

Vorlage – zur Kenntnisnahme –

Landespflegeplan 2025

Der Senat von Berlin
WGP - II A 3 -
Tel.: 9028 (928) 2152

An das
Abgeordnetenhaus von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

Vorlage

- zur Kenntnisnahme -

des Senats von Berlin

über Landespflegeplan 2025

Der Senat legt nachstehende Vorlage dem Abgeordnetenhaus zur Besprechung vor:

Der Berliner Landespflegeplan 2025 gibt einen umfassenden Überblick über das Planungsverständnis der Senatsverwaltung für Pflege, die zahlenmäßige Entwicklung pflegebedürftiger Menschen und deren Versorgungssituation, die bestehenden pflegerelevanten Strukturen sowie die kurz- und mittelfristigen Vorhaben des Berliner Senats zur Absicherung und Verbesserung der langzeitpflegerischen Versorgung in Berlin. Mit dem neuen Landespflegeplan werden darüber hinaus neue Berichtssysteme eingeführt, die regelmäßig aktualisiert und bei Bedarf angepasst werden sollen. Dazu gehören z. B. Steckbriefe für vom Land geförderte Projekte und statistische Bezirksprofile. Der Landespflegeplan ist ein wichtiges Instrument der Landespflegestrukturplanung.

Gesetzliche Grundlagen für die Erstellung von Landespflegeplänen sind das Gesetz zur Pflegeversicherung (§§ 8a „Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung“ und 9 SGB XI „Aufgaben der Länder“) und das im § 9 SGB XI konkretisierenden, in seiner aktuellen Form bereits im Jahr 2002 erlassene, Berliner Gesetz zur Planung und Finanzierung von Pflegeeinrichtungen (Landespflegeeinrichtungsgesetz). Ferner soll nach dem Landespflegeeinrichtungsgesetz im Land Berlin eine qualitativ angemessene, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgungsstruktur für Pflegebedürftige gewährleistet werden.

Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung:

a) Auswirkungen auf Einnahmen und Ausgaben:

Der Bericht hat keine konkret bezifferbaren Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung. Etwaige Mehrausgaben sind im Rahmen der verfügbaren Mittel der für das jeweilige Politikfeld zuständigen Fachverwaltungen innerhalb der entsprechenden Einzelpläne zu finanzieren.

b) Personalwirtschaftliche Auswirkungen:

Der Bericht hat keine konkret bezifferbaren Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung. Ggf. aus der Umsetzung der in Kapitel 4 des Landespflegeplans dargestellten Zukunftsperspektiven resultierende Mehrbedarfe sind im Rahmen der Haushaltswirtschaft aus den jeweiligen Einzelplänen der für das Politikfeld zuständigen Fachverwaltungen auszugleichen. Über evtl. Folgerungen für zukünftige Haushaltsjahre ist im Rahmen der nächsten Haushaltsplanaufstellung zu entscheiden, wobei die Finanzierung der für das Politikfeld zuständigen Fachverwaltung innerhalb der jeweiligen Einzelpläne sicherzustellen ist.

Berlin, den 08. Juli 2025

Der Senat von Berlin

Kai Wegner
Regierender Bürgermeister

Dr. Ina Czyborra
Senatorin für Wissenschaft,
Gesundheit und Pflege

Landes- pflegeplan 2025

Pflege in Berlin zukunftsfest gestalten

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege

Senatsverwaltung
für Wissenschaft,
Gesundheit und Pflege

BERLIN



Landespflegeplan 2025 – Pflege in Berlin zukunftsfest gestalten

Impressum:

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege

Berlin, Juni 2025

landespflegeplan@senwgp.berlin.de

Der Landespflegeplan 2025 wird um zahlreiche Webinhalte ergänzt:

<https://www.berlin.de/sen/pflege/planung-und-zusammenarbeit/landespflegeplan/index.php>



Vorwort der Senatorin

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Langzeitpflege steht zweifellos vor großen Herausforderungen – in Berlin wie im ganzen Land. Viele pflegebedürftige Berlinerinnen und Berliner sowie ihre An- und Zugehörigen erleben, wie anspruchsvoll es sein kann, eine gute und passende Versorgung zu finden. Die steigenden Eigenanteile und der Mangel an qualifiziertem Personal stellen Pflegeeinrichtungen und -dienste vor erhebliche Aufgaben. Gleichzeitig sehen wir, dass die Soziale Pflegeversicherung an ihre finanziellen Grenzen gerät und präventive Angebote sowie die Unterstützung häuslicher Pflege weiter gestärkt werden müssen.

Berlin begegnet diesen Herausforderungen mit einem klaren Gestaltungswillen. Wir sind überzeugt: Eine zukunfts feste, menschnahe und solidarische Pflege ist möglich – durch Weiterentwicklung, Vernetzung und neue Impulse.

Die Sicherung und Weiterentwicklung bedarfsgerechter Pflegestrukturen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In Berlin arbeiten wir daran gemeinsam – mit den Bezirken, den Pflegekassen und -einrichtungen, mit den Wohlfahrtsverbänden, der Wissenschaft und vor allem mit denjenigen, die auf Pflege angewiesen sind oder Pflege leisten. Besonders wertvoll ist dabei die enge Zusammenarbeit im Landespflegeausschuss, in dem viele Perspektiven und Erfahrungen zusammenkommen.

Mit dem **Landespflegeplan** legt die für Pflege zuständige Senatsverwaltung eine wichtige Grundlage vor, um die Berliner Pflegestrukturen innovativ, vorausschauend und solidarisch zu gestalten. Der Plan formuliert den Anspruch der Landesregierung, Pflege weiterzudenken und eine wichtige Daseinsgrundlage auch in Zukunft zu sichern – nah an den Bedürfnissen der Menschen, praxisnah und mit dem Mut zur Veränderung.

Mein besonderer Dank gilt allen, die sich mit ihren Einschätzungen, Anregungen und Erfahrungen in den Landespflegeplan eingebracht haben. Diese vielfältigen Stimmen verleihen dem Plan Tiefe und Richtung. Auf den nun folgenden Dialog mit allen Beteiligten der Berliner Pflegelandschaft freue ich mich sehr.

Mit einem künftigen **Landespflegegesetz** wollen wir den politischen Gestaltungsrahmen des Landes bei der Umsetzung des SGB XI konkretisieren und stärken. Gleichzeitig ist klar: Auch der Bund ist gefragt, den Beitrag der Länder und Kommunen zur pflegerischen Versorgung strukturell und gesetzlich besser abzusichern.

Für eine gute Pflege – heute und morgen – setze ich mich mit aller Kraft ein.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ina Czyborra', with a stylized, flowing script.

Ihre Dr. Ina Czyborra,
Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege

Inhalt

Vorwort der Senatorin	
Abbildungsverzeichnis.....	iii
Tabellenverzeichnis	iv
1 Einleitung	1
1.1 Bisherige Landespflegepläne	2
1.2 Der neue Landespflegeplan.....	3
1.3 Aufbau des Landespflegeplans	3
2 Planung und Zusammenarbeit.....	6
2.1 Grundzüge der sozialen Pflegeversicherung	6
2.2 Grundzüge der Berliner Pflegestrukturplanung	9
3 Bestandsaufnahme.....	25
3.1 Aktuelle Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen und der Pflegeprävalenz in Berlin.....	26
3.2 Beruflich Pflegende.....	40
3.3 Pflege durch Angehörige	51
3.4 Darstellung der Angebotsstrukturen in Berlin.....	58
3.5 Bewertung der Versorgungssituation.....	85
3.6 Interviews mit Mitgliedern des Landespflegeausschusses zur Bewertung der Versorgungssituation und zum Landespflegeausschuss.....	95
4 Zukunftsperspektiven.....	105
4.1 Handlungsfelder.....	105
4.2 Vorhabenbeschreibungen.....	116

5	Zusammenfassung und Ausblick.....	197
6	Literatur.....	200
7	Glossar.....	212

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Planungskreislauf	11
Abbildung 2: Organigramm des Berliner Landespflegeausschusses.....	16
Abbildung 3: Das Stufenmodell der Partizipation.....	21
Abbildung 4: Pflegeprävalenz nach Geschlecht und Bundesland am 15.12.2023, in Prozent.....	27
Abbildung 5: Pflegebedürftige SGB XI nach Geschlecht in Berlin am 15.12. der Jahre 2017 bis 2023.....	28
Abbildung 6: Pflegebedürftige nach SGB XI nach Altersgruppen in Berlin am 15.12. d. J. 2017 bis 2023	28
Abbildung 7: Pflegeprävalenz in Berlin nach Altersgruppen am 15.12. d. J. 2017 bis 2023	29
Abbildung 8: Veränderung der Pflegeprävalenz nach Altersgruppen in Berlin vom 15.12.2021 bis zum 15.12.2023, in Prozentpunkten.....	30
Abbildung 9: Pflegebedürftige SGB XI nach Pflegegrad in Berlin am 15.12. d. J. 2017 - 2023.....	31
Abbildung 10: Veränderung der Zahl Pflegebedürftiger SGB XI nach Art der Versorgung und Altersgruppen in Berlin vom 15.12.2021 zum 15.12.2023.....	33
Abbildung 11: Pflegebedürftigkeit – Aufteilung auf Versorgungsarten in Berlin 2013-2023	35
Abbildung 12: Anzahl Pflegebedürftiger und Pflegeprävalenz nach ausgewählten Altersgruppen und nach Bezirken am 15.12.2021.....	37
Abbildung 13: (Prognostizierte) Entwicklung der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in den Pflegeberufen nach Anforderungsniveau im Land Berlin in den Jahren 2013 - 2035.....	43
Abbildung 14: Anzahl an Beschäftigten in den ambulanten und stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Berlin im Vergleich in den Jahren 2013 - 2023	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Öffentliche Berichterstattung zum Themenfeld Pflege in Berlin (Auswahl).....	13
Tabelle 2: Pflegebedürftige in Berlin am 15.12. der Jahre 2011 bis 2023.....	26
Tabelle 3: Pflegebedürftige nach Pflegegrad (PG) in Berlin und Deutschland am 15.12.2023, in Prozent.....	31
Tabelle 4: Pflegebedürftige nach Art der Versorgung in Berlin am 15.12. der Jahre 2017 bis 2023 sowie Veränderungen (Saldo) zwischen 2021 und 2023.....	32
Tabelle 5: Pflegebedürftige nach Art der Versorgung in Berlin und Deutschland am 15.12.2023, in Prozent.....	36
Tabelle 6: Relatives Beschäftigungswachstum in den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen der Berliner Langzeitpflege nach Qualifikationsniveau im Vergleich zur Basis 2013 in Prozent.....	45
Tabelle 7: Personen in Pflegefachausbildungen (Jahrgang 2011/12 bis 2023/24).....	46
Tabelle 8: Angebote zur Unterstützung im Alltag in Berlin in den Jahren 2017 – 2023.....	69
Tabelle 9: Ambulante Pflege in Berlin am 15.12. der Jahre 2015 – 2023 (zweijährig).....	74
Tabelle 10: Tagespflegeeinrichtungen und -plätze in Berlin am 15.12. der Jahre 2013 – 2023.....	76
Tabelle 11: Kurzzeitpflegeeinrichtungen und -plätze in Berlin am 15.12. der Jahre 2013 – 2023.....	78
Tabelle 12: Pflegewohngemeinschaften in Berlin in den Jahren 2015 bis 2024 (inkl. Intensiv-Pflegewohngemeinschaften).....	79
Tabelle 13: Ambulante Pflegedienste in Berlin nach Anzahl der versorgten Pflege-WGs 2024.....	80
Tabelle 14: Stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen und -plätze in Berlin am 15.12. der Jahre 2011 – 2021.....	81
Tabelle 15: Vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen in Berlin nach Bezirken am 15.12.2023	82

Tabelle 16: Vom Land Berlin geförderte Digitalisierungsprojekte mit dem Schwerpunkt ältere oder pflegebedürftige Menschen	128
--	-----

1 Einleitung

Erklärtes Ziel der Pflegepolitik des Berliner Senats ist es, eine bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur sicherzustellen. Berlinerinnen und Berlinern mit Pflegebedarf soll es möglich sein, trotz Einschränkungen ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben zu führen. Zur Infrastruktur gehört neben den ambulanten Diensten, den Pflegewohngemeinschaften, den Tagespflegestätten sowie den stationären Einrichtungen auch ein umfassendes Netz an pflegespezifischen und pflegeflankierenden Informations-, Unterstützungs- und Beratungsangeboten. Angesichts der vielfältigen Lebensentwürfe der Bürgerinnen und Bürger Berlins, der fragmentierten Zuständigkeiten für die verschiedenen Aspekte pflegerischer Versorgungsstrukturen und der stetig steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen in Berlin bedarf die Realisierung dieses Ziels einer kontinuierlichen und transparenten Steuerung. Ein Landespflegeplan muss daher (zukünftige) Bedarfe in den Blick nehmen und Strategien zur Bewältigung von Herausforderungen aufzeigen.

Infokasten 1: Langzeitpflege gemäß SGB XI

Die Ausführungen, Daten und Analysen dieses Berichts beziehen sich auf die Langzeitpflege, die von der Akutpflege abzugrenzen ist und deren Rechtsrahmen das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) beschreibt. Langzeitpflege umfasst Pflegemaßnahmen, die „über einen längeren Zeitraum oder auf Dauer erbracht werden.“ Eine konkrete gesetzliche Definition dieses Begriffs existiert nicht (vgl. Deutscher Bundestag, 2017). Um Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss eine Pflegebedürftigkeit jedoch auf Dauer oder für mindestens sechs Monate vorliegen (§ 14 SGB XI).

Mit den im Jahr 2021 begonnenen Arbeiten zu einer Landespflegestrukturplanung möchte das Land Berlin den kollektiv – d. h. von Bezirken, Land, Einrichtungen und Pflegekassen – zu verwirklichenden Planungs- und Gestaltungsauftrag des Pflegeversicherungsgesetzes auf ein neues Fundament stellen. Der Landespflegeplan ist ein wichtiges Instrument der Landespflegestrukturplanung: Er gibt Auskunft über die aktuellen und zukünftigen pflegerischen Bedarfe, beschreibt die Versorgungsstrukturen, beleuchtet deren Passgenauigkeit mit Blick auf die Bedarfe und skizziert geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastrukturen aus Sicht der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung (SenWGP).

Gesetzliche Grundlage für die Erstellung von Landespflegeplänen ist einerseits das Gesetz zur Pflegeversicherung (§ 8a SGB XI „Gemeinsame Empfehlungen zur

pflegerischen Versorgung“ sowie § 9 SGB XI „Aufgaben der Länder“), andererseits das bereits im Jahr 2002 erlassene Berliner Gesetz zur Planung und Finanzierung von Pflegeeinrichtungen (Landespflegeeinrichtungsgesetz).¹

Das Landespflegeeinrichtungsgesetz legt fest, dass die für Pflege zuständige Senatsverwaltung zur Verwirklichung einer qualitativ angemessenen, bedarfsgerechten, leistungsfähigen und regional ausgeglichenen Versorgungsstruktur für pflegebedürftige Menschen einen Landespflegeplan (laut Gesetz nur für teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen) aufzustellen und diesen regelmäßig fortzuführen hat (§§ 1 und 2 Landespflegeeinrichtungsgesetz). Der Landespflegeplan weist demnach „den Bestand an Pflegeplätzen nach regionaler Gliederung, Standort, Träger, Platzzahl und besonderen Zielgruppen aus“ und „trifft Aussagen über die notwendige Versorgungsstruktur, vorhandene Defizite in der Versorgungsstruktur und die vorgesehene Entwicklung“ (ebd.).

1.1 Bisherige Landespflegepläne

Die Berliner Landespflegepläne (LPP) haben eine wechselvolle Geschichte. Wurden 1996 und 1998 noch relativ verbindliche Aussagen über den notwendigen und per Investitionskostenförderung abzusichernden Bestand an Einrichtungen getroffen, so enthielten die 2006 und 2011 veröffentlichten Landespflegepläne vor allem Planungshinweise für potenzielle Anbieter in der stationären Pflege. Der 2016 veröffentlichte Landespflegeplan diente in erster Linie der Information von interessierten Menschen ohne und mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen. Der Landespflegeplan 2016 weitete daher den Fokus auf die ambulante pflegerische Versorgung und pflegeflankierende Angebote aus.

Der Fokus der Landespflegepläne war und ist eng mit dem politischen und gesetzlichen Gestaltungsauftrag der Verwaltung verknüpft. So war nach entsprechenden Gerichtsurteilen Anfang der 2000er-Jahre (u. a. 2001 durch das Bundessozialgericht – Aktenzeichen B 3 P 9/00 R) in Berlin, aber auch in anderen Ländern und Kommunen eine Abkehr von verbindlichen Bedarfsplanungen für Pflegeeinrichtungen und vom Versuch steuernder Markteingriffe zu beobachten (siehe Klie, 2024; Pfundstein & Bensch, 2020). In diesem wenig regulierten Anbietermarkt nehmen jedoch die Versorgungsengpässe zu, in Teilen fehlt es an bedarfsgerechten pflegerischen Angeboten. Forderungen an die Politik, der kommunalen Verantwortung für die Daseinsvorsorge im Alter und bei

¹ Landespflegeeinrichtungsgesetz in der Fassung vom 19. Juli 2002 (GVBl. S. 199, 201), zuletzt durch Gesetz vom 2. Februar 2018 (GVBl. S. 160) geändert.

Pflegebedürftigkeit gerecht zu werden, werden von Bürgerinnen und Bürgern sowie verschiedenen Akteuren in der Pflege formuliert, beispielsweise auch im Dialog Pflege 2030 (vgl. Kapitel 2.2.4). Ein erneuter Wandel findet hier gegenwärtig statt.

1.2 Der neue Landespflegeplan

Der Landespflegeplan 2025 legt den Grundstein für ein erweitertes Planungsverständnis. Er dient als Instrument der Landespflegestrukturplanung, die bei der Weiterentwicklung der Berliner Pflegestrukturen stärker als zuvor an den Bedarfen der Menschen mit Pflegebedarf und pflegenden Angehörigen ansetzt. Der Landespflegeplan 2025 beschreibt dabei nicht nur die gegenwärtige pflegerische Angebotsstruktur. Darüber hinaus trifft er auch Aussagen über mögliche zukünftige Entwicklungspfade und die daraus resultierenden notwendigen Anpassungen der Versorgungsstrukturen. Beim Landespflegeplan handelt es sich um eine wichtige Grundlage des Dialogs zur Zukunft der Pflege in Berlin, welcher im Rahmen der Landespflegestrukturplanung partizipativ fortgeführt werden wird. Insofern ist dieser Landespflegeplan als ein Zwischenschritt zu einem umfassenderen Prozess zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen im Land Berlin zu betrachten.

Der Landespflegeplan 2025 greift auf das Wissen der Berliner Stadtgesellschaft, von Vertreterinnen und Vertretern von Betroffenen- und Leistungserbringerverbänden, von Kostenträgern, Pflegeberaterinnen und -beratern wie auch mit Aufgaben in den Bereichen Planung, Alter und Pflege befassten Verwaltungsmitarbeitenden zurück. Dieses Wissen wurde in zahlreichen Beteiligungsprozessen dokumentiert, u. a. im von 2019–2021 geführten Dialog Pflege 2030, den 2023 geführten Bezirksworkshops zur Pflegestrukturentwicklung und den Diskussionen im Plenum sowie in den Arbeitsgruppen des Landespflegeausschusses. Zur Veranschaulichung konkreter Problemlagen wurden zahlreiche Akteure um kurze Stellungnahmen, Interviews und Empfehlungen zu ausgewählten Aspekten der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf gebeten. Zahlreiche Stellungnahmen finden sich ganz oder in Auszügen an vielen Stellen des Landespflegeplans.

1.3 Aufbau des Landespflegeplans

Der vorliegende Landespflegeplan umreißt das integrierte Planungsverständnis der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung. Er gibt einen Einblick in den geplanten schrittweisen Aufbau einer berlinweiten Pflegestrukturentwicklung auf Landes- wie auf bezirklicher Ebene (Kapitel 2 „Planung und Zusammenarbeit“).

In Kapitel 3 („Bestandsaufnahme“) wird die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Berlin und jene der Pflegeprävalenz beschrieben. Darüber hinaus wird die Situation bei den Pflegeberufen und in der häuslichen Pflege durch Angehörige dargestellt. Beschrieben werden ferner die Berliner Pflegestrukturen und deren Inanspruchnahme, beginnend bei den präventiv ausgerichteten Angeboten im vorpflegerischen Bereich über die vielfältigen Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen bis hin zu den professionellen Pflegestrukturen in der ambulanten wie (teil-)stationären Pflege. Das Kapitel schließt mit einer Bewertung der gegenwärtigen Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen in Berlin.

Für die Beschreibung der IST-Situation wird im Landespflegeplan 2025 überwiegend auf Daten der Pflegestatistik 2023 zurückgegriffen, die kurz vor Redaktionsschluss veröffentlicht wurde.

In Kapitel 4 „Zukunftsperspektiven“ folgt ein Blick in die Zukunft. Einleitend werden hier die strategischen Linien der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung und deren wesentliche Handlungsfelder erläutert:

1. Stärkung der Teilhabe älterer und pflegebedürftiger Menschen sowie Prävention und Kompensation von Pflegedürftigkeit
2. Stärkung und Sicherung beruflicher Pflege
3. Stärkung pflegender Angehöriger und Sicherung häuslicher Pflegearrangements
4. Erhöhung der Passgenauigkeit, Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der pflegerischen Angebote

Im Folgenden werden zentrale Vorhaben der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung, einzelner Berliner Bezirksamter und weiterer Senatsverwaltungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der (vor-)pflegerischen Versorgungsstrukturen vorgestellt.

Der Landespflegeplan 2025 schließt mit einem Ausblick auf die künftige Umsetzung und Etablierung einer Landepflegestrukturplanung in Berlin sowie die weitere Arbeit mit dem vorliegenden Planungsdokument.

Ergänzt werden die Daten, Analysen und Darstellungen dieses Landespflegeplans um ein kontinuierlich aktualisiertes Berichtswesen auf der Website zum Landespflegeplan.

Dargestellt werden dort zum einen von der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung und weiteren Verwaltungen geförderte pflegerelevante Strukturen und Projekte (Steckbriefe). Darüber hinaus erfolgt ein differenzierter Blick auf die Bezirksebene und die bezirklichen

Pflegestrukturen in Form von Datenblättern mit statistischen Kernindikatoren (Bezirksprofile) wie auch Bezirkskarten, die ausgewählte Pflege-, Beratungs- und Unterstützungsstrukturen darstellen.

2 Planung und Zusammenarbeit

2.1 Grundzüge der sozialen Pflegeversicherung

Am 1. Januar 1995 wurde die Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. „Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung“ wird in § 8 SGB XI als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ beschrieben. Das SGB XI beschreibt die Aufgaben der maßgeblich an der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf beteiligten Akteure und legt deren Befugnisse fest. Diese Festlegungen sind nicht abschließend, Aufgaben und Befugnisse nicht vollständig aufeinander abgestimmt (siehe Igl, 2022). Darüber hinaus trifft das SGB XI Aussagen zu den Schnittstellen zu anderen Leistungssystemen, die einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf leisten. Hierzu zählen u. a. die Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), die Eingliederungshilfe (SGB IX), die Sozial- und die Altenhilfe (SGB XII).

Die Pflegeversicherung setzt auf Subsidiarität und Eigenverantwortung und misst der Pflege durch Angehörige einen großen Stellenwert bei. Gemäß § 3 SGB XI ist die Pflegeversicherung auf den Vorrang der häuslichen Versorgung gegenüber der vollstationären Pflege ausgerichtet. Bei häuslicher Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung „die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung“. Im Fall von nachrangig zu gewährender teil- oder vollstationärer Versorgung werden die Pflegebedürftigen allein von den „pflegebedingte[n] Aufwendungen“ entlastet (§ 4 Abs. 2 SGB XI). Die Pflegeversicherung räumt somit bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit einen Rechtsanspruch auf (Teil-)Leistungen ein, vertraut jedoch zugleich auf gesellschaftliche Solidarität und stützt sich insbesondere auf die Fähigkeit und Bereitschaft von Familien und anderen nahestehenden Personen zur Pflege von Angehörigen.

2.1.1 Steuerungsprinzipien im SGB XI

Die Pflegeversicherung bewegt sich im Spannungsfeld von Regulierung und Wettbewerb (Gerlinger, 2022). Sie setzt im Kern auf eine marktwirtschaftliche Koordination leistungsrrechtlich stark regulierter Angebote, die vorrangig durch private und freigemeinnützige Leistungserbringer erbracht werden sollen, und deren Nachfrage durch Menschen mit anerkanntem Unterstützungsbedarf (siehe Pfundstein & Bemsch, 2020; Rothgang, 2000). Im Einklang mit der Entscheidung für eine marktwirtschaftliche

Koordination regulierter Angebote im Rahmen eines Teilleistungssystems² hat der Bundesgesetzgeber mit dem Pflegeversicherungsgesetz keine weitere Bedarfssteuerung oder -planung etabliert. Zwar weist das SGB XI den Bundesländern in § 9 SGB XI („Aufgaben der Länder“) eine infrastrukturelle Versorgungsverantwortung zu, diese ist jedoch nicht mit wirksamen Steuerungsinstrumenten hinterlegt und wird in § 8 SGB XI („Gemeinsame Verantwortung“) relativiert.³

Grundsätzlich haben alle Anbieter von Pflegeleistungen, welche die in den §§ 71 und 72 SGB XI festgelegten Mindeststandards erfüllen, Anspruch auf den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Pflegekassen und dem Träger der Sozialhilfe (siehe Pfundstein & Bensch, 2020). Dieser sogenannte Kontrahierungszwang wird zunehmend als Hindernis für eine flächendeckend bedarfsgerechte Versorgung gesehen (siehe AOK Bundesverband, 2024a). Die Pflegekassen erfüllen den ihnen zugewiesenen Sicherstellungsauftrag in erster Linie durch den Abschluss von Versorgungsverträgen mit Pflegeanbietern, die Beratung ihrer Versicherten und die Finanzierung der gedeckelten Leistungen. Sie bilden zu diesem Zweck regionale Arbeitsgemeinschaften (§ 12 SGB XI).

Die Pflegeversicherung ist darüber hinaus stark durch verbandliche Strukturen geprägt: Pflegekassen, Sozialhilfeträger und Leistungserbringer verhandeln auf Landesebene Rahmenverträge (§ 75 SGB XI). Die dort festgeschriebenen Regelungen sind für einrichtungsbezogene Versorgungsverträge verbindlich.

Der überwiegende Teil der pflegebedürftigen Berlinerinnen und Berliner wird ausschließlich oder überwiegend von Angehörigen bzw. im häuslichen Bereich gepflegt: 54 % der Pflegebedürftigen erhalten ausschließlich Pflegegeld und organisieren die pflegerische Versorgung selbst.⁴ Ein weiteres gutes Fünftel (21 %) wird in häuslicher Umgebung ausschließlich oder in Kombination mit selbstorganisierter Versorgung durch professionelle Pflegekräfte gepflegt. Weitere 12 % sind im Pflegegrad 1 mit ausschließlich Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag bzw.

² In der Regel decken die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nicht alle Kosten der Pflege ab. Pflegebedürftige Menschen und unter Umständen ihre Angehörigen tragen einen Teil der Kosten selbst. Sind sie dazu nicht in der Lage, werden die Kosten durch die Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe gemäß SGB XII) übernommen.

³ Klie (2024) weist zudem darauf hin, dass der Bundesgesetzgeber, anders als bei der Finanzierung von Krankenhäusern, keine „Gesetzgebungskompetenz für die Gewährleistung der pflegerischen Infrastruktur“ hat.

⁴ Die Pflegestatistik trifft keine Aussagen zum gleichzeitigen Bezug anderer Sozial- und Gesundheitsleistungen. Insbesondere Leistungen im Kontext der häuslichen Krankenpflege nach SGB V sind für die Aufrechterhaltung von selbstorganisierten Pflegesettings von großer Bedeutung.

ohne Leistungen der ambulanten Pflege-/Betreuungsdienste oder Pflegeheime erfasst (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2025a).

Familiäre, freund- oder nachbarschaftliche Unterstützung ist grundlegend für das System der Pflegeversicherung. Dies hat Konsequenzen für die Bedarfssteuerung, denn selbstorganisierte Pflege ist auf Qualifizierungs- und Entlastungsangebote, Vereinbarkeit von Pflegeaufgaben und Beruf sowie gute öffentliche Infrastrukturen in den Bereichen Gesundheit, Mobilität, Wohnen und Teilhabe angewiesen. Diese Bereiche gehen über das SGB XI hinaus. Das familienbasierte Pflegesystem gerät durch neue Lebensentwürfe und demografische Alterungsprozesse zunehmend unter Druck. Aus diesem Grund werden die Forderungen nach einer demografiefesten Reform des SGB XI wie auch weiterer Sozialgesetzbücher lauter.

2.1.2 Mandat zur Planung liegt bei Ländern und Kommunen

Ländern und Kommunen (bzw. Bezirken) obliegen im Rahmen des SGB XI und anderer Bundes- und Landesgesetze die Mit- und Ausgestaltung zahlreicher pflegerelevanter Rahmenbedingungen und im Rahmen des SGB XII die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Hilfe zur Pflege. Sie verfügen darüber hinaus über die notwendige Expertise der sozialräumlichen Strukturen und den politischen Auftrag zur Gestaltung der lokalen und regionalen Sorgestrukturen (siehe Anger et al., 2024; von Blankenburg & Metzner, 2021). Trotz der begrenzten Steuerungsmöglichkeiten übernehmen daher bereits heute viele Länder und Kommunen Planungsaufgaben im Bereich der Pflege.

Die Rahmensetzung durch Länder und Kommunen erfolgt in unterschiedlichen Handlungsfeldern, so unter anderem durch das Heimrecht, die landesrechtlich geregelten Bereiche der Pflegeaus- und Fachweiterbildungen oder die Anerkennung von Leistungen nach Landesrecht. Länder und Kommunen finanzieren darüber hinaus im Schulterschluss mit den Pflegekassen vielfältige Beratungs-, Vernetzungs- und Unterstützungsstrukturen zur Ergänzung und Kompensation des Teilleistungssystems der sozialen Pflegeversicherung (siehe Kapitel 3 sowie die Projektsteckbriefe der Berliner Ansätze). Als weitere Instrumente kommen die kommunale Altenhilfe(planung), die Etablierung von Pflegekonferenzen oder die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raums und des kommunalen oder privaten Wohnraums in Betracht.

Pflege findet immer in der Beziehung zwischen Menschen in deren Lebenswirklichkeit statt. Da die Zuständigkeiten für die pflegerelevanten Handlungsfelder weder zentral noch dezentral gebündelt sein können, müssen dem Charakter der Pflege entsprechend

lebensweltorientierte Planungsansätze für pflegerelevante Versorgungsstrukturen über Verwaltungs- und Systemgrenzen hinweg entwickelt werden. Diese müssen gesamtstädtisch einheitlich geprägt sein und zugleich den Besonderheiten der Berliner Kieze gerecht werden. Gemeinsamkeiten und Grenzen traditionell fragmentierter Versorgungssysteme sowie staatlicher Verwaltungsbereiche sind in einer zeitgemäßen Pflegestrukturplanung sorgfältig zu analysieren und schließlich zu überwinden. Das Mandat für die Lösung dieser komplexen Herausforderung kann nur bei den Ländern und Kommunen liegen. Berlin stellt sich dieser Aufgabe.

2.2 Grundzüge der Berliner Pflegestrukturplanung

Pflegestrukturplanung zielt insbesondere auf die „rechtzeitige und ausreichende“ Bereitstellung der „erforderlichen Dienste und Einrichtungen“ für Menschen mit Pflegebedarf ab und löst damit den in § 1 Abs. 2 SGB I festgeschriebenen Auftrag zur Sozialplanung pflegespezifisch ein. Als SGB XI-spezifische Fachplanung weist sie starke Bezüge zur Altenhilfe- oder Seniorenplanung auf und ist häufig Teil derselben (siehe Braeseke et al., 2021; Herger & Pfundstein, 2019). Dabei orientiert sie sich an den Bedarfen (siehe Infokasten 2) und Ressourcen der (potenziellen) Hilfebedürftigen in einem Stadtteil und übersetzt sie im Rahmen von beteiligungsorientierten Planungsprozessen in kurz- und mittelfristige Leistungs- und Infrastrukturbedarfe. Gemeinsam mit den Akteuren vor Ort werden die Möglichkeiten der Bedarfsdeckung ausgelotet und Vereinbarungen zur Umsetzung von Maßnahmen in geteilter Verantwortlichkeit getroffen.

Infokasten 2: Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit

In den Wirtschaftswissenschaften wird das individuelle Bedürfnis nach beispielsweise sozialer Teilhabe vom konkretisierten Bedarf nach bestimmten Aktivitäten oder Dienstleistungen, die der Bedürfnisbefriedigung dienen, unterschieden. Ist der Bedarf mit Kaufkraft untersetzt, so ist von einer Nachfrage nach spezifischen Angeboten die Rede. Diese Bedarfsdefinition eignet sich nur bedingt für Planungszwecke im Bereich der sozialen Daseinsvorsorge. Zum einen sind umsorgen und umsorgt werden menschliche Grundbedürfnisse, die nur zum Teil über geldbasierte Transaktionen auf Märkten befriedigt werden können. Zum anderen normieren der Staat oder vom Staat beauftragte Akteure sowohl den Umfang als auch die Art und Weise der Feststellung von Unterstützungsbedarfen, z. B. im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren oder von fachlich begründeten Richtlinien (siehe Gaßmann & Zängl, 1998; Hoffmann & Nachtmann, 2007).⁵

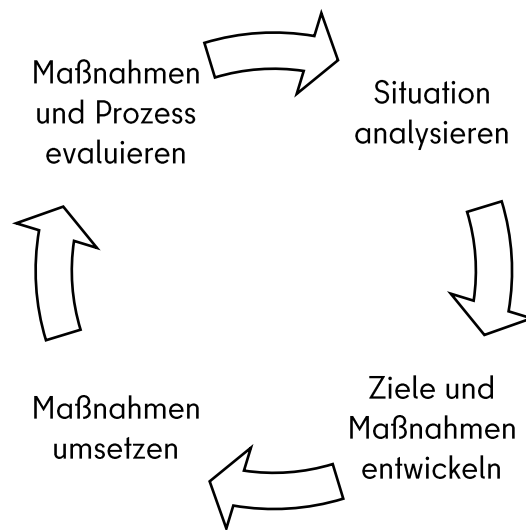
⁵ So erlässt beispielsweise der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Bedarfsplanungsrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung (<https://www.g-ba.de/richtlinien/4/>).

Im Fall von Pflegebedürftigkeit begründen die §§ 14 SGB XI („Begriff der Pflegebedürftigkeit“) und 15 SGB XI („Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument“) den individuellen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung für entsprechend versicherte Personen. Auskunft über diesen sozialrechtlich definierten Pflegebedarf gibt die Pflegestatistik, die u. a. die Zahl der pflegebedürftigen Menschen nach Pflegegrad und nach Versorgungsart im Rechtskreis des SGB XI ausweist. Jedoch bilden das SGB XI und damit auch die Pflegestatistik nicht alle individuellen Unterstützungsbedarfe ab.⁶ Da die Pflegeversicherung darüber hinaus ein Teilleistungssystem ist, besteht grundsätzlich kein Anspruch darauf, dass auch bei offiziell festgestellter Pflegebedürftigkeit alle pflegeschon als notwendig erachteten pflegerischen Maßnahmen von den Pflegekassen finanziert und damit letztendlich eingekauft werden. Diese und weitere Aspekte erschweren eine prospektiv angelegte Pflegebedarfs- bzw. Pflegestrukturplanung, die neben den Bedarfen auch die familiären und nachbarschaftlichen Ressourcen zur Bewältigung und Kompensation von Pflegebedürftigkeit in den Blick nehmen muss.

Wie andere Formen der Sozialplanung stellt auch die Pflegestrukturplanung einen sich wiederholenden Prozess dar. Zu dessen Elementen gehören die Problembestimmung und Situationsanalyse, die Ableitung von Zielen, Strategien und Maßnahmen, die Umsetzung der Maßnahmen sowie das Monitoring und Wirkungsanalysen. Dieses Prozessmodell findet Anwendung auf der Landes- und der bezirklichen Ebene. Es handelt sich dabei um das Instrument mit dem die pflegerische Versorgung weiterzuentwickeln ist (siehe Abbildung 1).

⁶ Beispielsweise werden Personen, die ausschließlich Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten, nicht erfasst.

Abbildung 1: Planungskreislauf



Eigene Darstellung nach Cordts & Gottschalk (2019) sowie Hartung & Rosenbrock (2022)

In der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung existiert eine Arbeitsgruppe Landespflegestrukturplanung. Deren inhaltliche Ausgestaltung orientiert sich an den vier dargestellten Bausteinen der Planung:

1. Daten: Datengrundlagen und Pflegeberichterstattung (weiter-)entwickeln
2. Instrumente: Steuerungsinstrumente identifizieren und bewerten sowie hierzu angemessene Planungsansätze entwickeln
3. Gremien und Vernetzung: Akteure gesamtstädtisch vernetzen und gesamtstädtische Fachplanungen mit Bezug zum Thema Pflege koordinieren
4. Beteiligung: Entwicklung einer Kultur der Beteiligung und Kompetenzaufbau zu diesem Thema.

Alle vier Bausteine und deren Zusammenspiel sind für eine erfolgreiche Landespflegestrukturplanung erforderlich. Ebenso zentral für eine erfolgreiche Planung ist die Verschränkung der Planungen von Bezirken und Land. Wichtig hierbei ist die Rollenklärung von Land und Bezirken in deren jeweiligen Verantwortungsbereichen. Die derzeit in Erarbeitung befindliche Verwaltungsstrukturereform kann zu dieser Rollenklärung beitragen.

Die Umsetzung der Pflegestrukturplanung erfolgt vor Ort, dort, wo die Menschen leben. Notwendig ist die Umsetzung in den Bezirken, weil:

- soziale und Versorgungslagen kleinräumig ausgestaltet werden müssen,
- die Akteure regional vernetzt sind und Sozialraumexpertise haben,
- diverse Sozialleistungen (u. a. die Hilfe zur Pflege und die Altenhilfe) durch die Bezirksämter gewährt werden,

- die Ansprache der Betroffenen in ihren Lebenswelten besser gelingt,
- kleinräumig ausgerichtete Fachplanungen in Bezug zueinander gesetzt werden müssen und können.

Während die Bezirke die Planung auf die Sozialräume beziehen und diese auf der Grundlage von Daten und Bedarfslagen mit Angeboten und Strukturen ausstatten, bezieht sich die Aufgabe des Landes im Kontext der Planung auf die übergeordnete Steuerung wie auch die planerische Unterstützung der Bezirke. Diese Unterstützung hat unterschiedliche Facetten. So fördert die für Pflege zuständige Senatsverwaltung in den Jahren 2024 und 2025 die Bezirksämter und bezirklichen Verbünde bei der Erprobung von partizipativ ausgerichteten Planungsprozessen für Pflegestrukturen (siehe beispielhaft die Vorhabenbeschreibung „Bezirkliche Pflegestrukturplanung in Treptow-Köpenick“). Die dabei gesammelten Erfahrungen sollen in Empfehlungen für eine sozialräumliche und partizipative Pflegestrukturplanung für Berlin münden. Die Unterstützung der Bezirke besteht darüber hinaus unter anderem in der Bereitstellung von Datenquellen und im Bedarfsfall einer fachlichen Beratung.

