

DAK-PFLEGEREPORT

HESSEN

**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 Hessen

Autor:

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

Unter Mitarbeit von

Sam Schwierk und Fabio Di Cianno

Freiburg
Juni 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 das Thema 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.

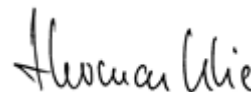
Im Landespflegereport werden für Hessen die wesentlichen Ergebnisse des Pflegereportes zusammengefasst, Sonderauswertungen vorgestellt und die Pflegeberatungs- und Pflegestützpunktstrukturen und ihre Praxis beleuchtet. Der DAK-Pflegereport bietet sowohl für eine notwendige Strukturreform der Pflegeversicherung 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 Hessen	3
2.1	Wesentliche Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung	3
2.1.1	Rahmenbedingungen: Wahrnehmungen der Pflege in Hessen	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	13
2.2.1	Exkurs: Verordnungsraten von PRISCUS-Medikamenten	16
2.3	Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Hessen: Landespolitische und -rechtliche Rahmenbedingungen	20
3	Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Hessen am Beispiel des Werra-Meißner-Kreises	22
3.1	Methodik: Anlage und Durchführung	22
3.2	Teilnehmende der Fokusgruppe	23
3.3	Narratives Landkreisprofil Werra-Meißner-Kreis	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	27
4	PflegestützpunktPlus: Perspektiven für die Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung	29
	Integriertes Versorgungsmanagement	29
	Digitales Ökosystem	30
	Dezentrale Präsenz von Pflegestützpunkten	30
	Integrierte Beratung	30
	Monitoring und Planung	30
	Vernetzung, Koordination und Kooperation	30
5	Pflegeversicherung vor der Strukturreform	32
5.1	Bundespolitischer Rahmen	32
5.2	Dynamiken und Anpassungserfordernisse auf Landesebene	34

6	Ausblick	36
---	----------------	----

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 Hessen 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 4.580 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/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 Hessen

2.1 Wesentliche Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung

Auch Hessen 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 2025). Die Datengrundlage lässt darüber hinaus Auswertungen auf der Ebene der Bundesländer zu. Für das Land Hessen werden im Folgenden die zentralen Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung vorgestellt.

2.1.1 Rahmenbedingungen: Wahrnehmungen der Pflege in Hessen

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 Hessen hat vergleichbare Erwartungen hinsichtlich der Entwicklungen der Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland in den nächsten 10 Jahren wie die Bevölkerung insgesamt: Die Mehrheit geht davon aus, dass sich die Versorgung etwas oder deutlich verschlechtern wird (Abb. 1).

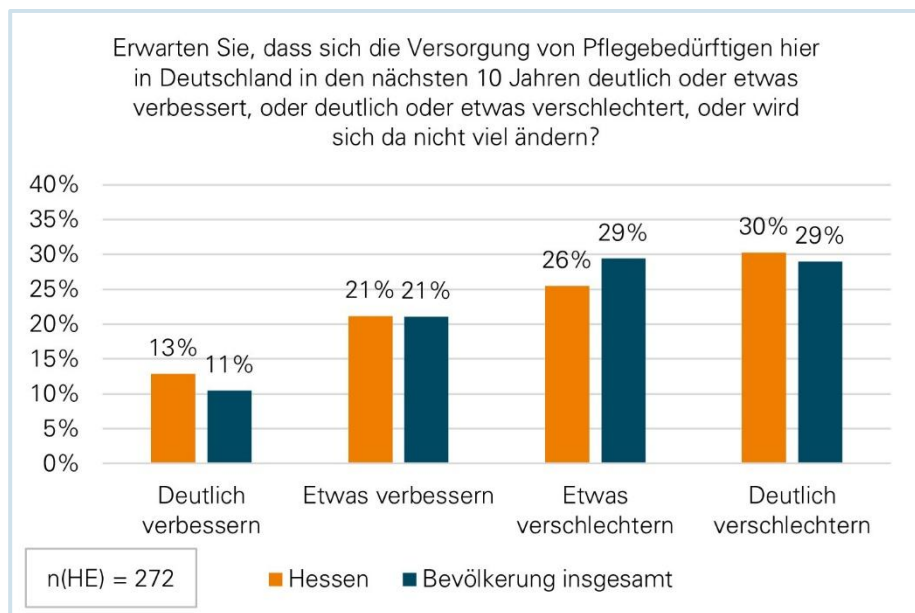


Abbildung 1: Erwartungen hinsichtlich der Veränderung der pflegerischen Versorgung in Deutschland (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (10% Bev. Insg.; 10% HE) nicht abgebildet

Dabei geht die Bevölkerung in Hessen, ebenso wie der Bundesdurchschnitt, 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% HE; 92% Bev. insg.).
- Es wird deutlich mehr Pflegebedürftige geben (92% HE; 94% Bev. insg.).
- Es wird noch schwieriger und teurer werden einen Platz im Pflegeheim zu bekommen (90% HE; 93% Bev. insg.).

2.1.2 Wahrnehmung der regionalen Pflegeinfrastruktur

Die Wahrnehmungen der regionalen Pflegeinfrastruktur durch die Gesamtbevölkerung unterscheidet sich nicht substanziell 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 weicht in Hessen nicht von der des Bundesdurchschnitts ab (Abb. 2).

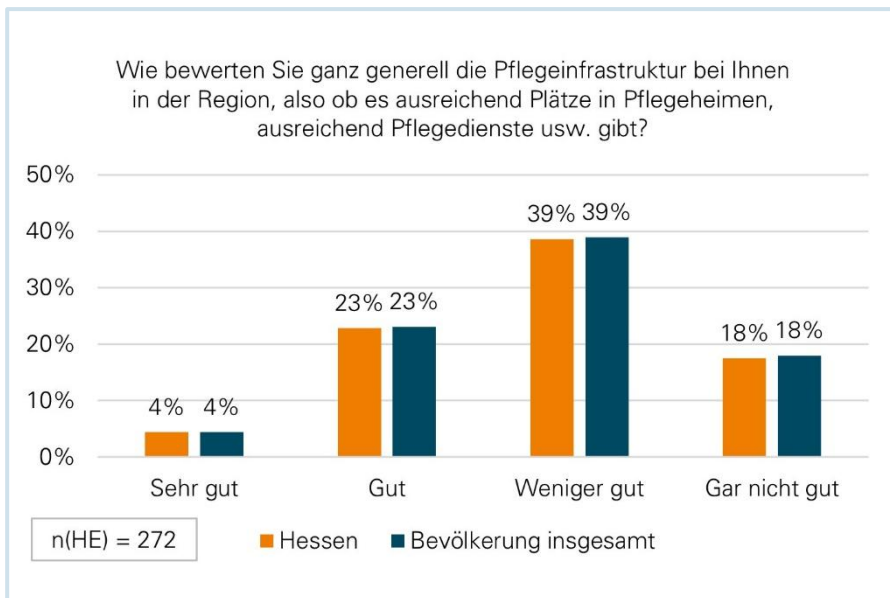


Abbildung 2: Regionale Pflegeinfrastruktur: mehrheitlich als weniger gut bewertet auch in Hessen (eigene Darstellung)

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 Hessen 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). In Hessen verhält es sich vergleichbar: 29 Prozent der Befragten (n = 272) sind mit dem regionalen Beratungsangebot zufrieden im Vergleich zu 24 Prozent, die mit dem Beratungsangebot unzufrieden sind. Im Ländervergleich bewertet die Bevölkerung in Berlin das Beratungsangebot (37 Prozent) am positivsten, während die Bevölkerung in Thüringen im Ländervergleich am unzufriedensten ist (19 Prozent).

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. Vergleicht man hier die durchschnittliche Bekanntheit dieser Angebote in der Gesamtbevölkerung mit der Bekanntheit in der Bevölkerung Hessens zeigt sich, dass Pflegestützpunkte in Hessen gleich bekannt sind wie im Bundesdurchschnitt (Abb. 4).

