Dieses Papier entstand durch die Zusammenarbeit des Deutschen Pflegerates e.V., der Landespflegekammern Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen, der Vereinigung der Pflegenden Bayern, den Verbänden des Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) und des Bundesverband Pflegemanagement (BVPM)

Die nachfolgenden Fragen und Antworten sind aus dem bestehenden Gesundheitssystem heraus formuliert und beziehen sich auf die aktuelle Struktur und Logik von Versorgung, Finanzierung und Organisation. Aus Sicht der beruflich Pflegenden darf es jedoch nicht dabei bleiben. Es reicht nicht, an Details eines Systems zu arbeiten, dessen Grundstruktur seit Jahrzehnten auf ärztlicher Dominanz und einer fragmentierten Logik beruht. Was gebraucht wird, sind neue Leitbilder und Rahmenbedingungen, die Pflege als eigenständige und gestaltende Profession anerkennen und konsequent im Zentrum einer zukunftsfähigen Versorgung verankern.

Pflege ist nicht nur „ausführende Hand“ ärztlicher Anordnungen. Pflege ist die Profession, die Versorgungskontinuität sicherstellt, Lebenswelten kennt, Menschen durch Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Rehabilitation und Sterben begleitet und dabei sowohl medizinische wie soziale Dimensionen integriert. Sie ist Schlüsselakteur für Prävention, Gesundheitsförderung, Krisenbewältigung und Lebensqualität. Damit Pflege dieses Potenzial voll entfalten kann, braucht es grundlegende strukturelle Veränderungen.

Ein Zielbild für Reformen in der Langzeitpflege
Die beruflich Pflegenden formulieren ein klares Zielbild, das über punktuelle Anpassungen hinausweist:

- Pflegebedarfe möglichst vermeiden oder hinauszögern.
- Menschenwürdige Pflege mit hohem Qualitätsanspruch für alle sicherstellen.
- Eine enge Verzahnung mit medizinischer und therapeutischer Versorgung gewährleisten.
- Kostenentwicklung durch wirksame Strukturen und Prävention dämpfen.
- Finanzierungs- und Vergütungsmodelle reformieren und sozial gerecht gestalten.

Zur Realisierung dieses Zielbildes sind Leitlinien notwendig, die auf Nachhaltigkeit und Wirkung ausgerichtet sind:

1. Prävention als Priorität – in allen Dimensionen (primär, sekundär, tertiär), auch mit Blick auf die Gesunderhaltung pflegender Angehöriger.
2. Bedarfsgerechte Pflege – so viel wie nötig, so wenig wie möglich, entlang des gesamten Versorgungsverlaufs und unabhängig von sektoralen Grenzen.

3. Gezielter Einsatz von Personalressourcen – auf Grundlage eines verbindlichen Pflegeprozesses und eines belastbaren Qualifikationsmix.
4. Abbau von Bürokratie – Vereinfachung von Verfahren, Reduktion redundanter Begutachtungen, Konzentration auf das Wesentliche.
5. Orientierung an Ergebnisqualität – durchgängiges Monitoring, Nutzung von PROs und PROMs, verbindliche Qualitätsindikatoren.
6. Nutzung von Daten – für Pflegestrukturplanung, individuelles Casemanagement und lokales Populationsmanagement.
7. Verzahnung von professioneller und informeller Pflege – eingebettet in tragfähige Netzwerke vor Ort, die Vertrauen und Verbindlichkeit schaffen.

Pflege lokal verankern
Pflege gelingt dort am besten, wo sie nah an den Menschen organisiert ist. Lokale Verantwortung ermöglicht passgenaue, wirksame und gleichzeitig kosteneffiziente Lösungen. Ehrenamt, Nachbarschaftshilfen und gemeinwesenorientierte Netzwerke funktionieren dauerhaft nur, wenn sie auf Vertrauen und Nähe beruhen. Pflegefachliche Steuerung muss daher lokal-regional erfolgen und in verlässliche Strukturen eingebettet sein.

Der Pflegeprozess als Steuerungsinstrument
Zentraler Veränderungshebel ist die verpflichtende Anwendung des Pflegeprozesses für alle Menschen mit Pflegebedarf. Er macht Pflege planbar, überprüfbar und ergebnisorientiert. Pflegefachpersonen übernehmen Verantwortung, steuern den Prozess und delegieren Aufgaben im Team. Sie beraten Angehörige, sichern Qualität und gestalten die Versorgung aktiv.

