

DAK-PFLEGEREPORT

RHEINLAND-PFALZ

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 Rheinland-Pfalz

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

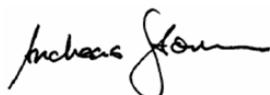
Wir leben in dynamischen Zeiten. Was gestern noch eine Gewissheit war, gilt heute vielleicht schon nicht mehr. Viele Bürgerinnen und Bürger sorgen sich um ihre Zukunft und die Problemlösungskompetenz unserer Regierungen – auf Bundes- und Landesebene. Diese Entwicklung beschädigt das Vertrauen in die 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 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.

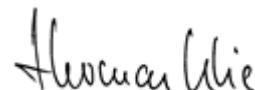
Im Landespflegereport werden für Rheinland-Pfalz die wesentlichen Ergebnisse des Pflegereportes zusammengefasst, Sonderauswertungen vorgestellt und die Pflegeberatungs- und Pflegestützpunktstrukturen und ihre Praxis beleuchtet. Der DAK-Pflegereport bietet sowohl für eine notwendige Strukturreform der 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 Rheinland-Pfalz	3
2.1	Wesentliche Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung	3
2.1.1	Rahmenbedingungen: Wahrnehmungen der Pflege in Rheinland-Pfalz	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: Verordnungsichten von PRISCUS-Medikamenten	16
2.3	Das Thema „Pflege“ in Rheinland-Pfalz: Landespolitische und -rechtliche Rahmenbedingungen	20
3	Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz am Beispiel des Landkreises Mainz-Bingen	21
3.1	Methodik: Anlage und Durchführung	21
3.2	Teilnehmende der Fokusgruppe	23
3.3	Narratives Landkreisprofil des Landkreises Mainz-Bingen.....	23
3.3.1	Situation in Rheinland-Pfalz	23
3.3.2	Situation im Landkreis Mainz-Bingen.....	24
3.3.3	Beratung und Case Management.....	25
3.3.4	Care Management und Planung.....	26
3.3.5	Einordnung	27
4	PflegestützpunktPlus: Perspektiven für die Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung	29
	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 Rheinland-Pfalz 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/reporteforschung/dak-pflegereport-2025_134838.

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

- Am 16.01.2025 fand ein Perspektivworkshop in der Zentrale der DAK-Gesundheit statt, in dessen Rahmen Thesen auf der Grundlage der Befunde des DAK-Pflegereportes 2025 diskutiert wurden, sowie Perspektiven für eine künftige Ausgestaltung von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten im Sinne eines PflegestützpunktPlus-Konzeptes herausgearbeitet wurden.
- Am Ende stehen Ausblick und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte und einer Strukturreform der Pflegeversicherung, die aktuell im Zukunftspakt Pflege beraten wird.

2 Pflege vor Ort – Charakteristika Rheinland-Pfalz

2.1 Wesentliche Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung

Auch Rheinland-Pfalz ist mit demografischen Transformationsprozessen konfrontiert, die sich auf sehr unterschiedlichen Ebenen abspielen und je nach Landkreis oder Stadt 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 Rheinland-Pfalz werden im Folgenden die zentralen Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung vorgestellt.

2.1.1 Rahmenbedingungen: Wahrnehmungen der Pflege in Rheinland-Pfalz

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.

In Rheinland-Pfalz, ebenso wie im Bundesdurchschnitt auch, geht die Mehrheit der Bevölkerung davon aus, dass sich die Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland in den nächsten 10 Jahren etwas oder deutlich verschlechtern wird (Abb. 1).

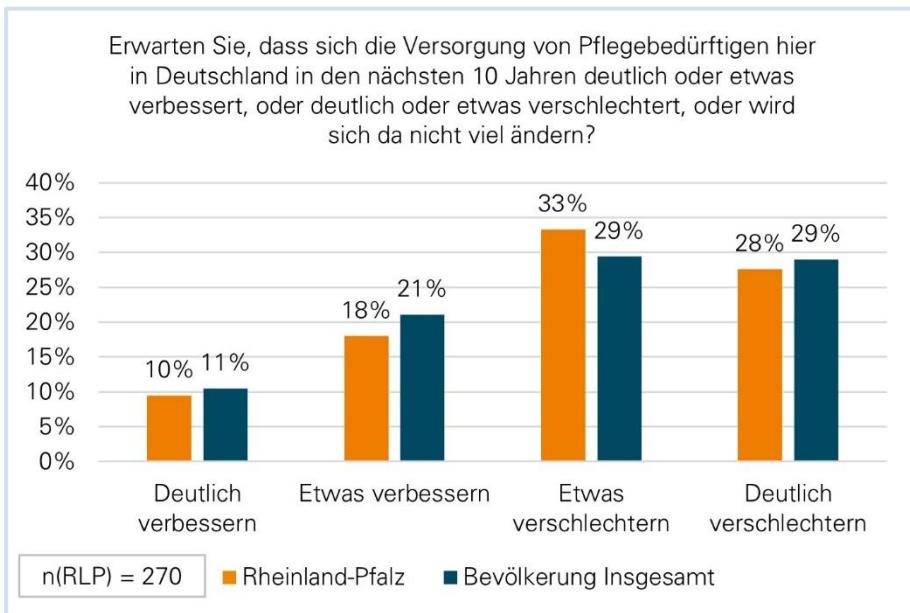


Abbildung 1: Erwartungen hinsichtlich der Veränderung der pflegerischen Versorgung in Deutschland (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (10% Bev. insg.; 12% RLP) nicht abgebildet.

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

- Es wird noch schwieriger und teurer werden einen Platz im Pflegeheim zu bekommen (97% RLP; 93% Bev. insg.)
- Die Kostenbelastung für Pflegebedürftige und ihre Familien wird weiter steigen (94% RLP; 91% Bev. insg.)
- Es wird mehr Pflegekräfte aus dem Ausland geben (93% RLP; 89% Bev. insg.)

2.1.2 Wahrnehmung der regionalen Pflegeinfrastruktur

Die Wahrnehmungen der regionalen Pflegeinfrastruktur durch die Gesamtbevölkerung unterscheidet sich nicht substanzial von den Bewertungen des Pflegesystems in Deutschland insgesamt; es überwiegen die eher negativen Urteile. Allerdings machen weniger Befragte konkrete Angaben, weil es vielen schwer fällt, die Verhältnisse vor Ort differenziert zu beurteilen. Dabei ist die überwiegend negative Tendenz bei einer absoluten Mehrheit der deutschen Bevölkerung aber eindeutig: 39 Prozent stufen die regionale Pflegeinfrastruktur als weniger gut ein, 18 Prozent als gar nicht gut. Lediglich ein gutes Viertel der Bevölkerung hat den Eindruck einer guten (23 Prozent) oder sogar sehr guten (4 Prozent) Pflegeinfrastruktur im Umfeld. Wiederum finden sich unter den Pflegeerfahrenen deutlich mehr Personen, die einen positiven Eindruck haben (ins gesamt 42 Prozent) als unter jenen, die

lediglich aus den Berichten anderer etwas über die Pflege vor Ort wissen (24 Prozent, Abb. 2).

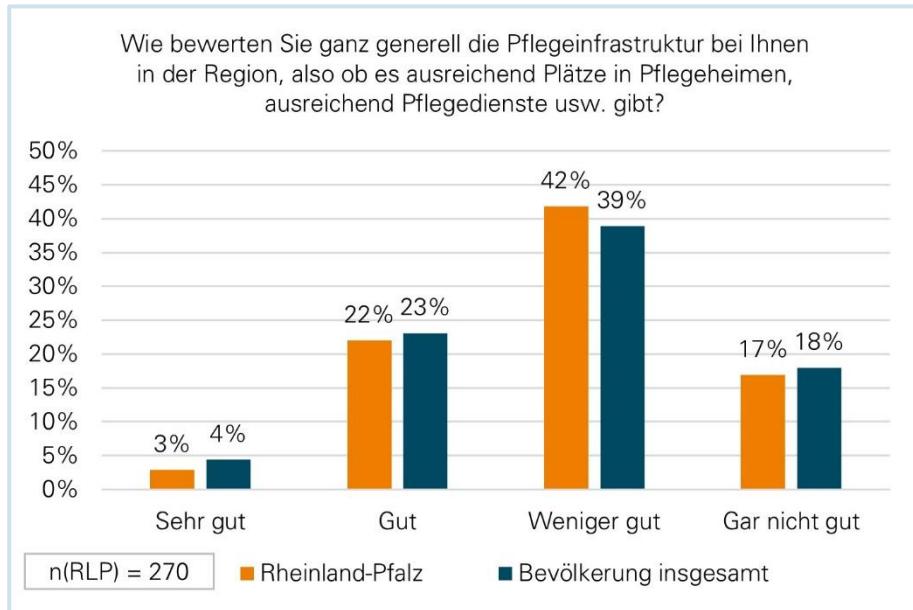


Abbildung 2: Regionale Pflegeinfrastruktur: mehrheitlich als weniger gut bewertet auch in Rheinland-Pfalz (eigene Darstellung)

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 Rheinland-Pfalz 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 Rheinland-Pfalz verhält es sich vergleichbar: 30 Prozent der Befragten (n = 270) sind mit dem regionalen Beratungsangebot zufrieden im Vergleich zu 27 Prozent, die mit dem Beratungsangebot unzufrieden sind. Am positivsten bewertet die Bevölkerung in Berlin das Beratungsangebot (37 Prozent empfinden das Beratungsangebot als gut), während die Bevölkerung in Thüringen im Ländervergleich am unzufriedensten ist (19 Prozent empfinden das Beratungsangebot als gut).

