

DAK-PFLEGEREPORT

BERLIN

Pflege vor Ort zwischen Anspruch und Wirklichkeit –
Perspektiven für ein verlässliches Pflegesystem



Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung
Andreas Storm (Herausgeber)

Pflegereport 2025



dak.de/forschung-1288

**Pflege vor Ort – zwischen Anspruch und Wirklichkeit – Perspektiven für ein
verlässliches Pflegesystem**

Der DAK-Landespflegereport 2025 für Berlin

Autor:

Prof. Dr. habil. Thomas Klie
AGP Sozialforschung
Bugginger Straße 38, D-79114 Freiburg

Unter Mitarbeit von

Sam Schwierk und Fabio Di Cianno

Freiburg
August 2025

Vorwort

Wir leben in dynamischen Zeiten. Was gestern noch eine Gewissheit war, gilt heute vielleicht schon nicht mehr. Viele Bürgerinnen und Bürger sorgen sich um ihre Zukunft und die Problemlösungskompetenz unserer Regierungen – auf Bundes- und Landesebene. Diese Entwicklung beschädigt das Vertrauen in die Politik. Zu den Sorgen einer älter werdenden Gesellschaft gehört auch das Thema Pflege.

Das Institut für Demoskopie Allensbach hat im Auftrag der DAK-Gesundheit eine repräsentative Bevölkerungsbefragung durchgeführt. Die Ergebnisse sprechen eine klare Sprache: Für die Menschen in Deutschland ist das Thema Pflege von immenser Bedeutung – das gilt insbesondere für die Pflege vor Ort. Dabei geht es nicht allein um Heimkosten oder die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung. Für die Bürgerinnen und Bürger geht es vor allem um die Frage: Ist für mich und wird für mich und meine An- und Zugehörigen gesorgt sein?

Diesem Thema widmet sich der DAK- Pflegereport 2025. Was ist den Bürgerinnen und Bürgern in Sachen Pflege wichtig, wo sehen sie (politischen) Handlungsbedarf? Wie sorgen sie selbst vor und in welcher Weise sind sie bereit, sich beim Thema Pflege und Sorge selbst zu engagieren? Der DAK-Pflegereport untersucht in besonderer Weise die Themen Beratung, Pflege und Care und Case Management – Aufgaben, die der Gesetzgeber der Pflegeberatung gemäß § 7a und den Pflegestützpunkten gemäß § 7c SGB XI zugeordnet hat. Der DAK-Pflegereport 2024 hatte bereits gezeigt, dass schon in wenigen Jahren eine deutlich sinkende Anzahl an Pflegefachpersonen einer beständig wachsenden Anzahl an Menschen gegenüberstehen wird, die auf Pflege, Begleitung und Versorgung angewiesen sind. Umso stärker kommt es deshalb jetzt auf die Effizienz des Gesamtsystems an sowie auf gut abgestimmte Hilfen. Hier sind nicht nur der Bund, sondern auch die Länder gefragt.

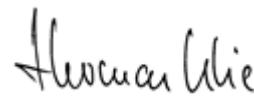
Im Landespflegereport werden für Berlin die wesentlichen Ergebnisse des Pflegereportes zusammengefasst, Sonderauswertungen vorgestellt und die Pflegeberatungs- und Pflegestützpunktstrukturen und ihre Praxis beleuchtet. Der DAK-Pflegereport bietet sowohl für eine notwendige Strukturreform der Pflegeversicherung auf Bundesebene – als auch für die Landespflegepolitik wichtige Impulse und konkrete Empfehlungen.

Andreas Storm



Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Prof. Dr. Thomas Klie



Institutsleitung AGP Sozialforschung

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Pflege vor Ort – Charakteristika Berlin.....	3
2.1	Wesentliche Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung	3
2.1.1	Rahmenbedingungen: Wahrnehmungen der Pflege in Berlin	4
2.1.2	Wahrnehmung der regionalen Pflegeinfrastruktur.....	5
2.1.3	Beratung und Case Management.....	7
2.1.4	Politische Aspekte der Pflege	11
2.2	Pflegeberatung im Lichte der Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung.....	14
2.2.1	Exkurs: Verordnungsichten von PRISCUS-Medikamenten	17
2.3	Das Thema „Pflege“ in Berlin: Landespolitische und -rechtliche Rahmenbedingungen	21
3	Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Berlin am Beispiel des Bezirks Pankow	23
3.1	Methodik und Anlage.....	23
3.2	Teilnehmende der Fokusgruppe	24
3.3	Narratives Landkreisprofil des Bezirkes Pankow.....	24
3.3.1	Regionales Profil der Langzeitpflege	24
3.3.2	(Pflege-)Beratung und Case Management	25
3.3.3	Care Management.....	26
3.3.4	Pflegeplanung.....	27
3.3.5	Einordnung	28
4	PflegestützpunktPlus: Perspektiven für die Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung	30
	Versorgungsmanagement	30
	Digitales Ökosystem	31
	Dezentrale Präsenz von Pflegestützpunkten	31
	Integrierte Beratung	31
	Monitoring und Planung	31
	Vernetzung, Koordination und Kooperation	31
5	Pflegeversicherung vor der Strukturreform.....	33
5.1	Bundespolitischer Rahmen	33
5.2	Dynamiken und Anpassungserfordernisse auf Landesebene	35

6	Ausblick	37
---	----------------	----

1 Einleitung

Der DAK-Pflegereport 2025 rückt die Fragen der pflegerischen Versorgung in den Fokus, die in der bundespolitischen Diskussion entweder ausgeblendet oder nachrangig behandelt werden: Wie gelingt es in den Landkreisen, Städten und deren Gemeinden angesichts des demografischen und gesellschaftlichen Wandels, sowie der zunehmend knappen Kassen öffentlicher Haushalte, die Pflege zukunftsfest zu machen? Auf der Bundesebene stehen meist Fragen der Finanzierung der Pflegeversicherung in ihren bestehenden Strukturen im Vordergrund. Im Wahlkampf 2025 standen zwei pflegepolitische Themen auf der pflegepolitischen Agenda im Vordergrund: die Finanzierung der Pflegeversicherung und die Deckelung der Heimkosten. Die meisten auf Pflege angewiesenen Menschen wollen aber nicht ins Heim und werden zuhause versorgt. Die Pflegepolitik auf Bundesebene geht an ihrer Lebenswirklichkeit weithin vorbei. Der diesjährige DAK-Pflegereport hat der Wirklichkeit der Pflege seine Aufmerksamkeit geschenkt. Im Rahmen der Landespflegereporte sollen die bundeslandesspezifischen Besonderheiten, Herausforderungen und Potenziale für die pflegerische Versorgung tiefergehend herausgearbeitet werden.

Der DAK-Landespflegereport Berlin orientiert sich in seinem Aufbau an dem des DAK-Pflegereportes 2025¹. Dieser setzte sich aus verschiedenen Bestandteilen zusammen:

- Zwischen dem 31. Oktober und dem 14. November 2024 führte das Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) eine Bevölkerungsbefragung durch. Dabei wurden insgesamt 4580 Personen zwischen 16 und 70 Jahren im gesamten Bundesgebiet über einen Online-Fragebogen befragt. Thematisch ging es um die kommunale Pflegeinfrastruktur, um Pflegeberatung, Hilfen bei der Pflege-Organisation und um Case Management, sowie problematische Erfahrungen bei der Pflege und Veränderungswünsche.
- Die OptiMedis AG untersuchte potenzielle Auswirkungen der Pflegeberatung auf den weiteren Pflegeverlauf. Genutzt wurden hierfür Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit aus den Jahren 2017 bis 2024, sowie Informationen zu den durchgeführten Pflegeberatungen aus dem atacama-System (Dokumentationssoftware der Pflegeberaterinnen und -berater) der DAK-Gesundheit. Die Abrechnungsdaten umfassen Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationsmaßnahmen, Arzneimittelverordnungen, ambulante Diagnosen sowie sonstige Gesundheitsleistungen und Pflegeleistungen nach SGB XI.
- AGP Sozialforschung führte eine Recherche zu Care und Case Management im Kontext von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten durch. Darauf aufbauend fand in jedem Bundesland ein Fokusgruppengespräch statt. Die Fokusgruppengespräche wurden mit dem Ziel geführt, die Programmatik PflegestützpunktPlus, vor dem Hintergrund der 16 Variationen von

¹ Weitere Informationen und Download unter: https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporteforschung/dak-pflegereport-2025_134838.

Pflegeberatung und Pflegestützpunkten, bzw. Pflegenetzen zu diskutieren und weiterzuentwickeln.

- Am 16.01.2025 fand ein Perspektivworkshop in der Zentrale der DAK-Gesundheit statt, in dessen Rahmen Thesen auf der Grundlage der Befunde des DAK-Pflegereportes 2025 diskutiert wurden, sowie Perspektiven für eine künftige Ausgestaltung von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten im Sinne eines PflegestützpunktPlus-Konzeptes herausgearbeitet wurden.
- Abschließend erarbeitete Thomas Klie einen Ausblick und Empfehlungen hinsichtlich der Pflegeberatung, den Pflegestützpunkten und einer Strukturreform der Pflegeversicherung.

2 Pflege vor Ort – Charakteristika Berlin

2.1 Wesentliche Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung

Auch Berlin ist mit demografischen Transformationsprozessen konfrontiert, die sich auf sehr unterschiedlichen Ebenen abspielen und je nach Stadtteil und Quartier unterschiedliche Gesichter kennen. Der demografische Wandel führt einerseits zu einer Zunahme der Gruppe der älteren Menschen in der Bevölkerung und andererseits zu einer Abnahme des formellen und informellen Pflegepotenzials. Prognosen des Statistischen Bundesamtes verweisen auf eine Zunahme der Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf bis 2055 auf zwischen 6,8 und 7,6 Millionen (Statistisches Bundesamt 30.03.2023). Nach wie vor werden Menschen mit Pflegebedarf größtenteils durch An- und Zugehörige gepflegt. Rund 2 Millionen erhalten zusätzlich Unterstützung von ambulanten Pflegediensten (Meißner 2024), rund 843.000 leben in stationären Pflegeeinrichtungen (Bundesministerium für Gesundheit 2025).

Diese Entwicklungen verweisen auf die Notwendigkeit sich nicht ausschließlich auf Fragen der Finanzierung der Pflegeversicherung zu konzentrieren, sondern insbesondere auch deren Organisation in den Blick zu nehmen. Individuelle Pflegearrangements sind häufig geprägt durch das Zusammenspiel von pflegenden An- und Zugehörigen, sowie zivilgesellschaftlichen und professionellen Unterstützungsangeboten. Konkret bedeutet dies, dass Pflege vor Ort, in den Landkreisen und kreisfreien Städten und deren angehörigen Gemeinden, gestaltet wird. Landespolitik kann hier einen Rahmen bieten oder Impulse in die Kommunen geben.

Die Bevölkerungsbefragung befasst sich mit der Pflegeinfrastruktur vor Ort, der Pflegeberatung, Hilfen bei der Pflege-Organisation und dem Case Management. Zudem wurden problematische Erfahrungen bei der Pflege und Veränderungswünsche erhoben. Der Fragebogen umfasste rund 30 Items. Die Onlineinterviews fanden zwischen dem 31. Oktober und dem 14. November 2024 statt. Dabei wurden insgesamt 4.580 Personen zwischen 16 und 70 Jahren im gesamten Bundesgebiet befragt. Die gewichteten Gesamtergebnisse sind repräsentativ für die deutsche Wohnbevölkerung in Privathaushalten. Die Allensbach-Studie zur Pflege in Kommunen hat deutlich gemacht, dass Beratung im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit aus Sicht der Bevölkerung einen hohen Stellenwert hat und bei denjenigen, die sie in Anspruch genommen haben, auch positiv bewertet wird und häufig großen Nutzen gestiftet hat – insbesondere dann, wenn es sich um eine intensivere und fachliche Begleitung und Beratung gehandelt hat. Die Ergebnisse für das gesamte Bundesgebiet wurden ausführlich im DAK-Pflegereport 2025 berichtet (Klie 2025b). Die Datengrundlage lässt darüber hinaus Auswertungen auf der Ebene der Bundesländer zu. Für das Land Berlin werden im Folgenden die zentralen Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung vorgestellt.

2.1.1 Rahmenbedingungen: Wahrnehmungen der Pflege in Berlin

Die im vorangegangenen Absatz beschriebenen Herausforderungen werden auch von der Bevölkerung wahrgenommen. Entsprechend bewerten 41 Prozent der deutschen Bevölkerung das Pflegesystem und die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf als „nicht so gut“ und weitere 24 Prozent sogar als „gar nicht gut“. Bei den Pflegeerfahrenen fällt die Bewertung etwas positiver aus, dennoch bewerten 53 Prozent der Pflegeerfahrenen das Pflegesystem als „nicht so gut“ oder „gar nicht gut“.

