz- und Kapazitätsfragen. Ohne persönliche und organisatorische Ressourcen für Data Literacy, Wirkungslogiken, Moderation kooperativer Prozesse und Wissenstransfer bleibt die Reform praktisch folgenlos. Gerade kleinere Kommunen werden sonst mit einer neuen Berichtspflicht belastet, ohne daraus steuerungswirksame Schlüsse ziehen zu können. Aus KDA-Sicht braucht es deshalb parallel zur Datenplattform einen systematischen

Enablement-Ansatz: Datenbereitstellung muss mit Wissensvermittlung, Auswertungshilfen, Qualifizierung und kommunalen Rückkopplungsprozessen verbunden werden.

Auch Datenqualität, Interoperabilität und Datenschutz sind keine Nebenaspekte. Die kleinräumige Nutzung verlangt verbindliche Qualitäts- und Interpretationsregeln, definierte Metadaten, Plausibilitätsprüfungen, Versionierung und interoperable Schnittstellen. Zugleich braucht es klare Datenschutz- und Zugriffskonzepte, um Re-Identifikationsrisiken bei kleinräumigen Auswertungen zu minimieren und Akzeptanz zu sichern. Der Grundsatz „public money, public data“ ist normativ anschlussfähig, bleibt aber praktisch klärungsbedürftig: Welche Daten sollen öffentlich sein, welche nur zugangsbeschränkt für Planungszwecke? Unter welchen Nutzungsrechten und mit welchen Schutzmechanismen, insbesondere bei sensiblen Qualitäts- und Versorgungsdaten?

Aus diesen Gründen sollte die in Maßnahme 4.4 angelegte Plattform aus KDA-Sicht durch vier unmittelbar anschlussfähige Maßnahmenpakete konkretisiert und auf einen anwendungsbezogenen Datensatz anstelle einer weiteren Plattformlösung reduziert werden: Erstens ein Datensatz, das im Kern GKV-Daten bereitstellt und ergänzend über einen kommunalen Kernindikatorensatz zzgl. Manual tatsächlich nutzbar macht. Zweitens die Operationalisierung von Wirkungs- und Lösungslogiken, damit aus Daten handlungsleitende Maßstäbe werden. Drittens die Stärkung von Governance und Verbindlichkeit, etwa durch ein kommunales Pflege- und Sorge-Gremium mit klaren Rollen und Entscheidungswegen. Viertens der systematische Kompetenzaufbau durch Qualifizierungsprogramme, Peer-Learning-Formate und Transferprodukte für Politik und Öffentlichkeit.

#### Kerndatensatz ohne Plattformlösung

Die Absicht, über einen bundesweit einheitlichen Kerndatensatz eine zielorientierte und bürokratiearme Datengrundlage für wirkungsorientierte Pflegeplanung zu schaffen, ist grundsätzlich sinnvoll. Gleichzeitig birgt der Ansatz das Risiko, dass „Einheitlichkeit“ primär als technische Standardisierung verstanden wird, ohne die entscheidende Übersetzungsleistung in kommunale Steuerungsfähigkeit mitzudenken. Ein Kerndatensatz verbessert Planung nur dann, wenn er konsequent an konkrete Planungsfragen, Szenarien und Entscheidungsprozesse gekoppelt wird; andernfalls entsteht ein zusätzlicher Datenstandard ohne nennenswerte Steuerungswirkung.

Kritisch ist außerdem, dass neue Kassendaten im Kerndatensatz zwar plausibel erscheinen, aber ohne klare Regeln zu Definitionen, Interpretationsgrenzen, kleinräumiger Aggregation und Datenschutz zu Fehlsteuerungen und Scheingenauigkeit führen können. Inhaltlich sollte der Kerndatensatz deshalb keinesfalls auf Kapazitäts- und Inanspruchnahmedaten verengt werden. Für eine wirkungsorientierte Planung sind auch Daten zu Beratungs- und Unterstützungsprozessen – etwa zu Pflegeberatung, Case- und Care-Management oder Lotsenstrukturen –, zur Situation pflegender An- und Zugehöriger sowie zur Nutzung und Zugänglichkeit ambulanter Pflege- und Entlastungsangebote zentral. Gerade hier werden frühzeitig Weichen für Prävention, Stabilisierung von Versorgung und Vermeidung von Krisen gestellt. Darüber hinaus bleibt offen, wie Planungsverantwortliche tatsächlich, verlässlich und bürokratiearm an die Daten gelangen. Notwendig ist ein standardisierter Prozess der Datenbereitstellung mit klaren Qualitätsstandards, transparenten Zugriffsregeln und einem einheitlichen Abruf über einen Single Entry Point. Nur wenn Zuständigkeiten, Rollen- und Rechtmanagement, Datenschutzkonzepte und serviceorientierte Abrufwege geklärt sind, wird aus Datenverfügbarkeit auch praktische Nutzbarkeit. Andernfalls entstehen fragmentierte Anfragen, parallele Datenwege und zusätzlicher Verwaltungsaufwand. Besonders deutlich wird die Begrenzung des bisherigen Ansatzes an der Leerstelle gemeinschaftlicher Wohnformen und des ambulant betreuten Wohnens. Wenn diese Wohn- und Versorgungsformen zugleich strategisch als Antwort auf demografische Dynamiken, Fachkräftemangel

