ZukunftPflege NRW

Ruhrgebietskonferenz Pflege
Die Einflussnehmer

**Pflegestrukturkommission**

## Stellungnahme zur Strukturreform der Pflegeversicherung

**Koordination und Kommunikation**

Roland Weigel
Konkret Consult Ruhr GmbH
Munscheidstaße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon 0172 – 2 84 48 61
weigel@kcr-net.de

### Ruhrgebietskonferenz-Pflege und ZukunftPflege NRW

An die Pflegestrukturkommission der Bundesregierung

Schriftliches Beteiligungsverfahren zum Fragenkatalog vom 16. November 2026

Wir schlagen vor, noch in dieser Legislaturperiode einen gemeinsamen Leistungs-, Zulassungs- und Vergütungsrahmen für die Pflege zu beschließen. Pflegebedürftige Menschen sollen geeignete Unterstützung über Wohnformen und Anbieter hinweg kombinieren können. Dafür braucht es eine verantwortliche Fallführung, einen finanzierten Versorgungsauftrag und eine regionale Planung, die auf festgestellte Engpässe reagiert.

Der Einstieg kann mit bestehenden Leistungsansprüchen und vorhandenen Angeboten beginnen. Wir wollen Beratung, Fallführung, Pflegebegleitung und Versorgung so verzahnen, dass bereits erhobene Informationen weiterverwendet und offene Bedarfe bearbeitet werden. Bürokratieabbau ist dabei ein eigenständiges Reformziel. Über weitergehende Leistungsansprüche und eine Begrenzung der Eigenbelastung ist gesondert zu entscheiden. Parallel dazu sollen Vergütungsverhandlungen digitalisiert, Gesamtversorgungsverträge vereinfacht und wohnortnahe Tagespflege in vorhandenen Räumen ermöglicht werden. Für die Strukturreform fordern wir bundesweit einheitliche Regeln.

### 1. Bedarfsgerechte Versorgung und Qualität

#### Versorgungslücken und gemeinsamer Zugang · Fragen 1, 2 und 6

Bei komplexen Bedarfen treffen mehrere Entscheidungswege aufeinander. Angehörige suchen parallel nach Hilfen, Leistungen beginnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und nach einer Weitervermittlung bleibt häufig offen, ob Versorgung zustande kommt. Das wird etwa bei Kurzzeitpflege, spezialisierter Wundversorgung oder der Rückkehr aus dem Krankenhaus sichtbar.

Bestehende Dienste, Beratungsstellen und Pflegestützpunkte sollen persönliche, telefonische und digitale Zugänge bieten. Bei mehreren Kostenträgern koordiniert grundsätzlich die Pflegekasse das Verfahren. Pflegeberatung und Pflegebegleitung informieren, unterstützen die Auswahl

**Koordination und Kommunikation**

Roland Weigel
Konkret Consult Ruhr GmbH
Munscheidstaße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon 0172 – 2 84 48 61
weigel@kcr-net.de

und melden veränderte Bedarfe zurück. Die Fallführung koordiniert die Beteiligten und verfolgt offene Schritte in den vorhandenen Strukturen. Die jeweiligen Kostenträger entscheiden über ihre Leistungen. Die benannte Pflegefachperson verantwortet den Pflegeprozess. Im gemeinsamen Versorgungsplan, der über ein digitales Portal eingesehen und bearbeitet werden kann, werden Umfang, Anbieter, Beginn, Finanzierung und Überprüfungstermin festgehalten. Laufende Teilhabe- oder Gesamtplanverfahren werden einbezogen. Bei dringendem Bedarf muss das Gesetz Vorleistung und Erstattung regeln.

Kreise und kreisfreie Städte brauchen einen finanzierten Planungsauftrag. Das regionale Versorgungsradar soll erfolglose Anfragen, Wartezeiten und wiederkehrende Versorgungslücken auswerten. Kommunen, Kassen, Leistungserbringer und Betroffenenvertretungen vereinbaren auf Augenhöhe konkrete Maßnahmen, Zuständigkeiten und Fristen. Die jeweils zuständigen Kostenträger treffen die Finanzierungsentscheidungen. Die Beteiligten halten den Umsetzungsstand fest.

**Regelungsansatz.** Die Verfahrensführung und Vorleistung sollten im SGB XI mit abgestimmten Vorschriften in SGB V, IX und XII geregelt werden. § 19 SGB IX dient als Anknüpfungspunkt für die Teilhabeplanung. §§ 9 und 69 SGB XI sind Ausgangspunkte für die Aufgaben der Länder und den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen.

