Thomas Klie

2026

PFLEGEREPORT

Pflegereform: Weichenstellung für eine zukunftsfeste Pflege?



Band 59 | Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung

medhochzwei

DAK Gesundheit
Ein Leben lang

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 59)
Andreas Storm (Herausgeber)

Pflegereport 2026

dak.de/forschung-1293

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 59)

Pflegereport 2026
Pflegereform: Weichenstellung für eine zukunftsfeste Pflege?

Herausgeber:
Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg

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

Unter Mitarbeit von
Dr. Wilhelm Haumann, Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Philip Lewin, Pascal Wendel, Indra Rojahn, Sam Schwierk

Hamburg/Freiburg
Mai 2026

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden. Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

© 2026 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg
E-Mail: info@medhochzwei-verlag.de
Web: www.medhochzwei-verlag.de
Informationen zur Produktsicherheit finden Sie unter
www.medhochzwei-verlag.de/Produktsicherheit



ISBN 978-3-98800-229-7
ISBN eBook: 978-3-98800-230-3

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die automatisierte Analyse des Werkes, um daraus Informationen insbesondere über Muster, Trends und Korrelationen gemäß § 44b UrhG („Text and Data Mining") zu gewinnen, ist untersagt.

Fotos: © Gettyimages/Maskot (Titelbild); privat (Fotos Haumann, Schwierk, S. 187 ff.); OptiMedis AG (Fotos Hildebrandt, Lewin, Rojahn, Wendel, S. 187 ff.); EH Freiburg Marc Doradzillo (Foto Klie, S. 188 und Umschlag Rückseite), DAK-Gesundheit/Läufer (Foto Storm, Umschlag Rückseite)
Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt
Satz: Strassner ComputerSatz, Heidelberg
A001

Vorwort
Für eine verlässliche Pflegeversicherung – gerade jetzt

Das Pflegesystem steht an einem Kipppunkt: Der DAK-Pflegereport 2026 macht deutlich, dass das Vertrauen der Menschen in das Pflegesystem äußerst gering ist und wegzubrechen droht. Viele Menschen nehmen das System als schlecht, ungerecht und überfordernd wahr. Die Bevölkerung erwartet eine funktionsfähige Pflegeversicherung, die sie ausreichend, verlässlich und bezahlbar absichert. Gleichzeitig gibt es eine große Skepsis, ob der große Wurf zur Pflegereform gelingen kann. Die Dringlichkeit für tiefgreifende Reformmaßnahmen ist hoch. Schafft es die Politik nicht, maßgebliche strukturelle Veränderungen auf den Weg zu bringen, droht die soziale Pflegeversicherung rund 30 Jahre nach ihrer Einführung ihre Funktion zu verlieren. Der Report zeigt: Dafür gibt es in der Bevölkerung ein Bewusstsein – und auch die Bereitschaft, Einschnitte mitzutragen, sofern diese Teil einer strukturellen Pflegereform sind, die die Pflegeversicherung auf ein stabiles Fundament stellt.

Für den DAK-Pflegereport 2026 hat das Forschungsteam um Pflegeexperte Prof. Dr. Thomas Klie diese für 2026 angekündigte große Pflegereform begleitet – konstruktiv, kritisch und mit Fokus auf verschiedene Aspekte:

- *Wie blicken die Menschen in Deutschland auf die aktuelle Pflegesituation und welche Erwartungen haben sie an die geplante Pflegereform?*

  Dazu hat das renommierte Institut für Demoskopie Allensbach die Bevölkerung befragt – einmal während der Arbeits- und Diskussionsphase in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", ein weiteres Mal nach Vorstellung der „Roadmap" mit möglichen Reformbausteinen.

- *Welche Versorgungsmuster zeigen sich bei Pflegebedürftigkeit?*

  Eine Analyse der DAK-Routinedaten durch OptiMedis macht unter anderem sichtbar, dass Zusammenhänge zwischen Krankenhausaufenthalten und (höheren) Pflegebedarfen bestehen. Gleichzeitig weist die Analyse Präventionspotenziale aus.

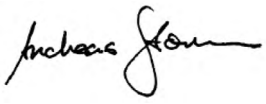
- *Welche Anforderungen an die Pflegereform haben Vertreterinnen aus Landespolitik, Kommunen, Forschung und Instituten an eine große Pflegereform?*

  In einem von der AGP Sozialforschung geführten Perspektivworkshop wurde debattiert, inwieweit die Reformvorschläge der Bund-Länder-Kommission anschlussfähig sind.

Unter welchen Voraussetzungen eine Reform gelingen kann, diskutiert der DAK-Pflegereport 2026. Viele der Reformvorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zum Zukunftspakt Pflege werden von der Bevölkerung für sinnvoll erachtet und auch dann akzeptiert, wenn sie mit Belastungen verbunden sind. Die GKV-Routinedatenanalysen verweisen darauf, dass eine Reform der Pflegeversicherung nicht isoliert betrachtet werden darf. Sie muss mit der GKV-, der Notfall- und der Krankenhausreform zusammengedacht werden.

Die Politik ist nun dringend aufgefordert, die Pflegereform fachlich und ökonomisch klug, konsequent und zukunftsorientiert auf den Weg zu bringen und so umzusetzen, dass die Bevölkerung – auch bei Belastungen – die Erfahrung macht, dass sie auf die Pflegeversicherung setzen und vertrauen kann. Der DAK-Pflegereport 2026 liefert ein dezidiertes Meinungsbild der Bevölkerung und ordnet Reformmaßnahmen hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit ein.

Die DAK-Gesundheit steht als Reformpartnerin für eine zukunftsfeste verlässliche Gestaltung der sozialen Pflegeversicherung bereit.



Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, Mai 2026

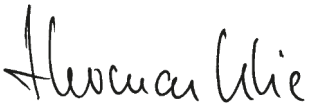
Geleitwort zum DAK-Pflegereport 2026: Konstruktive Flankierung des Pflegereformprozesses

Die DAK-Gesundheit ist eine der großen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, die sich dem Thema Pflege und Pflegeversicherung konsequent und kontinuierlich widmet. Sie tut dies auf verschiedene Weise und löst damit ihre Rolle als wichtige Akteurin in der Selbstverwaltung der Sozialversicherungen ebenso ein wie ihren sozialpolitischen Auftrag, den sie sich selbst in ihre DNA eingeschrieben hat. Nach dem DAK-Pflegereport 2025, der sich im Wesentlichen auf Versorgungsstrukturen, auf Care und Case Management-Ansätze und die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung vor Ort konzentrierte, widmet sich der DAK-Pflegereport 2026 der Begleitung des Zukunftspaktes Pflege und der Arbeit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Pflegeversicherung, die von der schwarz-roten Bundesregierung eingesetzt wurde. In zwei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen, die wieder gemeinsam mit dem Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführt wurden, konnten exakt die Bausteine, die in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe entwickelt und diskutiert wurden, der Bevölkerung zur Bewertung vorgelegt werden. Auch wurde die Bevölkerung nach eigenen Vorstellungen zu einer Reform der Pflegeversicherung sowohl hinsichtlich der Finanzierung als auch der Versorgungsstruktur befragt. So ist es gelungen, den Prozess der Pflegereform mit umfangreichen Bevölkerungsbefragungen zu flankieren. Dies geschah sowohl „mittendrin" im Reformprozess – mit einer Präsentation der ersten Befragungsergebnisse im November 2025 auf einer Bundespressekonferenz – als auch nach Abschluss der Arbeiten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Februar 2026. Der DAK-Pflegereport analysiert Daten, die Hinweise darauf geben, wie Pflegebedürftigkeit vermieden werden kann und wie Schnittstellen besser bearbeitet werden können, die zu unnötigen Ausgaben aber auch Belastungen der Pflegebedürftigen führen. Nicht aus dem Bauch heraus gilt es Reformen der Pflegeversicherung und der Versorgungsstrukturen zu entwickeln, sondern datengestützt. Hier leisten die Analysen der DAK-Routinedaten einen wichtigen Beitrag zur Identifizierung von Effizienzreserven im System und damit für eine Pflegereform, die nicht allein ihr Heil in Leistungskürzungen sieht. Bereits im Befugniserweiterungsgesetz wurde eine Regelung aufgenommen, die GKV- und SPV-Routinedaten für kommunale Planungszwecke zugänglich machen soll. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zielt auf Reformen, die im Einvernehmen mit den Ländern, aber auch den Kommunen entwickelt und umgesetzt werden sollen. Vor diesem Hintergrund widmet sich der DAK-Pflegereport den landespflegepolitischen Strategien und Konzepten und ihrer Anschlussfähigkeit für die Reformüberlegungen und -vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe. In einem Perspektivworkshop wurden die Erträge zusammengeführt und diskutiert, wodurch auch Einschätzungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Reformvorschläge qualifiziert werden konnten.

Der DAK-Pflegereport stellt erneut ein Gemeinschaftswerk von AGP Sozialforschung, dem Institut für Demoskopie Allensbach und der OptiMedis AG dar – in inzwischen bewährter Koproduktion und Partnerschaft. Die Erstellung des Pflegereportes wurde aktiv, konstruktiv und kontinuierlich durch die DAK-Gesundheit und hier insbesondere durch Martin Schönwälder und Claudia Fischer begleitet. So hat sich eine vertrauensvolle und von gemeinsamen Anliegen getragene Zusammenarbeit entwickelt, die den DAK-Pflegereport insgesamt kennzeichnet.

Ich danke allen Beteiligten für das Commitment bei der Erstellung des Pflegereportes – in besonderer Weise auch Herrn Dr. Wilhelm Haumann und Frau Prof. Renate Köcher vom Institut für Demoskopie, die die Voraussetzungen dafür geschaffen haben, Ergebnisse der repräsentativen Bevölkerungsbefragung bereits im November vor und zur Diskussion zu stellen. Dank gilt auch in besonderer Weise Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit für das Vertrauen und sein unablässiges Engagement für Fragen der sozialen Sicherung bei Pflegebedürftigkeit.

Meinem Team, Sam Schwierk, Stefanie Oyoyo sowie Pablo Rischard und Fabio Di Cianno sowie den vielen wissenschaftlichen Assistenzkräften ist es zu verdanken, dass der Pflegereport in Time und sorgfältig vorbereitet, vorgelegt werden konnte.



Prof. Dr. habil. Thomas Klie

Freiburg/Berlin, Mai 2026

Inhaltsverzeichnis

Vorwort: Für eine verlässliche Pflegeversicherung – gerade jetzt V

Geleitwort zum DAK-Pflegereport 2026: Konstruktive Flankierung des Pflegereformprozesses VII

1. Zukunftspakt Pflege – auf dem Weg in die versprochene Strukturreform der Pflegeversicherung. Wesentliche Befunde des DAK-Pflegereports 2026 1
Thomas Klie
1.1 Der Pflegereport 2026: Bestandteile 4
1.1.1 Repräsentative Bevölkerungsbefragung 4
1.1.2 GKV-Routinedaten: Impulse für die Pflegereform 15
1.1.3 Zukunftspakt Pflege und die pflegepolitischen Konzepte der Länder 21
1.1.4 Perspektivworkshop 25
1.1.5 Summa: Verschränkung unterschiedlicher empirischer Perspektiven und Diskurs 29
1.2 Literaturverzeichnis 29

2. Auf dem Weg zur Pflegereform – Befragungen 32
Wilhelm Haumann
2.1 Pflege ist ein Nahthema 36
2.2 Kritische Wahrnehmung der Pflege in Deutschland 41
2.3 Grundhaltungen und Grundeinstellungen mit Bedeutung für eine Pflegereform 48
2.4 Reformpräferenzen und -erwartungen 55
2.4.1 Finanzielle Reformziele 58
2.4.2 Reformziele für die Versorgung der Gepflegten 65
2.5 Haltungen zum Reformprozess 68
2.6 Pflege und Demokratiezufriedenheit 72
2.7 Ergänzende Abbildungen 78
2.8 Literaturverzeichnis 82

3. Analyse von GKV-/SPV-Routinedaten zu Versorgungsmustern bei Pflegebedürftigkeit 84
Helmut Hildebrandt, Philip Lewin, Pascal Wendel, Indra Rojahn
3.1 Methodik und Datengrundlage 85
3.1.1 Übergreifende methodische Limitationen 85
3.2 Ergebnisse 86
3.2.1 Eintritt und Übergänge in hohe Pflegegrade 86
3.2.2 Belastete Versorgungsschnittstellen und Krisenkonstellationen 101
3.3 Diskussion und Schlussfolgerungen 112

3.3.1 Krankenhaus als Wendepunkt in Pflegeverläufen 112
3.3.2 Krisenkonstellationen an Schnittstellen 113
3.3.3 Regionale Unterschiede als Steuerungsauftrag 114
3.3.4 Implikationen für die Pflegereform entlang der Befunde 115
3.3.5 Limitationen und weiterer Analysebedarf 116
3.4 Literaturverzeichnis 116

4. Politische, strategische und strukturelle Anknüpfungspunkte in den Bundesländern 118
Sam Schwierk, Thomas Klie
4.1 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im kooperativen Föderalismus 118
4.2 Hintergründe der aktuellen Reformdebatten 121
4.3 Beratung, Case und Care Management 125
4.4 (Kommunale) Pflegeplanung 128
4.5 Fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege 130
4.6 Pflegerische Notfallversorgung 133
4.7 Sektorenübergreifende Versorgung 134
4.8 Vereinfachung des Leistungsrechts und Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile der Heimkosten 137
4.9 Caring Community 138
4.10 Literaturverzeichnis 140

5. Perspektivworkshop 145
Thomas Klie
5.1 Hintergrund und Methodik 145
5.2 Ergebnisse und Diskussion 146
5.2.1 Beratung, Case Management und pflegefachliche Begleitung – Bausteine der Sicherstellung einer effizienten Versorgung 146
5.2.2 Voraussetzungen einer nachhaltigen Pflegeinfrastruktur der Zukunft 156
5.3 Literaturverzeichnis 173

6. Ausblick 175
Thomas Klie

Abbildungsverzeichnis 181

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 187

1. Zukunftspakt Pflege – auf dem Weg in die versprochene Strukturreform der Pflegeversicherung. Wesentliche Befunde des DAK-Pflegereports 2026

Thomas Klie

Konfrontation der SPV mit multiplen Herausforderungen

30 Jahre nach ihrer Einführung steht die Pflegeversicherung vor grundlegenden Herausforderungen: wie gelingt es unter den Bedingungen demografischer, gesellschaftlicher und politischer Transformationsprozesse das sozialpolitische Anliegen nicht aufzugeben, Pflegebedürftigkeit weiterhin als allgemeines Lebensrisiko anzuerkennen? Wie kann das Versprechen, die pflegerische Versorgung für die Bevölkerung flächendeckend zu sichern und pflegende An- und Zugehörige zu unterstützen, zukünftig eingelöst werden? Die Finanzierung der Pflegeversicherung ist für die nächsten Dekaden nicht gesichert. Das Leistungssystem der Pflegeversicherung ist in der Vergangenheit kontinuierlich weiterentwickelt worden, stößt jedoch zunehmend an seine Grenzen. Es ist nicht mehr in der Lage, einen auf regionale Bedarfe und besondere Zielgruppen ausgerichtete Versorgung in der Fläche zu gewährleisten. Überdies geht die Zahl der beruflich Pflegenden demografiebedingt zurück. Dagegen steigt die Zahl auf Pflege angewiesener Menschen ab Ende der 2030er Jahre erheblich. Die schwarz-rote Bundesregierung und die Länder haben sich auf eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Strukturreform der Pflegeversicherung verständigt, die ihre Arbeit Anfang Juli 2025 aufgenommen und die Ergebnisse bis Dezember 2025 vorgelegt hat. In der Koalitionsvereinbarung der schwarz-roten Bundesregierung sind eine ganze Reihe von der DAK-Gesundheit im Pflegereport 2025 adressierten Reformbausteine enthalten. Auch für die Frage der Finanzierung der Pflegeversicherung hat die DAK-Gesundheit in der Vergangenheit wichtige Daten geliefert und zuletzt durch Prof. Rothgang (Rothgang et al., 2026) die Sozialhilfeaufwendungen errechnen lassen. Die DAK-Gesundheit versteht sich auch für die Strukturreform der Pflegeversicherung als eine konstruktiv-kritische Partnerin. Im Kern des DAK-Pflegereportes 2026 geht es darum, die Strukturreform der Pflegeversicherung in finanzieller, leistungsrechtlicher, aber auch infrastruktureller Hinsicht zu begleiten und durch repräsentative Bevölkerungsbefragungen zu flankieren.

Strukturreform Pflegeversicherung

Die Diskussion um eine Strukturreform der Pflegeversicherung ist keineswegs neu (Hoberg et al., 2013; Klie, 2017; Klie et al., 2025). Eine Strukturreform hat die anspruchsvolle Aufgabe, die Finanzarchitektur der Pflegeversicherung mit der Ausgestaltung bedarfsgerechter Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen für Pflegebedürftige zu verbinden. Ein umlagefinanziertes Sozialversicherungssystem für die Pflege ist ähnlich wie die Rentenversicherung als solches nicht demografiefest. Das war und ist seit langem bekannt. Insofern werden mit einer Strukturreform der Pflegeversicherung sehr grundlegende Fragen der Absicherung des

finanziellen Risikos der Pflegebedürftigkeit verbunden und es stehen sich höchst unterschiedlich und schwer vereinbare Konzepte gegenüber: Hier die Forderung nach einer Pflegevollversicherung (Der Paritätische Gesamtverband, 2023; Nemetschek-Renz, 2025), dort der Sockel-Spitze-Tausch[1]. Als radikales Gegenmodell kann die Konzeption der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung gelten, die auf eine Abschaffung der Pflegeversicherung in der bisherigen Form gerichtet ist und private Vorsorge und kapitalgedeckte Versicherungsmodelle an ihre Stelle setzt (PKV, 2025). Während der Ampelkoalition hat eine Regierungskommission zur Finanzierung der Pflegeversicherung unterschiedliche Modelle geprüft und Stellschrauben herausgearbeitet, die bei der Diskussion um die große Pflegereform wieder aufgegriffen wurden und werden (Die Bundesregierung, 2024).

Diskussion um die Finanzierung der Pflegeversicherung

Die Diskussion um die Finanzierung der Pflegeversicherung lässt sich nicht ohne Diskussion anderer Sozialversicherungszweige führen. Für Fragen der demografiefesten und generationengerechten Rentenfinanzierung respektive Alterssicherung wurde eine Alterssicherungskommission (ASK) eingesetzt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2025). Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung steht, wie die DAK-Gesundheit immer wieder betont und mit Zahlen hinterlegt (DAK-Gesundheit, 2026; Weber & Knollmeyer, 19.03.2026), vor großen Finanzierungsherausforderungen. Letztlich lassen sich die Herausforderungen der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme nur gemeinsam bewältigen und gestalten. Eine Pflegevorsorgereform ohne eine kapitalgedeckte Rentenvorsorge, ggf. aktiengestützt, macht ebenso wenig Sinn wie eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ohne eine systematische Einbeziehung von Bedarfslagen Pflegebedürftiger respektive der Schnittstellenprobleme zwischen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung. Schließlich gilt es auch, die Finanzsituation der Kommunen und der Länder als Sozialhilfeträger mitzudenken. Bei zunehmendem Anstieg von Sozialhilfebedürftigkeit pflegebedürftiger Personen trifft dies nicht nur die Privathaushalte, sondern auch und gerade die Haushalte der Sozialhilfeträger, zumeist der Kommunen. Die Auswirkungen auf die fiskalisch unter erheblichem Druck stehenden Kommunen wird bei der Debatte um eine grundlegende Reform der finanziellen Pflegeversicherung häufig nicht hinreichend mitbedacht. Insofern verbirgt sich hinter den Aufgaben eines Zukunftspakts Pflege die Aufgabe einer grundlegenden Reform des Sozialversicherungssystems respektive seiner Anpassung in die ökonomischen und demografischen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte.

Rückgang des Pflegepersonals erhöht Relevanz informeller Pflegearrangements

Auch die Frage der Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen hat demografische Dynamiken zu beachten und zu verarbeiten. Wenn auch nicht aktuell, so wird doch ab 2035 die Zahl pflegebedürftiger Personen epidemiologisch deutlich zunehmen – die aktuelle Zunahme Pflegebedürftiger kennt keinen epidemiologischen Hintergrund, sondern im Wesentlichen ein verändertes Inanspruchnahme-

1 Die Initiative Pro-Pflegereform setzt sich seit 2026 für die Weiterentwicklung der Pflege ein. Weitere Informationen unter https://www.pro-pflegereform.de/die-reform/

verhalten von Leistungen der Pflegeversicherung durch leistungsberechtigte Personen. Aktuell wirken bereits berufsdemografische Entwicklungen, die auf einen deutlichen Rückgang der fachpflegerischen Personalressourcen hinweisen, die im DAK-Pflegereport 2024 (vgl. Klie, 2024b) herausgearbeitet wurden. Nicht nur die Qualifikationsreserven in der Pflege, auch die informellen Pflegeressourcen verändern sich deutlich. Mit großen regionalen Unterschieden wird das sogenannte informelle Pflegepotenzial (vgl. Blinkert & Klie, 2004) deutlich zurückgehen. Dies verlangt nach neuen Formen informeller Pflegearrangements und solidarischer Unterstützung, zu der die Bevölkerung weiterhin bereit ist.

Informelle Pflege als Rückgrat der Versorgung

Die informelle Pflege ist und bleibt das Rückgrat der Langzeitpflege. Gleichzeitig wird, nicht zuletzt durch die Professionalisierung der Pflege, einer kontinuierlichen und fachlichen Unterstützung mehr Aufmerksamkeit zu schenken sein. Dieser Aspekt sollte nicht als Kompensation für das Fehlen informell Pflegender betrachtet werden, sondern als präventiver und qualifizierender Beitrag der Fachpflege für die Gestaltung und Stabilisierung von Pflegearrangements. Die Konzeption der Pflegeversicherung heute, vor allem ihre leistungserbringungsrechtliche Ausgestaltung, stellt nicht die Begleitfunktion in den Vordergrund, sondern die Erbringung von pflegerischen, verrichtungsbezogenen Leistungen. Dies gilt insbesondere für die häusliche Versorgung, in der lediglich rund 20 Prozent der Haushalte regelmäßig ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen (Statistisches Bundesamt, 2026).

Veränderungen der pflegerischen Infrastruktur

Teil- und vollstationäre Angebote werden auch in der Zukunft weiterhin ihre Bedeutung behalten, aber tendenziell nur noch für Personen mit einem ausgewiesenen Bedarf an teil- und vollstationärer Versorgung zur Verfügung stehen. Die Personalsituation in der Pflege lässt, wenn überhaupt und dies auch nur durch weiterhin hohe Attraktivität von Pflegeberufen und Zuwanderung, einen sehr begrenzten Ausbau teil- und vollstationärer Pflegekapazitäten zu. Dies führt heute schon zu regionalen und zielgruppenspezifischen Versorgungsengpässen und Formen der Unterversorgung, auf die systematisch und nach Möglichkeit präventiv durch Planung reagiert werden muss. In diesem Zusammenhang werden die Spielregeln der Marktordnung und der Marktsteuerung diskutiert und ggf. nachjustiert werden müssen. Eine Strukturreform der Pflegeversicherung, eine große Pflegereform wird auch die Landschaft der Langzeitpflege in ihrer Infrastruktur und an ihren Schnittstellen zur gesundheitlichen Versorgung neu denken und gestalten müssen. Dabei spielen dann Beratungs-, Care und Case Management sowie fachliche Begleitungs- und Unterstützungsstrukturen eine zentrale Rolle.

Der DAK-Pflegereport 2026 widmet sich den skizzierten Herausforderungen und Fragestellungen und legt dabei den Schwerpunkt auf die Versorgungsstrukturen. Er tut dies, wie es für die DAK-Pflegereporte stilbildend und typisch ist, in einer Weise, die unterschiedliche wissenschaftliche und empirische Perspektiven zusammenführt. So ist auch der DAK-Pflegereport wieder ein Gemeinschaftswerk und eine Co-Produktion von AGP Sozialforschung, dem Institut für Demoskopie

Allensbach und der OptiMedis AG, deren Beiträge und Perspektiven nachfolgend skizziert werden.

1.1 Der Pflegereport 2026: Bestandteile

1.1.1 Repräsentative Bevölkerungsbefragung

Flankierung der Diskussion der BLAG mit Befragungsergebnissen

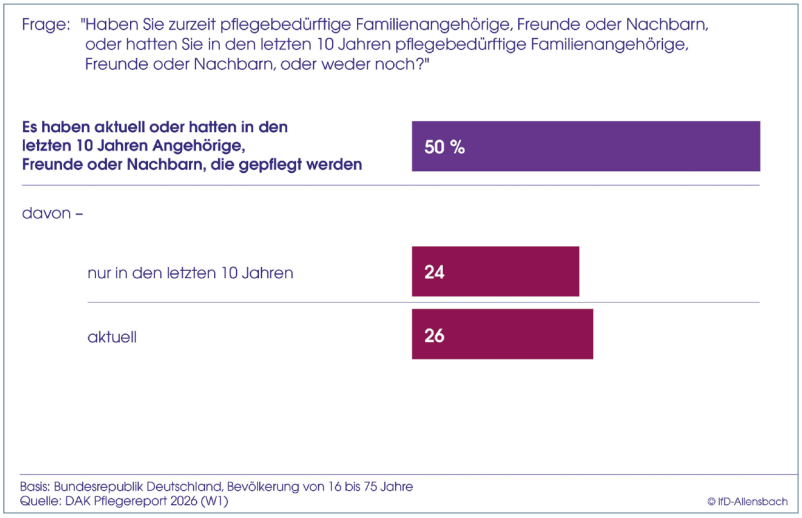
Ein zentraler Bestandteil des DAK-Pflegereports 2026 sind die repräsentativen Bevölkerungsbefragungen, die in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführt wurden. Wie bereits dargestellt, geht es bei einer Strukturreform der Pflege um Grundsatzfragen sozialstaatlicher Sicherung einerseits und gesellschaftlicher Verantwortungsteilung andererseits. Der DAK-Pflegereport hatte die Gelegenheit, die Diskussion in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zum Zukunftspakt Pflege mit zwei Bevölkerungsbefragungen zu flankieren. In der ersten großen Befragungswelle von September bis Oktober 2025 wurden die im Zukunftspakt Pflege aufgeworfenen Fragen hinsichtlich der Versorgungsstrukturen aber auch der Finanzierung der Pflegeversicherung in einer repräsentativen Befragung thematisiert. Die Ergebnisse wurden auf einer Bundespressekonferenz Anfang November gemeinsam von Andreas Storm, Prof. Dr. Renate Köcher und Prof. Dr. Thomas Klie vorgestellt. Sie konnten auf diese Weise auch von den Mitgliedern der Bund-Länder-Arbeitsgruppe und den Ministerinnen und Ministern sowie Senatorinnen und Senatoren für ihre Beratung aufgegriffen und genutzt werden. In einer zweiten Befragungswelle im Februar 2026 bestand die Gelegenheit, die sich im Rahmen des Zukunftspakts Pflege als besonders wichtig herausstellende Fragestellungen vertieft zu behandeln und die Resonanz der Bevölkerung auf die Reformvorschläge der BLAG zu erfragen.

Der Reformprozess der BLAG wurde durch zwei Allensbach-Befragungen begleitet und dies mit dem Ziel, den seit 2025 laufenden Reformdebatten eine empirische Orientierung zur Seite zu stellen. Die Kernfragen der Befragung korrespondierten mit den Kernfragen des Zukunftspakts Pflege: Auf welche Erfahrung greift die Bevölkerung im Zusammenhang mit Pflege zurück? Welche Grundeinstellung und Grundhaltung prägen die Bevölkerung zum Thema Pflege? Wo werden die Probleme im Zusammenhang mit der Pflege wahrgenommen und gesehen? Welche Erwartungen und Befürchtungen sind in der Bevölkerung verankert und mit welchen Präferenzen werden die in der BLAG formulierten Reformoptionen versehen?

Pflege als „Nahthema“

Das Pflegethema ist ein „Nahthema“, wie es Renate Köcher auf der Bundespressekonferenz Anfang November bei der Vorstellung der ersten Allensbach-Befragung formulierte. 50 Prozent der Bevölkerung kennen Pflege aus dem Freundes- und Bekanntenkreis oder aus eigener Erfahrung, davon sind 26 Prozent aktuell mit Pflege konfrontiert und 24 Prozent waren es in den zurückliegenden 10 Jahren.

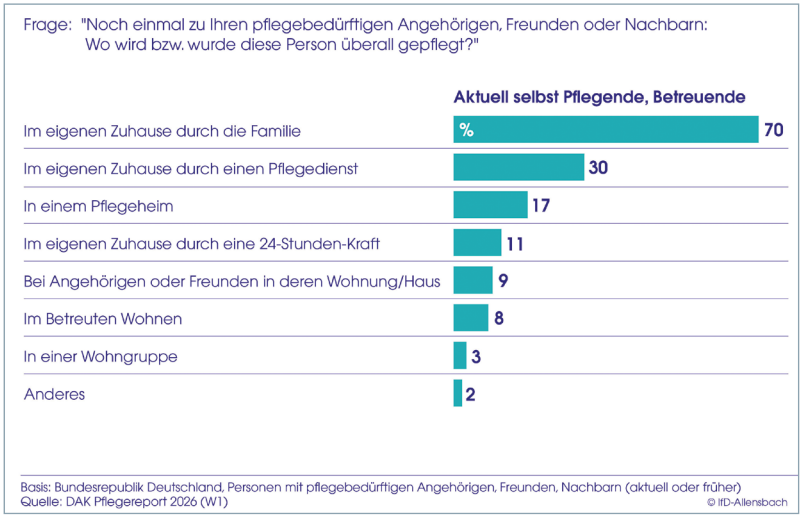
Abbildung 1: Pflege ist ein Nahthema



Quelle: Haumann in diesem Bericht, Abbildung 17

Damit sind über 16 Million Menschen in Deutschland als „pflegeerfahren" zu bezeichnen. Bei der Auswertung der Befragungsergebnisse wurde immer Wert darauf gelegt zu differenzieren: unterscheiden sich die Antworten der Pflegeerfahrenen von dem Teil der Befragten, die bisher keine Berührungspunkte mit dem Thema Pflege hatten? Die Pflegeerfahrung, über die die Bevölkerung verfügt, ist im Wesentlichen eine, die sich auf die Pflege im eigenen Zuhause durch An- und Zugehörige bezieht (70 Prozent). 30 Prozent verfügen über Erfahrung mit der Zuziehung eines Pflegedienstes, 17 Prozent haben in der Pflegekarriere von An- und Zugehörigen auch Phasen in Pflegeheimen begleitet. Immerhin 11 Prozent geben an, dass eine 24-Stunden-Kraft beschäftigt wurde.

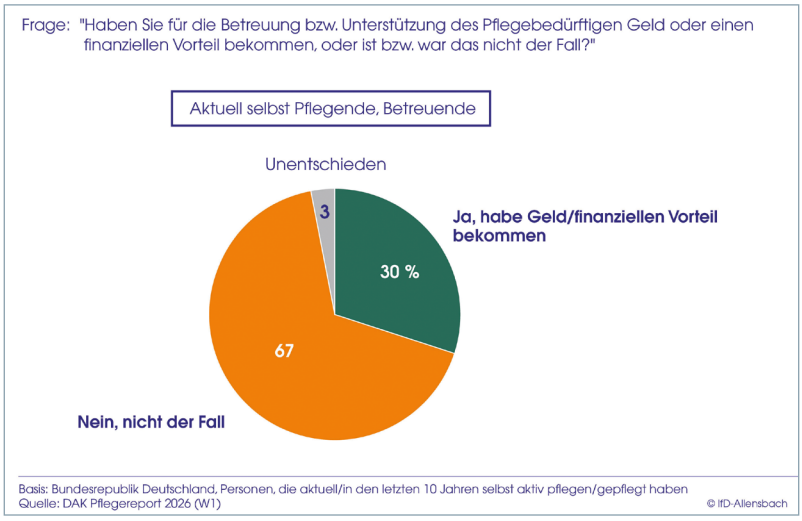
Abbildung 2: Die Pflege erfolgt in der Regel bei den Pflegebedürftigen zu Hause



Quelle: Haumann in diesem Bericht, Abbildung 19

Der eigene Beitrag zur Pflege ist überwiegend ein unentgeltlicher, 67 Prozent der Befragten haben weder Geld noch einen anderen finanziellen Vorteil für die Betreuung bzw. Unterstützung des Menschen mit Pflegebedarf erhalten. 30 Prozent haben finanzielle Leistungen im Kontext der Übernahme von Pflegeaufgaben in der Familie oder im Bekanntenkreis erhalten – hierbei spielt das (weitergeleitete) Pflegegeld eine wichtige Rolle.

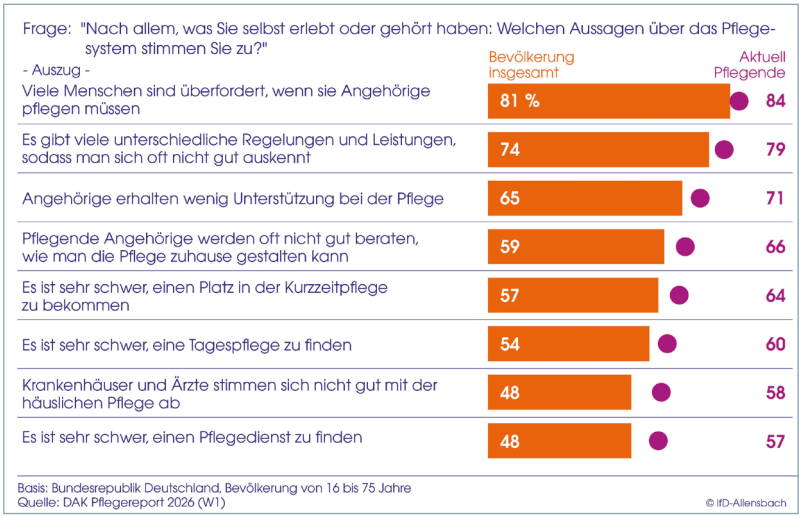
Abbildung 3: Die meisten pflegen und unterstützen unentgeltlich



Quelle: Haumann in diesem Bericht, Abbildung 20

Das Pflegegeld, so wird aus der Allensbach-Studie deutlich, hat einen pflegestabilisierenden Effekt, ist aber für die Wenigsten für die Übernahme von Pflegeaufgaben (allein) maßgeblich. Die vielen Pflegeerfahrenen berichten überwiegend von Überforderung oder, so keine eigenen Pflegeerfahrungen vorliegen, vermuten diese. Darüber hinaus werden die Regelungen der Pflegeversicherung und die angebotenen Leistungen als unübersichtlich erlebt. Auch erhalte man zu wenig kontinuierliche Unterstützung. Weiterhin berichten die Pflegeerfahrenen von Infrastrukturdefiziten.

Abbildung 4: Überforderte Angehörige



Quelle: Haumann in diesem Bericht, Abbildung 21

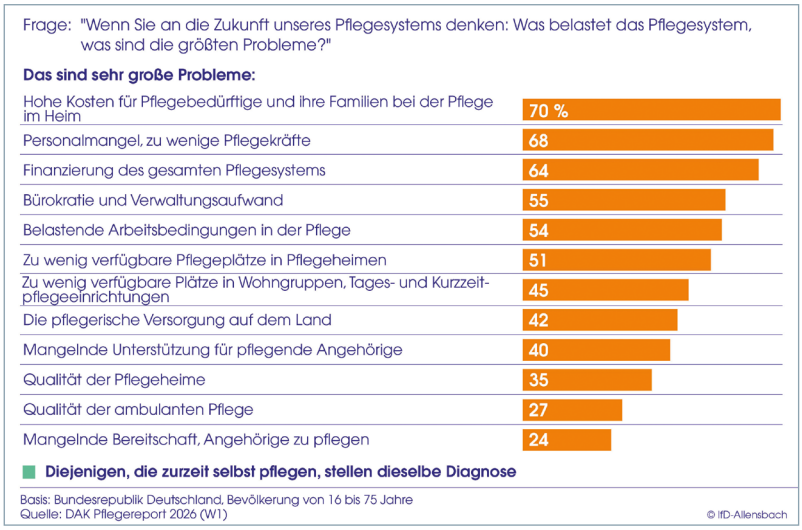
Belastungen für An- und Zugehörige bei der Übernahme von Pflegetätigkeiten

Dabei zeigen sich bezogen auf die Pflegeerfahrung, die in den Einschätzungen der Bevölkerung präsent sind, bereits Anknüpfungspunkte für die Pflegereform und die in der BLAG vorgesehenen Reformpakete. Ein Beispiel hierfür ist die fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege, die insbesondere auf die Begleitung von pflegenden Angehörigen abzielt. Die besonderen Belastungen, die von An- und Zugehörigen wahrgenommen werden, beziehen sich zum einen auf die Vereinbarkeitsfrage: Pflege und Beruf sind schwer miteinander unter einen Hut zu bringen. Die Opportunitätskosten der Übernahme von Pflegeaufgaben sind hoch: man habe kaum noch Zeit für Freunde und Bekannte, auch die Partnerschaft und die eigene Familie leide unter den Pflegeaufgaben. Erst an vierter Stelle wird die finanzielle Belastung durch Pflegeaufgaben benannt. Will man, so ließe es sich aus der Allensbach-Studie schlussfolgern, die Pflegebereitschaft und die Fähigkeit zur Übernahme von Pflegeaufgaben weiter fördern und stabilisieren, so muss man insbesondere auf diese Belastungsaspekte eingehen.

Probleme des Pflegesystems aus Sicht der Befragten

Gefragt nach dem Pflegesystem und den sich aus dem Pflegesystem heraus ergebenden Problemen werden an erster Stelle die hohen Kosten für Pflegebedürftige und ihre Familie bei der Pflege im Heim benannt. Auch wenn die Erfahrung mit der Heimpflege keineswegs dominiert, so ist doch die Befürchtung, mit hohen Heimkosten konfrontiert zu werden ausgesprochen ausgeprägt. Bei längeren Pflegekarrieren ist die Wahrscheinlichkeit, dass An- und Zugehörige mit hohen Pflegebedarfen wenigstens einen Teil ihrer Zeit als Pflegebedürftige im Heim leben recht hoch, auch wenn es nur wenige Monate sein sollten. An zweiter Stelle der Problemnennung folgt das Personalproblem: es gebe zu wenig Pflegekräfte. Zudem ist der Bevölkerung die Finanzierung der Pflegeversicherung als Problem bekannt, auch wenn es sich um einen vergleichsweise überschaubaren Sozialversicherungszweig handelt – verglichen mit der Renten- und der gesetzlichen Krankenversicherung. Es sind aber auch die Infrastrukturdefizite, die in der Bevölkerung zunehmend wahrgenommen und als Problem des gesamten Pflegesystems identifiziert werden.

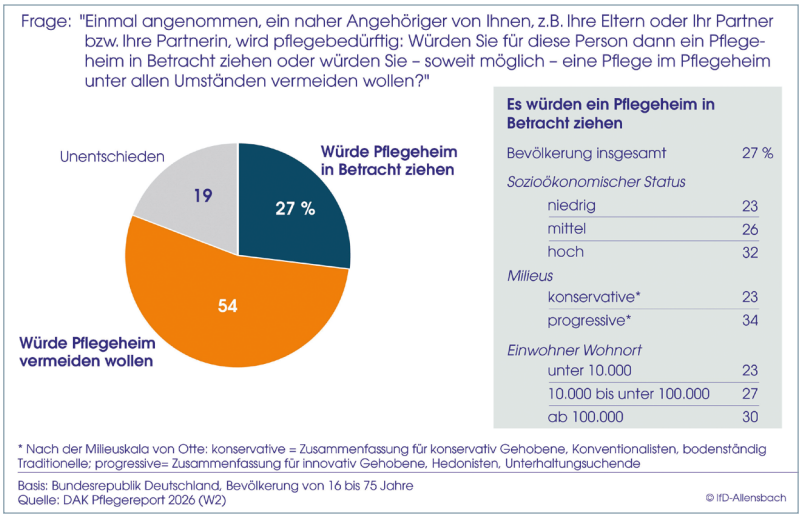
Abbildung 5: Die größten Probleme des Pflegesystems



Quelle: Haumann in diesem Bericht, Abbildung 23

Die Probleme der hohen Heimkosten sind der Bevölkerung bewusst. Gleichzeitig wird die Versorgung von An- und Zugehörigen in einem Pflegeheim meist nicht in Betracht gezogen. Immerhin 54 Prozent der Befragten geben an, ein Pflegeheim zu vermeiden.

Abbildung 6: Das Pflegeheim wird meist für die Angehörigen nicht in Betracht gezogen



Quelle: Haumann in diesem Bericht, Abbildung 24

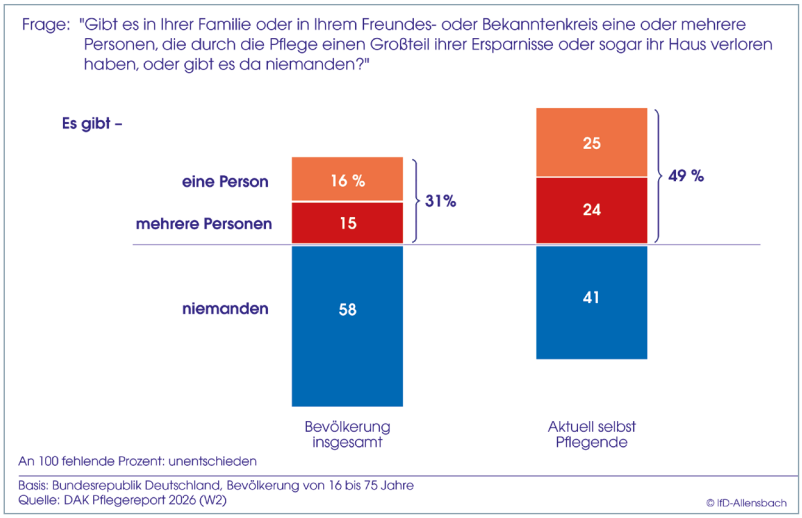
Die größte Zustimmung zu einer Versorgung und einem Leben im Pflegeheim gibt es im eher „progressiven" Milieu, also von Menschen mit einem höheren Bildungsstand. Dieser Befund deckt sich mit den Studien zu pflegekultureller Orientierung (Blinkert & Klie, 2004). Die Präferenzen, bzw. die Nachfrage nach Heimplätzen, richten sich demnach nicht nur nach dem objektiven Bedarf, sondern auch nach sozialen Milieus. Die geringste Akzeptanz von Heimplätzen findet sich bei jenen, die über ein geringes Einkommen verfügen und zudem traditionellen Wertvorstellungen folgen. Hier verbinden sich moralische und ökonomische Orientierungs- und Handlungsspielräume, wie sie auch im Zusammenhang mit dem Ansatz der Moralökonomie diskutiert werden (Klie, 2024a, S. 65). Es sind aber genau diese Gruppen in der Bevölkerung, die für „den Fall der Fälle" hinsichtlich der nicht gedeckten Heimkosten staatliche Leistungen einfordern. Die verbreitete Ablehnung einer Versorgung im Heim geht Hand in Hand mit Vorstellungen einer möglichen Heimpflege als Armutsrisiko. Dabei geht es weniger um in Armut lebende Personen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind oder sein könnten (vgl. Klie, 2026), als um diejenigen, die die Verwiesenheit auf Sozialhilfe respektive den Verbrauch von eigenen Vermögenswerten als „Pflegearmut" interpretieren oder antizipieren.

Pflegebedürftigkeit und Pflegetätigkeit werden als finanzielles Risiko angesehen

Pflegebedürftigkeit führt – insbesondere dann, wenn Heimpflege erforderlich wird – nicht nur zu einer psychischen und existenziellen Belastung, sondern wird auch als finanzielle Belastung und insofern als Bedrohung der sich in Vermögenswerten abbildenden Lebensleistung verstanden. Dies gilt nicht so sehr für Haushalte mit hohen Einkommen und Vermögen, es gilt eher für Personen mit mittleren Einkommen und überschaubaren Vermögenswerten. Vor diesem Hintergrund werden auch die Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung in der Bevölkerung als

ausgesprochen kritisch und bedrohlich erlebt. Die Verwiesenheit auf Sozialhilfe, die im Auftrag der DAK-Gesundheit für die nächsten Jahre in einer Modellrechnung prognostiziert wurde (Rothgang et al., 2026), wird nicht als sozialstaatliche Errungenschaft im Sinne der Sicherung von menschenwürdiger Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger gesehen, sondern eher als Bedrohung der Lebensleistung und des biografisch aufgebauten Vermögens. Von den aktuell Pflegenden können 49 Prozent auf Erfahrungen in der eigenen Familie oder im Freundes- und Bekanntenkreis verweisen, in denen ein Großteil des Einkommens oder ein eigenes Haus „verloren" gegangen ist.

Abbildung 7: Wahrnehmung von Pflegearmut



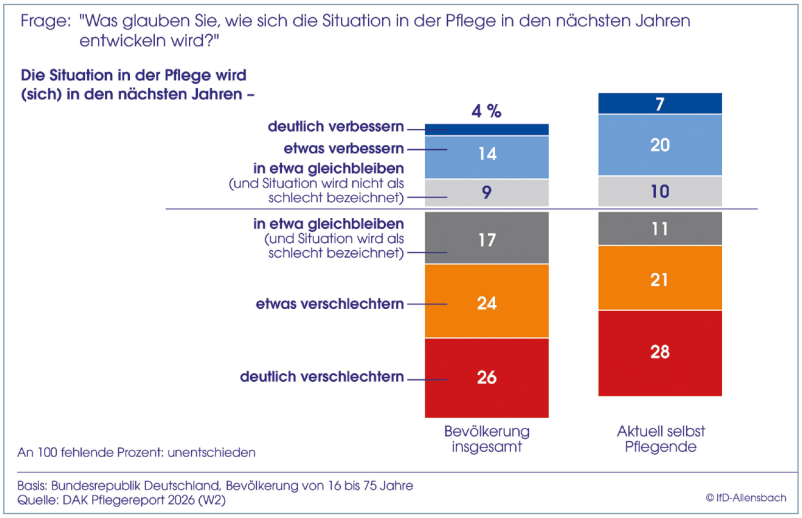
Quelle: Haumann in diesem Bericht, Abbildung 26

Die Allensbach-Befragung macht damit deutlich, dass die Pflegeversicherung keineswegs als in jeder Hinsicht sicherheitsstiftendes System zur Begegnung der Risiken im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit gesehen wird.

Das gilt gleichermaßen für die zur Verfügung gestellten Leistungen und vorgesehen Infrastrukturen. Die Bilanz der aktuellen Versorgung für auf Pflege angewiesener Menschen fällt überwiegend kritisch aus, wobei diese Beurteilung bei Pflegeerfahrenen etwas weniger kritisch ausfällt als in der Gesamtbevölkerung.

Für die Zukunft zeigt sich ein ähnliches Bild: hier werden weit überwiegend anhaltende Probleme oder eine Verschlechterung der Versorgungssituation erwartet.

Abbildung 8: Erwartungen für die Zukunft der Pflege: weit überwiegend anhaltende Probleme oder Verschlechterung



Quelle: Haumann in diesem Bericht, Abbildung 29

Pflegegeld als Notwendigkeit

Insofern wird der Pflegeversicherung, die grundsätzlich im hohen Maße in der Bevölkerung anerkannt ist, hinsichtlich ihrer Sicherungsfunktion eine, wenn begrenzte Wirkung beigemessen. Das Einzige, was sicher ist, ist das Pflegegeld. Es wird als Würdigung der Übernahme von Pflegeaufgaben angesehen und geschätzt. Dies infrage zu stellen, würde angesichts der ansonsten mit der Sicherungsfunktion der Pflegeversicherung verbundenen Irritationen und Zweifeln aus Sicht der Bevölkerung kaum akzeptiert werden, auch wenn missbräuchliche Verwendungsformen bekannt sind. Wenn das System der Pflegeversicherung schon auf die An- und Zugehörigen als Sorgetragenden und Pflegende setzt, bedarf es aus Sicht der Bevölkerung in jedem Fall der Würdigung, Anerkennung und Reflexion der mit Übernahme von Pflegeaufgaben verbundenen Aufwendungen, für deren Ausgleich das Pflegegeld genutzt werden kann.

Eine Strukturreform wurde in Aussicht gestellt und ist in Arbeit. Die Bevölkerung sieht die Notwendigkeit einer umfassenden Reform des Pflegesystems. Dies gilt insbesondere für die Bevölkerung im Alter ab 45 Jahren. Dabei gibt es auf der einen Seite gerade bei den Pflegeerfahrenen spezifische Vorstellungen, worauf sich eine Reform zu beziehen hätte. Generell wird aber deutlich, dass die sich im demografischen Wandlungsprozess befindende Gesellschaft viel vom Staat erwartet, wenn es um die Absicherung des Pflegerisikos geht. Immerhin 55 Prozent wünschen sich eine vollständige Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen einer Pflegevollversicherung, die interessanterweise aber zugleich für unwahrscheinlich gehalten wird.

Unterschiedliche Erwartungen an den Staat und das bürgerschaftliche Engagement

Die Erwartungen an den Staat unterscheiden sich sowohl nach Parteienpräferenzen als auch nach wirtschaftlicher Situation und Bildungsstatus. Es sind insbesondere die Bürgerinnen und Bürger, die über eine vergleichsweise gute ökonomische Ausstattung und einen höheren Bildungsstatus verfügen, die die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger, Beteiligung an Pflegeaufgaben auch in neuen Formen des Engagements als Notwendigkeit sehen und entsprechende Bereitschaften äußern. Unter ihnen findet man auch eine besonders ausgeprägte Bereitschaft zum freiwilligen Engagement, das interessanterweise gerade bei denen besonders ausgeprägt ist, die bereits über Pflegeerfahrung verfügen. Gerade bei ökonomisch schlechter gestellten Personengruppen ist die Erwartung an den Staat hinsichtlich der Absicherung des Pflegerisikos besonders hoch. Pflege ist ähnlich wie die gesundheitliche Versorgung ein zentraler Sicherheitsfaktor und ein staatliches Sicherheitsversprechen, das gerade in Zeiten rapide zunehmender Unsicherheiten in der ihm beigemessen Sicherungsfunktion an Bedeutung gewinnt. Entsprechend sind 83 Prozent der Bevölkerung der Auffassung, die Politik müsste mehr im Zusammenhang mit der Absicherung des Pflegerisikos tun. Bei der Frage, was denn zu tun ist, zeigt die Bevölkerung durchaus ein ausgeprägtes Problembewusstsein. Die Grenzen der Finanzierbarkeit der sozialen Sicherungssysteme sind ebenso im Blick wie Fragen der sozialen Gerechtigkeit und der Brüchigkeit des sogenannten Generationenvertrages. Die Politik ist also gut beraten, ihre pflegepolitische Handlungsfähigkeit in einer Weise unter Beweis zu stellen, die der Frage der sozialen Gerechtigkeit ebenso Rechnung trägt wie der Verlässlichkeit der Finanzierung. Interessanterweise sind die hohen Erwartungen der Bevölkerung an den Staat hinsichtlich der Absicherung des Pflegerisikos mit einer ungebrochenen Bereitschaft verbunden, Pflegeaufgaben für An- und Zugehörigen zu übernehmen. Man möchte, dass man selbst, aber auch die An- und Zugehörigen im vertrauten Umfeld leben können, man möchte Heimunterbringungen nach Möglichkeit vermeiden. Für 49 Prozent der Bevölkerung käme es in Frage, (erneut) Angehörige zu pflegen. Die moralische Verpflichtung, Sorgeaufgaben zu übernehmen ist im überwiegenden Teil der Bevölkerung stark verankert. Gleichzeitig fordert und erwartet man allerdings ein staatliches Backup und auch die Vermeidung von als demütigend erlebten Verbrauch von aufgebauten Vermögenswerten.

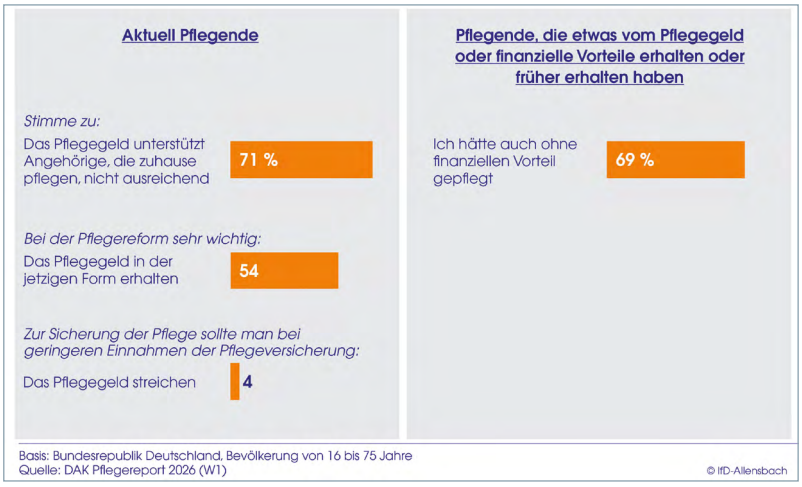
Die Bereitschaft Pflegeaufgaben zu übernehmen, „scheitert" häufig daran, sich die Aufgaben der Pflege nicht zuzutrauen oder Vereinbarkeitsfragen nicht beantworten zu können, nicht die gewünschte und als notwendig erachtete fachliche Flankierung auch bei Notfällen zu erhalten oder über sie verfügen zu können. Gerade in diesem Zusammenhang erscheinen die Überlegungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur pflegefachlichen Begleitung im hohen Maße angemessen zu sein.

Mit Blick auf eine durchaus für möglich und sinnvoll erachtete, spürbare und grundlegende Reform der Pflegeversicherung steht die Bezahlbarkeit der Pflege, insbesondere im Heim, der Bevölkerung in besonderer Weise vor Augen. Aber auch die

Pflegefachliche Begleitung als Backup für pflegende An- und Zugehörige

pflegefachliche Begleitung im Sinne von einer Art fachlichem Backup für pflegende Angehörige wird als maßgeblich erachtet. Das Pflegegeld wird in der Bevölkerung als wichtige Würdigung und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements begrüßt. Es hat sich auch als inzwischen von fast allen Berechtigten in Anspruch genommene Leistung etabliert und ihr Stigma verloren. Die Verwendung des Pflegegeldes ist unterschiedlicher Natur (Büscher & Klie, 2024). Interessant ist, dass bei aller Wertschätzung des Pflegegeldes nur für etwa ein Viertel derjenigen, die finanzielle Leistungen für ihre Beteiligung an Pflegeaufgaben erhalten, das Pflegegeld ein entscheidendes Motiv für die Übernahme von Pflegeaufgaben darstellt.

Abbildung 9: Pflegegeld: lieber Erhöhung als Kürzung, für pflegende Angehörige und Freunde, aber meist nicht das entscheidende Motiv



Quelle: Haumann in diesem Bericht, Abbildung 42

„Schmerzhafte" Reformen für die Bevölkerung denkbar

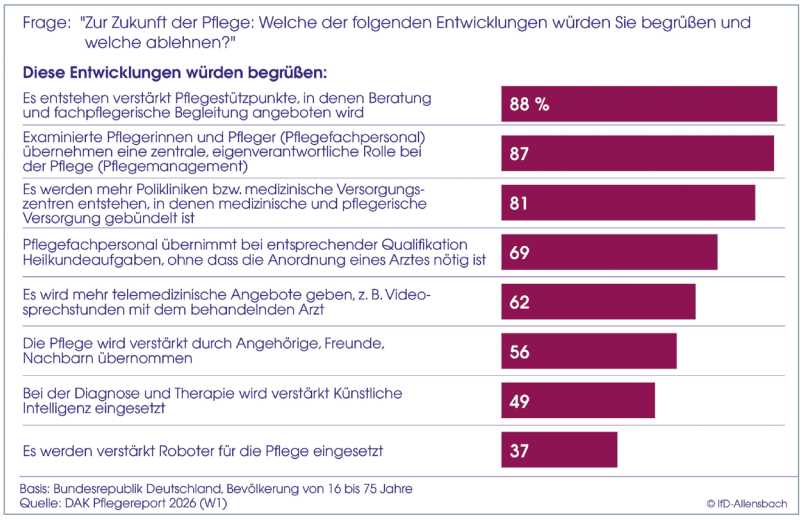
So es um die künftige Finanzierung der Pflegeversicherung geht, setzt eine Mehrheit der Bevölkerung auf zusätzliche Steuermittel oder auf die Erhöhung der Beiträge der Pflegeversicherung. Die ebenfalls diskutierte private Absicherung wird nicht mit der gleichen Akzeptanz begleitet wie die klassischen sozialstaatlichen Leistungen. Wie schon erwähnt: die Bevölkerung sieht die begrenzten Handlungsspielräume für den Ausbau des Sozialstaates respektive die Notwendigkeit mancher Begrenzungen. So halten 53 Prozent schmerzhaftere Reformen für notwendig (Abbildung 65; Abbildung 66). Aktuell selbst Pflegende wären mit Blick auf die konkreten Probleme bei der Pflege eher als andere bereit, zugunsten einer Verbesserung auch schmerzhafte Veränderungen in Kauf zu nehmen, etwa höhere Beiträge zu akzeptieren. Das Gleiche gilt auch für freiwillig Engagierte. Die Grundhaltungen zur Pflege wirken sich auch auf die Einstellung zur Demokratie aus.

Nicht nur mit Blick auf die Finanzierung zeigt sich die Bevölkerung überwiegend offen für Reformen, die im Zukunftspakt Pflege diskutiert und entwickelt wurden.

Offenheit in der Bevölkerung für Reformbausteine der BLAG

Dabei spielen vor allen Dingen ortsnahe Versorgungsangebote eine wichtige Rolle, wie etwa Pflegestützpunkte oder Polikliniken beziehungsweise medizinische Versorgungszentren, die insbesondere in ostdeutschen Bundesländern auf Akzeptanz stoßen, da sie dort auch über Tradition verfügen. Eine wichtige Erkenntnis aus der Allensbach-Befragung ist ebenfalls, dass die Bevölkerung den ausgebildeten Fachpflegepersonen eine stärkere Rolle in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zuordnet.

Abbildung 10: Was die meisten begrüßen würden



Quelle: Haumann in diesem Bericht, Abbildung 49

Eine verlässliche Pflegepolitik ist wichtig für die Akzeptanz des Sozialstaates und der Demokratie

Dabei bilden sich in den Befragungsergebnissen auch traditionelle Vorstellungen von Pflege und eine dominante Stellung der Ärztinnen und Ärzte ab. Bei den Reformschritten, die in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Dezember 2025 vorgestellt wurden, zeigt sich zum einen, dass nur eine Minderheit der Bevölkerung (28 Prozent) etwas von dem Reformprozess mitbekommen hat. Gleichzeitig sieht eine Mehrheit der Bevölkerung, wenn man sie mit den Vorschlägen konfrontiert, die Vorschläge als durchaus zielführend an. Dies gilt etwa für die Forderung, versicherungsfremde Leistungen aus der Finanzierungsverantwortung der Pflegeversicherung auszuschließen, ebenso wie für die Forderung nach Einführung einer pflegefachlichen Versorgung, und für die Vereinfachung des Leistungsrechtes, um einige zu nennen.

Auch wenn die Vorschläge überwiegend positiv bewertet werden, traut die Bevölkerung der Regierung allerdings kaum zu, diese konsequent umzusetzen. Um Glaubwürdigkeit in der Pflege- und Gesundheitspolitik (wieder) zu erlangen, bedarf es daher einer überzeugenden, verbindlichen, verständlichen und an Zeitfristen mit konkreten Schritten verbundenen Agenda. Die Aufstellung einer solchen

Agenda und deren Umsetzung ist auch von größter Bedeutung für die Akzeptanz des Sozialstaates und der Demokratie. Dabei sind in besonderer Weise die Unzufriedenen – sowohl mit der Pflege als auch der Demokratie – in den Blick zu nehmen. Sie sind am wenigsten bereit, sich auch bürgerschaftlich in Kontexten von Pflege- und Sorgeaufgaben zu engagieren. Sie sehen kaum Handlungsspielräume, insbesondere in niedrigen sozioökonomischen Schichten. Ziel muss es daher sein, auch und gerade Unzufriedenen und Verunsicherten mit der Selbsteinschätzung geringer eigener Handlungsspielräume verlässliche Perspektiven für die eigene Pflege und die Pflege von An- und Zugehörigen aufzuzeigen.

Pflegepolitik ist Gesellschaftspolitik. Pflege ist, das hat die Allensbach-Studie in ihren zwei Wellen deutlich gemacht, ein gesellschaftliches Nahthema. Die Allensbach-Studie zeigt klar auf: die Bevölkerung hat ein realistisches Bild, was die Handlungsspielräume der Politik anbelangt, sie ist bereit, schmerzhafte Einschnitte zu akzeptieren, wenn der Staat sich nicht insgesamt aus der Verantwortung für die Sicherstellung der Pflege herauszieht. Gerade vor diesem Hintergrund darf die Bedeutung und Auswirkung einer glaubwürdigen und überzeugenden Pflegepolitik und Pflegereform für die künftigen politischen Auseinandersetzungen, aber auch Wahlen auf den unterschiedlichen staatlichen Ebenen, nicht unterschätzt werden.

1.1.2 GKV-Routinedaten: Impulse für die Pflegereform

Datenanalyse durch OptiMedis AG

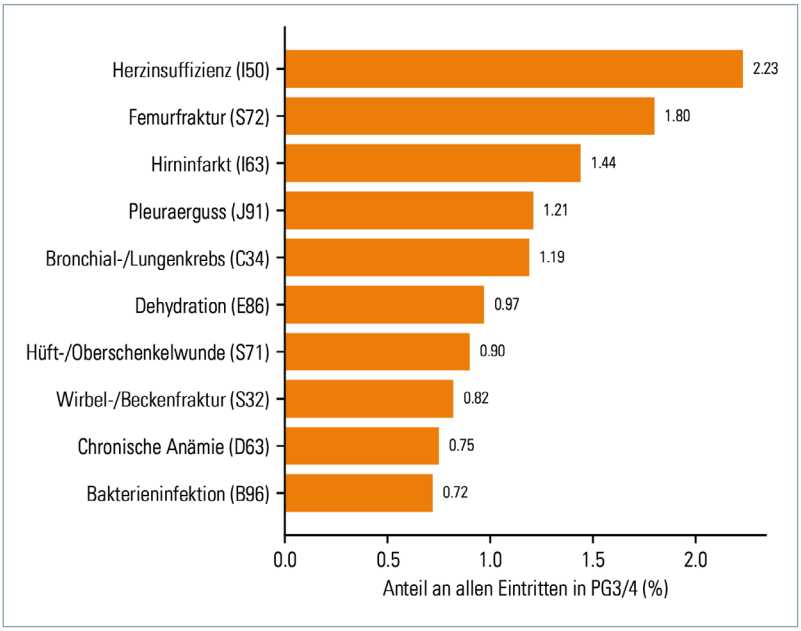
Die Zukunft der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung liegt in einer sektorenübergreifenden Perspektive. Die OptiMedis AG hat deshalb – als bewährte Partnerin der DAK-Pflegereporte – umfangreiche Analysen von Daten der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung vorgenommen. Die GKV- und SPV-Routinedaten liefern wertvolle Hinweise auf Schnittstellenprobleme, auf Risikofaktoren für das Eintreten und den Verlauf von Pflegebedürftigkeit, sowie auf Formen der Fehl- und Unterversorgung. Dem Thema Prävention ist mehr Aufmerksamkeit als in der Vergangenheit zu widmen. Auch die BLAG hat sich der Prävention zugewandt. Dabei steht die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und ihrer Schnittstellen zur gesundheitlichen Versorgung, insbesondere im Kontext von Klinikaufnahmen und -entlassungen im Vordergrund. Zu beklagen sind vielfältige Schnittstellenprobleme zwischen der klinischen und der Langzeitpflegeversorgung – wie etwa pflegesensitive Klinikeinweisungen und Notfalleinsätze. Die OptiMedis AG legt Ergebnisse vor, die – mit großen regionalen Unterschieden – Hinweise auf typische und beeinflussbare Pflegekarrieren geben, auf die typischen Pflegebedürftigkeit begründenden Diagnosen, auf – bearbeitbare – Schnittstellenprobleme und teure Klinikaufenthalte, insbesondere im Bereich der psychiatrischen Versorgung.

Erster Analyseschwerpunkt

Drei Schwerpunkte stehen bei der diesjährigen Analyse im Vordergrund: Zum einen der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und die Dynamik der Pflegeverläufe im Kontext von Krankenhausaufnahmen und -entlassungen. Zum anderen Krankenhausaufenthalte sowohl in psychiatrischen als auch in akutklinischen Versorgungseinheiten im Zusammenhang mit pflegerischen Krisensituationen sowie Pflegeverläufe und Pflegekosten im regionalen Vergleich, respektive in regionalen Analysen.

Die GKV- und SPV-Daten im Zusammenhang mit der Krankenhausvorgeschichte vor Eintritt in einen höheren Pflegegrad legen nahe, dass bei etwa 50 Prozent der Patienten in höheren Pflegegraden die Krankenhausvorgeschichte relevant ist – wenn nicht kausal, so doch in jedem Fall in einem zeitlichen Zusammenhang. Ein oder mehrere Krankenhaushalte gehen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit in höheren Pflegegraden oftmals voraus. Krankenhausaufnahmediagnosen wie Herzinsuffizienz, Femurfraktur, Hirninfarkt sowie des Pleuraerguss sind am häufigsten. Dies gilt sowohl bei einer dreißig als auch bei einer neunzig Tage Auswertung.

Abbildung 11: Häufigste Krankenhaus-Hauptdiagnosen in den letzten 30 Tagen vor erstmaligem Eintritt in Pflegegrad 3 oder 4, Anteile an allen Eintritten



Quelle: Hildebrandt et al. in diesem Bericht, Abbildung 73

Analysiert wurden auch Pflegeverläufe nach Hauptindikationen. Es konnte herausgearbeitet werden, welche Hauptdiagnosen mit hoher Wahrscheinlichkeit im weiteren Krankheitsverlauf zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit in den Pflegegraden vier und fünf führen. Die Analysen lassen Morbiditätsbereiche mit besonders

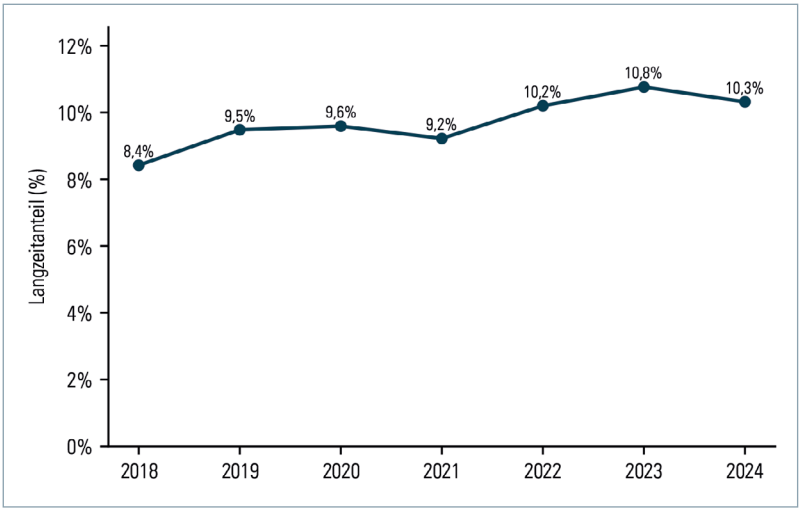
früher und steiler Entwicklung des pflegerischen Bedarfs erkennen. Die Stabilisierung des Gesundheitszustands ist maßgeblich für den weiteren Pflegeverlauf. Dabei sind besonders die kumulativen Inzidenzen auffällig, die einen hohen Bezug zur Pflegebedürftigkeit und hohen Pflegegraden aufweisen. Eine allein auf die Behandlung der Grunderkrankung gerichtete stationäre und klinische Versorgung steht in der Gefahr, die Pflegekarriere zu beschleunigen. Höherer und schwerer Pflegebedarf entsteht typischerweise nicht abrupt und nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten, funktioneller Destabilisierung und klar erkennbaren morbiditätsbezogenen Verläufen. Die personenbezogenen und diagnosezentrierten Auswertungen zeigen, dass sich die Übergänge in hohe Pflegegrade bereits vergleichsweise früh abzeichnen. Prävention und Verzögerung schwerer Pflegebedürftigkeit sollte nicht nur im Vorfeld von Pflege, sondern auch und gerade im Anschluss an Akutereignisse und bei ersten Anzeichen funktioneller Destabilisierung ansetzen. Für die aktuelle Pflegereform bedeutet dies die Notwendigkeit, nicht nur Primärprävention von Pflegebedürftigkeit, sondern auch und gerade Prävention und Rehabilitation, im Verlauf von Pflegebedürftigkeit nach Krankenhauseinweisung in das Zentrum fachlicher Begleitungs- und koordinierter Versorgungsstrategien zu rücken.

Zweiter Analyse-schwerpunkt

Der zweite Analyseschwerpunkt bezieht sich auf kurze Krankenhausaufenthalte bei pflegebedürftigen Versicherten. Die Analyse dieser Aufenthalte verweist auf ein Versorgungsfeld, in dem Krisen, Akutversorgung und Pflegebedarf in besonderer Weise zusammentreffen können. Die Diskussion um pflegesensitive Krankenhauseinweisungen sind bekannt, die Diskussion um vermeidbare und nicht indizierte Notfalleinsätze, Notaufnahmen und kurze Klinikaufenthalte ist auch im Zusammenhang mit der Notfallreform im Gange (Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) & Karagiannidis, 2026). Interessant sind die Ergebnisse der Analysen, die deutlich machen, dass Frakturen im Krankenhausgeschehen selbst für pflegebedürftige Versicherte hoch riskant sind und das Thema Frakturprophylaxe nicht nur in der pflegerischen, sondern insbesondere auch in der klinischen Versorgung eine große Rolle spielt und viel mehr Aufmerksamkeit verdient. Sie verweisen darauf, dass Sturzprophylaxe in der stationären Versorgung mit den entsprechenden Interventionen, wie Krafttraining etc., einen wichtigen Hebel dafür darstellen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Gänzlich neu und erstmalig ist der Fokus auf die psychiatrischen Langzeitaufenthalte bei pflegebedürftigen älteren Menschen, die bisher kaum näher untersucht wurden. Die Aufenthalte Pflegebedürftiger in psychiatrischen Einrichtungen sind verbreitet, sind „langwierig" und verweisen auf Versorgungsdefizite für bestimme Zielgruppen Pflegebedürftiger – insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich.

