

# DAK-PFLEGEREPORT HAMBURG

---

**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](https://dak.de/forschung-1288)

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

**Der DAK-Landespflegereport 2025 für Hamburg**

**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 älterwerdenden 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.

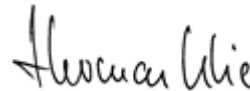
Im Landespflegereport werden für die Freie und Hansestadt Hamburg die wesentlichen Ergebnisse des Pflegereportes zusammengefasst, Sonderauswertungen vorgestellt und die Pflegeberatungs- und Pflegestützpunktstrukturen und ihre Praxis beleuchtet. Der DAK-Pflegereport bietet sowohl für eine notwendige Strukturreform 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 Hamburg .....	3
2.1	Wesentliche Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung .....	3
2.1.1	Rahmenbedingungen: Wahrnehmungen der Pflege in Hamburg .....	4
2.1.2	Wahrnehmung der regionalen Pflegeinfrastruktur .....	5
2.1.3	Beratung und Case Management .....	7
2.1.4	Politische Aspekte der Pflege .....	12
2.2	Pflegeberatung im Lichte der Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung .....	14
2.2.1	Exkurs: Verordnungsraten von PRISCUS-Medikamenten .....	17
2.3	Das Thema „Pflege“ in Hamburg: Landespolitische und -rechtliche Rahmenbedingungen .....	21
3	Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Hamburg .....	23
3.1	Methodik und Anlage .....	23
3.2	Teilnehmende der Fokusgruppe .....	24
3.3	Narratives Protokoll des Fokusgruppengesprächs in Hamburg .....	24
3.3.1	Regionales Profil der Langzeitpflege .....	24
3.3.2	(Pflege-)Beratung und Case Management .....	26
3.3.3	Care Management .....	28
3.3.4	Ausblick .....	29
3.3.5	Einordnung .....	30
4	PflegestützpunktPlus: Perspektiven für die Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung .....	33
	Versorgungsmanagement .....	33
	Digitales Ökosystem .....	34
	Dezentrale Präsenz von Pflegestützpunkten .....	34
	Integrierte Beratung .....	34
	Monitoring und Planung .....	34
	Vernetzung, Koordination und Kooperation .....	34
5	Pflegeversicherung vor der Strukturreform .....	36
5.1	Bundespolitischer Rahmen .....	36
5.2	Dynamiken und Anpassungserfordernisse auf Landesebene .....	38
6	Ausblick .....	39

# 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 Hamburg orientiert sich in seinem Aufbau an dem des DAK-Pflegereportes 2025<sup>1</sup>. 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

---

<sup>1</sup> Weitere Informationen und Download unter: [https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/dak-pflegereport-2025\\_134838](https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/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 Hamburg

### 2.1 Wesentliche Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung

Auch Hamburg 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 Hamburg werden im Folgenden die zentralen Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung vorgestellt.



### 2.1.1 Rahmenbedingungen: Wahrnehmungen der Pflege in Hamburg

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.

Die Bevölkerung in Hamburg hat insgesamt vergleichbare Erwartungen hinsichtlich potenzieller Veränderungen in der Versorgung von Pflegebedürftigen in den

nächsten 10 Jahren wie die Bevölkerung insgesamt. Die Mehrheit geht von einer Verschlechterung der Situation aus (Abb. 1).

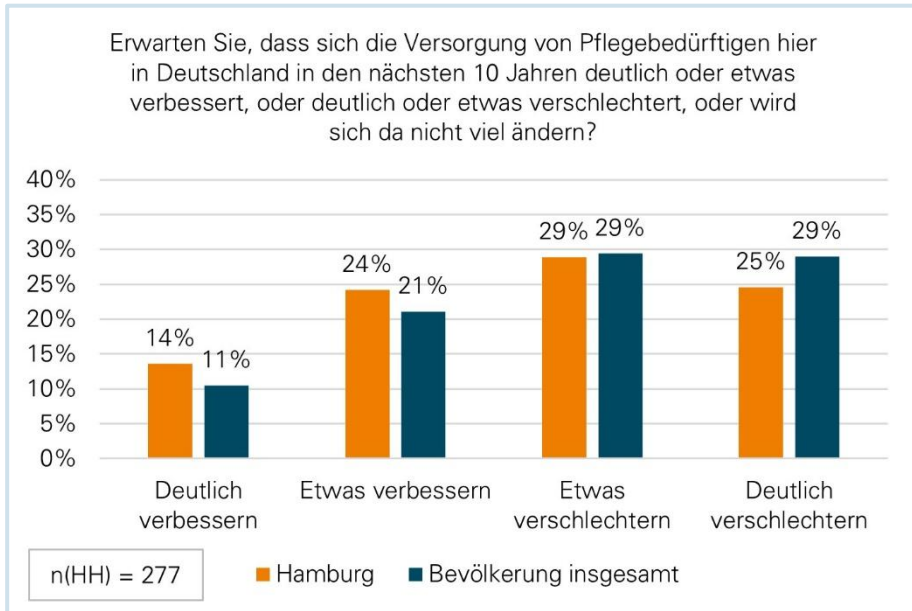


Abbildung 1: Erwartungen hinsichtlich der Veränderung der pflegerischen Versorgung in Deutschland (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (10% Bev. Insg.; 9% HH) nicht abgebildet.

Dabei geht die Bevölkerung in Hamburg 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 (93% HH; 92% Bev. insg.)
- Es wird deutlich mehr Pflegebedürftige geben (92% HH; 94% Bev. insg.)
- Es wird noch schwieriger und teurer werden einen Platz im Pflegeheim zu bekommen (91% HH; 93% Bev. insg.)

### 2.1.2 Wahrnehmung der regionalen Pflegeinfrastruktur

Die Wahrnehmungen der regionalen Pflegeinfrastruktur durch die Gesamtbevölkerung unterscheidet sich nicht substantiell 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 Hamburg tendenziell positiver aus als im Bundesdurchschnitt (Abb. 2).

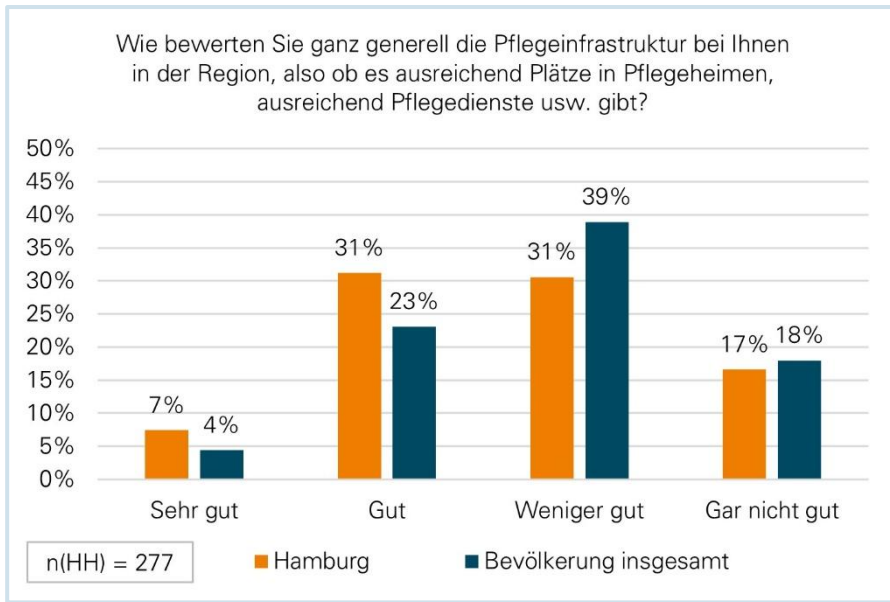


Abbildung 2: Bewertung der regionalen Pflegeinfrastruktur in Hamburg (eigene Darstellung)

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 Hamburg wie für andere Bundesländer auch.

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit Beratungsangeboten verhält es sich folgendermaßen: 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). In Hamburg bewertet die Bevölkerung das Beratungsangebot deutlich positiver als der Bundesdurchschnitt: 38 Prozent der Befragten (n = 277) sind mit dem regionalen Beratungsangebot zufrieden im Vergleich zu 19 Prozent, die mit dem Beratungsangebot unzufrieden sind. Am positivsten bewertet die Bevölkerung in Berlin das Beratungsangebot (37 Prozent), während die Bevölkerung in Thüringen im Ländervergleich am unzufriedensten ist (19 Prozent). Zudem wissen Hamburgerinnen und Hamburger (30 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 Hamburgs unsicher wo die entsprechenden Informationen und Unterstützungsleistungen zu erhalten wären (Abb. 3).