## Pflegebegleitung und Versorgungssicherheit

### Zugang, Anbieterwahl und Qualitätskontrolle · Fragen 1, 6, 8 und 14

Pflegebegleitung soll vorhandene fachliche Kompetenz nutzen. Geeignete ambulante Dienste, Beratungsstellen und Pflegestützpunkte sollen auf Grundlage transparenter Verträge mitwirken können. Für die fachliche Einschätzung von Bedarf und Gefährdungen braucht es berufserfahrene Pflegefachpersonen mit nachgewiesener Handlungskompetenz. Voraussetzungen für die Mitwirkung sind Qualifikation, Teilnahme am regionalen Netzwerk sowie die Einhaltung von Dokumentations- und Transparenzstandards.

Care vor Ort verbindet die Anbietersuche mit der Rückmeldung zum tatsächlichen Versorgungsbeginn. Für die erste Kontaktaufnahme ist im Modell eine Frist von 24 Stunden vorgesehen. Empfehlungen folgen

**Koordination und Kommunikation**

Roland Weigel
Konkret Consult Ruhr GmbH
Munscheidstaße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon 0172 – 2 84 48 61
weigel@kcr-net.de

offengelegten Kriterien wie Bedarf, Spezialisierung, Kapazität und Nähe. Die Einwilligung und die Entscheidung der pflegebedürftigen Person werden dokumentiert. Anbieter zahlen für die Teilnahme und die Platzierung keine Gebühren. Bleibt die Suche erfolglos, hält die Fallführung den Vorgang offen und klärt mit dem zuständigen Kostenträger, wie die Versorgung gesichert werden kann. Die Leistungserbringer melden zurück, ob die vereinbarte Versorgung begonnen hat. Die anonymisierte Auswertung solcher Fälle fließt ins regionale Versorgungsradar ein.

Die fachliche Begleitung durch den bisherigen Dienst kann sinnvoll sein, weil dieser Versorgung und Risiken bereits kennt. Bei der Vermittlung in die eigene Versorgung braucht es überprüfbare Regeln. Sie kommt als begründete Ausnahme in Betracht, wenn eine geeignete Alternative nachweislich fehlt oder die Person ausdrücklich bei ihrem bisherigen Dienst bleiben möchte. Interessenbindungen, Anfragen und Absagen werden nachvollziehbar dokumentiert. Die Quote der Überleitungen in die eigene Versorgung wird berichtet und stichprobenartig geprüft. Beschwerden müssen unabhängig bearbeitet werden. Auffälligkeiten lösen eine Prüfung aus. Bei festgestellten Verstößen muss die Zulassung zur Pflegebegleitung nach einem geregelten Verfahren entzogen werden können.

Bei dokumentierten erheblichen Qualitätsmängeln, etwa aus Prüfungen des Medizinischen Dienstes oder behördlichen Verfahren, besteht keine Pflicht, an den betreffenden Anbieter zu vermitteln. Dafür gelten vorab veröffentlichte Kriterien. Die freie Anbieterwahl bleibt gewahrt. Fehlt eine geeignete regionale Alternative, informiert die Pflegebegleitung die Pflegekasse und den Pflegestützpunkt, damit diese eine Lösung organisieren.

### Feststellungen der Pflegebegleitung müssen eine Entscheidung auslösen

Meldet die Pflegebegleitung einen veränderten Bedarf oder eine Gefährdung, braucht es feste Rückmelde- und Bearbeitungswege. Dazu gehören eine zügige Entscheidung über fachlich empfohlene präventive Hilfsmittel, die kurzfristige Veranlassung einer Nachbegutachtung bei wesentlichen Veränderungen und die Prüfung und Einleitung erforderlicher Rehabilitation durch den zuständigen Träger. Die Rolle der Pflegebegleitung und der Pflegekasse beim Pflegegeldbezug wird im Abschnitt zum Pflegegeld erläutert. Bei akuter Gefährdung ist ein sofortiger Eskalationsweg zu vereinbaren.

**Koordination und Kommunikation**

Roland Weigel
Konkret Consult Ruhr GmbH
Munscheidstaße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon 0172 – 2 84 48 61
weigel@kcr-net.de

**Regelungsansatz.** In den vorgeschlagenen §§ 7c und 7d SGB XI des PNOG sind die Aufgaben, die Reaktionspflicht der Kassen und die vertragliche Einbindung geeigneter Anbieter zu konkretisieren. Die vorgesehenen Richtlinien nach § 17 Absatz 1a SGB XI in der Fassung des PNOG-Entwurfs sollten Meldewege, abgestufte Fristen, Rückmeldungen und Kriterien für die Qualitätsprüfung festlegen. Die vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 4 PflBG sind zu beachten.

