

DAK-PFLEGEREPORT

SCHLESWIG-HOLSTEIN

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 Schleswig-Holstein

Autor:

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

Unter Mitarbeit von

Sam Schwierk und Fabio Di Cianno

Freiburg
August 2025

Vorwort

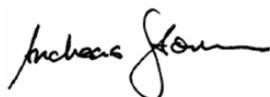
Wir leben in dynamischen Zeiten. Was gestern noch eine Gewissheit war, gilt heute vielleicht schon nicht mehr. Viele Bürgerinnen und Bürger sorgen sich um ihre Zukunft und die Problemlösungskompetenz unserer Regierungen – auf Bundes- und Landesebene. Diese Entwicklung beschädigt das Vertrauen in die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

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

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

Im Landespflegereport werden für Schleswig-Holstein 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 Schleswig-Holstein	3
2.1	Wesentliche Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung	3
2.1.1	Rahmenbedingungen: Wahrnehmungen der Pflege in Schleswig-Holstein	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: Verordnungsrraten von PRISCUS-Medikamenten	16
2.3	Das Thema „Pflege“ in Schleswig-Holstein: Landespolitische und - rechtliche Rahmenbedingungen	20
3	Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Schleswig-Holstein am Beispiel der Landeshauptstadt Kiel.....	22
3.1	Methodik: Anlage und Durchführung	22
3.2	Teilnehmende der Fokusgruppe	23
3.3	Narratives Landkreisprofil Kiel	23
3.3.1	(Pflege-)Beratung und Case Management	24
3.3.2	Care Management.....	25
3.3.3	Pflegeplanung.....	26
3.3.4	Einordnung	26
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 Schleswig-Holstein orientiert sich in seinem Aufbau an dem des DAK-Pflegereportes 2025¹. Dieser setzte sich aus verschiedenen Bestandteilen zusammen:

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

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

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

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

2 Pflege vor Ort – Charakteristika Schleswig-Holstein

2.1 Wesentliche Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung

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

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

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

2.1.1 Rahmenbedingungen: Wahrnehmungen der Pflege in Schleswig-Holstein

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 Schleswig-Holstein geht ebenso insgesamt eher davon aus, dass sich die Versorgung in den nächsten 10 Jahren „etwas“ oder „deutlich verschlechtern“ wird (Abb. 1).

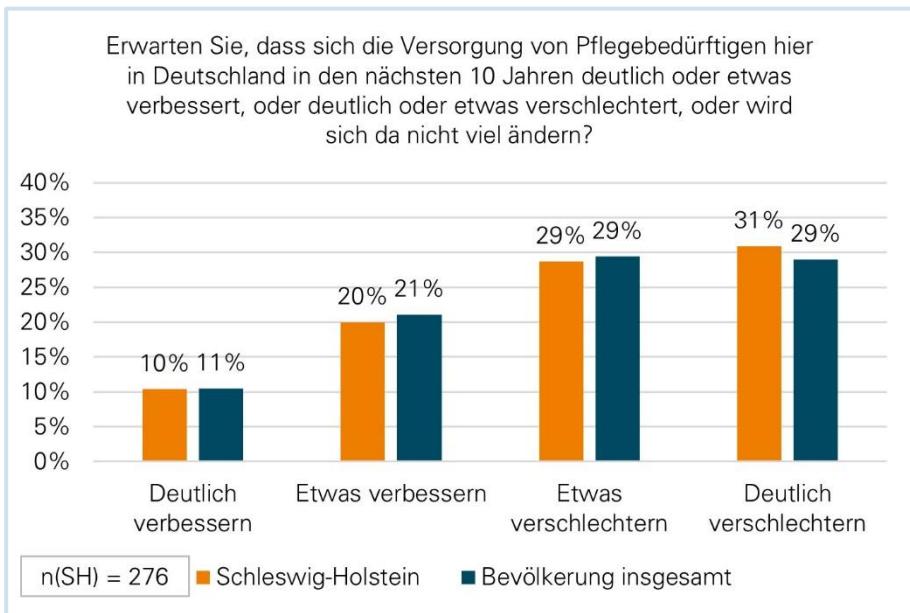


Abbildung 1: Erwartungen hinsichtlich der Veränderung der pflegerischen Versorgung in Deutschland (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (10% Bev. insg.; 10% SH) nicht abgebildet

Dabei geht die Bevölkerung in Schleswig-Holstein 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% SH; 93% Bev. insg.)
- Es wird vor allem Wohlhabenden möglich sein sich eine gute Pflege zu leisten (94% SH; 92% Bev. insg.)
- Es werden mehr ungelernte Hilfskräfte in der Pflege eingesetzt (92% SH; 89% Bev. insg.)
- Die Kostenbelastung für Pflegebedürftige und ihre Familien wird weiter steigen (92% SH; 91% 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. In Schleswig-Holstein ist die Tendenz bei der Bewertung der regionalen Pflegeinfrastruktur ähnlich wie in Deutschland insgesamt: Die Mehrheit bewertet die Pflegeinfrastruktur als „weniger gut“ oder „gar nicht gut“. Dennoch ist der Anteil derer, die in Schleswig-Holstein der Meinung sind, dass die regionale Pflegeinfrastruktur „weniger gut“ ist, mit 45 Prozent höher als der Bundesdurchschnitt mit 39 Prozent. Insgesamt fällt die Bewertung der Pflegeinfrastruktur in Schleswig-Holstein demnach etwas negativer aus (Abb. 2).

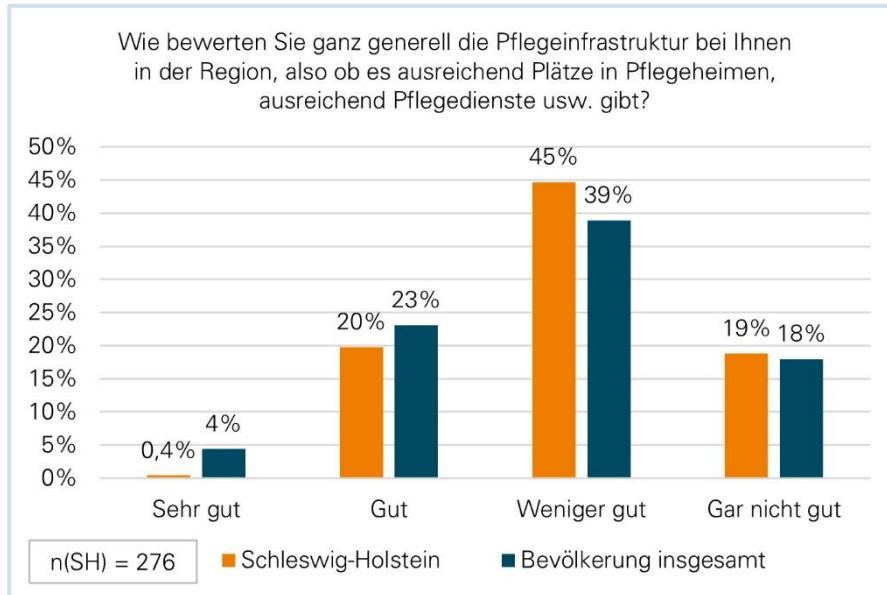


Abbildung 2: Bewertung der regionalen Pflegeinfrastruktur in Schleswig-Holstein (eigene Darstellung)

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 Schleswig-Holstein 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 Schleswig-Holstein ist die Einstellung gegenüber den Beratungsangeboten etwas negativer: 24 Prozent der Befragten (n = 276) sind mit dem regionalen Beratungsangebot zufrieden im Vergleich zu 24 Prozent, die mit dem Beratungsangebot unzufrieden sind. Am positivsten bewertet die Bevölkerung in Berlin das Beratungsangebot (37 Prozent), während die Bevölkerung in Thüringen im Ländervergleich am unzufriedensten ist (19 Prozent).

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 Schleswig-Holstein vergleichbar mit der Bekanntheit in der Gesamtbevölkerung. Auch in Schleswig-Holstein hat der größte Anteil der Bevölkerung noch von keinem der Angebote gehört (64 Prozent). Die Bekanntheit der Pflegestützpunkte ist geringer als in der Bevölkerung Deutschlands insgesamt (Abb. 3).

