

Entwurf Arbeitsaufträge Zukunftspakt Pflege
- zum Versand vor der ersten Sitzung auf Min-Ebene -

II. Arbeitsaufträge für die Fach-Arbeitsgruppen

Die Fach-Arbeitsgruppen des Zukunftspakts sollen Grundlagen in Form von Eckpunkten erarbeiten, wie eine menschenwürdige Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit effizienten und nachhaltigen Versorgungsstrukturen langfristig sektorenübergreifend personell, strukturell auf Grundlage limitierter finanzieller Mittel sichergestellt werden kann. Hierbei sind die begrenzenden Faktoren Personal, Finanzen und sich verändernde Familien- und Sorgestrukturen auf der einen und der steigende Bedarf an Pflegeleistungen durch den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf der anderen Seite zu berücksichtigen. Wie im Koalitionsvertrag angeführt, ist die Bewältigung der stetig wachsenden Herausforderungen in der Pflege und für die Pflegeversicherung eine Generationenaufgabe. Dieser Herausforderung soll mit einem Mix aus kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen begegnet werden. Grundlage für die Antworten der Fach-Arbeitsgruppen sind dabei die bestehenden Prinzipien der Pflegeversicherung, ergänzt um Generationengerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit. Dabei sind die finanzielle Tragfähigkeit des Systems der sozialen Pflegeversicherung nachhaltig zu verbessern, Effizienzpotenziale zu heben und eine Überlastung der Ausgabeseite zu verhindern. Zudem sind etwaige Fehlanreize/Mitnahmeeffekte sowie Finanzrisiken zu Lasten einer einzigen Finanzierungssäule auszuschließen. Dabei besonders zu berücksichtigen ist, dass durch die Fach-Arbeitsgruppen keine Vorschläge unterbreitet werden sollen, die zu Mehrausgaben führen, die nicht ausschließlich auf die demografische Entwicklung zurückzuführen sind. Es ist zudem zu beachten, dass alle erarbeiteten Vorschläge der Fach-Arbeitsgruppen unter Finanzierungsvorbehalt stehen.

Zu jeder vorgeschlagenen Maßnahme soll – wenn möglich – erklärt werden, welche finanziellen Folgen sie hat (zum Beispiel zusätzliche Kosten oder Einsparungen). Außerdem soll beschrieben werden, ob und wie sich die Maßnahme auf das Angebot an Pflege-, Betreuungs- und hauswirtschaftlichen Leistungen auswirkt und ob durch die Maßnahme mehr oder weniger (Fach-)Personal benötigt wird. Die Fach-Arbeitsgruppen bearbeiten insbesondere folgende Fragestellungen:

1. Arbeitsaufträge für Fach-AG Finanzierung

1.1. Ziele der Fach-AG

→ Die soziale Pflegeversicherung soll das Risiko der Pflegebedürftigkeit auch weiterhin als eigenständiges, unabhängig vom Lebensalter bestehendes allgemeines Lebensrisiko mit absichern. Sie soll auch künftig ein verlässliches Niveau der bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung von Menschen mit Pflegedarf sicherstellen.

→ Die Ziele, die mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 einhergingen, sowie die Prinzipien, die der Pflegeversicherung zugrunde liegen, gelten weiterhin und werden ergänzt um die neuen, weiter zu konkretisierenden Prinzipien Generationengerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit. Diese Ziele und Prinzipien werden in Einklang zu bringen sein mit einer stabilen und dauerhaften Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung.

→ Die Finanzierung der SPV soll langfristig nachhaltig ausgestaltet werden.

→ Es sind Stellschrauben zur Entlastung der Ausgabenseite und zur Stärkung der Einnahmenseite der Pflegeversicherung mit der klaren Zielstellung zu identifizieren, dass die Leistungen der SPV, aber auch die finanziellen Belastungen der Beitragszahlenden, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der sonstigen Kostenträger in einem gerechten und ausgewogenen Verhältnis stehen. Wechselwirkungen mit anderen (ergänzenden) Systemen sind zu berücksichtigen.

Eine abschließende Einigung der B-L-AG erfolgt auf Ebene der Ministerinnen und Minister von Bund und Ländern.