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. Die Bekanntheit der Angebote ist in Rheinland-Pfalz in der Tendenz vergleichbar mit der Bekanntheit in der Gesamtbevölkerung: Auch in Rheinland-Pfalz hat der größte Anteil der Bevölkerung noch von keinem der Angebote gehört (52 Prozent). Dennoch sind die Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz deutlich bekannter als in der Bevölkerung insgesamt. In Rheinland-Pfalz haben 32 Prozent der Bevölkerung schon einmal von Pflegestützpunkten gehört, während es im Bundesdurchschnitt lediglich 20 Prozent sind (Abb. 3).

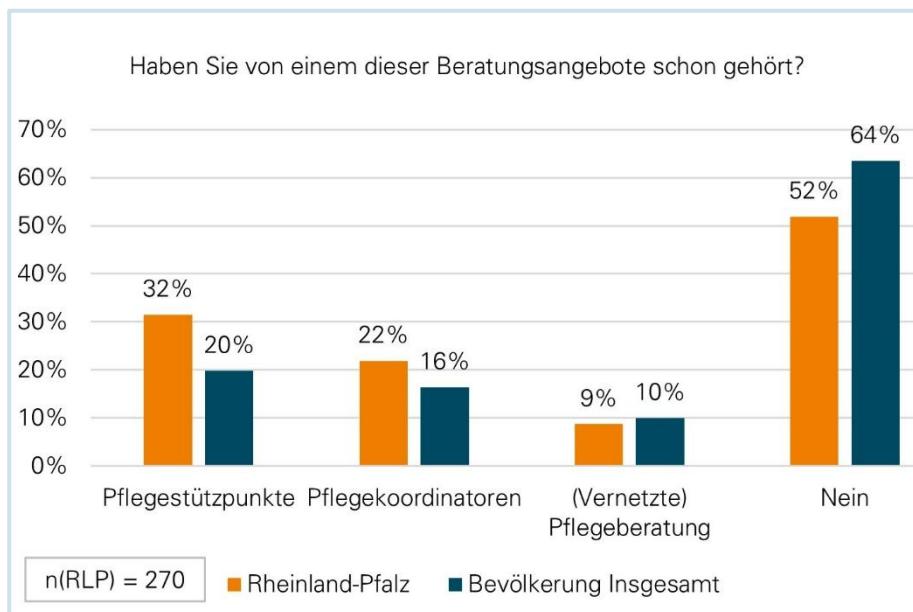
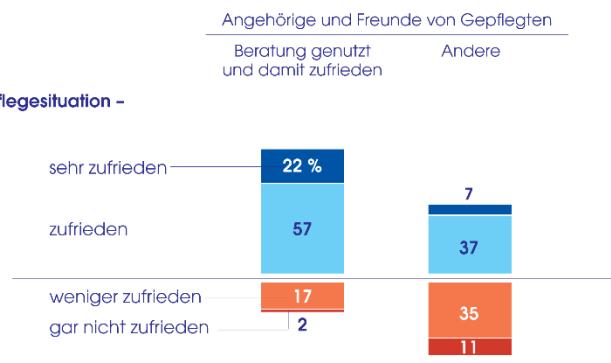


Abbildung 3: Bekanntheit von Beratungsangeboten in Rheinland-Pfalz und in der Gesamtbevölkerung Deutschlands (eigene Darstellung); Mehrfachantworten möglich

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).

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



An 100 fehlende Prozent: unentschieden

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Angehörige und Freunde von Gepflegten
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK Pflegereport 2025

© IfD-Allensbach

Abbildung 4: Nach einer erfolgreichen Beratung sind Angehörige mit der Pflegesituation eher zufrieden (Aussagen bezogen auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands) (Haumann 2025, S. 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 Bundesdurschnitt haben lediglich 22 Prozent bereits von Case Management gehört. Rheinland-Pfalz weist mit 22 Prozent einen identischen Wert auf (Abb. 5).

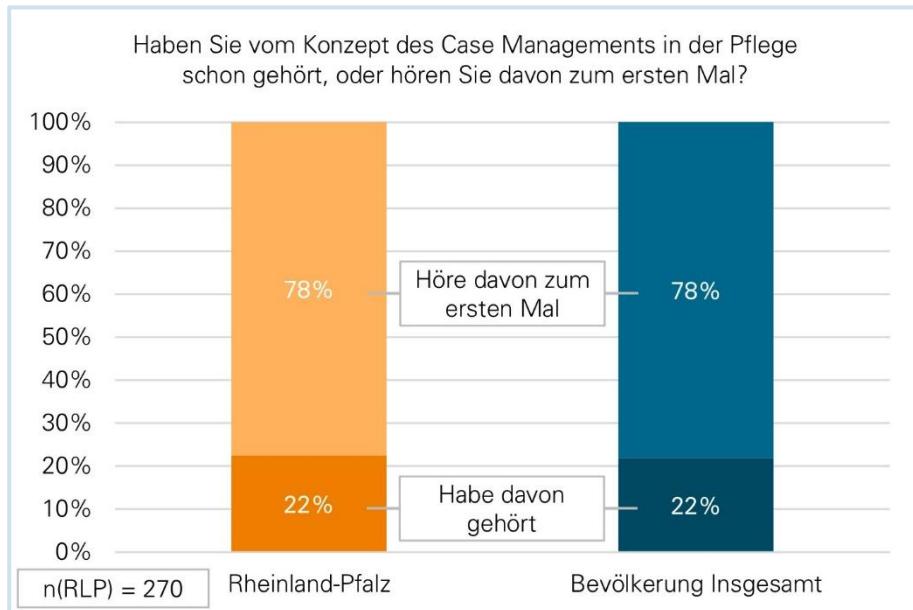


Abbildung 5: Bekanntheit des Case Managements im Vergleich zwischen Rheinland-Pfalz und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung)

Dabei wären 58 Prozent der Befragten aus Rheinland-Pfalz, 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 Rheinland-Pfalz weicht nicht bedeutsam von dem der Bevölkerung insgesamt in Deutschland ab (Abb. 6).

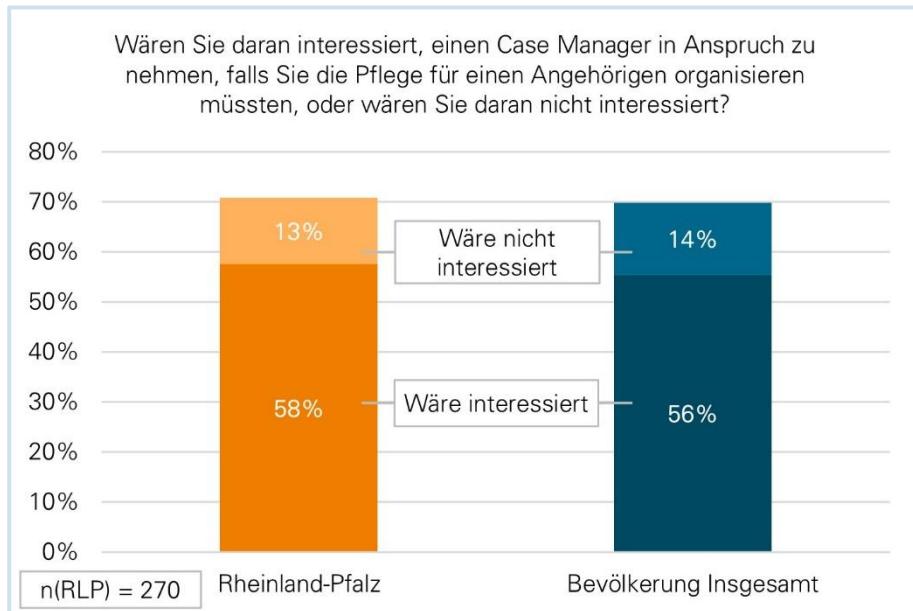


Abbildung 6: Interesse an Case Management im Vergleich zwischen dem Bundesdurchschnitt und Rheinland-Pfalz (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (30% Bev. insg.; 29% RLP) nicht dargestellt

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. Die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz scheint diesbezüglich etwas positiver gestimmt zu sein als der Bundesdurchschnitt. Dennoch sind auch in Rheinland-Pfalz über zwei Drittel der Bevölkerung davon überzeugt, dass die Politik im Bereich „Pflege“ mehr tun müsste (Abb. 7).