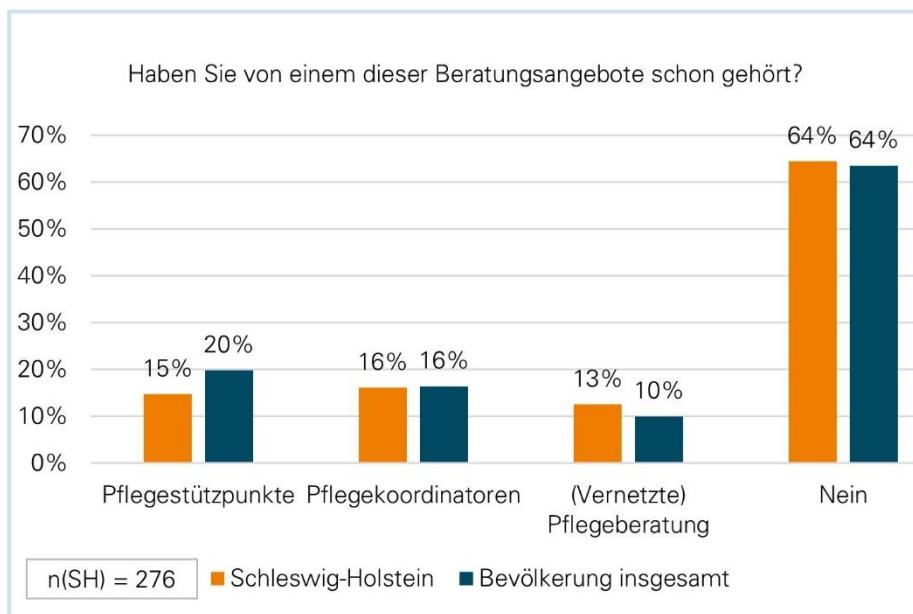
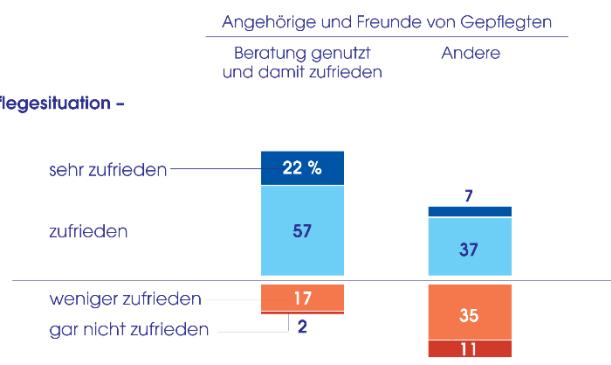


Abbildung 3: Bekanntheit von Beratungsangeboten in Schleswig-Holstein und in der Gesamtbevölkerung Deutschlands (eigene Darstellung); Mehrfachantworten möglich

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 Bundesdurchschnitt haben lediglich 22 Prozent bereits von Case Management gehört. Schleswig-Holstein weist mit 19 Prozent einen vergleichbaren Wert auf (Abb. 5).

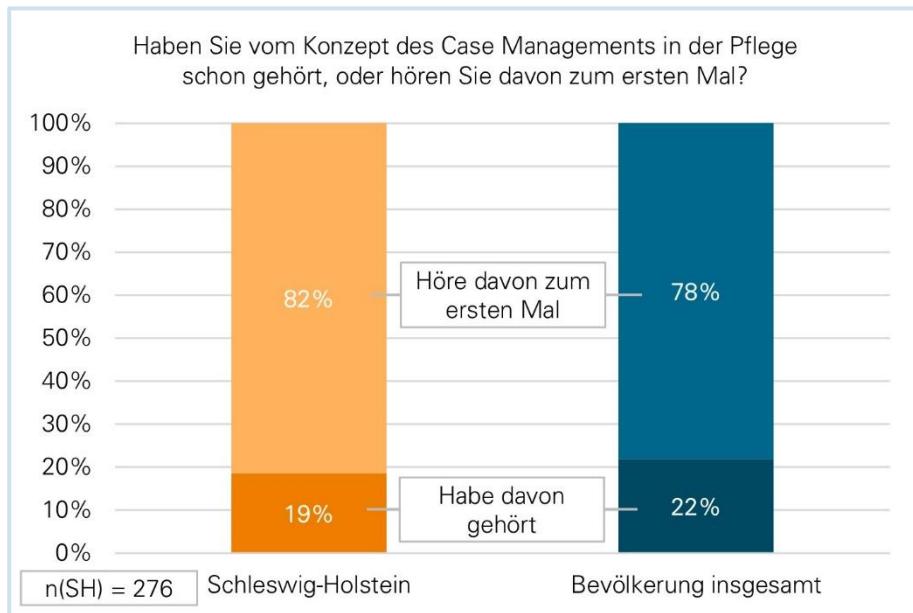


Abbildung 5: Bekanntheit des Case Managements im Vergleich zwischen Schleswig-Holstein und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung); Werte gerundet

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

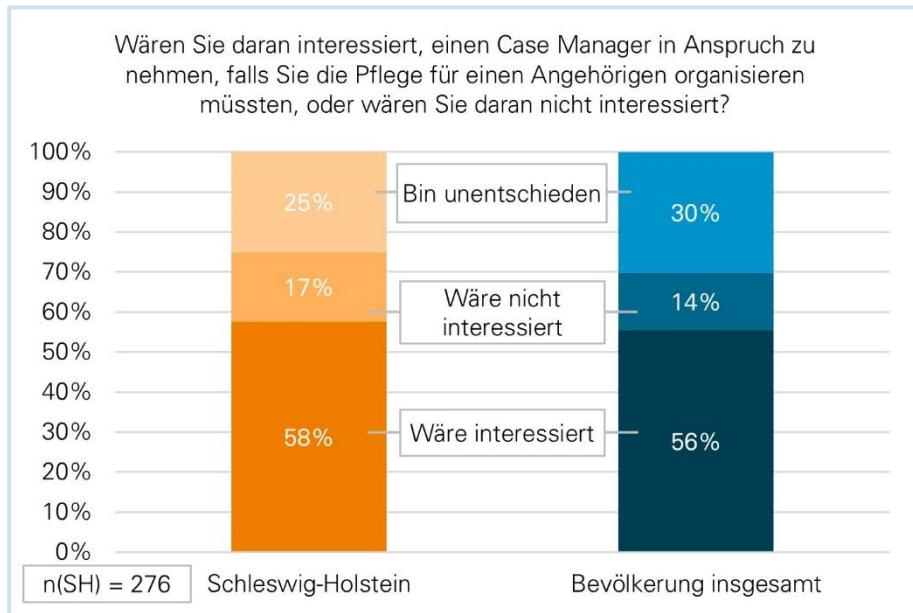


Abbildung 6: Interesse an Case Management im Vergleich zwischen dem Bundesdurchschnitt und Schleswig-Holstein (eigene Darstellung)

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. In Schleswig-Holstein ist die Einstellung, dass die Politik im Bereich der Pflege mehr tun müsste, sogar noch ausgeprägter als im Bundesdurchschnitt (Abb. 7).

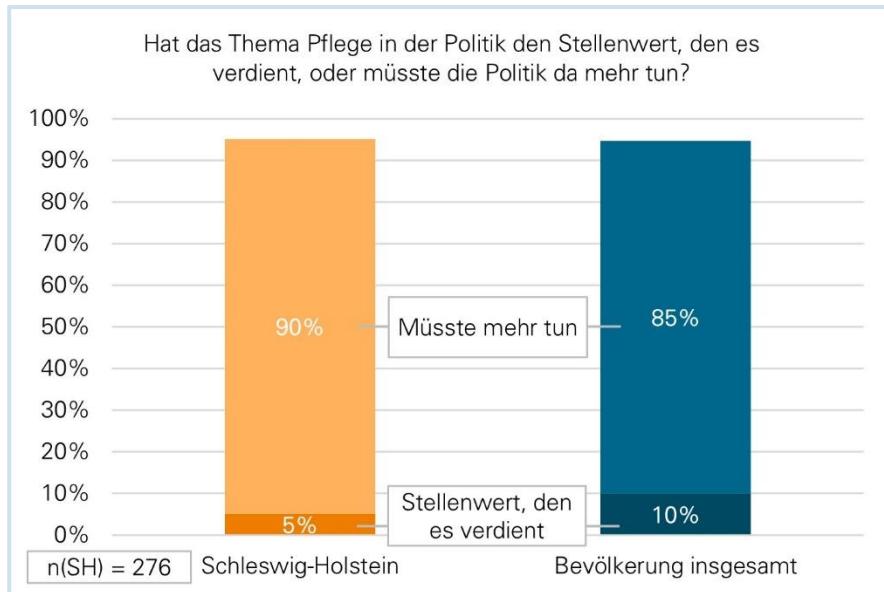


Abbildung 7: Wahrnehmung der großen Mehrheit: Das Thema Pflege kommt in der Politik zu kurz (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (5% Bev. insg.; 5% SH) nicht dargestellt

Die Einstellung der Bevölkerung zu einer umfassenden Reform der Pflege ist daher wenig überraschend. Sowohl im Bundesdurchschnitt (77 Prozent) als auch in Schleswig-Holstein (79 Prozent) geht die absolute Mehrheit davon aus, dass eine solche Reform notwendig ist (Abb. 8).