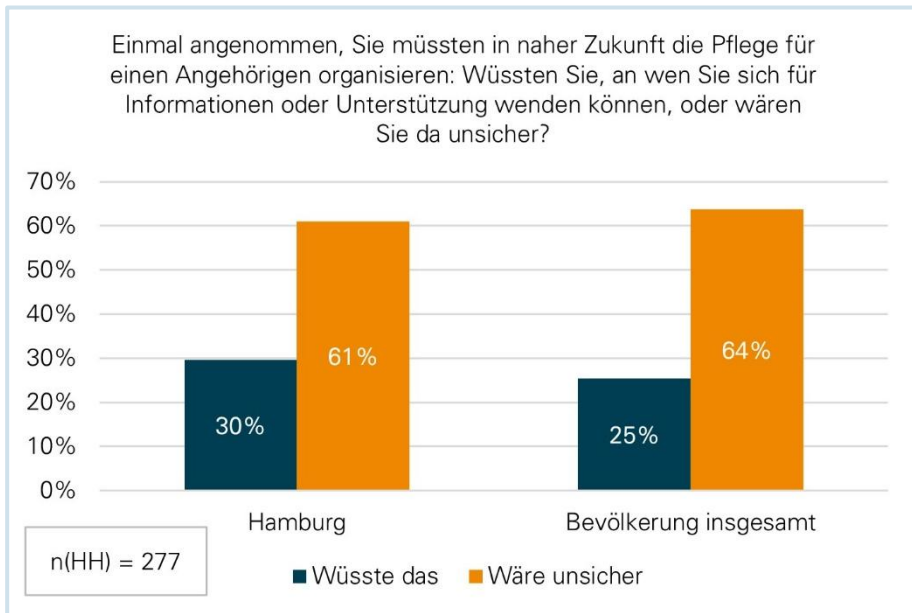


Abbildung 3: Wissen darum wo Informationen und Unterstützung zur Organisation von Pflege zu erhalten wären im Vergleich zwischen dem Bundesdurchschnitt und Hamburg (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (11% Bev. insg.; 9% HH) nicht dargestellt

### 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 Hamburgs zeigt sich, dass Pflegestützpunkte in Hamburg bekannter sind als im Bundesdurchschnitt. 5 Prozent mehr der Befragten (25 Prozent) in Hamburg gaben an schon von Pflegestützpunkten gehört zu haben (Abb. 4).

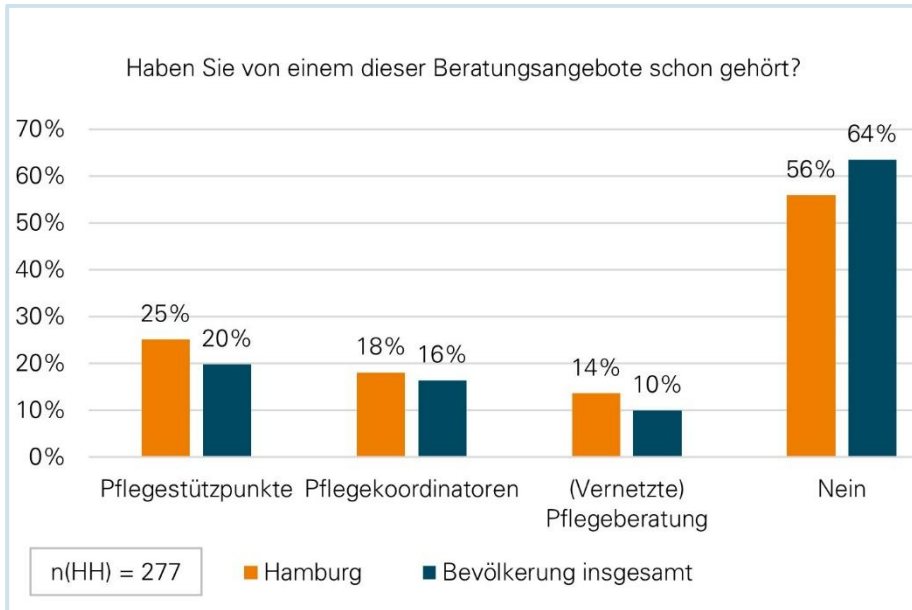


Abbildung 4: Bekanntheit von Beratungsangeboten in Hamburg und in der Gesamtbevölkerung Deutschlands (eigene Darstellung); Mehrfachantworten möglich

### 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 Beratung<sup>2</sup> 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).

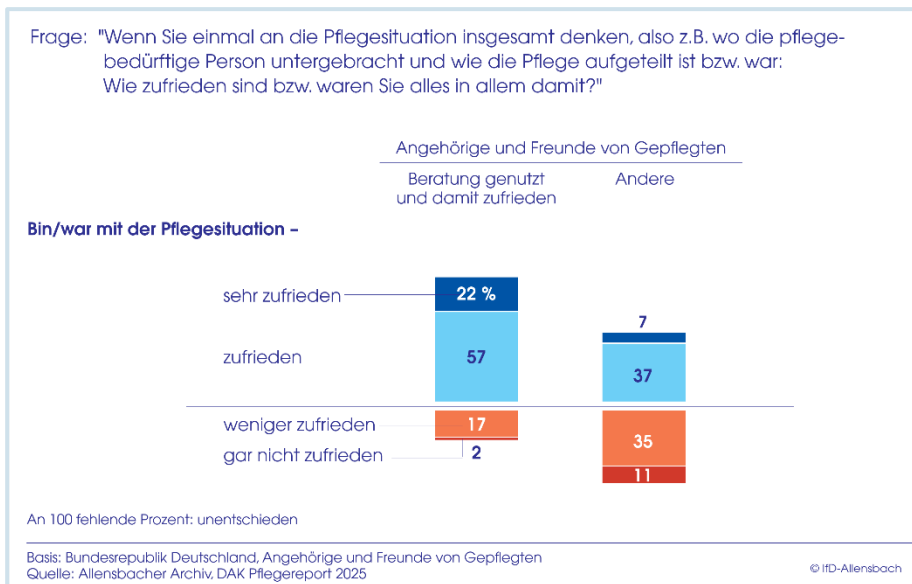


Abbildung 5: Nach einer erfolgreichen Beratung sind Angehörige mit der Pflegesituation eher zufrieden (Aussagen bezogen auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands) (Haumann 2025, S. 48)

<sup>2</sup> 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.

### 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. Hamburg weist mit 27 Prozent einen höheren Wert auf (Abb. 6).

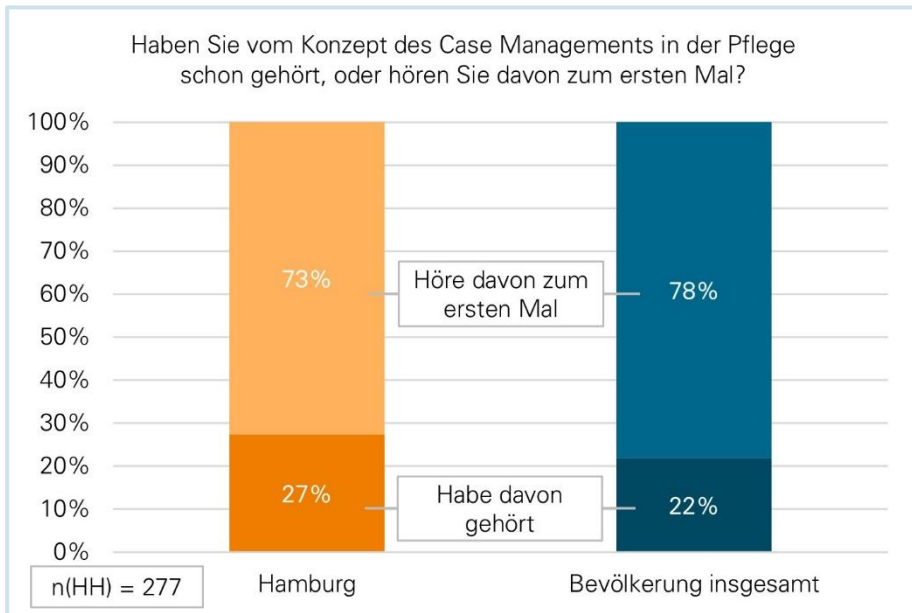


Abbildung 6: Bekanntheit des Case Managements im Vergleich zwischen Hamburg und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung)

Dabei wären 61 Prozent der Befragten aus Hamburg, 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. Der Wert in Hamburg ist höher als der der Bevölkerung insgesamt in Deutschland und weist auf ein höheres Interesse im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hin (Abb. 7).

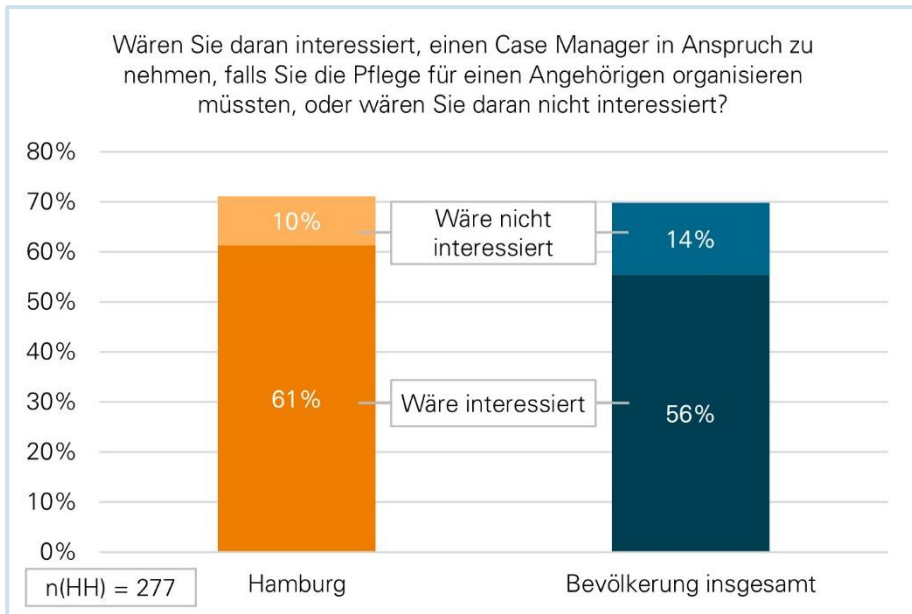


Abbildung 7: Interesse an Case Management im Vergleich zwischen Hamburg und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (30% Bev. insg.; 29% HH) nicht dargestellt



### 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. Auch in Hamburg geht die deutliche Mehrheit der Bevölkerung davon aus, dass Politik im Bereich der Pflege mehr tun müsste (Abb. 8).