Abbildung 12: Anteil psychiatrischer beziehungsweise psychosomatischer Krankenhausfälle mit einer Verweildauer von mindestens 60 Tagen an allen psychiatrischen beziehungsweise psychosomatischen Krankenhausfällen von pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit ab 65 Jahren nach Jahr



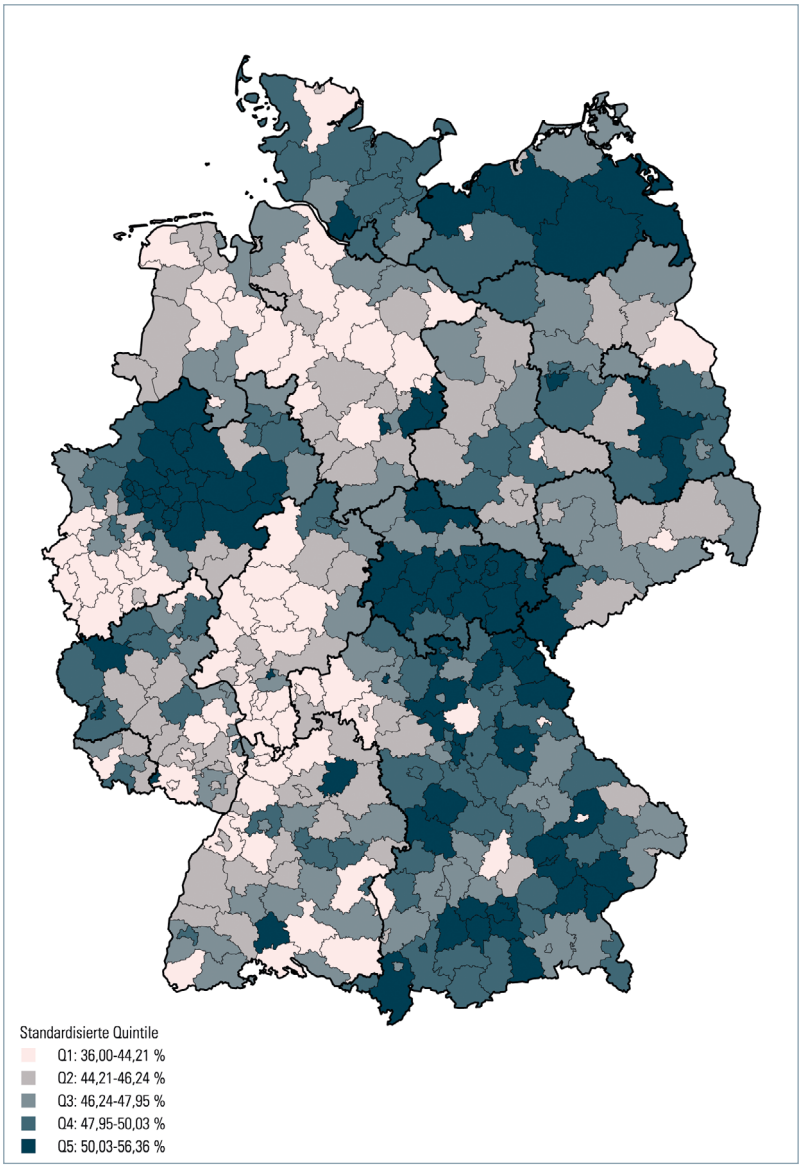
Quelle: Hildebrandt et al. in diesem Bericht, Abbildung 83

Insgesamt verweisen die Befunde auf wiederkehrende Übergangs- und Koordinationsprobleme an sensiblen Stellen des Versorgungssystems – sowohl hinsichtlich der kurzfristigen Aufnahmen in Akutkliniken als auch den mit hohen Kosten verbundenen Aufnahmen in psychiatrischen Einrichtungen. Es bedarf einer stärkeren Aufmerksamkeit gegenüber Pflegesituationen, in denen sich Pflegebedarf und Akutversorgung überlagern. Die Studienergebnisse unterstreichen die Bedeutung gut abgestimmter Übergänge zwischen Pflege, ambulanter Versorgung, Rettungsdienst, Krankenhaus und Rehabilitation. Schließlich wird deutlich, dass Prävention, Mobilitätserhalt, frühzeitige Stabilisierung und tragfähige Anschlusslösungen nicht getrennt voneinander gedacht werden dürfen. Damit kommt einem professionellen Übergangsmanagement, dem Ansatz der Case Management Organisation und der pflegefachlichen Begleitung eine zentrale Rolle zu. Die Segmentierung in der Wahrnehmung und in der Steuerung von Versorgungsverläufen produziert Pflegebedürftigkeit und Kosten im Gesundheitswesen.

Regionale Pflegekosten

Der dritte Schwerpunkt liegt auf der Analyse regionaler Pflegekosten. Die OptiMedis AG hat eine Pflegekarte auf Kreisebene erstellt.

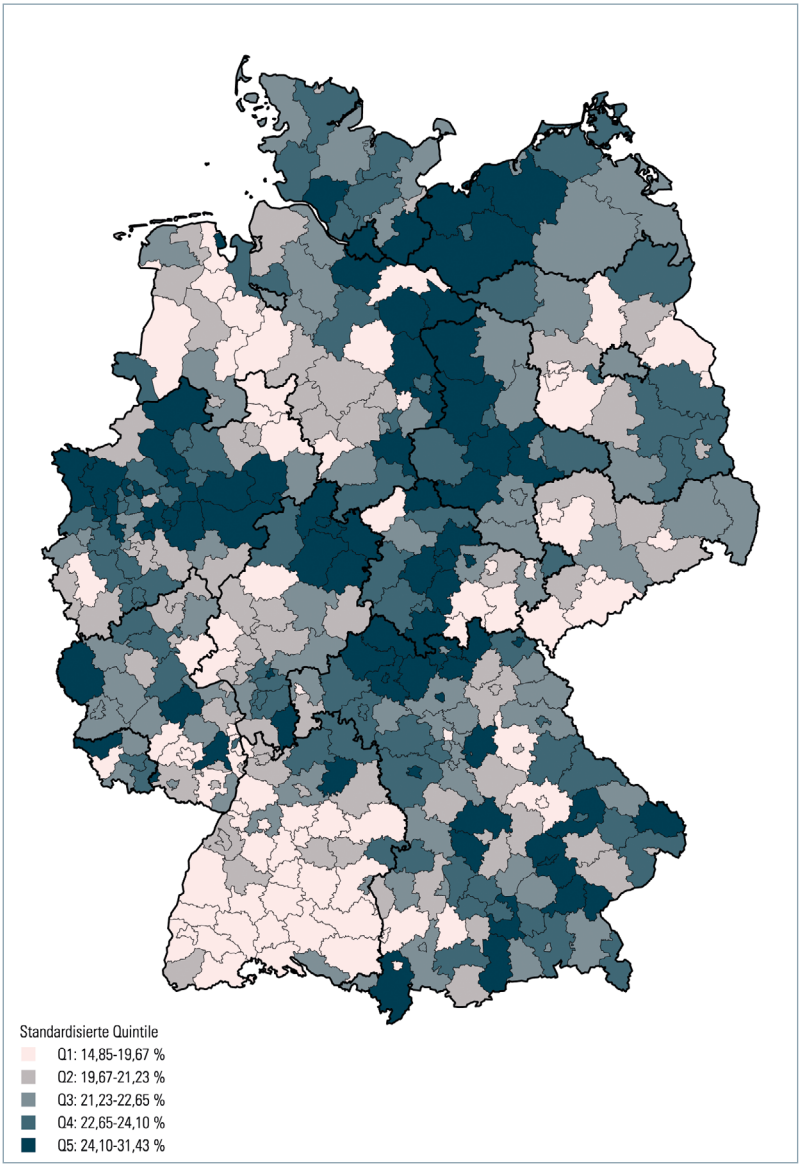
Abbildung 13: Anteil erstmaliger Eintritte in Pflegegrad 3 oder 4 mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt in den vorangehenden 90 Tagen, regional standardisiert



Quelle: Hildebrandt et al. in diesem Bericht, Abbildung 72

Sowohl die Krankenhausnähe vor dem Eintritt in hohe Pflegegrade wurde analysiert als auch kurze Krankenhausaufenthalte, von denen angenommen werden kann, dass viele von ihnen vermeidbar wären.

Abbildung 14: Standardisierter Anteil aktiver Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 2 bis 5 und mindestens einem Krankenhausaufenthalt von ein bis drei Tagen im Jahr 2024



Quelle: Hildebrandt et al. in diesem Bericht, Abbildung 79

Die Ergebnisse der regionalen Analysen machen unterschiedliche Formen regionaler Belastung an den Schnittstellen zwischen Pflege, Krankenhaus und Akutversorgung sichtbar. Im Zusammenhang mit der auch in der Pflegereform thematisierten kommunalen Pflegestrukturplanung sind die regionalen Darstellungen für die Steuerungsperspektive von größter Bedeutung. Regionen mit auffälligen Pflegekosten können daraufhin geprüft werden, ob zugleich eine enge Kopplung zwischen Krankenhaus und Pflegegrad eintritt, ausgeprägte Übergänge in höhere Pflegegrade nach Eintritt in mittlere Pflegegrade, eine hohe Dichte kurzer Krankenhauskontakte oder eine erhöhte Frakturrate sichtbar wird. Daraus folgt (noch) keine kausale Erklärung. Die Karten markieren aber belastbare Suchfelder für vertiefte regionale Rückspiegelungen und für die für sektorenübergreifende Steuerung zentrale Frage, an welchen Übergängen Versorgungskoordination, Vermeidung unnötiger Krankenhauskontakte oder Anschlussfähigkeit besonders unter Druck stehen. Auch diesbezügliche Ergebnisse verweisen auf die Bedeutung sektorübergreifenden Versorgungsmanagements, das häufig noch notleidend ist, wenn man sich das Versorgungsmanagement gemäß § 11 SGB V anschaut. Die von der BLAG formulierten Bausteine an der Pflegereform, die auf regionale Beratungs- und Begleitkonzepte und Care-Management Ansätze verweisen, erhalten durch die Analyse weitere Unterstützung und werden in ihrer Relevanz unterstrichen.

1.1.3 Zukunftspakt Pflege und die pflegepolitischen Konzepte der Länder

Pflege ist nicht nur, wie es in § 8 SGB XI programmatisch formuliert wird, eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung gelingt ausschließlich im Zusammenwirken von Bund, Ländern und Kommunen auf der staatlichen Seite und den Leistungsträgern und Leistungserbringern auf der anderen Seite. Reformen des Bundes sind auf Zustimmung der Länder respektive Anschlussfähigkeit der jeweiligen landespflegepolitischen Konzepte angewiesen, da der Bund nur über eine begrenzte Zuständigkeit für die Fragen der Langzeitpflege verfügt. Sie beschränkt sich auf das Recht der Sozialversicherung. Die in den Eckpunkten der BLAG im Dezember 2025 vorgelegten Reformbausteine wurden zwischen Bund und Ländern konsentiert.

Im Rahmen, der an die Arbeit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe anschließenden Gesetzgebungsprozesse wird und wurde darauf geachtet, die kompetenzrechtlichen Terrains zu berücksichtigen. Mit Blick auf die Umsetzung der Reform der Pflegeversicherung in der Fläche wurde zudem sichergestellt, dass die Anschlussfähigkeit an die jeweiligen landespflegepolitischen Konzepte gegeben ist.

Abbildung 15: Reformbausteine Zukunftspakt Pflege



Quelle: eigene Darstellung

Beratung, Care und Case Management

Im Rahmen des DAK-Pflegereports 2026 wurden, bezogen auf die zentralen Bausteine des Zukunftspakts Pflege, alle 16 Bundesländer in ihren landesrechtlichen Normierungen und pflegepolitischen Programmatiken analysiert und die Anschlussfähigkeit respektive Kompatibilität der Vorstellungen der BLAG mit den Strukturen und Programmatiken der Länder abgeglichen – in gewisser Weise auch mit Blick auf Good Practice. Ein Reformbaustein, der näher betrachtet wurde, bezieht sich auf die Beratungs-, Care und Case Managementstrukturen in der pflegerischen Versorgung. Bereits im DAK-Pflegereport 2025 wurden die Strukturen der Pflegestützpunkte respektive der vernetzten Pflegeberatung in den Bundesländern untersucht und ein übergreifendes Konzept der PflegestützpunktePlus entwickelt. Die Empfehlung der BLAG im Zukunftspakt Pflege reflektiert die Heterogenität der Beratungs- und Care und Case Managementstrukturen und nimmt die Befunde des DAK-Pflegereport 2025 insoweit auf, als das aus Sicht der Bevölkerung eine konsistente, nachvollziehbare und alle Pflegebedürftige erreichende Pflegeberatungsinfrastruktur in Deutschland empirisch betrachtet nicht vorhanden ist. Wenngleich die Regelungen in § 7a SGB XI insbesondere eine Verpflichtung der Pflegekassen enthalten, die Pflegeberatung mit dem anspruchsvollen Ansatz Care und Case Management basierter Arbeitsweisen zu gewährleisten. Die BLAG sieht vor, dass die Aufgaben der Beratung und des Care und Case Managements auf regionaler Ebene zusammengefasst und -geführt werden sollen. Eine Reihe von Bundesländern hat sich schon auf einen entsprechenden Weg gemacht, etwa die Länder Rheinland-Pfalz und Saarland mit einer in die Pflegestützpunkte integrierten Beratung gemäß § 7a SGB XI. In den meisten Bundesländern sind die Strukturen nicht in gleicher Weise „integriert". Das größte Desiderat liegt darin, dass die Pflegekassen ihre Aufgaben nach §§ 7 und 7a SGB XI höchst unterschiedlich und nicht rückgebunden an die örtlichen Gegebenheiten wahrnehmen – mit Aus-

nahme einiger regional vertretener Pflegekassen. In einigen Bundesländern haben sich ohne landesrechtliche Verpflichtung und Finanzierung integrierte Beratungsstrukturen herausgebildet, etwa in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Auch lassen sich kollegial herausgebildete Kooperationskulturen und -strukturen unterschiedlicher Träger identifizieren, die die Problematik von Parallelstrukturen kompensieren – dies gilt im besonderen Maße für die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg. Ansonsten kommt es auch auf die örtlichen Bemühungen und die örtliche Governance der an Beratungsaufgaben beteiligten Akteure an, ob die Aufgaben aufeinander bezogen und im Sinne des Care und Case Managements vernetzt erfolgen. Eine ganze Reihe von Modell-Projekten machen anschaulich, wie auf kommunaler Ebene entwickelte Kooperationsformen funktionieren können, so beispielsweise das DAK-Gesundheit Projekt ReKo (Hülsken-Giesler et al., 2024).

Das ebenfalls in der BLAG diskutierte Thema, dass viele Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen nicht (rechtzeitig) in den Genuss von Beratung kommen, haben einige Bundesländer durch präventive Hausbesuche aufgegriffen, die allerdings höchst unterschiedliche Ausprägungen und Konzepte aufweisen – von vollständig professioneller Ausgestaltung bis hin zu rein ehrenamtlicher. Es zeigt sich demnach, dass bei einer Integration von Beratungsansätzen – einschließlich präventiv ausgerichteter aufsuchender Beratung – anschlussfähige Strategien auf der Ebene der Länder und Kommunen vorhanden sind, die allerdings zu einer „Konversion" in ein einheitliches, rechtlich geregeltes Konzept zu führen wären. Das gilt namentlich auch für das Case Management im engeren Sinne, das in der BLAG nur für besonders komplexe Fälle vorgesehen ist. Auch hier bedürfte es bei der Umsetzung der Reformbausteine einer länderübergreifenden Verständigung auf ein gemeinsames Case Management-Verständnis und die Integration des Case Managements in Strukturen, die insbesondere auf kommunaler Ebene anzusiedeln sind oder anzusiedeln wären.

Kommunale Pflegestrukturplanung

Ein weiterer Baustein der BLAG lässt sich mit dem Thema der kommunalen Pflegestrukturplanung überschreiben. Die BLAG erkennt, wie schon im BEEP angelegt, § 12 SGB XI, dass man die Entwicklung der Pflegeinfrastruktur nicht allein dem Markt überlassen kann. Es bedarf hier mehr datengestützter kommunaler Pflegeplanung, um künftige Entwicklungen antizipieren und auf Formen der Unterversorgung reagieren zu können. Das, was auf kommunaler Ebene als Planung verstanden wird, ist höchst different (vgl. Klie & Culmsee, 2026). Das entspricht in etwa auch der Vielfalt von landesrechtlichen Regeln zur kommunalen Pflegestrukturplanung, die schon semantisch viele Variationen aufweist: von seniorenpolitischen Gesamtkonzepten über die „verbindliche Pflegeplanung" bis zur „Pflegestruktur-" und „Pflegesozialplanung". Allen planungsrechtlichen Aufgabenbeschreibungen respektive Verpflichtungen ist gemein, dass Planungsaussagen in Kreispflegeplänen zwar wichtige Informations-, Monitoring- und Orientierungsfunktionen zukommen, sie aber keine Verbindlichkeit besitzen, wie dies etwa im Bereich der Krankenhausplanung der Fall ist. Hinzu kommt, dass die jeweilige kommunale Pfle-

geplanung darunter leidet, dass es an validen, aktuellen und prognostisch belastbaren Datensätzen fehlt.

Pflegerische Notfallversorgung

Ein weiterer Reformbaustein besteht in der pflegerischen Notfallversorgung, die parallel zur gesundheitlichen Notfallversorgung vorgesehen ist (Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) & Karagiannidis, 2026). Auch beim Thema Notfallversorgung gibt es vielfältige anschlussfähige Ansätze auf Landesebene. Eine hervorgehobene Rolle nimmt hierbei die Freie und Hansestadt Hamburg mit ihrem Pflegenottelefon und dem Pflegenotdienst ein, die dort gerade modellhaft erprobt werden. Auch das Land Berlin verfügt über Infrastruktur und Angebote für pflegerische Krisensituationen. Eine gesetzliche Regelung für pflegerische Notfälle muss gesamthaft in die anstehende Notfallreform eingebunden werden. Dies gilt u. a. auch deshalb, da sich die Notfallsituationen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in ihren Indikationen überschneiden.

Abbildung 16: Fallkonstellationen in der Pflegenotfallversorgung



Quelle: eigene Darstellung

Sektorenübergreifende Versorgung

Schließlich enthalten die Empfehlungen der BLAG auch Aussagen zur sektorenübergreifenden Versorgung – wobei sektorenübergreifend sowohl in horizontaler als auch in vertikaler Hinsicht zu verstehen ist. Hier finden sich interessante Strukturen auf Landesebene, insbesondere in Niedersachsen mit den dort ausgeprägten Gesundheitsregionen. Der wohl größte Handlungsbedarf besteht in der Segmentierung, in der rechtlichen Steuerung, die der schnellen Realisierung sektorenübergreifender Versorgungsstrategien im Wege stehen. Insofern wurden die sektorenübergreifenden Reformüberlegungen vertagt – diese sollen im Jahre 2027 diskutiert und vorbereitet werden.

1.1.4 Perspektivworkshop

Ein zweites Mal hat die DAK-Gesundheit im Rahmen des DAK-Pflegereportes zu einem Perspektivworkshop eingeladen. Thematisch befasste sich der Perspektivworkshop mit den wesentlichen Erträgen und Schlussfolgerungen aus den Erhebungen des diesjährigen Pflegereportes. Der Perspektivworkshop stellte zum einen den Raum zur Verfügung für einen vertrauensklimatisierten Austausch jenseits offizieller Tagungsordnungen und Sitzungsformate und konnte auf diese Weise aktuelle Diskussionen um den Zukunftspakt Pflege befördern. Er diente aber auch dazu, den Empfehlungen des DAK-Pflegereportes eine fundierte diskursbasierte Grundlage zu geben, die eine Rückbindung der Empfehlung und die Sichtweisen unterschiedlichster Akteure aus der Langzeitpflege gewährleisten. Neben Vertreterinnen und Vertretern von Ländern, Bundesministerien, Kranken- und Pflegekassen sowie Kommunen waren auch namenhafte Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft eingeladen. Anhand von Thesen, die aus den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe und den dazu vorgelegten Befunden aus den Arbeiten zum Pflegereport 2026 formuliert wurden, wurde mithilfe Metaplantechnik einen Tag lang diskutiert, die formulierten Positionen sowie konsensfähige Schlussfolgerungen festgehalten und weiterer Diskussions- und Beratungsbedarf identifiziert. Der Perspektivworkshop wurde zeitlich am Beginn der gesetzgeberischen Aktivitäten der zuständigen Bundesministerien platziert und ihm kam insofern auch Anregungscharakter für die seinerzeit aktuellen Überlegungen zur Kodifizierung der Reformbausteine zu. Die notwendigerweise mit politischen Abstimmungs- und Konsentierungsprozessen verbundenen Unschärfen in der Formulierung einiger der Bausteine konnten nicht zuletzt mithilfe von Kolleginnen und Kollegen aus der Wissenschaft präzisiert und über diesen Zusammenhang mit Reform- und Weiterentwicklungsüberlegungen der Länder aber auch maßgeblicher Kranken- und Pflegekassen gestellt werden. Die Diskussionen der insgesamt neun Thesen wurde verbunden mit einer themen- und thesenbezogenen Zusammenfassung grundsätzlicher Erträge sowohl der Allensbach-Befragung als auch der GKV-/SPV-Routinedatenanalyse von OptiMedis.

Die wesentlichen Ergebnisse des Perspektivworkshops lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Perspektivworkshop: Wesentliche Ergebnisse

1. Beratung, Case Management und pflegefachliche Begleitung wurden als wesentliche Bausteine der Sicherstellung einer effizienten Versorgung verstanden. Bei allem Anspruch, Beratung, Case Management und fachliche Begleitung und Unterstützung voneinander – methodisch – zu unterscheiden, wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, die jeweils örtlich zu aggregierenden und auf die örtlichen Verhältnisse bezogen auszugestaltenden Angebote nicht voneinander zu separieren, sondern in ein Gesamtsystem respektive eine Gesamtorganisation im Sinn der Case Management-Organisation zu integrieren. Es bestand Konsens darüber, dass die Möglichkeit besteht, die bislang weitgehend voneinander getrennten Beratungsangebote – insbesondere der Kassen – konsequent aufeinander zu beziehen und in eine Gesamtkonzeption zu integrieren. Dies betrifft auch Förderprogramme wie etwa Pflegelotsen und Gemeindekrankenpflege auf Länderebene. Für die Bürgerinnen und Bürger gilt es, ein leicht zugängliches, auf die individuelle Bedarfskonstellation hin ausgerichtetes Beratungs- und Unterstützungsangebot zu implementieren, das (sozialrechtliche) Beratung mit professioneller Begleitung verbindet, die in der Bevölkerung nachgefragt wird und auf große Resonanz stößt. Es wurde betont, dass eine verstärkte Einbeziehung des medizinischen Dienstes respektive der Erkenntnisse aus dem Begutachtungsverfahren für Beratungs- und Unterstützungsangebote erforderlich ist. Zudem wurden die Möglichkeiten der Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit durch rechtzeitige, flankierende und kontinuierliche Beratung und Begleitung hervorgehoben. Schließlich wurde übereinstimmend darauf verwiesen, dass es nicht darum gehen könnte, neue, von den bisherigen je nach Land und Kommune sehr unterschiedlichen Beratungs- und Begleitungsstrukturen unabhängige Beratungs- und Begleitungsangebote zu schaffen. Es gehe darum, die bestehenden Angebote und Strukturen in ein Gesamtkonzept zu überführen. Bei der Umsetzung und Implementierung bundesrechtlich geregelter Vorgaben und Strukturen werden die Länder Vorgaben machen und die Kommunen eine Gouvernancefunktion übernehmen müssen.

2. Bei der Aufgabe, Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte, pflegerische Infrastruktur zu schaffen, respektive sie zu erhalten, kommt den Kommunen im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge und Planungskompetenzen eine zentrale Rolle zu. Insofern wurde begrüßt, dass dem Thema kommunale Pflegestrukturplanung bereits im BEEP aber auch in der BLAG Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Dabei wurde in der Diskussion sehr deutlich, dass es kein übergreifendes und in keiner Weise präzises Verständnis von kommunaler Pflegestrukturplanung gibt. Dies hängt nicht nur mit den fehlenden Kompetenzen für eine verbindliche Pflegeinfrastrukturplanung zusammen, sondern auch mit einem höchst unterschiedlich ausgeprägten Planungsverständnis sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene (Klie & Culmsee, 2026). Bestätigt wurde, dass die Datenqualität für die jeweils vorhandene Pflegeinfrastruktur, Prog-

nosen und Prävalenzen von auf Pflege angewiesenen Menschen, aber auch des Personalbestandes und -bedarfes sowie der Bevölkerungsvorausberechnung unbefriedigend ist. Eine deutlich verbesserte Datenbasis für ein Monitoring der kommunalen Pflegeinfrastruktur und pflegerischen Versorgung wird gefordert. Dabei könnten auch GKV- und SPV-Routinedaten eine wichtige Rolle spielen, wenn sie denn auch kleinräumig aggregiert und für kleinräumige Bedarfseinschätzungen genutzt werden können. Indikatorengestützte Planungsstrategien, die Hinweise auf Unter- und Fehlversorgung geben, wurden als nicht belastbar und zielführend angesehen. Zu unterschiedlich sind die regionalen Strukturen, Kulturen und Präferenzen der Bevölkerung. Auch auf das Problem des regional nennenswerten Anteils von osteuropäischen Haushaltshilfen (Live-Ins) als Beitrag zur Versorgungssicherheit wurde hingewiesen. Kommunale Pflegestrukturplanung kann dann ihre Steuerungswirkung entfalten, wenn sie in einem modernen Planungsverständnis verlässliche Empirie mit der örtlichen und regionalen Expertise und Partizipationsprozessen der örtlichen Bevölkerung verbindet. Zielgruppen-, regionen- und institutionenbezogene Unterversorgung könne nur festgestellt werden in der Verbindung von verlässlichen empirischen Daten auf der einen Seite und den systematisiert ausgewerteten Erfahrungen aus dem Care und Case Management auf der anderen Seite. Die Diskussion auf dem Perspektivworkshop bebilderte die große Variationsbreite von Planungsansätzen. Die Erträge des Perspektivworkshops unterstrichen auch die Korrekturbedürftigkeit aktueller Überlegungen für den Aufbau einer eigenständigen Datenplattform für die Langzeitpflege auf Bundesebene. Auch die regulatorischen Herausforderungen für eine stärkere Verbindlichkeit von kommunaler Pflegeplanung, die bei einer anstehenden Novellierung des SGB XI aufgegriffen werden müssten, wurden diskutiert.

3. Die Sicherstellung von Pflegenotfallsituationen sowie eine sektorenübergreifende Notfallkonzeption mit einer professionellen Screening-Funktion wurde als zielführend angesehen (Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) & Karagiannidis, 2026). Ebenso wurde die Ausrichtung der Infrastrukturangebote auf unterschiedliche Notfallkonstellationen als zielführend erachtet. Für die Realisierung dieser Infrastrukturangebote könnten auch und gerade umgewidmete Kliniken infrage kommen, die sich nach der anstehenden Krankenhausreform infrage geben. Konsens bestand auch in den die OptiMedis-Analysen bestätigten Potenzialen der Vermeidung von gesundheitsökonomisch teuren und unnötigen (kurzfristigen) Klinikaufenthalten und Krankentransporten.

4. Das im Papier *Reset Pflegeversicherung* (Klie et al., 2025) und in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe aufgenommene Thema der Vereinfachung des Leistungsrechts und der Zusammenführung bisheriger Leistungsansprüche in Budgets wurde in einer These des Perspektivworkshops, auf der Grundlage der unterschiedlichen Optionen und Varianten der BLAG aufgegriffen. Grundsätzlich wurde die Vereinfachung des Leistungsrechts begrüßt und für notwendig erachtet. Die Frage wie etwa mit der Tagespflege bei der Zuordnung zu den Bud-

gets umgegangen wird, wie eine Aufteilung der Verhinderungspflege erfolgen könnte und wie die Budgets leistungserbringungsrechtlich auszugestalten wären, wurde auf dem Perspektivworkshop nicht vertieft diskutiert.

5. Das Thema sektorenübergreifender Versorgung spielte in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zum Zukunftspakt Pflege nur eine untergeordnete und implizite Rolle. Dabei wurde auf dem Perspektivworkshop anhand einer entsprechenden These die Bedeutung und Perspektive horizontaler und vertikaler Verschränkung zwischen den Sektoren hervorgehoben. Auch für diese These fand sich keine Zeit zur vertieften Debatte, auch wenn ihr im Prinzip zugestimmt wurde. Auch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat die Fragen der sektorenübergreifenden Ausgestaltung von Budgets etwa über einen nächsten Reformschritt „vertagt".

6. Die Bereitschaft der Bevölkerung, sich an Sorge- und Pflegeaufgaben zu beteiligen, ist Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit der pflegerischen Versorgung in Deutschland. Wie die Allensbach-Studien im Rahmen des DAK-Pflegereportes immer wieder deutlich machen, ist diese Bereitschaft bei der Mehrheit der Bevölkerung fest verankert. Sie unterliegt allerdings demografischen und gesellschaftlichen Wandlungsprozessen, die neben alten auch neue Formen der solidarischen Gestaltung und Übernahme von Sorgeaufgaben erforderlich machen. Um diese auch im Zusammenhang mit der demokratischen Verankerung von Pflegefragen in der örtlichen Bevölkerung zu befördern, dient das Leitbild der Caring Community, das inzwischen breite Resonanz erfährt, allerdings auch in sehr unterschiedlichem Verständnis gebraucht wird. Auf dem Perspektivworkshop wurde die Bedeutung von Formen bürgerschaftlichen Engagements und örtlicher Solidarität und Verantwortungsgemeinschaften bestätigt. Ebenso wurde der Zusammenhang betont, der zwischen dem Engagement im Kontext von Pflege vor Ort und den Einstellungen zu Demokratie und dem Vertrauen in die Funktionsfähigkeit des Staates besteht. Ganz in einem eher traditionellen und defensiven Verständnis von Subsidiarität wurde auch in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe das Thema bürgerschaftliches Engagement behandelt.

7. Das Thema Eigenanteile und Begrenzung der Heimkosten bestimmt in vielerlei Hinsicht die Debatte um die Reformdiskussion und spielt auch in der Problemwahrnehmung der Bevölkerung, wie die Allensbach-Daten deutlich machen, eine zentrale Rolle. Auf dem Perspektivworkshop wurde die These einer einkommensabhängigen Ausgestaltung der Begrenzung der Heimkosten, kontrovers diskutiert und nicht abschließend bewertet. Ein Anstieg sowohl der Sozialhilfekosten als auch der Bezieher von Sozialhilfeleistungen wird sich nicht vermeiden lassen, wenn nicht gegengesteuert wird (Rothgang et al., 2026).

8. In der Diskussion auf dem Perspektivworkshop wurde der Konnex zwischen der Weiterentwicklung des Versorgungssystems der pflegerischen Versorgung mit der Finanzierung der Pflegeversicherung betont: Ohne Sicherstellung der Finanzierung auch keine wirksame Reform im Sektor der Versorgung auf Pflege

angewiesener Menschen. Eine intelligente Verschränkung von Finanzierungsstrategien mit der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen wurde als Schlüssel dafür gesehen, dass die mit der Pflegereform verfolgten Ziele (überhaupt) erreicht werden können.

1.1.5 Summa: Verschränkung unterschiedlicher empirischer Perspektiven und Diskurs

Der DAK-Pflegereport 2026, der sich der aktuellen Reformdebatte um die Pflegeversicherung im Zukunftspakt Pflege widmet, liefert wichtige empirische Erkenntnisse aus einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung und stellt maßgebliche Erkenntnisse aus GKV-/SPV-Routinedatenanalysen für die anstehende Pflegereform – insbesondere einer sektorenübergreifenden Betrachtung – zur Verfügung. Er reflektiert die Anschlussfähigkeit der Ergebnisse der BLAG mit den pflegepolitischen Ansätzen der Länder und führte all dies in dem diskursiven Format eines Perspektivworkshops zusammen. Genau in dieser Verschränkung liegt sowohl die Qualität, aber auch die Besonderheit des DAK-Pflegereports 2026, der die Debatte um die Pflegereform und ihre Ausgestaltung, aber auch ihre, ab 2027 anstehende, Umsetzung unterstützt und flankiert. Am Schluss des Pflegereportes stehen aufeinander bezogene Schlussfolgerungen, die Befunde und Debatten zum Zukunftspakt Pflege einerseits und Empfehlung, die sich sowohl auf die bundes- als auch auf die landespolitische Ebene beziehen. Die DAK-Gesundheit hat den Prozess der Erstellung des DAK-Pflegereportes einerseits durch die von IGES vorgenommenen Berechnung zur Finanzierung der Pflege- aber auch der gesetzlichen Krankenversicherung flankiert. Zum anderen hat die DAK-Gesundheit von Rothgang et al. durchgeführte Berechnungen zukünftiger Entwicklungen der Sozialhilfeausgaben, und dies mit unterschiedlichen Annahmen und Modellen, in Auftrag gegeben (Rothgang et al., 2026). So steht der DAK-Pflegereport mit den in diesem Band vorgestellten Analysen nicht allein, sondern wird in qualifizierender Weise durch ökonomische Analysen und Projektionen flankiert.

1.2 Literaturverzeichnis

Blinkert, B. & Klie, T. (2004). Solidarität in Gefahr?: Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel (Die „Kasseler Studie"), Hannover, Vincentz Network.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2025). Alterssicherungskommission nimmt ihre Arbeit auf: Bundeskabinett fasst Einsetzungsbeschluss [Online]. Verfügbar unter www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/2025/alterssicherungskommission-nimmt-ihre-arbeit-auf.html (Abgerufen am 23. März 2026).

DAK-Gesundheit (2026). 2027 droht 12 Milliarden-Lücke in der GKV: DAK-Chef Storm fordert 3-Stufen-Plan für stabile Kassenbeiträge [Online]. Verfügbar unter www.dak.de/presse/bundesthemen/politik-unternehmensnachrichten/2027-droht-12-milliarden-luecke-in-der-gkv-dak-chef-storm-fordert-3-stufen-plan-fuer-stabile-kassenbeitraege_155702 (Abgerufen am 23. März 2026).

Der Paritätische Gesamtverband (2023). Kritik an der Pflegereform: Breites Bündnis warnt vor zunehmender Armut durch Pflege [Online]. Verfügbar unter www.der-paritaetische.de/allemeldungen/breites-buendnis-warnt-vor-zunehmender-armut-durch-pflege/ (Abgerufen am 23. März 2026).

Die Bundesregierung (2024). Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen [Online]. Verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Zukunftssichere_Finanzierung_der_SPV-2024.pdf (Abgerufen am 23. März 2026).

Hoberg, R., Klie, T. & Künzel, G. (2013). Eckpunkte Strukturreform Pflege und Teilhabe: Kurzfassung.

Hülsken-Giesler, M., Teuteberg, F., Arlinghaus, T., Bläser, P., Cordes, J., Hammer, J., Jalaß, I., Rodrigues, P. K., Kus, K., Ruppert, N. & Wirth, L. M. (2024). „Erkenntnisse aus dem G-BA-Modellprojekt ‚Regionales Pflegekompetenzzentrum' (ReKo)", in Storm, A. (Hg.) Case Management – Ein Booster für die häusliche Pflege?: Forschungsergebnisse aus dem Innovationsfondsprojekt „ReKo" – Regionales Pflegekompetenzzentrum, Heidelberg, medhochzwei, S. 27–124.

Klie, T. (2017). „Langzeitpflege und die Kommunen: Von der Notwendigkeit einer Strukturreform Pflege und Teilhabe", in Fuchsloch, C., Fuchs, M., Naegele, G., Udsching, P., Welti, F. & Igl, G. (Hg.) Gesundheit, Alter, Pflege, Rehabilitation: Recht und Praxis im interdisziplinären Dialog, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, S. 248–259.

Klie, T. (2024a). Pflegenotstand? (Eine Streitschrift), Stuttgart, Hirzel.

Klie, T. (2024b). Pflegereport: Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus, DAK-Gesundheit, 47.

Klie, T. (2025). Pflegereport 2025: Pflege vor Ort – zwischen Anspruch und Wirklichkeit Perspektiven für ein verlässliches Pflegesystem [Online], Heidelberg, medhochzwei Verlag. Verfügbar unter https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/134854/data/fe64bfbae6c8d1d49b23a908abfe5110/dak-pflegereport-2025-ebook.pdf (Abgerufen am 22. September 2025).

Klie, T., Ranft, M. & Szepan, N.-M. (2025). Reset Pflegeversicherung: Strukturreform PFLEGE und TEILHABE III [Online]. Verfügbar unter https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Strukturreform_Pflege_und_Teilhabe_III_2025.pdf (Abgerufen am 3. Juni 2025).

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) & Karagiannidis, C. (2026). Notfall- und Pflegereform Hand in Hand: Gemeinsames Forderungspapier vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und von Prof. Dr. Christian Karagiannidis [Online]. Verfügbar unter https://kda.de/notfall-und-pflegereform-hand-in-hand/ (Abgerufen am 23. März 2026).

Nemetschek-Renz, J. (2025). Pflegevollversicherung ist ohne Beitragssteigerung möglich! [Online]. Verfügbar unter https://bw.vdk.de/pressemitteilung/gutachten-pflegevollversicherung-finanzierbar/ (Abgerufen am 23. März 2026).

PKV (2025). Nachhaltige Pflegefinanzierung gelingt nur mit kapitalgedeckter Zusatzversicherung. [Online]. Verfügbar unter https://www.pkv.de/verband/presse/pressemitteilungen/nachhaltige-pflegefinanzierung-gelingt-nur-mit-kapitalgedeckter-zusatzversicherung/ (Abgerufen am 2. April 2026).

Rothgang, H., Mamontova, T. & Wagner, C. (2026). Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Entwicklung der Sozialhilfequote 2024–2035 unter Berücksichtigung aktueller Reformoptionen: Sonderanalyse im Auftrag der DAK-Gesundheit.

Statistisches Bundesamt (2026). Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2023 [Online]. Verfügbar unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/_Grafik/_Interaktiv/pflege-versorgungsart.html (Abgerufen am 18. März 2026).

Weber, R. G. & Knollmeyer, J. (19.3.2026). DAK-Gesundheit schlägt 5-Punkte-Stabilitätspakt vor: Verwaltungsrat verabschiedet Resolution zur zukunftsfesten Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung [Online]. Verfügbar unter www.dak.de/presse/bundesthemen/politik-unternehmensnachrichten/dak-gesundheit-schlaegt-5-punkte-stabilitaetspakt-vor-_164356 (Abgerufen am 23. März 2026).

2. Auf dem Weg zur Pflegereform – Befragungen

Wilhelm Haumann

Kritische Phase

Die Pflege in Deutschland befindet sich in einer kritischen Phase. Der Bedarf wächst stark, familiäre und professionelle Ressourcen geraten an Grenzen, und die Pflegeversicherung steht vor erheblichen Finanzierungsherausforderungen. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Pflegereform zielte darauf ab, diese doppelte Schieflage in Versorgung und Finanzierung zu bewältigen.

Pflegebedarf: Dynamik und Struktur

Mehr Gepflegte

Die Zahl der Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, ist im zurückliegenden Jahrzehnt deutlich gestiegen. Ende 2016 waren in Deutschland erst 3,3 Millionen im Sinne des SGB XI pflegebedürftig; bis Ende 2024 hatte sich diese Zahl auf 6,0 Millionen erhöht.[2] Nach der bloßen demografischen Entwicklung wäre ein weitaus geringerer Anstieg zu erwarten gewesen. Ungleich stärker wirkte sich die erweiterte Anerkennung von Pflege- und Unterstützungsbedarf seit 2017 aus.[3] Besonders durch die erweiterte Anerkennung wuchs vor allem der Kreis der Menschen an, die für ihre häusliche Pflege auch Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung erhalten. Diese Gruppe vergrößerte sich zwischen Ende 2016 und Ende 2024 von 2,0 auf 4,8 Millionen, während die Zahl der stationär Gepflegten weitaus weniger zunahm.[4]

Pflege vor allem daheim

Rund 86 Prozent der Pflegebedürftigen mit Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung wurden Ende 2024 ambulant versorgt, 14 Prozent in Heimen oder anderen Pflegeeinrichtungen.[5] Von den (überwiegend) daheim Gepflegten erhielten 2024 etwa zwei Drittel (67 Prozent) ausschließlich Pflegegeld. Die übrigen erhielten Leistungen, bei denen zumeist Pflegedienste beteiligt waren, vor allem Kombinationsleistungen von Pflegesachleistungen und Pflegegeld, reine Pflegesachleistungen, stundenweise Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege usw.[6]

---

2 Bundesministerium für Gesundheit (2025a): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand 21. August 2025 sowie Stand 14. Juni 2021.

3 Statistisches Bundesamt (2024): 5,7 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2023. Pressemitteilung Nr. 478 vom 18. Dezember 2024.

4 Bundesministerium für Gesundheit (2025a): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand 21. August 2025. Die Zeitreihe für die stationär Gepflegten ist hier durch die Ausgliederung der Personen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe unterbrochen; die Statistik auf Basis der Leistungsarten deutet für vollstationär Gepflegte (einschließlich der vollstationären Pflege in Behindertenheimen) von 2016 bis 2024 auf eine Zunahme von rund 70.000 Personen hin.

5 Ebd.

6 Bundesministerium für Gesundheit (2025b): Pflegeversicherung – Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. https://www.bundesgesundheitsministerium.de. Da hier die Daten auf Basis der jährlichen Leistungstage errechnet werden, ergeben sich geringfügige Unterschiede zu den Stichtagserfassungen, die in den Fußnoten 2 bis 5 zitiert werden.

Die Pflegevorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes erwarten aufgrund der demografischen Veränderungen eine deutliche Zunahme der Pflege: 2050 sollen danach bis zu 7,5 Millionen Menschen auf Pflege und Versorgung angewiesen sein.[7]

Schlechtere Bedingungen für Angehörigenpflege

Hoher Aufwand für stationäre Pflege

Gleichzeitig verschlechtern sich die Bedingungen für Angehörigenpflege: Zwar bleibt die Pflegebereitschaft groß (vgl. Abbildung 35), das Leben von Angehörigen an weit entfernten Orten und die gestiegene Erwerbsbeteiligung von Frauen, die bislang den größeren Teil der Pflege bewältigen, verschlechtern aber die Voraussetzungen für diese Pflege. Der Fachkräftemangel verstärkt den Druck: Obwohl heute viele junge Frauen und Männer einen Pflegeberuf ergreifen und die Bewerbungszahlen für die Pflegefachschulen stabil sind, sorgen vor allem altersbedingte Abgänge aus dem Beruf dafür, dass die Zahl der Pflegekräfte mit der Zunahme der Pflegebedürftigen nicht Schritt halten kann[8] – mit Risiken für Verfügbarkeit und Qualität der Pflege. Neue, gemeinschaftsbasierte Formen, von ehrenamtlichen Unterstützungsnetzwerken über Nachbarschaftshilfen bis zu Pflegegruppen, entwickeln sich zwar in ganz Deutschland, sind derzeit jedoch noch nicht in der Lage, die steigenden Bedarfe in größerem Maße zu kompensieren. Ohne Gegensteuerung droht bei Fortschreibung des Trends eine deutliche Verschlechterung der Versorgung in der häuslichen Pflege mit der Folge vermehrter Krankenhausaufenthalte.

Mehr stationäre Langzeitpflege würde zugleich aber wieder noch mehr Pflegepersonal benötigen und deutlich höhere Kosten zur Folge haben, nicht allein für die Pflegebedürftigen selbst, sondern auch für die Pflegeversicherung. Schon heute werden 34 Prozent der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für die – je nach Statistik – nur 12 bis 16 Prozent der stationär Gepflegten benötigt.[9]

Pflegeversicherung: finanzielle Schieflage

Die finanzielle Lage der Pflegeversicherung spiegelt die Druckpunkte der Versorgung wider und erzeugt eine weitere Belastung für Pflege und Versorgung.

Von 31 auf 68 Mrd. Euro in 8 Jahren

Zwischen 2016 und 2024 wuchs die Zahl derer, die Pflegegeld aus der sozialen Pflegeversicherung beziehen, von 1,4 Millionen Menschen auf 3,0 Millionen.[10] Zugleich stiegen die Ausgaben für Sachleistungen, insbesondere für die Heimpflege, weit stärker an als es durch die allgemeine Teuerung zu erwarten gewesen wäre.

7 Statistisches Bundesamt (2023): Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Pressemitteilung vom 30. März 2023.
8 Vgl. Thomas Klie (2026a): Gute Pflege braucht professionelle Unterstützung. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 26.1.2026.
9 Bundesministerium für Gesundheit (2025a): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, A.a.O. sowie Bundesministerium für Gesundheit (2025b): Pflegeversicherung – Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. A.a.O. Eigene Berechnung.
10 Ebd.

Zusätzliche Belastungen der Pflegekassen

In der Summe erhöhten sich die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung zwischen 2016 und 2024 deshalb von 31 Milliarden Euro im Jahr auf 68,2 Milliarden.[11]

Obwohl die Beitragssätze zur Pflegeversicherung kontinuierlich erhöht wurden, von 2,35 Prozent des Bruttoeinkommens bis auf heute 3,6 Prozent, reichen die verfügbaren Mittel immer weniger aus. Dazu tragen auch besondere Belastungen der Pflegekassen durch gesetzliche Verpflichtungen bei. So wurden etwa während der Corona-Pandemie 5,2 Milliarden Euro aus der Pflegeversicherung, z. B. für Tests und Boni für Beschäftigte in der Pflege, entnommen und bislang aus dem eigentlich dafür zuständigen Bundeshaushalt noch nicht ersetzt.[12]

Verluste

2024 schlossen die Pflegekassen mit einem erheblichen Verlust von 1,5 Milliarden Euro[13] ab, und auch die Beitragserhöhung zur Pflegeversicherung zum 1.1.2025 schaffte keine substanzielle Verbesserung der finanziellen Lage. Medien- und Behördenberichte verweisen weiterhin auf sinkende Rücklagen im Ausgleichsfonds und eine angespannte Liquiditätssituation. Erstmals mussten Kassen Finanzhilfen beantragen, um eine Zahlungsunfähigkeit abzuwenden.[14] Bereits zu Anfang des Jahres 2026 musste die soziale Pflegeversicherung mit zusätzlich 1,7 Milliarden Euro durch den Bund gestützt werden.[15]

Ohne strukturelle Reform drohen weitere Beitragserhöhungen, restriktivere Leistungsanpassungen oder eine stärkere Inanspruchnahme von Bundesmitteln – bei gleichzeitig wachsenden Bedarfen.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe: Konsolidierung und Strukturreform

Arbeitsgruppe für Pflegereform

Vor diesem Hintergrund arbeitete seit Juli 2025 die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege" an Vorschlägen für eine Pflegereform. Ihr Auftrag: Die Pflegeversicherung finanziell stabilisieren und zugleich die Pflegeorganisation so weiterentwickeln, dass Mittel zielgerichteter eingesetzt, häusliche Pflege gestärkt, Fachkräfte gebunden und Pflegebedürftige sowie Angehörige spürbar entlastet werden.

Zwischenergebnisse 2025

Zwischenergebnisse wurden im Dezember 2025 präsentiert: Im Fokus stehen bislang Maßnahmen zur Prävention und Vermeidung der Pflegebedürftigkeit, Ent-

11 Bundesministerium für Gesundheit (2025b): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, A.a.O.
12 Vgl. Dagmar Felix (2024): Die Finanzierung von Maßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie über den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung: Ein verfassungswidriger Zugriff auf Sozialversicherungsbeiträge. Gutachterliche Stellungnahme, Hamburg. Aktuellere Kontenbetrachtung PV45 2026.
13 Tagesschau (2025): „Der Pflege steht das Wasser bis zum Hals" (14.3.2025). https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/pflegeversicherung-112.html
14 Ebd. Der Spiegel (2025): Die erste Pflegekasse muss gerettet werden. (11.3.2025) https://www.spiegel.de/wirtschaft/die-erste-pflegekasse-muss-gerettet-werden-a-c6b5ad2d-72a6-4767-b39c-da702390f3d3
15 Deutscher Bundestag (2025): Höheres Darlehen für die Pflegeversicherung im Gesundheitsetat 2026. https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2025/ kw48-de-gesundheit-1126072

bürokratisierung, bessere Zugänge zu Pflegeleistungen, mehr Möglichkeiten zur kommunalen Trägerschaft, insbesondere auch in Regionen mit Angebotsdefiziten. Weitere Schritte betreffen eine Steigerung der Attraktivität von Pflegeberufen durch bessere Arbeitsbedingungen, Effizienzgewinnung durch Digitalisierung und Einsatz von KI sowie vor allem die Prüfung von Maßnahmen zur nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung sowie zur Bremsung der Ausgabendynamik bei gleichzeitiger Begrenzung der Eigenanteile.

Begleitung: DAK-Pflegereport 2026

DAK-Pflegereport begleitet

Diesen Reformprozess begleitet der DAK-Pflegereport 2026 unter Leitung von Prof. Dr. Thomas Klie (Freiburg). Der Pflegereport bündelt aktuelle Daten, Erfahrungsberichte und Analysen zur Lage der Pflege und ergänzt sie um zwei repräsentative Umfragen des Instituts für Demoskopie Allensbach. Diese Umfragen wurden im Oktober 2025, also in der ersten Arbeitsphase der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, sowie im Februar 2026 durchgeführt. Die Ergebnisse der ersten Befragung wurden bereits in einer Pressekonferenz am 4. November 2025 durch Andreas Storm (Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit), Renate Köcher (IfD Allensbach) und Thomas Klie vorgestellt.

Kernhemen der Befragungen waren:

- Pflegeerfahrungen der Bevölkerung
- Grundeinstellungen und Grundhaltungen zur Pflege
- Problemwahrnehmungen im Zusammenhang mit der Pflege
- Erwartungen und Befürchtungen in diesem Bereich
- Präferenzen für unterschiedliche Reformoptionen
- Wahrnehmungen und Haltungen zur Pflegereform

Evidenzbasierte Orientierung in der Reformdebatte

Ziel war es, den laufenden Reformdebatten eine evidenzbasierte Orientierung zu ermöglichen, auch um darauf hinzuwirken, dass die finanzielle Konsolidierung der Pflegeversicherung mit einer strukturellen Modernisierung der Pflegeorganisation einhergeht und die Versorgung verlässlich, bezahlbar und menschenwürdig bleibt.

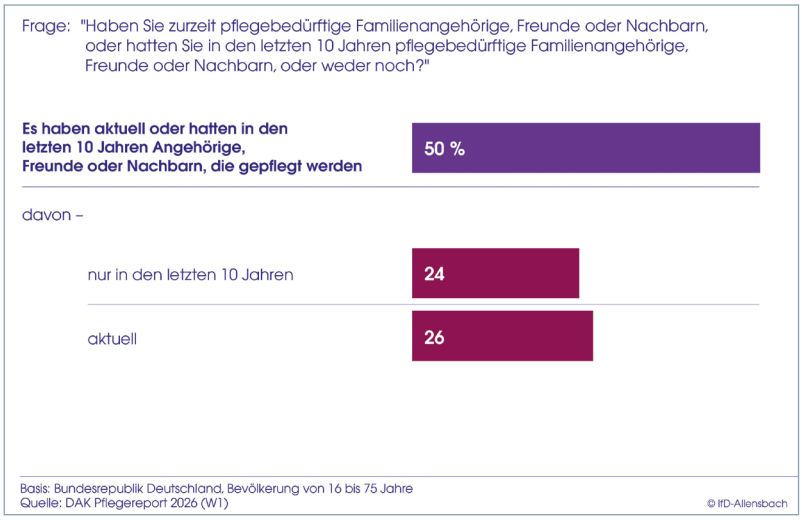
Beide Befragungen wurden online durchgeführt, die erste zwischen dem 2. und dem 14. Oktober 2025 und die zweite zwischen dem 9. und dem 20. Februar 2026. Die geschichtete Zufallsauswahl der Befragten erfolgte jeweils auf Grundlage eines fallstarken Online-Panels. Befragt wurden im Oktober insgesamt 4.401 Personen, so dass auch Analysen für unterschiedliche Bundesländer möglich waren. Im Februar 2026 umfasste die Stichprobe 2.122 Personen. Die gewichteten Stichproben sind jeweils repräsentativ für die deutschsprachige Wohnbevölkerung im Alter von 16 bis 75 Jahren.

2.1 Pflege ist ein Nahthema

50 Prozent kennen Gepflegte

Als Nahthema beschreibt Renate Köcher die Pflege: Sehr viele haben Menschen in der Familie, im Freundeskreis oder in der Nachbarschaft, die auf Pflege und Unterstützung angewiesen sind und beschäftigen sich dementsprechend auch mit Fragen der Pflege. Insgesamt berichten 50 Prozent der Bevölkerung über solche Personen in ihrem Umkreis, 26 Prozent aus ihrer aktuellen Lebenssituation heraus, 24 Prozent aus den zurückliegenden 10 Jahren. Doch früher oder später machen fast alle in der Bevölkerung solche Erfahrungen, auch wenn sie vielleicht selbst nie gepflegt werden müssen.

Abbildung 17: Pflege ist ein Nahthema



Gegenüber früheren, allein auf den engeren Kreis der Angehörigen begrenzten Ermittlungen, zeigen diese Werte gewissermaßen den weitesten Kontaktkreis der Pflege. Deshalb berichten hier auch Gruppen mit größeren Bekanntenkreisen wie etwa Personen mit höherem sozialem Status oder auch jüngere und mittlere Altersgruppen noch etwas häufiger davon als andere.

Eigene Anschauung

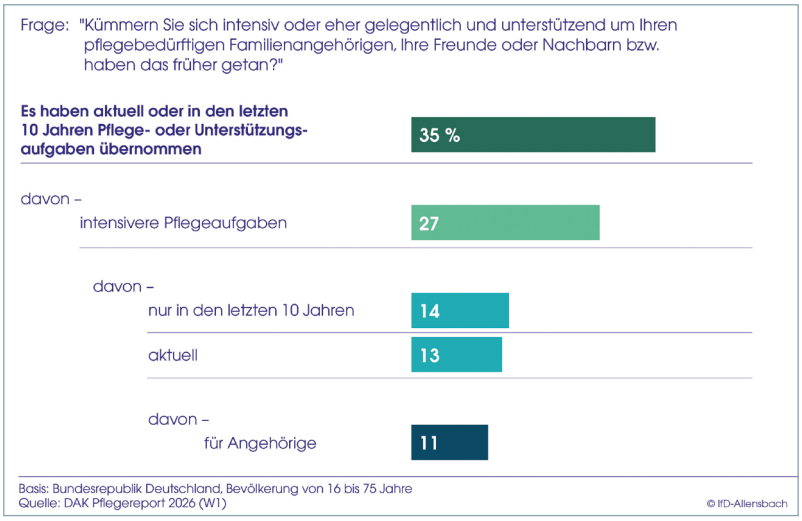
Diese breite Bekanntschaft mit der Pflege führt dazu, dass viele die dabei entstehenden Verhältnisse aus eigener Anschauung kennen und nicht allein auf die Medien angewiesen sind, die aus dem Bereich der Pflege am ehesten auf bestehende Probleme hinweisen. Dementsprechend bewerten Personen, deren Angehörige, Freunde oder auch Nachbarn gepflegt werden, die Situation in der Pflege deutlich häufiger als gut oder sehr gut als andere (vgl. Abbildung 28). Personen mit einem Nahbild der Pflege erkennen auch häufiger spezifische Probleme wie etwa Abstimmungsdefizite zwischen Ärzten und häuslicher Pflege oder auch das Fehlen von Pflegediensten vor Ort. Vor allem aber plädieren sie deutlich eher als andere

für mehr Pflege durch Angehörige, Freunde und Nachbarn (61 gegenüber 50 Prozent, Abbildung 61).

16 Millionen an Pflege beteiligt

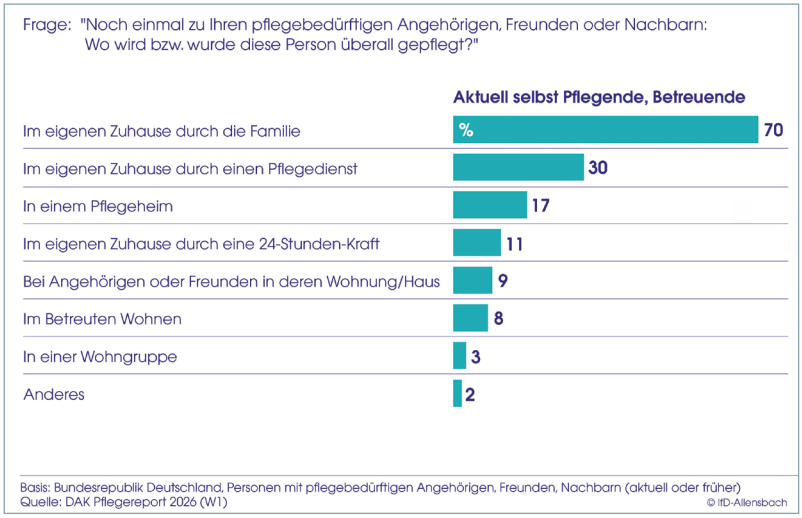
35 Prozent der Bevölkerung haben aktuell oder in den letzten 10 Jahren Pflege- und Unterstützungsaufgaben für Angehörige, Freunde oder Nachbarn übernommen. Diese erhebliche Gruppe, die rund 16 Millionen Menschen in Deutschland umfasst, wird erkennbar, wenn man auch weniger intensive oder sporadische Unterstützungstätigkeiten erfasst.

Abbildung 18: Gut jeder Dritte hat im Verlauf der letzten 10 Jahre Pflegebedürftige unterstützt



Immerhin 27 Prozent der Bevölkerung haben (auch) Erfahrungen mit intensiveren Pflegeaufgaben, davon 13 Prozent aktuell und 14 Prozent ausschließlich in den zurückliegenden 10 Jahren. Dabei werden aktuell nicht ausschließlich Angehörige intensiv gepflegt und betreut (von 11 Prozent), sondern auch Freunde oder andere Personen im sozialen Umfeld (4 Prozent, Doppelnennungen). Allerdings überwiegen außerhalb des Familienkreises die eher gelegentlichen Hilfeleistungen für Pflegebedürftige.

Abbildung 19: Die Pflege erfolgt in der Regel bei den Pflegebedürftigen zu Hause



Übergewicht häusliche Pflege

Das deutliche Übergewicht der häuslichen gegenüber der stationären Pflege zeigt sich bei einer Ermittlung, wo und durch wen die Gepflegten jeweils alles betreut wurden oder werden. Ganz ähnlich wie in der amtlichen Statistik entfallen auch dabei annähernd 9 von 10 Nennungen der aktuell Pflegenden auf Pflege im häuslichen Umfeld.

Zu Anfang meist Angehörigenpflege

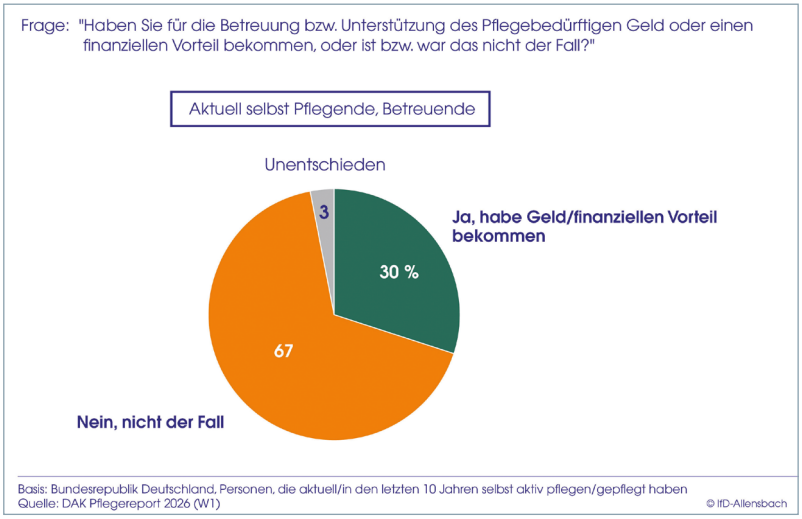
Weitaus am häufigsten ist dabei die Pflege durch Angehörige in der eigenen Wohnung (70 Prozent). Da aber oft gleich mehrere Angaben für unterschiedliche Stadien der Pflege gemacht werden, lassen sich gewissermaßen auch „Pflegekarrieren" erkennen. Für die meisten beginnt die Pflege im eigenen Zuhause mit Unterstützung durch Angehörige, zum Teil auch bereits mit einem Pflegedienst oder einer 24-Stunden-Kraft. Zum Teil werden diese Hilfen aber erst herangezogen, wenn die Angehörigen zusätzliche Unterstützung benötigen. Menschen im Pflegeheim oder in Pflege bei ihren Angehörigen wurden zuvor vergleichsweise häufig im eigenen Zuhause gepflegt.

Pflege und Betreuung meist unentgeltlich

Die Hauptpflegepersonen, die den größeren Teil der Verantwortung übernehmen, bilden dabei gewissermaßen den innersten Kreis um die Gepflegten. Obwohl, wie bereits dargestellt, für rund zwei Drittel der daheim Gepflegten Pflegegeld gezahlt wird[16], das in sehr unterschiedlicher Weise Verwendung findet (Büscher & Klie, 2024) und auch Hauptpflegepersonen zugutekommt, erhält der weitaus größere Teil der Angehörigen und Freunde, die sich an der Pflege beteiligen, keine finanzielle Entschädigung.

16 Hier auf Basis der Gepflegten, die auch Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Bundesministerium für Gesundheit (2025b): Pflegeversicherung – Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. A.a.O.

Abbildung 20: Die meisten pflegen und unterstützen unentgeltlich



Insbesondere jene, die gelegentliche Hilfe leisten oder Freunde bzw. Nachbarn unterstützen, tun das meist unentgeltlich. Dabei zeigte der DAK-Pflegereport 2025 gerade in diesem Bereich ein beträchtliches Potenzial von Personen, die gegen entsprechende finanzielle Leistung Hilfs- und Pflegeaufgaben im weiteren sozialen Umkreis übernehmen würden.[17]

Überforderung der Angehörigen

Schon die beschriebenen „Pflegekarrieren" von der reinen Angehörigenpflege hin zur Pflege durch Fachkräfte oder im Heim deuten auf eine Überforderung vieler Angehöriger hin, die sich nach einiger Zeit der reinen Angehörigenpflege professionelle Pflegeunterstützung suchen. Eine solche Überforderung steht 81 Prozent der Gesamtbevölkerung vor Augen und wird zudem durch 84 Prozent der aktuell selbst Pflegenden bestätigt.

Ursachen auch im Pflegesystem

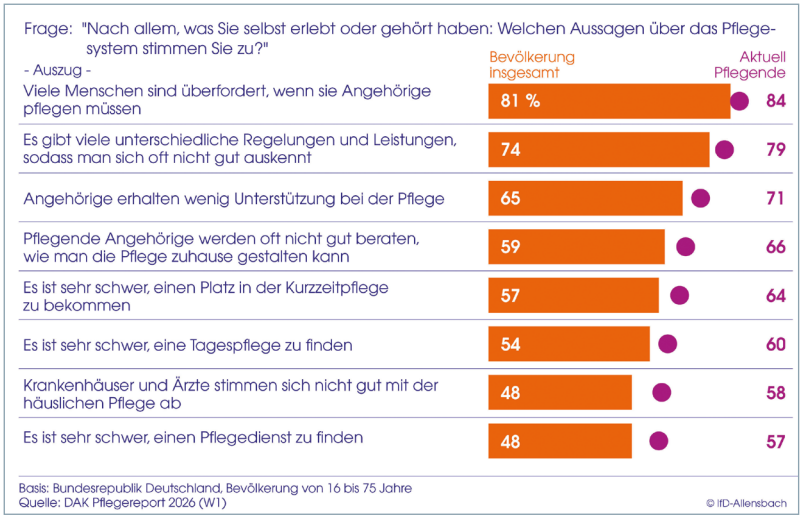
Als Ursache für die Überforderung vieler Angehöriger nimmt die Bevölkerung neben den eigentlichen Pflegebelastungen[18] besonders häufig auch Defizite bei der Pflegeorganisation wahr, die zusätzlich zur Belastung beitragen bzw. einer wirksamen Entlastung im Weg stehen: Überforderung entsteht danach durch die Vielzahl von Regelungen und Leistungen, die für Laien kaum zu überblicken seien. Rund zwei Drittel der Gesamtbevölkerung und 71 Prozent der Pflegenden konstatieren zudem, dass pflegende Angehörige nicht genügend Unterstützung bei der Pflege erhielten, was häufig selbstverständlich auch mit dem erstgenannten Grund zusammenhängt, der Überforderung durch Komplexität und Intransparenz

17 Thomas Klie (2025a): DAK-Pflegereport 2025. Hrsg. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei, 2025. S. 52.

18 Etwa ein Viertel der Hauptpflegepersonen gibt an, die Pflegesituation „eigentlich gar nicht mehr" oder „nur unter Schwierigkeiten" bewältigen zu können. Antje Schwinger, Klaus Zok (2024): Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. WIdO monitor, Ausgabe 1/2024. S. 7.

organisatorischer Vorgaben und verfügbarer Pflegeleistungen. Eng damit verknüpft ist auch die oft unzureichende Beratung bei der Pflegeorganisation, die von 66 Prozent der Pflegenden herausgestellt wird. Nicht ganz so häufig genannt wie diese Probleme, werden die eigentlichen Angebotsdefizite bei Kurzzeitpflege, Pflegediensten und Tagespflege.

Abbildung 21: Überforderte Angehörige

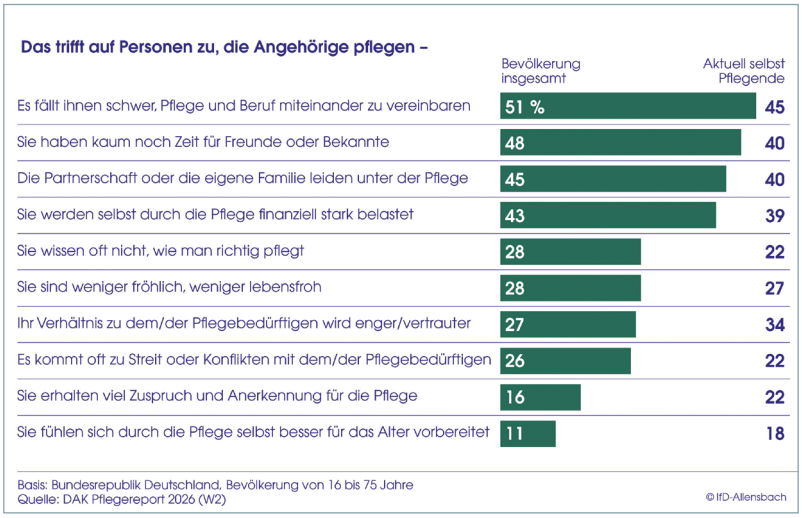


Zu wenig Entlastung genutzt

Wissensdefizite

Für pflegende Angehörige ergeben sich durch solche Rahmenbedingungen erhebliche Herausforderungen, die das Bild dieser Gruppe in der Bevölkerung bestimmen: Bei einer Ermittlung zur Wahrnehmung der pflegenden Angehörigen werden am häufigsten deren Probleme mit der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf herausgestellt. Aber auch das Fehlen von zeitweiliger Entlastung und die daraus folgende ununterbrochene Anbindung an Pflege und den Pflegehaushalt prägen das Bild. Sichtbar wird das im wahrgenommenen Zeitmangel der pflegenden Angehörigen und der daraus folgenden Vernachlässigung von Freunden und eigener Familie. Die dritte vielgenannte Dimension sind finanzielle Belastungen, sei es durch Einkommensausfälle, sei es durch spezifische Aufwendungen für die Pflege. Nicht wenige nehmen zudem Defizite beim Pflegewissen wahr, was zurückverweist auf Defizite bei der Beratung, der Anleitung und auch bei der Pflegebegleitung. Auch pflegende Angehörige selbst bestätigen zu beträchtlichen Anteilen diese Problemwahrnehmungen. Eine Gratifikation durch besonderen Zuspruch und Anerkennung erlebt dagegen nur ein Teil von ihnen.

Abbildung 22: Wahrnehmungen von pflegenden Angehörigen: finanzielle Belastungen gehören bei vielen zum Bild



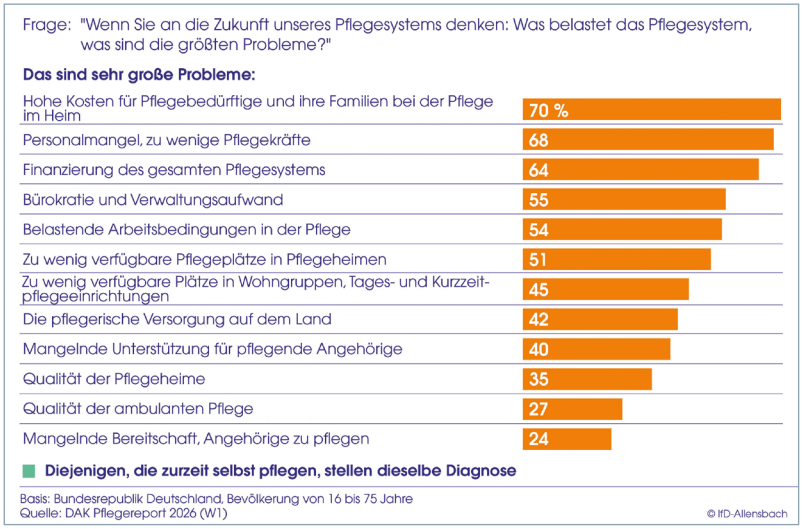
Häusliche Pflege unterstützen

Solche Beschreibungen bestätigen erneut die bereits im DAK-Pflegereport 2025 beobachtete Notwendigkeit einer besseren Unterstützung der häuslichen Pflege, insbesondere auch bei Planung, Organisation, Beratung sowie Unterstützung und Entlastung der Pflegenden.

2.2 Kritische Wahrnehmung der Pflege in Deutschland

Geprägt werden die Wahrnehmungen der Pflege in Deutschland aber nicht allein durch das Bild pflegender Angehöriger, die durch die Pflege oft erheblich überlastet sind. Der Bevölkerung steht gleich eine ganze Reihe von Defiziten vor Augen, die sie als sehr große Probleme einordnen.

Abbildung 23: Die größten Probleme des Pflegesystems



Von teils deutlich mehr als der Hälfte der Bevölkerung werden hier der oft diskutierte Personalmangel genannt, die bereits beschriebenen Finanzierungsprobleme des Pflegesystems, Bürokratie und Verwaltungsaufwand, belastende Arbeitsbedingungen der professionell Pflegenden und nicht zuletzt das Fehlen von Plätzen in Pflegeheimen.

