

11.12.2025

Vorschläge zur Weiterentwicklung des Beschlusses der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Zukunftspakt Pflege des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA)

Vorbemerkung

Die Aktualisierung der pflegerischen Versorgung gehört zu den zentralen gesellschaftspolitischen Aufgaben der kommenden Jahre. Die demografische Entwicklung, der Fachkräftemangel, die Veränderung familiärer Sorgearrangements sowie die wachsenden Anforderungen an Teilhabe, Wohnqualität und soziale Infrastruktur erfordern einen grundlegenden Modernisierungsschub. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) begrüßt daher ausdrücklich, dass Bund und Länder mit dem vorliegenden Entwurf Eckpunkte für eine nachhaltige Reform der Pflegeversicherung vorlegen und damit die Diskussion um eine zukunftsfähige Pflege neu beleben.

Aus Sicht des KDA muss eine Reform über die Stabilisierung einzelner Leistungs- und Finanzierungsbausteine hinausgehen. Pflegepolitik ist immer auch Strukturpolitik der Daseinsvorsorge. Sie betrifft nicht nur das Leistungsrecht der Pflegeversicherung, sondern ebenso Fragen der kommunalen Steuerungsfähigkeit, der sozialraumorientierten Infrastrukturentwicklung, der Wohn- und Versorgungsangebote, der Qualitäts- und Beteiligungskultur sowie der Einbettung pflegerischer Unterstützung in eine sorgende Gemeinschaft. In allen zentralen Veröffentlichungen des KDA – von den Reformpapieren über „Wohnen 6.0“ bis hin zu den Grundlagentexten zur Verantwortungskultur – wird deutlich: Nachhaltige Pflege gelingt dort, wo gute Lebensbedingungen, verlässliche Unterstützungssysteme, wohnortnahe und finanziell gut tragbare Angebote sowie gemeinschaftlich getragene Verantwortung zusammengedacht und zusammen gestaltet werden.

Vor diesem Hintergrund bewertet das KDA den Beschluss der Bund-Länder-Arbeitsgruppe differenziert. Er bleibt hinter dem Entwurf vom 30.11.2025 deutlich zurück und bietet nicht die erwarteten Eckpunkte für eine echte Strukturreform an.

Vor allem die Rolle der Kommunen als zentrale Gestaltungsebene wird nicht definiert und gestärkt, die Beziehung von Pflege, Wohnen und Sozialraum bleibt unverbunden, und die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsarchitektur wird innerhalb bestehender institutioneller Logiken verhandelt.

Das KDA setzt daher mit diesen Empfehlungen den Fokus auf diejenigen Aspekte, die für eine moderne, sozialraumorientierte und wirkungsorientierte Pflegeversorgung unverzichtbar sind. Auf Basis wissenschaftlicher Grundlagen werden hier konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung auf der Basis einer evidenzbasierten Gesamteinschätzung formuliert.

Aktiv und selbständig bleiben – Pflegebedürftigkeit vermeiden und verzögern

Das KDA begrüßt, dass die Bedeutung von Prävention, Gesundheitsförderung und rehabilitativen Ansätzen für eine nachhaltige Verringerung der Pflegebedürftigkeit und Stärkung von An- und Zugehörigen offenbar erkannt wurde -das wird insbesondere im Beschluss-Entwurf vom 30.11.2025 deutlich.

Die im Papier vom 30.11.2025 benannten Maßnahmen – darunter der modellhafte „U 60+“-Check-up, die stärkere Ausrichtung der GKV auf pflegerisch relevante Bedarfe sowie die Förderung ressourcenorientierter, rehabilitativer Versorgung – entsprechen der langjährigen Forderung des KDA, Prävention nicht als „Add-on“, sondern als strukturelles Grundprinzip einer modernen Altenhilfe und Pflege zu begreifen.

Die Betonung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand stellt aus Sicht des KDA einen sinnvollen Ansatzpunkt im Lebensverlauf dar, weil sich in dieser Phase zentrale Weichen für Gesundheitsverläufe, Teilhabechancen und spätere Pflegebedarfe stellen.

Prävention ist jedoch nicht allein eine Frage individueller Gesundheitsförderung, sondern erfordert verlässliche, sozialräumliche Infrastrukturen, niedrigschwellige Zugänge, nachbarschaftliche Netzwerke und (kommunale) Rahmenbedingungen, die gesundheits- und teilhabeförderliche Lebensweisen ermöglichen. Wesentliche Erkenntnisse aus der Altenhilfe, der Quartiersentwicklung und der sozialräumlichen Arbeit – wie sie in den KDA-Konzepten zu „Wohnen 6.0“, zu Sorgeskulturen im Alter und in den Modellen der Sozialraumagenturen entwickelt wurden – werden nicht aufgegriffen.

Insbesondere die Rolle der Kommunen bleibt im Beschluss völlig unverbindlich. Freiwillige Präventionsangebote sind ungeeignet, die strukturellen Lücken auszugleichen, die durch fehlende Zuständigkeiten, Ressourcen und Planungskompetenzen entstehen. Präventive Hausbesuche – deren Wirksamkeit durch zahlreiche nationale und internationale Studien belegt ist – werden nicht ausformuliert und mit bundesweiten Standards, klaren Finanzierungsvorschlägen oder durch eine Integration in kommunale Planungsprozesse unterfüttert.