und die Diversifizierung von Bedarfen gesehen werden, reicht eine bloße „Prüfung“ künftiger Erhebungen nicht aus. Hier braucht es verbindlichere Lösungen, die ggf. auf dem Wohnatlas des KDA aufbauen können.

Anschlussfähig an die Erfahrungen aus dem Projekt INAP sollte der Kerndatensatz daher ausdrücklich als Baustein eines integrierten Instruments verstanden werden: erstens als Teil eines nutzer:innenorientierten Datenportals mit standardisierten Use Cases zu Übergängen, Beratungs- und Unterstützungsprozessen und Unterstützungsarrangements pflegender An- und Zugehöriger; zweitens als Grundlage verbindlicher Szenarienarbeit; drittens als Ausgangspunkt von Wirkungs- und Lösungslogiken, die in konkrete Maßnahmenpakete mit Indikatoren, Zuständigkeiten und Review-Schleifen übersetzt werden.

Für die Praxis spricht viel dafür, die Portal- und Dateninfrastruktur primär auf Landesebene zu verankern. Hier laufen landesspezifische Datenbestände, Zuständigkeiten von Statistik, Aufsicht und Landesinstituten sowie bestehende Umsetzungsstrukturen zusammen. Ein Landesportal sollte bundesweit standardisierte Kerndaten integrieren, landesspezifische Daten ergänzen und Kommunen zugleich ermöglichen, eigene Daten einzubringen oder mindestens über Exportfunktionen weiterzuverarbeiten. Daraus ergeben sich aus KDA-Sicht folgende konkrete Anforderungen: ein Metadaten- und Interpretationshandbuch; die inhaltliche Erweiterung des Kerndatensatzes um planungsrelevante Beratungs-, Entlastungs- und Angehörigendaten; ein standardisierter Bereitstellungsprozess mit Rollen- und Rechtemanagement; der Ausbau von Landesportalen als Integrationsschicht; die verbindliche und zugleich bürokratiearme Schließung der Wohnformen-Datenlücke; standardisierte Portal-Use-Cases für Wohnformen und Beratung/Angehörige; Export- und perspektivisch Importfunktionen für kommunale Analysen; Muster-Kooperationsvereinbarungen zwischen Land, Kommunen und Kassen; sowie ein Qualifizierungs- und Peer-Learning-Programm für wirkungsorientierte Pflegeplanung.

#### Pflegepersonal-Monitoring: von der Bestandsbeschreibung zur handlungsfähigen Personal- und Versorgungssteuerung

Die Einbeziehung von Daten zum in einer Region tätigen Pflege- und Gesundheitspersonal ist für kommunale Planung zwingend erforderlich. Gleichzeitig ist ein Personal-Monitoring nur dann hilfreich, wenn es nicht bei einer deskriptiven Bestandsaufnahme stehen bleibt. Die bloße Zahl der Tätigen reicht für wirkungsorientierte Planung nicht aus. Erforderlich sind differenzierte, planungsrelevante Strukturmerkmale wie Qualifikationsmix, Sektor und Setting, Beschäftigungsumfang in VZÄ, Fluktuation, Altersstruktur, Pendelbewegungen, Leiharbeit, Ausbildungsleistung und Vakanzzeiten. Ebenso wichtig ist die Schnittstellenperspektive. Der Verweis auf Strukturveränderungen wie die Krankenhausreform ist nur dann relevant, wenn daraus vorausschauende sektorübergreifende Personal- und Versorgungs-Szenarien entstehen. Gerade Verschiebungen zwischen stationären, ambulanten, rehabilitativen und quartiersbezogenen Angeboten müssen frühzeitig mitgedacht werden. Dies setzt eine integrierte Betrachtung über die Pflege im engeren Sinne hinaus voraus, also mit Blick auf Gesundheitswesen, Altenhilfe und Sozialplanung.