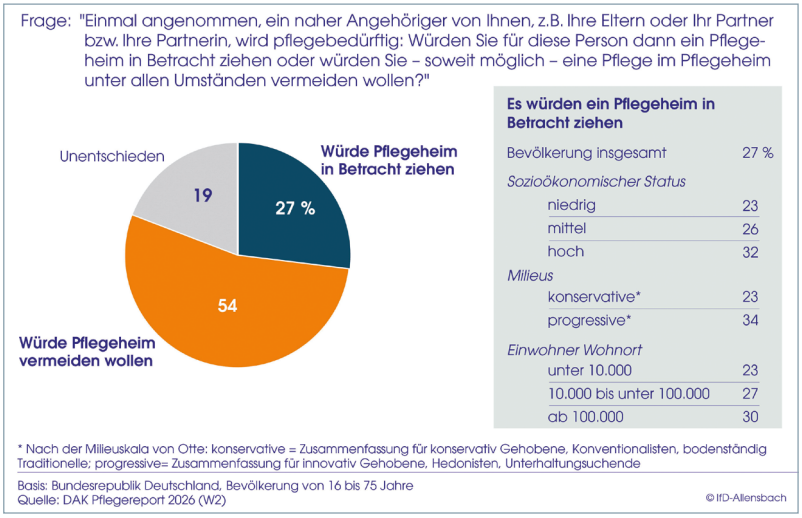
Kosten bei Pflege im Heim obenan

Im Vordergrund der vielfältigen Problemwahrnehmungen stehen aber die hohen Kosten für Gepflegte und ihre Familien bei einer Pflege im Heim: 70 Prozent der Bevölkerung haben diese Kostenbelastungen, die häufig Gegenstand der Medienberichterstattung waren, vor Augen. Bezeichnenderweise ist die Problemwahrnehmung im Kreis derer, die ihr Bild der Heimpflege vorwiegend aus den Medien beziehen, sogar noch etwas weiter verbreitet als bei jenen, deren Angehörige aktuell im Heim gepflegt werden (72 gegenüber 66 Prozent).

Furcht vor Pflege im Heim

Angesichts solcher Vorstellungen fürchten viele Menschen eine Pflege im Heim. Für die Pflege von nahen Angehörigen würden lediglich 27 Prozent eine Unterbringung im Heim in Betracht ziehen, doppelt so viele (54 Prozent) würden einen Umzug ins Heim unter allen Umständen zu vermeiden suchen. Hierbei unterscheiden sich die sozialen Schichten nennenswert.

Abbildung 24: Das Pflegeheim wird meist für die Angehörigen nicht in Betracht gezogen



Noch am ehesten würde ein Pflegeheim von „progressiv" ausgerichteten Menschen[19] mit höheren Einkommen akzeptiert. Besonders groß wären die Widerstände gegen eine Pflege im Heim bei jenen mit eher geringen Einkommen und zudem traditionellen Wertvorstellungen. Nicht zuletzt wirkt sich dabei auch die geringere Verfügbarkeit von Heimplätzen in ländlichen Regionen aus.

Heimpflege

Die differenzierte Nachfrage nach den Motiven für diese Haltung zeigt im Vordergrund Befürchtungen im Hinblick auf eine zu geringe menschliche Zuwendung bei der Pflege im Heim durch Zeitmangel der Pflegekräfte sowie im Hinblick auf eine Bevormundung der Gepflegten. Eine ebenso große Rolle spielen jedoch auch Kostenerwägungen und Befürchtungen von Vermögensverlusten, die hier zusammengefasst von insgesamt 54 Prozent genannt werden (Abbildung 62).

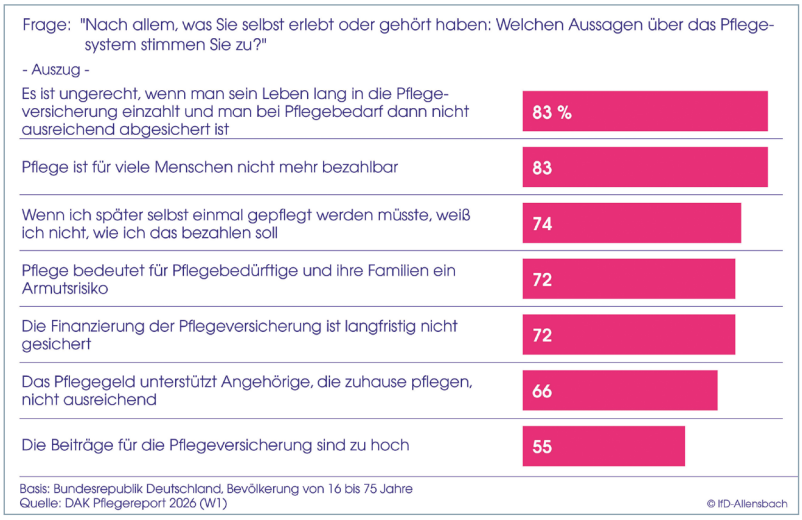
Armutsrisiko Pflege

Die erheblichen Kosten bei einer Heimpflege beeinflussen aber nicht allein die Entscheidung für eine häusliche Pflege und das Hinauszögern eines Umzugs ins Heim. Sie prägen weit darüber hinaus das Gesamtbild der Pflege, indem sie den Eindruck befestigen, dass viele Gepflegte inner- wie außerhalb der Heime finanziell überfordert sind (83 Prozent) und dass die Pflege deshalb generell zu einem Armutsrisiko wird (72 Prozent). Hierbei wird dann kaum noch zwischen ambulanter und stationärer Pflege unterschieden. Daran knüpfen sich bei fast drei Viertel der Bevölkerung Befürchtungen, eine eigene Pflege nicht bezahlen zu können (74 Prozent). Diese Verhältnisse werden angesichts langjähriger Einzahlungen in die Pflegeversicherung als Ungerechtigkeit erlebt (83 Prozent).

19 Als Grundlage für die Ermittlung von eher traditionsorientierten und eher offenen Lebensstilen diente hier eine Ermittlung in Anschluss an Henning Otte, in der von Jochen Roose beschriebenen Form. Vgl. Jochen Roose (2021): Lebensstilvielfalten vor der Bundestagswahl 2021. Berlin: KAS.

Hand in Hand mit Vorstellungen der möglichen eigenen Pflege als Armutsrisiko geht das Wissen um die Finanzierungsprobleme der Pflege. 72 Prozent halten die langfristige Finanzierung der Pflegeversicherung für unsicher. Ein solches Wissen trägt mit dazu bei, Befürchtungen beim Blick auf die eigene Zukunft zu verstärken.

Abbildung 25: Große Sorgen über die Finanzierung der Pflege



Viele kennen Pflegearmut

Selbst wenn die Pflege im Heim in den meisten Fällen nicht länger als drei Jahre dauert, sodass die erheblichen Kosten oft nur für eine begrenzte Zeit getragen werden müssen,[20] entsteht trotzdem häufig „Pflegearmut[21]“: 31 Prozent der Bevölkerung kennen aus ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis Menschen, die aufgrund der Pflege einen Großteil ihrer Ersparnisse oder sogar ein Haus verloren haben. Von den aktuell Pflegenden kennen sogar 49 Prozent derartige Fälle.

Mehr Bezug von Hilfe zur Pflege

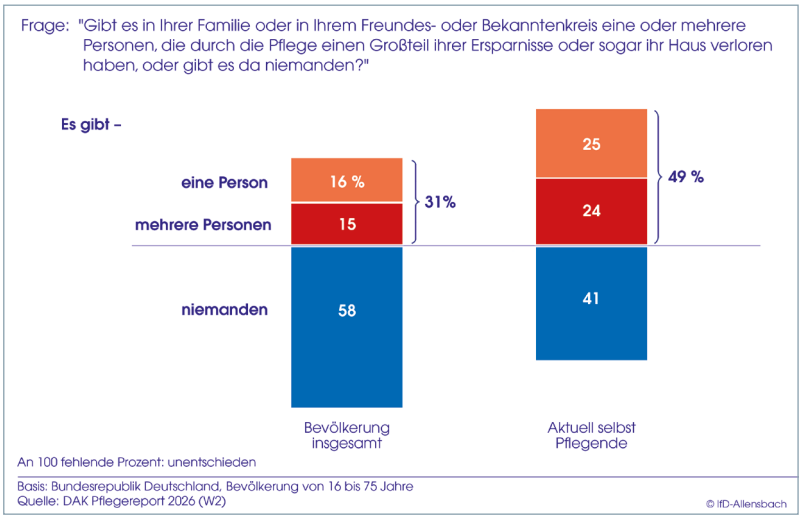
Hier spiegelt die Umfrage Verhältnisse, die auch in der Statistik sichtbar werden: Durch die massiv gestiegenen Eigenanteile in den Heimen sind immer mehr Bewohnerinnen und Bewohner auf unterstützende Sozialhilfeleistungen angewiesen. Die Sozialhilfequote in Pflegeheimen sprang dementsprechend zwischen 2023 und 2026 von 32 auf 37 Prozent. Bei ungebremster Weiterentwicklung erwarten Experten für 2035 einen weiteren Anstieg bis auf 43 Prozent. Doch schon

20 Im Mittel leben Menschen heute noch 25 Monate in einem Pflegeheim, wobei diese Zeit sich in den zurückliegenden Jahren signifikant verkürzt hat, nicht zuletzt, weil der Umzug ins Heim so weit wie möglich hinausgeschoben wird. Nur etwa ein Drittel lebt drei Jahre oder länger im Heim. Caritas (2024): Caritas-Erhebung: Lebenszeit in Pflegeeinrichtungen immer kürzer. 04.01.2024. https://www.caritas.de/presse/

21 Zur differenzierten Betrachtung des vielschichtigen Begriffs der „Pflegearmut“ vgl. Thomas Klie (2026b): Pflegearmut. Eine explorative Studie. Berlin: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, 2026. Im vorliegenden Zusammenhang wird der Begriff zur Bezeichnung eines durch Pflegebedürftigkeit bedingten Vermögensverlustes verwendet.

heute ist eine Pflege im Heim für deutlich mehr als ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner mit der Abhängigkeit von Sozialleistungen verbunden.[22]

Abbildung 26: Wahrnehmung von Pflegearmut



Ausreichende Pflegeangebote?

Meist bleibt es im Hinblick auf eine mögliche eigene Pflege nicht bei finanziellen Befürchtungen. Angesichts der deutlich wahrgenommenen Personalprobleme und der vielerorts erlebten Defizite an stationärer Langzeitpflege stellt sich vielen Bürgerinnen und Bürgern die bange Frage, ob Pflegekapazitäten in Zukunft noch ausreichen werden, um sie bei Bedarf gut zu versorgen. 64 Prozent der Bevölkerung bezweifeln, dass sie selbst durch die Pflegeinfrastruktur in der eigenen Region bei einem zukünftigen Pflegebedarf noch gut unterstützt würden. Auch Personen, die aktuell selbst pflegen, geben zu 62 Prozent gleiche Zweifel zu Protokoll: Von daher ist die nähere Bekanntschaft mit der Situation in der Pflege nicht dazu angetan, solche Zweifel zu zerstreuen. Dementsprechend sind die Befürchtungen in Stadt und Land, wo sich die Pflegeangebote heute ja durchaus entsprechend der Besiedlungsdichte unterscheiden, auch gleichermaßen verbreitet.

22 Heinz Rothgang u. a. (2026): Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen - Entwicklung der Sozialhilfequote 2024–2035 unter Berücksichtigung aktueller Reformoptionen. Hamburg: DAK-Gesundheit, Februar 2026. Insgesamt, auch über die Heime hinaus, beanspruchen derzeit rund 690.000 Personen staatliche Hilfe zur Pflege. Hierbei gibt es eine beträchtliche Dunkelziffer: Nach Berechnungen aufgrund der Statistik wären weitere rund 1,03 Millionen Menschen ebenfalls anspruchsberechtigt, verzichten aber auf den Bezug der Leistung. Vgl. Thomas Klie (2026b): Pflegearmut. Eine explorative Studie. Berlin: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, 2026.

Abbildung 27: Zweifel an der Pflegeinfrastruktur im Nahbereich

Frage: "Einmal angenommen, Sie sind später einmal selbst pflegebedürftig und Ihre Familie übernimmt die Pflege nicht: Gehen Sie davon aus, dass die Pflegeinfrastruktur in Ihrer Region eine qualitativ gute Unterstützung gewährleisten würde, oder haben Sie da Zweifel?"

	Bevölkerung insgesamt	Aktuell selbst Pflegende, Betreuende	Größe des Wohnortes		
			unter 10.000 Einwohner	zwischen 10.000 und 100.000	100.000 oder mehr Einwohner
	%	%	%	%	%
Würde qualitativ gute Unterstützung gewährleisten	**18**	**27**	**12**	**19**	**20**
Habe Zweifel	**64**	**62**	**66**	**64**	**64**
Unentschieden, schwer zu sagen	**18**	**11**	**22**	**17**	**16**
	100	100	100	100	100

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung von 16 bis 75 Jahre
Quelle: DAK Pflegereport 2026 (W1)

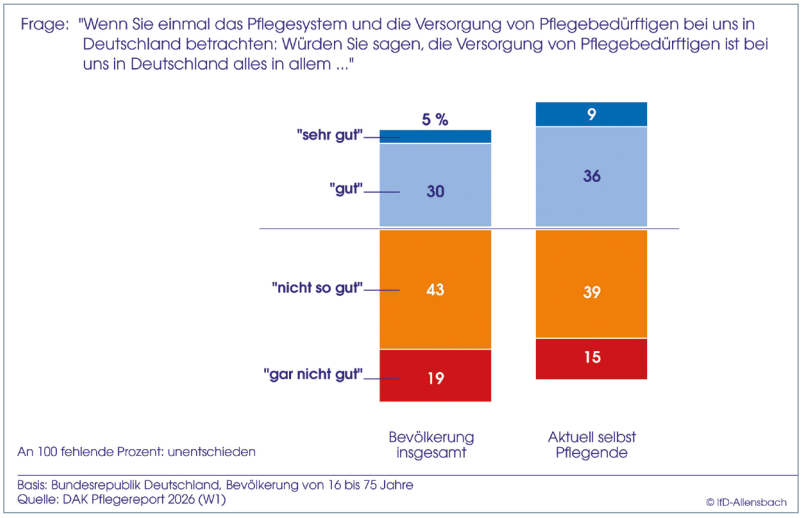
© IfD-Allensbach

Kritische Gesamtbilanz

Bereits frühere Untersuchungen des DAK-Pflegereports nahmen die Pflegeleistungen von Fachkräften sowie pflegenden An- und Zugehörigen in den Blick. Dort beschrieben die Befragten die von ihnen beobachteten individuellen Pflegeverhältnisse in der Regel als gut funktionierend.[23] Trotz solcher Haltungen gegenüber dem Einzelfall, in dem die strukturellen Probleme meist durch besonderes Engagement der Pflegenden kompensiert werden, sorgen die *allgemeinen* Problemwahrnehmungen und Befürchtungen bei vielen aber für eine kritische Gesamtbilanz der Pflege in Deutschland. Nur 35 Prozent bewerten die Versorgung von Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, als gut oder sehr gut; 62 Prozent bewerten sie als nicht so gut oder gar nicht gut. Sogar von den aktuell selbst Pflegenden kommen 54 Prozent zu einem überwiegend negativen Urteil.

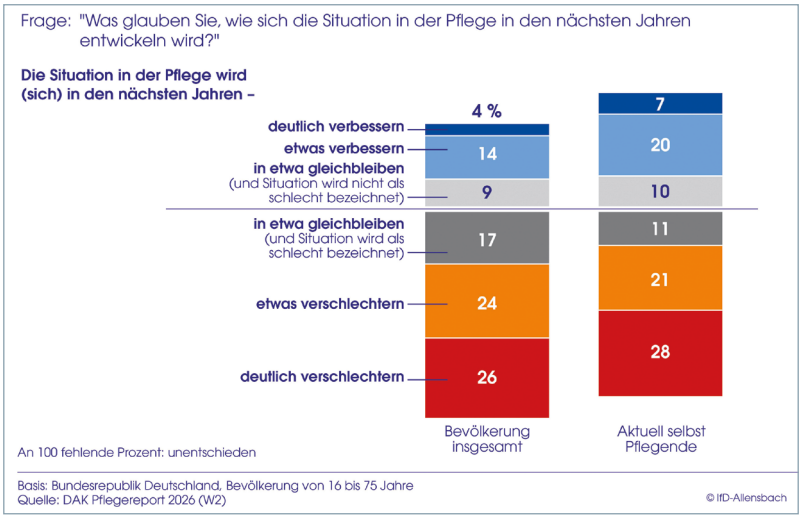
23 Thomas Klie (2022): DAK-Pflegereport 2022. Hrsg. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei, 2022. S. 43 f.

Abbildung 28: Überwiegend kritische Bilanz der aktuellen Versorgung



Da zudem auch im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen bei Finanzierung, Organisation und Verfügbarkeit von Pflegemöglichkeiten die Skepsis überwiegt, dominiert in der Gesamtbilanz der negative Ausblick auf die Weiterentwicklung der Pflege.

Abbildung 29: Erwartungen für die Zukunft der Pflege: weit überwiegend anhaltende Probleme oder Verschlechterung



Pessimistischer Ausblick

Lediglich 18 Prozent der Bevölkerung erwarten für die nächsten Jahre eine Verbesserung der Situation, 50 Prozent eine Verschlechterung. 26 Prozent gehen davon aus, dass sich wenig verändern wird, davon beschreiben aber 17 Prozent die aktuelle Situation bereits jetzt als schlecht. Insgesamt 67 Prozent gehen hier also

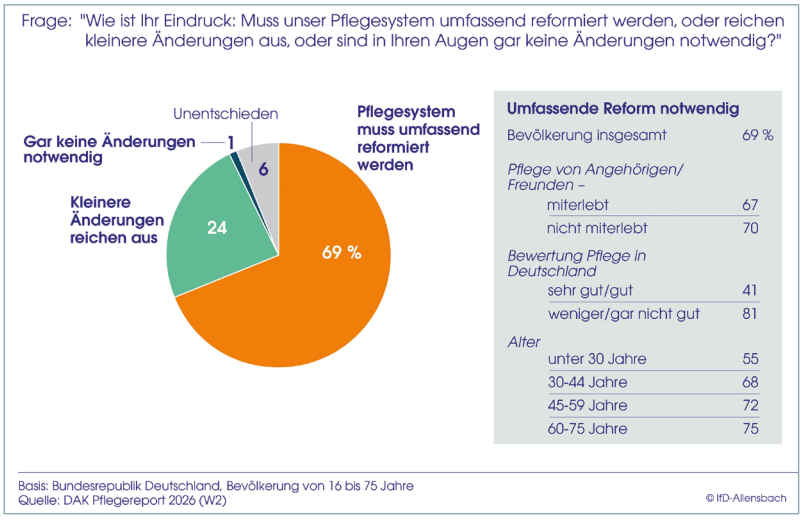
von anhaltenden Problemen oder von einer weiteren Verschlechterung aus. Auch die Bewertungen der aktuell selbst Pflegenden, die ja kein ganz so düsteres Bild von der aktuellen Pflege haben, unterscheiden sich hier allenfalls graduell.

2.3 Grundhaltungen und Grundeinstellungen mit Bedeutung für eine Pflegereform

Umfassende Reform notwendig

Vor dem Hintergrund von Problemwahrnehmungen und kritischen Beurteilungen halten insgesamt 93 Prozent der Bevölkerung Veränderungen des Pflegesystems in Deutschland für notwendig. 69 Prozent plädieren dabei für eine umfassende Reform, 24 Prozent für kleinere Änderungen.[24] Lediglich 1 Prozent sieht keinen Änderungsbedarf. Dabei macht es keinen Unterschied, ob man selbst die Pflege schon aus der Nähe miterlebt hat oder noch nicht.

Abbildung 30: Umfassende Reform notwendig



Wohl aber wirkt sich das Alter aus: Besonders häufig wünschen sich 45-Jährige und Ältere eine grundlegende Reform der Pflege. Mit zunehmendem Alter erhält ein solches Anliegen angesichts der wachsenden Wahrscheinlichkeit einer eigenen Pflege in der nicht mehr ganz so fernen Zukunft sichtlich mehr Gewicht.

Dabei finden sich in den Grundhaltungen der Bevölkerung gegenüber dem Pflegesystem *gegensätzliche Impulse*, die jeweils nicht isoliert betrachtet und dargestellt werden sollten. Einer dieser Impulse ist die Tendenz einer größeren Bevölkerungs-

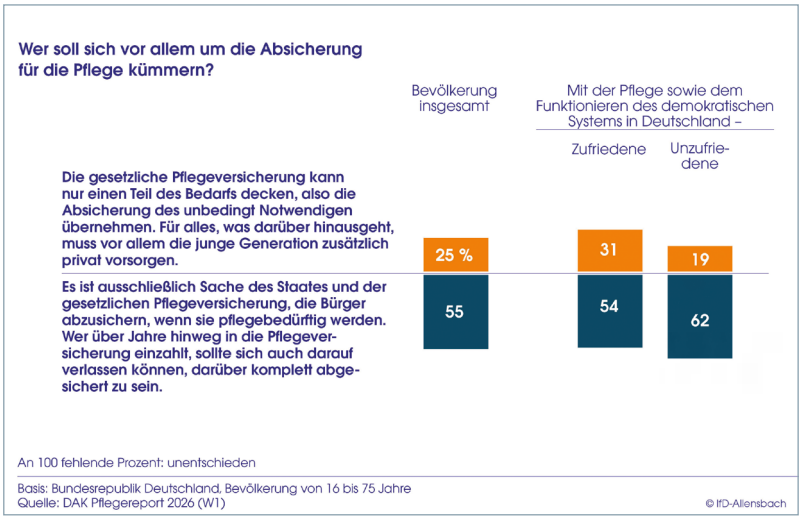
24 Im Pflegereport 2025 wurden bereits die Ergebnisse einer ähnlichen Frage berichtet. Dort war die hier zulässige Antwort „Kleine Änderungen reichen aus" jedoch noch nicht mit vorgegeben, so dass die Ergebnisse nicht mit den aktuellen Befunden vergleichbar sind. Für eine Reform sprachen sie damals 89 Prozent der Personen mit konkreten Angaben aus. Thomas Klie (2025a): DAK-Pflegereport 2025. A.a.O. S. 3.

Gegensätzliche Impulse

Mehrheit für umfassende Absicherung

gruppe, bei der Pflege sehr viel vom Staat und von der sozialen Pflegeversicherung zu erwarten: 55 Prozent wünschen sich eine vollständige Absicherung gegen alle Pflegerisiken durch die gesetzliche Pflegeversicherung. Wer über Jahre in die Pflegekasse einzahle, müsse durch sie eigentlich komplett abgesichert sein. Lediglich ein Viertel der Bevölkerung stimmt ohne Weiteres dem aktuell und auch in Zukunft geltenden Prinzip der Pflegeversicherung als Teilversicherung zu: 25 Prozent schließen sich dem Argument an, dass die gesetzliche Pflegeversicherung nur einen Teil des Bedarfs decken kann und eine darüber hinausgehende Absicherung insbesondere in der jüngeren Generation vorrangig durch private Vorsorge erfolgen müsse. 20 Prozent können sich zwischen den beiden Positionen nicht entscheiden.

Abbildung 31: Große Erwartungen an die staatliche Absicherung



Hierbei unterscheiden sich die Vertreter der unterschiedlichen Haltungen zwar nicht in ihrer eigenen Pflegeerfahrung, wohl aber zum Teil in ihrer wirtschaftlichen Lage sowie in ihren mit der Pflege verbundenen Befürchtungen und in ihren Reformpräferenzen. Personen, die auch vom Einzelnen Bemühungen um Pflegeabsicherung über die soziale Pflegeversicherung hinaus erwarten, leben häufiger als andere in guten wirtschaftlichen Verhältnissen und verfügen eher über höhere Bildungsabschlüsse und damit nach den Ergebnissen zahlreicher früherer Umfragen im Schnitt über mehr politische und wirtschaftliche Kenntnisse. Überdurchschnittlich häufig findet man sie in Gruppen zur Selbstwirksamkeit, wie z. B. freiwillig Engagierte. Vielen von ihnen wäre eine stärkere Förderung der privaten Vorsorge wichtig.

Abbildung 32: Erwartungen an den Staat und Eigenverantwortung – wo sich die Vertreter der Haltungen unterscheiden

	Für die Pflege sind zuständig –	
	ausschließlich Staat und Pflege-versicherung %	auch der Einzelne %
Es haben ein Haushaltsnettoeinkommen von 3.000 Euro oder mehr	**40**	**54**
Beobachtungen zur Pflege:		
Wenn ich später selbst einmal gepflegt werden müsste, weiß ich nicht, wie ich das bezahlen soll	**80**	**63**
Das Pflegegeld unterstützt Angehörige, die zuhause pflegen, nicht ausreichend	**72**	**58**
Die Beiträge für die Pflegeversicherung sind zu hoch	**61**	**47**
Zur Stabilisierung der Pflegeversicherung sollte man –		
staatliche Zuschüsse/Steuermittel einsetzen	**67**	**38**
Beiträge der Pflegeversicherung für besonders vermögende und gutverdienende Menschen erhöhen	**54**	**40**
private Vorsorge für den Pflegefall stärker fördern	**36**	**51**

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung von 16 bis 75 Jahre
Quelle: DAK Pflegereport 2026 (W1)
© IfD-Allensbach

Befürchtungen steigern Sicherheitsbedürfnis

Dagegen hegen Angehörige der Mehrheit, die ihre Erwartungen ganz auf Staat und soziale Pflegeversicherung setzt, deutlich häufiger die Befürchtung, sich eine zukünftige Pflege nicht mehr leisten zu können. Schon die aktuellen Beiträge zur Pflegeversicherung empfinden sie mehrheitlich als zu hoch, das Pflegegeld als zu niedrig. Für die Pflegereform wünschen sie sich deshalb vor allem staatliche Hilfe durch mehr Steuermittel für die Pflege oder auch höhere Beiträge von Vermögenden und Besserverdienern.

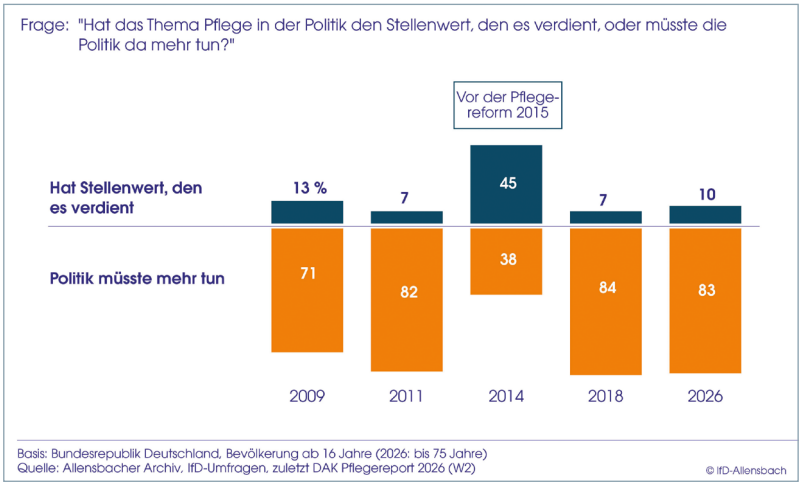
Politik soll sich mehr um Pflege kümmern

Anders als noch bei der Umfrage zum DAK-Pflegereport 2025 verringert sich die Präferenz für eine möglichst weitgehende Absicherung durch den Staat aktuell nur noch wenig, wenn bei der Fragestellung auf die höheren Kosten einer solchen Absicherung hingewiesen wird (Abbildung 63).[25] Offenbar verlangt die zuletzt rapide zunehmende Unsicherheit und damit verbunden auch Unzufriedenheit, auch bei der Pflege nach mehr Sicherheit, selbst um den Preis höherer Kosten.

Dieser Impuls bei vielen, die Pflege als Aufgabe des Staates und der sozialen Pflegeversicherung zu betrachten, wirkt sich auch in der Forderung einer breiten Mehrheit aus, die Politik müsse sich mehr um die Pflege kümmern.

25 Vgl. Thomas Klie (2025a): DAK-Pflegereport 2025. A.a.O. S. 53.

Abbildung 33: Anders als vor der Pflegereform 2015: Der Stellenwert des Themas Pflege in der Politik gilt unverändert als gering



Wenn hier 83 Prozent einen zu geringen Stellenwert des Themas in der Politik konstatieren, tragen dazu zugleich aber auch die beschriebenen Problemwahrnehmungen bei und die daraus resultierenden Erwartungen an politische Lösungen.

Anders als 2015

Hier unterscheidet sich die aktuelle Situation erheblich von der Phase vor der letzten großen Pflegereform: Im Vorfeld des Ende 2015 beschlossenen Pflegestärkungsgesetzes II hatten immerhin 45 Prozent der Bevölkerung den Eindruck eines ausreichenden politischen Stellenwerts des Themas Pflege. Aber während es damals um mehr und flexiblere Leistungen in der Pflege und um eine deutliche Ausweitung der Ansprüche an die Pflegeversicherung ging, zeigen die Vorzeichen der jetzt bevorstehenden Reform eher in Richtung von kosteneffektiver Neuorganisation, wenn nicht von Einsparungen.

Gegenläufige Impulse

Sensibilität für Generationenungerechtigkeit

Gegenläufig zur Neigung die Pflege als gänzlich staatliche Aufgabe zu betrachten und dementsprechend vollständige Absicherung von sozialer Pflegeversicherung und Politik zu erwarten, wirkt jedoch auch eine andere Tendenz. So beweist die Mehrheit durchaus Sensibilität für mögliche Generationenungerechtigkeiten, wenn die verbliebenen Beitragszahler für eine erheblich wachsende Anzahl gepflegter Älterer aufkommen müssen: 56 Prozent der Bevölkerung schließen sich dem Argument an, dass die wachsenden Kosten aufgrund der Alterung der Gesellschaft nicht der jüngeren Generation allein zugemutet werden können. Lediglich 24 Prozent bestehen dem gegenüber auf einer unveränderten Umsetzung des Generationenvertrags: So wie die heute Alten seinerzeit die ältere Generation unterstützt hätte, müssten die jüngeren Generationen auch heute und in Zukunft für die Älteren zahlen. Während diese Haltung überdurchschnittlich häufig von Älteren ab 60 Jahre vertreten wird, findet die Rücksichtnahme auf die Jüngeren überdurchschnittlich häufig bei Personen mit höherem sozialem Status und dementsprechend größeren verfügbaren Mitteln Unterstützung.

Abbildung 34: Verteilung der Lasten

Frage: "Das deutsche Pflegesystem funktioniert ja so, dass vor allem die jüngere Generation die Pflege der älteren Generation finanziert. Durch den demographischen Wandel, die Alterung der Gesellschaft, zahlen immer weniger in die gesetzliche Pflegeversicherung ein, während die Ausgaben der Pflegeversicherung immer weiter ansteigen. Welcher Meinung stimmen Sie dabei eher zu?"

	Bevölkerung insgesamt	Sozioökonomischer Status		
		niedrig	mittel	hoch
	%	%	%	%
"Durch die Alterung der Gesellschaft gibt es inzwischen so viele Pflegebedürftige, dass der jungen Generation die Kosten nicht mehr alleine zugemutet werden können."	**56**	**52**	**56**	**60**
"Frühere Generationen haben ebenfalls für die Pflege der Älteren gezahlt. Deshalb ist es gerecht, dass heute die junge Generation die Kosten trägt."	**24**	**23**	**25**	**23**
Unentschieden	**20**	**25**	**19**	**17**
	100	100	100	100

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung von 16 bis 75 Jahre
Quelle: DAK Pflegereport 2026 (W1)

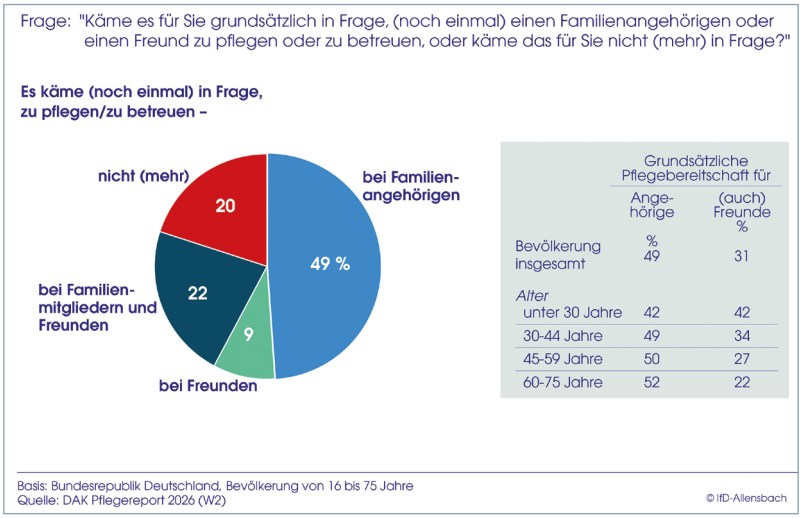
© IfD-Allensbach

Anhaltende Bereitschaft zur Pflege

In mancher Hinsicht konträr zur Tendenz, möglichst viel vom Staat zu erwarten, wirkt auch die anhaltende Pflegebereitschaft großer Teile der Bevölkerung, verbunden mit dem Bestreben, den auf Pflege angewiesenen Angehörigen und Freunden die meist gewünschte Pflege in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen.

Für 49 Prozent der Bevölkerung käme es in Frage, (erneut) Angehörige zu pflegen, 22 Prozent würden das nicht allein für Angehörige, sondern auch für Freundinnen und Freunde tun. 9 Prozent würden am ehesten Freunde pflegen. Lediglich 20 Prozent geben hier an, dass eine Pflegetätigkeit für sie nicht (mehr) in Frage komme. Jenseits der Frage, ob eine solche Pflege jeweils auch möglich wäre, erklären sich hier also nicht weniger als 80 Prozent grundsätzlich pflegebereit.

Abbildung 35: Grundsätzliche Pflegebereitschaft bei 80 Prozent – weitere Bereitschaft bei Jüngeren



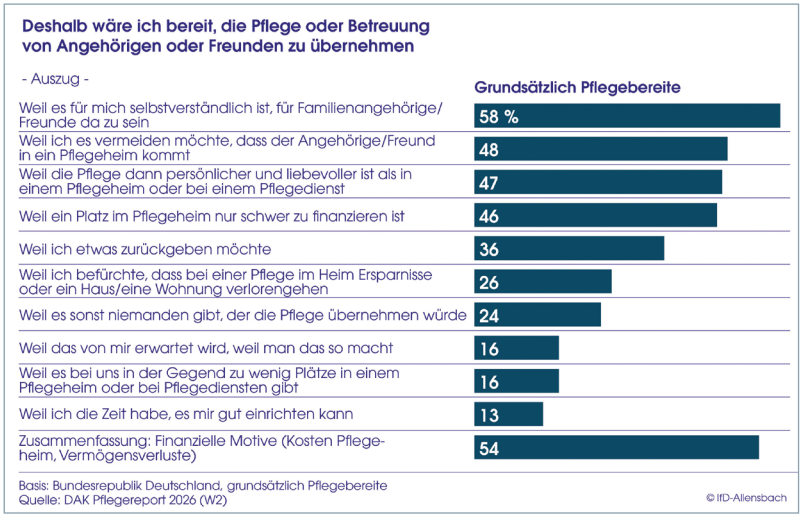
Ausweitung auf Freundeskreis

Hierbei unterscheidet sich der Gesamtanteil der Pflegebereiten nur wenig zwischen den Generationen. Gleichwohl lässt sich eine deutliche Veränderung erkennen: Während von den Älteren ab 60 Jahren am ehesten ausschließlich Angehörige gepflegt würden, schließt die Pflegebereitschaft bei 44 Prozent der Jüngeren unter 30 Jahren Freundinnen und Freunde mit ein.

Auch finanzielle Motive

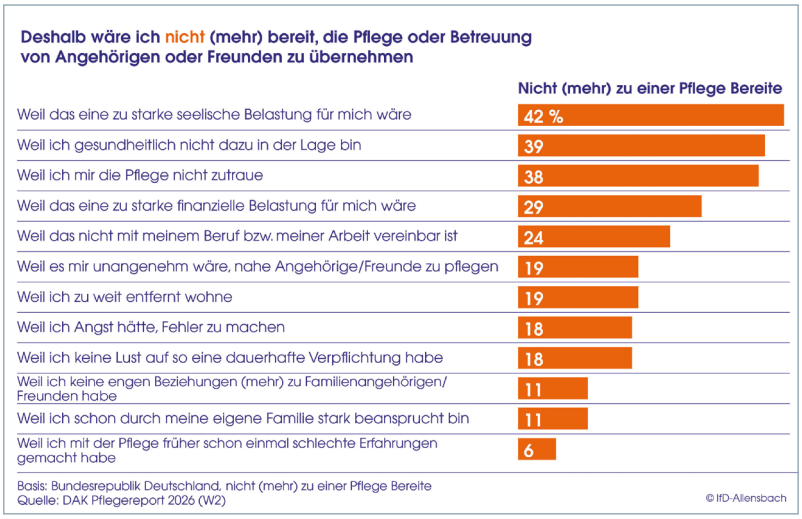
Motiviert wird die Pflegebereitschaft vorrangig durch die grundsätzliche soziale Verbundenheit mit An- und Zugehörigen: „Weil es für mich selbstverständlich ist, für Familienangehörige oder Freunde da zu sein", erklären hier 58 Prozent ihre Bereitschaft zur Pflege. Das hängt bei vielen mit dem Wunsch zusammen, den Gepflegten eine persönlichere und eingehendere Pflege zuteilwerden zu lassen, als es etwa durch einen Pflegedienst oder eine Pflege im Heim möglich wäre. Die Vermeidung der Heimpflege spielt auch bei dieser Betrachtungsweise eine große Rolle und wiederum auch der Kostenaspekt. Vor allem die Schwierigkeit, eine Pflege im Heim zu finanzieren, wirkt hier als Motivation für die Angehörigenpflege. Insgesamt 54 Prozent nennen wenigstens ein finanzielles Argument.

Abbildung 36: Motive der Pflegebereitschaft



Bei dieser Ermittlung wurden die Pflegebereiten zwar nicht weiter gefragt, ob sie im konkreten Fall auch tatsächlich pflegen könnten, ob also andere familiäre und berufliche Verpflichtungen sich überhaupt mit einer Pflege verbinden ließen und ob nicht schon die räumliche Entfernung einer Pflege entgegenstände. Dass es sich bei diesen Punkten tatsächlich um beträchtliche Hürden für eine Pflege von Angehörigen und Freunden handelt, zeigen hier die Antworten jener, für die eine Übernahme von Pflegeaufgaben nicht (mehr) in Frage käme. Diese lehnen die mögliche Übernahme einer Pflege vorrangig mit Hinweis auf die damit verbundene körperliche und seelische Belastung ab, der sie auch gesundheitlich nicht gewachsen wären. Für nicht wenige ergeben sich jedoch auch Hinderungsgründe, die durch organisatorische Erleichterungen der Angehörigenpflege zumindest verringert werden könnten: die finanzielle Belastung durch die Pflege, auf die vorrangig von Personen mit kleinen Einkommen hingewiesen wird, schlechte Möglichkeiten zur Vereinbarung von Pflege und Beruf, sowie ein zu geringes Pflegewissen und damit verbunden die Angst, Fehler bei der Pflege zu machen. Auch bei nicht wenigen der grundsätzlich Pflegebereiten dürften diese Probleme einer Pflege entgegenstehen.

Abbildung 37: Weshalb eine Pflege nicht in Betracht kommt

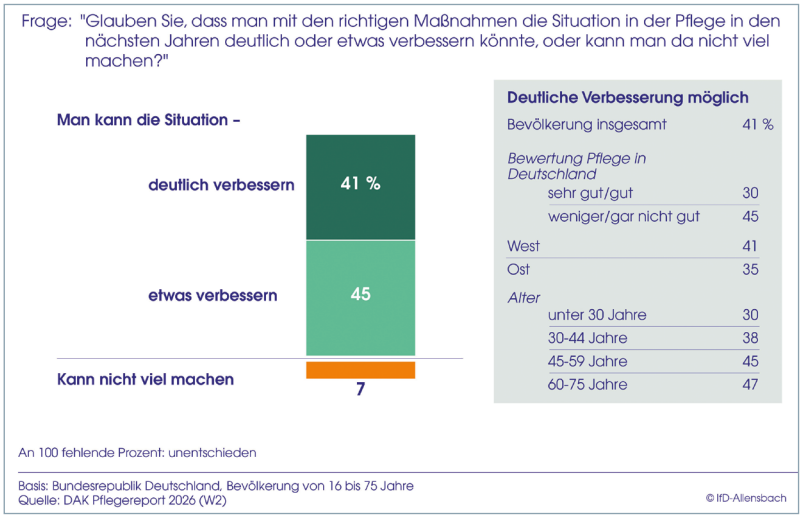


2.4 Reformpräferenzen und -erwartungen

Dabei betrachtet die Bevölkerung die Lage in der Pflege keineswegs als unveränderlich. 86 Prozent halten Verbesserungen mit den richtigen Maßnahmen für möglich, 45 Prozent leichte Verbesserungen und immerhin 41 Prozent deutliche Verbesserungen. Lediglich 7 Prozent resignieren mit der Vorstellung, man könne nicht viel machen. Diese Verteilung der Einstellungen ändert sich auch dann kaum, wenn in der Fragestellung zusätzlich auf den demografischen Wandel und die wachsende Zahl der Älteren hingewiesen wird. Auch bei diesem Hinweis halten lediglich 9 Prozent die Verhältnisse in der Pflege für nicht veränderbar.

Am ehesten sehen dabei Ältere ab 60 Jahren die Möglichkeit zu erheblichen Verbesserungen, passend dazu, dass den Angehörigen dieser Altersgruppe auch am häufigsten Defizite bei der Pflege und potenzieller eigener Pflegebedarf vor Augen stehen.

Abbildung 38: Situation der Pflege: Fast alle halten Verbesserungen für möglich, viele sogar deutliche Verbesserungen



Viele Ziele für Reform

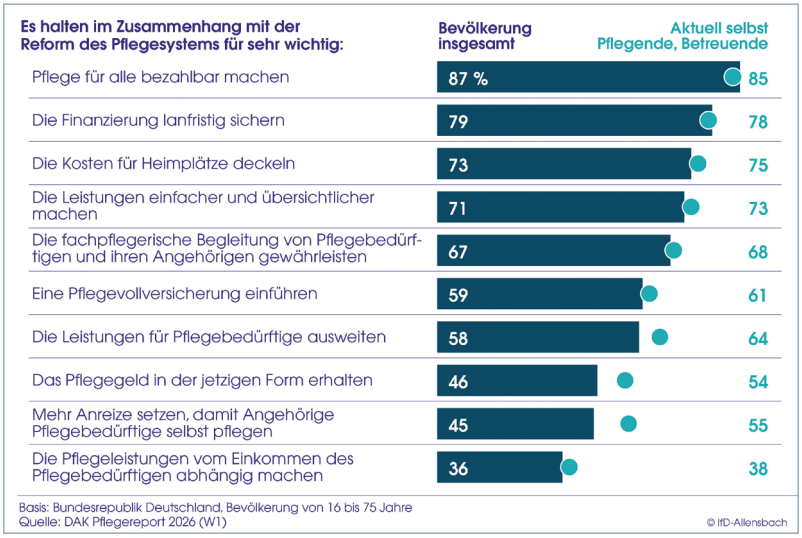
Für eine Pflegereform haben fast alle gleich mehrere erstrebenswerte Ziele vor Augen. Von 10 möglichen Prioritäten für eine Reform der Pflege werden im Schnitt gleich 6 als sehr wichtig eingestuft. Dabei orientieren sich die Zielvorstellungen an den beiden Kernproblemen, die fast bei allen die Wahrnehmungen der Pflege prägen:

- die finanzielle Überforderung, insbesondere durch die Heimpflege
- die vielfältige Überforderung der pflegenden Angehörigen durch die Pflege

Finanzielle Ziele

Am häufigsten werden finanzielle Reformziele angeführt, insbesondere die Pflege für alle bezahlbar zu machen (87 Prozent). Das geht Hand in Hand mit den Zielvorstellungen, die Finanzierung langfristig zu sichern (79 Prozent) und die Kosten für Heimplätze zu deckeln (73 Prozent). Dabei geht die Tendenz nicht allein in Richtung einer finanziellen Entlastung der Gepflegten und ihre Familien; viele würden sich darüber hinaus noch eine Erweiterung der Leistungen wünschen.

Abbildung 39: Reform-Prioritäten



Ziel: Entlastung und Unterstützung

Nicht viel weniger häufig werden Maßnahmen genannt, die den Zugang zu Pflegeleistungen erleichtern und pflegende Angehörige entlasten. 71 Prozent legen Wert darauf, die Leistungen einfacher und übersichtlicher zu machen, 67 Prozent halten es für wichtig, dass die fachpflegerische Begleitung von Angehörigen gewährleistet ist.

Auch hier gehen die Zielvorstellungen vieler also in Richtung von mehr und andauernder qualifizierter Unterstützung für die häusliche Pflege sowie von mehr Beratung bei der Anlage der Pflege und der Beantragung von Leistungen. Man könnte hinter solchen Wünschen eine epochale Verschiebung sehen – hin zu einem generellen Bedürfnis, stärker an die Hand genommen zu werden –, nachdem das emanzipatorische Ideal größtmöglicher Selbstwirksamkeit zunehmend infrage gestellt wird.[26] Der empirische Befund spricht jedoch eher dafür, diese Erwartungen schlicht als naheliegende Reaktion auf seit Längerem wahrgenommene Defizite in der Angehörigenpflege zu deuten.

Allerdings kommen die geäußerten Zielvorstellungen zu gutem Teil ohne Berücksichtigung der Finanzierungsmöglichkeiten und -probleme in der aktuellen Pflegeversicherung aus. Entsprechend zur Grundtendenz einer umfassenden Absicherung findet deshalb der Vorschlag zur Einführung einer Pflegevollversicherung die Zustimmung einer Mehrheit von 59 Prozent, während lediglich 36 Prozent mit Blick auf die Finanzierung der Pflegeversicherung dafür plädieren, die Pflegeleistungen vom Einkommen der Gepflegten abhängig zu machen, was Ansprüche der Wohlhabenderen eher begrenzen würde.

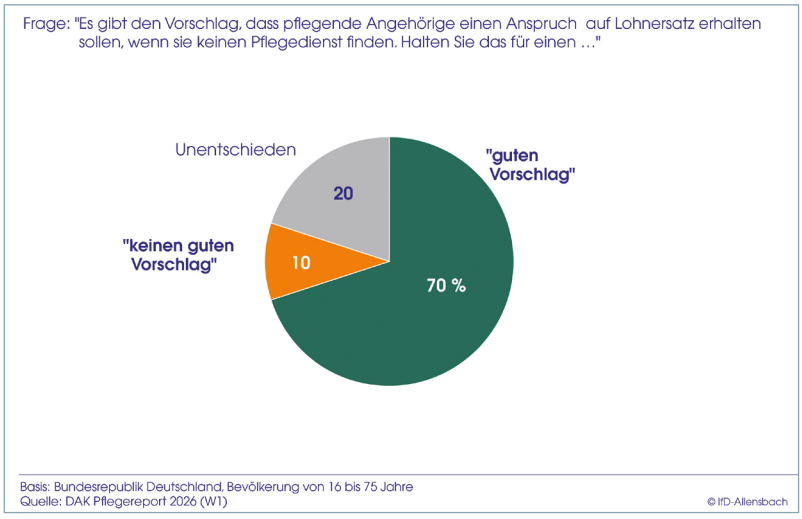
26 So z. B. Ingolfur Blühdorn (2024): Unhaltbarkeit. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Berlin: Suhrkamp.

2.4.1 Finanzielle Reformziele

Lohnersatz für Pflegende?

Konkrete Reformvorschläge zu Leistungen und zur Finanzierung der Pflegeversicherung werden vor allem dann befürwortet, wenn sie darauf ausgerichtet sind, die Pflegeleistung der Angehörigen stärker anzuerkennen oder den beschriebenen Defiziten bei der Pflege entgegenzuwirken. Angesichts der wachsenden Probleme, professionelle Unterstützung bei der Pflege zu finden (vgl. Abbildung 23), stimmt eine deutliche Mehrheit dem Vorschlag zu, pflegenden Angehörigen einen Anspruch auf Lohnersatz einzuräumen, wenn sie keinen Pflegedienst zur Entlastung finden. 70 Prozent der Bevölkerung sprechen sich für eine solche Regelung aus, nur 10 Prozent dagegen, 20 Prozent bleiben unentschieden. In dieser Meinungsverteilung gibt es kaum Unterschiede zwischen den unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen. Der scheinbare Widerspruch zur Präferenz für die fachpflegerische Begleitung der Pflege durch eine solche Regelung löst sich auf, wenn man sich in die Perspektive der (potenziellen) pflegenden Angehörigen versetzt: Wo eine solche fachpflegerische Begleitung nicht realisiert werden kann, böte der Lohnersatz zumindest eine Kompensation für Einkommensverluste, die sich durch eine stärkere Pflegebeteiligung ergeben.

Abbildung 40: Breite Unterstützung für Lohnersatz, falls sich kein Pflegedienst findet

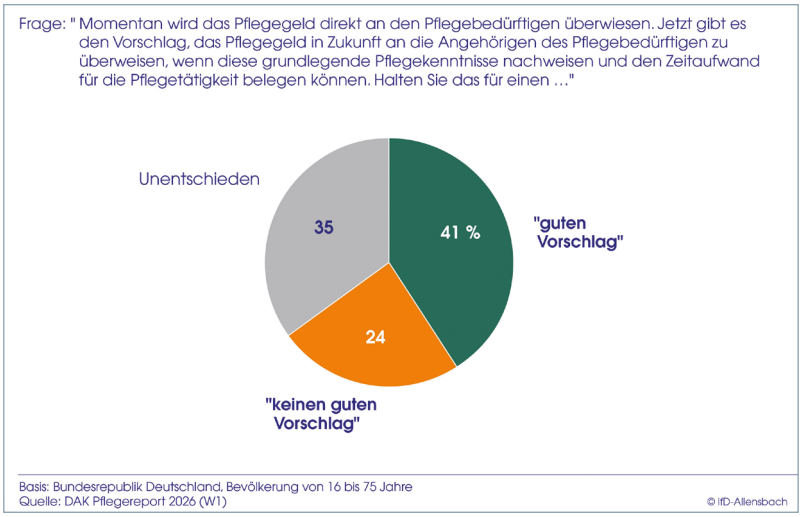


Pflegegeld direkt an Pflegende?

Anders ist dagegen die Tendenz beim Vorschlag, das Pflegegeld in Zukunft direkt an die pflegenden An- und Zugehörigen zu zahlen und diese Zahlung zudem an Nachweise für Pflegekenntnisse und an Belege der zur Pflege aufgewendeten Zeit zu knüpfen. Einer solchen Veränderung, die tendenziell eher zu einer Einschränkung des bislang bedingungslos gezahlten Pflegegelds führen, zugleich aber auch zusätzlichen Verwaltungs- und Kontrollaufwand bedingen würde, stimmen lediglich noch 41 Prozent der Bevölkerung zu. Zwar widersprechen nur 24 Prozent, 35 Prozent erklären sich aber für unentschieden, offensichtlich mit Zweifeln, die

Implikationen einer solchen Veränderung nicht ganz zu überblicken. Von den aktuell selbst Pflegenden befürworten 48 Prozent eine solche Veränderung beim Pflegegeld, 52 Prozent widersprechen oder bleiben unentschieden.

Abbildung 41: Direkte Zahlungen des Pflegegeldes an Angehörige?



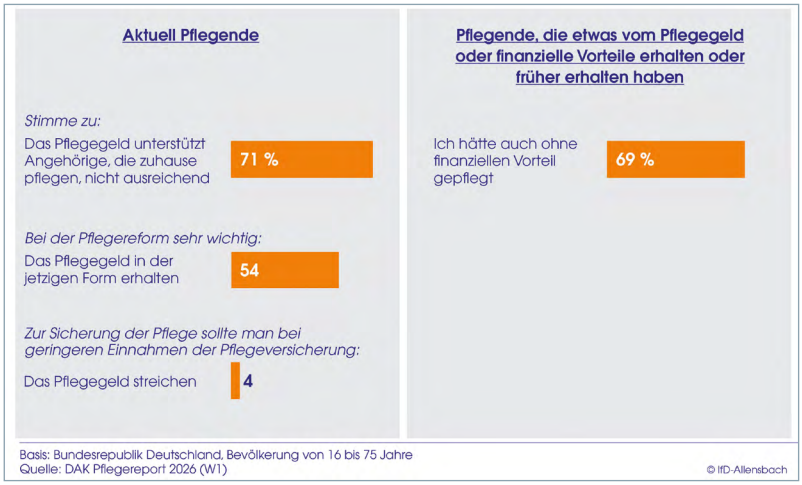
Große Bedeutung des Pflegegelds

Nachdem das Pflegegeld die weitaus meistgenutzte Leistung der Pflegeversicherung ist, kommt ihm in den Augen der Bevölkerung selbstverständlich ganz besondere Bedeutung zu. 71 Prozent der aktuell Pflegenden geben an, dass das Pflegegeld die pflegenden An- und Zugehörigen nicht ausreichend unterstützt. Wenn gleichwohl nur 54 Prozent von ihnen großen Wert darauf legen, das Pflegegeld in seiner heutigen Form zu erhalten, so steht dahinter bei den übrigen nicht selten die Vorstellung, dass eine Pflegegeldreform eher für eine Erhöhung oder zumindest für eine bessere Ausrichtung des Pflegegelds auf die besonders beanspruchten Pflegenden sorgen sollte. Lediglich 4 Prozent der aktuell Pflegenden (3 Prozent der Gesamtbevölkerung) wären einverstanden, das Pflegegeld zugunsten der finanziellen Sicherung der Pflege zu streichen.

Pflegebereit ohne Pflegegeld

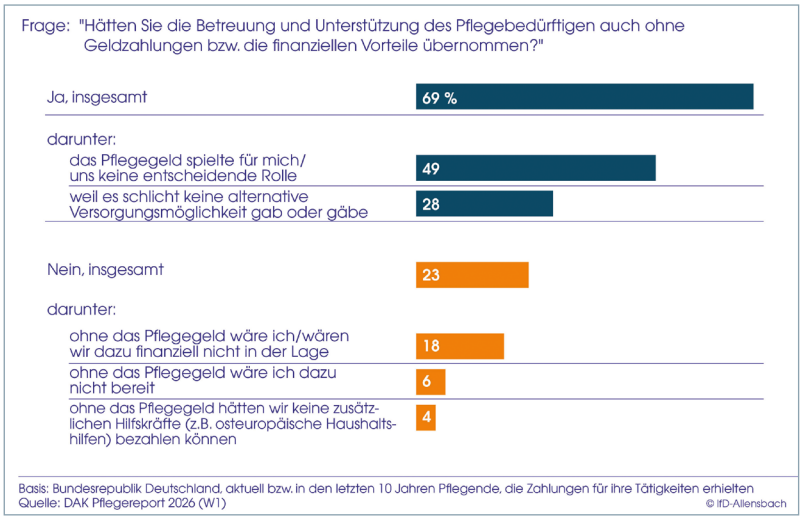
Allerdings ist das (Pflege-)Geld nur für etwa ein Viertel derjenigen, die finanzielle Leistungen für ihre Pflegebeteiligung erhalten, ein entscheidendes Motiv für die Übernahme der Pflegeaufgaben: 69 Prozent von ihnen erklären, dass sie auch ohne diese Zuwendung pflegen würden.

Abbildung 42: Pflegegeld: lieber Erhöhung als Kürzung, für pflegende Angehörige und Freunde aber meist nicht das entscheidende Motiv



Bei den meisten, die auch ohne finanzielle Leistungen Pflegeaufgaben übernommen hätten, gaben eher andere Motive den Ausschlag für ihre Entscheidung zur Pflege (49 Prozent).

Abbildung 43: Pflegegeld oft nicht entscheidend für die Pflegebereitschaft



Keine Alternative

Nicht selten wurde die Pflege aber auch deshalb ohne Blick auf die finanzielle Dimension übernommen, weil es keine Alternativen für die Versorgung gab (28 Prozent, Mehrfachnennungen). Hierbei macht sich nicht zuletzt die wirtschaftliche Lage der Pflegenden bemerkbar: Personen, die auch ohne Pflegegeld pflegen würden, finden sich überdurchschnittlich häufig unter jenen mit hohem sozioökonomischen Status.

Viele hätten ohne Pflegegeld nicht gepflegt

Bedeutsam ist, dass 23 Prozent derjenigen, die von finanziellen Leistungen für die Pflege profitierten, die Pflege ohne dieses Pflegegeld *nicht* übernommen hätten. Dabei waren die meisten auf das Pflegegeld angewiesen, etwa um wegfallendes Einkommen zu kompensieren (18 Prozent). Aber auch die schlichte Weigerung, diese fordernde Aufgabe ohne finanzielle Kompensation zu übernehmen (6 Prozent) sowie die Notwendigkeit zur Bezahlung von unterstützenden Kräften (4 Prozent) spielen dabei eine Rolle.

Ohne Pflegegeld mehr Bedarf an professioneller Pflege

Nun sind 23 Prozent zwar eine Minderheit, aber bei einer Gesamtheit von rund 3,6 Millionen Gepflegten, die Pflegegeld erhalten und dieses oft an gleich mehrere Angehörige weiterleiten, noch immer eine sehr große Gruppe. Die generelle Streichung des Pflegegelds würde den Bedarf an professionellen Pflegeleistungen und damit auch die Gesamtkosten der Pflege dementsprechend zumindest mittelfristig beträchtlich erhöhen, weil sich – trotz grundsätzlicher Pflegebereitschaft (vgl. Abbildung 35) – die Möglichkeiten zur Angehörigenpflege spürbar reduzieren würden.

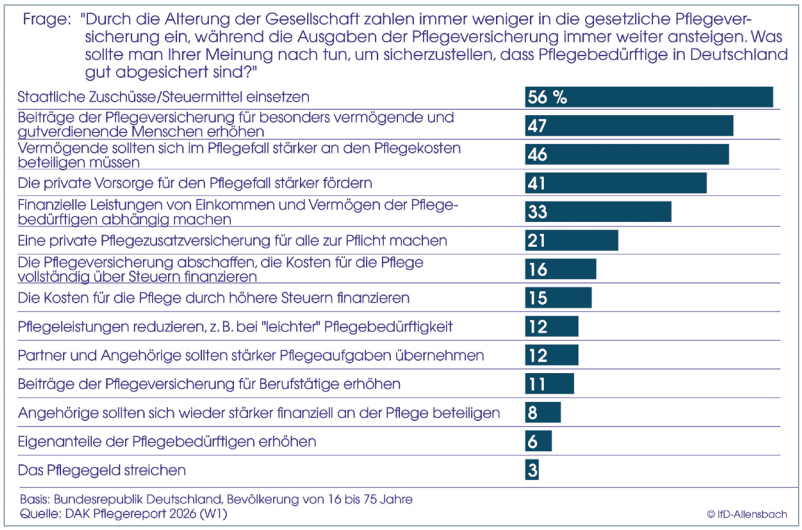
Kaum Vorstellungen zur Konsolidierung

Dafür spricht auch ein Befund des DAK-Pflegereports 2022 bei dem sogar 47 Prozent der Angehörigen mit Einblick in die Verwendung des Pflegegelds erklärten, das Pflegegeld wäre für die häusliche Pflege im konkreten Fall unerlässlich gewesen.[27] Angesichts dieses Ergebnisse bezeichnen die 23 Prozent, die hier sogar angesichts der gesellschaftlich ungleich erwünschteren Antwortmöglichkeit: „Ich würde auch ohne finanzielle Gegenleistung pflegen" auf der Unabdingbarkeit des Pflegegelds bestehen, eher noch den engeren Kreis derjenigen, die eine finanzielle Kompensation für ihre Pflegetätigkeit benötigen bzw. erwarten.

So zahlreich die Nennungen von grundsätzlichen Zielvorstellungen für die Pflegereform sind (im Schnitt 6 Nennungen von 10 Optionen), so zurückhaltend fallen die Antworten aus, wenn um die Bewertung konkreter Maßnahmen zur finanziellen Stabilisierung der Pflegeversicherung gebeten wird (im Schnitt nur 3 Nennungen von 14 Optionen). Ganz offensichtlich herrscht an dieser Stelle eher Ratlosigkeit vor. Noch am häufigsten plädiert die Bevölkerung dafür, zur finanziellen Absicherung zusätzliche Steuermittel oder andere staatliche Zuschüsse einzusetzen (56 Prozent). Dabei fiel die Wahl dieser Option hier leicht, da den Befragten nicht auch der Zusammenhang mit einem weiteren Anstieg der Steuern vor Augen gestellt wurde.

27 Thomas Klie (2022): DAK-Pflegereport 2022. A.a.O. S. 59–62.

Abbildung 44: Agenda zur Stabilisierung der finanziellen Absicherung



Besserverdienende belasten?

An zweiter Stelle richtet sich der Blick der Befragten auf jene, denen zusätzliche Belastungen noch am wenigsten schwerfallen würden: 47 Prozent befürworten höhere Beiträge für finanziell Bessergestellte, 46 Prozent eine stärkere Beteiligung von Vermögenden an den Pflegekosten, 33 Prozent eine generelle Orientierung finanzieller Leistungen an Einkommen und Vermögen der Gepflegten. Von den unpopulären Maßnahmen würden diese noch am ehesten unterstützt (Abbildung 64). Für die Zukunft halten 41 Prozent eine stärkere Unterstützung der privaten Vorsorge für angezeigt, wobei jedoch eine verpflichtende private Zusatzabsicherung für alle von der großen Mehrheit erkennbar abgelehnt wird. Lediglich 21 Prozent sprechen sich dafür aus, eine private Pflegezusatzversicherung für alle zur Pflicht zu machen.

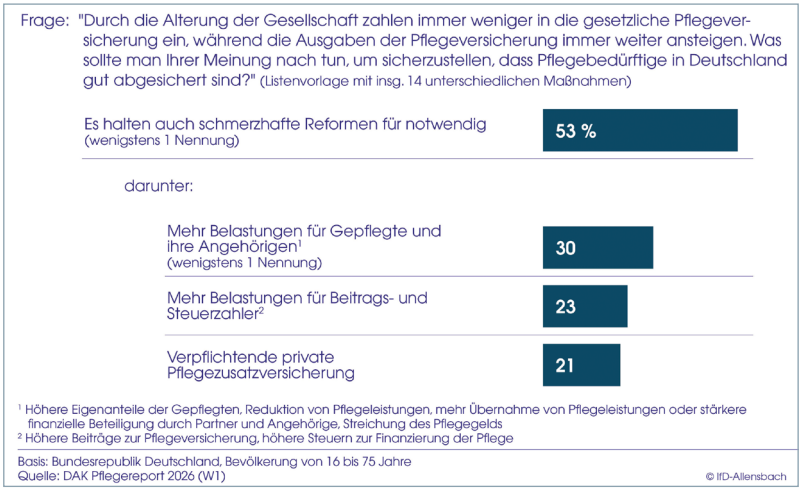
Andere Belastungen?

Schmerzhafte Reformen

Noch geringer ist die Zustimmung zu Maßnahmen, die Kostenerhöhungen oder Leistungseinschränkungen bedeuten würden: Zwischen einem Sechstel und einem Zwanzigstel der Bevölkerung sprechen sich hier für höhere Steuern zur Pflegefinanzierung aus, für die Reduktion von Pflegeleistungen bei leichtem Pflegebedarf, höhere Beiträge zur Pflegeversicherung oder höhere Eigenanteile bei der Pflege. Am Ende der Liste steht, lediglich von 3 Prozent genannt, eine Streichung des Pflegegelds, die für die meisten undenkbar wäre.

Hierbei muss allerdings die große Zahl möglicher Optionen bedacht werden, die den Befragten bei dieser Ermittlung vor Augen standen. Fasst man alle „schmerzhaften" Maßnahmen zusammen – verstanden als Maßnahmen, die entweder höhere Kosten oder geringere Leistungen für *alle* Versicherten oder Gepflegten bedeuten würden –, umfasst der Kreis derer, die für wenigstens eine dieser Maßnahmen optieren, immerhin 53 Prozent der Bevölkerung.

Abbildung 45: Eine Mehrheit wäre auch zu schmerzhaften Reformen bereit



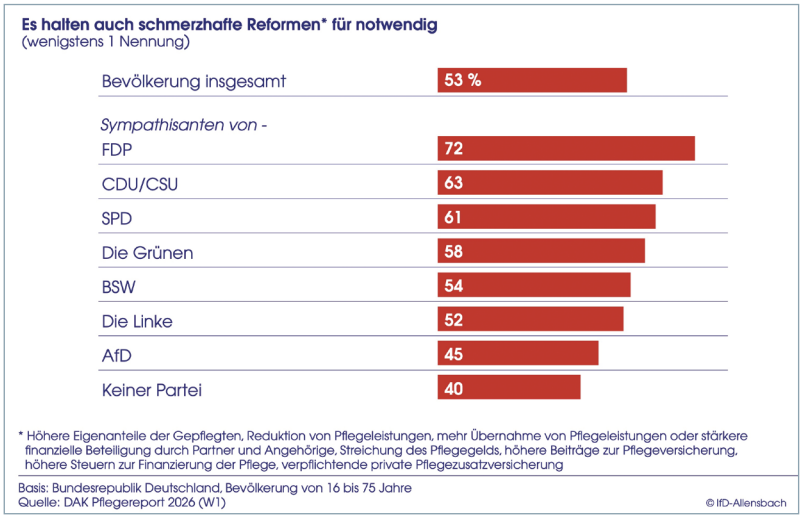
Mehr Befürwortung bei größeren Spielräumen

Personen mit größeren Ressourcen zeigen sich dabei weitaus häufiger offen als Personen mit eingeschränkten Möglichkeiten. Zugleich wirken sich aber auch Lebenserfahrungen und Einstellungen aus: Aktuell selbst Pflegende wären mit Blick auf die konkreten Probleme bei der Pflege eher als andere bereit, zugunsten einer Verbesserung auch schmerzhafte Veränderungen in Kauf zu nehmen. Das gleiche trifft auf freiwillig Engagierte zu, die bereits durch ihr Engagement Idealismus bezeugen. Nicht zuletzt wirken sich die Grundhaltungen zur Pflege und zur Demokratie aus: Die in diesen Bereichen Zufriedenen wären ungleich eher offen für Reformen, die auch ihnen etwas abverlangen, als die Unzufriedenen, die nicht selten eine lediglich beobachtende Haltung einnehmen und nicht zur eigenen Beteiligung an einer Lösung der Probleme bereit sind (Abbildung 65, Abbildung 66).

Widerstrebende Akzeptanz

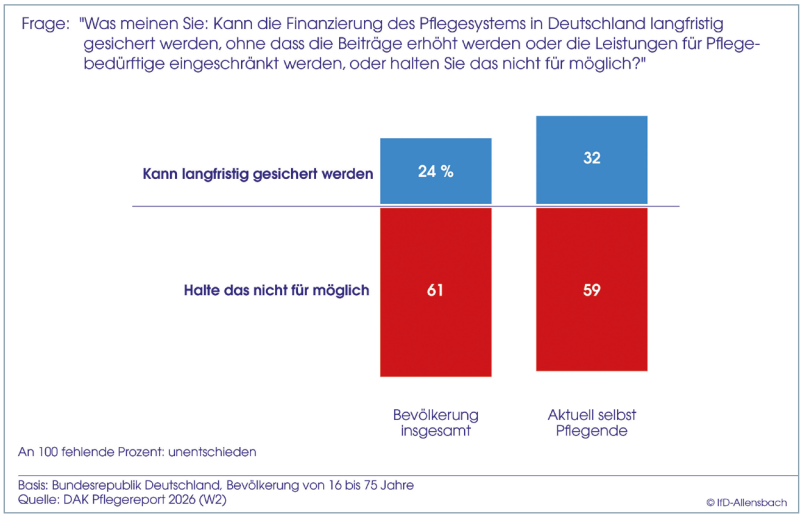
Allerdings bilden sich dabei keine grundsätzlichen Unterschiede heraus. Auch in den weniger reformaffinen Gruppen sprechen sich in der Regel noch immer wenigstens 40 Prozent für wenigstens eine der hier als schmerzhaft eingestuften Maßnahmen aus. Dementsprechend gibt es auch in den Anhängerschaften der meisten Parteien absolute Mehrheiten für solche Reformen. Die Anhängerinnen und Anhänger der SPD stehen darin denen der Union nur geringfügig nach.

Abbildung 46: In fast allen Parteianhängerschaften würden Mehrheiten auch schmerzhafte Maßnahmen akzeptieren



Hinter dieser Bereitschaft zumindest eines beträchtlichen Teils der Bevölkerung, Belastungen – wenn auch klar widerstrebend – zuletzt zu akzeptieren, steht die Vorstellung, dass Einschnitte bei der Pflege angesichts der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung in Deutschland kaum zu vermeiden sein werden.

Abbildung 47: Beitragserhöhungen oder Leistungskürzungen gelten den meisten als unvermeidlich

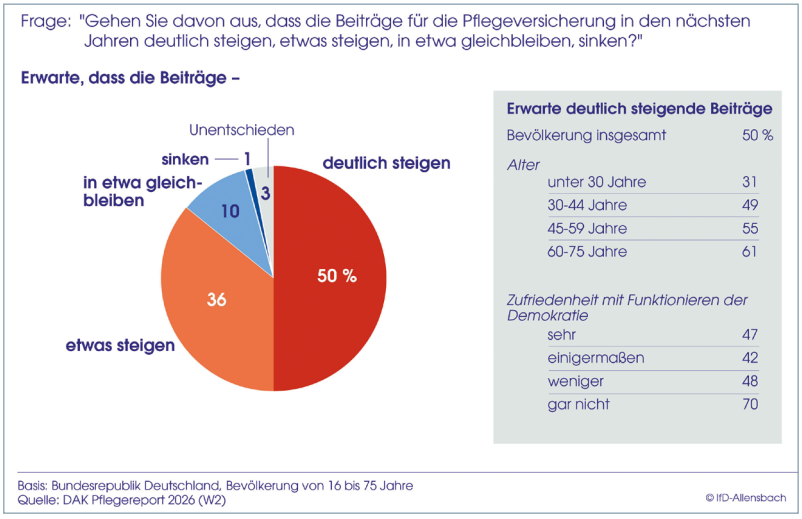


Höhere Beiträge erwartet

Lediglich 24 Prozent der Bevölkerung halten es für realistisch, das Pflegesystem ohne Beitragserhöhungen oder Leistungseinschränkungen zu finanzieren; 61 Prozent betrachten das als unmöglich. Noch am ehesten zeigen dabei die selbst

Pflegenden Optimismus, von denen, die aus der konkreten Pflegesituation heraus Einblick in Möglichkeiten zu einem effektiveren Einsatz der vorhandenen Mittel haben. Doch auch von ihnen ist eine deutliche Mehrheit pessimistisch. Dementsprechend erwarten 86 Prozent der Bevölkerung für die nächsten Jahre auch einen weiteren Anstieg der Beiträge zur Pflegeversicherung.