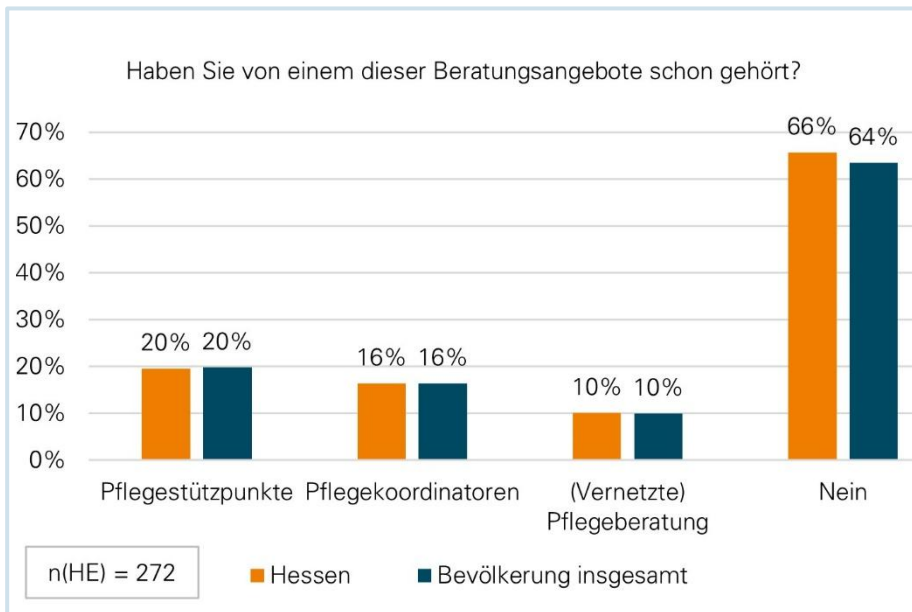


Abbildung 3: Bekanntheit von Beratungsangeboten in Hessen und in der Gesamtbevölkerung Deutschlands (eigene Darstellung); Mehrfachantworten möglich

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. 4).

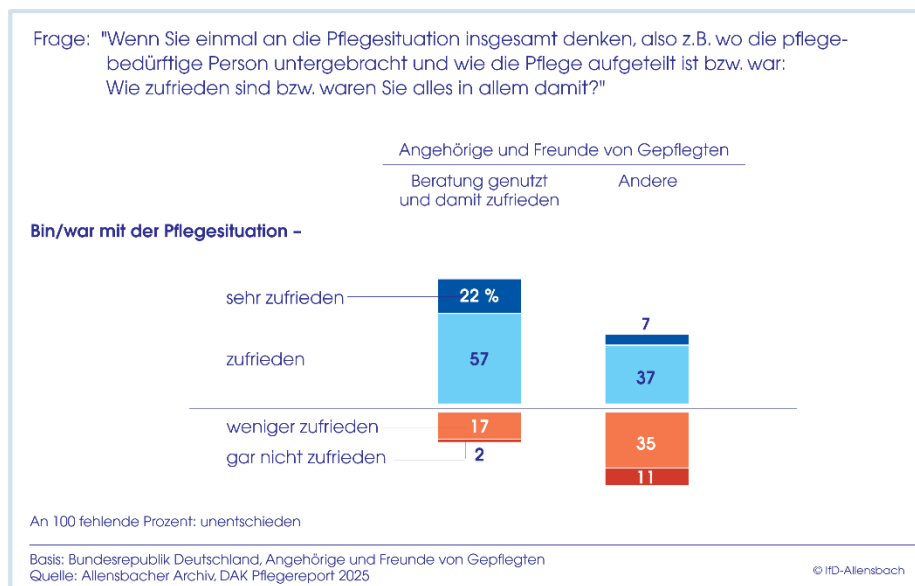


Abbildung 4: Nach einer erfolgreichen Beratung sind Angehörige mit der Pflegesituation eher zufrieden (Haumann 2025, 48)

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.

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. Hessen weist mit 23 Prozent einen vergleichbaren Wert auf (Abb. 5).

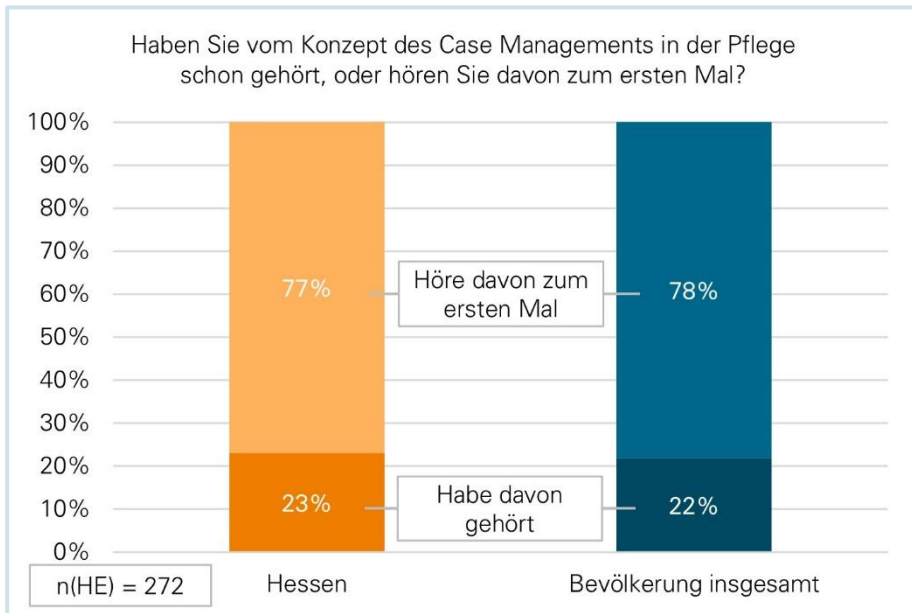


Abbildung 5: Bekanntheit des Case Managements im Vergleich zwischen Hessen und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung)

Dabei wären 55 Prozent der Befragten aus Hessen, 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 Hessen weicht nicht bedeutsam von dem der Bevölkerung insgesamt in Deutschland ab (Abb. 6).

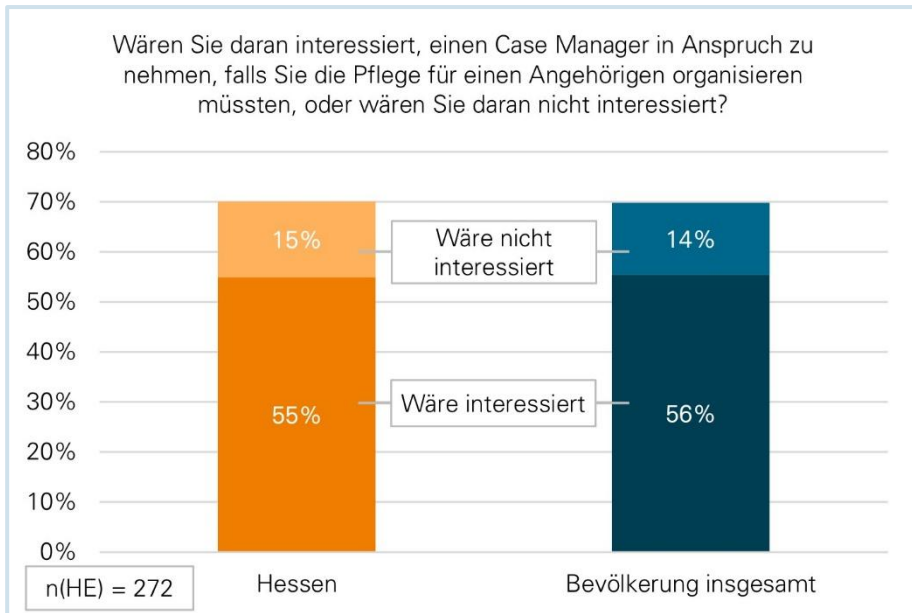


Abbildung 6: Interesse an Case Management im Vergleich zwischen dem Bundesdurchschnitt und Hessen (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (30% Bev. insg.; 30% HE) nicht dargestellt

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. Davon weicht auch die Wahrnehmung in Hessen nicht ab (Abb. 7).