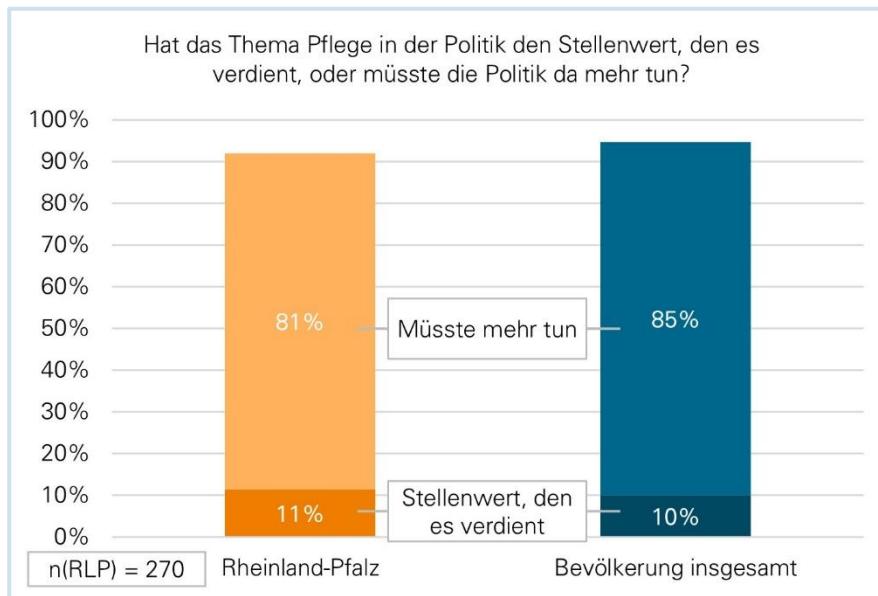


Abbildung 7: Wahrnehmung der großen Mehrheit: Das Thema Pflege kommt in der Politik zu kurz (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (5% Bev. insg.; 8% RLP) nicht dargestellt

Die Einstellung der Bevölkerung zu einer umfassenden Reform der Pflege ist daher wenig überraschend. Sowohl im Bundesdurchschnitt (77 Prozent) als auch in Rheinland-Pfalz (78 Prozent) geht die absolute Mehrheit davon aus, dass eine solche Reform notwendig ist (Abb. 8).

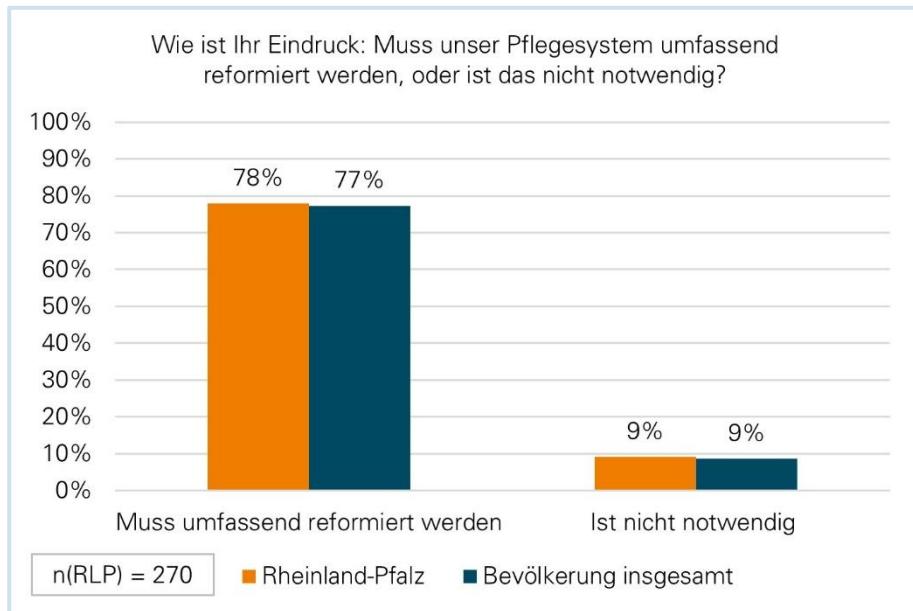


Abbildung 8: Reformwunsch im Rheinland-Pfalz im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (14% Bev. Insg.; 13% RLP) nicht abgebildet.

Im Rahmen einer Reform des Pflegesystems wären der Bevölkerung von Rheinland-Pfalz insbesondere die folgenden Aspekte wichtig: Weniger Bürokratie, eine bessere Zusammenarbeit vor Ort – von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Kommunen und Pflegediensten sowie 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 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).

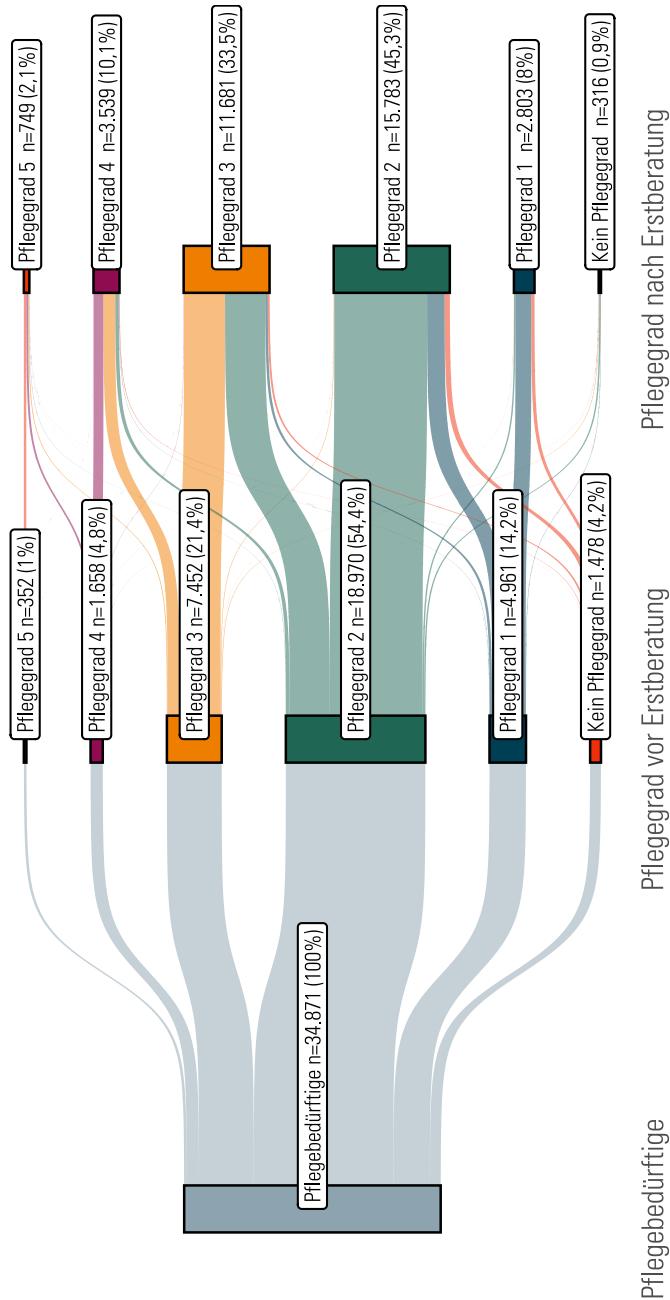


Abbildung 9: Veränderungen im Pflegegrad nach der Erstberatung (Lewin et al. 2025, S. 66)

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.

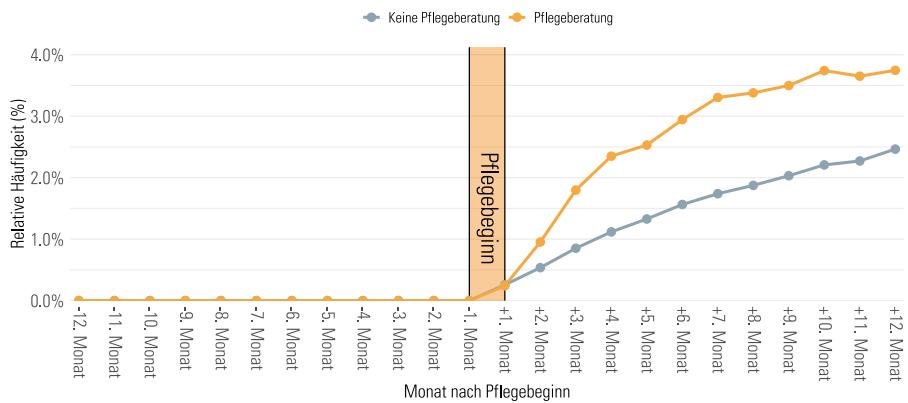


Abbildung 10: Entwicklung der Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege im zeitlichen Verlauf relativ zum Pflegebeginn, differenziert nach Beratungserhalt (Lewin et al- 2025, 81)

2.2.1 Exkurs: Verordnungsichten von PRISCUS-Medikamenten

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

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

Positiv anzumerken ist, dass die Analyse der Daten zeigt, dass die Verordnung von PRISCUS-Medikamenten zwischen 2017 und 2023 rückläufig ist. Abbildung 11 zeigt den Anteil der PRISCUS-Verordnungen in den Bundesländern im Jahr 2023.