Daraus ergibt sich ein neuer Qualifikationsmix:

- Pflegefachpersonen (PFP) steuern und verantworten den Pflegeprozess, übernehmen Beratung und Delegation.
- Advanced Practice Nurses (APN) bringen vertiefte klinische und heilkundliche Kompetenzen ein, übernehmen komplexe Aufgaben, Casemanagement und die Weiterentwicklung pflegerischer Standards.
- Community Health Nurses (CHN) gestalten Prävention, Populationsmanagement, lokale Netzwerke und die Schnittstelle zum öffentlichen Gesundheitsdienst.
- Assistenzkräfte und pflegende Angehörige werden gezielt einbezogen, geschult und unterstützt.

Dieses Zusammenspiel schafft Effizienz, vermeidet Doppelstrukturen und ermöglicht eine Versorgung, die auf den individuellen Bedarf zugeschnitten ist und gleichzeitig dem Gemeinwohl dient.

Gesundheitskompetenz stärken
Ebenso zentral wie die professionelle Pflege ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Pflegewissen muss in Familien, Nachbarschaften und Gemeinden verankert sein. Nur wenn Menschen befähigt werden, ihre Gesundheit zu erhalten, Risiken früh zu erkennen und Pflege- sowie Unterstützungsangebote selbstbestimmt zu nutzen, können Resilienz, Selbstbestimmung und tragfähige häusliche Pflege gelingen.

Ein neuer Auftrag für das Versorgungssystem
Die beruflich Pflegenden formulieren damit einen klaren Auftrag:

- Weg vom arztzentrierten System – hin zu multiprofessioneller Zusammenarbeit, in der Pflege eigenständige Verantwortung trägt.
- Weg von fragmentierten Strukturen – hin zu ganzheitlichen, lokal verankerten Versorgungsmodellen.
- Weg von reaktiver Versorgung – hin zu präventiven, nachhaltigen, gemeinwesenorientierten Strategien.

Pflege ist dabei nicht bloß Kostenfaktor, sondern Schlüsselressource: für Qualität, Prävention, Teilhabe und Nachhaltigkeit in einem Gesundheitssystem, das sich den Herausforderungen einer alternden Gesellschaft, wachsender Multimorbidität und zunehmender Krisenfestigkeit stellen muss.

Die Pflegeprofession ist bereit, Verantwortung zu übernehmen – vorausgesetzt, dass Politik und Gesellschaft die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen. Nur dann können die vorhandenen Potenziale gehoben, Versorgungslücken geschlossen und eine menschenwürdige, zukunftsfähige Pflege gestaltet werden.

26.08.2026

6.1 **Wie kann die knappe Ressource Pflegepersonal in der Langzeitpflege optimal eingesetzt werden? Wo zeigen sich aktuell Herausforderungen bei der Verteilung und beim Einsatz von Pflegepersonal vor Ort und in den Betrieben, wo und zu welchem Zeitpunkt entfaltet der Einsatz von Pflegepersonal die größte Wirksamkeit, auch unter Berücksichtigung der beabsichtigten, weiteren Modernisierung der Pflegeberufe vom Assistenzberuf bis zu neuen Berufsbildern auf Masterniveau (Advanced Practice Nurses, Community Health Nurses bzw. Gemeindeschwestern)?**

Pflegefachpersonen arbeiten am wirksamsten in Funktionen mit hoher Hebelwirkung – Erstassessment & Planung, pflegerische Diagnostik, Leistungssteuerung, Übergangs-/Entlassungsmanagement, Krisen-/Nachtversorgung, Schulung & Supervision & Anleitung. Aufgaben mit geringer Komplexität werden standardisiert delegiert (Assistenz-/Hilfskräfte) – fachlich angeleitet und kontrolliert.

Wo entstehen heute Ineffizienzen?

- Zersplitterte Zuständigkeiten (Kasse/Kommunen/Leistungserbringer) → Doppelarbeit, Leerlauf, fehlende Steuerung.
- Unzureichende pflegefachliche Führungszeit in ambulanten Diensten für Planung/Anleitung; Zeit wird durch Fahrten/Organisation „aufgefressen" (besonders ländlich).
- Beratungsangebote (§7a/§37 Abs. 3) werden zu selten fallführend genutzt; Outcome wird kaum gemessen. Weiterhin hoher Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand und Übernahme von pflegefachfremden Aufgaben durch Pflegefachpersonen
- Pflegefachpersonen brauchen die Befugnisse Hilfsmittel und Leistungen zu verschreiben (Beispiel: Blankoverordnung und Verordnung häuslicher Krankenpflege sind gut gedacht, können durch hohen bürokratischen Aufwand kaum gelebt werden.)