Dabei ergibt sich die überwiegend negative Wahrnehmung nicht allein durch die aktuelle Situation in der Pflege, sondern mehr noch durch die Perspektive einer erheblichen Verschlechterung, die von vielen vor allem aufgrund der Herausforderungen durch den demografischen Wandel erwartet wird. Lediglich 32 Prozent der Gesamtbevölkerung erwarten für das nächste Jahrzehnt eine Verbesserung des Pflegesystems und der Versorgung von Gepflegten. 58 Prozent gehen von einer Verschlechterung der Situation aus, darunter 29 Prozent von einer deutlichen Verschlechterung. Auch hier sind die Pflegeerfahrenen tendenziell wieder etwas positiver gestimmt.

Auffallend war, dass die Bevölkerung in Berlin deutlich positivere Erwartungen hinsichtlich der Entwicklungen in der Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland in den nächsten 10 Jahren hat als die Bevölkerung Deutschlands insgesamt: So gehen 19 Prozent der Berlinerinnen und Berliner davon aus, dass sich die Situation deutlich verbessern wird im Vergleich zu 11 Prozent bundesweit. Umgekehrt erwarten auch lediglich 23 Prozent der Berlinerinnen und Berliner eine deutschliche Verschlechterung der Versorgung im Gegensatz zu 29 Prozent im Bundesdurchschnitt. Insgesamt gehen dennoch 50 Prozent („Etwas verschlechtern“ und „Deutlich verschlechtern“) der Berlinerinnen und Berliner von einer

Verschlechterung aus und nur 39 Prozent („Etwas verbessern“ und „Deutlich verbessern“) von einer Verbesserung (Abb. 1).

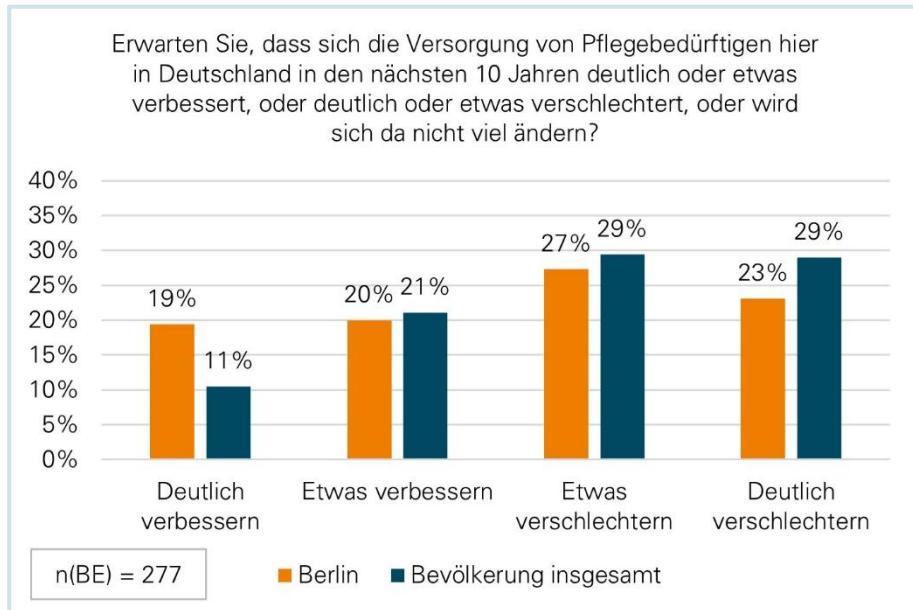


Abbildung 1: Erwartungen hinsichtlich der Veränderung der pflegerischen Versorgung in Deutschland (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (10% Bev. Insg.; 10% BE) nicht abgebildet.

Dabei geht die Bevölkerung in Berlin davon aus, dass vor allem die folgenden Szenarien in den kommenden 10 bis 15 Jahren zutreffen werden:

- Es wird vor allem Wohlhabenden möglich sein sich eine gute Pflege zu leisten (94% BE; 92% Bev. insg.)
- Es wird deutlich mehr Pflegebedürftige geben (93% BE; 94% Bev. insg.)
- Es wird noch schwieriger und teurer werden einen Platz im Pflegeheim zu bekommen (90% BE; 93% Bev. insg.)
- Es wird mehr Pflegekräfte aus dem Ausland geben (90% BE; 89% Bev. insg.)

2.1.2 Wahrnehmung der regionalen Pflegeinfrastruktur

Die Wahrnehmungen der regionalen Pflegeinfrastruktur durch die Gesamtbevölkerung unterscheidet sich nicht substanzial von den Bewertungen des Pflegesystems in Deutschland insgesamt; es überwiegen die eher negativen Urteile. Allerdings machen weniger Befragte konkrete Angaben, weil es vielen schwer fällt, die Verhältnisse vor Ort differenziert zu beurteilen. Dabei ist die überwiegend negative Tendenz bei einer absoluten Mehrheit der deutschen Bevölkerung aber eindeutig: 39 Prozent stufen die regionale Pflegeinfrastruktur als weniger gut ein, 18 Prozent als gar nicht gut. Lediglich ein gutes Viertel der Bevölkerung hat den Eindruck

einer guten (23 Prozent) oder sogar sehr guten (4 Prozent) Pflegeinfrastruktur im Umfeld. Die Bewertung der regionalen Pflegeinfrastruktur fällt in Berlin deutlich positiver aus als im Bundesdurchschnitt (Abb. 2).

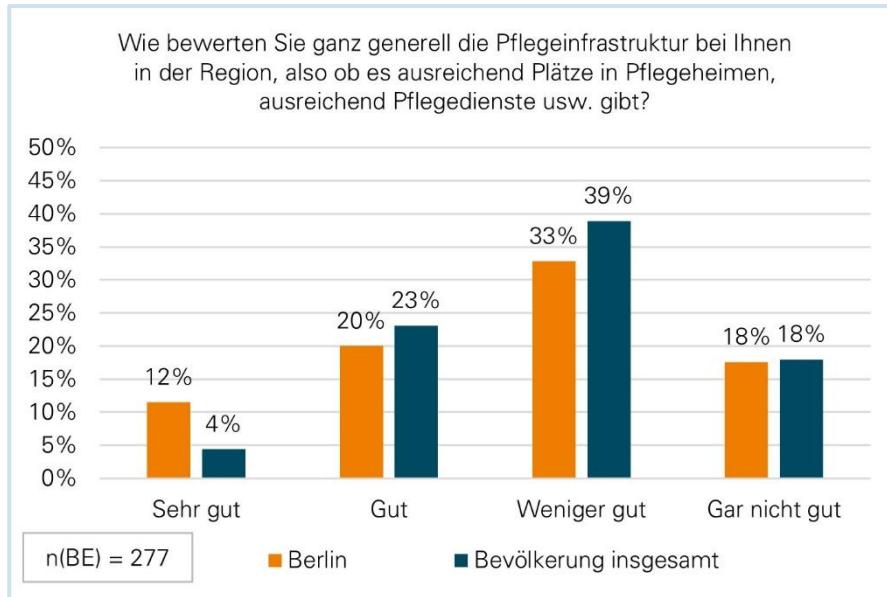


Abbildung 2: Bewertung der regionalen Pflegeinfrastruktur in Berlin (eigene Darstellung)

Die Einstellungen der Gesamtbevölkerung hinsichtlich verschiedener Angebote, wie Pflegeheime oder ambulante Pflegedienste, prägen sich in unterschiedlichen Regionen (Ost/ West; städtisch/ ländlich) ähnlich aus: So finden sich positive Bewertungen des regionalen Angebots an Pflegediensten und Pflegeheimen in West- und Ostdeutschland jeweils etwa gleich häufig. Lediglich im Hinblick auf Pflegedienste kommen aus Dörfern und kleineren Orten etwas häufiger positive Bewertungen der Angebote als aus größeren Städten.

Hierbei hängt die Zufriedenheit über die Pflegesituation sehr eng mit der Bewertung der regionalen Pflegeinfrastruktur zusammen: Jene, die vor Ort eine gute oder sehr gute Infrastruktur für die Pflege erleben, sind dann mit großer Mehrheit auch mit der damit gestalteten Pflegesituation zufrieden oder sehr zufrieden (81 Prozent). Dagegen sind jene, die vor Ort nicht auf gute Angebote zurückgreifen können, dann meist auch mit der Pflegesituation weniger oder gar nicht zufrieden (54 Prozent). An den Angeboten vor Ort entscheidet sich damit, ob die Pflege den Bedürfnissen von Pflegenden und Gepflegten gerecht wird oder nicht (Haumann 2025, 38f.). Dies gilt ebenso für Berlin wie für andere Bundesländer auch.

Signifikante regionale Unterschiede gibt es dagegen in den Bewertungen der Beratungsangebote. Insgesamt ist ein größerer Anteil der bundesweiten Bevölkerung mit dem regionalen Beratungsangebot zufrieden als unzufrieden (28 Prozent gegenüber 24 Prozent; bei Ausklammerung der hier mit berücksichtigten Unentschiedenen und Uninformierten ergibt sich ein Verhältnis von 54 gegenüber

46 Prozent). Die Berlinerinnen und Berliner bewerten die regionalen Beratungsangebote deutlich positiver als der Bundesdurchschnitt: 37 Prozent der Befragten (n = 277) sind mit dem regionalen Beratungsangebot zufrieden im Vergleich zu 25 Prozent, die mit dem Beratungsangebot unzufrieden sind. Damit bewertet die Bevölkerung in Berlin das Beratungsangebot im Ländervergleich am positivsten, während die Bevölkerung in Thüringen am unzufriedensten ist (19 Prozent). Zudem wissen Berlinerinnen und Berliner (32 Prozent) eher als die Bevölkerung insgesamt (25 Prozent) an wen sie sich wenden könnten, wenn Sie Informationen und Unterstützung zur Organisation der Pflege eines Angehörigen bräuchten. Dennoch wäre auch die Mehrheit der Bevölkerung Berlins unsicher wo die entsprechenden Informationen und Unterstützungsleistungen zu erhalten wären (Abb. 3).



Abbildung 3: Wissen darum wo Informationen und Unterstützung zur Organisation von Pflege zu erhalten wären im Vergleich zwischen dem Bundesdurchschnitt und Berlin (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (11% Bev. insg.; 10% BE) nicht dargestellt

2.1.3 Beratung und Case Management

Dennoch ist der Bekanntheitsgrad spezifischer Beratungsangebote, wie der Pflegestützpunkte, den Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren und der vernetzten Pflegeberatung, ausbaufähig. In der Gesamtbevölkerung hat lediglich eine Minderheit von diesen Beratungs- und Koordinationsangeboten gehört. 20 Prozent sind Pflegestützpunkte grundsätzlich bekannt, 16 Prozent die Möglichkeiten der Pflegekoordination und 10 Prozent die vernetzte Pflegeberatung (Abb. 4).

Vergleicht man hier die durchschnittliche Bekanntheit dieser Angebote in der Gesamtbevölkerung mit der Bekanntheit in der Bevölkerung Berlins zeigt sich, dass Pflegestützpunkte in Berlin deutlich bekannter sind als im Bundesdurchschnitt. 13 Prozent mehr der Befragten (33 Prozent) in Berlin geben an schon von Pflegestützpunkten gehört zu haben (Abb. 4).

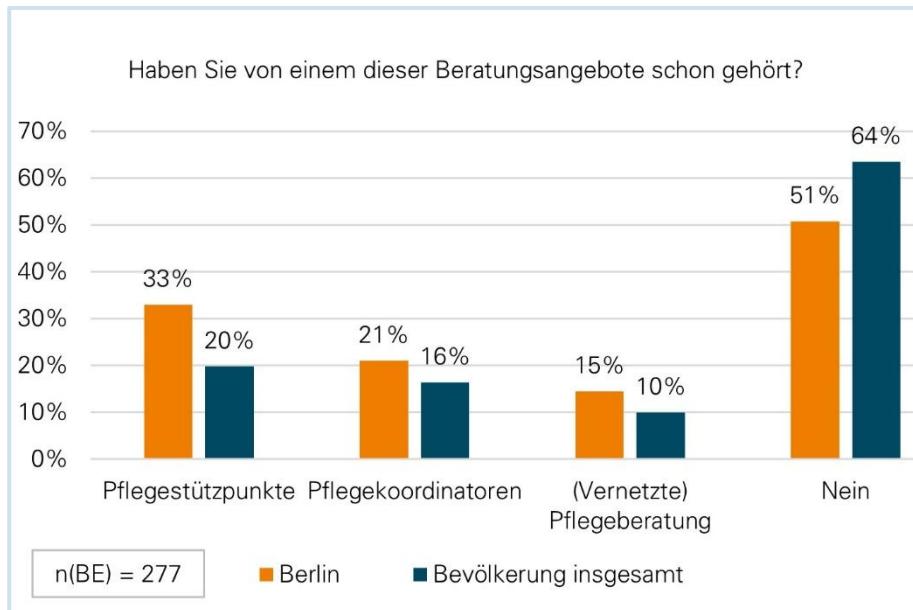


Abbildung 4: Bekanntheit von Beratungsangeboten in Berlin und in der Gesamtbevölkerung Deutschlands (eigene Darstellung); Mehrfachantworten möglich

2.1.3.1 Auswirkungen von Pflegeberatung auf die Zufriedenheit mit der Pflegesituation

Ein Blick auf die Zufriedenheit der An- und Zugehörigen mit Unterbringung und Versorgung der Gepflegten zeigt, wie bedeutsam die Beratung² für die individuelle und bedarfsgerechte Gestaltung der jeweiligen Pflegesituation ist. Die im Folgenden berichteten Daten beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung in Deutschland. Auf Landesebene ist es nicht möglich, Aussagen zu diesem Thema zu treffen, weil der Stichprobenumfang für ein repräsentatives Ergebnis nicht groß genug ist. Dort, wo bei der Organisation der Pflege eine Beratung zur Zufriedenheit der Beratenen absolviert wurde, entstand in der Folge eine Pflegekonstellation mit der 79 Prozent der Angehörigen zufrieden oder sogar sehr zufrieden sind. In den übrigen Fällen sind nur 44 Prozent der Angehörigen mit der Pflegekonstellation zufrieden oder sehr zufrieden (Abb. 5).

