



## **„Die Pflege der Zukunft - Zur Zukunft der Pflege“**

### **Demografie-fest, Generationengerecht, Qualitätsorientiert – die Vorschläge des GPA zur Pflegestrukturereform**

Resolution des GPA-Landesvorstands vom 24. April 2021  
auf Basis der Vorschläge der Initiativegruppe „Pflege neu denken“ MdB Emmi Zeulner, Evi Faltner, MdL Bernhard Seidenath und Elmar Stegmeier

#### **1. Vorwort und Ziel**

**Pressemitteilung der Initiativegruppe, Pflege neu denken' des Gesundheits- und Pflegepolitischen Arbeitskreises der CSU (GPA) - MdB Emmi Zeulner, Evi Faltner, MdL Bernhard Seidenath und Elmar Stegmeier – vom 23.3.2021**

#### **„Die Pflege der Zukunft - Zur Zukunft der Pflege“**

Wir brauchen im Bereich der Pflege eine Revolution.

Dabei wollen wir unser Versprechen halten: Wer sein Leben lang in die Pflegeversicherung eingezahlt hat, soll im Alter nicht auf Sozialhilfe angewiesen sein.

Wir fordern eine Revolution im System, durch eine starke Vereinfachung und Regionalisierung von Strukturen, eine Umwidmung von vorhandenen Ressourcen und eine breit angelegte Entbürokratisierungs-, Digitalisierungs- und Transparenzoffensive.

Dabei ist mittelfristig die Auflösung der Sektorengrenzen unser Ziel. Jeder Pflegebedürftige soll in jeder Phase der Pflegebedürftigkeit seinen "Koffer voller Pflege" dorthin mitnehmen können, wo er gerade versorgt wird: daheim, in einer WG, im betreuten Wohnen oder in einer stationären Einrichtung!

So werden wir den nächsten Generationen der Pflegebedürftigen gerecht und bleiben offen für die Entwicklung neuer qualitätsgesicherter pflegerischer Angebote.

Die Versorgung soll sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und ihrer Familien orientieren.

#### **Ambulante Pflege**

Wir wollen eine kommunale Anbindung und mehr kommunale Verantwortung für die Pflege und die Pflegestrukturen - ohne zusätzliche Kostenlast für die Kommunen. Pflege vor Ort soll für alle möglich gemacht werden, um so dem Bedürfnis, zuhause alt werden zu können, nachzukommen.

Wir nehmen den Vorsatz "ambulant vor stationär" ernst und bekennen uns zu einem weiteren Ausbau und einer starken Förderung der Tagespflege. Unser Ziel: eine Tagespflege im Ort muss so selbstverständlich wie eine Kindertagesstätte sein.

Wir wollen dem Ideal der ortsnahen Versorgung und Bezugspflege näherkommen und denken langfristig an eine flächendeckende Einführung des Systems einer Quartierspflege.

Elternzeit soll Pflegezeit werden: Wir wollen das Elterngeld neu denken und Familien analog auch bei der Pflege ihrer Angehörigen unterstützen.

Wir wollen die Strukturen der Beratungsangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige bündeln, verschlanken und regional verankern.

Nur Berater vor Ort kennen die Gegebenheiten und die regionalen Angebote. Dafür wollen wir das Care Management der Pflegestützpunkte um ein integriertes und erweitertes Case Management ergänzen. Dazu wollen wir unabhängige Pflegelotsen für alle Pflegebedürftigen einsetzen und setzen dabei vor allem auf Synergien zwischen Lotsenfunktion, Graduierung (Pflegebegutachtung), Versorgungsmanagement sowie Beratung. Wir wollen die Qualifikation der MD-Mitarbeiter besser nutzen und ermöglichen, dass Sie zukünftig regional in die Pflegestützpunkte eingebunden sind und dort das Case Management durchführen.

Wir bündeln damit die Strukturen und fokussieren uns auf den Ort, an dem die Pflegebedürftigkeit besteht: Bei den Menschen zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung.

Wir wollen Pflegebedarf am besten erst gar nicht entstehen lassen und wollen die geriatrische Rehabilitation massiv ausbauen.

### **Stationäre Pflege**

Wir wollen die Medizinische Behandlungspflege in den Altenpflegeheimen genauso über die Krankenkassen refinanzieren wie in der ambulanten Versorgung. Unser Ziel ist es, die Sektoren nachhaltig aufzubrechen.