Wirksamkeits-Hotspots (Zeitpunkte & Orte):

1. Intake/Erstaufnahme: Pflegefachliches Assessment + Versorgungsplan + Schulung Angehörige.
2. Transitions: Klinik→Zuhause; akute Verschlechterung; Beginn Demenz/Multimorbidität – hier APN/CHN als Fallführer:innen oder Fallverantwortliche.
3. Nächte/Notfälle: Kleine, mobile Rufbereitschaft/On-Call-Teams (Telepflege-unterstützt) zur Deeskalation & Vermeidung KH-Einweisungen.

Modernisierung der Berufsbilder[1]:

- Assistenz (PFA/Pflegehelfer:innen): klar definierte delegierte Leistungen (Körperpflege, Mobilität, Hauswirtschaft), verbindliche Anleitung, klare Verantwortungsregelung, standardisierte Kompetenzniveaus.
- Bachelor-Pflege: Steuerung komplexer Pflege, Edukation, Koordination.
- APN (Master): klinische Entscheidungsunterstützung, Protokolle (Demenz, Wunde, Diabetes), Verordnung im Rahmen künftiger Befugniserweiterungen; CHN: gemeinwesenorientierte Prävention, Lotsenfunktion, Hausbesuche, Netzwerkarbeit, Steuerungsfunktion

[1] Unter der übergeordneten Bedingungen eines zu entwickelndes Scope of Practice und der Neuordnung und Strukturierung der Bildungslandschaft der Pflege

6.2 Wie können die pflegerischen und pflegebezogenen Kompetenzen von Assistenz- und Hilfskräften, pflegenden An- und Zugehörigen, ehrenamtlich Engagierten und der Allgemeinbevölkerung flächendeckend und systematisch gestärkt werden?

Pflegefachpersonen wirken nicht nur in der direkten Versorgung, sondern zunehmend auch als **Trainer:innen, Supervisor:innen und Lotsen** im Versorgungsnetz. Ihre Hebelwirkung entsteht dort, wo sie Wissen, Fertigkeiten und Haltungen systematisch in andere Gruppen transferieren. Damit sichern sie Qualität, Patientensicherheit und Effizienz – und entlasten sich selbst durch klare Aufgabenabgrenzung und kontrollierte Delegation.

- **Assistenz & Hilfskräfte**: bundeseinheitliche – standardisierte Qualifizierungsprogramme mit klaren Kompetenzprofilen (Grundpflege, Krankenbeobachtung, Prophylaxen, Demenzkommunikation, Ernährung, Hygiene, einfache Wundversorgung), jährliche Re-Zertifizierung; und / oder Anleitung und Begleitung durch Pflegefachpersonen; digitale Mikrolerneinheiten + Praxistraining; refinanzierte Supervision durch Pflegefachpersonen.
- **Pflegende Angehörige**: verbindliches **Startpaket** nach Pflegegrad-Zuerkennung: 1) Hausbesuch mit Schulung, 2) E-Learning-Zugang, 3) Notfall-Checkliste, 4) jährlicher Refresher; Finanzierung über §45a/b und §37(3); Young Carers nicht vergessen.
- Pflegefachpersonen beraten, coachen und begleiten Angehörige, bieten strukturierte **Angehörigenschulungen**, Notfallpläne und regelmäßige Feedbackgespräche an. Dadurch können Pflegefachpersonen Überlastung früh erkennen, sie koordinieren Unterstützungsnetzwerke und sichern so Versorgungskontinuität sowie Prävention der Pflegebedürftigkeit von Angehörigen.
- **Ehrenamt & Nachbarschaft**: Landesweit anerkannte **Angebote zur Unterstützung im Alltag** (AUA/AZUA) mit Qualitätsrahmen und Haftpflicht; gezielte Rekrutierung im ländlichen Raum. Pflegefachpersonen definieren Aufgabenbereiche, weisen ein, bieten Ansprechbarkeit und sichern Grenzen zwischen ehrenamtlicher und professioneller Pflege. Dadurch werden Überforderung und Fehlhandlungen verhindert und ehrenamtliche Zeitressourcen können dort gezielt eingesetzt werden, wo Fachpersonen entlastet werden können.
- **Allgemeinbevölkerung**: Gesundheitskompetenz massiv stärken, Betreuende pflegerische Unterstützung „bewerben", Care Communities bilden, Erste-Hilfe-für-Pflege, Demenzfreundliche Kommunen. Präventive Maßnahmen müssen ausgebaut werden, beispielsweise Sturzprävention, School Health Nurses (systemische Stärkung pflegebezogener Kompetenz der jungen Generation), Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen (Interprof. Dialog, Gesundheitskioske), Digitale Entwicklung nutzen. Das führt zu Früherkennung von Risiken, bessere Selbstversorgung, weniger vermeidbare Pflegebedarfe und dadurch Entlastung des Systems.