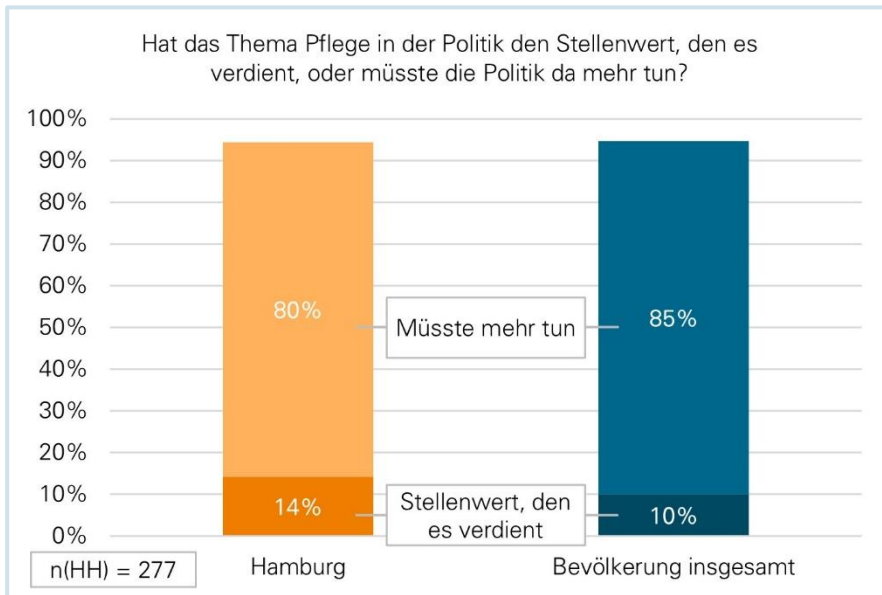


Abbildung 8: Wahrnehmung der großen Mehrheit: Das Thema Pflege kommt in der Politik zu kurz (eigene Darstellung) ; Antwortkategorie "Unentschieden" (5% Bev. insg.; 6% HH) nicht dargestellt

Die Einstellung der Bevölkerung zu einer umfassenden Reform der Pflege ist daher wenig überraschend. Sowohl im Bundesdurchschnitt (77 Prozent) als auch in Hamburg (76 Prozent) geht die absolute Mehrheit davon aus, dass eine solche Reform notwendig ist (Abb. 9).

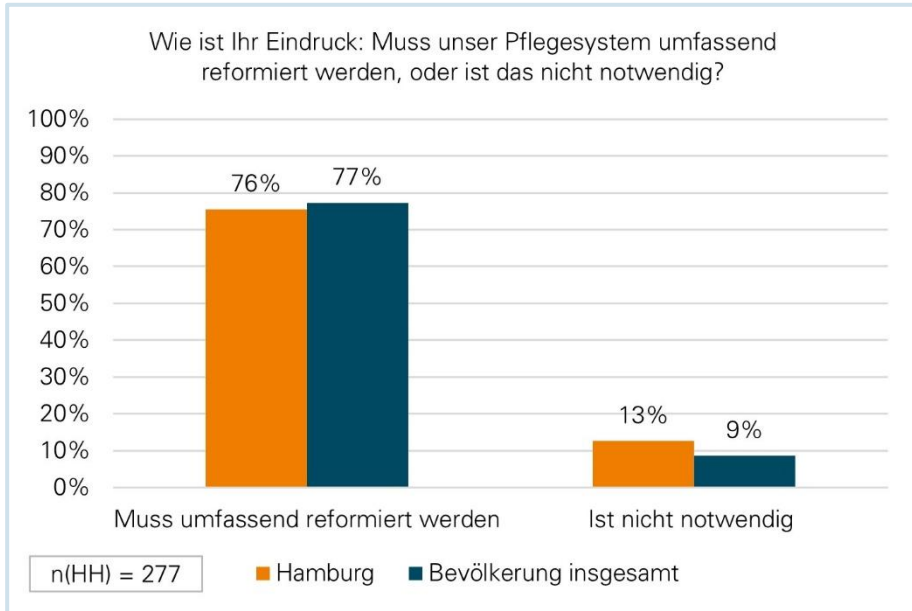


Abbildung 9: Reformwunsch in Hamburg im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung), Antwortkategorie "Unentschieden" (14% Bev. insg.; 12% HH) nicht dargestellt

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

## 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.

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).

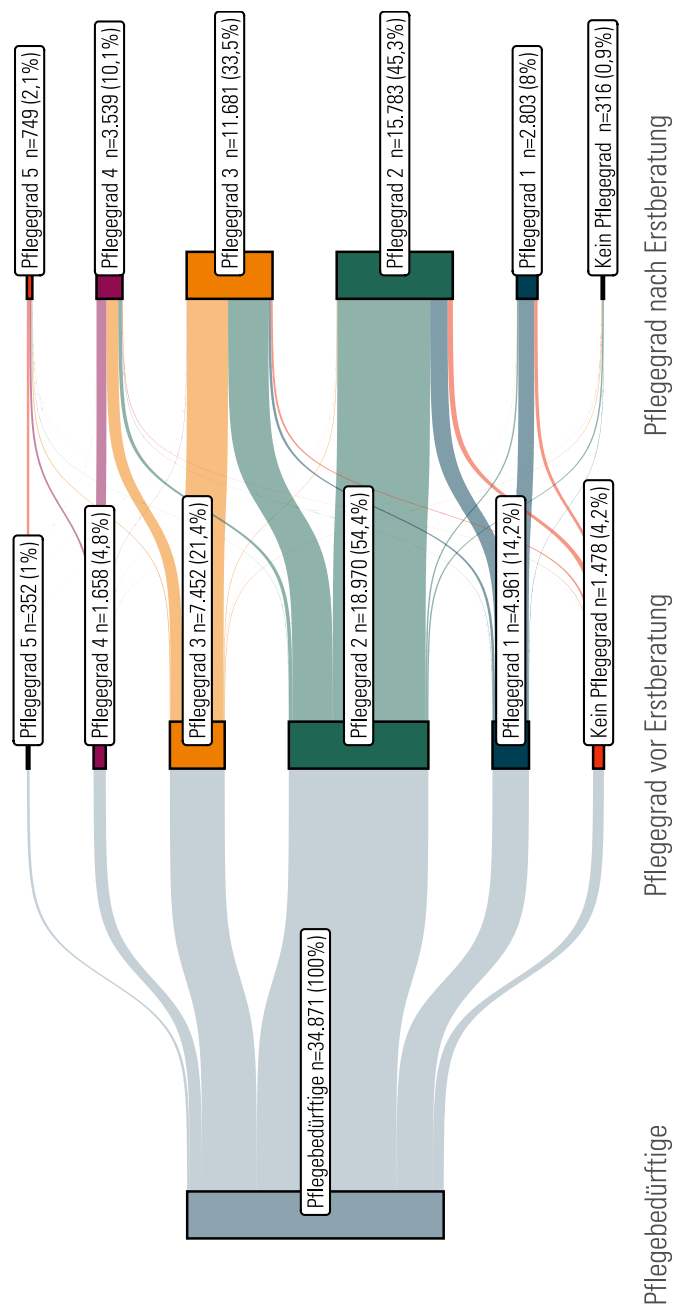


Abbildung 10: Veränderungen im Pflegegrad nach der Erstberatung (Lewin et al. 2025, S. 66)

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.

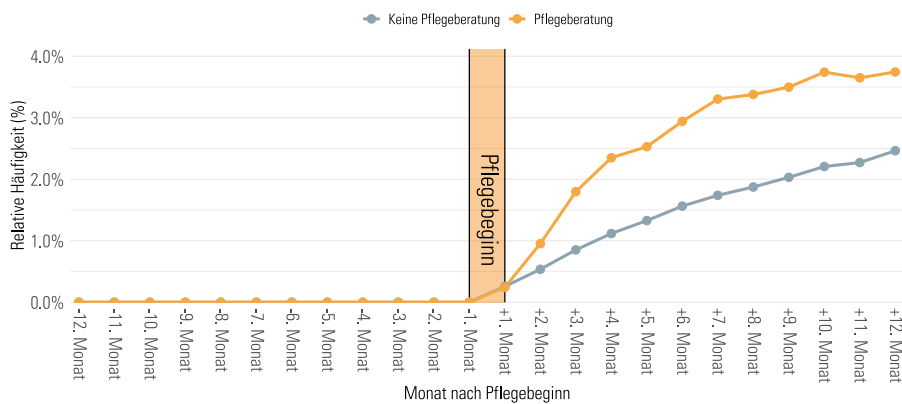


Abbildung 11: Entwicklung der Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege im zeitlichen Verlauf relativ zum Pflegebeginn, differenziert nach Beratungserhalt (Lewin et al- 2025, 81)

### 2.2.1 Exkurs: Verordnungsraten 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 Versorgungsraten 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.**<sup>13</sup> verdeutlicht die Veränderung der Verordnungsraten im Vergleich zu 2017. Der Rückgang ist in allen Bundesländern zu beobachten, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß.