Wir wollen die Eigenanteile für kleinere und mittlere Einkommen bei den Pflegekosten bei 700 Euro deckeln. Kosten der Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen weiterhin selbst. Die Investitionskosten der Heime tragen künftig auch die Länder mit. So sollen Pflegeheimbewohner bei den Investitionskosten im ersten Jahr um 100 Euro, im zweiten Jahr um 200 Euro und ab dem dritten Jahr um 300 Euro entlastet werden.

### **Mehr Menschen in die Pflege**

Wir fordern eine starke Förderung der generalistischen Pflegeausbildung insbesondere mit Hilfe von regionalen Ausbildungsverbänden.

### **Pflegende länger im Beruf halten**

Dies soll erreicht werden durch einen flächendeckenden Tarifvertrag für alle in der Pflege Beschäftigten. Ohne Tarifvertrag soll zukünftig kein Versorgungsvertrag für Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden können.

Für "Dienste zu ungünstigen Zeiten", also für Nachtdienste und für Wochenenddienste, wollen wir eine noch bessere Honorierung.

### **Mehr Menschlichkeit in der Pflege: Mehr Zeit für die zu Pflegenden**

Die starre Fachkraftquote in den Pflegeheimen soll flexibilisiert werden. Das meint nicht weniger Fachkräfte, sondern im Gegenteil: eine Aufwertung der examinierten Pflegefachkräfte in ihrer Profession, die Etablierung von akademisierten Pflegekräften und eine Anerkennung der fundierten und guten Ausbildung von Pflegefachhelferinnen und Pflegefachhelfern.

Wir wollen ein Pflegepersonalbemessungsinstrument unter Berücksichtigung von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern für die Langzeitpflege. Denn die Pflegekräfte sollen Mensch bleiben dürfen und sich nicht mehr als "Arbeitsmaschine" fühlen.

### **40%-Marke für die Sozialversicherungsbeiträge einhalten**

Dafür müssen die Leistungen der Pflegeversicherung aus Steuermitteln bezuschusst werden. Auch wollen wir Doppelstrukturen abbauen. Beispielsweise soll die Kontrolle in den Heimen künftig ausschließlich durch die FQA und nicht mehr auch durch den MD erfolgen.

## **2. Ausbau von Tagespflege, Kurzzeitpflege und innovative Versorgungsformen**

Der Ausbau von Tagespflegen und Kurzzeitpflegen, innovative Quartiers- und Versorgungskonzepte sollen gefördert werden, da sie ein wichtiger Bestandteil auf dem Weg zur ortsnahen Versorgung und Bezugspflege im ambulanten Setting sind.

Tagespflegen haben sich seit 2015 zu einem wichtigen Baustein im ambulanten Setting entwickelt. Wir müssen die Versorgung der älteren Menschen analog zur Kinderversorgung denken. Das heißt, dass eine Tagespflege in der Gemeinde genauso selbstverständlich sein sollte, wie eine Kindertagesstätte. So wird dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen. Um mehr Tagespflegeplätze zu schaffen, soll der Ausbau von Tagespflegen weiter stark gefördert und z.B. auch niedrigschwellige Betreuungsgruppen durch gezielte Förderung, Anschubfinanzierung und eine Übergangsfrist bei der Zulassung zu Tagespflegen weiterentwickelt werden.

Neue Quartiers- und Versorgungskonzepte, ein sektorenübergreifender Versorgungsmix, wie die Kombination aus Betreutem Wohnen, Tagespflege, Demenz-WG und ähnlichem sind keine Fehlentwicklung, sondern ein wichtiger Schritt in die Zukunft! Mehr Kurzzeitpflegeplätze können nur dann entstehen, wenn Anreize für stationäre Einrichtungen geschaffen werden, diese auch anzubieten. Dazu gehören unter anderem ein eigenes Dokumentationssystem für Kurzzeitpflegegäste, eigene Pflegesätze für Kurzzeitpflege, die gestaffelt nach Aufenthaltsdauer dynamisch verhandelt werden können, ein regionales digitales Buchungs- und Belegungssystem, in dem Pflegeheime verpflichtend leere Plätze melden müssen, aber auch ein Übernachtungsangebot (anstatt Nachtpflege) für Tagespflegen, bei denen dies konzeptionell und räumlich möglich ist.