Auch hier bleibt die praktische Bereitstellung an Kommunen bislang unklar. Aus KDA-Sicht braucht es einen standardisierten Bereitstellungsprozess über einen Single Entry Point, klare Aktualisierungszyklen, Qualitätsstandards, Supportstrukturen und idealerweise eine Einbettung in Landesportale. Sinnvoll wäre zudem, das Pflegepersonal-Monitoring nicht nur als Datenlieferung, sondern als standardisierten Use Case im Datenportal auszugestalten: mit Engpassindikatoren, Trendanalysen, sektoralen Verschiebungen und daraus ableitbaren Handlungsoptionen etwa zur Absicherung von Kurzzeitpflege, zur Stärkung ambulanter Entlastung oder zur Entwicklung eines qualifikationsgerechten

Personalmixes. Entscheidend ist dabei, Personaldaten mit Versorgungs- und Beratungsdaten zu verknüpfen, damit sichtbar wird, wo Engpässe Versorgung tatsächlich gefährden und welche Maßnahmen realistisch entlasten können.

#### Lernendes, verbindliches Standardsystem

Ein regelmäßiger Austausch zwischen Bund und Ländern zur kommunalen Pflegeplanung kann Orientierung geben und gute Entwicklungen sichtbar machen. Er ersetzt jedoch keine verbindlichen Strukturen, Zuständigkeiten und Ressourcen. Die Fokussierung auf Best-Practice-Beispiele bleibt zu kurz, wenn keine Transferlogik mit Mindestbedingungen, Kontextfaktoren, Skalierbarkeit und dokumentierten Lessons Learned vorgesehen ist. Ein bundesweit einheitlicher Standard für wirkungsorientierte Pflegebedarfsplanung darf zudem kommunale Unterschiede nicht nivellieren. Erforderlich ist vielmehr ein modulares Standardmodell mit verbindlichen Kernanforderungen und optionalen Bausteinen, das sozialräumliche Ausgangslagen berücksichtigt.

Wirkungsorientierung verlangt gemeinsame Wirkungs- und Lösungslogiken – von Zielen über Maßnahmen und Indikatoren bis hin zu Review-Prozessen. Ohne diese besteht die Gefahr, dass der angestrebte Standard letztlich in ein Reporting- und Dokumentationsregime mündet. Ebenso bleibt die Governance bislang zu unpräzise. Es braucht klare Mandate und Rollen von Bund, Ländern, Kommunen, Kassen und Leistungserbringenden. „Bürokratierm“ kann ein solcher Standard nur sein, wenn er auf interoperablen Daten- und Prozessketten, einem abgestimmten Planungszyklus und möglichst automatisierten Auswertungen aufbaut.

Hinzu kommt: Der Standard darf nicht auf Angebots- und Kapazitätsfragen verengt werden. Ungleichheit, Erreichbarkeit, Teilhabe, Prävention, Rehabilitation und die Situation pflegender An- und Zugehöriger müssen als planungsrelevante Dimensionen ausdrücklich integriert werden. Ohne Kapazitätsaufbau droht sonst eine Spaltung zwischen wenigen Vorreiterkommunen und vielen strukturell überforderten Kommunen. Für die Qualität des Standards braucht es daher ein lernendes System aus Pilotierung, wissenschaftlicher Begleitung, Evaluation, Versionierung und verbindlichen Qualitätskriterien. Der Prozess sollte deshalb nicht nur als Austausch- und Standardisierungsprozess konzipiert werden, sondern ausdrücklich durch externe wissenschaftliche Begleitung abgesichert werden, die Wirksamkeit, Umsetzbarkeit und Transferfähigkeit systematisch prüft.