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

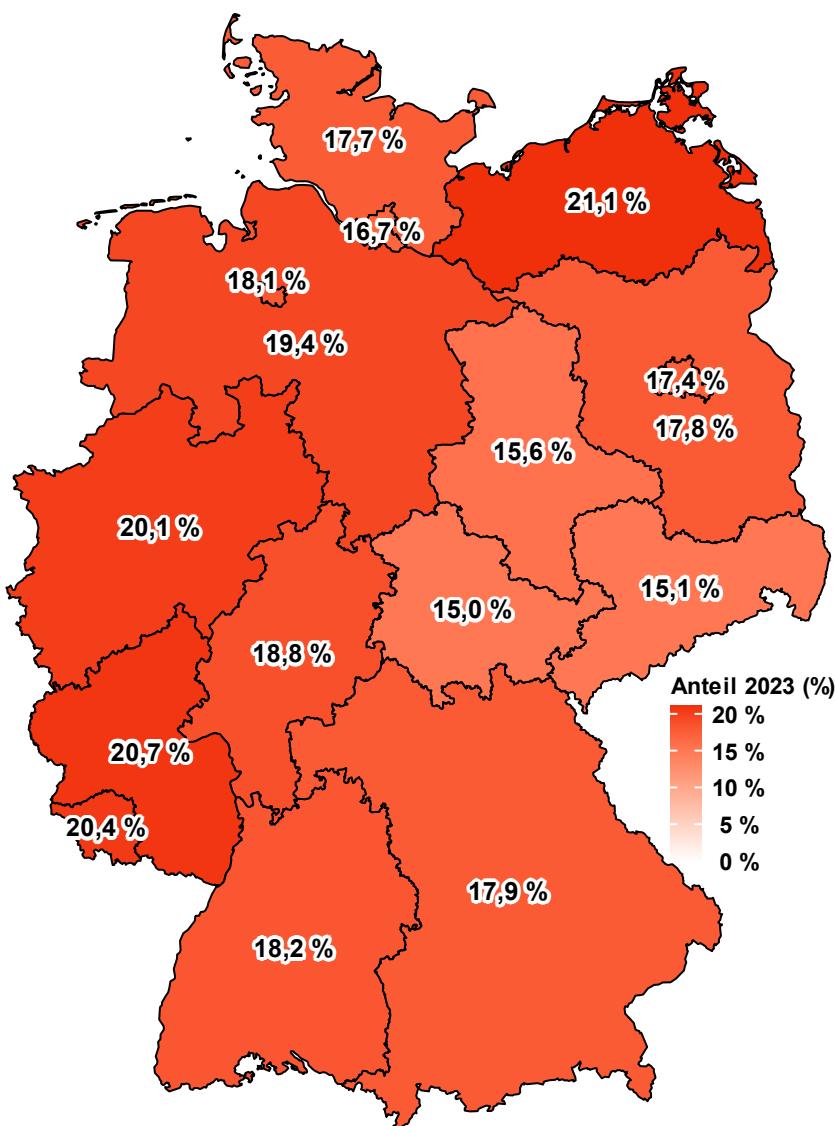


Abbildung 11: Anteil an PRISCUS-Verordnungen nach Bundesländern im Jahr 2023 (Lewin et al. 2025, S. 86)

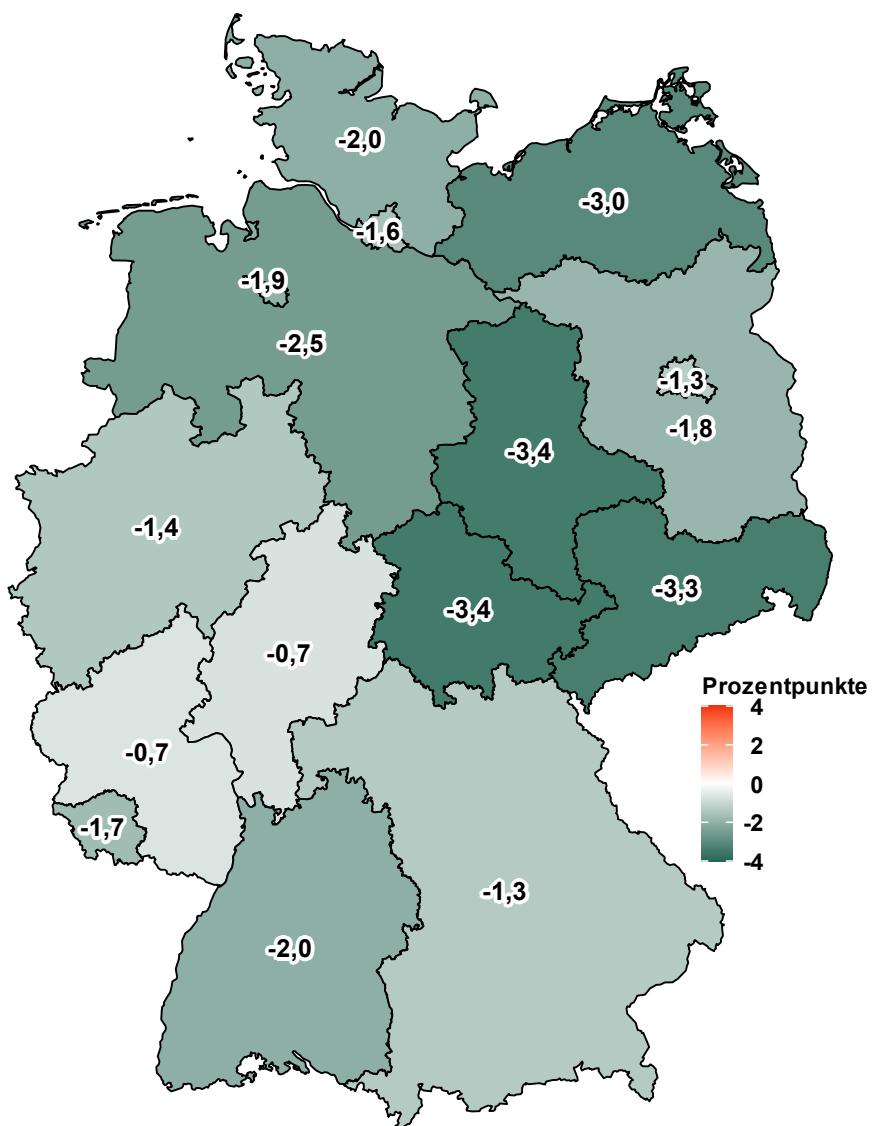


Abbildung 12: Absolute Veränderung des Anteils der PRISCUS-Verordnungen 2017-2023 nach Bundesländern (in Prozentpunkten) (Lewin et al. 2025, S. 87)

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 Rheinland-Pfalz: Landespolitische und - rechtliche Rahmenbedingungen

In Rheinland-Pfalz regiert eine Ampelkoalition mit SPD, dem Bündnis 90/Die Grünen sowie der FDP. Im Koalitionsvertrag widmet sich die Regierungskoalition dem Themenbereich Pflege ausführlich im vierten Kapitel mit dem Titel „Neuen Zusammenhalt schaffen“ (SPD Rheinland-Pfalz et al. 2021).

Bereits im dritten Kapitel, „Innovationsvorreiter Rheinland-Pfalz“, findet sich unter dem Themenfeld „Arbeit“ eine inhaltliche Auseinandersetzung mit pflegepolitischen Fragestellungen: Pflege wird in Rheinland-Pfalz seit langem als politikfeldübergreifendes Thema verstanden. Die Koalition setzt sich dafür ein, in allen Bereichen der Pflege einheitliche und auskömmliche Mindestlöhne einzuführen, die deutlich über dem derzeitigen Niveau liegen. Zudem unterstützt die Landesregierung die Regelung einer Pflegezeit, die es ermöglicht, die Sorge für nahestehende Menschen besser mit dem Beruf zu vereinbaren. Auf Bundesebene will sich die Landesregierung für verbindliche Personalbemessungsinstrumente und eine verbesserte Vergütung in den Pflegeberufen einsetzen. Ebenso sollen die Vergütungen für Pflegedienste angehoben und verbesserte Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen geschaffen werden. Die Koalition strebt die Abschaffung des Schulgeldes für Pflegeassistentenberufe an und befürwortet einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag im Pflegebereich – alternativ sollen die Lohnuntergrenzen angehoben werden. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Fachkräfteinitiative 2.0, die das Gesundheitswesen durch die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten, die Verbesserung der Rahmenbedingungen sowie die Förderung einer zeitgemäßen Führungs- und Unternehmenskultur stärken soll. Die Rückkehr in Pflegeberufe nach beruflichen Auszeiten soll erleichtert werden. Weitere Öffentlichkeitskampagnen sind geplant, um das Image der Gesundheitsberufe zu verbessern. Darüber hinaus sollen die bestehenden Studienplatzangebote in der Pflege sowie das pflegepädagogische Studienangebot für Berufsschullehrkräfte weiterentwickelt und Pflegestudiengänge ausgebaut werden. Auch die Unterstützung von Hauswirtschaftskräften in der Pflege ist vorgesehen, ebenso wie eine Aufwertung der Helferausbildung. Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen sollen beschleunigt und die Sprachqualifizierung gezielt auf die jeweilige Berufsgruppe zugeschnitten werden. Die Anerkennungsbehörden sollen hierfür eine verbesserte personelle Ausstattung erhalten. Gleichzeitig wird festgelegt, dass ausländische Fachkräfte nicht aus außereuropäischen Ländern angeworben werden, in denen selbst ein Fachkräftemangel besteht.