1.2. Zu bearbeitende Fragestellungen

1. Welche Reichweite soll die Pflegeversicherung künftig absichern?

Klärung, ob die soziale Pflegeversicherung weiterhin eine soziale Teilabsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen durch Versicherungsleistungen darstellen soll, die Eigenleistungen der Versicherten nicht entbehrlich machen. Hierzu ist auch die Frage des im Koalitionsvertrag aufgeführten Punktes der Eigenanteile zu klären. Rechnerisch wäre je nach Ausgestaltung die künftige Finanzierungslücke sowie der sich daraus ergebende notwendige Reformbedarf in der sozialen Pflegeversicherung im Finanzsaldo kleiner oder größer.

2. Soll das Umlagesystem durch einen weiterentwickelten kapitalgedeckten Pflegevorsorgefonds abgesichert werden?

Hintergrund: Das Umlageverfahren stößt demografiebedingt an seine Grenzen. Zum einen steigt die Zahl der Pflegebedürftigen seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 weit stärker an als ursprünglich erwartet. Die Pflegeprävalenz prägt die Ausgabenseite in hohem Maße. Auf der Einnahmeseite wird durch den demo-

grafischen Wandel mit einem Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials und dadurch schwächeren Beitragseinnahmen gerechnet. Dies ist auch abzulesen an der Entwicklung des Anteils der Beitragszahlenden der SPV pro Leistungsempfangende: Kamen im Jahr 1998 noch rund 29 Beitragszahlende auf einen Leistungsempfänger/eine Leistungsempfängerin der SPV, hat sich dieses Verhältnis bis 2024 (1. Halbjahr) auf rund 11:1 reduziert. Die Belastungen pro beitragszahlende Person haben sich demnach in den letzten 25 Jahren nahezu verdreifacht.

3. Sollen in einem umlagebasierten Teilleistungssystem die privaten Eigenleistungen verpflichtend individuell abgesichert werden?

Prüfung, ob das System weiterhin vorrangig auf das Umlageverfahren als zentrales, systemprägendes Merkmal setzt und bei einem Teilleistungssystem die Eigenvorsorge weiterhin freiwillig erfolgen sollte oder ob zum Abbau der von pflegebedürftigen Menschen zu tragende Eigenanteile ggf. ein ergänzendes, verpflichtendes Element eingeführt werden sollte. Hier wäre ein verpflichtendes Kapitaldeckungssystem zu prüfen. Dies könnte zum einen über eine privat abzuschließende Versicherung (verpflichtende individuelle kapitalgedeckte Vorsorge durch Zusatzversicherung) oder aber staatlich organisiert werden (bspw. in Form des Aufbaus individueller Kapitalstöcke getrennt von umlagefinanzierter Pflegeversicherung; obligatorische individuelle Vorsorge, mit optionaler paritätischer Finanzierungsbeteiligung). Hierbei sind auch die Belastungen einer solchen Zusatzversicherung für verschiedene Alters- und Einkommensgruppen zu berücksichtigen. Prüfung von Anreizen für eine eigenverantwortliche Vorsorge sowie der betrieblichen Pflegevorsorge. Auch hier sind steuerliche Effekte zu berücksichtigen.

4. Aufzeigen des mittel- und langfristigen strukturellen Finanzierungsdefizits mit Stellschrauben auf der Ausgabenseite

Für die Akzeptanz eines Teilleistungssystems und für die Vermeidung von finanzieller Überforderung pflegebedürftiger Menschen wäre für die Betroffenen eine werterhaltende Leistungsdynamisierung begrüßenswert, was jedoch auch mit erheblichen Kostenwirkungen einhergeht. Eine Dynamisierung ist eine zentrale Stellschraube, die sich auf die Ausgabenseite auswirkt. Zur Bestimmung des Finanzbedarfs in einem Teilleistungssystem insgesamt wäre daher zunächst über die Frage einer Festlegung auf und die etwaige Höhe der Dynamisierung und deren Finanzwirkung zu entscheiden. Wechselwirkungen sind dabei zu berücksichtigen. Zu prüfen ist auch, welche wirksamen Maßnahmen auf der Ausgabenseite zur Verfügung stehen, um die Ausgaben sinnvoll zu begrenzen und insbesondere Fehlverteilung bei der Leistungserbringung und -inanspruchnahme zu reduzieren. Darüber hinaus ist hier auch das Thema Prävention / Senkung der Prävalenz von Bedeutung.