Ebenso unberücksichtigt bleibt die Chance, unterschiedliche Beratungs- und Unterstützungsleistungen über den Lebensverlauf hinweg strukturiert zusammenzuführen und damit **Case- und Care-Management-Potenziale** zu heben.

Ein wesentlicher blinder Fleck des Beschlusses betrifft die im KDA-„Reset“-Papier deutlich hervorgehobene Notwendigkeit einer **lebensphasenorientierten Präventions-, Beratungs- und Unterstützungsinfrastruktur**, die Menschen über den gesamten Lebensverlauf hinweg begleitet. Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation entfalten ihre Wirkung nur dann nachhaltig, wenn sie nicht als punktuelle Einzelmaßnahmen gedacht werden, sondern als integrierte, frühzeitig ansetzende und verlässlich zugängliche Unterstützungsstrukturen, die in den jeweiligen Lebenswelten der Menschen verankert sind – im Wohnquartier ebenso wie am Arbeitsplatz.

Gerade Arbeitgeber spielen eine zentrale Rolle als **Zugangswege und Interventionsräume**: Sie erreichen große Teile der Bevölkerung, bieten oft bereits systematische Gesundheitsförderung und sind unmittelbar mit den Bedarfen pflegender Beschäftigter konfrontiert. Eine moderne Präventionsstrategie muss daher sowohl Erwerbstätige als auch jene Menschen einbeziehen, die sich in Übergangs- oder nachberuflichen Lebensphasen befinden, da gerade hier – wie das KDA immer wieder betont – erhebliche Potenziale für Prävention, Teilhabe und Engagement liegen. Diese Potenziale bleiben im Beschluss ungenutzt.

Damit Prävention und Unterstützung wirksam greifen können, bedarf es eines **klar strukturierten Zugangs („Single Entry Point“)** und **digital gestützter, teilstrukturierter Interventionspfade**, die Orientierung bieten und nahtlose Übergänge ermöglichen – etwa bei Demenz, in der Rehabilitation oder bei der Vorsorge für pflegende Angehörige. Ein solcher Single Entry Point muss sektorübergreifend angelegt sein und darf nicht im aktuellen Nebeneinander von GKV-basierten Angeboten, Leistungen nach SGB XI, kommunalen Beratungsstellen und betrieblichen Programmen verharren.

Hierfür ist eine **Neuordnung von Zuständigkeiten sowie eine Flexibilisierung des Leistungsrechts** erforderlich. Die heutigen Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI führen entlang vieler Versorgungspfade zu Brüchen: Präventions- und Rehabilitationsbedarfe werden nicht aus einer Hand adressiert, Beratungsleistungen greifen nicht ineinander, und Versorgungs- und Unterstützungsnetzwerke bleiben fragmentiert. **Die Zusammenführung bestehender Strukturen** – wie Pflegestützpunkten, kommunalen Pflege- und Seniorenberatungsstellen, Unterstützungsangeboten nach SGB XI sowie den Gesundheitsregionen nach SGB V – ist daher eine zentrale Voraussetzung für eine funktionierende Präventionsarchitektur.

Kommunen benötigen hierfür verbindliche Steuerungs- und Gestaltungsspielräume. Internationale Programme wie die **WHO-„Age-Friendly Cities“** zeigen, dass kommunal gesteuerte, lebensweltorientierte Strategien messbare Verbesserungen in Gesundheit, Mobilität, Teilhabe und selbständigen Lebensphasen erzielen. Nationale Beispiele – insbesondere die **kommunalen Präventionsketten der Kinder- und Jugendhilfe** – verdeutlichen, dass integrierte Zugangs- und Unterstützungssysteme skalierbare Wirkungen haben und als Blaupause für die Pflege dienen können.

Auch der wissenschaftliche Evidenzstand unterstreicht dies deutlich: Meta-Analysen zu präventiven Haus- und Umfeldbesuchen zeigen eine **Reduktion des Eintritts von Pflegebedürftigkeit**, signifikante Verbesserungen funktionaler Gesundheit sowie eine spürbare Verlängerung selbständiger Lebensphasen. Diese Evidenz verdeutlicht, dass Prävention nicht als freiwillige Zusatzleistung, sondern als **zentrales Strukturprinzip** einer zukunftsfesten Pflegeversorgung ausgestaltet werden muss.

Die erforderliche Reform besteht daher nicht in einer Ausweitung einzelner Programme, sondern in der **Etablierung einer verbindlichen, kommunal verankerten Präventions-, Beratungs- und Unterstützungsinfrastruktur**, die alle Lebensphasen, alle relevanten Lebensorte und alle Versorgungsschnittstellen systematisch einbezieht. Nur so können Prävention, Rehabilitation, Teilhabe und Unterstützung pflegender Angehöriger tatsächlich wirksam, nachhaltig und gleichwertig vor Ort ermöglicht werden.