## Leistungen und Personal über Wohnformen hinweg

### Leistungen, Verträge und Vergütung · Fragen 3 bis 5

Wohnformübergreifende Versorgung ist ein Kernanliegen der Reform. Die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung schafft Fehlanreize und erschwert flexible Angebote. Leistungsansprüche und Finanzierung sollen sich am individuellen Unterstützungsbedarf orientieren, unabhängig von der Wohnform. In einem ersten Schritt sollen Pflegebedürftige persönliche Pflege, Betreuung, Haushaltshilfe, Tagesangebote, Ersatzversorgung und notwendige Präsenz im bewilligten Umfang kombinieren können. Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe werden mitgeplant und nach der jeweiligen Zuständigkeit finanziert. Der Plan folgt dem Bedarf auch bei einem Wohnformwechsel. Eine Angleichung der Leistungsansprüche und die wohnformübergreifende Finanzierung der Behandlungspflege brauchen eigene gesetzliche und finanzielle Entscheidungen.

Dienste und Einrichtungen sollen einen Versorgungsauftrag allein oder im offenen Verbund übernehmen können. Zulassung und Verträge richten sich nach Aufgabe, Qualifikation und erforderlicher Präsenz. Geeignete Räume, Angebote und Personal können gemeinsam genutzt werden. Landesrechtliche Anforderungen an Räume und Organisation sollten stärker an Nutzung, Schutz und Bedarf ausgerichtet werden. Kleine Anbieter können eigenständig am Verbund teilnehmen. Das Teilhabe- und Pflegequalitätsgesetz (TPQG) Baden-Württemberg ist ein Beispiel für risikobasierte Regelprüfungen in stationären Einrichtungen. [3]

Gesamtversorgungsverträge sollen bei verbundenen Angeboten zum Regelfall werden. Stationäre Einrichtungen sollen ihren Versorgungsauftrag auf ambulante Leistungen erweitern können, etwa im benachbarten betreuten Wohnen und im Quartier. Dafür müssen sie das zusätzlich erforderliche Personal und die pflegefachliche Verantwortung nachweisen. Ein

**Koordination und Kommunikation**

Roland Weigel
Konkret Consult Ruhr GmbH
Munscheidstaße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon 0172 – 2 84 48 61
weigel@kcr-net.de

zweites vollständiges Zulassungsverfahren und eine eigene Leitungsstruktur sollen entfallen. Auch ambulante Dienste und Tagespflegen sollen ihren Versorgungsauftrag auf diesem Weg erweitern können.

NRW soll stundenweise Tagespflege in geeigneten Bestandsräumen ermöglichen, etwa in Gemeindezentren oder Gemeinschaftsräumen des betreuten Wohnens. Die Flächenvorgabe von 18 Quadratmetern je Platz nach § 38 WTG-DVO soll gesenkt werden. Ein separater Eingang und ein eigener Ruheraum sollen keine generellen Voraussetzungen sein. Rückzugsmöglichkeiten können auch in gemeinsam genutzten Räumen geschaffen werden. Bei den Anforderungen sind die Umbaukosten zu berücksichtigen, die am Ende die Tagesgäste tragen.

Vergütung muss Tarif- und Personalaufwand, Qualifikation, Wege, Vorhaltung, Präsenz und Zusammenarbeit abbilden. Abschlagszahlungen für unstreitige Leistungen verringern die Vorfinanzierung. Ein ergänzender Qualitätsanreiz kommt bei risikogerecht ermittelten Nettoeinsparungen in Betracht. Vor einer Auszahlung sind Zusatzkosten abzuziehen und Zugangs-, Schutz- und Qualitätskriterien zu prüfen. Die Basisvergütung und der Zugang zu notwendiger intensiver Versorgung bleiben gesichert.

### Pflegegeld, Qualität und Qualifikationsmix · Fragen 7 bis 10

Wir schlagen vor, das Pflegegeld grundlegend zu reformieren, um Mitnahmeeffekte zu vermeiden und die häusliche Versorgung gezielt zu stärken. Das Pflegegeld soll als Wahlmöglichkeit erhalten bleiben und sich besser mit professioneller Unterstützung und Entlastungsangeboten verbinden lassen. Maßstab ist, ob die Versorgung zu Hause verlässlicher wird und pflegende Angehörige wirksam entlastet werden.