² Bei der Ermittlung konnte nicht streng zwischen einer Pflegeberatung im engeren Sinne (nach § 7a SGB IX) und anderen Formen der Beratung bei der Pflege unterschieden werden.

Frage: "Wenn Sie einmal an die Pflegesituation insgesamt denken, also z.B. wo die pflegebedürftige Person untergebracht und wie die Pflege aufgeteilt ist bzw. war:
Wie zufrieden sind bzw. waren Sie alles in allem damit?"

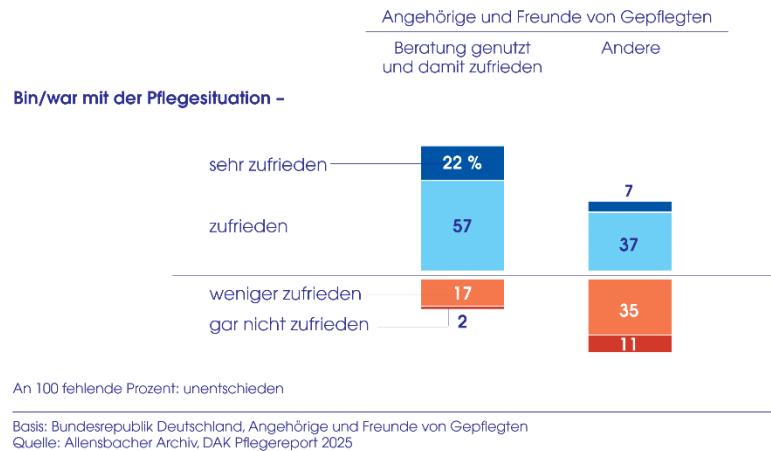


Abbildung 5: Nach einer erfolgreichen Beratung sind Angehörige mit der Pflegesituation eher zufrieden (Aussagen bezogen auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands) (Haumann 2025, S. 48)

2.1.3.2 Case Management: Bekanntheit und Interesse an der Inanspruchnahme

Besteht über die Beratung hinaus ein umfangreicherer Unterstützungsbedarf kann Case Management notwendig werden. Eine Einschränkung der Nutzung von Case Management ergibt sich bislang noch durch die unzureichende Bekanntheit des Case Managements. Im Bundesdurchschnitt haben lediglich 22 Prozent bereits von Case Management gehört. Der Wert in Berlin weicht davon nicht bedeutsam ab (Abb. 6).

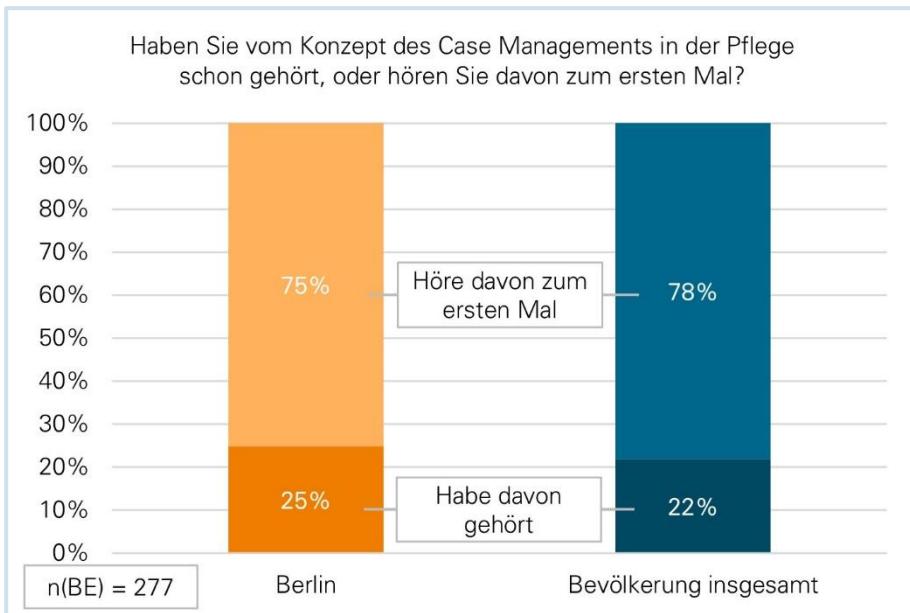


Abbildung 6: Bekanntheit des Case Managements im Vergleich zwischen Berlin und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung)

Dabei wären 62 Prozent der Befragten aus Berlin, von denen viele im Rahmen der Umfrage zum ersten Mal von dem Konzept gehört hatten, daran interessiert, bei der Pflege Begleitung durch einen Case Manager oder eine Case Managerin in Anspruch zu nehmen. In Berlin ist das Interesse deutlich höher als dies im Bundesdurchschnitt der Fall ist (Abb. 7).

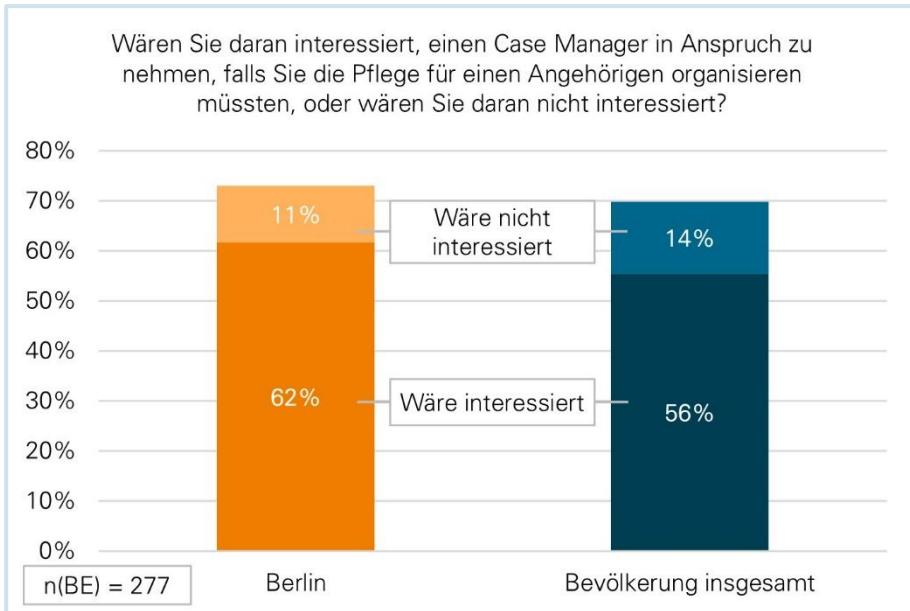


Abbildung 7: Interesse an Case Management im Vergleich zwischen Berlin und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (30% Bev. insg.; 27% BE) nicht dargestellt

2.1.4 Politische Aspekte der Pflege

Bereits 2009 überwog deshalb in der Gesamtbevölkerung deutlich der Eindruck, die Pflege habe in der Politik nicht den Stellenwert, der ihr eigentlich zukomme. Dieser Eindruck hat sich bis 2018 noch deutlich weiter verbreitet. Heute sehen – kaum verändert gegenüber der Messung für den DAK-Pflegereport 2018 – 85 Prozent einen zu geringen Stellenwert (Abb. 10). Auch in Berlin geht die überwiegende Mehrheit (78 Prozent) der Bevölkerung davon aus, dass die Politik mehr tun müsste. In der Tendenz zeigen die Berlinerinnen und Berliner allerdings auch hier eine positivere Einstellung als die Bevölkerung insgesamt (Abb. 8).

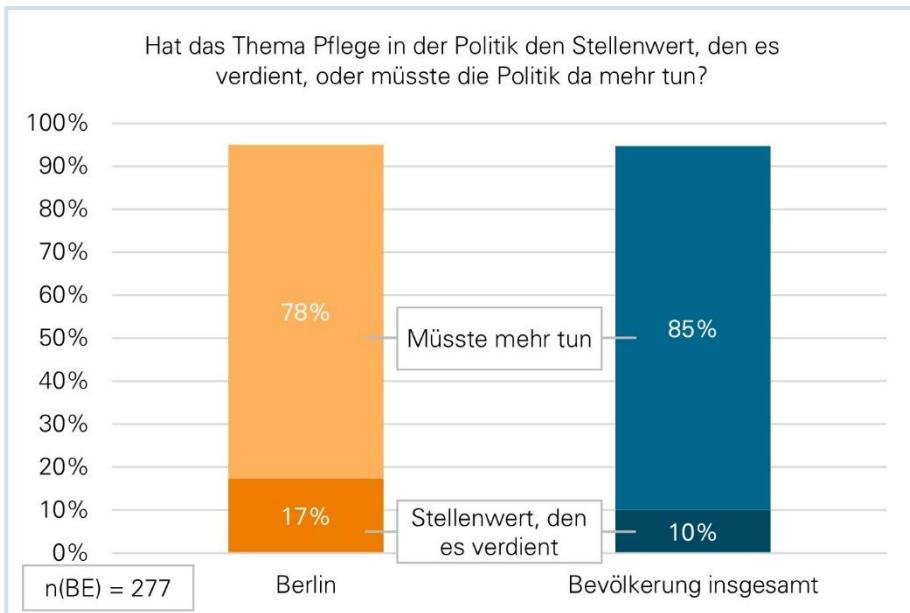


Abbildung 8: Wahrnehmung der großen Mehrheit: Das Thema kommt in der Politik zu kurz (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (5% Bev. insg.; 5% BE) nicht dargestellt

Die Einstellung der Bevölkerung zu einer umfassenden Reform der Pflege ist daher wenig überraschend. Sowohl im Bundesdurchschnitt (77 Prozent) als auch in Berlin (75 Prozent) geht die absolute Mehrheit davon aus, dass eine solche Reform notwendig ist (Abb. 9).

#

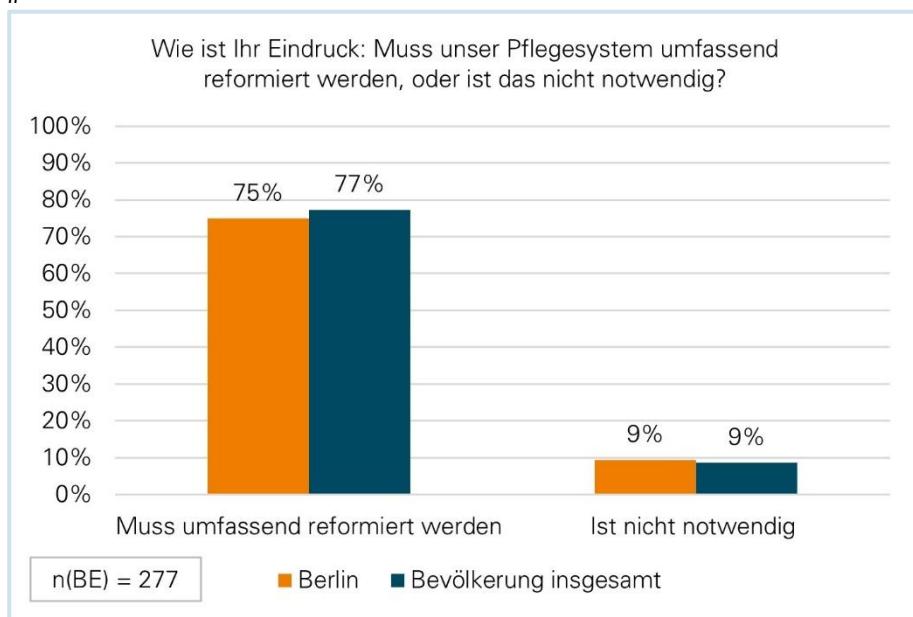


Abbildung 9: Reformwunsch im Bundesdurchschnitt im Vergleich mit Berlin (eigene Darstellung)

Im Rahmen einer Reform des Pflegesystems wären der Bevölkerung Berlins insbesondere die folgenden Aspekte wichtig: Eine bessere Zusammenarbeit vor Ort – von Ärzten, Krankenhäusern, Kommunen und Pflegediensten, sowie mehr Flexibilität in der Nutzung der Leistungen der Pflegeversicherung und weniger Bürokratie.