Notwendige Maßnahmen für eine wirksame Präventionsstrategie sind aus Sicht des KDA

1. Prävention als kommunale Regelleistung verankern.

Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote müssen dauerhaft und verbindlich im kommunalen Auftrag verortet werden. Nur so können sie sozialräumlich adressiert, gesteuert und mit weiterer Daseinsvorsorge (Wohnen, Mobilität, Teilhabe) verknüpft werden.

2. Präventive Haus- und Umfeldbesuche bundesweit standardisieren und Beratung sektorenübergreifend aus einer Hand organisieren.

Präventive Hausbesuche müssen mit klaren Qualitätsstandards, Finanzierungsvorgaben und einer systematischen Anbindung an kommunale Planungs- und bestehende Beratungsstrukturen ausgestattet sein.

3. Gesundheitsförderung strukturell mit Quartiers- und Altenhilfeentwicklung verknüpfen.

Prävention wirkt dort, wo Menschen leben. Daher sind integrierte Ansätze zwischen GKV, Pflegeversicherung, Altenhilfe und kommunalen Strukturen essenziell. Prävention muss als Baustein eines sozialraumorientierten Gesamtsystems verstanden werden.

4. Rehabilitative Pflege als Versorgungsprinzip verankern.

Anstatt lediglich Anreize zu erproben, sollte Rehabilitation – insbesondere im Übergang zwischen Akutversorgung und Pflege – verpflichtender Bestandteil aller pflegerischen Settings sein. Dies entspricht internationalen Standards und Empfehlungen, wie sie auch externe Gutachten hervorheben. Erfolgreich erprobte Modelle bspw. im Bereich der ambulanten Rehabilitation, stehen zur Verfügung, scheitern aber in der Skalierung an (vertraglichen) Rahmenbedingungen.

5. Stärkere Einbindung freiwilliger, zivilgesellschaftlicher und nachbarschaftlicher Strukturen.

Prävention und soziale Teilhabe können nicht allein professionell organisiert werden. Die vom KDA entwickelten Ansätze zu Caring Communities und Verantwortungskultur zeigen, wie professionelle, familiäre und bürgerschaftliche Ressourcen ineinandergreifen können.

Für eine nachhaltige Verringerung von Pflegebedürftigkeit bedarf es verbindlicher kommunaler Zuständigkeiten, integrierter Infrastrukturen und einer konsequenten Ausrichtung an den Lebenswelten älterer Menschen zu verschiedenen Zeitpunkten im Lebensverlauf.

Bei der Pflege nicht allein gelassen – Fachliche Begleitung, Unterstützung zu Hause und Krisenversorgung

Das KDA begrüßt eine **Weiterentwicklung der Beratungs- und Unterstützungsstrukturen** für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige. Die Bündelung bisher verstreuter Beratungs- und Schulungsangebote zu einem erweiterten Leistungsangebot der „Fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege“, wie es noch im Beschluss-Entwurf am 30.11.2025 hieß, stellt einen wichtigen Schritt hin zu einer verlässlicheren Unterstützung im häuslichen Umfeld dar.

Die stärkere Berücksichtigung von Menschen in der frühen Phase der Pflegebedürftigkeit – insbesondere in Pflegegrad 2 und 3 – ist aus Sicht des KDA folgerichtig. Studien belegen, dass eine intensive Begleitung zu Beginn der Pflegesituation die Stabilität der häuslichen Pflege signifikant erhöht und Überlastungssituationen reduziert. Hier wären auch eine Stärkung der Unterstützung pflegender Angehöriger und die **Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege** wichtige Maßnahmen.

Auf die im “Reset”-Papier des KDA formulierten Grundprinzipien – insbesondere die verbindliche Verzahnung von Beratung, Koordination und Teilhabe, die Stärkung kommunaler Verantwortung sowie die Integration pflegerischer Unterstützungsleistungen in einen **lebensphasenorientierten Gesamtansatz** wird hier noch einmal verwiesen.

Auch die systematisch notwendige **Zusammenführung von Beratungsleistungen nach SGB V und SGB XI**, etwa im Sinne eines Case- und Care-Managements, bedarf der Klärung. Eine konsequente Integration ist Voraussetzung dafür, dass Versorgungsteams nicht nur kleinteilige Hilfe koordinieren, sondern echte **Versorgungspfade** gestalten und Übergänge zwischen häuslicher, ambulanter, rehabilitativer und stationärer Versorgung sichern können.

Wichtig wäre auch der noch im November-Papier vorgesehene Ausbau der Krisenversorgung durch ein Notfallbudget, einen ambulanten Pflegenotdienst und ein bundesweites Pflegenotfalltelefon. Diese Maßnahmen adressieren ein reales Versorgungsdefizit und entsprechen der KDA-Forderung nach **verlässlicher, Rund-um-die-Uhr verfügbarer Unterstützung** in Krisensituationen. Allerdings muss gewährleistet sein, dass diese Strukturen in Notfallketten eingebunden sind und die bereits erfolgreich erprobten Krisen- sowie Krisenpräventionsangebote zur Stabilisierung und Entlastung

insbesondere der häuslichen Pflegearrangements organisiert und wohnortnah vorgehalten werden können.