Abbildung 48: Die Hälfte der Bevölkerung erwartet deutlich steigende Beiträge



36 Prozent gehen hierbei von einem moderaten Zuwachs aus, 50 Prozent erwarten eine deutliche Erhöhung. Solche Befürchtungen werden weitaus häufiger von mittleren und älteren Altersgruppen zu Protokoll gegeben als von unter 30-Jährigen, die durch die wiederholten Beitragserhöhungen zur Pflegeversicherung (zuletzt 2019, 2023 und 2025) selbst meist erst wenig betroffen waren. Erhebliche Erhöhungen erwarten zudem weit überdurchschnittlich jene, die mit dem Funktionieren des demokratischen Systems in Deutschland unzufrieden sind und mehrheitlich größere Krisenszenarien in absehbarer Zeit für möglich halten.

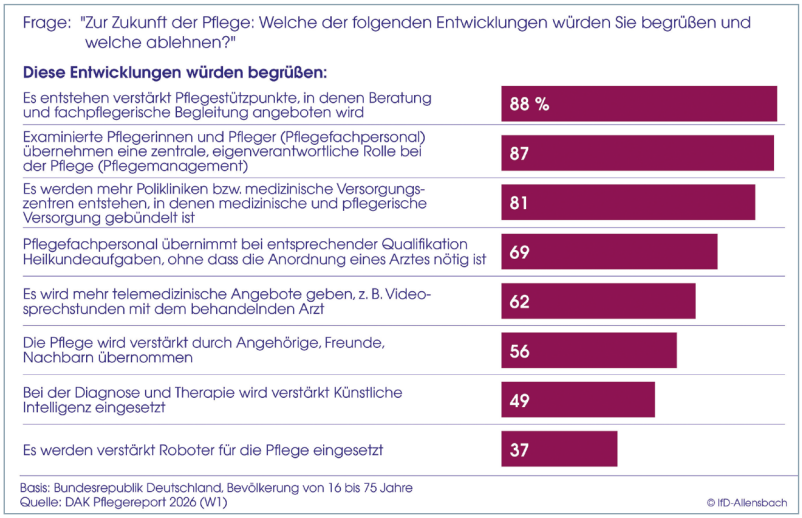
2.4.2 Reformziele für die Versorgung der Gepflegten

Fachpflegerische Begleitung

Reformprioritäten für die Versorgung der Gepflegten orientieren sich deutlich erkennbar an der Entlastung der pflegenden Angehörigen. Entsprechend der schon beobachteten Präferenz zu einer stärkeren Unterstützung und Anleitung von Angehörigen befürworten große Mehrheiten eine größere Anzahl von Pflegestützpunkten, die Beratung und fachpflegerische Begleitung anbieten. Kaum weniger häufig richten sich die Erwartungen auf eine bessere Koordination von medizinischer und pflegerischer Versorgung: Als Mittel dazu werden von einer großen Mehrheit mehr Polikliniken oder medizinische Versorgungszentren befürwortet, um medizinische und pflegerische Versorgung zu bündeln. Solche Entwicklungen

wären zwangsläufig mit einer stärkeren Rolle der Pflegekräfte verbunden, die hier nicht nur für das Pflegemanagement befürwortet wird, sondern fast ebenso häufig auch für Heilkunde.

Abbildung 49: Was die meisten begrüßen würden



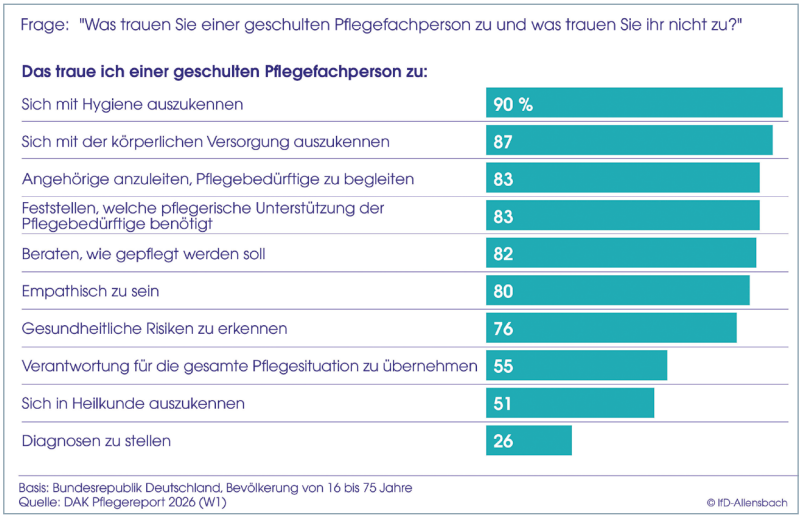
Stärkere Rolle für Pflegerinnen und Pfleger

Dabei traut die Bevölkerung den ausgebildeten Pflegerinnen und Pflegern eine stärkere Rolle in der Pflege durchaus zu. Jenseits von Kernkompetenzen wie der körperlichen Versorgung, Wissen um Hygiene und auch menschlicher Empathie hält man die Pflegefachpersonen auch für fähig, stärker anleitende und organisierende Aufgaben bei der Pflege zu übernehmen. So würden ihnen jeweils mehr als drei Viertel der Bevölkerung zutrauen, Angehörige für die Pflege anzuleiten, gesundheitliche Risiken zu erkennen, festzustellen, welche pflegerische Unterstützung benötigt wird und dann auch zu beraten, wie gepflegt werden soll.

Verantwortung für die Pflegesituation

Immer noch etwa die Hälfte der Bevölkerung hält die Pflegerinnen und Pfleger sogar für geeignet, Verantwortung für die gesamte Pflegesituation zu übernehmen sowie sich in Heilkunde auszukennen. Dass die Kompetenzanmutungen zu diesen beiden Dimensionen nicht noch weiter verbreitet sind, hängt offensichtlich damit zusammen, dass eine große Mehrheit die Stellung medizinischer Diagnosen auch weiterhin als Kernaufgabe von Ärztinnen und Ärzten betrachtet, selbst wenn die Übernahme von Heilkundeaufgaben auch ohne ärztliche Anordnung von einer Mehrheit den Pflegekräften zugetraut wird.

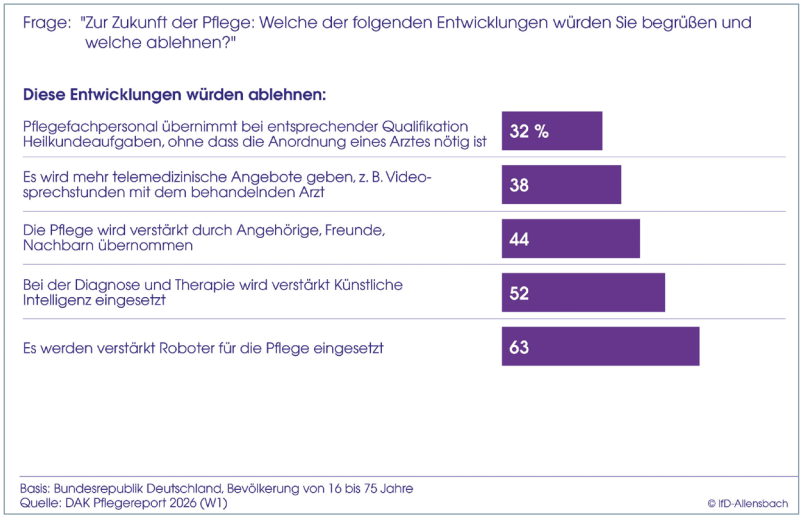
Abbildung 50: Hohes Zutrauen zu ausgebildeten Pflegerinnen und Pflegern



Ablehnung von KI und Robotern in der Pflege

Während der Einsatz von digitaler Unterstützung, etwa durch Videosprechstunden, von einer Mehrheit befürwortet wird, sind die Einstellungen zum Einsatz von KI bei Diagnose und Therapie eher geteilt, und der Einsatz von Robotern bei der Pflege wird von einer Zweidrittelmehrheit der Bevölkerung abgelehnt. Hinter solchen Einstellungen wird die Befürchtung erkennbar, dass sich menschliche Zuwendung, Empathie und auch persönliche Verantwortung in der Pflege sowie in der medizinischen Versorgung verringern könnten. Genährt werden solche Befürchtungen einer tendenziell weniger persönlichen Pflege bei vielen auch aus den aktuellen Wahrnehmungen der stationären Pflege, in der die individuelle Zuwendung der Pflegenden zeitlich eng begrenzt ist.

Abbildung 51: Was viele ablehnen

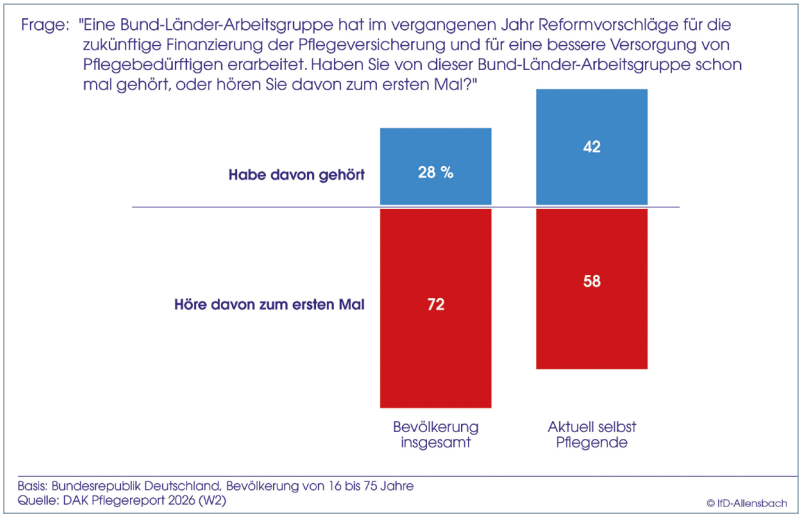


2.5 Haltungen zum Reformprozess

Wenig Aufmerksamkeit

Angesichts der zum Teil dramatischen Nachrichten der vergangenen Monate haben Berichte über die Vorbereitung der Pflegereform vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit gefunden. Obwohl die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege" seit Juli 2025 die Umrisse einer großen Pflegereform erarbeitet und im Dezember erste Ergebnisse vorgelegt hat, haben im Februar 2026 erst 28 Prozent der Bevölkerung von diesem Gremium gehört. Am ehesten bekannt ist die Arbeitsgruppe den aktuell Pflegenden, die für Nachrichten aus dem Pflegebereich besonders sensibilisiert sind. Doch selbst in dieser Teilgruppe der Bevölkerung haben 58 Prozent erstmals durch die Umfrage von der Existenz und Arbeit dieser Arbeitsgruppe erfahren.

Abbildung 52: Nur eine Minderheit hat bis jetzt von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe gehört



Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass insbesondere Reformen, die mit höheren Kosten oder eingeschränkten Leistungen für Versicherte und Gepflegte einhergehen, viele in der Bevölkerung unangenehm überraschen würden. Selbst wenn mittel- bis langfristige Beitragserhöhungen zur Pflegeversicherung mehrheitlich vorausgesehen werden (vgl. Abbildung 47), besteht die Möglichkeit, dass man eine rasche Implementierung der Empfehlungen der Arbeitsgruppe als Einschränkung einer politischen Debatte über diese Maßnahmen empfinden wird.

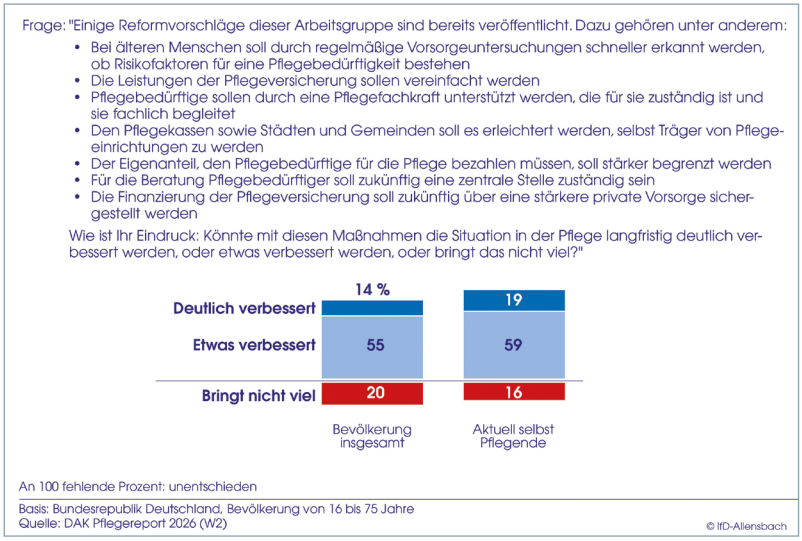
Dabei werden die bereits veröffentlichten Vorschläge der Arbeitsgruppe zur Anlage und zur Finanzierung der Pflege aber nur von wenigen von vornherein ablehnend betrachtet, sondern mit deutlicher Mehrheit begrüßt.

Verbesserung durch Vorschläge erwartet

Da die Kenntnis dieser Vorschläge nicht vorausgesetzt werden konnte, wurden sie im Interview knapp zusammengefasst. Auf die Frage, ob man von diesen Vorschlägen eine langfristige Verbesserung der Situation in der Pflege erwarte, antworten lediglich 20 Prozent der Bevölkerung, die Ansätze brächten in ihren Augen nicht viel. 69 Prozent erwarten dadurch Verbesserungen, allerdings im Wesentlichen nur kleinere Verbesserungen. Obwohl in der Auflistung auch eine stärkere Begrenzung der Eigenanteile für die Pflege aufgeführt war, die viele angesichts der hohen Kosten für die Pflege im Heim für geboten halten, geht hier nur eine Minderheit von deutlichen Verbesserungen aus.

Eine solche eher zurückhaltende Begrüßung ergibt sich häufig bei Vorschlägen, von denen man den Eindruck hat, sie in ihrer ganzen Reichweite noch nicht zu überblicken. Am optimistischsten sind dabei die aktuell selbst Pflegenden, von denen insgesamt 78 Prozent Verbesserungen erwarten.

Abbildung 53: Zumindest leichte Verbesserungen erwartet



Finanzierungsvorschläge

Die Haltungen gegenüber Maßnahmen zur finanziellen Stabilisierung der Pflege, die – anders als die zuvor dargestellten Ergebnisse – auch in der Arbeitsgruppe noch diskutiert werden, fallen bei einem beträchtlichen Teil der Bevölkerung ambivalent aus. Neben Befürwortung und Ablehnung gibt es auch viele, die eine mögliche Maßnahme tendenziell ablehnen, sie bei besonderem Bedarf aber akzeptieren würden. Je nach Maßnahme geben rund 20 bis 40 Prozent der Bevölkerung an, eine Lösung zwar nicht zu befürworten, sie aber als gerade noch akzeptabel zu erachten.

Teils widerstrebende Zustimmung

Mehrheitlich und ohne Einschränkung befürwortet wird allein die Finanzierung der Ausbildungskosten und der Rentenbeiträge pflegender Angehöriger aus Steuermitteln. Andere Vorschläge finden zwar Rückhalt in nennenswerten Gruppen, erreichen Mehrheiten jedoch erst durch die genannten Personen, die trotz Bedenken zustimmen würden. Dies betrifft:

- die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (höhere Beiträge für Besserverdienende)
- die Anlage von Mitteln der Pflegeversicherung am Kapitalmarkt
- die einkommensabhängige Begrenzung der Heimkosten (mit ungleichmäßiger Entlastung und einkommens-/vermögensabhängigen Eigenanteilen)

Jeweils etwas weniger als die Hälfte der Bevölkerung stimmt diesen Maßnahmen uneingeschränkt zu; rund ein Drittel befürwortet sie trotz Bedenken.

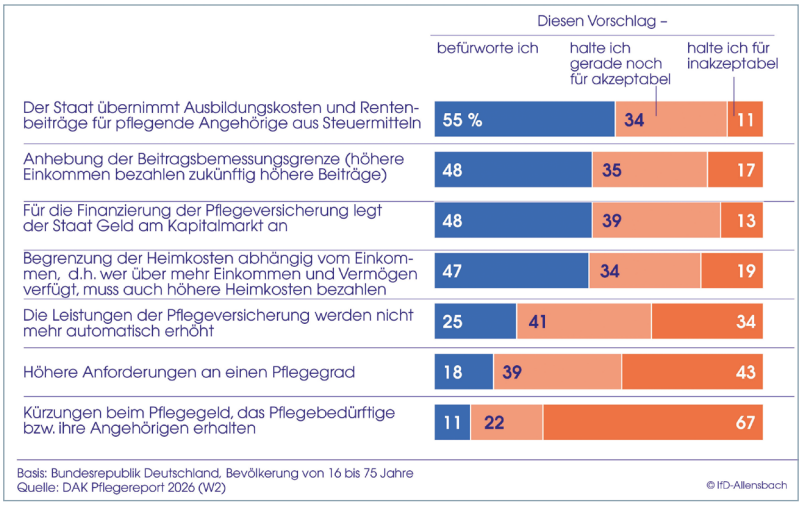
Besonders stark wird die Ablehnung dann aber bei drei Maßnahmen, die alle Gepflegten betreffen:

- Aussetzen der dynamischen Leistungserhöhungen in der Pflegeversicherung
- höhere Anforderungen an die Einstufung in einen Pflegegrad
- Kürzungen beim Pflegegeld

Kürzungen Pflegegeld inakzeptabel

Während das Aussetzen der Leistungsdynamik und sogar strengere Zugangsvoraussetzungen zum Pflegegrad am Ende von Mehrheiten zumindest akzeptiert werden, deutet sich gegenüber Kürzungen beim Pflegegeld erheblicher Widerstand an: Zwei Drittel der Bevölkerung halten diese Maßnahme – auch angesichts der finanziellen Bedeutung des Pflegegelds – für inakzeptabel.

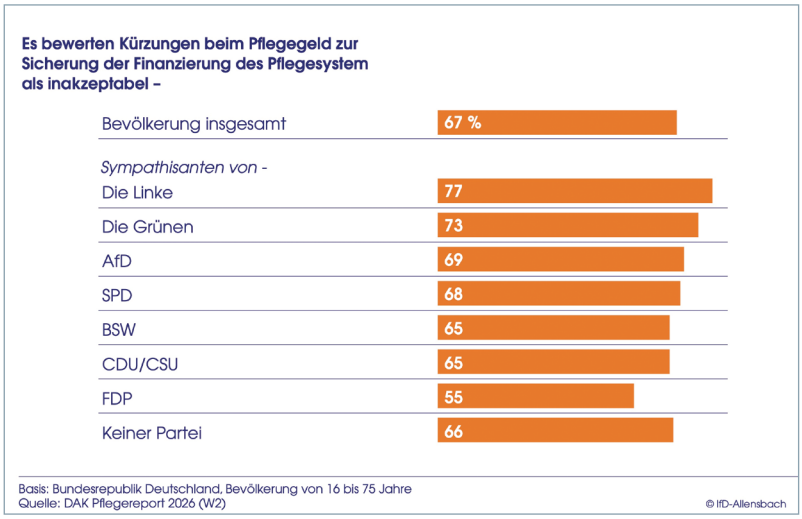
Abbildung 54: Bewertung von aktuellen Vorschlägen zur Stabilisierung des Pflegesystems: klare Ablehnung von Kürzungen des Pflegegelds



Diese Reaktion ist vor dem Hintergrund der in der Umfrage mehrfach sichtbaren Bedeutung des Pflegegelds nachvollziehbar: Für viele pflegende Angehörige stellt es die einzige Form der Unterstützung und Anerkennung ihrer erheblichen Leistungen dar. Substanzielle Kürzungen und erst recht eine vollständige Streichung würden, auch mit Blick auf meist jahrzehntelange Beitragszahlungen, von vielen als Deprivation und als gravierende Ungerechtigkeit wahrgenommen (vgl. Abbildung 25). Dabei ist die Ablehnung von Veränderungen beim Pflegegeld bei Frauen und Älteren zwar etwas größer als bei Männern oder bei Jüngeren, doch auch in den gesellschaftlichen Gruppen, die hier den vergleichsweise geringsten Widerstand gegen eine solche Veränderung signalisieren, liegt der Anteil der Bewertungen als inakzeptabel noch immer bei rund 60 Prozent.

Dementsprechend unterscheiden sich auch die Bewertungen in den unterschiedlichen Parteianhängerschaften nicht substanziell. Von den Anhängerinnen und Anhängern der Union würden 65 Prozent etwaige Kürzungen des Pflegegelds nicht akzeptieren. In der Anhängerschaft der FDP, die ansonsten für Kürzungen im Sozialbereich noch am ehesten zu gewinnen ist, äußern sich hier 55 Prozent entschieden ablehnend.

Abbildung 55: Weit überwiegend Ablehnung von Veränderungen beim Pflegegeld in allen Parteianhängerschaften



2.6 Pflege und Demokratiezufriedenheit

Rückgang Systemvertrauen

In den zurückliegenden Jahren ist auch in Deutschland ein signifikanter Rückgang des Vertrauens in die Funktionsfähigkeit des demokratischen Systems zu beobachten. Unter dem Eindruck multipler, teils überlagerter Krisenerfahrungen – pandemiebedingte Brüche, Inflation und Preissteigerungen, sicherheits- und migrationspolitische Spannungen – hat sich das Institutionenvertrauen ebenso abgeschwächt wie die Überzeugung, dass das Gemeinwesen komplexe Herausforderungen mit den Mitteln der demokratischen Ordnung zuverlässig bewältigen kann.

Einfluss auf Haltungen zur Pflege

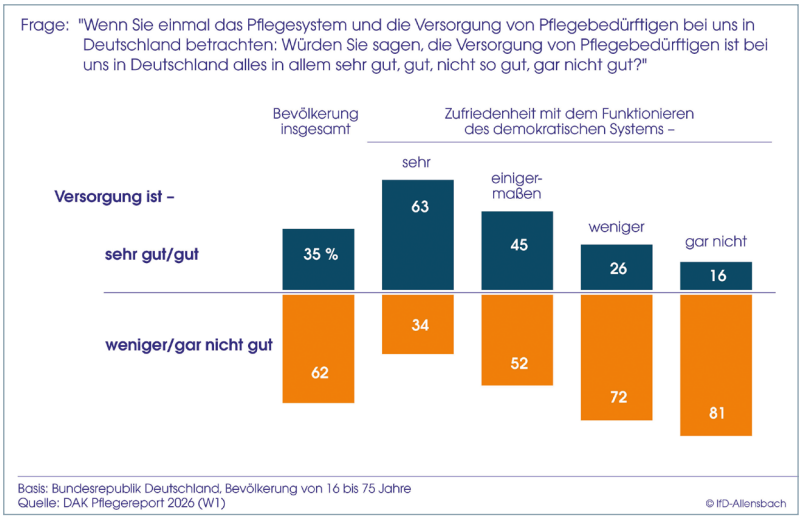
Parallel dazu zeigt sich ein Einstellungswandel in Teilen der Bevölkerung: Eine wachsende Gruppe grundsätzlich Unzufriedener neigt dazu, ihre primär politisch artikulierte Unzufriedenheit auf weitere gesellschaftliche Teilbereiche zu übertragen. Diese Generalisierung wird häufig durch Katastrophenprophezeiungen begleitet, die Wahrnehmungen systematisch verdunkeln und die Bewertung einzelner Felder negativ färben. Solche Negativeffekte sind auch bei der Bewertung der Pflege sichtbar, wo die durchaus angemessenen und notwendigen Beschreibungen erheblicher Probleme bei manchen durch eine undifferenzierte Dramati-

sierung überhöht werden, was dann wiederum die angemessene Problemanalyse erschwert.

Zusammenhang Bewertungen

Die Situation in der Pflege wird dementsprechend überproportional häufig von Personen als besonders schlecht beurteilt, die zugleich mit dem Funktionieren des demokratischen Systems tief unzufrieden sind. Umgekehrt haben Befragte mit hoher Zufriedenheit gegenüber der Demokratie mehrheitlich zugleich auch vergleichsweise positive Wahrnehmungen der Pflege.

Abbildung 56: Enger Zusammenhang von Zufriedenheit mit der Pflege und Demokratiezufriedenheit



Eine multivariate Regression zur Beantwortung der Forschungsfrage, inwieweit die Bewertungen der Pflege durch solche politischen Haltungen und inwieweit durch andere Wahrnehmungen und Einstellungen beeinflusst werden, weist dem Zusammenhang von Demokratiezufriedenheit und Zufriedenheit mit der Pflege die weitaus größte Bedeutung zu.[28]

Einflussfaktoren

Andere Faktoren machen sich zwar auch bemerkbar, die Wirkkoeffizienten sind dort jedoch deutlich schwächer. Signifikant wird die Zufriedenheit mit der Pflege danach vor allem durch eigene Erfahrungen mit der Pflege von Angehörigen und Freunden sowie durch freiwilliges Engagement erhöht. Abträglich sind der Zufriedenheit mit der Pflege danach vor allem die Wahrnehmung von Qualitätsproblemen, Kostenwahrnehmungen und die Erfahrung von Angebotsdefiziten.

28 Interessanterweise ergibt sich hier kein nennenswerter Zusammenhang mit der Präferenz für Parteien an den Rändern des politischen Spektrums: Erklärende Wirkung hat dem gegenüber nur der Zusammenhang mit der Demokratiezufriedenheit, auch wenn jene, die mit der Demokratie weniger zufrieden sind, häufig solchen Parteien anhängen.

Abbildung 57: Multivariate Regression: Einflüsse auf die Bewertung der Pflege in Deutschland – große Bedeutung der Demokratiezufriedenheit

Abhängige Variable: positive Bewertung des Pflegesystems und der Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland

Variable	ß	Signifikanz
Hohe Kosten der Pflege[1]	-,10	***
Qualitätsprobleme der Pflege[1]	-,14	***
Angebotsdefizite[1]	-,06	**
Eigene Pflegeerfahrung[2]	,16	***
Positive Wahrnehmung des Funktionierens der Demokratie	,30	***
Parteiorientierung zu Parteien an den Rändern des politischen Spektrums[3]	-,02	n.s.
Freiwilliges Engagement[4]	,05	***
Geschlecht: Frauen	-,05	**
Alter	-,04	**
Höhere Schulbildung	-,03	*

[1] Quasiskalen aufgrund der Beschreibung von Problemen bei der Pflege
[2] Skala von "ohne Einblick in die Pflege" bis "selbst gepflegt mit Bezug von Pflegegeld"
[3] Als derzeit sympathischste Parteien werden bezeichnet: AfD, Die Linke, BSW
[4] Skala von "nicht engagiert" bis "engagiert mit Amt oder fester Aufgabe"

Signifikanzen: *p<,05, ** p<,01, *** p<,001, n.s.: nicht signifikant R2=,23, N = 4.401

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung von 16 bis 75 Jahre
Quelle: DAK Pflegereport 2026 (W1)

© IfD-Allensbach

Auch Einfluss in Gegenrichtung

Zugleich gibt es jedoch auch Indikatoren für eine Wirkung in die Gegenrichtung, d. h. für eine Beeinflussung der Demokratiezufriedenheit durch die Bewertung der Situation in der Pflege. So zeigt eine umgekehrte multivariate Regression erhebliche Einflüsse der Bewertung der Pflege auf die Zufriedenheit mit dem Funktionieren der Demokratie.

Abbildung 58: Multivariate Regression: Einflüsse auf die Zufriedenheit mit dem Funktionieren des demokratischen Systems

Abhängige Variable: Grad der Zufriedenheit mit dem Funktionieren des demokratischen Systems

Variable	ß	Signifikanz
Hohe Kosten der Pflege[1]	-,04	*
Qualitätsprobleme der Pflege[1]	-,06	***
Angebotsdefizite[1]	,01	n.s.
Eigene Pflegeerfahrung[2]	,00	n.s.
Positive Wahrnehmung des Funktionierens der Demokratie	,29	***
Parteiorientierung zu Parteien an den Rändern des politischen Spektrums[3]	-,28	***
Freiwilliges Engagement[4]	,09	***
Geschlecht: Frauen	-,08	***
Alter	-,02	n.s.
Höhere Schulbildung	,10	***

[1] Quasiskalen aufgrund der Beschreibung von Problemen bei der Pflege
[2] Skala von "ohne Einblick in die Pflege" bis "selbst gepflegt mit Bezug von Pflegegeld"
[3] Als derzeit sympathischste Parteien werden bezeichnet: AfD, Die Linke, BSW
[4] Skala von "nicht engagiert" bis "engagiert mit Amt oder fester Aufgabe"

Signifikanzen: *p<,05, ** p<,01, *** p<,001, n.s.: nicht signifikant R2=,23, N = 4.401

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung von 16 bis 75 Jahre
Quelle: DAK Pflegereport 2026 (W1)

© IfD-Allensbach

Von den möglicherweise relevanten Faktoren, die in der aktuellen Befragung verfügbar sind, besitzt die Einstellung zur Pflege beträchtlichen Erklärungswert: Die Zufriedenheit mit der Demokratie wächst und fällt zusammen mit dieser Bewertung. Ähnlich stark wirkt hier allein die – abträglich wirkende – Orientierung in Richtung der Parteien an den Rändern des politischen Spektrums auf die Demokratiezufriedenheit ein.

Bewährungsprobe Pflege

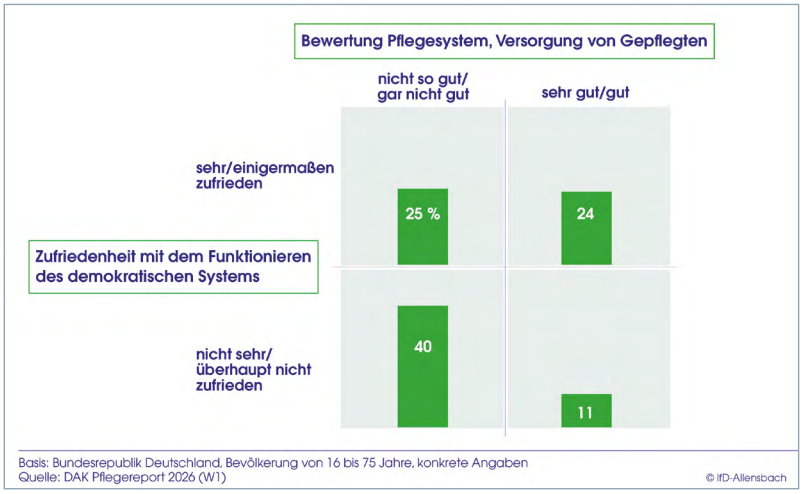
Selbstverständlich leidet eine solche Analyse darunter, dass bei dieser Umfrage aus forschungsökonomischen Gründen viele andere relevante Faktoren für die Demokratiezufriedenheit wie das Institutionenvertrauen, die Bewertung der Situation in anderen Politikfeldern, Erfahrungen von Responsivität des politischen Systems und der Möglichkeiten zur Selbstwirksamkeit nicht miteingeschlossen werden können. Gleichwohl deutet die auch in vielen anderen Umfragen beobachtete Tendenz der Bevölkerung, Probleme im Pflegebereich als relevante Probleme des Gemeinwesens in Deutschland einzustufen[29], auf einen solchen Zusammenhang zwischen Pflegewahrnehmungen und Wahrnehmungen des demokratischen Systems hin. Viele Menschen betrachten die Pflege nicht nur als privates Risiko und Lebenslaufproblem, sondern auch als Bewährungsprobe des Gemeinwesens: Die Fähigkeit des Staates, Pflegebedarfe verlässlich zu erkennen sowie die Pflege zu finanzieren und qualitativ hochwertig zu organisieren, trägt zu ihrem Bild von der Leistungsfähigkeit öffentlicher Daseinsvorsorge bei. In diesem Verständnis wirken Pflege und Pflegesystem doppelt: als persönlich erlebtes Sicherheitsversprechen und legitimatorisch, als sichtbarer Indikator für die Funktionsfähigkeit demokratischer Institutionen.

Gleiche Bewertungen

Eine Kombinationsanalyse zeigt bei annähernd zwei Dritteln der Bevölkerung übereinstimmende Bewertungen von Pflegesystem und Funktionieren der Demokratie: 64 Prozent sind gleichermaßen zufrieden oder gleichermaßen unzufrieden, wobei der Anteil der Unzufriedenen deutlich überwiegt (40 gegenüber 24 Prozent). Darauf, dass bei der Zufriedenheit mit der Demokratie auch noch andere wesentliche Faktoren mitwirken, die hier nur zum Teil miterfasst werden konnten, deutet der nennenswerte Anteil von 24 Prozent hin, die trotz Unzufriedenheit mit der Pflege mit dem Funktionieren der Demokratie zufrieden sind.

29 So z. B. Allensbacher Archiv, IfD-Umfragen 12039 und 12066. Vgl.: Thomas Klie: Demokratie, Engagement und Systemvertrauen. Alte und neue Zusammenhänge. In: Thomas Klie (Hrsg., 2025b): Demokratie, Engagement und Systemvertrauen. Wiesbaden: Springer VS. S. 13.

Abbildung 59: Gruppenbildung nach Bewertung der Pflege und Zufriedenheit mit dem Funktionieren des demokratischen Systems



Wer unzufrieden ist

Zufriedenheit und Unzufriedenheit verteilen sich nicht gleich über die gesamte Bevölkerung: Frauen, ältere und mittlere Altersgruppen, Personen mit einfacher und mittlerer Bildung sowie Bewohnerinnen und Bewohner ländlicher Regionen gehören hier weit überdurchschnittlich häufig zu den Unzufriedenen (Abbildung 68). Dahinter stehen sowohl die Unsicherheiten, die insbesondere Ältere und Personen mit kleineren wirtschaftlichen Spielräumen heute im Hinblick auf einen möglichen Pflegebedarf empfinden, und auch die realen Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen schlagen sich nieder. Dass sich solche Ängste bei Frauen häufiger als bei Männern artikulieren, dürfte auch damit zu tun haben, dass pflegebedürftige Männer häufig noch von ihren Partnerinnen gepflegt werden, während pflegebedürftige Frauen in deutlich höherem Maße auf professionelle Pflege angewiesen sind. Dementsprechend sind von den in Heimen Gepflegten rund 70 Prozent Frauen.[30]

Unzufriedenheit wird delegiert

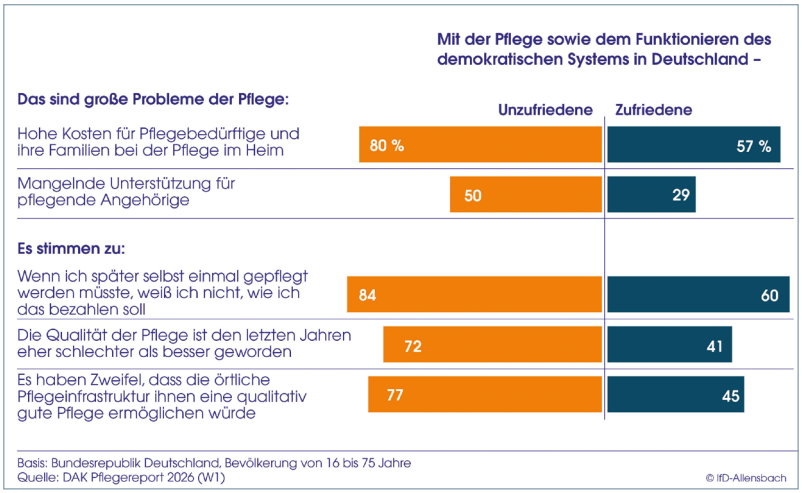
Die Mehrzahl der Unzufriedenen äußert Sympathien für Parteien an den Rändern des politischen Spektrums, die für die Zufriedenen deutlich weniger Bedeutung besitzen. In dieser Konstellation erscheinen solche Parteien für Teile der Unzufriedenen als Repräsentationsangebote, um Befürchtungen zu artikulieren und um auf Missstände hinzuweisen. Allerdings führt die Unzufriedenheit offenbar nicht zwangsweise auch zum Versuch, die Verhältnisse selbst durch eigenes Engagement zu ändern. Vielmehr finden sich Unzufriedene vergleichsweise selten unter Personen mit bürgerschaftlichem Engagement sowie unter jenen, die durch Pflegeaktivitäten Verantwortung übernommen haben. Dabei dürften sich selbstverständlich auch die unterschiedlichen Ressourcen und damit gesellschaftlichen Spielräume von Zufriedenen und Unzufriedenen auswirken (Abbildung 68).

30 Pflegebedürftige zum Jahresende 2023 nach Art der Versorgung, Altersgruppen, Pflegegraden und Geschlecht. In: Statistisches Bundesamt (2024): Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden.

Unsicherheit und Sorgen

Stärker noch als durch ihre Lebensverhältnisse und ihre Aktivitäten unterscheiden sich die Unzufriedenen von den Zufriedenen aber durch ihre Einstellungen im Hinblick auf die Pflege. So empfinden sie die zentralen Problempunkte im aktuellen Bild der Pflege, nämlich *die finanzielle Überforderung bei einer Pflege im Heim sowie die mangelnde Unterstützung der pflegenden Angehörigen* weitaus häufiger und stärker als die Zufriedenen. Zusammen mit der weit überdurchschnittlichen Wahrnehmung von Verschlechterungen in der Pflege führt das zu erheblichen Befürchtungen im Hinblick auf eine mögliche eigene Pflege. Dabei betreffen die Unsicherheiten und Zweifel sowohl die Bezahlbarkeit einer eigenen Pflege als auch die Frage, ob die örtliche Pflegeinfrastruktur für eine solche Pflege überhaupt noch ausreichen wird.

Abbildung 60: Entscheidend für die Unzufriedenheit: mehr Problemwahrnehmung, gefühltes Absicherungsdefizit und Zukunftspessimismus



Folgerungen für Pflegereform

Eine umfassende Pflegereform müsste sowohl den aktuellen finanziellen und organisatorischen Anforderungen als auch den beobachteten Verunsicherungen und Zukunftssorgen Rechnung tragen. Ein Ziel sollte sein, auch Unzufriedenen und Verunsicherten mit geringen eigenen Handlungsspielräumen verlässliche Perspektiven für die eigene Pflege und die Pflege von An- und Zugehörigen aufzuzeigen. Dabei kann das Wissen hilfreich sein, dass breite Bevölkerungsgruppen Veränderungen und zusätzliche Belastungen mittragen würden, sofern zielgerichtete Unterstützungsangebote erkennbar bleiben oder noch besser erkennbar werden. Eine entsprechend gestaltete Reform hätte nicht nur funktionale Effekte für das Pflegesystem, sondern könnte – angesichts der beobachteten Zusammenhänge – auch das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit des demokratischen Systems stärken.

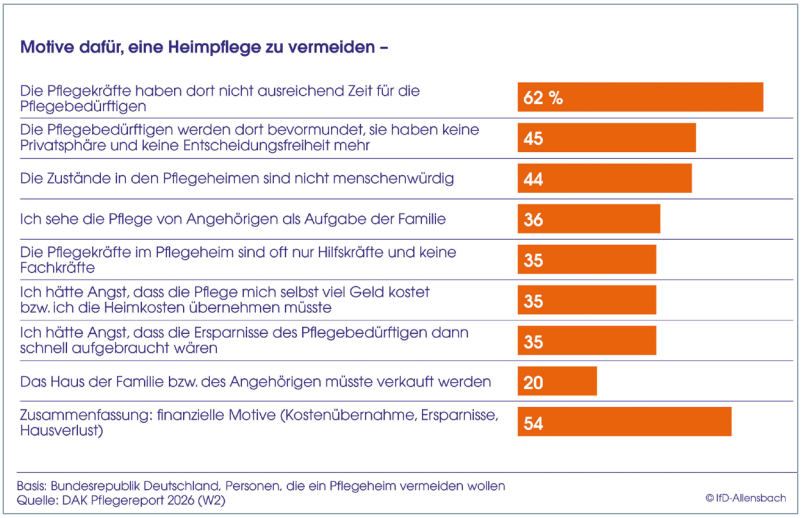
2.7 Ergänzende Abbildungen

Abbildung 61: Auswirkungen des Einblicks in die Pflege: bessere Beurteilung der Pflegequalität, stärkere Präferenz für Pflege durch An- und Zugehörige

	Es haben oder hatten –	
	Angehörige, Freunde oder Nachbarn, die gepflegt wurden %	keine solchen Angehörigen, Freunde, Nachbarn %
Es bewerten die Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland als –		
sehr gut oder gut	42	26
weniger gut oder gar nicht gut	56	69
Es würden mehr Pflege durch Angehörige, Freunde, Nachbarn –		
begrüßen	61	50
ablehnen	39	50

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung von 16 bis 75 Jahre
Quelle: DAK Pflegereport 2026 (W1)
© IfD-Allensbach

Abbildung 62: Weshalb man für Angehörige eine Pflege im Heim vermeiden möchte



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Personen, die ein Pflegeheim vermeiden wollen
Quelle: DAK Pflegereport 2026 (W2)
© IfD-Allensbach

Abbildung 63: Auch bei Hinweis auf hohe Beiträge: Die Mehrheit plädiert für eine möglichst umfassende Absicherung

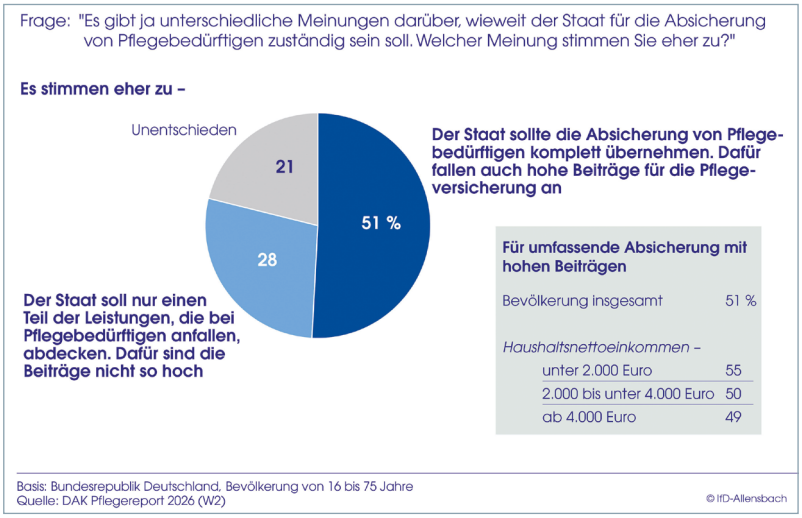


Abbildung 64: Stärkere Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen bei der Pflege: unter den unpopulären Maßnahmen noch am ehesten akzeptiert

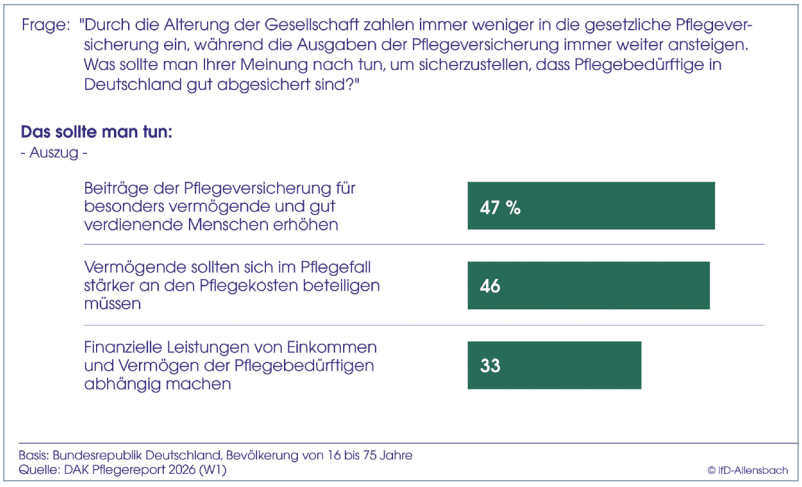


Abbildung 65: Wer auch schmerzhafte Reformen akzeptieren würde (1)

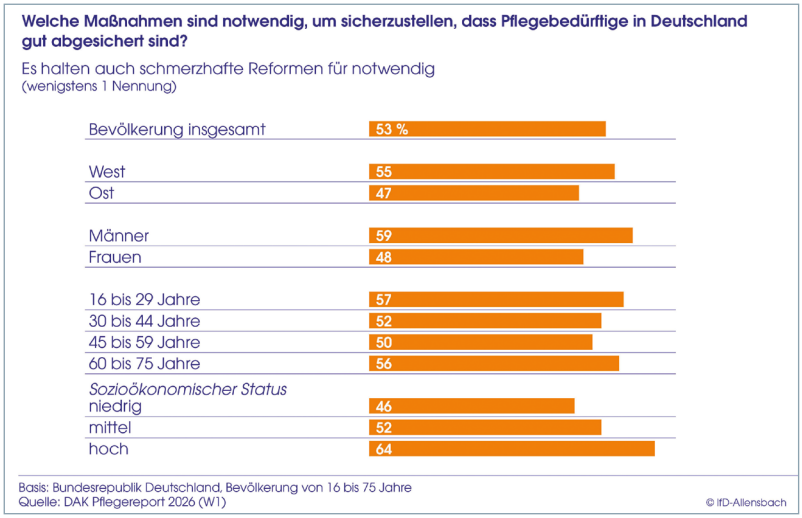


Abbildung 66: Wer auch schmerzhafte Reformen akzeptieren würde (2)

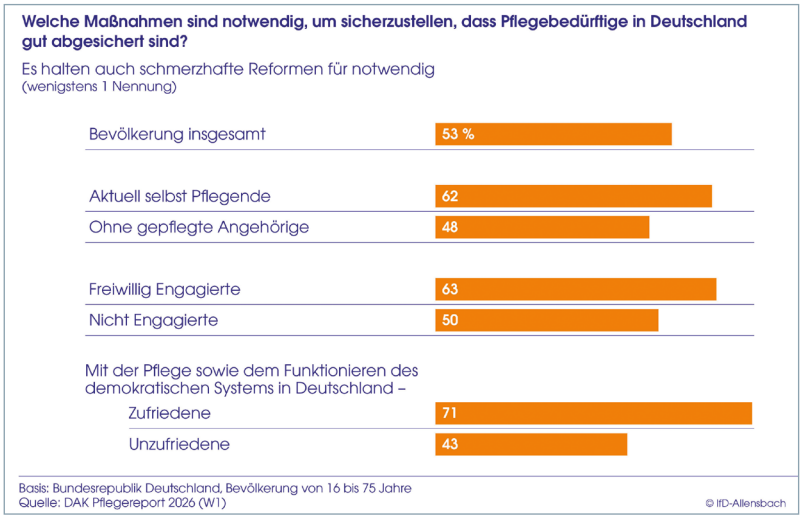


Abbildung 67: Wer sind die doppelt Unzufriedenen?

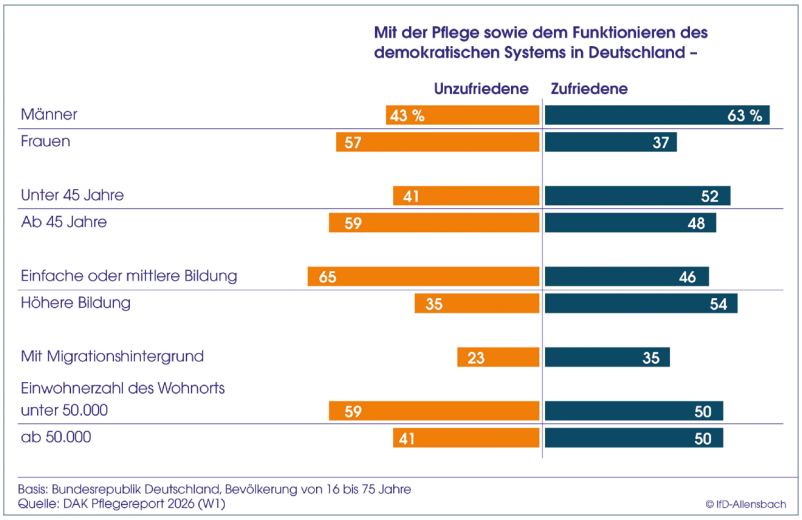
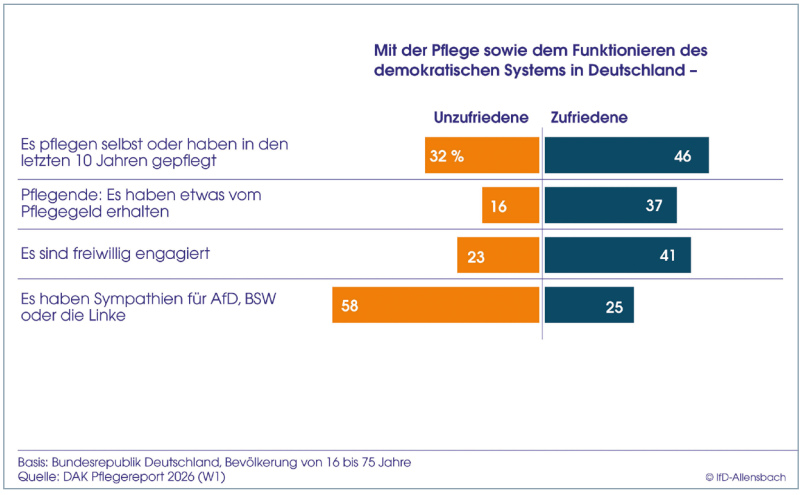


Abbildung 68: Doppelt Unzufriedene verfügen seltener über (intensive) Pflegeerfahrung und sind seltener freiwillig engagiert



2.8 Literaturverzeichnis

Blinkert, Baldo & Thomas Klie (2008): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen. In: Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Hrsg. Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas. Wiesbaden, S. 238–255.

Büscher, Andreas u. a. (2023): Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

Büscher, Andreas & Klie, Thomas (2024): Pflegegeld und privat organisierte Pflegearrangements. In: Antje Schwinger, Adelheid Kuhlmey, Stefan Greß, Jürgen Klauber, Klaus Jacobs und Susann Behrendt (Hg.): Pflege-Report 2024. Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 235–252.

Blühdorn, Ingolfur (2024): Unhaltbarkeit. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Berlin: Suhrkamp.

Bundesministerium für Gesundheit (2025b): Pflegeversicherung – Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. www.bundesgesundheitsministerium.de

Bundesministerium für Gesundheit (2025a): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand 21. August 2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2021): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand 14. Juni 2021.

Caritas (2024): Caritas-Erhebung: Lebenszeit in Pflegeeinrichtungen immer kürzer. [Online]. 04.01.2024. Verfügbar unter https://www.caritas.de/presse/pressemeldungen-dcv/caritas-erhebung-lebenszeit-in-pflegeeinrichtungen-immer-kuerzer-44fe4abe-4ad1-418d-80cd-c97c87618a0d (Abgerufen am 02.04.2026).

Deutscher Bundestag (2025): Höheres Darlehen für die Pflegeversicherung im Gesundheitsetat 2026. [Online]. Verfügbar unter https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2025/kw48-de-gesundheit-1126072 (Abgerufen am 02.04.2026).

Druyen, Thomas (2022): Pflegestudie 2022 – Babyboomer-Generation läuft blind in die Pflegekatastrophe. Wien: Opta data.

Felix, Dagmar (2024): Die Finanzierung von Maßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie über den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung: Ein verfassungswidriger Zugriff auf Sozialversicherungsbeiträge. Gutachterliche Stellungnahme, Hamburg.

Institut für Demoskopie Allensbach (2023): Individuelle Strategien zur Bewältigung des demografischen Wandels. Hrsg. Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh.

Isfort, Michael; Thomas Klie u. a. (2023): Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022. Freiburg.

Klie, Thomas (2022): DAK-Pflegereport 2022. Hrsg. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei, 2022.

Klie, Thomas (2025a): DAK-Pflegereport 2025. Hrsg. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei, 2025.

Klie, Thomas (2025b): Demokratie, Engagement und Systemvertrauen. Alte und neue Zusammenhänge. In: Thomas Klie (Hrsg.): Demokratie, Engagement und Systemvertrauen. Wiesbaden: Springer.

Klie, Thomas (2026a): Gute Pflege braucht professionelle Unterstützung. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 26. Januar 2026.

Klie, Thomas (2026b): Pflegearmut. Eine explorative Studie. Berlin: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, 2026.

Roose, Jochen (2021): Lebensstilvielfalten vor der Bundestagswahl 2021. Berlin: KAS.

Rothgang, Heinz u. a. (2026): Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Entwicklung der Sozialhilfequote 2024–2035 unter Berücksichtigung aktueller Reformoptionen. Hamburg: DAK-Gesundheit, Februar 2026.

Schwinger, Antje & Zok, Klaus (2024): Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. WIdO monitor, Ausgabe 1/2024.

Der Spiegel (2025): Die erste Pflegekasse muss gerettet werden. [Online]. (11.3.2025) Verfügbar unter https://www.spiegel.de/wirtschaft/die-erste-pflegekasse-muss-gerettet-werden-ac6b5ad2d-72a6-4767-b39c-da702390f3d3 (Abgerufen am 02.04.2026).

Statistisches Bundesamt (2024a): 5,7 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2023. Pressemitteilung Nr. 478 vom 18. Dezember 2024.

Statistisches Bundesamt (2024b): Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2023): Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Pressemitteilung vom 30. März 2023.

Tagesschau (2025): „Der Pflege steht das Wasser bis zum Hals" [Online] (14.3.2025). Verfügbar unter https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/pflegeversicherung-112.html (Abgerufen am 02.04.2026).

3. Analyse von GKV-/SPV-Routinedaten zu Versorgungsmustern bei Pflegebedürftigkeit

Helmut Hildebrandt, Philip Lewin, Pascal Wendel, Indra Rojahn

Dieses Kapitel analysiert Versorgungsmuster bei Pflegebedürftigkeit auf Basis von GKV-/SPV-Routinedaten von Versicherten der DAK-Gesundheit mit Bezug zum SGB XI. Ziel ist es, zentrale Muster des Versorgungsgeschehens sichtbar zu machen, die für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und ihrer Schnittstellen relevant sind. Im Mittelpunkt stehen der Eintritt in Pflegebedürftigkeit, Pflegeverläufe, regionale Unterschiede sowie Akutereignisse mit Krankenhausaufnahmen und Transporten.

Die Analysen sollen Hinweise auf auffällige Versorgungskonstellationen, kritische Übergänge und mögliche Steuerungsbedarfe liefern. Dazu werden Routinedaten entlang mehrerer Fragestellungen ausgewertet, die unterschiedliche Abschnitte des Versorgungsgeschehens abbilden – von Eintrittsmustern und Pflegeverläufen über regionale Unterschiede bis hin zu akuten Versorgungssituationen.

Ein besonderer Fokus liegt auf Fragestellungen, die für die Versorgungspraxis und die regionale Steuerung von Bedeutung sind. Dazu zählen unter anderem Unterschiede zwischen Regionen, kurze Krankenhausaufenthalte von pflegebedürftigen Versicherten, transportbezogene Belastungen sowie Hinweise auf problematische Versorgungskonstellationen in spezifischen Settings. Die Ergebnisse sind als empirische Grundlage für die Einordnung von Versorgungsproblemen sowie für die Ableitung von Prüf- und Handlungsbedarfen zu verstehen.

Das Kapitel trifft keine Aussagen zur Wirksamkeit einzelner Reformmaßnahmen oder Versorgungsangebote. Vielmehr werden auf Basis der vorliegenden Routinedaten Muster beschrieben, die auf Versorgungsprobleme hindeuten können und deshalb fachlich und gesundheitspolitisch eingeordnet werden müssen.

Der Ergebnisteil gliedert sich in zwei Abschnitte: Zunächst geht es um Wege in höhere Pflegegrade und um schwere Pflegeverläufe. Danach folgen Analysen zu belasteten Versorgungsschnittstellen, insbesondere im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten, Transporten und Krisensituationen.

3.1 Methodik und Datengrundlage

Grundlage der Analysen sind Routinedaten aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) mit Bezug zum Leistungs- und Versorgungsgeschehen nach SGB XI. Die Auswertungen basieren auf anonymisierten Abrechnungs- und Leistungsdaten, die für definierte Beobachtungszeiträume und Populationen analysiert wurden.

Je nach Fragestellung werden unterschiedliche Teilpopulationen betrachtet. Dazu zählen insbesondere pflegebedürftige Versicherte der DAK-Gesundheit nach Pflegegrad, Versicherte der DAK-Gesundheit beim Eintritt in Pflegebedürftigkeit, Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner der DAK-Gesundheit sowie Teilgruppen mit bestimmten Indikationen oder Versorgungskonstellationen. Die genaue Fallabgrenzung wird in den jeweiligen Abschnitten dargestellt.

Für die Analysen werden Variablen aus dem Kranken- und Pflegeversicherungsgeschehen kombiniert. Dazu gehören insbesondere Pflegegrad, Alter und weitere demografische Merkmale, Diagnosen auf Basis der ICD-10-Klassifikation, Krankenhausaufenthalte einschließlich kurzer Aufenthalte, Transportleistungen und Einsatztypen sowie regionale Zuordnungen, etwa auf Ebene von Bundesländern oder Kreisen.

Das Kapitel stützt sich methodisch vor allem auf deskriptive Auswertungen, Gruppenvergleiche und regionale Gegenüberstellungen. Für Verlaufsfragestellungen werden ergänzend zeitbezogene Verfahren eingesetzt, darunter kumulative Inzidenzen sowie Auswertungen zu Übergängen in höhere Pflegegrade. Regionale Unterschiede werden mit Quintilvergleichen und Streuungsmaßen beschrieben.

Die Auswertungen folgen einer einheitlichen Grundlogik: Auf die Beschreibung von Verteilungen und Unterschieden folgt die Einordnung der Befunde in den Versorgungskontext sowie eine Diskussion möglicher Implikationen für Versorgung und Steuerung.

3.1.1 Übergreifende methodische Limitationen

Die Analyse von GKV-/SPV-Routinedaten ermöglicht eine breit angelegte und standardisierte Betrachtung des Versorgungsgeschehens. Gleichzeitig sind bei der Interpretation der Ergebnisse methodische Grenzen zu berücksichtigen.

Routinedaten werden primär für Abrechnungs- und Verwaltungszwecke erhoben. Sie bilden daher das dokumentierte Leistungs- und Abrechnungsgeschehen ab, nicht die Versorgungssituation in ihrer gesamten fachlichen und sozialen Komple-

xität. Aussagen zur Versorgungsqualität, Angemessenheit oder Vermeidbarkeit einzelner Ereignisse sind deshalb nur eingeschränkt möglich.

Zudem können Kodier- und Dokumentationsunterschiede die Vergleichbarkeit beeinflussen, insbesondere bei Diagnosen, Leistungscodes und der Abgrenzung bestimmter Versorgungskonstellationen. Auch regionale Unterschiede können auf eine Vielzahl von Faktoren zurückgehen, etwa auf Morbiditäts- oder Altersstruktur, Versorgungsangebote, Erreichbarkeit, Krankenhauslandschaft oder lokale Versorgungsorganisation. Die Analysen machen solche Unterschiede sichtbar, erklären sie aber nicht abschließend.

Die Ergebnisse zeigen Häufigkeiten, Verteilungen und Unterschiede im Datensatz, ohne kausale Zusammenhänge zu einzelnen Maßnahmen oder Strukturen zu liefern. Sie werden daher zurückhaltend interpretiert und dienen als empirische Hinweise auf Versorgungsmuster und mögliche Problembereiche.

3.2 Ergebnisse

3.2.1 Eintritt und Übergänge in hohe Pflegegrade

Die folgenden Analysen widmen sich der Frage, wie sich schwerer Pflegebedarf in den Routinedaten abzeichnet. Betrachtet werden Eintritte in höhere Pflegegrade im zeitlichen Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten sowie Pflegeverläufe mit besonderem Blick auf Übergänge in hohe Pflegegrade.

3.2.1.1 Methodisches Vorgehen

Dieser Abschnitt verbindet drei Perspektiven. Erstens wird untersucht, in welchem zeitlichen Zusammenhang erstmalig beobachtete Eintritte in Pflegegrad 3 oder 4 mit vorausgehenden Krankenhausaufenthalten stehen. Zweitens wird betrachtet, wie häufig nach erstem Eintritt in Pflegegrad 2 oder 3 innerhalb von 36 Monaten ein Übergang in Pflegegrad 4 oder 5 erfolgt. Drittens wird diagnosezentriert ausgewertet, bei welchen Morbiditätsfeldern und ausgewählten Diagnosen Übergänge in Pflegegrad 4 oder 5 besonders häufig oder besonders früh auftreten.

Je nach Fragestellung kommen unterschiedliche Kohorten und Beobachtungsfenster zum Einsatz. Für die Krankenhausvorgeschichte werden erstmalige Eintritte in Pflegegrad 3 oder 4 im Zeitraum von 2018 bis 2024 analysiert. Krankenhausaufenthalte werden dabei in definierten Vorlaufzeiträumen vor dem Pflegeeintritt betrachtet. Für die Verlaufsanalysen werden kumulative Inzidenzen berichtet. Der Tod wird dabei als konkurrierendes Ereignis berücksichtigt. Die startgradbezogene Verlaufsanalyse bezieht sich auf erste im Datensatz beobachtete Eintritte in Pflegegrad 2 oder 3 im Zeitraum 2020 bis Ende 2021. Die diagnosebezogenen Ana-

lysen beziehen sich auf die erstmalige Dokumentation ausgewählter Diagnosen in der Primärkohorte von 2020 bis 2021 mit bis zu 36 Monaten Nachbeobachtung.

Soweit für die Interpretation relevant, werden analysespezifische Besonderheiten direkt in den jeweiligen Teilabschnitten aufgegriffen.

3.2.1.2 Krankenhausfälle vor Eintritt in einen höheren Pflegegrad

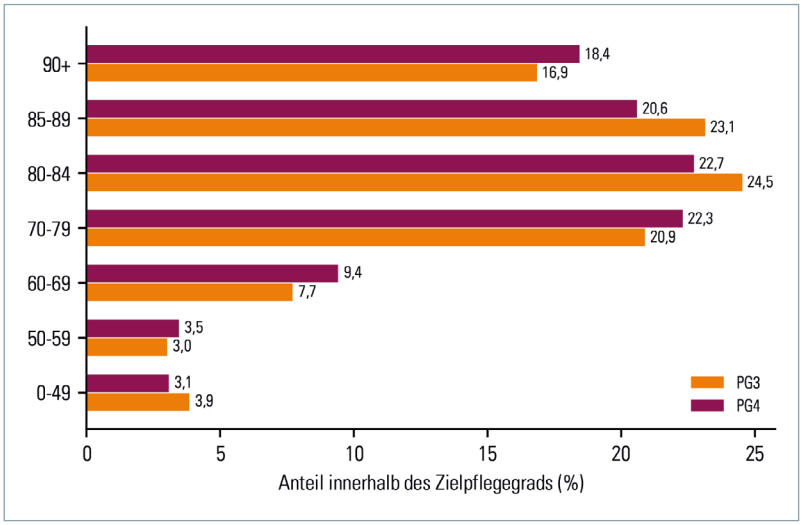
Diese Analyse untersucht den Zusammenhang zwischen Eintritt in einen höheren Pflegegrad und vorausgehenden Krankenhausaufenthalten. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie häufig Eintritte in Pflegegrad 3 oder 4 in zeitlicher Nähe zu stationären Behandlungen auftreten, wie sich diese Eintritte nach Alter und Zielpflegegrad verteilen und welche klinischen Konstellationen kurz zuvor besonders häufig dokumentiert sind.

Damit richtet sich der Blick auf eine sensible Phase im Versorgungspfad. Wenn ein höherer Pflegegrad häufig kurz nach einem Krankenhausaufenthalt erstmals beobachtet wird, verweist dies auf die Bedeutung der Übergänge zwischen akutstationärer Versorgung, Entlassung, postakuter Stabilisierung und dauerhafter pflegerischer Unterstützung. Erkennbar wird damit, an welchen Stellen sich wachsender Unterstützungsbedarf und mögliche Versorgungsbrüche besonders häufig überlagern.

Eintritte in Pflegegrad 3 überwiegen deutlich und nehmen über die Jahre zu

Die Kohorte umfasst 473.843 erste beobachtete Eintritte in Pflegegrad 3 oder 4 bei Versicherten der DAK-Gesundheit zwischen 2018 und 2024. Davon entfallen 80,4 Prozent auf Pflegegrad 3 und 19,6 Prozent auf Pflegegrad 4. Der Eintritt in Pflegegrad 3 stellt damit den deutlich größeren Anteil der beobachteten Fälle. Im Zeitverlauf steigt die Zahl der Eintritte bis 2024 um rund 30,3 Prozent. Der höchste Wert wird 2023 erreicht. 2024 liegt der Wert knapp 1,0 Prozent unter dem Vorjahresniveau. Insgesamt zeigt sich damit über den Beobachtungszeitraum ein deutlicher Anstieg der im Datensatz erfassten Eintritte in höhere Pflegegrade.

Abbildung 69: Altersverteilung erstmaliger Eintritte in Pflegegrad 3 und Pflegegrad 4 bei Versicherten der DAK-Gesundheit 2018 bis 2024, Anteile an allen Eintritten



Quelle: eigene Darstellung

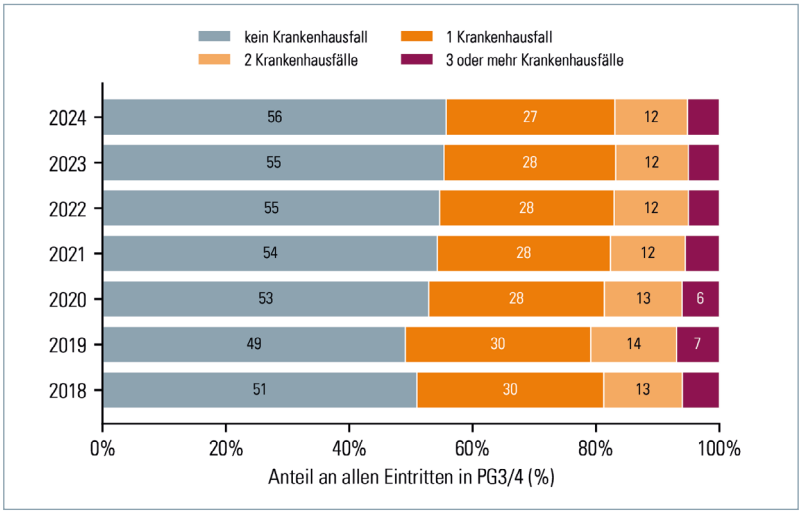
Ersteintritte in hohe Pflegegrade konzentrieren sich klar auf höheres Lebensalter

Die Altersverteilung zeigt, dass Eintritte in höhere Pflegegrade ganz überwiegend in hohem Lebensalter auftreten (Abbildung 69). Mehr als vier Fünftel der Eintritte entfallen sowohl bei Pflegegrad 3 als auch bei Pflegegrad 4 auf Personen ab 70 Jahren. Bei Eintritten in Pflegegrad 3 liegen die stärksten Altersgruppen bei 80 bis 84 Jahren mit 24,5 Prozent und bei 85 bis 89 Jahren mit 23,1 Prozent. Bei Eintritten in Pflegegrad 4 konzentriert sich das Geschehen ebenfalls auf hohe Altersgruppen. Hier entfallen 22,7 Prozent auf 80 bis 84 Jahre und 22,3 Prozent auf 70 bis 79 Jahre. Der erstmalige Wechsel in einen höheren Pflegegrad tritt hauptsächlich im höheren Lebensalter auf. Zugleich erscheinen Eintritte in Pflegegrad 4 etwas breiter über die Altersgruppen ab 60 Jahren verteilt, während sich Eintritte in Pflegegrad 3 stärker auf die Altersgruppen zwischen 80 und 89 Jahren konzentrieren.

Knapp die Hälfte der Eintritte in Pflegegrad 3 oder 4 folgt auf einen Krankenhausaufenthalt

In den letzten 90 Tagen vor dem Eintritt in Pflegegrad 3 oder 4 hatte knapp die Hälfte der Kohorte mindestens einen Krankenhausfall. Auf genau einen Krankenhausaufenthalt entfielen 28,5 Prozent, auf zwei 12,4 Prozent und auf drei oder mehr 5,6 Prozent. Umgekehrt hatten 53,5 Prozent keinen Krankenhausaufenthalt in den letzten 90 Tagen. Der Zusammenhang zwischen Krankenhauskontakt und Pflegeeintritt ist damit deutlich, ohne dass stationäre Voraufenthalte die Kohorte insgesamt dominieren.

Abbildung 70: Anzahl der Krankenhausfälle in den letzten 90 Tagen vor erstmaligem Eintritt in Pflegegrad 3 oder 4, Anteile an allen Eintritten



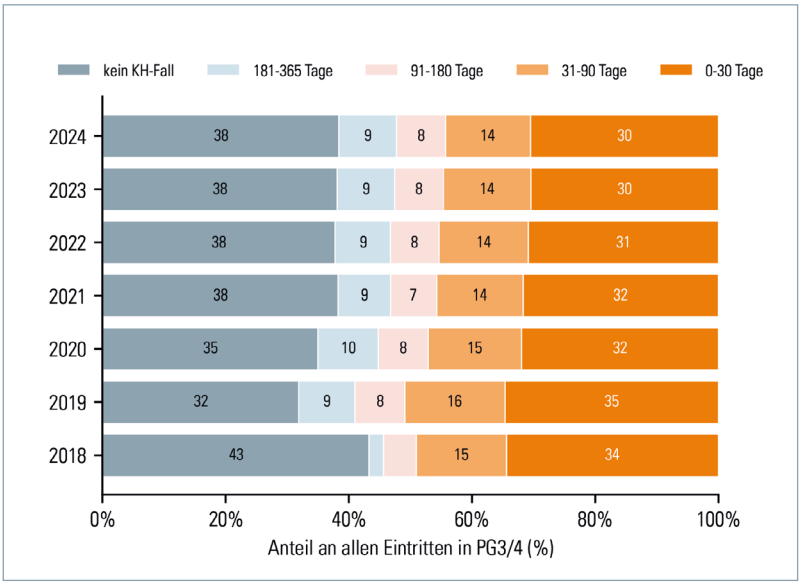
Quelle: eigene Darstellung

Auch im Zeitverlauf bleibt dieses Muster bemerkenswert stabil (Abbildung 70). Der Anteil ohne Krankenhausaufenthalt in den letzten 90 Tagen steigt moderat von 51,0 Prozent im Jahr 2018 auf 55,7 Prozent im Jahr 2024. Zugleich bleibt aber in allen Jahren ein großer Anteil mit mindestens einem stationären Aufenthalt kurz vor dem Eintritt in einen höheren Pflegegrad bestehen. Die Nähe zwischen Krankenhausereignis und Pflegeeintritt ist damit kein Randphänomen einzelner Jahre, sondern ein strukturelles Muster.