2.2 Pflegeberatung im Lichte der Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung

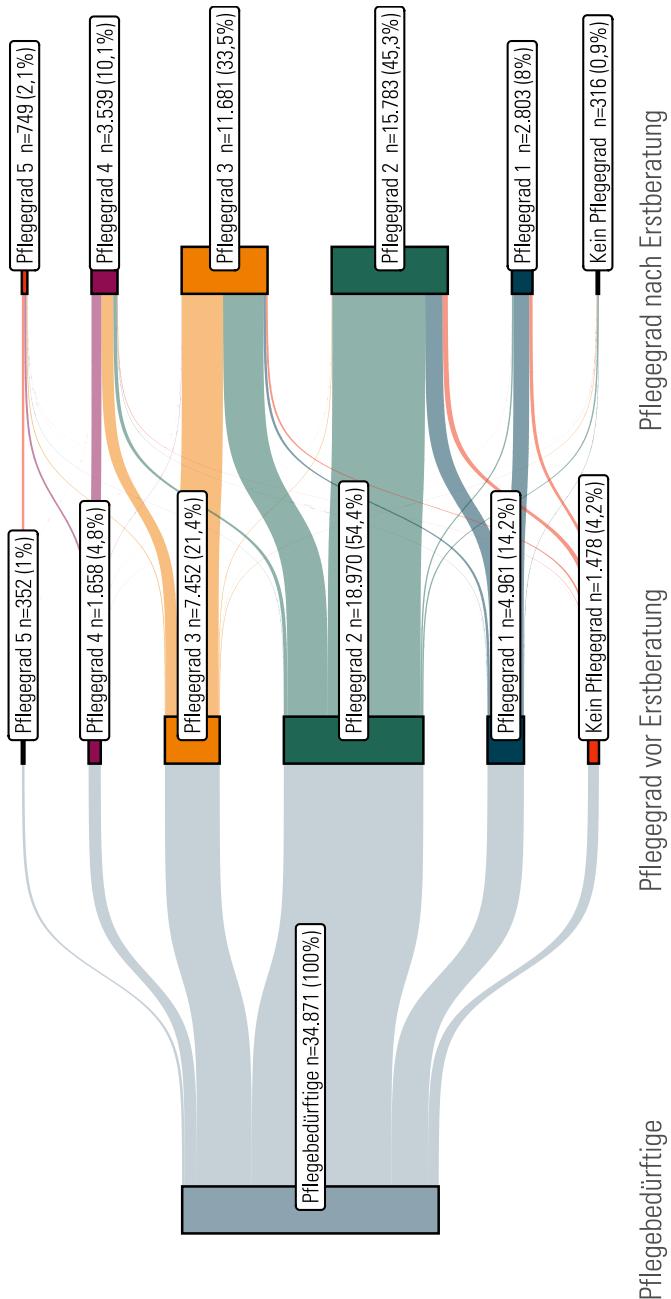
Im Rahmen des DAK-Pflegereportes 2025 führte die OptiMedis AG eine Analyse zur Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, sowie deren Auswirkungen auf den weiteren Pflegeverlauf, durch. Diese Ergebnisse wurden im DAK-Pflegereport 2025 ausführlich dargestellt (Lewin et al. 2025, 61ff.). Die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI ist eine Leistung der sozialen Pflegeversicherung, welche über den Umfang einer Leistungsberatung hinausgeht. Ihr Zweck ist es eine bedarfsgerechte Versorgung zu organisieren, deren Umsetzung zu begleiten und zu evaluieren (GKV-Spitzenverband 2024, 5). Sie weist damit eine unübersehbare Nähe zur Definition des Case Managements im Sinne der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) auf (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e.V. 2020) und lässt sich entsprechend der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes als Fallmanagement im Kontext von Pflegebedürftigkeit verstehen (GKV-Spitzenverband 2024, 2). Das Vorhalten eines ausreichenden Angebotes an Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI liegt in der Verantwortung der Kassen, wobei die Ausgestaltung sich in den Bundesländern unterscheidet. Einige Bundesländer sehen die Integration der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI in Pflegestützpunkten vor, andere trennen, zumindest auf dem Papier, streng zwischen der allgemeinen Beratung in Pflegestützpunkten zuzüglich der Care Management-Aufgaben und der intensiveren Pflegeberatung durch die Pflegekassen.

Ausführliche Informationen zur Methodik und Datengrundlage können dem DAK-Pflegereport 2025 entnommen werden (Lewin et al. 2025, 61f.). Es folgt eine kondensierte Darstellung der zentralen Ergebnisse.

Abbildung 10: Veränderungen im Pflegegrad nach der Erstberatung (Lewin et al. 2025, S. 66)

Ein

Fazit der Analyse ist, dass Pflegeberatung wirkt. Der Großteil der Versicherten wurde sowohl vor (rund 73%) als auch nach (rund 89%) der Erstberatung von Angehörigen gepflegt. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass die Pflegeberatung häusliche Pflegearrangements stabilisiert. In der Tendenz führt Pflegeberatung zu einem höheren Pflegegrad, Herabstufungen sind dagegen sehr selten (Abb. 10).



Insgesamt bestärkten die Ergebnisse die Annahme, dass Pflegeberatung nicht nur rein informativ wirkt, sondern auch konkret dazu beiträgt, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vorhandene Angebote besser nutzen. Pflegeberatung trägt einerseits dazu bei, weitere, die häusliche Pflege stabilisierende Leistungen zu nutzen. Darüber hinaus erhöht sie die Akzeptanz von Leistungen, die auf ein verändertes Pflegearrangement hinauslaufen, wie beispielsweise die Tagespflege (Abb. 11). Dies spricht für eine stärkere Förderung von Beratungsangeboten, um Pflegebedürftige frühzeitig zu unterstützen und die Versorgungssituation nachhaltig zu verbessern.

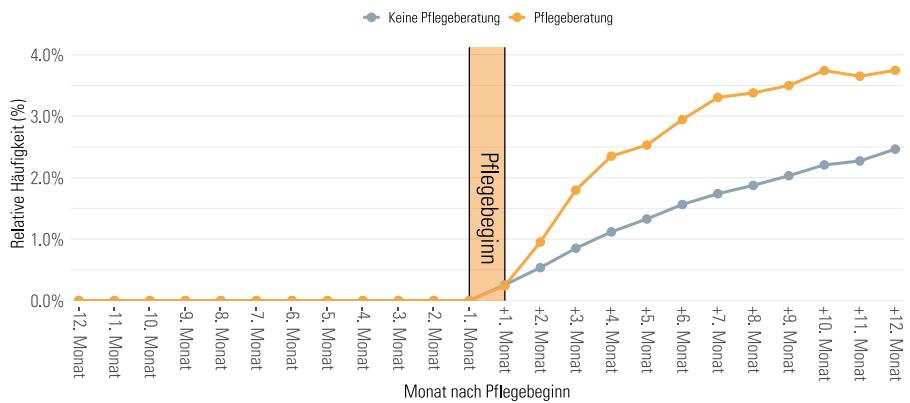


Abbildung 11: Entwicklung der Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege im zeitlichen Verlauf relativ zum Pflegebeginn, differenziert nach Beratungserhalt (Lewin et al- 2025, 81)

2.2.1 Exkurs: Verordnungsichten von PRISCUS-Medikamenten

Neben der Analyse der Pflegeberatung wurde die Verordnung von PRISCUS-Medikamenten bei Menschen mit Pflegebedarf untersucht. Insbesondere Menschen mit Pflegebedarf sind häufig von Polymedikation betroffen, dadurch besteht ein erhöhtes Risiko von unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Es gibt Medikamente, die für ältere Menschen potenziell als ungeeignet einzustufen sind. Diese Medikamente sind in der PRISCUS-Liste aufgeführt und ihr Einsatz sollte bei älteren Patientinnen und Patienten sorgfältig geprüft werden. Psychopharmaka werden bei Menschen mit Pflegebedarf beispielsweise häufig zur Behandlung von Demenz, Angststörungen, Schlafproblemen oder Depressionen eingesetzt. Zu dieser Medikamentengruppe gehören Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa sowie Antidepressiva. Viele dieser Medikamente finden sich auf der PRISCUS-Liste wieder und führen zu einer Erhöhung des Risikos von Stürzen oder Sedierungen.

Die Entwicklung der Versorgungsichten dieser Medikamentengruppe zwischen 2017 und 2023 lässt eine gesonderte Betrachtung für die Bundesländer zu. Dadurch ist es möglich regionale Unterschiede, sowie Veränderungen in der Verordnung von Psychopharmaka bei Menschen mit Pflegebedarf nachzuzeichnen.

Positiv anzumerken ist, dass die Analyse der Daten zeigt, dass die Verordnung von PRISCUS-Medikamenten zwischen 2017 und 2023 rückläufig ist. Abbildung 12 zeigt den Anteil der PRISCUS-Verordnungen in den Bundesländern im Jahr 2023.

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.¹³ verdeutlicht die Veränderung der Verordnungsichten im Vergleich zu 2017. Der Rückgang ist in allen Bundesländern zu beobachten, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß.

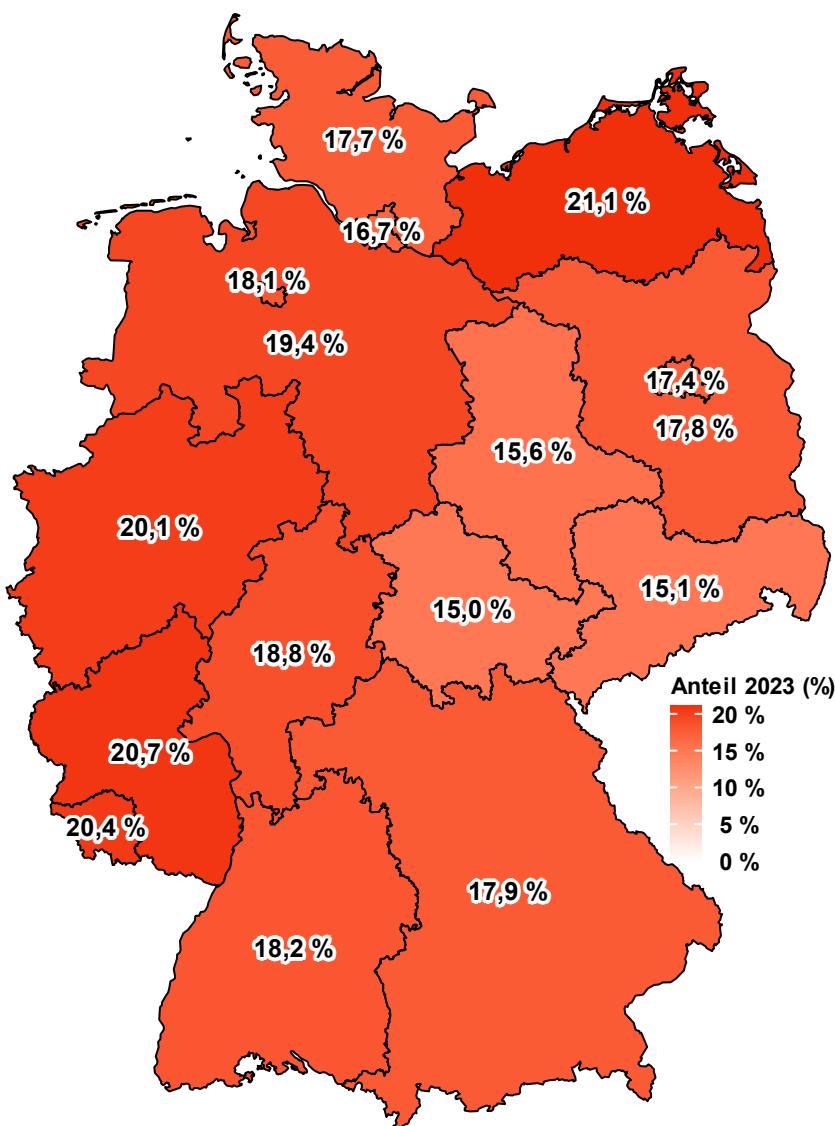


Abbildung 12: Anteil an PRISCUS-Verordnungen nach Bundesländern im Jahr 2023 (Lewin et al. 2025, S. 86)