2.2.1 Datengrundlagen und Pflegeberichterstattung

Gemeinsames Handeln in der Planung und Gestaltung von Pflegeangeboten und Strukturen setzt eine gemeinsame Sprache sowie ein gemeinsames Problembewusstsein voraus. Pflegestrukturplanung basiert daher auf einer datengestützten Berichterstattung zur pflegerischen Versorgung. Diese bildet für alle Akteure gleichermaßen den neutralen Ausgangspunkt von Planungsprozessen. Die Berichterstattung umfasst neben der beobachtbaren Entwicklung von Pflegebedürftigkeit, der Zahl und Ausrichtung bzw. Qualifikation von Diensten, Einrichtungen und Beschäftigten in der Pflege wie auch der Inanspruchnahme von Leistungen die methodisch gestützte Ableitung von Entwicklungsszenarien für ebendiese Themenfelder. Um das Bild der Ausgangslage zu verfeinern, sind darüber hinaus noch weitere Daten notwendig wie beispielsweise über die Entwicklung der Wohnformen oder die Zahl der Einpersonenhaushalte. So hat sich in Berlin ein Berichtswesen zum Themenfeld Pflege entwickelt, das von verschiedenen Akteuren getragen und kontinuierlich ausgebaut wird (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Öffentliche Berichterstattung zum Themenfeld Pflege in Berlin (Auswahl)

Name der Veröffentlichung	Inhalte	Datenquelle(n)	Herausgegeben von Jahr
Statistischer Bericht – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Berlin 2023	Daten zu ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Empfangenden von Pflegegeldleistungen	Pflegestatistik	Amt für Statistik Berlin Brandenburg 2025
Pflege- und pflegeflankierende Angebote in den Berliner Bezirken	Bezirkliche Karten mit Standortinformationen zu Einrichtungen, Diensten und ausgewählten Beratungsstellen	Vertragsdatenbank und Geschäftsstatistik SenWGP, öffentliche Geodaten	SenWGP 2024
Datenreport Pflege in Berlin	Pflegerelevante Bevölkerungsdaten, Zahl Pflegebedürftiger, Beschäftigte und Einrichtungen in der Pflege; Ausgaben für Hilfe zur Pflege und Landesförderungen	Pflegestatistik, Vertragsdatenbank, Geschäftsstatistik und Ausbildungsstatistik, Arbeitsmarktstatistik, Bevölkerungsstatistik	SenWGP 2023
Prognose der Zahl Pflegebedürftiger in Berlin bis 2040	Vorausberechnung der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Berlin bis zum Jahr 2040 auf Grundlage der Einwohnerregisterstatistik 2021 und der Pflegestatistik 2021	Pflegestatistik, Einwohnerregisterstatistik	SenWGP 2023
Aktuelle und zukünftige Fachkräftebedarfe in der Berliner Pflege	Fachkräftemonitoring des Berliner Arbeitsmarktes für Pflegefach- und Pflegefachassistentenberufe auf Basis öffentlich zugänglicher Statistiken	Pflege-, Krankenhaus- und Berufsstatistik, Ausbildungsstatistik	SenWGP 2023 und 2025 ¹

Quelle: Eigene Darstellung, Stand: 02.2025. ¹Das Fachkräftemonitoring 2025 befindet sich zum Zeitpunkt der Erstellung des Landespflegeplans 2025 in der Erarbeitung.

Darüber hinaus erstellen die für Gesundheit und Soziales zuständigen Senatsverwaltungen sowie die meisten Berliner Bezirksämter Gesundheits- und Sozialberichte oder Handlungskonzepte, die sich auch mit der pflegerischen Versorgung auseinandersetzen (bspw. Aalders & Karl, 2021; Radenacker, 2024). Ergänzt wird die Landes- und bezirkliche Berichterstattung durch Studien, die von den Pflegekassen in Auftrag gegeben (so u. a. Heinz Rothgang & Rolf Müller, 2024; Klie & Haumann, 2024) oder von zivilgesellschaftlichen Organisationen durchgeführt werden (siehe Büscher, 2023), wobei diese Studienergebnisse nicht kleinräumig aufbereitet vorliegen.

Da die Pflegestatistik für Berlin nicht konsequent auf bezirklicher oder noch kleinerer regionaler Ebene ausgewiesen wird,⁷ muss die kleinräumige Berichterstattung auf eigens durchgeführte Erhebungen oder Sonderauswertungen Dritter zurückgreifen. Mit den ©SAHRA-Pflegekennzahlen stehen erstmals allen Bezirksämtern in 2024 und 2025 kleinräumig aufbereitete Daten der AOK Nordost zum Themenfeld Pflege zur Verfügung (Fichte & Gebhardt, 2019). Die Lizenzgebühren werden von der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung übernommen.

2.2.2 Steuerungsinstrumente und Planungsansätze

Die Pflegeversicherung sieht keine verbindliche Bedarfsplanung vor. Die Angebotsentwicklung ist überwiegend marktgetrieben, wobei die Preise für Pflegeleistungen in kollektiven und individuellen Verhandlungen zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern bestimmt werden (siehe Kapitel 2.1). Jenseits der Vertragsverhandlungen und dem Heimrecht, das weitere bauliche, personelle und Mitbestimmungsstandards für gemeinschaftliche Wohnformen festlegt, stehen den Ländern, Kommunen und Pflegekassen eine Reihe „weicher“ Steuerungsinstrumente zur Verfügung.

Um im Rahmen der Bundesgesetze wirksam steuern zu können, müssen die dem Land und den Bezirken zur Verfügung stehenden Instrumente bekannt sein sowie regelmäßig überprüft und im Hinblick auf ihre Wirksamkeit bewertet werden. Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung hat u. a. zu diesem Zweck im Jahr 2023 eine Beratungsdienstleistung beauftragt, die im Austausch mit den Bezirken die Voraussetzungen für eine rechtssichere, partizipative und datengestützte Pflegestrukturplanung ermittelte.⁸

⁷ So sind beispielsweise Angaben zu den Pflegegeldempfangenden nur auf gesamtstädtischer Ebene verfügbar. Dies ist mithin die größte Gruppe pflegebedürftiger Menschen.

⁸ Wesentliche Ergebnisse der Studie sind in Klie (2024) zusammengefasst. Der Abschlussbericht kann auf schriftliche Anfrage an landespflegeplan@senwgp.berlin.de zur Verfügung gestellt werden.

Der Abschlussbericht zeigt den Bedarf an weiteren landesspezifischen Rechtsgrundlagen zum SGB XI und einer besseren Gestaltung der Schnittstellen zwischen den Leistungssystemen auf. Um Pflegestrukturplanung umsetzen zu können, benötigen die Bezirksämter seitens der Landesebene Unterstützung in Form von Daten, Berichten, Weiterbildungen und Planungstools (siehe oben). Angesichts der Vielfalt der pflegerischen Versorgungsformen und der Dominanz des häuslichen Settings werden darüber hinaus in einer pflegesensiblen Stadtentwicklung und in der Stärkung des Ehrenamts große Potenziale gesehen.⁹ Diese Aspekte der Steuerung und Koordinierung werden bei den konzeptionellen Vorüberlegungen für die Entwicklung eines Berliner Landespflegegesetzes bedacht und integriert. Mit einem Landespflegegesetz wird der Gestaltungsspielraum des Landes Berlin in der Umsetzung des SGB XI aufgegriffen und in einen rechtlich verbindlichen Rahmen überführt. Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung wird noch im Jahr 2025 Eckpunkte für dieses wichtige Gesetzesvorhaben formulieren.

Langfristig ist die Zusammenführung bzw. Koordination verschiedener Fachplanungen in einer integrierten Sozialplanung anzustreben, welche die mitunter divergierenden Unterstützungs- und Teilhabebedarfe der verschiedenen Zielgruppen zusammendenkt und in integrierte Infrastruktur- und Leistungsplanungen übersetzt.

2.2.3 Abstimmung und Kooperation

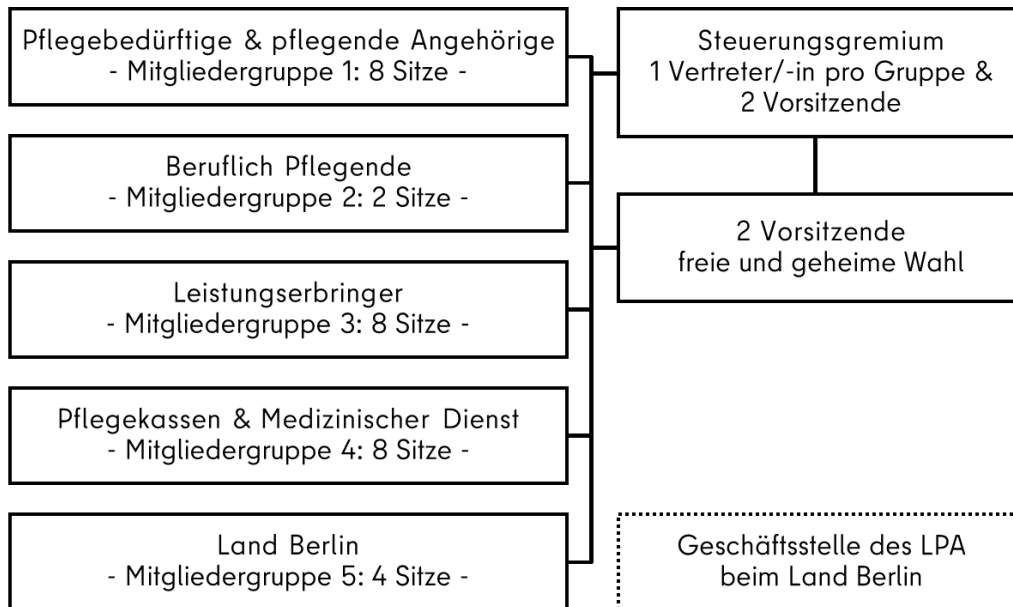
Das SGB XI beschreibt Aufgaben der für die pflegerische Versorgung maßgeblichen Akteure sowie die Schnittstellen zu anderen Sozialgesetzbüchern nicht abschließend (siehe die Ausführungen in Kapitel 2.1). Um die Ziele des SGB XI zu erreichen, müssen die Akteure auch jenseits der Vertragsverhandlungen kontinuierlich zusammenarbeiten, denn durch die Planung allein entstehen noch keine qualifizierten Angebote und Strukturen in der Pflege. Ausgehend von einer gemeinsamen Interpretation und Bewertung der Datengrundlagen müssen mit allen relevanten Akteuren Maßnahmen abgestimmt, umgesetzt und kontinuierlich überprüft werden.

Vertreterinnen und Vertreter pflegebedürftiger Menschen und pflegender Angehöriger, beruflich Pflegender, der Leistungserbringer, der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes, der für Pflege und der für Soziales zuständigen Senatsverwaltungen und der Bezirksämter arbeiten zu diesem Zweck unter anderem im Berliner Landespflegeausschuss (LPA) gemeinsam an der Weiterentwicklung der pflegerischen

⁹ Dieses Ergebnis bestätigte auch eine im April und Mai 2024 durchgeführte Umfrage, an der sich neun Kolleginnen und Kollegen aus fünf Bezirksämtern beteiligt haben.

Versorgung.¹⁰ Beim LPA handelt es sich um Berlins wichtigstes pflegepolitisches Gremium, welches seit der Anpassung der entsprechenden Verordnung im Jahr 2022 in der in Abbildung 2 dargestellten neuen Struktur arbeitet.

Abbildung 2: Organigramm des Berliner Landespflegeausschusses



Quelle: Eigene Darstellung

Der LPA tagt in der Regel zweimal jährlich und richtet bei Bedarf Sonderveranstaltungen aus. Wichtige Themen werden fortlaufend in Arbeitsgruppen (AG) vertiefend bearbeitet, so u. a. „Strukturelle und krisenbedingte Überlastungen in der häuslichen Pflege“ und „Zeit-/Leiharbeit und gleichwertige Arbeitsbedingungen in der Pflege“. Der LPA kann gemäß § 8a SGB XI „Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung“ abgeben, die „beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und [...] beim Abschluss der Vergütungsverträge einbezogen werden“ sollen (§ 8a, Abs. 5). Wie der Beschluss Nr. 7/2024 zur Verbesserung der Bewilligungsverfahren in der Hilfe zur Pflege zeigt, ist der LPA bei seinen Beschlüssen jedoch nicht auf die Vertragsverhandlungen im SGB XI beschränkt.

Für den Landespflegeplan 2025 haben die Vorsitzenden und die in das Steuerungsgremium entsandten Vertreterinnen und Vertreter der Mitgliedergruppen mündlich und schriftlich auf die vom Redaktionsteam des Landespflegeplans gestellten Fragen geantwortet. Die auf den Folgeseiten und in Kapitel 3.6 abgedruckten Interviews

¹⁰ Der Landespflegeausschuss ist zwar das wichtigste pflegepolitische Gremium im Land Berlin, jedoch gibt es zahlreiche weitere fachlich ausgerichtete Netzwerke und Gremien, so u. a. das Berliner Bündnis für Pflege oder den runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung (siehe Kapitel 3 und 4 des Landespflegeplans).

veranschaulichen aus unterschiedlicher Perspektive die Erwartungen an die Arbeit im LPA, die Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung in Berlin sowie mögliche Lösungsansätze.

Neben den Ausschüssen und Gremien auf Landesebene weist Berlin eine Vielzahl bezirklicher und regionaler Netzwerke auf, die dem regelmäßigen Austausch der Akteure dienen, den Wissensaufbau und die Weitergabe von Wissen vorantreiben und häufig mit eigenen Projekten bestehende Angebote und Strukturen qualifizieren. Zu nennen sind hier insbesondere die Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbundstrukturen (GGV), die, teilweise unter anderem Namen, in allen Bezirken aktiv sind. Diese Verbünde haben Anspruch auf eine Netzwerkförderung nach § 45c Abs. 9. SGB XI, die bei den Pflegekassen, in Berlin der AOK Nordost, beantragt werden kann. Darüber hinaus können die GGV auch in 2025 eine Projektförderung beim Land Berlin beantragen.

Interview mit den Vorsitzenden des Berliner Landespflegeausschusses Andreas Becker und Hans-Joachim Fritzen

Andreas Becker leitet den Arbeitsbereich Altenarbeit und Pflege des Evangelischen Verbandes für Altenarbeit und Pflegerische Dienste (EVAP) in der Diakonie Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz. Seit März 2024 ist Herr Becker Co-Vorsitzender des LPA.

Hans-Joachim Fritzen ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost und seit November 2022 einer der Vorsitzenden des LPA.

1. **Welchen Stellenwert hat der Landespflegeausschuss für die Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung im Land Berlin? Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die in 2022 mit der Änderung der LPAV begonnene Neuausrichtung des Landespflegeausschusses?**

Andreas Becker: Der LPA bringt alle Akteure der Pflege in Berlin an einen Tisch und schafft damit einen zentralen Raum für Austausch und Zusammenarbeit. Abseits der harten Verhandlungen, in denen sich die Gruppen ansonsten gegenüber sitzen, haben wir hier die Möglichkeit, einmal zurückzutreten und gemeinsam auf die Themen und großen Herausforderungen in der Pflege zu blicken. Wichtig ist, dass Vertreterinnen und Vertreter der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen jetzt mit am Tisch sitzen. In der allgemeinen Debatte findet die Stimme der Betroffenen bisher zu wenig Gehör.

Hans-Joachim Fritzen: Der Stellenwert des LPA ist herausragend, vor allem aufgrund der neuen breiteren Zusammensetzung der Mitglieder und einer neuen Kultur der Zusammenarbeit. Alle vom Thema Betroffenen und in der Pflege engagierten Gruppen sind dabei, die Spielregeln sind klar formuliert und wir haben einen Kulturwandel hin zu mehr Kooperation und Zusammenarbeit auf Augenhöhe vollzogen. Das ist ein Quantensprung, der eine wirkungsvollere Arbeit des LPA möglich macht.

2. **Mit welchen Schwerpunktthemen hat sich der neue LPA in 2023 und 2024 beschäftigt? Welchen Themen wird sich der LPA in den kommenden Jahren widmen?**

Fritzen: Nach der Neukonstituierung des LPA haben wir in einer Sondersitzung die prioritären Themen für 2023 und 2024 gesammelt. Vorerst drei Arbeitsgruppen sind daraus erwachsen: zu strukturellen und krisenbedingten Belastungen für pflegebedürftige Menschen, zu Zeit- und Leiharbeit und zur Vermeidung eines Armutsrisikos für pflegende Angehörige. Im Herbst 2024 hatten wir zu einem Fachtag *Stärkung der Sorgestrukturen im pflegerischen und vorpflegerischen Bereich* eingeladen.

Becker: Bisher konnten wir noch nicht alle in der Sondersitzung aufgeworfenen Themen intensiver bearbeiten; etwa die Stärkung kultursensibler Pflege. Für die kommenden Jahre werden wir nochmals gemeinsam abwägen, welche Themen aus Sicht der Mitglieder aktuell besonders drängen und bearbeitet werden sollten. Hier spielen natürlich auch die Entwicklungen auf bundespolitischer Ebene eine Rolle. Neue Themen kommen so hinzu.

3. Welche Weiterentwicklungsmöglichkeiten sehen Sie für den Landespflegeausschuss?

Becker: Zentral ist, dass das Gremium weiter zusammenwächst und die begonnene kooperative Zusammenarbeit pflegt und intensiviert. Die bestehenden Abstimmungsregeln sollten wir aus meiner Sicht überdenken. Für eine einvernehmliche Empfehlung des LPA braucht es 20 Ja-Stimmen der insgesamt 30 Mitglieder, keiner darf mit Nein stimmen. Das ist in einem so heterogen besetzten Gremium nur schwer zu erreichen und stellt eine große Hürde für die Beschlussfassung dar.

Fritzen: Dem kann ich nur zustimmen. Im LPA sind unterschiedliche Akteure mit entsprechend unterschiedlichen Standpunkten und Interessen vertreten. Um unsere Arbeit nachvollziehbarer zu machen, sollten wir, neben den Beschlüssen des LPA, auch beim Abstimmungsverhalten der Mitglieder mehr Transparenz schaffen. Die Zeit zwischen den LPA-Sitzungen, die zweimal jährlich stattfinden, gilt es, noch besser für die Themensetzung und die Vorbereitung von Beschlüssen zu nutzen. Neben den Arbeitsgruppen kommt dem Steuerungsgremium, in das alle Mitglieder eine Vertreterin bzw. einen Vertreter entsenden, dabei eine zentrale Rolle zu.

4. Wie können die Mitglieder des LPA das gemeinsame Gremium nutzen, um nicht nur die sich abzeichnenden Versorgungsengpässe zu verhindern, sondern auch Fortschritte in der Qualität der pflegerischen Versorgung und mehr Selbstbestimmung und Teilhabe pflegebedürftiger Menschen zu erreichen?

Fritzen: Im LPA können wir einen gemeinsamen Blick für die großen Herausforderungen, vor denen wir in der Pflege stehen, entwickeln und darauf basierend im Schulterschluss agieren. In dieser Hinsicht kann der Berliner Landespflegeausschuss von guten Beispielen der Zusammenarbeit in den Landespflegeausschüssen anderer Bundesländer lernen.

Becker: Die enge Vernetzung und der persönliche Austausch aller Akteure ermöglichen es, kooperativ an Lösungen zu arbeiten und diese gemeinsam umzusetzen. Hier geht es um kleine Schritte und Bausteine, die in Summe einen Unterschied machen. Eine zentrale Rolle nehmen dabei die Arbeitsgruppen des LPA ein. Dort geschieht ein ganz wesentlicher Teil der konkreten Arbeit. Als Vorsitzende möchten wir den Mitgliedern des Landespflegeausschusses für diese wertvolle Arbeit und ihr Engagement danken.

2.2.4 Beteiligung

Den vierten Baustein der Pflegestrukturplanung bildet die Beteiligung bzw. Partizipation. Partizipation (lateinisch *participare* – teilnehmen lassen) bedeutet die freiwillige Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an Entscheidungsprozessen. Die Begriffe werden hier synonym verwendet.

Diskurse im Bereich der Langzeitpflege werden noch immer maßgeblich von den starken Interessengruppen im Pflegesystem – Pflegekassen und -Anbietern – sowie von Verwaltung und Politik geführt und wichtige Entscheidungen ohne relevante Beteiligung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen gefällt. Angebote werden zu oft für und zu selten gemeinsam mit den Menschen konzipiert, die sie nutzen und die im System der Pflegeversicherung häufig auch einen erheblichen Anteil der Kosten selbst tragen (Eigenanteile) bzw. die Pflege übernehmen (pflegende Angehörige¹¹). Dies geht zu Lasten der Wirksamkeit, Passgenauigkeit und damit auch der Wirtschaftlichkeit der entwickelten Angebote.

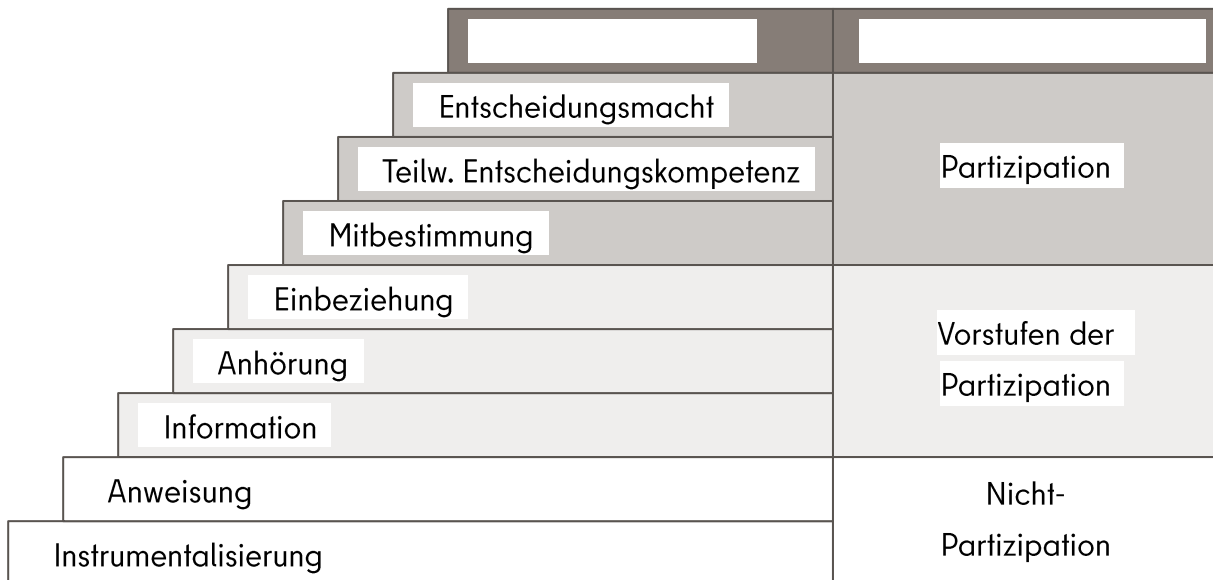
Ziel der Pflegestrukturplanung ist es, eine Beteiligungskultur über alle Entscheidungsebenen hinweg zu fördern. Basis dafür sind entsprechendes Wissen und Partizipationskompetenzen bei Mitarbeitenden der Verwaltung wie auch bei relevanten Akteuren in der Pflege. Im Jahr 2024 wurden erstmals rund 50 Mitarbeitende aus der Berliner Verwaltung (Land und Bezirke), aus Zuwendungsprojekten der für Pflege zuständige Senatsverwaltung und der Pflegeberatung zum Thema fortgebildet. Darüber hinaus werden seit 2024 gezielt partizipative Pflegestrukturplanungsprozesse – etwa bezirkliche Pflegekonferenzen, runde Tische, Befragungen etc. – in den Bezirken gefördert. Aus den Erfahrungen mit partizipativen Planungsverfahren sollen Kriterien guter Praxis der Beteiligung in der Pflege abgeleitet werden. Diese werden die Bezirksämter und andere Akteure künftig bei der Durchführung eigener Partizipationsprozesse unterstützen.

Das Stufenmodell der Partizipation (Abbildung 3) kann dazu dienen, das eigene Handeln in Bezug auf die Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten der Betroffenen zu reflektieren: Welchen Stellenwert hat Partizipation z. B. in einer Institution, einer Einrichtung oder bei einem spezifischen Prozess? Welche Stufe der Partizipation ist im speziellen Fall

¹¹ Mit „pflegenden Angehörigen“ sind im Folgenden alle den Pflegebedürftigen persönlich nahestehenden Personen gemeint, die verbindlich Aufgaben der Unterstützung und Hilfe für Pflegebedürftige übernehmen (vgl. Kapitel 3.3 Pflege durch Angehörige).

sachgerecht? Wo liegen Grenzen der Partizipation? Wie kann Partizipation perspektivisch ausgeweitet werden?

Abbildung 3: Das Stufenmodell der Partizipation



Quelle: Eigene Darstellung nach Wright (2020)

So wichtig Beteiligung auch ist: Sie ist grundsätzlich voraussetzungsreich. Im Falle von Pflegebedürftigkeit potenzieren sich die damit verbundenen Herausforderungen. Gerade bei abstrakten Planungs- und Aushandlungsprozessen wird eine Beteiligung der Betroffenen, wenn sie stattfindet, daher bisher in der Regel durch eine anwaltschaftliche Interessenvertretung (Beauftragte, Betroffenenverbände etc.) realisiert.

Bei pflegebedürftigen Personen erschweren Mobilitätseinschränkungen, somatische und kognitive Beeinträchtigungen und der teils erhebliche Unterstützungsbedarf gesellschaftliche und politische Teilhabe. Beteiligungsansätze für diese Personengruppe müssen an der Kompensation dieser Hürden ansetzen. Angehörige sind wiederum durch die zeitintensive, körperlich und seelisch anspruchsvolle Pflege hinsichtlich ihrer Beteiligungsmöglichkeiten stark eingeschränkt. Wie auch bei Pflegebedürftigen muss eine ernstgemeinte Beteiligung Rahmenbedingungen schaffen, in denen potenzielle Hinderungsfaktoren minimiert oder beseitigt werden, damit die Zielgruppe ihre Mitgestaltungsmöglichkeiten wahrnehmen kann.

Mit dem Dialog „Pflege 2030“ beschritt Berlin in den Jahren 2019–2021 einen innovativen Weg, der pflegebedürftigen Menschen, ihren Angehörigen sowie allen Bürgerinnen und Bürger der Stadt eine Beteiligung ermöglichte. Um die Breite und Vielfalt der Stadtgesellschaft und der von Pflege betroffenen Menschen zu erreichen, wurden

verschiedene, auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnittene und möglichst niedrigschwellig angelegte Beteiligungsformate durchgeführt: Workshops mit Schülerinnen, Schülern und Studierenden, Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten sowie selbst von Pflege betroffenen Menschen, Dialoggruppen mit beruflich und informell Pflegenden, Meinungsumfragen und Konferenzen – dies alles größtenteils unter Pandemiebedingungen.

Die Ergebnisse dieses offenen, transparenten und generationenübergreifend geführten Bürgerdialogs mündeten im Bürgergutachten Pflege, das im Juni 2021 fertiggestellt wurde. Kern des Bürgergutachtens ist die Planungszelle¹² „Pflege im Quartier“, in der zufällig ausgewählte Berlinerinnen und Berliner zentrale Aspekte der zukünftigen Ausgestaltung der Pflege intensiv diskutierten, die Ergebnisse des Dialogprozesses zusammenfassten und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Pflege in Berlin formulierten (siehe von Blankenburg & Metzner, 2021).

Dialog Pflege 2030 – Erwartungen der Berlinerinnen und Berliner an eine gute Pflege

Die insgesamt knapp 5.500 Beiträge zum Dialogprozess „Pflege 2030“ machen deutlich, dass den Bürgerinnen und Bürgern das Thema Pflege am Herzen liegt und sie dem Diskurs über ein gutes Leben im Alter und bei Pflegebedürftigkeit eine hohe gesellschaftliche Relevanz beimessen. Das Bürgergutachten formuliert eine Vielzahl von Empfehlungen in unterschiedlichen Bereichen der Pflege, die hier nur in groben Zügen dargestellt werden können: Den Empfehlungen, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten, die Gewinnorientierung in der Pflege zu überwinden und der Schaffung eines höheren Personalschlüssels in den Pflegeeinrichtungen wurde im Bürgergutachten besonderes Gewicht beigemessen.

Für eine Pflege im Quartier wünschen sich die Menschen, dass sie bei Hilfe- und Pflegebedarf in ihrem bisherigen Wohnumfeld und ihrer Nachbarschaft verbleiben können. Dies erfordert vielfältige barrierefreie Wohnformen sowie flexible Pflegeleistungen, die den unterschiedlichen Bedarfen von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen gerecht werden und für alle finanziell erschwinglich sind. Sie wünschen sich eine gute Zusammenarbeit zwischen pflegenden Angehörigen und beruflich Pflegenden – sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich.

¹² Die Planungszelle ist ein Beteiligungsformat, bei dem eine Gruppe zufällig ausgewählter Bürger*innen gemeinsam Lösungen für eine vorgegebene Fragestellung entwickelt. Die Teilnehmenden werden für diese Zeit vergütet von ihrer Arbeit freigestellt und fachlich begleitet. Die Ergebnisse einer Planungszelle münden schließlich in einem Bürgergutachten.

Um das individuell passende Angebot zu finden, halten die Beteiligten gut zu erreichende Anlaufstellen zur Pflegeberatung ebenso wie Informationsangebote in Arztpraxen und über die Krankenkassen – auch im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit – für unabdingbar. Eine unabhängige Beratung sollte sowohl in digitaler als auch analoger Form angeboten werden.

Einrichtungen für die pflegerische Versorgung sollten fachlich formulierte Anforderungen an eine diversitäts- und kultursensible Pflege erfüllen, die den Integrationsgedanken stärkt und durch ein Qualitätssiegel gesichert wird. Es wird empfohlen, die Einrichtungen bei der Qualifizierung zu unterstützen und ausreichende Qualifizierungsangebote für Pflegende vorzuhalten. Bis dies umgesetzt ist, wird eine Wahlfreiheit zwischen spezialisierten und „buntgemischten“ Einrichtungen bevorzugt.

Wichtig ist den Bürgerinnen und Bürgern zudem, die Möglichkeiten der Digitalisierung für die berufliche Pflege stärker nutzbar und für pflegebedürftige Menschen sowie pflegende Angehörige zugänglich zu machen. Insbesondere digitale Assistenzsysteme treffen auf große Resonanz. Dafür sind aus Sicht der Beteiligten u. a. eine Aufnahme von digitalen Hilfsmitteln in den Hilfsmittelkatalog der Pflege- und Krankenkassen, die Einhaltung des Datenschutzes und eine niedrigschwellige, unabhängige Information und Beratung erforderlich. Bedeutsam ist für sie, dass Assistenzsysteme oder auch der Einsatz von Robotik den persönlichen Kontakt nicht ersetzen, sondern vielmehr unterstützen. Die dafür erforderliche digitale Infrastruktur sollte überall da, wo Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf wohnen, sichergestellt werden.

Wie die in Kapitel 4 dieses Landespflegeplans präsentierten Vorhaben zeigen, bilden Empfehlungen des Bürgergutachtens eine wichtige Grundlage für die Arbeit der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung. Ein zentrales Ergebnis des Beteiligungsprozesses ist, dass Pflege als eine Querschnittsaufgabe verstanden wird, die Anforderungen an eine Vielzahl von Lebensbereichen und verantwortlichen Akteuren stellt. So sollen beispielsweise die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in die Gesundheitsvorsorge einbezogen werden, der Ausbau von Gesundheits- und Präventionsangeboten in Grünflächen und Parks vorangebracht oder für eine bessere Mobilität durch Barrierefreiheit im öffentlichen Raum, für Ruftaxis oder Fahrdienste gesorgt werden.

Berlinerinnen und Berliner wünschen sich eine Bündelung von Information, Beratung und Unterstützung im Alter und bei Pflegebedürftigkeit in einer zentralen und gut erreichbaren Stelle, um sich im für Laien nur schwer überschaubaren Zuständigkeits- und Angebotsdschungel besser orientieren zu können. Dies erfordert ein integriertes

Planungsverständnis hinsichtlich der (vor-)pflegerischen Angebote und Strukturen. Die Bürgerinnen und Bürger wünschen sich darüber hinaus, die Pflegestrukturen in ihren Kiezen selbst aktiv mitzugestalten. Als Expertinnen und Experten ihrer Lebenswelt wollen sie kontinuierlich in Entscheidungen einbezogen werden.

Wie in Kapitel 2.2 dargestellt, greift die Berliner Landespflegestrukturplanung diese beiden zentralen Ergebnisse des Bürgergutachtens Pflege auf. Ganz konkret umgesetzt wurde und wird dieses integrierte und partizipative Planungsverständnis in einem ersten Schritt durch die Neuaufstellung des Landespflegeausschusses sowie die damit verbundene Stärkung der Betroffenenvertretungen im Gremium (siehe Kapitel 2.2.3). Das Planungsverständnis spiegelt sich darüber hinaus in allen Kapiteln des hier vorliegenden Landespflegeplans wider: Die Erstellung des Landespflegeplans wurde von einem Beteiligungsprozess begleitet, der neben Vertretungen der von Pflege betroffenen Menschen und verantwortlichen Akteuren in der Pflege auch andere politische Ressorts und insbesondere die für die Umsetzung einer sozialraumorientierten und bedarfsgerechten Pflege entscheidende Ebene der Bezirke einbezog.

3 Bestandsaufnahme

Wie bereits in Kapitel 2 erläutert, beginnt ein Pflegestrukturplanungsprozess mit einer Analyse der gegenwärtigen Situation.

In Kapitel 3.1 werden daher grundlegende Daten zur Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen und der Pflegeprävalenz in Berlin eingeführt. Hierzu wird überwiegend auf Ergebnisse der Pflegestatistik 2023 zurückgegriffen. Betrachtet werden u. a. die Aufteilung nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Versorgungsart. Das Unterkapitel endet mit einem Ausblick auf die mögliche zukünftige Entwicklung.

Das folgende Kapitel 3.2 informiert bezüglich Anzahl und Situation der beruflich Pflegenden in Berlin und stützt sich in seinem empirischen Teil vor allem auf Ergebnisse des Berliner Fachkräftemonitorings (Kampe, 2025).¹³

Daraufhin widmet sich Kapitel 3.3. der Pflege durch Angehörige. Da kaum berlinspezifische Daten zur häuslichen Pflege vorliegen, stützt sich der empirische Teil des Unterkapitels in erster Linie auf deutschlandweit durchgeführte Studien.

Die Darstellung der Angebotsstrukturen in Kapitel 3.4 umfasst neben den Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 SGB XI auch die vorpflegerischen, pflegeflankierenden sowie die Betreuungs- und Entlastungsangebote nach § 45a SGB XI. Beleuchtet werden darüber hinaus Angebote zur Versorgung am Lebensende. Der Schwerpunkt der Darstellung liegt auf den Pflegeeinrichtungen. Die Ausführungen stützen sich neben der Pflegestatistik 2023 auf Geschäftsstatistiken der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung und weiterer Akteure. Ergänzt wird das Unterkapitel durch Steckbriefe für Projekte und Strukturen im Bereich Pflege und Altenhilfe, die von der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung und weiteren Verwaltungen gefördert werden. Diese Steckbriefe werden ausschließlich im Internet veröffentlicht und fortlaufend aktualisiert.

Das Kapitel schließt mit einer Bewertung der gegenwärtigen Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen in Berlin aus Sicht der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung (Kapitel 3.5). Ergänzt werden diese Ausführungen durch Einschätzungen der Sprecherinnen und Sprecher der Mitgliedergruppen im Landespflegeausschuss (Kapitel 3.6) und der Patientenbeauftragten im Land Berlin (Kapitel 3.7).

¹³ Das Fachkräftemonitoring 2025 war zum Zeitpunkt der Erstellung des Landespflegeplans noch nicht veröffentlicht.

Mit dem Landespflegeplan 2025 werden darüber hinaus erstmals einheitliche Bezirksprofile zum Thema Pflege veröffentlicht. Diese können ausschließlich über die Website des Landespflegeplans eingesehen werden und ergänzen die Mitte 2024 veröffentlichten Bezirkskarten zu ausgewählten pflegeflankierenden Angeboten und Pflegestrukturen.¹⁴

3.1 Aktuelle Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen und der Pflegeprävalenz in Berlin

3.1.1 Pflegebedürftige und Pflegeprävalenz – IST-Stand

Die Pflegeprävalenz, auch Pflegequote genannt, beschreibt den Anteil pflegebedürftiger Menschen nach den Maßgaben des SGB XI an der Bevölkerung zu einem Stichtag, in einer Region und bezogen auf die gesamte Bevölkerung oder einzelne Gruppen.

3.1.1.1 Alter und Geschlecht

In Berlin lebten Ende 2023 rund 212.000 pflegebedürftige Menschen gemäß SGB XI (Stichtag 15.12.2023).¹⁵ Deren Zahl ist in den vergangenen Jahren stark angewachsen. Neben demografischen Effekten durch die Alterung zahlenmäßig besonders starker Altersjahrgänge spielen dabei maßgeblich auch Auswirkungen gesetzlicher Änderungen und deren teils verzögerte statistische Erfassung eine Rolle. Dies zeigt sich insbesondere seit 2017 durch die Einführung eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsverständnisses im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (Tabelle 2).

Tabelle 2: Pflegebedürftige in Berlin am 15.12. der Jahre 2011 bis 2023

Kennzahl	2013	2015	2017	2019	2021	2023
Pflegebedürftige	112.509	116.424	135.680	158.482	185.528	211.999
Pflegeprävalenz in %	3,2	3,2	3,7	4,2	4,9	5,5

Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGP - II A

Die Pflegeprävalenz in Berlin stieg dementsprechend insbesondere seit 2015 immer weiter an und lag 2023 bereits bei 5,5 %.¹⁶ Dennoch ist in Berlin ein geringerer Anteil der

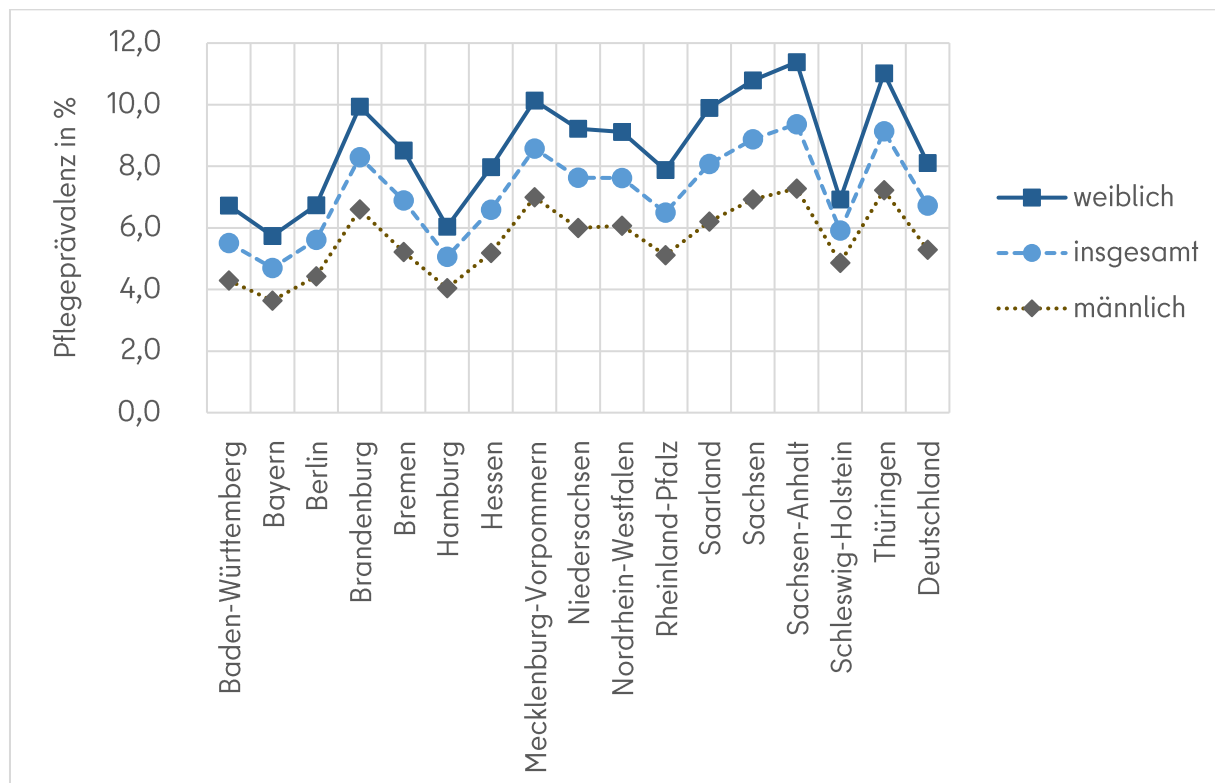
¹⁴ <https://www.berlin.de/sen/pflege/service/berichte-und-statistik/datengrundlagen/artikel.1477637.php>

¹⁵ Aussagen über die Staatsangehörigkeit oder den Migrationshintergrund der Pflegebedürftigen können nicht vorgenommen werden, da diese keine Erhebungsmerkmale der Pflegestatistik gemäß SGB XI § 109 sind.