5. Aufteilung der Finanzierungsanteile auf die Säulen Beitragsmittel, Steuern und individuelle/private Beteiligung

In diesem Zusammenhang sind insbesondere auch folgende Punkte einzubeziehen:

- Prüfung der Einführung unterjähriger Liquiditätshilfen um die SPV im Bedarfsfall zu unterstützen, inklusive entsprechender Rückzahlungsverpflichtungen und alternativer Liquiditätshilfen
- Verortung der im Koalitionsvertrag als versicherungsfremd bezeichneten Leistungen wie die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und die Ausbildungsumlage
- Verantwortung der Länder für die pflegerische Versorgungsstruktur
- Vorrang der finanziellen Tragfähigkeit der SPV vor Leistungsausweitungen
- Nachhaltigkeitsfaktoren (wie bspw. Einführung einer Karenzzeit)
- (Ggf. verpflichtende) Private Vorsorge

6. Klärung der einnahmeseitigen Stellschrauben

Hier sind die verschiedenen einnahmeseitigen Stellschrauben mit ihren Wechselwirkungen (insbesondere Hilfe zur Pflege) zu betrachten und gegeneinander abzuwagen mit dem Ziel, eine Entscheidung/Auswahl zu treffen.

2. Arbeitsaufträge für Fach-AG Versorgung

1.1. Ziele der Fach-AG

1. Gesundheit vulnerabler Gruppen gezielt stärken, Pflegebedürftigkeit vermeiden und verringern sowie Pflegepotenziale erhalten

Die Potenziale der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit müssen besser genutzt werden. Es gilt, Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest so lange wie möglich hinauszuzögern sowie das Pflegepotenzial der Pflegepersonen und beruflich Pflegenden zu erhalten. Dafür braucht es eine zielgruppenspezifische, strukturierte und niedrigschwellige Ansprache. Freiwillige Angebote auf kommunaler Ebene, die vulnerable Gruppen, also Menschen, die ein erhöhtes Risiko haben, pflegebedürftig zu werden oder bereits pflegebedürftig sind, in den Blick nehmen, sollen gestärkt werden. Zu prüfen ist darüber hinaus, inwieweit und durch welche Akteure Maßnahmen der Verhältnisprävention verbessert werden können, die zur Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit beitragen. Die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt seit Jahren stark an. Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit müssen wirkungs- und bedarfsorientiert weiterentwickelt werden (Grundsatz Reha vor und bei Pflegebedürftigkeit). Es ist zu prüfen, ob und wie im Leistungs- und Vergütungssystem der Kranken- und Pflegeversicherung

Anreize für die Stärkung der Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen und eine gesundheitsfördernde Pflege verankert werden können.

2. Bürgernahe und gute pflegerische Versorgung in der Stadt und auf dem Land sicherstellen

Alle Menschen im Land sollen Zugang zu einer guten, bedarfsgerechten und bezahlbaren medizinischen und pflegerischen Versorgung haben. Dies erfordert Instrumente, mit denen die Versorgung sowohl grundsätzlich in der Region als auch im konkreten Einzelfall sichergestellt werden kann. Knappes Pflegepersonal muss gezielt dort eingesetzt werden, wo es am meisten gebraucht wird und der Einsatz beruflicher Pflegekompetenzen besonders effektiv ist. Die pflegerischen und pflegebezogenen Kompetenzen von Assistenz- und Hilfskräften, pflegenden An- und Zugehörigen, ehrenamtlich Engagierten und der Allgemeinbevölkerung sollen gestärkt werden. Zugleich brauchen die an der Versorgung vor Ort unmittelbar Beteiligten (Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal, Pflegekassen und Kommunen) den notwendigen Handlungs- und Entscheidungsspielraum, um die Versorgung vor Ort nach den jeweiligen Gegebenheiten sicherstellen zu können.

3. Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige unterstützen und entlasten

Versorgung muss vorrangig aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen gedacht und gestaltet werden. Versorgungspfade in der Pflege sind so auszustalten, dass der Mensch im Vordergrund steht („personorientiert“). Sie ist auf den Erhalt und die Verbesserung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen auszurichten. Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige sollen in die Lage versetzt werden, selbstbestimmt im Rahmen der vorhandenen Angebote und Ressourcen Entscheidungen über ihr Leben und ihre Gesundheit auch in schwierigen gesundheitlichen Situationen und der letzten Lebensphase zu treffen. Dafür ist ein wohnort- und bürgerliches sowie gut mit flankierenden Angeboten in der Region vernetztes Beratungs-, Unterstützungs- und Pflegeangebot erforderlich, das die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen leicht verständlich und unbürokratisch unterstützt und entlastet. Beratung, Versorgungskoordination und Leistungsorganisation müssen zusammen aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen gedacht und unter Berücksichtigung der Kostenwirkungen gestaltet werden. Angebote vor Ort müssen bedarfsgerecht und flexibel sein: Auch in Notfall-, Krisen- und Sterbesituationen und in der Nacht muss im Bedarfsfall eine fachpflegerische Unterstützung erreichbar und möglich sein; neue Angebotsformen müssen sich unbürokratisch entwickeln können.