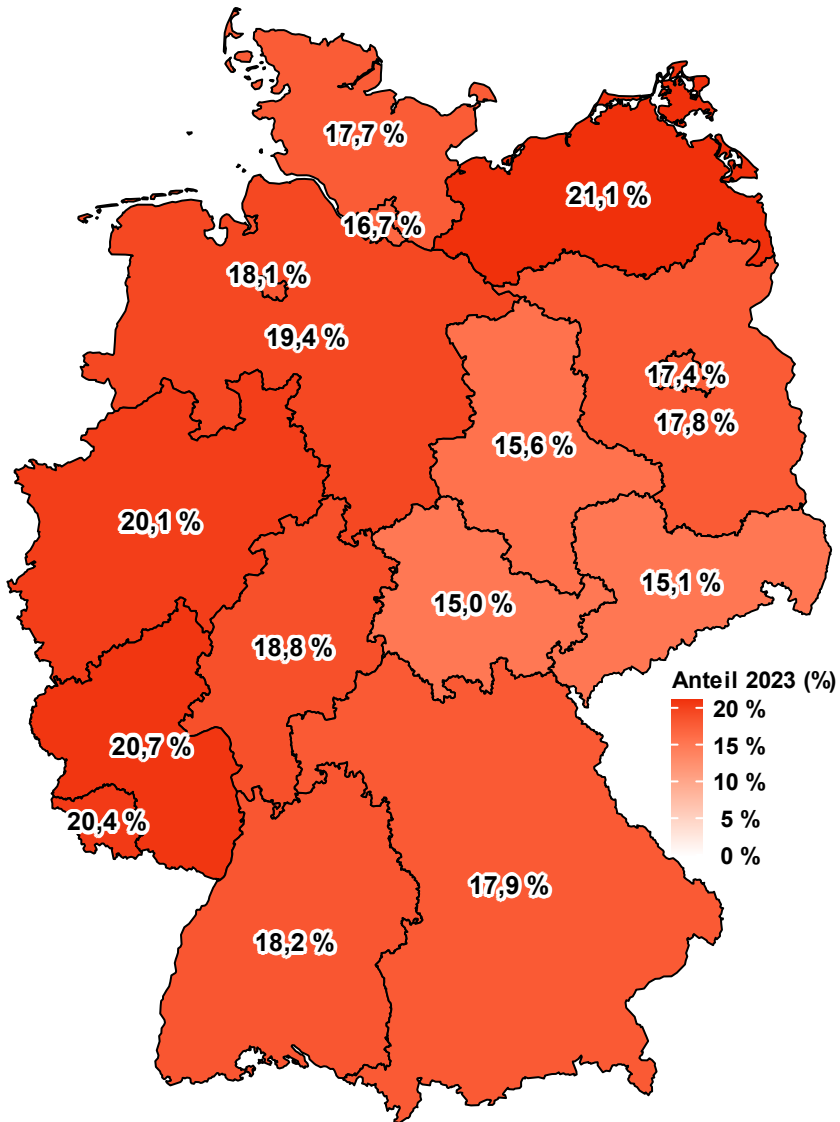


Abbildung 12: Anteil an PRISCUS-Verordnungen nach Bundesländern im Jahr 2023 (Lewin et al. 2025, S. 86)

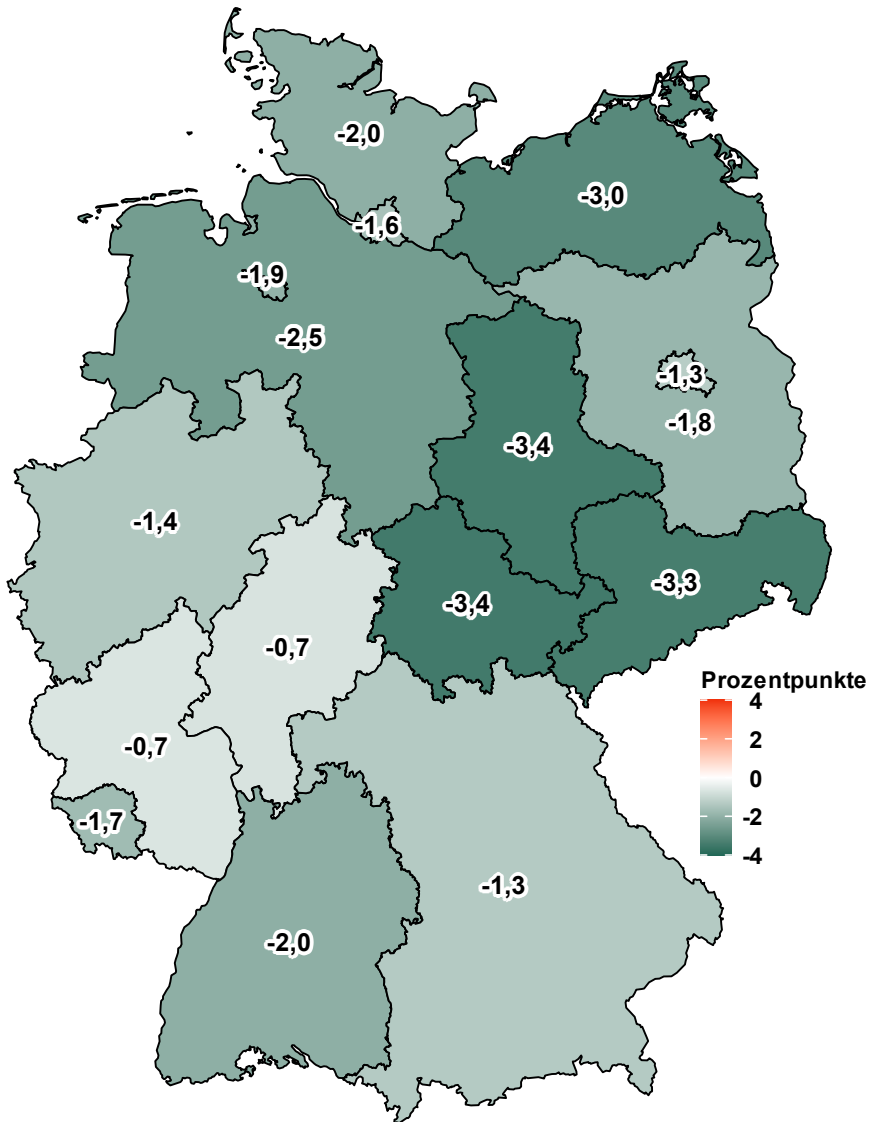


Abbildung 13: Absolute Veränderung des Anteils der PRISCUS-Verordnungen 2017-2023 nach Bundesländern (in Prozentpunkten) (Lewin et al. 2025, S. 87)

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 Hamburg: Landespolitische und -rechtliche Rahmenbedingungen

Im April 2025 verabschiedet die erneut gewählte rot-grüne Landesregierung ihren Koalitionsvertrag. Das Thema Pflege findet im Überkapitel „Gemeinsam gut leben“ unter „Gesundheit und Pflege“ auf den Seiten 95 bis 103 tiefergehende Betrachtung (SPD, Landesorganisation Hamburg und Bündnis 90/Die Grünen, Landesverband Hamburg (Hamburg) 2025).

Hamburg positioniert sich im Koalitionsvertrag als Vorreiter und Impulsgeber bei der Krankenhausreform sowie bei weiteren Reformen der ambulanten Versorgung, der Notfallversorgung und der Pflegeversicherung. Ziel ist es, diese Entwicklungen in enger Abstimmung mit Krankenhäusern, ambulanten Einrichtungen, der Kassenärztlichen Vereinigung, Krankenkassen, Kammern und Berufsverbänden zu gestalten. Dabei soll die medizinische und pflegerische Versorgung allen Menschen – unabhängig von sozialem Status, Herkunft oder Alter – in allen Stadtteilen gleichermaßen zugänglich sein. Die Basisversorgung soll flächendeckend gewährleistet, hochspezialisierte Angebote hingegen konzentriert bereitgestellt werden (ebd., 95).

In sozioökonomisch benachteiligten Stadtteilen, in denen die bestehenden Sicherstellungsinstrumente nicht ausreichen, werden weiterhin Lokale Gesundheitszentren gefördert. Dort sollen Community Health Nurses mit einem entsprechenden Masterabschluss arbeiten (ebd., 95). Zudem werden innovative Modellprojekte wie die Sozialberatung in hausärztlichen Praxen unterstützt (ebd., 95f.).

Im Bereich der Fachkräftesicherung setzt Hamburg seine Fachkräftestrategie Gesundheit um: Die Aus- und Weiterbildung wird gestärkt, die Arbeitsbedingungen sollen verbessert werden und für die Anerkennung ausländischer Abschlüsse wird auf Schulungen und Kenntnisprüfungen statt auf dokumentenbasierte Verfahren gesetzt (ebd., 97). Auf Bundesebene setzt sich Hamburg für eine umlagefinanzierte Pflegeassistentenausbildung ein (ebd., 97). Um die Abbruchquote in der Pflegeausbildung zu senken, werden Maßnahmen geprüft. Die generalistische Pflegeausbildung wird evaluiert. Auch Studienangebote für eine hochqualifizierte Pflege sollen weiter ausgebaut werden (ebd., 97).

Auf den Seiten 100ff. wird das Thema „Pflege“ als eine der zentralen sozialpolitischen Herausforderungen unserer Zeit benannt. Die bestehenden 40 Wohn-Pflege-Gemeinschaften sollen erhalten und gestärkt werden. Hamburg setzt sich für eine Reform des SGB XI ein, um gestiegene Eigenanteile für Pflegebedürftige zu senken und gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit für Dienstleister sicherzustellen. Es wird geprüft, wie ambulante regionale Versorgungskonzepte und Nachbarschaftstreffs gestärkt und gefördert werden können (ebd., 100).

Neue und bestehende Quartiere sollen im Rahmen der Stadtentwicklung stärker auf die Anforderungen ambulanter und stationärer Sozialeinrichtungen abgestimmt werden. Eine Vorbehaltsplanung für besondere Wohnformen soll die soziale Infrastruktur sichern (ebd., 101). Informationsmaterialien zur Pflege und zum Hospiz- und Palliativangebot sollen mehrsprachig und in leichter Sprache

bereitgestellt werden. Unterstützende Lotsen-Angebote im Alltag sollen ausgebaut werden (ebd., 101).