¹⁶ Das Statistische Bundesamt nutzt als Bezugsgröße die Bevölkerungsstatistik und nicht das hier verwendete Einwohnermelderegister, weshalb Berechnungsergebnisse marginal abweichen können.

Bevölkerung als pflegebedürftig eingestuft als in den meisten anderen Bundesländern bzw. im bundesweiten Durchschnitt (Abbildung 4).

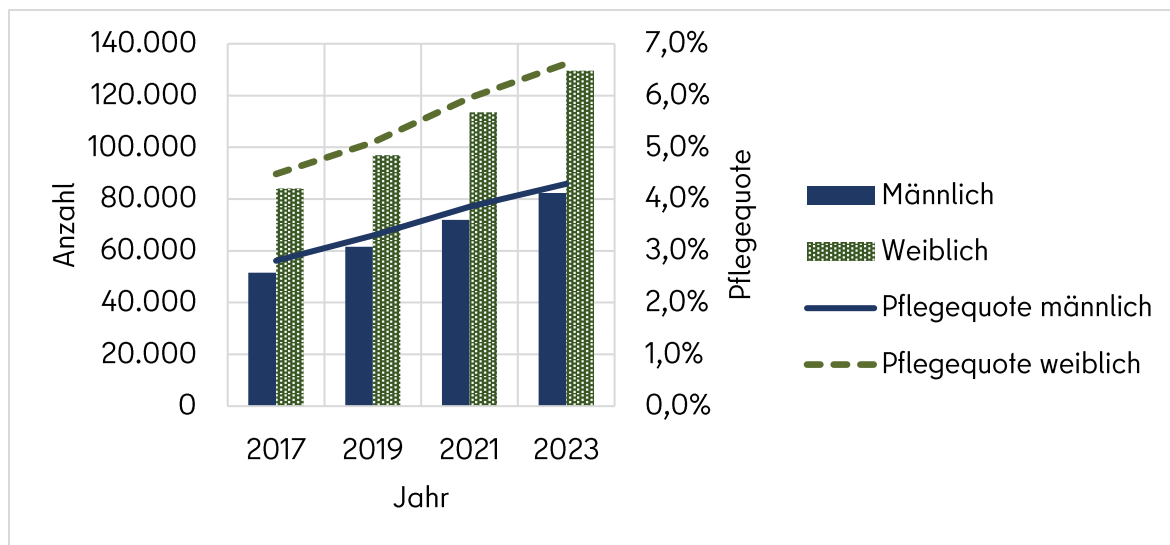
Abbildung 4: Pflegeprävalenz nach Geschlecht und Bundesland am 15.12.2023, in Prozent



Datenquelle: Statistisches Bundesamt / Darstellung: SenWGP – II A

Bei 61 % der Pflegebedürftigen in Berlin handelt es sich um Frauen, 39 % sind Männer. Bezogen auf die Einwohnerinnen und Einwohner Berlins betrifft Pflegebedürftigkeit Frauen mit einer Prävalenz von 6,6 % deutlich häufiger als Männer mit 4,3 %. Die Pflegeprävalenz unter den Berlinerinnen hat sich seit 2021 stärker (von 6,0 % auf 6,6 %) als die der männlichen Einwohner (von 3,9 % auf 4,3 %) erhöht (vgl. Abbildung 5). Dieser Befund gilt tendenziell für alle Bundesländer, wobei der Abstand in Berlin vergleichsweise gering ausfällt (siehe Abbildung 4).

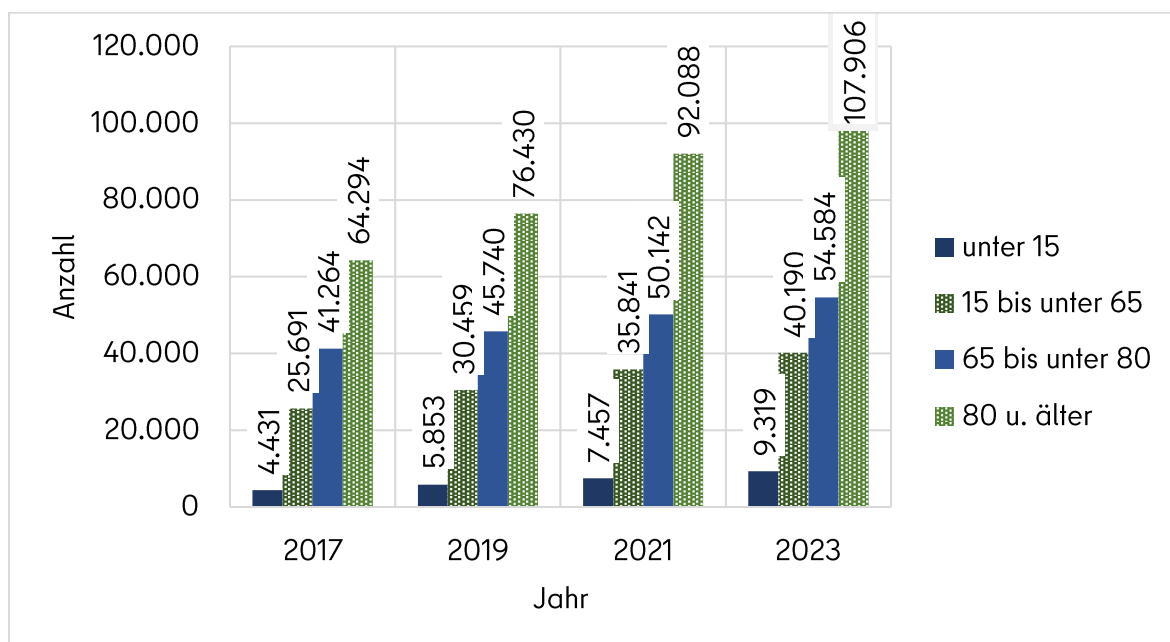
Abbildung 5: Pflegebedürftige SGB XI nach Geschlecht in Berlin am 15.12. der Jahre 2017 bis 2023



Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGP - II A -

Rund 108.000 und damit mehr als die Hälfte der pflegebedürftigen Menschen sind 80 Jahre alt und älter, ein weiteres gutes Viertel (54.600) ist zwischen 65 und 80 Jahren alt. In allen Altersgruppen hat sich die Zahl pflegebedürftiger Menschen gegenüber 2021 deutlich vergrößert. Dabei gehen 60 % der Fallzahlsteigerung auf die Hochaltrigen ab 80 Jahren und mehr zurück (+15.818, siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Pflegebedürftige nach SGB XI nach Altersgruppen in Berlin am 15.12. d. J. 2017 bis 2023

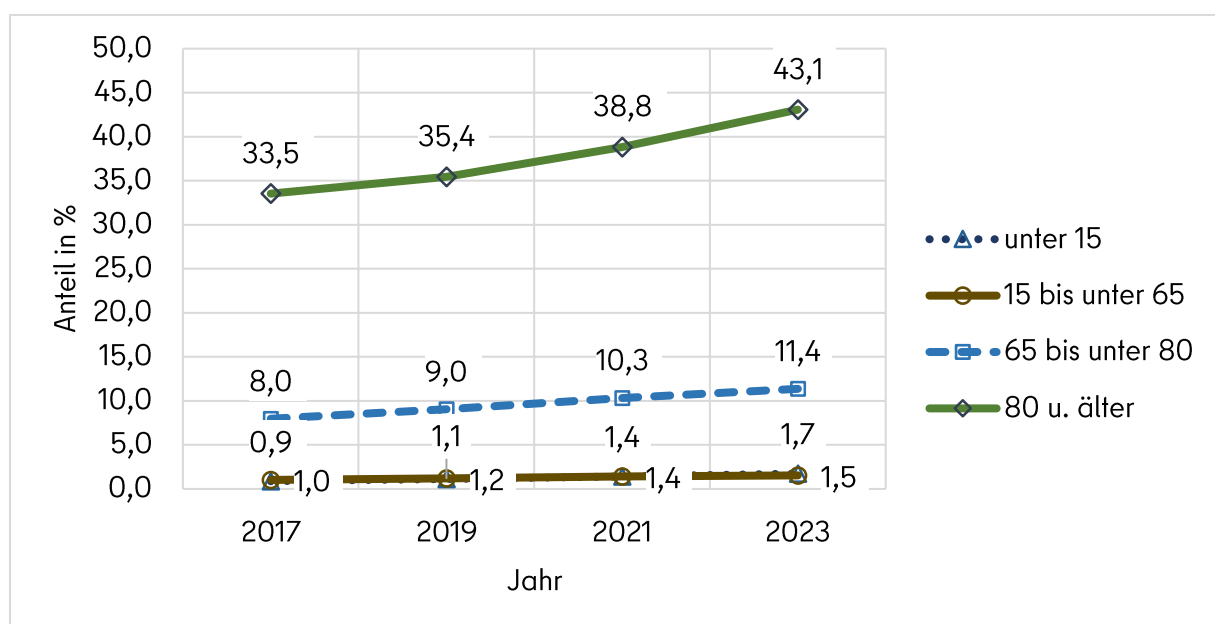


Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGP - II A

Mit zunehmendem Alter steigt auch die Pflegeprävalenz immer stärker an. Unter den Berliner Hochaltrigen (ab 80 Jahren) sind mehr als 4 von 10 Personen als pflegebedürftig eingestuft. Unter den Ältesten ab 95 Jahren sind sogar knapp 9 von 10 Personen pflegebedürftig.

Im Vergleich zu 2021 hat sich in sämtlichen Altersgruppen nicht nur die Anzahl pflegebedürftiger Menschen, sondern ebenfalls die Pflegequote unter der Bevölkerung gleichen Alters weiter erhöht. Das trifft in besonderem Maße auf die Hochaltrigen ab 80 Jahren zu (siehe Abbildung 7 und Abbildung 8).

Abbildung 7: Pflegeprävalenz in Berlin nach Altersgruppen am 15.12. d. J. 2017 bis 2023



Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGP - II A

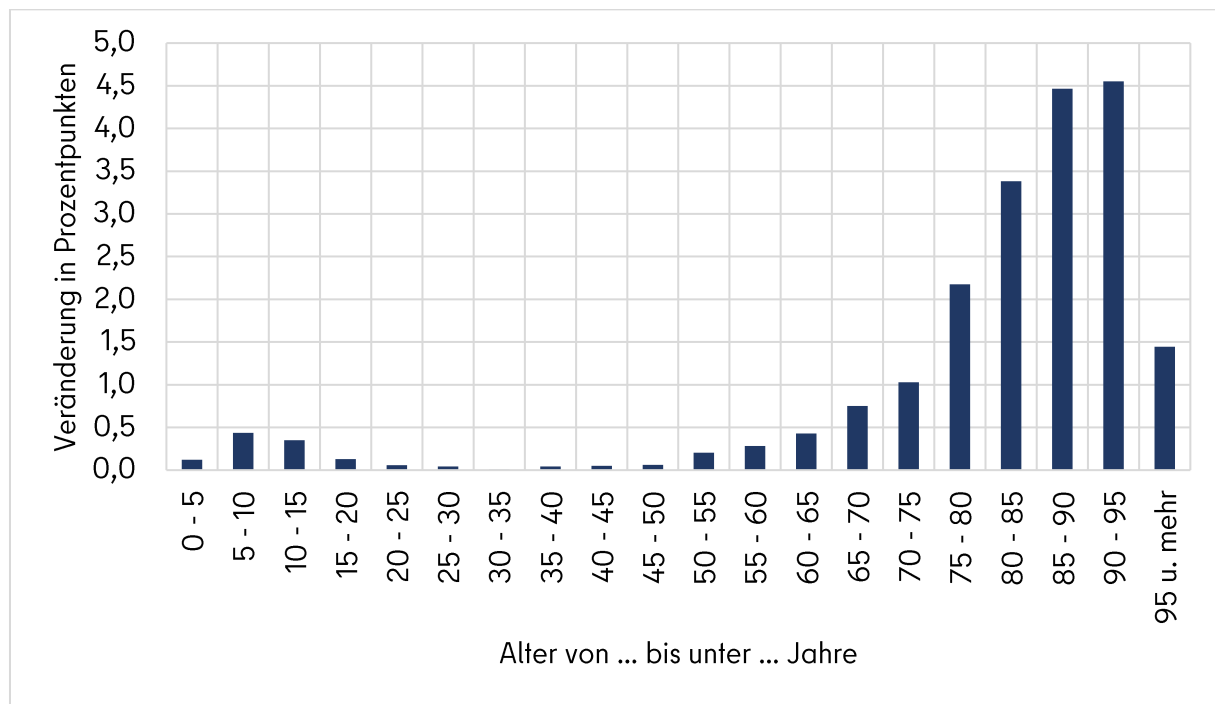
In der weiteren Feindifferenzierung nach 5er-Altersgruppen wird ersichtlich, dass die Pflegequote besonders stark zwischen 85 und 95 Jahren angewachsen ist, sehr deutlich aber auch unter der Bevölkerung von 75 bis 85 Jahren (Abbildung 8).

Damit ist unverkennbar, dass der starke Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Berlin von 2021 zu 2023 weniger auf demografische Veränderungen rückführbar ist als auf eine relativ höhere Inanspruchnahme (höhere Pflegeprävalenz) vornehmlich im Alter ab 75 Jahren. Dies bedeutet, dass deutlich mehr Menschen neu als pflegebedürftig hinzugekommen sind (sog. inzidente Fälle¹⁷) als auf Basis der bisherigen alters- und

¹⁷ Die Pflegestatistik unterscheidet nicht nach inzidenten (im Berichtszeitraum) neu hinzugekommenen und „Bestandsfällen“.

geschlechtsspezifischen Pflegequoten und der demografischen Entwicklung zu erwarten war.

Abbildung 8: Veränderung der Pflegeprävalenz nach Altersgruppen in Berlin vom 15.12.2021 bis zum 15.12.2023, in Prozentpunkten



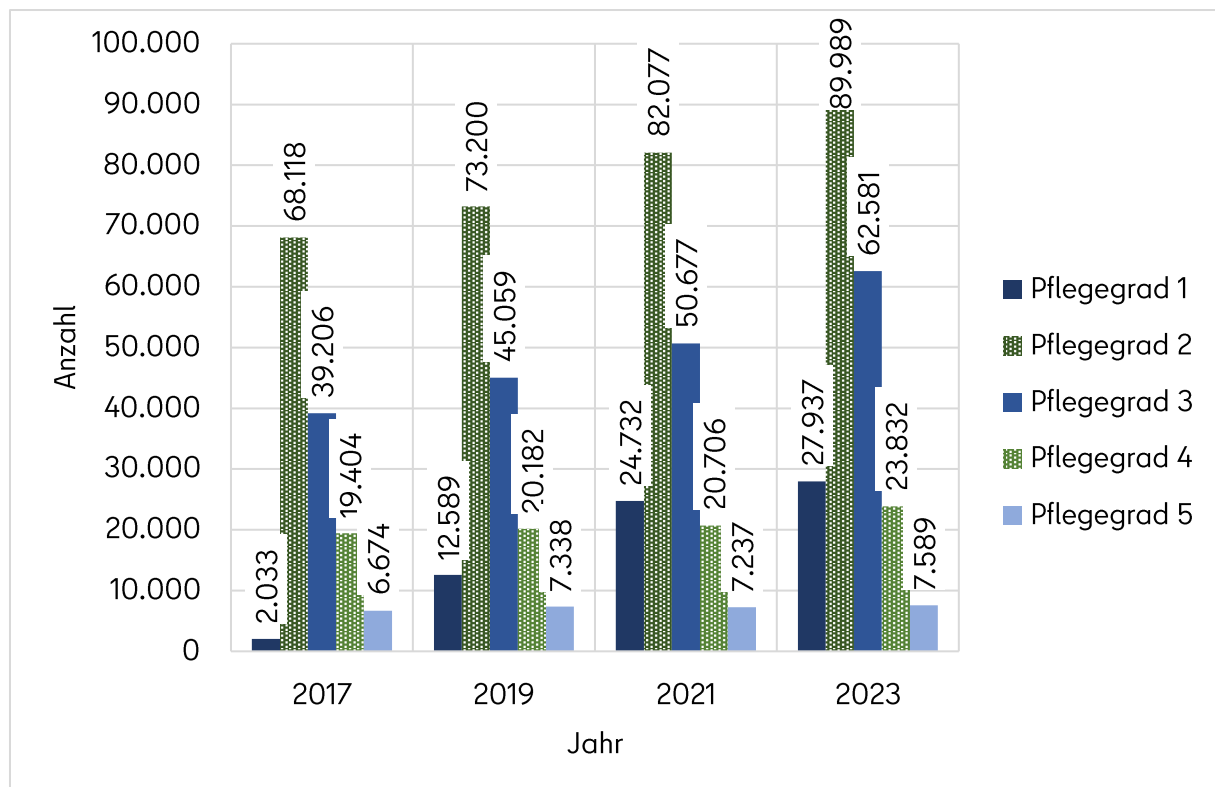
Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGP - II A

3.1.1.2 Pflegegrad und Art der Versorgung

Die meisten pflegebedürftigen Berlinerinnen und Berliner haben auch mit Stand 2023 den Pflegegrad 2 (42,4 %) oder den Pflegegrad 3 (29,5 %). Weitere 11,2 % sind in den Pflegegrad 4 und 3,6 % in den Pflegegrad 5 eingestuft. Dem Pflegegrad 1 sind 13,2 % der pflegebedürftigen Menschen zugeordnet (siehe Tabelle 3). Die Zahl derjenigen mit Pflegegrad 1 ist jedoch nicht identisch mit der Zahl derjenigen, die im Pflegegrad 1 ausschließlich landesrechtliche Leistungen erhalten bzw. ohne Leistungen der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste oder Pflegeheime sind. Rund jede zehnte Person mit Pflegegrad 1 ist nämlich in der Pflegestatistik 2023 mit Sachleistungen – zumeist ambulante Pflege – erfasst.

Auch zwischen 2021 und 2023 nahm die Zahl der Pflegebedürftigen in allen Pflegegraden zu, wobei die Zunahme im Pflegegrad 3 am stärksten ausfiel, nämlich um 11.904 (+23,5 %), gefolgt vom Pflegegrad 2 mit einem Anstieg um 7.912 (+9,6 %). Den geringsten Zuwachs gab es mit +352 pflegebedürftigen Menschen (+4,9 %) im Pflegegrad 5 (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9: Pflegebedürftige SGB XI nach Pflegegrad in Berlin am 15.12. d. J. 2017 - 2023



Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - II A 32 - ohne Fälle mit noch fehlender Zuordnung zu einem Pflegegrad (2023 N=71).

Im Vergleich zum Wert für Deutschland haben die Berliner Pflegebedürftigen überdurchschnittlich häufig den Pflegegrad 2 und leicht unterdurchschnittlich häufig die Pflegegrade 1, 4 und 5 (Tabelle 3).

Tabelle 3: Pflegebedürftige nach Pflegegrad (PG) in Berlin und Deutschland am 15.12.2023, in Prozent

Land	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	ohne Zuordnung	Gesamt
Berlin	13,2	42,4	29,5	11,2	3,6	0	100
Deutschland	13,8	40,4	29,6	11,8	4,9	0	100

¹ ohne Einbezug von Pflegebedürftigen ohne Zuordnung zu einem Pflegegrad

Datenquelle: Statistisches Bundesamt / Darstellung: SenWGP - II A

Der größte Teil der pflegebedürftigen Berlinerinnen und Berliner (87 %) wird zu Hause versorgt. Dies sind aktuell 184.300 Menschen und damit 26.805 mehr als 2021. Über die Hälfte der Pflegebedürftigen wird allein durch Angehörige (ausschließlich Pflegegeld)

gepflegt (Tabelle 4 und Tabelle 5, siehe hierzu auch Kapitel 3.3).¹⁸ Ein weiteres gutes Fünftel der Pflegebedürftigen wird in häuslicher Umgebung durch ambulante Pflegedienste (mit-)versorgt (inkl. Kombinationsleistungen). 13 % der Pflegebedürftigen leben in einer der vollstationären Pflegeeinrichtung (Langzeitpflege oder Kurzzeitpflege).

Hinweis: Pflege-Wohngemeinschaften werden in der gesetzlichen Pflegestatistik nicht als solche erfasst und daher nicht separat ausgewiesen. Die hier betreuten Pflegebedürftigen gehen jedoch mit den ihnen gewährten Pflegeleistungen (i. d. R. ambulante Pflege) vollständig in die Pflegestatistik ein (siehe auch Kapitel 3.4.4.4).

Tabelle 4: Pflegebedürftige nach Art der Versorgung in Berlin am 15.12. der Jahre 2017 bis 2023 sowie Veränderungen (Saldo) zwischen 2021 und 2023

Art der Versorgung/ Pflegebedürftige	2017	2019	2021	2023	Saldo 2021/23	Saldo in %
Ambulante Pflege	34.550	38.433	41.563	43.847	2.284	5,5 %
Vollstationäre Pflege	29.246	29.069	28.033	27.699	-334	-1,2 %
Pflegegeld*	71.860	81.519	94.386	115.277	20.891	22,1 %
Mit Pflegegrad 1 u. teilstationärer Pflege	24	49	24	19	-5	-20,8 %
Mit Pflegegrad 1 u. ausschl. landesrechtl. bzw. ohne Leistungen**	k. A.	9.412	21.522	25.157	3.635	16,9 %
Nachrichtlich: teilstationäre Pflege (Grad 2-5)***	2.977	4.075	3.860	4.788	928	24,0 %

Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenWGP - II A 32

* Ohne Empfangende von Kombinationsleistungen, die bereits bei der ambulanten oder stationären Pflege berücksichtigt sind.

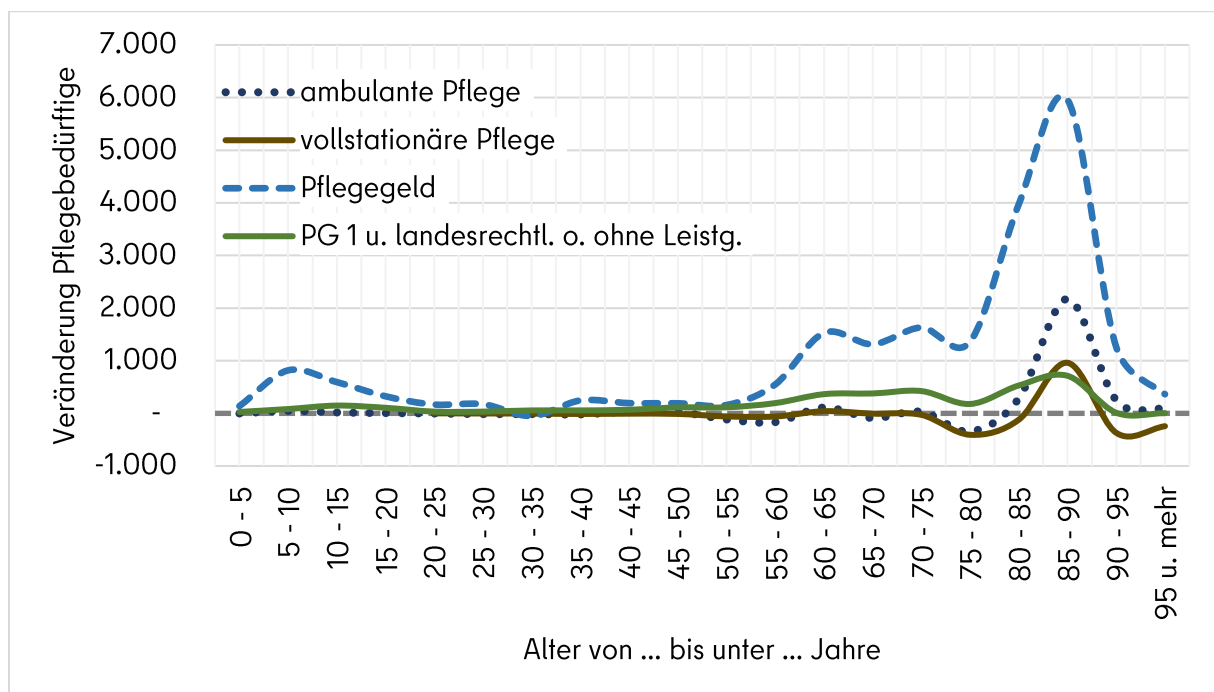
** Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 mit ausschließlich Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag bzw. ohne Leistungen der ambulante Pflege-/ Betreuungsdienste oder Pflegeheime.

*** Empfangende von Tages- bzw. Nachtpflege erhalten in der Regel auch Pflegegeld o. ambulante Pflege. Sie sind dadurch bereits in der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt erfasst und werden hier nur nachrichtlich ausgewiesen.

¹⁸ Pflegegeldbezug schließt häusliche Krankenpflege bzw. medizinische Behandlungspflege nach SGB V nicht aus. Diese SGB V-Leistungen sind für die Aufrechterhaltung von selbstorganisierten Pflegesettings von großer Bedeutung.

Annähernd vier Fünftel (78,9 %) des gesamten Anstiegs der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Berlin seit 2021 ist auf eine stark zugenommene Zahl der (ausschließlich)¹⁹ Pflegegeld Empfangenden zurückzuführen. Die Zahl der Pflegegeldempfangenden stieg zwischen 2021 und 2023 mit einer Steigerungsrate von 22,1 % auf rund 111.300 Personen (Tabelle 4, Abbildung 10). Dabei fällt auf, dass sich die zahlenmäßig höchsten absoluten Zuwächse an Pflegegeldempfangenden auf die Altersgruppen von 80 bis 85 und von 85 bis 90 Jahren verteilen.

Abbildung 10: Veränderung der Zahl Pflegebedürftiger SGB XI nach Art der Versorgung und Altersgruppen in Berlin vom 15.12.2021 zum 15.12.2023



Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGP - II A 32

Ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 und teilstationärer Pflege.

Knapp 44.000 pflegebedürftige Menschen werden allein oder als Kombinationsleistung²⁰ durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste gepflegt, rund 2.300 mehr als 2021 (Tabelle 4). Damit haben ambulante Sachleistungen seit 2021 um 5,5 % zugenommen. Der Großteil des absoluten Zuwachses entfällt auf die Altersgruppe von 85 bis 90 Jahren (+2.175). Absolute Rückgänge gab es insbesondere in den Altersgruppen zwischen 75 bis

¹⁹ Hier und im Folgenden: ohne Empfangende von Kombinationsleistungen, welche bereits bei den ambulanten oder stationären Leistungen gezählt sind. Im Weiteren wird vereinfachend auf den Klammerzusatz verzichtet.

²⁰ D.h., es wird auch Pflegegeld bezogen.

80 und zwischen 50 bis 60 Jahren, was jeweils auch demografisch bedingt scheint (Abbildung 10).²¹

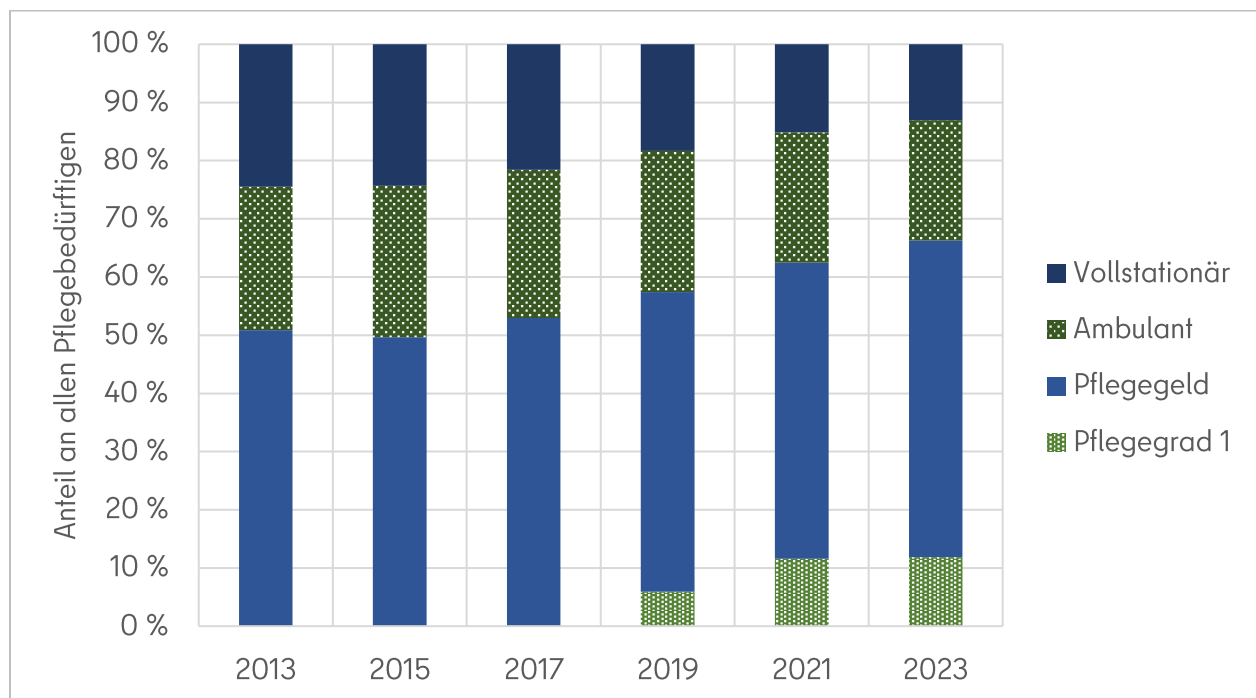
Der seit 2017 (rasante) Anstieg der erfassten Fälle im Pflegegrad 1 mit ausschließlich landesrechtlichen bzw. ohne Leistungen der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste oder Pflegeheime hat sich in Berlin nicht mehr in der bisherigen Dynamik fortgesetzt, sondern wesentlich verlangsamt. Dennoch sind 2023 mit nunmehr gut 25.000 fast 17 % mehr Personen als 2021 ausgewiesen. Dabei hat die Zahl diesbezüglicher pflegebedürftiger Menschen in allen Altersgruppen zugenommen, absolut am stärksten zwischen 80 und 90 Jahren (Tabelle 4, Abbildung 10).

Nur noch rund 27.700 Personen werden vollstationär versorgt, 1,2 % weniger als 2021. 27.470 pflegebedürftige Menschen sind in vollstationärer Dauerpflege und 229 in Kurzzeitpflege erfasst. Besonders im Alter ab 75 Jahren sind hier deutliche Rückgänge erkennbar, welche in der Summe jedoch zu einem großen Teil durch einen demografisch erklärbaren absoluten Fallzahlzuwachs (nur) in der Altersgruppe von 85 bis 90 Jahren nivelliert werden. In allen Altersgruppen unter 75 Jahren sind lediglich geringe Fallzahländerungen im Vergleich zu 2021 auszumachen (Tabelle 4, Abbildung 10).

Alles in allem spielte sich der Zuwachs der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Berlin von 2021 bis 2023 ausschließlich im häuslichen Bereich und hier zum größten Teil bei ausschließlich Pflegegeldempfangenden ab.

²¹ Vgl. hierzu auch Daten zum Einwohnermelderegister (Einwohnerbestand) des AfS Berlin Brandenburg: <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/kommunalstatistik/einwohnerbestand-berlin>.

Abbildung 11: Pflegebedürftigkeit – Aufteilung auf Versorgungsarten in Berlin 2013-2023



Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGP - II A. Pflegegrad 1 umfasst Pflegebedürftige ohne Leistungen oder nur mit Leistungen nach Landesrecht.

Abbildung 11 veranschaulicht die veränderte Bedeutung der Versorgungsarten in der Langzeitpflege in Berlin: Deutlich erkennbar ist der Rückgang des Anteils vollstationär versorgter Menschen an allen Pflegebedürftigen bei gleichzeitiger Zunahme des Anteils von Pflegebedürftigen mit dem Pflegegrad 1, die keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen oder nur Leistungen nach Landesrecht.

Im Vergleich mit Deutschland weist die aktuelle Verteilung der Berliner Pflegebedürftigen hinsichtlich der Versorgungsart keine großen Auffälligkeiten auf. Allerdings liegt die Versorgung durch ambulante Pflegedienste über und die vollstationäre Versorgung in Pflegeheimen leicht unter dem Wert für Deutschland insgesamt. In der Summe ist der Anteil der zu Hause Versorgten in Berlin um einen Prozentpunkt höher als in Deutschland insgesamt (Tabelle 5).²²

²² Dabei ist zu beachten, dass der Anteil der ambulant in Pflege-Wohngemeinschaften versorgten Pflegebedürftigen in Berlin höher ist als in anderen Bundesländern. Auch Pflege-Wohngemeinschaften bieten eine 24-Stunden-Betreuung (siehe Kapitel 3.4.4.5).

Tabelle 5: Pflegebedürftige nach Art der Versorgung in Berlin und Deutschland am 15.12.2023, in Prozent

Pflegebedürftige	Berlin	Deutschland
Insgesamt	100	100
vollstationär in Heimen, darunter	13,1	14,1
zu Hause, davon versorgt	86,9	85,9
ausschließlich durch Angehörige (ausschließlich Pflegegeld)	54,4	54,5
zusammen mit/durch ambulante Pflege- u. Betreuungsdienste (Kombinationsleistungen, Pflegesachleistungen)	20,7	19,3
mit Pflegegrad 1 u. ausschl. landesrechtlichen bzw. ohne Leistungen ¹ sowie mit Pflegegrad 1 und teilstationärer Pflege ²	11,9	12,0

¹ Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 mit ausschließlich Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag bzw. ohne Leistungen der ambulanten Pflege-/Betreuungsdienste oder Pflegeheime. ² Aufgrund der sehr geringen Fallzahl im Kapitel 3.1 zusammengefasst mit Daten zu Fußnote 1

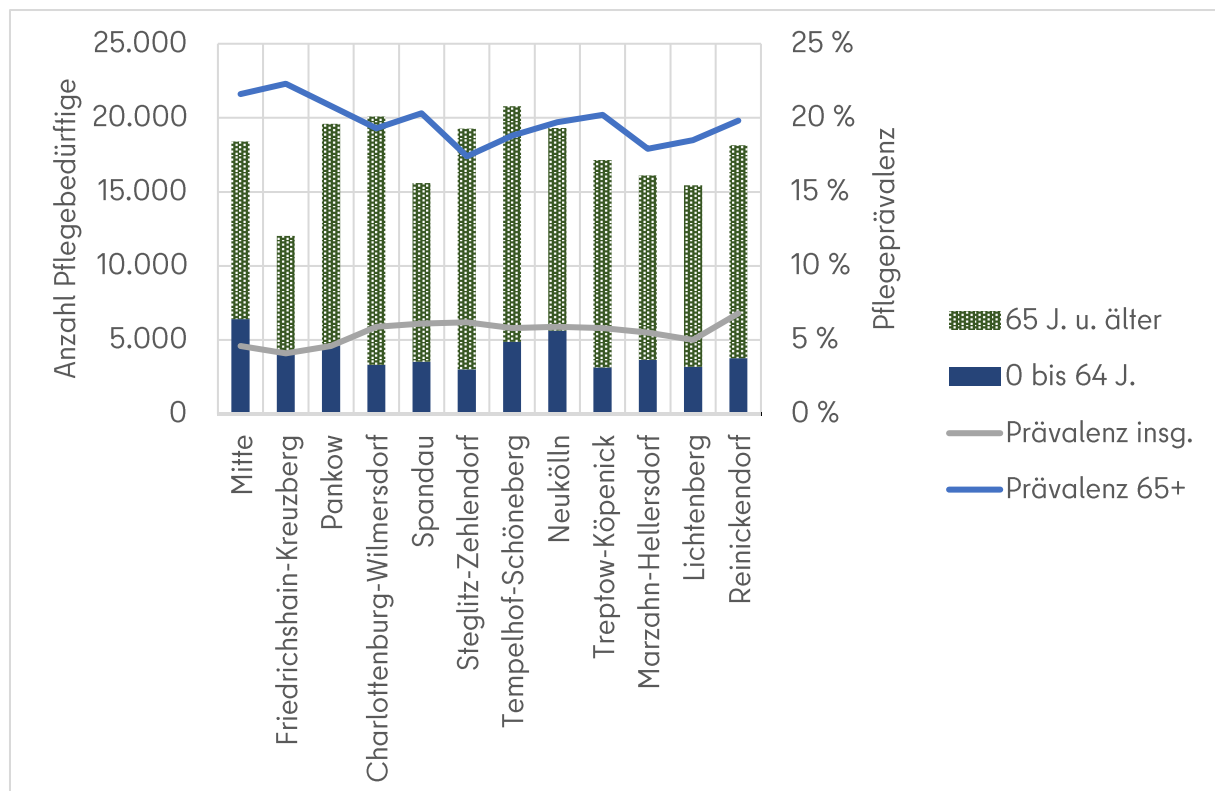
Datenquelle: Statistisches Bundesamt / Darstellung: SenWGP – II A

3.1.1.3 Pflegebedürftige in den Berliner Bezirken²³

Die im Bezirksvergleich meisten Pflegebedürftigen leben in den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf, Tempelhof-Schöneberg und Pankow, die mit Abstand wenigsten in Friedrichshain-Kreuzberg. Nach groben Altersgruppen betrachtet fällt auf, dass in Mitte und Neukölln vergleichsweise viele Pflegebedürftige jünger als 65 Jahre, indessen in Charlottenburg-Wilmersdorf, Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg vergleichsweise viele Pflegebedürftige 65 Jahre und älter sind (vgl. Abbildung 12).

²³ Die Pflegestatistik weist nur ausgewählte Daten auf bezirklicher Ebene aus, daher basiert die Darstellung auf den ©SAHRA-Pflegekennzahlen (Fichte & Gebhardt, 2019). Weitere bezirkliche Daten können den auf der Website zum Landespflegeplan bereitgestellten Bezirksprofilen entnommen werden:
<https://www.berlin.de/sen/pflege/planung-und-zusammenarbeit/landespflegeplan/index.php>.