Die Nähe von Krankenhaus und Pflegeeintritt bleibt über die Jahre ein stabiles Muster

3.2.1.3 Zeitliche Nähe zum letzten Krankenhausaufenthalt

Abbildung 71: Zeit seit dem letzten Krankenhausaufenthalt vor erstmaligem Eintritt in Pflegegrad 3 oder 4, Anteile an allen Eintritten



Quelle: eigene Darstellung

Besonders häufig liegt der letzte Krankenhausaufenthalt weniger als 30 Tage zurück

Bei 31,9 Prozent der Kohorte lag der letzte Krankenhausfall in den letzten 30 Tagen vor dem Eintritt in Pflegegrad 3 oder 4. Bei weiteren 14,6 Prozent lag er 31 bis 90 Tage zurück. Zusammen war damit bei 46,5 Prozent der Kohorte ein Krankenhausaufenthalt innerhalb von 90 Tagen vor dem Pflegeeintritt dokumentiert. Innerhalb von 365 Tagen vor dem Eintritt trifft dies auf 62,5 Prozent zu. Umgekehrt war bei 37,5 Prozent kein Krankenhausaufenthalt innerhalb des letzten Jahres dokumentiert.

Besonders sensibel ist die Phase zwischen Akutereignis, Entlassung und wachsendem Pflegebedarf

Auffällig ist die Konzentration im engsten Zeitfenster: Die Gruppe mit einem Krankenhausaufenthalt in den letzten 30 Tagen ist größer als jede der übrigen Zeitspannen innerhalb des vorausgegangenen Jahres. Das spricht dafür, dass der Eintritt in einen höheren Pflegegrad häufig nicht nur mit einer allgemeinen stationären Vorbelastung, sondern mit einem zeitlich sehr nahen Akutereignis verbunden ist. Erkennbar wird damit eine besonders sensible Übergangsphase zwischen Krankenhaus, Entlassung und anschließendem höherem Unterstützungsbedarf.

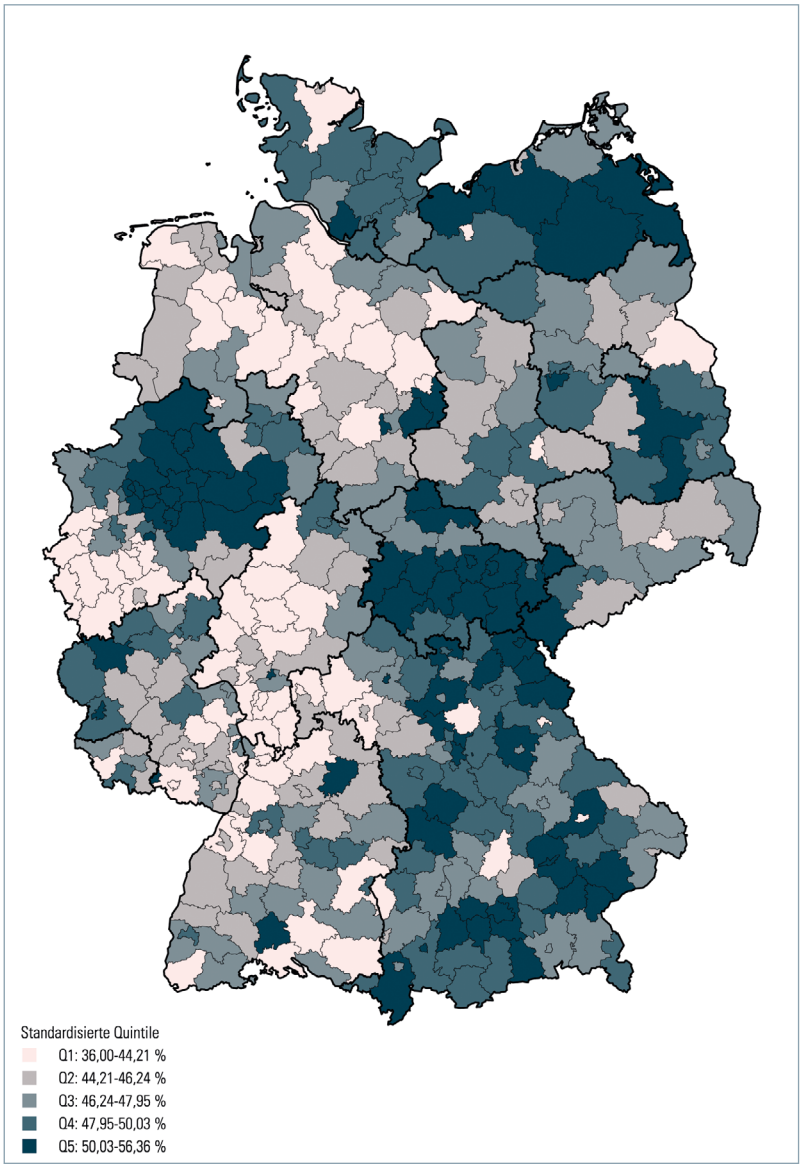
Auch über die Jahre hinweg bleibt dieses Muster bestehen (Abbildung 71). Der Anteil mit einem Krankenhausaufenthalt in den letzten 30 Tagen bewegt sich durchgehend auf hohem Niveau und liegt zwischen 30,5 Prozent im Jahr 2024 und 34,6 Prozent im Jahr 2019. Der Eintritt in einen höheren Pflegegrad erscheint

damit häufig als Teil eines Versorgungspfads, in dem stationäre Behandlung, funktionelle Verschlechterung und wachsender Pflegebedarf eng aufeinander folgen.

Regionen unterscheiden sich deutlich darin, wie oft Pflegeeintritte auf Krankenhausnähe folgen

Ergänzend zeigt die regionale Perspektive, dass sich die Krankenhausnähe vor dem Eintritt in Pflegegrad 3 oder 4 nicht in allen Regionen in gleicher Weise ausprägt (Abbildung 72). Auf Bundeslandebene reicht der standardisierte Anteil erstmaliger Eintritte in Pflegegrad 3 oder 4 mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt in den vorangehenden 90 Tagen von 43,0 Prozent in Hessen bis 51,6 Prozent in Thüringen. Ebenfalls hohe Werte zeigen Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern, während Niedersachsen und Baden-Württemberg am unteren Ende liegen. In einem Teil der Regionen geht damit etwa jedem zweiten Eintritt in einen höheren Pflegegrad ein zeitnaher Krankenhauskontakt voraus.

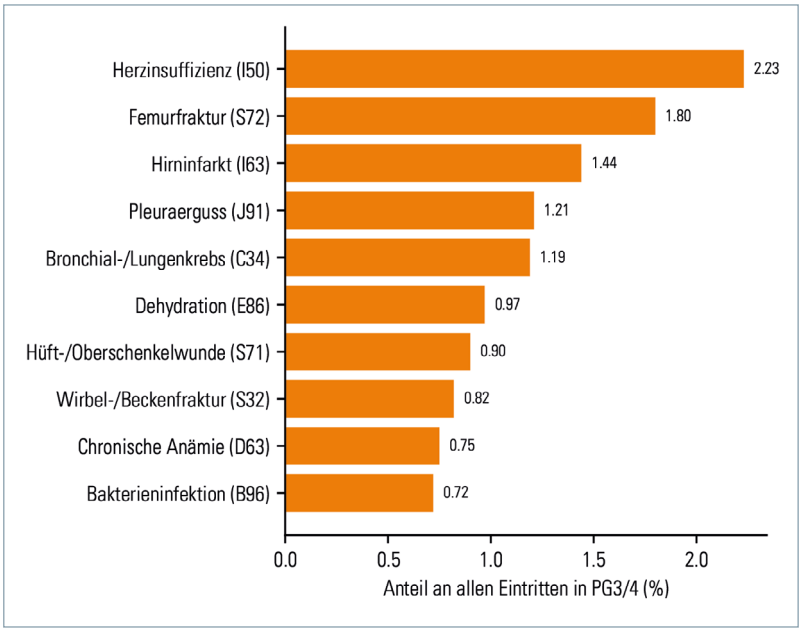
Abbildung 72: Anteil erstmaliger Eintritte in Pflegegrad 3 oder 4 mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt in den vorangehenden 90 Tagen, regional standardisiert



Quelle: eigene Darstellung

3.2.1.4 Häufige Krankenhaus-Hauptdiagnosen im Vorfeld

Abbildung 73: Häufigste Krankenhaus-Hauptdiagnosen in den letzten 30 Tagen vor erstmaligem Eintritt in Pflegegrad 3 oder 4, Anteile an allen Eintritten



Quelle: eigene Darstellung

Vor Pflegeeintritt dominieren schwere internistische, neurologische und traumatologische Diagnosen

Die Hauptdiagnosen der Krankenhausaufenthalte in den letzten 30 Tagen vor dem Eintritt in einen höheren Pflegegrad weisen auf ein klinisch heterogenes, aber klar akzentuiertes Muster hin (Abbildung 73).

Am häufigsten dokumentiert sind Herzinsuffizienz mit 2,2 Prozent aller Eintritte, Femurfraktur (Oberschenkelhalsbruch) mit 1,8 Prozent sowie Hirninfarkt mit 1,4 Prozent. Es folgen Pleuraerguss und Bronchial- beziehungsweise Lungenkrebs mit jeweils 1,2 Prozent. Ebenfalls unter den häufigsten Diagnosen finden sich Dehydration, Hüft- beziehungsweise Oberschenkelwunde, Wirbel- beziehungsweise Beckenfraktur, chronische Anämie und bakterielle Erreger.

Vor dem Eintritt verdichten sich akute Ereignisse, Krankheitslast und funktionelle Risiken

In der Zusammenschau treten damit mehrere klinische Konstellationen hervor. Zum einen finden sich akute oder akut dekompensierte internistische Krankheitsbilder wie Herzinsuffizienz und Dehydration. Zum anderen erscheinen schwere neurologische und traumatologische Ereignisse wie Hirninfarkt, Femurfraktur sowie weitere verletzungsnahe Diagnosen. Hinzu kommen onkologische Konstellationen wie Bronchial- und Lungenkrebs. Der Eintritt in einen höheren Pflegegrad ist damit im engen zeitlichen Vorfeld häufig mit schweren somatischen Ereignissen, akuter Verschlechterung oder fortgeschrittener Krankheitslast verbunden.

Die pflegegradspezifische Auswertung zeigt zugleich Unterschiede zwischen Eintritten in Pflegegrad 3 und Pflegegrad 4. Unter den Eintritten in Pflegegrad 3 mit mindestens einer Krankenhausdiagnose im 30-Tage-Fenster sind Herzinsuffizienz mit 7,1 Prozent, Femurfraktur mit 5,7 Prozent und Hirninfarkt mit 4,1 Prozent die häufigsten Diagnosen. Danach folgen Pleuraerguss, Bronchial- und Lungenkrebs, Dehydration, Hüft- beziehungsweise Oberschenkelwunde, Wirbel- beziehungsweise Beckenfraktur, bakterielle Infektionen und COPD. Bei Eintritten in Pflegegrad 4 zählen Herzinsuffizienz mit 6,3 Prozent, Bronchial- beziehungsweise Lungenkrebs mit 5,5 Prozent, Hirninfarkt mit 5,4 Prozent und Femurfraktur mit 5,2 Prozent ebenfalls zu den häufigsten Diagnosen. Daneben treten jedoch chronische Anämie, Pankreaskarzinom und Metastasen stärker hervor.

Eintritte in Pflegegrad 4 stehen häufiger im Kontext besonders schwerer klinischer Verläufe

Diese Unterschiede deuten darauf hin, dass Eintritte in Pflegegrad 4 häufiger im Umfeld besonders schwerer und fortgeschrittener klinischer Konstellationen beobachtet werden, während bei Eintritten in Pflegegrad 3 Herzinsuffizienz, Frakturen und andere verletzungsnahe Ereignisse etwas stärker in den Vordergrund rücken. Zugleich bleibt das gemeinsame Grundmuster deutlich: In beiden Zielpflegegraden treten Eintritte in höhere Pflegegrade häufig nach stationären Ereignissen auf, die auf erhebliche funktionelle Einschränkungen, Multimorbidität oder eine akute gesundheitliche Destabilisierung hinweisen. Die Diagnoseauswertung wurde ergänzend auch für ein 90-Tage-Fenster vor dem Pflegeeintritt betrachtet, um neben dem unmittelbaren Vorfeld auch eine etwas weiter zurückreichende Phase gesundheitlicher Destabilisierung einzubeziehen. Dabei zeigen sich keine grundlegenden inhaltlichen Unterschiede. Die gleichen Krankheitsfelder bleiben prägend und gewinnen im breiteren Zeitfenster vor allem an Gewicht. Nur einzelne Rangfolgen verschieben sich leicht, etwa zugunsten zerebrovaskulärer Konstellationen. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass ein höherer Pflegebedarf häufig im Zusammenhang mit vorausgehenden stationären Ereignissen sichtbar wird und nicht als isoliertes Ereignis auftritt.

3.2.1.5 Übergänge in Pflegegrad 4 oder 5 nach Eintritt in Pflegegrad 2 oder 3

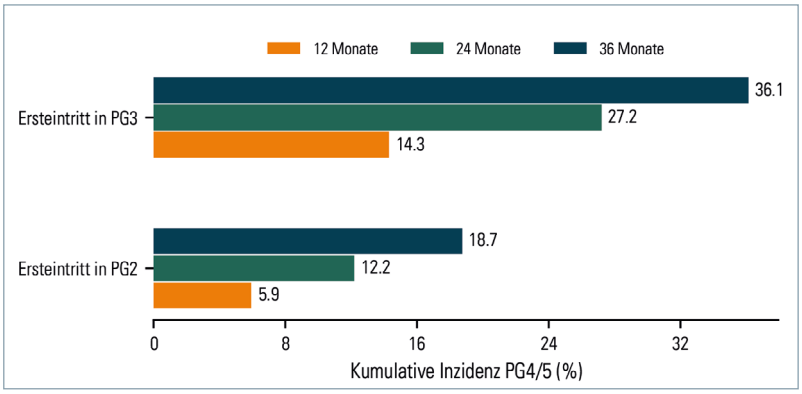
In diesem Abschnitt verschiebt sich der Blick von den Krankenhausfällen vor dem Pflegeeintritt auf den weiteren Verlauf bis in hohe Pflegegrade.

Zunächst wird untersucht, wie häufig Pflegebedürftige nach erstem Eintritt in Pflegegrad 2 oder 3 innerhalb von 12, 24 und 36 Monaten in Pflegegrad 4 oder 5 übergehen. Diese Analyse gibt einen Überblick über die weitere Entwicklung der Pflegeverläufe, bevor spezifische Diagnosen verglichen werden.

Für beide Kohorten wird jeweils der erste im Datensatz beobachtete Eintritt in den betreffenden Pflegegrad im Zeitraum 2020 bis Ende 2021 als Ausgangspunkt gewählt. Frühere niedrigere Pflegegrade sind dabei möglich. Als Hauptereignis gilt das erstmalige Erreichen von Pflegegrad 4 oder 5. Berichtet wird die kumulative

Inzidenz nach 12, 24 und 36 Monaten unter Berücksichtigung des Todes als konkurrierendes Ereignis.

Abbildung 74: Kumulative Inzidenz eines Übergangs in Pflegegrad 4 oder 5 nach 12, 24 und 36 Monaten nach erstmaligem Eintritt in Pflegegrad 2 beziehungsweise Pflegegrad 3



Quelle: eigene Darstellung

Nach Eintritt in Pflegegrad 3 ist der Übergang in Pflegegrad 4 oder 5 deutlich wahrscheinlicher

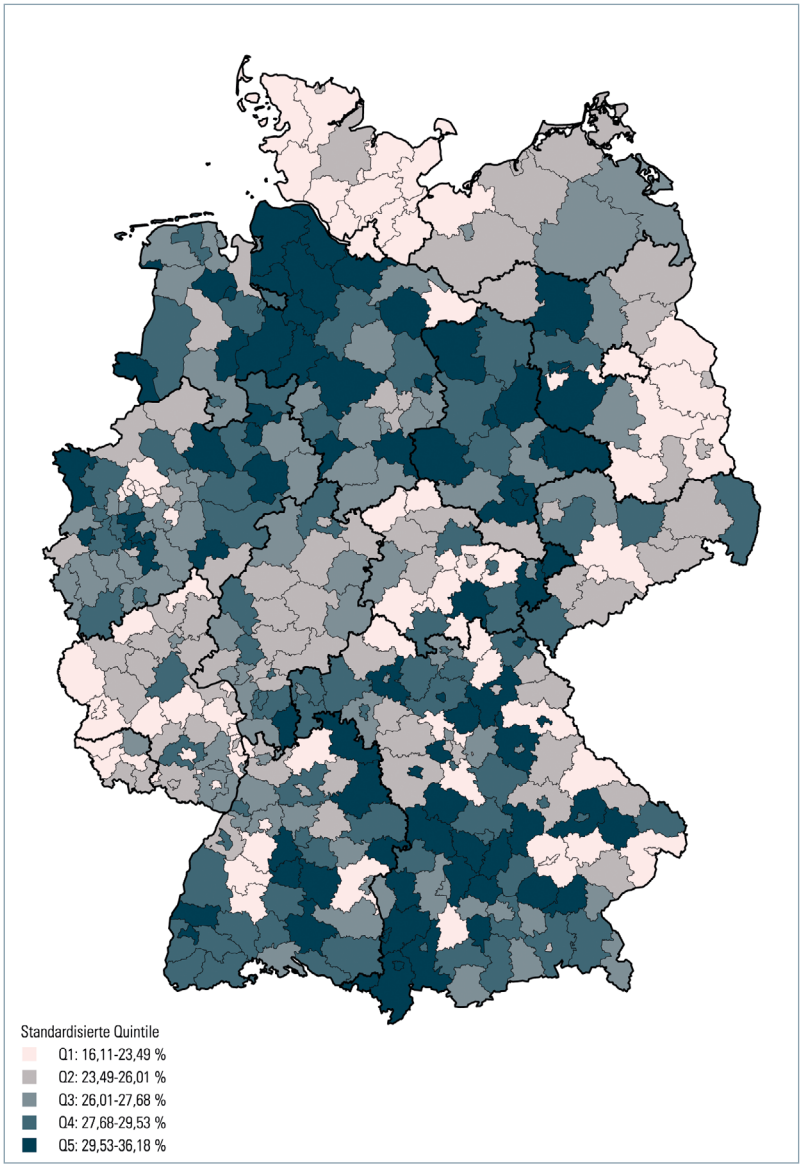
Abbildung 74 zeigt über 12, 24 und 36 Monate einen deutlichen Unterschied zwischen beiden Einstiegskohorten. Zu jedem Beobachtungszeitpunkt liegt die kumulative Inzidenz nach erstmals beobachtetem Eintritt in Pflegegrad 3 deutlich über derjenigen nach Eintritt in Pflegegrad 2. Nach 36 Monaten beträgt sie 36,1 Prozent nach erstmals beobachtetem Eintritt in Pflegegrad 3 und 18,7 Prozent nach Eintritt in Pflegegrad 2. Pflegegrad 3 markiert damit häufig bereits einen fortgeschritteneren Punkt im Pflegeverlauf.

Für die Interpretation ist wichtig, dass sich beide Kohorten auch in ihrer Vorgeschichte unterscheiden. Bei 83,0 Prozent der Eintritte in Pflegegrad 2 handelt es sich zugleich um den ersten im Datensatz beobachteten Pflegegrad überhaupt. Bei den Eintritten in Pflegegrad 3 gilt dies nur für 40,9 Prozent. Häufig geht dem erstmals beobachteten Eintritt in Pflegegrad 3 also bereits ein niedrigerer Pflegegrad voraus. Der PG3-Befund beschreibt damit vielfach einen bereits weiter fortgeschrittenen Pflegeverlauf.

Auch bei weiteren Pflegeverläufen zeigt sich eine klare regionale Spannweite

Auch für die weiteren Pflegeverläufe zeigt die regionale Perspektive eine erkennbare Spannweite (Abbildung 75). Die nach Startgrad standardisierte kumulative Inzidenz eines Übergangs in Pflegegrad 4 oder 5 innerhalb von 36 Monaten nach erstem Eintritt in Pflegegrad 2 oder 3 reicht auf Bundeslandebene von 20,8 Prozent in Schleswig-Holstein bis 29,8 Prozent in Sachsen-Anhalt. Ebenfalls hohe Werte zeigen Niedersachsen und Bremen, während Berlin und Hamburg am unteren Ende liegen. Sichtbar werden damit deutliche regionale Unterschiede in der weiteren Verdichtung von Pflegebedarf.

Abbildung 75: Startgrad-standardisierte kumulative Inzidenz des Übergangs in Pflegegrad 4 oder 5 innerhalb von 36 Monaten nach Eintritt in Pflegegrad 2 oder 3



Quelle: eigene Darstellung

Die bisherigen Auswertungen zeigen, wie deutlich sich Übergänge in hohe Pflegegrade bereits zwischen den beiden Einstiegskohorten unterscheiden. Noch offen bleibt, in welchen Morbiditätsfeldern und bei welchen Diagnosen diese Verläufe besonders häufig oder besonders früh auftreten. Diese Frage steht im Fokus der folgenden diagnosezentrierten Auswertung.

3.2.1.6 Pflegeverläufe nach Hauptindikation

Diese Analyse untersucht den Zeitraum von der erstmaligen Dokumentation ausgewählter Diagnosen bis zum ersten dokumentierten Eintritt in einen hohen Pflegegrad, also Pflegegrad 4 oder 5. Im Mittelpunkt steht die Frage, in welchen Morbiditätsfeldern und bei welchen spezifischen Diagnosen besonders häufige oder besonders frühe Übergänge in hohe Pflegeverläufe auftreten.

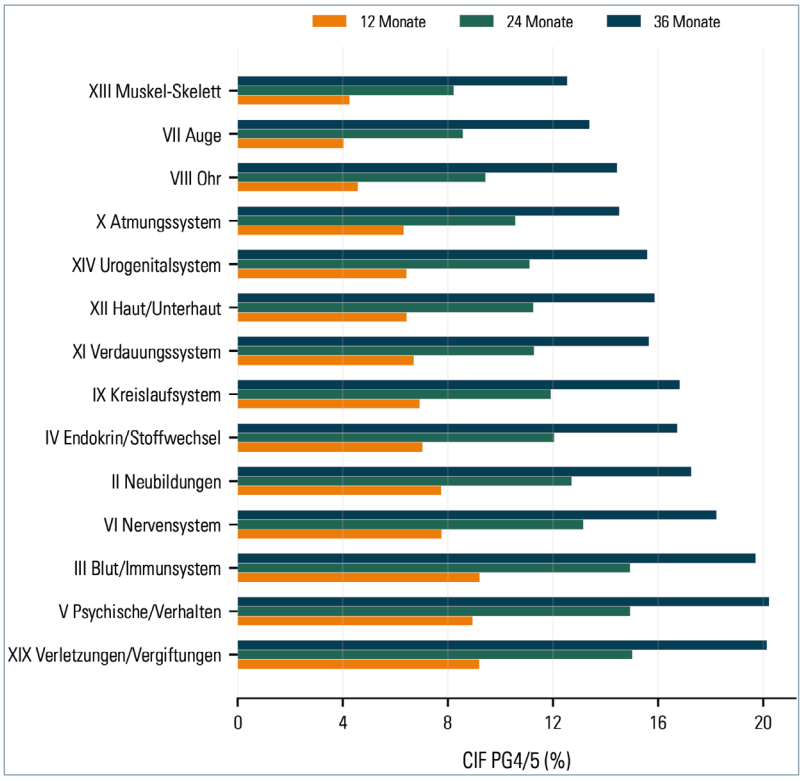
Die Analyse macht deutlich, in welchen Krankheits- und Versorgungskonstellationen schwere Pflegebedarfe gehäuft auftreten und wo sich Hinweise auf erhöhten Unterstützungs-, Präventions- oder Rehabilitationsbedarf ergeben. Vor dem Hintergrund der aktuellen Reformdiskussion sind insbesondere solche Konstellationen von Interesse, in denen sich schwere Pflegeverläufe früh abzeichnen.

Schon die Ausgangskohorte ist von hoher Ereignis- und Sterbelast geprägt

Die Primärkohorte 2020 bis 2021 mit bis zu 36 Monaten Nachbeobachtung umfasst 985.637 diagnosebezogene Beobachtungseinheiten. Das mediane Alter bei erstmaliger Dokumentation der Diagnose liegt bei 81 Jahren. Die kumulative Inzidenz für einen Eintritt in Pflegegrad 4 oder 5 liegt nach 12 Monaten bei 9,5 Prozent, nach 24 Monaten bei 15,5 Prozent und nach 36 Monaten bei 20,9 Prozent. Der rohe Anteil der Personen, die vor oder ohne einen dokumentierten Eintritt in Pflegegrad 4 oder 5 versterben, liegt bei 22,0 Prozent.

Unterschiede zwischen ICD-Kapiteln

Abbildung 76: Kumulative Inzidenz für Pflegegrad 4 oder 5 nach 12, 24 und 36 Monaten auf Ebene der ICD-Kapitel



Quelle: eigene Darstellung

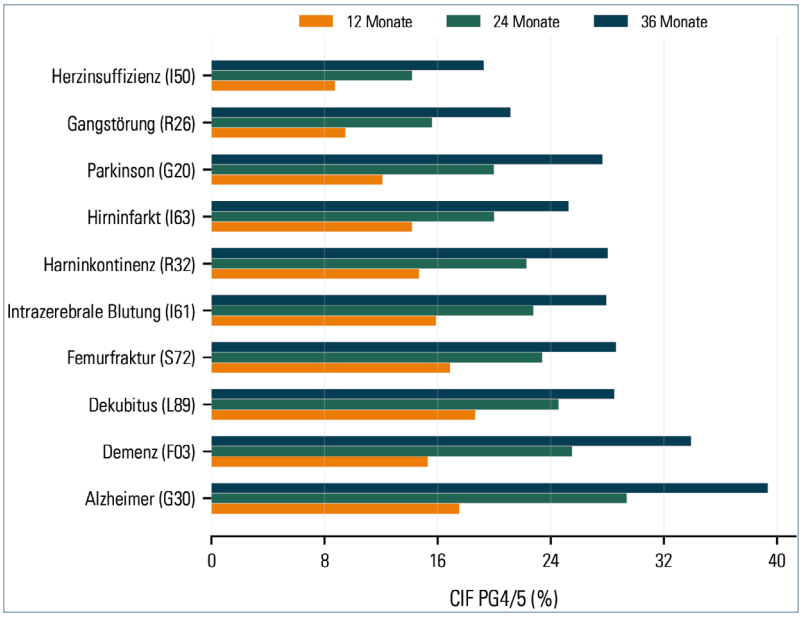
Einige ICD-Kapitel weisen bereits früh besonders hohe Übergangsrisiken auf

Abbildung 76 zeigt deutliche Unterschiede zwischen den ICD-Kapiteln hinsichtlich des Risikos eines Übergangs in Pflegegrad 4 oder 5 nach erstmaliger Diagnose. Bereits nach 12 Monaten weisen Krankheiten des Blutes und des Immunsystems, Verletzungen, Vergiftungen und sonstige Folgen äußerer Ursachen sowie psychische und Verhaltensstörungen die höchsten kumulativen Inzidenzen auf. Nach 24 Monaten liegen Verletzungen, Vergiftungen und sonstige Folgen äußerer Ursachen mit 15,0 Prozent an erster Stelle, dicht gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Blutes und des Immunsystems mit jeweils 14,9 Prozent. Nach 36 Monaten liegen psychische und Verhaltensstörungen mit 20,2 Prozent knapp vor Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Folgen äußerer Ursachen mit 20,1 Prozent sowie Krankheiten des Blutes und des Immunsystems mit 19,7 Prozent. Über alle drei Zeithorizonte hinweg zählen damit diese drei Kapitel, ergänzt um Krankheiten des Nervensystems und Neubildungen, zu den Bereichen mit den höchsten Risiken für einen Übergang in Pflegegrad 4 oder 5.

Die Auswertung der ICD-Kapitel macht Unterschiede im Ausmaß und im zeitlichen Muster der Übergänge in hohe Pflegegrade sichtbar. Besonders hohe Risiken zeigen sich in einzelnen Morbiditätsbereichen bereits innerhalb der ersten 12 Monate, während andere Kapitel über alle Zeithorizonte hinweg deutlich niedrigere Werte aufweisen. Sichtbar werden damit unterschiedliche Muster schwerer Pflegeverläufe sowie Morbiditätsfelder mit besonderem Versorgungsgewicht.

Zehn ausgewählte Diagnosen mit besonderer Relevanz

Abbildung 77: Kumulative Inzidenz eines Übergangs in Pflegegrad 4 oder 5 nach 12, 24 und 36 Monaten nach erstmaliger Diagnose für die zehn ausgewählten Diagnosen



Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 77 zeigt die kumulativen Inzidenzen eines Übergangs in Pflegegrad 4 oder 5 nach 12, 24 und 36 Monaten für die zehn ausgewählten Diagnosen. Sichtbar werden damit Konstellationen, in denen ein Übergang in Pflegegrad 4 oder 5 schon innerhalb kurzer Zeit vergleichsweise häufig eintritt. Bereits nach 12 Monaten zeigen sich bei mehreren Diagnosen deutlich erhöhte Werte. Besonders auffällig sind Dekubitus, Alzheimer, Femurfraktur (Oberschenkelhalsbruch), intrazerebrale Blutung und nicht näher bezeichnete Demenz.

Bei einzelnen Diagnosen treten Übergänge in Pflegegrad 4 oder 5 schon innerhalb kurzer Zeit gehäuft auf

Nach 24 Monaten liegen Alzheimer, nicht näher bezeichnete Demenz und Dekubitus an der Spitze, gefolgt von Femurfraktur, intrazerebraler Blutung und Harninkontinenz. Nach 36 Monaten bleibt dieses Muster im Kern bestehen, wobei insbesondere die neurokognitiven Diagnosen nochmals deutlich ansteigen. Besonders

hohe Übergangsrisiken finden sich damit vor allem bei neurokognitiven, neurologischen, traumatischen und pflegeassoziierten Konstellationen.

Nicht nur das Risiko, auch die Geschwindigkeit schwerer Pflegeverläufe unterscheidet sich

Neben dem Niveau der kumulativen Inzidenzen ist auch die zeitliche Dynamik der Verläufe aufschlussreich. Wie ebenfalls in Abbildung 77 erkennbar, zeigen sich besonders frühe Übergänge in Pflegegrad 4 oder 5 bei Dekubitus, Femurfraktur, Hirninfarkt und intrazerebraler Blutung. Der Median bis zum Ereignis liegt bei Dekubitus bei 201 Tagen, bei Femurfraktur bei 237 Tagen, bei Hirninfarkt bei 276 Tagen und bei intrazerebraler Blutung bei 282 Tagen. In diesen Konstellationen entwickelt sich ein schwerer Pflegebedarf oft innerhalb vergleichsweiser kurzer Zeit, während andere Diagnosen trotz hoher Relevanz zeitlich weniger steile Verläufe aufweisen.

Innerhalb der zehn Diagnosen lassen sich mehrere Gruppen unterscheiden. Besonders hervorzuheben sind neurokognitive und neurodegenerative Entwicklungen, vor allem im Zusammenhang mit Demenz, Alzheimer-Erkrankung und dem primären Parkinson-Syndrom. Ergänzend treten schwerwiegende neurologische sowie zerebrovaskuläre Ereignisse wie Hirninfarkt und intrazerebrale Blutung auf. Funktionelle und pflegerisch relevante Konstellationen wie Gang- und Mobilitätsstörungen, Harninkontinenz sowie Dekubitus gewinnen ebenfalls an Bedeutung. Darüber hinaus gehören mit Femurfraktur und Herzinsuffizienz auch Diagnosen dazu, die sowohl klinisch als auch versorgungsbezogen eng mit Fragen der Rehabilitation, Stabilisierung und Prävention schwerer Pflegeverläufe verbunden sind.

Zusammengenommen zeigen die Ergebnisse, dass schwere Pflegeverläufe vor allem dort sichtbar werden, wo hohe Fallzahlen, funktionelle Einschränkungen, neurokognitive Erkrankungen und akute somatische Ereignisse zusammenkommen. Daraus ergeben sich Ansatzpunkte sowohl für frühzeitige Unterstützung und Rehabilitation als auch für eine stärkere Aufmerksamkeit gegenüber funktionellen und pflegepraktisch besonders relevanten Risikomarkern.

3.2.1.7 Einordnung und Implikationen

Schwerer Pflegebedarf kündigt sich häufig früh in klinisch klaren Mustern an

Die Ergebnisse dieses Abschnitts weisen in eine gemeinsame Richtung. Höherer und schwerer Pflegebedarf entsteht häufig nicht abrupt und nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten, funktioneller Destabilisierung und klar erkennbaren morbiditätsbezogenen Verläufen. Besonders auffällig ist dabei die sensible Phase rund um stationäre Aufenthalte. Ein erheblicher Teil der Eintritte in höhere Pflegegrade wird kurz nach Krankenhausbehandlungen sichtbar. Das unterstreicht die Bedeutung gut abgestimmter Übergänge zwischen Entlassung, häuslicher oder stationärer Pflege, ambulanter Versorgung und rehabilitativer Unterstützung.

Zugleich zeigen die vorangehenden Auswertungen, dass sich Übergänge in hohe Pflegegrade bereits vergleichsweise früh abzeichnen können. Das gilt besonders

für neurokognitive Erkrankungen, zerebrovaskuläre Ereignisse, funktionelle Einschränkungen und bestimmte traumatologische oder internistische Konstellationen. Neben besonders raschen Verläufen treten auch Morbiditätsfelder mit hoher absoluter Last hervor. Für die Versorgung bedeutet dies, dass nicht nur auf besonders steile Verläufe, sondern ebenso auf mengenmäßig stark relevante Konstellationen geachtet werden sollte. Hinweise auf Steuerungsbedarf zeigen sich dabei besonders dort, wo sich wachsender Unterstützungsbedarf früh abzeichnet und Übergänge in hohe Pflegegrade gehäuft auftreten.

Für die Diskussion um eine Pflegereform ergeben sich daraus mehrere Hinweise: Prävention und Verzögerung schwerer Pflegebedürftigkeit sollten nicht nur im Vorfeld von Pflege, sondern auch im Anschluss an Akutereignisse und bei ersten Anzeichen funktioneller Destabilisierung ansetzen. Rehabilitative Angebote, frühzeitige Einschätzung von Unterstützungsbedarfen, pflegefachliche Begleitung und verlässliche Anschlussversorgung an den Schnittstellen zwischen Krankenhaus und Pflege erscheinen dafür besonders relevant.

3.2.2 Belastete Versorgungsschnittstellen und Krisenkonstellationen

Dieser Abschnitt richtet den Blick auf Versorgungssituationen, in denen Belastungen an den Schnittstellen zwischen Pflege, Krankenhaus und Transport sichtbar werden. Die Analysen reichen von häufigen kurzen Akutpfaden über klinisch folgenreiche Frakturen und frakturnahe Transportketten bis hin zu langen psychiatrischen Aufenthalten mit deutlichen Anschlussproblemen.

3.2.2.1 Methodisches Vorgehen

In diesem Abschnitt werden vier Perspektiven auf belastete Versorgungsschnittstellen verbunden. Erstens wird betrachtet, welchen Stellenwert kurze Krankenhausaufenthalte mit einer Verweildauer von ein bis drei Tagen im Krankenhausgeschehen pflegebedürftiger Menschen haben. Zweitens wird ausgewertet, wie häufig Frakturen im stationären Versorgungsgeschehen von Pflegebedürftigen auftreten und welche Lokalisationen dabei besonders prägend sind. Drittens wird ein eng definierter Pfad zwischen stationärer Pflegeeinrichtung, Transport und nachfolgendem Fraktur-Krankenhausfall untersucht. Viertens werden psychiatrische und psychosomatische Langzeitaufenthalte bei pflegebedürftigen älteren Versicherten der DAK-Gesundheit betrachtet.

Je nach Fragestellung werden verschiedene Analyseperspektiven angewendet. Kurze Krankenhausaufenthalte sowie Frakturen werden vorrangig fallorientiert betrachtet. Zusätzlich dienen personenbezogene Kennzahlen der besseren Einordnung von Größenordnungen. Die Untersuchung frakturnaher Transportabläufe erfolgt auf Basis von Transporteinheiten. Die Analyse langfristiger psychiatrischer

Krankenhausaufenthalte bezieht sich ebenfalls auf einzelne Fälle und wird durch ratenbasierte Bezugsgrößen ergänzt.

3.2.2.2 Kurze Krankenhausaufenthalte bei pflegebedürftigen Versicherten

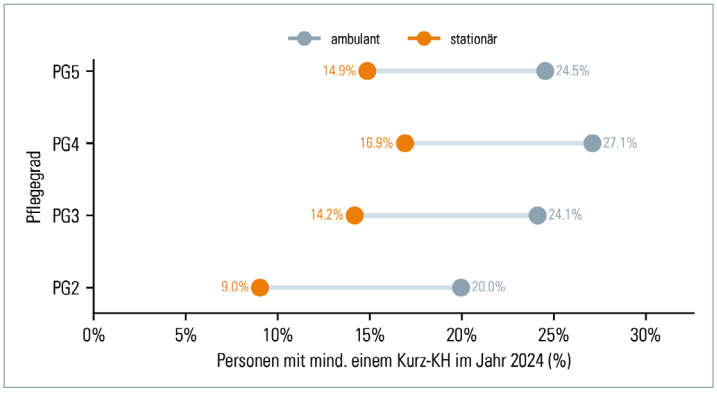
Diese Analyse betrachtet sehr kurze Krankenhausaufenthalte von pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit mit Pflegegrad 2 bis 5. Zentral ist dabei die Frage, welchen Stellenwert stationäre Episoden mit einer Verweildauer von ein bis drei Tagen im gesamten Krankenhausgeschehen dieser Population haben und wie sich dieses Muster nach Pflegegrad und Versorgungsetting unterscheidet.

Diese Perspektive ist deshalb relevant, weil sehr kurze stationäre Aufenthalte auf ein Versorgungsfeld verweisen, in dem Krisen, Akutversorgung und Pflegebedarf in besonderer Weise zusammentreffen können. Wenn Krankenhausaufnahmen nur zu kurzen stationären Episoden führen, stellt sich die Frage, ob hier Versorgungsbedarfe sichtbar werden, die an der Schnittstelle von Pflege, ambulanter Versorgung, Rettungsdienst und Krankenhaus nicht dauerhaft oder nicht früh genug aufgefangen werden. Die Analyse zielt damit nicht auf eine pauschale Bewertung kurzer Krankenhausaufenthalte, sondern auf eine strukturelle Einordnung ihres Umfangs und ihrer Verteilung.

Mehr als jeder dritte Krankenhausfall dauert nur ein bis drei Tage

Im Zeitraum von 2018 bis 2024 wurden insgesamt 2.813.204 Krankenhausfälle bei pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit mit Pflegegrad 2 bis 5 erfasst. Davon entfielen 1.015.476 Fälle auf kurze Krankenhausaufenthalte mit einer Verweildauer von ein bis drei Tagen. Der Anteil dieser kurzen Aufenthalte am gesamten Krankenhausgeschehen beträgt damit 36,1 Prozent. Mehr als jeder dritte Krankenhausfall in dieser DAK-Population gehört somit in die Gruppe sehr kurzer stationärer Episoden.

Abbildung 78: Anteil pflegebedürftiger Personen mit mindestens einem kurzen Krankenhausaufenthalt im Jahr 2024 nach Pflegegrad und Pflegesetting



Quelle: eigene Darstellung

Im ambulanten Setting sind mehr Personen von kurzen Krankenhausaufenthalten betroffen

Abbildung 78 zeigt den Anteil von pflegebedürftigen Personen mit mindestens einem kurzen Krankenhausaufenthalt für das Jahr 2024, gruppiert nach Pflegegrad und Pflegesetting. Im ambulanten Setting hatten 20,0 Prozent der Personen mit Pflegegrad 2, 24,1 Prozent mit Pflegegrad 3, 27,1 Prozent mit Pflegegrad 4 und 24,5 Prozent mit Pflegegrad 5 mindestens einen kurzen Krankenhausaufenthalt. Im stationären Setting liegen die entsprechenden Anteile deutlich niedriger. Sie reichen von 9,0 Prozent in Pflegegrad 2 bis 16,9 Prozent in Pflegegrad 4. Besonders auffällig ist damit die hohe Personenbetroffenheit im ambulanten Setting bei Pflegegrad 3 bis 5.

Fallbezogen ist der Anteil kurzer Aufenthalte im stationären Setting höher

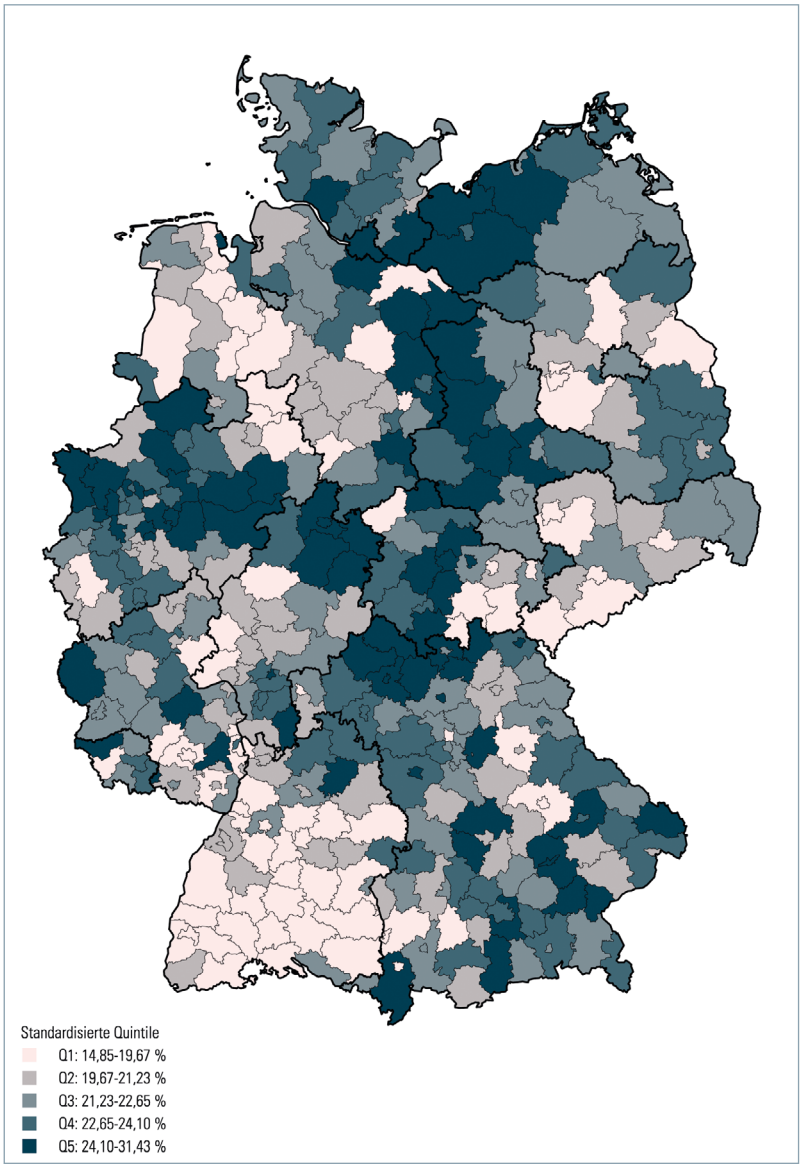
In der fallbasierten Betrachtung ergibt sich jedoch ein anderes Bild. Hier liegt der Anteil kurzer Krankenhausaufenthalte im stationären Setting durchgängig über dem ambulanten Setting. Über den gesamten Zeitraum 2018 bis 2024 beträgt der Anteil kurzer Aufenthalte im ambulanten Setting 35,5 Prozent, im stationären Setting 38,4 Prozent. Auch nach Pflegegrad bleibt dieses Muster stabil. Im Jahr 2024 reichen die fallbasierten Kurzaufenthaltsanteile im ambulanten Setting von 33,7 Prozent in Pflegegrad 4 bis 39,7 Prozent in Pflegegrad 2. Im stationären Setting liegen sie zwischen 37,4 Prozent in Pflegegrad 2 und 41,0 Prozent in Pflegegrad 5.

Im Zeitverlauf nehmen die fallbasierten Kurzaufenthaltsanteile vor allem im ambulanten Pflegesetting zu. Besonders deutlich zeigt sich dies bei Pflegegrad 2, wo der Anteil von 34,2 Prozent im Jahr 2018 auf 39,7 Prozent im Jahr 2024 steigt. Auch bei Pflegegrad 3 erhöht sich der Anteil im ambulanten Setting von 32,8 Prozent auf 35,4 Prozent. Im stationären Setting fallen die Veränderungen moderater aus. Dort bewegen sich die Kurzaufenthaltsanteile über die Jahre hinweg insgesamt auf einem konstant hohen Niveau. Der Befund verweist damit nicht auf einzelne Ausreißerjahre, sondern auf ein stabiles Muster kurzer stationärer Episoden im Krankenhausgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit.

Auch kurze Krankenhausaufenthalte streuen regional

Eine ergänzende regionale Perspektive zeigt, dass auch kurze Krankenhausaufenthalte räumlich deutlich variieren (Abbildung 79). Auf Bundeslandebene reicht der standardisierte Anteil aktiver Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 2 bis 5 und mindestens einem Kurzaufenthalt von 19,0 Prozent in Baden-Württemberg bis 25,4 Prozent in Hamburg. Ebenfalls hohe Werte zeigen Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt, während Sachsen neben Baden-Württemberg am unteren Ende liegt. Je nach Region hatte damit knapp jeder fünfte bis gut jeder vierte Pflegebedürftige mindestens einen kurzen Krankenhausaufenthalt.

Abbildung 79: Standardisierter Anteil aktiver Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 2 bis 5 und mindestens einem Krankenhausaufenthalt von ein bis drei Tagen im Jahr 2024



Quelle: eigene Darstellung

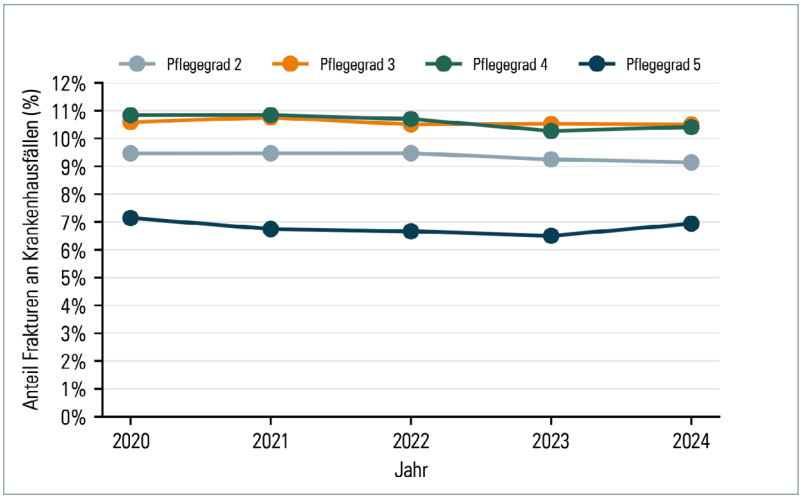
3.2.2.3 Frakturen im Krankenhausgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten

Diese Analyse betrachtet Krankenhausfälle mit Frakturdiagnosen bei pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit. Im Mittelpunkt steht die Frage, welchen Stellenwert Frakturen im stationären Versorgungsgeschehen haben, wie sich dieser Anteil zwischen den Pflegegraden unterscheidet und welche Frakturlokalisationen das Bild besonders prägen.

Frakturen sind mit knapp jedem zehnten Krankenhausfall ein stabiler Teil des stationären Versorgungsgeschehens

Die Zahl der Krankenhausfälle mit Frakturdiagnosen bei pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit steigt im Beobachtungszeitraum von 36.144 im Jahr 2020 auf 44.825 im Jahr 2024. Das entspricht einer Zunahme um 24,0 Prozent. Gleichzeitig bleibt der Anteil der Fraktur-Krankenhausfälle am gesamten Krankenhausgeschehen von Versicherten mit Pflegegrad weitgehend stabil. Er liegt 2020 bei 9,9 Prozent und 2024 bei 9,7 Prozent. Frakturen machen damit über den gesamten Zeitraum hinweg einen konstanten und nicht nur randständigen Teil des stationären Versorgungsgeschehens von pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit aus.

Abbildung 80: Anteil von Krankenhausfällen mit Frakturdiagnose an allen Krankenhausfällen bei Versicherten der DAK-Gesundheit mit Pflegegrad, nach Pflegegrad und Jahr



Quelle: eigene Darstellung

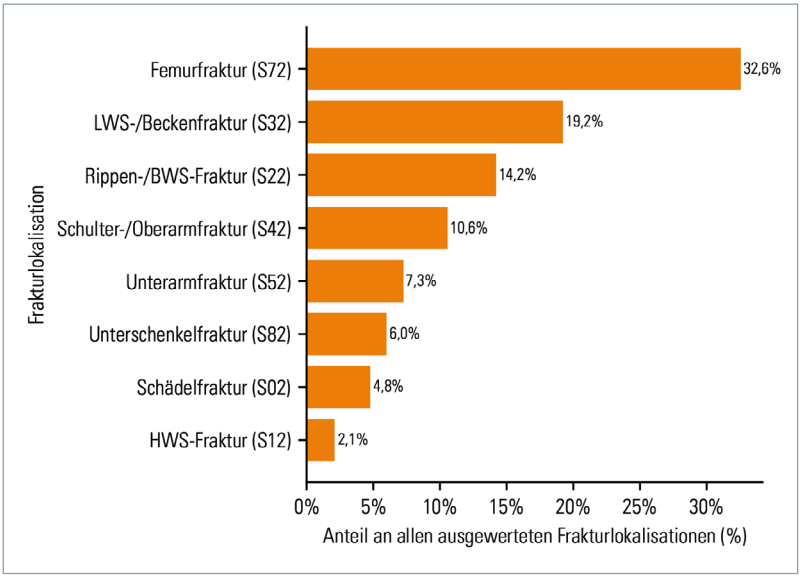
Innerhalb des Krankenhausgeschehens sind Frakturen in Pflegegrad 3 und 4 am häufigsten

Abbildung 80 zeigt den Anteil der Fraktur-Krankenhausfälle an allen Krankenhausfällen, differenziert nach den Pflegegraden. Der höchste Anteil findet sich durchgängig in Pflegegrad 3 und Pflegegrad 4. Beide Pflegegrade liegen über den gesamten Beobachtungszeitraum auf ähnlich hohem Niveau zwischen 10,3 Prozent und 10,8 Prozent. In Pflegegrad 2 liegen die Werte etwas darunter und reichen

von 9,1 Prozent bis 9,5 Prozent. Pflegegrad 5 weist mit 6,5 Prozent bis 7,1 Prozent die niedrigsten Anteile auf. Frakturen sind damit in allen Pflegegraden von Bedeutung, innerhalb des Krankenhausgeschehens jedoch besonders stark in Pflegegrad 3 und 4 ausgeprägt.

3.2.2.4 Häufigste Frakturlokalisationen

Abbildung 81: Häufigste Frakturlokalisationen bei Krankenhausfällen von Versicherten der DAK-Gesundheit mit Pflegegrad von 2020 bis 2024, nach ICD-10-Dreistellern und Anteilen an allen ausgewerteten Frakturlokalisationen



Quelle: eigene Darstellung

Femurfrakturen prägen das Frakturgeschehen

Abbildung 81 zeigt die häufigsten Frakturlokalisationen bei pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit. Die Rangfolge wird klar von Femurfrakturen (Oberschenkelhalsbruch) dominiert. Auf sie entfallen 32,6 Prozent aller ausgewerteten Fraktur-Krankenhausfälle. Dahinter folgen LWS- beziehungsweise Beckenfrakturen mit 19,2 Prozent sowie Rippen- beziehungsweise BWS-Frakturen mit 14,2 Prozent. Danach schließen sich Schulter- und Oberarmfrakturen mit 10,6 Prozent, Unterarmfrakturen mit 7,3 Prozent und Unterschenkelfrakturen mit 6,0 Prozent an. Schädel-, HWS-, Hand- und Fußfrakturen treten demgegenüber deutlich seltener auf.

Die häufigsten Frakturen gehen mit hohem Funktionsverlust und weiterem Pflegebedarf einher

Die Verteilung zeigt, dass das Frakturgeschehen nicht durch eine Vielzahl seltener Randdiagnosen geprägt ist, sondern vor allem durch Frakturen mit hoher funktioneller und versorgungsbezogener Relevanz. Besonders die Dominanz der Femurfrakturen verweist auf Konstellationen, in denen Sturzfolgen, Mobilitätsverlust und weiterer pflegerischer Unterstützungsbedarf eng zusammenhängen.

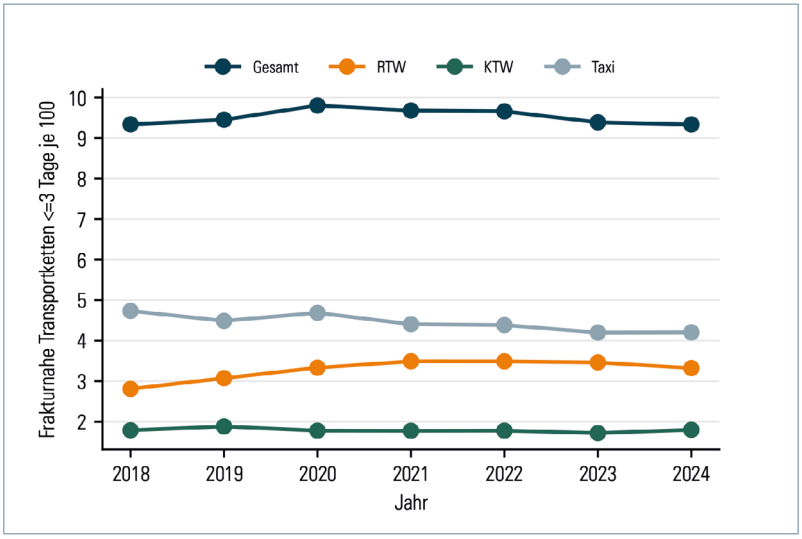
3.2.2.5 Frakturnahe Transportketten aus stationären Pflegeeinrichtungen

Diese Analyse betrachtet Transporte aus stationären Pflegeeinrichtungen, auf die in engem zeitlichem Zusammenhang ein Krankenhausfall mit Frakturdiagnose folgt. Ein Transport gilt als frakturnah, wenn derselben Person innerhalb von bis zu drei Tagen nach dem Transport ein Krankenhausfall mit einschlägiger Fraktur-Hauptdiagnose zugeordnet werden kann. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie häufig solche Transportketten auftreten, wie sie sich im Zeitverlauf entwickeln und wie oft dabei kurze Krankenhausaufenthalte mit einer Verweildauer von ein bis drei Tagen folgen.

Im Jahr 2024 konnte bei 1,3 Prozent der Transporte aus stationären Pflegeeinrichtungen innerhalb von bis zu drei Tagen ein frakturnaher Krankenhausfall derselben Person verknüpft werden. Bei 0,3 Prozent der Transporte lag innerhalb dieses Dreitagesfensters zudem ein kurzer Krankenhausaufenthalt mit einer Verweildauer von ein bis drei Tagen vor.

Ein Teil der Transporte aus Pflegeheimen steht in engem zeitlichem Zusammenhang mit frakturbedingten Krankenhausaufenthalten

Abbildung 82: Rate frakturnaher Transportketten mit nachfolgendem Krankenhausfall mit Frakturdiagnose innerhalb von drei Tagen je 100 Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner, nach Transporttyp und Jahr



Anmerkung: RTW: Rettungswagen, KTW: Krankentransportwagen
Quelle: eigene Darstellung

Im Zeitverlauf zeigt sich ein stabiles Bild (Abbildung 82). Die Rate frakturnaher Transportketten liegt 2018 bei 9,3 je 100 Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner und 2024 ebenfalls bei 9,3. Auch in den Zwischenjahren bewegt sie sich nur in einem engen Korridor zwischen 9,3 und 9,8 je 100. Nach Transport-

Die Rate frakturnaher Transportketten bleibt über die Jahre nahezu unverändert

typ bleibt das Muster ebenfalls stabil. Die höchsten Raten je 100 Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner finden sich durchgängig bei Taxifahrten, gefolgt von Rettungswagen und Krankentransportwagen. Im Jahr 2024 liegen die Raten bei 4,2 je 100 für Taxi, 3,3 je 100 für Rettungswagen und 1,8 je 100 für Krankentransportwagen. Frakturnahe Transportketten treten damit über den gesamten Beobachtungszeitraum in weitgehend konstanter Häufigkeit auf.

Ergänzend zeigt die transportbezogene Perspektive ein anderes Bild. Der höchste Anteil frakturnaher Folge-Krankenhausfälle innerhalb von drei Tagen findet sich bei Rettungswagen mit 4,6 Prozent. Bei Krankentransportwagen liegt er bei 1,5 Prozent, bei Taxifahrten bei 0,8 Prozent. Auch im engeren Ein-Tages-Fenster bleibt dieses Muster bestehen. Hier reichen die Anteile von 0,7 Prozent bei Taxi über 1,4 Prozent bei Krankentransportwagen bis 4,5 Prozent bei Rettungswagen.

Taxi fällt über die Menge auf, Rettungswagen über den höchsten Anteil frakturnaher Folgefälle

Für die Einordnung sind daher beide Perspektiven wichtig. Bei Rettungswagen ist der Anteil frakturnaher Folge-Krankenhausfälle am höchsten. Taxifahrten fallen dagegen vor allem wegen ihres hohen Anteils im gesamten Transportgeschehen ins Gewicht. Im Jahr 2024 entfallen 74,0 Prozent aller Transporte auf Taxi, 16,2 Prozent auf Krankentransportwagen und 9,8 Prozent auf Rettungswagen. Entsprechend entfallen 45,1 Prozent aller frakturnahen Folge-Krankenhausfälle innerhalb von drei Tagen auf Taxifahrten, 35,6 Prozent auf Rettungswagen und 19,3 Prozent auf Krankentransportwagen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den kurzen Folgeaufenthalten. Im Jahr 2024 entfallen 48,1 Prozent dieser kurzen frakturnahen Folgeaufenthalte auf Taxifahrten, 31,8 Prozent auf Rettungswagen und 20,1 Prozent auf Krankentransportwagen. Das spricht dafür, dass frakturnahe Akutpfade aus stationären Pflegeeinrichtungen nicht ausschließlich im klassischen Rettungsdienstsetting entstehen, sondern auch über weniger akut wirkende Transportformen in relevantem Umfang im Krankenhaus münden.

3.2.2.6 Psychiatrische Langzeitaufenthalte bei pflegebedürftigen älteren Menschen

Diese Analyse betrachtet stationäre psychiatrische und psychosomatische Krankenhausaufenthalte bei pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit ab 65 Jahren und konzentriert sich auf Fälle mit besonders langer Verweildauer. Im Fokus steht die Frage, wie häufig solche Langzeitaufenthalte auftreten, wie sie sich im Zeitverlauf entwickeln und welches Gewicht sie innerhalb des gesamten psychiatrischen beziehungsweise psychosomatischen Fallgeschehens haben.

Berücksichtigt werden psychiatrische und psychosomatische Krankenhausfälle bei Versicherten der DAK-Gesundheit ab 65 Jahren mit Pflegegrad zum Aufnahmedatum. Als Langzeitaufenthalt werden Fälle mit einer Verweildauer von mindestens 60 Tagen definiert. Ergänzend werden Aufenthalte ab 90 Tagen ausgewiesen.

Langzeitaufenthalte ab 60 Tagen betreffen knapp jeden zehnten psychiatrischen Fall

Im Zeitraum von 2018 bis 2024 entfielen 9,7 Prozent aller psychiatrischen beziehungsweise psychosomatischen Krankenhausfälle auf Langzeitaufenthalte ab 60 Tagen. Lange stationäre Verläufe stellen damit keine Randerscheinung dar, sondern betreffen knapp jeden zehnten Fall in diesem Versorgungssegment.

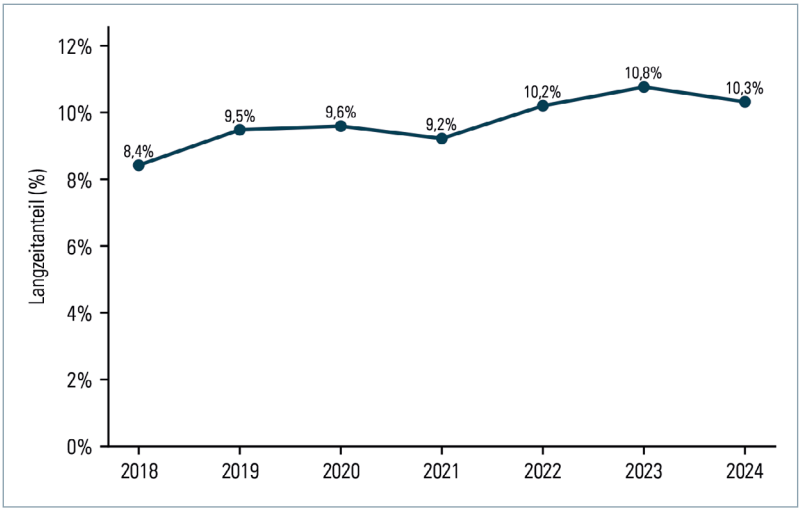
Das Fallgeschehen konzentriert sich nahezu vollständig auf die Allgemeine Psychiatrie. Ihr Anteil liegt bei 98,4 Prozent, während auf Psychosomatik und Psychotherapie 1,6 Prozent entfallen. Auch innerhalb der Allgemeinen Psychiatrie ist der Langzeitanteil mit 9,8 Prozent klar relevant. In Psychosomatik und Psychotherapie liegt er mit 7,0 Prozent niedriger, spielt mengenmäßig aber nur eine untergeordnete Rolle. Die weitere Ergebnisdarstellung bezieht sich daher im Kern auf ein Fallgeschehen, das von der Allgemeinen Psychiatrie geprägt ist.

Im Zeitverlauf nimmt die Zahl der Langzeitaufenthalte zu. Nach einem zwischenzeitlichen Rückgang im Jahr 2020 folgt ein erneuter Anstieg, der 2024 den höchsten Wert des Beobachtungszeitraums erreicht. Auch die Gesamtzahl der psychiatrischen beziehungsweise psychosomatischen Krankenhausfälle liegt 2024 über dem Ausgangswert von 2018. Langzeitaufenthalte nehmen damit nicht nur absolut zu, sondern bleiben Teil eines insgesamt wachsenden Fallgeschehens.

Lange psychiatrische Verläufe gewinnen im Zeitverlauf zusätzlich an Gewicht

Noch deutlicher wird die Entwicklung beim Langzeitanteil (Abbildung 83). Er steigt von 8,4 Prozent im Jahr 2018 auf 10,3 Prozent im Jahr 2024 und erreicht 2023 mit 10,8 Prozent den höchsten Wert des Beobachtungszeitraums. Damit nimmt nicht nur die Zahl langer Aufenthalte zu, auch ihr relatives Gewicht innerhalb des gesamten psychiatrischen beziehungsweise psychosomatischen Fallgeschehens wächst. Längere stationäre Verläufe treten damit im Zeitverlauf nicht seltener auf, sondern gewinnen eher an Bedeutung.

Abbildung 83: Anteil psychiatrischer beziehungsweise psychosomatischer Krankenhausfälle mit einer Verweildauer von mindestens 60 Tagen an allen psychiatrischen beziehungsweise psychosomatischen Krankenhausfällen von pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit ab 65 Jahren nach Jahr



Quelle: eigene Darstellung

3.2.2.7 Verweildauerstruktur

Die meisten psychiatrischen Aufenthalte kürzer als 60 Tage

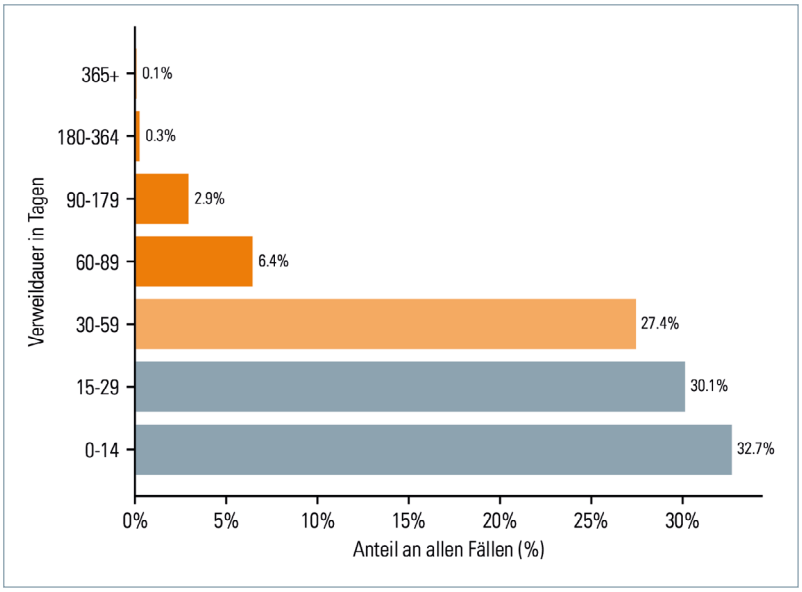
Abbildung 84 zeigt, dass sich das Fallgeschehen zwar weiterhin überwiegend auf kürzere Aufenthalte konzentriert, zugleich aber ein klar erkennbarer Block längerer Verläufe besteht. Die größten Gruppen entfallen auf Aufenthalte von 0 bis 14 Tagen mit 32,7 Prozent, von 15 bis 29 Tagen mit 30,1 Prozent sowie von 30 bis 59 Tagen mit 27,5 Prozent. Zusammen machen diese drei Gruppen 90,3 Prozent aller Fälle aus.

Psychiatrische Langzeitaufenthalte ab 60 Tagen bilden über die Jahre einen stabilen Fallblock

Gleichzeitig überschreitet ein relevanter Anteil die Schwelle von 60 Tagen. Auf Aufenthalte von 60 bis 89 Tagen entfallen 6,4 Prozent aller Fälle. Weitere 2,9 Prozent liegen zwischen 90 und 179 Tagen, 0,3 Prozent zwischen 180 und 364 Tagen und 0,1 Prozent bei 365 Tagen oder mehr. Damit entfällt ein Anteil von 3,3 Prozent auf besonders lange Aufenthalte ab 90 Tagen.

Die Verteilung spricht dafür, dass die gewählte Hauptschwelle von 60 Tagen einen klar sichtbaren und mengenmäßig relevanten Bereich längerer stationärer Verläufe erfasst. Die Schwelle von 90 Tagen beschreibt demgegenüber einen kleineren und deutlich engeren Ausschnitt besonders langer Aufenthalte. Zentral ist damit vor allem der Befund, dass sich jenseits der üblichen kürzeren Aufenthalte ein stabiler Block von Langzeitfällen abzeichnet, der über einzelne Extremfälle hinausgeht.

Abbildung 84: Verteilung psychiatrischer beziehungsweise psychosomatischer Krankenhausfälle von pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit ab 65 Jahren auf Verweildauerbänder 2018 bis 2024, Anteile an allen Fällen



Quelle: eigene Darstellung

3.2.2.8 Einordnung und Implikationen

Belastete Schnittstellen treten in verschiedenen, aber eng verbundenen Formen auf

Die Teilanalysen machen deutlich, dass belastete Versorgungsschnittstellen in sehr unterschiedlichen, zugleich aber miteinander verbundenen Formen auftreten. Ein großer Bereich betrifft kurze Krankenhausaufenthalte und damit Situationen, in denen akute gesundheitliche Krisen, stationäre Aufnahme und pflegerischer Unterstützungsbedarf eng aufeinander folgen. Ein zweiter Bereich betrifft Frakturen, die im Krankenhausgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit ein stabiles und folgenreiches Muster bilden. Ein dritter Bereich wird in den frakturnahen Transportketten sichtbar, in denen Pflegeeinrichtung, Transport und Krankenhaus besonders eng miteinander verknüpft sind. Hinzu kommen psychiatrische Langzeitaufenthalte, die auf Probleme der Anschlussfähigkeit zwischen Behandlung, Pflege und weiterführender Versorgung hinweisen.

Zusammengenommen zeigen diese Befunde wiederkehrende Übergangs-, Koordinations- und Steuerungsprobleme an sensiblen Stellen des Versorgungssystems. Akute Versorgungspfade beginnen häufig bereits vor der stationären Aufnahme. Sie reichen von der Krise im häuslichen oder stationären Pflegesetting über Transport und Notaufnahme bis zur Rücküberleitung in Pflege, Rehabilitation oder weiterführende Versorgung. Besonders deutlich wird dies bei Frakturen und frakturnahen Transportketten, aber auch bei kurzen Krankenhausaufenthalten und langen psychiatrischen Verläufen.

Für die Diskussion um eine Pflegereform ergeben sich daraus mehrere Hinweise: Erstens sprechen die Ergebnisse für eine stärkere Aufmerksamkeit gegenüber Krisensituationen, in denen sich Pflegebedarf und Akutversorgung überlagern. Zweitens unterstreichen sie die Bedeutung gut abgestimmter Übergänge zwischen Pflege, ambulanter Versorgung, Rettungsdienst, Krankenhaus und Rehabilitation. Drittens verweisen sie darauf, dass Prävention, Mobilitätserhalt, frühzeitige Stabilisierung und tragfähige Anschlusslösungen nicht getrennt voneinander gedacht werden sollten. Das gilt sowohl für somatische als auch für psychiatrische Versorgungskonstellationen.

3.3 Diskussion und Schlussfolgerungen

Pflegebedürftigkeit ist ein dynamischer Prozess mit klaren Wendepunkten

Dieses Kapitel beschreibt Pflegebedürftigkeit als dynamischen Prozess mit klar erkennbaren Wendepunkten. Höherer Pflegebedarf wird in den Routinedaten häufig in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten sichtbar. Zugleich gehen Pflegeverläufe bei einem relevanten Anteil innerhalb weniger Jahre in hohe Pflegegrade über. Krisenereignisse treten besonders an Schnittstellen auf, insbesondere über kurze Krankenhausaufenthalte, Rettungsdiensttransporte, Frakturen sowie lange psychiatrische Behandlungsverläufe. Hinzu kommen deutliche regionale Unterschiede in diesen Mustern.