#### Take-away: Wirksamkeit und Versorgungssicherung als lernendes regionales Steuerungssystem

Die Sicherstellung einer bürgernahen pflegerischen Versorgung erfordert eine grundlegende Weiterentwicklung von einer reaktiven hin zu einer vorausschauenden, datenbasierten und kooperativen Steuerung regionaler Versorgungsstrukturen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen greifen zentrale Elemente auf, bleiben jedoch in der Operationalisierung von Unterversorgung, der Übersetzung von Daten in verbindliche Entscheidungsprozesse sowie der Klärung von Zuständigkeiten und Governance-Strukturen unzureichend konkret. Aus Sicht des KDA kommt es entscheidend darauf an, Unterversorgung mehrdimensional und kleinräumig zu definieren, die fachliche Begleitung als kontinuierliche Beobachtungs- und Steuerungsinstanz systematisch einzubeziehen und kommunale Planung zu einer integrierten Alten- und Pflegeplanung weiterzuentwickeln. Daten können ihre Wirkung nur entfalten, wenn sie in klare Steuerungsketten, verbindliche Maßnahmenlogiken und institutionalisierte Kooperationsstrukturen eingebettet sind. Ziel muss ein lernendes, verbindliches und regional anschlussfähiges Steuerungssystem sein, das Angebotsentwicklung, Personalplanung und Versorgungsrealität zusammenführt und so eine tatsächlich tragfähige bürgernahe Versorgung ermöglicht.

## Literaturhinweise

Besselmann, Klaus; Heerdt, Christian; Stephan, Nina; Hackmann, Tobias; Krämer, Lisa (2017): Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten niedrigschwelliger Betreuungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung. BMG: Berlin. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_NBA.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_NBA.pdf)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2023): NPPV – Verbesserte Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen. Berlin. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/nppv.69>

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2026): Evaluationsbericht OBERBERG\_FAIRsorgt. Berlin. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/1050/2026-02-20\\_OBERBERG\\_FAIRsorgt\\_Evaluationsbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/1050/2026-02-20_OBERBERG_FAIRsorgt_Evaluationsbericht.pdf)

Heckes, Kolja; Özlü, Ismail; Heerdt, Christian (im Druck, 2026): Entlassmanagement als intersektorales Format. Springer VS: Wiesbaden.

Heerdt, Christian (2022): Sozialraumagenturen in der Langzeitpflege. Nomos: Baden-Baden.

Heerdt, Christian (2025): Weiterentwicklung neuer Wohnformen (§45f). KDA: Berlin.

Heerdt, Christian; Köhler, André (2020): Nachbarschaftshilfe. KDA: Berlin.

Heerdt, Christian et al. (2019): Folgestudie zu niedrigschwelligen Angeboten. BMG: Berlin. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Folgestudie-AzUiA\\_KDA\\_Abschlussbericht\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Folgestudie-AzUiA_KDA_Abschlussbericht_bf.pdf)

Klie, Thomas; Ranft, Michael; Szepan, Nadine-Michèle (2025): Reset Pflegeversicherung. KDA: Berlin. URL: [https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Strukturreform\\_Pflege\\_und\\_Teilhabe\\_III\\_2025.pdf](https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Strukturreform_Pflege_und_Teilhabe_III_2025.pdf)

Klie, Thomas; Rischard, Pablo (2025): Kommunale Pflegeplanung. Springer VS: Wiesbaden.

Kremer-Preiß, Ursula (2021): Wohnen 6.0. KDA: Berlin.

Kremer-Preiß, Ursula; Mehnert, Thorsten (2017): Handreichung Quartiersentwicklung. medhochzwei: Heidelberg.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2024): ProAlter 3/2024 – Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. URL: <https://kda.de/proalter-3-24-schwerpunktthema-vereinbarkeit-von-beruf-und-pflege-heft-3-2024/>

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2025): Früher erkennen, besser begleiten. URL: [https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Alzheimer-Fachdialog-Frueherkennung-170625\\_Dokumentation.pdf](https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Alzheimer-Fachdialog-Frueherkennung-170625_Dokumentation.pdf)

Livingston, Gill et al. (2024): Dementia prevention, intervention, and care. The Lancet.

Schulz-Nieswandt, Frank (2020): Pflegepolitik neu denken. KDA: Berlin. URL: [https://kda.de/wp-content/uploads/2020/01/Grundlagentext\\_Schulz-Nieswandt.pdf](https://kda.de/wp-content/uploads/2020/01/Grundlagentext_Schulz-Nieswandt.pdf)

WHO (2021): Integrated care for older people (ICOPE). WHO: Geneva.

OECD (2023): Health system resilience. OECD: Paris.