Ist die häusliche Versorgung nicht gesichert, soll die Pflegebegleitung frühzeitig Unterstützung vermitteln und bei Bedarf die Pflegekasse einschalten. Die Pflegekasse soll mit Zustimmung der pflegebedürftigen Person einen Wechsel zu Sachleistungen ermöglichen. Bei einem versäumten Beratungskontakt soll zunächst ein erreichbares, bei Bedarf aufsuchendes Angebot folgen. Wie Anspruchsvoraussetzungen und Höhe des Pflegegeldes künftig ausgestaltet werden, bleibt offen.

Qualität zeigt sich an Erreichbarkeit, Kontinuität, dem Erreichen individueller Ziele und dem Schutz der pflegebedürftigen Menschen. Medizinischer Dienst und Aufsicht sollten Prüfungen abstimmen und gemeinsam

**Koordination und Kommunikation**

Roland Weigel
Konkret Consult Ruhr GmbH
Munscheidstaße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon 0172 – 2 84 48 61
weigel@kcr-net.de

nutzbare Nachweise verwenden. Bei konkreter Gefährdung muss die Aufsicht rasch eingreifen können. Erfahrene Pflegefachpersonen verantworten Einschätzung, Planung, Steuerung und Überprüfung des Pflegeprozesses. Assistenz und weitere Mitarbeitende übernehmen Aufgaben entsprechend ihrer Kompetenz. Stationäre Personalanforderungen müssen notwendige Präsenz und qualifizierte Versorgung abdecken. Eine konkrete Änderung der Personalwerte nach § 113c SGB XI setzt eine fachliche und quantitative Prüfung voraus.

Pflegeeinrichtungen sind Wohnorte. Pauschale Vorgaben zur Dienstkleidung wollen wir streichen. Ob Arbeits- oder Schutzkleidung erforderlich ist, richtet sich nach der Tätigkeit und der Gefährdungsbeurteilung. Umkleiden und Duschen sollen nur verlangt werden, wenn die Tätigkeit oder der Gesundheitsschutz sie tatsächlich erfordert.

## Vereinbarkeit von Pflege und Beruf · Fragen 11 und 12

Verlässliche Tages- und Ersatzversorgung, flexible Hilfen, erreichbare Beratung und organisierte Übergänge entlasten erwerbstätige Angehörige. Ihre Belastbarkeit und die Aufgaben, die sie übernehmen möchten, gehören in den Versorgungsplan. Ergänzend sind ein steuerfinanzierter Ausgleich von Erwerbseinbußen und eine bessere soziale Absicherung zu prüfen.

Das im PNOG-Entwurf vorgesehene Sozialraumbudget soll auch für geeignete Angebote ambulanter Pflegedienste und Tagespflegen nutzbar sein. Wir schlagen vor, zu erproben, ob Pflegebedürftige freiwillig Teile ihrer individuellen Budgets bündeln können, um gemeinsam Leistungen des Quartiersmanagements zu nutzen. Der Zugang zu individuell benötigter Unterstützung muss dabei gesichert bleiben. Kreise und kreisfreie Städte sollen wiederkehrende Lücken bei Tages-, Kurzzeit- und Ersatzangeboten in der regionalen Planung berücksichtigen.

### Zweckbindung der Budgets · Frage 14

Das im PNOG-Entwurf vorgesehene Überbrückungsbudget soll zweckgebunden bleiben. Eine pauschale Auszahlung als Geldleistung lehnen wir ab. Aus dem Sozialraumbudget sollen isolierte Reinigungsleistungen ausgeschlossen werden. Haushaltshilfe soll förderfähig bleiben, wenn sie Teil eines anerkannten pflegebezogenen Unterstützungsangebots ist.

**Pflegestrukturkommission**

Regelungsansatz. §§ 72, 75, 84 und 89 SGB XI sind Anknüpfungspunkte für gemeinsame Vertrags- und Vergütungsregeln. NRW soll die Vorgaben für die Tagespflege im Landesrecht ändern. Die Prüfungen von Medizinischem Dienst und Aufsicht sollen aufeinander abgestimmt werden.

**Koordination und Kommunikation**

Roland Weigel
Konkret Consult Ruhr GmbH
Munscheidstaße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon 0172 – 2 84 48 61
weigel@kcr-net.de

## Leistungsstunden als Reformoption

Die Arbeitsgruppe Diskussionsvorschläge zur Reform der Pflegeversicherung beschreibt ein Modell, das über die flexiblere Nutzung bestehender Ansprüche hinausgeht. Für die weitere Beratung halten wir es für sinnvoll, die folgenden Bausteine und ihre Folgen für Pflegebedürftige, Angehörige, Anbieter und Kostenträger zu prüfen.