Abbildung 12: Anzahl Pflegebedürftiger und Pflegeprävalenz nach ausgewählten Altersgruppen und nach Bezirken am 15.12.2023



Datenquelle: ©SAHRA-Plattform / Darstellung: SenWGP – II A

Die höchsten Pflegeprävalenzen insgesamt finden sich in Reinickendorf, Spandau und Charlottenburg-Wilmersdorf, die niedrigste in Friedrichshain-Kreuzberg. In Friedrichshain-Kreuzberg liegt allerdings die im Bezirksvergleich höchste Pflegeprävalenz unter den Einwohnenden ab 65 Jahre vor. In Steglitz-Zehlendorf hingegen ist der berlinweit niedrigste Anteil der Einwohnenden ab 65 Jahren pflegebedürftig.

3.1.1.4 Pflegebedürftige mit Hilfe zur Pflege gemäß SGB XII (Sozialhilfe)

Personen, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XII § 61a sind, haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege, soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern (oder bei Minderjährigen deren Eltern) nicht zuzumuten ist, dass sie die für diese pflegerischen Leistungen benötigten Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels aufbringen. Das trifft in der Regel dann zu, wenn die Betroffenen Zuzahlungen zu den Pflegeleistungen über die Kostentragung durch die Pflegeversicherungsleistungen in o. g. Sinne hinaus nicht oder nicht vollständig leisten können, bei bestimmten nicht über die Pflegeversicherung gedeckten Bedarfen, einer voraussichtlich weniger als 6 Monate bestehenden Pflegebedürftigkeit oder auch, wenn sie nicht pflegeversichert sind.

Am 31.12.2023 bezogen 16.610 Berlinerinnen und Berliner Hilfe zur Pflege (HzP), davon 7.430 für Leistungen außerhalb von Einrichtungen und 9.260 für Leistungen in Einrichtungen (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2025b). Insgesamt handelte es sich dabei um 0,4 % der Einwohnenden. Zwei Jahre zuvor waren es noch 0,5 % der Einwohnenden und insgesamt 17.995 Leistungsbeziehende. Im gleichen Zeitraum sind die Ausgaben für die HzP in Berlin von 381 Mio. € auf 424 Mio. € (bzw. 11 %) gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2025).²⁴

Der Zusammenhang zwischen der Anzahl pflegebedürftiger Menschen und der Anzahl der Empfangenden von HzP sowie den Ausgaben für HzP ist komplex und wird u. a. von Leistungsänderungen in der Pflegeversicherung, Preisentwicklungen für Pflegeleistungen,²⁵ der bezirklichen Praxis zur Antragsprüfung und Leistungsgewährung und nicht zuletzt der sozioökonomischen Lage der (künftigen) Pflegebedürftigen beeinflusst.

3.1.2 Zur Prognose der Zahl Pflegebedürftiger

Im Vorfeld der Erarbeitung des Landespflegeplans wurde im Rahmen der Landespflegestrukturplanung eine „Prognose der Zahl Pflegebedürftiger in Berlin bis 2040“ erstellt (Sallmon, 2023). Die nachfolgenden Darlegungen geben die Befunde dieser Prognose zusammengefasst wieder. Dort finden sich nähere Ausführungen zu Datenquellen, Prognoseannahmen, zur Methodik, zu den Prognoseergebnissen und zum Vergleich mit Prognosen anderer.

Für die Prognose wurde das Status-quo-Szenario zugrunde gelegt, welches von der Annahme ausgeht, dass sich die geschlechts- und altersspezifischen Pflegeprävalenzen sowie die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach Leistungsart im Prognosezeitraum nicht ändern werden. Ausschlaggebend für Veränderungen der Zahl pflegebedürftiger Menschen sind in diesem Szenario Veränderungen in der Größe und Zusammensetzung der Bevölkerung. Hauptsächliche Datengrundlagen waren die Ergebnisse der Pflegestatistik zum 15.12.2021 und die Bevölkerungsprognose Berlin 2021 – 2040 (siehe Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen, 2022). Auch wenn dieses

²⁴ Zu analog Versicherten, d. h. pflegebedürftigen Menschen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, liegen in Berlin widersprüchliche Statistiken vor. Aus diesem Grund werden diese nicht ausgewiesen.

²⁵ Erinnert sei hier an die Preissteigerungen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) eintraten. Das 2021 erlassene GVWG verpflichtet Pflegeheime und ambulante Pflegedienste, ihre Mitarbeitenden in den Bereichen Pflege und Betreuung ab September 2022 nach Tarif zu bezahlen.

Szenario Unabwägbarkeiten beinhaltet, lassen sich hiermit dennoch wichtige Trends und Größenordnungen für Bedarfsplanungen kenntlich machen. Voraussetzung war, dass Nachholeffekte aufgrund der gesetzlichen Pflegereformen seit 2017 weitgehend abgeschlossen sind und die statistische Erfassung insbesondere im Pflegegrad 1 nunmehr grundsätzlich vollständig ist.

Somit legte die zum Zeitpunkt der Erstellung des Landespflegeplans vorliegende Prognose nahe, dass in Berlin im Jahr 2030 voraussichtlich mindestens 205.000 pflegebedürftige Menschen und im Jahr 2040 mindestens 208.000 pflegebedürftige Menschen leben würden. Zwischen 2021 und 2030 entspräche das einem absoluten Anstieg um rund 19.000 Pflegebedürftige und einer relativen Zunahme um gut 10 %. Für den Zeitraum 2030 bis 2040 entspräche die Veränderung um ca. 3.700 hingegen nur noch einer Steigerung um ca. 2 %.

Wie im Abschnitt 3.1.1 dargelegt wurde, sind diese Prognosezahlen bereits mit der im Januar 2025 veröffentlichten Pflegestatistik übertroffen worden. Denn zwischen 2021 und 2023 ist die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in der Berliner Bevölkerung stark über das aufgrund der Bevölkerungsprognose Berlin 2021 – 2040 der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen zu erwartende Maß hinaus gestiegen. Dies drückt sich in höheren Pflegequoten als 2021 sowohl insgesamt als auch geschlechts- und altersspezifisch aus. Es sind also deutlich mehr Menschen neu als pflegebedürftig hinzugekommen (sog. inzidente Fälle), als auf Basis der bisherigen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten sowie der demografischen Entwicklung zu erwarten war.

Offensichtlich scheint die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen gemäß SGB XI immer noch Nachholeffekten bezüglich der gesetzgeberischen Pflegereformen seit 2017 zu unterliegen. Dieser Trend wurde für Deutschland insgesamt beobachtet und vom Statistischen Bundesamt (2024) mit sich noch zeigenden „Effekte(n) durch die Einführung des weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017“ beschrieben. Diese nunmehr über einen längeren Zeitraum bestehenden Nachholeffekte sind einerseits kaum vorhersagbar und üben andererseits über die Veränderung der Datenbasis für eine Prognose einen rechnerisch starken Einfluss auf deren Ergebnisse aus, sodass an dieser Stelle auf die nähere Darlegung der nunmehr „alten“ Prognoseergebnisse verzichtet wird.

Ob bzw. inwieweit sich dieser Trend zukünftig fortsetzt, kann anhand der vorliegenden Erkenntnisse nicht eingeschätzt werden. Jedoch dürfte allein aufgrund der demografischen Veränderungen im laufenden Jahrzehnt ein weiterer Zuwachs

pflegebedürftiger Menschen vor allem in der Altersgruppe der Hochaltrigen ab 80 Jahren und der Altersgruppe von 65 bis 80 Jahren stattfinden. Die Zahl pflegebedürftiger Männer wird sich dabei voraussichtlich prozentual stärker als die der pflegebedürftigen Frauen erhöhen. Nach wie vor wird es jedoch bedingt durch die höhere Pflegeprävalenz und die höhere Zahl von Frauen in den besonders pflegerelevanten Altersgruppen der Älteren bei deutlich höheren Zahlen pflegebedürftiger Frauen im Vergleich zu den Männern – ganz besonders unter den Hochaltrigen – bleiben. Die demografisch bedingte Größenordnung dieser Steigerungszahlen kann im Bericht zur Prognose nachvollzogen werden (siehe Sallmon, 2023).

Eine Prognose hinsichtlich Leistungsarten ist nochmals unsicherer als die Prognose nach Alter und Geschlecht. Hier können noch wesentlich stärker systemische und sich der genauen Vorhersage entziehende Faktoren wie beispielsweise Änderungen im SGB XI, die wirtschaftliche und personelle Entwicklung des Pflegesektors wie auch der selbst zu zahlenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen einen Einfluss ausüben. In der Prognose wurde daher aufgezeigt, wie sich die Bedarfslage bei zum Stand 2021 gleichbleibenden Verhältnissen der Inanspruchnahme ausprägen könnte.

3.2 Beruflich Pflegende

Beruflich Pflegende sind Pflegepersonen, die im Pflegesektor angestellt oder freiberuflich tätig sind. Sie können grundsätzlich unterschieden werden in un- bzw. angelernte Pflegepersonen, in Pflegepersonen, die einen Abschluss in einem Pflegeberuf nach Landes- oder Bundesrecht nachweisen können, sowie in Pflegepersonen, die in einem anderen Beruf qualifiziert sind.

Während ungelernte Pflegepersonen keine Qualifizierungsmaßnahme durchlaufen haben, sind in Berlin viele Personen tätig, die eine sogenannte Basisqualifizierung (Pflegebasiskurs) absolviert haben. Diese ist gesetzlich nicht geregelt. Entsprechende Angebote von Bildungsträgern sind heterogen und erlauben keine Rückschlüsse auf die erworbenen Kompetenzen. Hiervon unterscheiden sich die gesetzlich geregelten Pflegeberufe. Mit Inkrafttreten des Pflegeberufereformgesetzes wurden 2020 die Ausbildungen nach dem Altenpflegegesetz und dem Krankenpflegegesetz in einer generalistischen Ausbildung zusammengeführt. Nach Durchlaufen einer dreijährigen Ausbildung in Vollzeit an einer Pflegeschule oder einem Studium an einer Hochschule wird der Abschluss als Pflegefachperson durch das Ablegen einer staatlichen Prüfung erworben. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, spezialisierte Abschlüsse als Altenpflegeperson oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeperson zu erwerben.

Dabei liegt die Regelungskompetenz – als Heilberuf – auf Bundesebene. Die Finanzierung nach dem Pflegeberufegesetz erfolgt über einen Ausbildungsfonds, in den Kassen, Einrichtungen und das Land Berlin gemeinsam einzahlen.

In Berlin gibt es seit 2022 die Möglichkeit, eine 18-monatige, landesrechtlich geregelte Ausbildung in der Pflegefachassistenz zu durchlaufen. Auch diese ist generalistisch angelegt und endet mit einer staatlichen Prüfung. Diese Ausbildung löste die seit 2016 bestehende Gesundheits- und Krankenpflegehilfesausbildung ab und eröffnete in Berlin erstmals auch eine Ausbildung unterhalb des Fachkräfteniveaus in der Langzeitpflege. Ein 2024 vorgelegter Entwurf zu einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung konnte in der abgelaufenen Bundeslegislatur nicht mehr verabschiedet werden. Inwieweit dieser in der neuen Wahlperiode wieder aufgegriffen werden wird, ist derzeit nicht absehbar. Ein wesentlicher Vorteil der bundesrechtlichen Regelung läge in der Finanzierung der Ausbildung über den Ausbildungsfonds analog zum Pflegeberufegesetz.

Die Pflegeberufe gehören nicht zum Ausbildungssystem nach dem Berufsbildungsgesetz, sondern sind in eigenen bundes- oder landesrechtlichen Berufsgesetzen geregelt, um den verfassungsgemäßen Schutz der Patientenrechte zu gewähren.

3.2.1 Zur Situation beruflich Pflegenden²⁶

Die Pflegebranche prägt seit vielen Jahren den Berliner Arbeitsmarkt. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und einer stetig steigenden Pflegeprävalenz (siehe Kapitel 3.1) stellen die Pflegeberufe inzwischen eine der größten Berufsgruppen auf dem Berliner Arbeitsmarkt dar.

Etwa 79.000 Personen gehen im Land Berlin aktuell einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit als Pflegefach- oder Pflegehilfskraft nach (Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Stand 2023).²⁷ Dies entspricht einem Beschäftigungsanteil von 4,7 Prozent an der Gesamtbeschäftigung. In der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit sind alle beschäftigten Pflegekräfte in Berlin erfasst, also nicht nur die in Pflegeeinrichtungen und im Pflegedienst der Krankenhäuser tätigen.

Ein wesentliches Strukturmerkmal der Pflegeberufe stellt die hohe Bedeutung von Hilfstätigkeiten innerhalb dieses Tätigkeitsfeldes dar. Im Juni 2023 beträgt die

²⁶ Die Ausführungen in diesem Kapitel beruhen vor allem auf dem Berliner Fachkräftemonitoring (Kampe, 2025).

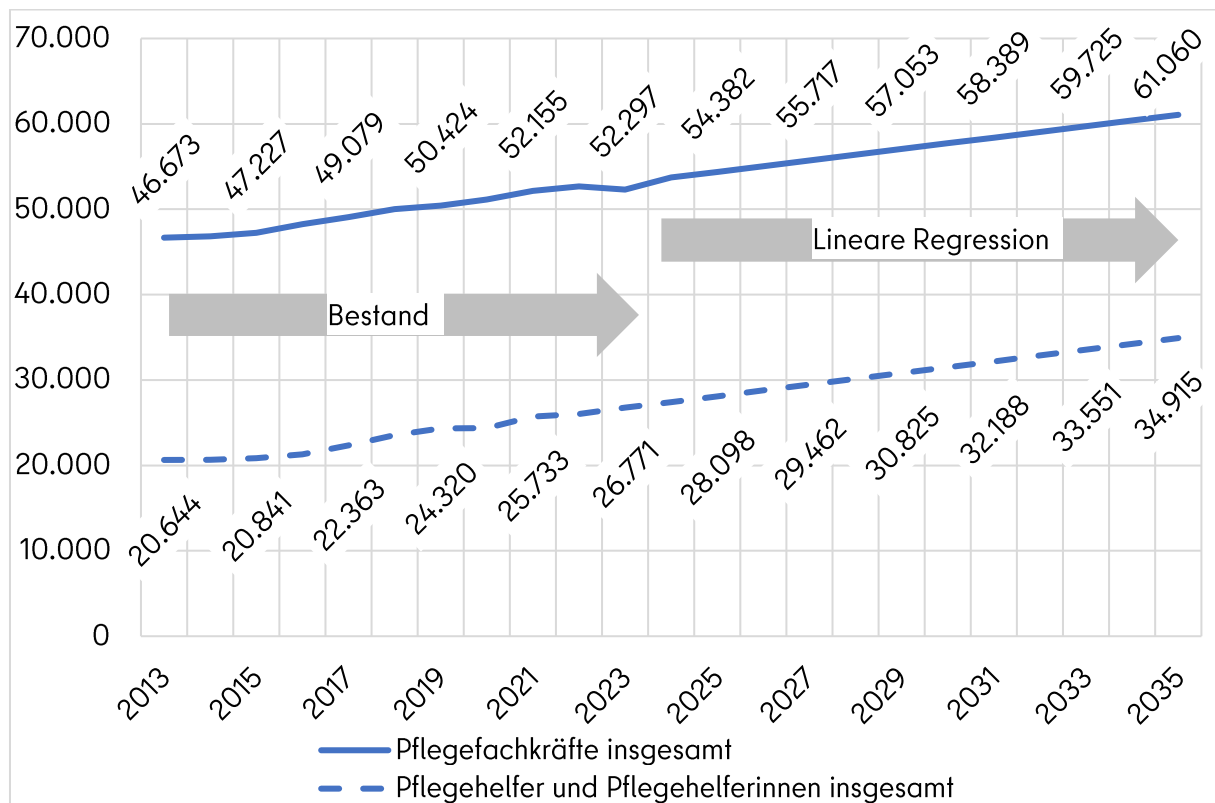
²⁷ Diese Zahl umfasst nicht nur Beschäftigte in Einrichtungen der Langzeitpflege, sondern auch Beschäftigte in Krankenhäusern, Arztpraxen und weiteren Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft.

Hilfskraftquote über alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Berlin gut 12,8 Prozent. In der Altenpflege sind 57,7 Prozent aller Beschäftigten als Hilfskräfte tätig (vgl. hierzu Abbildung 13). Aufgrund der hohen Belastungslagen in den Pflegeberufen sowie der spezifischen Organisationsstrukturen vor allem in der Langzeitpflege sind darüber hinaus die Teilzeitquoten in den Pflegeberufen überdurchschnittlich hoch (siehe Kampe 2025).

Die Teilzeitquote über alle Berufe hinweg liegt im Land Berlin im Juni 2023 bei knapp 34,3 Prozent (ebd. Datenquelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit). In der Gesundheits- und Krankenpflege arbeiteten 43,5 Prozent, in der Altenpflege 47,9 Prozent in Teilzeit. Bundesweit ist die Teilzeitquote in der Altenpflege mit 56,3 Prozent deutlich höher, während sie in der Gesundheits- und Krankenpflege mit 42,5 Prozent kaum abweicht.

Entsprechend den Beschäftigungsdynamiken zwischen 2013 und 2023 ist bis zum Jahr 2035 mit einem weiteren Beschäftigungsaufwuchs zu rechnen. Unter den von Kampe (2025) getroffenen Prognoseannahmen wird die Anzahl der laut der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) als Pflegefachkräfte tätigen Personen bis zum Jahr 2035 in Berlin auf etwa 61.000 steigen, was bezogen auf das Jahr 2023 einer Zunahme von knapp 8.800 Beschäftigten (Wachstum von 16,8 Prozent) entspricht. Die Anzahl der als Pflegehilfskräfte tätigen Personen wird im gleichen Zeitraum um über 8.100 auf circa 35.000 zunehmen (ein Plus von 30,4 Prozent zwischen 2023 und 2035).

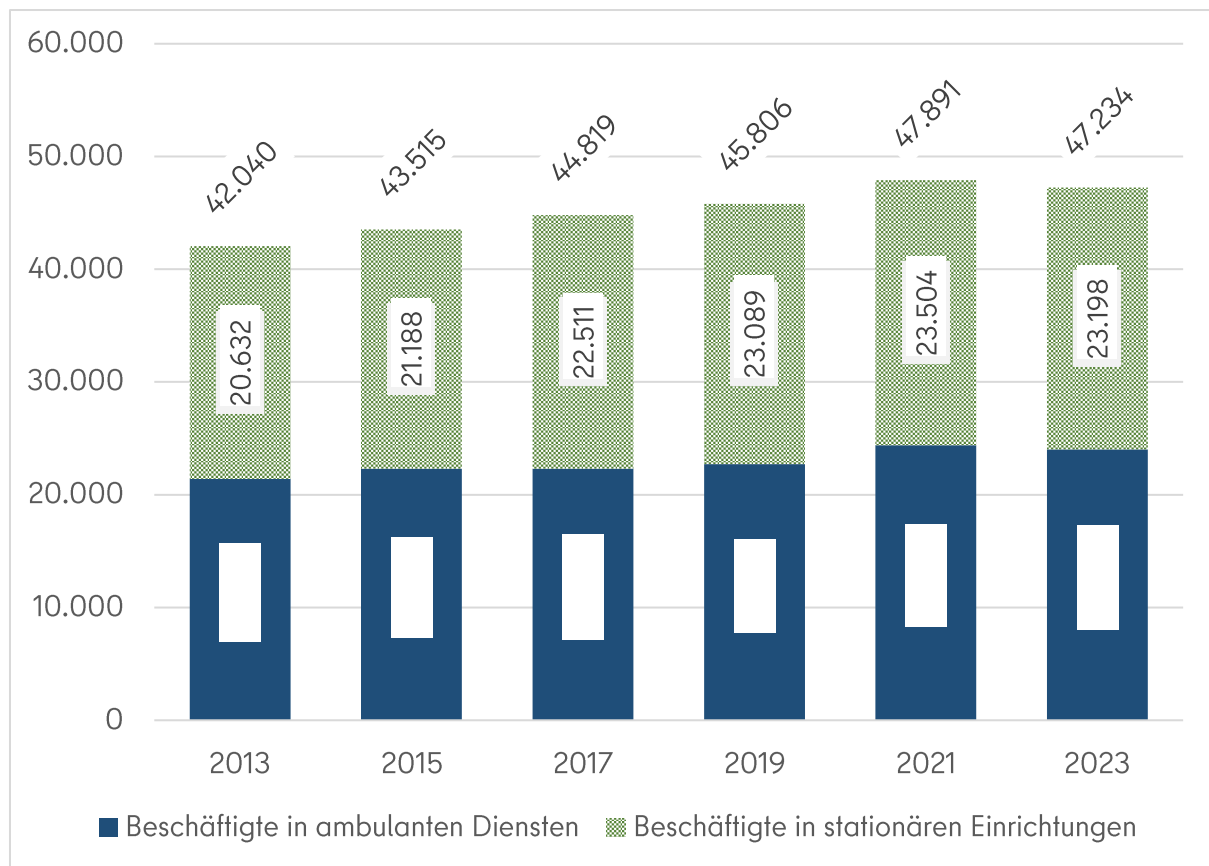
Abbildung 13: (Prognostizierte) Entwicklung der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in den Pflegeberufen nach Anforderungsniveau im Land Berlin in den Jahren 2013 – 2035



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Berechnungen und Darstellungen Kampe (2025, Stand Februar 2025). Bis zum Jahr 2023 Bestandszahlen, ab 2024 Ergebnis einer linearen Regression.

Die Beschäftigtenzahlen in ambulanten und stationären Langzeitpflegeeinrichtungen (mit Zulassung nach SGB XI) sind in Berlin zwar ebenfalls gestiegen, gerade in den letzten Jahren aber mit einer geringeren Dynamik als die Anzahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI (siehe dazu Kapitel 3.1). Zwischen den Jahren 2021 und 2023 kam es sogar zu einem Beschäftigungsrückgang, sowohl in den ambulanten Diensten als auch in den stationären Einrichtungen. Aktuell sind fast 47.200 Personen in ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen der Langzeitpflege in Berlin beschäftigt. Dies entspricht ausgehend vom Jahr 2013 mit einem Bestand an gut 42.000 Beschäftigten einem Personenzuwachs von knapp 12,4 Prozent (siehe Abbildung 14)

Abbildung 14: Anzahl an Beschäftigten in den ambulanten und stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Berlin im Vergleich in den Jahren 2013 – 2023



Quelle: Eigene Darstellung nach Kampe 2025, Abbildung 5.1.2a; Daten der Pflegestatistik Berlin des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg.

Zwischen 2013 und 2023 haben die Beschäftigtenzahlen bei den Pflegefachkräften im ambulanten und stationären Bereich sowie bei den Pflegehilfskräften im stationären Bereich (leicht) abgenommen. Die Zahl der Pflegehilfskräfte stagnierte im selben Zeitraum. Insbesondere bei den Pflegehilfskräften sind im Zeitverlauf deutliche Schwankungen zu erkennen (Tabelle 6).

Tabelle 6: Relatives Beschäftigungswachstum in den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen der Berliner Langzeitpflege nach Qualifikationsniveau im Vergleich zur Basis 2013 in Prozent

Berlin ambulant/stationär	2013	2015	2017	2019	2021	2023
Pflegefachberufe ambulant	100,0	102,1	100,8	98,0	101,6	97,9
Pflegefachberufe stationär	100,0	98,2	99,5	100,3	97,5	95,3
Pflegehilfskräfte ambulant	100,0	133,0	124,1	123,7	132,4	101,3
Pflegehilfskräfte stationär	100,0	108,7	113,6	99,4	106,3	88,4

Quelle: Berechnungen von Kampe (2025), Daten der Pflegestatistik Berlin des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg

Mit dem dynamischen Wachstum der Anzahl an pflegebedürftigen Menschen konnten die Beschäftigtenzahlen in den ambulanten Diensten nicht schritthalten, sodass das Verhältnis von ambulant betreuten Pflegebedürftigen zu den insgesamt in ambulanten Einrichtungen Beschäftigten (in Personen nicht in Vollzeitäquivalenten²⁸) von 1 zu 0,77 im Jahr 2013 auf 1 zu 0,55 im Jahr 2023 gesunken ist (siehe Kampe 2025).

In den stationären Einrichtungen der Langzeitpflege in Berlin stellt sich die Situation etwas anders dar. Während die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in der vollstationären Versorgung seit 2017 leicht sank, ist bei den Beschäftigtenzahlen ein stetiges Wachstum – wenn auch mit nur geringer Dynamik – zu beobachten. Im Ergebnis hat diese Entwicklung dazu geführt, dass sich die „Betreuungsquote“ in der stationären Versorgung von 0,76 zu 1 im Jahr 2013 auf 0,84 zu 1 im Jahr 2023 erhöht hat.

Insgesamt ist die Berliner Langzeitpflege sowohl pflegebedürftigenseitig als auch beschäftigungsseitig von einem stabilen Wachstum geprägt. Die Differenzierung der Analysen zeigt allerdings, dass relevante Unterschiede zwischen dem ambulanten Sektor und den stationären Einrichtungen bestehen. Darüber hinaus unterscheidet sich die Beschäftigungsentwicklung zwischen den Anforderungsniveaus (Pflegefachkräfte versus Pflegefachassistentenkräfte). In den letzten Jahren war ein deutlicher Bedeutungsgewinn der Hilfs- bzw. (Fach-)Assistentenkräfte in der Berliner Langzeitpflege zu beobachten.

²⁸ Das Vollzeitäquivalent ist definiert als die Anzahl der gearbeiteten Stunden, geteilt durch die übliche Arbeitszeit eines bzw. einer Vollzeit-Erwerbstätigen. Die vorliegenden Daten beziehen sich auf die Gesamtzahl der in Diensten und Einrichtungen Beschäftigten, nicht auf die Vollzeitäquivalente und nicht allein auf Pflegehils- und Pflegefachkräfte. Zur Frage, ob und in welchem Maß sich Teilzeitquoten verändern und damit insgesamt zu einer Leistungssteigerung führen, kann keine Aussage getroffen werden.

3.2.2 Fachkräftegewinnung, Aus- und Weiterbildung

Der Fachkräftemangel ist aufgrund des demografischen Wandels ein gesamtgesellschaftliches Problem, welches inzwischen alle Branchen in Deutschland und auch Berlin betrifft. In der Pflege ist die Ursache des Fachkräftemangels jedoch von besonderer Brisanz, da deutschlandweit nicht nur weniger junge Menschen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, sondern gleichzeitig immer mehr hochaltrige Menschen pflegebedürftig werden sowie erfahrene Mitarbeitende der Babyboomer-Jahrgänge aus dem Arbeitsleben ausscheiden. Dennoch unterscheiden sich die Maßnahmen zur Fachkräftegewinnung nicht von denen anderer Branchen: Die drei wesentlichen Säulen sind die Berufsaus- und Weiterbildung, das Halten von Arbeitskräften im Arbeitsmarkt sowie die Anwerbung von internationalen Fachkräften.

Tabelle 7: Personen in Pflegefachausbildungen (Jahrgang 2011/12 bis 2023/24)

Jahrgang	Gesundheits- und Kranken- pflege	Kinderkranken- pflege	Altenpflege	Pflegefach- person	Personen in Pflegefach- ausbildung insgesamt
2011/2012	2.429	193	2.470		5.092
2012/2013	2.444	178	2.554		5.176
2013/2014	2.455	189	2.620		5.264
2014/2015	2.539	200	2.819		5.558
2015/2016	2.530	223	2.990		5.743
2016/2017	2.509	236	2.887		5.632
2017/2018	2.544	235	2.977		5.756
2018/2019	2.591	248	2.907		5.746
2019/2020	2.871	279	3.297		6.447
2020/2021	2.035	196	2.786	2.137	7.154
2021/2022	1.058	103	1.883	4.215	7.259
2022/2023	129	6	759	5.891	6.785
2023/2024	14	1	195	6.287	6.497

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistischer Bericht Schuljahr 2023/24 (Stichtag 01.11. eines jeden Jahres).

3.2.2.1 Ausbildung

Mit Einführung der generalistischen Ausbildung in der Pflege im Jahr 2020 liegen die Ausbildungszahlen auf einem stabil hohen Niveau (siehe Tabelle 7). In 2020 (im Jahr des Pandemieausbruchs) begannen 2.137 Personen eine Ausbildung als Pflegefachperson nach Pflegeberufegesetz. 2.477 Personen waren es in 2021, 2.316 Personen in 2022 und 2.339 Personen in 2023. Damit befanden sich zum Stichtag 01.11.2023 in Berlin 6.287 Personen, darunter 4.423 Frauen (70,3 %), in einem Ausbildungsverhältnis in der Pflegefachausbildung. Zusammen mit den Auszubildenden aus den auslaufenden Bildungsgängen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege betrug die Zahl aller Auszubildenden in den Pflegeberufen an Schulen des Gesundheitswesens in Berlin 6.497.

Die in 2022 eingeführte landesrechtlich geregelte Pflegefachassistentenausbildung startete an vier Berliner Schulen mit insgesamt 103 Auszubildenden (Stichtag 01.11.2022), im darauffolgenden Schuljahr 2023/24 begannen 437 Auszubildende die Ausbildung an 19 Schulen, sodass es zum Stichtag 01.11.2023 insgesamt 543 Pflegefachassistentenzuzubildende gab, davon 387 Frauen (71,2 %).

Festzuhalten ist, dass die Anzahl der Auszubildenden in der Pflege in Berlin im Vergleich zu anderen Bundesländern wie auch zu anderen Branchen auf einem hohen Niveau liegt. Dies zeigt sich in einer fast kontinuierlichen Zunahme an Auszubildenden in der Pflege seit 2011. Dieses Niveau bei abnehmenden Zahlen von Schulabgängerinnen und Schulabgängern mindestens zu halten, muss das Ziel aller Maßnahmen der Berufs- und Studienorientierung sein.

3.2.2.2 Fort- und Weiterbildung

Fort- und Weiterbildungen sind ein wesentlicher Bestandteil des lebenslangen Lernens und gleichzeitig ein wichtiges Instrument der Personalentwicklung. In den Pflegeberufen liegt die Regelungskompetenz für Weiterbildungen bei den Ländern. Fortbildungen sind hingegen berufsrechtlich nicht reglementiert. Leistungsrechtlich werden im SGB XI keine Vorgaben hinsichtlich der Qualifikation des Pflegepersonals definiert, die sich auf das Niveau landesrechtlich geregelter Weiterbildungen stützen. Es werden lediglich Zusatzqualifikationen wie beispielsweise die der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater nach § 7a Abs. 3 SGB XI basierend auf Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes oder „Weiterbildungsmaßnahmen“ wie z. B. für die verantwortliche Pflegefachkraft gemäß § 71 Abs. 3 SGB XI vorgegeben (im Umfang von mindestens 460 Stunden), die unterhalb der Standards einer landesrechtlich geregelten Weiterbildung liegen. Im Land Berlin

bestehen – neben den Weiterbildungen für den Krankenhaussektor – formalrechtlich Weiterbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Heranbildung von Pflegefachkräften in der Rehabilitation und Langzeitpflege sowie auch in der ambulanten Pflege. Beide Weiterbildungen werden allerdings derzeit mangels Nachfrage nicht angeboten. Die Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für die Heranbildung von Pflegefachkräften für leitende Funktionen (im Umfang von mindestens 1.000 Unterrichtsstunden + 450 Stunden berufspraktischer Anteile) wird zwar angeboten, jedoch kaum in Anspruch genommen. Vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen und Herausforderungen, zu denen u. a. die notwendige Anschlussfähigkeit von Weiterbildungen an die generalistische Ausbildung, die Durchlässigkeit zwischen beruflichen und akademischen Qualifizierungen ebenso wie strukturelle Veränderungen der Versorgungsstrukturen (Ambulantisierung) zählen, wird eine Novellierung des Berliner Weiterbildungsgesetzes und der entsprechenden Weiterbildungs- und Prüfungsverordnungen angestrebt (siehe Kapitel 4). Als potenziell wegweisend könnten das in der vergangenen Legislatur vom Bund in Aussicht gestellte Pflegekompetenzgesetz sowie das Advanced-Practice-Nurse-Gesetz gelten. Insbesondere die selbstständige Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen wird absehbar neue Maßstäbe in der beruflichen Pflege setzen.

3.2.2.3 Anwerbung von Fachkräften mit ausländischem Abschluss in der Pflege

Neben der Aus- und Weiterbildung gilt die Anwerbung von Fachkräften mit ausländischem Abschluss in der Pflege als zentrales Instrument der Neuakquise von Pflegefachpersonen und damit zur Sicherung des Personalbedarfs. Wie viele Fachkräfte mit ausländischem Abschluss in der Pflege in Berlin jährlich zuwandern, wird statistisch nicht erfasst. Zudem fehlt es an Erhebungen, in welchem Umfang eine gezielte Akquise durch arbeitgebende Personen oder Personalvermittlungsagenturen im Ausland erfolgt. Statistisch wird immerhin durch das LAGeSo erfasst, wie viele Anträge auf Anerkennung ausländischer Pflegeberufsabschlüsse in Berlin durchgeführt worden sind. Auf diese Daten bezogen verzeichnet Berlin einen signifikanten Anstieg an Fachkräften mit ausländischem Abschluss in der Pflege. Konkret sind die Antragszahlen im Jahr 2023 gegenüber 2022 um 60 % auf über 1.200 und im Jahr 2024 nochmals um 52 % auf 1.820 gestiegen. Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege umfassen die Anträge Ausbildungen aus 45 Ausbildungsstaaten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund des etablierten Verfahrens nach dem Krankenpflegegesetz im Jahr 2024 noch Anträge auf Zulassung dieses Berufsabschlusses gestellt worden sind. Zwischenzeitlich ist die Umstellung des Verfahrens in der Folge des Pflegeberufgesetzes auf die Beantragung des Abschlusses Pflegefachfrau/Pflegefachmann zum 01.01.2025 erfolgt. In 2024 waren

die fünf häufigsten Ausbildungsstaaten im Bereich der Pflege Türkei, Indien, Mexiko, Brasilien und Kolumbien (Quelle: Statistik des LAGeSo).²⁹

91 % der gesamten Anträge liegen Drittstaatenausbildungen zugrunde, 9 % entfallen auf EU-Staaten-Ausbildungen. Dabei hat insgesamt jede dritte qualifizierte Pflegekraft, die 2024 die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung erhielt, eine ausländische Pflegeausbildung absolviert.

Im Verhältnis zum Antragsaufkommen im Jahr 2024 wurden 773 Erlaubnisse zum Führen der Berufsbezeichnungen erteilt und 2.049 Feststellungsbescheide (Feststellung der Unterschiede zwischen ausländischer Ausbildung und deutscher Ausbildung) erlassen. Sobald die antragstellenden Personen nach Erhalt des Feststellungsbescheids eine Anpassungsmaßnahme absolviert und ggf. weitere fehlende Nachweise erbracht haben, wird zur abschließenden Antragsbearbeitung die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung erteilt.

Mit einem weiteren Anstieg der Antragszahlen und damit der Erteilung von Erlaubnissen zum Führen der Berufsbezeichnung für Fachkräfte mit ausländischem Abschluss in der Pflege wird gerechnet, sodass die Akquise von Fachkräften mit ausländischem Abschluss in der Pflege weiterhin zur Reduzierung des Fachkräftemangels beitragen wird.

Ein wichtiges pflegepolitisches Ziel muss sein, geeignete Rahmenbedingungen für die drei Säulen der Fachkräftesicherung zu schaffen. Weitere Ressourcen bestehen etwa in der Reakquise von beruflich qualifizierten Pflegepersonen, die in andere Branchen abgewandert sind. Auch die Erhöhung der individuellen Arbeitszeit kann eine Rolle spielen. Für beide Maßnahmen stellen gute Arbeitsbedingungen in den Pflegeeinrichtungen eine wesentliche Voraussetzung dar.

3.2.3 Arbeitsbedingungen

Um die Fachkräftesituation in der Pflege zu verbessern und mehr Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern, sind attraktive Arbeitsbedingungen von entscheidender Bedeutung. Eine angemessene Bezahlung ist für nahezu alle Pflegenden ein zentraler Punkt für einen attraktiven Arbeitsplatz³⁰.

²⁹ Es handelt sich um die Ausbildungsstaaten der Antragstellenden im Berichtsjahr 2024 und nicht um die Ausbildungsstaaten derjenigen, die eine Erlaubnis erteilt bekommen haben.

³⁰ Ergebnisse einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege (Braeseke, 2022).

Nach dem Scheitern von Verhandlungen zu einem Flächentarifvertrag in der Pflege wurden mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) Pflegeheime und ambulante Pflegedienste nach SGB XI verpflichtet, ab dem 1. September 2022 entweder selbst tarifgebunden zu sein oder ihre Pflege- und Betreuungskräfte mindestens in Höhe von in der Region anwendbaren Pflege-Tarifverträgen zu entlohnen.

Das zum 31.10.2024 regional übliche Brutto-Entgelt in Berlin beträgt 21,43 €/h (ohne Zuschläge). Im Vergleich zum Vorjahr ist es durchschnittlich um 5,1 % gestiegen.

- Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige Ausbildung:
18,89 €/h (+ 4,88 %)
- Pflege- und Betreuungskräfte mit mindestens einjährige Ausbildung:
19,75 €/h (+ 5,0 %)
- Pflege- und Betreuungskräfte mit mindestens dreijährige Ausbildung:
25,45 €/h (+ 6,75 %)

Bezüglich des Grundlohnes der Tarifverträge liegen die Berliner Träger im Bundesdurchschnitt, nicht jedoch hinsichtlich der Zuschläge für Dienste zu ungünstigen Zeiten (wie z. B. Nacht-, Sonn- und Feiertagsarbeit). Da die Pflegeleistungen zum großen Teil rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zu erbringen sind, haben diese Zuschläge relevante Auswirkungen und führen mindestens zu einem überdurchschnittlichen Preisniveau bei identischen Fachstandards. Die regional üblichen Entgelte werden regelmäßig erhoben und veröffentlicht (AOK Bundesverband, 2024b).

Neben einer angemessenen Bezahlung stehen für viele beruflich Pflegende Themen rund um die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf im Vordergrund. Aufgrund der Schicht- und Wochenendtätigkeit bilden flexible und gleichzeitig zuverlässige Kinderbetreuungsmöglichkeiten die Grundlage für das Verweilen im Beruf. Unterstützende Angebote von Arbeitgebenden gelten in Ergänzung hierzu als wesentliche Attraktivitätsfaktoren im Berufsleben. Individuell zugeschnittene Arbeitszeitmodelle, eine verlässliche Dienstplanung, Ausfallkonzepte und ergänzende betriebliche Kinderbetreuungsmöglichkeiten gelten als zentrale Faktoren und bieten ein großes Potenzial, beruflich Pflegende an das Unternehmen zu binden sowie die Bereitschaft zur Aufstockung der Arbeitszeit zu erhöhen.³¹

Zudem wünschen sich beruflich Pflegende eine gute Personalausstattung mit kompetenzorientierter Aufgabenverteilung, unterstützende Führungsmodelle, die Stärkung

³¹ Ergebnisse einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege (siehe vorherige Fußnote)

der eigenen Profession, bessere Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, aber auch Digitalisierung am Arbeitsplatz zur Entlastung im Arbeitsalltag (siehe Braeseke, 2022).