## **3. Strukturreform in zwei Schritten: Kurzfristig vereinfachen, mittelfristig Sektoren auflösen**

Der Weg zur vollständigen Auflösung der Sektorengrenzen erfolgt über zwei Schritte: Im ersten Schritt werden kurzfristig die oben dargestellten Maßnahmen im ambulanten und stationären Pflegebereich unter Implementierung von Pflegelotsen (MD / Pflegestützpunkt<sup>Plus</sup>) umgesetzt: Hier bleibt ein Eigenanteil bestehen!

Im zweiten Schritt, mittelfristig, erfolgt eine vollständige Bedarfserhebung und Versorgungsplanung im Quartier über den Pflegelotsen: Diese Leistungen werden vollständig finanziert. Damit wird sowohl eine Eingradung, als auch eine Budgetierung in ambulant und stationär obsolet. Erst durch die Evaluation des Pflegelotsen wird anhand der Bedarfserhebung der Versorgungsmix festgelegt. Der Pflegelotse wird damit in seiner Funktion zentrales Element im Quartier und ist prozessual und funktional das verbindende und steuernde Element zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Damit werden die Sektorengrenzen nachhaltig aufgebrochen und sind für den Betroffenen und seiner An- und Zugehörigen nicht mehr existent.

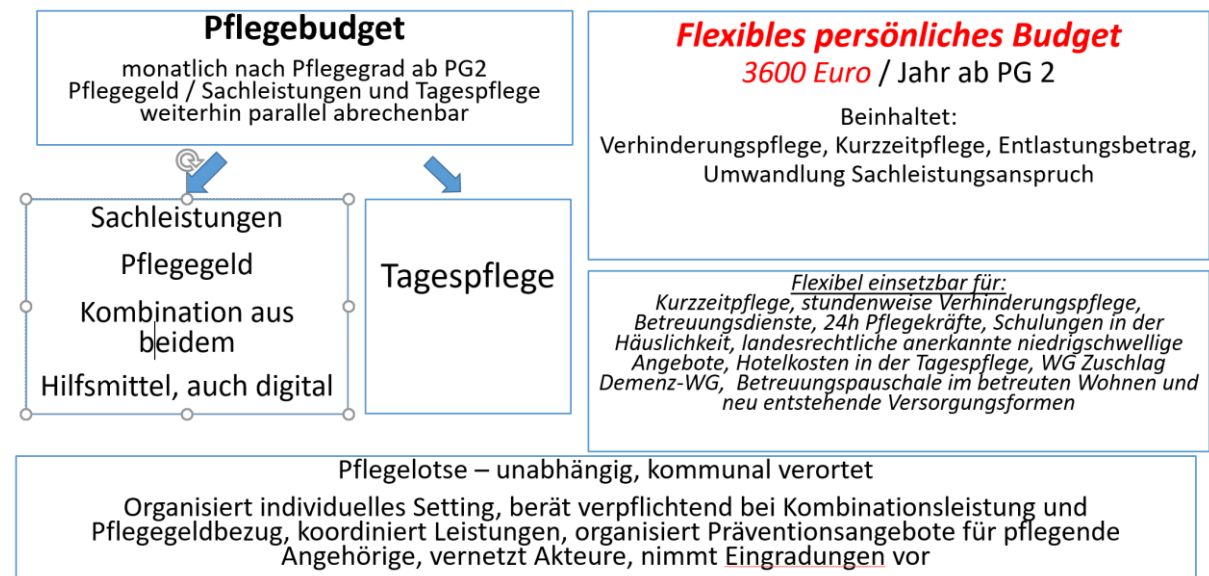
Schließlich erreicht man mit der Implementierung eines Pflegelotsensystems, einer Quartierspflege und einer Vollversicherung eine effiziente, schlanke und bürgerfreundliche Pflege, die auch unter demographischen Gesichtspunkten nachhaltig finanzierbar bleibt. Für Menschen in der stationären Pflege – für die meisten bedeutet dies die letzte Zeit am Ende des Lebens – bedeutet dies einen besonderen Schutz, da hier nur noch Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten zu tragen wären.