Notwendige Maßnahmen hier aus Sicht des KDA

Damit eine **fachliche Begleitung und Unterstützung** wirksam und nachhaltig zur Stabilisierung der häuslichen Pflege beitragen können, sind folgende Punkte zentral:

1. Kommunale Verantwortung verbindlich verankern

Versorgungsteams müssen **unter kommunaler Steuerung** stehen oder mindestens in ein kommunal verantwortetes Gesamtmodell eingebunden sein. Eine Kann-Regelung reicht nicht aus, um integrierte Sozialraumstrukturen aufzubauen. Die Kooperation von Kassen und Kommunen im Rahmen der Forderung „Aus Payern werden Player“ ist dringlichst auszubauen.

2. Beratungs- und Unterstützungsleistungen sektorübergreifend integrieren

Die neuen Versorgungsteams müssen auf einer verbindlichen Kooperation u.a. zwischen SGB V und SGB XI aufbauen. Nur so können Prävention, Rehabilitation, Pflegeberatung und Unterstützungsangebote im häuslichen Umfeld ohne Brüche funktionieren.

3. Versorgungsteams als Bestandteil einer lebensphasenorientierten Infrastruktur

Sie sollten klar definiert in eine regionale Gesamtstrategie eingebettet sein, die Übergänge entlang des Lebensverlaufs und sozialräumliche Unterstützungsnetzwerke systematisch berücksichtigt.

4. Pflegestützpunkte weiterentwickeln statt neue Parallelstrukturen schaffen

Im Sinne des KDA-Reset-Papiers sollten Pflegestützpunkte zu **regionalen Versorgungs- und Koordinationszentren** ausgebaut werden – mit klaren Mandaten für Case Management, Krisenintervention und sozialräumliche Vernetzung.

5. Krisen- und Notfallstrukturen müssen kommunal anschlussfähig sein

Notfallbudget, Pflegenotdienst und Notfalltelefon müssen in bestehende kommunale Notfall- und Sozialdienste integriert werden, um Redundanzen zu vermeiden und regionale Handlungsfähigkeit zu stärken. Trägerübergreifende, sektorenunabhängige Kooperationen müssen ausgebaut und incentiviert werden, um eine leistbare, finanzierbare und nachhaltige Kriseninfrastruktur vorzuhalten. Aus Sicht des KDA bestehen Synergiepotenziale bspw. bei der Nachversorgung.

6. Vereinbarkeitspolitik konsequenter denken

Sowohl die Zusammenführung von Pflegezeit und Familienpflegezeit als auch eine finanzielle Kompensation für reduzierte Arbeitszeit sind richtige Schritte. Sie sollten jedoch durch eine **gezielte betrieblich-kommunale Kooperation** flankiert werden, um pflegende Beschäftigte systematisch zu entlasten und zu unterstützen.

Der Beschluss verfehlt die Chance, wichtige Impulse zur Stärkung der häuslichen Pflege und zur Entlastung pflegender Angehöriger zu geben, insbesondere eine **strukturenbende, kommunal verankerte und sektorübergreifende Unterstützungslandschaft** aufzubauen. Ohne klare Zuständigkeiten, verbindliche Steuerung und eine integrierte Beratungsinfrastruktur droht eine Reform an denselben Fragmentierungen zu scheitern, die das bestehende System prägen.

Kurze Wege in der Pflege – Leistungsbudgets, Flexibilisierung und Entbürokratisierung

Die Vielzahl einzelner Leistungsarten, Antragswege und Anspruchsvoraussetzungen führt seit Jahren zu Überforderung und Fehlbeanspruchungen im häuslichen Pflegealltag. Eine **Bündelung** bisher getrennter Leistungen in einem Sachleistungs- und einem Entlastungsbudget wäre daher ein wichtiger Schritt zur Vereinfachung des Leistungsrechts.

Bisherige institutionelle Trennungslinien sollten aufgehoben und **wohnform- und sektorübergreifende Leistungsbudgets** eingeführt werden. Das wäre eine zentrale Voraussetzung für die Entstehung innovativer, quartiersbezogener Versorgungsmodelle, wie sie im KDA-Konzept der Sozialraumagenturen oder im Reformleitbild „Wohnen 6.0“ beschrieben werden. Aus Sicht des KDA kann damit das erklärte Ziel der Bundesregierung – kurze Wege, weniger Bürokratie und mehr Flexibilität eingelöst werden.

Entscheidend ist, dass die Leistungsbündelung als Schritt hin zu einer **sozialraumorientierten, wohnformunabhängigen Versorgungslogik** verstanden wird und nicht lediglich als verwaltungstechnische Neuordnung.

Genügend Angebote schaffen – Versorgung auch in der Fläche sicherstellen

Aus Sicht des KDA liegt die zentrale Herausforderung nicht primär in der Frage, **wer** im Einzelfall Träger eines Angebots ist – Pflegekasse, Kommune oder ein freigemeinnütziger bzw. privater Anbieter –, sondern vielmehr darin, **wie Unterversorgung verhindert und wie Versorgungslücken systematisch geschlossen werden können**.