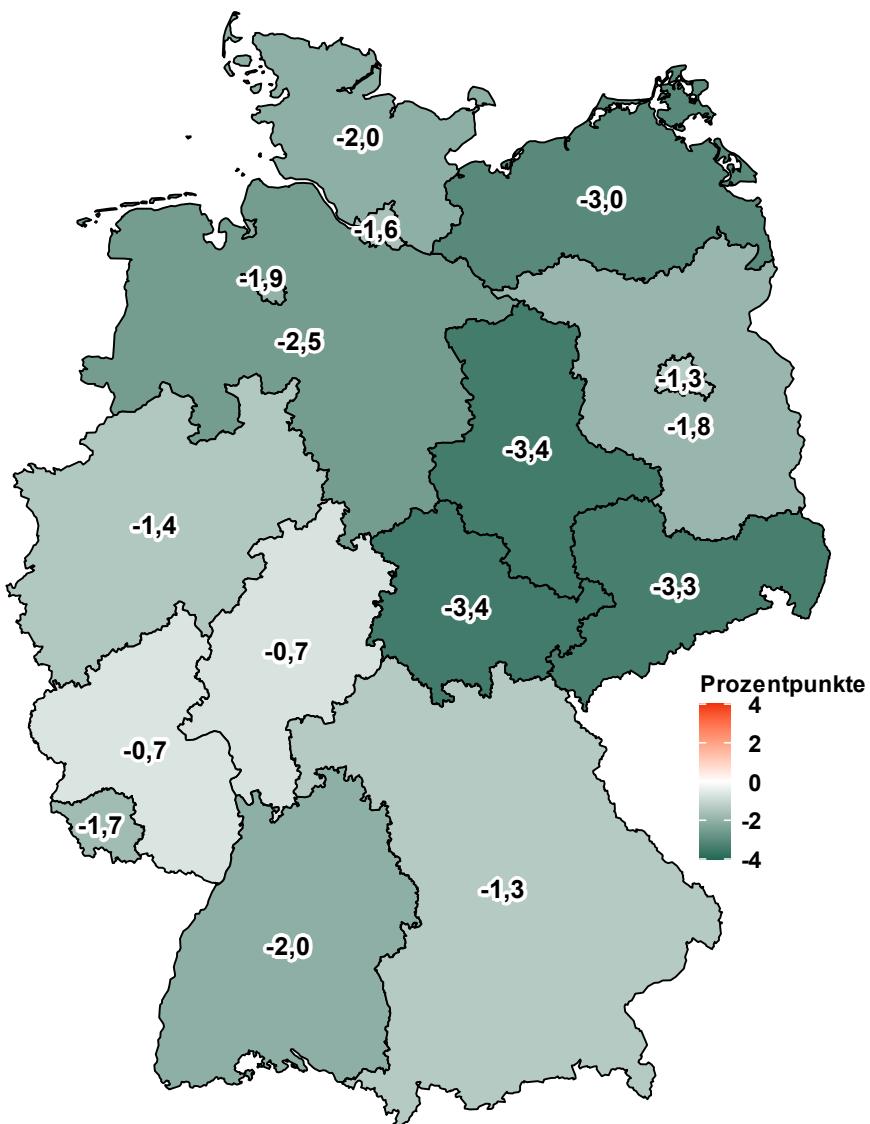


Abbildung 13: Absolute Veränderung des Anteils der PRISCUS-Verordnungen 2017-2023 nach Bundesländern (in Prozentpunkten) (Lewin et al. 2025, S. 87)

Besonders ausgeprägt ist die Reduktion der PRISCUS-Verordnungen in den ostdeutschen Bundesländern. In Sachsen sank der Anteil der PRISCUS-Medikamente

um 3,4 Prozentpunkte, in Thüringen um 3,5 Prozentpunkte und in Sachsen-Anhalt um 3,4 Prozentpunkte. Diese Bundesländer zeigen die stärkste Reduktion der Verordnungen, was möglicherweise auf verstärkte Sensibilisierung für die Risiken dieser Medikamente oder auf strukturelle Veränderungen in der Verschreibungspraxis zurückzuführen ist.

In westdeutschen Bundesländern ist die Abnahme der Verordnungen weniger stark ausgeprägt. In Nordrhein-Westfalen beträgt die Reduktion 1,4 Prozentpunkte, während das Saarland mit 1,7 Prozentpunkten eine ähnliche Veränderung aufweist. Auch hier sind Rückgänge zu beobachten, jedoch nicht in dem Maße wie in den ostdeutschen Bundesländern.

Die geringsten Rückgänge sind in Hessen und Rheinland-Pfalz zu verzeichnen. In Hessen liegt die Differenz zwischen 2017 und 2023 bei 0,7 Prozentpunkten, in Rheinland-Pfalz ebenfalls bei 0,7 Prozentpunkten. In diesen Bundesländern scheint die Verordnung von PRISCUS-Medikamenten weiterhin relativ stabil geblieben zu sein.

2.3 Das Thema „Pflege“ in Berlin: Landespolitische und -rechtliche Rahmenbedingungen

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU und SPD (2023) behandelt das Thema „Pflege“ vor allem im **Kapitel „Gesundheit und Pflege“**. Allerdings wird das Thema „Pflege“ auch querschnittlich in anderen Kapiteln des Koalitionsvertrags aufgegriffen. Bereits im **Kapitel „Stadt der Vielfalt“** unter dem Aspekt „Die Regenbogenhauptstadt“ wird darauf hingewiesen, dass das Land Berlin ein selbstbestimmtes, queeres Leben im Alter fördern will. Dazu sollen Angebote wie betreutes Wohnen und Pflegeangebote für ältere, queere Menschen ausgebaut werden, sowie die Qualifizierung und Sensibilisierung des Pflegepersonals in diesem Bereich vorangetrieben werden (CDU Berlin und SPD Berlin 2023, 22). Unter dem **Aspekt „Geflüchtete“** wird im Kontext des Familiennachzuges festgehalten, dass gesundheitliche Einschränkungen, Behinderung, Alter und Pflege von Kindern und Angehörigen bei der Entscheidung zur Aufenthaltsteilung berücksichtigt werden sollen (ebd., 25). Das **Kapitel „Mobilität und Verkehr“** beinhaltet, dass Ausnahmegenehmigungen zum Parken von Einsatzkräften erteilt werden sollen. Darunter sollen auch ambulante Pflegedienste fallen. Diese sollen eine stadtweite Parkvignette erhalten (ebd., 60). Auch im **Kapitel „Arbeit“** wird das Thema „Pflege“ adressiert. Das Land Berlin unterstützt demnach mehrsprachige Beratungsangebote zum Thema Pflege (ebd., 69). Im **Kapitel „Soziales“** wird darüber hinaus die grundlegende medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung von wohnungslosen Menschen adressiert. Diese Basisversorgung soll auch für wohnungslose Menschen und Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz gewährleistet werden. Durch verschiedene Maßnahmen, wie den Einsatz mobiler Sozialarbeit, soll der Weg ins Hilfesystem erleichtert werden (ebd., 74). Im **Kapitel „Wissenschaft und Forschung“** ist die Rede davon, dass die Weiterentwicklung des Masterstudiengang Pflegewissenschaft der Charité unterstützt wird (ebd., 100).

Die folgenden Aspekte, welche das Thema „Pflege“ betreffen, werden im Koalitionsvertrag im **Kapitel „Gesundheit und Pflege“** aufgeführt (ebd., 88ff.):

- Kontinuierliche und bedarfsdeckende Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsfachkräfte.
- Bedarfsgerechte Erhöhung der Studien- und Ausbildungskapazitäten in den Einrichtungen des Gesundheitswesens und Stärkung der Pflegeausbildung durch verschiedene Maßnahmen.
- Einsatz für eine angemessene Vergütung der Praxisanteile des Pflegestudiums.
- Erhöhung der Anzahl der Studienplätze der Pflegepädagogik.
- Prozessoptimierung bei der Anerkennung internationaler Ausbildungs- und Studienabschlüsse der Gesundheitsfachberufe.
- Erstellung eines Konzeptes zur Gewinnung von ausländischen Pflegefachkräften durch den Senat.
- Aus den Fördermitteln des „DigitalPaktes Schule“ sollen auch staatlich anerkannte Schulen des Gesundheitswesens Fördermittel erhalten. Dafür werden die Förderrichtlinien angepasst.

- Die ärztliche und pflegerische Situation im Maßregelvollzug soll nachhaltig verbessert werden.
- Für die Digitalisierung aller Einrichtungen des Gesundheitswesens wird ein Masterplan erarbeitet, der digitale Anwendungen wie die elektronische Patientenakte, Telemonitoring und Telehealth-Lösungen einbezieht, sowie notwendige datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen und Infrastrukturen schafft und eine Einrichtung einer Gesundheitsdatenplattform prüft.
- Erweiterung des Angebotes an ambulanten pflegeunterstützenden Wohnformen und neuen stationären Pflegeeinrichtungen.
- Umsetzung der Novellierung der Bauverordnung des Wohnteilhabegesetzes.
- Der Ausbau der Infrastruktur in der Pflege wird gefördert und mit Anschubfinanzierungen unterstützt.
- Weiterführung des Runden Tisches Palliativ- und Hospizversorgung und Ausbau des Beratungsangebotes.
- Stärkung der Heimaufsicht durch vollumfängliche, transparente und gut auffindbare, veröffentlichte Qualitätsprüfungen.
- Stärkere Unterstützung pflegender Angehöriger.
- Evaluation der Ausbildungszeit der Pflegefachassistenzausbildung.
- Ein Stipendien-Programm für Pflegehilfskräfte, die sich zu Fachkräften weiterqualifizieren möchten, wird aufgelegt.
- Eine Bundesinitiative zur Regulierung der Leiharbeit in der Pflege soll auf den Weg gebracht werden.
- Eine zeitnahe Durchführung einer Befragung der Menschen in Pflegeberufen soll dazu dienen die Errichtung einer Institution zur Interessensvertretung der Pflegeberufe voranzubringen.
- Ein Pflegewohngeld, mit dem Investitionskosten anteilig übernommen werden, soll eingeführt werden.
- Das Modell der Berliner Hausbesuche wird weiter ausgebaut und auf ganz Berlin ausgeweitet.
- Pflegestützpunkte sollen qualitativ weiterentwickelt werden.

Die aktuelle Organisation der Pflegestützpunkte stellt sich folgendermaßen dar:

Das Land Berlin weist hinsichtlich der Organisation, sowie der Finanzierung von Pflegestützpunkten eine historisch gewachsene Struktur auf. 12 der 36 Pflegestützpunkte sind aus den Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter hervorgegangen. Hier liegt die Trägerschaft und Finanzierung beim Land Berlin, welches die Aufgabenwahrnehmung über eine Zuwendung an freie Träger delegiert (Braeseke et al. 2018, 55). 24 der 36 Berliner Pflegestützpunkte werden von unterschiedlichen Kranken- und Pflegekassen geführt, die auch jeweils die Trägerschaft innehaben.

3 Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Berlin am Beispiel des Bezirks Pankow

3.1 Methodik und Anlage

Die gesetzlichen Vorgaben für die Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte sowie für das in der Langzeitpflege zu realisierende Care und Case Management sind genuin bundesgesetzlich geregelt. Jedoch ist nicht zuletzt aus den Evaluationen zur Pflegeberatung gem. § 7a Abs. 7 SGB XI bekannt, dass sich die Praxis von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten nicht nur nach Bundesland und nach Kasse, sondern sogar regional unterscheiden. Auch das Care und Case Management werden regional unter höchst unterschiedlichen Rahmenbedingungen umgesetzt.

Um dieser Heterogenität gerecht zu werden, wurden im Rahmen des DAK-Pflegereportes 2025 aus allen 16 Bundesländern jeweils eine Region, eine Kommune oder (in den Stadtstaaten) ein großstädtischer Bezirk ausgewählt. Zu diesen Fokusregionen wurde jeweils zum einen eine Recherche der örtlichen Rahmenbedingungen und zum anderen ein Fokusgruppengespräch durchgeführt. Die Fokusgruppen waren auf eine beispielhaft ausgewählte Region bzw. einen Bezirk bezogen, meist der Zuständigkeitsbereich eines Pflegestützpunktes, und waren mit zwei bis fünf Teilnehmenden besetzt³. Beteiligt waren nach Möglichkeit die Leitung des Pflegestützpunktes, die mit der kommunalen Planung beauftragte Person und eine Person, welche Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI durchführt. Die Zusammensetzung der Fokusgruppen variierte allerdings in den unterschiedlichen Fokusregionen, um den Strukturen vor Ort gerecht zu werden und beispielsweise relevante regionale Initiativen miteinzubeziehen. Die Funktionen der Teilnehmenden der Fokusgruppe in Berlin sind unter Abschnitt 3.2 in diesem Bericht aufgeführt.

Die Fokusgruppengespräche wurden zwischen Oktober 2024 und Januar 2025 mit den Schwerpunktthemen „Pflegeberatung“ sowie „Care- und Case-Managementstrukturen“ durchgeführt. Sie erfolgten entlang eines vorab entwickelten Leitfadens. Die Teilnehmenden erhielten für ihre Vorbereitung den Gesprächsleitfaden im Vorfeld zugesandt. In der Durchführung wurde, im Sinne des problemzentrierten Interviews nach Witzel (1985), großer Wert darauf gelegt eine möglichst natürliche Gesprächssituation zu erzeugen, eigene Relevanzsetzungen der Teilnehmenden zu ermöglichen und Ergebnisoffenheit zu gewährleisten. Die Verschriftlichung der Daten erfolgte über Mitschriften und Gedächtnisprotokolle. Das Gesprächsprotokoll wurde den Teilnehmenden zur Abstimmung vorgelegt. Es erfolgte eine deskriptiv-deduktive Systematisierung der Inhalte anhand von Leitfragen, sowie darauf aufbauend eine induktiv-analytische Darstellung der zentralen Ergebnisse. Diese querschnittliche Auswirkung findet sich in Kapitel 5 des DAK-Pflegereportes 2025 (Schwierk und Klie 2025, 106ff.).

³ Geführt wurden die Gespräche von Prof. Dr. Thomas Klie und Sam Schwierk. Sie dauerten durchschnittlich 90 Minuten.