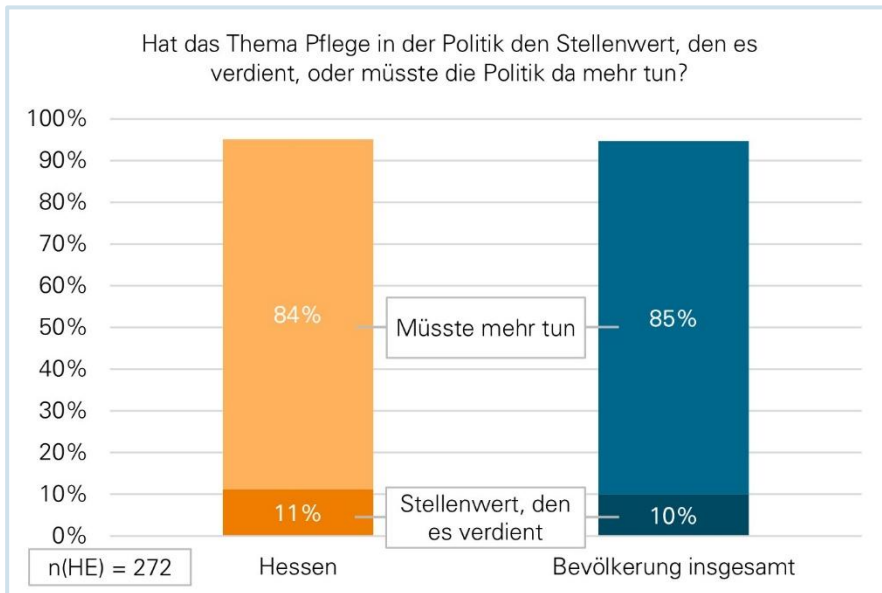


Abbildung 7: Wahrnehmung der großen Mehrheit: Das Thema Pflege kommt in der Politik zu kurz (eigene Darstellung)

Die Einstellung der Bevölkerung zu einer umfassenden Reform der Pflege ist daher wenig überraschend. Sowohl im Bundesdurchschnitt (77 Prozent) als auch in Hessen (74 Prozent) geht die absolute Mehrheit davon aus, dass eine solche Reform notwendig ist (Abb. 8).

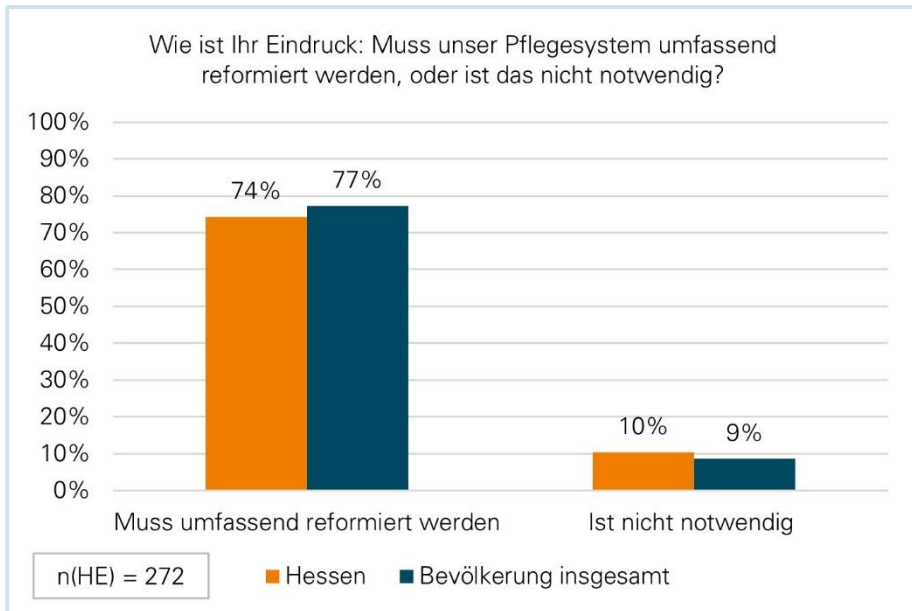


Abbildung 8: Reformwunsch in Hessen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (14% Bev. Insg.; 15% HE) nicht abgebildet

Im Rahmen einer Reform des Pflegesystems wären der Bevölkerung Hessens insbesondere die folgenden Aspekte wichtig: Weniger Bürokratie, eine bessere Zusammenarbeit vor Ort – von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Kommunen, Pflegediensten und dass es in der Pflege eine Grundversorgung für alle und kostenpflichtige Zusatzangebote gibt.

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 Prozent) als auch nach (rund 89 Prozent) 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. 9).

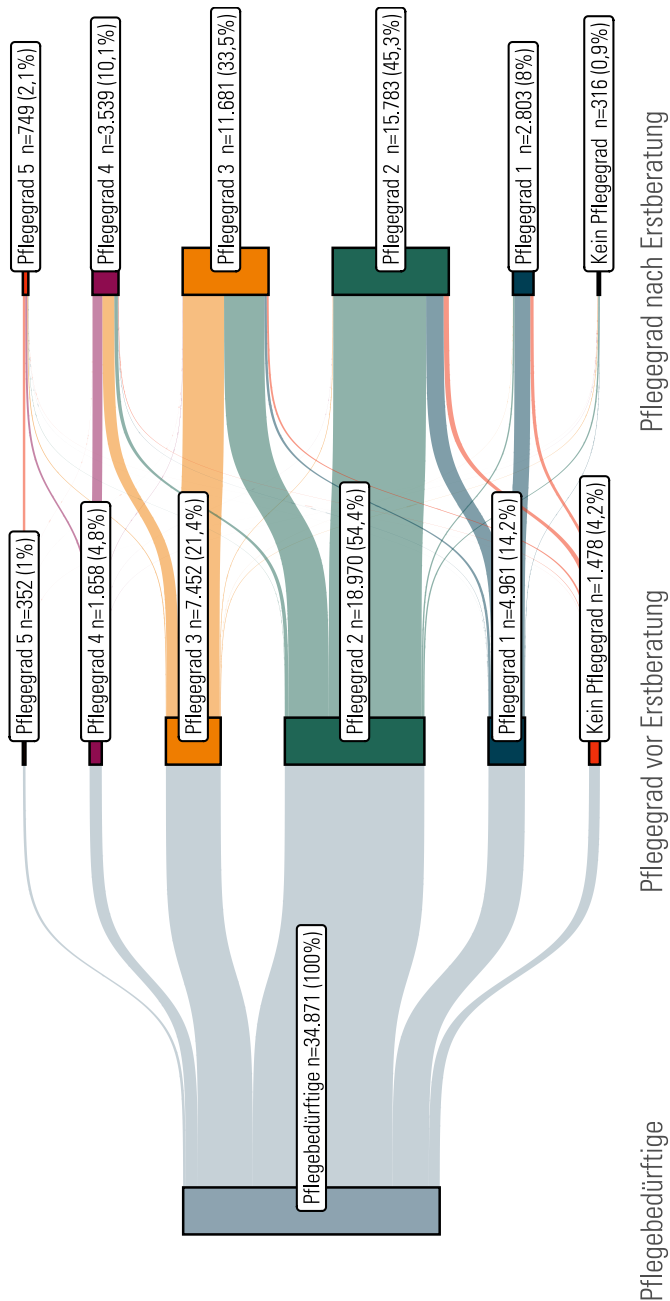


Abbildung 9: Veränderungen im Pflegegrad nach der Erstberatung (Lewin et al. 2025, S. 66)

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. 10). Dies spricht für eine stärkere Förderung von Beratungsangeboten, um Pflegebedürftige frühzeitig zu unterstützen und die Versorgungssituation nachhaltig zu verbessern.