Arbeitskräfte in der Pflegebranche sind überdurchschnittlichen Belastungen ausgesetzt. Eine Analyse der GKV-Routinedaten zur gesundheitlichen Situation und krankheitsbedingten Beeinträchtigungen von beruflich Pflegenden zeigt, dass beruflich Pflegende in besonderer Weise von gesundheitlichen Risiken betroffen sind (siehe Klie & Haumann, 2024). Dabei spielen sowohl Erkrankungen im Bewegungsapparat eine Rolle als auch – und dies in besonders ausgeprägter Weise – psychische Belastungen. Die hohen Arbeitsbelastungen schlagen sich in höheren Krankenständen im Vergleich zu anderen Branchen nieder. Nach Auswertungen der Beschäftigtendaten der Techniker Krankenkasse lag die durchschnittliche Zahl der Fehltage von Berliner Pflegekräften in 2021 bei 29,5 Tagen – und damit knapp über dem Bundesdurchschnitt aller beruflichen Pflegekräfte, vor allem aber elf Tage über der durchschnittlichen Ausfallzeit anderer Branchen (Die Techniker, 2024).

Demzufolge spielt die Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Rahmen eines branchenspezifischen Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zur Gesunderhaltung der Mitarbeitenden eine zentrale Rolle, um langfristig Pflegepersonal im Unternehmen zu halten.

Neben den genannten konkreten strukturellen Stellschrauben geben Pflegekräfte in verschiedenen Studien immer wieder an, dass für sie die Wertschätzung ihrer Arbeit ein zentraler Aspekt bei der Berufszufriedenheit darstelle (Braeseke, 2022). Personal- und Organisationsentwicklungsansätze müssen daher in Zukunft noch stärker ihren Fokus auf Personalführung – insbesondere auch auf die Qualifizierung im Bereich der Soft Skills bei Personen mit unmittelbarer Personalverantwortung – legen.

3.3 Pflege durch Angehörige

Viele Menschen wünschen sich, bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit und im hohen Alter im eigenen Zuhause wohnen bleiben zu können. Daten der Pflegestatistik für Berlin zeigen, dass die meisten pflegebedürftigen Personen dies umsetzen: Zum Stichtag 15.12.2023 werden ca. 87 % der rund 212.000 pflegebedürftigen Menschen in Berlin ambulant versorgt. Etwa 54 % der Berlinerinnen und Berliner mit Pflegegrad werden dabei ausschließlich durch Angehörige gepflegt (siehe Kapitel 3.1.1 Pflegebedürftige und

Pflegeprävalenz – IST-Stand).³² Die Sozialgesetzgebung stützt den Wunsch nach einer Betreuung und Pflege im häuslichen Umfeld. Gemäß § 3 SGB XI soll die Pflegeversicherung „mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können“.

Pflege durch Angehörige findet in unterschiedlichen Lebenssituationen und Beziehungskonstellationen statt. Bezeichnungen wie „Angehörigenpflege“, „informelle Pflege“ oder „Pflege durch pflegende Zugehörige“ dienen dazu, diese Vielfalt der Lebenslagen pflegebedürftiger Menschen und der sie unterstützenden Personen abzubilden. Es hängt vom konkreten Zusammenhang ab, welche Bezeichnung die treffendste ist. Bei „Pflegepersonen“ im Sinne des SGB XI handelt es sich um Personen, die „nicht erwerbsmäßig“ eine pflegebedürftige Person im Sinne des § 14 SGB XI in deren häuslicher Umgebung pflegen (vgl. § 19 SGB XI „Begriff der Pflegeperson“). Ein Leistungsanspruch für Pflegepersonen nach dem SGB XI besteht erst, wenn der Pflegeumfang mindestens 10 Stunden pro Woche beträgt, verteilt auf mindestens 2 Tage in der Woche.

Um zu verdeutlichen, dass der Begriff „Pflegende Angehörige“ nicht nur auf Menschen abzielt, die im engeren Sinne an der Pflege beteiligt sind, sondern auch auf Menschen, die andere Hilfs- und Unterstützungsleistungen für eine pflegebedürftige Person erbringen –unabhängig von einer familiären Beziehung –, wird die folgende Definition für pflegende Angehörige gewählt.

Definition „Pflegende Angehörige“:

„Um als pflegende Angehörige zu gelten, müssen [...] nicht unbedingt pflegerische Handlungen im engeren Sinne übernommen werden oder eine familiäre Beziehung nach rechtlichem Verständnis zwischen pflegebedürftiger und pflegender Person bestehen. Vielmehr können unter pflegenden Angehörigen alle einer pflegebedürftigen Person nahestehenden Menschen verstanden werden, die dieser regelmäßig und nicht erwerbsmäßig bei der Lebensführung helfen.“

Quelle: Eggert et al. (2024)

³² Häusliche Krankenpflege nach SGB V trägt zur Stabilisierung der selbstorganisierten Versorgung bei Pflegegeldbezug bei. Nach Angaben von Klie (2023) sind darüber hinaus Live-Ins auch in Berlin mit rund 18 % nicht selten. Das Pflegegeld wird in diesem Kontext von den Pflegehaushalten zur Kofinanzierung der überwiegend aus Osteuropa stammenden informellen Pflegekräfte genutzt. Offizielle Statistiken hierzu gibt es nicht.

Die Zahl pflegender Angehöriger wird in der amtlichen Statistik nicht erfasst. Eine Annäherung ist über die Zahl der Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld möglich.³³ Anhand der Pflegestatistik 2023 und der für Berlin hochgerechneten Daten der AOK Nordost über die ©SAHRA-Plattform ergibt sich zum Jahresende 2023 eine Zahl von insgesamt rund 141.000 Pflegebedürftigen in Berlin, die Pflegegeld ausschließlich oder in Kombination mit Sachleistungen bezogen haben und damit auch oder einzig durch private Pflegepersonen gepflegt wurden.

Unter der Annahme, dass jede Pflegegeld beziehende Person durchschnittlich von zwei Pflegepersonen unterstützt wird,³⁴ gab es in Berlin im Dezember 2023 etwa 282.000 pflegende Angehörige (auf Basis des Bezugs von Pflegegeld).

Mit den Charakteristika der Gruppe pflegender Angehöriger und deren Situation beschäftigt sich eine Vielzahl an Studien. Aufgrund von Unterschieden in der Definition der Zielgruppe und den gewählten Zugangswegen sind deren Ergebnisse allerdings nur eingeschränkt vergleichbar. Für Berlin liegen nur wenige repräsentative und valide Daten zur Situation pflegender Angehöriger vor.³⁵

3.3.1 Vielfalt der Pflege-Konstellationen durch Angehörige

Pflegende Angehörige sind eine tragende Säule der Absicherung von Pflege in Deutschland und ermöglichen einem großen Teil der pflegebedürftigen Menschen in Berlin, in der privaten Häuslichkeit wohnen zu bleiben. Die Tätigkeiten von pflegenden Angehörigen im Zusammenhang mit der Sicherstellung der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Personen sind vielfältig und unterscheiden sich in ihrer Art und ihrem Umfang zwischen unterschiedlichen Pflegesettings und je nach dem konkreten Einzelfall.

Pflegende Angehörige können in allen Pflegesettings eine bedeutsame Rolle spielen. Dies gilt sowohl für die Unterstützung von Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung leben, als auch für jene in besonderen Wohnformen wie Betreutem Wohnen oder

³³ Im Dezember 2023 erhielten gemäß Pflegestatistik 115.277 Pflegebedürftige im Land Berlin Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI. Dies entspricht ca. 54 % der Pflegebedürftigen. Außerdem erhielten schätzungsweise 25.000 Pflegebedürftige, die Leistungen nach SGB XI durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste bezogen, zusätzlich Pflegegeld (Bezieherinnen und Bezieher von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI; Datenbasis: eigene Berechnungen auf Basis von Daten der AOK Nordost, ©SAHRA-Plattform).

³⁴ Bundesweiten Repräsentativerhebungen zufolge kommen auf jede pflegebedürftige Person im Privathaushalt durchschnittlich zwei private Pflegepersonen (vgl. KANTAR, 2019, S. 94; Tendenz im Zeitverlauf leicht rückläufig).

³⁵ Eine Arbeitsgruppe zu Belastungssituationen in der häuslichen Pflege, die im Auftrag des Berliner Landespflegeausschusses arbeitet, empfiehlt daher die Verbesserung der Datenlage für Berlin.

Wohngemeinschaften. Auch für Menschen, die in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung gezogen sind, um dort rund um die Uhr Betreuung und Versorgung zu erhalten, macht es einen großen Unterschied, ob sie dort zusätzlich Unterstützung durch Familienangehörige und andere nahestehende Personen wie Freundinnen, Freunde oder ehemalige Nachbarinnen bzw. Nachbarn erhalten. Je nach Setting unterscheiden sich die besonderen Herausforderungen, welche pflegebedürftige Menschen und ihre pflegenden Angehörigen zu bewältigen haben.

Pflegende Angehörige unterstützen z. B. bei dem Zugang zu Informationen, der Beantragung von Leistungen oder der Mobilität innerhalb und außerhalb der Wohnumgebung. Oft organisieren sie pflegeflankierende und pflegerische Hilfen oder erledigen selbst entsprechende Tätigkeiten insbesondere im Bereich der Haushaltsführung und Körperpflege. Sie übernehmen alltägliche Besorgungen oder Angelegenheiten, organisieren Arztbesuche oder auch soziale Kontakte und unterstützen pflegebedürftige Menschen dabei, weiter am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Auch in der letzten Lebensphase kann die Begleitung durch die pflegenden Angehörigen von großer Wichtigkeit sein. Viele dieser Aufgaben werden aus der Ferne übernommen, teilweise auch über Ländergrenzen hinweg³⁶.

3.3.2 Wie setzt sich die Gruppe der pflegenden Angehörigen zusammen?

Pflege durch Angehörige ist nach wie vor mehrheitlich durch Frauen geprägt. Gemäß Herrmann et al. (2022) lag der Frauenanteil an den (informell) pflegenden Angehörigen in Deutschland im Jahr 2020 bei ca. 61 %. Frauen leisten demnach nicht nur häufiger, sondern meist auch mit mehr Zeitaufwand unbezahlte Sorgearbeit. Diese vielfach belegte Ungleichverteilung in der Zeitverwendung von Männern und Frauen wird als „Gender Care Gap“ bezeichnet. Durch die ungleiche Aufteilung der unbezahlten Sorgearbeit steht Frauen im Verhältnis weniger Zeit für die eigene Erwerbstätigkeit zur Verfügung, woraus sich wirtschaftliche Nachteile für Frauen „in Bezug auf ihre Entlohnung, ihre beruflichen Chancen, ihre ökonomische Eigenständigkeit und letztendlich auf ihre Alterssicherung“ ergeben (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2024).

Pflegende Angehörige befinden sich selbst häufig bereits im fortgeschrittenen Alter. Bundesweit sind lediglich 16,3 % der pflegenden Angehörigen jünger als 40 Jahre. Mehr

³⁶ Bei Angehörigenpflege in transnationalen Familien sind die pflegenden Personen keine Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI, leisten jedoch Sorgearbeit aus der Ferne. Für sie besteht die Herausforderung, die Pflege der Angehörigen im Heimatland und das Leben in Deutschland miteinander zu vereinbaren.

als 70 % sind hingegen über 50 Jahre alt (Herrmann et al., 2022, S. 15 f.). Knapp 69 % der pflegenden Angehörigen sind erwerbsfähig. Von diesen erwerbsfähigen Pflegepersonen gehen ca. 76 % einer Beschäftigung nach. Dies zeigt deutlich, dass Pflege im Spannungsfeld der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf stattfindet (ebd.).

Bundesweit werden etwa 34 % der pflegebedürftigen Menschen von (Ehe-)Partnerinnen und Partnern und knapp 40 % von Kindern und Schwiegerkindern unterstützt und gepflegt (KANTAR, 2019, S. 96-104). Fast zwei Drittel aller pflegebedürftigen Personen leben im selben Haushalt wie die Pflegenden, ein Drittel in einem anderen. Einige pflegende Angehörige weisen selbst chronische Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen auf oder sind pflegebedürftig (ebd.). Bei den ca. 5.800 Kindern bis 15 Jahren mit Pflegebedarf in Berlin pflegen zumeist ausschließlich die Eltern.

3.3.3 Auswirkungen der Angehörigenpflege

Wer andere zu Hause pflegt, tut dies meist aufgrund einer emotionalen Bindung (Kohfal, 2007). Aber auch andere Gründe können eine Rolle spielen wie beispielsweise mangelnde finanzielle Möglichkeiten, die Pflege anders sicherzustellen. Die häusliche Pflege durch und mit pflegenden Angehörigen geht einerseits mit Belastungen und andererseits mit positiven Konsequenzen für alle Beteiligten, auch für die pflegebedürftigen Menschen, einher.

Belastung ist ein subjektives Konstrukt. Das Ausmaß der erlebten Belastung der Hauptpflegeperson steigt mit dem Pflegegrad der pflegebedürftigen Person an. Im Jahr 2018 berichteten 57 % der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 in einer bundesweiten Repräsentativerhebung, infolge der geleisteten Pflegetätigkeiten „sehr stark“, 31 % „eher stark“ belastet zu sein. Im Vergleich dazu fühlten sich Hauptpflegepersonen von Personen mit Pflegegrad 2 zu 18 % „sehr stark“ und zu 54 % „eher stark“ belastet (KANTAR, 2019, S. 106). Einfluss hatten dabei Faktoren wie die Wohnsituation, Demenz, der Umfang der Pflegebedürftigkeit, das Haushaltseinkommen, die Beziehungsgeschichte oder die Zahl der an der Pflege beteiligten Personen.

Belastungen für pflegende Angehörige können sich beispielsweise aus dem zeitlichen oder finanziellen Aufwand ergeben, aufgrund baulicher oder sozialer Hindernisse für die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Teilhabe entstehen und körperliche und/oder psychische Belastungen (Sorgen, Erschöpfung) umfassen. Auch Veränderungen in der Beziehung mit der pflegebedürftigen Person und der eigenen Rolle können – von allen Beteiligten – unterschiedlich erlebt werden. Insbesondere für Pflegende im mittleren Lebensalter liegt eine große Herausforderung darin, die übernommene

Pflegeverantwortung mit beruflichen und (weiteren) familiären Verpflichtungen zu vereinbaren. Der demografische Wandel führt dazu, dass immer mehr Menschen eine Pflegeverantwortung für die eigenen Eltern eingehen, gleichzeitig jedoch selbst ggf. noch minderjährige Kinder haben und im Arbeitsleben eingebunden sind.

Doch auch pflegebedürftige Personen können die Pflegesituation als belastend erleben. Im Zusammenwirken mit Umweltfaktoren können die einer Pflegebedürftigkeit zugrundeliegenden Einschränkungen in den alltäglichen Fähigkeiten und/oder der Selbstständigkeit die Möglichkeiten sozialer Teilhabe stark beeinträchtigen, z. B. aufgrund von Mobilitätseinschränkungen und mangelnder Barrierefreiheit der baulichen Umwelt. Zudem können Intimität und Abhängigkeit innerhalb der Pflegesituation zu Schamgefühlen führen. Beeinträchtigungen des Selbstbildes, alles selbst schaffen zu können, und die Notwendigkeit, andere Menschen mitunter in intimste Handlungen und Abläufe einzubeziehen – wie beispielsweise den Toilettengang oder das Schlafengehen – können als belastend erlebt werden (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2017). Dies kann die Rollen der pflegebedürftigen und der pflegenden Person und in der Folge deren Beziehung stark verändern und – je nach Umgang mit der Situation und Zugang zu Bewältigungsressourcen – Einsamkeit und soziale Isolation befördern.

Das Zusammentreffen unterschiedlicher Belastungen über einen längeren Zeitraum kann insbesondere bei Pflegesettings in der privaten Häuslichkeit zur allmählichen Überlastung und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Person und/oder der Pflegeperson führen. Es ist von großer Wichtigkeit, hier rechtzeitig für Entlastungen zu sorgen, um das Risiko zu mindern, dass Notsituationen entstehen, in deren Folge es zu einem Zusammenbruch des häuslichen Pflegesettings kommen kann. Auch steigt in solchen Konstellationen das Risiko für Vorkommnisse psychischer oder körperlicher Gewalt.

Ein wichtiger Aspekt zur Stabilisierung der Pflegearrangements in belastenden Situationen ist die Selbstfürsorge der pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen. Berlin bietet ein umfangreiches Netz an Beratungs- und Unterstützungsangeboten (siehe hierzu Kapitel 3.4.4). Insbesondere Pflege-Selbsthilfegruppen können dazu beitragen, sich über die belastenden Faktoren der Pflegesituation auszutauschen und Möglichkeiten zu finden, die Pflege passgenauer zu gestalten – oder einfach ein Ventil für individuelles Empfinden bieten.

Trotz mancher Belastungen wird die Übernahme von Verantwortung in der Begleitung, Unterstützung und Pflege von Menschen mit Pflegebedarf von vielen Pflegenden als

wichtiger Aspekt ihrer Lebensführung und Bereicherung erlebt. Viele Pflegepersonen bewerten es beispielsweise positiv, gebraucht zu werden, sind sich erworbener Fähigkeiten bewusst, erleben Freude im Zusammensein mit der Person mit Pflegebedarf und ziehen Befriedigung daraus, eine Verpflichtung erfüllen zu können. Mehrheitlich bringen pflegende Angehörige, unabhängig vom Pflegegrad, mindestens einen positiven Aspekt mit der Pflege in Verbindung (Jacobs et al., 2021). Auch pflegebedürftige Personen verbinden positive Aspekte mit der Pflege durch Angehörige, die ihnen oftmals den Verbleib in der Häuslichkeit sichert.

3.3.4 Unterstützungsangebote zur Stärkung der Pflege durch Angehörige

Um die pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit durch Angehörige zu stärken und somit auch die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen zu erhöhen, besteht in Berlin eine vielfältige Struktur von Angeboten zur Beratung und Unterstützung (siehe Kapitel 3.4):

- Pflegestützpunkte,
- Fachstelle Vereinbarkeit von Beruf, Familie, Pflege bei KOBRA
- Fachstellen und Beratungsangebote für spezifische Bereiche der häuslichen Pflege, z. B. junge Pflegende, versorgungsintensive Kinder und Jugendliche, Lesben, Schwule, bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche sowie queere Menschen (LSBTIQ+), Demenz, Konfliktbearbeitung und Gewaltprävention, Vorsorge für und Versorgung am Lebensende,
- Angebote zur Unterstützung im Alltag,
- ambulante Pflege- und Betreuungsdienste, ambulante Hospizdienste, Tagespflege- und Tageshospiz- sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Verhinderungspflege,
- Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung und Kontaktstellen Pflege-Engagement,
- Nachbarschaftshilfe,
- Interkulturelle Brückenbauer*innen.

Die Angebote spiegeln in ihrer Bandbreite die Vielfalt der Lebenswirklichkeiten in Berlin wider.

Pflegebedürftige Personen und pflegende Angehörige benötigen Entlastung durch zielgruppengerechte Information und Beratung, die durch die oben genannten Strukturen weitgehend ermöglicht werden. Darüber hinaus sind praktische Anleitungen (u. a. in Pflegekursen und Letzte-Hilfe-Kursen) und Wissensvermittlung (u. a. durch

Informationsbroschüren, Handreichungen und Videoclips) wichtige Bausteine zur Stärkung von häuslichen Pflegearrangements.

Nicht zu unterschätzen ist auch die entlastende Wirkung einer frühzeitigen Auseinandersetzung mit Präferenzen der pflegebedürftigen Menschen in Verbindung mit einer realistischen Einschätzung dessen, was Angehörige schultern wollen und können. Der kommunizierte und bestenfalls schriftlich niedergelegte Wille für den Fall der Fälle, dass sich die Menschen nicht selbst äußern können, bringt Handlungssicherheit für pflegende Angehörige und unterstützende Personen im sozialen Umfeld, aber auch für weitere in der Betreuung oder im Notfall einbezogene Professionen (siehe Vorhabenbeschreibung „Versorgung am Lebensende“). Informationen und Unterstützungsmöglichkeiten dafür bieten eine Reihe von Akteuren an. Hervorzuheben sind hier die in Fragen der Vorsorge am Lebensende kompetenten Strukturen, wie etwa die Zentrale Anlaufstelle Hospiz oder die Berliner Betreuungsvereine.

3.4 Darstellung der Angebotsstrukturen in Berlin

3.4.1 Vorpflegerische Angebote

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, chronisch und mehrfach zu erkranken, verbunden mit Beeinträchtigungen, welche die Teilhabemöglichkeiten und den Grad der Selbstständigkeit verringern (Böhm et al., 2009). Ebenfalls erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, allein zu leben. Dies wiederum ist vielfach verbunden mit einem geringeren Haushaltseinkommen und geringerer sozialer Unterstützung. Durch das Ende der Berufstätigkeit verändern sich die sozialen Netzwerke, mit dem Beruf verbundene Kontakte und Ressourcen fallen weg. Insgesamt wird es schwieriger, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Viele ältere Menschen leben unfreiwillig allein, manche ziehen sich zurück und werden einsam. Einsamkeit wiederum ist ein Faktor, der das Entstehen von chronischen Erkrankungen sowie von Pflegebedürftigkeit begünstigt.

Strategien und Konzepte zur Vermeidung, Verzögerung und Begrenzung von Pflegebedürftigkeit sind angesichts des demografischen Wandels dringender denn je gefragt (Garay et al., 2024). Vor dem Hintergrund der zunehmenden Anzahl älterer und pflegebedürftiger Menschen im Land Berlin (siehe Kapitel 3.1) gewinnen auf Prävention und Teilhabe ausgerichtete vorpflegerische Angebote wie auch die unterstützende Digitaltechnologie enorm an Bedeutung.

Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung hat sich in Zusammenarbeit mit der Gesundheits- und Sozialverwaltung, den Bezirken und vielen weiteren Akteuren seit

Jahren die Förderung von präventiven und teilhabesichernden Angeboten im Bereich der Altenhilfe und Pflege zur Aufgabe gemacht. Ziel der gemeinsamen Aktivitäten ist es, durch die Förderung und den Erhalt von Gesundheit und sozialer Teilhabe die Voraussetzungen für ein gutes Leben im Alter zu schaffen. Die Lebensqualität im (hohen) Alter und bei Pflegebedürftigkeit soll erhalten, häusliche und nachbarschaftliche Unterstützungssituationen stabilisiert und die Notwendigkeit, langfristig oder dauerhaft medizinische, pflegerische und soziale Leistungen in Anspruch zu nehmen, reduziert werden.

Für Menschen, welche die altersbedingten Schwierigkeiten nicht aus eigener Kraft oder mit Unterstützung ihres Umfeldes bewältigen können, stellt der Staat Beratungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung. So soll Menschen die Möglichkeit erhalten bleiben, trotz altersbedingter Kompetenzverluste und erhöhtem Sicherheitsbedürfnis selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Daher liegt es auch in öffentlicher Verantwortung, Orte der Begegnung zu schaffen, diese zu unterhalten und digitale Möglichkeiten der Teilhabe bereitzustellen. Hierzu zählen ebenfalls die Ermöglichung des Zugangs zu digitalen Formaten wie auch Möglichkeiten der Befähigung zur Nutzung digitaler Technologien. Wichtig ist es, Menschen möglichst frühzeitig über Beratungs-, Unterstützungs- und Teilhabeangebote bei altersbedingten Schwierigkeiten und im Vor- und Umfeld von Pflege zu informieren. Vorhandene Unterstützungsangebote „Rund ums Alter“ müssen rechtzeitig bekannt sein und verstanden werden. Dieses Ziel kann etwa durch niedrigschwellige zugehende Angebote für Menschen ab einem bestimmten Lebensalter erreicht werden. Auch diese Informations- und Beratungsangebote sollten in analoger sowie digitaler Form vorgehalten werden.

3.4.1.1 *Altenhilfe*

In Berlin gibt es vielfältige und breit gefächerte Angebote, die älteren Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Dies sind unter anderem Angebote zur Freizeitgestaltung, Kultur- und Bildungsveranstaltungen, gemeinsame Bewegung und Ausübung von Sport, Möglichkeiten des bürgerschaftlichen Engagements und des Ausübens eines Ehrenamtes. Viele dieser Angebote werden durch Vereine, Volkshochschulen, freie Träger und auch durch Privatpersonen angeboten. Ebenso gibt es zahlreiche Angebote der Beratung und Unterstützung in allen Lebenslagen, auch für ältere Menschen.

Allen älteren Menschen soll es möglich sein, diese Angebote in Anspruch zu nehmen, unabhängig von ihrem Einkommen. Ebenso sollen Menschen die notwendige Beratung

und Unterstützung erhalten, mit der sie sich auf das Alter vorbereiten können. Der Berliner Senat und die Bezirke fördern deshalb viele dieser Angebote oder bieten diese selbst an.

3.4.1.1.1 Altenhilfekoordination und Altenhilfeplanung

Um diese Angebote in den Bezirken besser zu vernetzen, darüber zu informieren, sie zu vervollständigen und zu planen, wurden seit dem Jahr 2018 nach und nach in allen Berliner Bezirken Altenhilfekoordinationen eingerichtet. Die Altenhilfekoordinatorinnen und -koordinatoren arbeiten dabei eng mit den Verantwortlichen für Gesundheitskoordination und Gesundheitsförderung Älterer im Bezirk (kurz: Geriatriekoordination) wie auch mit den bezirklichen Verantwortlichen für Gesundheitsberichterstattung zusammen. Die sich in dieser Legislaturperiode (2023–2026) in der Erarbeitung befindlichen Regelungen zur gesamtstädtischen Steuerung der Altenhilfe (auf Grundlage des § 71 SGB XII) sollen erstmalig einheitliche Rahmenbedingungen für die Landesaltenhilfestrukturplanung und die bezirkliche Altenhilfeplanung schaffen (siehe Kapitel 4.2.2).

Langfristiges Ziel ist die gesamtstädtisch verbindliche Verzahnung der Landesaltenhilfestrukturplanung / bezirklichen Altenhilfeplanung mit den Planungsprozessen in den Politikfeldern Gesundheit und Pflege, darüber hinaus mit Soziales, Stadtentwicklung und Wohnen sowie Verkehr und Mobilität. Gleiches gilt für die Verzahnung von bezirklichen und landesweiten Planungen. Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung arbeitet daher eng mit den bezirklichen Altenhilfekoordinationen und Geriatriekoordinationen wie auch mit den in den Bezirken Verantwortlichen für die Gewährung von Hilfen zur Pflege zusammen. Ebenfalls werden die Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbünde als bezirkliche Netzwerkstruktur eingebunden, die unter anderem von der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung gefördert und unterstützt werden.

3.4.1.1.2 Bezirksübergreifende Angebote

Neben den wohnortnahen Angeboten, die von den Bezirksverwaltungen geplant und bereitgestellt werden, fördert der Berliner Senat bezirksübergreifende und landesweite Angebote. Während viele altersunabhängige Angebote von anderen Senatsverwaltungen verantwortet werden (bspw. Volkshochschulen, Förderung des Breitensports, Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen, Angebote in Stadtteilzentren und Nachbarschaftszentren, Unterstützung des bürgerschaftlichen Engagements, Besuchsdienste, Mobilitätshilfsdienste und die Seniorenmitwirkungsgruppen), fördert die Senatsverwaltung für Pflege einige spezielle stadtweite Angebote für Ältere (siehe hierzu die Steckbriefe auf der Webseite zum Landespflegeplan).

Das telefonische Angebot „Silbernetz – einfach mal reden“ bietet ein niedrigschwelliges telefonisches Gesprächsangebot für Ältere („Silbertelefon“) mit täglich 14 Stunden Erreichbarkeit von 8-22 Uhr. Auf Wunsch gibt es die Möglichkeit, eine feste ehrenamtliche Ansprechperson („Silbernetzfreund*in“) für ein wöchentliches Telefongespräch vermittelt zu bekommen. Darüber hinaus ist es möglich, sich mittels des „Silbertelefons“ über Angebote für Ältere im Wohnumfeld zu informieren.

Die Senatsverwaltung unterstützt außerdem die digitale Informationsplattform Seniorennetz.Berlin, die unter der Internet-Adresse www.seniorennetz.berlin eine digitale Übersicht zu Freizeit-, Kultur- und Bildungsangeboten für ältere Menschen in Berlin bietet. Ältere Menschen finden hier neben Orten und Einrichtungen ebenfalls regelmäßige und einmalige Angebote in ihrer Nähe. Hierfür arbeitet das Seniorennetz mit den Bezirken sowie zahlreichen Einrichtungen und Organisationen in Berlin zusammen. Die Plattform wird barrierefrei und mehrsprachig umgesetzt. Zudem bietet Seniorennetz in Kooperation mit weiteren Partnerinnen und Partnern die Möglichkeit, dass ältere Menschen Technik erleben und erlernen können, um deren Mehrwert perspektivisch zu nutzen.

Bei den von der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung unterstützten Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbünde (GGV) der Bezirke handelt es sich um Zusammenschlüsse unterschiedlichster Einrichtungen rund um die Beratung, Betreuung und Pflege alter Menschen in den Berliner Bezirken. Mitglieder sind ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Kliniken, Beratungsstellen und Bezirksämter. Ziel der GGV ist die Zusammenarbeit dieser Akteure im Bezirk, um eine ganzheitliche, bedarfsgerechte Versorgung und Betreuung älterer Menschen in den Bezirken zu erreichen. Besonderes Augenmerk legen die GGV dabei auf die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz und psychischen Erkrankungen.

3.4.1.2 Berliner Hausbesuche

Mit den Berliner Hausbesuchen (BHB) hat das Land Berlin ein niedrigschwelliges zugehendes Angebot für Menschen ab dem 70. Lebensalter im Zeitraum von Anfang 2021 bis Ende 2023 erfolgreich in Modellregionen erprobt und ab 2024 gesamtstädtisch aufgebaut. Qualifizierte Fachkräfte (Lotsinnen und Lotsen) bieten älteren Menschen Informations- und Vermittlungsgespräche zu Themen rund um das Leben im Alter an. Ziel war und ist es, ältere Menschen auf vorhandene Angebote für die soziale und kulturelle Teilhabe, Gesundheitsförderung und Unterstützung im Alter aufmerksam zu machen und sie zu ergänzen.

Das Angebot der BHB basiert auf der partizipativ entwickelten „Berlinspezifischen Konzeption Präventiver Hausbesuche“ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2021). Die BHB sind ein informierendes Angebot, das eine Lotsenfunktion in der breiten Angebotslandschaft Berlins einnimmt. Es übernimmt eine bisher fehlende Brückenfunktion zwischen den bezirklichen Angeboten und der Zielgruppe. Die BHB sprechen die Zielgruppe über bezirkliche Anschreiben, eine breite Öffentlichkeitsarbeit und über Netzwerkpartnerinnen und -partner an. Jeder und jede Interessierte kann ein Gespräch in der Häuslichkeit oder andernorts vereinbaren. Die Lotsinnen und Lotsen informieren allgemein über ein breites Spektrum relevanter Themen des Lebens im Alter. Nach Wunsch und Bedarf erfolgt eine Vermittlung in ein ausgewähltes Angebot.

Wichtige Kooperationspartnerinnen und -partner sind unter anderem die Seniorenvertretungen, Pflegestützpunkte, die Kontaktstellen PflegeEngagement, der Sozialpsychiatrische Dienst, das Quartiersmanagement und Stadtteilkordinationen, Stadtteilzentren, Religionsgemeinschaften, Migrantenorganisationen, Angebote der interkulturellen Öffnung, LSBTIQ+-Angebote, Nachbarschaftstreffs, Seniorenclubs, Freizeitstätten, die Polizei, Bibliotheken, Mobilitätshilfedienste und Besuchsdienste.

Die BHB werden kooperativ durch die für Pflege zuständige Senatsverwaltung, die bezirklichen Koordinationen für Altenhilfe, Geriatrie und Seniorengesundheit sowie den Malteser Hilfsdienst e.V. als beauftragten Zuwendungsempfänger, umgesetzt und gesteuert.

Gemäß Evaluationsergebnissen aus der Pilotphase waren gut drei Viertel der Nutzenden (N= 1.051) Frauen (Berger et al., 2023). Das Durchschnittsalter lag bei 78,1 Jahren. Drei Viertel lebten allein. Neun Prozent der Besuchten hatten einen Migrationshintergrund. Knapp 90 Prozent der befragten Nutzenden bewerteten ihr Informationsgespräch als (sehr) nützlich. Die vermittelten Informationen seien bedarfsgerecht gewesen und die BHB motivierten viele Nutzende dazu, ein Angebot in Anspruch zu nehmen.

Am meisten interessierten sich die Nutzenden für Angebote zur Gesundheitsförderung, bezüglich Freizeit, Bildung und Kultur sowie Wohnen, Haushaltshilfen und Alltagshilfen. Ein Drittel der Besuchten war mit sich abzeichnenden Pflegebedarfen konfrontiert.

Auch Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sehen einen großen Nutzen in den BHB. Sie schließen die Lücke zwischen Bedarf und Angebot und trügen dazu bei, Menschen zu erreichen, die sonst nicht erreicht werden.

Die Richtlinien der Regierungspolitik sehen die Ausweitung der Berliner Hausbesuche auf alle zwölf Bezirke und eine Verstetigung des Angebots vor. Seit 2024 wird das Angebot schrittweise auf ganz Berlin erweitert. Wie die Etablierung und die Sicherung der Nachhaltigkeit des Angebots ausgestaltet werden könnten, ist dem Kapitel 4.3.1 zu entnehmen.

3.4.2 Pflegeflankierende Angebote

Pflegeflankierende Angebote bieten einen möglichst niedrigrschwelligen, diskriminierungssensiblen Zugang zu Beratung, Unterstützung und Selbsthilfe. Diese Angebote sind in Berlin unverzichtbar, da sie helfen, die häuslichen Pflegearrangements zu stabilisieren (siehe Kapitel 3.3.) und Lücken zum Regelversorgungssystem zu schließen. Sie sind überwiegend gesamtstädtisch ausgerichtet.

Grundsätzlich dienen die pflegeflankierenden Angebote der kooperativen Beratung von Trägern und Einrichtungen wie auch der Zusammenstellung von Informationsmaterialien und der Bereitstellung von Schulungen. Daneben sind die Vernetzung und Kooperation untereinander, mit Akteuren der pflegerischen Landschaft, aber auch der angrenzenden Ressorts wie Gesundheit und Soziales ein Arbeitsschwerpunkt der Angebote – mit dem Ziel der Weiterentwicklung der pflegerischen und pflegeflankierenden Strukturen. Bei zahlreichen pflegeflankierender Angebote nimmt insbesondere die persönliche Beratung von pflegebedürftigen Menschen, Angehörigen und beruflich Pflegenden einen großen Raum ein.

Die pflegeflankierenden Angebote sind aufeinander bezogen und bilden Synergien zur bestmöglichen Abdeckung der vielfältigen Informations- und Abstimmungs- sowie Unterstützungsbedarfe. Das Zusammenwirken der Strukturen ist maßgeblich auf eine bedarfsgerechte Beratung und Versorgung ausgerichtet.

Eine Reihe von pflegeflankierenden Angeboten wird seitens der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung gefördert. Weitere Angebote, die ebenfalls pflegeflankierend wirken, werden von anderen Abteilungen des Senats, den Berliner Bezirken oder zivilgesellschaftlichen Organisationen gefördert bzw. durchgeführt.

3.4.2.1 Beratungs- und Unterstützungsangebote für pflegebedürftige Menschen, pflegende Angehörige und beruflich Pflegende

Durch die für Pflege zuständige Senatsverwaltung geförderte pflegeflankierende Angebote mit Beratungsfunktion für pflegebedürftige Menschen, pflegende Angehörige und beruflich Pflegende umfassen:³⁷

- Beratungsstelle Jüdische Gemeinde
- Interkulturelle Brückenbauer*innen in der Pflege
- Kompetenzzentrum „Pflege 4.0“
- Kontaktstellen PflegeEngagement
- Pflege in Not
- Pflegerechtsberatung der Verbraucherzentrale Berlin
- Pflegestützpunkte
- Fachstelle Vereinbarkeit von Beruf, Familie, Pflege bei KOBRA
- Vertrauenspersonen in Pflegewohngemeinschaften
- Zentrale Anlaufstelle Hospiz
- Seniorennetz
- Silbernetz

Andere durch den Berliner Senat und die Bezirke geförderte oder in Eigenregie erbrachte pflegeflankierende Angebote mit überwiegender Beratungsfunktion für pflegebedürftige Menschen, pflegende Angehörige und beruflich Pflegende beinhalten u. a.:

- Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V.: Beratung und Unterstützung bei Alzheimer und Demenz
- Beratungsstellen für Menschen mit Behinderungen, Krebs und chronischen Erkrankungen der Berliner Gesundheitsämter: Beratung und Unterstützung bei Fragen rund um Behinderungen, chronischen Erkrankungen und Krebs
- KOBRA: Beratung zu Vereinbarkeit von Pflege und Beruf
- Beratungsangebote der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung
- Mobilitätshilfedienste
- Allgemeine unabhängige Sozialberatung
- Allgemeine Sozialdienste in Verantwortung der Bezirke
- Beratungsstelle für seelische Gesundheit im Alter
- Bezirkliche Seniorenvertretungen gemäß § 4 Abs. 3 BerlSenG

³⁷ Diese und weitere Steckbriefe werden in einheitlicher Form auf der Website zum Landespflegeplan präsentiert [Link ergänzen].

3.4.2.2 Beratungs- und Unterstützungsangebote für Träger, Dienste und die organisierte Zivilgesellschaft

Durch das Land geförderte pflegeflankierende Angebote ohne primäre Beratungsfunktion für pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige umfassen u. a.:

- Fachstelle für pflegende Angehörige
- Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbünde in den Bezirken
- Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe
- Fachstelle LSBTI*, Alter und Pflege
- Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung
- Verschiedene Fachstellen, Initiativen und Netzwerke, deren Schwerpunkt die Versorgung am Lebensende ist
- Curriculare Arbeit der Pflegeschulen in Berlin unterstützen (CurAP)
- Fachkräftesicherung in der Pflege
- Kooperationen in der Pflegeausbildung
- VK KiJu: Versorgungskoordination für Familien mit versorgungsintensiven Kindern und Jugendlichen
- Fachstelle MenschenKind
- Fachstelle Care Management
- Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbünde
- Kompetenznetzwerk Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflege

Die Ausrichtung dieser Angebote ohne eine Beratungsfunktion von Einzelpersonen liegt im wesentlichen in der Vernetzung der Strukturen und der konzeptionellen Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen zur Unterstützung und Entlastung der Menschen mit Pflegebedarf bzw. schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen.

3.4.2.3 Vielfältige Aufgaben und Zielgruppen

Die benannten Anlaufstellen nehmen bei ihrer Arbeit mitunter bestimmte Personengruppen in den Blick wie Kinder und Jugendliche, an Demenz erkrankte oder kognitiv beeinträchtigte Menschen, Menschen mit Migrationsgeschichte, LSBTIQ+-Personen oder Menschen ohne eigenen Wohnraum.

- So vertritt die Fachstelle für pflegende Angehörige die Perspektive der Angehörigen und zeigt Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Berliner Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen auf.
- Die Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbünde (GGV) verknüpfen die Bereiche Altenhilfe, Rehabilitation, Pflege, Geriatrie und Gerontopsychiatrie mit dem Ziel,

durch eine qualifizierte interdisziplinäre Zusammenarbeit die geriatrische und gerontopsychiatrische Versorgung zu verbessern, z. B. von Menschen mit Demenz.