Das Ziel dieser Fokusgruppen war die vorhandenen Erfahrungen aus der Praxis auszuwerten und erfolgreiche Ansätze sowie Limitationen zu identifizieren. Weiterhin wurden übertragbare Ansätze und Konzepte erkannt und darauf aufbauend Handlungsstrategien für die Zukunft diskutiert. Die demografischen Dynamiken, die infrastrukturellen Voraussetzungen, die örtlichen Kulturen, aber auch die Verteilung von Pflegearrangements sind stark heterogen. So trifft der Ansatz des Care und Case Managements nicht nur in jedem Bundesland, sondern auch in jeder Gebietskörperschaft in Deutschland auf andere Voraussetzungen und Herausforderungen. Die Fokusgruppengespräche wurden mit dem Ziel geführt, die Programmatik PflegestützpunktPlus⁴, vor dem Hintergrund der 16 Variationen von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten respektive Pflegenetzen zu diskutieren und weiterzuentwickeln. Insgesamt dienten die Fokusgruppengespräche auch dazu, die Grenzen, aber auch die Potenziale des Care und Case Managements aus der Sicht der für das Care und Case Management verantwortlichen Akteurinnen und Akteure vor Ort herauszuarbeiten – nicht „theoretisch“, vielmehr unter Einbeziehung der profunden professionellen Praxis der Akteurinnen und Akteure vor Ort. Indem sehr unterschiedliche Typen von Kommunen – städtisch, ländlich, Flächenlandkreise, flächenmäßig überschaubare Landkreise, Ost und West und mit unterschiedlichen demografischen Dynamiken ausgestattet – ausgewählt wurden, konnte ein vergleichsweise tiefenscharfes Bild über die Wirklichkeit von Care und Case Management in der Langzeitpflege gezeichnet werden.

3.2 Teilnehmende der Fokusgruppe

An der Fokusgruppe in Berlin haben die Leiterin des vom Land finanzierten Pflegestützpunktes Pankow/Pflegestützpunkt Mühlenstraße und eine Pflegeberaterin des kassenseitigen Pflegestützpunktes in Pankow/Pflegestützpunkt Am Steinberg teilgenommen. Neben den Vertreterinnen der Pflegestützpunkte war die Sozial- und Altenhilfeplanerin des Bezirksamtes Pankow anwesend, sowie die Leiterin des Fachbereichs Seniorenservice und soziale Angebote, deren Zuständigkeit bei der Koordination der Altenhilfe und des freiwilligen Engagements liegt. Die Geschäftsführerin des Qualitätsverbundes Netzwerk im Alter Pankow e.V. (QVNIA), einem Netzwerk in welchem 77 Mitglieder aus dem Bereich Gesundheit und Pflege organisiert sind, ergänzte die Runde.

3.3 Narratives Landkreisprofil des Bezirkes Pankow

3.3.1 Regionales Profil der Langzeitpflege

Die Situation der Langzeitpflege im Bezirk Pankow beschrieben die Teilnehmenden übereinstimmend als angespannt: Die Unterstützungsressourcen aus den professionellen Versorgungsstrukturen für auf Pflege angewiesene Menschen

⁴ Das Zielbild „PflegestützpunktPlus“ bezieht sich auf die Weiterentwicklung der in §§ 7a, c SGB XI gesetzlich vorgesehenen Case und Care Management-Institutionen. Sechs Bausteine gehören zu einem PflegestützpunktPlus: Integriertes Versorgungsmanagement, ein digitales Ökosystem, die dezentrale Präsenz von Pflegestützpunkten, integrierte Beratung, Monitoring und Planung sowie Vernetzung, Koordination und Kooperation. Weiterführende Informationen in Kapitel 4 dieses Berichtes.

würden immer knapper. Auch die hauswirtschaftliche Versorgung leide unter Personal- und damit Angebotsmangel. Kurzfristig entstehende Bedarfe, etwa nach Krankenhausaufenthalt oder in Krisensituationen, könnten nicht befriedigt werden. Weder eine zeitnahe Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst noch eine Aufnahme in einer vollstationären Einrichtung, oder in eine Wohngemeinschaft seien zu jeder Zeit realistische Optionen. Die 2 Kurzzeitpflegestätten im Bezirk seien häufig ausgebucht. Auch leide zum Teil die bedarfsgerechte Leistungserbringung und/oder die Qualität der Pflege aufgrund von Überlastung der Pflege- und Betreuungskräfte.

Das Thema altersgerechte Wohnungen, bzw. Wohnraumbedarf für ältere Menschen, sei zentral. Auch wenn es Neubautätigkeiten im Bezirk Pankow gebe, führe dies in Art und Umfang nicht zu einer Entlastung älterer Menschen auf dem Wohnungsmarkt. Darüber hinaus führe die dilatorische Gewährung von Leistungen der Hilfe zur Pflege (Kapitel 7 SGB XI) dazu, dass auf Sozialhilfe angewiesene Menschen mit Pflegebedarf immer schwieriger in Versorgung kämen. Teilweise würden Antragstellende inzwischen zwei Jahre auf die Bescheidung ihrer Anträge warten. Und auch nach der Bewilligung käme es zum Teil zu verzögerter Begleichung der Rechnungen der Leistungserbringer, die in existentielle Schwierigkeiten geraten. Zur Bearbeitung von Fragen auf Pflege angewiesener Menschen werde im Bezirksamt Pankow zudem der Allgemeine Sozialdienst miteinbezogen, auch wenn dieser aktuell im Wesentlichen mit Fragen der Zuwanderung beschäftigt sei.

Im Vor- und Umfeld der Pflege spielt in Pankow auch ehrenamtliches Engagement eine Rolle. Hier gibt es beispielsweise die Sozialkommissionen (SOKOs)⁵, aber auch andere ehrenamtlichen Aktivitäten der Bürgerinnen und Bürger. Daneben werde aus den Freundeskreisen und Nachbarschaften Unterstützung in Pflegehaushalten geleistet, die nicht explizit als Ehrenamt markiert sei. Live-Ins würden aus den Erfahrungen der Beratenden eine untergeordnete Rolle spielen und auch Vermittlungen in diese Richtung fänden kaum statt.

Für besonders vulnerable Personengruppen, beispielsweise Kinder und Jugendliche sowie junge Erwachsene mit Pflegebedarf, oder Menschen mit Pflegebedarf und Fluchterfahrung, gebe es im Bezirk wenige oder keine geeigneten Versorgungsangebote. Fallkonstellationen an den Schnittstellen von Pflegebedürftigkeit, Sucht, Wohnungslosigkeit und psychischen Erkrankungen fordern die Beratenden in besonderer Weise heraus, da es für diese Personenkreise ebenso, häufig an Angeboten auf dem Pflegemarkt fehle.

3.3.2 (Pflege-)Beratung und Case Management

Die Vertreterinnen der Pflegestützpunkte Mühlenstraße und Am Steinberg sind der Meinung, dass sich die gemeinsame Arbeit des kassen- und landesseitigen Pflegestützpunktes und das Angebot für die Ratsuchenden über die Zeit sehr gut

⁵ Die SOKOs bieten Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit sich in der bezirklichen Selbstverwaltung ehrenamtlich einzubringen. Ehrenamt ergänzt unter fachlicher Leitung so die hauptamtliche Arbeit. Die Ehrenamtlichen übernehmen beispielsweise Gratulationen bei hohen Geburtstagen. Weitere Informationen unter <https://www.berlin.de/ba-pankow/politik-und-verwaltung/gremien/sozialkommission/>.

entwickelt habe. Berlinweit geltende Standards, ein gemeinsames Corporate Design, gemeinsame Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit aber auch die einheitliche Dokumentationssoftware (Care-CM)⁶, eingeführt zum 01.01.2024, tragen zu einer einheitlichen Aufgabenwahrnehmung bei.

Die Pflegestützpunkte seien gekennzeichnet von einem Professionsmix, der sich überwiegend auch bewährt habe. Bei den kassenseitig geführten Pflegestützpunkten fänden sich Pflegefachpersonen, die neben Sozialversicherungsfachangestellten die Aufgaben der Pflegeberatung wahrnehmen. Die landesweit geförderten Pflegestützpunkte seien weitgehend mit Sozialarbeitenden besetzt. Die Kommunikation funktioniere übergreifend über alle Pflegestützpunkte gut, sodass von den unterschiedlichen Kompetenzen der jeweils anderen Professionen profitiert werden könne. So könnten auch Schwerpunktberatungen für Familien mit pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen, sowie die Wohnberatung mit entsprechender Expertise realisiert werden. Zusammenarbeit und Austausch, wenn auch nicht im Einzelfall, gebe es unter anderem mit dem Medizinischen Dienst (MD) bei einem jährlichen Fachaustausch und bei Schulungsangeboten.

Case Management würde von anderen Akteursgruppen, etwa dem Krankenhaussozialdienst, nicht konsequent verfolgt und sei ein Alleinstellungsmerkmal der Pflegestützpunkte. Gefragt nach einem einheitlichen Verständnis von Case Management wurde darauf verwiesen, dass es berlinweite Standards für alle 36 Standorte der Pflegestützpunkte gebe. Unterschiede werde zwischen den Komplexitätsebenen Information, Beratung und Case Management. Eine komplexe Beratung im Sinne des Case Managements werde definiert als eine Fallkonstellation, bei welcher mehrere Lebensbereiche betroffen sind, die Selbsthilfepotenziale eingeschränkt sind und eine längerfristige Begleitung erforderlich ist. Von den in den 3 Pankower Pflegestützpunkten dokumentierten klientenbezogenen Leistungen im Jahr 2023 würden sich 5.919 auf Information, 3.372 auf Beratung und 75 auf Case Management belaufen. Es wurden insgesamt 297 Hausbesuche durchgeführt.

3.3.3 Care Management

Koordination und Vernetzung gehören zu den wesentlichen Aufgaben der Pflegestützpunkte in Berlin, die stetig weiterentwickelt werden sollen. Auf der strategischen Ebene der Träger wurde im Jahr 2018 zu diesem Zweck von den Pflegekassenverbänden und dem Land Berlin ein Sieben-Punkte-Plan beschlossen⁷. Einer der darin benannten Punkte war die bessere Vernetzung der Pflegestützpunkte auf struktureller Ebene. Aktuell werde dieser Plan fortgeschrieben.

Auf der bezirklichen Ebene in Pankow hätten sich in der Vernetzungsarbeit Schwerpunktthemen entlang der Versorgungsstrukturen vor Ort herausgebildet, beispielsweise Demenz, Schlaganfall und Prävention im Alter. In diesen Fällen würden Informationen aus der Beratungsdokumentation in die Netzwerkarbeit

⁶ Weitere Informationen unter <https://carecm.de/>.

⁷ Weitere Informationen unter <https://www.berlin.de/sen/archiv/gpg-2016-2021/2018/pressemitteilung.763013.php>.

einfließen. Bedarfe und Herausforderungen, die im Rahmen der Pflegeberatungen, bzw. dem Case Management, festgestellt werden, würden darüber hinaus in regionalen Netzwerken diskutiert. Beispielsweise Versorgungsprobleme im Bereich der Krankenbeförderung oder der haus- und fachärztlichen Versorgung. Beklagt wurde in der Fokusgruppe, dass diese Feststellungen nicht selten ohne direktes Verbesserungsergebnis bleiben würden. Unter anderem wegen bundesrechtlichen Regelungen oder weil Pflege marktwirtschaftlich organisiert sei und das Land und die Kommunen keine oder lediglich anschiebende Einflussmöglichkeiten hätten.

Die Aufgaben der Pflegestützpunkte beziehen sich zudem auf die Integration und Stärkung zivilgesellschaftlicher Handlungsformen. Der Forderung noch mehr Ehrenamt im Bereich der Pflege zu etablieren, wurde durch die Teilnehmenden allerdings mit Vorsicht begegnet. Nicht jeder strukturelle oder Fachkräftemangel könnte (und sollte) durch Ehrenamt kompensiert werden. Dennoch bestand Konsens darüber, dass die künftigen Herausforderungen nicht ohne private Netzwerke, aktive Nachbarschaften und zivilgesellschaftliches Engagement zu meistern sind. Insofern wurden auch ausdrücklich die vom Land Berlin geförderten Angebote der Pflegeselbsthilfe begrüßt: Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Pflege, Quartiersarbeit und Stadtteilzentren, die sich auch dem Thema Pflege widmen, seien wichtig.

3.3.4 Pflegeplanung

Die Probleme und Herausforderungen im Bezirk Pankow werden auch in der Sozialplanung wahrgenommen, die sich beim Thema Pflege allerdings im Wesentlichen als ein Monitoring versteht und beispielsweise SAHRA-Pflegekennzahlen⁸ nutzt. Schlüsse aus der Gegenüberstellung von Bedarfen und Angeboten zu ziehen, sei auf Bezirksebene nicht möglich. Hier schaue man auf die Pflegestrukturplanung des Landes, die kürzlich veröffentlicht wurde⁹. Zudem ist aktuell ein Altenhilfestrukturgesetz in Arbeit, welches hier ggf. Strahlkraft entwickeln könnte¹⁰.