### Bemessung und flexible Nutzung · Versorgungsfragen 2, 3, 9 und 10

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, die in Euro bemessenen Geld- und Sachleistungsbudgets der Pflegeversicherung durch tagesbezogene Leistungsstunden je Pflegegrad zu ersetzen. Sie unterscheidet befähigende Leistungen, ersetzende Leistungen mit besonderem Qualifikationsbedarf und ersetzende Leistungen ohne besonderen Qualifikationsbedarf. Eine regelmäßige pflegefachliche Einschätzung kann die Stunden auf diese Leistungsarten verteilen. Für besondere Bedarfe sind höhere Kontingente vorgesehen. [1, S. 10–11 und 17]

Die Stunden können in 15-Minuten-Einheiten genutzt, über mehrere Tage gebündelt und unter mehreren Anbietern aufgeteilt werden. Bis zu einem Viertel des monatlichen Zeitbudgets lässt sich für bis zu sechs Monate ansparen. Budgets können auch gemeinschaftlich genutzt werden, etwa in Wohngemeinschaften oder Gruppenangeboten. Der verfügbare Umfang soll tagesaktuell digital abrufbar sein. [1, S. 12–13 und 19]

### Wohnen, Personal und Preise · Versorgungsfragen 4, 5, 8 und 10

Das Modell trennt die Kosten für Wohnen und Verpflegung von den Pflegeleistungen. Bei Bedürftigkeit sieht es eine Absicherung der Unterkunft über Wohngeld, Grundsicherung oder Sozialhilfe vor. Für gemeinschaftliche Wohn- und Versorgungsangebote schlägt die Arbeitsgruppe vor, den Personalmix aus den gebündelten Leistungsstunden und den erforderlichen Qualifikationen abzuleiten. Vor einer Umsetzung ist zu prüfen, wie durchgängige Präsenz und sichere Versorgung bei schwankendem Bedarf gewährleistet werden. [1, S. 12–14]

**Pflegestrukturkommission**

**Koordination und Kommunikation**

Roland Weigel
Konkret Consult Ruhr GmbH
Munscheidstaße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon 0172 – 2 84 48 61
weigel@kcr-net.de

Die Arbeitsgruppe schlägt ein bundeseinheitliches Kalkulationsmodell vor, das die bei Preisverhandlungen anerkannten Kosten festlegt. Stundenpreise verhandeln Kassen und Anbieter kollektiv oder einzelvertraglich. Wegezeiten sollen nach dem tatsächlichen Aufwand im Versorgungsgebiet berücksichtigt werden. Die erbrachten Stunden werden digital erfasst und von den Leistungsberechtigten bestätigt. [1, S. 15–16 und 19]

### Pflegegeld und Finanzierung · Versorgungsfrage 7 und Finanzierungsfrage 9

Als Modell zur Prüfung schlägt die Arbeitsgruppe vor, das Pflegegeld an tatsächlich erbrachte Angehörigenpflege zu koppeln. Je Pflegegrad soll es ein Drittel der im jeweiligen Bundesland durchschnittlich vereinbarten Kosten des monatlichen Leistungsbudgets betragen. Das festgestellte Stundenbudget soll die Pflegeversicherung tragen. Zusätzliche Leistungen können privat hinzugebucht werden. Zu prüfen sind die Folgen für häusliche Pflegearrangements, Eigenbelastungen, kommunale Ausgaben und die Stabilität bestehender Angebote. [1, S. 15–17]

## 2. Finanzierung und Hilfe zur Pflege

### Kosten und Arbeitszeit des Strukturumbaus · Finanzierungsfrage 1 und Versorgungsfragen 13 und 14

Wachsende Pflegebedarfe und steigende Personalkosten erhöhen den Finanzierungsdruck. Zu den Personalkosten tragen auch die gesetzlichen Entlohnungsanforderungen bei. Regulatorische Anforderungen können in allen Versorgungsformen zusätzlichen Aufwand verursachen. Veränderungen können zudem Ausgaben zwischen Pflegeversicherung, Krankenversicherung, Kommunen und privaten Haushalten verschieben. Für die Hilfe zur Pflege ist deshalb auch zu untersuchen, wie sich stationäre Eigenbelastungen und der Zugang zu häuslicher Unterstützung auf die kommunalen Ausgaben auswirken. Eine quantitative Zerlegung der Ausgabentreiber legen wir mit diesem Vorschlag nicht vor.