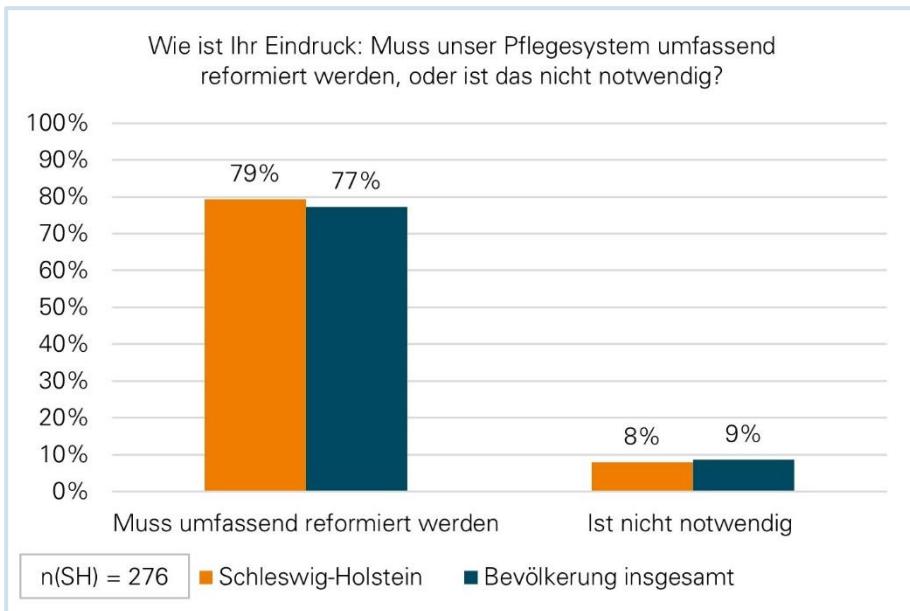


Abbildung 8: Reformwunsch in Schleswig-Holstein im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung), Antwortkategorie "Unentschieden" (14% Bev. insg.; 13% SH) nicht dargestellt

Im Rahmen einer Reform des Pflegesystems wären der Bevölkerung Schleswig-Holsteins insbesondere die folgenden Aspekte wichtig: Weniger Bürokratie, eine bessere Zusammenarbeit vor Ort – von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Kommunen und Pflegediensten sowie eine pflegerische Grundversorgung für alle und kostenpflichtige Zusatzleistungen.

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

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

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

Ein Fazit der Analyse ist, dass Pflegeberatung wirkt. Der Großteil der Versicherten wurde sowohl vor (rund 73%) als auch nach (rund 89%) der Erstberatung von Angehörigen gepflegt. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass die Pflegeberatung häusliche Pflegearrangements stabilisiert. In der Tendenz führt Pflegeberatung zu einem höheren Pflegegrad, Herabstufungen sind dagegen sehr selten (Abb. 9).

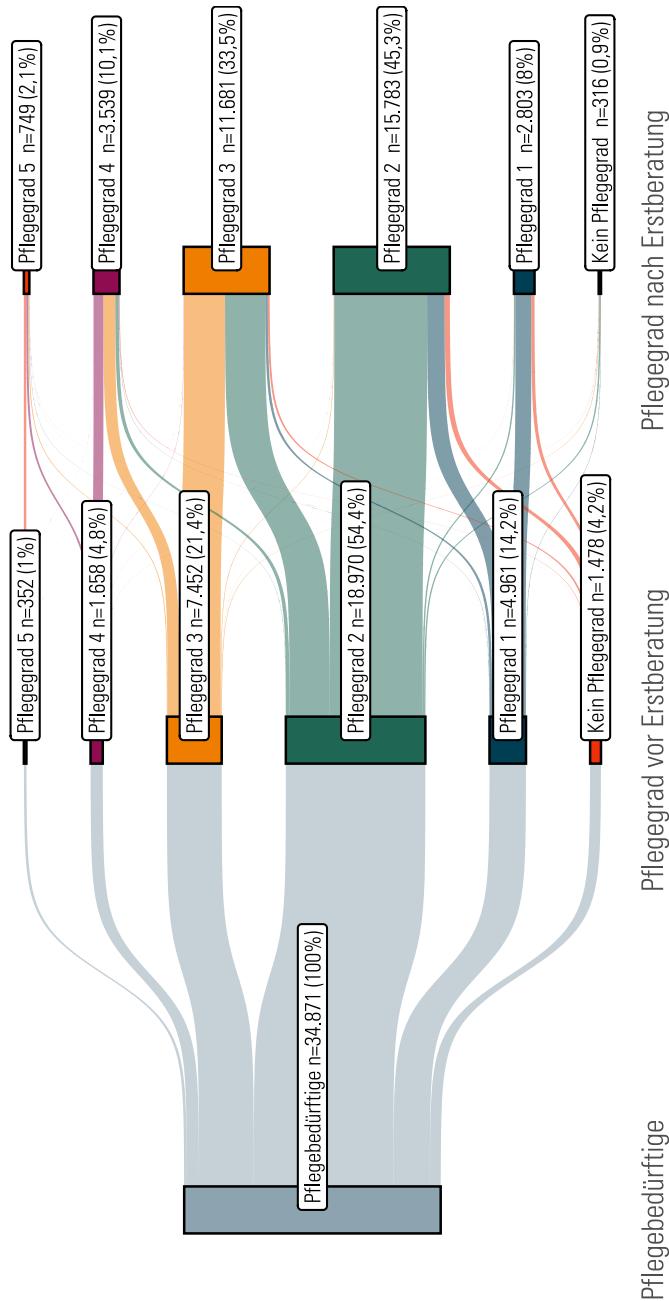


Abbildung 9: Veränderungen im Pflegegrad nach der Erstberatung (Lewin et al. 2025, S. 66)

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.

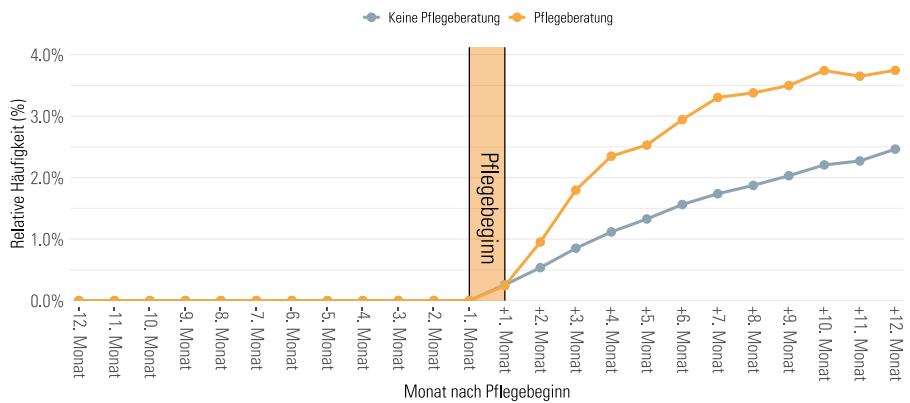


Abbildung 10: Entwicklung der Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege im zeitlichen Verlauf relativ zum Pflegebeginn, differenziert nach Beratungserhalt (Lewin et al- 2025, 81)

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.