- Das Berliner Landeskompetenzzentrum Pflege 4.0 unterstützt den digitalen Wandel in der Pflege und fördert die Entwicklung digitaler Kompetenzen durch die Unterstützung der vier Zielgruppen „Pflegebedürftige“, „pflegende Angehörige“, „beruflich Pflegenden“ und „Seniorinnen und Senioren“.
- Die Fachstelle Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Pflege bei KOBRA informiert kostenfrei über rechtliche Regelungen und entwickelt individuelle Lösungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gemeinsam mit den Ratsuchenden. Neben pflegenden Angehörigen berät die Fachstelle auch Fachkräfte und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Personalverantwortliche in Betrieben und Unternehmen zur Umsetzung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegesituation.
- Die Fachstelle LSBTI*, Alter und Pflege berät die Zielgruppen LSBTIQ+ sowie ihr soziales Umfeld und qualifiziert stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen zu den Bedarfen von LSBTIQ+-Personen im Alter und in der Pflege.
- Die Fachberatungsstelle „Pflege in Not“ berät, schult und vermittelt – kostenlos und auf Wunsch auch anonym und aufsuchend – bei Konflikten und Gewalt im Zusammenhang mit Pflege.
- Die Zentrale Anlaufstelle Hospiz sensibilisiert hospizliche Strukturen für eine diversitätssensible Öffnung. In Zusammenarbeit mit migrantischen zivilgesellschaftlichen Akteuren fördert sie Informationsvermittlung zu verschiedenen Themen wie Vorsorge, Sterben, Tod und Trauer. Eine bessere Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen ist Gegenstand der Arbeit der regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerke.

Eine besondere Rolle bei den pflege flankierenden Angeboten spielen die Pflegestützpunkte und die Kontaktstellen PflegeEngagement. Beide Strukturen werden im Folgenden eingehender beschrieben.

3.4.2.4 Pflegestützpunkte

Bei den Pflegestützpunkten handelt es sich um wohnortnahe Anlaufstellen für ältere Personen, Menschen mit Pflegebedarf jeglichen Alters und ihre Angehörigen. Sie befinden sich in gemeinsamer Trägerschaft des Landes Berlin und der Pflegekassenverbände. Die Pflegestützpunkte übernehmen eine Lotsenfunktion, koordinieren auf Wunsch die notwendigen Hilfen und haben einen Vernetzungsauftrag. Es findet eine berlinweite Zusammenarbeit mit diversen Akteuren statt, z. B. zur Pflege der zentralen Berliner Daten-

bzw. Suchplattform „[Hilfelotse Berlin](https://www.hilfelotse-berlin.de/)“ (<https://www.hilfelotse-berlin.de/>). Damit heben sie sich von anderen Beratungs- und Hilfeangeboten ab.

In Berlin gibt es insgesamt 36 Pflegestützpunkte, drei in jedem Berliner Bezirk. Die Berliner Pflegestützpunkte werden in gemeinsamer Trägerschaft von Pflege- und Krankenkassen und dem Land Berlin betrieben. In 2023 wurden rd. 115.000 ratsuchende Menschen mit Pflegebedarf oder deren Angehörige beraten. Sie informieren, beraten und unterstützen unabhängig und kostenfrei bei Fragen zur Pflege sowie rund ums Alter und im Vorfeld von Pflege. Die Beratenden der Pflegestützpunkte sind vielfältig zu Spezialberatungsthemen geschult. Pro Bezirk gibt es mindestens eine zertifizierte Person für Wohnraumanpassungen sowie sog. Kinderbeauftragte, deren Angebot sich an Familien mit pflegebedürftigen Kindern richtet. Außerdem bieten die Pflegestützpunkte individuelle Beratung und Hilfestellung zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung und informieren über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase. Die Pflegestützpunkte und eine Reihe anderer oben angeführter Strukturen wirken damit nicht nur pflegeflankierend, sondern auch im Sinne von Prävention und Vorsorge.

Durch Tandemberatungen in Kooperation mit transkulturell geschulten Brückenbauerinnen und Brückenbauern finden Beratungen in zwölf Herkunftssprachen kultursensibel und auf die entsprechenden Bedarfe ausgerichtet statt.

3.4.2.5 Kontaktstellen PflegeEngagement

Die Berliner „Kontaktstellen PflegeEngagement“ (KPE) sind im Jahr 2010 zur Umsetzung der neuen bundesrechtlichen Regelungen der Pflegeselbsthilfe gem. § 45d SGB XI eingerichtet worden. In jedem Bezirk gibt es eine Kontaktstelle, die pflegende Angehörige und pflegeflankierendes bürgerschaftliches Engagement in vielfacher Weise unterstützen.

Der Schwerpunkt der Arbeit der Kontaktstellen ist die Pflegeselbsthilfe, die sich an alle Menschen richtet, die zu Hause jemanden pflegen, die sich um jemanden kümmern oder jemanden betreuen. Das können sowohl Familienangehörige, Nachbarinnen und Nachbarn oder Freundinnen und Freunde sein. Angeboten werden neben der Gruppenarbeit auch Besuchsdienste, Einzelgespräche, Freizeitangebote und Nachbarschaftsinitiativen.

Die KPE sind trägerseitig, teils auch räumlich und teambezogen an ein Stadtteilzentrum oder eine Selbsthilfekontaktstelle angebunden, um durch die bewusste Verbindung zur Gemeinwesenarbeit einen niedrighwelligen Zugang zu ermöglichen und Synergien in

der Ausgestaltung des Angebotes zu erzielen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass die für bürgerschaftliches Engagement so wichtigen Koordinierungs- und Unterstützungsaufgaben kleiner Gruppen und Initiativen infrastrukturell gesichert sind.

Durch das Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung werden die KPE qualitätssichernd begleitet. So wird eine berlinweite Einheitlichkeit hinsichtlich Arbeitsweise und öffentlicher Präsenz z. B. durch gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und einheitliche Schulung der Ehrenamtlichen erreicht.

3.4.3 Betreuungs- und Entlastungsangebote für Pflegebedürftige

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI (im Folgenden AUA) unterstützen in der Häuslichkeit lebende Pflegebedürftige darin, ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und mit den Betreuungs- und Entlastungsangeboten auch die Pflegepersonen zu entlasten (zum Begriff der Pflegeperson siehe Kapitel 3.3.). Sie tragen dazu bei, pflegebedürftigen Menschen den Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Jeder Person, die zu Hause gepflegt wird, steht nach § 45b SGB XI ein Entlastungsbetrag in Höhe von 131 € monatlich zur Verfügung.³⁸ Dieser kann unter anderem für die Nutzung der vom Land Berlin anerkannten AUA verwendet werden.

Die AUA benötigen für ihre Tätigkeit eine Anerkennung durch das Land Berlin. Die Voraussetzungen dafür sind in der Verordnung zur Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (Pflegeunterstützungsverordnung – PuVO) geregelt. Die in den AUA tätigen Ehrenamtlichen und Helfenden werden durch geeignete Fachkräfte fachlich angeleitet und unterstützt. Im Rahmen einer 30-stündigen Grundschulung werden sie auf die besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen vorbereitet.

³⁸ Auswertungen von Versichertendaten der AOK Nord-Ost zeigen, dass der Entlastungsbetrag in 2022 von rund 64 % der Anspruchsberechtigten genutzt wurde (Quelle: ©SAHRA-Plattform; Stand: Mai 2024).

Die AUA bieten je nach Bedarf der pflegebedürftigen Person verschiedene Leistungen an:

- In den Betreuungsangeboten werden pflegebedürftige Menschen vorwiegend von Ehrenamtlichen begleitet oder betreut. Die Angebote unterstützen insbesondere Pflegebedürftige mit Demenz, psychischen Erkrankungen oder einer geistigen Behinderung in Betreuungsgruppen oder im Besuchsdienst in der Häuslichkeit. Für pflegebedürftige Kinder und Jugendliche werden begleitete Gruppenreisen angeboten.

Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung fördert zurzeit 35 Betreuungsangebote, die auf der Website zum Landespflegeplan mittels Steckbriefen einzeln vorgestellt werden. Es gibt darüber hinaus aber weitaus mehr zugelassene Angebote (siehe Tabelle 8).

- Die Entlastungsangebote werden vorwiegend von gewerblichen Anbietern von haushaltsnahen Dienstleistungen erbracht und bieten individuelle Hilfen in der Haushaltsführung, Alltagsbegleitung oder Mobilitätshilfen an.

Der Bekanntheitsgrad der Angebote zur Unterstützung im Alltag und damit die Nachfrage nach Unterstützungsangeboten ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Insbesondere der Bedarf an Haushaltsdienstleistungen kann von den derzeitigen Anbietern nicht gedeckt werden. Hier besteht dringender Bedarf an weiteren Angeboten.

Im Jahr 2023 waren 220 Angebote zur Unterstützung im Alltag im Land Berlin anerkannt, von denen rund die Hälfte gewerbliche Anbieter von haushaltsnahen Dienstleistungen ausmachten. Die 220 anerkannten Angebote wurden von insgesamt 30.217 pflegebedürftigen Menschen genutzt, welche mit 930.000 Stunden unterstützt wurden (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Angebote zur Unterstützung im Alltag in Berlin in den Jahren 2017 - 2023

Jahr	Anzahl Angebote (gesamt)	Betreuungsangebote	Anbieter haushaltsnaher Dienstleistungen	Nutzende	Unterstützungsstunden insgesamt
2017	110	105	5	8.752	434.903
2018	152	109	15	11.108	669.152
2019	172	114	27	14.433	817.548
2020	182	116	42	13.876	534.592
2021	190	121	59	17.226	760.349
2022	204	114	90	22.860	1.171.110

2023	220	105	115	30.217	930.154
------	-----	-----	-----	--------	---------

Quelle: SenWGP - II D 23, eigene Erhebung.

Nachbarschaftshilfe

Lebendige Nachbarschaft bedeutet Kontakt und Begegnung, Unterstützung und gegenseitige Hilfe. Wenn pflegebedürftige Menschen zu Hause leben und ehrenamtliche Hilfen durch Nachbarinnen und Nachbarn oder andere Personen erhalten, sollen sie sich dafür erkenntlich zeigen können. Dies ist in Berlin gemäß § 5a PUVO auch mit dem Einsatz des Entlastungsbetrages in der Nachbarschaftshilfe möglich.

Für die Nachbarschaftshilfe müssen Helfende volljährig sein, dürfen nicht in häuslicher Gemeinschaft mit der unterstützten Person leben, nicht bis zum zweiten Grad mit dieser verwandt und nicht als deren Pflegeperson tätig sein. Zudem dürfen nur Unterstützungsleistungen mit niedrighschwelligem Charakter bei höchstens zwei Pflegebedürftigen erbracht werden. Für die Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen ist eine einmalige Teilnahme an einer 6-stündigen Schulung verpflichtend. Anschließend können sich Nachbarschaftshelferinnen und -helfer bei der Pflegekasse der zu pflegenden Person registrieren lassen und Leistungen für maximal 8 Euro pro Stunde aus dem Entlastungsbetrag abrechnen.

In Berlin sind in den Jahren 2021 bis 2023 insgesamt 2.390 Nachbarschaftshelfende geschult worden.

Informationen zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag, zum Einsatz des Entlastungsbetrages sowie den kostenlosen Schulungen bietet die [Website des Kompetenzzentrums Pflegeunterstützung](https://www.pflegeunterstuetzung-berlin.de/) (<https://www.pflegeunterstuetzung-berlin.de/>).

3.4.4 Pflegerische Infrastruktur

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Abs. 1 und 2 SGB XI bieten pflegebedürftigen Menschen die Unterstützung, die sie benötigen, um trotz Beeinträchtigungen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen. Daher ist eine qualitativ gute, quantitativ ausreichende, vielfältige und quartiersnahe pflegerische Infrastruktur eine zentrale Voraussetzung für die Wahrung von Selbstbestimmung, Würde und Teilhabe der Pflegebedürftigen.

Mehr als 87 Prozent aller pflegebedürftigen Berlinerinnen und Berliner werden in ihrer Wohnung gepflegt, überwiegend von Angehörigen. Die pflegerische Infrastruktur ergänzt

die häusliche Pflege: Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste, (teilstationäre) Tagespflege- und (vollstationäre) Kurzzeitpflegeeinrichtungen unterstützen die häusliche Versorgung punktuell und leisten dadurch ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger. Wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist, stellen insbesondere vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen (umgangssprachlich „Pflegeheime“) die Versorgung sicher. In den letzten Jahren sind neben diese klassischen Einrichtungstypen zunehmend alternative Wohnformen wie die Pflegewohngemeinschaften oder das sogenannte Betreute Wohnen oder Service-Wohnen getreten.

Ein Teil der Pflegekosten wird bei Vorliegen eines Pflegegrades von der Pflegeversicherung (SGB XI) übernommen. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind prinzipiell nicht bedarfsdeckend – vielmehr sind sie mit einer budgetierten Teilkaskoversicherung vergleichbar. Über die festen Leistungsbeträge hinausgehende Pflegekosten müssen privat getragen werden, ebenso die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten. Pflegebedürftige, die nicht über die notwendigen finanziellen Mittel verfügen, haben in der Regel Anspruch auf Hilfe zur Pflege gem. SGB XII. In den letzten Jahren sind die Kosten für Pflegeleistungen deutlich gestiegen – nicht zuletzt aufgrund der gestiegenen Gehälter der Pflegekräfte.

Gemäß § 9 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Dabei ist die Vielfalt und Selbstständigkeit der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren. Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern (vgl. § 11 Abs. 2 SGB XI, siehe Kapitel 2). Das Land Berlin betreibt über Beteiligungen oder Tochtergesellschaften eigene stationäre Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste, so u. a. über die Vivantes Forum für Senioren GmbH und den Verbund Lichtenberger Seniorenheime.³⁹ Es fördert darüber hinaus auf Grundlage des Landespflegeeinrichtungsgesetzes die Investitionskosten der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege mit jährlich 511 € pro Platz.

3.4.4.1 Wohnteilhabegesetz

Das Berliner Wohnteilhabegesetz (WTG) mit seinen drei Rechtsverordnungen hat als heimrechtliche Vorschrift neben dem SGB XI einen wesentlichen Einfluss auf die pflegerische Infrastruktur.

³⁹ Beteiligungsunternehmen werden jährlich im Beteiligungsbericht des Landes dargestellt:
<https://www.berlin.de/sen/finanzen/vermoegen/downloads/beteiligungsbericht/artikel.941274.php>

Das WTG und die WTG-Verordnungen sollen Pflegebedürftige in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen (Pflegeeinrichtungen und Pflege-Wohngemeinschaften) vor Beeinträchtigungen schützen, sie bei der Durchsetzung ihrer Interessen unterstützen und insbesondere die Wahrung der Persönlichkeitsrechte, insbesondere der Würde, Selbstbestimmung und Teilhabe sichern. Das WTG enthält ordnungsrechtliche Mindestanforderungen für Leistungsanbieter, die in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen. Die nach dem WTG zuständige Aufsichtsbehörde ist das Landesamt für Gesundheit und Soziales. Die dort angesiedelte Heimaufsicht informiert und berät Leistungserbringer, nimmt Beschwerden von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen und ihren Angehörigen entgegen und stellt weiterhin durch Prüfung und Sanktionierung die Einhaltung der WTG-Mindestanforderungen sicher.

Von der pflegerischen Infrastruktur erfasst das WTG aufgrund seines Anwendungsbereiches (vollstationäre) Langzeitpflegeeinrichtungen, (vollstationäre) Kurzzeitpflegeeinrichtungen, (teilstationäre) Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen, (stationäre) Hospizeinrichtungen und als Sonderform sog. Wohneinrichtungen mit Pflegeergänzung sowie (ambulante) Pflege-Wohngemeinschaften. Die weitergehende pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit einschließlich dem sog. Betreuten Wohnen wird vom Anwendungsbereich des WTG nicht erfasst.

Das WTG enthält ordnungsrechtliche Anforderungen an Transparenz, Beteiligungs- und Einsichtsrechte, Beschwerdemanagement und Vorschlagswesen, Mitwirkung in Einrichtungen durch eine Bewohnervertretung, Leistungserbringung und Leistungsangebot, Annahme von Geld- oder geldwerten Leistungen, Anzeige-, Melde-, Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten und regelt Aufgaben und Befugnisse der Aufsichtsbehörde. Die aufgrund des WTG erlassenen drei Rechtsverordnungen enthalten Detailregelungen zu personellen Anforderungen, baulichen Anforderungen sowie zur Mitwirkung der Pflegebedürftigen.

Im Jahr 2021 wurde das WTG novelliert. Schwerpunkte waren die Aufnahme neuer Regelungen zu Pflege-Wohngemeinschaften sowie zum Schutz vor Missbrauch, Ausbeutung, Gewalt und Diskriminierung einschließlich freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen. Die WTG-Verordnungen sollen novelliert werden (siehe Kapitel 4.2.16 Novellierung der Rechtsverordnungen zum Berliner Wohnteilhabegesetz (WTG)).

3.4.4.2 Pflege- und Betreuungsdienste

Ambulante Pflegedienste nach § 71 Absatz 1 SGB XI sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft pflegebedürftige Menschen bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen entsprechend den individuellen Bedarfen in ihrer Wohnung versorgen. Sie erbringen körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen wie auch Hilfen bei der Haushaltsführung.

Ambulante Betreuungsdienste nach § 71 Absatz 1a SGB XI fokussieren ihr Angebot auf Hilfen bei der Haushaltsführung und pflegerische Betreuungsmaßnahmen und können daher auch von anderen, entsprechend qualifizierten Fachkräften geleitet werden. Eine Erreichbarkeit rund um die Uhr muss dabei nicht sichergestellt werden. Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste unterstützen den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, erleichtern den Alltag und sollen durch aktivierende Pflege helfen, die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zu erhalten und bestenfalls sogar zu verbessern. Der Medizinische Dienst überprüft im Auftrag der Pflegekassen die Qualität der Pflege- und Betreuungsleistungen jedes Dienstes im Rahmen einer Stichprobe einmal jährlich.

Pflegebedürftige Menschen mit einem Pflegegrad von mindestens 2 haben zur Finanzierung ambulanter Sachleistungen gegenüber ihrer Pflegekasse Anspruch auf einen Betrag, der derzeit (im Jahr 2025) je nach Pflegegrad zwischen 796 € (Pflegegrad 2) und 2.299 € (Pflegegrad 5) pro Monat liegt. Sollten darüber hinaus Leistungen benötigt werden, so sind diese von den Betroffenen selbst zu tragen oder werden bei finanzieller Bedürftigkeit im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII von den Sozialämtern übernommen. Wird der Sachleistungsbetrag nicht vollständig benötigt, besteht die Möglichkeit der Kombinationsleistung. In diesem Fall werden Sachleistungsbetrag und Pflegegeld jeweils nur anteilig gewährt.

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen, die in Berlin durch ambulante Pflegedienste betreut werden, steigt kontinuierlich an. Damit einher geht eine ansteigende Anzahl von ambulanten Diensten, welche jedoch in den Berliner Bezirken weiterhin unterschiedlich stark vertreten sind.

Tabelle 9: Ambulante Pflege in Berlin am 15.12. der Jahre 2015 – 2023 (zweijährig)

Kennzahlen zu ambulanter Pflege	2015	2017	2019	2021	2023
Pflegebedürftige Menschen mit ambulanter Sachleistung	30.313	34.550	38.433	41.563	43.847
Pflege- und Betreuungsdienste	585	613	634	670	670
Durchschnittlich versorgte Pflegebedürftige pro Dienst	52	56	61	62	65

Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGP - II A

Zwischen 2015 und 2023 stieg die Anzahl an ambulanten Pflegediensten kontinuierlich von 585 auf 670 an. Es gibt bisher im Land Berlin allerdings nur zwei ambulante Betreuungsdienste. Die hier im Rahmen der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI verorteten Leistungen werden ausschließlich von ambulanten Pflegediensten erbracht.

Die Zahl der durchschnittlich von einem Pflegedienst versorgten pflegebedürftigen Menschen stieg zwischen 2015 und 2023 von 52 auf rund 65 Personen. Gleichzeitig sank das Verhältnis von Beschäftigten in ambulanten Diensten zu von ambulanten Diensten versorgten Pflegebedürftigen von 0,74 auf 0,55 (siehe Kapitel 3.2).

Ende 2023 betreuten ein Fünftel aller Pflegedienste in Berlin jeweils zwischen ein und 25 Personen. 12 Prozent der Pflegedienste versorgten jeweils mehr als 100 pflegebedürftige Menschen. Im Vergleich zu den Vorjahren lässt sich eine Tendenz zur Ausweitung der Betriebsgröße feststellen (siehe Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2025a). Damit einher geht jedoch eine sinkende Anzahl von Fachkräften (staatl. anerkannte Altenpfleger*in, Altenpflegehelfer*in, Pflegefachfrau/-mann, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*in, Krankenpflegehelfer*in) in der ambulanten Versorgung von rund 43 % in 2015 auf rund 39 % in 2021 (Quelle: Amt für Statistik BB).

Hinsichtlich der Trägerschaft ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste lässt sich feststellen, dass der Anteil der privaten Anbieter im Laufe der Zeit zugenommen hat. Ende 2023 lag er bei ca. 80 %, jener der freigemeinnützigen Träger bei 19 % und der öffentlicher Träger bei 1 %. Aufgrund der unterschiedlichen Betriebsgrößen ist ein Rückschluss auf den Anteil an der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in Berlin nur bedingt möglich. Freigemeinnützige Träger gehören in Berlin häufig zu den Einrichtungen mit einer größeren Anzahl von versorgten Personen, während es auch zahlreiche kleinere private Anbieter gibt. So lag der Anteil der freigemeinnützigen ambulanten Pflegedienste, die mehr als 101 Personen versorgten, Ende 2023 bei 33 %. Der Anteil entsprechend großer privater Dienste lag zum gleichen Zeitpunkt bei 15 % (eigene Berechnungen nach Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2025a).

Pflegedienste erbringen ihre Leistungen bisher insbesondere auf der Basis von Pauschalen, die zusammengehörende pflegerische Aufgaben in Leistungskomplexen zusammenfassen. Im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes wird von pflegewissenschaftlicher Seite eine Abrechnung nach der in Anspruch genommenen Zeit empfohlen. Damit soll den Aspekten einer auf die Bedarfe angepassten individuellen Pflege besser entsprochen werden. In Berlin haben sich erste Dienste diesbezüglich auf den Weg gemacht, sodass ein Nebeneinander von zwei Vergütungssystemen Einzug hält. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass die Vergütungssteigerungen ambulanter Pflegeleistungen höher ausfallen als die Steigerung der Sachleistungsbezüge. Inwieweit dies zu Einschränkungen bei der Leistungsanspruchnahme führt, ist nicht erfasst. Gleiches gilt für die Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen ambulanter Pflegedienste infolge fehlender oder unzureichender Versorgungskapazitäten. Hinweise aus der Versorgungslandschaft lassen jedoch darauf schließen, dass weitere Angebote in gesicherter Qualität benötigt werden. Dies gilt insbesondere für städtische Randlagen und schließt auch Angebote der häuslichen Krankenpflege mit ein (SGB V). Denn nur mit dem Beitrag ambulanter Dienste kann die individuell gewünschte sowie sozialpolitisch geforderte Versorgung zu Hause in einer steigenden Zahl von Fällen aufrechterhalten werden.

3.4.4.3 Tages- und Nachtpflege

Bei Tagespflegeeinrichtungen handelt es sich um teilstationäre Einrichtungen, in denen sich pflegebedürftige Menschen tagsüber aufhalten und betreut werden. Die Tagespflege unterstützt die häusliche Versorgung: Sie ermöglicht pflegebedürftigen Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und den Verbleib in der eigenen Wohnung. Außerdem entlastet sie pflegende Angehörige.

Die Pflegeversicherung übernimmt bei in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige und/oder Pflegedienste versorgten Menschen gemäß § 41 SGB XI monatlich zwischen 721 € (Pflegegrad 2) und 2.085 € (Pflegegrad 5) der Kosten der Tagespflege. Dabei werden die Kosten der Tagespflege nicht auf Pflegegeld und Pflegesachleistungen angerechnet. Bei einem durchschnittlichen Tagessatz von knapp 100 € (inkl. Beförderung)⁴⁰ lassen sich beispielsweise bei Pflegegrad 2 ein bis zwei Aufenthaltstage in der Woche finanzieren. Zusätzlich können das Verhinderungspflegebudget des § 39 SGB XI i. H. v. 1.685 € im Jahr und der Entlastungsbetrag von 131 € im Monat gem. § 45b SGB XI für Tagespflege genutzt werden. Sowohl die Kosten für Unterkunft und

⁴⁰ Datenquelle: Vertragspartnerlisten SGB XI (Stand 1.1.2024).

Verpflegung als auch die Investitionskosten müssen hingegen privat gezahlt werden. Die Investitionskosten der Tages- und Nachtpflege fördert das Land Berlin gemäß § 6 Landespflegeeinrichtungsgesetz (LPflegEG) mit jährlich 511 € pro Platz.

In den letzten Jahren ist die Zahl der Tagespflegeeinrichtungen und -plätze in Berlin kontinuierlich gewachsen: Im Jahr 2013 gab es 81 Einrichtungen mit 1.505 Plätzen, während es 2023 bereits 110 Einrichtungen (+46 %) mit 2.419 Plätzen waren (+61 %, siehe Tabelle 10).

Ende 2023 standen 100 pflegebedürftigen Berlinerinnen und Berlinern im Durchschnitt rund 1,1 Tagespflegeplätze zur Verfügung, wobei die Versorgungsdichte über das Stadtgebiet weiterhin stark variiert.⁴¹ So war 2023 in Reinickendorf die Versorgungsdichte mit 0,6 Tagespflegeplätzen pro 100 Pflegebedürftigen deutlich geringer als z. B. in Steglitz-Zehlendorf mit rund 2 Tagespflegeplätzen pro 100 pflegebedürftigen Menschen.

Nach dem Ende der Corona-Pandemie verzeichnen viele Einrichtungen noch eine verringerte Auslastung. In den kommenden Jahren werden mit der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen voraussichtlich auch der Bedarf und die Nachfrage nach Tagespflege weiter wachsen.

Tabelle 10: Tagespflegeeinrichtungen und -plätze in Berlin am 15.12. der Jahre 2013 – 2023

Tagespflege	2013	2015	2017	2019	2021	2023
Einrichtungen	81	86	91	106	110	110
Plätze	1.505	1.678	1.828	2.275	2.322	2.419

Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGP - II A

Der Anteil freigemeinnütziger Einrichtungen belief sich Ende 2023 auf rund 52 %. Die durchschnittliche Einrichtung hatte 22 Plätze, zwei Drittel aller Tagespflegen bieten Plätze für 21 bis 60 pflegebedürftige Menschen. Viele Gäste der Tagespflege sind demenziell erkrankt. Sechs Einrichtungen haben sich auf die Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen spezialisiert. Rückmeldungen aus den Bezirken und den Beratungsstellen lassen darauf schließen, dass berlinweit weiterhin Tagespflegen für diese und weitere Zielgruppen (u. a. junge Pflegebedürftige) fehlen. Seit 2020 gibt es in Marzahn-Hellersdorf eine Nachtpflegeeinrichtung mit acht Plätzen.

⁴¹ In Deutschland lag die Versorgungsdichte Ende 2023 bei 1,9 Tagespflegen pro 100 pflegebedürftigen Menschen. Zu beachten ist dabei, dass pflegebedürftige Menschen häufige nur wenige Wochentage eine Tagespflege aufsuchen und Menschen mit Pflegegrad 1 keine Pflegesachleistungen erhalten und Tagespflegen deutlich seltener aufsuchen.

3.4.4.4 Kurzzeitpflege

Wenn häusliche Pflege vorübergehend nicht möglich ist, haben pflegebedürftige Menschen Anspruch auf die zeitweise Versorgung in einer stationären Kurzzeitpflegeeinrichtung. Dies ermöglicht die Überbrückung von Krisensituationen, entlastet pflegende Angehörige und verhindert so den verfrühten Umzug in ein Pflegeheim. Außerdem erlaubt die Kurzzeitpflege Krankenhäusern die Entlassung von Menschen mit vorübergehend erhöhtem Pflegebedarf.

Gemäß § 42 SGB XI zahlt die Pflegeversicherung ab Pflegegrad 2 bis zu 1.854 € im Jahr für die Kurzzeitpflege. Zusätzlich besteht bei Verhinderung einer privaten Pflegeperson gemäß § 39 SGB XI ein Anspruch auf bis zu 1.685 €. Ab dem 01.07.2025 werden beide Leistungen zu einem flexibel einsetzbaren gemeinsamen Jahresbetrag von 3.539 € zusammengefasst (§ 42a SGB XI neue Fassung ab 01.07.2025). Die Pflegesätze sind in den letzten Jahren erheblich gestiegen und liegen 2024 durchschnittlich bei ca. 178 € pro Tag.⁴² Mit dem Kurzzeitpflegebudget von 1.854 € lassen sich folglich gerade einmal knapp zehn Aufenthaltstage pro Jahr finanzieren. Die Investitionskosten der Kurzzeitpflege fördert das Land Berlin gemäß § 6 Landespflegeeinrichtungsgesetz (LPflegEG) mit jährlich 511 € pro Platz. Durch diese Pauschale wird das zu zahlende Investitionsentgelt gemindert.

In den letzten Jahren ist die Zahl der Kurzzeitpflegeplätze stark zurückgegangen: Gab es 2011 in Berlin noch 30 Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit 512 Plätzen, waren 2023 die Zahl der Kurzzeitpflegeeinrichtungen auf 17 und die Platzzahl auf 274 gesunken. Expertinnen und Experten sind sich einig, dass das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen den Bedarf in Berlin (aber auch bundesweit) nicht deckt. Hauptgrund für den Rückgang war die mangelnde Wirtschaftlichkeit der Kurzzeitpflege, die u. a. aus den saisonalen Auslastungsschwankungen und dem hohen Personalbedarf resultierte. Um den Platzabbau zu stoppen und Anreize für die Schaffung neuer Kurzzeitpflegeplätze zu setzen, wurde die Vergütung der Kurzzeitpflege in Berlin in den Jahren 2020 und 2024 deutlich angehoben.⁴³ Dadurch konnte der Platzabbau zwar gestoppt werden, bisher wurden jedoch noch zu wenig neue Kapazitäten aufgebaut.⁴⁴

⁴² Quelle: Vertragspartnerlisten SGB XI (Stand 1.7.2024).

⁴³ siehe <https://www.berlin.de/sen/archiv/gpg-2016-2021/2020/pressemitteilung.991473.php> und <https://www.berlin.de/sen/wgp/service/presse/2023/pressemitteilung.1396886.php> (Abruf 14.03.2024)

⁴⁴ Daten aus der Vertragsdatenbank der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung (TOPqw) weisen zum 15.12.2023 einen Bestand von 17 Einrichtungen mit 304 Plätzen aus.

Tabelle 11: Kurzzeitpflegeeinrichtungen und -plätze in Berlin am 15.12. der Jahre 2013 - 2023

Kurzzeitpflege	2013	2015	2017	2019	2021	2023
Einrichtungen	27	23	18	16	15	17
Plätze	457	406	357	297	267	274

Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGP - II A

Wie u. a. von Deckenbach et al. (2013) und Kutzner & Rärer (2021) empfohlen, wird die Kurzzeitpflege in Berlin ausschließlich in eigenständigen Solitäreinrichtungen angeboten, die sich allerdings überwiegend im selben Gebäude wie eine vollstationäre Pflegeeinrichtung befinden. Die solitäre Kurzzeitpflege ermöglicht eine qualitativ hochwertige Versorgung durch hohe Personalrichtwerte und die Spezialisierung in den Bereichen Behandlungspflege, Überleitungsmanagement und Vernetzung. In den Kurzzeitpflegeeinrichtungen wird häufig auch die Verhinderungspflege in Anspruch genommen, die aber ebenso von Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten oder Privatpersonen erbracht werden kann.

Seit 2023 gibt es ebenfalls im Bezirk Marzahn-Hellersdorf eine vollstationäre Intensivpflegeeinrichtung für Kinder, die auch Kurzzeitpflege anbietet.

3.4.4.5 Pflege-Wohngemeinschaften

In Pflege-Wohngemeinschaften leben drei bis 12 Personen in einer gemeinsamen Wohnung mit dem Zweck, die gemeinschaftliche pflegerische Versorgung und Betreuung zu organisieren. Die gemeinschaftlichen Wohnformen werden im SGB XI der ambulanten pflegerischen Versorgung und damit dem Pflegesachleistungsbezug nach § 36 SGB XI zugeordnet, auch wenn dies in der Regel mit einer 24-Stunden-Pflege und Betreuung einhergeht. Um übergreifenden Aspekten der gemeinschaftlichen häuslichen Versorgung Rechnung zu tragen, steht über den § 38a SGB XI für jede(n) versicherte(n) Nutzer(in) ein Wohngruppenzuschlag zur Verfügung, mit dem allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende bzw. das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten oder die Haushaltsführung unterstützt werden sollen. Die Leistungen können ergänzt werden um Leistungen aus dem Anwendungsbereich des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI. Insbesondere die gemeinschaftliche Haushaltsführung sowie die betreuende Versorgung und die darin enthaltenden Synergieeffekte machen dieses Pflegesetting auch wirtschaftlich attraktiv. Ab Pflegegrad 4 greift in Berlin eine Leistungskomplexpauschale, welche die 24-Stunden-Versorgung absichert.

In Pflege-Wohngemeinschaften leben insbesondere Menschen mit pflegerischen Bedarfen, die sich in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr angemessen versorgt fühlen oder versorgen können und die sich aus unterschiedlichen Gründen nicht für eine stationäre Versorgung entscheiden. Damit handelt es sich bei Pflege-Wohngemeinschaften um eine relevante Alternative zum Pflegeheim. Auch der Versorgung von Demenzerkrankten kommt diese Versorgungsform entgegen – vorausgesetzt die Pflegekräfte der Wohngemeinschaft verfügen über das entsprechende fachliche Know-how.

Tabelle 12: Pflegewohngemeinschaften in Berlin in den Jahren 2015 bis 2024 (inkl. Intensiv-Pflegewohngemeinschaften)

Kennzahlen zu Pflege-WGs	2015	2017	2019	2021	04.2024
Pflege-WGs (A)	594	645	694	725	773
Plätze (A)	4.445	4.884	5.292	5.828	6.081
Pflegebedürftige Menschen mit Sachleistungsbezug nach § 36 SGB XI (B)	30.313	34.550	38.433	41.563	k. A.
Anteil in WGs versorgter Pflegebedürftiger (C)	14,7 %	14,1 %	13,8 %	14,0 %	k. A.
Durchschnittliche WG-Größe (C)	7,5	7,6	7,6	8,0	7,9

Quellen: (A) bis 2021: Tätigkeitsbericht Heimaufsicht 2022 und 2023, 2021 revidierte endgültige Zahl, 2024: Sonderauswertung der Heimaufsicht, Plätze in 2024 = belegte Plätze; (B) Datenreport Pflege in Berlin 2023, Indikator II 1.2.; Art der Versorgung; (C) eigene Berechnungen; k. A. = keine Angabe möglich.

In Berlin haben sich ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen seit 1995 zu einem wichtigen Teil der pflegerischen Infrastruktur entwickelt. Dabei wird seit Mai 2023 mit der Novelle des Wohnteilhabegesetzes zwischen selbst- und anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften unterschieden. Unabhängig von der Zuordnung bleibt seit 2017 der Anteil der in Pflege-Wohngemeinschaften lebenden pflegebedürftigen Menschen im Verhältnis zur Anzahl aller ambulant durch Pflegedienste versorgten Menschen relativ konstant bei etwa 14 %.

Die zum Stichtag 22.04.2024 bestehenden 773 Wohngemeinschaften werden von insgesamt 267 ambulanten Pflegediensten versorgt. Dabei gibt es 101 Pflegedienste, die nur eine WG versorgen. Alle anderen Pflegedienste sind in der Versorgung von zwei oder mehr Wohngemeinschaften engagiert – bis hin zu einigen wenigen Pflegediensten, die in mehr als 9 Wohngemeinschaften tätig sind.

Tabelle 13: Ambulante Pflegedienste in Berlin nach Anzahl der versorgten Pflege-WGs 2024

Versorgung in WGs	1 bis 2 WGs	3 bis 4 WGs	5 bis 8 WGs	9 bis 12 WGs	14 bis 18 WGs
Anzahl der Pflegedienste	167	54	31	11	4

Datenquelle: Sonderauswertung der Heimaufsicht zum Stichtag 22.4.2024, eigene Berechnung.

Die durchschnittliche Größe einer Pflege-Wohngemeinschaft liegt in 2024 bei 8 Plätzen. Hier lässt sich bei der stichtagsbezogenen Auswertung der Daten der Heimaufsicht eine relativ große Abweichung zwischen tatsächlich belegten Plätzen (6.081) und gemeldeter Platzzahl (6.631) feststellen: Die Differenz beträgt insgesamt 550 Plätze. Damit ergibt sich für die Berliner Pflege-WGs rein rechnerisch zum Stichtag eine Auslastungsquote von 91,7 %.

Insgesamt legen diese Daten nahe, dass sich in den bestehenden Pflege-Wohngemeinschaften nur noch begrenzte freie Kapazitäten finden. Damit Pflege-Wohngemeinschaften auch zukünftig als wichtige Angebotsform nachhaltig abgesichert sind, gilt es, diese auch in ihrer Struktur weiterzuentwickeln. Dabei müssen sowohl Ressourcen der Pflegebedürftigen, die des sozialen Umfelds als auch jene des Sozialraums aktiv eingebunden werden (siehe Vorhabenbeschreibung Vertrauenspersonen).

3.4.4.6 Vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen

Die Pflege in einer vollstationären Langzeitpflegeeinrichtung (umgangssprachlich auch „Pflegeheim“ genannt) wird von pflegebedürftigen Menschen in Anspruch genommen, wenn ambulante oder teilstationäre Pflege nicht mehr möglich bzw. von den Betroffenen nicht gewünscht sind oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommen.

Die Pflegekassen übernehmen in diesen Fällen für die Pflege und Betreuung in der vollstationären Langzeitpflege im Rahmen pauschaler Leistungsbeträge in den Pflegegraden 2 bis 5 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung wie auch die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einer in § 43 Abs. 2 SGB XI festgelegten Höhe. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat 805 € für pflegebedürftige Menschen des Pflegegrades 2, 1.319 € für den Pflegegrad 3, 1.855 € für den Pflegegrad 4 und 2.096 € für den Pflegegrad 5 (Stand: März 2025). Im Pflegegrad 1 ist noch keine Kostenübernahme für die vollstationäre Langzeitpflege möglich, sie kann lediglich über den sogenannten

Entlastungsbetrag abgerechnet werden. Seit dem 1. Januar 2022 zahlen die Pflegekassen allen Bewohnerinnen und Bewohnern gemäß § 43c SGB XI einen Leistungszuschlag. Dieser Zuschlag ist gestaffelt und richtet sich nach der Dauer des Aufenthalts im Heim. Im ersten Jahr der Pflege und Betreuung in einem Pflegeheim übernimmt die Pflegekasse 15 % des pflegebedingten Eigenanteils, im zweiten Jahr 30 %, im dritten Jahr 50 % und bei einer Verweildauer ab dem vierten Jahr (nach insgesamt 36 Monaten) 75 %. Dieser Leistungszuschlag reduziert die Kosten für die Pflegeheimbewohnenden spürbar und stellt einen finanziellen Vorteil von stationärer Pflege gegenüber ambulanten Pflegewohngemeinschaften dar.