Vergleichsmaßstab ist der fortgeschriebene Status quo bei gleichem Bedarf, gleichen Preisen und gleicher Qualität. Einzurechnen sind auch Qualifizierung und digitale Infrastruktur. Laufende Ausgaben, Umstellungskosten und tatsächlich entfallende Ausgaben sind getrennt auszuweisen. Arbeitsstunden sind nach Qualifikation und Einsatzort zu bilanzieren. Ein

**Koordination und Kommunikation**

Roland Weigel
Konkret Consult Ruhr GmbH
Munscheidstaße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon 0172 – 2 84 48 61
weigel@kcr-net.de

besserer Zugang und der Abbau ungedeckter Bedarfe können anfangs Mehrausgaben und zusätzlichen Personalbedarf auslösen. Übergangskosten und Ressourcenbedarf müssen ausgewiesen und finanziell eingeplant werden. Kosten- und Personalneutralität von Beginn an sind keine Voraussetzung für den Reformstart. Entscheidend ist die mittel- und langfristige Gesamtwirkung auf Versorgung, Personalressourcen und die beteiligten Sozialleistungssysteme. Kostenverlagerungen zwischen Trägern sind gesondert auszuweisen. Belastung und Erwerbsmöglichkeiten von Angehörigen sind auszuweisen.

Bürokratieabbau ist ein eigenständiges Reformziel. Mehrfacherhebungen, parallele Planungen und wiederholte Nachweise binden Fachkraftzeit. Die Erprobung soll gegenüber den Ausgangswerten erfassen, wie viele administrative Arbeitsstunden tatsächlich entfallen und wie viel zusätzliche Zeit für unmittelbare Pflege und Begleitung zur Verfügung steht. Neu entstehender Koordinationsaufwand ist gegenzurechnen. Für den Abbau einzelner Pflegeleistungen und die Größenordnung ambulanter Mitnahmeeffekte liegen uns keine belastbaren Einsparzahlen vor. Ein gemeinsamer Leistungsnachweis kann Doppelfinanzierungen erkennbar machen.

Kassen und Träger sollen Vergütungsverhandlungen über digitale Portale mit bundeseinheitlichen Kalkulations- und Nachweisunterlagen führen. Stammdaten und gültige Nachweise werden einmal eingereicht und bei Folgeverhandlungen weiterverwendet. Der Zeitaufwand auf beiden Seiten und die Dauer bis zum Abschluss sollen erfasst werden.

### Eigenanteile und Sozialausgleich · Fragen 2 bis 5 und 8

Wir schlagen vor, als eigenen Reformschritt eine monatliche und eine kumulierte Obergrenze für pflegebedingte Eigenanteile über alle Wohnformen hinweg zu prüfen. Die an der Aufenthaltsdauer orientierten Zuschläge nach § 43c SGB XI lösen nur einen Teil dieser Aufgabe. Eine begrenzte Eigenbelastung würde die Kosten für Pflegebedürftige planbarer machen. Die Auswirkungen eines Sockel-Spitze-Tauschs auf Nachfrage, Beiträge und Vergütungsverhandlungen müssen vor einer Entscheidung gerechnet werden. Verlässliche Investitionsförderung der Länder und Sozialausgleich bei Bedürftigkeit sind in diese Prüfung einzubeziehen. Zur Staffelung der Entlastung nach Einkommen und Vermögen, zur 100.000-Euro-Grenze und zu Immobilienübertragungen legen wir mit diesem Papier keinen Regelungsvorschlag vor. Für ambulante und teilstationäre Leistungen

**Koordination und Kommunikation**

Roland Weigel
Konkret Consult Ruhr GmbH
Munscheidstaße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon 0172 – 2 84 48 61
weigel@kcr-net.de

sollten vergleichbare Instrumente zur Begrenzung der Eigenbelastung geprüft werden. Die Ausgestaltung soll Fehlanreize bei der Inanspruchnahme begrenzen und den Verwaltungsaufwand gering halten. Eine eigene Modellrechnung liegt noch nicht vor.

### Finanzierungszuständigkeit und kombinierte Ansprüche · Fragen 6, 7 und 9

Die steuerfinanzierte Absicherung pflegender Angehöriger und die Finanzierung regionaler Sorgeinfrastruktur gehören in die Prüfung. Eine wohnformunabhängige Zuordnung der medizinisch notwendigen Behandlungspflege zum SGB V ist gesondert zu kalkulieren. Weitere Einkunftsarten, Beitragsgrenzen und eine ergänzende Kapitaldeckung erfordern eigene Wirkungs- und Verteilungsrechnungen. Für die kapitalgedeckte Absicherung privater Eigenanteile schlagen wir hier kein Modell vor.