4. Datenlage, Monitoring und wirkungsorientierte Steuerung zielgerichtet verbessern

Begrenzte Mittel (finanzielle Mittel, Personal, individuelle Kapazitäten von Bürgerinnen und Bürgern) sind zielgerichtet einzusetzen. Daher müssen die Mittel der Pflegeversicherung sachgerecht eingesetzt und Effizienzpotenziale gehoben werden. Wir wollen das Augenmerk von einer Betrachtung nur der eingesetzten Mittel darauf richten, welche Ergebnisse und Wirkungen in der Versorgung mit diesen Mitteln erreicht werden können. Dafür sind klar definierte, messbare kurz-, mittel- und langfristigen Ziele in den Bereichen Sicherstellung der Versorgung, Digitalisierung, Finanzierung und Personal erforderlich. Perspektivisch sollen eine wirkungsorientierte Steuerung und ein wirkungsorientiertes Monitoring durch die jeweils zuständigen Akteure erreicht werden, auch das Instrument der strategischen Vorausschau soll mit Blick auf seine Nutzbarkeit für die Entwicklung der Langzeitpflege betrachtet werden. Bestehende Datengrundlagen müssen überprüft und besser genutzt werden; bestehende Statistikpflichten müssen mit Blick auf ihre Aktualität und die genannten Ziele geprüft und ggf. neu ausgerichtet werden. Neue bürokratische Belastungen für die an der Versorgung Beteiligten müssen durch die vorgenannten Prozesse vermieden werden.

5. Zielgerichtete Innovation ermöglichen; Digitalisierung und KI-Nutzung fördern

Medizinische und pflegerische Innovationen verbessern die Qualität und Effizienz der Versorgung. Es müssen gezielte Anreize für Qualitätsverbesserungen und Innovationen gesetzt werden. Mut zur Innovation muss belohnt, unnötiger Hemmnisse unter Berücksichtigung des Patientenschutzes müssen abgebaut werden. Die Nutzung von Maßnahmen der Digitalisierung und KI muss im Sinne der Qualität und Effizienz der Versorgung deutlich erhöht werden. Entsprechende Transformationsprozesse sind systematisch zu unterstützen, auch Transformationsprozesse aufgrund externer Faktoren wie Klimawandel, Hitze und Krisensituationen.

Eine abschließende Einigung der B-L-AG erfolgt auf Ebene der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren von Bund und Ländern.

1.2. Zu bearbeitende Fragestellungen

Vor dem Hintergrund der unter 1.1. genannten Ziele und des Gesetzentwurfs für ein Pflegekompetenzgesetz sind insbesondere folgende Fragestellungen zu bearbeiten:

1. Gesundheit vulnerabler Gruppen gezielt stärken, Pflegebedürftigkeit verringern und Pflegepotenziale erhalten

1.1. Mit welchen Maßnahmen der Stärkung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation können der Eintritt und der Verlauf von Pflegebedürftigkeit gezielt und mit einem messbaren Effekt positiv beeinflusst werden?

Welche Zielgruppen haben ein besonderes Risiko und sind hier besonders in den Blick zu nehmen? Auf welche Weise und zu welchem Zeitpunkt können diese wirksam erreicht werden? Welche sektorenübergreifenden Ansätze zwischen SGB V und SGB XI können genutzt werden, um die kollektive und individuelle Pflegeprävalenz zu verringern?

1.2. Mit welchen Maßnahmen der Stärkung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation kann die Gesundheit pflegender An- und Zugehörige gezielt und mit einem messbaren Effekt positiv beeinflusst und können gesundheitliche Belastungen verringert werden? Welche Zielgruppen haben ein besonderes Risiko und sind hier besonders in den Blick zu nehmen? Auf welche Weise und zu welchem Zeitpunkt können diese wirksam erreicht werden? Welche Rolle spielt hier die GKV?