Die Möglichkeit eines **kommunalen oder kassengetragenen Lückenschlusses** schafft Sicherheit für Bürgerinnen und Bürger und beseitigt die bisherige Unklarheit darüber, was passiert, wenn sich Marktmechanismen – die im Pflegebereich faktisch keine freien Marktmechanismen sind – nicht bewähren. Dieser Ansatz ist konsequent und ordnungspolitisch vertretbar, sofern er in ein adäquates Steuerungs- und Kooperationsmodell eingebettet wird.

Damit diese Lückenschlussoption jedoch wirksam und legitimierungserhaltend funktionieren kann, braucht es weit mehr als eine formale Erlaubnis zu Eigeneinrichtungen. **Entscheidend ist die Qualität der Governance, der Planung und der kooperativen Umsetzung.**

Notwendige Maßnahmen hier aus Sicht des KDA

Aus KDA-Sicht müssen drei Elemente zusammenkommen:

1. Eine verbindliche, datenbasierte und perspektivische Alten- und Pflegestrukturplanung

Unterversorgung entsteht nicht plötzlich, sondern ist das Ergebnis **vorhersehbarer demografischer, infrastruktureller und versorgungssystemischer Entwicklungen**. Eine wirksame kommunale Pflegeplanung würde Versorgungsrisiken frühzeitig sichtbar machen und Maßnahmen ermöglichen, bevor es zu realen Angebotslücken kommt. Der Beschluss adressiert Planung viel zu wenig als *steuerndes* Instrument. Der eigentliche Hebel liegt jedoch darin, dass Planung nicht erst reagiert, wenn Unterversorgung bereits manifest ist, sondern als **präventionsorientiertes Steuerungsinstrument der Daseinsvorsorge** wirkt.

2. Ein kooperatives Governance-Modell für die gemeinsame Angebotsentwicklung

Der Lückenschluss gelingt nur, wenn Kommunen, Pflegekassen, Leistungserbringer und weitere regionale Akteure **kooperativ und verbindlich** zusammenarbeiten. Was fehlt, ist eine klare Beschreibung:

- wie Entscheidungen vorbereitet werden,
- wer welche Verantwortung übernimmt,
- wie Interessenkonflikte gelöst werden,
- und wie Innovationen außerhalb bestehender Regelsysteme ermöglicht werden.

3. Ein integrativer Umgang mit der heterogenen Angebotslandschaft

Die Pflegeinfrastruktur ist geprägt von freigemeinnützigen Trägern, privaten Anbietern, zivilgesellschaftlichen Initiativen und gemeinschaftlichen Unterstützungsformen. Diese Vielfalt ist ein Stärkemoment des deutschen Pflegesystems und zugleich herausfordernd in Bezug auf eine adäquate Sicherstellung. Damit Lückenschlüsse nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führen oder bestehende Strukturen schwächen, braucht es **klare Rahmenlinien**, die:

- die Vielfalt der Anbieter schützen,
- Innovationen und neue Angebotsformen ermöglichen,
- und gleichzeitig sicherstellen, dass Versorgungslücken tatsächlich geschlossen werden.

Die eigentliche Wirksamkeit wird nicht durch die Frage bestimmt, wer Träger wird, sondern durch die Frage, wie Planung, Steuerung und Kooperation organisiert sind.

Nur wenn klar definiert ist, wie Unterversorgung erkannt, wie Maßnahmen gemeinsam entwickelt und wie Abweichungen von bestehenden Rahmenvorgaben **kooperativ legitimiert** werden, kann ein Lückenschluss sozialräumlich konsistent, nachhaltig und bürgernah erfolgen.

Knapen Ressourcen besser planen, steuern und gerechter verteilen – Leistungen fokussieren und Grundlagen für wirkungsorientierte Planung und Steuerung der Pflege schaffen

Eine kleinräumige und datenbasierte Planung ist notwendig. Zudem braucht es die strukturellen Voraussetzungen für eine wirksamere Planung und Steuerung.

Aus Sicht des KDA muss Planung im Sinne moderner Daseinsvorsorge **sektorenübergreifend, lebensphasenorientiert und wirkungsorientiert** erfolgen. Eine Planung, die sich ausschließlich auf bestehende pflegerische Leistungen konzentriert, bleibt zwangsläufig reaktiv und verfehlt die Potenziale frühzeitiger Interventionen. Die Herausforderungen unserer alternden Gesellschaft erfordern stattdessen eine integrierte **Alten- und Pflegeplanung**, die vorpflegerische Bedarfe ebenso einbezieht wie Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Wohnen und soziale Teilhabe.

Eine solche Planung orientiert sich nicht allein an Pflegegraden und Leistungsansprüchen, sondern an Lebensphasen und Lebenswelten älter werdender Menschen. Sie bildet Entwicklungen im Erwerbs- und Übergangskontext ab, berücksichtigt familiäre Sorgearrangements und adressiert Belastungen pflegender Angehöriger frühzeitig. Eine sektorenübergreifende Alten- und Pflegeplanung verhindert daher nicht nur Unterversorgung, sondern erschließt die **gesamten gesellschaftlichen Potenziale**, die

in Prävention, Frühintervention, quartiersnahen Angeboten, digitaler Unterstützung und zivilgesellschaftlichem Engagement liegen.