Ein persönliches Budget soll geeignete Ansprüche bündeln. Eine nachvollziehbare Abrechnung muss erkennen lassen, welche Leistung erbracht wurde und welcher Träger sie finanziert. Werden mehrere Anbieter tätig, soll der verfügbare Leistungsumfang transparent sein.

## 3. Prävention und Rehabilitation

### Verbindliche Übergänge und wirksame Empfehlungen · Fragen 1 und 2

Vor der Entlassung sollen Krankenhaus, aufnehmender Anbieter und Fallführung vereinbaren, wann die Hilfe beginnt, wer die Verantwortung übernimmt und welche Hilfsmittel benötigt werden. Offene Leistungsentscheidungen und fehlende Anschlussangebote werden einer verantwortlichen Stelle zugeordnet. Bei Bedarf wird eine fachlich geeignete Überbrückung organisiert. Für diese Zusammenarbeit brauchen die beteiligten Stellen einen finanzierten Auftrag und klare datenschutzrechtliche Grundlagen.

Prävention und Rehabilitation sollen im Versorgungsplan mit konkreten Maßnahmen und Überprüfungsterminen verankert werden. Empfehlungen aus der Pflegebegutachtung sollen in die Begleitung eingehen. Der zuständige Träger soll nachvollziehbar festhalten, ob eine empfohlene Maßnahme geprüft, eingeleitet oder aus fachlichen Gründen anders umgesetzt wurde. Bei Erreichen von Pflegegrad 1 soll auch der Zugang zum vorgeschlagenen Präventionsbudget nach SGB V geklärt werden. Die fachliche Beobachtung der Pflegebegleitung kann eine Nachbegutachtung

**Koordination und Kommunikation**

Roland Weigel
Konkret Consult Ruhr GmbH
Munscheidstaße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon 0172 – 2 84 48 61
weigel@kcr-net.de

anstoßen. Die unabhängige Begutachtung und die leistungsrechtliche Entscheidung bleiben dabei eigenständig. Wir schlagen vor, den Versorgungsauftrag auch für spezialisierte Hilfen und Rehabilitation zu öffnen. Ein eigenes Regelungsmodell für die geriatrische Frührehabilitation erfordert eine gesonderte Ausarbeitung.

**Regelungsansatz.** Das Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V und die Empfehlungen nach § 18b SGB XI sind Anknüpfungspunkte für verbindliche Übergaben und Rückmeldungen. Ergänzend sind die Aufgaben der Pflegebegleitung und die Reaktionswege der zuständigen Träger festzulegen.

### Pflegefachliche Prävention in der häuslichen Krankenpflege

Die Prävention von Pflegebedürftigkeit ist eine zentrale Zukunftsaufgabe. Wir schlagen vor, im Leistungsrahmen der häuslichen Krankenpflege (HKP) pflegefachliche Präventionsleistungen mit definierten, überprüfbaren Zielen zu entwickeln. Sie sollen Muskelkraft und Beweglichkeit erhalten, Einsamkeit und sozialer Isolation vorbeugen, die Ernährung verbessern, Depressionen und Suizidalität frühzeitig erkennen und die Gesundheitskompetenz bei chronischen Erkrankungen stärken.

Dafür sollen Einzelberatung und Gruppenangebote entwickelt werden. Qualifizierte Pflegefachpersonen sollen die Präventionsprogramme nach einer entsprechenden gesetzlichen Regelung verordnen und durchführen können. Digitale Angebote können pflegefachlich begleitet werden. Die Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung muss geregelt werden. Reicht die pflegefachliche Begleitung nicht aus, soll ein strukturierter Übergang in die ärztliche oder therapeutische Behandlung greifen. Bei akuter Gefährdung braucht es einen sofortigen Eskalationsweg.

Wir schlagen vor, bereits ab Erreichen der Schwelle zum Pflegegrad 1 ein Präventionsbudget nach dem SGB V vorzusehen. Als Betrag für die fachliche und finanzielle Prüfung schlagen wir 300 Euro vor, damit Leistungen in wirksamer Intensität erbracht werden können. Bezugszeitraum, Zugang, Leistungsumfang und Finanzierung sind im weiteren Verfahren festzulegen. Als Regelungsansatz sind § 37 SGB V und die HKP-Richtlinie für das vorgeschlagene Leistungsangebot und die Verordnungsbefugnis weiterzuentwickeln.