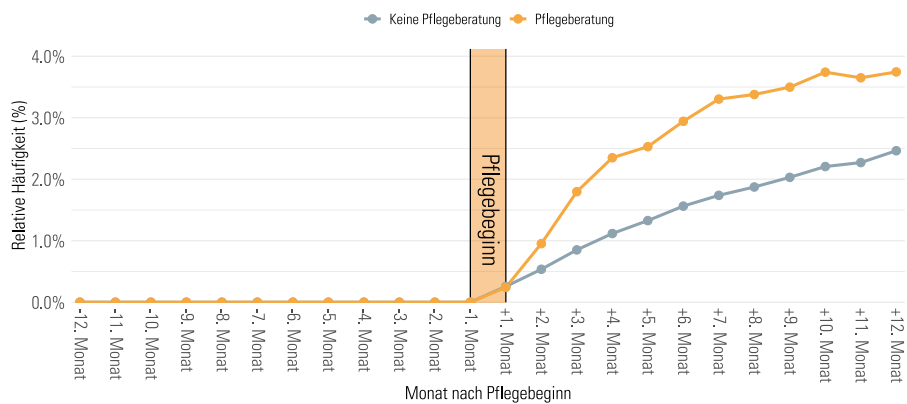


Abbildung 10: Entwicklung der Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege im zeitlichen Verlauf relativ zum Pflegebeginn, differenziert nach Beratungserhalt (Lewin et al- 2025, 81)

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 11 zeigt den Anteil der PRISCUS-Verordnungen in den Bundesländern im Jahr 2023.

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.¹² verdeutlicht die Veränderung der Verordnungsraten im Vergleich zu 2017. Der Rückgang ist in allen Bundesländern zu beobachten, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß.

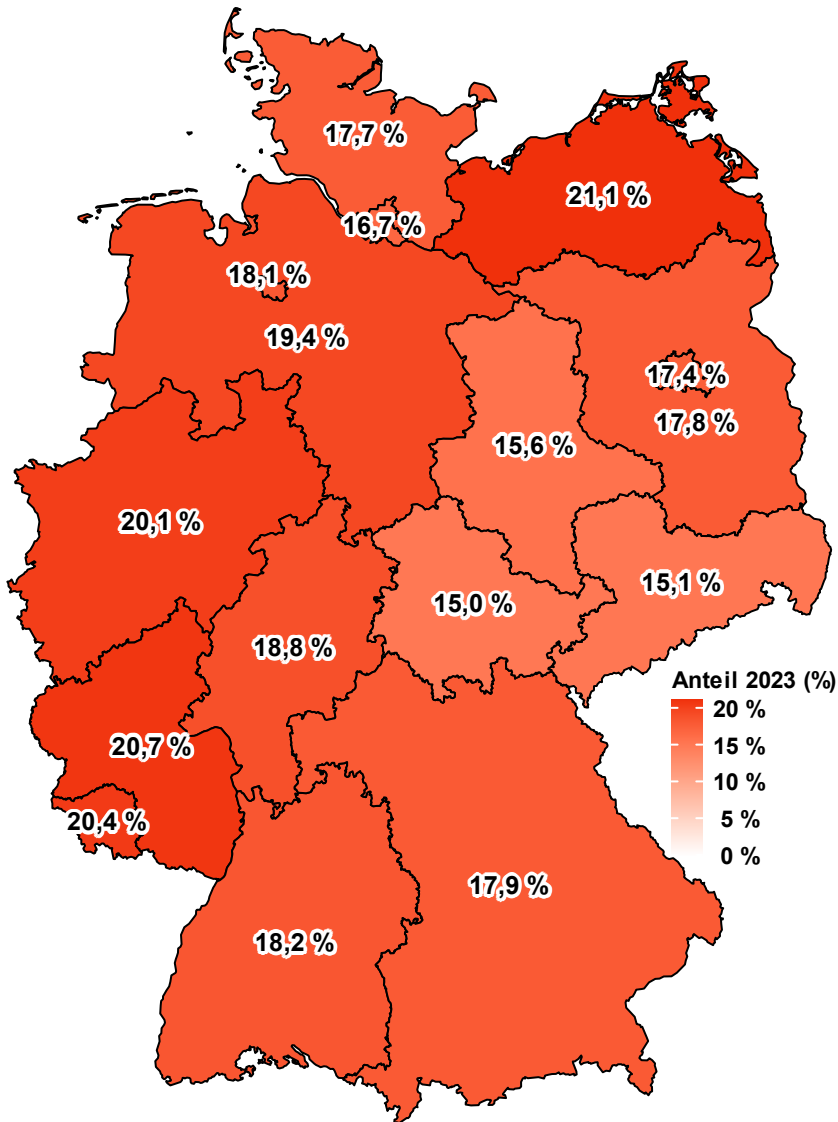


Abbildung 11: Anteil an PRISCUS-Verordnungen nach Bundesländern im Jahr 2023 (Lewin et al. 2025, 86)

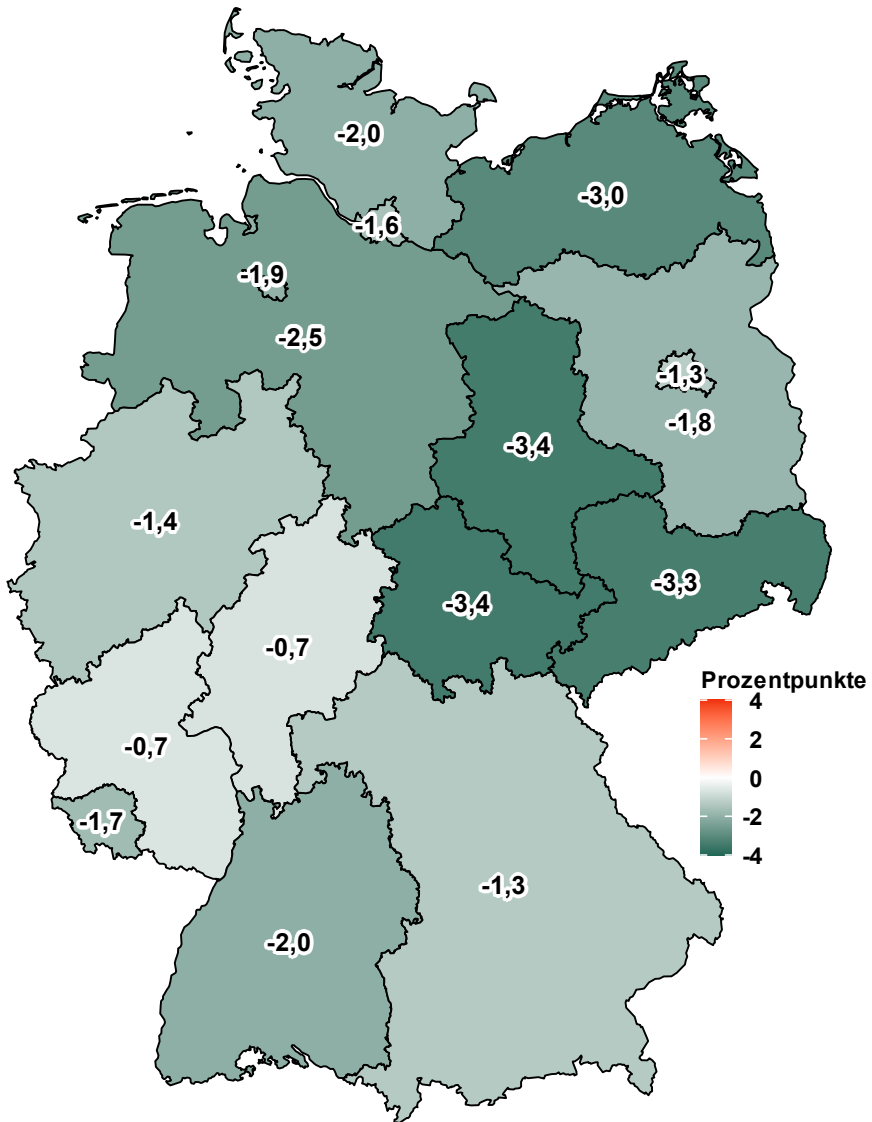


Abbildung 12: Absolute Veränderung des Anteils der PRISCUS-Verordnungen 2017-2023 nach Bundesländern (in Prozentpunkten) (Lewin et al. 2025, 87)