### **a. Ambulantes Pflegesetting**

Auf dem Weg zur vollständigen Auflösung der Sektorengrenzen und Bedarfserhebung durch das Case- und Caremanagement müssen kurzfristig die Leistungsansprüche für Pflegebedürftige aus der Pflegeversicherung im ambulanten Setting stark vereinfacht und bedarfsgerecht, flexibel eingesetzt werden können. Dem Pflegebedürftigen und pflegenden

Angehörigen wird ein Pflegeelotse zur Seite gestellt, der unabhängig berät und als kommunal angesiedelter Case- und Care Manager sowohl den Bedarf feststellt als auch für Transparenz der Mittelverwendung sorgt. Zudem koordiniert und vernetzt er die Leistungserbringer und trägt so zur Strukturentwicklung bei.

Die ambulanten Ansprüche gliedern sich in ein Pflegebudget und ein flexibles, persönliches Budget. Der Anspruch auf Wohnumfeldverbesserung (4.000 Euro / Maßnahme) bleibt bestehen und findet auch für digitale Assistenzsysteme Anwendung.



Das Pflegebudget gliedert sich in ein Sachleistungsbudget, Pflegegeld oder eine Kombination aus beidem und die Leistungsansprüche für die Tagespflege. Beide Budgets können unabhängig voneinander in Anspruch genommen werden. Bei der Ersteintragung wird vorrangig der Sachleistungsbezug genehmigt. Erst durch die Evaluation des Pflegeelotse wird anhand der Bedarfserhebung der Versorgungsmix festgelegt. Das Budget für Pflegehilfsmittel wird inkludiert. Mit Einführung des Flexibudgets wird ab Pflegegrad 2 das Sachleistungsbudget um 100 Euro / Monat und das Pflegegeld um 40 Euro / Monat angehoben, um die Leistungsverchiebung und die Kostensteigerung (Investitionskosten, Umlage des Pflegeausbildungsfonds) auszugleichen. Genau wie im stationären Bereich ist auch ambulant eine Deckelung der Eigenanteile umzusetzen, um dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung zu tragen.

**Das neue Flexibudget wird eingeführt.** Die bisherigen Ansprüche aus dem Entlastungsbetrag, der Kurzzeitpflege, der Verhinderungspflege, der Umwandlung der Sachleistungsansprüche, dem WG-Zuschlag werden in einem flexiblen, persönlichen Budget, einem qualitätsgesicherten, sog. „Flexibudget“ zusammengefasst. Ab Pflegegrad 2 kann dieser Betrag für stundenweise Verhinderungspflege durch Einzelhelfer, die Kurzzeitpflege, die Eigenanteile der Tagespflege, Entlastungsangebote der ambulanten Pflegedienste oder für niedrigschwellige Angebote eingesetzt werden. Die sog. „Vorpflegezeit“ von 6 Monaten entfällt. Im Pflegegrad 1 steht das Flexibudget wie bisher in Höhe des Entlastungsbetrags von 1.500 Euro zur Verfügung und kann auch für körperbezogene Pflegemaßnahmen und die Tagespflege eingesetzt werden. Das Flexibudget ist als Jahresbudget angelegt. Der Pflegeelotse sorgt für Transparenz bei der Mittelverwendung, stellt den Kontakt zu Leistungserbringern her und berät hinsichtlich Bedarfe und Verwendungsmöglichkeiten. Derzeit werden über den Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI eine Vielzahl an landesrechtlichen Angeboten wahrgenommen, die keiner bundeseinheitlichen Qualitätskontrolle unterliegen. Um die Qualität zu sichern und das Flexibudget auch in diesem Bereich zielgerichtet einzusetzen, sollte der § 45 b SGB XI nur bundeseinheitlich geregelte Angebote umfassen bzw. allgemeingültige Zulassungsvoraussetzungen festsetzen. So

können sozialraumorientierte Betreuungsangebote gefördert werden, die zum einen die Versorgung von Pflegebedürftigen sicherstellen und zum anderen auch den gesellschaftlichen Zusammenhalt durch bürgerschaftliches Engagement unterstützen. Dies kann durch den Einsatz von ehrenamtlichen Einzelhelfern/Nachbarschaftshelfern geschehen. Wichtig ist im Rahmen des Flexibudgets auch, dass die Fachstelle zur Beratung von pflegenden Angehörigen in die kommunalen und unabhängigen Pflegestützpunkte<sup>Plus</sup> mit inkludiert werden. Auch die Prävention (z.B. Selbsthilfegruppen) für Pflegenden Angehörige und das Schaffen von Angeboten für pflegende Angehörige, wie etwa spezielle Rehabilitationsangebote für pflegende Angehörige (analog zur Mutter-Vater-Kind-Kur) mit Refinanzierung durch die Krankenkassen, sind hier mit ins Blickfeld zu nehmen.