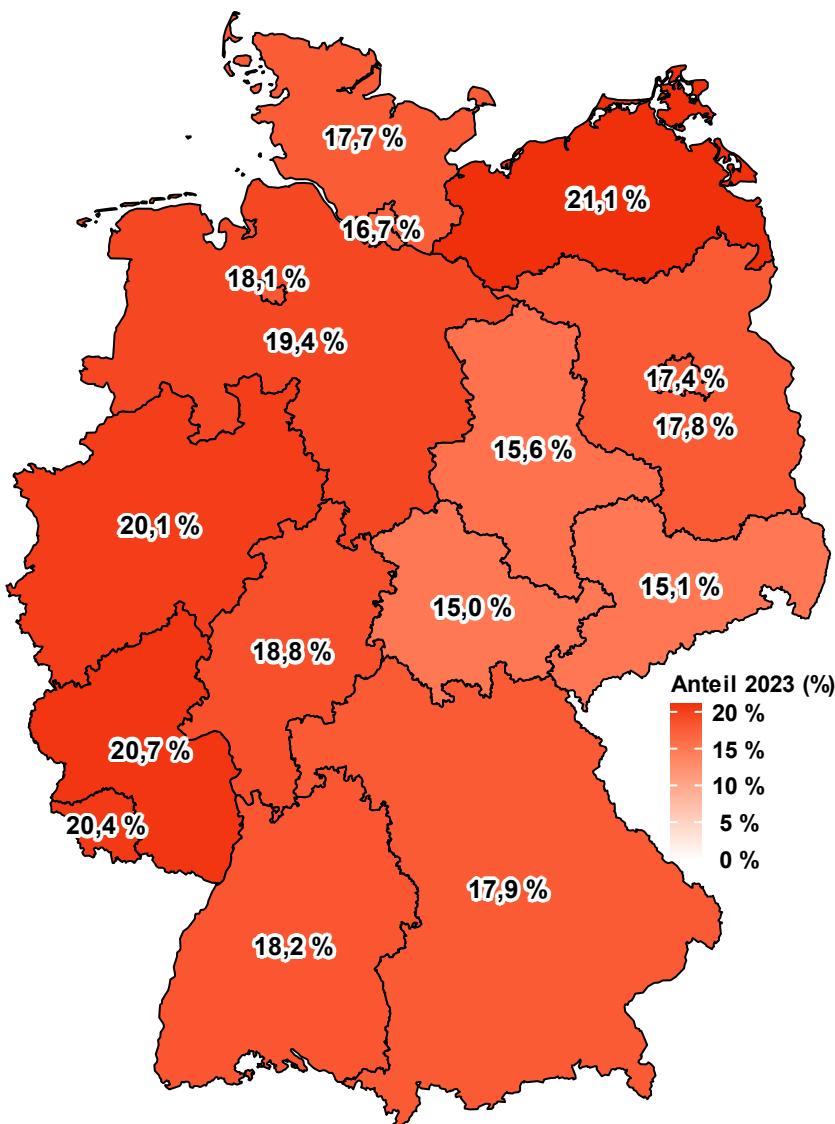


Abbildung 11: Anteil an PRISCUS-Verordnungen nach Bundesländern im Jahr 2023 (Lewin et al. 2025, S. 86)

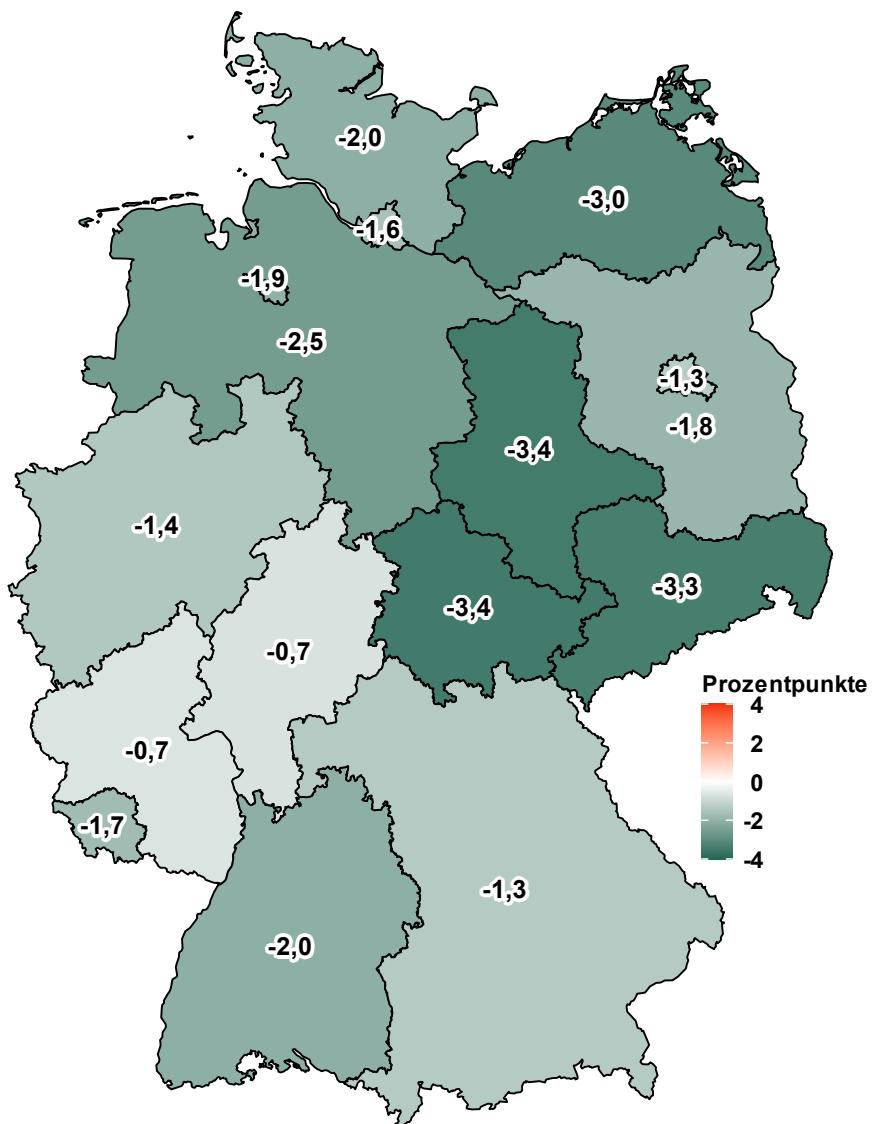


Abbildung 12: Absolute Veränderung des Anteils der PRISCUS-Verordnungen 2017-2023 nach Bundesländern (in Prozentpunkten) (Lewin et al. 2025, S. 87)

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 Schleswig-Holstein: Landespolitische und -rechtliche Rahmenbedingungen

In Schleswig-Holstein regiert seit 2022 die Koalition aus CDU und Bündnis90/ Die Grünen. In ihrem Koalitionsvertrag mit dem Titel „Ideen verbinden. Chancen nutzen. Schleswig-Holstein gestalten.“ widmen sich die Koalitionäre im zweiten Themenkomplex, „Soziales, Gesundheit, Gesellschaft“, umfassend der Pflegepolitik (CDU Schleswig-Holstein und Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Schleswig-Holstein 2022). Ausgangspunkt ist der Grundgedanke, dass der Mensch als zentrale Bezugsgröße der medizinischen und pflegerischen Versorgung verstanden wird. Ziel ist es, auf dieser Grundlage eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung und Pflege zu gewährleisten und die strukturellen Rahmenbedingungen weiter zu verbessern (ebd., 50).

Im Unterkapitel „Soziales“ wird hervorgehoben, dass Einkommens- und Rentenlücken, die im Zusammenhang mit Pflege entstehen, verstärkt in den politischen Fokus rücken sollen (ebd., 51). Das Unterkapitel „Familie, Kinder, Jugend und Senioren“ sieht die Einführung von Maßnahmen vor, die Familien gezielt unterstützen, unter anderem im Kontext der Pflege von Angehörigen (ebd., 52).

Im Abschnitt „Lebensqualität im Alter“ wird die Unterstützung von Hilfennetzwerken für ältere Menschen in Kooperation mit staatlichen und nichtstaatlichen Einrichtungen aus dem Pflege- und Sozialbereich angekündigt. Diese Netzwerke sollen älteren Menschen helfen, möglichst lange im vertrauten Wohn- und Lebensumfeld zu verbleiben (ebd., 54).