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 Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Hessen: Landespolitische und -rechtliche Rahmenbedingungen

Die Vereinbarungen zwischen CDU und SPD, die das Thema Pflege betreffen, werden im Koalitionsvertrag für Hessen in Kapitel 6 „Aus Wertschätzung für sozialen Zusammenhalt, eine gute Gesundheitsversorgung und ein gutes Leben im Alter“ auf den Seiten 79 – 100 festgehalten (CDU und SPD 2024). Das Thema wird aber auch querschnittlich in anderen Kapiteln aufgegriffen. So soll beispielsweise bereits in den Schulen Präventionsarbeit geleistet werden, indem für Gewalt in Pflegeheimen sensibilisiert werden soll (ebd., 13). Ein weiteres Beispiel ist, dass familiäre Verpflichtungen, wie Pflege, in Ausbildungs- und Studienzeiten mehr berücksichtigt werden sollen, indem Teilzeitausbildungen gestärkt werden sollen (ebd., 20).

Übergeordnet halten die Koalitionäre fest, dass das hessische Sozialbudget während der gesamten Legislaturperiode jährlich ansteigen soll (ebd., 80). Konkret soll beispielsweise häusliche Pflege stärker bei der Rente berücksichtigt werden und Frauen sollen beim Wiedereinstieg in den Beruf nach Pflegezeiten unterstützt werden, um Altersarmut bei Frauen entgegenzutreten (ebd., 83).

Im Unterkapitel „Ambulante Versorgung“ befürworten die Koalitionäre die Delegation ärztlicher Leistungen und eine Kompetenzerweiterung von Beschäftigten im Gesundheitswesen. Außerdem sollen die Pflegekompetenzen in den Praxen (Gemeindeschwester, NäPA, VERAH, Paula, CHN) berücksichtigt und ausgeweitet werden (ebd., 89f.).

Im Unterkapitel „Pflege“ sind folgende Inhalte festgeschrieben (ebd., 93f.):

- Einführung eines Landespflegegeldes
- Erarbeitung und Umsetzung eines umfassenden Landespflegekonzeptes
- Erweiterung des Landesprogrammes „Gemeindepflegekräfte“
- Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte zu Pflegekompetenzzentren inklusive Case Management³
- Schaffung eines Förderprogrammes für Digitalisierung zur Entlastung von pflegenden Angehörigen und Pflegepersonal
- Stärkere Berücksichtigung von besonderen Pflegesituationen (Versorgung von jungen Pflegebedürftigen, Suchtkranken und kultursensible Pflege)
- Verbesserung der Versorgung durch ein Demenzkonzept

³ Aktuell gestaltet sich die Situation wie folgt: Die Träger der Pflegestützpunkte in Hessen sind die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam mit den Landkreisen und kreisfreien Städten. Darüber hinaus ist eine Beteiligung von privaten Unternehmen der Kranken- und Pflegeversicherung möglich ist (§ 2 *Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Lande Hessen* 2009). Das Personal in den Pflegestützpunkten wird paritätisch durch die Träger gestellt. Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI findet in den Pflegestützpunkten statt (§ 4 und § 7 *Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Lande Hessen* 2009).

- Stärkung der ambulanten und stationären Hospizarbeit und Palliativpflege
- Weiterentwicklung des hessischen Pflegemonitors
- Modernisierung der Betreuungs- und Pflegeaufsicht
- Die Koalition setzt sich für einen Pflegedeckel beim Eigenanteil der Versicherten ein.
- Gründung einer „Denkfabrik“ zur Pflege, die Wissenschaft, Praxis und Politik verbindet

Auch die Unterkapitel „Pflegekräfte“, „Häusliche Pflege“, „Stationäre Versorgung in der Pflege“ und „Digitalisierung in der Pflege“ weisen vielfältige Zielsetzungen der Koalition auf. Beispielsweise soll die niedrigschwellige Nachbarschaftshilfe, sowie die verbesserte Anerkennung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen gefördert werden (ebd., 95), Pflegeheime sollen stärker in den sozialen Nahraum eingebunden werden (ebd., 96) und das Thema Digitalisierung soll in die Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Gesundheitsberufe integriert werden (ebd., 97).

3 Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Hessen am Beispiel des Werra-Meißner-Kreises

3.1 Methodik: Anlage und Durchführung

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 besetzt⁴. 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 Hessen 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.).

⁴ 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 PflegestützpunktPlus⁵, 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.

Für Hessen wurde der Werra-Meißner-Kreis als Fokusregion ausgewählt. Im Landkreis lassen sich diverse *Good Practice*-Ansätze finden. So zeigt das Projekt „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“ Wege der Prävention bei chronischen Erkrankungen auf, die auch bei Menschen mit Pflegebedarf häufig auftreten. Auch die Arbeit des Pflegestützpunktes und die Kreispflegekonferenz bieten Ansatzpunkte für das Konzept PflegestützpunktPlus.

3.2 Teilnehmende der Fokusgruppe

An der Fokusgruppe im Werra-Meißner-Kreis in Hessen haben die kommunale Mitarbeiterin des Pflegestützpunktes und die Altenhilfeplanerin teilgenommen. Darüber hinaus waren eine Vertreterin der evangelischen Familienbildungsstätte/ des Mehrgenerationenhauses Werra-Meißner/ des Projektes *Älwis – Älter werden im Sozialraum* und die Gemeindepflegerin der *Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH* beteiligt.

⁵ 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.

3.3 Narratives Landkreisprofil Werra-Meißner-Kreis

3.3.1 Regionales Profil der Langzeitpflege

Zum 31.12.2021 war der Werra-Meißner-Kreis, mit einem Durchschnittsalter von 47,3 Jahren, der älteste Landkreis Hessens. Angesichts der Prognosen des Altenquotienten für den Landkreis geht der Trend dahin, dass die Bevölkerung im Werra-Meißner-Kreis zunehmend überaltern wird. Für das Jahr 2046 wird prognostiziert, dass auf 100 Einwohnerinnen und Einwohnern im erwerbsfähigen Alter rund 64 Personen mit einem Alter von 65 Jahren und älter kommen werden (Schwalm et al. 2022, 30). Perspektivisch wird der Bedarf an Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege also steigen.

Zu der aktuellen Situation der pflegerischen Versorgung im Werra-Meißner-Kreis berichteten die Teilnehmenden, dass die beschriebenen Entwicklungen teilweise bereits jetzt spürbar sind. Bei den Beratungsstellen würden Beratungen verstärkt nachgefragt. Zudem würden die Beratungsfälle komplexer und immer häufiger komme es vor, dass man nicht auf ein passendes Angebot für die Versorgung zurückgreifen könne.

Hinsichtlich der stationären Versorgung berichteten die Teilnehmenden der Fokusgruppe, dass es aktuell noch möglich sei einen Heimplatz zu bekommen, wenn auch nicht immer in der gewünschten Einrichtung oder in unmittelbarer Wohnortnähe. Schließungen von vollstationären Einrichtungen habe es noch nicht gegeben, allerdings würden die Ersten signalisieren, dass sie nicht mehr alle Plätze voll belegen können, weil ihnen dazu das Personal fehle.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften gebe es leider zu wenige, als dass sie eine Alternative für vollstationäre Einrichtungen darstellen könnten. Dennoch sei das Thema „Wohnen“ im Landkreis präsent. Die Altenhilfeplanerin berichtete von der Beratungsstelle „Technik im @lter“⁶, die auch zum Thema „barrierefreier Umbau“ berät. In den vergangenen zwei Jahren seien im Landkreis zudem einige Maßnahmen zu alternativen Wohnformen (gemeinschaftliches Wohnen, Pflegebauernhof) unternommen worden. Daraus habe sich ein selbstständig arbeitender „Stammtisch“ entwickelt, dessen Ziel es sei ein gemeinschaftliches Wohnprojekt zu schaffen. Von Seiten des Werra-Meißner-Kreises könne aktuell, aufgrund der angespannten Haushaltslage, nicht mehr unterstützt werden.