**Pflegestrukturkommission**

In der Erprobung soll untersucht werden, ob aufsuchende und digital unterstützte Präventionsangebote Mobilität und Selbstständigkeit verbessern, Sturzrisiken senken und einen Anstieg des Unterstützungsbedarfs verzögern können.

**Koordination und Kommunikation**

Roland Weigel
Konkret Consult Ruhr GmbH
Munscheidstaße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon 0172 – 2 84 48 61
weigel@kcr-net.de

## Gesetzgebung und Erprobung

Wir schlagen vor, innerhalb von sechs Monaten nach dem politischen Umsetzungsbeschluss die Ausgangswerte zu erheben und die entfallenden Verfahren zu benennen. Innerhalb von zwölf Monaten soll ein Gesetzentwurf den gemeinsamen Leistungs- und Vertragsrahmen, die Übergangsrechte, die Finanzierung und die Erprobung regeln. Der Strukturrahmen soll in dieser Legislaturperiode beschlossen werden. Das Zielbild Pflege 40/60 gibt die langfristige Richtung vor: quartiersnahe Hilfe bis 2040 als Regelversorgung verankern und die Infrastruktur bis 2060 an regionale Bedarfe anpassen.

Eine zweijährige regionale Erprobung soll zeigen, ob Versorgung schneller beginnt, weniger Bedarf ungedeckt bleibt und Angehörige sowie Beschäftigte entlastet werden. Erfasst werden Wahlfreiheit, Qualität, Überleitungen in die eigene Versorgung, Kosten, entfallene administrative Arbeitsstunden und zusätzliche Zeit für unmittelbare Pflege und Begleitung. Finanzierung und Trägerschaft der vorgesehenen Aufgaben sind für die Erprobung zu klären. Das Gesetz soll bestimmen, wann und durch wen auf Grundlage der mittel- und langfristigen Gesamtwirkung über Überführung, Nachbesserung oder Beendigung entschieden wird.

Bund und Länder sollen die Zuständigkeiten neu ordnen. Bundesrahmenverträge sollen die Landesrahmenverträge ersetzen und Anforderungen an Personal, Qualität, Abrechnung und Nachweise einheitlich regeln. Änderungen sollen bundesweit greifen, ohne in jedem Land erneut verhandelt zu werden. Bau- und Personalvorgaben für Pflegeeinrichtungen sollen auf Bundesebene zusammengeführt werden. Landesrechtliche Sondervorgaben sollen entfallen. Dabei sind die Verantwortung für die regionale Pflegeplanung und die Finanzierung konkreter Maßnahmen vor Ort ausdrücklich zu regeln.

**Pflegestrukturkommission**

**Koordination und Kommunikation**

Roland Weigel
Konkret Consult Ruhr GmbH
Munscheidstaße 14
45886 Gelsenkirchen
Telefon 0172 – 2 84 48 61
weigel@kcr-net.de

## Grundlagen

Pflegestrukturkommission, Fragen für das schriftliche Beteiligungsverfahren, 16. November 2026.

Ruhrgebietskonferenz-Pflege und ZukunftPflege NRW, Vorschlagssynopse Strukturreform der Pflegeversicherung, 14. Oktober 2026, und Care vor Ort, Gesamtkonzept Pflegebegleitung, 18. November 2026.

Ruhrgebietskonferenz-Pflege und ZukunftPflege NRW, Antworten zur Strukturreform der Pflegeversicherung, Anlage „Pflege einfacher organisieren“.

[1] Arbeitsgruppe Diskussionsvorschläge zur Reform der Pflegeversicherung, Diskussionsvorschlag zur Reform der Pflegeversicherung. Wirkungs- und personenfokussierte Pflege und Betreuung. 3. weiterentwickelte Auflage, November 2026, S. 10–19.

Christian Westermann, Jessica Mendle und Martin Mengel, Pflegebegleitung – qualifiziert, vernetzt und regional verankert, 16. November 2026, insbesondere S. 2–4.

Regierungsentwurf zum Pflegeneuordnungsgesetz, BT-Drs. 21/8869 vom 2. November 2026.

§ 37 SGB V – Häusliche Krankenpflege

Gemeinsamer Bundesausschuss – Häusliche Krankenpflege-Richtlinie

[3] Sozialministerium Baden-Württemberg, Teilhabe- und Pflegequalitätsgesetz (TPQG), Abschnitt „Zielgerichtete Kontrollen“.