Damit Planung zu wirksamer Steuerung führt, bedarf es einer klaren Maßnahmenlogik. Daten müssen in **Handlungsaufträge**, koordinierte Maßnahmenpakete und überprüfbare Ergebnisse übersetzt werden. Wirkungsorientierung bedeutet in diesem Kontext, dass Maßnahmen auf ihre Effizienz und Wirksamkeit ausgerichtet sind und nicht in der bloßen Fortschreibung bestehender Angebotsstrukturen münden. Hierfür sind verbindliche gesetzliche Regelungen erforderlich, die es Kommunen ermöglichen, Planung, Steuerung und Umsetzung systematisch miteinander zu verknüpfen und gemeinsam mit den regionalen Akteuren Verantwortung zu übernehmen – in Zusammenarbeit mit den Pflegekassen.

Eine moderne Alten- und Pflegeplanung braucht zudem **Kompetenzaufbau- und Transferstrukturen**, damit Kommunen und regionale Akteurslandschaften in die Lage versetzt werden, datenbasierte Analysen durchzuführen, Maßnahmen evidenzbasiert zu entwickeln und interdisziplinäre Kooperationsprozesse zu gestalten. Ohne diesen Kompetenzaufbau bleibt die Reform intellektuell anspruchsvoll, aber praktisch folgenlos.

Zentral ist außerdem, dass Daten nicht nur bereitgestellt, sondern **integriert** werden. Die Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI, zwischen MD-Daten, statistischen Landesdaten, Sozialrauminformationen und lokalen Bevölkerungsentwicklungen müssen interoperabel zusammengeführt werden. Die Nutzung innovativer, KI-gestützter Prognosemodelle kann helfen, dort verlässliche Planungssicherheit zu schaffen, wo bisher nur unzureichende Indikatoren verfügbar sind – beispielsweise bei der Entwicklung von Pflegearrangements, der Inanspruchnahme niedrigschwelliger Leistungen oder der Belastung pflegender Angehöriger.

Notwendige Maßnahmen hier aus Sicht des KDA

1. Gesetzlich verankerte kommunale Planungshoheit

Planung muss verbindlich kommunal verankert und mit klaren Entscheidungs- und Steuerungsrechten ausgestattet sein.

2. Sektorenübergreifende, lebensphasenorientierte Alten- und Pflegeplanung

Planung muss Pflege, Gesundheit, Prävention, Wohnen, Mobilität und Teilhabe integrieren – nicht nur Pflegestrukturen abbilden.

3. Maßnahmenorientierung und Wirksamkeitslogik

Planung muss in konkrete Maßnahmen münden, die anhand definierter Ziele und Indikatoren überprüfbar sind.

4. Kompetenzaufbau und Transfer sichern

Kommunen und regionale Akteure benötigen systematische Unterstützung, um daten- und wirkungsorientiert planen zu können.

5. Datenintegration und vorausschauende Prognosemodelle nutzen

Interoperable Datenschnittstellen und innovative Prognoseinstrumente – einschließlich KI-gestützter Modelle – sind notwendig, um verlässliche Zukunftsprognosen zu erstellen und wirksam zu steuern.

Eine echte, zukunftsfähige Reform erfordert eine **verbindliche, sektorenübergreifende und lebensphasenorientierte Alten- und Pflegeplanung**, die weit über eine technische Datenbereitstellung hinausgeht. Planung muss zur **steuerungswirksamen Kernfunktion der kommunalen Daseinsvorsorge** werden und mit klaren gesetzlichen Mandaten, wirksamen Instrumenten und kooperativen Governance-Strukturen ausgestattet sein.

Schlankere und schnellere Verfahren, mehr Freiheit und weniger Vorgaben für Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte

In der Tat sollten pflegerische Einrichtungen administrativ entlastet und Prozesse beschleunigt sowie flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten im Personaleinsatz eröffnet werden. Angesichts des sich verschärfenden Fachkräftemangels ist eine Weiterentwicklung der Personaleinsatzkonzepte notwendig, ebenso wie eine Vereinfachung von Prüf- und Dokumentationsanforderungen, sofern diese nicht zu Qualitätsverlusten führt. Die geplante Flexibilisierung darf jedoch nicht missverstanden werden als Abbau fachlicher Standards, sondern muss in ein Konzept eingebettet sein, das **Arbeitsqualität, Pflegefachlichkeit und Teilhabechancen** gleichermaßen stärkt.

Voraussetzung hierfür ist eine **klare fachliche Rollenbeschreibung**, eine verlässliche Qualifikationsentwicklung und eine verbindliche Sicherstellung der pflegefachlichen Verantwortung. Ohne diese Rahmenbedingungen birgt Flexibilisierung das Risiko, strukturelle Fachkraftengpässe zu kaschieren, anstatt sie durch nachhaltige Maßnahmen der Qualifizierung, Personalbindung und Arbeitsgestaltung zu adressieren.