Das Unterkapitel „Gesundheit“ beinhaltet die Absicht einen „Pakt für die Gesundheits- und Pflegeberufe“ aufzulegen. Mit diesem sollen die Bedingungen in Ausbildung und Studium, ebenso wie die Ausbildungskapazitäten, verbessert und bedarfsgerecht ausgestaltet werden (ebd., 56). Darüber hinaus werden Aus- und Weiterbildungen im medizinischen und pflegerischen Bereich gezielt genutzt, um die Sensibilisierung im Umgang mit Menschen mit Behinderung zu erhöhen (ebd., 57). Chancen für die Weiterentwicklung der Gesundheits- und Pflegeberufe sehen die Koalitionäre insbesondere in den Bereichen Digitalisierung, Telemedizin und Künstliche Intelligenz (ebd., 57). Im Hinblick auf die Akademisierung der Gesundheits- und Pflegefachberufe bekennt sich die Landesregierung zu einer konstruktiven Ausgestaltung, wobei Ausbildung und Studium gleichermaßen wertvoll erachtet werden (ebd., 58).

Innerhalb des Unterkapitels Gesundheit ist der Aspekt „Bedingungen für die Pflege“ gesondert ausgeführt. Demnach soll die wohnortnahe Pflege- und Beratungsinfrastruktur gestärkt werden. Verbesserte Rahmenbedingungen und Anreize sind für die Kurzzeitpflege, die Einführung einer solitären Kurzzeitpflege, die Tages- und Nachtpflege sowie die Pflege von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf vorgesehen. Die Beratung für pflegende Angehörige soll intensiviert werden. Ebenso soll ein flächendeckendes telefonisches und digitales Beratungsangebot für pflegende Kinder und Jugendliche weiterentwickelt werden, das in die regionalen Hilfennetze integriert wird. Auch die Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten in Pflegeberufen sollen verbessert und die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse erleichtert werden. Auf Bundesebene wird sich

Schleswig-Holstein für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung einsetzen (S. 63). Zudem ist beabsichtigt, attraktive Rückkehrprogramme in der Pflege zu fördern sowie Assistenz- und Unterstützungssysteme in Heimen und Krankenhäusern bereitzustellen (ebd., 63–64). Die Prüfrichtlinien der Heimaufsicht des Landes sollen so ergänzt werden, dass die Einhaltung der vorgegebenen Personalschlüssel wirksam überprüft werden kann. Die Pflege soll verstärkt vor Ort koordiniert werden. Als Ansatz wird unter anderem das Modell der Community-Health-Nurse genannt, wobei die Verantwortung für Finanzierung und weitergehende konzeptionelle Fragen dem Bund zugesiesen wird. Grundsätzlich verfolgt die Landesregierung das Ziel, dass Bürgerinnen und Bürger möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Daher sollen Kommunen bei der Bedarfsermittlung gezielt unterstützt werden. Der bereits bestehende Pflegepreis wird fortgeführt und inhaltlich erweitert (ebd., 64).

Im Unterkapitel „Gesellschaft“ betont die Koalition die Stärkung der Beratung von Menschen in besonders anspruchsvollen Querschnittsbereichen – hierzu zählen unter anderem queere Geflüchtete, pflegebedürftige ältere Menschen, Frauen sowie inter*, trans* und nicht-binäre Personen. Gleichzeitig sollen fachfremde Beratungsstellen für die Bedarfe dieser Gruppen sensibilisiert werden (ebd., 71). Zudem soll die umfassende Aufklärung über wesentliche geschlechtsspezifische und medizinische Anforderungen an eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung für queere Personen intensiviert werden. Zur Unterstützung werden Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ermutigt, sich an Projekten wie „Praxis Vielfalt“ zu beteiligen (ebd., 71). Darüber hinaus will das Land Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheits- und Pflegebereich beim Aufbau eines Kompetenz- und Versorgungsnetzwerks unterstützen (ebd., 71–72).

In Schleswig-Holstein wird die Pflegeberatung gemäß § 7 a SGB XI durch die Pflegeberaterinnen und -berater der Kassen in den Pflegestützpunkten wahrgenommen (*Landesrahmenvertrag Pflegestützpunkte Schleswig-Holstein. Zu der Einrichtung, dem Betrieb und der Finanzierungs eines Pflegestützpunktes gemäß § 7c SGB XI 2021*).

3 Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Schleswig-Holstein am Beispiel der Landeshauptstadt Kiel

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 Schleswig-Holstein sind unter Abschnitt 3.2 in diesem Bericht aufgeführt.

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

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

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

Als Fokusregion für das Land Schleswig-Holstein wurde die Landeshauptstadt Kiel ausgewählt. Dieses norddeutsche Ballungszentrum weist – trotz der allgemeinen demografischen Herausforderungen – besonders interessante Strukturen im Bereich der Pflege auf.

3.2 Teilnehmende der Fokusgruppe

An der Fokusgruppe in Kiel haben die Leiterin der Abteilung Inklusion und Älter werden im Quartier, sowie die Sachgebietsleiterin des Pflegestützpunktes und eine Beraterin des Pflegestützpunktes Kiel, teilgenommen. Ergänzt wurde die Fokusgruppe um eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle für Menschen mit Demenz (AWO, gefördert durch die Landeshauptstadt Kiel).

3.3 Narratives Landkreisprofil Kiel

Die Versorgungssituation in der Landeshauptstadt Kiel sei lange Zeit stabil gewesen. Kiel verfüge über große Pflegeheime, früher zum Teil auch in städtischer Hand. Sie stammen aus den 1970er und 80er Jahren und hätten zu so etwas wie einem „Sog“ in die Pflegeheime geführt. Ähnliches gelte für das, gerade in Kiel verbreitete und etablierte, Konzept des Betreuten Wohnens. Aktuell müssten allerdings sowohl die stationären Pflegeeinrichtungen als auch die im Betreuten Wohnen vorhandenen

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.

Pflegebereiche Plätze reduzieren: Aufgrund des Fachkräftemangels könnten die erforderlichen Fachkraftquoten oft nicht mehr eingehalten werden. Zwar gebe es auch im Pflegesektor Neubauten, die aber nichts an der Personalproblematik ändern, sondern sie tendenziell eher verschärfen würden. Infrastrukturdesiderate würden von den Teilnehmenden der Fokusgruppe insbesondere in der Nachtpflege und bei der solitären Kurzzeitpflege ausgemacht.

Bei den ambulanten Diensten herrsche weiterhin weitgehend Wettbewerb. Absprachen über die Konzentration auf bestimmte Quartiere und Stadtteile seien bislang nicht umsetzbar gewesen. Die Pflegedienste würden mittlerweile besonders komplexe Fälle, mit Hinweis auf die schwierige Personalsituation, vermehrt ablehnen. Seien es Betroffene der Frontotemporalen Demenz oder schwer adipöse Klientinnen und Klienten. Daneben gebe es allerdings auch Pflegedienste, die sich auf bestimmte Zielgruppen, beispielsweise Menschen mit Einwanderungsgeschichte aus einem bestimmten Land, konzentrieren würden.

Es gebe zudem auch Stadtteile, in denen eine hausärztliche Versorgung keineswegs mehr gesichert ist. Die Wartezeit auf einen Termin liege teilweise bei fünf Monaten. Hausärztinnen und Hausärzte, die Hausbesuche anbieten, seien selten. So komme es bisweilen zu Rettungsdiensteinsätzen und Notaufnahmen, die pflegeindiziert seien, aber nicht von einer medizinischen Indikation geprägt würden.

MS-Kranke, Parkinsonpatientinnen und -patienten, aber auch Wohnungslose würden zu den Gruppen von Menschen mit Pflegebedarf gehören, für die man keine bedarfsdeckenden Angebote in Kiel vorhalten könne. Betroffene von Frontotemporaler Demenz in die geschlossene Station der psychiatrischen Klinik in Heiligenhafen zu schicken, sei fachlich unangemessen und damit auch unerfreulich. Man sehe allerdings kaum realistische Alternativen.