1.3. Mit welchen Maßnahmen der Stärkung der Gesundheitskompetenz, des Arbeitsschutzes, der (auch betrieblichen) Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation kann die Gesundheit beruflich Pflegender gezielt und mit einem messbaren Effekt positiv beeinflusst werden? Welche Zielgruppen haben ein besonderes Risiko und sind hier besonders in den Blick zu nehmen? Auf welche Weise und zu welchem Zeitpunkt können diese wirksam erreicht werden?

1.4. Zu welchen Bereichen der Fragen 1.1.-1.3 wäre Forschung zukünftig auszurichten, um die notwendige wissenschaftliche Evidenz für gezielte Maßnahmen und den entsprechenden finanziellen und personellen Ressourceneinsatz zu entwickeln? Inwieweit kann das Forschungsdatenzentrum sowie § 25b SGB V (Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen zur Erkennung einer noch nicht festgestellten Pflegebedürftigkeit) dafür gezielt genutzt werden?

1.5. Wie können freiwillige Angebote auf kommunaler Ebene, die vulnerable Gruppen, also Menschen, die ein erhöhtes Risiko haben, pflegebedürftig zu werden oder bereits pflegebedürftig sind, in den Blick nehmen, effektiv gestärkt und damit auch deren Einsamkeit, ihre Auswirkung und der Umgang damit in den Fokus genommen werden?

1.6. Wie können Kranken- und Pflegekassen, Kommunen und Pflegeeinrichtungen zu einer größeren Gesundheitskompetenz und besserer Gesundheit von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen sowie einer größeren Stärkung der Selbständigkeit von Pflegebedürftigen beitragen und wie können diese Ansätze effektiv gestärkt werden? Welche Rolle können und sollen präventive Hausbesuche spielen?

1.7. Welche Instrumente könnten innerhalb des Leistungs- und Vergütungssystems der Kranken- und Pflegeversicherung Anreize für die Stärkung der Gesundheitskompetenz und die gezielte Verbesserung vulnerabler Gruppen und eine gesundheitsfördernde

Pflege verankert werden? In diesem Zusammenhang sollen insbesondere die folgenden Punkte geprüft werden:

- Sollen Kranken- und insbesondere Pflegekassen (alternativ der MD) regelmäßig auf der Grundlage von verfügbaren Gesundheitsinformationen aktiv auf von Pflegebedürftigkeit bedrohte bzw. pflegebedürftige Versicherte zugehen und geeignete Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention oder Rehabilitation initiieren?
- Welche Möglichkeiten bestehen, Pflege und Rehabilitation nach gemeinsamen, ganzheitlichen Behandlungskonzepten auszurichten? Kann und soll der Versorgungsauftrag von Pflegeeinrichtungen zu einem ressourcenorientierten, pflegerisch-therapeutischen Versorgungsansatz weiterentwickelt werden?
- Empfiehlt sich eine Ausrichtung bestimmter Pflegegrade (z. B. Pflegegrad 1 und 2) und der in diesen zur Verfügung stehenden Leistungen auf spezifische, gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen?
- Wie sollen und können Angebote der Rehabilitation weiterentwickelt werden, damit sie für Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen niedrigschwellig erreichen (z.B. ambulante und mobile Rehabilitation)?
- Wie können erfolgreich erprobte Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit unter Beteiligung aller zuständigen Sozialversicherungsträger dauerhaft finanziert werden, auch in der Kommune bzw. im Quartier/Sozialraum?

2. Bürgernahe, hochwertige pflegerische Versorgung in der Stadt und auf dem Land sicherstellen

2.1. Welche Versorgung ist aus Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in bestimmten Pflegesituationen angezeigt und wo besteht aus Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen der größte Optimierungsbedarf?

2.2. Welche Handlungs- und Entscheidungsspielräume benötigen Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Kommunen, um die Versorgung vor Ort kurz-, mittel- und langfristig sicherstellen zu können?

2.3. 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 As-

sistenzberuf bis zu neuen Berufsbildern auf Masterniveau (Advanced Practice Nurses, Community Health Nurses bzw. Gemeindeschwestern)?

2.4. Wie kann sichergestellt werden, dass jeder und jede Pflegebedürftige sowie jeder An- und Zugehörige Zugang zu kontinuierlicher, bedarfsabhängiger fachpflegerischer Begleitung und Unterstützung hat?

2.5. 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? Welche Anreize können insbesondere für Menschen, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen, für eine Übernahme von pflegerischen Unterstützungstätigkeiten gesetzt werden?