Besonders kritisch zu betrachten ist der Vorschlag, mittelfristig doppelte Regelungen zwischen Landes-Heimrecht (Fachkraftquote) und sozialrechtlichen Vorgaben (Mindestpersonalausstattung) zugunsten der sozialrechtlichen Vorgaben entfallen zu lassen. Eine Vereinheitlichung kann sinnvoll sein, muss jedoch gewährleisten, dass nicht die jeweils geringeren Anforderungen den neuen Standard definieren. Das KDA setzt sich dafür ein, Qualitätsvorgaben nicht primär als Regulierung, sondern als **Schutz professioneller Standards und Teilhaberechte** der Bewohnerinnen und Bewohner zu verstehen – im Sinne der in „Wohnen 6.0“ formulierten Demokratisierungs- und Qualitätsansprüche an stationäre Wohnformen.

Begrüßenswert wäre es hier, erfolgreiche Einrichtungen zu identifizieren und ihre Wirkfaktoren zu analysieren. Dies entspricht der KDA-Forderung nach einer **wirkungsorientierten Qualitätsentwicklung**, die Best-Practice-Modelle sichtbar macht, übertragbare Innovationen ermöglicht und Anreize für qualitativ hochwertige Pflege schafft. Wichtig ist hierbei, dass als Erfolgsfaktoren nicht nur betriebswirtschaftliche oder organisatorische Parameter, sondern insbesondere **Pflegefachlichkeit, stabilisierende Teamkulturen, Teilhabeförderung, multiprofessionelle Zusammenarbeit und unterstützende Sozialraumbeziehungen** berücksichtigt werden.

Eine Überprüfung der Vorgaben zur Qualitätssicherung und -prüfung kann zur Entlastung beitragen, sofern sie nicht zu einer Reduktion von Transparenz und Schutzmechanismen führt. Eine „neue Vertrauenskultur“ darf nicht bedeuten, dass Kontroll- und Qualitätsmechanismen aufgeweicht werden; vielmehr braucht es **klare, ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren**, die Prüfungen stärker auf das fokussieren, was für die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner tatsächlich wirksam ist.

Auch die Vereinfachung tariflicher Regelungen und der Abrechnungslogiken ist grundsätzlich sinnvoll. Die Vergütungsstrukturen müssen jedoch so weiterentwickelt werden, dass sie **Qualität, Innovation, Prävention und Gesundheitsförderung** gezielt belohnen und den Einrichtungen mehr Spielräume für wirkungsorientierte Personalentwicklung bieten. Eine reine Verwaltungsvereinfachung reicht nicht

aus; es braucht Anreize für Einrichtungen, die nachweislich gute Arbeitsbedingungen schaffen, Fachkräfte binden und qualifikationsgerechte Teamstrukturen leben.

Notwendige Maßnahmen aus Sicht des KDA hier

1. Flexibilisierung nur mit Sicherung der pflegfachlichen Verantwortung

Rollen müssen klar beschrieben, Qualifikationen verbindlich definiert und professionelle Standards abgesichert sein.

2. Qualitätsvorgaben als Wirkungsinstrument, nicht als Belastung

Der Fokus muss auf Lebensqualität, Teilhabe, Autonomie und Ergebnistransparenz liegen.

3. Multiprofessionelle Teamstrukturen stärken

Nicht die Absenkung fachlicher Anforderungen, sondern die intelligente Kombination verschiedener beruflicher Kompetenzen sichert Versorgungsqualität.

4. Vergütungssysteme weiterentwickeln

Sie müssen Qualität, Innovation, Prävention und Gesundheitsförderung belohnen, statt ausschließlich Zeit- und Mengenvorgaben abzubilden.

5. Prüf- und Berechnungsverfahren modernisieren

Prüfungen müssen zielgenauer, messbarer und entbürokratisiert werden – ohne die Schutzfunktion der Aufsicht zu unterminieren.

Änderungen können zur Entlastung von Einrichtungen und zur Modernisierung des Systems beitragen. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Flexibilisierung als Instrument zur Bewältigung des Fachkräftemangels missverstanden wird und dadurch Qualitätsrisiken entstehen. Aus Sicht des KDA braucht es eine **verantwortungsvolle Balance zwischen Flexibilität, Fachlichkeit, Qualitätssicherung und innovativen Versorgungsansätzen**. Nur dann entsteht eine tragfähige Grundlage für gute Pflege und verlässliche Teilhabechancen in allen Wohnformen.

Mut zur Innovation, Digitalisierung und KI-Nutzung und Unterstützung der Transformation

Pflege kann durch neue Technologien entlastet, wirksamer gestaltet und arbeitsfreundlicher organisiert werden – allerdings nur dann, wenn Innovationen nicht isoliert eingeführt, sondern **in sozial-räumliche Strukturen, fachliche Standards und wirksame Governance-Modelle** eingebettet werden. Innovation darf nicht technikgetrieben sein, sondern muss **Menschen, Wirkung und Versorgungsrealität** in den Mittelpunkt stellen.