Die Befunde sind vor dem Hintergrund eines weiter steigenden Pflegebedarfs zu lesen. Amtliche Statistiken weisen für 2023 rund 5,7 Millionen pflegebedürftige Menschen aus, mit überwiegend häuslicher Versorgung (Destatis, 2025). Diese Größenordnung verstärkt die Bedeutung von Prävention, Rehabilitation, Koordination und regionaler Steuerung, weil Schnittstellenereignisse und belastete Pflegeverläufe in der Summe große Auswirkungen auf Versorgung, Personal und Kosten entfalten.

3.3.1 Krankenhaus als Wendepunkt in Pflegeverläufen

Krankenhausaufenthalte sind häufig Auslöser oder Markierungspunkte schwerer Pflegeverläufe

Die Routinedaten zeigen, dass Eintritte in höhere Pflegegrade häufig zeitnah zu Krankenhausaufenthalten erstmalig dokumentiert werden. Externe Pflegereporte stützen die grundsätzliche Verschränkung von Krankenhausbehandlung und Pflegebedürftigkeit. Der BARMER-Pflegereport 2023 berichtet, dass 1,9 Prozent der Krankenhauspatientinnen und -patienten unmittelbar im Anschluss an eine stationäre Behandlung pflegebedürftig werden und dass sich Verweildauern verlängern können, wenn die Pflege nach Entlassung erst organisiert werden muss (BARMER, 2023). Solche Befunde passen zu dem in diesem Kapitel sichtbaren Muster, dass Pflegegrade nicht nur eine graduelle Verschlechterung über Jahre abbilden, sondern häufig an konkreten Ereignissen und Übergängen sichtbar werden.

Die diagnosebezogenen Analysen deuten darauf hin, dass bestimmte Ereignisse und Morbiditätsfelder überproportional zu belasteten Pflegeverläufen beitragen. Für Schlaganfälle liegen für Deutschland Routinedatenbefunde vor, nach denen ein relevanter Anteil der Patientinnen und Patienten im ersten Jahr pflegebedürftig wird und Hirnblutungen ein erhöhtes Risiko tragen (van den Bussche et al., 2010). Für hüftgelenknahe Frakturen zeigen große deutsche Routinedatenstudien, dass interdisziplinäre orthogeriatrische Versorgung mit besserer Prognose assoziiert ist (Rapp et al., 2020). Beides stützt die Interpretation, dass neurologische Akutereignisse und Frakturen zentrale Prioritätsfelder sind, wenn Übergänge in hohe Pflegegrade vermieden oder verzögert werden sollen.

Für die Pflegereform ist dieser Befundkomplex besonders anschlussfähig an zwei Linien: Erstens an Prävention und Rehabilitation mit dem Ziel, pflegekritische Ereignisse zu vermeiden oder funktionelle Einbußen nach Ereignissen zu begrenzen. Zweitens an die Stabilisierung von Übergängen zwischen Krankenhaus und Pflege. Der bestehende Rahmen des Entlassmanagements sollte dabei konsequent auf die Bedarfe pflegebedürftiger Menschen bezogen werden, etwa durch frühzeitige Organisation von Hilfsmitteln, Kurzzeitpflege, häuslicher Krankenpflege und Rehabilitation. Das Kapitel legt nahe, dass gerade bei Eintritten in höhere Pflegegrade ein enges Zeitfenster existiert, in dem koordinierte Anschlussversorgung besonders wirksam ansetzen könnte.

3.3.2 Krisenkonstellationen an Schnittstellen

Kurze Krankenhausaufenthalte können auf nicht ausreichend abgefangene Krisen hinweisen

Ein zentrales Ergebnis des Kapitels ist die hohe Häufigkeit kurzer Krankenhausaufenthalte bei Pflegebedürftigen. Kurzlieger sind in der amtlichen Statistik als Fälle mit höchstens drei Übernachtungen definiert (Destatis, 2024). Kurze Aufenthalte sind nicht automatisch Ausdruck problematischer Versorgung. In Kombination mit häufigen Transporten und Notaufnahmekontakten können sie jedoch auf eine Versorgungsrealität hinweisen, in der Krisen oft über Akutstrukturen bearbeitet werden und die nachfolgende Stabilisierung im ambulanten und pflegerischen Setting nicht immer gesichert ist.

Studien zu Notaufnahme und Rettungsdienst stützen diese Interpretation vorsichtig. Analysen von Notaufnahmebesuchen von Pflegeheimbewohnenden zeigen eine relevante Zahl an Kontakten, die sich zeitlich und in der Fallstruktur nicht ausschließlich als hochakute Notfälle darstellen (Hoffmann & Habbinga, 2023). Auswertungen zu Gemeindenotfallsanitätern weisen darauf hin, dass viele Einsätze als nicht dringlich eingeschätzt werden und Transporte häufig vermieden werden können (Klausen et al., 2024). Zusammengenommen legen diese Befunde nahe, dass eine Krisenunterstützung vor Ort und klare Verantwortlichkeiten das Potenzial haben, Transporte und sehr kurze stationäre Aufenthalte zu reduzieren, ohne Versorgungsrisiken zu erhöhen.

Sturzereignisse und Frakturen sind ein zentrales Präventions- und Steuerungsfeld

Frakturen und sturzassoziierte Ereignisse bilden im Kapitel ein wiederkehrendes Krisenfeld. Vorliegende Studien und Empfehlungen sprechen dafür, Sturzprävention systematisch zu verankern, unter anderem durch Training, Risikoeinschätzung und Umfeldanpassungen (Becker et al., 2011; Montero-Odasso et al., 2022). Gleichzeitig wird Hospitalisierung bei Pflegeheimbewohnenden als multisektorales Thema beschrieben, bei dem Sturzprophylaxe auch als Hospitalisierungsprävention zu verstehen ist (Behrendt et al., 2021). Die Kapitelbefunde sind damit gut an Reformansätze anschlussfähig, die vorsehen Prävention systematischer zu verankern und die Schnittstelle zwischen Pflegeheim, ambulanter Medizin, Rettungsdienst und Krankenhaus als gemeinsames Steuerungsfeld zu behandeln.

Die Befunde zu langen psychiatrischen Behandlungsverläufen bei Pflegebedürftigen sind vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass psychiatrische Fachabteilungen generell deutlich längere Verweildauern aufweisen als somatische Abteilungen (Destatis, 2024). Die im Kapitel beschriebene Zunahme und Dauer solcher Verläufe kann als Hinweis verstanden werden, dass bei pflegebedürftigen Menschen mit psychischen Krisen Anschlusspfade und Koordination besonders herausfordernd sind. Für die Reformdiskussion ist hier vor allem die Frage relevant, wie gerontopsychiatrische Versorgung, Pflegearrangements und Kriseninterventionen im regionalen Setting besser verzahnt werden können.

3.3.3 Regionale Unterschiede als Steuerungsauftrag

Regionale Unterschiede sollten als Auftrag für Planung und Qualitätsarbeit gelesen werden

Das Kapitel zeigt deutliche regionale Unterschiede in belasteten Pflegeverläufen und Krisenindikatoren. Externe Routinedatenanalysen stützen, dass regionale Varianz in Pflegeprävalenz und Leistungsnutzung in Deutschland groß ist und nicht allein durch demografische Faktoren erklärt werden kann (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2024). Der Qualitätsatlas Pflege weist zudem erhebliche regionale Unterschiede in qualitätsrelevanten Ereignissen und Schnittstellenindikatoren aus, darunter auch kurze Krankenhausaufenthalte und sturzbedingte Hospitalisierungen (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2025).

Für die Einordnung der Kapitelbefunde bedeutet das: Regionale Unterschiede sollten nicht nur als statistische Streuung betrachtet werden, sondern als Ansatzpunkt für gezielte Planung, für Infrastrukturentscheidungen und für regionale Qualitätsarbeit. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass Routinedaten zwar robuste Muster aufzeigen, aber ohne zusätzliche Strukturindikatoren nicht eindeutig erklären können, ob Varianz vorrangig durch Angebot, Zugang, Versorgungspraktiken oder Morbidität bedingt ist. Daraus folgt ein klarer Auftrag an Monitoring und Verknüpfung von Datenquellen, um Steuerungsentscheidungen besser zu begründen.

3.3.4 Implikationen für die Pflegereform entlang der Befunde

Aus den drei Befundlinien lassen sich fünf konkrete Reformanschlüsse ableiten.

Prävention und Rehabilitation stärker an pflegekritischen Ereignissen ausrichten

Erstens spricht der enge Zusammenhang von Krankenhausaufenthalten und Übergängen in hohe Pflegegrade für eine stärkere präventions- und rehabilitationsorientierte Ausrichtung, die pflegekritische Ereignisse wie Stürze, Frakturen und akute neurologische Ereignisse priorisiert. Strukturierte Programme zur Sturzprävention zeigen, dass hierfür sowohl pflegefachliche als auch interdisziplinäre Ansätze existieren (Behrendt et al., 2021).

Übergangsmanagement muss als Kernprozess gestärkt werden

Zweitens sollte das Übergangsmanagement zwischen Krankenhaus und Pflege stärker als Kernprozess behandelt werden. Das betrifft eine frühzeitige Feststellung der Unterstützungsbedarfe, eine frühere Planung der Anschlussversorgung, die Koordination der relevanten Akteure sowie eine bessere Verfügbarkeit von Kurzzeitpflege und rehabilitativen Optionen als Brücke. Kurze Krankenhausaufenthalte und rasche Rückverlegungen deuten darauf hin, dass gerade diese Brücken im Alltag häufig belastet sind (BARMER, 2023).

Krisenunterstützung vor Ort kann vermeidbare Transporte und kurze Aufenthalte verringern

Drittens legen die Befunde zu Transportketten und Notaufnahmekontakten nahe, dass Krisenunterstützung vor Ort ausgebaut werden sollte. Dazu gehören klar erreichbare Strukturen, qualifizierte pflegefachliche Erstbewertung und eine koordinierte Einbindung von ärztlichem Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Pflegeangeboten. Ansatzpunkte liegen dabei insbesondere in standardisierten Abläufen für nicht lebensbedrohliche Akutfälle, einer telemedizinisch gestützten ärztlichen Rückkopplung, klaren Rollen- und Eskalationswegen sowie verlässlichen Koordinationsstrukturen zwischen Pflegeeinrichtungen, hausärztlicher Versorgung und Notaufnahme. Ziel ist nicht die Vermeidung notwendiger Akutversorgung, sondern die frühzeitige Klärung, Stabilisierung und Steuerung von Krisensituationen, um vermeidbare Transporte und kurze stationäre Episoden bei vulnerablen Gruppen zu reduzieren (Hoffmann & Habbinga, 2023; Klausen et al., 2024).

Regionale Unterschiede für Planung und Steuerung nutzen

Viertens sollten regionale Unterschiede systematisch in Planung und Steuerung übersetzt werden. Routinedaten können dabei als Basis dienen, um Indikatoren für Übergänge, Krisen und Schnittstellen zu monitoren. Ergänzend braucht es regionale Verantwortlichkeiten, die Versorgungslücken erkennen und schließen können (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2024, 2025).

Daten sollten stärker für Risikoerkennung und Evaluation eingesetzt werden

Fünftens deuten die Kapitelbefunde darauf hin, dass Daten nicht nur zur Beschreibung, sondern auch zur aktiven Steuerung genutzt werden können, etwa zur Identifikation von Risikogruppen und zur Evaluation von Maßnahmen. Die Weiterentwicklung datengestützter Risikoerkennung kann hier künftig eine Rolle spielen, sofern sie praxistauglich umgesetzt und mit geeigneten Unterstützungsangeboten gekoppelt wird.

3.3.5 Limitationen und weiterer Analysebedarf

Routinedaten zeigen Muster, ersetzen aber keine Kausalitätsanalyse

Die Befunde beruhen auf Routinedaten und bilden dokumentierte Inanspruchnahmen und Ereignisse ab. Zeitliche Nähe ist nicht gleichbedeutend mit Kausalität. Unterschiede in Kodierung, in regionalen Versorgungspraktiken und in Zugängen können die beobachteten Muster mitprägen. Zudem sind qualitative Aspekte der Versorgung, etwa Entscheidungsprozesse bei Transporten oder konkrete Inhalte des Übergangsmanagements, in Routinedaten nur begrenzt abbildbar. Für weiterführende Analysen bietet es sich daher an, Routinedatenindikatoren stärker mit Strukturmerkmalen zu verknüpfen und Interventionsansätze, etwa präventive Programme oder Krisendienste, evaluativ zu begleiten.

3.4 Literaturverzeichnis

BARMER. (2023). BARMER-Pflegereport 2023. www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegereport/pflegereport-2023–1245744

Behrendt, S., Schwinger, A., Tsiasioti, C., Stammann, C., Willms, G., Hasseler, M., Studinski, E., Özdes, T., Krebs, S., & Klauber, J. (2021). Multisektorale Schnittstelle: Hospitalisierungen von Pflegeheimbewohnenden mit Schwerpunkt Sturz. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2021 (S. 249–266). Springer. https://doi.org/10.1007/978–3-662–62708-2_14

Becker, C., Cameron, I. D., Klenk, J., Lindemann, U., Heinrich, S., König, H.-H., & Rapp, K. (2011). Reduction of Femoral Fractures in Long-Term Care Facilities: The Bavarian Fracture Prevention Study. PLoS ONE, 6(8), e24311. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0024311

Destatis. (2024). Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2023. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/diagnosedaten-krankenhaus-2120621167004.pdf?__blob=publicationFile

Destatis. (2025). Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2023. www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html

Hoffmann, F., & Habbinga, K. (2023). Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern: Analyse von Routinedaten einer städtischen Klinik der Schwerpunktversorgung. Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin, 118, 549–555. https://doi.org/10.1007/s00063-022–00952-2

Klausen, A. D., Günther, U., Schmiemann, G., Hoffmann, F., & Seeger, I. (2024). Häufigkeit und Charakteristika von Einsätzen der Gemeindenotfallsanitäter bei Pflegebedürftigen. Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin, 119, 316–322. https://doi.org/10.1007/s00063-023–01085-w

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., (…) Masud, T. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: A global initiative. Age and Ageing, 51(9), afac205. https://doi.org/10.1093/ageing/afac205

Rapp, K., Becker, C., Todd, C., Rothenbacher, D., Schulz, C., König, H.-H., Liener, U., Hartwig, E., & Büchele, G. (2020). The association between orthogeriatric co-management and mortality following hip fracture: An observational study of 58 000 patients from 828 hospitals. Dtsch Arztebl International, 117(4), 53–59. https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0053

van den Bussche, H., Berger, K., Kemper, C., Barzel, A., Glaeske, G., & Koller, D. (2010). Inzidenz, Rezidiv, Pflegebedürftigkeit und Mortalität von Schlaganfall: Eine Sekundärdatenanalyse von Krankenkassendaten. Aktuelle Neurologie, 37(3), 131–135. https://doi.org/10.1055/s-0030–1248398

Wissenschaftliches Institut der AOK. (2024). Pflege-Report 2024: Erhebliche regionale Varianz bei der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit in Deutschland. https://wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2024/pflege-report-2024-regionale-varianz-bei-pflegebeduerftigkeit/

Wissenschaftliches Institut der AOK. (2025). Qualitätsatlas Pflege: Nach wie vor große regionale Unterschiede bei der Qualität der Versorgung von Menschen in Pflegeheimen. https://wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2025/qualitaetsatlas-pflege/

4. Politische, strategische und strukturelle Anknüpfungspunkte in den Bundesländern

Sam Schwierk, Thomas Klie

4.1 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im kooperativen Föderalismus[31]

Pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

§ 8 Abs. 2 SGB XI sieht in der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dabei wirken die Länder, die Kommunen und die Pflegekassen eng zusammen, um eine leistungsfähige, regionalgegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Aufgabe der pflegerischen Versorgung ist mit dem kooperativen Föderalismus platziert, ohne dass sich eine klare Aufgabenzuordnung für die einzelnen Akteure direkt aus dem SGB XI ergibt (Klie, 2024b, 2024c). Hintergrund für die diffuse Verantwortungszuordnung bildet auch die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung in Sachen Langzeitpflege. Die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung obliegt gemäß Art 74 Abs. 1 Ziff 12 GG dem Bund. Für die Sicherstellung einer wirtschaftlichen-pflegerischen Infrastruktur, wie dies aus dem Krankenhausfinanzierungsrecht bekannt ist und in Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19a GG nachträglich geregelt wurde, fehlt dem Bund die Gesetzgebungskompetenz. Den Pflegekassen wurde der Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung gemäß § 69 SGB XI zugeordnet, den sie durch den Abschluss von Versorgungsverträgen mit Leistungserbringern erfüllen (sollen). Die Länder sind gemäß § 9 SGB XI für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung verantwortlich. Aus dieser Vorschrift kann sich wegen der verfassungsrechtlichen Kompetenzordnung keine Verpflichtung der Länder ergeben, auf die der Bund mit den entsprechenden Sanktionen drängen könnte. Insofern ist man auch bei den Reformvorhaben der Pflegeversicherung im Rahmen der BLAG auf kooperative Strategien im kooperativen Föderalismus angewiesen.

Die Länder und die Kommunen tragen Verantwortung, lösen diese aber auf je ihre Weise ein. Das Konzept der Pflegeversicherung sieht vor, dass die Pflegekassen den Sicherstellungsauftrag durch den Abschluss von Versorgungsverträgen mit Marktanbietern einlösen. Die Infrastrukturverantwortung wird deklaratorisch den Ländern zugeordnet. Vor Einführung der Pflegeversicherung kamen sie der Infrastrukturverantwortung in der Regel durch Subventionen und Fördermaßnahmen nach. Mit der wettbewerblichen Orientierung der Pflegeversicherung ist den Ländern (fast) jede Steuerungsoption durch Subvention und Fördermaßnahmen

31 Kapitel 4 wurde unter der Mitarbeit von Fabio Di Cianno erstellt.

genommen. Sie konzentrieren sich entweder auf die Begrenzung der Heimentgelte, etwa durch Pflegewohngeldregelungen wie sie aus Nordrhein-Westfahlen bekannt sind, oder halten Förderprogramme für besondere Konzepte oder Einrichtungen und Dienste vor, die allein aus der Dynamik des Pflegemarktes so nicht entstehen würden.

Heimrecht als landesrechtliche und politische Steuerungsoption

Dazu gehört zum einen das öffentliche Heimrecht, das 2006 im Rahmen der Föderalismusreform den Ländern übertrage wurde. Die Länder machen sehr unterschiedlichen Gebrauch vom Heimrecht und schließen zum Teil ambulante Dienste in den Anwendungsbereich des Heimrechts ein oder begrenzen, wie jüngst Baden-Württemberg, die Anwendung des Heimrechtes allein auf den vollstationären Sektor. In dem Fall stellt das Heimrecht eine nicht unwesentliche landesrechtliche und politische Steuerungsoption dar, die latent und zusammen mit Aufsichts- und Qualitätssicherungsregelungen in Konkurrenz steht oder Überschneidungen aufweist mit den Aufgaben des medizinischen Dienstes gemäß § 112 ff. SGB XII. Auch das Baurecht enthält – überwiegend bundeseinheitlich – geregelte Vorgaben für Sonderbauten vor, die etwa für ambulant betreute Wohngemeinschaften oder neue Wohnformen für auf Pflege angewiesene Menschen ihre Wirkung entfalten.

Landespolitische und -rechtliche Unterstützung von Präventionsstrategien über öffentliche Gesundheitsdienstgesetze

Die öffentlichen Gesundheitsdienstgesetze haben das Potenzial, Präventionsstrategien, wie etwa die präventiven Hausbesuche gemäß § 9 HmbGDG, landespolitisch und landesrechtlich zu unterstützen. Auch CHN-Ansätze lassen sich über das öffentliche Gesundheitsdienstgesetz befördern oder vorsehen. Die Landeskrankenhausgesetze sind für den Bereich der Langzeitpflege relevant für die Schnittstelle zwischen der Krankenhaus- und Langzeitpflegeversorgung, die im Kontext der Krankenhausreform an Bedeutung gewinnt. In unterschiedlich ausgerichteten und mit ebenso unterschiedlichen Detaillierungsgraden ausgestatteten Landespflegegesetzen sehen die Länder Monitoring-Ansätze und die Verpflichtung zur kommunalen Pflegeplanung ebenso vor wie die Einrichtung von regionalen Beratungsstellen oder Pflegestützpunkten. Ein zentraler landesrechtlich auszugestaltender und von den Kommunen wahrzunehmender Aufgabenbereich im Zusammenhang mit der Langzeitpflege ergibt sich aus dem Sozialhilferecht und dort insbesondere aus dem Recht der Hilfe zur Pflege gemäß § 61 ff. SGB XII.

Eine zentrale Bedeutung kommt der Pflege vor Ort und damit den Kommunen im Rahmen der Sicherstellung pflegerischer Versorgung zu. Das SGB XI ordnet den Kommunen eine Reihe von Aufgaben zu (Abbildung 85).

Abbildung 85: Weitere kommunale Aufgaben im Kontext der Langzeitpflege



Quelle: eigene Darstellung

Kommunale Daseinsvorsorge im Rahmen von Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und Unterstützung

Neben den im SGB XI verorteten Aufgaben der Kommunen ergeben sich weitere Aufgaben im Kontext der Langzeitpflege aus bundes- und landesrechtlichen Normen. Auch die Kommunen und hier die Gemeinden und kreisangehörigen Städte haben im Rahmen der Daseinsvorsorge, insofern es um die pflegerische Versorgung und die Sicherstellung der Unterstützung für pflegebedürftige Menschen geht, Selbstbefassungsrechte und -pflichten. Die Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sind jeweils in den Kontext der Aufgaben und Verantwortungszuordnung im Rahmen der gemeinsamen Verantwortung für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu stellen.

4.2 Hintergründe der aktuellen Reformdebatten

Die im Jahr 1995 implementierte Soziale Pflegeversicherung (SPV) fungiert als fünfte Säule des in Deutschland etablierten und in der Bevölkerung mit Vertrauen ausgestatteten Sozialversicherungssystems. Sie ergänzt die zuvor dem Fürsorgesystem überantwortete soziale Absicherung im Falle der Pflegebedürftigkeit (vgl. Klie, 2025a) und erkennt Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko an. Sie sieht einkommensunabhängige Teilleistungen vor, die sich als Beitrag zu den pflegebedingten Aufwendungen Pflegebedürftiger als Geld- oder Sachleistungen verstehen. Die in der Bevölkerung weitgehend bekannte und akzeptierte soziale Pflegeversicherung sieht sich mit einem doppelten, demografiebedingten Finanzierungsproblem konfrontiert: Einerseits steht die Finanzierung der SPV insgesamt unter Druck, andererseits steigen die von Menschen mit Pflegebedarf bei vollstationärer Unterbringung zu entrichtenden Eigenanteile kontinuierlich weiter an (Rothgang, 2025, S. 1 f.; Rothgang et al., 2026). Die Pflegekassen sind mit einem hohen Ausgabendruck konfrontiert, der auf die Zunahme von Personen mit Pflegebedarf, die ihre Leistungsansprüche realisieren, zurückzuführen ist.

Pflegebedürftigkeit als finanzielle Belastung und Armutsrisiko

Es ist davon auszugehen, dass diese Ausgaben zukünftig stärker ansteigen werden als die beitragspflichtigen Einnahmen (Ochmann et al., 2025, S. 15). Aber auch für die Betroffenen und ihre Angehörigen stellt Pflegebedürftigkeit häufig eine große finanzielle Belastung dar. Dies gilt zum einen für die Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen in häuslichen Pflegearrangements: die Haushalte sind hier mit deutlich höheren Aufwendungen konfrontiert, die sie nicht allein aus dem Pflegegeld decken können. Wie jüngst herausgearbeitet stellen sich insbesondere in der häuslichen Pflege vielfältige Armutsrisiken (Klie, 2026) ein. Zum anderen stehen in der öffentlichen Diskussion die steigenden Heimkosten und Eigenanteile im Vordergrund, die dann zur Belastung werden, wenn die pflegebedürftige Person in einem Pflegeheim versorgt wird. Reichen Einkommen und Vermögen nicht aus, um die Pflege zu finanzieren, können Leistungen der Sozialhilfe, insbesondere Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII, in Anspruch genommen werden. Am 31.12.2023 belief sich die Anzahl der Personen, die Leistungen der Hilfe zur Pflege erhielten, auf 315.185 (Statistisches Bundesamt, 2026). Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 5,5 Prozent aller Menschen mit Pflegebedarf in Deutschland. Im stationären Bereich ist allerdings ein deutlich höherer Anteil der Versorgten auf Unterstützung angewiesen. Aktuelle Modellrechnungen zur Entwicklung der Quote der Hilfe zur Pflege im stationären Bereich prognostizieren für das Jahr 2027 einen Anteil von 37,5 Prozent von Personen, die im Heim leben und Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten (Nullszenario[32]) (Rothgang et al., 2026). Es braucht demnach Lösungsansätze, um auch zukünftig eine nachhaltige Finanzierung der SPV gewährleisten zu können.

32 „Im „Nullszenario" bleiben die Absolutbeträge der Leistungen nach § 43 SGB XI und die Anteilswerte der Leistungszuschläge ab 2028 konstant. Dies entspricht einem „Einfrieren" der SPV-Leistungen." (Rothgang et al. 2026, S. 4).

Neben den finanziellen Herausforderungen sieht sich das deutsche Versorgungssystem auch mit strukturellen Problemen konfrontiert. Fachpflegerische Angebote sind vom Fachkräftemangel betroffen, der sich in den kommenden Jahren aufgrund des demografischen Wandels weiter verschärfen wird (Klie, 2024a). Darüber hinaus ist die Verfügbarkeit pflegerischer Angebote stark vom Wohnort abhängig. Dies betrifft insbesondere auch Beratungsstrukturen im Vorfeld und Umfeld von Pflegebedürftigkeit. Dabei tragen gerade diese Beratungsangebote zu einer Stabilisierung von häuslichen Pflegearrangements bei (Klie, 2025b). Das Ziel einer Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sollte entsprechend die Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung sein, die zudem stärker präventionsorientiert auszurichten ist als bisher (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", 2025a, S. 3).

Im Jahr 2025 kündigte die Koalition aus CDU, CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag an, sich im Rahmen einer „großen Pflegereform" mit diesen strukturellen und langfristigen Herausforderungen der Pflege auseinanderzusetzen (CDU/CSU & SPD, 2025, Z. 3468). Um diese Pflegereform anzustoßen, konstituierte sich im Juli 2025 in Berlin die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege" (BLAG). An der BLAG waren die Bundesministerin für Gesundheit sowie die für die Pflege und Pflegeversicherung zuständigen Ministerinnen und Minister, bzw. Senatorinnen und Senatoren, der Länder beteiligt. Außerdem nahmen die kommunalen Spitzenverbände und Vertreterinnen und Vertreter der Bundesministerien für Arbeit und Soziales, für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, für Wirtschaft und Energie sowie für Finanzen und das Bundeskanzleramt an den Sitzungen der Arbeitsgruppe teil. Die Arbeitsgruppen konnten bei ihren Sitzungen themenbezogen Fachexpertinnen und Fachexperten anhören (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", 2025c).

Ziele der BLAG

Die Ziele der Reform sind (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", 2025c, S. 1):

- „die nachhaltige Finanzierung und Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung zu sichern,
- die ambulante und häusliche Pflege zu stärken, pflegende Angehörige zu unterstützen und
- zu gewährleisten, dass Leistungen der Pflegeversicherung von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen einfach und bürokratiearm in Anspruch genommen werden können."

Laut Koalitionsvertrag stehen alle Maßnahmen unter Finanzierungsvorbehalt (CDU/CSU & SPD, 2025, Z. 1627). Geplante Maßnahmen können also nur dann umgesetzt werden, wenn eine dauerhafte und vollständige Gegenfinanzierung gesichert ist.

Im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurden zwei Facharbeitsgruppen gebildet, die in der Regel auf Abteilungsleitungsebene der oben genannten Resorts arbeiteten.

- **Fach-AG „Nachhaltige Finanzierung und Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung“ *(AG Finanzierung)***

  Die Fach-AG Finanzierung hatte das Ziel, Eckpunkte zu erarbeiten, um die soziale Pflegeversicherung so zu gestalten, dass sie auch in Zukunft das Risiko der Pflegebedürftigkeit absichern kann. Dabei sollten die bestehenden Prinzipien der Pflegeversicherung erhalten bleiben und um die der Generationengerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit ergänzt werden. Zu diesem Zweck sollten Maßnahmen erarbeitet werden, um die Kosten zu senken und die Einnahmen zu stärken. Dabei war die Berücksichtigung eines ausgewogenen und gerechten Verhältnisses zwischen den Leistungen der SPV und den finanziellen Belastungen der Beitragszahlenden, der Angehörigen und anderer Kostenträger maßgeblich (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, 2025a, S. 2).

- **Fach-AG „Nachhaltige Sicherstellung der Versorgung und Stärkung der ambulanten und häuslichen Pflege“ *(AG Versorgung)***

  Die Fach-AG Versorgung hatte die Aufgabe Grundlagen zu erarbeiten, um die Gesundheit vulnerabler Gruppen gezielt zu fördern und damit Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden oder zu verringern. Gleichzeitig sollte sie Eckpunkte erarbeiten, die dazu beitragen, die Pflegepotenziale in der Gesellschaft zu erhalten. Ein weiterer Schwerpunkt lag darauf eine bürgernahe, qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung sowohl in städtischen als auch in ländlichen Regionen sicherzustellen. Ebenso sollten Wege aufgezeigt werden, wie Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige entlastet werden können und wie Datenlage, Monitoring und Steuerung verbessert werden können. Abschließend lag der Fokus darauf, zielgerichtete Innovation zu ermöglichen und die Digitalisierung sowie KI-Nutzung zu fördern (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, 2025b).

Im Zeitraum von Mitte Juli bis Ende September haben die Facharbeitsgruppen Finanzierung und Versorgung jeweils neunmal getagt. Ein erster Sachstandsbericht über die Zwischenergebnisse der Fach-AGs wurde im Oktober 2025 in einer digitalen Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe erörtert und anschließend veröffentlicht (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, 2025e). Die Phase bis Dezember 2025 stand unter dem Motto der Entscheidung und Finalisierung (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, 2025d) und wurde mit einer gemeinsamen Pressekonferenz der Bundesgesundheitsministerin, dem Gesundheitsminister Nordrhein-Westfalens und der Hamburger Sozialsenatorin beschlossen. Hierbei wurden die zentralen Ergebnisse der BLAG veröffentlicht (Bundesministerium für Gesundheit, 2025) (Abbildung 86).

Abbildung 86: Reformbausteine Zukunftspakt Pflege



Quelle: eigene Darstellung

Reform-bausteine

Ein Reformbaustein soll die Stärkung der Prävention und Rehabilitation sein, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu verzögern. Eng damit verwandt ist die Einführung des Angebots der fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege. Menschen mit Pflegebedarf sowie ihre Angehörigen sollen bei der häuslichen Pflege individuelle fachliche Beratung erhalten. Um die pflegerische Versorgung in Privathaushalten auch nachts, zu Randzeiten oder an Wochenenden sicherzustellen, soll für akute Krisensituationen ein Notfallbudget eingerichtet werden. Darüber hinaus hat die BLAG diverse Vorschläge zur Vereinfachung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung erarbeitet. Bürokratie soll abgebaut und die regulatorischen Vorgaben für Pflegeeinrichtungen sowie die Hilfe zur Pflege vereinfacht werden. Ergänzend dazu soll die digitale Transformation im pflegerischen Bereich durch die Reform gefördert werden. Insgesamt sollen all diese Reformbausteine dazu beitragen, eine bürgernahe Versorgungsinfrastruktur für Menschen mit Pflegebedarf unter Beteiligung der Pflegekassen und Kommunen sicherzustellen. Die infrastrukturellen und leistungsrechtlichen Reformbausteine werden flankiert von diversen Maßnahmen zur Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung als Teilleistungssystem. Die Vorschläge reichen von Maßnahmen zur Dämpfung der Ausgabendynamik (bspw. die Anhebung der Schwellenwerte in der Begutachtungssystematik) über Ansätze zur Einführung kapitalgedeckter Finanzierungselemente bis hin zu Möglichkeiten zur Stärkung des Umlagesystems (bspw. Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds, Ausbau der individuellen privaten Pflegevorsorge).

Die von der BLAG vorgelegten Vorschläge und Optionen wurden im Rahmen von Praxisworkshops, mit den von den Reformen betroffenen Verbänden und Gruppen auf ihre Praxistauglichkeit geprüft (Staffler, 2026). Das Bundesministerium für

Gesundheit wird bis zum Sommer nach internen Abstimmungen mit der Bundesregierung einen Vorschlag zur Finanzierung vorlegen und im Anschluss daran einen Gesetzesentwurf erarbeiten. Das Ziel ist, dass die Reform bereits zum Beginn des Jahres 2027 in Kraft tritt (Bundesministerium für Gesundheit, 2025).

Synopse anschlussfähiger Ansätze in den 16 Bundesländern

Die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Herausforderungen bei der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung und der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung sind nicht neu. Im Gegenteil: Sie sind in den Bundesländern bereits – wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung – Gegenstand landespolitischer Befassungen und Maßnahmen. So ergeben sich vielfältige Anknüpfungspunkte für die in der BLAG erarbeiteten Reformstrategien. Im Folgenden sollen anschluss- bzw. passfähige Ansätze der Länder synoptisch herausgearbeitet werden.

4.3 Beratung, Case und Care Management

Die Themen Beratung und Case Management werden im Eckpunktepapier der BLAG nahezu ausschließlich im Zusammenhang mit der *fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege* behandelt (siehe 4.5). Den Themenkomplex des Care Managements greift die BLAG nicht auf. Aber auch losgelöst von einem neu zu konzeptionierenden Angebot einer *fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege* sind diese Beratungs- und Case Management-Angebote sowie Care Management-Strukturen zentrale Bestandteile der Unterstützungsstrukturen für den Bereich der häuslichen Pflege. Auch nach der Implementierung der *fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege* werden sie weiterhin gebraucht werden. Zudem sind es genau diese bestehenden Strukturen, auf die bei einer Versorgungsstrukturreform aufgebaut werden muss, insbesondere dann, wenn neue Angebote eingeführt werden sollen. Nur so können Doppelstrukturen vermieden werden und bisherige Erfahrungen für die Reform nutzbar gemacht werden. Daher wird an dieser Stelle kurz auf die Strukturen der Beratung, des Case und Care Managements in den Bundesländern eingegangen.

Case Management und Pflegestützpunkte

Zentral für (Pflege-)Beratung und Case Management im Kontext von Pflegebedürftigkeit in Deutschland sind die Pflegestützpunkte. In 14 Bundesländern – mit Ausnahme von Sachsen und Sachsen-Anhalt – wurden Pflegestützpunkte eingerichtet. Da auf Bundesebene keine Vorgaben zur Trägerschaft, zur Arbeit und zur Finanzierung gemacht wurden, unterscheiden sich diese in ihrem Umfang und ihrer Ausgestaltung deutlich (Braeseke et al., 2018, S. 21). Beispielsweise ist Rheinland-Pfalz mit 135 Pflegestützpunkten das Land mit der höchsten Anzahl an Pflegestützpunkten[33], während Bremen mit drei Pflegestützpunkten die niedrigste Anzahl aufweist[34]. Im Jahr 2017 kamen somit in Rheinland-Pfalz rund 30.000 Ein-

33 Weitere Informationen unter https://sozialportal.rlp.de/aeltere-menschen/pflegestuetzpunkte/
34 Weitere Informationen unter https://www.bremen-pflegestuetzpunkt.de/

wohnerinnen und Einwohner auf einen Pflegestützpunkt, in Bremen waren es rund 224.000 (ebd., S. 35).

Weitere Beratungsangebote

Neben den Pflegestützpunkten gibt es in den Bundesländern verschiedene weitere Beratungsangebote rund um das Thema Pflegebedürftigkeit. Ein Beispiel hierfür sind die regionalen Seniorenbüros (Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e. V., 2021), die von unterschiedlichen Trägern unterhalten werden. Auch Case Management wird nicht exklusiv in Pflegestützpunkten angeboten. Die unterschiedlichen Anbieter legen ihrer Arbeit allerdings häufig unterschiedliche Definitionen von Case Management zugrunde. Dies äußert sich beispielsweise darin, dass die beratenden Institutionen in den Kommunen unterschiedliche Kriterien zugrunde legen, um einen Fall dem Case Management zuzuordnen. Zudem ist davon auszugehen, dass die Bearbeitung der Case Management-Fälle unterschiedlich systematisch und nicht immer institutionsübergreifend erfolgt. Ein gemeinsames Verständnis von Case Management wird – wenn überhaupt – durch den Austausch in regionalen Netzwerken entwickelt. Entsprechend sind auch die Care Management-Strukturen in Deutschland unterschiedlich systematisiert bzw. institutionalisiert. Erfolgreich umgesetzte Care Management-Konzepte finden sich weniger auf der Ebene der Bundesländer, wohl aber in einzelnen Kommunen (Klie, 2025b, S. 135 ff.). Beispielhaft zeigt die Grafschaft Bentheim in Niedersachsen, wie Case und Care Management auf Gemeindeebene wirken (Arlinghaus et al., 2022).

Die Angebote der Pflegestützpunkte und weiteren Beratungsstellen werden nicht immer, aber häufig erst dann in Anspruch genommen, wenn bereits eine Pflegebedürftigkeit besteht oder wenn ihr Eintritt unmittelbar bevorsteht. Ein erklärtes Ziel der Pflegereform ist allerdings auch die Stärkung präventiver Angebote zur Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit. Konkret benennt die BLAG an dieser Stelle die sogenannten „präventiven Hausbesuche". In einigen Bundesländern bestehen hier bereits entsprechende Angebote, die allerdings unterschiedlich ausgestaltet sind (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", 2025a, S. 8).

Präventive Hausbesuche: Abgeschlossene Projekte

Abgeschlossene Projekte in deren Rahmen präventive Hausbesuche durchgeführt wurden, finden sich in Baden-Württemberg, Sachsen und Niedersachsen. Die Angebote waren unterschiedlich ausgestaltet. Dies betraf einerseits die Besuchenden, die die Hausbesuche durchführten. Im Rahmen des baden-württembergischen Projektes „PräSenZ – Prävention für Senioren Zuhause" wurden die präventiven Hausbesuche durch speziell geschulte, hauptamtliche Beraterinnen durchgeführt[35]. Auch in Sachsen führte eine hauptamtliche Mitarbeiterin der offenen Altenhilfe die Hausbesuche durch. In Niedersachsen[36] hingegen handelte es

35 Weitere Informationen unter https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/pflege/beratung

36 Weitere Informationen unter https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/jugend_familie/senioren_generationen/praventive_hausbesuche/land-initiiert-projekt-der-praventiven-hausbesuche-fur-seniorinnen-und-senioren-186074.html

sich um ehrenamtlich Besuchende. Darüber hinaus wurden die Zielgruppen von den jeweiligen Angeboten leicht unterschiedlich definiert. So wurden in Leipzig Personen ab einem Alter von 75 Jahren besucht, während es in Niedersachsen Personen ab einem Alter von 80 Jahren waren, die noch nicht pflegebedürftig waren. Inhaltlich gab es bei den Beratungsbesuchen in den drei Bundesländern Überschneidungen. Die Besuchspersonen informierten unter anderem über bestehende lokale Hilfsangebote, technische Unterstützungsmöglichkeiten und die seniorengerechte Ausstattung der Wohnung. In Leipzig wurde das Angebot nach der Modellphase in Leipziger Hausbesuche umbenannt.[37]

Laufende Projekte

Aktuell werden vom Land geförderte präventive Hausbesuche in Berlin, Bremen und Hamburg umgesetzt. Die Berliner Hausbesuche (BHB)[38] werden von speziell ausgebildetem Fachpersonal durchgeführt und richten sich an ältere Menschen ab 70 Jahren. Die sogenannten „Lotsinnen und Lotsen" sind in allen Berliner Bezirken vertreten und informieren über die Angebote vor Ort. Das Ziel der BHB ist es, ältere Menschen dabei möglichst frühzeitig zu unterstützen, damit sie ein erfülltes und selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit führen können. Auch die Landesregierung in Bremen sprach sich im Jahr 2023 in ihrem Koalitionsvertrag für den Einsatz von präventiven Hausbesuchen bei Personen ab 75 Jahren aus (SPD Bremen et al., 2023, S. 121). Seit 2023 werden nun im Rahmen des Landesprogramms „Lebendige Quartiere" (LLQ) in Modellregionen sozialraumorientierte präventive Hausbesuche (PHB) für ältere Menschen angeboten.[39] Das benannte Ziel besteht darin, Vereinsamung und Pflegebedürftigkeit früh zu erkennen sowie soziale Teilhabe und die selbstständige Lebensführung zu fördern. Auch in Hamburg hält die Stadt ein entsprechendes Angebot vor. Der „Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren" ist ein kostenloses informatives Besuchsangebot zu Fragen des Älterwerdens[40]. Es wird seit Oktober 2018 von geschulten Besuchspersonen im Auftrag der Fachstelle Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren am Albertinen-Haus durchgeführt. Alle in Hamburg lebenden Seniorinnen und Senioren, die kürzlich das 80. Lebensjahr erreicht haben, erhalten automatisch ein Terminangebot. Die Gesprächsschwerpunkte richten sich nach Interesse und Bedarf der besuchten Personen.

Zukunftsperspektiven

Zukünftig geplant sind präventive Hausbesuche im Saarland im Rahmen der Landesstrategie „Saar66" (Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit, 2025, S. 8). Weiterentwicklungsperspektiven für präventive Hausbesuche sieht die BLAG insbesondere in der Verknüpfung der präventiven Hausbesuche mit

37 Weitere Informationen unter https://www.p-sachsen.de/aktuelles/leipziger-hausbesuche-nun-festes-kommunales-angebot-fuer-aeltere-menschen/
38 Weitere Informationen unter https://www.malteser.de/standorte/berlin/berliner-hausbesuche.html
39 Weitere Informationen unter https://www.sozialestadt.bremen.de/programme/llq-21239
40 Weitere Informationen unter https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/pflege/hausbesuch-86112

Angeboten der Primärprävention und Gesundheitsförderung gemäß § 20 SGB V (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", 2025a, S. 8).

4.4 (Kommunale) Pflegeplanung

Im Idealfall werden die relevanten Informationen aus der Beratung und dem Case Management über das Care Management an die kommunale Planung weitergegeben. Die kommunale Pflegeplanung kann dann den Rahmen bilden, um eine bedarfsgerechte Angebotsinfrastruktur sicherzustellen und eine wirkungsorientierte Steuerung zu ermöglichen. So formuliert es die BLAG (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", 2025a, S. 20). Hierzu soll das Bundesministerium für Gesundheit einen regelmäßigen Austausch zwischen den Bundesländern über Best-Practice-Beispiele ermöglichen. Die Länder werden außerdem dazu aufgefordert, sich auf einen bundesweit einheitlichen Kerndatensatz für die kommunale Pflegeplanung zu verständigen, der zudem über eine einheitliche Plattform abgerufen werden kann (ebd., S. 20 f.). In Zuge dessen soll auch die Datenverfügbarkeit für diverse Angebote, beispielsweise alternative Wohnformen, verbessert und präventive Angebote in die kommunale Planung integriert werden (ebd., S. 7, 21). Der einheitliche Kerndatensatz soll auch Daten der Kranken- und Pflegeversicherung einschließen und ein regionales Pflegepersonal-Monitoring ermöglichen. Die kommunale Pflegeplanung kann laut der BLAG dann den Rahmen bilden, um eine bedarfsgerechte Angebotsinfrastruktur sicherzustellen und eine wirkungsorientierte Steuerung zu ermöglichen (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", 2025a, S. 20). Hierzu soll das Bundesministerium für Gesundheit einen regelmäßigen Austausch zwischen den Bundesländern über Best-Practice-Beispiele ermöglichen.

Uneinheitliches Bild bei der Pflegeplanung

Bisher zeigt sich in Deutschland ein sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene, vergleichsweise uneinheitliches Bild, was die Pflegestrukturplanung angeht. Eine Verpflichtung zur kommunalen Planung besteht in Baden-Württemberg (§ 4 Landespflegegesetz – LPflG BW), in Bayern (Art. 69 Abs. 2 Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze – AGSG), in Hessen (§ 4 Abs. 2 PflegeVGAG HE), in Mecklenburg-Vorpommern (§ 5 Abs. 2 LPflegeG M-V), in Niedersachsen (§ 3 Abs. 1 NPflegeG), in Rheinland-Pfalz (§ 3 Abs. 1 LPflegeASG), in Sachsen-Anhalt (§ 4 Abs. 1 PflegeV-AG), in Schleswig-Holstein (§ 3 Abs. 1 LpflegeG S-H) und Thüringen (§ 2 ThürAGPflegeVG). In den Stadtstaaten Berlin (§ 2 Abs. 1 Landespflegegesetz Berlin – LpflegEG BE), Bremen (§ 5 Abs. 1 Bremisches Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz – BremAGPflegeVG) und Hamburg (§ 2 Abs. 2 Hamburgisches Landespflegegesetz – HmbLPG) liegt die verpflichtende Planungsverantwortung beim Land.

Einige der Landesregierungen haben das Thema „kommunale Pflegeplanung" darüber hinaus in ihren Koalitionsverträgen aufgegriffen. So verpflichtete sich Ba-

den-Württemberg im letzten Koalitionsvertrag dazu, die Landesstrategie „Quartier 2030 – Gemeinsam.Gestalten" weiterzuentwickeln. Sie verfolgt das Ziel, eine beteiligungsorientierte Quartiersentwicklung in ganz Baden-Württemberg zu etablieren (Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Baden-Württemberg & CDU Baden-Württemberg, 2021, S. 76). Ein neuer Koalitionsvertrag wurde seit der Landtagswahl noch nicht veröffentlicht. In Bayern verständigten sich die Regierungsparteien (CSU und Freie Wähler) darauf die Strategie „Gute Pflege. Daheim in Bayern" weiterzuentwickeln. Hier engagiert sich das Land unter anderem für das Thema Pflegeplanung[41]. Im Land Brandenburg haben sich die Regierungsparteien zum Ziel gesetzt den „Pakt für Pflege" im Landespflegegesetz zu verankern (SPD Brandenburg & CDU Brandenburg, 2026, S. 25). Er besteht aus vier Säulen und setzt in einer Säule den Fokus auf die Pflege vor Ort. So werden unter anderem Fördermittel für die regionale Pflegestrukturplanung vorgehalten[42]. In Bremen setzt man auf die pflegerische Versorgung als Pflege im Quartier. Dafür ist eine Ausrichtung der Angebote und eine verbindliche Kooperation der Anbietenden vorgesehen (SPD Bremen et al., 2023, S. 120). Die Ausrichtung auf das Quartier bedeutet auch, das bei der Stadt- und Quartiersplanung die medizinische und pflegerische Versorgung von Anfang an mitgedacht wird (SPD Bremen et al., 2023, S. 117). Bei der Planung und Umsetzung von Angeboten für pflegende Angehörige sollen diese partizipativ eingebunden werden (ebd., S. 121). Hamburg sieht vor, die Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur in Kooperation mit den Pflegeverbänden und anderen Akteuren weiterzuentwickeln (SPD Landesorganisation Hamburg & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Landesverband Hamburg, 2025, S. 101). Das Land Niedersachsen beschreibt und versteht in ihrem Koalitionsvertrag die Landespflegeplanung als Unterstützung für die Kommunen. Zudem wurde Im Rahmen des Projektes „Komm.Care", das seit 2019 und bis 2025 von der Landesregierung gefördert wurde, eine Reihe von Arbeitshilfen und Textbausteinen zur Unterstützung der Erstellung örtliche Pflegeberichte erarbeitet (SPD Landesverband Niedersachsen & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Niedersachsen, 2022, S. 83). Auch in NRW gibt es Bestrebungen die Pflegebedarfsplanung besser nutzbar zu machen. Dabei unterstützt die Landesregierung die Kommunen und Kreise. Im Rahmen der Planung soll der Fokus geweitet werden und neben der Infrastruktur der voll- und teilstationären Pflege auch weitere pflegerische Angebote und Versorgungsformen umfassen. Dazu stellt das Land fachliche Unterstützung bereit, insbesondere durch Beratungsangebote, Arbeitshilfen, Best-Practice-Beispiele und Maßnahmen zur Vernetzung und Qualifizierung der beteiligten Akteure (CDU NRW & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN, 2022, S. 98–99). In Rheinland-Pfalz wollen die Koalitionäre der SPD, Grünen und FDP die Pflegestrukturplanung als Pflichtaufgabe stärken. Die Kommunen werden dabei durch das Land unterstützt, beispielsweise durch die Bereitstellung eines landeseinheitlichen Musterpflegestrukturplans. Die Landesregierung formuliert dabei auch das Ziel, den Kommunen mehr Kompetenzen er-

41 Weitere Informationen unter https://www.stmgp.bayern.de/ministerium/veranstaltungen/4-fachkongress-gute-pflege-daheim-in-bayern/#toc_Programm

42 Weitere Informationen unter https://lasv.brandenburg.de/lasv/de/zuwendungen/pakt-fuer-pflege/

teilen zu wollen (SPD Rheinland-Pfalz et al., 2021, S. 105). Auch in Rheinland-Pfalz haben seither Landtagswahlen stattgefunden. Ein neuer Koalitionsvertrag wurde bisher nicht veröffentlicht. Die Mitsprache und Mitwirkung der Seniorenvertretungen an der Pflegestrukturplanung wird gestärkt und örtliche Altenhilfe- und Senioren-Angebote sollen in die kommunale Sozialplanung aufgenommen werden (SPD Rheinland-Pfalz et al., 2021, S. 107). Letztlich widmet sich Thüringen im aktuellen Koalitionsvertrag dem Thema der Planung. Mit einer Landespflegeplanung sollen in Kooperation mit der kommunalen Sozialplanung bestehende Lücken in der Versorgungslandschaft aufgedeckt werden.

4.5 Fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege

Stärkung des ambulanten Sektors

Laut dem Eckpunktepapier der BLAG soll für Personen der Pflegegrade 1 bis 5 ein „neues, regional organisiertes und präventionsorientiertes" Angebot geschaffen werden (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", 2025c, S. 9). Dieses Angebot soll unter anderem den ambulanten Sektor stärken, indem es dabei unterstützt, häusliche Versorgungsarrangements nachhaltig zu organisieren und zu stabilisieren. Dies soll unter anderem durch die Entlastung pflegender Angehöriger erreicht werden. Andererseits soll sich die gesundheitliche und pflegerische Situation der Menschen mit Pflegebedarf verbessern, um einer Verstärkung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken (ebd.). Zu konkretisieren sind dabei Fragen der organisatorischen und inhaltlichen Ausgestaltung eines solchen neuen Angebots, sowie dessen Finanzierung.

Organisatorisch stellen sich Fragen des Zugangs zur *fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege,* des Umfangs und auch der institutionellen Verortung. Die BLAG schlägt vor, den Anspruch auf fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege organisatorisch an den Beginn der Pflegebedürftigkeit, also die Einstufung in einen Pflegegrad, zu koppeln. Jeder neu eingestuften Person sollen mindestens zwei Hausbesuche zustehen. Weitere Hausbesuche sollen nach fachlicher Einschätzung erfolgen. Bei häuslicher Pflege soll ein jährlicher obligatorischer Hausbesuch, entsprechend der Beratungsbesuche gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI, beibehalten werden. Zudem könnten bei hohen Pflegegraden kürzere Besuchsintervalle festgelegt werden. In definierten Fällen soll das Angebot im Sinne des Case Managements intensiviert werden (ebd., S. 9). Dabei soll die *fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege* möglichst aus einer Hand zusammen mit anderen Beratungs- und Unterstützungsangeboten, beispielsweise im Rahmen der Altenhilfe, erbracht werden (ebd., S. 10). Die BLAG spricht sich weiterhin dafür aus, die *fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege* tagsüber für die Bearbeitung pflegerischer Akut- und Notfallsituationen einzusetzen, um Fehlversorgung, unnötige Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen zu vermeiden (ebd., S. 12).

Mögliche Aufgaben der pflegefachlichen Begleitung und Unterstützung und die Frage nach der entsprechenden Qualifikation

Auf der inhaltlichen Ebene geht es um den Zuständigkeitsbereich bzw. das Aufgabenspektrum, das durch die *fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege* abgedeckt werden soll. Daraus abzuleiten wäre, welche Qualifikationen eine Person vorweisen muss, die dieses Angebot erbringt. Wirft man einen Blick in das Eckpunktepapier der BLAG werden sowohl genuin fachpflegerische als auch Beratung und Case Management als mögliche Aufgaben einer *fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege* vorgeschlagen. Auch wenn Pflegefachpersonen bereits Beratungsaufgaben übernehmen, beispielsweise bei den Beratungsbesuchen gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI, sind diese zum aktuellen Zeitpunkt häufig sehr eng auf den Pflegeprozess beschränkt: Die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege (§ 4 Pflegeberufegesetz – PflBG). Diese Vorbehaltsaufgaben können ausschließlich durch Pflegefachpersonen übernommen werden, unabhängig davon, ob eine Pflegeausbildung oder ein Pflegestudium absolviert wurde (Weidner, 2021, S. 4). In der aktuellen Praxis werden Beratung und Case Management im Kontext von Pflegebedürftigkeit allerdings auch von Vertretenden anderer Professionen, beispielsweise der Sozialen Arbeit, durchgeführt. Solche Beratungen finden beispielsweise in Pflegestützpunkten statt. Hierbei geht es um Fragen, die im weiteren Sinne mit der Pflegebedürftigkeit in Verbindung stehen, wie etwa die Beratung zu ergänzenden regionalen Hilfs- und Unterstützungsangeboten (§ 7c Abs. 2 Nr. 2 SGB XI).

Wenn alle von der BLAG genannten Aufgaben im Rahmen der *fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege* von einer Person erbracht werden sollen, ist mindestens eine Qualifikation als Pflegefachperson erforderlich, um die Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 PflBG abdecken zu können. Wenn Pflegefachpersonen über die Steuerung des Pflegeprozesses hinaus eigenverantwortlich Beratung und Case Management durchführen sollen, sind Kompetenzen unterschiedlicher Professionen und Disziplinen gefragt (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e. V., 2024). Um im Sinne einer gesundheitlichen und pflegerischen Primärversorgung zu agieren, könnten perspektivisch spezialisierte Pflegefachpersonen mit Masterabschluss (Advanced Practice Nurses) eingesetzt werden. Insbesondere wäre hier an die Qualifikationen von APN als Community Health Nurses (CHN) zu denken, die laut DBfK auf Aufgaben der Primärversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung spezialisiert sind (DBfK, 2019, S. 8 f.). Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe sowie der Deutsche Pflegerat und weitere Akteure aus der Pflege und Politik setzen sich gemeinsam für die Etablierung des Berufsfelds des Community Health Nursing ein. Das Ziel ist eine verbesserte, evidenzbasierte und wohnortnahe Primärversorgung von Patienten und Patientinnen[43]. Ein APN-Gesetz befindet sich auf Bundesebene in Vorbereitung. Studiengänge auf Masterniveau werden zunehmend angeboten bzw. aufgebaut.

43 Weitere Informationen unter https://www.dbfk.de/de/berufspolitik/community-health-nursing/index.php

Forderungen nach gemeindenahen Versorgungsstrukturen

Auch auf der landespolitischen Ebene sind APN/ CHN Konzepte zunehmend relevant. In den Koalitionsverträgen mehrerer Bundesländer werden gemeindenahe Versorgungsstrukturen gefordert. Die Länder entwickeln dabei unterschiedliche Ansätze. So plant Bayern den Einsatz von Gemeindeschwestern in den Kommunen (CSU & Freie Wähler, 2023, S. 19), während Hamburg vor allem in sozioökonomisch schwächeren Stadtteilen Community Health Nurses einsetzen möchte (SPD Landesorganisation Hamburg & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Landesverband Hamburg, 2025, S. 95). Auch das Land Nordrhein-Westfalen spricht sich für den Einsatz von Community Health Nurses aus, fokussiert dabei aber die Versorgung im Quartier (CDU NRW & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN, 2022, S. 96). Niedersachsen fördert ebenfalls gemeindenahe Ansätze des Community Health Nursing und strebt an, die Rahmenbedingungen für eine dauerhafte Etablierung herzustellen (SPD Landesverband Niedersachsen & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Niedersachsen, 2022, S. 83). Schleswig-Holstein verweist jedoch – bei grundlegender Befürwortung der Ansätze – darauf, dass insbesondere Fragen der Finanzierung sowie weitere Umsetzungsfragen auf Bundesebene geklärt werden müssten (CDU Schleswig-Holstein & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Schleswig-Holstein, 2022, S. 64). Thüringen verfolgt das Ziel, verschiedene Modelle gemeindenaher Pflege, wie Landschwestern, Gemeindepflegekräfte und Community Health Nurses einzuführen (CDU et al., 2024, S. 61). Hessen schließlich, kann bereits auf eine vielfältige Landschaft etablierter gemeindenaher Konzepte schauen und plant, diese weiter auszubauen (CDU & SPD, 2024a, S. 89–90, 93).

Etablierte Strukturen in Hessen

In Hessen sind bereits in 18 Landkreisen Gemeindepflegekräfte tätig. Die Stellen werden vom Land gefördert. Antragsberechtigt sind die hessischen Landkreise und kreisfreien Städte. Im Zentrum der Arbeit der Gemeindepflegerinnen und Gemeindepfleger stehen Bedarfserhebungen und das Ergreifen von Maßnahmen zur Sicherstellung der individuellen häuslichen Versorgung, der psychosozialen Begleitung und der Koordination notwendiger Maßnahmen. Das Land Hessen verfolgt damit das Ziel, den Adressatinnen und Adressaten eine selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung im häuslichen Umfeld zu ermöglichen und die Pflegebedürftigkeit möglichst lange hinauszuzögern. Außerdem wird sich eine Stärkung in der Zusammenarbeit der bestehenden Strukturen erhofft.[44]

Die Gesundheitsregionen Niedersachsen bilden ein Netzwerk aus träger- und sektorenübergreifender Kooperation von Akteuren des Gesundheitswesens und der Daseinsvorsorge. 36 der 46 niedersächsischen Landkreise und kreisfreie Städte beteiligen sich an dem Programm zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention. Im Rahmen der gegenwärtig mehr als 180 Aktivitäten der Gesundheitsregionen werden vielfältige Lotsenprogramme umgesetzt. Dazu zählen Projekte zu interkulturellen Pflege- und Gesundheitslotsen sowie eine Zusatzqualifizierung für Gesundheitslotsen im Themenfeld Pflege. Er-

44 Weitere Informationen unter https://familie.hessen.de/gesundheit/laendlicher-raum/foerderausschreibung

gänzend dazu wird ein Projekt durchgeführt, in dem der Einsatz von Community Health Nurses Betroffene von Demenz und ihre Angehörigen im Raum Bremervörde/Zeven unterstützt[45].

Mit der „Konzentrierte Aktion Pflege Saar" verfolgt die Saarländische Landesregierung die Weitertentwicklung der pflegerischen Versorgungssituation. Dabei widmet sich die Arbeitsgruppe „AG Akademisierung" vor allem der Einführung und Förderung akademischer Bildungswege in der Pflege. Insbesondere die Ausbildung von Community Health Nurses und Advanced Practice Nurses steht dabei im Vordergrund.[46]

In Baden-Württemberg hat die SPD-Fraktion des Landtags im Jahr 2025 einen Gesetzentwurf zur flächendeckenden Etablierung von „mobilen Gemeindeschwestern^{plus}" eingereicht. Mit dem Gesetz soll eine Landesförderung für präventive Hausbesuche eingeführt werden. Diese wurden von der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten" empfohlen. Die Umsetzung soll durch die Einstellung von Gemeindeschwestern^{plus} in den Städten und Gemeinden Baden-Württembergs erfolgen (*Gesetzentwurf der Fraktion der SPD, Gesetz zur flächendeckenden Etablierung mobiler Gemeindeschwestern^{plus} in Baden-Württemberg*. Landtag von Baden-Württemberg, 2025).

4.6 Pflegerische Notfallversorgung

Vision: Bundesweites Pflegenotfalltelefon

Um die Notfallversorgung von Pflegebedürftigen zu stärken, schlägt die Bund-Länder-Arbeitsgruppe vor, bis 2027 ein bundesweites Pflegenotfalltelefon einzurichten. Auf der Grundlage einer telefonischen pflegefachlichen Ersteinschätzung sollen hier die weiteren Schritte in akuten pflegerischen Notfällen besprochen werden können. Vorgeschlagen wird die Einrichtung einer bundesweiten Notfallnummer (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", 2025a, S. 12–13).

Die bereits bestehende Infrastruktur der Notfalltelefone auf Landesebene ist unterschiedlich ausgeprägt. In einigen Bundesländern stehen spezielle Telefonangebote für Menschen in pflegebezogenen Krisensituationen zur Verfügung. In Brandenburg[47] und Niedersachsen[48] handelt es sich allerdings nicht um explizite Notruf-Nummern, sondern eher um telefonische Angebote mit Sprechzeiten und einem Rückrufsystem. In Nordrhein-Westfalen[49] bestehen vereinzelte Not- und Krisentelefone nur auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte, nicht auf Landes-

45 Weitere Informationen unter https://www.gesundheitsregionen-nds.de/
46 Weitere Informationen unter https://www.saarland.de/masfg/DE/portale/sozialesleben/leistungensoziales/pflege/kapflege/arbeitsgruppen
47 Weitere Informationen unter https://www.pflege-in-not-brandenburg.de/
48 Weitere Informationen unter https://www.sovd-nds.de/pflegetelefon
49 Weitere Informationen unter https://www.pflegewegweiser-nrw.de/ueberlastung-und-krisen-pflegende-angehoerige

ebene – auch die Konzeption und Erreichbarkeit unterscheidet sich zwischen den verschiedenen Angeboten.

Bestehende Angebote in Schleswig-Holstein und Hamburg

Notfalltelefone im Sinne der BLAG wurden bisher lediglich in zwei Bundesländern implementiert. Das Pflege-Nottelefon in Schleswig-Holstein[50] wird durch das Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein finanziell gefördert und durch den Landesverband der Arbeiterwohlfahrt koordiniert. Mit einem breiten Netz aus Kooperationspartnern stellt das Pflege-Nottelefon rund um die Uhr die Erreichbarkeit des Angebots sicher und unterstützt in Krisen und Notlagen in der Pflege. Das Pflegenottelefon in Hamburg[51] ist rund um die Uhr erreichbar und bietet Unterstützung für volljährige Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen in Pflegenotfällen. Die Mitarbeitenden des Pflegenotfalltelefons sind qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Außerdem werden fachlich geschulte Mitarbeiter des Kooperationspartners Arbeiter Samariter Bund (ASB) an Wochenenden eingesetzt. Durch die Kooperation besteht außerdem die Möglichkeit des einmaligen Einsatzes eines ambulanten Pflegedienstes des ASB. Zusätzlich werden Notfallplätze in Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorgehalten, um die Versorgung von Personen zu gewährleisten, in denen die häusliche Pflege plötzlich und unvorhergesehen nicht aufrechterhalten werden kann. Das Angebot der Hamburger Sozialbehörde hat auch auf landespolitischer Ebene einen hohen Stellenwert. In ihrem Koalitionsvertrag setzen sich die Regierungsparteien für eine Fortsetzung und einen bedarfsgerechten Ausbau des Pflegenottelefons sowie für eine Steigerung seiner Bekanntheit ein (SPD Landesorganisation Hamburg & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Landesverband Hamburg, 2025, S. 101).

4.7 Sektorenübergreifende Versorgung

Lösungsansätze für Schnittstellenprobleme

Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte werden seit einiger Zeit als Lösungsansätze für diverse Schnittstellenprobleme in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung diskutiert. Auch der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege für sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018) sprach sich bereits im Jahr 2018 für eine Weiterentwicklung der bestehenden Systeme hin zu einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit aus. Ebenso wird das Thema der sektorenübergreifenden Versorgung bereits in einigen Bundesländern auf die politische Agenda gesetzt. In Brandenburg setzt man sich beispielsweise für gesetzliche Rahmenbedingungen ein, die Gesundheitsregionen und eine sektorenübergreifende regionale Gesundheitsplanung ermöglichen (SPD Brandenburg & CDU Brandenburg, 2026, S. 24).

50 Weitere Informationen unter https://pflege-not-telefon.de/
51 Weitere Informationen unter https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/pflege/beratung/pflegenottelefon

Allianz für Gesundheitskompetenz

Darüber hinaus lassen sich in der Praxis diverse Good Practice-Beispiele identifizieren, die unter anderem im Rahmen der „Allianz für Gesundheitskompetenz“[52] initiiert wurden. Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit hat sich 2017 die Allianz für Gesundheitskompetenz gegründet. Die Kooperations- und Koordinierungsinitiative besteht neben dem BMG aus der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, dem Patientenbeauftragten bzw. der Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege und 14 Spitzenorganisationen einschließlich der Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens. In drei Handlungsfeldern werden von den Partnern der Allianz für ihren jeweiligen Zuständigkeits- und Regelungsbereich Empfehlungen und Maßnahmen erarbeitet und eigenverantwortlich umgesetzt. Die drei Handlungsfelder umfassen:

- „Die allgemeine Gesundheitskompetenz der Bevölkerung durch Gesundheitsbildung stärken
- Wissenschaftlich abgesicherte Informationsangebote – insbesondere im Internet – bündeln und allgemein verständlich aufbereiten
- Die Kommunikationskompetenz in der Aus-, Weiter- und Fortbildung fördern.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S. 5–6)

Die Ziele der Allianz für Gesundheitskompetenz wurden in der Roadmap Gesundheitskompetenz 2024 aktualisiert. Sie umfassen die Förderung der Gesundheitskompetenz auf organisationaler, professioneller sowie lebensweltlicher Ebene. Außerdem soll das Angebot digitaler Gesundheitskompetenz gestärkt werden (Bundesministerium für Gesundheit Referat 621 – Nachhaltigkeit und Gesundheitskompetenz, 2024, S. 10). Einige der Projekte, die in diesem Kontext umgesetzt werden, lassen sich als Good-Practice-Beispiele für eine sektorenübergreifende Versorgung zwischen Prävention, Gesundheitsförderung und Pflege verstehen:

- Der Deutsche Olympische Sportbund e. V. (DOSB) hat im Zeitraum von 2021 bis 2023 das Modellprojekt „GeniAl“[53] durchgeführt. Es sollte die Integration und Gesundheitsförderung älterer Menschen mit und ohne Einwanderungsgeschichte durch niedrigschwellige Sport- und Bewegungsangebote in Sportvereinen fördern. Das Projekt wurde durch das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI), dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziert. Das Projekt wurde durch einen Beirat des DOSB begleitet. Die gewonnenen Erkenntnisse des Modellprojekt wurden genutzt, um das seit 1989 bestehende Bundesprogramm „Integration durch Sport“ (IdS) weiterzuentwickeln.

52 Weitere Informationen unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz/allianz-fuer-gesundheitskompetenz

53 Weitere Informationen unter https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=13328&t=erste+Auftakttreffen+des+neu+gegr%FCndeten+Beirates+hat+im+im+November+2021 und https://integration.dosb.de/inhalte/projekte/gesundheitsfoerderung-aelterer-migrantinnen

Beispielprojekte der Allianz für Gesundheitskompetenz

- Das Projekt „Pflege und Zahnmedizin im Dialog" der Bundeszahnärztekammer verantwortete die Begleitung und Einführung des Expertenstandards „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege" sowie regelmäßige Fortbildungsangebote der Landeszahnärztekammern. Diese Fortbildungsangebote dienen der Vernetzung von Zahnärzten und Zahnärztinnen, beruflich Pflegenden und pflegenden Angehörigen (Bundesministerium für Gesundheit Referat 621 – Nachhaltigkeit und Gesundheitskompetenz, 2024, S. 15). Die Bundeszahnärztekammer[54] veröffentlichte detailliertes Informationsmaterial und Kurzfilme auch in leichter Sprache zu den Themen Mundhygiene, Mundpflege, Zahngesundheit und zahnärztlichen Versorgungsangeboten für Menschen mit Pflegebedarf oder Beeinträchtigung. Daneben werden Informationen zu Zahnarztpraxen mit barrierefreiem Zugang angeboten.
- Die Bayrische Demenzwoche[55] ist Teil der Bayrischen Demenzstrategie. Sie wird vom Bayrischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention unter Einbezug der Kooperationspartner des Bayerischen Demenzpaktes organisiert. Seit 2019 findet die Bayrische Demenzwoche um den Welt-Alzheimertag herum statt. Sie dient dazu, das Thema Demenz in den öffentlichen Fokus zu rücken und so Sichtbarkeit herzustellen. Auf der zugehörigen Veranstaltungswebsite werden die Aktivitäten zum Thema Demenz gebündelt zur Verfügung gestellt.
- Im Fokus des Innovationsfondsprojekts „Altersspezifische Impfanspruchnahme Verbessern" (ALIVE)[56] stand die Verbesserung der Impfquoten für alle durch die Ständige Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen für Personen ab 60 Jahren. Durch die gezielte Impfansprache in Arztpraxen wurde die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten in Bezug auf Impfungen verbessert. Dies geschah über Online-Fortbildungen für medizinisches Personal, standardisierte Praxisabläufe und evidenzbasiertes Informationsmaterial. Im Zeitraum von 2021 bis 2025 wurde das Projekt mit etwa 5,6 Millionen Euro gefördert. Die Veröffentlichung der begleitenden Evaluationsstudie steht noch aus.
- Das länderübergreifende Bildungsprojekt der Verbraucherschutzministerien „Smart Surfer"[57] stellt eine Lernhilfe zum Thema Internet und Digitale Medien dar. Das Ziel ist die Förderung der Digitalkompetenz von Menschen ab 50 Jahren. Teil der Lehrinhalte ist ein Modul zum Thema Digitale Gesundheit.