Ein Mangel bestünde in jedem Fall an Kurzzeitpflegeplätzen. Auch Tagespflege sei nicht bedarfsdeckend verfügbar. Einen Nachtpflegeplatz gebe es zwar, dieser würde aber nicht nachgefragt. Ambulante Pflegedienste seien zwar noch verfügbar, aber nicht mehr in jeder Region.

Ausbildungskapazitäten seien eigentlich in ausreichendem Maße vorhanden, nur leider fehle es an Auszubildenden. Außerdem leide der Werra-Meißner-Kreis unter einer hohen Quote an Personen, die ihre Ausbildung abbrechen. Dies sei erstaunlich, weil eigentlich alle Absolventinnen und Absolventen von ihren Praxisstellen übernommen werden würden. Ein Projekt, welches sich dem pflegerischen

⁶ Weitere Informationen unter <https://www.seniorennetz-wmk.de/wohnen/technik-im-alter/>.

Nachwuchs erfolgreich widme, sei das Projekt VITA (Vielfalt, Integration und Teilhabe durch Ausbildung)⁷. Mit dem Projekte VITA qualifiziert und unterstützt der Werra-Meißner-Kreis Personen mit Migrationsgeschichte und/ oder sozialer Benachteiligung. Das erklärte Ziel ist es das Interesse an Berufen im pflegerischen oder erzieherischen Bereich zu wecken und berufliche Perspektiven aufzuzeigen.

Weiterhin gibt es im Werra-Meißner-Kreis ehrenamtliche Aktivitäten im Vor- und Umfeld von Pflege. Die Vertreterin der evangelischen Familienbildungsstätte⁸ erzählte, dass dort ungefähr 100 Ehrenamtliche für Besuchsdienste gewonnen werden konnten. Die Ehrenamtlichen werden geschult, können und sollen allerdings keine Beratungsaufgaben im engeren Sinne wahrnehmen. Stattdessen geht es um die Übernahme flankierender und teilhabesichernder Aufgaben. Die Ehrenamtlichen sind im Projekt „Älter werden im Sozialraum – ÄlwiS“⁹ angesiedelt. Im Rahmen des Projektes können ältere Menschen beispielsweise auch an einem Handykurs teilnehmen, um ihre Fähigkeiten im Umgang mit dem Mobiltelefon zu erweitern.

Präventiv wirkt im Landkreis das Projekt „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“¹⁰, welches von der OptiMedis AG beraten und wissenschaftlich begleitet wird. Der Fokus des Konzeptes liegt auf Primär- und Sekundärprävention bei chronisch Erkrankten: Diabetesgruppen, Lungenlotsen, Rauchentwöhnungskurse. Darüber hinaus wird über das Projekt die Stelle der Gemeindekrankenpflegerin finanziert. Insgesamt gibt es im Werra-Meißner-Kreis vier Gemeindepflegerinnen. Zwei davon sind bei der Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH (GWMK) beschäftigt und die anderen beiden bei Hausärzten. Die Stellen werden im Rahmen des Politprojektes Gemeindepflege durch das Hessische Ministerium für Arbeit, Integration, Jugend und Soziales gefördert. Der Landkreis, die Hausärzte und die GWMK koordinieren und unterstützen. Um das Projekt „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“ umzusetzen, hat die GWMK einen Vertrag zu integrierter Versorgung geschlossen. Beteiligt am Selektivvertrag sind aktuell ausschließlich die Betriebskrankenkassen. Laut den Teilnehmenden der Fokusgruppe sind durch den „Gesunden Werra-Meißner-Kreis“ gute Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen entstanden und man hofft sehr auf Entfristung des auf bis Ende 2025 begrenzten Projektes. Allgemein sei der Wunsch, dass weniger neue Projekte ausgeschrieben würden, sondern stattdessen die Verstetigung bewährter Arbeitsansätze stärker gefördert werde.

3.3.2 (Pflege-)Beratung und Case Management

Die kommunale Mitarbeiterin des Pflegestützpunktes arbeitet mit vier weiteren Kolleginnen zusammen, wovon zwei bei der AOK beschäftigt sind. Im Pflegestützpunkt wird auch Pflegeberatung nach § 7a SGB XI angeboten. Das Angebot richtet sich an die Versicherten, deren Kasse keine Pflegeberatungsaufgaben in der Region wahrnimmt. Das sei allerdings bei den wenigsten Kassen, zumindest in der Weise der Fall, dass auch regionale Büros

⁷ Weitere Informationen unter <https://www.vita-wmk.de/>.

⁸ Weitere Informationen unter <https://www.fbs-werra-meissner.de/>.

⁹ Weitere Informationen unter <https://www.fbs-werra-meissner.de/home/aelter-werden-im-sozialraum-aelwis/>.

¹⁰ Weitere Informationen unter <https://gesunder-wmk.de/>.

vorhanden und Pflegerberatungen mit Hausbesuchen durchgeführt werden könnten. So reiche die Personalbesetzung häufig nicht aus, um den steigenden Bedarf an Pflegerberatung wahrzunehmen. Es obliege zumeist den Pflegerberatenden in den Pflegestützpunkten, einen Versorgungsplan zu erstellen.

Wie die Pflegekassen arbeiten, wenn sie Pflegerberatung eigenständig durchführen, sei unbekannt. Bisweilen, jedoch äußerst selten, käme es zu gemeinsamen Fallbesprechungen im Landkreis, die sich durchaus bewähren würden, indem sie die Gestaltung der Versorgungssituation positiv beeinflussen würden. Der Pflegestützpunkt sei aber mit seiner aktuellen Personalausstattung nicht in der Lage die Pflegerberatungsaufgaben für sämtliche Kassen zu kompensieren.

Insgesamt weisen die Teilnehmenden der Fokusgruppe darauf hin, dass es im Landkreis zu wenig Kapazitäten für Pflegerberatung im Sinne des Case Managements gibt. Beratungsaufgaben werden aber auch von den Gemeindepflegerinnen wahrgenommen. Die Teilnehmerin der Fokusgruppe, welche als Gemeindepflegerin tätig ist, arbeitete zuvor als medizinische Fachangestellte. Sie bezeichnet ihre Beratung als niedrigschwellig und präventiv. Für tiefergehende Pflegerberatungen verweist sie an die Pflegestützpunkte. In einigen Fallkonstellationen wird sie selbst zur Case-Managerin, wobei ihr von ihren Zeitrressourcen her Grenzen gesetzt sind. Aufgaben der Primärversorgung übernimmt sie als Gemeindepflegerin nicht.

3.3.3 Care Management

Zu den zentralen Care Management-Strukturen gehört im Werra-Meißner-Kreis die Kreispflegekonferenz, an der die Krankenhäuser, Bürgermeisterinnen und Bürgermeister, ambulanten Dienste und stationäre Einrichtungen ebenso teilnehmen wie der Medizinische Dienst. Beteiligen würden sich darüber hinaus die Pflegerberaterinnen und -berater der privaten Pflegeversicherung (compass)¹¹. Vermisst würden die Kassen und die Ärzteschaft. Die Kreispflegekonferenz diene im Wesentlichen dem Informationsaustausch und tage zwei Mal im Jahr. Über die Kreispflegekonferenz würden auch Grundlagen für eine vertrauensvolle und auf persönliche Bekanntschaft beruhende Kooperation für den Pflegestützpunkt geschaffen. Dies erleichtere den Arbeitsalltag deutlich. In den gemeinsamen Arbeitsmodus fänden die Akteure der Kreispflegekonferenz allerdings seltener. Das Ergebnis eines vergangenen gemeinsamen Projektes ist die Broschüre „Demenz – was nun?“¹². Die Weiterentwicklung der Kreispflegekonferenz in ein Arbeitsgremium wird von den Teilnehmenden der Fokusgruppe als wünschenswert angesehen.