Um die Qualität im ambulanten Setting umfassend zu regeln, sollten auch Lösungen und klare Voraussetzungen für die „Live-in- Pflegekräfte“, den sog. „grauen Pflegemarkt“ als eigene Versorgungsform geschaffen werden.

### **b. Stationäre Pflege**

Die von Professor Heinz Rothgang empfohlene „flexible Fachkraftquote“, die einrichtungsspezifisch den Bedarf der Pflege widerspiegelt, wird eingeführt. Sie sieht einen deutlich höheren Anteil an qualifizierten Pflegehilfskräften vor. Diese Maßnahme führt keinesfalls zu einer schlechteren Pflegequalität in den stationären Einrichtungen, sondern primär zu „mehr Händen am Bett“ durch einen individuellen Personalmix, der sich am Bedarf der pflegebedürftigen Menschen ausrichtet. So wird sowohl die Arbeit der Fachkraft als auch der Pflegehilfskraft aufgewertet. Damit wird die begrenzte Ressource der Fachkräfte bedarfsgerechter eingesetzt.

### **Übernahme medizinischer Behandlungspflege und Deckelung der Eigenanteile**

Wenn wir von einer Übernahme der Pflegekosten sprechen, meinen wir die pflegerischen Leistungen im Sinne der medizinischen Behandlungspflege. Nicht davon erfasst werden – für die stationäre Pflege – folglich die Kosten der Unterkunft und der Verpflegung sowie die Investitionskosten. Die Investitionskosten von Einrichtungen, die für die pflegerische Versorgung der Menschen unentbehrlich, folglich bedarfsnotwendig sind, sind durch die Solidargemeinschaft der Steuerzahler auf Landesebene zu tragen. Um die Finanzierungsungleichheit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzuheben und Barrieren zwischen den Sektoren zu senken, sollen medizinische Behandlungspflegen in stationären Einrichtungen systemgerecht aus Mitteln der GKV über das SGB V finanziert werden. Darüber hinaus fordern wir zur Kostentransparenz eine Deckelung des monatlichen Eigenanteils der Pflege auf 700 Euro, der Anteil soll zeitlich begrenzt und an die durchschnittliche Tarifsteigerung aller Arbeitnehmergruppen als Bezugsgruppe jährlich angepasst werden.

Kosten der Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen weiterhin selbst.

Die Investitionskosten der Heime tragen künftig auch die Länder mit. So sollen Pflegeheimbewohner bei den Investitionskosten im ersten Jahr um 100 Euro, im zweiten Jahr um 200 Euro und ab dem dritten Jahr um 300 Euro entlastet werden.

## **4. Pflegelotsen: Multifunktionelles Case- und Caremanagement**

Um die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bestmöglich zu unterstützen und einen (!) Ansprechpartner an die Seite zu stellen, wird im Rahmen eines Case- und Care-Managements der Pflegelotse als Vor-Ort-Manager eingeführt. Die Pflegelotsen sollen personell und inhaltlich in der Struktur des Medizinischen Dienstes (MD) angesiedelt sein und aus dieser Struktur heraus entstehen. So wird die Fachlichkeit und die neue gesetzlich geschaffene Unabhängigkeit des MD im Sinne der Pflegebedürftigen genutzt. Der MD übernimmt damit alle qualitätsrelevanten und – bestimmenden Funktionen zur Tätigkeit, Methode und zu den Instrumenten der Pflegelotsen. Zwingende Grundvoraussetzung ist eine unbedingte Unabhängigkeit der umsetzenden Casemanagement-

Organisation, was aus Sicht des GPA beim MD erfüllt wäre. Organisatorisch sollen die Pflegeelotsen in das System der noch weiterzuentwickelnden Pflegestützpunkte<sup>Plus</sup> flächendeckend eingebunden werden.