Im vierten Kapitel „Neuen Zusammenhalt schaffen“ formuliert die Koalition unter dem Aspekt „Pflege und Soziales“ weitere Ziele für die Pflegepolitik in Rheinland-Pfalz. Das Land unterstützt gemeinschaftliche Wohnformen und beabsichtigt, die bestehende Pflegeinfrastruktur auf hohem Niveau kontinuierlich weiterzuentwickeln. Der Sicherstellungsauftrag zur Pflegestruktur seitens der Kommunen soll konkretisiert und das damit verbundene Berichtswesen neu ausgerichtet werden. Die Umsetzung der Pflegestrukturplanung als Pflichtaufgabe wird gestärkt, und ein landeseinheitlicher Musterpflegestrukturplan soll bereitgestellt werden. Den Kommunen sollen künftig erweiterte Kompetenzen

zugewiesen werden. Zudem werden kommunale Pflegekonferenzen verpflichtend eingeführt, die regelmäßig unter Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern, Verbänden und der Pflegekassen durchgeführt werden sollen.

Die Schaffung einer größeren Vielfalt an Pflegeangeboten wird angestrebt, ebenso der Ausbau komplementärer Angebote zu fachpflegerischen Leistungen. Beratungs- und Koordinierungsstellen sollen stärker an die aktuellen demographischen Entwicklungen angepasst werden. Das Projekt „GemeindeschwesterPlus“ soll flächendeckend ausgeweitet und Modellprojekte zur Entlastung pflegender Angehöriger im Alltag aufgesetzt werden. Weiterhin ist die Einrichtung einer Ombudsstelle zur Beilegung von Konflikten zwischen Pflegeeinrichtungen, Pflegebedürftigen und Angehörigen vorgesehen. Der Ausbau von Tagespflegeeinrichtungen wird ebenso unterstützt wie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der fairen Bezahlung von Pflegekräften in privaten Haushalten. Darüber hinaus soll die rechtliche Stellung von 24-Stunden-Pflegekräften geklärt werden.

Allen Menschen in Rheinland-Pfalz soll ein qualitativ hochwertiges, bedarfsgerechtes und wohnortnahe Pflegeangebot zur Verfügung stehen. Die Ansiedlung neuer Formen ambulanter Betreuungsdienste wird gefördert, ebenso wie Modellprojekte im ländlichen Raum, die eine integrierte medizinische, pflegerische und betreuerische Versorgung gewährleisten. Die Rechte von Seniorenvertretungen in der Pflegestrukturplanung sollen gestärkt werden. Zudem unterstützt Rheinland-Pfalz die Einbindung örtlicher Altenhilfe- und Seniorenangebote in die kommunale Sozialplanung. Es werden Modelle gefördert, die ganz generell darauf abzielen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Für den ländlichen Raum verfolgt die Landesregierung das Ziel, Gesundheitszentren zu schaffen, in denen ambulante, teil- und kurzzeitstationäre sowie pflegerische Versorgungsangebote kooperativ zusammenwirken.

Die Landesregierung legt einen Schwerpunkt auf die Digitalisierung in der Pflege. So sollen Prozesse im Gesundheitswesen digital vereinfacht werden, um das Pflegepersonal zu entlasten. In diesem Zusammenhang wird die Landesinitiative zur Digitalisierung von Struktur-, Arbeits- und Organisationsprozessen in Einrichtungen und Diensten der Pflege gestartet. Ergänzend soll ein Förderprogramm zur Einführung künstlicher Intelligenz auf den Weg gebracht werden, das auf eine technologische Unterstützung im Pflegeprozess abzielt.

3 Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz am Beispiel des Landkreises Mainz-Bingen

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 besetzt³. Beteiligt waren nach Möglichkeit die Leitung des Pflegestützpunktes, die mit der kommunalen Planung beauftragte Person und eine Person, welche Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI durchführt. Die Zusammensetzung der Fokusgruppen variierte allerdings in den unterschiedlichen Fokusregionen, um den Strukturen vor Ort gerecht zu werden und beispielsweise relevante regionale Initiativen miteinzubeziehen. Die Funktionen der Teilnehmenden der Fokusgruppe in Bayern 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. 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

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

Programmatik PflegestützpunktPlus⁴, vor dem Hintergrund der 16 Variationen von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten respektive Pflegenetzen zu diskutieren und weiterzuentwickeln. Insgesamt dienten die Fokusgruppengespräche auch dazu, die Grenzen, aber auch die Potenziale des Care und Case Managements aus der Sicht der für das Care und Case Management verantwortlichen Akteurinnen und Akteure vor Ort herauszuarbeiten – nicht „theoretisch“, vielmehr unter Einbeziehung der profunden professionellen Praxis der Akteurinnen und Akteure vor Ort. Indem sehr unterschiedliche Typen von Kommunen – städtisch, ländlich, Flächenlandkreise, flächenmäßig überschaubare Landkreise, Ost und West und mit unterschiedlichen demografischen Dynamiken ausgestattet – ausgewählt wurden, konnte ein vergleichsweise tiefenscharfes Bild über die Wirklichkeit von Care und Case Management in der Langzeitpflege gezeichnet werden.

Der Landkreis Mainz-Bingen wurde ausgewählt, weil er in vielfältiger Weise als Good Practice-Region für Case und Care Management gelten kann. Zu nennen sind hier einheitliche Standards und eine gute Schnittstellenarbeit zwischen Case und Care Management: die Erfahrungen aus der Beratungsarbeit werden auf der Ebene der Systemsteuerung konsequent genutzt.

3.2 Teilnehmende der Fokusgruppe

An der Fokusgruppe im Landkreis Mainz-Bingen nahmen die Pflegestrukturplanerin der Kreisverwaltung Mainz-Bingen, die Leiterin des Koordinationsbüros Pflegestützpunkte beim vdek, eine Pflegeberaterin des vdek's, eine Fachkraft der Beratung und Koordinierung, sowie eine Mitarbeiterin der Kreisverwaltung, die für den Bereich der Eingliederungshilfe und die Hilfe zur Pflege zuständig ist, teil.

3.3 Narratives Landkreisprofil des Landkreises Mainz-Bingen

3.3.1 Situation in Rheinland-Pfalz

Rheinland-Pfalz ist das Bundesland mit der höchsten Versorgungsdichte an Pflegestützpunkten im Bundesvergleich (ein Pflegestützpunkt auf rund 30.000 Bürgerinnen und Bürger). Die dort seit 1995 bestehenden Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo-Stellen) wurden zu Pflegestützpunkten weiterentwickelt (Braeseke et al. 2018, 76). Die Teilnehmenden der Fokusgruppe erläuterten die aktuelle organisatorische Struktur der Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz:

Bis heute würden die Pflegestützpunkte gemeinschaftlich von den Kranken- und Pflegekassen, dem Land und den Landkreisen und kreisfreien Städten finanziert. Anstellungsträger seien die Kranken- und Pflegekassen sowie die Anstellungsträger der Fachkräfte der Beratung und Koordinierung (die auch einen Teil der

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

Personalkosten selbst tragen). In den Pflegestützpunkten sei jeweils eine Fachkraft (0,5 VK) bei einer Pflegekasse oder deren Verband und eine Vollzeitstelle bei dem Träger der Fachkraft der Beratung und Koordinierung beschäftigt. Die Kranken- und Pflegekassen würden 50 Prozent der Sach- und Betriebskosten tragen. Darüber hinaus würden sie 100 Prozent der Personalkosten für Fachkräfte in eigener Anstellungsträgerschaft, anteilig nach der jeweiligen Versichertenpopulation in der Region, tragen. Die Personal- und Sachkosten der Fachkräfte der Beratung und Koordinierung würden zu 25 Prozent von den Kranken- und Pflegekassen übernommen. Neben den, nach §7c Abs. 2 SGB XI gesetzlich übertragenen, Aufgaben würden die Pflegestützpunkte über die Fachkräfte der Beratung und Koordinierung auch Aufgaben nach § 2 der *Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur* (LPflegeASGDVO) wahrnehmen.

3.3.2 Situation im Landkreis Mainz-Bingen

Die Teilnehmenden der Fokusgruppe berichteten von diversen Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung im Landkreis Mainz-Bingen, die sich insbesondere in den abgelegeneren, ländlichen Gebieten zusitzen würden. Gerade in den kleinen Berggemeinden sei eine wohnortnahe stationäre Versorgung nicht mehr möglich. Manche Gemeinden würden auch von ambulanten Pflegediensten nicht mehr angefahren werden, weil die Fahrtzeiten zu lang seien. Im gesamten Landkreis mangele es an Kurzzeit- und Nachtpflege und die stationären Pflegeeinrichtungen könnten zeitweise aufgrund von Personalmangel nicht komplett ausgelastet werden, was die Versorgungslage erschwere. Der Personalmangel sei auch in der Verwaltung ein Problem und führe mittlerweile im Bereich der Hilfe zur Pflege zu Wartezeiten von bis zu zwölf Monaten. Sowohl im Pflegestützpunkt als auch beim Fallmanagement durch die Hilfe zur Pflege sei immer wieder das Problem, dass für die Klientinnen und Klienten nicht in ausreichendem Maß die passenden Angebote zur Verfügung stünden, oder diese bereits ausgelastet seien.