In Eschwege gibt es mit dem Eschweger Fachpflege Verbund (EFPV) darüber hinaus einem Arbeitskreis, der aus verschiedenen Eschweger Pflegeheimen, dem Seniorenbüro, dem Klinikum Werra-Meißner und zwei Vertretern aus dem ambulanten Pflegesektor besteht. Der EFPV übernimmt auf der Ebene kreisangehöriger Städte (z. B. in Eschwege) Care Management-Aufgaben.

¹¹ Weitere Informationen unter <https://www.compass-pflegerberatung.de/>.

¹² Download unter https://www.seniorennetz-wmk.de/fileadmin/04_Seniorennetz/pdf/Leben%20mit%20Demenz/broschuere_demenz_2021.pdf.

3.3.4 Pflegeplanung

Bei dem Masterplan „Älter werden“, der von der Altenhilfeplanerin gemeinsam mit Mitarbeitenden aus dem Fachdienst geschrieben wurde, werden alle relevanten Daten zusammengetragen, Empfehlungen formuliert und die Umsetzung der Empfehlungen evaluiert. Es erfolgen auch mit klarer regionaler Strukturierung Bedarfsaussagen, etwa zu vollstationären Pflegeeinrichtungen (Schwalm et al. 2022).

Eine systematische Verarbeitung von Case Management-Erfahrung und auf der Pflegekonferenz sichtbar werdenden Infrastrukturmängeln in der Pflegeplanung würde bisher nicht erfolgen. Man nehme zwar Themen auf und formuliere weiche Maßnahmenempfehlungen, habe aber kaum Einfluss auf die Infrastrukturentwicklung. Die Altenhilfeplanung nehme aber durchaus die Zielgruppen in den Blick, für die in der Regelberatung letztlich keine Angebote gegeben seien, seien es psychisch erkrankte Menschen mit Pflegebedarf, junge Pflegebedürftige mit Demenz, Pflegebedürftige mit Messi-Syndrom, oder von Einsamkeit Betroffene. Für Letztere sei beispielsweise eine Selbsthilfegruppe gegründet worden.

Die durch das PKG ursprünglich in Aussicht gestellte Nutzung von GKV-/SPV-Routinedaten würde von der Altenhilfeplanerin sehr begrüßt werden.

3.3.5 Einordnung

Hessen kann auf eine lange Tradition von Care und Case Management-Strukturen auf kommunaler Ebene zurückblicken. Gemeinsam mit Rheinland-Pfalz wurden bereits in den 90er Jahren die sogenannten „BeKo-Stellen“ eingerichtet, die als Vorläufer der Pflegestützpunkte zu interpretieren sind und teilweise auch als solche weiter fungieren.

Das Land Hessen hat offenbar erkannt, dass – so wie es auch in der Fokusgruppendifkussion zum Ausdruck kam – die Ressourcen für ein individuelles Case Management aktuell nicht in ausreichender Weise zur Verfügung stehen. Die Perspektive, Pflegestützpunkte zu Pflegekompetenzzentren weiterzuentwickeln und durch ein dort verankertes Case Management eine individuelle, aufsuchende Beratung und Anlaufstelle für Krisensituationen zu schaffen, ist zukunftsweisend. Es zeigen sich darüber hinaus viele Überschneidungen zu dem Ansatz PflegestützpunktPlus und dem ReKo-Projekt der DAK-Gesundheit¹³ (Hülken-Giesler et al. 2024).

Insgesamt zeichnet die Gesundheits- und Pflegepolitik des Landes Hessen aus, dass sie die Kommunen auch hinsichtlich der ihnen zur Verfügung gestellten Planungsdaten stützt, dass sie wohnortnahe Versorgungskonzepte weiterentwickelt – etwa durch das Konzept der Gemeindekrankenpflege, der Community Health Nurse, der bei den Hausarztpraxen angestellten PAs oder MFAs. Dabei wird

¹³ G-BA-Modellprojekt „Regionales Pflegekompetenzzentrum“ (ReKo).

allerdings noch nicht hinreichend deutlich, wie sich die Eigenständigkeit der Pflege als Profession in den entsprechenden Versorgungsstrukturen abbildet, respektive ihren Platz findet. Das Pflegekompetenz- und das APN-Gesetz, die in der 21. Legislaturperiode vorrangig auf den Weg gebracht werden sollen, bieten sicherlich Anlass, die vielen, in der Koalitionsvereinbarung der Landesregierung vorgesehenen Maßnahmen, zu bündeln. Die „Denkfabrik“ zur Pflege würde hierfür gegebenenfalls einen guten und interessanten Rahmen bilden. Bringt man die Fördermaßnahmen, die Pflege- und Gesundheitspolitische Programmatik, die vielen guten Beispiele in Hessen zusammen mit den Erträgen des DAK-Pflegereports 2025 und der Fokusgruppendifkussion im Werra-Meißner-Kreis wird der Handlungsbedarf aber auch der Handlungsdruck erkennbar, der sich aus dem Gap zwischen Programmatik und pflegerischer Wirklichkeit vor Ort zeigt.

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. 13):



Abbildung 13: 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 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 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 Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher 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 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 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

Das Land Hessen verfügt in vielerlei Hinsicht über eine bemerkenswerte gesundheits- und pflegepolitische Performance und dies auch und gerade mit Blick auf das Thema des DAK-Pflegereportes 2025: Der Pflege vor Ort. Mit dem hessischen Pflegebericht 2023 wurden relevante Daten aufbereitet und den Kommunen zur Verfügung gestellt, sowie Handlungsempfehlungen formuliert, die eine Stärkung der Rolle der Kommunen vorsehen. Sie reichen von der integrierten Pflegeplanung, über Pflegeprävention, sowie Vernetzung und Koordination, bis hin zum wichtigen Thema „Fachkräftesicherung“. Für den in vielerlei Hinsicht komplementären Bereich der Altenhilfe (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2024) wurden Handlungsempfehlungen für die Altenhilfeplanungen formuliert und dies im Zusammenhang mit einem vom IGES-Institut durchgeführten Projektes. Seit 2007 wird in einem hessischen Pflegemonitor ein webbasiertes Informationssystem zur Verfügung gestellt, das einen jeweils aktuellen Überblick über den Beschäftigungsstand der Gesundheitsberufe in Hessen, die Entwicklung des Pflegearbeitsmarktes und den Personalbedarf zur Verfügung stellt. Damit liegen in Hessen wichtige Datensätze für eine zukunfts- und bedarfsorientierte Planung in der Langzeitpflege vor, die angesichts der Knappheitsbedingungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von größter Bedeutung sind, aber zugleich auch neue rechtliche Rahmenbedingungen für eine stärkere Steuerungskompetenz von Land und Kommunen erfordern. Diese verhältnismäßig fundierte, empirische Basis für die Gesundheits- und Pflegepolitik in Hessen wird flankiert durch zahlreiche Fördermaßnahmen und eine programmatische Weiterentwicklung der Pflege unter Einbeziehung der Digitalisierung, des Care und Casemanagements aber auch der Bearbeitung von Schnittstellen zwischen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung. Es wird darauf ankommen, die hessischen Bemühungen und Aktivitäten in den Zusammenhang mit einer Strukturreform der Pflege zu stellen, die in der Koalitionsvereinbarung der schwarz-

roten Bundesregierung verabredet wurde. Allein mit landespolitischen Maßnahmen lässt sich eine notwendige, grundlegende Reform der Langzeitpflege (Klie et al. 2025) weder auf den Weg bringen noch auf Landesebene implementieren. Die Modellvorhaben gemäß § 123 SGB XI böten überdies eine Möglichkeit, Elemente einer Strukturreform auf Landesebene exemplarisch einzuführen, respektive zu erproben. Einen besonderen Akzent setzt das Land Hessen auf bürgerschaftliche und ehrenamtliche Potenziale. Auch hier kann Hessen auf eine lange Tradition der Förderung des Ehrenamtes und des bürgerschaftlichen Engagements in Pflegekontexten zurückblicken und diese für die aktuelle Pflegepolitik nutzbar machen. Pflege ist und bleibt ein gesamtgesellschaftliches Thema, in dem sich über die klassischen Familien und Partnerschaften hinaus sorgende und neue Verantwortungsgemeinschaften bilden müssen, um den Sorge- aber auch den Teilhabebedarf auf Pflege angewiesener Menschen beantworten zu können. Der DAK-Pflegereport 2025 bietet für Hessen interessante flankierende Impulse und kann insbesondere das Konzept der Pflegekompetenzzentren, das inhaltlich noch ausfüllungsbedürftig erscheint, konzeptionell hinterlegen, respektive das Leitbild und das Konzept der PflegestützpunktePlus für die landespolitische Diskussion aber auch für die „Denkfabrik Pflege“ zur Verfügung stellen.