2.6. Wie kann eine bessere Versorgungsplanung und -steuerung hinsichtlich Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal in der Region gelingen (Care Management)? Welche Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeiten und welche Verantwortung können Kommunen unter welchen Voraussetzungen erhalten?

2.7. Welche Instrumente sind erforderlich, um die Versorgung sowohl grundsätzlich in der Region als auch im konkreten Einzelfall besser sicherzustellen?

2.8. Wie können Pflegekassen, Kommunen und Sozialhilfeträger in Zukunft effizienter zusammenarbeiten? Bedarf es einer Veränderung der Zuständigkeiten? Wie können Modellvorhaben nach § 123f. SGB XI dazu beitragen? Bedarf es in diesem Kontext auch einer Änderung im System der Hilfe zur Pflege (HzP)?

2.9. Welche sektorenübergreifenden Ansätze zwischen SGB V und SGB XI können genutzt werden, um die Versorgung effizienter zu gestalten?

2.10. Wie können Verhandlungen der Leistungserbringer und Leistungsträger weiter vereinfacht und beschleunigt werden?

3. Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige unterstützen und entlasten

3.1. Einfacher und bürokratieärmer Zugang zu Pflegeleistungen

3.1.1. Wie können Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen einfach, verständlich und effizient über Angebote vor Ort informiert werden? Wie kann ein „Once only-Prinzip“ bei der Antragstellung auf Pflegeleistungen umgesetzt und wie können Anträge vereinfacht werden?

3.1.2. Wie können Leistungen im Sinne der Pflegebedürftigen, auch mit Demenz, und ihrer An- und Zugehörigen so weiterentwickelt werden, dass sie ihren Bedarfen und Bedürfnissen entsprechen, die größtmögliche Autonomie und Flexibilität bieten und

zugleich für die Pflegeversicherung weiterhin eine Budgetkontrolle ermöglichen? Zu betrachten sind sowohl der Leistungsumfang, die Ausdifferenzierung der Leistungsarten (z. B. Budgetlösungen), die Möglichkeiten zur Bündelung (z. B. durch Poolen) und Fokussierung der Leistungen, die Art und Weise der Abrechnung (zum Beispiel durch die stärkere Nutzung des Instruments der Zeitvergütung) und die Wirkungen, die entsprechende Veränderungen ggf. auf die Leistungserbringer und das Pflegepersonal haben.

3.1.3. Wie können ein besseres Zusammenwirken und zugleich bessere Abgrenzung von Pflege-, Betreuungs- und hauswirtschaftlichen Leistungen erfolgen und gesetzlich abgebildet werden?

3.2. Passgenaue und bürgernahe Beratungs-, Unterstützungs- und Pflegeangebote für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen

3.2.1. Wie können bestehende Informationsangebote über Pflegeleistungen und pflegerelevante Unterstützungsangebote vor Ort - auch webbasiert - für alle Interessierten einfach und gut aufbereitet zugänglich gemacht werden?

3.2.2. Wie können Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen umfassend und effizient über Angebote vor Ort beraten und im Bedarfsfalle bei der Inanspruchnahme unterstützt werden, auch im Sinne eines bedarfsabhängigen Case Managements? Wie müssen Informations- und Beratungsleistungen (z. B. §§ 7, 7a, 7b, 7c, 37 Absatz 3, 45 SGB XI) verändert werden, um sachgerechter und effizienter zu werden? Wie können die Begutachtungsergebnisse in diesem Zusammenhang besser genutzt werden?

3.2.3. Wie können die Erkenntnisse aus der Pflegebegutachtung für die weitere Beratungs- und Versorgungsplanung und -koordination genutzt werden, auch hinsichtlich der Belastungssituation pflegender An- und Zugehöriger? Ist eine Weiterentwicklung des Begutachtungsinstruments nach §§ 14, 15 SGB XI zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs sinnvoll?

3.2.4. Welche Möglichkeiten gibt es, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in pflegerischen Akut- und Krisensituationen, auch in der Nacht, besser – auch fachpflegerisch – zu unterstützen? Wie können bestehende Angebote z. B. der Kurzzeitpflege, aber auch telepflegerische Angebote hierfür genutzt werden?

3.2.5. Welche weiteren Möglichkeiten gibt es, pflegende An- und Zugehörige zu stärken?

- Können beispielsweise Angebote der Vorsorge und Rehabilitation für pflegende An- und Zugehörige sachgerechter und zielgerichtet ausgestaltet werden?