Insbesondere Personen mit einem speziellen Beratungs- und Koordinationsaufwand könnten in der Regel nicht in der Region versorgt werden. Dies seien beispielsweise junge Menschen mit Pflegebedarf, Suchterkrankte mit Pflegebedarf, psychiatrische Fallkonstellationen, Klientinnen und Klienten mit Adipositas, aber auch Betroffene der Frontotemporalen Demenz und ältere Suchtpatientinnen und -patienten.

Die Teilnehmenden der Fokusgruppe qualifizierten den Pflegemarkt als Anbietermarkt, in der die personelle Ausstattung und die Einschätzung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer die Annahme von Aufträgen bestimme und nicht unbedingt der Bedarf, den es zu befriedigen gelte: Beispielsweise könnte die Einzelerbringung einer Insulininjektion mit notwendiger An- und Abfahrt als unwirtschaftlich betrachtet werden.

Dort wo die Strukturen der Langzeitpflege versagen, komme es ggf. zu „Verwahrfällen“, sprich Personen werden im Krankenhaus versorgt, obwohl keine akutmedizinische Indikation besteht. Als Beispiel nannte eine der Teilnehmenden einen Fall in dem eine Person nach dem Suizid der Pflegeperson im Krankenhaus untergebracht wurde, da die Versorgung in der Häuslichkeit nicht mehr sichergestellt

war. Verwahrfälle kämen dem Kreis dann teuer zu stehen, wenn er bei solchen Fallkonstellationen im Rahmen seiner Gewährleistungspflicht als örtlich zuständiger Kostenträger herangezogen werde.

3.3.3 Beratung und Case Management

Was das Verständnis von Case Management betrifft, würden sich die Mitarbeitenden der Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz, laut der Leiterin des Koordinationsbüros Pflegestützpunkte beim vdek, an den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI orientieren (GKV-Spitzenverband 2024). Die Technische Anlage der zuvor genannten Richtlinie gebe zudem die Datenfelder, die erfasst werden müssen, vor. Unterstützt werde dies durch die einheitliche Verwendung der Software CareCM⁵, welche über die Masken die Datenerhebung vorstrukturiere. Innerhalb der Software ließen sich Information, Beratung, Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und Case Management ohne Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie Netzwerkarbeit⁶, Öffentlichkeitsarbeit und die fachliche Weiterentwicklung abgegrenzt voneinander dokumentieren. So würden auch die Informationen, welche die Pflegeberatungs-Richtlinie für einen Versorgungsplan gemäß §7a SGB XI vorsieht, strukturiert durch die Software abgefragt. Dies begünstige die Vollständigkeit und Einheitlichkeit und sei der Standard, der insgesamt für die Pflegeberatung gelte. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte seien dazu verpflichtet, ihre CareCM-Daten zu erfassen. Über die Software ließen sich u.a. die Daten der Beratungen und Versorgungspläne ausgeben, die in Form von Jahresberichten von den Mitarbeitenden des Pflegestützpunktes aufbereitet würden. Diese Daten würden dann in den Sitzungen der jeweiligen Kooperationsgemeinschaften (Mitglieder Land Rheinland-Pfalz, Kranken- und Pflegekassen, Landkreis/Kreisfreie Stadt und Vertreterinnen und Vertreter der Anstellungsträger der Fachkräfte der Beratung und Koordinierung) vorgestellt und diskutiert und auch im Rahmen der regionalen Pflegekonferenz zur Kenntnis genommen.

Gleichwohl bleibe die Art und Weise der Wahrnehmung der Case Management-Aufgaben personenabhängig. Insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender Multimorbidität aber auch dem zunehmenden Anteil der Ratsuchenden ohne Pflegeperson würden die Beratungen im Pflegestützpunkt zeitintensiver werden. Um passgenaue Pflegearrangements, trotz Infrastrukturdefiziten, zu organisieren, brauche es kreative Lösungen, deren Erarbeitung ressourcenintensiv sei. Gerade dort, wo Angebote fehlen – beispielsweise im Bereich der Kurzzeitpflege – sei Case Management wichtig, stoße aber auch an seine Grenzen. Ein weiterer Faktor, der Case Management notwendig mache, sei die Zunahme von Haushalten, die kaum über ein soziales Netz von Familie und Freundinnen und Freunden verfügen. Als herausfordernd beschrieben die Teilnehmenden der Fokusgruppe, dass die Einzelfallorientierung des Case Managements in einem Spannungsfeld zu der betriebswirtschaftlichen Optimierungslogik der Leistungserbringer stehe.

⁵ Weitere Informationen unter <https://nubedian.de/produkte/carecm-pflegeberatung-wohnberatung/>.

⁶ Denkbar sei bspw. eine Fallkonstellation in welcher keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt, aber dennoch ein Case Management benötigt wird.

3.3.4 Care Management und Planung

Der Pflegestrukturplan des Landkreises Mainz-Bingen aus dem Jahr 2024 ist nach 2007, 2011 und 2017 der vierte Planungsbericht des Landkreises (Poßmann 2024). Entsprechend der „Arbeitshilfe zur Pflegestrukturplanung“ in Rheinland-Pfalz ist der Planungsprozess im Landkreis Mainz-Bingen iterativ angelegt und in sechs Phasen untergliedert. Die ersten drei Phasen charakterisieren mit qualitativen und quantitativen Methoden den Landkreis. In der vierten Phase folgen moderierte Workshops und partizipative Abstimmungsgespräche. Im Anschluss daran folgt die fünfte Phase, in welcher Handlungsempfehlungen entworfen werden, welche die Grundlage für die kommunalpolitische Verhandlung in den entsprechenden Gremien bilden. Abschließend erfolgt in Phase sechs die Evaluation und fortlaufende Dokumentation hinsichtlich der Umsetzung der Handlungsempfehlungen (LSJV 2021). Mit Hilfe des Pflegestrukturplans des Landkreises Mainz-Bingen seien differenzierte Aussagen bis auf Gemeindeebene möglich.

Die Pflegestrukturplanerin berichtete darüber, dass jetzt für alle Kreise einheitliche Vorgaben für die Pflegestrukturplanung (landeseinheitlicher Musterpflegestrukturplan) entwickelt würden, um eine höhere Vergleichbarkeit herzustellen, dies begrüße sie. In sieben Modellkommunen würde dieser Standard-Pflegebericht bereits umgesetzt. Hierzu zählen die Landkreise Trier-Saarburg, Bernkastel-Wittlich, Rhein-Hunsrück, Kusel und Birkenfeld sowie die kreisfreien Städte Trier und Frankenthal⁷. Darüber hinaus integriere die Planung niedrigschwellige, bzw. ehrenamtliche Angebote wie Pflegelotsen oder Angebote gegen Einsamkeit.

Eine der zentralen Schnittstellen zwischen der Pflegeplanung und dem Care Management im Landkreis Mainz-Bingen sei die regionale Pflegekonferenz. Hier diskutierte Probleme würden, laut der Pflegestrukturplanerin, auch in die Planung einfließen. Die Pflegekonferenz wurde von den Teilnehmenden der Fokusgruppe im Wesentlichen als Informationsnetzwerk (Reis 2013) qualifiziert. Die Zusammenarbeit in dem Gremium mit rund 40 Teilnehmenden wird als konstruktiv wahrgenommen. Hilfreich hierbei sei, dass die Pflegekonferenz recht flexibel in ihrer Arbeitsweise und nicht an eine Geschäftsordnung gebunden sei, was die regelmäßige Abhandlung von Formalia erspare. Positiv bewerteten die Teilnehmenden der Fokusgruppe, dass die Pflegekonferenz mittlerweile, neben Leistungsträgern und -erbringern, auch von der Ärzteschaft und der Pflegegesellschaft besucht werde. Daneben gebe es weitere Netzwerke etwa im Bereich der Demenz. Auch seien neue Netzwerke durch die Beteiligungskonferenzen auf der Ebene der Gesamtgemeinde entstanden. Die Kolleginnen aus den Pflegestützpunkten berichteten überdies über die Pflege informeller Netzwerke, sei es mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi), mit den Betreuungsbehörden oder dem Entlassmanagement der Krankenhäuser oder den Betreuungsbehörden. Die Qualität der Zusammenarbeit sei oftmals abhängig vom Engagement der Beteiligten, aber auch von der jeweiligen individuellen Arbeitsbelastung. Hier bestehe Verbesserungsbedarf. Ebenso verhalte es sich mit der Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als Zuweiserinnen und

⁷ Weitere Informationen unter <https://www.demografie-portal.de/DE/Politik/Meldungen/2024/240311-rheinland-pfalz-land-bringt-kommunale-pflegestrukturplanung-voran.html>.

Zuweisern für frühzeitige Beratung. Die Mitarbeiterin der Hilfe zur Pflege ergänzte, dass sie mit einigen kooperationsbereiten Pflegediensten besonders vertrauensvoll zusammenarbeite – und dies gerade dann, wenn es sich um komplexe Fallkonstellationen handele und schnelle Lösungen gefunden werden müssten. Die Pflegestützpunkte mit ihrer Netzwerk- und Koordinationsarbeit hätten einen großen Einfluss auf die Versorgungsstrukturen und die Kooperationsstrukturen und -kulturen. Das Care Management liege nicht allein im Zuständigkeitsbereich der Pflegestützpunkte, sondern sei auch auf der Kreisebene als Arbeitsprinzip etabliert.