Auch in Kiel beobachte man die quantitative Bedeutung von Live-Ins als Ausdruck von Systemversagen. Sie bewegen sich zumeist im Grau- oder Schwarzbereich des Arbeitsrechtes. Trotz vielfältiger kommunalpolitischer Überlegungen, Bemühungen und Verhandlung (bspw. Etablierung einer solitären Kurzzeitpflege) sei es der Landeshauptstadt Kiel bisher nicht gelungen, selbst wieder eine aktive Rolle als Anbieterin von Diensten zu übernehmen. Letztlich würden diese Ideen an den gesetzlichen Rahmenbedingungen und Finanzierungsmöglichkeiten scheitern.

Gleichwohl werde die Auffassung geteilt, dass die Letztverantwortung für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bei der Kommune, bei der Landeshauptstadt Kiel liege, zumindest in der Wahrnehmung der betroffenen Menschen vor Ort.

3.3.1 (Pflege-)Beratung und Case Management

Die Aufgaben des Case Managements im Kontext der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI werden in Schleswig-Holstein generell von den Pflegekassen übernommen. Im Rahmenvertrag sind die Aufgabenkreise Case Management und Care Management voneinander abgegrenzt. Faktisch übernehme der Pflegestützpunkt auch komplexere Beratungsaufgaben, mache Hausbesuche. Der Pflegestützpunkt verweise die Ratsuchenden an die Pflegekassen, wenn es um eine leistungsrechtliche

Beratung gehe. Während die großen Kassen, die in Kiel auch eher vor Ort präsent seien, mit dem Pflegestützpunkt eng zusammenarbeiten würden, sei dies bei kleineren Kassen i.d.R. nicht der Fall, wenngleich es auch kleinere Kassen mit Beraterinnen und Beratern vor Ort und guter Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt gebe. Eine Rückbindung der Pflegeberatung der Kassen in die Care Management-Strukturen finde allerdings kaum statt. Zudem wurde beklagt, dass das ursprünglich im Pflegestützpunkt vorgehaltene Büro für die Pflegekassen, in denen sie Pflegeberatung durchführen könnten – gesetzlich vorgesehen – nie genutzt worden sei. Es scheine so, dass die Pflegekassen ihre Pflegeberatung im Wesentlichen als Leistungsberatung ausgestalten, so die Wahrnehmung der Teilnehmenden der Fokusgruppe.

Case Management-Fallkonstellationen, die sich auf komplexe Situationen beziehen, würden folgendermaßen bearbeitet: Im Falle von Menschen mit Demenz werde beispielsweise die Beratungsstelle für Menschen mit Demenz herangezogen. Auch der kommunale Sozialdienst für Erwachsene werde aktiv, wenn soziale Problemlagen hinzukämen und der sozialpsychiatrische Dienst bei psychiatrischen Bedarfen. Zunehmend würden sich die beratenden Institutionen und Stellen in Kiel auch mit der Situation konfrontiert sehen, dass sie den pflegenden Familien und den auf Pflege angewiesenen Menschen schlicht nicht weiterhelfen können, da es an den entsprechenden Infrastrukturen und den Diensten fehle.

3.3.2 Care Management

Der Pflegestützpunkt selbst sehe seine Care Management-bezogenen Aufgaben im Wesentlichen in der Wegweisung zu Anbietern, zu Dienstleistern, als Hilfe und Lotse im „Pflegeschungel“. Man suche Strategien die Informationsflüsse zu verbessern, organisiere Treffen etwa mit den Nachbarschaftshelferinnen und -helfern, kooperiere mit dem Seniorenbeirat: Das Ganze mit dem Effekt, dass die Arbeit des Pflegestützpunktes, aber eben auch die pflegerischen Angebote, vergleichsweise gut bekannt würden und auch miteinander kooperieren würden.

Seit 28 Jahren gebe es in Kiel eine Pflegekonferenz. Diese tage seither überwiegend ohne die Beteiligung der Pflegekassen. Die Performance der Pflegekonferenz solle wieder verbessert und agiler werden, so die Zielsetzung, die die Leitung der Abteilung Inklusion und Älter werden im Quartier mit einem geplanten Treffen zum 28-jährigen Bestehen, verbindet. Sowohl die Pflegekonferenz als auch die Arbeiten im Pflegestützpunkt mit dreieinhalb dort angesiedelten Stellen hätten in jedem Fall dazu beigetragen, dass auf Quartiersebene eine stärkere Vernetzung stattfindet und nicht nur auf der Verbändeebene.

Die von der Stadt Kiel finanzierte Beratungsstelle „Demenz und Pflege“ sei darüber hinaus auch auf der Care Management-Ebene aktiv. Das Projekt „ADele“⁵, dass sich auf alleinlebende Menschen mit Demenz bezieht, habe dazu beigetragen, dass das Thema „Begleitung von Menschen mit Demenz“ in die Ortsteile hineingetragen wurde. Zu den Effekten des Care Managements gehöre auch der Austausch mit dem

⁵ Weitere Informationen unter <https://www.netzwerkstelle-demenz.de/bundesweites-netzwerk/praxisbeispiele-1/projekt/demenzfreundliches-kiel>.

Medizinischen Dienst, der allerdings nicht fallbezogen, sondern „systembezogen“ stattfinde.

Alles in allem sehe man für die Zukunft einen Bedeutungszuwachs von Care und Case Management im Sinne einer auf Effizienz hin angelegten Zusammenarbeit und Beratung. Gleichzeitig befürchte man, dass angesichts der zukünftigen Bedarfssteigerungen und gleichzeitigen Infrastruktur- und Ressourcendefiziten letztlich auch Care und Case Management-Ansätze an ihre Grenzen kommen werden. Die Aufgaben würden komplexer werden, die Fallkonstellationen schwieriger zu begleiten und zu beantworten. Möglicherweise liege in einer sektorenübergreifenden, das Gesundheitswesen einbeziehenden Perspektive eine Lösung.

3.3.3 Pflegeplanung

Die Kieler Pflegestrukturplanung habe eine lange Tradition, zeichne sozialraumbezogen epidemiologische und demografische Entwicklungen auf, identifizierte Versorgungs- und Infrastrukturdesiderate. Die Pflegestrukturplanung der Landeshauptstadt Kiel werde unter Einbeziehung unterschiedlicher Stellen der Stadt erstellt, unterschiedliche Beiräte und Gremien würden mitwirken und dazu beitragen, dass die Erfahrungen und Expertise unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure miteinbezogen werden können.

So differenziert die Pflegestrukturplanung in der Landeshauptstadt Kiel erarbeitet werde, so gering sei ihr Einfluss auf die Infrastrukturentwicklung. Allerdings seien die Instrumente, die der Landeshauptstadt Kiel zur Umsetzung der Planung zur Verfügung stünden, weithin stumpf. Den Kommunen würden nach wie vor die notwendigen Kompetenzen fehlen. Schließlich gebe es auch unterschiedliche Zielsetzungen, und vielfältige Zielgruppen, die miteinander um den Einsatz von städtischen Ressourcen und Entwicklungen konkurrieren würden. Allerdings sei es auch innerhalb der Landeshauptstadt Kiel kein einfaches Unterfangen, sich auf eine ämterübergreifende Infrastruktur für ältere Menschen zu verständigen. Man hoffe außerdem auf klare Vorgaben vom Bund, was den Grad der Verbindlichkeit für kommunale Pflegeplanungen betreffe. Die Planungsempfehlungen und Maßnahmen der Pflegestrukturplanung würden sich bislang stärker auf das Vor- und Umfeld der Pflege beziehen: auf Nachbarschaftshilfe, auf „niedrigschwellige“ Angebote, auf Ansätze wie der sorgenden Gemeinschaft und der Stärkung ehrenamtlicher Strukturen. Die Haushaltslage der Landeshauptstadt Kiel lasse die Handlungsspielräume zudem weiter enger werden. Von der Landesregierung sei man enttäuscht, da das Thema stiefmütterlich behandelt werde. Eigenständige strategische Überlegungen, etwa auch aus einem Treffen der Pflegestützpunkte in Schleswig-Holstein heraus, träten angesichts der zurzeit empfundenen krisenhaften Situation und deren Bewältigung eher in den Hintergrund.