- Können entlastende Angebote wie die Tages- und Nachtpflege noch besser zugänglich gemacht bzw. einfacher ausgestaltet werden?
- Wäre ein Feedbacksystem über die Zusammenarbeit mit der Pflegekasse und weiteren Anlaufstellen sinnvoll, um die Stimme der An- und Zugehörigen noch besser zu berücksichtigen?
- Ob und wie können pflegende An- und Zugehörige auch (finanziell) unterstützt werden, die ihre Arbeitszeit pflegebedingt reduzieren?
- Kann für pflegende An- und Zugehörige ein eigener Leistungsanspruch etabliert werden?
- Ob und wie können Angebote zur Unterstützung im Alltag dazu beitragen, pflegende An- und Zugehörige zu entlasten?

3.3. Wohn- und Betreuungsangebote flexibilisieren

- 3.3.1. Wie kann die sektorübergreifende pflegerischen Versorgung gestärkt werden?
- 3.3.2. Welche Modellprojekte sollen wie in die Regelversorgung übernommen werden?
- 3.3.3. Wie können die Potentiale der Telepflege und Telemedizin in der Versorgung besser genutzt werden?
- 3.3.4. Welche Rolle können insbesondere teilstationäre Angebote spielen, um die Versorgung zu sichern, pflegende An- und Zugehörige zu entlasten und Präventionspotentiale zu heben?

4. Datenlage, Monitoring und wirkungsorientierte Steuerung zielgerichtet verbessern

- 4.1. Welche Daten zur Versorgungslage und zur Infrastrukturplanung vor Ort (Prävalenz von pflegerelevanten Krankheiten, pflegerelevante Präventionspotentiale, Pflege-, Betreuungs- und hauswirtschaftliche Angebote, Angebote zu „im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen“ [vgl. § 7a Absatz 1 Satz 3 Ziffer 2 SGB XI, Personal nach Qualifikationsniveau, regionale Versorgungskosten für Pflegekassen, Kommunen und die Hilfe zur Pflege]) sind gegenwärtig bei welchem an der Versorgung beteiligten Akteur verfügbar? Welche Beispiele guter Praxis gibt es für die (gemeinsame) Nutzung dieser Daten? Haben sich die Beispiele guter Praxis bewährt und wenn ja, können sie in die Fläche übertragen werden?

- 4.2. Welche Daten (Versorgung und Finanzen) fehlen aktuell, welche sind weniger relevant? Welche Anpassungen sind ggf. in den Statistiken erforderlich? Wie können diese

den Akteuren zur Verfügung gestellt werden (auch im Sinne von „public money, public data“).

4.3. Welcher Akteur bzw. welche Akteure können und sollen auf welcher Ebene Versorgung planen und (anhand von Kennzahlen) steuern, ggf. auch im Sinne einer strategischen Vorausschau?

4.4. Welche messbaren kurz-, mittel- und langfristigen Ziele und Kennzahlen soll es für die Versorgung und Finanzierung (einschließlich des Grades der Digitalisierung) geben? Wer kann und sollte diese festlegen und wie wird die Einhaltung dieser Ziele im Sinne einer wirkungsorientierten Planung und Steuerung möglichst aufwandsarm nachgehalten (Monitoring)? Was folgt aus der Nichteinhaltung der Ziele?

5. Zielgerichtete Innovation ermöglichen; Digitalisierung und KI-Nutzung fördern

5.1. Wie kann Pflegeeinrichtungen die Umsetzung von Innovationen, insbesondere für Maßnahmen der Digitalisierung, des Technikeinsatzes und ggf. der KI-Nutzung ermöglicht werden (z. B. durch Öffnungs- und Experimentierklauseln)? Wie können diese im Rahmen der Vergütungen sachgerecht abgebildet werden?

5.2. Wie können Pflegeeinrichtungen bei den anstehenden digitalen Transformationsprozessen besser unterstützt werden?

5.3. Wie können digitale Anwendungen auch pflegende An- und Zugehörige sowie das Pflegepersonal gezielt entlasten?

5.4. Welche Effizienz- und Entwicklungspotentiale hat der Einsatz von KI in der Langzeitpflege und wie können diese besser genutzt werden? Wie kann eine KI-unterstützte Behandlungs- und Pflegedokumentation ermöglicht werden?