6 Ausblick

Im Jahr 2025 kann auf dreißig Jahre Pflegeversicherung zurückgeblickt werden. Die Pflegeversicherung war und ist eine Erfolgsgeschichte. Die Konzeption der Pflegeversicherung hat allerdings – obwohl absehbar – die demografischen Dynamiken und den gesellschaftlichen Wandel nicht rechtzeitig in den Blick genommen und antizipiert. So steht die Pflegeversicherung vor sehr grundlegenden Finanzierungsproblemen. Eine Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung erscheint angesichts der Haushaltslage, aber auch der bereits jetzt hohen Sozialversicherungsabgaben in Deutschland, unrealistisch. Insofern kommt es auf die Effizienz des Systems der Langzeitpflege an.

Auch in Hessen finden sich regionale und zielgruppenspezifische Formen der Unter- und Fehlversorgung. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive müssen die pflegerische und gesundheitliche Versorgung zusammen gedacht werden (Karagiannidis et al. 2025). Eine unzureichende pflegerische Versorgungsinfrastruktur, insbesondere im ambulanten Bereich, führt nicht nur zu in Teilen dramatischer Belastung für die An- und Zugehörigen und die Pflegebedürftigen selbst, sondern auch zu unnötigen Kosten im Gesundheitswesen, etwa durch nicht indizierte Krankenhauseinweisungen (Klie 2024). Das Land Hessen hat eine lange Tradition systemischer Planungsansätze auch in der Pflege und Altenhilfe (Ziller 1991). An diese Tradition gilt es (auch) in Hessen anzuknüpfen und die Notwendigkeit einer Strukturreform der Pflegeversicherung auch für die Umsetzung der pflege- und gesundheitspolitischen Ziele der Landesregierung zu nutzen. Dabei gilt es auch die Langzeitpflege radikal neu zu denken und wie in der hessischen Politik vorgesehen, die häusliche Versorgung in den Mittelpunkt der Bemühungen zu stellen. Ein integriertes Care und Case Management und darüber hinaus eine integrierte, kommunal verankerte Pflegeplanung, die im DAK-Pflegereport 2025 im Mittelpunkt stehen, sind entscheidende Bausteine für eine auf Effizienz und individuelle Bedarfsgerechtigkeit ausgerichtete Neuarchitektur der Langzeitpflege – auch in Hessen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erwartungen hinsichtlich der Veränderung der pflegerischen Versorgung in Deutschland (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (10% Bev. Insg.; 10% HE) nicht abgebildet.....	4
Abbildung 2: Regionale Pflegeinfrastruktur: mehrheitlich als weniger gut bewertet auch in Hessen (eigene Darstellung).....	5
Abbildung 3: Bekanntheit von Beratungsangeboten in Hessen und in der Gesamtbevölkerung Deutschlands (eigene Darstellung); Mehrfachantworten möglich.....	7
Abbildung 4: Nach einer erfolgreichen Beratung sind Angehörige mit der Pflegesituation eher zufrieden (Haumann 2025, S. 48)	8
Abbildung 5: Bekanntheit des Case Managements im Vergleich zwischen Hessen und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung).....	9
Abbildung 6: Interesse an Case Management im Vergleich zwischen dem Bundesdurchschnitt und Hessen (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (30% Bev. Insg.; 30% HE) nicht dargestellt	10
Abbildung 7: Wahrnehmung der großen Mehrheit: Das Thema Pflege kommt in der Politik zu kurz (eigene Darstellung).....	11
Abbildung 8: Reformwunsch in Hessen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (14% Bev. Insg.; 15% HE) nicht abgebildet	12
Abbildung 9: Veränderungen im Pflegegrad nach der Erstberatung (Lewin et al. 2025, S. 66)	14
Abbildung 10: Entwicklung der Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege im zeitlichen Verlauf relativ zum Pflegebeginn, differenziert nach Beratungserhalt (Lewin et al- 2025, S. 81).....	15
Abbildung 11: Anteil an PRISCUS-Verordnungen nach Bundesländern im Jahr 2023 (Lewin et al. 2025, S. 86)	17
Abbildung 12: Absolute Veränderung des Anteils der PRISCUS-Verordnungen 2017-2023 nach Bundesländern (in Prozentpunkten) (Lewin et al. 2025, S. 87)	18
Abbildung 13: Perspektiven PflegestützpunktPlus (Klie 2025a, 169)	29

Literaturverzeichnis

- (2009). Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Lande Hessen. Online verfügbar unter https://www.vdek.com/content/vdeksite/LVen/HES/Vertragspartner/Pflege/pflegestuetzpunkte/_jcr_content/par/download/file.res/Rahmenvertrag.pdf (abgerufen am 03.03.2025).
- 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/SPD (2024). Koalitionsvertrag zwischen CDU und SPD für die 21. Legislaturperiode 2024 -2029. Online verfügbar unter https://hessen.de/sites/hessen.hessen.de/files/2024-01/koalitionsvertrag_fuer_die_21._legislaturperiode.pdf (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.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.) (2024). Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Umsetzung des § 71 SGB XII. Die Empfehlungen (DV 13/23) wurden am 20. März 2024 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet. Berlin. Online verfügbar unter https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2024/dv-13-23_umsetzung_71_sgb_xii.pdf (abgerufen am 12.04.2024).
- 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.
- Hülksen-Giesler, Manfred/Teuteberg, Frank/Arlinghaus, Tim/Bläser, Philipp/Cordes, Janet/Hammer, Jonas/Jalaß, Isabel/Rodrigues, Patricia Kajüter/Kus, Kevin/Ruppert, Nicole/Wirth, Lena Marie (2024). Erkenntnisse aus dem G-BA-Modellprojekt „Regionales Pflegekompetenzzentrum“ (ReKo). In: Andreas Storm (Hg.). Case Management - Ein Booster für die häusliche Pflege? Forschungsergebnisse aus dem Innovationsfondsprojekt "ReKo" - Regionales Pflegekompetenzzentrum. Heidelberg, medhochzwei, 27–124.
- Karagiannidis, Christian/Augurzky, Boris/Alscher, Dominik (2025). Die Gesundheit der Zukunft Wie wir das System wieder fit machen Christian Karagiannidis, Boris Augurzky, Dominik Alscher. Stuttgart, S. Hirzel Verlag GmbH.
- Klie, Thomas (2024). Pflegereport 2024. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege - Beruflich Pflegenden im Fokus. Heidelberg. Online verfügbar unter <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/64760/data/42a02e597e07646cc80c0ddbd1382a8f/240409-download-e-book-pflegereport.pdf> (abgerufen am 24.10.2024).
- Klie, Thomas (2025). 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).
- Schwalm, Claudia/Lamotte-Heibrock, Myriam/Mathias, Ulrike/Sennhenn, Alexandra/Holzhauser, Mirijam/Wolf, Anke (2022). Masterplan Älter werden.
- 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.
- Ziller, Hannes (1991). Altenhilfe als System. NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. 71 (5), 160–161.