Wohnformen wie betreutes Wohnen und Mehrgenerationenhäuser werden gefördert und der „Hamburger Hausbesuch“ wird fortgesetzt. Die Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur soll gemeinsam mit Pflegeverbänden und weiteren Akteuren weiterentwickelt werden. Durch den Kauf von „Pflegen und Wohnen“ übernimmt Hamburg direkte Verantwortung für die Versorgungssicherheit in der Pflege. Dabei sollen unter anderem Angebote für Zielgruppen mit besonderen Bedarfen sowie der Ausbau der Kurzzeitpflege gesichert werden (ebd., 101).

Krankenhäuser und Pflegeheime sollen künftig in Modellprojekten kooperieren, auch mithilfe digitaler und telemedizinischer Lösungen, um die Inanspruchnahme von Krankenhäusern zu reduzieren. Hamburg setzt sich außerdem auf Bundesebene für eine Reform des Pflegekompetenzgesetzes ein (ebd., 101).

Kultursensible und queersensible Pflegeangebote sollen ausgebaut werden, Beschäftigte sollen entsprechend weitergebildet werden, und ein Projekt für queeres Wohnen im Alter soll vorangetrieben werden. Darüber hinaus sollen Alltagshilfen bekannter und besser zugänglich gemacht werden und pflegende An- und Zugehörige durch zusätzliche Kurzzeitpflegeplätze und das Pflegenottelefon entlastet werden (ebd., 101).

Weiterhin setzt sich Hamburg auf Bundesebene für ein Investitionsprogramm zur Klimaanpassung in Pflegeeinrichtungen ein. Die Wiedereinführung vergünstigter Darlehen soll in Zusammenarbeit mit der Förderbank Hamburg geprüft werden. Um stationäre Einrichtungen zu entlasten, wird mit den Trägern die 2024 in Kraft getretene Flexibilisierung der Fachkraftquote in der stationären Pflege durch die neuen noch flexiblen Zielwerte des BMG nach § 113c Abs. 8 SGB XI ersetzt. Der SGB XI-Rahmenvertrag und die Wohn- und Betreuungspersonalverordnung werden entsprechend angepasst. Die Prozesse zur Bewilligung und Auszahlung von Hilfe zur Pflege sollen beschleunigt werden (ebd., 102).

Die Wohn-Pflege-Aufsicht wird weiterentwickelt und die Kontrollinstanzen wie der Medizinische Dienst und die Heimaufsicht sollen besser verzahnt werden, um Doppelstrukturen entgegenzuwirken. Schließlich wird die Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativarbeit in Hamburg weiterhin unterstützt (ebd., 102).

Die Pflegestützpunkte werden im neuen Koalitionsvertrag Hamburgs nicht explizit aufgegriffen. Organisatorisch sind die Pflegestützpunkte in Hamburg aktuell wie folgt aufgestellt: Die Trägerschaft der Pflegestützpunkte liegt gemeinsam bei den Kranken- und Pflegekassen und beim Land. In den Pflegestützpunkten ist Personal beider Träger tätig. Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI findet in den Pflegestützpunkten statt (§ 6 *Landesrahmenvertrag nach § 92c Abs. 8 SGB XI zur Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in Hamburg* 2009).

### 3 Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Hamburg

#### 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 besetzt<sup>3</sup>. 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 Hamburg 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.).

Das Ziel dieser Fokusgruppen war die vorhandenen Erfahrungen aus der Praxis auszuwerten und erfolgreiche Ansätze sowie Limitationen zu identifizieren.

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

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 PflegestützpunktPlus<sup>4</sup>, 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 Hamburg hat der Geschäftsführer der Gesundheitskioske in Hamburg, sowie eine akademisierte Pflegefachperson, welche im Gesundheitskiosk Billstedt als Berater tätig ist, teilgenommen. Darüber hinaus waren der Fachreferent für Pflegeberatung und Pflegestützpunkte der Sozialbehörde Hamburg, sowie eine akademisierte Pflegeberaterin des Pflegestützpunktes Hamburg-Mitte beteiligt.

## 3.3 Narratives Protokoll des Fokusgruppengesprächs in Hamburg

### 3.3.1 Regionales Profil der Langzeitpflege

Die Langzeitpflege ist in Hamburg stark durch die häusliche Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf geprägt. Nur etwa 20% der hamburgischen Pflegebedürftigen leben in Heimen. Die übrigen 80% werden durch Angehörige und/oder einen der rund 400 Hamburger Pflegedienste versorgt (Amt für Gesundheit der Sozialbehörde Hamburg 2022, 14, 62). Auch im Bereich der ambulanten Pflege werde der Personalmangel immer deutlicher spürbar, es werde zunehmend schwerer einen Pflegedienst zu finden. Pflegedienste müssten zudem Neukunden ablehnen und könnten Aufstockungen von Leistungen der Bestandskunden nicht nachkommen. Durch die hohe Nachfrage könnten sich die Pflegedienste ihre Patientinnen und Patienten weitgehend aussuchen, was dazu führe, dass vulnerable

---

<sup>4</sup> 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.

Zielgruppen, wie Menschen mit Demenz, Verhaltensauffälligkeiten oder desorganisierten Wohnsituationen, schwer zu vermitteln seien. Auch sei die Versorgungsungleichheit regionsspezifisch: In manchen Stadtteilen, wie beispielsweise Finkenwerder, gebe es nur noch einen einzigen Pflegedienst direkt im Stadtteil, was zu einer Unterversorgung des Stadtteils führe. Die Pflegeberaterin des Pflegestützpunktes Hamburg-Mitte würde sich wünschen, dass für vulnerable Zielgruppen oder unterversorgte Regionen Anreize für die Pflegedienste geschaffen würden, möglicherweise auch monetärer Art.

Mit Tagespflegeeinrichtungen sei man gut versorgt, Nachtpflege gebe es in Hamburg leider gar nicht, Kurzzeitpflege sei eines der großen Probleme: Nur zwei Einrichtungen bieten solitäre Kurzzeitpflege an (Amt für Gesundheit der Sozialbehörde Hamburg 2022, 59). Die übrigen der etwa 140 Heime haben integrierte Kurzzeitpflege, allerdings würden die Heimleitungen die freien Betten teilweise nicht melden, weil das Personal bereits für die vollstationär versorgten Bewohnerinnen und Bewohner nicht ausreiche. Eingestreute Kurzzeitpflegeplätze würden mit erheblichen Versorgungsmängeln kämpfen, weil sie auf die besonderen medizinischen Anforderungen, aber auch die weiteren Beratungs- und sozialen Unterstützungsbedarfe nicht hinreichend reagieren können.

Die vollstationäre Versorgung in Hamburg sei überwiegend auskömmlich, auch wenn sechs Pflegeheime mit 681 Plätzen im letzten Jahr geschlossen worden seien.<sup>5</sup> Die Bewohnenden auf andere Einrichtungen zu verlegen sei aber gut gelungen. Live-Ins würden, wenn überhaupt nur in den wohlhabenderen Stadtteilen der Stadt Hamburg, eine Rolle in der Versorgung spielen. Der Fachreferent für Pflegeberatung und Pflegestützpunkte der Sozialbehörde Hamburg beobachtet darüber hinaus den Umbau von vollstationären Einrichtungen in Betreutes Wohnen, weil man sich hier bessere wirtschaftliche Erträge erhofft.

Auch ambulant betreute Wohngemeinschaften gebe es in Hamburg. Die Pflegeberaterin des Pflegestützpunktes berichtete allerdings, dass die ambulant betreuten Wohngemeinschaften, aufgrund der hohen Kosten, immer mehr in finanzielle Schieflage geraten. Sie kritisierte, dass im Gegensatz zu den vollstationären Einrichtungen, bei denen es stufenweise zunehmende Leistungszuschläge bei längerer Wohnzeit gibt, die ambulant betreuten Wohngemeinschaften nicht entlastet wurden. Auch müsse – wegen der individuell verhandelten Kostenvoranschläge – bei höherem Pflegegrad mit entsprechend höheren Kosten gerechnet werden (im Gegenteil zur stationären Versorgung, bei der alle Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegegrade 2-5 den gleichen Eigenanteil zahlen). Dies führe zu hohen Kosten in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

Hamburg erprobt zudem aktuell ein Pflegenottelefon<sup>6</sup>, welches in besonderen (kurzfristigen) Krisensituationen Unterstützung anbietet: Etwa wenn die Ehefrau

---

<sup>5</sup> Pressemitteilung unter [https://hamburg.t-online.de/region/hamburg/id\\_100559716/hamburg-pflegenotstand-fuehrt-zu-schliessung-von-heimen.html](https://hamburg.t-online.de/region/hamburg/id_100559716/hamburg-pflegenotstand-fuehrt-zu-schliessung-von-heimen.html).

<sup>6</sup> Weitere Informationen unter <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/pflege/beratung/pflegenottelefon>.

eines an Demenz erkrankten Menschen mit Pflegebedarf kollabiert oder in die Klinik muss.

Die Teilnehmenden der Fokusgruppe beschrieben darüber hinaus einen hohen Ressourcenverbrauch durch fehlende ambulante Versorgungsstrukturen sowohl ärztlicher als auch pflegerischer Art. An sich sei die Struktur der medizinischen Versorgung zwar für ältere Menschen vergleichsweise verlässlich, allerdings nicht für alle zugänglich. Gerade für Ältere zeigten sich Versorgungsprobleme dadurch, dass keine Hausbesuche durch Ärztinnen und Ärzte durchgeführt würden, oder ältere Patientinnen und Patienten weniger gern durch die Praxen neu aufgenommen würden. Dadurch fehle es an Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln insbesondere bei immobilen Patientinnen und Patienten.