Seit 2017 ist in Berlin sowohl die Anzahl an Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege als auch die Anzahl an Plätzen in diesen Einrichtungen zurückgegangen (siehe Tabelle 14). Gründe für diese Rückgänge sind u. a. die Schließung von Einrichtungen in zentralen Innenstadtlagen und Platzzahlreduzierungen durch Umwandlung von Doppel- in Einbettzimmer(n). Auf der anderen Seite wurden in den letzten Jahren nur noch wenige vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen neu eröffnet. Weitere Gründe sind steigende Baukosten sowie die im Vergleich zu anderen gemeinschaftlichen Wohnformen höheren Anforderungen an personelle und bauliche Gegebenheiten.

Tabelle 14: Stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen und -plätze in Berlin am 15.12. der Jahre 2011 – 2021

Einrichtungen und Plätze	2013	2015	2017	2019	2021	2023
Langzeitpflegeeinrichtungen	297	303	305	299	297	280
Pflegeplätze	31.892	32.729	32.918	31.835	31.217	30.178

Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGP - II A

Ende 2023 gab es 280 vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen mit insgesamt 30.178 Plätzen in Berlin. Diese Einrichtungen sind wie in Tabelle 15 dargestellt auf die Berliner Bezirke verteilt. Dabei ist zu beachten, dass die Versorgungsdichte, d. h. die Zahl der Plätze bezogen auf 100 pflegebedürftige Menschen, Ende 2023 zwischen rund 10 Plätzen in den Bezirken Tempelhof-Schöneberg, Neukölln und Mitte und 22 Plätzen in Steglitz-Zehlendorf variierte. Im Durchschnitt lag die vollstationäre Versorgungsdichte in Berlin Ende 2023 bei 14,4 Plätzen pro 100 Pflegebedürftigen und damit in etwa auf Bundesniveau (15 Plätze).

Tabelle 15: Vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen in Berlin nach Bezirken am 15.12.2023

Bezirk	Anzahl Einrichtungen	Anteil in % an allen Einrichtungen
Mitte	19	6,8
Friedrichshain-Kreuzberg	13	4,6
Pankow	33	11,8
Charlottenburg-Wilmersdorf	30	10,7
Spandau	21	7,5
Steglitz-Zehlendorf	43	15,4
Tempelhof-Schöneberg	22	7,9
Neukölln	16	5,7
Treptow-Köpenick	22	7,9
Marzahn-Hellersdorf	18	6,4
Lichtenberg	24	8,6
Reinickendorf	19	6,8
Gesamt	280	100

Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenWGP - II A

Rückmeldungen von Beratungsstellen und Bezirken deuten darauf hin, dass es zunehmend schwierig wird, mit angemessenem zeitlichen Vorlauf einen Pflegeheimplatz in Wohnortnähe zu finden. Für pflegebedürftige Menschen mit besonderen Fallkonstellationen – wie beispielsweise bei demenziell Erkrankten mit Hinlauftendenz oder jungen Pflegebedürftigen – gestaltet sich die Suche nach einem Pflegeheimplatz noch einmal schwieriger. Obwohl das Angebot an alternativen Pflegewohnformen zuletzt deutlich stieg (siehe Kapitel 3.4.4.4), ist angesichts steigender Zahlen pflegebedürftiger Menschen und einer Stagnation bzw. einem Rückgang im vollstationären Segment von zunehmenden Versorgungsengpässen auszugehen.

3.4.5 Versorgung am Lebensende

Wie auch bei der Ausgestaltung von Pflegebedingungen sollten bei der Versorgung am Lebensende die Vorstellungen der schwerstkranken und sterbenden Menschen maßgeblich sein. Die Betroffenen und ihre An- und Zugehörigen können dabei auf verschiedene allgemeine und spezialisierte Angebote zurückgreifen, die sie dabei unterstützen, den letzten Lebensabschnitt so gut wie möglich nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten.

Repräsentative Umfragen ergaben, dass 50 bis 70 % der Befragten zu Hause sterben wollen (siehe DHPV, 2022; Eggert & Sulmann, 2013). Dieser Wunsch nach einer Versorgung zu Hause steht im deutlichen Gegensatz zur Realität: Gemäß vorliegender Studien verstirbt der überwiegende Teil der Deutschen in anderen Institutionen, allen voran dem Krankenhaus (siehe auch Dasch & Zahn, 2021).

Der Ansatz der Palliativversorgung entwickelte sich im Rahmen der modernen Hospizbewegung und geht von einer interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, Ehrenamtlicher sowie der An- und Zugehörigen aus. Tragende Säulen sind u. a. die Palliativpflege, Palliativmedizin und Hospizarbeit.

Definition Palliativversorgung

Palliativversorgung ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und deren Familien verbessert, die mit den Problemen im Zusammenhang mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung sowie Behandlung von Schmerz und anderen Problemen auf körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ebenen.

Quelle: Sepúlveda et al. (2002)

In der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen wird zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung unterschieden.

Bei der allgemeinen Palliativversorgung wird die Versorgung am Lebensort der Betroffenen durch die bereits zuvor an der Pflege Beteiligten sichergestellt. Dies sind entweder die pflegenden An- und Zugehörigen, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder gegebenenfalls die Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste, der Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder Pflegeheime. Auch an anderen Lebensorten wie den Wohnformen der Eingliederungshilfe oder in Einrichtungen des Übergangswohnens für Menschen ohne eigenen Wohnraum erfolgt die Versorgung am Lebensende im Rahmen des Möglichen. An allen Sterbeorten kann einer der 43 ambulanten Berliner Hospizdienste (darunter auch acht für Kinder und Jugendliche) gemäß § 39a Absatz 2 SGB V hinzugezogen werden. Diese beraten palliativpflegerisch und organisieren die Sterbebegleitung durch qualifizierte Ehrenamtliche.

Für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, eine teil- und vollstationäre Versorgung in einem der 20 Berliner Hospize (darunter zwei für Kinder und Jugendliche) gemäß § 39a Absatz 1 SGB V oder eine stationäre Versorgung im Krankenhaus ist eine ärztliche Einschätzung bezüglich der entsprechenden Notwendigkeit

erforderlich. Bei unerwarteten gesundheitlichen Krisen kann auch unplanmäßig eine Aufnahme ins Krankenhaus angezeigt sein. Der geäußerte oder mutmaßliche Patientenwille ist bei allen Entscheidungen zur Versorgung am Lebensende grundsätzlich maßgeblich.

Handlungsempfehlungen zur Versorgung am Lebensende sind verankert im Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin und in der Nationalen Strategie zur Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Eine gute Versorgung am Lebensende hängt vor allem ab von

- guten Rahmenbedingungen für Vorsorge seitens der Menschen zur Entwicklung, Kommunikation und Hinterlegung ihres Willens,
- unterstützenden, entlastenden Angeboten für pflegende An- und Zugehörige, die in der letzten Lebensphase die Pflege und Betreuung übernehmen,
- einer entsprechenden Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte zur Palliative Care im Pflegebereich sowie Gesundheits- und Sozialwesen,
- guten Rahmenbedingungen (u. a. fachlichen Standards und Vergütung) für die Angebotsstrukturen.

Gemäß § 28 SGB XI schließt Pflege die Sterbebegleitung mit ein. Bisher wird dieser Aspekt jedoch nur marginal in den Rahmenverträgen zur Pflege im Land Berlin gemäß § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB XI aufgeführt. Einrichtungstypen wie Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Pflegeheime haben in den vorzulegenden Konzepten explizite Ausführungen zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zu machen. Vielfach liegen in den Einrichtungen auch entsprechende Qualitätsstandards vor. Der auf Landesebene verhandelte Palliativzuschlag soll die Durchführung regelmäßiger Bildungsangebote zu Hospizkultur und Palliativkompetenz seitens der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen fördern, nachzuweisen ist dies allerdings nicht. Vergleichsweise wenige Erkenntnisse liegen zur allgemeinen Palliativversorgung seitens ambulanter Pflegedienste vor.

Das Land Berlin unterstützt die Versorgung am Lebensende durch Informations- und Beratungsangebote sowie eine Reihe von Netzwerkformaten bzw. Care-Management-Strukturen wie das Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin, in dem ca. ein Fünftel aller Pflegeheime mitarbeiten (siehe die Steckbriefe auf der Website des Landespflegeplans).

3.5 Bewertung der Versorgungssituation

Decken die bestehenden und in Kapitel 3 dargestellten Einrichtungen und Strukturen die derzeitigen und künftigen pflegerischen Bedarfe der Berlinerinnen und Berliner? Ziel dieses Unterkapitels ist eine Bewertung der Versorgungssituation in der Gesamtschau über alle Versorgungsbereiche hinweg.

Grundsätzlich werden in Kapitel 3 sowohl die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen als auch die Entwicklung der Zahl und der Inanspruchnahme der (vor-)pflegerischen Angebote dargestellt und analysiert. Die Anzahl pflegebedürftiger Menschen sowie die Inanspruchnahme von Leistungen und Angeboten sind jedoch keinesfalls gleichzusetzen mit den tatsächlichen Versorgungsbedarfen (siehe Kapitel 2). Wartelisten bei Pflegeeinrichtungen, Personalmangel, fehlendes Wissen der betroffenen Menschen um bestehende Angebote und ihren Anspruch darauf oder weite Anfahrtswege zu bestehenden Strukturen und Angeboten sind nur einige der Faktoren, die die Inanspruchnahme von den tatsächlichen Bedarfen abweichen lassen. Ziel der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung ist es deshalb, über die Verbesserung der Datenlage und eine systematische Beteiligung der Akteure in der Pflege und insbesondere der Betroffenen zu einem vollständigeren Bild der Bedarfe zu kommen.

In die Bewertung der Versorgungssituation fließen aus diesem Grund neben den in Kapitel 3 dargestellten Daten, Prognosen und Analysen auch die Einschätzungen von Expertinnen und Experten sowie Praktikerinnen und Praktikern im Bereich der Pflege ein. Hierzu fand zum einen ein Workshop zur Einordnung und Interpretation der Daten aus Kapitel 3 mit Fachexpertinnen und -experten der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung statt. Zum anderen wurden mit dem Thema betraute Verwaltungsmitarbeitende der Berliner Bezirksamter wie auch Beraterinnen und Berater der Pflegestützpunkte zu ihrer Einschätzung der Versorgungssituation befragt. Insgesamt liegen hierzu neun Rückmeldungen aus 4 Bezirksamtern vor. In Summe 11 Pflegestützpunkte – von Pflegekassen wie landesseitig gefördert – haben ihre Erfahrungen aus der Beratung eingebracht. Ergänzend finden Hinweise der bezirklichen Verbünde und aus Bezirksworkshops, die im Jahr 2023 durchgeführt wurden, Berücksichtigung in den folgenden Ausführungen. Interviews mit der Sprecherin und den Sprechern der fünf Mitgliedergruppen des Landespflegeausschusses (LPA) zu ihrer Einschätzung der Versorgungssituation und der Rolle des LPA bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Berliner Pflegestrukturen sowie eine Stellungnahme der Berliner Patientenbeauftragten komplettieren dieses Unterkapitel.

Insgesamt ist aufgrund der demografischen Entwicklung und der damit steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen für alle Angebote eine Zunahme der Nachfrage zu erwarten. Gleichzeitig werden Pflegekräfte nicht in einem vergleichbaren Maße zur Verfügung stehen, um das gegenwärtige Niveau professionell unterstützter Pflegesettings zu halten. Bereits jetzt ist ein allgemeiner Trend hin zu weniger institutionalisierten und weniger stark regulierten Betreuungsformen (etwa Pflege-WGs und Betreutem Wohnen) zu beobachten – mit i. d. R. geringerem Personaleinsatz. Gleichzeitig steigt der Anteil der selbstorganisierten Pflege durch Angehörige und mitunter sogenannter Live-Ins.⁴⁵ Beides führt dazu, dass der bereits bestehende Personalmangel bisher nicht, wie erwartet, zu deutlich wahrnehmbaren Versorgungsengpässen führt. Eine große Herausforderung stellt darüber hinaus die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung dar, die es pflegebedürftigen Menschen erlaubt, in ihrem gewohnten Umfeld und in der Nähe von Angehörigen, Freundinnen und Freunden sowie Nachbarinnen und Nachbarn zu leben und auch zu sterben. Es folgt ein genauerer Blick auf die verschiedenen pflegerischen Versorgungssettings.

Ein gutes Leben im Alter und bei Pflegebedürftigkeit hängt von weit mehr Faktoren als der pflegerischen Versorgung im engeren Sinne ab. Dies verdeutlichen auch die Rückmeldungen – insbesondere von der Bezirksebene (vgl. 3.5.4). Aspekte wie eine gute und leicht zugängliche medizinische Versorgung, soziale Angebote, Teilhabemöglichkeiten oder barrierefreier Wohnraum sind weitere wesentliche Voraussetzungen. Pflegestrukturplanung muss daher zwingend angrenzende Versorgungsbereiche und Schnittstellen zu anderen Politikfeldern in den Blick nehmen.

3.5.1 Beruflich Pflegende

Der Anteil der – überwiegend formal beruflich nicht qualifizierten – Hilfskräfte in der Pflege ist im Vergleich zu anderen Branchen weit überdurchschnittlich (siehe Kapitel 2). Zentral ist daher der Befund, dass in der Pflege ein Personalmangel und nicht ausschließlich ein Fachkräftemangel besteht. Aufgrund der demografischen Entwicklung, die sich einerseits auf die Zahl der pflegebedürftigen Menschen (steigend) und

⁴⁵ Live-In-Care ist der Fachbegriff für das Modell der Betreuung von Pflegebedürftigen in der privaten Häuslichkeit durch überwiegend aus Osteuropa stammende Pflegepersonen, die in der Häuslichkeit des pflegebedürftigen Menschen leben. Häufig wird – irreführend – von 24-Stunden-Pflege gesprochen. Gesicherte Daten zur Prävalenz von Live-Ins gibt es nicht (siehe Bundesministerium für Gesundheit et al., 2024). Der Landesbericht zum DAK-Report 2022 geht für Berlin von einem zumindest zeitweisen Einbezug von Live-Ins bei 18 % der Pflegegeldbeziehenden aus (Klie, 2023a).

andererseits auf die Zahl der Erwerbstätigen (sinkend) auswirkt, wird sich die Personalsituation in der Pflege in den kommenden Jahren weiter verschärfen.

Dennoch sind in Berlin positive Entwicklungen zu verzeichnen: Berlin verfügt über gute Ausbildungsstrukturen in der Pflege. Hierzu zählen neben der dreijährigen Pflegefachausbildung die 18-monatige Ausbildung zur Pflegefachassistenz sowie die Möglichkeit des primärqualifizierenden Pflegestudiums an drei Hochschulen. Seit 2009 sind die Ausbildungszahlen in der Pflege in Berlin kontinuierlich gestiegen. Darüber hinaus sind die Antragszahlen zur Anerkennung von Abschlüssen internationaler Fachkräfte in den vergangenen Jahren um 60 % gewachsen.

Insgesamt steigen die Beschäftigtenzahlen in den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen jedoch mit einer geringeren Dynamik als die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Berlin (insgesamt). Zwischen 2021 und 2023 war sogar erstmals ein leichter Rückgang der Beschäftigtenzahlen über alle Versorgungssettings zu verzeichnen. Weitere Effizienzverbesserungen in der beruflichen Pflege und die Stärkung der selbstorganisierten Pflege sind deshalb wichtige Ziele der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung. Wesentlich ist die Etablierung eines qualifikations- und kompetenzgerechten Personaleinsatzes wie auch der Beratung und Prozesssteuerung als Kernaufgaben der Pflege. Insbesondere bei Ersterem können Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung die Attraktivität des Berufes steigern. Hierzu zählen klare Aufgabenprofile, die Stärkung der Pflegefachpersonen in der Pflegeprozesssteuerung, die Anbahnung der Übernahme heilkundlicher Kompetenzen im Sinne des Pflegestudiumstärkungsgesetzes sowie der Einsatz von Digitaltechnologie zur Effizienzsteigerung und Entlastung. All diese Maßnahmen sollen sowohl der Pflegequalität als auch der Zufriedenheit der in der Pflege tätigen Personengruppen dienen.

3.5.2 Vorpflegerische und präventive Angebote

Die Vermeidung oder Verzögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit gewinnt in der Debatte um die Bewältigung der Auswirkungen des demografischen Wandels zunehmend an Bedeutung. Bund und Länder setzen verstärkt auf präventive Ansätze vor und bei Pflegebedürftigkeit. Viele Maßnahmen des Landes Berlin wie beispielsweise die Berliner Hausbesuche (BHB), Silbernetz oder die in Arbeit befindliche gesamtstädtische Steuerung der Altenhilfe (u. a. Altenhilfestrukturgesetz) fokussieren auf die Ermöglichung von Teilhabe und Gesundheitsförderung in der Zielgruppe älterer Menschen mit und ohne Pflegebedürftigkeit. Zentrales Ziel des Landes Berlin ist es, durch die Weiterentwicklung

und Ergänzung der bestehenden Angebote die Potenziale von Gesundheitsförderung und Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit noch besser als bisher auszuschöpfen.

In Anbetracht der zunehmenden Relevanz von Prävention im Kontext von Pflege bleiben die bisher von Kranken- und Pflegekassen umgesetzten Programme für die Zielgruppe hinsichtlich Quantität und Qualität hinter den Erwartungen zurück. Auch wenn alle Kassen die Prävention von Pflege für sich als bedeutendes Handlungsfeld anerkennen, gibt es bisher kein gemeinsames und koordiniertes Vorgehen zwischen Land und Kassen in diesem Bereich. Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung sieht hier einen dringenden Handlungsbedarf.

3.5.3 Selbstorganisierte Pflege

Die Mehrzahl der pflegebedürftigen Berlinerinnen und Berliner bezieht ausschließlich Pflegegeld und erhält Pflege und Unterstützung von Angehörigen. Zur Situation im Bereich der informellen Pflegesettings ist die Datenlage eingeschränkt. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass der ausschließliche Pflegegeldbezug nicht immer freiwillig gewählt wird, sondern seine Ursache auch in fehlenden passgenauen Angeboten oder in der finanziellen Situation der Pflegehaushalte hat.

Aufgrund sich verändernder Lebensentwürfe und Biografien ist davon auszugehen, dass die Pflege und Unterstützung durch Angehörige in Zukunft nicht in gleichem Maße zur Verfügung stehen wird. Ebenfalls wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen zunehmen, die keine Familie haben, welche Pflege und Unterstützung leisten kann. Ein wichtiges Anliegen der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung ist es daher, neben der Stärkung der professionellen Pflege und der Unterstützung pflegender Angehöriger ebenso die gesellschaftliche Solidarität, Nachbarschaftshilfe und bürgerschaftliches Engagement in der Pflege zu fördern. Dieses Vorgehen trägt dazu bei, Unterstützungsnetze und damit häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren. Ein weiteres Ziel der Senatsverwaltung ist es außerdem, die Vereinbarkeit von pflegerischen und beruflichen Anforderungen zu fördern. Auch die Bezirksämter sehen in diesen Bereichen Handlungsbedarf, etwa bei der Stärkung, Qualifizierung und Begleitung freiwilliger Helferinnen und Helfer.

Um die pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit durch Angehörige zu stärken und somit auch die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen zu erhöhen, besteht in Berlin eine vielfältige Struktur von Angeboten zur Beratung, Unterstützung und Entlastung (siehe Kapitel 3.4): Die Angebote spiegeln die Vielfalt der Lebenswirklichkeiten in Berlin wider und sind in ihrer Breite bundesweit einmalig. Dennoch sind viele der Angebote den

pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen nicht ausreichend bekannt. Die Pflegelandschaft ist zudem so differenziert, dass Laien sich allein nur schwer in der Vielfalt der Angebote zurechtfinden.

Weitere Beratungsbedarfe werden insbesondere hinsichtlich der Verbindung von informeller und professioneller Pflege gesehen, damit pflegende Angehörige bei Bedarf ergänzende professionelle Pflege und weitere Hilfe- und Unterstützungsangebote frühzeitig in Anspruch nehmen können, womit einer Überlastungssituation entgegengewirkt wird. Dieser häusliche Pflegemix wird zukünftig noch wichtiger werden, um die selbstorganisierte, weiterhin überwiegend von Familienangehörigen getragene Pflege zu stützen. Besonders schwierig ist die Organisation der Pflege in einer kurzfristigen Notfallsituation, wenn etwa pflegende Angehörige ausfallen. Ohne die Unterstützung von Pflegestützpunkten und anderen Akteuren sei das für Angehörige selbst nahezu unmöglich, aufgrund des begrenzten Angebotes gelte dies zunehmend auch jenseits von Notsituationen. Ein umfassendes Case Management, das komplexe Fälle längerfristig und intensiv begleitet, sei bisher die Ausnahme, so die Rückmeldungen aus Bezirken und Pflegestützpunkten.

Der Bedarf an Angeboten zur Unterstützung im Alltag steigt kontinuierlich, von nahezu allen Befragten wird hier explizit der Bereich der hauswirtschaftlichen Hilfen genannt. Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention für pflegende Angehörige sind aus bezirklicher Sicht ein weiterer ergänzender Baustein zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger.

3.5.4 Pflegerische Infrastruktur

3.5.4.1 Pflege- und Betreuungsdienste

Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, die von einem ambulanten Pflegedienst unterstützt und betreut werden, hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Zukünftig werden auch hier die Bedarfe weiter steigen. Hinweise aus der Versorgungslandschaft lassen darauf schließen, dass bereits jetzt weitere Angebote benötigt werden. Auch das Präventionspotenzial einer tatsächlich aktivierend praktizierten Pflege scheint noch ausbaufähig.

Rückmeldungen aus der Pflegeberatung und den Bezirken bestätigen diese Einschätzung: Besonders schwierig sei es für pflegebedürftige Menschen, einen Pflegedienst für SGB-V-Leistungen (Häusliche Krankenpflege) zu finden. Auch bei Menschen mit besonderen Bedarfen, etwa psychischen Erkrankungen, und jenen, die am Stadtrand

Berlins (Buckow, Buch, Köpenick, Heiligensee etc.) leben, werden Versorgungslücken gesehen. Die Pflegestützpunkte berichten, dass zunehmend Suchende abgewiesen oder aufgrund von Personalmangel Versorgungsverträge gekündigt werden. Aus den Bezirken kommt der Hinweis, dass der Bedarf an Leistungen im geringen Umfang (etwa hauswirtschaftliche Versorgung) steige, da nur so der Verbleib in der Häuslichkeit gewährleistet werden kann.

Inwieweit die Vergütungssteigerungen in der Pflege und die damit verbundenen höheren Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen zu einer Einschränkung der Leistungsanspruchnahme geführt haben und damit ggf. eine Verschlechterung der Versorgungssituation einhergeht, wird in der Pflegestatistik oder anderen amtlichen Daten nicht erfasst. Jedoch wird eben dies von Akteuren in der Pflegelandschaft und aus der Beratung berichtet.

3.5.4.2 Tages- und Nachtpflege

Die Tages- und Nachtpflege sind wichtige Entlastungsangebote für die von Angehörigen getragene Pflege. Die Zahl der Tagespflegeplätze in Berlin ist zwischen 2013 und 2023 im gesamten Stadtgebiet um 61 % angestiegen, wobei es große Unterschiede in der Versorgungsdichte zwischen den Bezirken gibt. Aus Sicht der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung ist das Angebot an Tagespflegeplätzen auf gesamtstädtischer Ebene gegenwärtig bedarfsdeckend. In den kommenden Jahren ist allerdings nicht nur aufgrund der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen, sondern auch aufgrund sinkender Potenziale der Angehörigenpflege (etwa einer stärkeren Erwerbsbeteiligung der Töchter-Generation) mit zunehmenden Bedarfen zu rechnen.

Aus der Pflegeberatung kam demgegenüber der Hinweis, dass Tagespflegen speziell für jüngere Menschen (unter 60 Jahren) bisher gänzlich fehlen und der Bedarf nur bei den höheren Altersgruppen gedeckt sei. Auch für spezifische Krankheitsbilder, etwa psychisch erkrankte Pflegebedürftige oder Menschen mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS) oder Multipler Sklerose (MS), mangle es an geeigneten Betreuungsplätzen. Oft könne die Betreuung nur an einzelnen Wochentagen sichergestellt werden und Anfahrtswege seien lang, weil sich ein freier Platz nur in einem anderen Bezirk gefunden habe. Für mobilitätseingeschränkte Personen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, fehle es bei den Fahrdiensten an Treppenhilfen. Der Besuch einer Tagespflege ist für diese pflegebedürftigen Menschen daher oftmals überhaupt nicht möglich.

In Berlin existiert nur eine einzige Nachtpflegeeinrichtung mit insgesamt acht Betreuungsplätzen. Schon aufgrund der mitunter sehr weiten Anfahrtswege kann hier

keinesfalls eine Bedarfsdeckung angenommen werden. Diese Versorgungslücke wurde auch von den Bezirksämtern sowie der Pflegeberatung thematisiert. Die Pflegestützpunkte berichten, dass das Angebot zwar nicht besonders häufig, aber grundsätzlich dennoch nachgefragt wird.

3.5.4.3 Kurzzeitpflege

Wenn Angehörige kurzfristig bei der Pflege ausfallen oder eine Erholungspause benötigen – aber auch als Zwischenlösung nach einem Krankenhausaufenthalt – kann die Kurzzeitpflege eine wichtige Unterstützung darstellen. Zwischen 2013 und 2023 ist die Zahl der verfügbaren Kurzzeitpflegeplätze in Berlin deutlich zurückgegangen: von 457 auf 274 Plätze. Einvernehmlich wird ein höherer Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen gesehen, der auch in den kommenden Jahren weiter steigen wird. Es ist ein wichtiges Ziel der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung, die Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen zu verbessern.

Nahezu alle Rückmeldungen der Pflegeberatung, aus den Bezirken und Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbünde (GGV) unterstreichen diese Versorgungslücke. Insbesondere fehlten auch Kurzzeitpflegeplätze für Menschen mit besonderen Versorgungsbedarfen – Menschen mit Demenz, (junge) Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftige Kinder (siehe Kapitel 4.2.14).

3.5.4.4 Pflege-Wohngemeinschaften

Ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaften werden als eine Alternative zum Pflegeheim gesehen. In Berlin sind sie zu einem wichtigen Teil der Pflegeinfrastruktur geworden. Kein anderes Bundesland weist eine vergleichbare Dichte an Pflege-WGs auf. Insgesamt decken die bestehenden Pflegewohngemeinschaften den derzeitigen Bedarf, wobei unklar ist, ob und wie sich dieser Bedarf von jenem an vollstationärer Dauerpflege unterscheidet.⁴⁶ Diese Einschätzung wird grundsätzlich auch von den Mitarbeitenden der Pflegeberatung geteilt. Da sich die meisten Pflege-Wohngemeinschaften auf die Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen spezialisiert haben, fehle es jedoch an Angeboten für jüngere und nicht demenziell erkrankte pflegebedürftige Menschen.

⁴⁶ Zwischen den beiden Versorgungsformen sind Substitutionseffekte zu erwarten. Interessanterweise wird für die vollstationäre Dauerpflege gegenwärtig ein Bedarf an zusätzlichen Angeboten, für die Pflege-WGs hingegen kein zusätzlicher Bedarf gesehen.

Damit Pflege-Wohngemeinschaften auch zukünftig und bei weiter steigenden Bedarfen als wichtige Angebotsform nachhaltig abgesichert sind, gilt es, diese auch in ihrer Struktur weiterzuentwickeln. Dabei müssen sowohl Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen, die ihres sozialen Umfelds als auch jene des Sozialraumes aktiv eingebunden werden.

3.5.4.5 Vollstationäre Langzeitpflege

Seit 2015 ist die Zahl der stationären Pflegeplätze leicht gesunken. 2023 gab es in Berlin insgesamt 30.178 Pflegeplätze in 280 Pflegeheimen. Im Vergleich dazu gab es 2021 berlinweit noch knapp 300 Heime. Damit sank die Zahl der Pflegeheime innerhalb kurzer Zeit merklich. Mitunter müssen auch einzelne Wohnbereiche (vorübergehend) schließen, da bedingt durch die angespannte Personalsituation ein Weiterbetrieb nicht möglich ist. Aufgrund dieser Entwicklungen ist nicht von einer bedarfsdeckenden Versorgung auszugehen.

Auch Rückmeldungen von Beratungsstellen und Bezirksämtern deuten darauf hin, dass es zunehmend schwierig wird, selbst mit angemessenem zeitlichem Vorlauf einen Pflegeheimplatz (in Wohnortnähe) zu finden. Für pflegebedürftige Menschen mit besonderen Fallkonstellationen wie beispielsweise bei demenziell Erkrankten mit Hinlauftendenz, psychisch Erkrankten, Menschen mit Suchterkrankungen oder jungen Pflegebedürftigen gestaltet sich die Suche nach einem Pflegeheimplatz noch einmal schwieriger. Ebenso fehle es für Menschen mit Migrationsgeschichte teilweise an adäquaten Angeboten (kultursensible Pflege).

Obwohl das Angebot an alternativen Pflegewohnformen zuletzt deutlich stieg, ist angesichts steigender Zahlen pflegebedürftiger Menschen, des hohen Personalbedarfs in der stationären Pflege und einer beobachtbaren Stagnation bzw. eines Rückgangs im vollstationären Segment von zunehmenden Versorgungsengpässen auszugehen.

3.5.4.6 Hospiz- und Palliativversorgung

Schwerstkranke und sterbende Menschen können die Hospiz- und Palliativversorgung in Anspruch nehmen. Wesentliches Ziel der multiprofessionellen Versorgung ist die Sicherung größtmöglicher Lebensqualität bis zum Tod. Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung sieht Verbesserungspotenziale insbesondere im Bereich der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung durch ambulante Pflegedienste sowie Hausärztinnen und Hausärzte (Regelversorgung) und hinsichtlich einer besseren Vernetzung der relevanten Angebote, damit Menschen ihrem häufigen Wunsch

entsprechend im häuslichen Umfeld versterben können. Dies wiederum würde auch die spezialisierte Palliativversorgung und die Hospize entlasten.

Die Pflegestützpunkte berichten, dass die spezialisierten Palliativärztinnen und -ärzte wie auch die Palliativdienste (SAPV) häufig überlastet sind und es für betroffene Menschen schwierig ist, eine adäquate Versorgung kurzfristig zu organisieren. Die Pflegestützpunkte schildern außerdem Wartelisten für den Aufenthalt in einem stationären Hospiz und mitunter weite Wege, die Angehörige auf sich nehmen müssen, um pflegebedürftige Menschen in Hospizen in entfernten Bezirken zu besuchen. Ad hoc ist häufig kein Platz verfügbar.

3.5.5 Medizinische Versorgung und weitere Versorgungsbedarfe

Pflegebedürftigkeit geht i. d. R. mit schwerwiegenden (chronischen) Erkrankungen, Mobilitätseinschränkungen und weiteren Unterstützungsbedarfen einher. In der Folge entstehen Versorgungskonstellationen, an denen verschiedene Akteure (Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Beratung, Sozialarbeit etc.) beteiligt sind. Eine gute, koordinierte und vernetzte pflegerische, gesundheitliche und soziale Versorgung ist für pflegebedürftige Menschen von zentraler Bedeutung. Ziel der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung ist es, Versorgungsproblemen, die durch nicht bearbeitete oder nicht ausreichend gut gestaltete Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen entstehen, durch ein integriertes Verständnis der Pflegestrukturplanung entgegenzuwirken.

Die Rückmeldungen aus den Bezirken unterstreichen die Bedeutung eines integrierten Versorgungsverständnisses, welches die Breite der Versorgungsbedarfe pflegebedürftiger Menschen in den Blick nimmt. Insgesamt sei die bessere Vernetzung und Zusammenarbeit aller an der Versorgung und Unterstützung pflegebedürftiger Menschen beteiligten Akteure (Laien wie Profis) ein Schlüsselfaktor zur Verbesserung und effizienteren Ausgestaltung der Versorgungssituation. Versorgungsprobleme werden z. B. beim Übergang vom Krankenhaus in die weitere Versorgung (Entlassmanagement) gesehen oder bei der fehlenden psychotherapeutischen Versorgung. Hausärztinnen und Hausärzte genauso wie Therapeutinnen und Therapeuten (Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie) bieten gegenwärtig nicht in ausreichendem Maße Hausbesuche an. Mit Blick auf die Situation pflegebedürftiger Kinder werden fehlende Fördermöglichkeiten in Schulen und Kitas identifiziert.

Ganz allgemein ergeben sich durch die in hohem Maße ausdifferenzierten Zuständigkeiten zwischen politischen Ressorts (Pflege, Gesundheit, Soziales, Jugend,

Wohnen etc.) und politischen Ebenen (Bund, Land, Bezirke) sowie den verschiedenen Kostenträgern (Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträger etc.) und Versorgungsakteuren diverse Schnittstellenprobleme, die zu Defiziten, Verzögerungen und Brüchen in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen führen.

Viele der hier beschriebenen Versorgungsprobleme werden von den in Kapitel 4 vorgestellten Vorhaben der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung sowie anderer Ressorts bzw. der Bezirksebene adressiert.

3.6 Interviews mit Mitgliedern des Landespflegeausschusses zur Bewertung der Versorgungssituation und zum Landespflegeausschuss

3.6.1 Antworten von Sonja Kemnitz, Sprecherin der Mitgliedergruppe 1

Sonja Kemnitz ist pflegende Angehörige und Mitglied von wir pflegen Berlin e.V. Seit 2022 vertritt sie die Mitgliedergruppe 1 im Steuerungsgremium des LPA.

1. Was sind aus Ihrer Sicht die zwei größten Herausforderungen für die Langzeitpflege im Land Berlin?

- Eine kieznahe, diversitäts- und bedarfsgerechte Beratungs- und Versorgungsstruktur in allen Bezirken nach einheitlichen Qualitätsvorgaben sichern
- Pflegende Angehörige wirksam entlasten durch eine landesweite, bezirks- und trägerübergreifende Informations- und Vermittlungszentrale sowie aufsuchende Angebote, vor allem für pflegende Angehörige im Beruf, pflegende Eltern sowie hochaltrige Pflegepersonen. Öffentliche Investitionen für teilstationäre Angebote, für Kurzzeitpflege, auch solitär, digitale Lösungen und gegen Pflegearmut wie Pflegewohngeld oder Zugangserleichterung zum Entlastungsbetrag.

2. Welche Stellschrauben hat der neue Berliner LPA zur Bewältigung dieser Herausforderungen?

Unmittelbar hat der LPA keine, denn Empfehlungen sind unverbindlich. Aber der LPA kann Pflegeplanung auch vor Ort befördern und erstmals alle Berliner Pflegeakteure – einschließlich der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen – einbeziehen sowie Lösungsvorschläge bei unterschiedlichen Interessenlagen gemeinsam erarbeiten. Er kann die öffentliche Debatte fördern, wenn er – über öffentliche Fachgespräche hinaus – mehr Transparenz wagt. Seine Arbeitsgruppen können Themen in der Tiefe bearbeiten.

3. Welche Themen sollte der LPA in den kommenden Jahren schwerpunktmäßig bearbeiten und wo könnte die Zusammenarbeit seiner Mitglieder Maßstäbe für eine zukunftsfähige Pflege in Berlin setzen?

- Bezirksübergreifende Qualifizierung der Datenerfassung für Pflegeplanung
- Öffentliche Investitionen in die Pflegeinfrastruktur (Pflegewohngeld, Digitalisierung auch ambulant), Investitionskostenvergütung von Kostenträgern
- Dauerhaft leichter Zugang zum Entlastungsbetrag auch für Zugehörige
- Angleichung und Ausbau der Strukturen in den Bezirken zur schnelleren Genehmigung von Leistungen der Hilfe zur Pflege
- Ausbildung für mehr Pflegefachkräfte fördern, ausländische Fachabschlüsse schnell anerkennen und Pflegehaushalte von Ausbildungskosten entlasten
- Maßstäbe setzen durch mehr Transparenz, Austausch und Abstimmung zwischen den Arbeits- und Mitgliedergruppen sowie allen Pflegeakteuren, insbesondere zu bevorstehenden Empfehlungen des LPA

3.6.2 Antworten von Christian Matat, Sprecher der Mitgliedergruppe 2

Christian Matat vertritt den Landespflegerat Berlin-Brandenburg und ist Geschäftsführender Pflege- und Einrichtungsleiter einer Pflegeeinrichtung. Seit 2022 ist er Sprecher der Mitgliedergruppe 2 des LPA.

1. Was sind aus Ihrer Sicht die zwei größten Herausforderungen für die Langzeitpflege im Land Berlin?

Die zwei größten Herausforderungen bilden aus Sicht des Landespflegerats B-BB erstens die Sicherung der personellen Kapazitäten in der Langzeitpflege und zweitens der Ausbau der bedarfs- und nachfrageorientierten Angebotspalette der Pflegeanbieter. Mit einer sehr guten Krankenhauslandschaft in Berlin konkurriert die Langzeitpflege um den beruflichen Nachwuchs. Neben der Erfüllung sämtlicher gesetzlicher Vorgaben wird eine gute Personalausstattung auch für eine gute Pflegequalität benötigt. Dafür werden Fort- und Weiterbildungsangebote benötigt, eine Imagekampagne zur weiteren Aufwertung des Berufsbildes in der Langzeitpflege sowie eine zügige Anerkennung von Fachkräften aus dem Ausland.

2. Welche Stellschrauben hat der neue Berliner LPA zur Bewältigung dieser Herausforderungen?

Die LPA-Mitglieder sollten darauf hinwirken, dass eine Verwaltungsreform umgesetzt wird. Aus unserer Sicht braucht es beispielsweise eine zentrale Stelle zur Beantragung aller Angelegenheiten im Prozess der Anerkennung ausländischer Fachkräfte. Wir sehen darüber hinaus deutliche Digitalisierungspotenziale im Melde- und Antragswesen, bei der Einführung digitaler Akten und beim Informationsaustausch zwischen den an der Pflege beteiligten Institutionen. Im Bereich der personellen Absicherung der Pflege sehen wir die Chance für ein Modellvorhaben. Wir präferieren einen trägerübergreifenden Mitarbeiterpool, sodass bei personellen Engpässen Anbieter der Langzeitpflege kurzfristige Dienstabsicherungen ermöglichen können.

3. Welche Themen sollte der LPA in den kommenden Jahren schwerpunktmäßig bearbeiten und wo könnte die Zusammenarbeit seiner Mitglieder Maßstäbe für eine zukunftsfähige Pflege in Berlin setzen?

Der Landespflegeausschuss sollte sein Augenmerk auf den Ausbau der Attraktivität der Langzeitpflege für ausländische Fachkräfte legen. Neben der Anwerbung bereits ausgebildeter Fachkräfte bedarf es eines Ausbaus der Ausbildungskapazitäten in Berlin, insbesondere im Bereich der Pflegefachassistenz. Bei einer sich abzeichnenden Unterfinanzierung der Pflegeversicherung und folglich steigenden Eigenanteilen für die Pflegebedürftigen müssen zukünftig Antworten auf die Frage der Versorgungssicherheit für einkommensschwache Pflegebedürftige gefunden werden. Pflege darf in Berlin nicht zur Altersarmut führen.