6.3 Welche Instrumente braucht es, um die ambulante Fachpflege im ländlichen Raum sicherzustellen?

- **Intersektorale Versorgungskonzepte:** eine enge Kooperation von Pflege, Hausärzten, Fachärzten, Kliniken, Therapeuten etc. und vor allem eine Versorgungslücke vermeiden, Digitale, KI-gestützte Einsatzplanung stärker fördern, Dokumentation in Echtzeit
- **Cluster-Versorgung & Mikro-Hubs:** Geografische Bündelung von Einsätzen, Materialdepots („Mikro-Hub") mit Kanban-Nachschub.
- **Lone-Worker-Sicherheit:** Personen-Notsignalgeräte, Check-in/out-Protokolle, definierte Eskalationswege nachts Assistenzsysteme, wie Smart Home und Notrufsysteme, digitale Erinnerungshilfen, dezentrale Ausbildungsmöglichkeiten, Pflegefonds für ländliche Regionen etc.
- **Versorgungszuschläge/Wegezeiten**: Landesrahmenverträge (§75 SGB XI) erweitern um Vorhalte- & Fahrtzeitpauschalen + Routen-Boni für dünn besiedelte Regionen; Länder haben Struktursicherungsauftrag (§9 SGB XI).
- **Mobile Fachteams & Telepflege**: regionale Teams, Skill-/Grade-Mix mit Delegationsrahmen (Wunde, Demenz, Palliativ, Diabetes) mit Video-Supervision; Nutzung des Telepflege-Modellprogramms §125a SGB XI als Blaupause → Regelleistung überführen.
- **CHN-Stützpunkte** in Gemeinden <25 Tsd. EW; kommunal kofinanziert, angebunden an Pflegestützpunkte (§7c).
- **Kurzzeit-/Tages-/Nachtpflege-Netz** als „Auffangbett" für Überlastungsspitzen; gezielte Landesförderung und Planung.
- **Remote Monitoring & Frühwarnsysteme:** Vitalwerte/Beobachtungsskalen (z. B. NEWS-ähnlich) mit Alarmrouting an die verantwortliche Pflegedachperson.
- **Sichere Kommunikation & e-Dokumentation:** Mobil nutzbare Pflegedoku, strukturierte Übergaben (SBAR), Foto-/Audit-Trail bei Wunden, eRezept/Medikationsplan-Abgleich.
- **Entscheidungsstütze:** Protokollbasierte Checklisten (Delir, Exsikkose, Schmerz, Atemnot, Dekubitusrisiko) direkt in der App.
- Personalgewinnung und – bindung länderspezifisch adaptiert,
- **Land-Stipendien & Rückkehrprogramme:** Gebundene Förderungen, Anerkennung von Zusatzqualifikationen (Wunde, Palliativ, Demenz).
- **Arbeitszeitmodelle für Reichweite:** 4-Tage-Woche, verlässliche Dienstpläne, Rufdienstpools, Tele-Schichten für erfahrene Fachkräfte (Triage/Tele-Supervision).

6.4 **Wie können eine pflegefachliche Leistungssteuerung und Anleitung im häuslichen Pflege-Setting gelingen?**

- **Fallführung in der Hand professioneller Pflegefachpersonen**: Pflegefachperson (CHN/APN) erstellt Versorgungsplan gemeinsam mit Pflegebedürftigen und An- und Zugehörigen; inkl. Ziele, Skill-mix, Frequenzen; delegiert an Assistenz; kontrolliert Outcomes (Stürze, Wunden, Einweisungen), Pflegefachpersonen prüfen regelmäßig Ergebnisse, steuern nach und sichern anhand definierter Indikatoren.
- **§37(3) Beratungsbesuch „neu"**: von Pflichttermin zu steuerndem Hausbesuch mit Checklisten (Medikation, Inkontinenz, Mobilität, Reha-Potenzial) + digitale Nachbegleitung; Erstbesuch immer vor Ort, Folge auch per Video. Einstufung der Pflegegrade ausschließlich durch Pflegefachpersonen **Pflegefachpersonen als Schlüsselrolle:** Nur sie haben die Expertise für Assessment, Planung, Evaluation und Anleitung – keine Delegation auf nicht-qualifizierte Kräfte. **Erstbesuch immer vor Ort:** Für Anamnese, Beziehungsaufbau und umfassendes Assessment. **Folgebesuche flexibel:** Hybridmodell – vor Ort oder per Video, wenn Stabilität gegeben ist.
- **Digitale Unterstützung**: gemeinsame Aufgaben-/Dokumentationsapp (Angehörige, Dienst, Ehrenamt) + Videosprechstunde + 24/7-Hotline.
- **Einstufung der Pflegegrade:** durch Pflegefachpersonen (gemäß Vorbehaltsaufgabe nach § 4 PflBG), die die tatsächliche Situation im Alltag kennen. → praxisnahe und fachlich valide Einstufung.
- **Case Management-Funktion:** Pflegefachperson erkennt Schnittstellenbedarfe (Hausarzt, Reha, Hilfsmittelversorgung, Kurzzeitpflege) und initiiert die Einbindung.
- **Multiplikator:innenrolle:** Pflegefachpersonen schulen Angehörige, koordinieren Assistenzkräfte, leiten Ehrenamtliche an.