Angesprochen auf besondere Zielgruppen, die durch das bestehende Versorgungssystem nicht adäquat aufgefangen werden können, wurde vor allen Dingen auf die folgenden Gruppen hingewiesen: Erstens auf Menschen mit frontotemporaler Demenz, für die häufig keine passende Versorgung gewährleistet werden könne. Abhilfe schaffe hier „ANKERPUNKT junge Demenz“ der Alzheimergesellschaft Hamburg e.V.<sup>7</sup> Auch Menschen mit Adipositas per magna würden dazugehören, die von mehreren Pflegekräften gleichzeitig versorgt werden müssen. Darüber hinaus fehle es an Angeboten zur Entlastung der jungen Pflegenden (*Young Carer*).

### 3.3.2 (Pflege-)Beratung und Case Management

Aus der Perspektive des Beraters aus dem Gesundheitskiosk liege die Notwendigkeit der Beratung auf Pflege angewiesener Menschen vor allem in der Komplexität des fragmentierten Gesundheits- und Sozialsystems begründet. Auch würden andere Zielgruppen, wie Menschen mit Einwanderungsgeschichte oder geringem Bildungsstatus, schlecht vom deutschen Gesundheitssystem erreicht.

Die Pflegestützpunkte in Hamburg wurden bereits im Jahr 2009 eingerichtet: In jedem Bezirk gibt es einen Pflegestützpunkt (Braeseke et al. 2018, 63). In Hamburg konnte bei der Errichtung der Pflegestützpunkte auf bestehende Beratungsstrukturen aufgebaut werden. So entstanden 2014 die Pflegestützpunkte und Beratungszentren für ältere, pflegebedürftige und körperbehinderte Menschen (PBM). In den Bezirksämtern wurden jeweils der Pflegestützpunkt, die bezirkliche Seniorenberatung, die Beratungsstelle für Menschen mit Körperbehinderung sowie die Bedarfsfeststellung im Rahmen der Hilfe zur Pflege unter einem Dach verortet. So sei das Ziel erreicht worden alle Fragen aus dem Kontext Pflege, Behinderung und Senioren praktisch aus einer Hand zu erhalten (Amt für Gesundheit der Sozialbehörde Hamburg 2022, 47). Dieses Vorgehen habe sich bewährt, so die Pflegeberaterin des Pflegestützpunktes Hamburg-Mitte. Die Zuständigkeit eines Pflegestützpunktes erstreckt sich auf rund 200.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Braeseke et al. 2018, 63). Die Pflegekassen und die Bezirksämter stellen für jeden Pflegestützpunkt geeignete Beratungskräfte im Mindestumfang von drei Stellen zur

<sup>7</sup> Weitere Informationen unter <https://www.alzheimer-hamburg.de/angebote/ankerpunkt-junge-demenz>.

Verfügung (2 Stellen durch die Kassen besetzt oder finanziert und eine durch die Stadt) (Landesrahmenvertrag nach § 92c Abs. 8 SGB XI zur Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in Hamburg 2009). Die Besetzung der durch die Kassen zu besetzenden Stellen wandle sich allerdings zunehmend in kassenfinanzierte Stellen. Das erleichtert aus der Sicht des Fachreferenten für Pflegeberatung und Pflegestützpunkte der Sozialbehörde Hamburg auch eine einheitlichere und unabhängigere Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten, weil die Dienst- und Fachaufsicht zusammenfallen. Durch eine Vereinbarung des Rechnungshofs mit der Sozialbehörde und den Bezirksämtern werde demnächst eine Bedarfsbemessung in den PBM erfolgen, in deren Prozess auch die aktuelle Belastung, sowie die personelle und räumliche Situation der Pflegestützpunkte betrachtet werden wird. Im Pflegestützpunkt Hamburg-Mitte ist die Teilnehmende der Fokusgruppe aktuell die einzige Beraterin. Sie arbeitet gerade eine neue Kollegin ein.

Aus ihrem Arbeitsalltag berichtete die Beraterin des Pflegestützpunktes, dass der Medizinische Dienst Nord zu sehr großen Teilen telefonische Pflegebegutachtungen (auch bei Erstbegutachten) durchführe. Dies werde zum einen den auf Pflege angewiesenen Menschen überhaupt nicht gerecht, sei zum anderen fehleranfällig, was die Begutachtung anbelange. Das Vorgehen führe außerdem zu vielen Widerspruchsverfahren. Sie nehme dann zum Teil die Gutachten mit nach Hause, da sie diese in ihrer Arbeitszeit nicht mehr bewältigen könne. Die meisten Anfragen, die beim Pflegestützpunkt aufschlagen würden, kämen von pflegenden Angehörigen, die Informationen benötigen, die ihre Überforderungssituation schildern, Entlastung suchen. Der Pflegestützpunkt informiert über Unterstützungsangebote im Stadtteil und vermittelt an Dienste und Einrichtungen – Aufgaben, die sehr zeitaufwendig sein können, aber aufgrund des fehlenden informellen Unterstützungsbedarfes notwendig seien.

Es gebe zudem eine beginnende Zusammenarbeit mit der Bahnhofsmision: Der Pflegestützpunkt berate wohnungslose Menschen mit Pflegebedarf (für die der Bezirk Hamburg-Mitte zuständig ist). Ein weiterer Bedarf sei Beratung in anderen Sprachen als Deutsch. Derzeit werden Dolmetscher für Pflegestützpunkte allerdings nicht finanziert (es fehlt dazu eine Regelung im SGB XI). Die Beraterin des Pflegestützpunktes berichtete, dass sie sich aktuell mit einem Übersetzungsgerät behelfe oder auch sehr gut mit den mehrsprachigen Dolmetscherinnen und Dolmetschern von MiMi<sup>8</sup> zusammenarbeite.

Der Gesundheitskiosk ist zunächst als Gesundheitsinnovationsfondsprojekt aus einer systematischen Bedarfsanalyse in Billstedt heraus entwickelt worden. Billstedt ist ein Stadtteil, in welchem viele Einwohnerinnen und Einwohner ein geringes Bildungs- und Einkommensniveau aufweisen. Der Fokus der Gesundheitskioske liege nicht primär auf Menschen mit Pflegebedarf. Stattdessen folge die Arbeit der Gesundheitskioske einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis. Die Beratung der Gesundheitskioske würden auch Menschen ohne Pflegebedarf wahrnehmen, die in ihrer gesundheitlichen Situation Unterstützung benötigen. Ein Schwerpunkt sei die Bearbeitung von Schnittstellenproblemen, die zu Belastungen und der Fehlversorgung der Patientinnen und Patienten und zu vermeidbaren Folgekosten

<sup>8</sup> Weitere Informationen unter <https://www.mimi-hamburg.de/>.



führen. Im Themenkomplex Pflege sei ein solches Schnittstellenproblem beispielsweise die Wundversorgung nach einer Krankenhausentlassung. In entsprechenden Qualitätszirkeln würden sich die Gesundheitskioske für eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgungsangebote einsetzen, sodass nach einer Krankenhausentlassung die anschließende Wundversorgung sichergestellt werden könne. Ein weiteres Beispiel sei die Initiierung einer besseren Kooperation der niedergelassenen Röntgenpraxen, um nicht indizierte Krankenhausaufnahmen nach einem Sturz zu vermeiden. Darüber hinaus unterstütze der Gesundheitskiosk unter anderem auch ältere Menschen eine Hausärztin oder einen Hausarzt zu finden. Aktuell kämpfe der Gesundheitskiosk mit der Bewältigung seiner Finanzierung.

Das Thema Case Management werde in Hamburg durch den Rahmenvertrag aber auch durch ein Qualitätshandbuch für die Pflegestützpunkte recht einheitlich behandelt – soweit es um die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten geht. Man differenziere zwischen Informationen, Beratung, Begleitung und Fallmanagement. Beim Fallmanagement würden in der Regel Hausbesuche durchgeführt. Auch werde ein Versorgungsplan erarbeitet, der allerdings weitgehend für interne Zwecke genutzt werde. Von Klientinnen und Klienten werde er ohnehin nicht nachgefragt. Man arbeite mit einer Software, die für die gesamte Sozialverwaltung eingesetzt werde: Open/PROSOZ<sup>9</sup>. Die Software beinhalte ein Tool für Bedarfsermittlung mit 17 Kategorien, der Formulierung von Beratungszielen und einem Maßnahmenplan. Zur Evaluation komme man allerdings zuletzt aus Personalmangel nicht. Auch die Pflegekassen würden im Rahmen der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI zu einem geringen Teil Hausbesuche durchführen. Allerdings seien die Aufgaben der Pflegeberatung der Pflegekassen häufig mit der Bearbeitung von Widersprüchen und Beschwerden verschränkt. Die Pflegekassen würden aber häufig auf die Pflegestützpunkte verweisen. Von den 2.000 telefonischen Erstkontakten, die der Pflegestützpunkt Hamburg-Mitte im Jahr 2024 gehabt habe, seien 64 neue Fälle in das Case Management aufgenommen worden. Zusammen mit den laufenden Case Management-Fällen, die in der Regel auch langfristige oder wiederkehrende Kontakte erfordern, würden aktuell ca. 230 aktive Case Management-Fälle im Pflegestützpunkt Hamburg-Mitte geführt.