Innovationen sollten zügig zugänglich gemacht werden. Dies entspricht den KDA-Forderungen nach lernenden Organisationen, Reallaboren und Entwicklungsräumen, in denen sektorübergreifende Zusammenarbeit sowie neue Rollenprofile und digitale Arbeitsprozesse erprobt werden können. Hier bietet etwa die Möglichkeit, akademische Lehrpflegereinrichtungen zu etablieren, eine Chance, Pflegewissenschaft, berufliche Bildung und Praxis systematisch zusammenzuführen und Innovationen strukturell zu verankern.

Entscheidend ist, dass der Nutzen digitaler und KI-basierter Lösungen nicht primär an Effizienz, sondern an **Lebensqualität, Pflegefachlichkeit, Teilhabe und Unterstützung pflegender Angehöriger** gemessen wird.

Der Einsatz von KI in Pflegedokumentation, Entscheidungsunterstützung und Fehlverhaltensprävention kann wichtige Entlastung schaffen. Zugleich braucht es klare ethische und fachliche Leitlinien: KI darf Pflegefachlichkeit nicht ersetzen, sondern muss die professionelle Entscheidungsfindung unterstützen. Datensouveränität, Transparenz, Diskriminierungsfreiheit und nachvollziehbare Algorithmen sind dafür zwingende Voraussetzungen.

Besonders hervorzuheben ist die gesetzliche Verankerung von **Interoperabilität** als zentrales Element einer digitalen Transformation. Eine moderne Pflegeversorgung kann nur dann wirken, wenn Daten aus Pflege, Gesundheit, Rehabilitation, sozialräumlichen Angeboten und kommunaler Infrastruktur **nahtlos miteinander kommunizieren** können. Interoperabilität ist daher keine technische Frage, sondern ein Grundbaustein vorausschauender Alten- und Pflegeplanung – einschließlich KI-gestützter Prognosen und Frühwarnsysteme für Versorgungsrisiken.

Darüber hinaus ist es wichtig, gezielte Investitionen in digitale und resiliente Infrastrukturen der Pflegeeinrichtungen zu prüfen. Digitalisierung darf nicht an der finanziellen Leistungsfähigkeit von Trägern scheitern. Förderprogramme des Bundes und der Länder sowie begleitende Anlaufstellen können Einrichtungen unterstützen, Transformationsprozesse – einschließlich solcher im Zuge des Klimawandels – zu bewältigen. Entscheidend ist, dass Förderprogramme **einfach zugänglich, planbar und langfristig angelegt** sind und nicht erneut zu fragmentierten Projektlandschaften führen.

Notwendige Maßnahmen hier aus Sicht des KDA

1. **Innovationen müssen wirkungsorientiert und sozialräumlich verankert sein.**

Technologie ist nur dann sinnvoll, wenn sie Lebensqualität stärkt, Pflegefachlichkeit unterstützt und Teilhabe ermöglicht.

2. **Interoperabilität gesetzlich absichern und sektorenübergreifend umsetzen.**

Nur interoperable Systeme ermöglichen koordiniertes Handeln und datengestützte Planung – inklusive KI-Prognosen.

3. **KI als Unterstützung, nicht Ersatz pflegerischer Kompetenz.**

KI muss professionelles Handeln ergänzen, nicht substituieren. Transparenz, Revisionsfähigkeit und Fairness sind unverzichtbar.

4. **Innovationsräume als Reallabore gestalten.**

Sie brauchen verbindliche Qualitäts- und ethische Leitlinien sowie Beteiligung der regionalen Akteure und Nutzer*innen.

5. **Faire und nachhaltige Finanzierung sichern.**

Digitalisierung ist eine Infrastrukturaufgabe – selten amortisierbar über Einrichtungsbudgets. Bund und Länder müssen langfristige Investitions- und Betriebskosten unterstützen.

6. **Transformationskompetenz aufbauen.**

Pflegeeinrichtungen benötigen Beratung, Schulung und Transferformate, um digitale Innovationen in die Praxis zu überführen.

Innovation ermöglichen, digitale Infrastruktur stärken, Interoperabilität sichern und KI sinnvoll einsetzen. Entscheidend ist jedoch, dass Digitalisierung nicht als technische Modernisierung verstanden wird, sondern als **strukturelle Transformation der Pflegeinfrastruktur**, die Governance, Fachlichkeit und sozialräumliche Steuerung gleichermaßen betrifft. Nur so können Innovationen nachhaltig wirksam werden und dazu beitragen, Pflege- und Arbeitsbedingungen tatsächlich zu verbessern.

Literaturhinweise

Klie, Thomas; Ranft, Michael und Nadine-Michéle Szepan (2025): Reset Pflegeversicherung. Strukturreform Pflege und Teilhabe III. KDA: Berlin. URL: https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Strukturreform_Pflege_und_Teilhabe_III_2025.pdf

Kremer-Preiss, Ursula (2021): „Wohnen 6.0“ Mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege: https://kda.de/wp-content/uploads/2021/11/KDA_Wohnen_6.0.pdf

Schulz-Nieswandt, Frank (2020): Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken. Gestaltfragen einer Reform des SGB XI. Grundlagen, Kontexte, Eckpunkte, Dimensionen und Aspekte. KDA: Berlin. URL: https://kda.de/wp-content/uploads/2020/01/Grundlagentext_Schulz-Nieswandt.pdf