6.5 Wo sehen Sie aktuell die dringendsten Bedarfe an konkreter Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige? Welche Bedeutung haben in diesem Zusammenhang die Leistungen im Pflegegrad 1 aus Ihrer Sicht?

Bedarfe (Angehörigen-Perspektive): Entlastung im Alltag, Anleitung bei individuell fachgerechter “Grundpflege”, sichere Mobilisation, Demenzumgang, Nacht-/Krisenhilfe, Übergänge (KH-Entlassung) mit Beachtung von Rehabilitationserfordernissen (in Rehakliniken oder als Mobile Reha in der Häuslichkeit als SGB V-Leistung), kurzfristige Ersatzpflege.

Dringende Unterstützungsbedarfe für Pflegebedürftige – PG 1 muss bestehen bleiben

Viele Pflegebedürftige sind mit den steigenden Eigenanteilen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung überfordert. Hier besteht ein akuter Bedarf an finanzieller Entlastung durch Reduzierung der Eigenbeteiligung und eine regelhafte Dynamisierung der Leistungen.

Es fehlen bedarfsgerechte Angebotsstrukturen insbesondere für Menschen mit Demenz, u. a. flexible Tages- und Kurzzeitpflegeangebote, Wohnort nahe Plätze. Nacht- und Abendpflege sowie niedrigschwellige Betreuungsdienste.

Die medizinische Behandlungspflege im stationären Bereich wird bislang nicht sachgerecht durch die GKV übernommen, was die Pflegeversicherung zusätzlich belaste. Dies führt zu einer Fehlbelastung der Pflegeversicherung und indirekt zu höheren Eigenanteilen.

Der PG 1 muss ein Zugang zu pflegefachlicher Leistung sichern und ein ungerichtetes „Ausschütten mit dem Füllhorn“ vermieden werden.

6.6 Welche konkreten Unterstützungsbedarfe gibt es typischer Weise in Krisen- und Akutsituationen sowie in der Nacht und wie könnten diese gedeckt werden?

Krisen: akute Verschlechterung, Delir/Demenz-Agitation, Sturz/Schmerz, Überforderung Angehörige, Angehörige erkranken akut selbst und fällt aus, Katheter/Wunde/Tracheo-Problem, Gewalterfahrungen, sowohl aus Perspektive der pflegenden An-/Zugehörigen als auch der Menschen mit Pflegebedarf
Lösung: regionale On-Call-Teams (Pflegefachpersonen/APN) + Telepflege-Schicht (Ersttriage, Anleitung, Eskalation), reservierte Kurzzeitpflegeplätze & Tages-/Nachtpflege als „Entlastungsventil“. Verzahnung: enge Kooperation mit Hausärzten, Notdiensten und Rettungsdienst
Nacht: „Shared Night Nurse“ im Quartier, Rufbereitschaft + Hausbesuche bei Bedarf; Finanzierung über Nachtpflege (§41), Verhinderungspflege (§39) und kommunale Zuschüsse.

Proaktive Prävention

- Krisenpläne für jedes Setting (z.B. Handlungsplan bei Sturz, Unruhe, Schmerzen).
- Anleitung Angehöriger durch Pflegefachpersonen in “Was tun, wenn …?” - Situationen
- Frühwarnsysteme: Checklisten, Monitoring-Apps, regelmäßige Fachpflegevisite.
- Frühwarnsysteme

6.7 Welche Leistungen der Pflegeversicherung sind aus Ihrer Sicht für die Sicherstellung der Versorgung im Sinne der o.g. Bedarfe vorrangig?