Auch der Gesundheitskiosk arbeite nach Prinzipien des Case Managements. Nach einer Bedarfserörterung würden, insofern notwendig, weitere Akteure einbezogen, wie beispielsweise der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDI). Die Zusammenarbeit des Gesundheitskioskes Billstedt mit dem Pflegestützpunkt Hamburg-Mitte sei intensiv: Es würden Sprechstunden des Pflegestützpunkts im Gesundheitskiosk abgehalten und damit denjenigen zugänglich gemacht, die den Pflegestützpunkt sonst weder finden noch ansprechen würden. Das Case Management im Gesundheitskiosk aktiviere somit die Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt.

### 3.3.3 Care Management

Sowohl der Pflegestützpunkt als auch der Gesundheitskiosk seien wesentliche Akteure und eine „Spinne im Netz“ von unterschiedlichsten Netzwerken. Beim

<sup>9</sup> Weitere Informationen unter <https://www.prosoz.de/>.

Pflegestützpunkt Hamburg-Mitte handele es sich dabei überwiegend um vielfältige bilaterale Vernetzungen:

- Projekt Hamburger Hausbesuch
- Beschwerdetelefon Pflege
- Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften
- Alzheimer Gesellschaft
- Beratungszentrum für technische Hilfen und Wohnraumanpassung
- Wohn-Pflege-Aufsicht
- Betreuungsstelle (inkl. Fachstelle Pflege ohne Zwang)
- Servicewohnanlagen (auch LeNa der SAGA<sup>10</sup> als Quartiersprojekte)
- PflegeNotTelefon
- Polyklinik Veddel (Kooperationsvertrag)
- Polizei (Gewalt-Broschüre vorbereitet)
- ...

Darüber hinaus biete der Pflegestützpunkt diverse Vorträge in Einrichtungen sowie Infostände bei Veranstaltungen an.

Auch die Vernetzung mit in Hamburg agierenden Stiftungen sei eine wichtige, um bei Klientinnen und Klienten finanzielle Notlagen überbrücken zu können. Diese, zum Teil großzügigen Hilfen, würden teilweise Finanzierungslücken der Sozialhilfe kompensieren, beispielsweise bei größeren Anschaffungen wie Waschmaschinen.

Ebenso arbeite der Gesundheitskiosk eher in informellen Netzwerken, die sich häufig über gemeinsame Fallbearbeitungen ergeben würden. Die große Herausforderung werde zukünftig darin bestehen, die fallbezogene Kooperation in eine strukturierte Netzwerkarbeit zu überführen. Interessanterweise seien es aktuell gerade die Kliniken, die ein vermehrtes Interesse an einer strukturierten Zusammenarbeit zeigen würden.

Die Beratenden aus Pflegestützpunkt und Gesundheitskiosk berichteten, dass Care Management-Aufgaben häufig ehrenamtlich, in der eigenen Freizeit, geleistet werden müssen. Denn: Care Management ist zeitaufwändig (Verteilerlisten erstellen und aktuell halten, Treffen organisieren, alles protokollieren, Öffentlichkeitsarbeit etc.). Die Beraterin des Pflegestützpunktes merkte an, dass es leichter wäre, wenn für die Care Management-Aufgaben Unterstützung zur Verfügung stünde.

### 3.3.4 Ausblick

Die Teilnehmenden der Fokusgruppe waren sich einig, dass durchaus die Freie und Hansestadt Hamburg herausgefordert sei. Inzwischen gab es die Entscheidung in Hamburg, dass die Freie und Hansestadt Hamburg den Betrieb PFLEGEN & WOHNEN

---

<sup>10</sup> Weitere Informationen unter <https://www.saga.hamburg/immobiliensuche/allgemein/wohnen-fuer-senioren>.

HAMBURG GmbH (P&W) wieder zurückkauft. Damit sind rund 2.400 Pflegeplätze wieder in städtischer Hand.<sup>11</sup>

Mehr Steuerungsinstrumente auf kommunaler Ebene, das wünscht sich in jedem Fall die Pflegeberaterin des Pflegestützpunktes. Beispielsweise über Incentives oder Capitation-Modelle für Pflegedienste in Stadtteilen wie etwa Finkenwerder.

Aus Perspektive des Beraters des Gesundheitskiosks bedarf es generell eines Perspektivwechsels in der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung. Die strikte Trennung der Sozialgesetzbücher V und XI sowie der fehlende Fokus auf Prävention und die fehlende Einbindung von akademisch-qualifizierten Pflegefachpersonen stehe bisher nachhaltigen Verbesserungen im Weg. Die Einbindung von Pflegefachpersonen in die ambulante Versorgung vulnerabler Patientengruppen würde die Gesundheitsversorgung vor Ort in der Lebenswelt der Betroffenen verbessern, frühzeitige Interventionen fördern und maßgeblich zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte und zur Reduzierung von Pflegebedürftigkeit beitragen. Nach Erfahrungen des Beraters des Gesundheitskiosks ließen sich durch einen konsequenteren Einsatz von Pflegefachpersonen im Sinne des internationalen „Nursing“ viele Probleme frühzeitig vermeiden. Zudem ermögliche die gezielte Steuerung des Pflegeprozesses durch qualifizierte Fachpersonen – sowohl in ambulanten Diensten als auch in Pflegeheimen – eine frühzeitige Intervention, sodass viele Fallkonstellationen, die später ein Case Management erforderlich machen würden, gar nicht erst entstehen. Dies trage nicht nur zur Entlastung des Gesundheitssystems bei, sondern verbessere auch nachhaltig die Versorgungsqualität und Patientensicherheit.

### 3.3.5 Einordnung

Hamburg verfügt über eine lange Tradition bezirklicher Altenhilfe und (Langzeit-)Pflegestrukturen, an die auch die Arbeit der Pflegestützpunkte in den Hamburger Bezirken anknüpfen kann.

Mit dem Landesrahmenplan Pflege wurde eine fundierte Bestandsaufnahme der Infrastruktur, aber auch der fachlichen und pflegepolitischen Herausforderungen erarbeitet. Die Ergebnisse sind teilweise bis auf die Ebene der Bezirke und Stadtteile heruntergebrochen, wodurch regionale Unterschiede sichtbar gemacht werden. Dies bietet die Grundlage, um lokal passgenaue Lösungsansätze zu entwickeln.

Hamburg investiert in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) in KI-Anwendungen in der Pflegeberatung, aber auch in anderen pflegerischen Kontexten. Das Bundesland war und ist Promotor der Krankenhausreform, die auch für pflegerische Versorgungssettings Perspektiven bietet: Insbesondere die Level 1i-Krankenhäuser könnten hier zukünftig eine wichtige Funktion übernehmen und als interdisziplinäre Schnitt- und Anlaufstellen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung fungieren. Auch in der

---

<sup>11</sup> Weitere Informationen unter <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/finanzbehoerde/aktuelles/langfristige-staerkung-der-stationaeren-pflege-in-hamburg-1009092>.

Professionalisierung der Pflege und der Übertragung von zentralen Steuerungsfunktionen auf Pflegefachpersonen macht sich Hamburg auf den Weg.

Doch auch die Freie und Hansestadt Hamburg sieht sich mit den demografischen Dynamiken und gesellschaftlichen Veränderungen konfrontiert, die sich insbesondere in der Langzeitpflege zeigen. Dabei wird, wie in anderen urbanen Regionen auch, die Bedeutung sozialer Unterschiede in der Bevölkerung im Kontext der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung deutlich. Wie das Fokusgruppengespräch exemplarisch am Stadtteil Finkenwerder gezeigt hat, kann die gesundheitliche und pflegerische Versorgung nicht überall in gleicher Weise gewährleistet werden. Dem pflegepolitischen Engagement der Freien und Hansestadt Hamburg, das auch in der Koalitionsvereinbarung des rot-grünen Senats vom April 2025 zum Ausdruck kommt, entspricht der große Einsatz der in der Pflege tätigen Schlüsselfiguren. Dieses Engagement zeigt sich in den Einrichtungen und Diensten mit zum Teil ausgesprochen innovativen Ansätzen sowie in den Pflegestützpunkten. Das Fokusgruppengespräch zeigte: Die Aufgaben des Care Managements werden aus professioneller Überzeugung auch über den (zeitlichen) Dienstrahmen hinaus erfüllt. Dort, wo sich besondere kollegiale Kulturen der Zusammenarbeit im Versorgungsmanagement und im Versorgungsalltag entwickelt haben, lassen sich, wie auch in anderen Regionen, besonders sensible und sozialraum- sowie zielgruppenorientierte Bemühungen um die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung konstatieren.

Auch in Hamburg zeigen sich Versorgungsprobleme. Fehl- und Unterversorgung lassen sich sowohl regional als auch zielgruppenspezifisch identifizieren. Die Freie und Hansestadt Hamburg hat darauf unter anderem reagiert, indem sie die seinerzeit an ein Private-Equity-Unternehmen veräußerten Einrichtungen „Pflegen und Wohnen“ wieder in den städtischen Besitz zurückgeholt hat. Damit ist die Freie und Hansestadt Hamburg in bemerkenswerter Weise in der Lage, Versorgungssicherheit durch einen Landesbetrieb zu gewährleisten – sowohl für sonst unversorgte Zielgruppen als auch zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Welche Auswirkungen der Rückkauf der Einrichtungen auf die Versorgungslage in Hamburg haben wird, bleibt abzuwarten.

Bemerkenswert für die Freie und Hansestadt Hamburg ist überdies, dass sie sich, wie auch in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Bundesebene gefordert, dem Thema der pflegerischen Notfallversorgung widmet. Sie tut dies über ein aktuell evaluiertes Projekt mit einem Pflegenottelefon und solitären Kurzzeitpflegeplätzen für Pflegenotaufnahmen. Mit diesem Angebot reagiert die Freie und Hansestadt auf die im Rahmenplan Pflege identifizierten Versorgungsprobleme, die auch in der Pflegeberatung und den Pflegestützpunkten sichtbar werden.