54 Weitere Informationen unter https://www.bzaek.de/praevention/alters-und-behindertenzahnmedizin.html
55 Weitere Informationen unter https://www.stmgp.bayern.de/pflege/demenz/demenzwoche/
56 Weitere Informationen unter https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/alive.416
57 Weitere Informationen unter https://smart-surfer.net/module/smart-surfer

4.8 Vereinfachung des Leistungsrechts und Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile der Heimkosten

Die von der BLAG bearbeitete Debatte um die Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile der Heimkosten und die Vereinfachung des Leistungsrechts findet auch auf landespolitischer Ebene statt. In etwa der Hälfte der Koalitionsverträge der Landesregierungen werden diese Themen adressiert und auf die politische Agenda gesetzt. Das gilt insbesondere für das Thema Heimentgelte:

Bestrebungen der Landesregierungen

- Die Landesregierungen in Hamburg, Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Bremen sind sich darin einig, dass eine Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile bei den Heimkosten nur durch eine Reform der Pflegeversicherung gelingen kann.
- Auch in Schleswig-Holstein wird sich für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eingesetzt (CDU Schleswig-Holstein & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Schleswig-Holstein, 2022, S. 63).
- Das Land Baden-Württemberg hat bisher in diesem Kontext eine bundesweite Regelung befürwortet, um Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vor einer finanziellen Überforderung aufgrund der steigenden Eigenanteile in der stationären Pflege zu schützen und die verbleibenden Kosten planbar und transparent zu machen. Als bevorzugtes System wurde dabei der Sockel-Spitze-Tausch angesehen (Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Baden-Württemberg & CDU Baden-Württemberg, 2021, S. 75). Die dahingehende Ausrichtung der kürzlich neu gewählten Landesregierung muss abgewartet werden.
- Die Landesregierung in Mecklenburg-Vorpommern betont, dass die Höhe eines gedeckelten Eigenanteils so bemessen werden muss, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen von einer finanziellen Entlastung profitieren (SPD Mecklenburg-Vorpommern & Die Linke Mecklenburg-Vorpommern, 2021, S. 61).
- Auch das Land Sachsen hält eine umfassende Reform der Pflegeversicherung für nötig und möchte sich am Diskurs auf Bundesebene beteiligen, um die Eigenanteile für Menschen mit Pflegebedarf sowie die Ausgaben der Sozialhilfeträger zu begrenzen[58]. Im Bundesrat setzt man sich für eine gleichberechtigte Finanzierung der Pflegeversicherung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer ein (CDU & SPD, 2024b, S. 78).
- Hamburg versteht sich als Vorreiter und Impulsgeber für Reformen im Gesundheitswesen und in der Pflegeversicherung. In dieser Rolle wird Hamburg in Abstimmung mit den verantwortlichen Institutionen, Verbänden und Kassen arbeiten (SPD Landesorganisation Hamburg & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Landesverband Hamburg, 2025, S. 95).

58 Weitere Informationen unter https://www.pflegenetz.sachsen.de/saechsische-pflegepolitik.html

- Brandenburg setzt sich für eine umfassende Pflegereform ein und möchte die Arbeit auf Bundesebene kritisch und konstruktiv unterstützen. Außerdem fordert das Land eine Entlastung bei den Sozialhilfekosten (SPD Brandenburg & CDU Brandenburg, 2026, S. 25–26).
- In Bremen sieht man ebenso eine solidarische Bürgerversicherung mit gedeckelten Eigenanteilen als Lösung für den Bereich der stationären Pflege und setzt sich entsprechend auf Bundesebene dafür ein (SPD Bremen et al., 2023, S. 122).
- Auch in Niedersachsen setzt man sich für einen grundlegenden Wechsel in der Pflegeversicherung ein. Die Eigenanteile für die Pflege sollen gedeckelt werden und alle darüber hinaus gehenden Kosten sollen langfristig eine erneuerte Pflegeversicherung in Form einer Bürgerversicherung oder paritätischen Vollversicherung übernehmen (SPD Landesverband Niedersachsen & Bündnis 90/DIE GRÜNEN Niedersachsen, 2022, S. 83). Zusätzlich wird im Koalitionsvertrag festgehalten, dass Niedersachsen sich auf Bundesebene für eine Entbürokratisierung im Gesundheitswesen einsetzt. In Kooperation mit den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, den Kostenträgern und den Kommunen sollen Handlungsfelder untersucht werden, in denen Verbesserungsbedarf besteht und Maßnahmen identifiziert werden, die zur Erleichterung beitragen können (ebd.).
- Auch die Landesregierung Hessen will sich für einen Pflegedeckel beim Eigenanteil der Versicherten einsetzen (CDU & SPD, 2024a, S. 94). Gleichzeitig sieht die hessische Landesregierung hier die Verantwortung beim Bund und einer von dort kommenden Leistungsreform (CDU & SPD, 2024a, S. 96).
- Das Land Thüringen möchte auf Bundesebene die eigenen Perspektiven einbringen und sich für Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf einsetzen. Darüber hinaus fördert die Landesregierung Thüringens die Absenkung von Beiträgen an die Pflegeversicherung für pflegende Angehörige (CDU et al., 2024, S. 67).

4.9 Caring Community

Kultur der gegenseitigen Sorge

Das Thema Caring Community wird in den Ergebnissen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe nicht explizit aufgegriffen. Dennoch ist es untrennbar mit den vorgeschlagenen Reformbausteinen verwoben. Die Sorge und Pflege von Menschen mit Pflegebedarf wird zum überwiegenden Teil von An- und Zugehörigen geleistet. Auch in Freund- und Nachbarschaften spielen Sorge- und Pflegeaufgaben eine zentrale Rolle im gegenseitigen Miteinander. Komplementiert werden diese Unterstützungssysteme von bürgerschaftlichen und ehrenamtlichen Strukturen, die ebenfalls dazu beitragen, dass die pflegerische Versorgung in Deutschland überhaupt sichergestellt werden kann (Klie, 2026 im Erscheinen). Die professionellen

Hilfen ergänzen diese unterschiedlichen Instanzen der informellen Unterstützung. Die informelle Pflege bildet somit gewissermaßen das Rückgrat der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf. Vor diesem Hintergrund kommt dem Leitbild der Caring Community eine wesentliche Rolle zu. Der Politik kommt dabei die Aufgabe zu, eine Kultur der gegenseitigen Sorge zu befördern. In Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Saarland und Thüringen finden nachbarschaftliche und ehrenamtliche Sorgestrukturen als Teil der Versorgungslandschaft bereits in den Koalitionsverträgen der jeweiligen Landesregierung Beachtung:

- In Brandenburg spricht sich die Landesregierung insgesamt dafür aus, dass Menschen mit Pflegebedarf möglichst lange in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben können sollen. Rahmengebend ist hier einerseits der „Pakt für Pflege", der verschiedene Förderprogramme und Maßnahmen beinhaltet, die die Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf an der örtlichen Gemeinschaft unterstützen sollen. Er soll im Landespflegegesetz verankert werden. Außerdem soll die Einführung einer Nachbarschaftshilfe unterstützt und evaluiert werden (SPD Brandenburg & CDU Brandenburg, 2026, S. 25).
- Auch in Hamburg und Hessen strebt man an, die bestehenden Angebote weiter zu fördern und die Anerkennung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen zu verbessern (SPD Landesorganisation Hamburg & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Landesverband Hamburg, 2025, S. 100). Mit dem Schwerpunkt „Bürgerschaftliche Pflegekultur" in der Ehrenamtskampagne des Landes Hessen sollen zusätzlich Menschen für ein ehrenamtliches Engagement in der Pflege gewonnen werden (CDU & SPD, 2024a, S. 95).
- Im Sinne einer Sorgenden Gemeinschaft plant die Landesregierung von Mecklenburg-Vorpommern den Ausbau der Pflegestützpunkte. Um Fachkräfte, Angehörige und Ehrenamtliche zu vernetzen, sollen die Pflegestützpunkte eine Wohnberatung für Pflegende sowie eine ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe etablieren. Außerdem kommt Ihnen die Aufgabe zu, die Kommunen bei der Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur zu unterstützen. In Mecklenburg-Vorpommern wird außerdem die Förderung von niedrigschwelligen und alltagsunterstützenden Angeboten verstetigt (SPD Mecklenburg-Vorpommern & Die Linke Mecklenburg-Vorpommern, 2021, S. 61).
- Mit dem Programm „Pflege im Quartier"[59] und der Beratungsstelle zur kommunalen Quartiersentwicklung in Sachsen-Anhalt (BEQISA)[60] verfolgt das Land das Ziel generationenübergreifende und altersgerechte Nachbarschaften zu entwickeln und durch kleinteilige und bedarfsgerechte Versorgungsangebote zu optimieren. Sowohl die „Pflege im Quartier" als auch BEQISA sollen verstetigt werden. Darüber hinaus orientiert man sich am niederländischen Buurt-

59 Weitere Informationen unter https://soziale-innovation.zsh-online.de/altern-gesundheit-im-wandel/pflege-quartier.html
60 Weitere Informationen unter https://www.beqisa.de/startseite

zorg-Modell der Nachbarschaftshilfe und möchte auf dieser Grundlage ein entsprechendes Angebot schaffen. Dazu sollen die rechtlichen und administrativen Regelungen erarbeitet werden (SPD Sachsen-Anhalt et al., 2021, S. 40–41).

- Auch in Sachsen sollen bestehende Institutionen weiterentwickelt werden. Die Fachservicestelle Sachsen soll fortlaufend gefördert werden und fortan Angebote der Nachbarschaftshilfe unterstützen und organisieren (CDU & SPD, 2024b, S. 78).
- Das Saarland setzt sich für eine Flankierung des Pflegesystems durch Ansätze der Caring Community ein. Mit dem Rahmenkonzept „Saar66" wird die Weiterentwicklung der Versorgungsarchitektur vor dem Hintergrund demografischer Prozesse vorbereitet. Das Konzept erkennt Ansätze gesellschaftlicher Solidarität und Partizipation als Voraussetzung für zukunftsfähige Strukturen. Diese Strukturen sollen genutzt werden, um die sozialen Infrastrukturen direkt und nachhaltig zu stärken (Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit, 2025, S. 6–7).
- Die Landesregierung Thüringens hat sich zum Ziel gesetzt die Angebote gemäß ThürAUPAVO weiterzuentwickeln, zu entbürokratisieren und bundeslandübergreifend zu harmonisieren (CDU et al., 2024, S. 66).

4.10 Literaturverzeichnis

Arlinghaus, T., Bläser, P., Cordes, J., Herberg, S., Hettler, F., Jalaß, I., Kajüter, P., Kus, K., Pfunt, A., Ruppert, N. & Wirth, L. M. (2022). Regionale Case Management-Organisation mit digitalem Ökosystem, Regionales Pflegekompetenzzentrum.

Braeseke, G., Pflug, C. & Beikirch, E. (2018). Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten [Online], Berlin, IGES Institut. Verfügbar unter 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 4. November 2022).

Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e. V. (BaS) (Hg.) (2021). Was ist ein Seniorenbüro?, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [Online]. Verfügbar unter https://seniorenbueros.org/wp-content/uploads/2022/02/BaS-Was_ist_ein_Seniorenbuero_web-FINAL.pdf (Abgerufen am 3. Februar 2022).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (2025). Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Zukunftspakt Pflege: Optionen für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung – Roadmap [Online] (Abgerufen am 30. Dezember 2025).

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2017). Allianz für Gesundheitskompetenz: Gemeinsame Erklärung. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz_Abschlusserklaerung.pdf [Online] (Abgerufen am 2. April 2026).

Bundesministerium für Gesundheit Referat 621 – Nachhaltigkeit und Gesundheitskompetenz (Hg.) (2024). Allianz für Gesundheitskompetenz: Roadmap Gesundheitskompetenz 2024 [Online] www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitskompetenz/Roadmap_Gesundheitskompetenz_2024.pdf (Abgerufen am 2. April 2026).

Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege" (2025a). Fachliche Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung [Online]. Verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Z/Zukunftspakt_Pflege/20251211_Papier_der_Fachebenen.pdf (Abgerufen am 8. Januar 2025).

Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege" (2025b). Arbeitsaufträge „Zukunftspakt Pflege": – in dieser Fassung beschlossen auf Min-Ebene – [Online]. Verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegereform/250707_AG-Arbeitsauftraege-beschlossen.pdf (Abgerufen am 10. April 2026).

Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege" (2025c). Beschluss „Zukunftspakt Pflege": I. Beschlussvorlage für Zukunftspakt (Ministerebene), Bundesministerium für Gesundheit.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege" (2025d). Fahrplan zur Pflegereform – Bund & Länder auf Kurs [Online]. Verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegereform/Fahrplan_Pflegereform_2025–2026.pdf (Abgerufen am 11. Februar 2026).

Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege" (2025e). Sachstandsbericht für die 2. Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", Bundesministerium für Gesundheit.

Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Baden-Württemberg & CDU Baden-Württemberg (2021). Jetzt für morgen: Der Erneuerungsvertrag für Baden-Württemberg [Online]. Verfügbar unter www.baden-wuerttemberg.de/de/regierung/koalitionsvertrag-fuer-baden-wuerttemberg (Abgerufen am 16. April 2025).

CDU, BSW & SPD (2024). Mut zur Verantwortung. Thüringen nach vorne bringen. [Online]. Verfügbar unter www.cdu-thueringen.de/Dateien/regierungsvertrag-2024–2029-mut-zur-verantwortung-thueringen-nach-vorne-bringen/17789655 (Abgerufen am 16. April 2025).

CDU & SPD (2024a). Koalitionsvertrag zwischen CDU und SPD für die 21. Legislaturperiode 2024 -2029 [Online]. Verfügbar unter https://hessen.de/sites/hessen.hessen.de/files/2024–01/koalitionsvertrag_fuer_die_21._legislaturperiode.pdf (Abgerufen am 16. April 2025).

CDU & SPD (2024b). Mutig neue Wege gehen. In Verantwortung für Sachsen: Koalitionsvertrag für die 8. Legislaturperiode des Sächsischen Landtages 2024 bis 2029 [Online]. Verfügbar unter www.staatsregierung.sachsen.de/download/staatsregierung/241204_Koalitionsvertrag_CDU_SPD.pdf (Abgerufen am 16. April 2025).

CDU NRW & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN (2022). Zukunftsvertrag für Nordrhein-Westfalen: Koalitionsvereinbarung von CDU und GRÜNEN [Online]. Verfügbar unter www.cdu-nrw.de/sites/www.neu.cdu-nrw.de/files/zukunftsvertrag_cdu-grune.pdf (Abgerufen am 16. April 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. April 2025).

CDU/CSU & SPD (2025). Verantwortung für Deutschland: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (21. Legislaturperiode) [Online]. Verfügbar unter www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf (Abgerufen am 11. Februar 2026).

CSU & Freie Wähler (2023). Freiheit und Stabilität: Für ein modernes, weltoffenes und heimatverbundenes Bayern [Online]. Verfügbar unter www.bayern.de/staatsregierung/koalitionsvertrag-2023–2028/ (Abgerufen am 16. April 2025).

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e. V. (Hg.) (2024). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management zur Stellungnahme des Deutschen Pflegerates zum Eckpunktepapier zum Pflegekompetenzgesetz [Online]. Verfügbar unter www.dgcc.de/wp-content/uploads/2024/02/Stellungsnahme-DGCC-zum-Pflegekompetenzgesetz-%C2 %A77a-SGB-XI-12–02-2024.pdf (Abgerufen am 2. Mai 2024).

Klie, T. (2024a). Pflegereport: Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus, DAK-Gesundheit, 47.

Klie, T. (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., No. 10, S. 443–447.

Klie, T. (2024c). „Rechtssichere Pflegebedarfsplanung? Steuerungsoptionen für eine bedarfsgerechte Infrastruktur in der Langzeitpflege: Teil 1", NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V., Vol. 104, No. 7, S. 303–309.

Klie, T. (2025a). „30 Jahre Pflegeversicherung: Geschichte, Bilanz, Perspektiven -Ein Essay", Zeitschrift für Gemeinwirtschaft und Gemeinwohl, Vol. 48, No. 4, S. 598–618.

Klie, T. (2025b). Pflegereport 2025: Pflege vor Ort – zwischen Anspruch und Wirklichkeit Perspektiven für ein verlässliches Pflegesystem [Online], Heidelberg, medhochzwei Verlag. Verfügbar unter https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/134854/data/fe64bfbae6c8d1d-49b23a908abfe5110/dak-pflegereport-2025-ebook.pdf (Abgerufen am 22. September 2025).

Klie, T. (2026 im Erscheinen). „Caring Community und wohlfahrtspluralistische Versorgungsperspektiven", Gesundheits- und Sozialpolitik.

Landtag von Baden-Württemberg (2025). Gesetzentwurf der Fraktion der SPD Gesetz zur flächendeckenden Etablierung mobiler Gemeindeschwesternplus in Baden-Württemberg (Drucksache 17 / 8668).

Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit (Saarland) (Hg.) (2025). Rahmenkonzept – Saarländische Landesstrategie: „Saar66" auf Basis gemeinsamer Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier nach § 123 Abs. 3

SGB XI, Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit [Online]. Verfügbar unter www.saarland.de/masfg/DE/portale/familiegleichstellung/famileleistungenaz/lebenimalter/saar66 (Abgerufen am 12. März 2026).

Ochmann, R., Albrecht, M. & Sonnenbeger, D. (2025). Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung: Update der szenarienbasierten Projektion bis zum Jahr 2035 im Auftrag der DAK-Gesundheit, IGES Institut [Online]. Verfügbar unter https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/88710/data/a57e74372daa9edc30149d9b452e96f0/250121-download-kurzbericht-pk-rekordanstieg-bei-sozialabgaben.pdf (Abgerufen am 4. März 2025).

Rothgang, H. (2025). Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung: Gutachten im Auftrag des Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung [Online]. Verfügbar unter www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Fachinfos/doc/Pflegevollversicherung_Gutachten_Finanzierung_.pdf (Abgerufen am 4. März 2025).

Rothgang, H., Mamontova, T. & Wagner, C. (2026). Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Entwicklung der Sozialhilfequote 2024–2035 unter Berücksichtigung aktueller Reformoptionen: Sonderanalyse im Auftrag der DAK-Gesundheit.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Gutachten 2018 [Online]. Verfügbar unter www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (Abgerufen am 19. Dezember 2025).

SPD Brandenburg & CDU Brandenburg (2026). Verantwortung für Brandenburg: Koalitionsvertrag 2026–2029 zwischen SPD und CDU in Brandenburg.

SPD Bremen, Bündnis 90/ DIE GRÜNEN & Die Linke Bremen und Bremerhaven (2023). Veränderung gestalten: sicher, sozial, ökologisch, zukunftsfest: Koalitionsvertrag für die 21. Wahlperiode der Bremischen Bürgerschaft [Online]. Verfügbar unter www.spd-land-bremen.de/Koalitionsvereinbarungen.html (Abgerufen am 16. April 2025).

SPD Landesorganisation Hamburg & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Landesverband Hamburg (2025). Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 23. Legislaturperiode der Hamburgischen Bürgerschaft.

SPD Landesverband Niedersachsen & Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Niedersachsen (2022). Sicher in Zeiten des Wandels: Niedersachsen zukunftsfest und solidarisch gestalten [Online]. Verfügbar unter www.spdnds.de/wp-content/uploads/sites/77/2022/11/Unser_Koalitionsvertrag.pdf (Abgerufen am 16. April 2025).

SPD Mecklenburg-Vorpommern & Die Linke Mecklenburg-Vorpommern (2021). Aufbruch 2030: Verantwortung für heute und morgen. [Online]. Verfügbar unter www.originalsozial.de/politik/rot-rot/koalitionsvertrag-2021/ (Abgerufen am 16. April 2025).

SPD Rheinland-Pfalz, Bündnis 90/ DIE GRÜNEN Rheinland-Pfalz & Freie Demokraten FDP (2021). Zukunftsvertrag Rheinland-Pfalz – 2021 bis 2026: Koalition des Aufbruchs und der Zukunftschancen [Online]. Verfügbar unter www.rlp.de/fileadmin/02/Regierung/Regierungsbilanz/rlp_Koalitionsvertrag2021-2026.pdf (Abgerufen am 16. April 2025).

SPD Sachsen-Anhalt, CDU Sachsen-Anhalt & FDP Sachsen-Anhalt (2021). Koalitionsvertrag: Wir gestalten Sachsen-Anhalt. Stark. Modern. Krisenfest. Gerecht. [Online]. Verfügbar unter www.cdulsa.de/sites/www.cdulsa.de/files/publikationen/finaler_koalitionsvertrag.pdf (Abgerufen am 16. April 2025).

Staffler, K. (2026). Reformen für die Pflege: Pflegereform 2026 [Online]. Verfügbar unter www.pflegebevollmaechtigte.de/Pflege_jetzt_gestalten/reformen-fuer-die-pflege.html (Abgerufen am 11. März 2026).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2026). Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII: Deutschland, Stichtag, Art der Hilfe, Geschlecht: Tabelle 22131–0002 [Online]. Verfügbar unter https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/ (Abgerufen am 24. März 2026).

Weidner, F. (2021). „Vorbehaltsaufgaben in der Praxis: Thinktank erarbeitet Vorschläge für Umsetzung", Die Schwester Der Pfleger, No. 12.

5. Perspektivworkshop

Thomas Klie

5.1 Hintergrund und Methodik

Am 28. Januar 2026 fand in der Hauptverwaltung der DAK-Gesundheit in Hamburg der Perspektivworkshop zum DAK-Pflegereport 2026 statt. Das Ziel des Workshops war es, die Ergebnisse der Befragung des IfD Allensbach (siehe Kapitel 2), der Routinedatenanalyse der OptiMedis AG (siehe Kapitel 3) sowie der Synopse der Landespolitiken von AGP Sozialforschung (siehe Kapitel 4) im Kontext der aktuellen Diskussion um die Pflegereform der schwarz-roten Bundesregierung zu betrachten. Der Perspektivworkshop stellte somit einen diskursiven Beitrag zur aktuellen Reformdebatte dar. Teilgenommen haben Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bundesgesundheitsministerium, den einschlägigen Ministerien der Bundesländer, den kommunalen Spitzenverbänden, der gesetzlichen Pflegeversicherung, der Wissenschaft und der Praxis.

Inhaltlich wurden die noch vagen Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2025) aufgegriffen und zur Diskussion gestellt. Der Fokus lag dabei insbesondere auf den folgenden Themen:

1. Die Vielfalt der Beratungsangebote für Menschen mit Pflegebedarf, sowie deren Organisation und Ausgestaltung durch verschiedene Akteurinnen und Akteure.
2. Die Optionen für die inhaltliche und organisatorische Konzeption, sowie Finanzierung einer flächendeckenden Pflegefachlichen Begleitung.
3. Care und Case Management als wesentliche Bausteine einer effizienten Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen.
4. Die Notwendigkeit und Voraussetzungen einer verbindlichen und wirksamen kommunalen Pflegeplanung.
5. Die Sinnhaftigkeit der administrativen und leistungsrechtlichen Versäulung des pflegerischen Versorgungssystems und Veränderungsperspektiven für eine sektorenübergreifende Versorgung.
6. Mögliche Wege der Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile in der stationären Versorgung.
7. Diverse Optionen zur Zusammenfassung der Leistungsansprüche des SGB XI in Budgets.
8. Die Bereitschaft der Gesellschaft, Sorgeaufgaben zu übernehmen, als Voraussetzung dafür, die pflegerische Versorgung in Zukunft sicherzustellen.

9. Die pflegerische Notfallversorgung als vernachlässigtes Thema im Reformprozess.

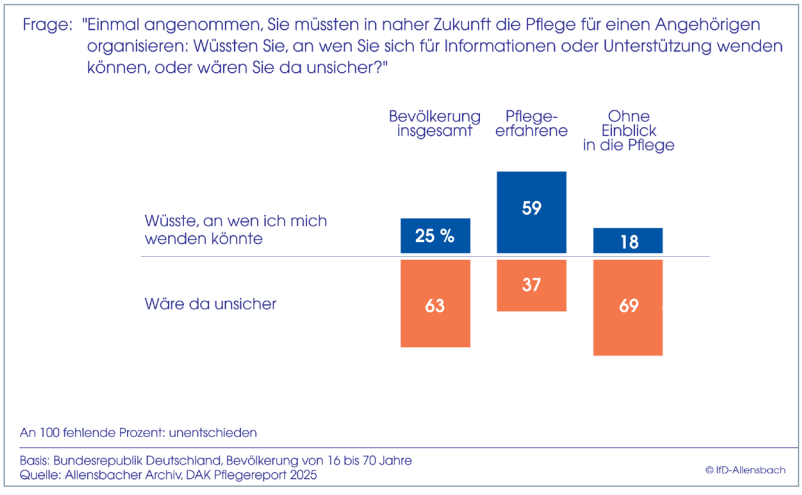
Methodik des Perspektivworkshops

Zu diesen neun Themenkomplexen wurden Thesen – teilweise inklusive Subthesen – zur Diskussion gestellt. Dies erfolgte mithilfe der Metaplan-Methode (Metaplan – Thomas Schelle Gesellschaft für Planung und Organisation mbH, 2019). Sie ermöglichte eine visuelle Strukturierung der Diskussion. Hierzu wurden die Diskussionsthesen ausgedruckt, auf Metaplanwänden aufgehängt und im Plenum vorgestellt. Die Teilnehmenden des Workshops hatten dann die Möglichkeit, ihre Zustimmung sowie ergänzende Argumente, Einwände bzw. Gegenargumente oder alternative Vorschläge auf Moderationskarten zu notieren. Anschließend wurden die Moderationskarten angepinnt. Zudem wurde eine zweite Diskussionsrunde mit ausgewählten Thesen in Kleingruppen durchgeführt. Die Ergebnisse der Kleingruppen wurden anschließend im Plenum vorgestellt. Nicht alle der neun Thesen konnten in gleicher Intensität behandelt werden, die besonders relevanten Thesen fanden dafür umso stärkere Aufmerksamkeit und Berücksichtigung. Im Folgenden werden die wesentlichen Erträge des Perspektivworkshops zusammengefasst.

5.2 Ergebnisse und Diskussion

5.2.1 Beratung, Case Management und pflegefachliche Begleitung – Bausteine der Sicherstellung einer effizienten Versorgung

Abbildung 87: Anlaufstellen für Pflegeberatung sind unbekannt



Quelle: Klie 2025, S. 45

Beratungsangebote regional und zielgruppenspezifisch zusammenführen

Beratungsangebote für Menschen mit Pflegebedarf sollten zukünftig stärker regional ausgerichtet werden und auch zielgruppenspezifisch gebündelt werden. Diese Meinung vertraten zahlreiche Teilnehmende des Perspektivworkshops. Bisher seien die Beratungsangebote für Menschen mit Pflegebedarf in ihrem fachlichen und inhaltlichen Profil häufig unscharf. Zudem seien die Beratungskompetenzen innerhalb der Grenzen der Sozialgesetzbücher von unterschiedlicher Qualität. Was die SGB-übergreifende Beratung angehe, seien diese teilweise gar nicht vorhanden. An dieser Stelle wurde ergänzt, dass eine SGB-übergreifende Beratung zwar grundsätzlich zu begrüßen sei, aber auch das Risiko einer Verantwortungsdiffusion berge. Zudem wurde betont, dass gerade für prekäre Pflegekonstellationen ein aufsuchendes Angebot erforderlich sei. Skepsis wurde gegenüber Vorstellungen geäußert, die die Integration der vielfältigen Beratungsinstanzen in die Pflegestützpunkte als Lösung vorsehen. Mit der aktuellen personellen Ausstattung könnten Pflegestützpunkte den Beratungsbedarf – mit wenigen Ausnahmen – bereits jetzt nicht in der erforderlichen Tiefe und Intensität befriedigen. Darüber hinaus bestünden teilweise Interessenskonflikte zwischen den an der Beratung beteiligten Trägern, was eine Zusammenarbeit und erst recht eine Zusammenführung behindern würde.

Diskussion über den Beratungsbegriff

Weiterhin wurde der Beratungsbegriff als solcher problematisiert: Nicht immer sei Beratung ausreichend, es gebe auch Situationen in denen umfänglichere Begleitung erforderlich sei. Die Fokussierung und Herausstellung des Beratungsansatzes und des Beratungsbegriffs führe zu Engführungen, die den Lebenssachverhalten der Bürgerinnen und Bürger im Kontext von Pflege nicht gerecht würden. Beratung im Sinne des § 7 SGB XI sei zunächst einmal Beratung zu den Leistungen der Sozialgesetzbücher. Gerade aber in Pflegekontexten dürfe diese Form der Beratung nicht von der pflegefachlichen Begleitung und Beratung getrennt werden. Deutlich wurde aus der Diskussion, dass die Ansätze der Beratung, des Case Managements und zukünftig auch der Pflegefachlichen Begleitung mindestens aufeinander abgestimmt werden müssen.

Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive wurde zudem betont, dass Beratung als genuiner Teil einer edukativ ausgerichteten professionellen Pflege zu verstehen sei. In diesem Sinne würden pflegefachliche Beratungsaufgaben auch bereits jetzt durch Pflegedienste übernommen werden. Zwar würden die Beratungsbesuche gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI bei Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern teilweise nicht zielführend umgesetzt. Es gebe aber durchaus Pflegedienste, die diese Beratungsbesuche im Sinne pflegefachlicher Unterstützung und Steuerung des Pflegeprozesses nutzen würden.

Die Diskussion schließt damit im Wesentlichen an die Ergebnisse des DAK-Pflegereports des vergangenen Jahres an (Klie, 2025). Zu dessen wesentlichen Befunden gehört, dass eine deutliche Diskrepanz zwischen der Bedeutung, die der Beratung von der Bevölkerung beigemessen wird, und der Wirkung, die die Beratung

für Pflegebedürftige entfaltet, existiert. Ebenso verhält es sich mit der Bekanntheit und Zugänglichkeit von Beratungsangeboten für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen (Klie, 2025, S. 45 f., 68). Beratung wirkt, das zeigen auch die GKV-/ SPV-Routinedatenanalysen aus dem DAK-Pflegereport 2025 (ebd., S. 68). Insofern gilt es zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements die Beratung für Menschen mit Pflegebedarf stärker regional auszurichten, aufeinander zu beziehen und als einheitliches Angebot bekannt zu machen und zusammenzuführen. Das ist auch der Wunsch der Bevölkerung, zeigten die für den DAK-Pflegereport 2026 durchgeführten Befragungen (Kapitel 2). Auch die BLAG hat sich dem Thema Beratung gewidmet und greift in gewisser Weise auch die Forderung aus dem Papier Reset Pflegeversicherung (Klie et al., 2025) auf, die Beratungsangebote stärker kommunal und nach Möglichkeit auch Sektorenübergreifend auszugestalten (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", 2025, S. 8).

Flächendeckende pflegefachliche Begleitung könnte zur Sicherstellung der Versorgung beitragen

An einem neuen Angebot einer *fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege* (siehe 4.5) zeigten die Teilnehmenden des Perspektivworkshops großes Interesse. Die Teilnehmenden befürworteten eine flächendeckende Ausgestaltung der pflegefachlichen Begleitung für alle Menschen mit Pflegebedarf von Anfang an. Gerade am Anfang einer „Pflegekarriere" würden die Weichen für Prävention, für Belastungssituationen, für fachliche Angemessenheit und Qualität der Versorgung gestellt. Auch auf Seiten der Bevölkerung findet das Angebot zumindest prinzipiell große Zustimmung.

Zunächst wurde im Rahmen des Perspektivworkshops an die Diskussion zu These 1 angeknüpft und betont, dass sich die pflegefachliche Begleitung nicht von Beratungsaufgaben trennen ließe. Im Kontext von Pflegebedürftigkeit gehe es nicht nur um fachpflegerische Fragen, sondern auch um die Frage der Alltagsgestaltung, der Haushaltsführung und der Teilhabesicherung. Zudem seien die Bedarfe an Beratung, Unterstützung und Begleitung in den Pflegearrangements sehr different. Nichtsdestotrotz sollte vermieden werden, alle Menschen mit Pflegebedarf im Rahmen einer pflegefachlichen Begleitung zu Case Management-Fällen zu erklären. Case Management sei auf besonders komplexe Fallkonstellationen zu begrenzen. Einerseits brauche es demnach Begleitung und Unterstützung im Bereich von pflegefachlichen Fragen im engeren Sinne, wobei auch informelles Pflegepotenzial in die Ausgestaltung von konkreten Pflegearrangements einbezogen werden sollte. Andererseits müsste es um Sorgeaufgaben im weiteren Sinne gehen, also Fragen der Alltagsorganisation, der Hauswirtschaft und der Teilhabe.

Screening-Funktion der fachpflegerischen Begleitung

Wenn all dies unter pflegefachlicher Begleitung subsumiert werden soll, könnte ein Ansatz sein, das Konzept weiter zu fassen aber bezogen auf die jeweiligen Bedarfskonstellationen hin zu konkretisieren. Mit einem solchen Ansatz könnten bestehende Ressourcen, Netzwerke und Kompetenzen vor Ort einbezogen werden. Dabei wurde unter anderem vorgeschlagen, ein Front- und ein Backoffice mit unterschiedlichen Qualifikationen für Beratung und pflegefachlicher Begleitung je

nach Intensitätsgrad aufzubauen. Dabei käme nicht den Bürgerinnern und Bürgern die Aufgabe zu, sich aus dem bunten Strauß von Beratungsangeboten ein möglicherweise passendes herauszusuchen. Es wäre Aufgabe der auf örtlicher Ebene für die Beratung und fachliche Unterstützung und Begleitung zuständigen Akteure die jeweils passenden Beratungsangebote für die Pflegehaushalte zusammenzustellen. Die Zusammenarbeit ist regional auf der Grundlage landesrechtlicher Vorgaben bzw. Vereinbarungen zu organisieren. Der pflegefachlichen Begleitung käme also eine Art Screening-Funktion zu. Von größter Bedeutung sei ein einheitliches übergreifendes Konzept der pflegefachlichen Begleitung mit landesrechtlicher Flankierung einer bundesrechtlich geregelten Versorgungsstruktur. Die Landespflegegesetze böten hier nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Einlösung des Sicherstellungsauftrages unter kommunaler Pflegeplanung einen geeigneten Regelungsort.

Bestehende Beratungsangebote und die pflegefachliche Begleitung organisatorisch zusammenzuführen, bzw. die Beteiligung unterschiedlicher Träger und Akteure einheitlich und aufeinander bezogen zu gestalten, war eine der konsentierten Positionen. Hier könnte und sollte an Strukturen wie Pflegestützpunkte, Beratung durch gesonderte Beratungsinstanzen und auch durch Pflegedienste angeknüpft werden. 88 Prozent der Bevölkerung würden es begrüßen, wenn verstärkt Pflegestützpunkte entstehen würden, in denen sowohl Beratung als auch fachpflegerische Begleitung angeboten oder koordiniert wird (Abbildung 49). Letztlich sollte auch die pflegefachliche Begleitung in die regionale Case Management Organisation (Monzer, 2018) eingebunden werden, um eine konsequente Rückbindung auf die Systemebene zu ermöglichen.

Klare Unterstützung fand das Argument, dass die Erkenntnisse aus der Begutachtung des Medizinischen Dienstes respektive von Medicproof für die pflegefachliche Begleitung zugänglich gemacht werden müsste – datenschutzrechtliche Vorkehrungen vorausgesetzt. Die pflegefachliche Begleitung im engeren, im Sinne einer Steuerung eines Pflegeprozesses wurde perspektivisch – auch dies mit recht breiter Unterstützung – als Teil eines integrierten Primärversorgungssystems gesehen.

Fachliche Kompetenzen und Qualifikationen für die pflegefachliche Begleitung

Einen breiten Raum nahm darüber hinaus die Diskussion über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen und die Qualifikation für die pflegefachliche Begleitung ein. Leitet man die pflegefachliche Begleitung aus dem Konzept der Vorbehaltsaufgaben von Fachpflegepersonen ab, so liegt nahe, die Steuerung des Pflegeprozesses als konzeptionellen Hintergrund und Referenz zu sehen. Dies würde dazu führen, dass die pflegefachliche Begleitung ausschließlich durch Pflegefachpersonen umgesetzt werden könnte. Sollte man sich für dieses Konzept entscheiden, sei allerdings fraglich inwieweit die Mehrheit der aktuell tätigen Pflegefachpersonen ein solches Professionsverständnis vertreten und wie sich dies in ihren Kompetenzen niederschlägt, so die Anmerkung einer Teilnehmerin. Unter der Prämisse,

dass durch die pflegefachliche Begleitung auch Gatekeeping-Funktionen wahrgenommen werden sollen, sei es im Sinne weicher Steuerung oder ggf. auch verbindlicher Bedarfsfeststellung, wäre dies mit einer entsprechenden Pflegefachlichkeit zu verknüpfen.

In der Bevölkerung scheint eine Diskrepanz zu bestehen zwischen den Erfahrungen, die man mit Pflegediensten hat, die in ihrer Tätigkeit im Wesentlichen auf bestimmte pflegerische Verrichtungen hin ausgerichtet sind, und der Vorstellung von kontinuierlicher Begleitung und Beratung durch Pflegefachpersonen, denen eine hohe Kompetenz zugeordnet wird. Die leistungsrechtliche Logik verrichtungs- oder zeitbezogener Leistungserbringung spiegelt sich nicht in dem Verständnis von kontinuierlicher fachlicher Begleitung, etwa wie sie auch von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern erwartet und letztlich auch angeboten wird. Die mit dem BEEP leistungsrechtlich anerkannte fachpflegerische Vorbehaltsaufgabe der Steuerung des Pflegeprozesses findet, so lassen sich die Befunde interpretieren, eben auch in den Einstellungen und Erwartungen an Pflegefachpersonen in der Bevölkerung Resonanz (Abbildung 50).

Es haben sich allerdings im Kontext von Unterstützung und Begleitung vielfältige und zum Teil auch ehrenamtliche Unterstützungsstrukturen gebildet: Kümmerer auf der Ebene kreisangehöriger Gemeinden und Städte sowie in Quartieren, Pflegebegleiter und Geri-Coaches. Auch sind vielfach Sozialversicherungsfachangestellte im Bereich der sogenannten Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI tätig geworden, wobei sie ganz wesentlich Beratung im Sinne von Leistungsberatung als Aufgaben wahrnehmen. Ihre Bedeutung und auch die von Ihnen erworbene Kompetenz darf dabei nicht unterschätzt werden. Schließlich sind auch andere Professionen in der Beratung von auf Pflege angewiesene Menschen tätig, wie etwa Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder auch Hauswirtschaftskräfte.

Dabei sei zu beachten, dass für die Arbeit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe bei der Konzeption der fachpflegerischen Begleitung fiskalische Vorgaben bestehen: mehr Ausgaben und höhere Kosten dürften durch neue Angebotsstrukturen nicht ausgelöst werden – abgesehen von den demografiebedingten Mehrausgaben. Die Überlegung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die strukturelle Verankerung und Finanzierung der pflegefachlichen Begleitung aus den bisherigen Aufwendungen für die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI, für die Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI und für die Pflegeschulung gemäß § 45 SGB XI zu finanzieren, wurde, wenn auch pragmatisch begründet, als zielführend angesehen. Dabei ging es nicht darum, dass die Mittel, die bisher in diese Angebote und Versorgungsstrukturen geflossen sind, für den Aufbau völlig neuer Strukturen genutzt werden sollten, vielmehr ging es darum, die bisherigen Angebote weiter zu qualifizieren, in ein Gesamtkonzept miteinzubeziehen und die bisherigen Akteure der drei Leistungsangebote in das Konzept der pflegefachlichen Begleitung einzubeziehen. Das gilt im Übrigen auch für Konzepte, die landesrechtlich gefördert werden, wie Pflege-

lotsen, Schlaganfalllotsen oder Dementia Care Management. Auch die Fachstellen für pflegende Angehörige, die einige Bundesländer vorhalten oder andere Angebote gelte es in einem Gesamtkonzept in einer Weise einzubeziehen, sodass fachlich angemessene und abgestimmte Unterstützung gewährleistet werden könne. Bei der Finanzierung sollte allerdings auf die bestehenden regionalen Unterschiede hinsichtlich der Demografie und Morbidität eingegangen werden. Insofern sei eine kopfbezogene Finanzierung auf der Basis der Bevölkerungszusammensetzung und Morbidität ein möglicher Weg. Sollten die bisherigen Ressourcen sowohl finanziell als auch personell zusammengefasst werden, dürfe aber nicht allein – das wurde mehrfach betont – auf die bisher von den Pflegekassen aufgewendeten und zur Verfügung gestellten Ressourcen abgestellt werden. Die Performance der Pflegekassen sei in Sachen Pflegeberatung höchst unterschiedlich und nicht immer befriedigend. Insofern bedürfe es neuer Normwerte für die vorzuhaltenden Ressourcen.

Case Management für eine effiziente Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen

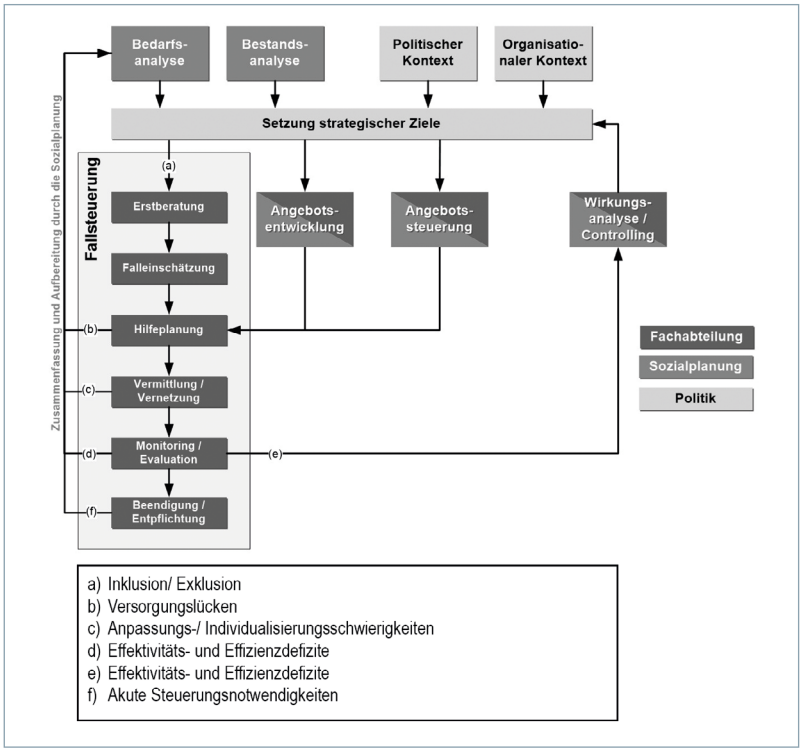
Der Aussage, dass Case Management als wesentlicher Baustein einer effizienten Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf zu verstehen ist, stimmten die Teilnehmenden des Perspektivworkshops zu. Als Methodik, Arbeitsansatz und Organisationsprinzip in der Gestaltung sozialer und gesundheitlicher Hilfen hat sich Case Management in den letzten Jahrzehnten in Deutschland etabliert und findet sich oftmals auch in sozialgesetzlichen Regelungen wieder (Mennemann & Klie, 2023). Das gilt auch für das Gesundheitswesen. Hier wurde Case Management etwa im § 11 SGB V in der Form von Versorgungsmanagement aufgegriffen. In der Pflegeversicherung findet sich in der Gesetzesbegründung zur Pflegeberatung und den Pflegestützpunkten gemäß den § 7a, c SGB XI das Case Management als theoretische und methodische Referenz. Unter dem Label „Case Management" rangieren in der Praxis allerdings sehr unterschiedliche Ansätze. Entgegen der eindeutigen Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (www.dgcc.de) werden vielfach Beratungs- und Lotsenansätze bereits als Case Management bezeichnet. Bei Case Management handelt es sich um eine Methodik, die zyklisch angelegt ist, vom Assessment über die Aushandlung und Bestimmung von Hilfezielen, der Verabredung von Maßnahmen, dem Monitoring von deren Umsetzung, bis hin zur Evaluation, ob die vereinbarten Ziele auch erreicht werden konnten. Kennzeichnend für ein Case Management im Sinne der Fallsteuerung ist die Komplexität des Falles, die sich aus der persönlichen Lebenslagenkonstellation der Hilfesuchenden ergeben kann, aber auch aus der Komplexität der Fallbearbeitung, in der sehr unterschiedliche Akteure zusammenwirken müssen, um ein wirksames Hilfehandeln zu gewährleisten. Case Management i.S.d. Fallsteuerung ist nur für komplexe Fallkonstellationen vorgesehen. Man geht davon aus, dass etwa 5–10 Prozent der Pflegebedürftigen eine zeitlich begrenzte Case Management basierte Unterstützung benötigen. In diesen Fällen ist auch die Frage der Unterstützungsstrukturen auf der Systemebene regelmäßig Thema. 10–35 Prozent der Pflegebedürftigen sind als schwierigere Fälle einzustufen, die einen längeren Beratungs- und Begleitprozess erfordern. 65–80 Prozent der Pfle-

gebedürftigen lassen sich mittels Ausklärung, Information und einmaliger Beratung im Sinne von Routinefällen bearbeiten.

Verbindung von Case und Care Management

Das Case Management im Einzelfall als Fallsteuerung ist allerdings niemals zu trennen von dem, was üblicherweise als Care Management bezeichnet wird, das heißt der Vernetzung, der Koordination und fall- sowie systembezogener Zusammenarbeit der relevanten Akteure (www.dgcc.de). Demnach setzt wirksames Handeln im komplexen Einzelfall voraus, dass die angezeigten Veränderungen aus dem Einzelfall – insbesondere an den Schnittstellen zwischen Sektoren und Professionen – regelmäßig in Routinen überführt werden. Dies ist nur durch iterative Kooperations- und Abstimmungsprozesse möglich. Case und damit auch Care Management ist also immer mit der Frage konfrontiert, ob die erforderlichen Infrastrukturen für die auf Hilfe angewiesenen Personen vorhanden und nutzbar sind oder weiterzuentwickeln wären. Genau in diesem Zusammenspiel von Fallebene und Systemebene liegt der auf Effizienz der Gesamtversorgung hin angelegte und fachlich überzeugende Ansatz des Care und Case Managements, bzw. der Case Management Organisation (Monzer, 2018) (Abbildung 88).

Abbildung 88: Zusammenwirken von Fallsteuerung und Systemsteuerung



Quelle: Monzer, 2018

Erfahrungen mit Case Management

In der Bevölkerungsbefragung des Instituts für Demoskopie Allensbach wurde im DAK-Report 2025 gefragt, ob die Bevölkerung Case Management-Ansätze kennt und wie sie – bei einer Erläuterung des Case Management Ansatzes – Case Management bewerten würde. Dabei wurde deutlich, dass den meisten Bürgerinnen und Bürgern Case Management Ansätze unbekannt sind, dies gilt insbesondere für die Personen, die keine Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit gemacht haben. Eine Mehrheit aber, insbesondere auch die Pflegeerfahrenen zeigen sich aber im hohen Maße interessiert an einem Case Management für komplexe Fallkonstellationen. Immerhin 71 Prozent der Pflegeerfahrenen wären daran interessiert, einen Case Manager in Anspruch nehmen zu können (Klie, 2025, S. 50).

Die Notwendigkeit der (weiteren) Etablierung dieses Arbeitsansatzes in der Praxis zeigt sich dort bereits: Insbesondere auf Pflege angewiesene Menschen machen die Erfahrung, dass die Versorgung an Schnittstellen, beispielsweise nach einem Klinikaufenthalt, schwer zu organisieren ist oder nicht in ihrem Sinne organisiert wird. Auch beklagen sich Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen über Abstimmungsdefizite zwischen der medizinischen und pflegerischen Versorgung (Klie, 2025). Auch Pflege indizierte Klinikeinweisungen (Klie, 2022) geben Hinweise auf Kooperations- und Infrastrukturdefizite in der pflegerischen Versorgung.

Weiterhin ergab die Diskussion, dass Case Management nicht einer Profession allein „gehöre", sondern multidisziplinär auszurichten sei. Zustimmung fand auch die Aussage, dass das Case Management auf kommunaler Ebene anzusiedeln sei. Ergänzend wurde darauf verwiesen, dass das Case Management sich nicht nur auf die Organisation und Koordination von formellen Angeboten, sondern auch und gerade auf die Kombination formeller und informeller Unterstützung zu beziehen habe.

Limitationen von Case Management

Die von der BLAG aufgestellte Forderung, Case Management Konstellationen zu definieren (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", 2025, S. 10), wurde in der Tendenz unterstützt. Problematisierend wurde dabei allerdings auf die sehr enge Definition in § 30 SGB XIV verwiesen. Warnend wurde darauf verwiesen, dass das Case Management nicht als Sammelbecken für „Wir wissen nicht mehr weiter" fungiert – ohne dass dieses Scheitern oder die Ratlosigkeit systemisch folgenlos bleibt. Allseitig wurden die Chance und die Erforderlichkeit der Nutzung von digitalen Formen der Unterstützung und einer einheitlichen Software für alle an der Case Management-Organisation beteiligten Institutionen betont. Es brauche mindestens eine landeseinheitliche Software mit Anbindung an die Telematik-Infrastruktur, um den Zugang zur elektronischen Patientenakte (ePA) zu ermöglichen. Um Interoperabilität gewährleisten zu können, bedürfe es grundlegend einer einheitlichen und abgestimmten Fachsprache.

Die DAK-Gesundheit hat sich dem Thema Care und Case Management in dem Innofonds-Projekt „ReKo – Regionales Pflegekompetenzzentrum – Innovationsstra-

tegie für die Langzeitversorgung vor Ort" (Hülsken-Giesler et al., 2024) intensiv gewidmet. Im DAK-Pflegereport 2025 wurde das Konzept der PflegestützpunktePlus vorgestellt, das auch bei der Debatte um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der Versorgungsstrukturen anschlussfähig ist und das Case Management einbezieht.

Konsentierte Positionen der Diskussionen um Beratung, Case Management und pflegefachliche Begleitung

1. Es soll keine Abgrenzung zwischen Case Management und Beratung in institutioneller Hinsicht stattfinden – es sei denn, es handelt sich um besondere Zielgruppen. Auf der organisatorischen und institutionellen Ebene gelte es vielmehr das Spektrum von Beratung über Begleitung bis hin zum Case Management zusammenzufassen, wobei ein Screening die Spezifik respektive die Intensität des Unterstützungsbedarfes zu identifizieren und in dem Case Management-System die geeigneten Hilfen von Beratung über die Begleitung bis hin zum Case Management zu „aktivieren".

2. Es bedarf einer regionalen Case Management Organisation (im Sinne von Monzer, 2018). Die relevanten Akteure auf kommunaler oder regionaler Ebene haben sich auf gemeinsame Prozesse, auf eine einheitliche Software und über Prinzipien der Zusammenarbeit unter Klärung von datenschutzrechtlichen Fragen zu verständigen. Nur so werden für das Fallmanagement im Einzelfall die Voraussetzungen für wirksames und effizientes Hilfehandeln auf der Systemebene geschaffen und jeweils angepasst. Eine Case Management Organisation liefert über dies die für die integrierte Sozial- und Pflegeplanung erforderlichen Erkenntnisse.

3. Die Case Management Steuerung hat auf der kommunalen respektive regionalen Ebene zu erfolgen. Die Lebenssituation von pflegebedürftigen Menschen ist jeweils vor Ort in ihrem sozialen Umfeld zu gestalten und Hilfeangebote gilt es, regional zu sichern und ggf. zu entwickeln. Ob die Steuerung durch die Kommune oder auf kommunaler Ebene erfolgt, wurde dabei offengelassen. Nur darf die Steuerung keinesfalls in der Hand isoliert agierender Institutionen oder regionalen nicht verankerter Leistungsträger liegen.

4. Berater, fachliche Begleitung und Case Management haben konsequent örtliche „Kümmerer", Lotsen und andere Unterstützerinnen und Unterstützer einzubeziehen. Im Sinne von Care geht es mitnichten um die Beantwortung fachlicher Bedarfe, sondern um lebensweltliche und Lebenslagen bezogene Unterstützungsformen, die ganz wesentlich auf informellen Netzwerken beruhen, die es einzubeziehen und zugleich zu stärken gilt.

5. Die Erkenntnisse des Medizinischen Dienstes aus dem Begutachtungsverfahren gilt es systematisch in Beratung, Begleitung und Case Management einzubeziehen Hierzu hat sich in besonderer Weise der Ansatz der subjektorientierten Qualitätssicherung bewährt (vgl. Büscher & Klie, 2024). Die ausgesprochen

differenzierten und wertvollen Einschätzungen des Medizinischen Dienstes aus dem Begutachtungsverfahren bleiben bislang weitgehend ungenutzt für das Hilfehandeln und die Beratung. Das ist im Ergebnis unverantwortlich. Auch könnten Erkenntnisse aus einem Risiko-Screening der Gutachten des Medizinischen Dienstes unter Präventionsgesichtspunkten Hinweise auf Risiko geneigte Haushalte respektive Sozialräume gewonnen werden.

6. Eine wirksame Case Management Organisation ist auf digitale Unterstützung angewiesen. Dies gilt auch zukünftig für die Nutzung von KI. Die heute noch verbreiteten telefonischen Suchen nach freien Plätzen, das regionale Aktualisieren von Angeboten und das Zusammentragen und die Interpretation von für die Versorgungssicherheit relevanten Daten darf nicht weiter eine dezentral wahrzunehmende Aufgabe bleiben.

7. In Beratung, Begleitung und Case Management sind konsequent das Thema Prävention und entsprechende, mit der Prävention verfolgte Anliegen einzubeziehen. Dies gilt mit Blick auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Hier wird man insbesondere die Verhältnisprävention in den Blick nehmen können und müssen – auch mithilfe von regional und sozialräumlich ausgebildeten GKV-Routinedaten. Die Primärprävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit kommt, so auch die Überzeugung der Workshopteilnehmer, eine zu geringe Bedeutung zu. Präventive Hausbesuche aber auch die pflegefachliche Begleitung im Zusammenhang mit der Erbringung von häuslicher Krankenpflege und medizinischen Behandlungsleistungen hat wesentlich konsequenter Präventionspotenziale zu ermitteln und Präventionsmaßnahmen zu veranlassen. § 25b SGB V eröffnet hierfür neue Möglichkeiten. Im Kontext der Thematik der Pflegebedürftigkeit kommt der Prävention sowohl verhaltensbezogener als auch personenbezogener Natur eine signifikante Bedeutung zu. Dies ist insbesondere in Fällen von Relevanz, in denen die Bewilligung von beantragten Pflegeleistungen verweigert wurde und eine Zuerkennung eines Pflegegrades noch nicht erfolgt ist. Gerade hier sind Präventionspotenziale zu erkennen und zu nutzen. Schließlich geht es auch bei eingetretener Pflegebedürftigkeit darum, die Verschlimmerung respektive den Verlust der Selbstständigkeit zu begrenzen oder zu kompensieren respektive auf den Erhalt der Selbstständigkeit hinzuwirken – und dies im interdisziplinären Zusammenwirken.

8. Beratung, Begleitung und Case Management setzt auf die Kompetenzen der Profession und beruflichen Akteure sowohl aus den Gesundheits- als auch den therapeutischen und sozialen Berufen – unter Einschluss der Hauswirtschaft. Monoprofessionelle Strategien lassen sich mit dem Ansatz der Beratung, der Begleitung und des Case Managements nicht vereinbaren, wobei die jeweiligen Professionen die ihnen zum Teil auch als Vorbehaltsaufgaben übertragenden Kompetenzbereiche zugewiesen und gewährleistet werden müssen. Wirksames Hilfehandeln ist aber stets auf Kooperation hin angelegt.

9. Der Ansatz einer integrierten Beratung, Begleitung und Case Management ist mit der Problematik begrenzter Personalressourcen konfrontiert. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe sieht auch keine zusätzliche und zusätzlich zu finanzierende Leistung vor. Gleichwohl dient, so die übereinstimmende Einschätzung, ein integrierten Beratungs-, Begleitungs- und Case Management Ansatz der Effizienz des Gesamtsystems und muss von daher auch systemisch betrachtet und hinsichtlich der Ressourcennutzung organisiert werden. Auf keinen Fall dürfe es darum gehen, neue und ggf. Parallelstrukturen zu schaffen. Die kommunale Verankerung eines integrierten Beratungs-, Begleitungs- und Case Management Ansatzes verlangt nach der konsequenten Nutzung vorhandener Ressourcen – und das institutions- und trägerübergreifend.
10. Die Rolle der ambulanten Pflegedienste und ihre Kompetenzen sowie Zugänge zu Haushalten dürfte dabei nicht übersehen und vernachlässigt werden. Sie gilt – ggf. im Sinne der von der freien Wohlfahrtspflege vorgeschlagenen Konzeption Sozialstation 2.0 – in ein Gesamtkonzept von Beratung, Begleitung und Case Management einzubeziehen.

5.2.2 Voraussetzungen einer nachhaltigen Pflegeinfrastruktur der Zukunft

Kommunale Pflegeplanung als Rahmen

Abbildung 89: Typen von kommunaler Planung



Quelle: eigene Darstellung

Auf dem Perspektivworkshop wurde einerseits die Erforderlichkeit von entsprechenden Planungen und die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung gesehen, andererseits allerdings die Wirkung von Planung mit Skepsis begleitet. Es wurde darauf hingewiesen, dass auch in anderen Bereichen Planungen nicht funktionie-

ren. Dies gelte etwa für die kassenärztliche Versorgung, § 100 SGB V, dies gelte auch in Teilen für die Eingliederungshilfe oder auch (bislang) für die Krankenhausplanung, für die es eine landesgesetzliche Kompetenz gibt. Ein Blick auf die Wirklichkeit der kommunalen Pflegestrukturplanung lässt ein höchst differentes und uneinheitliches Bild entstehen. Von einer einheitlichen Planungsperformance könne nicht ausgegangen werden – diese Einschätzung wurde weithin geteilt. Auch stünden weder den Ländern noch den Kommunen verbindliche Instrumente der Infrastruktursteuerung zur Verfügung.

Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung setzt eine wirksame und verbindliche kommunale Pflegeplanung voraus

Planung müsse sich zudem stärker auf Präventionspotenziale hin ausrichten. Entsprechend gelte es auch mit dieser Zielrichtung SPV- und GKV-Routinedaten als Grundlage für differenzierte, präventiv ausgerichtete und zielgruppengenaue kommunale Planung nutzbar zu machen. Aber auch Daten der Länder und vor allen Dingen der Kommunen seien konsequent in eine kommunal und lokal ausgerichtete Planung einzubeziehen. Dies gelte bezogen auf Daten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Sozialhilfe, der Einwohnermeldeämter, um nur einige zu nennen. Unterstützt wurde die Aussage, dass die für die Planung heranzuziehenden Daten Dashboard-basiert den Kommunen zugängig gemacht werden müssten – am besten mit KI-gestütztem Support. Zustimmung fand weiterhin die Aussage, dass auch die Daten aus der Beratungs-, Begleitungs- und Case Management Arbeit systematisch genutzt werden müssten. Dies setzt allerdings eine Zusammenarbeit der Akteure im Sinne einer Case Management Organisation und eine gemeinsame IT und deren Auswertung voraus.

Unterversorgung

Perspektivisch wurde in der Diskussion um die Weiterentwicklung der kommunalen Pflegeplanung darüber hinaus die Frage nach der Feststellung von Unterversorgung gestellt. Die Teilnehmenden diskutierten unterschiedliche Optionen zur Operationalisierung und der Festlegung von Schwellenwerten von Unterversorgung. Große Skepsis bestand Planungstraditionen gegenüber, die Unterversorgung indikatorenbezogen diagnostizieren bzw. prognostizieren. Allein aus der Zahl der Pflegebedürftigen und dem vorhandenen Angebot an Diensten und Einrichtungen lassen sich weder die Präferenzen noch die Potenziale häuslicher Pflege voraussagen. Auch müsse die Infrastrukturentwicklung stets mit dem vorhandenen Personal abgeglichen werden. Auch wurde betont, dass sich allein aus der (unterstellten) Nachfrage nach Einrichtungen keine sicheren Schlüsse auf den Bedarf ziehen lassen. Die Pflegeversicherung attestiere lediglich Pflegegrade und überlasse es sodann den Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen, welches Pflegearrangement sie wählen. Dies sei nur im Bereich der sozialhilfeberechtigten Personen anders. Hier bestehen explizite Steuerungs- und Bedarfsfeststellungsoptionen gemäß § 63a SGB XII, die allerdings keineswegs überall und schon gar nicht einheitlich genutzt werden. Unterversorgung könne, so ein weithin getragener Konsens, letztlich nur regional und auf der Basis der Auswertung von Beratungs-, Begleitungs- und Case Management Einschätzungen festgestellt werden.

Eine Art Monitoring bleibe von Bedeutung, könne aber letztlich für die Feststellung von Unter- und Fehlversorgung nicht (allein) genutzt werden.

Die Langzeitpflege setzt auf Sorge- und Pflegebereitschaften von An- und Zugehörigen, Nachbarn und bürgerschaftlich Engagierten. Ihre Verfügbarkeit und der örtliche gesellschaftliche Zusammenhalt sind ein wesentlicher Prädiktor für die Erforderlichkeit von Einrichtungen und Diensten – zumindest für einen Teil der Pflegebedürftigen. Insofern gelte es, auch dies wurde konsentiert im Sinne partizipativer Planung die örtliche Bürgerschaft in die Planungsprozesse einzubeziehen. Die kommunale Pflegestrukturplanung sei als integrierte Sozialplanung so auszurichten, dass sie weitere Felder wie die der Gesundheitsplanung, der Planung für Menschen mit Behinderung, der Stadt- und Regionalentwicklung ebenso einbezieht wie die Altenhilfe gemäß § 71 SGB XII. Es fehle allerdings an einer Verpflichtung zur integrierten Sozialplanung – zum Teil auch an einer organisatorischen Ermöglichung und Förderung, bisweilen auch an Kompetenzen. Auch die Wohnraumentwicklung spiele im Kontext der kommunalen Pflegestrukturplanung eine wichtige Rolle. Die im SGB XI vorgesehenen Instrumente wie etwa § 8a Abs. 4 SGB XI könnten deutlich besser genutzt werden. In einer auf die kommunale Pflegestrukturplanung ausgerichteten vertieften Diskussion in einer der Arbeitsgruppen wurde hinsichtlich der zur Verfügung zu stellenden Daten und den unterschiedlichen staatlichen Ebenen differenziert.

„Intelligente" Nutzung von GKV und SPV-Routinedaten

Auf Bundesebene stünden letztlich nur die GKV- und SPV-Daten als relevante und interessante Daten zur Verfügung – ggf. ergänzt um eine modernisierte Pflegestatistik, die allerdings frühzeitiger zur Verfügung stehen müsste. Voraussetzung für eine „intelligente" Nutzung der GKV- und SPV-Routinedaten ist ein einheitliches Datenset, eine abgestimmte Datensatzbeschreibung und ein für örtliche Planungszusammenhänge nutzbare Aufbereitung der Daten und ihre Qualitätssicherung. Ob auf Bundesebene auch eine vereinheitlichte und differenzierte Sozialhilfestatistik hilfreich sein könnte, wurde offengelassen. Sie seien ggf. besser auf Landesebene vorzuhalten und an den Bedarf des jeweiligen Bundeslandes und ihrer Kommunen auszurichten. Diskutiert wurde auch die Frage, ob die beim BeVaP zusammengeführten Daten über die Beschäftigten in der ambulanten Pflege auf Bundesebene vorgehalten oder aber im Zusammenhang mit anderen Registrierungspflichten auf Landesebene gepflegt und für Planungszwecke zur Verfügung gestellt werden könnten. Letztere Perspektive wurde präferiert. Wünschenswert wäre in jedem Fall ein Data-Ware-House auf Bundesebene, das sich möglicherweise letztlich auf die GKV- SPV-Daten beschränkt. An Bevölkerungsprognosen ausgerichtete Indikatoren orientierte Datensätze auf Bundesebene wurden in der Diskussion auf dem Perspektivworkshop nicht für sinnvoll und zielführend erachtet.

In einem ähnlichen Sinne wie das Data-Ware-House auf Bundesebene wären auf Landesebene verfügbare Datensätze in geeigneter Weise zur Verfügung zu stellen. Dies gilt etwa für die Bevölkerungsprognosen, die dann allerdings ihrerseits

deutlich zu qualifizieren wären, da sie heute noch mit großen Prognoseunsicherheiten verbunden sind. Auch die Sozialhilfedaten, so sie nicht auf kommunaler Ebene spezifisch ausgewertet werden, wären auf Landesebene vorzuhalten. Auch ein Personalmonitoring wie inzwischen in einer ganzen Reihe von Bundesländern etabliert, wäre als eine Aufgabe der Länder zu gestalten und zu verstetigen – ggf. mit Initiativen zum Aufbau einer integrierten Registrierung der Gesundheitsberufe, insbesondere der Pflege (Klie & Wittmann, 2025). Die Daten der Eingliederungshilfe, die für auf Pflege angewiesene Menschen von großer Bedeutung sind und insbesondere für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf relevant sind, sollten auf Landesebene gepflegt und aufbereitet werden. In der Eingliederungshilfe werden häufig überregionale Angebotsstrukturen für bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderung vorgehalten, obwohl das BTHG die Zielsetzung einer personenzentrierten Versorgung und neuer Wohnformen verfolgt.

Bürgerschaft in Planungszusammenhänge einbinden

Auf kommunaler Ebene gilt es die Daten vom Bund und von den Ländern zusammenzuführen und zu kombinieren mit Daten, auf der Kreis- und zum Teil (auch nur) auf der Gemeindeebene zur Verfügung stehen. Im Sinne eines modernen Planungsverständnisses gelte es stets, die örtliche Bürgerschaft mit in die Planungszusammenhänge einzubeziehen. Die Bürgerinnen und Bürger sind in einem großen Umfang pflegeerfahren. Auch dies hat die IfD Allensbach Bevölkerungsbefragung im Rahmen des DAK-Pflegereportes 2026 deutlich gemacht. An den Erfahrungen, den Kompetenzen aber auch der Bereitschaft zur Mitgestaltung eigener Pflegezukünfte kann angeknüpft werden. Es können wohlfahrtspluralistische Sorge- und Versorgungskonzepte entwickelt werden, die Einfluss auf die Nachfrage und den Bedarf von Einrichtungen und Diensten entfalten. Was vor Ort bei Feststellung der Unterversorgung an Maßnahmen ergriffen werden kann, wurde ebenfalls vergleichsweise breit diskutiert. Die in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgeschlagenen Regelungen zur Standardabsenkung einerseits und Berechtigung von Kommunen selbst kommunal wirtschaftlich tätig zu werden, wurden ebenso skeptisch betrachtet wie die Nutzung des § 77 SGB XI, nach dem Pflegekassen ggf. selbst Pflegekräfte einstellen könnten. Angesichts der Vielfalt von Pflegekassen und ihrer fehlenden Erfahrung in dem Betrieb von Pflegediensten und Einrichtungen oder der Beschäftigung von Pflegefachpersonen seien diesbezüglich Überlegungen nicht zielführend. Inwieweit auf Konzepte von Regionalbudgets bei festgestellter Unterversorgung zurückgegriffen werden kann, wurde zunächst offengelassen und dabei auf Erfahrungen etwa aus der Eingliederungshilfe mit Trägerbudgets verwiesen.

Unterhalb der Ebene der Kommunen (Kreise und kreisangehörige Gemeinden und Städte) ist diese sozialräumliche Ebene entscheidend für die Gestaltung und den Aufbau von Sorge- und pflegerischen Infrastrukturen. Quartiersentwicklung, Caring Communities, wohlfahrtspluralistische Konzepte wie in geteilter Verantwortung betriebene Tagespflege und Betreuungsangebote bis hin zu Wohngemeinschaften entstehen im Wesentlichen auf der sozialräumlichen Ebene oder in

spezifischen Milieus. In diesen neuen Formen von Vergesellschaftung von Sorge- und Pflegeaufgaben liege, so durchaus die übereinstimmende Einschätzung, eine wichtige Ressource für die Zukunft.

Sorge heißt nicht nur Sorge- und Infrastrukturplanung, sondern auch Personalentwicklung und Personalgewinnung. Sofern ist auch auf der regionalen und örtlichen Ebene stets in den Blick zu nehmen, ob für die Qualifizierung von Pflegefachpersonen, von Pflegeassistenzkräften, aber auch anderen Berufsgruppen und qualifizierten Assistenzpersonen ausreichend Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Qualifikationsangebote unterbreitet werden.

Modifikation des Kontrahierungszwangs

Einen eigenständigen Raum nahm insbesondere in der vertieften Diskussion um das Thema Planung das Thema Modifikation des Kontrahierungszwanges ein, ein Thema, das schon länger diskutiert wurde und durch das BEEP nur mittelbar angesprochen wird. Eine Anstrengung des Kontrahierungszwangs könnte in mehrfacher Hinsicht erfolgen: Zum einen in der Zulassung von Diensten, zum anderen in der Zuweisung von Versorgungsregionen zusammen mit der Einschränkung der Berufsfreiheit insofern, als etwa ambulante Pflegedienste ihren Versorgungs- und Einzugsbereich nicht mehr selbst bestimmen können. Die Pflegekassen bedienen sich zur Einlösung ihres Sicherstellungsauftrages der Leistungserbringer, die insofern sich am Sicherstellungsauftrag beteiligen. Modifizierungen des Kontrahierungszwangs können, wenn sie in belastbarer und nachgewiesener Weise der Sicherstellung der pflegerischen Forderungen dienen als verfassungsrechtlich gedeckter Eingriff in die Berufsfreiheit gelten, wenn die Kriterien der Eignung, der Erforderlichkeit und der Verhältnismäßigkeit berücksichtig werden. Eine weitere Einschränkung des Kontrahierungszwangs könnte darin bestehen, dass die Aufnahme von Klientinnen und Klienten an eine Bedarfsprüfung geknüpft wird, wenn andernfalls besonders bedürftige Personen nicht mehr versorgt werden können. Über die Bundeskompetenz für die Sozialversicherung könnte zur Einlösung des Sicherstellungsauftrages den Kommunen die Aufgabe und Kompetenz in § 9 SGB XI zugeordnet werden, die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung über entsprechende Planungsinstrumente und Prozesse zu monitoren. Wird im Rahmen einer so landesrechtlich verbindlich verankerten kommunalen Pflegestrukturplanung Unterversorgung festgestellt, könnten Modifikationen des Kontrahierungszwangs über die Leistungsträger in regional abgestimmter Art und Weise vorgenommen werden. Über diese Argumentation ließe sich kommunale Pflegeplanung mit Verbindlichkeit ausstatten.