- Pflegeberatung/Case Management: §7a-Beratung & §7c-Pflegestützpunkte als Drehkreuz; verbindlich, proaktiv, outcomes-orientiert. Neue Orte schaffen – pflegegeleitete Gesundheitskioske. Neben individueller Beratung benötigen wir eine verbindliche Steuerungspolitik: Jeder Pflegebedürftige sollte automatisch einer Pflegefachperson als Case Manager:in zugeordnet werden, die die Versorgung über die Zeit begleitet. **Digitale Ergänzung:** Aufbau von digitalen Beratungs- und Dokumentationsplattformen, auf die alle Beteiligten zugreifen können (Pflegedienste, Ärzt:innen, Kassen). Abhalten von Fallkonferenzen, ähnlich wie in Disease-Management-Programmen, durch Pflegefachpersonen, z.B. in Gesundheitskiosken oder Pflegestützpunkten.
- Entlastungs- & Unterstützungsleistungen: §45a/b (AUA & Entlastungsbetrag, auch PG 1) – früh aktivieren und nutzen. Leistungen sollten flexibler kombinierbar sein z.B. für Nachtbetreuung, digitale Assistenzsysteme oder Kurzzeitpflegekontingente. Leistungen proaktiv aktivieren, um Eskalationen zu verhindern.
- Beratungsbesuche §37(3) als pflegefachliche Steuerungsinstrumente im Rahmen der pflegerischen Fachversorgung systematisch integrieren. Aufbau einer **bundesweit einheitlichen Checkliste** (Medikation, Mobilität, Inkontinenz, Demenz, Angehörigenbelastung). **Digitale Nachbegleitung:** Video-Check-in, Erinnerungsservices, Feedbackschleifen.
- Tages-/Nachtpflege §41 + Kurzzeit-/Verhinderungspflege §42/§39 (neu: gemeinsames Jahresbudget, das flexibel abrufbar ist) – Puffern von Belastungsspitzen. **Reservierte Plätze für Krisenfälle**, die kurzfristig belegt werden können (z. B. bei plötzlichem Ausfall von Angehörigen). Ausbau von **Nachtpflege**: wichtig für Demenzversorgung und Angehörigenentlastung. Pflegefachpersonen steuern, wann und wie diese Leistungen sinnvoll eingesetzt werden – als "Frühwarnsensor" gegen Überlastung.
- Wohnumfeld & Hilfsmittel (SGB XI/ V) – Barrieren abbauen, Sturz-/Pflegeprävention. Schneller Zugang zu Hilfsmitteln durch digitale Antragsverfahren. Wohnumfeldmaßnahmen sollten regional stärker gefördert werden – gerade im ländlichen Raum.
- Regelhafte Dynamisierung der Pflegeleistungen zur Anpassung steigender Kosten.
- Übernahme medizinischer Behandlungspflege im stationären Bereich durch die gesetzliche Krankenversicherung
- Reduzierung der Eigenanteile in stationärer und ambulanter Pflege, um die Versorgung für Pflegebedürftige bezahlbar zu halten

6.8 Könnte der MD im Rahmen der Pflegebegutachtung konkrete Versorgungs- und Leistungsbedarfe als Grundlage für ein Case Management pflegefachlich feststellen? Was bräuchte es dafür?

Heute: Der MD stellt Pflegebedürftigkeit/Pflegegrad fest; in den Begutachtungs-Richtlinien sind u. a. Empfehlungen (z. B. Reha) angelegt; Video-/Telefon-Begutachtungen sind seit 2024 ermöglicht. Ein echtes, pflegefachlich geführtes Versorgungs-/Case-Management wird jedoch nicht systematisch ausgelöst. Unsere Empfehlung ist es den MD an dieser Stelle den Aufgaben zu entheben und die Begutachtung vollständig in die pflegerische Versorgung (CHN) zu legen!!!
Vorschlag:

- Erweiterung um standardisierte „Versorgungsindikatoren“ (Krisenrisiko, Nachtbedarf, Schulungsbedarf, Reha-Potenzial, CHN/APN-Indikation). Diese Indikatoren müssen systematisch erfasst werden und nicht nur im Gutachten erwähnt werde.
- Elektronische Übergabe dieser Indikatoren an §7a-Beratung/Pflegestützpunkt/Gesundheitskioske binnen 48 h; Opt-out-Kontaktaufnahme.
- Rechtsklarstellung/Leistungsrecht regeln

Empfehlung zur Systemlogik:

- Der MD bleibt neutraler unterstützender Prüfer bei pflegefachlicher Unterstützung wenn Trägerinteressen Einfluss nehmen. Der Vorbehalt nach PflBG § 4 bleibt davon unberührt.
- Die Versorgungssteuerung wird in die Hände der Pflegefachpersonen gelegt, die nah am Setting arbeiten (Pflegedienste, CHN, Gesundheitskioske), dadurch erreichen wir objektive Begutachtung durch den MD, pflegefachlich fundiertes Case Management im Anschluss, nahtlose Anbindung der Betroffenen an regionale Unterstützungsangebote.