Planerische Konsequenzen hätten die Feststellungen auf der Care Management-Ebene so gut wie nicht, Pflegeplanung auf Bezirksebene sei aufgrund der begrenzten Gestaltungsoptionen nicht angezeigt. Gleichwohl würde eine stärkere Verbindlichkeit von Planung begrüßt werden. Diskutiert wurde in Zuge dessen die Zuweisung von bestimmten Regionen an Pflegedienste, um Fahrtzeiten zu optimieren. Die Teilnehmenden wiesen darauf hin, dass manche Pflegedienste sich auf besondere Zielgruppen konzentrieren. Angesichts dieser Spezialisierung sei auch

⁸ SAHRA steht für *Smart Analysis Health Research Access*. Mithilfe der Pflegekennzahlen sollen Abrechnungsdaten, Behandlungsdaten, sowie Studien- und Registerdaten rechtssicher kombinierbar und für dazu ermächtigte Personen zugänglich gemacht werden. Weitere Informationen unter <https://www.sahra-plattform.de/>.

⁹ Weitere Informationen unter <https://www.berlin.de/sen/pflege/planung-und-zusammenarbeit/landespflegeplan/>.

¹⁰ Weitere Informationen unter https://www.berlin.de/sen/wgp/presse/2024/pressemitteilung_1489652.php und <https://www.seniorenpolitik-aktuell.de/berliner-seniorenbeirat-bringt-altenhilfestrukturgesetz-ein/>.

eine einfache Zuweisung von Straßenzügen an einen Dienst nicht in jedem Fall möglich.

3.3.5 Einordnung

Die Erfahrungen mit den Beratungsstellen rund ums Alter waren unter anderem ausschlaggebend dafür, dass die Regelungen zur Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI und zu den Pflegestützpunkten gemäß § 7c SGB XI in das Recht der Pflegeversicherung aufgenommen wurden. In Berlin befinden sich die Pflegestützpunkte entweder in der Trägerschaft der Kranken- und Pflegekassen oder des Landes. Auch wenn aus dem Bezirk Pankow berichtet wurde, dass sich die Pflegestützpunkte in unterschiedlicher Trägerschaft auf ein einheitliches Vorgehen verständigt haben, inklusive gemeinsamer Software, überzeugt die unterschiedliche Trägerschaft der Pflegestützpunkte nicht wirklich. Anders gesagt: Sie überzeugt nicht überall. Die Performance der Pflegestützpunkte ist im Land Berlin je nach Bezirk und Einzugsbereich sehr unterschiedlich. Was sich im Sinne des Konzepts „PflegestützpunktPlus“ aus der Arbeit in Berlin ableiten lässt, ist, dass eine multiprofessionelle Zusammensetzung der Pflegestützpunktteams sehr begrüßenswert ist. Die im Zusammenhang mit der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit auftretenden An- und Herausforderungen erfordern unterschiedliche professionelle Kompetenzen. Einerseits geht es um die Stärkung der pflegerischen Kompetenz und pflegefachlichen Begleitung, andererseits um Fragen der sozialen Netzwerkintegration oder auch um sozialrechtliche Unterstützung.

Nicht selten sind in den unterschiedlichen Sozialräumen in Berlin dann auch weitere mit Pflegebedürftigkeit assoziierten Probleme oder Lebenslagen, die etwa von Armut, Migrationsgeschichte oder anspruchsvollen Familiendynamiken geprägt sind. Pflegestützpunkte im Sinne eines PflegestützpunktesPlus tun gut daran, so auch die Erfahrungen aus Berlin, sich diesen unterschiedlichen Anforderungen zu stellen. Berlin kennt neben den Pflegestützpunkten noch eine ganze Reihe von weiteren Beratungsangeboten und -strukturen, beispielsweise bezirkliche Beratungsangebote, die allerdings ihrerseits wieder höchst unterschiedlicher Natur sind. Nicht alle Bezirke halten noch sogenannte allgemeine Sozialdienste vor. Insofern sind die infrastrukturellen und kollegialen Kontexte, in denen die Pflegestützpunkte in Berlin ihre Arbeit tun, sehr unterschiedlich.

Bemerkenswert sind auch die vielfältigen Aktivitäten des Landes Berlin im Bereich der Digitalisierung in der Pflege, die inzwischen in den Digitalpakt Alter integriert sind. In der Digitalisierung liegen einerseits zentrale Effizienzreserven der pflegerischen Versorgung und andererseits die Möglichkeit, die Zugänglichkeit von Beratungsangeboten für digital kompetente Haushalte sicherzustellen. Im Sinne eines digitalen Ökosystems wird man in Berlin auch in Zukunft Pflegestützpunktarbeit und Digitalisierung verschränken. Hier sind auch maßgebliche Investitionen geplant.

Auch Berlin ist von Infrastrukturdefiziten gekennzeichnet. Diese kamen auch in den Fokusgruppengesprächen in Pankow zum Tragen. Pflegestützpunkte, die gerne eine Broker-Funktion übernehmen würden, sehen sich angesichts der

Infrastrukturdefizite hierzu nicht in der Lage. Insofern muss man diese Erfahrungen mit Unter- und Fehlversorgung, die in den Pflegestützpunkten sichtbar werden, auch für die Landesplegeplanung sowie für die Weiterentwicklung der bundes- und landesrechtlichen Rahmenbedingungen der Pflege berücksichtigen.

4 PflegestützpunktPlus: Perspektiven für die Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung

Die Programmatik der DAK-Gesundheit, die mit dem DAK-Pflegereport verfolgt wird, zielt auf das Zielbild „PflegestützpunktPlus“, einer Weiterentwicklung der in §§ 7a, c SGB XI bereits 2008 mit dem Pflegewiederentwicklungsgegesetz gesetzlich vorgesehenen Case und Care Management-Institutionen. Sechs Bausteine gehören zu einem PflegestützpunktPlus (Abb. 14):



Abbildung 14: Perspektiven PflegestützpunktPlus (Klie 2025a, 169)

Integriertes Versorgungsmanagement

Die aktuell dominante Beratung und Information, die im Rahmen der Pflegeberatung erfolgt, wäre konsequent in § 7 SGB XI Angebote zu verlagern und zielgruppenspezifisch und ortsnah zu organisieren. Die Pflegeberatung im Sinne einer Case Management basierten Begleitung und des Fallmanagements ist im Kern Versorgungsmanagement. Entsprechend sollte klarstellend die bisherige Bezeichnung des § 7a SGB XI als „Pflegeberatung“ durch „Versorgungsmanagement“ ersetzt werden. Das Versorgungsmanagement in den Pflegestützpunkten gilt es im Sinne eines PflegestützpunktPlus mit anderen Care and Case Management-Ansätzen in der Region und in der gesundheitlichen Versorgung zu verschränken.

Digitales Ökosystem

Ohne Digitalisierung lässt sich heute keine fundierte, aktuelle, sektorenübergreifende und regional ausgerichtete Beratung und ein entsprechendes auf Beratung basierendes Versorgungsmanagement gewährleisten. Nicht nebeneinander, sondern aufeinander bezogene und ggf. integrierte oder einheitliche IT-Lösungen gilt es i. S. e. digitalen Ökosystems zu implementieren und zu fördern.

Dezentrale Präsenz von Pflegestützpunkten

Pflege findet im Wesentlichen vor Ort statt, pflegefachliche Begleitung flankiert im Wesentlichen solidarische Formen der Sorge und Pflege. Um sie zu stützen, einzubeziehen, zu initiieren und zu stabilisieren, braucht es eine dezentrale Präsenz von Pflegestützpunkten und Care und Case Management-Ansätzen.

Integrierte Beratung

Die Beratung auf Pflege angewiesener Menschen und ihrer An- und Zugehörigen hat aufeinander bezogen und integriert zu erfolgen. Vor diesem Hintergrund sind die bisher verstreuten Beratungsansprüche und -angebote auf Pflege angewiesener Menschen zusammenzuführen in ein Gesamtkonzept der pflegefachlichen Begleitung, Beratung, Schulung und des Case Managements.

Monitoring und Planung

Sowohl hinsichtlich der Fachkräfte als auch der Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen, ihrer Präferenzen und der ihnen zur Verfügung stehenden Infrastrukturen und entsprechender personeller Ressourcen bedarf es eines nach Möglichkeit KI-gestützten Monitorings, das als Grundlage für eine kommunal und regional ausgerichtete Pflegestrukturplanung dient.

Vernetzung, Koordination und Kooperation

Im Sinne des Care Managements sind die gesundheitlichen, pflegerischen, technischen, sozialen Unterstützungsformen mit ihren entsprechenden Akteuren in einem wohlfahrtspluralistischen Sinne, das heißt unter Einbeziehung der zivilgesellschaftlichen und informellen Strukturen, über ein Care Management zu vernetzen, zu koordinieren und die Kooperation zu etablieren.

Care und Case Management ist systemisch zu gestalten und mit Planung zu verbinden. Die Assessment-gestützte Begutachtung durch den MD, die Beratung im Einzelfall und die Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen sowie die Fallsteuerung durch ein Case Management in komplexen Konstellationen ist zu verbinden mit dem Care Management, der Koordination, Vernetzung und Infrastrukturentwicklung und einzubetten in ein Infrastrukturmonitoring und -entwicklung und Planung.

PflegestützpunktePlus sind Teil eines effizienten Gesamtversorgungssystems. Von ihnen profitieren alle Beteiligten: Die Krankenhäuser, die Kommunen, die Pflege- und Krankenkassen sowie der Medizinische Dienst und die Einrichtungen und Dienste und dies zugunsten der auf Pflege angewiesenen Menschen und ihren An- und Zugehörigen. Diese Mehrnutzen-Perspektive gilt es stärker als in der Vergangenheit zu etablieren.

5 Pflegeversicherung vor der Strukturreform

5.1 Bundespolitischer Rahmen

Der DAK-Pflegereport 2025 geht der Frage nach, wie ein resilientes System der Langzeitpflege für die Zukunft aussehen kann. Die aktuellen, aber vor allen Dingen die künftigen Herausforderungen sind groß. Eine in der Zukunft weiter steigende Zahl von Pflegebedürftigen, die erhöhten Finanzierungsbedarfe, die Stagnation respektive der Rückgang der Zahl von beruflich Pflegenden – trotz Zuwanderung, sich verändernde Lebensformen und der Rückgang der Zahl von Angehörigen, die in klassischen informellen Pflegesettings bereit und in der Lage sind, Pflegeaufgaben zu übernehmen – all diese Dynamiken markieren Herausforderungen. Ein Ausbau der Infrastruktur ist angesichts der Personalsituation nur in begrenztem Umfang zu erwarten.

Langzeitpflege fit für die Zukunft – was heißt das?

- Ein resilientes Pflegesystem muss darauf ausgerichtet sein, die Pflegeprävalenz zu senken – insbesondere durch eine erhöhte Gesundheitskompetenz und gezielte Pflegeprävention.
- Das in den 30 Jahren Pflegeversicherung mit seinen 90 Gesetzesänderungen immer komplizierter ausgestaltete System der Langzeitpflege bedarf dringend der Vereinfachung.
- Der zunehmenden Zahl von selbstorganisierten Pflegearrangements und Pflegegeldbeziehern sollte eine obligatorische fachliche Begleitung zur Verfügung stehen – nicht zuletzt für Notsituationen.
- An- und Zugehörige brauchen eine sie entlastende bedarfsgerechte Unterstützung, für die Case Management-basierte Arbeitsweisen, die in der Pflegeberatung und in den Pflegestützpunkte angelegt sind, eine große Rolle spielen.
- Die Handlungsautonomie von beruflich Pflegenden, ihr kompetenzorientierter Einsatz und die ihr zu übertragenden Heilkundeaufgaben inkl. fallabschließender Behandlung erscheint als eine Notwendigkeit in Zeiten eines Mangels an Fachpflegekräften und Ärzte und Ärztinnen in der ambulanten Versorgung. Wie im Ausland üblich, gilt es sie in ihrer Eigenverantwortung zu stärken.
- Erforderlich ist eine effiziente und optimierte Gestaltung von Prozessen, die den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung, die Sicherung der Qualität und die Begleitung Pflegebedürftiger betrifft: Hier das Assessment und der Pflegeplan des Medizinischen Dienstes, dort die individuelle Pflegeprozessplanung durch den Pflegedienst in der Einrichtung, hier wiederum die Versorgungsplanung der Pflegekasse.
- Nicht zuletzt mithilfe der Digitalisierung und der Tele-Pflege gibt es erhebliche Potenziale für eine Optimierung und Effizienz, auf die auch ein systematisches Care und Case Management ausgerichtet ist.

- Die das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem prägende Sektorengrenzen gilt es durch übergreifende Ansätze und einheitliche Leistungsformen durchlässiger zu machen.
- Budgetorientierte Finanzierungsansätze könnten sowohl die Autonomie der auf Pflege angewiesenen Menschen als auch die Handlungsspielräume der Professionellen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung erhöhen.
- Die immer noch verbreiteten nicht indizierten Klinikeinweisungen, Notfalleinsätze und Arztkontakte gilt es ebenso zu minimieren wie Heimaufnahmen, die sich aus Mängeln und Defiziten häuslicher Pflegearrangements ergeben.
- Die weiterhin ausgeprägte Bereitschaft der Bevölkerung, sich auch um auf Pflege angewiesene Menschen zu kümmern, sich solidarisch mit ihnen zu zeigen und dies auch im Alltag, verweist auf Potenziale alter und neuer Form alltäglicher Solidarität, für die Leitbilder der Caring Community dienen können.