All diese Bemühungen ändern leider nichts an den bestehenden Herausforderungen, denen sich die Pflege heute bereits gegenübersteht. Trotz dieser Herausforderungen muss die Versorgung pflegebedürftiger Menschen überall sichergestellt werden. Je nach Sozialraum und Stadtteil werden die Probleme prognostisch noch deutlich zunehmen. Das gilt insbesondere auch für das für Pflege- und Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehende Personal, wie der DAK-Pflegereport 2024 für die Freie und Hansestadt Hamburg darlegt (Klie 2024). Der

Rahmenplan Pflege zeigt ein hohes Niveau fachlicher Auseinandersetzung mit den Themen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, die auch zusammengedacht werden. Er macht aber auch den ausgesprochen begrenzten Steuerungseinfluss deutlich, den das Land und die Bezirke in Hamburg auf die Entwicklung der Infrastruktur und ihrer Inanspruchnahme haben.

Das Thema Pflegestützpunkte wurde in Hamburg von Anfang an sehr proaktiv aufgegriffen. Das Konzept von Pflegestützpunkten Plus, das im DAK-Pflegereport 2025 vorgestellt wurde (Klie 2025b) verspricht auch für die Freie und Hansestadt Hamburg wichtige Perspektiven für eine bezirks- und stadtteilorientierte Care und Case Management-Struktur. Dabei wird zu bedenken sein, wie die auch im DAK-Pflegereport dargelegten Differenzierung zwischen Information, Aufklärung, Beratung, pflegfachlicher Begleitung und Case Management definiert und zueinander in Beziehung gesetzt werden.

In der Koalitionsvereinbarung des rot-grünen Senats ist von weiteren Lotsenprogrammen die Rede. Angesichts der Vielzahl von Beratungsfunktionen wäre eine integrierte Konzeption im Sinne eines Care und Case Managements anzustreben, die sektorenübergreifend ist. Genau darauf zielt auch das Konzept der PflegestützpunktePlus ab. Dieses setzt jedoch voraus, dass die Arbeit in den Pflegestützpunkten ausreichend personell hinterlegt ist. Andernfalls können die mit dem Care und Case Management verbundenen Erwartungen hinsichtlich einer effizienteren Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens nicht erfüllt werden. Dies wurde auch exemplarisch in der Fokusgruppendifkussion deutlich.

#### 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 Pflegeweiterentwicklungsgesetz 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 Angebote nach § 7 SGB XI zu verlagern und zielgruppenspezifisch und ortsnahe 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 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 Pflegestützpunkten angelegt sind, eine große Rolle spielen.
- Die Handlungsautonomie von beruflich Pflegenden, ihr kompetenzorientierter Einsatz und die ihr zu übertragenden Heilkundaufgaben inkl. fallabschließender Behandlung erscheint als eine Notwendigkeit in Zeiten eines Mangels an Fachpflegekräften und Ärzten 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 Formen 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 Heilkundaufgaben 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 Reformansätze 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

Am 7. Juli 2025 wurde die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Strukturreform der Pflege ins Leben gerufen. In dem die Arbeit strukturierenden Papier werden zahlreiche Fragen aufgeworfen, die im DAK-Pflegereport 2025 thematisiert werden, aber auch solche, die in der Freien und Hansestadt Hamburg als virulente und drängende Fragen identifiziert und pflegepolitisch aufgegriffen wurden. Dazu gehören die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements, der zielgerichtete Einsatz von Künstlicher Intelligenz für die Pflegeberatung und die häusliche Pflege insgesamt sowie die Pflegenotfallversorgung, die gesondert in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe diskutiert werden wird. Auch neue Wohnformen, die Unterstützung ambulant betreuter Wohngemeinschaften und andere innovative, sektorenübergreifende Versorgungsangebote beschäftigen Hamburg seit Langem. Insbesondere die vorbildlichen ambulant betreuten Wohngemeinschaften sollen in Hamburg weiter unterstützt, stabilisiert und zahlenmäßig ausgebaut werden.

In der Bund-Länder-Arbeitsgruppe wird es auch um eine Weiterentwicklung und Rekonstruktion der Aufgaben zwischen Bund, Ländern und Gemeinden beziehungsweise Stadt- und Landkreisen gehen. Mit dem Rahmenplan Pflege ist Hamburg in Sachen Landes- bzw. kommunaler Pflegeplanung aktiv. Die Planungsansätze sollen jedoch – unter der Voraussetzung einer veränderten Kompetenzzuordnung im Bundesrecht – auch landesrechtlich noch verbindlicher geregelt und verortet werden. In der Weiterentwicklung des Leistungsrechts ist die Freie und Hansestadt Hamburg insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfe erfahren. Die Erfahrungen mit konsequenter Deinstitutionalisierung und Trägerbudgets in der Eingliederungshilfe können auch für die Weiterentwicklung und die vorgesehene Vereinfachung des Leistungsrechts in der Langzeitpflege wichtig sein und entsprechend genutzt werden.

Auch im Hinblick auf die Pflegestützpunkte wird die Freie und Hansestadt Hamburg, unter der Voraussetzung bundesrechtlich neu geregelter Rahmenbedingungen, in Kooperation mit den Pflege- und Krankenkassen die Strukturen weiterentwickeln, Care und Case Management-Ansätze noch konsequenter einbeziehen und sich in Richtung PflegestützpunktPlus orientieren können.

## **6     Ausblick**

Das Thema Langzeitpflege ist ein gesellschaftliches Topthema. Dabei darf jedoch nicht ausschließlich die Frage nach einer zukunftsicheren Finanzierung der Pflegeversicherung im Fokus stehen. Diese Fragen sind zu klären. An der Diskussion beteiligt sich auch die DAK-Gesundheit aktiv. Gleichzeitig muss es darum gehen, Perspektiven für die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung insgesamt zu entwickeln. Dabei geht es um Effizienz und individuelle Bedarfsgerechtigkeit. Hier werden sicherlich zum Teil größere Einschnitte im Sinne einer Strukturreform der Pflegeversicherung nötig sein. Von einem Reset der Pflegeversicherung ist die Rede (Klie et al. 2025). Die Frage der Sicherstellung einer ortsnahe häuslichen Pflege und Versorgung muss, so auch das Credo der neu eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe, im Vordergrund stehen. Gerade hier spielen das Case und Care Management sowie Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in einer weiterentwickelten Form eine zentrale Rolle. Die DAK-Gesundheit ist für die Freie und Hansestadt Hamburg, zumal sie ihren Sitz in Hamburg hat, ein wichtiger Partner im Ringen um eine resiliente Langzeitpflegestruktur.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erwartungen hinsichtlich der Veränderung der pflegerischen Versorgung in Deutschland (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (10% Bev. Insg.; 9% HH) nicht abgebildet. ....	5
Abbildung 2: Bewertung der regionalen Pflegeinfrastruktur in Hamburg (eigene Darstellung).....	6
Abbildung 3: Wissen darum wo Informationen und Unterstützung zur Organisation von Pflege zu erhalten wären im Vergleich zwischen dem Bundesdurchschnitt und Hamburg (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (11% Bev. Insg.; 9% HH) nicht dargestellt .....	7
Abbildung 4: Bekanntheit von Beratungsangeboten in Hamburg 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 Hamburg und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung) .....	10
Abbildung 7: Interesse an Case Management im Vergleich zwischen Hamburg und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (30% Bev. Insg.; 29% HH) nicht dargestellt .....	11
Abbildung 8: Wahrnehmung der großen Mehrheit: Das Thema Pflege kommt in der Politik zu kurz (eigene Darstellung) ; Antwortkategorie "Unentschieden" (5% Bev. Insg.; 6% HH) nicht dargestellt .....	12
Abbildung 9: Reformwunsch in Hamburg im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung), Antwortkategorie "Unentschieden" (14% Bev. Insg.; 12% HH) nicht dargestellt .....	13
Abbildung 10: Veränderungen im Pflegegrad nach der Erstberatung (Lewin et al. 2025, S. 66) .....	15
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) .....	33

## Literaturverzeichnis

- (2009). Landesrahmenvertrag nach § 92c Abs. 8 SGB XI zur Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.bing.com/ck/a?!&p=fb4a788207e129b9d6e54f5dc55276e2e3b6ae40ca53aae407ce41f058cffe6dJmltdHM9MTc0MDk2MDAwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=2fb95c95-79fd-6825-2b78-4f8678906913&psq=Landesrahmenvertrag+pflege%c3%bctzpunkte+hambnurg&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuaGFtYnVyZy5kZS9jb250ZW50YmxvYi8xMDc3MTM2L2NiZTI1ZmY5YmRiZG2YTRiYzU3NjRmZjNjYjllMjc3L2RhdGEvGFuZGVzcmFobWVudmVydHJhZy1wZmxlZ2VzdHVldHpwdW5rdGUucGRm&ntb=1> (abgerufen am 03.03.2025).
- Amt für Gesundheit der Sozialbehörde Hamburg (2022). Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2026. Hamburg.
- 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\\_objjs24019/Endbericht\\_KVQSPS\\_IGES\\_gesamt\\_Final\\_\\_20181220\\_\\_ger.pdf](https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e23547/e24014/e24015/e24017/attr_objjs24019/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).
- 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](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 (2024). Pflegereport. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus. DAK-Gesundheit. Hamburg/Freiburg. 47.
- 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](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.
- SPD Landesorganisation Hamburg/Bündnis 90/ Die Grünen Landesverband Hamburg (2025). Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 23. Legislaturperiode der Hamburgischen Bürgerschaft. Hamburg.
- 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.