Der Pflegeelotse ist ein qualifizierter Casemanager (nach Leitlinie Deutsche Gesellschaft Care und Casemanagement) mit einer Zusatzqualifikation zum ‚Pflege-Patientenlotsen‘, der, vereinfacht gesagt, zunächst mit den Betroffenen und seinen Angehörigen ein umfassendes Bedarfsassessment vornimmt, auf der dann eine Begutachtung und individuelle Ziel-/Maßnahmenplanung für den Betroffenen entsteht („Versorgungsmatrix“). Hierbei erfolgt eine Beratung des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen zu allen pflegerischen, sozialen, rehabilitativen und präventiven Bedarfen. Darauf basierend folgt die Umsetzung der Planung. Bei dieser und bei der Koordination der erarbeiteten Maßnahmen werden der Betroffene und seine Angehörigen in die Verantwortung genommen, um die Eigenständigkeit weitestgehend zu erhalten. Der Lotse und die Struktur der Pflegestützpunkte<sup>Plus</sup> stehen immer dann zur Seite, wenn es von Seiten des Pflegebedürftigen und der Angehörigen nicht alleine umgesetzt werden kann. Im Rahmen der Beratungsleistung sind Hausbesuche im Sinne eines Re-Assessments/Monitorings vorgesehen, um die Betroffenen langfristig zu begleiten und Fehl-, Über- / Unterversorgung und Missbrauch zu verhindern. Der Pflegeelotse regelt und organisiert im Bedarfsfall auch den Übergang von der ambulanten in die stationäre Pflege.

Die übergeordnete Organisation sind hierbei die Pflegestützpunkte<sup>Plus</sup>, die aus den aktuellen Pflegestützpunkten in den Landkreisen und kreisfreien Städten hervorgehen bzw. neu eingeführt werden sollen, dann allerdings verpflichtend. So sollen weitere Mitarbeiter im „Backoffice“ das fallübergreifende Care-Management (Vernetzung der Pflegeakteure vor Ort) ausüben und auch den organisatorischen Rahmen für die Pflegeelotsen des MD bilden. Hierdurch werden die bereits vorhandenen pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachter des MD in das neue System überführt und die Pflegeberatung der Pflegekassen und die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI gehen in diesem auf. Doppelstrukturen werden vermieden und Ressourcen effizienter genutzt. So wird auch die Fachstelle zur Beratung der pflegenden Angehörigen hier inkludiert und Pflegekurse für diese angeboten.

## **5. Perspektivwechsel! Elternzeit wird Pflegezeit – Änderung des BEEG**

Um den Kreis derer zu erweitern die die Elternzeit bzw. die Pflegezeit in Anspruch nehmen können, soll ein Perspektivenwechsel erfolgen, so dass künftig nicht die Eltern oder analog die Angehörigen, sondern das Kind bzw. der Pflegebedürftige anspruchsberechtigt ist. Ist der Pflegebedürftige ein Kind, hat das Kind zweimal Anspruch auf die Pflegezeit, so können sich Angehörige auch zu einem späteren Zeitpunkt, z.B. einem herausfordernden Entwicklungsschritt und in einer erschwerten Pflegesituation noch einmal Pflegezeit nehmen. Durch diesen Perspektivenwechsel können nicht nur leibliche Eltern die Pflegezeit nehmen, sondern zum Beispiel auch die Großeltern oder andere Angehörige. Auch der Anspruch des Pflegebedürftigen kann von unterschiedlichen Personen in Anspruch genommen werden. „Pflege neu denken“ heißt dabei auch, innovative Wege zu gehen. Daher wollen wir es möglich machen, dass pflegende Angehörige sich selbstbestimmt für die Pflege entscheiden. Dies soll bis zu einem Jahr analog zur Elternzeit als Pflegezeit für Familienmitglieder oder weitere Angehörige möglich sein. Während der Pflegezeit werden die pflegenden Angehörigen vom Pflegeelotsen eng begleitet, ihnen stehen zur Entlastung Leistungen aus dem Flexibudget (kein Pflegegeld) zur Verfügung, darüber hinaus die Tagespflegebudgets sowie zur Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst zudem die Pflegesachleistungen. Allerdings haben die pflegenden Angehörigen hierfür den 40-stündigen Pflegekurs für Angehörige zu absolvieren. Nach dieser Pflegezeit können die pflegenden Angehörigen im Rahmen des „Care-Jobs“ weiter für den Pflegebedürftigen tätig sein. Voraussetzung ist eine sozialversicherungspflichtige Anstellung beim Pflegebedürftigen, eine Nebentätigkeit ist möglich. Ansprüche aus der Pflegeversicherung sind Pflegegeld und/oder Pflegesachleistungen, Tagespflege und das Flexibudget.