In diesem Zusammenhang sind die Überlegungen zu PflegestützpunktenPlus gestellt. Sie verweisen auf eine zukünftige Pflegelandschaft mit interdisziplinär aufgestellten Teams, die auf regionaler und lokaler Ebene den Zugang zur Versorgung, die Begleitung von auf Pflege angewiesenen Menschen und das Care und Case Management übernehmen – mit einer künftig bedeutsameren Rolle der Kommunen im Verbund mit den Pflege- und Krankenkassen. In diesen Teams spielen Pflegefachpersonen der Medizinischen Dienste mit ihrem Assessment und künftig auszugestaltenden Beratungsfunktion ebenso eine wichtige Rolle wie an Heilkundeaufgaben beteiligte Pflegefachpersonen und Community Health Nurses: Mit ihnen lassen sich Pflegestützpunktstrukturen weiterentwickeln. Für die Finanzierung entsprechender Strukturen sind künftig populationsbezogene Modelle gefragt mit neuen Formen von Kostenmonitoring und der Priorisierung von Bedarfen innerhalb der regional zur Verfügung stehenden Ressourcen. Die individuellen Leistungen auf Pflege angewiesener Menschen und ihrer Ansprüche auf diese gilt es zu vereinfachen und zu differenzieren nach pflegefachlichen und heilkundlichen Begleitfunktionen einerseits und assistierenden Unterstützungsformen für die Bewältigung von Sorge- und Pflegeaufgaben im Alltag andererseits.

PflegestützpunktePlus stehen für ein regional und lokal ausgerichtetes Care Management, in dem die Koordination und Vernetzung von Angeboten nicht nur in der Langzeitpflege, sondern auch mit der ärztlichen und Notfallversorgung gewährleistet wird, pflegepräventive Angebote vorgehalten und entwickelt und Caring Communities in ihrer solidaritätsbasierten Unterstützung begleitet werden.

Langzeitpflege fit für die Zukunft? Es geht nicht um neue und zusätzliche Strukturen. Es kann auch nicht darum gehen, immer mehr Beratungsangebote zu schaffen, immer mehr Pflegefachpersonen für Qualitätssicherungsaufgaben „abzuziehen“. Es geht um ein effizientes Gesamtsystem. Dafür steht das Care und Case Management, dafür steht auch das Zielbild der PflegestützpunktePlus, die als wichtiger Baustein einer Strukturreform der Pflegeversicherung angesehen werden.

In der 21. Legislaturperiode gilt es die Weichen für ein resilientes Pflegesystem in Zeiten demografischer Transformation zu stellen. Der DAK-Pflegereport 2025 liefert

wichtige, an bereits vorbereiteten Reformansätzen anschlussfähige Bausteine für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Zu nennen sind etwa das in der 20. Legislaturperiode vorbereitete Pflegekompetenz- und ANP-Gesetz und die Regelungsvorschläge zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Langzeitpflege.

Die DAK-Gesundheit beteiligt sich an den Werkstätten der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, sei es in Modellprojekten gem. § 123 SGB XI, in denen es um ein integriertes Care und Case Management, KI-gestützte Planung und neue Versorgungsformen geht, sei es an dem Ansatz der subjektorientierten Qualitätssicherung mit einer Weiterentwicklung der Aufgaben und Funktionen des Medizinischen Dienstes, sei es durch vielfältige Ansätze der Pflegeprävention und regionaler Kooperationsformen etwa mit Kommunen und ihren Pflegestützpunktstrukturen und leistet so ihren Beitrag zur Resilienz einer zukunftssicheren Langzeitpflege. Die DAK-Gesundheit steht auch für eine aktive Rolle in der Pflegepolitik. Sie erkennt die Grenzen eines Ausbaus von Leistungen und der Anhebung von Beitragssätzen – und setzt auf ein effizientes System. Sie nimmt ihre pflegepolitische Gestaltungsrolle mit diesem DAK-Pflegereport bezogen auf eine notwendige Ausrichtung der Pflegepolitik auf die Pflege vor Ort wahr.

5.2 Dynamiken und Anpassungserfordernisse auf Landesebene

Das Land Berlin verfolgt eine ambitionierte Stadtpolitik für seine zwölf Bezirke. Mit dem Landespfegeplan hat Berlin die relevanten empirischen Daten zur Situation pflegebedürftiger Menschen auf Bezirks- und Sozialraumebene erfasst. Es finden sich sehr differenzierte Analysen zur Infrastruktur und deren Nutzung. Im Land Berlin handelt es sich im guten Sinne um eine in die Stadtentwicklungs- und Sozialplanung integrierte kommunale Pflegeplanung. Allerdings leidet auch der Landespfegeplan in Berlin darunter, dass es bisher keine verbindlichen Vorgaben für beziehungsweise keine Verbindlichkeit von landes- und kommunalen Pflegeplanungen gibt. Insofern ist die geltende Rechtslage nicht geeignet, der landes- und kommunalen Pflegeplanung die geforderte Verbindlichkeit zu verleihen.

Das Land Berlin bemüht sich weiterhin, im vorpflegerischen Bereich durch ein Altenhilfestrukturgesetz komplementäre und präventiv ausgerichtete Strukturen aufzubauen und diese über die Bezirke hinweg einheitlich zu steuern. Auch in diesem Bereich hat das Land Berlin eine Pionierrolle übernommen. Aufgrund der Haushaltsrestriktionen, die auch und gerade für das Land Berlin gelten, ist die Umsetzbarkeit jedoch fraglich. Im Land Berlin werden vielfältige, zu den Care- und Case Management-Strukturen komplementäre Angebote für auf Pflege angewiesene Menschen vorgehalten. Dazu zählen beispielsweise die präventiven Hausbesuche.

Dabei wird allerdings deutlich, dass die für Berlin sprichwörtliche Buntheit der Stadtgesellschaft und ihrer Strukturen auch für die Pflege gilt. Umso wichtiger erscheinen Care- und Case Management-Strukturen, die im Sinne des Konzeptes „PflegestützpunktPlus“ weiterentwickelt werden.

In der Koalitionsvereinbarung des schwarz-roten Senats finden sich vielversprechende programmatische Aussagen zur Pflege und zur gesundheitlichen

Versorgung. Pflege wird dabei als ressortübergreifende Aufgabe verstanden und in der Koalitionsvereinbarung abgebildet. Allerdings nicht immer in einer Weise, die die Notwendigkeit einer räumlichen Rückbindung erkennen lässt, wie etwa bei der Frage der Ausnahmegenehmigungen zum Parken für medizinisches Personal. Das Land Berlin wird in den Beratungen über eine Strukturreform der Pflegeversicherung sicherlich die aus seiner Sicht bestehenden Desiderate auf Bundesebene thematisieren, die auch im DAK-Landespflegereport 2025 für Berlin angesprochen werden.

6 Ausblick

Wir stehen in Deutschland vor einer großen Pflegereform – so das Versprechen der schwarz-roten Bundesregierung. Der Fokus der Diskussion um eine Pflegereform liegt dabei vor allem auf der Finanzierung der Pflegeversicherung für die nächsten Jahrzehnte. Diese Diskussion ist notwendig. Sie darf jedoch nicht von der ebenso unabsehbaren Notwendigkeit einer Strukturreform ablenken. Auch für Berlin gilt: Es bedarf einer effizienten, flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgungs- und Sorgestuktur. Ein Reset der Pflegeversicherung ist gefragt (Klie et al. 2025). Der DAK-Pflegereport 2025 gibt mit seinen Impulsen, insbesondere zum Care- und Case Management, Rückenwind und Argumente für eine große Pflegereform auf Ebene der Versorgungsstrukturen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erwartungen hinsichtlich der Veränderung der pflegerischen Versorgung in Deutschland (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (10% Bev. insg.; 10% BE) nicht abgebildet.	5
Abbildung 2: Bewertung der regionalen Pflegeinfrastruktur in Berlin (eigene Darstellung).....	6
Abbildung 3: Wissen darum wo Informationen und Unterstützung zur Organisation von Pflege zu erhalten wären im Vergleich zwischen dem Bundesdurchschnitt und Berlin (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (11% Bev. insg.; 10% BE) nicht dargestellt.....	7
Abbildung 4: Bekanntheit von Beratungsangeboten in Berlin und in der Gesamtbevölkerung Deutschlands (eigene Darstellung); Mehrfachantworten möglich.....	8
Abbildung 5: Nach einer erfolgreichen Beratung sind Angehörige mit der Pflegesituation eher zufrieden (Aussagen bezogen auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands) (Haumann 2025, S. 48)	9
Abbildung 6: Bekanntheit des Case Managements im Vergleich zwischen Berlin und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung).....	10
Abbildung 7: Interesse an Case Management im Vergleich zwischen Berlin und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (30% Bev. insg.; 27% BE) nicht dargestellt	11
Abbildung 8: Wahrnehmung der großen Mehrheit: Das Thema kommt in der Politik zu kurz (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (5% Bev. insg.; 5% BE) nicht dargestellt	12
Abbildung 9: Reformwunsch im Bundesdurchschnitt im Vergleich mit Berlin (eigene Darstellung).....	13
Abbildung 10: Veränderungen im Pflegegrad nach der Erstberatung (Lewin et al. 2025, S. 66)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Abbildung 11: Entwicklung der Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege im zeitlichen Verlauf relativ zum Pflegebeginn, differenziert nach Beratungserhalt (Lewin et al- 2025, 81).....	16
Abbildung 12: Anteil an PRISCUS-Verordnungen nach Bundesländern im Jahr 2023 (Lewin et al. 2025, S. 86)	18
Abbildung 13: Absolute Veränderung des Anteils der PRISCUS-Verordnungen 2017-2023 nach Bundesländern (in Prozentpunkten) (Lewin et al. 2025, S. 87)	19
Abbildung 14: Perspektiven PflegestützpunktPlus (Klie 2025a, 169)	30

Literaturverzeichnis

- Braeseke, Grit/Pflug, Claudia/Beikirch, Elisabeth (2018). Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten. IGES. Online verfügbar unter https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e23547/e24014/e24015/e24017/attr_objs24019/Endbericht_KVQSPS_IGES_gesamt_Final_20181220_ger.pdf (abgerufen am 04.11.2022).
- Bundesministerium für Gesundheit (2025). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand 13.02.2025. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html> (abgerufen am 22.05.2025).
- CDU Berlin/SPD Berlin (2023). Das Beste für Berlin. Ein Aufbruch für die Stadt. Eine Koalition für Erneuerung. Ein Regierungsprogramm für alle. Online verfügbar unter <https://www.berlin.de/rbmskzl/politik/senat/koalitionsvertrag/> (abgerufen am 16.04.2025).
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e.V. (2020). Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. 2. Aufl. Heidelberg, medhochzwei.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2024). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7. Mai 2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien) geändert durch Beschluss vom 09.01.2024. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/2024-01-09_Pflegeberatungs-Richtlinien.pdf (abgerufen am 05.02.2025).
- Haumann, Wilhelm (2025). Bevölkerungsbefragung des Instituts für Demoskopie Allensbach. In: Thomas Klie: Pflegereport 2025. Hg. v. Andreas Storm/DAK-Gesundheit. Heidelberg, medhochzwei Verlag, 26–60.
- Klie, Thomas (2025a). Ausblick und Empfehlungen: Pflegeberatung, Pflegestützpunkte & Strukturreform der Pflegeversicherung. In: Thomas Klie: Pflegereport 2025. Hg. v. Andreas Storm/DAK-Gesundheit. Heidelberg, medhochzwei Verlag, 164–175.
- Klie, Thomas (2025b). Pflegereport 2025. Hg. von Andreas Storm/DAK-Gesundheit. Heidelberg, medhochzwei Verlag.
- Klie, Thomas/Ranft, Michael/Szepan, Nadine-Michèle (2025). Reset Pflegeversicherung. Strukturreform PFLEGE und TEILHABE III. Berlin. Online verfügbar unter https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Strukturreform_Pflege_und_Teilhabe_III_2025.pdf (abgerufen am 03.06.2025).
- Lewin, Philip/Mähs, Mareike/Wendel, Pascal/Zeptner, Marco/Hildebrandt, Helmut (2025). Analyse von Routinedaten zur Pflegeberatung. In: Thomas Klie: Pflegereport 2025. Hg. v. Andreas Storm/DAK-Gesundheit. Heidelberg, medhochzwei Verlag, 61–94.
- Meißner, Sebastian (2024). Anzahl und Statistik ambulante Pflegedienste 2024. Online verfügbar unter <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/marktanalyse-zahlen-daten-fakten-analyse-ambulant-2019/> (abgerufen am 22.05.2025).
- Schwierk, Sam/Klie, Thomas (2025). Pflegestützpunkte und das Case und Care Management in 16 Variationen: Fokusgruppengespräche. In: Thomas Klie: Pflegereport 2025. Hg. v. Andreas Storm/DAK-Gesundheit. Heidelberg, medhochzwei Verlag, 106–133.

Statistisches Bundesamt (2023). Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Wiesbaden, Pressemitteilung vom 30.03.2023.

Witzel, Andreas (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Gerd Jüttemann (Hg.). Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim, Beltz, 227–255.