6.9 Welche Veränderungsbedarfe sehen Sie im aktuellen System der Beratung von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen nach §§ 7a, 7c und 37 Abs. 3 SGB XI? Welche Wirkungen (zum Beispiel Sicherstellung der Versorgung, Verbesserung der Qualität der Versorgung, fachliche Unterstützung und Entlastung von pflegenden An- und Zugehörigen, längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit etc.) haben die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen?

Probleme heute: Heterogene Qualität, geringe Verbindlichkeit, fragmentierte Zuständigkeiten, zu wenig Nachverfolgung/Outcome, zu reaktiv, Beratung meist erst, wenn Probleme schon eskalieren.
Empfohlen:

- Ein Ticket, ein Plan: Erstberatung (§7a) erstellt verbindlichen Pflege-/Entlastungsplan mit Terminen (AUA, Schulungen, §37(3)) Dieser Plan wird digital hinterlegt und allen relevanten Stellen (Kassen, Pflegediensten, Pflegestützpunkten) zugänglich gemacht..
- Proaktiv statt reaktiv: Automatisches Auslösen der Erstberatung bei Antragstellung/Einstufung; jährliches „Service-Intervall" (PG 1) + pflichtige Folgekontakte je nach Risikoprofil.
- Qualitätskern: einheitliche Instrumente/Checklisten, digitale Dokumentation, Ergebnisindikatoren verpflichtend (Vermeidung KH-Einweisung, Sturzrate, Inanspruchnahme Entlastungsbetrag). Bundesweit einheitliche Qualitätsstandards für Beratende (Pflegefachpersonen, CHN, APN)
- §37(3)-Besuche: verbindlich als fachpraktische Anleitung (z. B. Transfer, Dekubitus-Prophylaxe, Sturzprophylaxe) – Erstbesuch vor Ort, Folgekontakt optional Video; klare Anerkennungs-/Qualitätskriterien der Beratungstellen
- Ermöglichung niedrigschwelliger Zugänge zur individuellen Beratung bei Bedarf oder Veränderung der pflegerischen Situation, Ausbau digitaler Knäle (Telefon-/Videoberatung, Chat-Support)

Wirkungen (bei konsequenter Umsetzung): Höhere Versorgungsqualität, fachliche Unterstützung und Entlastung Angehöriger, längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, zielgerichtete Nutzung von PG 1-Leistungen.
Systemische Wirkung: Pflegefachpersonen werden als Case Manager:innen und Multipikator:innen verankert. Pflegeberatung entwickelt sich zu einem verlässlichen Steuerungsinstrument – hin zu messbarer Wirkung.

- **Neue Rollenbilder nutzen**: Advanced Practice Nurses und Community Health Nurses können Beratung, Case Management und Outcome-Steuerung auf ein höheres Niveau heben.

Pflegefachpersonen sind die **Schlüsselfiguren**, um aus Beratung echte **Versorgungssteuerung** zu machen: mit einem klaren Plan, standardisierten Instrumenten und konsequenter Nachverfolgung.

6.10 Halten Sie ein Case Management (ggf. durch wen?) für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige für erforderlich? In welchen Fällen?

Ja – zwingend, wenn Komplexität vorliegt: Multimorbidität, Demenz, hoher Krisen-/Nachtbedarf, unsicheres soziales Netz, wiederholte KH-Einweisungen, Reha-Potenzial.
Durch wen?

- Primär pflegefachlich – mit APN/CHN für komplexe Fälle.
- Rollenbild: Assessment → Ziel-/Maßnahmenplan → Koordination (AUA, SGB V-Heilmittel, Hilfsmittel) → Schulung → Monitoring (KPIs) und Outcomesteuerung → Eskalation/Krisenmanagement/Sicherstellung Kontinuität.
- In dem Zusammenhang ist auch dringend die digitale Akte, auf die alle Professionen Zugriff haben und ihre Maßnahmen und Beobachtungen niederschreiben können (natürlich mit eingeschränktem Zugriff auf sensible Daten)

6.11 Was sind die Probleme, die zu einer Beendigung vorheriger häuslicher Pflege führen? Wie kann ein längerer Verbleib in der Häuslichkeit sichergestellt werden?