Eigene kommunalwirtschaftliche Bestrebungen im Bereich der Langzeitpflege, beispielsweise einen Pflegedienst zu gründen oder Kurzzeitpflegeplätze selbst vorzuhalten, um aus der Planung hervorgegangenen Defiziten entgegenzuwirken, gebe es bisher in Mainz-Bingen nicht. Laut der Pflegestrukturplanerin werde eine entsprechende kommunale Gewährleistungsverpflichtung bei der Pflegestrukturplanung so nicht bedacht. Zum Verbleib des einzigen Krankenhauses im Kreisgebiet, sei der Kreis seit Ende 2024 zu 50 Prozent an dessen Krankenhausgesellschaft beteiligt.

Man wünsche sich allerdings mehr Einfluss auf die Infrastrukturentwicklung. Bedingt sei es möglich durch kommunale Beratung auf der Grundlage der Planungsdaten, Investorenplanung zu lenken. Als Beispiel wurde die Umwandlung der Planung eines Pflegeheimes zu einer betreuten Wohnanlage genannt. Dieser kommunalen Steuerung seien allerdings Grenzen gesetzt. Begrüßen würden die Teilnehmenden der Fokusgruppe daher eine stärkere Kompetenzstellung der Kommunen.

3.3.5 Einordnung

Das Land Rheinland-Pfalz ist seit Jahrzehnten eines der Bundesländer, die dem Thema (Langzeit-)Pflege einen besonderen politischen Stellenwert einräumen. Die ehemalige Ministerpräsidentin Malu Dreyer hat als Sozialministerin eine zukunftsorientierte Pflegepolitik zu ihrer Sache gemacht. Auch der neue Ministerpräsident Schweitzer hat die besondere Bedeutung des Themas „Pflege“ in der Sozial- und Gesundheitspolitik in seiner Rolle als Sozialminister fortgesetzt. So ist das Thema „Pflege“ als politikfeldübergreifendes Thema in Rheinland-Pfalz gut etabliert. Rheinland-Pfalz zeichnet sich durch eine in der aktuellen fach- und bundespolitischen Debatte (wieder) aufgegriffenen Bedeutung der Kommunen in ihrer Planungsverpflichtung für die Pflegestrukturplanung aus und hat auch hier wichtige Impulse gesetzt, die, wie in der Fokusgruppendiskussion deutlich wurden, weiterwirken aber auch im Sinne der Vereinheitlichung und Wirksamkeit weiterentwickelt werden. Schließlich ist Rheinland-Pfalz das Land mit den meisten Pflegestützpunkten pro Kopf der Bevölkerung und einer recht konsequenten sozialräumlichen Orientierung. Dabei ist die Trägerschaft der Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz von Vielfalt geprägt, gegebenenfalls auch von Diskontinuität angesichts der befristeten Übertragung der Trägerschaft. Umso wichtiger sind einheitliche Arbeitsweisen, an denen, wie sich aus der Dokumentenanalyse und der Fokusgruppendiskussion entnehmen lässt, intensiv gearbeitet wird. Dazu gehört auch ein einheitliches und verbindliches Softwareprogramm für alle Pflegestützpunkte, welches – und dies ist besonders vorbildlich – nach

vorgegebenen Kriterien sowohl auf der Ebene der Landkreise als auch landesweit ausgewertet werden kann. Hiermit wurde eine wichtige Voraussetzung dafür geschaffen, aus der Fallarbeit für die Systemsteuerung, aus den Case Management-Fällen für das Care Management zu lernen. Insofern ist der Dreischritt Fallsteuerung, Systemsteuerung und Planung konzeptionell, aber auch rechtlich in Rheinland-Pfalz in besonderer Weise – zumindest in konzeptioneller Hinsicht – verankert. Trotz einheitlicher Vorgaben, trotz gemeinsamer Software gilt auch für Rheinland-Pfalz, dass die Arbeitsweise in den Pflegestützpunkten sowohl träger- als auch personenabhängig ist. Angesichts der auch in Rheinland-Pfalz stärker aufkommenden Versorgungsengpässe und -probleme sehen sich die Case Managerinnen und Manager in den Pflegestützpunkten mit den Grenzen des Versorgungssystems konfrontiert. Die enge Zusammenarbeit auf Kreisebene mit der Hilfe zur Pflege, von der in der Fokusgruppendiskussion berichtet wurde, kann als vorbildlich gelten. Die Schnittstellen zwischen klinischer und Langzeitpflegeversorgung sind sowohl fallbezogen als auch strukturell in Rheinland-Pfalz Ursache für Versorgungsengpässe und Fehl- und Unterversorgung. Die in vieler Hinsicht vorbildlich konzipierte und ausgestaltete Arbeit der Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz unterstreicht die Notwendigkeit konsequenter sektorenübergreifender Versorgungskonzepte und verbindlicher Pflegestrukturplanung. In vieler Hinsicht realisieren die Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz schon das, was mit dem „PflegestützpunktPlus“ an Zielen verfolgt und an Bestandteilen verbunden wird: Konsequente Dezentralisierung der Pflegestützpunktarbeit, konsequenter Einsatz von Softwareprogrammen, stärkere Betonung von Potenzialen in der Digitalisierung und konsequente Verbindung von Care und Case Management mit der Planung. Nur auch in Rheinland-Pfalz gilt: Ein Care und Case Management kann strukturelle Probleme sichtbar machen, sie aber nicht aus der Welt schaffen. Insofern machen auch die Erfahrungen in Rheinland-Pfalz deutlich, wie notwendig eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung ist.

4 PflegestützpunktPlus: Perspektiven für die Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung

Die Programmatik der DAK-Gesundheit, die mit dem DAK-Pflegereport verfolgt wird, zielt auf das Zielbild „PflegestützpunktPlus“, einer Weiterentwicklung der in §§ 7a, c SGB XI bereits 2008 mit dem Pflegewiederentwicklungsgegesetz gesetzlich vorgesehenen Case und Care Management-Institutionen. Sechs Bausteine gehören zu einem PflegestützpunktPlus (Abb. 13):



Abbildung 13: Perspektiven PflegestützpunktPlus (Klie 2025a, 169)

Versorgungsmanagement

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

Digitales Ökosystem

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

Dezentrale Präsenz von Pflegestützpunkten

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

Integrierte Beratung

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

Monitoring und Planung

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

Vernetzung, Koordination und Kooperation

Im Sinne des Care Managements sind die gesundheitlichen, pflegerischen, technischen, sozialen Unterstützungsformen mit ihren entsprechenden Akteurinnen und 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 Infrastrukturrentwicklung und einzubetten in ein Infrastrukturmonitoring und eine -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 beziehern sollte eine obligatorische fachliche Begleitung zur Verfügung stehen – nicht zuletzt für Notsituationen.
- An- und Zugehörige brauchen eine sie entlastende bedarfsgerechte Unterstützung, für die Case Management-basierte Arbeitsweisen, die in der Pflegeberatung und in den Pflegestützpunkte angelegt sind, eine große Rolle spielen.
- Die Handlungsautonomie von beruflich Pflegenden, ihr kompetenzorientierter Einsatz und die ihr zu übertragenden Heilkundeaufgaben inkl. fallabschließender Behandlung erscheint als eine Notwendigkeit in Zeiten eines Mangels an Fachpflegekräften und Ärzte und Ärztinnen in der ambulanten Versorgung. Wie im Ausland üblich, gilt es sie in ihrer Eigenverantwortung zu stärken.
- Erforderlich ist eine effiziente und optimierte Gestaltung von Prozessen, die den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung, die Sicherung der Qualität und die Begleitung Pflegebedürftiger betrifft: Hier das Assessment und der Pflegeplan des Medizinischen Dienstes, dort die individuelle Pflegeprozessplanung durch den Pflegedienst in der Einrichtung, hier wiederum die Versorgungsplanung der Pflegekasse.
- Nicht zuletzt mithilfe der Digitalisierung und der Tele-Pflege gibt es erhebliche Potenziale für eine Optimierung und Effizienz, auf die auch ein systematisches Care und Case Management ausgerichtet ist.