3.3.4 Einordnung

Schleswig-Holstein hat eine lange Tradition einer strategisch ausgerichteten Pflegepolitik, die unter anderem auch in dem Konzept des Pflegegesetzbuches zum

Ausdruck kommt: Unterschiedliche Regelungsbereiche und -sektoren wurden seinerzeit in einem, in anderen Bundesländern so nicht bekannten, Gesetzesformat zusammengeführt: Vom Heimrecht über Fragen der Ausbildung bis hin zu den typischerweise in einem Landespflegegesetz geregelten Fragestellungen. Mit Einführung der Pflegeversicherung wurden die seinerzeit schon recht entfalteten Care und Case Management-Strukturen auf kommunaler Ebene rückgebaut, dies zugunsten eines von den Pflegekassen verantworteten Pflegeberatungsnetzwerkes mit kooperierenden Pflegestützpunkten. Die vor Einführung der Pflegeversicherung respektive der Pflegeberatung und Pflegestützpunkte aufgebaute Infrastruktur mit Ortsbezug, die sich fachlich bewährt hatte, könnte heute bei einer Weiterentwicklung des Care und Case Managements wieder als Orientierung dienen (Klie et al. 2011).

Die Fokusgruppendifiskussion in der Landeshauptstadt Kiel zeigt exemplarisch, dass die Zusammenarbeit zwischen Pflegestützpunkten einerseits und der Pflegeberatung der Vielzahl von Pflegekassen keineswegs selbstverständlich ist und insbesondere kleinere Kassen sich nicht in der Lage sehen, im Sinne eines integrierten Care und Case Managements, in den jeweils aufgebauten Netzwerken zusammenzuarbeiten und mitzuwirken. Dies gilt „sogar“ für die Landeshauptstadt Kiel mit einer langen Tradition gerontologisch reflektierter und fundierter Altenhilfe und Pflegeplanung, deren positiven Effekte vor allen Dingen auch in dem Aufbau von tragfähigen Netzwerken der relevanten Akteure liegt und lag.

Am Beispiel der Landeshauptstadt Kiel lässt sich auch eines der grundlegenden Dilemmata in der Steuerung der Infrastruktur der pflegerischen Versorgung erkennen: Auch wenn eine gut datengestützte Altenhilfe und Pflegeplanung in Kiel vorliegt, so bleibt sie hinsichtlich der Beeinflussung der Infrastrukturentwicklung doch weitgehend wirkungslos. Es fehlen schlicht die rechtlichen Kompetenzen, um auf die Infrastrukturentwicklung Einfluss nehmen können (Klie 2024a; Klie 2024b). Dabei wird – das zeigt sich gerade auch in Kiel – die Problematik der Unter- und Fehlversorgung zunehmen und zu einem essenziellen Problem werden. So berichteten die Kolleginnen und Kollegen im Fokusgruppengespräch, dass sie sich häufig nicht mehr in der Lage sehen, eine bedarfsgerechte Versorgung zu organisieren. Auch die hausärztliche Versorgung sei (sogar) in der urban geprägten Landeshauptstadt Kiel nicht mehr in allen Stadtteilen gewährleistet. Das wird auch und gerade für ländlich geprägte Regionen Schleswig-Holsteins gelten. So liegt letztlich in einer sektorenübergreifenden Versorgungsstrategie, in der Pflegefachpersonen eigenverantwortliche Steuerungsaufgaben zugeordnet werden, eine der Perspektiven: Der Pflege kommt eine Schlüsselfunktion der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Zukunft zu (Karagiannidis et al. 2025).

Schleswig-Holstein ist das Bundesland mit dem höchsten Anteil an stationärer Versorgung unter den pflegebedürftigen Personen. Insofern sind auch die Sozialhilfeausgaben besonders hoch. Es zeigt sich aber, dass angesichts der auch Schleswig-Holstein treffenden berufsdemographischen Dynamik (Klie 2024c) zunehmend Heimplätze leer stehen, da nicht ausreichen Personal zur Verfügung steht: die Fachkraftquote, so umstritten sie auch ist, wirkt als limitierender Faktor. Dies führt zur faktischen Unterversorgung der auf Pflege angewiesenen Menschen,

beziehungsweise zumindest dazu, dass die Nachfrage nicht mehr überall und für jeden befriedigt werden kann. Dies wird, auch darüber wird auf der bundespolitischen Ebene intensiv nachgedacht, eine stärkere bedarfsorientierte Steuerung der Pflege auch auf individueller Ebene erforderlich machen können.

Auch in Schleswig-Holstein gibt es mit einer speziellen und besonders relevanten Infrastruktur Probleme: die solitäre Kurzzeitpflege steht auch hier nicht in gebotemem Umfang zur Verfügung. Dies kennt mannigfache Hintergründe, die nicht zuletzt in der Vergütungsstruktur und leistungserbringungsrechtlichen Rahmung der Kurzzeitpflege liegen. Die Träger von Einrichtungen und Diensten und ihre Verbände sehen in der Kurzzeitpflege auch in Schleswig-Holstein kein für sie interessantes und auskömmliches Geschäftsfeld. Da helfen dann auch Investitionskostenförderungen nicht, zumindest nicht in ausreichender Weise. Schleswig-Holstein ist ein Bundesland, in dem trotz bundesgesetzlich einheitlich geltender Vorgaben der Einfluss skandinavischer Wohlfahrtssysteme zu spüren ist. Dies liegt nicht nur an der Kooperation mit den skandinavischen Anrainerstaaten. Die formellen Dienste werden in Schleswig-Holstein offenbar in der Bevölkerung besser akzeptiert und breiter genutzt als in anderen Bundesländern. Schleswig-Holstein hat zum Teil gemeinsam mit Hamburg noch Strukturen der Innovationsförderung auf den Weg gebracht, etwa bezogen auf die Begleitung und Beratung von An- und Zugehörigen oder neue Wohnformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften. Sie sind und bleiben wichtig, werden allerdings bei einer grundlegenden Reform der Pflegeversicherung in ein Gesamtkonzept von Beratung und Steuerung eingebunden werden müssen.

Das Konzept „PflegestützpunktPlus“ ist auch in Schleswig-Holstein in vieler Hinsicht anschlussfähig und dies auch, wie schon erwähnt, in einer „historischen“ Betrachtungsweise: kann in Schleswig-Holstein doch auf eine in kommunale Strukturen integrierte Beratung im Sinne des Care und Case Managements zurückgeblickt und gegebenenfalls auch wieder angeknüpft werden. Dass die Beratungskapazitäten von Pflegestützpunkten heute durch das immer unübersichtlicher gewordene Leistungsrecht der Pflegeversicherung vielfältig gebunden werden, um im Dschungel des Rechts der Pflegeversicherung Hilfestellungen zu geben, unterstreicht die Notwendigkeit, das Leistungsrecht deutlich zu entschlacken, um die Kapazitäten der Beratung und des Care und Case Managements für die Problemlösung respektive eine individuelle Begleitung und Versorgungsplanung nutzen zu können. Doch diese Absicht lässt sich aus der Koalitionsvereinbarung der schwarz-roten Bundesregierung ablesen. Sie könnte die in der Fokusgruppendiskussion in Kiel zutage getretenen Probleme aufgreifen und wenn es gut geht im Effekt abmildern helfen.

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)

Integriertes Versorgungsmanagement

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

Digitales Ökosystem

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

Dezentrale Präsenz von Pflegestützpunkten

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

Integrierte Beratung

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

Monitoring und Planung

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

Vernetzung, Koordination und Kooperation

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

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

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

5 Pflegeversicherung vor der Strukturreform

5.1 Bundespolitischer Rahmen

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

Langzeitpflege fit für die Zukunft – was heißt das?