Top-Gründe: nächtliche Überlastung, plötzliche Krisen ohne sofortige Hilfe, fehlende Entlastung/Urlaub, körperliche Überforderung, psychische Belastung fortschreitende Demenz (Weglauf-/Sturz-Risiko), fehlende Kurzzeit – und Verhinderungspflegeplätze, Finanz-/Organisationsstress/pflegende An- oder Zugehörige haben selbst fortgeschrittenes Alter., Unzureichende Nacht- und Notfallangebote, finanzielle und organisatorische Belastung
Gegenmaßnahmen (priorisiert):

1. Entlastungsbudget (Verhinderung-/Kurzzeitpflege) niedrigschwellig nutzbar machen
2. Nacht-/Krisenangebote (On-Call-Teams, Nachtpflege, Notfallplätze).
3. Qualifizierung und Anleitung: Pflege-Erstschulung + Re-Trainings (Handling, Lagerung, Demenzkommunikation)
4. Individuelle und situations-/wohnumfeldorientierte Schulungen angepasst an konkrete Ressourcen und Gefahrenquellen.
5. Wohnumfeld & Hilfsmittel rasch bereitstellen; digitale Assistenzsysteme., Wohnumfeldverbesserungen: Barrierefreiheit, Sturzprophylaxe, Orientierungshilfen für Demenz. Digitale Assistenzsysteme: Notrufsysteme, Sturzsenoren, Erinnerungshilfen Telemonitoring
6. Case Management mit regelmäßiger Re-Evaluation, Verbindliche Versorgungspläne, Outcomme-Monitoring.

Grundsatz: Empirische Evidenz zeigt, dass eine frühzeitige und umfassende Bereitstellung präventiver, beratender und aktivierender Angebote das Auftreten von Krisensituationen signifikant verzögert. Daraus folgt, dass der Einsatz von Casemanagern und Community Health Nurses systematisch früher erfolgen sollte, um insbesondere durch Prävention krisenhafte Verläufe und auch Einsamkeit zu vermeiden.

6.12 Welche konkreten Herausforderungen zeigen sich in der therapeutischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen (v.a. Ergo-, Logo-, Physiotherapie)? Wie könnte die Zusammenarbeit zwischen Pflege und therapeutischen Berufen zum Wohle der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen optimiert werden?

Herausforderungen:
Es bestehen Brüche an den Schnittstellen von SGB XI und SGB V, Engpässe bei Rezepten und Terminen, eine geringe Hausbesuchsquote insbesondere im ländlichen Raum sowie fehlende gemeinsame Zielplanungen zwischen Pflege und therapeutischen Berufen. Hinzu kommen Kommunikationslücken, erschwerter Zugang durch schlechte Verkehrsanbindung, weite Fahrtwege und Wartezeiten sowie eine hohe Eigenkostenbelastung. Qualitäts- und Transferprobleme, Therapie findet punktuell statt, der Alltagstransfer in Pflege und häusliche Routine fehlt oft.

Ansätze zur Verbesserung:

- Verbindliche gemeinsame Pflege-Therapie-Ziele im Versorgungsplan, interprofessionelle Zielvereinbarungen (z. B. Mobilität, Aktivitäten des täglichen Lebens, Kognition) sowie einfache digitale Übergaben, etwa durch die Integration von Hausbesuchsberichten in die Pflegeakte.
- Digitale Kommunikation und Transparenz: Integration von Therapieberichten in die Pflegedokumentation (Hausbesuchsprotokolle, Fortschrittsberichte). Nutzung einer gemeinsamen digitalen Versorgungsakte (rollenbasirter Zugriff, interprofessionell). Kurze Rückmeldeschleifen per App/Tool. Pflegefachpersonen und Angehörige werden befähigt, den Alltagstransfer sicherzustellen
- Blankoverordnung und Erstzugang in Physiotherapie und Ergotherapie entlasten das System und erlauben flexiblere, bedarfsgerechte Therapie. Pflege übernimmt die Koordination, CHN/APN monitoren den Alltagstransfer.
- Pilotprojekte zu Direktzugang-Modellen und regelmäßige interprofessionelle Fallkonferenzen.
- Einrichtung eines Hausbesuchs-Fonds in ländlichen Regionen (finanziert durch Länder und Krankenkassen) sowie gebündelte Tourenplanung über kommunale Koordination.
- Ergänzend wäre ein *echtes Case-Management* zentral: Häufig findet kaum Austausch zwischen den beteiligten Akteuren statt. Eine gemeinsame, für alle einsehbare Dokumentation sowie ein digitales Tool für den direkten Informationsaustausch würden Transparenz und Koordination verbessern. Fachpersonen sollten kontinuierlich über den Therapieverlauf informiert sein. Zudem stellt sich die Frage, warum beispielsweise eine Physiotherapeutin nicht selbst über die geeignetsten Maßnahmen entscheiden können sollte.