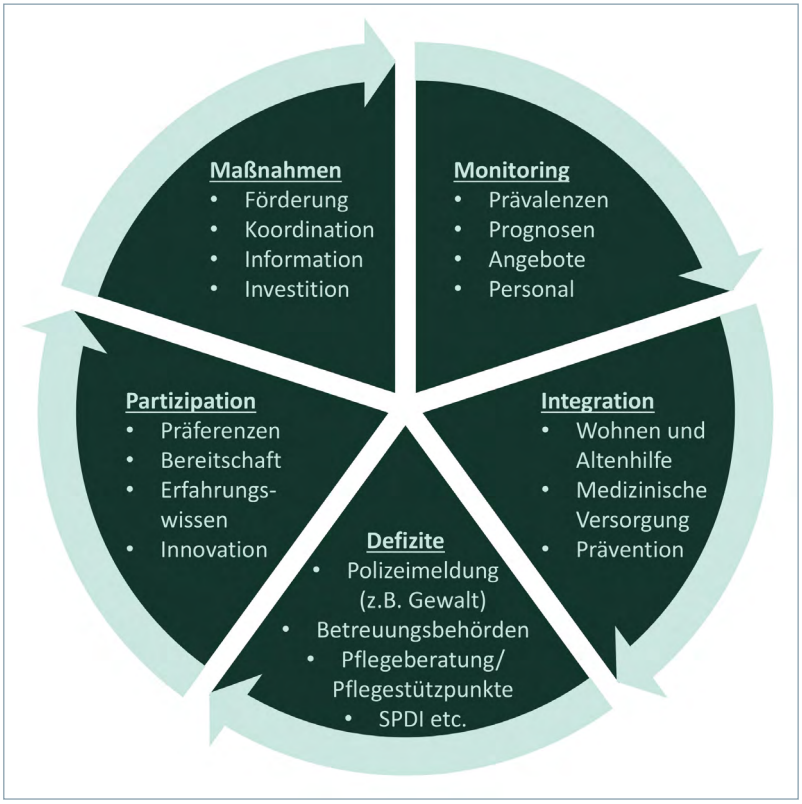
Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung setzt eine wirksame und verbindliche kommunale Pflege(struktur)planung voraus. Die demografischen Dynamiken in der Langzeitpflege führen heute schon zu einem regional und zielgruppenspezifischen deutlichen Nachfrageüberhang gegenüber den auf dem Pflegemarkt zur Verfügung stehenden Angeboten. Anders als in der sozialen Pflegeversicherung ursprünglich angenommen, haben in aller Regel Pflegebedürftige und ihre An- und

Zugehörigen oft nicht die Wahl zwischen unterschiedlichen Einrichtungen und Diensten. Der ursprünglich vorgesehene Qualitätswettbewerb der Dienste und Einrichtungen untereinander wird ausgehebelt. Die Pflegeversicherung verspricht die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Diesen nicht mehr nur in der gesetzlichen Krankenversicherung – dort allerdings sanktionierten – sondern auch in der Pflegeversicherung normierten Sicherstellungsauftrag kommen die Akteure nicht mehr überall und gegenüber allen auf Pflege angewiesene Menschen nach. Wie in der für den DAK-Pflegereport 2026 durchgeführten Bevölkerungsbefragung des IfD Allensbach deutlich wurde, ist die Mehrheit der Bevölkerung in Sorge, dass sie vor Ort kein ausreichendes Angebot von pflegerischen Diensten und Einrichtungen vorfinden (siehe Haumann in diesem Bericht, Abbildung 27).

Moderne Pflegeplanung

Die angedeutete Dynamik verweist auf die Erforderlichkeit von Planungsaktivitäten, die in einem modernen Verständnis von Sozialplanung (Brettschneider et al., 2025) sektorübergreifend, datengestützt, partizipativ und sozialraumorientiert ausgerichtet sein sollten (Abbildung 90).

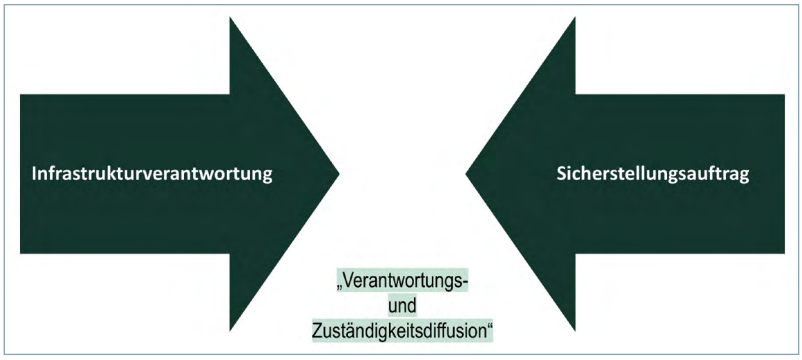
Abbildung 90: Moderne Pflegeplanung



Quelle: eigene Darstellung

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Einlösung des Sicherstellungsauftrags und die Wahrnehmung der Infrastrukturverantwortung ist im SGB XI lediglich programmatisch formuliert, jedoch weitgehend ohne Sanktionen. Es wird von einer Verantwortungs- und Zuständigkeitsdiffusion (Klie, 2024a, 2024b) gesprochen. Den Kassen kommt der Sicherstellungsauftrag zu, den sie durch den Abschluss von Versorgungsverträgen einlösen. Die Länder tragen Verantwortung für eine ausreichende pflegerische Versorgungsstruktur, ohne dass der Bundesgesetzgeber den Ländern hier verbindliche Vorgaben machen und spezifische Verantwortungsrolle zuordnen kann.

Abbildung 91: Verantwortungs- und Zuständigkeitsdiffusion



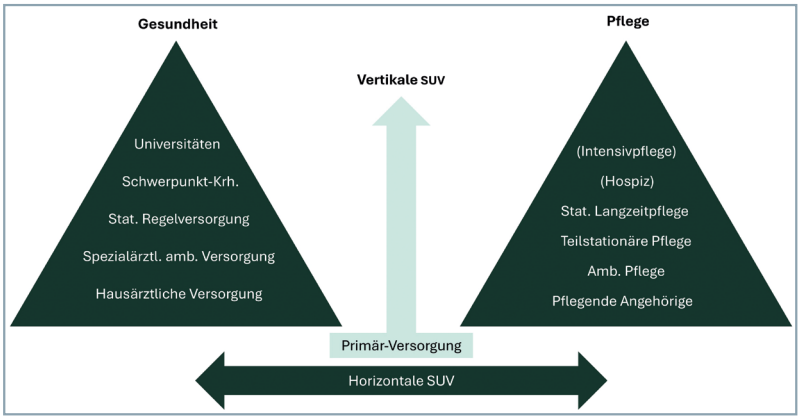
Quelle: eigene Darstellung

Bestrebungen der BLAG

So sind alle in der pflegerischen Versorgung Beteiligten herausgefordert, eine bedarfsgerechte Begleitung und Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen sicherzustellen. Während insbesondere die privaten Anbieter von pflegerischen Diensten und Einrichtungen weiterhin auf das Marktmodell setzen, sehen andere die Notwendigkeit stärker auf eine kommunal und auf Landesebene verankerte mit Verbindlichkeit ausgestattete Planung zuzugehen. Auch die BLAG zum Zukunftspakt Pflege sieht die Erforderlichkeit, eine hinreichende Angebotsinfrastruktur durch geeignete kurz- und mittelfristige, wirkungsorientiere Pflege(bedarfs)planung zu gewährleisten (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, 2025, S. 20). Die Planung in den Kommunen soll eine anzustrebende leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende, wirtschaftliche pflegerische Infrastruktur für eine Region beschreiben und darlegen, wie die vorhandenen Strukturen und Prozesse in diese Richtung entwickelt werden können.

Synergieeffekte einer sektorenübergreifenden Versorgung

Abbildung 92: Vertikale und horizontale sektorenübergreifende Versorgung



Quelle: eigene Darstellung

Die administrative und leistungsrechtliche Versäulung behindert eine sektorenübergreifende Versorgung

Die Bund-Länder Arbeitsgruppe zum Zukunftspakt Pflege spricht das Thema sektorenübergreifender Versorgung nur implizit an. So heißt es etwa, dass die Länder die Kommunen darin bestärken, ihre präventiven Aktivitäten mit Blick auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit möglichst eng mit den Kranken- und Pflegekassen abzustimmen. Hinsichtlich einer sektorenübergreifenden Ausgestaltung von Budgets im Leistungsrecht hat sich die Bund-Länder Arbeitsgruppe darauf verständigt, mit dem Ziel einer Überwindung der Sektorengrenzen durch Bund und Länder unter Einbeziehung der kommunalen Spitzenverbände bis zum Ende des Jahres 2027 eine ergebnisoffene Prüfung von sektoren- und wohnformenunabhängigen Leistungsbudgets vorzunehmen. Verwiesen wurde auf gute Beispiele sektorenübergreifender Finanzierung, wie etwa in der SAPV oder im Hospizbereich.

Gerade in der Pflegeversicherung zeigt sich, dass aus der Wahrnehmung von Pflegebedürftigen, zusammengehörende Leistungen in Form der Unterstützung, unterschiedlichen Leistungsgesetzen zugeordnet werden. Dies gilt beispielsweise für die Leistung der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 SGB XI. Sektorale Trennungen gibt es auch zwischen ambulant und stationär. Sie wurden in den letzten Jahren durch die Sonderregelungen der vollstationären Pflege noch vertieft. So ist es etwa bei mehrgliedrigen Einrichtungen oder quartiersbezogenen Ansätzen von stationären Pflegeeinrichtungen bislang nicht ohne weiteres möglich, die Ressourcen und Kompetenzen auch sektorenübergreifend (ambulant und stationär) zu nutzen. Sektorengrenzen finden sich auch zwischen der klinischen und Langzeitpflegeversorgung sowie im Notfallmanagement. Die Segmentierung wird auch von der Bevölkerung beklagt, wie sich in der Befragung des IfD Allensbach für diesen DAK-Pflegereport zeigte. So beklagen 48 Prozent der Befragten, dass Krankenhäuser und Ärzte sich nicht gut mit der häuslichen Pflege abstimmen würden (Abbildung 21). Die GKV-/SPV-

Routinedatenanalysen von OptiMedis im DAK-Pflegereport 2026 verweisen auf Fehlversorgung Pflegebedürftiger in psychiatrischen Einrichtungen (Abbildung 83).

Die Debatten um eine grundlegende Gesundheits- und GKV-Reform thematisieren ebenfalls die Notwendigkeit sektorenübergreifender Versorgungsansätze, insbesondere in der Primärversorgung (vgl. Karagiannidis et al., 2025). Dabei gilt es die Frage der sektorenübergreifenden Versorgungsansätze umfassend und differenziert zu betrachten und zu diskutieren – in vertikaler und horizontaler Hinsicht.

Sektorenübergreifende Versorgung ist themenübergreifend von Bedeutung

Das Thema der sektorenübergreifenden Versorgung konnte im Rahmen des Perspektivworkshops nicht eigenständig behandelt werden. Dennoch wurden sektorenübergreifende Versorgungsstrategien immer wieder in der Diskussion anderer Thesen aufgegriffen. Das gilt für die *fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege*, die sich mittelfristig dort, wo es sich um die Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachperson handelt auf eine sektorenübergreifende Primärversorgung, im Sinne des Profils von CHN, ausrichten muss. Auch bei der Diskussion um das Care und Case Management wurden die Sektorengrenzen thematisiert. Case Management diene gerade dazu, Schnittstellenprobleme in den Blick zu nehmen, ihre unvollkommene Handhabung zu kompensieren und im Sinne des Care Managements auf sektorenübergreifende Versorgungsstrategien und Routinen hinzuwirken. Auch beim Thema Planung wurde das Thema intensiv diskutiert, wenn es darum ging, Pflegeplanung als Teil einer integrierten Sozialplanung zu verstehen. Auch beim Thema Notfallversorgung ist das Thema sektorenübergreifende Implementierung von Notfallversorgungsstrukturen ein zentrales Thema.

Stärkung der Pflege in Notfall- und Krisensituationen

Abbildung 93: Typen der Notfallversorgung



Quelle: eigene Darstellung

Seit langem wird über die Notfallversorgung im Medizinsektor debattiert. Die Ampelregierung hat einen entsprechenden Gesetzesvorschlag erarbeitet, der weitgehend auch von der schwarz-roten Bundesregierung übernommen wurde und mittelbar vor der Qualifizierung durch den Bundesgesetzgeber steht. Die Notwendigkeit einer Notfallreform ist unbestritten. Auch die Bevölkerung verweist auf die Erfahrung, pflegeindiziert Notärzte gerufen zu haben. Immerhin 42 Prozent der Personen mit Pflegeerfahrung verweist auf eine entsprechende Erfahrung (Klie, 2025, S. 42) (Abbildung 94).

Abbildung 94: Organisations- und Abstimmungsprobleme in der Pflege nicht selten



Quelle: Klie, 2025, S. 42

Die BLAG betont, dass die häusliche Pflege in ungeplanten Notfall- und Krisensituationen gestärkt werden muss. Dazu soll ein Teil der bisherigen Ausgaben für die Leistungen des Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a SGB XI zu einem „Notfallbudget" umgewandelt werden. Damit soll ein Betrag zur Verfügung stehen, mit dem Angebote der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden können. Für Notfälle und Krisen sollen außerdem genug Kurzzeitpflegeplätze vorgehalten werden. Bei unerwarteten Beratungs- und Unterstützungsbedarf sind zu allen Tageszeiten und die ganze Woche über entsprechende Angebote erforderlich. Dadurch könn-

ten die Fehlversorgung von pflegebedürftigen Personen und unnötige Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Die akute Versorgung könnten beispielsweise Hausnotrufdienste oder Pflegeeinrichtungen im Auftrag der Pflegekassen übernehmen. Auch ein ambulanter „Pflegenotdienst" bestehend aus wechselnden Pflegeeinrichtungen vor Ort wäre eine Möglichkeit die akute und notfallmäßige Versorgung sicherzustellen. Dafür wird der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen und die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI weiterentwickelt. Insbesondere die Möglichkeit, Kurzzeitpflegeplätze für ungeplante Notfälle vorzuhalten, wird geprüft. Die Finanzierung könnte zwischen Pflegeversicherung und Ländern geteilt werden. Die Länder werden in die Pflicht genommen, regionale Unterstützungs- und Netzwerkstrukturen für pflegerische Akut- und Notfallsituationen aufzubauen.

Pflegenotfalltelefon

Bis 2027 wird ein bundesweites Pflegenotfalltelefon mit einheitlicher Nummer eingerichtet und in Modellregionen erprobt. Dadurch soll eine erste fachliche Einschätzung ermöglicht und die akute Hilfe koordiniert werden. Die Länder sollen dabei die operative Umsetzung übernehmen. Bei der Erprobung soll das geplante Konzept eines neuen Leitsystems der integrierten Notfallversorgung beachtet werden.

Die andere Form der Notfallversorgung müsse übergreifend nicht nur bezogen auf die medizinische Versorgung erfolgen. Eine separate Notfallregelung und Notfallnummer für die Pflege mache keinen Sinn, so die auch auf dem Perspektivworkshop letztlich konsentierte Position. Zur Einführung in die Debatte wurden die Typen der Notfallversorgung differenziert dargestellt und dabei deutlich, dass häufig nicht zwischen medizinischer und pflegerischer Indikation unterschieden werden könne. Es bedarf eines fachkundigen Screenings, um welchen Typ der Notfallversorgung es sich handele und wie auf die Notfallsituation adäquat reagiert werden könne.

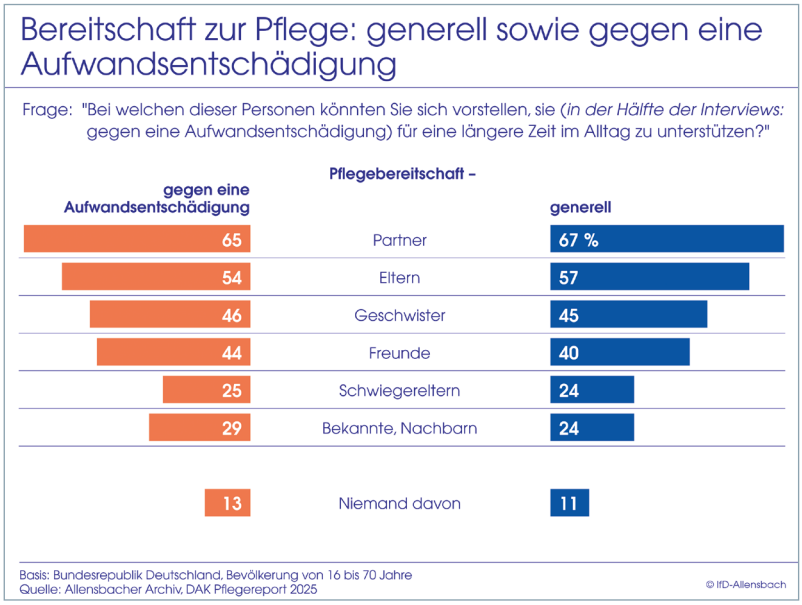
Das Nebeneinander zweier Reformvorschläge ergibt keinen Sinn. Der Blickwinkel der Betroffenen sei entscheidend, Doppelstrukturen gelte es zu vermeiden, neue Nummern würden in der Bevölkerung letztlich keine Resonanz finden. Es kann davon ausgegangen werden, dass weder Notfall- noch Pflegeeinrichtungen und Dienste in die Transformationsüberlegungen in den Regionen in Folge der Krankenhausreformen und der Etablierung einer Primärversorgungsstruktur frühzeitig eingebunden wurden. Eine Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes ist durch die Bundesgesetzgebung geplant.

Bereitschaft der Gesellschaft Sorgeaufgaben zu übernehmen als kulturelles Rückgrat der Pflege

In der Bund Länder Arbeitsgruppe wurde das Thema Sorgebereitschaft der Bevölkerung nur implizit mitbedacht und angesprochen, nicht aber zu einem expliziten Thema gemacht. Die Pflegeversicherung basiert auf dem Subsidiaritätsprinzip und

somit auf der Annahme, dass Sorgeaufgaben und pflegerische Unterstützungsformen in Partnerschaften, Familien, Freundeskreisen und Nachbarschaften übernommen werden. Dies wird durch die Empirie bestätigt. Die Solidaritätsbereitschaft in Sachen Pflege und Sorge ist in Deutschland weiter im hohen Maße ausgeprägt. Das hat auch die Bevölkerungsbefragung des IfD Allensbach im Rahmen der vergangenen DAK-Pflegereporte immer wieder unterstrichen (Abbildung 95).

Abbildung 95: Bereitschaft zur Pflege: generell sowie gegen eine Aufwandsentschädigung



Quelle: Klie, 2025, S. 52

Die neuesten Befragungsergebnisse des IfD Allensbach zeigen, dass die Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben und zur Beteiligung an Pflegeaufgaben auch für Fremde im Rahmen von Engagementformen vorhanden ist. Diese Bereitschaft ist insbesondere bei denen ausgeprägt, die sich mit der Demokratie weiterhin zufrieden zeigen. Das Thema Caring Community spielt dabei eine wichtige Rolle in der aktuellen Debatte um die zukünftigen Formen der solidarischen Sorge für auf Pflege angewiesener Menschen.

Bereitschaft der Gesellschaft Sorgeaufgaben zu übernehmen ist Grundvoraussetzung

Es braucht neue Formen der Vergesellschaftung von Sorge und Pflege.

- Die Bereitschaft zur (Mit-)Sorge ist in der Bevölkerung fest verankert.
- Die Rede von der Familie als größter Pflegedienst der Nation ist normativ und programmatisch falsch.
- Es finden sich örtliche vielfältige Formen neuer Sorgefigurationen, die es zu würdigen, zu begleiten und zu unterstützen gilt.

Caring Communities sind ein produktives Leitbild.

- Das Leitbild der sorgenden Gemeinschaft oder der Caring Community ist resonanzfähig.
- Die sorgende Gemeinschaft ist an vielen Orten schon da – aber nicht überall.

Welfare Mix entspricht einem modernen Subsidiaritätsverständnis.

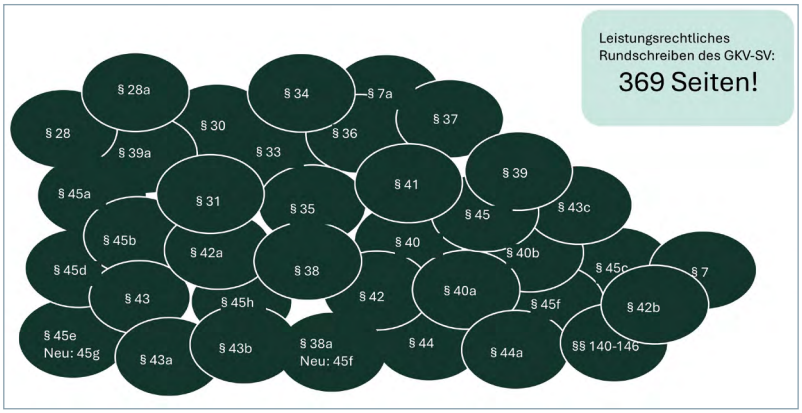
- Die künftigen Herausforderungen der Sorge und Pflege lassen sich nur wohlfahrtspluralistisch beantworten.
- Die Rolle der Professionellen ist es, die Beteiligung von An- und Zugehörigen, Nachbarn und Freunden, sowie Ehrenamtlichen in der Gestaltung der Pflegearrangements zu flankieren und zu qualifizieren.

Ohne Bürgerbeteiligung keine Sicherstellung der Pflege.

- Mit ihnen sind Szenarien der Versorgungs- und Sorgezukünfte Datenbasiert zu diskutieren.
- Bürgerbeteiligung kann einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung von Caring Communities leisten.
- Caring Communities leisten einen Beitrag zur Sicherung der örtlichen Daseinsvorsorge und Demokratie.

Personenzentrierte Versorgung durch Leistungsbudgets

Abbildung 96: Leistungen der sozialen Pflegeversicherung



Quelle: eigene Darstellung nach Nadine-Michèle Szepan

Bisher werden die 22 Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in 369 Seiten leistungsrechtlicher Rundschreiben spezifiziert und sind selbst für Fachleute kaum noch nachvollziehbar (Abbildung 39). Deshalb wird die Debatte um eine Vereinfachung des Leistungsrechts der sozialen Pflegeversicherung inzwischen breit

Unübersichtlichkeit der sozialen Pflegeversicherung

geführt. Auch die Bürgerinnen und Bürger wünschen sich laut der IfD-Allensbach-Befragung für den DAK-Pflegereport 2026 eindeutig mehr Übersichtlichkeit. Um die Vereinfachung des Leistungsrechts ermöglichen zu können wird die Zusammenfassung von Leistungsansprüchen in Budgets diskutiert. So auch in dem Papier Reset Pflegeversicherung des Kuratorium Deutsche Altershilfe (Klie et al., 2025). Eine Lösung stellt hierbei einerseits ein Sachleistungsbudget, auf der anderen Seite ein Entlastungsbudget dar. Auch die Bund Länder Arbeitsgruppe hat sich für eine einfache und bürokratiearme Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung ausgesprochen. Die von der Bund Länder Arbeitsgruppe erarbeitete Vereinfachung des Leistungsrechts umfasst zwei Optionen (Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege", 2025, S. 14 f.):

Option 1:

- **Sachleistungsbudget 1** (PG 2–5): Pflegesachleistungen ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste/ Verhinderungspflege/ Angebote zur Unterstützung im Alltag, die bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen unterliegen und versorgungsvertraglich zugelassen sind.
- **Entlastungsbudget 1** (PG 2–5): Flexibel einsetzbare Geldleistung (Pflegegeld), das auch für Verhinderungspflege oder zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel eingesetzt werden kann.
- **Kombinationsleistung** weiterhin möglich.
- **Tages- und Nachtpflege:** Entlastung der Leistungserbringenden von bürokratischen Aufwänden/ Prüfung ob Erhöhung möglich/ Ausweitung auf niedrigschwellige Tagesbetreuungsangebote.
- **Angebote zur Unterstützung im Alltag:** Inanspruchnahme für zugelassene Angebote aus dem Sachleistungsbudget. Leistungen zur Unterstützung bei der Haushaltsführung sollen hier zukünftig hinzuzählen.

Option 2:

- **Sachleistungsbudget 1** (PG 2–5): Pflegesachleistungen ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste/ Verhinderungspflege.
- **Entlastungsbudget 1** (PG 2–5): Flexibel einsetzbare Geldleistung (Pflegegeld), das auch für Verhinderungspflege oder zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel eingesetzt werden kann.
- **Kombinationsleistung** weiterhin möglich.
- **Tages- und Nachtpflege:** Entlastung der Leistungserbringenden von bürokratischen Aufwänden/ Prüfung ob Erhöhung möglich/ Ausweitung auf niedrigschwellige Tagesbetreuungsangebote.

- **Angebote zur Unterstützung im Alltag:** Deutliche Erhöhung im Vergleich zum bisherigen Entlastungsbetrag. Einfache (auch digitale) Abrechnung. Vereinheitlichung der Anerkennungsrahmenbedingungen für Angebote. Praxisgerechtere Gestaltung von Zulassungsbedingungen. Bessere Abgrenzung niedrigschwelliger Betreuungsangebote zu fachpflegerischen Leistungen. Ausbau dieser Angebotsstrukturen.

Einkommensabhängige Ausgestaltung der Begrenzung der Heimkosten

Auf dem Perspektivworkshop wurde das Thema Eigenanteile und Begrenzung der Heimkosten breit diskutiert. Es löste die meisten Kontroversen auf dem Perspektivworkshop aus. Es wurden die Hintergründe für den Preisanstieg der stationären aber auch ambulanten Pflege diskutiert. Die Tariflöhne gilt es mit in den Blick zu nehmen. Die Tarifbindung ohne Flächentarifvertrag sei Treiber der Heimkostenentwicklung. Ein weiterer Treiber wurde in § 113c SGB XI gesehen, der flexibler anzuwenden sei. Eine einkommensabhängige Begrenzung des Eigenanteils wurde überdies als Systembruch in dem Sozialversicherungskonzept der Pflegeversicherung gesehen. Dem Gegenüber wurde eingewandt, dass § 43c SGB XI erst jüngst eingeführt wurde und der Gesetzgeber durchaus die Gestaltungsfreiheit hätte, Leistungen im SGB XI zu modifizieren und sie (wieder) zu steuerfinanzierten Systemen zu überantworten. Ein grundlegender Einwand gegenüber einer einkommens- und vermögensabhängigen Begrenzung der Eigenanteile wurde in dem bürokratischen Aufwand, der mit einer entsprechenden Prüfung verbunden wäre, gesehen.

Sockel-Spitze-Tausch käme zu spät

Der bereits Ende der Neunziger Jahre in die Diskussion gebrachte Sockel-Spitze Tausch, der von Rothgang und der Initiative Pro Pflegereform ausbuchstabiert wurde, käme jetzt zu spät, so die überwiegende Einschätzung. Auch eine obligatorische Zusatzversicherung – als private kapitalgedeckte Zusatzversicherung – käme für die Boomer-Generation zu spät. Eine Pflegevollversicherung würde nach den bisher vorliegenden Konzepten die Zementierung der Sektoren, ambulant hier und stationär dort, befördern – unabhängig von den weitgehend ungeklärten Finanzierungsfragen. Ein Rückgriff auf die Sozialhilfe und andere steuer- und einkommens- sowie vermögensabhängige Finanzierungskonzepte würde letztlich die Pflegeversicherung insgesamt in ihrer Konzeption auf den Prüfstand stellen, so eine weiter vertretene Position. Das gilt insbesondere dann, wenn die Kosten zwischen Bund, Ländern und Kommunen, wie von den kommunalen Spitzenverbänden vorgeschlagen und gefordert, neu verteilt würden.

In der vertieften Diskussion einer Arbeitsgruppe wurde als oberste Priorität die nachhaltige Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung gesehen. Auch sei ein Pflegevorsorgefonds für die zukünftige Generation unverzichtbar. Zudem gelte es die Lohnentwicklung in der Pflege durch Limitierung der Refinanzierung zu begrenzen. Beim Neubau und der Renovierung von Heimen seien die Kostentreiber zu prüfen. Auch seien Vorkehrungen zu treffen, dass die Heimkosten nicht durch Miet- und Pachtkonstruktionen künstlich erhöht werden und ein Handel mit den

Immobilien, wie in den letzten Jahren zu beobachten, begrenzt oder unterbunden werde. Wenn die Länder zu Investitionskosten herangezogen würden, bedürfe es hier klarer Inhalte und Begrenzungen. Unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten sei es durchaus denkbar, die Deckelung der Eigenanteile steuerfinanziert zu regeln, was allerdings mit einer Grundlegenden Reform der Pflegeversicherung verbunden wäre. Auch wurde in der vertieften Diskussion darüber beraten, ob der Zugang zu Heimen wie in der Sozialhilfe jetzt schon möglich und zum Teil praktiziert (§ 63 a SGB XII) – nur noch nach Prüfung des jeweiligen Bedarfs ermöglicht wird respektive von Bedarfsprüfung abhängig gemacht wird.

Verschiedene Positionen zum Thema Eigenanteile

Das Thema Eigenanteile ist ein zentrales Thema in der aktuellen pflegepolitischen Debatte. Die im Bundestag vertretenen Parteien haben sich in unterschiedlicher Weise zum Thema Eigenanteile positioniert. Die Vorschläge reichen von der Begrenzung der Eigenanteile auf maximal 1.000 Euro, weiter diskutiert wird der Sockel-Spitze-Tausch. Auch eine Pflegevollversicherung kennt als Anliegen die Begrenzung der Eigenanteile. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es jeweils nur um die Eigenanteile für die Kosten der pflegebedingten Aufwendungen geht, nicht um die der Unterkunft und Verpflegung. Bezogen auf diese Entgeltbestandteile in der vollstationären Pflege wird diskutiert, ob die Länder mit einer Finanzierung der Investitionskostenanteile pro Person pro Pflegebedürftigen mit in die Pflicht genommen werden können. Für die Bevölkerung ist das Thema Finanzierung des „Pflegefalls" ein Zentrales (Abbildung 25). Die Pflegeversicherung wird weniger als Teilleistungs- sondern vielmehr als Vollversicherung qualifiziert. Die Bevölkerung sieht realistisch, dass für viele Menschen die Pflege nicht mehr bezahlbar ist, insbesondere im Heim. 74 Prozent geben an, nicht zu wissen, wie man für die Pflege finanziell aufkommen könne. Als Lösung für die Finanzierungsproblematik sieht die Bevölkerung vor allen Dingen den Einsatz von Steuermitteln (Abbildung 44), was allerdings angesichts der Finanzlage von Bund, Ländern und Kommunen eher problematisch erscheint. Als zweitwichtigste Perspektive wird eine einkommens- und vermögensabhängige Staffelung der Beiträge zur Pflegeversicherung und Heranziehung zu den Kosten der Pflege gesehen (Abbildung 44).

Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in der Bewertung und Forderung nach der Finanzproblematik. Je nach Parteienpräferenz und politischen Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger. Der Staat wird insbesondere von denen in der Pflicht gesehen, die sich mit der staatlichen Performance aber auch der Demokratie unzufrieden zeigen.

Neujustierung der Hilfe zur Pflege

Angesichts der begrenzten Ressourcen wird auch darüber diskutiert, ob man durch eine Neujustierung der Hilfe zur Pflege die Problematik der Eigenanteile in Heimen auffangen könne. Cremer spricht von einem Zielgruppenmissbrauch in der Sozialdebatte, wenn etwa der Einsatz von Einkommen und Vermögen Pflegebedürftiger unter dem Gesichtspunkt der Armutsvermeidung diskutiert wird (Cremer, 2025). Unter dem Gesichtspunkt einer auf soziale Gerechtigkeit hin ausgerichteten, effi-

zienten Steuermittelverwendung wäre bei einer Modifikation der Vermögens- und Einkommensgrenzen, etwa nach dem Vorbild der Eingliederungshilfe, eine Perspektive für die Finanzierungsprobleme der Heim- und anderer Pflegekosten in Einbeziehung einer Sozialhilfereform, gegebenenfalls auch der Integration der Hilfe zur Pflege in das SGB XI zu sehen.

Auch in der Bund-Länder Arbeitsgruppe zum Zukunftspakt Pflege spielte die Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile eine große Rolle. Die Bund-Länder Arbeitsgruppe hat am Teilleistungssystem festgehalten und sich darauf verständigt, das Pflegebedürftige auch in Zukunft einen Teil der Pflegekosten selbst zu tragen hätten – gegebenenfalls unterstützt durch die Sozialhilfe. Es wird aber von der Bund-Länder Arbeitsgruppe auch an dem Ziel festgehalten, die Eigenanteile weiter zu begrenzen.

5.3 Literaturverzeichnis

Brettschneider, A, Grohs, S & Jehles, N (Hg.) (2025). Handbuch Kommunale Sozialpolitik, Wiesbaden, Springer VS.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege" (2025). Fachliche Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung [Online]. Verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Z/Zukunftspakt_Pflege/20251211_Papier_der_Fachebenen.pdf (Abgerufen am 8. Januar 2025).

Cremer, G. (2025). Alles schrecklich ungerecht?: Mythen, Halbwahrheiten, Fakten zum deutschen Sozialstaat, Freiburg, Basel, Wien, Verlag Herder.

Hülsken-Giesler, M., Teuteberg, F., Arlinghaus, T., Bläser, P., Cordes, J., Hammer, J., Jalaß, I., Rodrigues, P. K., Kus, K., Ruppert, N. & Wirth, L. M. (2024). „Erkenntnisse aus dem G-BA-Modellprojekt ‚Regionales Pflegekompetenzzentrum' (ReKo)", in Storm, A. (Hg.) Case Management – Ein Booster für die häusliche Pflege?: Forschungsergebnisse aus dem Innovationsfondsprojekt „ReKo" – Regionales Pflegekompetenzzentrum, Heidelberg, medhochzwei, S. 27–124.

Klie, T. (Hg.) (2022). Pflegereport 2022: Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven, Heidelberg, medhochzwei Verlag.

Klie, T. (2024a). „Rechtssichere Pflegebedarfsplanung?: Steuerungsoptionen für eine bedarfsgerechte Infrastruktur in der Langzeitpflege – Teil 2", NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V., No. 10, S. 443–447.

Klie, T. (2024b). „Rechtssichere Pflegebedarfsplanung? Steuerungsoptionen für eine bedarfsgerechte Infrastruktur in der Langzeitpflege: Teil 1", NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V., Vol. 104, No. 7, S. 303–309.

Klie, T. (2025). Pflegereport 2025: Pflege vor Ort – zwischen Anspruch und Wirklichkeit Perspektiven für ein verlässliches Pflegesystem [Online], Heidelberg, medhochzwei Verlag. Verfügbar unter https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/134854/data/fe64bfbae6c8d1d-49b23a908abfe5110/dak-pflegereport-2025-ebook.pdf (Abgerufen am 22. September 2025).

Klie, T., Ranft, M. & Szepan, N.-M. (2025). Reset Pflegeversicherung: Strukturreform PFLEGE und TEILHABE III [Online]. Verfügbar unter https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Strukturreform_Pflege_und_Teilhabe_III_2025.pdf (Abgerufen am 3. Juni 2025).

Klie, T. & Wittmann, M. (2025). „Registrierungspflicht für Pflegefachpersonen – auf dem Weg zur integrierten Registrierung?: Professionalisierung der Pflege, Heilkundeausübung/Planung im Transformationsprozess des Gesundheits- und Pflegewesens", PflegeRecht, Vol. 29, No. 3, S. 138–152.

Mennemann, H. & Klie, T. (2023). „Case Management-Bezüge in den Sozialgesetzbüchern – eine Synopse", Case Management, Vol. 20, No. 1, S. 11–18.

Metaplan – Thomas Schelle Gesellschaft für Planung und Organisation mbH (2019). Metaplan Basiswissen: Wie man mit Metaplan Gruppengespräche moderiert, Metaplan.

Monzer, M. (2018). Case Management Organisation, Heidelberg, medhochzwei Verlag.

6. Ausblick

Thomas Klie

Große Pflegereform unausweichlich

Vor 30 Jahren wurde die Pflegeversicherung eingeführt. Sie prägt seither die Langzeitpflege in Deutschland und genießt auch in der Bevölkerung Akzeptanz. Ihre Leistungen werden genutzt – und das im zunehmenden Maße. Nach 90 Änderungsgesetzen, die im Wesentlichen auf eine Ausdifferenzierung der Leistungen, Nachjustierungen in der Regulatorik, Qualitätssicherung, Leistungsausweitungen und einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gerichtet waren, geht es angesichts der demografischen, gesellschaftlichen und fiskalischen Dynamiken um eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung, eine Strukturreform. So hat es auch die BLAG zum Zukunftspakt Pflege als Aufgabe verstanden.

Eine große Pflegereform ist in der Sache alternativlos: Die Pflegeversicherung ist zu komplex geworden in der Logik ihrer Leistungsansprüche und Leistungserbringung: 22 Leistungen sind in ihr vorgesehen deren Voraussetzung in 360 Seiten leistungsrechtlicher Rundschreiben beschrieben wurden. Ein Großteil der Bevölkerung kennt die Leistungsansprüche nicht. Viele werden in der Fläche nicht genutzt, die vorgesehenen Beratungsstrukturen entfalten wo sie vorhanden sind ihre (begrenzten) Wirkungen. Gleichzeitig wird deutlich, dass das System der Pflegeversicherung nicht in jeder Hinsicht effizient ist: es kommt weiterhin zu pflegeindizierten aber nicht medizinisch notwendigen Klinikeinweisungen. Es finden sich Selektions- und Auswahlmechanismen bei den Leistungserbringern, die in Konstellationen mit besonders hohen Pflegebedarfen Anfragenden etwa in Heimen oder Diensten eine Absage erteilen: gesundheitsökonomische Steuerungsinteressen geraten potenziell in Konflikt mit dem der Pflegeversicherung einzulösenden Sicherstellungsauftrag der Bevölkerung. Gleichzeitig hat sich eine leistungsfähige Infrastruktur mit Pflegediensten und Einrichtungen entwickelt, was ganz wesentlich auf der Initiative von Pflegeunternehmen beruht. Die Aufgabe im Rahmen einer großen Pflegereform besteht nun darin, die Kompetenzen der Leistungsträger und Leistungserbringer noch stärker in den Dienst der Sicherstellung der Bevölkerung in der Fläche und einer (individuell) bedarfsgerechten Versorgung zu stellen. Dies wird auch mit Blick auf die sich zuspitzende Personalsituation in der Langzeitpflege erforderlich. Die berufsdemografischen Entwicklungen lassen insbesondere Pflegefachpersonen zur „Mangelware" werden. Die Professionalisierung der Pflege verlangt überdies nach einer stärkeren Zuordnung von Verantwortungsrollen für Angehörige von Pflegeberufen, die künftig gleichberechtigt neben der Medizin ihren ganz eigenen Beitrag zur Sicherstellung zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu leisten haben – verbunden mit den ihnen auch rechtlich zuzuordnenden Verantwortungsfeldern.

Eine grundlegende Pflegereform ist auch aus der Perspektive der Finanzierung der Pflege und Pflegeversicherung geboten. Die Zahl der Leistungsberechtigten, die die Leistungen der Pflegeversicherung, insbesondere das Pflegegeld in Anspruch nehmen ist deutlich gestiegen, die Ausgaben der Pflegeversicherung nehmen zu und führen angesichts der begrenzten Einnahmen der Pflegeversicherung zu einer Schieflage der finanziellen Situation der Pflegekassen. Diese kennt auch besondere Hintergründe wie etwa den Ein- und Rückgriff auf den Ausgleichfonds in Zeiten von Corona, der bis heute trotz eindeutiger Verfassungswidrigkeit nicht kompensiert wurde. Es sind aber auch strukturelle Defizite in der Finanzarchitektur der Pflegeversicherung, die die Pflegeversicherung auf der Basis der aktuellen Refinanzierung als nicht zukunftsfest erscheinen lassen. Schon in der Ampelregierung wurde eine Regierungskommission eingesetzt, die sich intensiv mit den Stellschrauben der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung auseinandergesetzt hat. Insofern besteht der Bedarf nach einer großen Pflegereform insbesondere mit Blick auf die zukunftsfeste Finanzierung der Pflegeversicherung.

Auch die Bevölkerung sieht mit überwältigender Mehrheit die Notwendigkeit einer grundlegenden Pflegereform. Die Bevölkerung sieht ausweislich der Allensbach-Befragung im Rahmen des DAK-Pflegereportes 2026 realistisch, dass ein „weiter so" in der Pflegeversicherung nicht funktionieren wird. Insofern dürfte auch eine große Pflegereform bei guter Kommunikation und glaubwürdigen Reformschritten auf Akzeptanz in der Bevölkerung stoßen. Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung gehört zu den zentralen Bausteinen des Sicherheitsversprechens einer alternden Gesellschaft. Dabei ist die Bevölkerung auch irritiert über die von ihr häufig selbst zu tragenden, erhöhten Heimkosten, die sie belasten. Aber auch die Finanzen der Träger der Sozialhilfe, zumeist die Kommunen, stehen unter gewaltigem Druck. Wie aber ist die große Pflegereform auszugestalten, welche Ziele sollte sie verfolgen, welche Reformbausteine stehen im Vordergrund: mit diesen Fragen hat sich der DAK-Pflegereport 2026 beschäftigt.

Große Pflegereform eingebettet in Sozialstaats- und Sozialversicherungsreformen

Zentral ist, dass ein rein sektorenbezogenes Denken zur Stabilisierung einzelner Sicherungs- und Versicherungszweige nicht zulasten von Gesamtstrategien gehen darf und auch die sozialpolitischen Debatten nicht prägen darf. Die Ausgabensteigerung der gesetzlichen Krankenversicherung ist ebenfalls eine der großen Herausforderungen[61]. Die gesetzliche Krankenversicherung bereitet mit ihren Kostendynamiken große Sorgen, weil der medizinische Fortschritt neue Behandlungs- und Therapieoptionen eröffnet, die in aller Regel, wie etwa im Arzneimittelbereich gut nachzuzeichnen, zu deutlichen Ausgabensteigerungen führen. Die gesetzliche Krankenversicherung ist durch mächtige Stakeholder in ihrer Beweglichkeit begrenzt. Umso wichtiger werden hier gesundheitspolitische Maßnahmen, die par-

61 Siehe hierzu auch: FinanzKommission Gesundheit (2026). Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit. Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/finanzkommission-gesundheit-ergebnisse-30-03-26 (Abgerufen am 14. April 2026).

tikulare Interessen in ihrer Durchsetzungsmacht begrenzen und in den Dienst der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung für die gesamte Bevölkerung stellen. Auch hier sind die Schnittstellen zur pflegerischen Versorgung systematisch in den Blick zu nehmen. Das gilt etwa für den Einsatz von Pflegefachpersonen, die man nicht zwischen gesetzlicher Kranken- und sozialer Pflegeversicherung trennen kann.

Ein Bedeutungszuwachs von Verantwortungsrollen der Pflegefachpersonen nach Steuerung des Pflegeprozesses einerseits und der Übernahme von Heilkundeaufgaben andererseits verlangt nach integrierten und auf eine interdisziplinäre Primärversorgung hin ausgerichtete Reformen. Die Pflege ist der Schlüsselfaktor für die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung. Dies ist bei integrierten Reformüberlegungen zwischen gesetzlicher Kranken- und sozialer Pflegeversicherung zu beachten. Es wäre zu klein gedacht, eine große Pflegereform nur als Reform der sozialen Pflegeversicherung und des SGB XI zu verstehen. Eine große Pflegereform verlangt nach sektorenübergreifenden Überlegungen und Antworten.

Große Pflegereform zwischen Versorgungssicherheit und Finanzierbarkeit

Die BLAG zum Zukunftspakt Pflege hatte die herausfordernde Aufgabe, die Weiterentwicklung der Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen zu verbinden mit der Gewährleistung der Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung heute und morgen.

Insofern steht die große Pflegereform als Reform des Leistungsrechts der Pflegeversicherung und der entsprechenden Strukturen immer im Zusammenhang mit der Frage der Finanzierung der Pflegeversicherung. Kostenneutral soll die Reform der Pflegeversicherung auf der Versorgungsseite sein, das war die Vorgabe der Bundesregierung. Dies führt notwendigerweise zu Einschnitten in das Leistungsrecht, gegebenenfalls auch zur Anhebung der Schwellenwerte für die Pflegegrade, so man an ihnen festhalten will, sowie in der Begrenzung von Leistungsansprüchen. Die große Reform der Pflegeversicherung auf der Versorgungsseite kann also nicht aus den Vollen schöpfen, sondern muss Effizienzkriterien konsequent mitbeachten. So wird es bei der jetzt anstehenden großen Pflegereform in Verbindung von Reformen der Versorgungsstrukturen und der Finanzierung **kurzfristig** darum gehen, die Handlungsfähigkeit der Pflegeversicherung zu erhalten, das System effizienter zu gestalten und neue Formen der Kooperation unterschiedlicher Ebenen, Bund, Länder und Kommunen, zu befördern – verbunden mit Ausgabenbegrenzungen. Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur in den Handlungsformen des kooperativen Föderalismus beantwortet werden kann.

Mittelfristig wird man auf der Seite des Umbaus der Versorgungsstrukturen stark auf sektorenübergreifende Strategien zu setzen haben und die finanzielle Stabilität der Sozialen Pflegeversicherung zukunftsfest weiterzuentwickeln. Dazu gehört auch die Prüfung weiterer Einnahmequellen. Die Babyboomer gehen

in Rente. Das zeigt sich, wie der DAK-Pflegereport 2024 herausgearbeitet hat, aktuell in den berufsdemografischen Effekten: Ab 2035 wird dies auch bei der Versorgung von Pflegebedürftigen noch deutlich stärker spürbar werden, als es heute der Fall ist. Insofern haben sich die mittelfristigen Strategien realistisch auf die deutliche Zunahme auf Pflege angewiesener Menschen in veränderten Lebensweisen und Haushaltsstrukturen zu richten haben. **Langfristig** wird man die finanzielle Absicherung des Pflegerisikos auf veränderte Beine zu stellen haben – und dies auch unter Einschluss von kapitalgedeckten Sicherungssystemen. Diese entfalten ihre Wirkung aber nicht mehr für die Boomer-Generation, sondern erst für nachfolgende Generationen, die durch verpflichtende Vorsorge in finanzieller und versicherungsrechtlicher Hinsicht nicht unbegrenzt weiter belastet werden können und dürfen.

Die große Pflegereform ist demokratierelevant

Der DAK-Pflegereport macht insbesondere in den Allensbach-Befragungen deutlich: **Pflege ist ein gesellschaftliches Nahthema**. Über 16 Millionen Menschen sind mit Pflegeaufgaben befasst oder vertraut. Die Ergebnisse der Allensbach-Befragung zeigen deutliche Zusammenhänge zwischen der subjektiven Einschätzung, dass die Pflege regional und institutionell sichergestellt wird und der Zustimmung zur Demokratie als Gesellschafts- und Staatsform. Ebenso wie die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung, für die Kliniken – die Kommunalwahlen im Jahr 2026 zeigten dies – eine symbolische Funktion übernehmen, berührt auch das Pflegethema elementare und existenzielle Sicherheitsbedürfnisse der deutschen Bevölkerung. Dabei zeigt sich, dass die Pflegeerfahrenen in Deutschland, und diejenigen, die sich bürgerschaftlich für Fragen der Pflege und gesundheitlichen Versorgung engagieren, wesentlich mehr Zutrauen in die Gestaltbarkeit der demografischen Herausforderungen – auch im Zusammenhang mit der Pflege – haben als jene, für die diese Fragen fremd und bedrohlich sind. **Die Pflegebereitschaft in Deutschland ist hoch ausgeprägt**. Hierin liegt ein wichtiges kulturelles Kapital für die Weiterentwicklung der deutschen Pflegeversicherung, die subsidiär angelegt ist und auf der Pflegebereitschaft der Bevölkerung ebenso basiert wie auf dem Respekt gegenüber auf Pflege angewiesenen Menschen. Demokratierelevanz des Pflegethemas heißt nicht, dass man der Bevölkerung nicht auch Zumutungen auferlegen kann, so sie denn der Sicherung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dienen. Hier zeigt sich die Bevölkerung durchaus offen und bereit, Einschränkungen bei Leistungen hinzunehmen, die sie nicht als unabweisbar halten, gegebenenfalls auch höhere Beiträge zu akzeptieren oder aber einkommensabhängige Leistungsbereiche als sozial gerecht und akzeptabel anzusehen. Wichtig ist es, dass Reformschritte, die auch Zumutungen enthalten glaubwürdig konzipiert, überzeugend kommuniziert und verlässlich umgesetzt werden. Versprechungen einer Vollversicherung sind insofern unrealistisch, da noch nicht einmal die Bevölkerung selbst damit rechnet, dass sie sich in der aktuellen Finanzsituation und Wirtschaftslage Deutschlands – bei unveränderter Finanzierung der Pflegeversicherung – realisieren lassen. Die Bausteine der BLAG im Zukunftspakt Pflege werden durchaus als relevante, nach-

vollziehbare und zur Sicherung der pflegerischen Versorgung nützliche Reformschritte angesehen. Das gibt ihnen Rückenwind. **Die Bevölkerung wird man aber auf den Reformkurs mitnehmen müssen**. Dies gelingt auf der einen Seite durch eine glaubwürdige Kommunikation auf der Bundes- und Landesebene, vor allem aber durch Partizipation auf örtlicher Ebene, in der sich zeigt, ob Pflege im Zusammenwirken von An- und Zugehörigen, Nachbarschaften, zivilgesellschaftlichen Initiativen, Pflegediensten und Heimen und den staatlichen Akteuren gelingt. Die Sicherung der gesundheitlichen Sicherung der Versorgung als Planungs- und Governanceaufgabe zu gestalten, wird man als zentralen übergeordneten Anker für die große Pflegereform ansehen können und müssen.

Große Pflegereform in Stufen

Die im DAK-Pflegereport 2026 vielfältig untersuchten, beleuchteten und diskutierten Reformbausteine der Bund-Länder-Kommission stellen sich als **erste wichtige Schritte und Wegweisung für eine große Pflegereform** dar. Angesichts ungelöster Finanzierungsfragen und zum Teil allzu vorsichtiger und kleinschrittiger Reformvorschläge werden die, bis zum Sommer 2026 vorzulegenden, gesetzlichen Regelungen nicht die Erwartungen an eine große Pflegereform erfüllen. Gerade die Frage der Finanzierung wird an vielen Stellen offenbleiben. Die Politik wird Glaubwürdigkeit (zurück) gewinnen, wenn sie die aktuellen Fragen der Finanzierung der Pflegeversicherung dadurch entschärft, dass sie (endlich) den verfassungswidrigen Eingriff in den Ausgleichsfond in der Pflegeversicherung rückgängig macht. Die Darlehensgewährung an die Pflegeversicherung ist letztlich ein unwürdiger Akt der Bunderegierung, die zu den Fehlern der Vergangenheit nicht stehen kann und dem Handlungsbedarf nicht die Bedeutung und Ernsthaftigkeit beimisst, die ihr aus der Sicht der Bevölkerung zukommt. Ein solcher Zwischenschritt in der Finanzierungsfrage der Pflegeversicherung würde einen Zeitpuffer schaffen, der es ermöglicht die Reformschritte in anderen Feldern der sozialen Sicherung mit denen der Pflegeversicherung zu harmonisieren.

Prävention und effiziente Primärversorgung

Weitere Schritte **auf einer zweiten Reformstufe** wären **Strategien sektorenübergreifender Versorgungskonzepte** in die Reform der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung einzubeziehen, die auf Effizienz der Primärversorgung und der Flankierung häuslicher Pflegearrangements ebenso ausgerichtet sind wie auf eine konsequente Präventionsorientierung. Auch diese Schritte wird man in der Umsetzung der Empfehlungen der BLAG nicht erwarten dürfen. Sie dürfen aber auch nicht vertagt werden, sondern verlangen nach einer verbindlichen Roadmap. Dies wird umso wichtiger, da bei nicht überzeugenden Antworten auf den unabweisbaren großen Reformbedarf die Errungenschaften der sozialen Pflegeversicherung in doppelter Hinsicht in Gefahr sein könnten: durch Wiedererstarken von familialistischen Sozialpolitikvorstellungen, die die Pflege als eine Aufgabe von Familien und weiteren Unterhaltsverbänden sehen – mit all den Auswirkungen, die dies für die Pflegenden und Pflegebedürftigen entfaltet. Die andere Bedrohung geht von einem konsequenten neoliberalen Rückbau sozialer Sicherungssysteme aus. In dieser Logik wird letztlich die soziale Absicherung bei

Pflegebedürftigkeit als individuelle Vorsorgeaufgabe verstanden, die man können und für die man investieren muss. Wer das nicht kann, wird dem Fürsorgesystem „anvertraut". Die DAK-Gesundheit war und ist stets (auch) Anwalt von an sozialer Gerechtigkeit ausgerichteten Konzepten sozialer Sicherung, deren Ausdruck auch die soziale Pflegeversicherung ist und bleiben soll.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflege ist ein Nahthema 5

Abbildung 2: Die Pflege erfolgt in der Regel bei den Pflegebedürftigen zu Hause 6

Abbildung 3: Die meisten pflegen und unterstützen unentgeltlich 6

Abbildung 4: Überforderte Angehörige 7

Abbildung 5: Die größten Probleme des Pflegesystems 8

Abbildung 6: Das Pflegeheim wird meist für die Angehörigen nicht in Betracht gezogen 9

Abbildung 7: Wahrnehmung von Pflegearmut 10

Abbildung 8: Erwartungen für die Zukunft der Pflege: weit überwiegend anhaltende Probleme oder Verschlechterung 11

Abbildung 9: Pflegegeld: lieber Erhöhung als Kürzung, für pflegende Angehörige und Freunde, aber meist nicht das entscheidende Motiv 13

Abbildung 10: Was die meisten begrüßen würden 14

Abbildung 11: Häufigste Krankenhaus-Hauptdiagnosen in den letzten 30 Tagen vor erstmaligem Eintritt in Pflegegrad 3 oder 4, Anteile an allen Eintritten 16

Abbildung 12: Anteil psychiatrischer beziehungsweise psychosomatischer Krankenhausfälle mit einer Verweildauer von mindestens 60 Tagen an allen psychiatrischen beziehungsweise psychosomatischen Krankenhausfällen von pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit ab 65 Jahren nach Jahr 18

Abbildung 13: Anteil erstmaliger Eintritte in Pflegegrad 3 oder 4 mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt in den vorangehenden 90 Tagen, regional standardisiert 19

Abbildung 14: Standardisierter Anteil aktiver Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 2 bis 5 und mindestens einem Krankenhausaufenthalt von ein bis drei Tagen im Jahr 2024 20

Abbildung 15: Reformbausteine Zukunftspakt Pflege 22

Abbildung 16: Fallkonstellationen in der Pflegenotfallversorgung 24

Abbildung 17: Pflege ist ein Nahthema 36

Abbildung 18: Gut jeder Dritte hat im Verlauf der letzten 10 Jahre Pflegebedürftige unterstützt 37
Abbildung 19: Die Pflege erfolgt in der Regel bei den Pflegebedürftigen zu Hause. 38
Abbildung 20: Die meisten pflegen und unterstützen unentgeltlich 39
Abbildung 21: Überforderte Angehörige 40
Abbildung 22: Wahrnehmungen von pflegenden Angehörigen: finanzielle Belastungen gehören bei vielen zum Bild. 41
Abbildung 23: Die größten Probleme des Pflegesystems 42
Abbildung 24: Das Pflegeheim wird meist für die Angehörigen nicht in Betracht gezogen 43
Abbildung 25: Große Sorgen über die Finanzierung der Pflege 44
Abbildung 26: Wahrnehmung von Pflegearmut. 45
Abbildung 27: Zweifel an der Pflegeinfrastruktur im Nahbereich 46
Abbildung 28: Überwiegend kritische Bilanz der aktuellen Versorgung . . . 47
Abbildung 29: Erwartungen für die Zukunft der Pflege: weit überwiegend anhaltende Probleme oder Verschlechterung. 47
Abbildung 30: Umfassende Reform notwendig 48
Abbildung 31: Große Erwartungen an die staatliche Absicherung 49
Abbildung 32: Erwartungen an den Staat und Eigenverantwortung – wo sich die Vertreter der Haltungen unterscheiden 50
Abbildung 33: Anders als vor der Pflegereform 2015: Der Stellenwert des Themas Pflege in der Politik gilt unverändert als gering 51
Abbildung 34: Verteilung der Lasten 52
Abbildung 35: Grundsätzliche Pflegebereitschaft bei 80 Prozent – weitere Bereitschaft bei Jüngeren 53
Abbildung 36: Motive der Pflegebereitschaft 54
Abbildung 37: Weshalb eine Pflege nicht in Betracht kommt. 55
Abbildung 38: Situation der Pflege: Fast alle halten Verbesserungen für möglich, viele sogar deutliche Verbesserungen. 56
Abbildung 39: Reform-Prioritäten 57

Abbildung 40: Breite Unterstützung für Lohnersatz, falls sich kein Pflegedienst findet 58

Abbildung 41: Direkte Zahlungen des Pflegegeldes an Angehörige? 59

Abbildung 42: Pflegegeld: lieber Erhöhung als Kürzung, für pflegende Angehörige und Freunde aber meist nicht das entscheidende Motiv 60

Abbildung 43: Pflegegeld oft nicht entscheidend für die Pflegebereitschaft 60

Abbildung 44: Agenda zur Stabilisierung der finanziellen Absicherung 62

Abbildung 45: Eine Mehrheit wäre auch zu schmerzhaften Reformen bereit 63

Abbildung 46: In fast allen Parteianhängerschaften würden Mehrheiten auch schmerzhafte Maßnahmen akzeptieren 64

Abbildung 47: Beitragserhöhungen oder Leistungskürzungen gelten den meisten als unvermeidlich 64

Abbildung 48: Die Hälfte der Bevölkerung erwartet deutlich steigende Beiträge 65

Abbildung 49: Was die meisten begrüßen würden 66

Abbildung 50: Hohes Zutrauen zu ausgebildeten Pflegerinnen und Pflegern 67

Abbildung 51: Was viele ablehnen 68

Abbildung 52: Nur eine Minderheit hat bis jetzt von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe gehört 69

Abbildung 53: Zumindest leichte Verbesserungen erwartet 70

Abbildung 54: Bewertung von aktuellen Vorschlägen zur Stabilisierung des Pflegesystems: klare Ablehnung von Kürzungen des Pflegegelds 71

Abbildung 55: Weit überwiegend Ablehnung von Veränderungen beim Pflegegeld in allen Parteianhängerschaften 72

Abbildung 56: Enger Zusammenhang von Zufriedenheit mit der Pflege und Demokratiezufriedenheit 73

Abbildung 57: Multivariate Regression: Einflüsse auf die Bewertung der Pflege in Deutschland – große Bedeutung der Demokratiezufriedenheit 74

Abbildung 58: Multivariate Regression: Einflüsse auf die Zufriedenheit mit dem Funktionieren des demokratischen Systems . . 74

Abbildung 59: Gruppenbildung nach Bewertung der Pflege und Zufriedenheit mit dem Funktionieren des demokratischen Systems. 76

Abbildung 60: Entscheidend für die Unzufriedenheit: mehr Problemwahrnehmung, gefühltes Absicherungsdefizit und Zukunftspessimismus 77

Abbildung 61: Auswirkungen des Einblicks in die Pflege: bessere Beurteilung der Pflegequalität, stärkere Präferenz für Pflege durch An- und Zugehörige. 78

Abbildung 62: Weshalb man für Angehörige eine Pflege im Heim vermeiden möchte 78

Abbildung 63: Auch bei Hinweis auf hohe Beiträge: Die Mehrheit plädiert für eine möglichst umfassende Absicherung 79

Abbildung 64: Stärkere Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen bei der Pflege: unter den unpopulären Maßnahmen noch am ehesten akzeptiert. 79

Abbildung 65: Wer auch schmerzhafte Reformen akzeptieren würde (1) . . 80

Abbildung 66: Wer auch schmerzhafte Reformen akzeptieren würde (2) . . 80

Abbildung 67: Wer sind die doppelt Unzufriedenen? 81

Abbildung 68: Doppelt Unzufriedene verfügen seltener über (intensive) Pflegeerfahrung und sind seltener freiwillig engagiert. . 81

Abbildung 69: Altersverteilung erstmaliger Eintritte in Pflegegrad 3 und Pflegegrad 4 bei Versicherten der DAK-Gesundheit 2018 bis 2024, Anteile an allen Eintritten 88

Abbildung 70: Anzahl der Krankenhausfälle in den letzten 90 Tagen vor erstmaligem Eintritt in Pflegegrad 3 oder 4, Anteile an allen Eintritten 89

Abbildung 71: Zeit seit dem letzten Krankenhausaufenthalt vor erstmaligem Eintritt in Pflegegrad 3 oder 4, Anteile an allen Eintritten 90

Abbildung 72: Anteil erstmaliger Eintritte in Pflegegrad 3 oder 4 mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt in den vorangehenden 90 Tagen, regional standardisiert. 92

Abbildung 73: Häufigste Krankenhaus-Hauptdiagnosen in den letzten 30 Tagen vor erstmaligem Eintritt in Pflegegrad 3 oder 4, Anteile an allen Eintritten 93

Abbildung 74: Kumulative Inzidenz eines Übergangs in Pflegegrad 4 oder 5 nach 12, 24 und 36 Monaten nach erstmaligem Eintritt in Pflegegrad 2 beziehungsweise Pflegegrad 3. 95

Abbildung 75: Startgrad-standardisierte kumulative Inzidenz des Übergangs in Pflegegrad 4 oder 5 innerhalb von 36 Monaten nach Eintritt in Pflegegrad 2 oder 3. 96

Abbildung 76: Kumulative Inzidenz für Pflegegrad 4 oder 5 nach 12, 24 und 36 Monaten auf Ebene der ICD-Kapitel 98

Abbildung 77: Kumulative Inzidenz eines Übergangs in Pflegegrad 4 oder 5 nach 12, 24 und 36 Monaten nach erstmaliger Diagnose für die zehn ausgewählten Diagnosen 99

Abbildung 78: Anteil pflegebedürftiger Personen mit mindestens einem kurzen Krankenhausaufenthalt im Jahr 2024 nach Pflegegrad und Pflegesetting. 102

Abbildung 79: Standardisierter Anteil aktiver Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 2 bis 5 und mindestens einem Krankenhausaufenthalt von ein bis drei Tagen im Jahr 2024. 104

Abbildung 80: Anteil von Krankenhausfällen mit Frakturdiagnose an allen Krankenhausfällen bei Versicherten der DAK-Gesundheit mit Pflegegrad, nach Pflegegrad und Jahr 105

Abbildung 81: Häufigste Frakturlokalisationen bei Krankenhausfällen von Versicherten der DAK-Gesundheit mit Pflegegrad von 2020 bis 2024, nach ICD-10-Dreistellern und Anteilen an allen ausgewerteten Frakturlokalisationen 106

Abbildung 82: Rate frakturnaher Transportketten mit nachfolgendem Krankenhausfall mit Frakturdiagnose innerhalb von drei Tagen je 100 Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner, nach Transporttyp und Jahr. 107

Abbildung 83: Anteil psychiatrischer beziehungsweise psychosomatischer Krankenhausfälle mit einer Verweildauer von mindestens 60 Tagen an allen psychiatrischen beziehungsweise psychosomatischen Krankenhausfällen von pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit ab 65 Jahren nach Jahr. 110

Abbildung 84: Verteilung psychiatrischer beziehungsweise psychosomatischer Krankenhausfälle von pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit ab 65 Jahren auf Verweildauerbänder 2018 bis 2024, Anteile an allen Fällen 111

Abbildung 85: Weitere kommunale Aufgaben im Kontext der Langzeitpflege 120

Abbildung 86: Reformbausteine Zukunftspakt Pflege 124

Abbildung 87: Anlaufstellen für Pflegeberatung sind unbekannt 146

Abbildung 88: Zusammenwirken von Fallsteuerung und Systemsteuerung 152

Abbildung 89: Typen von kommunaler Planung 156

Abbildung 90: Moderne Pflegeplanung 161

Abbildung 91: Verantwortungs- und Zuständigkeitsdiffusion 162

Abbildung 92: Vertikale und horizontale sektorenübergreifende Versorgung 163

Abbildung 93: Typen der Notfallversorgung 165

Abbildung 94: Organisations- und Abstimmungsprobleme in der Pflege nicht selten 166

Abbildung 95: Bereitschaft zur Pflege: generell sowie gegen eine Aufwandsentschädigung 168

Abbildung 96: Leistungen der sozialen Pflegeversicherung 169

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren



Dr. Wilhelm Haumann studierte in Münster. Seit 1995 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Demoskopie Allensbach. Als Projektleiter im Bereich der Sozialforschung hat er hier zahlreiche demoskopische Studien durchgeführt. Schwerpunkte waren dabei Umfragen zur Pflege, zur Entwicklung und Förderung von Familien sowie zum bürgerschaftlichen Engagement.



Dr. h. c. Helmut Hildebrandt ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG. Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener IV-Systeme. So war er zum Beispiel von 2005 bis 2018 neben seiner Vorstandstätigkeit bei der OptiMedis AG Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH in Baden-Württemberg und ist aktuell Geschäftsführer der Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH im nordhessischen Eschwege. Der Apotheker und Gesundheitswissenschaftler verfügt über langjährige Erfahrungen in qualitativer Forschung (Medizinsoziologie) und konzeptioneller Arbeit in Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. Er hat viele Jahre für die Weltgesundheitsorganisation an Präventionsprojekten mitgearbeitet und über 20 Jahre Krankenkassen, Verbände, Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft beraten. Er wurde 2022 mit dem Vordenker-Award ausgezeichnet.



Philip Lewin ist Analyst Gesundheitsdaten & Web-Entwickler bei der OptiMedis AG. Zu seinen Aufgaben gehört die Durchführung von deskriptiven, prädiktiven und präskriptiven Analysen sowie die Entwicklung von maßgeschneiderten Visualisierungskonzepten für die Kommunikation von Ergebnissen. Darüber hinaus ist er an der Entwicklung eines automatisierten Verfahrens zur Erstellung von Feedbackberichten für medizinische Leistungserbringer beteiligt. Vor seiner Zeit bei OptiMedis arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie sowie am Institut für Krebsepidemiologie e. V. der Universität zu Lübeck. Dort war er an der Durchführung zahlreicher epidemiologischen Studien beteiligt.



Pascal Wendel ist Fachinformatiker für Anwendungsentwicklung und seit 2011 bei OptiMedis tätig, seit 2020 als Leiter Analytik Gesundheitsdaten & IT. Er hat mehr als 25 Jahre Erfahrung in der Datenverarbeitung und IT-Administration – von der Entwicklung und Implementierung von Data-Warehouse-Lösungen und der Erstellung von Reports für Endkunden bis zur Installation und dem Betrieb von Hard- und Software. Er ist verantwortlich für die Entwicklung des OptiMedis Data Warehouse, die Integration von Daten aus der Gesundheitsversorgung wie zum Beispiel GKV-Routinedaten, die Analyse und Visualisierung von klinischen Daten und die Entwicklung von innovativen Tools. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Erstellung von Deckungsbeitrags-Berechnungen (Morbi-RSA) für die Regionen, in denen OptiMedis populationsorientierte, integrierte Versorgungssysteme umsetzt.



Indra Rojahn ist Projektmanagerin für Pflege- und Versorgungsinnovationen bei der OptiMedis AG mit Schwerpunkt auf digitaler Transformation. Sie arbeitet an der Gestaltung sektorenübergreifender Versorgungslösungen, insbesondere im Kontext frühzeitiger Risikoerkennung, der Vermeidung von Versorgungsbrüchen und der koordinierten Weiterentwicklung vernetzter pflegerischer und medizinischer Prozesse. Vorher war die Sozial- und Organisationspädagogin als Kommunikationsspezialistin an den Schnittstellen von Strategie, Kommunikation und Changemanagement in zahlreiche Innovations- und Forschungsprojekte im Gesundheitswesen eingebunden.



Prof. Dr. habil. Thomas Klie, geb. 1955 in Hamburg, Rechts- und Sozialwissenschaftler sowie Gerontologe. Er leitet das Forschungsinstitut AGP Sozialforschung sowie das Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung in Freiburg und Berlin. Er war Mitglied der Sechsten und Siebten Altenberichtskommission sowie Vorsitzender der Zweiten Engagementberichtskommission der Bundesregierung. Er lehrt in Freiburg und Graz und arbeitet als Rechtsanwalt in Freiburg, München und Berlin und ist Politik beratend tätig. Seit 2015 verantwortet Klie die DAK-Pflegereporte.



Sam Schwierk ist Sozialarbeiter (B. A.) und studiert den Studiengang Master of Science Public Health an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft. Er war als Sozialarbeiter im Bereich der Altenhilfe tätig und ist nun wissenschaftlicher Mitarbeiter bei AGP Sozialforschung. In der Vergangenheit hat er zudem ein gerontologisches Seminar für den Bachelorstudiengang Soziale Arbeit, an der Evangelischen Hochschule Freiburg, angeboten.

Pflegereport 2026

Die Pflege ist eines der großen sozial- und gesellschaftspolitischen Themen unserer Zeit. In diesem Zusammenhang hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege" im vergangenen Jahr ihre Arbeit zur Vorbereitung einer Reform der Pflegeversicherung aufgenommen. Jetzt, im Jahr 2026, wird sich zeigen, ob es gelingt, die Weichen für eine zukunftssichere Finanzierung der Pflege und eine regional ausgewogene, effiziente Versorgung im demografischen Wandel zu stellen.

Eines ist jedoch sicher: Die bestehenden und sich abzeichnenden Defizite der Pflegeversicherung sind besorgniserregend und verlangen nach klaren und überzeugenden Antworten, auch wenn diese teilweise unbequem sein mögen.

Der diesjährige DAK-Pflegereport begleitete den Prozess der Bund-Länder-Arbeitsgruppe mit zwei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen. Darüber hinaus wurden mithilfe der Analyse von Routinedaten der Kranken- und Pflegeversicherung Perspektiven für Ansatzpunkte einer Strukturreform der Pflegeversicherung herausgearbeitet. Diese Teilstudien werden durch die Darstellung der pflegepolitischen Profile der Bundesländer ergänzt. Aufbauend darauf wurden im Rahmen eines Perspektivworkshops Vorschläge für die Weiterentwicklung der Reformüberlegungen erarbeitet.



„Wir stehen in der Pflege an einem Kipppunkt: Das Vertrauen der Menschen in das Pflegesystem ist äußerst gering und droht wegzubrechen. Viele Menschen nehmen das System als schlecht, ungerecht und überfordernd wahr. Die Bevölkerung erwartet eine funktionsfähige Pflegeversicherung, die sie ausreichend, verlässlich und bezahlbar absichert. Gleichzeitig gibt es eine große Skepsis, ob der große Wurf zur Pflegereform gelingen kann. Es muss deshalb jetzt oberste Priorität der Politik sein, Maßnahmen auf den Weg zu bringen, die zumindest den Einstieg in eine nachhaltige Finanzierung und eine zukunftsfeste Pflegeinfrastruktur sicherstellen", sagt Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit.



„Die deutsche Bevölkerung ist pflegeerfahren und weiter bereit Sorge- und Pflegeaufgaben in Familie, Nachbarschaft und Freundeskreis zu übernehmen. Was sie braucht, sind verlässliche, professionelle Strukturen in der Pflege – gut abgestimmt mit einer effizienten medizinischen Versorgung. Hier liegen die zentralen Aufgaben für den Zukunftspakt Pflege und damit für Bund, Länder und Kommunen. Nicht vergessen: Pflege ist (zunehmend) demokratierelevant", so Prof. Dr. Thomas Klie, verantwortlicher Studienleiter und Autor des DAK-Pflegereports 2026.