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

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

In diesem Zusammenhang sind die Überlegungen zu PflegestützpunktePlus 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

Die schwarz-grüne Landesregierung hat sieben Handlungsfelder für die Landespflegepolitik ausgemacht und mit Maßnahmen hinterlegt. Es geht um die Entlastung von An- und Zugehörigen – und dies auch und gerade mit Hilfe von digitalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten. Es geht um die Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation von Pflegeeinrichtungen, auch durch eine Vereinfachung der landesweiten Verhandlungen, es geht um die Arbeitsbedingungen in der Pflege, für die es auch und gerade im klinischen Sektor in Schleswig-Holstein bundesweit beachtete Beispiele gibt. Träger von Einrichtungen sollen in den entsprechenden Transformationsprozessen unterstützt und begleitet werden. Die Entbürokratisierung der Pflege steht auf der Agenda der Landesregierung und bezieht hier explizit auch das SIS-Modell der Pflegedokumentation ein. Die Digitalisierung in der Pflege soll unterstützt werden, ein Pakt für Gesundheits- und Pflegeberufe dient der Attraktivität der Ausbildung in Pflegeberufen, inklusive der Pflegeassistaenzausbildung. Gezielt sollen auch Geflüchtete für Pflegeberufe gewonnen werden. Entsprechende Integrationsmaßnahmen sind vorgesehen. Schließlich sieht die Landesregierung auch das Thema Leiharbeit als Handlungsfeld, was allerdings in der empirischen Bedeutung häufig überschätzt wird (Isfort und Klie 2024).

Mit diesen Schwerpunktthemen liegt die Landesregierung ganz auf der Linie der bundespolitischen Agenda und der Agenda des Zukunftspaktes Pflege, an dem sich das Land Schleswig-Holstein intensiv beteiligt. Es wird darauf ankommen, die landespolitischen und landesrechtlichen Maßnahmen mit denen des Bundes gut zu koordinieren: die großen Herausforderungen der Langzeitpflege lassen sich nur im intelligenten Zusammenspiel aller politischen Handlungsebenen in der Gesundheits- und Pflegepolitik bewältigen. Der kooperative Föderalismus ist in der Pflege in besonderer Weise gefragt. Auch das Land Schleswig-Holstein tut sicherlich gut daran,

die Kompetenzzuordnung zugunsten der Länder und Kommunen zu stärken, wobei, auch das wurde in der Fokusgruppendiskussion deutlich, die haushalterischen Handlungsspielräume in Schleswig-Holstein deutlich eingeschränkt sind. So wird man auch in Schleswig-Holstein auf ein effizientes Gesamtsystem setzen und vor allen Dingen die örtlichen Sorge- und Unterstützungsstrukturen stärken. Die Professionellen in der Pflege können in der nun leistungsrechtlich auch abrechenbaren Steuerung des Pflegeprozesses und der eigenständigen Heilkundeausübung hier eine wichtige Rolle spielen.

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 Haushaltsslage, aber auch der bereits jetzt hohen Sozialversicherungsabgaben in Deutschland, unrealistisch. Insofern kommt es auf die Effizienz des Systems der Langzeitpflege an.

In der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zum Zukunftspakt Pflege wird sowohl die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung verhandelt als auch eine Neuausrichtung der Versorgungskonzeption. Dabei ist sicher davon auszugehen, dass es nicht mehr Geld für die Pflege zumindest im Rahmen der Pflegeversicherung geben wird. Es steht auch zu befürchten, dass die Debatte über die Finanzierung der Pflegeversicherung die notwendige große Strukturreform der Pflege (Klie et al. 2025) dominieren wird. Das Land Schleswig-Holstein wird seinen Beitrag in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe und der Umsetzung der Eckpunkte leisten und zu leisten haben, dass die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in der Zukunft gewährleistet bleibt und wird. In diesem Zusammenhang kommt dem Care und Case Management mit seiner Ausrichtung auf individuelle Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz des Gesamtsystems eine zentrale Rolle zu. Die Empfehlungen und Konzeptansätze des DAK Pflegereportes 2025 können hier gegebenenfalls einige wichtige Impulse und argumentative Unterstützungen liefern.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erwartungen hinsichtlich der Veränderung der pflegerischen Versorgung in Deutschland (eigene Darstellung); Antwortkategorie „Unentschieden“ (10% Bev. insg.; 10% SH) nicht abgebildet.....	5
Abbildung 2: Bewertung der regionalen Pflegeinfrastruktur in Schleswig-Holstein (eigene Darstellung).....	6
Abbildung 3: Bekanntheit von Beratungsangeboten in Schleswig-Holstein 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 Schleswig-Holstein und dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung)	9
Abbildung 6: Interesse an Case Management im Vergleich zwischen dem Bundesdurchschnitt und Schleswig-Holstein (eigene Darstellung).....	10
Abbildung 7: Wahrnehmung der großen Mehrheit: Das Thema Pflege kommt in der Politik zu kurz (eigene Darstellung); Antwortkategorie "Unentschieden" (5% Bev. insg.; 5% SH) nicht dargestellt.....	11
Abbildung 8: Reformwunsch in Schleswig-Holstein im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung), Antwortkategorie "Unentschieden" (14% Bev. insg.; 13% SH) nicht dargestellt.....	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

Literaturverzeichnis

- (2021). Landesrahmenvertrag Pflegestützpunkte Schleswig-Holstein. Zu der Einrichtung, dem Betrieb und der Finanzierungs eines Pflegestützpunktes gemäß § 7c SGB XI.
- 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 Schleswig-Holstein/Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Schleswig-Holstein (2022). Ideen verbinden. Chancen nutzen. Schleswig-Holstein gestalten. Koalitionsvertrag 2022 - 2027. Online verfügbar unter https://sh-gruene.de/wp-content/uploads/2022/06/Koalitionsvertrag-2022-2027_.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.
- 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.
- Isfort, Michael/Klie, Thomas (2024). Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023. Online verfügbar unter <https://www.vdpb-bayern.de/wp-content/uploads/2024/01/240115-Monitoring-Pflegepersonalbedarf-Bayern-2023-VdPB.pdf>.
- Karagiannidis, Christian/Augurzky, Boris/Alscher, Dominik (2025). Die Gesundheit der Zukunft Wie wir das System wieder fit machen Christian Karangiannidis, Boris Augurzky, Dominik Alscher. Stuttgart, S. Hirzel Verlag GmbH.
- Klie, Thomas (2024a). Rechtssichere Pflegebedarfsplanung? Steuerungsoptionen für eine bedarfsgerechte Infrastruktur in der Langzeitpflege. Teil 1. NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. 104 (7), 303–309.
- Klie, Thomas (2024b). Rechtssichere Pflegebedarfsplanung? Steuerungsoptionen für eine bedarfsgerechte Infrastruktur in der Langzeitpflege - Teil 2. NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. (10), 443–447.
- 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 (Hg.) (2024c). [Duplikat] Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Befunde, Analysen und Perspektiven – der DAK Landespflegereport 2024 für das Land Schleswig-Holstein.

- Klie, Thomas/Frommelt, Mona/Schneekloth, Ulrich/Behrend, Sabine/Göhner, Anne/Heislbetz, Claus/Hellbusch, Christiane/Püchner, Anja/Riesterer, Jella/Schmidt, Manuela/Schuhmacher, Birgit/Ziller, Hannes (2011). Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. + Anhang Bundesweiter Überblick Nr. 1 - 6c. AGP Sozialforschung; Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V; TNS Infratest Sozialforschung. Berlin.
- Klie, Thomas/Ranft, Michael/Szepan, Nadine-Michèle (2025). Reset Pflegeversicherung. Strukturreform PFLEGE und TEILHABE III. Berlin. Online verfügbar unter https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Strukturreform_Pflege_und_Teilhabe_III_2025.pdf (abgerufen am 03.06.2025).
- Lewin, Philip/Mähs, Mareike/Wendel, Pascal/Zeptner, Marco/Hildebrandt, Helmut (2025). Analyse von Routinedaten zur Pflegeberatung. In: Thomas Klie: Pflegereport 2025. Hg. v. Andreas Storm/DAK-Gesundheit. Heidelberg, medhochzwei Verlag, 61–94.
- Meißner, Sebastian (2024). Anzahl und Statistik ambulante Pflegedienste 2024. Online verfügbar unter <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/marktanalyse-zahlen-daten-fakten-analyse-ambulant-2019/> (abgerufen am 22.05.2025).
- Schwierk, Sam/Klie, Thomas (2025). Pflegestützpunkte und das Case und Care Management in 16 Variationen: Fokusgruppengespräche. In: Thomas Klie: Pflegereport 2025. Hg. v. Andreas Storm/DAK-Gesundheit. Heidelberg, medhochzwei Verlag, 106–133.
- Statistisches Bundesamt (2023). Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Wiesbaden, Pressemitteilung vom 30.03.2023.
- Witzel, Andreas (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Gerd Jüttemann (Hg.). Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim, Beltz, 227–255.