## **6. Pflegebedürftigkeit vermeiden – Prävention fördern**

Zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ist eine noch stärkere Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung durch die GKV zu gewährleisten. Entsprechende Förderprogramme sind aufzulegen und sozialraumorientiert umzusetzen. Eine zentrale Rolle kommt hier den Hausärzten zu, die als Gatekeeper fungieren und in den Prozess eingebunden werden müssen. Die geriatrische Rehabilitation ist umfassend auf- und auszubauen. Alt zu werden bedeutet nicht gleichzeitig, pflegebedürftig zu sein. Eine starke Investition in die Seniorengesundheit ist hier ausschlaggebend.

## **7. Entbürokratisieren, Digitalisieren, Strukturen vereinfachen**

Es wird ein Bündelansatz verfolgt der eine solide Pflegefinanzierung unter gleichzeitiger Steigerung der Pflegequalität bei aktueller und künftiger demographischer Entwicklung gewährleistet:

- Struktur- und Prozessoptimierungen, Reduzierung von Strukturen und Schnittstellen: Dies ist ein wesentlicher Aspekt für eine Kostenreduktion und Steigerung der Qualität in der Pflege. Zentrales Element ist die Vorortung von Prozess-Schritten ins häusliche Umfeld des Betroffenen und in sein Quartier. Kernelement ist dabei der Pflegelotse.
- Ein inhaltlich differenzierter Einsatz von Digitalisierungstechnologie ermöglicht Prozessoptimierungen, aber auch die Entmenschlichung von Dokumentations- und Organisationstätigkeiten, sodass am Ende weniger Pflegekräfte mehr Zeit für die Tätigkeit am Menschen haben können. Eine zu erwartende Kostenexplosion durch einen steigenden Personalbedarf (der teilweise nicht erfüllbar ist) wird damit entgegengewirkt.
- Bezuschussungen aus Steuermitteln halten die Finanzierungsstrukturen stabil und lösen diejenigen finanziellen Herausforderungen, welche durch eine umfassende Strukturreform, wie in diesem Papier gefordert (Revolution!), nicht komplett aufgefangen werden können.

Auch in stationären Einrichtungen muss die Entbürokratisierung durch Digitalisierung vorangetrieben werden. Zu diesem Zweck ist der Digital-Förderfonds für Pflege weiterzuführen und die stationäre Pflege zur digitalen Dokumentation zu verpflichten.

Die Abrechnung der Leistungserbringung soll ausschließlich digital nach vorgegebenen Standards erfolgen. Alle Kostenträger und Leistungserbringer werden verpflichtet, eine Leistungsabrechnung für alle Leistungsgrundlagen über DTA zu ermöglichen und durchzuführen. Förderprogramme für Digitalisierung und Anschaffung von digitalen und technischen Hilfsmitteln in der Pflege müssen weitergeführt und ausgebaut werden. Seitens der Träger ist die Anschaffung innovativer technischer Mittel nicht refinanzierbar. Dafür fordern wir separate Fördermittel.

### **Kontrollinstanzen effektiv ausgestalten**

Die FQA (Heimaufsicht) übernimmt die umfassende Kontrolle der Pflegequalität in den stationären und auch teilstationären und ambulanten Einrichtungen. Eine separate Prüfung soll durch den Medizinischen Dienst (MD) nicht mehr erfolgen. Dadurch wird die Prüfung transparenter und effektiver gestaltet. Der MD wird im ambulanten pflegerischen Bereich in seiner Kontrollfunktion aufgelöst. Die freien Kapazitäten werden im Bereich des Einsatzes als Pflegelosten genutzt.

## **8. Finanzierung**

**Die 40%-Marke für die Sozialversicherungsbeiträge muss eingehalten werden.** Dafür müssen die Leistungen der Pflegeversicherung aus Steuermitteln bezuschusst werden.