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Dynamiken und Anpassungserfordernisse auf Landesebene

Ganz im Sinne des Papiers Reset Pflegeversicherung (Klie et al. 2025) versteht die Landesregierung Rheinland-Pfalz Pflege als ein politikfeldübergreifendes Thema. Arbeits- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen werden mit bildungspolitischen verknüpft. Die Forderung nach einer Pflegezeit reflektieren familienpolitische Zusammenhänge. In die aktuelle bundespolitische Diskussion um die Zukunft der Pflegeversicherung schaltet sich das Land Rheinland-Pfalz aktiv ein. In Rheinland-Pfalz wird es sehr darauf ankommen, die Bestrebungen auf Bundesebene, die Beratungsansprüche im SGB XI stärker zusammenzuführen, mit den landesrechtlichen Vorgaben für die Pflegestützpunkte kompatibel zu machen respektive sie für eine Weiterentwicklung der Pflegestützpunktarbeit zu nutzen. Hier bringt allerdings das Land Rheinland-Pfalz sehr günstige Voraussetzungen mit, da es, wenn auch nicht vollständig aber doch weitestgehend, die Pflegeberatung der Pflegekassen in die Pflegestützpunkte integriert hat. Auch eine Vereinfachung des Leistungsrechtes würde die Arbeit der Case Managerinnen und Case Manager vereinfachen, wird aber einige Implikationen für das landesrechtlich auszuhandelnde Leistungserbringungsrecht beinhalten. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Eigenverantwortung und Kompetenz von Pflegefachpersonen kann an die vielfältigen Bemühungen zur Stärkung der Profession der Pflege in Rheinland-Pfalz – die sich auch in der Gründung der ersten Pflegekammer in Deutschland ausdrückten – angeknüpft werden. Auch das Konzept der Gemeindeschwester Plus, das im Koalitionsvertrag der Ampelkoalition aufgegriffen wurde, weist Verbindungslien zum Einsatz der Community Health Nurse auf (Klapper 2023). Das Thema Langzeitpflege ist ein Thema, das nur im Zusammenwirken aller Beteiligten erfolgreich bearbeitet werden kann. Insofern kommt es auf eine intelligente Verschränkung von Politik und Regelungsansätzen im kooperativen Föderalismus an.



Abbildung 14: Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik (Klie et al. 2025, 11)

6 Ausblick

Mit dem Zukunftspakt Pflege hat die Bundesregierung eine große Pflegereform ausgerufen. Es stellt sich die Frage, wie angesichts der grundlegenden Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland die Zukunft der Pflegeversicherung aussehen wird. Es steht zu befürchten, dass die Diskussion um die Finanzierung die Diskussion um die Weiterentwicklung des Versorgungssystems dominiert. Sicher ist: Eine Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung ist höchst unwahrscheinlich. Gleichzeitig wird der Bedarf und die Nachfrage nach fachlicher Unterstützung von auf Pflege angewiesener Menschen und ihrer An- und Zugehörigen steigen – und dies auch in Rheinland-Pfalz bei einer berufsdemografisch zurückgehenden Zahl von Pflegefachpersonen. Dies verlangt nach einer effizienten Ausgestaltung der Strukturen der Pflegeversicherung und einem kompetenzorientierten Einsatz von Pflegefachpersonen. Schlüssel für die Sicherung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung – auch die gesundheitliche Versorgung steht unter demografischem Druck – wird in der stärkeren Einbeziehung von Pflegefachkräften in die Versorgungssteuerung gesehen: sowohl im gesundheitlichen als auch im Bereich der Langezeitpflege. Parallel wird es darauf ankommen, die Sorgestrukturen vor Ort zu erhalten und weiterzuentwickeln und dies im Sinne von Caring Communities: Auch in Rheinland-Pfalz gibt es zahlreiche Kommunen, die vorbildliche Arbeit leisten, so es um die Pflege alter und den Aufbau neuer Sorgestrukturen geht. Hier spielt die in Rheinland-Pfalz entwickelte Pflegestrukturplanung eine wichtige Rolle, die auch partizipative Elemente enthält. Mit der Förderung neuer Wohnformen eröffnet das Land Rheinland-Pfalz auch Handlungsoptionen für zivilgesellschaftliche Initiativen vor Ort, die als Ausdruck demokratischer Aneignung des Pflegethemas von größter Bedeutung sind. Pflege ist ein gesellschaftspolitisches Topthema. Die Sorge, es könnte vor Ort die gesundheitliche und pflegerische Versorgung nicht mehr sichergestellt werden, beschädigt das Systemvertrauen, das auch aus anderen Gründen in den letzten Jahren sehr gelitten hat. Insofern kommt es auf eine überzeugende pflegepolitische Performance der Bundes- als auch der Landesregierung an, die aber auch nicht mehr verspricht als sie halten kann.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erwartungen hinsichtlich der Veränderung der pflegerischen Versorgung in Deutschland (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (10% Bev. insg.; 12% RLP) nicht abgebildet.	5
Abbildung 2: Regionale Pflegeinfrastruktur: mehrheitlich als weniger gut bewertet auch in Rheinland-Pfalz (eigene Darstellung)	6
Abbildung 3: Bekanntheit von Beratungsangeboten in Rheinland-Pfalz und in der Gesamtbevölkerung Deutschlands (eigene Darstellung); Mehrfachantworten möglich.....	7
Abbildung 4: Nach einer erfolgreichen Beratung sind Angehörige mit der Pflegesituation eher zufrieden (Aussagen bezogen auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands) (Haumann 2025, S. 48)	8
Abbildung 5: Bekanntheit des Case Managements im Vergleich zwischen Rheinland-Pfalz und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung)	9
Abbildung 6: Interesse an Case Management im Vergleich zwischen dem Bundesdurchschnitt und Rheinland-Pfalz (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (30% Bev. insg.; 29% RLP) nicht dargestellt	10
Abbildung 7: Wahrnehmung der großen Mehrheit: Das Thema Pflege kommt in der Politik zu kurz (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (5% Bev. insg.; 8% RLP) nicht dargestellt	11
Abbildung 8: Reformwunsch im Rheinland-Pfalz im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (14% Bev. insg.; 7% SL) 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, 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
Abbildung 14: Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik (Klie et al. 2025, 11)	35

Literaturverzeichnis

- Braeseke, Grit/Pflug, Claudia/Beikirch, Elisabeth (2018). Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten. IGES. Online verfügbar unter https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e23547/e24014/e24015/e24017/attr_objs24019/Endbericht_KVQSPS_IGES_gesamt_Final_20181220_ger.pdf (abgerufen am 04.11.2022).
- Bundesministerium für Gesundheit (2025). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand 13.02.2025. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html> (abgerufen am 22.05.2025).
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e.V. (2020). Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. 2. Aufl. Heidelberg, medhochzwei.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2024). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7. Mai 2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien) geändert durch Beschluss vom 09.01.2024. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/2024-01-09_Pflegeberatungs-Richtlinien.pdf (abgerufen am 05.02.2025).
- Haumann, Wilhelm (2025). Bevölkerungsbefragung des Instituts für Demoskopie Allensbach. In: Thomas Klie: Pflegereport 2025. Hg. v. Andreas Storm/DAK-Gesundheit. Heidelberg, medhochzwei Verlag, 26–60.
- Klapper, Bernadette (2023). Einführung von Community Health Nurses: Hürden überwinden. Gesundheits- und Sozialpolitik 77 (2), 26–31.
- Klie, Thomas (2025a). Ausblick und Empfehlungen: Pflegeberatung, Pflegestützpunkte & Strukturreform der Pflegeversicherung. In: Thomas Klie: Pflegereport 2025. Hg. v. Andreas Storm/DAK-Gesundheit. Heidelberg, medhochzwei Verlag, 164–175.
- Klie, Thomas (2025b). Pflegereport 2025. Hg. von Andreas Storm/DAK-Gesundheit. Heidelberg, medhochzwei Verlag.
- Klie, Thomas/Ranft, Michael/Szepan, Nadine-Michèle (2025). Reset Pflegeversicherung. Strukturreform PFLEGE und TEILHABE III. Berlin. Online verfügbar unter https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Strukturreform_Pflege_und_Teilhabe_III_2025.pdf (abgerufen am 03.06.2025).
- Lewin, Philip/Mähs, Mareike/Wendel, Pascal/Zeptner, Marco/Hildebrandt, Helmut (2025). Analyse von Routinedaten zur Pflegeberatung. In: Thomas Klie: Pflegereport 2025. Hg. v. Andreas Storm/DAK-Gesundheit. Heidelberg, medhochzwei Verlag, 61–94.
- LSJV (2021). Arbeitshilfe zur Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz. Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung. Online verfügbar unter https://lsjv.rlp.de/fileadmin/lsjv/Dateien/Aufgaben/Sozialraumentwicklung/Pflegestrukturplanung/Arbeitshilfe_Pflegestrukturplanung.pdf (abgerufen am 18.10.2023).
- 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).

- Poßmann, Ute (2024). Datenreport zur Pflegestruktur im Landkreis Mainz-Bingen / Vierter Bericht. Online verfügbar unter <https://www.mainz-bingen.de/default-wAssets/docs/Familie-Jugend-Asyl-Gesundheit-Soziales/Senioren/datenreport-Pflegestrukturplanung-Mainz-Bingen-aktuell.pdf> (abgerufen am 05.02.2025).
- Reis, Claus (2013). Netzwerke verstehen – theoretische und praktische Zugänge. Manuskriptfassung eines Vortrages anlässlich der DGCC-Tagung “Vernetzt versorgen. Case Management in und mit Netzwerken”. Online verfügbar unter https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/02/intern_2013_Reis.pdf (abgerufen am 27.02.2025).
- 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 Rheinland-Pfalz/Bündnis 90/DIE GRÜNEN Rheinland-Pfalz/FPD (2021). Zukunftsvertrag Rheinland-Pfalz - 2021 bis 2026. Koalition des Aufbruchs und der Zukunftschancen. Online verfügbar unter https://www.rlp.de/fileadmin/02/Regierung/Regierungsbilanz/rlp_Koalitionsvertrag2021-2026.pdf (abgerufen am 16.04.2025).
- 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.