3.6.3 Antworten von Oliver Stemmann, Sprecher der Mitgliedergruppe 3

Oliver Stemmann ist Vorsitzender der bpa-Landesgruppe Berlin und ist Schwerpunktbeauftragter für „Grundsatzfragen Pflegemarkt“ bei Alloheim. Seit 2022 ist er Sprecher der Gruppe 3 des LPA

1. Was sind aus Ihrer Sicht die zwei größten Herausforderungen für die Langzeitpflege im Land Berlin?

Aus der Verantwortung des Landes gemäß § 9 SGB XI ergibt sich die Notwendigkeit einer Bestandsaufnahme aller Pflegeangebote, einer langfristig ausgerichteten Bedarfsprognose und eines Ausblicks, wie dieser Bedarf gedeckt werden kann. Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung soll beim LPP ihre Verantwortung insbesondere in drei Themenbereichen wahrnehmen:

Themenbereich 1: Personalkraftsicherung

- Ausbau von Ausbildungs-Kapazitäten in Schulen, Ausbildung von Pflegepädagoginnen und -pädagogen
- Gewährleistung beschleunigter Bearbeitung von Anerkennungsverfahren ausländischer Pflegefachkräfte
- Maßnahmen zur Begrenzung von Leiharbeit
- Modellvorhaben zu Springerpools, Springereinsätzen zur Verbesserung der Familienfreundlichkeit von Arbeitszeiten

Themenbereich 2: Verwaltung

- Digitalisierung der öffentlichen Verwaltung an den Schnittstellen mit der professionellen Pflege; einheitliches Vorgehen in allen Bezirken und Ämtern
- Umsetzung einer digitalen Leistungsdokumentation: papierloses Arbeiten
- Unterstützung der Arbeit und Stärkung der bezirklichen Sozialämter

Themenbereich 3: Sicherung der Versorgungsstrukturen

- Vereinbarung angemessener Investitionskostensätze
- Ankurbeln des Investitionsgeschehens
- Förderung der Vergabe von Grundstücken für die vollstationäre Langzeitpflege
- Keine zustimmende Hinnahme des Abbaus vollstationärer Leistungsangebote

2. Welche Stellschrauben hat der neue Berliner LPA zur Bewältigung dieser Herausforderungen?

Die wichtigste Stellschraube ist die konstruktive Wahrnehmung seiner Beteiligungsrechte. Der LPA kann aus der repräsentativen Breite seiner Mitglieder konkrete Sachkompetenz in die Entscheidungsprozesse auf Landesebene einbringen. Ebenso kann er in die Organisationen hineinkommunizieren und sich in geeigneter Weise an Entscheidungsprozessen beteiligen.

3. Welche Themen sollte der LPA in den kommenden Jahren schwerpunktmäßig bearbeiten und wo könnte die Zusammenarbeit seiner Mitglieder Maßstäbe für eine zukunftsfähige Pflege in Berlin setzen? Siehe Punkt 1.

3.6.4 Antworten von Chris Behrens, Sprecher der Mitgliedergruppe 4

Chris Behrens ist Leiter AOK Pflegeberatung und Pflegestützpunkte bei der AOK Nordost. Seit 2022 ist er Sprecher der Mitgliedergruppe 4 des LPA.

1. Was sind aus Ihrer Sicht die zwei größten Herausforderungen für die Langzeitpflege im Land Berlin?

1. Stabilisierung der häuslichen Pflegesettings durch Stärkung der pflegenden Angehörigen (z. B. durch Weiterentwicklung der Nachbarschaftshilfe sowie des strukturierten Angebots von Schulungen pflegender Angehöriger nach § 45 SGB XI zur selbständigen Umsetzung der Pflege).
2. Stärkung der ambulanten Pflegedienste bei der Umstellung auf eine pflegerische Versorgung, welche die Ressourcen des Pflegebedürftigen stärker nutzt und sich auf den Ausgleich von dessen Defiziten unter Einbindung des familialen Umfelds fokussiert.

2. Welche Stellschrauben hat der neue Berliner LPA zur Bewältigung dieser Herausforderungen?

Zu 1. Werbung für ein Zusammenführen aller senatsfinanzierten Beratungsangebote unter einer Marke als Anlaufstelle für pflegende Angehörige, sowohl hinsichtlich Beratung als auch Schulung.

Zu 2. Stärkung der Pflegeprävention und der vorpflegerischen Aufklärung zur Situation in der Pflege und Stärkung der Rolle und Handlungsmöglichkeiten der pflegenden Angehörigen als Teil des pflegerischen Versorgungssettings bei der Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste.

3. Welche Themen sollte der LPA in den kommenden Jahren schwerpunktmäßig bearbeiten und wo könnte die Zusammenarbeit seiner Mitglieder Maßstäbe für eine zukunftsfähige Pflege in Berlin setzen?

1. Stärkung sorgender Strukturen im Sozialraum im nichtprofessionellen pflegerischen und vorpflegerischen Bereich unter Inanspruchnahme bestehender Strukturen durch Erarbeitung von Maßnahmen zur Senkung der Pflegeprävalenz (u. a. durch Nutzung von Ressourcen im Rahmen des § 20 SGB V).
2. Schaffung von Transparenz über niedrigschwellige Zugänge öffentlicher Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. in Form von Pflegekompetenzzentren als Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte).
3. Erarbeitung von Maßnahmen, welche die Vertragsverhandlungen in der ambulanten Pflege zur Umsetzung einer ressourcenoptimierten, defizitorientierten pflegerischen Versorgung flankieren.

3.6.5 Antworten von Donald Ilte, Sprecher der Mitgliedergruppe 5

Donald Ilte leitet die Abteilung Pflege in der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. Seit 2022 ist er Sprecher der Mitgliedergruppe 5 des LPA.

1. Was sind aus Ihrer Sicht die zwei größten Herausforderungen für die Langzeitpflege im Land Berlin?

Steigende Kosten der Langzeitpflege bringen mehr Menschen an den Rand des Leistbaren und in die Sozialhilfe. Hinzu kommt der sich zuspitzende Personalmangel. Diese Trends sind keine Berliner Besonderheit.

Auf Landesebene sehe ich zwei zentrale Herausforderungen: Die Senkung der Pflegeprävalenz und die Neuorganisation der Versorgung. Die sich ändernden Leistungen der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege müssen in der gesamten Stadt personenorientiert und bedarfsentsprechend mit der von Angehörigen und ehrenamtlich Aktiven geleisteten Sorgearbeit verbunden werden. Gesundheitsversorgung und Altenhilfe müssen von vornherein mitgedacht werden. Sowohl gemeinschaftliche als auch häusliche Pflegesettings müssen als Teil sorgender Gemeinschaften verstanden werden. Die zweite große Herausforderung liegt in der noch nicht abgeschlossenen Professionalisierung der beruflichen Pflege. Pflege muss sich auf ihre Kernkompetenzen besinnen und auf allen Qualifikationsstufen Handlungssicherheit und Autonomie im ureigenen Kompetenzbereich entwickeln.

2. Welche Stellschrauben hat der neue Berliner LPA zur Bewältigung dieser Herausforderungen?

Die Chance besteht darin, Vereinbarungen zu treffen, die weit über leistungrechtliche Verträge hinausgehen. Legitim sind diese Vereinbarungen aufgrund der Beteiligung der Gruppe Pflegenden und Pflegebedürftiger. Der LPA kann sich bei dieser Zusammensetzung zu einem legitimen Forum für einen demokratischen Diskurs zur Stärkung der Pflege in Berlin entwickeln. Durch kluge Öffentlichkeitsarbeit können die Gelingensfaktoren der pflegerischen Versorgung bekannt gemacht und ein konstruktives Klima des Aufbruchs in der Pflege verbreitet werden.

3. Welche Themen sollte der LPA in den kommenden Jahren schwerpunktmäßig bearbeiten und wo könnte die Zusammenarbeit seiner Mitglieder Maßstäbe für eine zukunftsfähige Pflege in Berlin setzen?

Die fachliche Zusammenarbeit der Träger sehr unterschiedlicher Interessen muss auf die Stabilisierung häuslicher und gemeinschaftlicher Pflegesettings ausgerichtet bleiben. Sozialraumbezug, Partizipation und Digitalisierung können nur in einem kooperativ ausgerichteten

Gremium wie dem LPA so vorangebracht werden, dass die Ergebnisse den pflegebedürftigen Menschen zugutekommen.

3.6.6 Empfehlungen der Patientenbeauftragten zur Verbesserung der Pflege in Berlin

Ursula Gaedigk ist seit 2022 **Patientenbeauftragte** des Landes Berlin. Berlinerinnen und Berliner können sich mit ihren Anliegen und Beschwerden zur gesundheitlichen Versorgung an sie wenden. In dieser Rolle war sie bis September 2024 auch Ansprechpartnerin zu Themen der pflegerischen Versorgung. In diesem Beitrag berichtet sie über ihre Arbeit und gibt Empfehlungen.

Seit dem 1. September 2024 hat Berlin eine **Landespflegebeauftragte: Prof. Dr. Sinja H. Meyer-Rötz**. Sie ist Ansprechpartnerin für pflegebedürftige Menschen und (pflegende) Angehörige, die sich mit ihren Anliegen, Problemen oder Beschwerden an sie wenden können (vgl. Kapitel 4, Vorhabenbeschreibung Pflegebeauftragte).

3.6.6.1 Die Rolle der Patientenbeauftragten für Berlin

Die Patientenbeauftragte ist Ansprechpartnerin für die Anliegen von kranken und pflegebedürftigen Menschen, ihren Angehörigen, ihren Organisationen sowie von Nutzerinnen und Nutzern der gesundheitlichen Versorgung in Berlin. Sie informiert über Strukturen der Gesundheitsversorgung und Unterstützungsangebote. Bei Problemen und Beschwerden vermittelt die Patientenbeauftragte unabhängig und steht den Betroffenen parteiisch zur Seite. Bei Beschwerden im Pflegebereich übernimmt sie eine koordinierende Funktion. Die Patientenbeauftragte ist nicht weisungsgebunden und berät die Senatorin und die Verwaltung. Sie arbeitet in Gremien mit, um die Interessen von Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu vertreten, z. B. in der Landesgesundheitskonferenz, dem Krankenhausbeirat und dem Landespflegeausschuss.

3.6.6.2 Anfragen und Beschwerden zur Pflege

Wenn Pflegebedürftigkeit eintritt, stehen Betroffene und ihre Angehörigen vor vielen für sie scheinbar unlösbaren Fragen. Die meisten Menschen, die sich zum Thema Pflege an die Patientenbeauftragte wenden, suchen nach Informationen: Wer unterstützt mich, wenn ich meinen Alltag nicht mehr selbstständig bewältigen kann? Wie kann ich Leistungen von der Pflegekasse bekommen und wer hilft bei dem Antrag auf Pflegeleistungen? Nachgefragt werden zudem Informationen zur Suche nach stationären Langzeitpflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten.

Beschwerden betreffen die Festlegung des Pflegegrads, die nicht dem tatsächlichen Bedarf der Betroffenen entspricht, und die zuletzt stark gestiegenen Kosten, welche die Pflegebedürftigen belasten. Auch die Qualität der stationären und ambulanten pflegerischen Versorgung wird bemängelt. Betroffene kritisieren Pflegefehler, Verstöße gegen Hygienevorschriften, ständig wechselnde, unfreundliche oder unzuverlässige Pflegekräfte und sprachbedingte

Kommunikationsschwierigkeiten. Kündigt ein ambulanter Pflegedienst den Vertrag, wird es oft schwierig, die Weiterversorgung sicherzustellen und einen anderen Pflegedienst zu finden. Probleme werden zudem bei der Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen berichtet: Arztpraxen führen kaum Hausbesuche durch, sodass pflegebedürftige Menschen in die Praxen gebracht werden müssen. Bei Krankenhausaufenthalten gelingt es nicht immer, die pflegerische Versorgung im Anschluss sicherzustellen.

3.6.6.3 Empfehlungen

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen benötigen verständliche Informationen, um die notwendige Unterstützung zu erhalten. Das Angebot der Pflegestützpunkte sollte daher stetig bekannt gemacht werden: in der Öffentlichkeit und im Netzwerk der Stellen und Institutionen, die in Kontakt mit den Betroffenen stehen und weiter verweisen können. Eine Stärkung der Pflegestützpunkte würde zudem eine umfassendere Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bei der Organisation der pflegerischen Versorgung ermöglichen. Pflegenden Angehörigen benötigen mehr Entlastungsangebote. Anfragen an die Patientenbeauftragte zeigen, dass auch Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunde oder selbst Vermietende dazu bereit sind, ihnen bekannte Menschen im Fall von Pflegebedürftigkeit zu unterstützen, wenn auch nur im begrenzten Umfang. Diese Bereitschaft zur Solidarität könnte in einem entsprechenden Netzwerk stärker als bisher zur pflegerischen Versorgung beitragen.

4 Zukunftsperspektiven

Nach Analyse und Bewertung der gegenwärtigen (vor-)pflegerischen Versorgungssituation in Berlin und insbesondere auch der Darstellung der bestehenden Angebote und Strukturen in Kapitel 3 erfolgt in Kapitel 4 nun der Blick in die Zukunft. Vorgestellt werden insgesamt 20 ausgewählte Vorhaben, mehrheitlich der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung zur Ergänzung, Weiterentwicklung und Verbesserung der (vor-)pflegerischen Versorgungsstrukturen in Berlin. Alle vorgestellten Vorhaben sind in die Zukunft gerichtet, beschreiben entweder gänzlich neue Strukturen und Angebote oder eine substanzielle und innovative Weiterentwicklung bestehender Strukturen und Projekte. In Anbetracht der vielfältigen Zuständigkeiten, Schnittstellen und der damit verbundenen Breite des Themengebietes Pflege wird dieses Kapitel um Vorhaben der Bezirke Mitte und Treptow-Köpenick sowie der Senatsverwaltungen für Bildung, Jugend und Familien und für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung bereichert. Der strategische Rahmen und wesentliche strategische Ziele der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung werden einleitend in Kapitel 4.1 anhand von vier zentralen Handlungsfeldern beschrieben und erläutert:

- Handlungsfeld 1: Stärkung der Teilhabe älterer und pflegebedürftiger Menschen sowie Prävention und Kompensation von Pflegedürftigkeit
- Handlungsfeld 2: Stärkung und Sicherung beruflicher Pflege
- Handlungsfeld 3: Stärkung pflegender Angehöriger und Sicherung häuslicher Pflegearrangements
- Handlungsfeld 4: Erhöhung der Passgenauigkeit, Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der pflegerischen Angebote

4.1 Handlungsfelder

4.1.1 Handlungsfeld 1: Stärkung der Teilhabe älterer und pflegebedürftiger Menschen sowie Prävention und Kompensation von Pflegedürftigkeit

Studien weisen darauf hin, dass in den kommenden Jahren die Pflegebedarfe schneller wachsen werden als die Zahl beruflich Pflegender (Klie & Haumann, 2024). Damit steigt die Gefahr von Unter- und Fehlversorgung pflegebedürftiger Menschen. Dieser Entwicklung kann nur mit einem Bündel an aufeinander abgestimmten Maßnahmen begegnet werden. Eine zentrale Stellschraube, die aktuell noch zu wenig Beachtung

erfährt, ist der Bereich der Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit. Dabei konnte unlängst mit der Langzeitstudie LUCAS die positive Wirkung von Präventionsinterventionen im Alter bestätigt werden (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2020).

Definition „Prävention“:

„Prävention heißt, die Gesundheit von Menschen zu fördern und zu schützen: Krankheit und Pflegebedürftigkeit sollen verhindert oder deren Ausmaß verringert werden.

Entsprechende präventive Konzepte und Maßnahmen in der Pflege zielen darauf ab, gesundheitliche Risiken pflegebedürftiger und pflegender Menschen zu reduzieren.“

Quelle: Garay et al. (2024)

Unter Präventivmaßnahmen werden oft solche verstanden, die zum Erhalt und zur Verbesserung körperlicher und geistiger Fähigkeiten beitragen. Diese Interventionen sind wichtig, da sie akuten Ereignissen vorbeugen und/oder Funktionseinschränkungen (teils) kompensieren und somit Selbstständigkeit – auch bei Pflegebedürftigkeit – erhalten bleibt. Das vom Berliner Qualitätsverbund Netzwerk im Alter (QVNIA) e.V. realisierte und weiterentwickelte Projekt „Bewegungsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen“ setzt auf diesen Effekt.

Prävention und Gesundheitsförderung reichen jedoch über die rein funktionale Ebene hinaus. Ein zentrales Element ist die Ermöglichung und Unterstützung sozialer Teilhabe. Die Stärkung von Teilhabemöglichkeiten trägt zur Vermeidung von Einsamkeit und Isolation bei, welche wiederum maßgebliche Risikofaktoren für die Entstehung von Depressionen, Demenz und Pflegebedürftigkeit sind. Hier setzen u. a. die Berliner Hausbesuche (BHB) an, die als zugehendes Angebot Möglichkeiten der sozialen Teilhabe wie auch der Gesundheitsförderung aufzeigen und damit Einsamkeit und Pflegebedürftigkeit frühzeitig vorbeugen sollen. Auch die in Erarbeitung befindlichen Regelungen zur gesamtstädtischen Steuerung der Altenhilfe zielen darauf ab, die Teilhabe- und Beratungsinfrastruktur für die Zielgruppe älterer Menschen in allen Bezirken gleichermaßen zu verbessern. Zudem sollen Einzelleistungen der Altenhilfe dazu beitragen, sich auf die mit dem Alter verbundenen Schwierigkeiten vorzubereiten und diesen präventiv und abhelfend zu begegnen. Die Berliner Pflegestützpunkte unterstützen durch Beratung und Fallmanagement bereits heute kostenlos und unabhängig im Vorfeld von sowie bei Pflegebedürftigkeit und leisten damit einen Beitrag zur Vorbeugung pflegerischer Notlagen. Durch den Aufbau einer Fachstelle für Öffentlichkeitsarbeit soll das Angebot der Pflegestützpunkte bekannter und leichter zugänglich werden.

Aufgrund des Bedeutungszuwachses von Digitalisierung in allen Bereichen des Lebens gewinnt die digitale Teilhabe auch im Kontext der Prävention immer mehr an Bedeutung. Zur Ermöglichung digitaler Teilhabe bedarf es des Zugangs zu Digitaltechnologien und digitaler Kompetenzen zur Nutzung selbiger. Um digitaler und damit auch sozialer Ausgrenzung pflegebedürftiger Berlinerinnen und Berliner zu begegnen, konzentriert sich die für Pflege zuständige Senatsverwaltung mit einem Vorhaben im Bereich Pflege 4.0 auf die Befähigung älterer Menschen im Umgang mit digitalen Technologien. Hierdurch wird das Potenzial dieser Technologien zum möglichst langen Erhalt von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung gehoben. Darüber hinaus hat das Thema Prävention noch weitere Dimensionen wie die Gewalt- oder Suizidprävention, die von der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung gezielt vorangetrieben und begleitet werden.

Um die pflegerische Versorgung gewährleisten zu können, ist es unumgänglich, Risiken für Pflegebedürftigkeit bzw. das Voranschreiten einer bestehenden Pflegebedürftigkeit zu verringern. Dies muss ein zentraler Ansatz von Pflegepolitik sein. Eine präventive Pflegepolitik kann dazu beitragen, dass der Umfang der erforderlichen Pflege gesamtstädtisch auf ein gesellschaftlich leistbares Maß reduziert wird. Mit den bereits genannten gesamtstädtischen Regelungen zur Steuerung der Altenhilfe ist vorgesehen, altersbedingte Schwierigkeiten speziell bei von Armut betroffenen und armutsgefährdeten älteren Menschen durch einkommensabhängige Einzelleistungen abzumildern. Damit wird eine Zielgruppe fokussiert, die ein besonderes Risiko aufweist, frühzeitig pflegebedürftig zu werden. Laut Deutschem Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) werden armutsgefährdete Menschen früher pflegebedürftig als Personen mit höheren Einkommen. Bei Frauen beträgt die Differenz 3,6 Jahre und bei Männern sogar 5,8 Jahre (Geyer et al., 2021).

Zu der Gruppe der von Armut betroffenen und armutsgefährdeten Menschen gehören häufiger ältere Personen mit Migrationsgeschichte (Bundeszentrale für politische Bildung, 2020). Gerade diese heterogene Gruppe könnte von präventiven Maßnahmen erheblich profitieren. Denn der Zugang zu Angeboten und Leistungen des Versorgungssystems ist für diese Gruppe häufiger durch Barrieren gekennzeichnet, die nicht selten aus unbewussten Stereotypen der Akteure des Versorgungssystems resultieren. Mit dem Vorhaben, das nicht mehr zeitgemäße Verständnis der interkulturellen Öffnung abzulösen und durch Ansätze der diversitätssensiblen Pflege in den Altenhilfe- und Pflegestrukturen zu ersetzen, möchte die für Pflege zuständige Senatsverwaltung einen Beitrag dazu leisten, mögliche Benachteiligungen in der Versorgung sichtbar zu machen und abzubauen.

4.1.2 Handlungsfeld 2: Stärkung und Sicherung beruflicher Pflege

Wie an verschiedenen Stellen bereits erwähnt, birgt die demografische Entwicklung in Deutschland die Gefahr eines sich zuspitzenden Personalmangels in der Pflege (vgl. Kapitel 3.2). Zahlreiche Maßnahmen der vergangenen Jahre auf Bundes- wie Landesebene hatten daher zum Ziel, attraktive Rahmenbedingungen für eine Pflegeausbildung zu schaffen. Hierzu zählt unter anderem die Pflegeberufereform, welche nicht nur die ausgelaufenen Ausbildungen der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zusammenführte, sondern auch die Finanzierung der Ausbildung über einen Ausbildungsfonds regelte. Darüber hinaus zu nennen sind die Einführung von grundständigen Studiengängen (Teilakademisierung) wie auch (derzeit noch auf Länderebene) die Etablierung von generalistisch angelegten Ausbildungen unterhalb des Fachkräfteniveaus (Pflegefachassistentenausbildung) und die Schaffung vorbehaltener Aufgaben für Pflegefachpersonen. Ziel war und ist zum einen, beruflich Pflegenden attraktive und durchlässige Karrierepfade mit professionellen Berufsbildern anzubieten. Zum anderen geht es darum, Pflegeunternehmen die Möglichkeit zu geben, bedarfsgerecht auszubilden bzw. im Dreiklang der Fachkräftesicherung „Gewinnen-Bilden-Halten“ eine individuelle, auf Betrieb und Personal zugeschnittene Personal- und Organisationsentwicklungsstrategie implementieren zu können.

Die zentrale Koordinierungsstelle Pflegeausbildung Berlin und die zugehörige KOPA-Plattform unterstützen ausbildende Praxiseinrichtungen, Pflegeschulen und weitere an der Pflegeausbildung Beteiligte bei der Umsetzung der Ausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) sowie nach dem Pflegefachassistentengesetz (PflFAG).

Die Metropole Berlin gilt als attraktiver Arbeits- und Lebensort, auch wenn die Entwicklung der Wohnraumkosten derzeit Anlass zur Sorge gibt. Es muss künftig noch besser gelingen, bereits in (der Metropolregion) Berlin lebende Menschen im erwerbsfähigen Alter für einen Pflegeberuf zu begeistern. Dazu gehört, die Ausbildungswege und Zugangsvoraussetzungen wie auch die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder im Rahmen der Berufs- und Studienorientierung in den allgemeinbildenden Schulen und im Stadtraum bekannt zu machen. Gerade die große Anzahl an neuzugewanderten Menschen birgt ein großes Potenzial für Pflegeunternehmen, auch wenn gemeinsam an der Überwindung von Sprachbarrieren gearbeitet werden muss. Zum anderen gilt die diverse Stadtgesellschaft über die Grenzen Deutschlands hinaus als Magnet, sodass für Pflegekräfte aus Drittstaaten nicht nur Deutschland als zuverlässig und sicher angesehen wird, sondern Berlin darüber hinaus ein besonders attraktiver Arbeitsort ist. Vor diesem Hintergrund

muss in den kommenden Jahren auch diese Säule der Personalsicherung ausgebaut werden, nämlich die gezielte Anwerbung von Personal mit ausländischem Abschluss in der Pflege. Wesentlich hierfür sind die Optimierung von beruflicher Anerkennung und Anpassungsmaßnahmen, die diversitätssensible Entwicklung von Unternehmen sowie eine Öffentlichkeitsarbeit, die über die Grenzen Deutschlands hinaus wahrgenommen wird. Die Beratungsstelle BBeFaP (Berliner Beratungsstelle für Fachkräfte mit ausländischem Pflegeabschluss) unterstützt Pflegeunternehmen und Einzelpersonen bei Fragen rund um den Prozess der Anerkennung ausländischer Pflegeberufsabschlüsse. All diese Maßnahmen wirken besonders dann, wenn „gute Arbeit“ ein Leitziel von Pflegeunternehmen ist, zuverlässige Dienstpläne, Unterstützung bei Vereinbarkeitsthemen, persönliche und berufliche Weiterentwicklung, eine offene, transparente und sowohl diskriminierungs- als auch gewaltfreie Kommunikationskultur sowie Mitbestimmungsmöglichkeiten als selbstverständlich gelten und somit eine „Corporate Identity“ geschaffen wird, mittels welcher beruflich Pflegende an ihr Unternehmen gebunden werden.

Auch wenn die zahlreichen Strukturreformen der vergangenen Jahre, insbesondere im Leistungsrecht (z. B. die Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes nach § 113 c SGB XI), und die Bewältigung der Pandemiefolgen die Unternehmen und die beruflich Pflegenden vor große Herausforderungen gestellt haben, wird die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Personal Mangels aus heutiger Perspektive nicht ohne weitere organisationale Veränderungen vorstatten gehen können. Daher gilt es, sowohl die Chancen der digitalen Transformation wie auch die des Skill- und Grademix⁴⁷ noch stärker bei der Organisationsentwicklung zu berücksichtigen. Das Fachkräftesicherungsprojekt der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung unterstützt Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser bei diesem Prozess. Mit einer Personalbemessung, die einen qualifikations- und kompetenzgerechten Personaleinsatz in allen Sektoren ermöglicht, können personelle Ressourcen effizienter und pflegequalitätssichernd eingesetzt werden. Dies bedarf klarer Aufgabenprofile in den Einrichtungen sowie eines guten Wissens- und Bildungsmanagements in den einzelnen Pflegeunternehmen. Darüber hinaus gilt es, beruflich Pflegenden noch besser in ihren digitalen Kompetenzen bzw. in den Kompetenzen zur digitalen Transformation zu stärken. Dabei darf die Einführung digitaler Instrumente

⁴⁷ „Der sogenannte Skill-Grade-Mix bezeichnet die Zusammensetzung von Pflegeteams aus Personen mit verschiedenen Fähigkeiten (Skills) und Bildungsabschlüssen (Grades)“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2021).

nicht dem Selbstzweck dienen, sondern muss immer eine Entlastung der beruflich Pflegenden und der Pflegebedürftigen zum Ziel haben.

Mit den bereits beschriebenen Reformen und dem in der 20. Wahlperiode erstellten, aber letztlich nicht mehr im Bundestag verabschiedeten Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz⁴⁸ sowie der Novellierung der staatlichen Weiterbildungen auf Landesebene werden Pflegendе weiterhin in ihrer Profession gestärkt. Es gilt bei allen Maßnahmen, die Perspektive der Pflegebedürftigen in den Blick zu nehmen, diese aber vor allem durch eine professionell pflegerische Brille zu betrachten. Hierzu gehört auch, Beratungs- und Dialogstrukturen zu implementieren, die mit beruflich Pflegenden und nicht über sie spricht. Neben der Ombudsstelle nach § 7 Absatz 6 Pflegeberufegesetz, welche sich mit Bearbeitung von Konflikten in der Ausbildung beschäftigt, gehört es selbstverständlich zur guten Praxis der Arbeit der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung, Berufsverbände und Gewerkschaften als Vertretungen von beruflich Pflegenden systematisch in Entwicklungsprozesse einzubeziehen. Fragen einer berufsständischen Vertretung der Pflegenden müssen offen diskutiert werden, insbesondere vor dem Hintergrund der Einführung selbstständig übernommener heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen und deren leistungsrechtliche Einordnung, z. B. im Rahmen der Leistungserbringung im SGB V.

4.1.3 Handlungsfeld 3: Stärkung pflegender Angehöriger und Sicherung häuslicher Pflegearrangements

Die meisten pflegebedürftigen Menschen im Land Berlin leben im eigenen Zuhause. Die Mehrheit von ihnen erhält Pflege und Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags durch Angehörige und/oder andere nahestehende Personen. Dies kann für alle Beteiligten eine befriedigende Erfahrung sein, geht aber immer auch mit Belastungen einher. Überforderung, Konflikte und Gewalt können die Folge sein (vgl. Kapitel 3.3). Die Stärkung pflegebedürftiger Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen wie auch die Sicherung häuslicher Pflegearrangements sind daher zentrale Handlungsfelder der Arbeit der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung. Im Kern geht es darum, die Würde, Unversehrtheit und Selbstbestimmung aller Beteiligten – auch und insbesondere in der letzten Lebensphase – zu wahren. Hierzu gehört, die Zustimmung der Pflegebedürftigen zu den pflegerischen und betreuerischen Maßnahmen und die Beteiligung der Betroffenen an der Ausgestaltung der pflegerischen und pflegeflankierenden Strukturen sicherzustellen sowie Spielräume für gesellschaftliche Teilhabe pflegebedürftiger

⁴⁸ Aktuell ist eine erneute Einbringung des Gesetzentwurfes in der neuen Wahlperiode in Aussicht gestellt.

Menschen und Pfleger zu erhalten und – wo nötig – zu eröffnen. Die Aktivitäten der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung in diesem Handlungsfeld leisten so einen wichtigen Beitrag zur Absicherung des pflegerischen Unterstützungspotenzials in nahen sozialen Beziehungen und damit zur Sicherung der pflegerischen Versorgung im Land Berlin insgesamt.

Ein Ausgangspunkt hierfür ist die Vielfalt der Berliner Stadtgesellschaft: Menschen unterschiedlicher Herkunft, unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher sozialer Milieus bringen vielfältige Interessen, Fähigkeiten und Ressourcen in das Zusammenleben ein. Die Vielfalt und Individualität von Bedürfnissen, Lebensbedingungen und Handlungsmöglichkeiten findet sich auch bei älteren Personen, bei pflegebedürftigen Menschen, bei Menschen in der letzten Lebensphase und bei pflegenden Angehörigen. Im Rahmen der Gestaltung und Weiterentwicklung von Angeboten und Zugangswegen, bei Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit oder der Unterstützung von Selbsthilfe bezieht die für Pflege zuständige Senatsverwaltung daher verschiedene Perspektiven ein. Dabei stützt sie sich auch auf die Arbeit und Erkenntnisse der durch das Land Berlin geförderten pflegeflankierenden Strukturen wie der Fachstelle für pflegende Angehörige, der Interkulturellen Brückenbauer*innen in der Pflege, des Kompetenzzentrums Pflegeunterstützung, der Fachstelle Migration, Pflege und Alter, der Zentralen Anlaufstelle Hospiz oder der Fachstelle LSBTI*, Altern und Pflege. Aus der AG Menschen mit Behinderung der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege ergeben sich ebenfalls wichtige Impulse für die zielgruppensensible Ausgestaltung von Angeboten, die individuelle Bedürfnisse berücksichtigt.

Auch über diese Formen der Beteiligung hinaus setzt sich die für Pflege zuständige Senatsverwaltung für eine wirksame Interessenvertretung für pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige ein: Zu nennen ist hier die Begleitung der Arbeit des Landespflegeausschusses und seiner Arbeitsgruppen auf der Grundlage der novellierten Verordnung zum Landespflegeausschuss und mit einer eigenen Geschäftsstelle (vgl. Kapitel 2.3.1). Im Landespflegeausschuss sind die an der pflegerischen Versorgung maßgeblich Beteiligten wie auch die von ihr Betroffenen (seit 2022 mit Stimmrecht) vertreten. Ziel des Gremiums ist es, zwischen den unterschiedlichen Interessen zu vermitteln, um sektorenübergreifend, kooperativ und ergebnisorientiert konkrete Lösungen für Herausforderungen der pflegerischen Versorgung im Land Berlin zu entwickeln. Die 2024 begonnene Etablierung von Vertrauenspersonen in Pflege-Wohngemeinschaften wiederum leistet einen wichtigen Beitrag zur sozialräumlichen Einbindung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohngemeinschaften und stärkt die soziale Aufmerksamkeit für dieses Versorgungssegment. Mit der Benennung der Pflegebeauftragten wurde im Jahr 2024

zudem eine Stelle im Land Berlin geschaffen, die sich ausschließlich und parteilich für die Belange pflegebedürftiger Menschen sowie ihrer Angehörigen einsetzt.

Angehörige leisten einen gesellschaftlich unverzichtbaren Beitrag, wenn es darum geht, pflegebedürftige Menschen zu versorgen. Hierfür bedürfen sie jedoch selbst der Unterstützung. Die Arbeit der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung ist deshalb auch darauf ausgerichtet, pflegende Angehörige als unverzichtbare Säule zur Bewältigung der Pflege zu unterstützen und zu stärken. Dies geschieht unter anderem, indem sie zielgruppengerechte Informationen für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und nachbarschaftlich Engagierte über Angebote und Leistungen zur Verfügung stellt. Dem dient insbesondere das Vorhaben zur Weiterentwicklung der pflegeflankierenden Beratungsangebote (Pflegestützpunkte). Mit der Förderung sorgender Gemeinschaften im Wohnumfeld, der Selbst- und Nachbarschaftshilfe sowie des freiwilligen Engagements in der Pflege wirkt das Pflegeressort auf eine Stärkung häuslicher Pflegesettings hin. Außerdem leisten diesbezüglich die in Berlin verfügbaren Angebote zur Unterstützung und Entlastung einen wichtigen Beitrag (vgl. Kapitel 3.4.3). Das hier vorgestellte Projekt des Bezirksamts Mitte zielt des Weiteren darauf ab, das Angebot an haushaltsnahen Dienstleistungen für pflegebedürftige Menschen im Bezirk zu verbessern. Einige Vorhaben des Pflegeressorts sind zudem gezielt auf die Unterstützung Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger in besonders vulnerablen Situationen ausgerichtet, etwa die geplanten Aktivitäten zur Stärkung der Prävention von und des Schutzes vor Gewalt in der Pflege oder die geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Vorsorge für die letzte Lebensphase. Hiermit sollen insbesondere häusliche Pflegesettings erreicht werden, in denen die Beteiligten sich subjektiv stark belastet fühlen und in denen Überforderung droht.

4.1.4 Handlungsfeld 4: Erhöhung der Passgenauigkeit, Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der pflegerischen Angebote

Damit pflegebedürftige Menschen ihr Leben selbstbestimmt führen können, müssen sie qualitativ hochwertige Unterstützungsangebote erreichen können, die ihren Bedürfnissen entgegenkommen. Um der Vielfalt individueller Lebenswirklichkeiten gerecht zu werden, braucht es eine ausdifferenzierte Palette von unterschiedlichen Unterstützungsangeboten, sowohl im Bereich der professionellen Pflegeinfrastruktur (vgl. Kapitel 3.4.4), als auch im Bereich der pflegeflankierenden Angebote (vgl. Kapitel 3.4.2).

Grundsätzlich ermöglicht das Wahlrecht den Betroffenen eine Auswahl der Leistungen, die für die Verwirklichung ihres Lebensentwurfs notwendig sind. Voraussetzung dieser

Wahl ist allerdings, dass die Pflege- und Unterstützungsangebote in ausreichender Zahl vorhanden sind, qualitätsgesicherte Leistungen erbringen und dass die Betroffenen diese Angebote auch kennen.

Aufgrund der besonderen Verletzlichkeit pflegebedürftiger Menschen und des sich zuspitzenden Personalmangels müssen Versorgungsengpässe frühzeitig identifiziert und durch gezielte Maßnahmen verhindert werden, da sie gravierende Folgen haben können. Um mit dem gesellschaftlichen Wandel Schritt zu halten, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden und die Versorgungssituation insgesamt zu verbessern, sind die bestehenden Angebote kontinuierlich anzupassen, weiterzuentwickeln und durch innovative Konzepte zu ergänzen. Das Land Berlin setzt sich daher mit einer Vielzahl von Vorhaben für die Verbesserung der Passgenauigkeit, Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Angebote ein.

Grundsätzlich haben Pflegeeinrichtungen nach den Regelungen des Achten Kapitels des SGB XI Anspruch auf leistungsgerechte Pflegevergütungen (sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung bei Pflegeheimen), die federführend durch die Pflegekassen unter Beteiligung des Sozialhilfeträgers mit dem Einrichtungsträger zu vereinbaren sind. Die Pflegesätze müssen es den Pflegeeinrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihre Aufwendungen (Personal- und Sachaufwendungen) zu finanzieren und ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Das Land Berlin ist am Verhandlungsverfahren beteiligte und prüfende Vertragspartei, wenn gemäß § 85 Abs. 2 SGB XI im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlung jeweils mehr als fünf Prozent der Berechnungstage des Pflegeheims bzw. gemäß § 89 Abs. 2 SGBX jeweils mehr als fünf Prozent der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen in die Refinanzierung durch den Träger der Sozialhilfe entfallen sind.

Im Rahmen von Vertragsverhandlungen setzt sich das Land für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der pflegerischen Infrastruktur ein. Nur eine wirtschaftliche Leistungserbringung stellt sicher, dass die bestehenden Angebote erhalten bleiben, zukünftig benötigte Angebote neu geschaffen werden und deren Finanzierbarkeit sichergestellt ist.

Die zunehmende Komplexität und Ausdifferenzierung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung hat zur Folge, dass pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen Unterstützung beim Zugang zu professioneller Pflege benötigen, um passgenaue Angebote zu finden. Zentrale Anlaufstelle sind hier die 36 Berliner Pflegestützpunkte, die kostenlos und unabhängig rund um das Thema Pflege beraten. Um deren Sichtbarkeit zu

erhöhen, wurde eine Fachstelle zur Unterstützung ihrer Öffentlichkeitsarbeit aufgebaut. Mit den Berliner Hausbesuchen (BHB) wird außerdem im vorpflegerischen Bereich ein präventives und zugehendes Angebot etabliert, das Seniorinnen und Senioren ab 70 Jahren über bestehende Angebote in den Bereichen Gesundheit, Pflege, Kultur und Mobilität informiert und auf Wunsch den entsprechenden Zugang vermittelt. Durch die gezielte Förderung der digitalen Kompetenzen älterer Menschen sollen diese befähigt werden, auf digitalem Weg selbstständig die für sie passenden Dienstleistungen und Informationen im Pflegekontext zu finden. Mit der neu geschaffenen Stelle einer Landespflegebeauftragten wird schließlich eine zentrale Ansprechperson für die Anliegen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen geschaffen, die deren Interessen eine Stimme gibt, bei Beschwerden unabhängig unterstützt sowie Informationen und Beratungsmöglichkeiten vermittelt.

Wie die Stadtgesellschaft als Ganzes ist auch die Gruppe pflegebedürftiger Menschen heterogen. Es gibt eine unendliche Vielfalt von gruppenspezifischen und individuellen Bedürfnissen, Erfahrungen, Gewohnheiten, Vorlieben usw. Das Land Berlin unterstützt die Leistungsanbieter dabei, sich mit einer diversitätssensiblen Pflege auf die unterschiedlichen individuellen Lebenswelten einzustellen. Bestimmte Zielgruppen benötigen speziell auf ihre Situation zugeschnittene Angebote. Die regulären Kurzzeitpflegeeinrichtungen etwa sind nicht auf die Versorgung pflegebedürftiger Kinder ausgerichtet. Ziel der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie ist es daher, hier ein zielgruppengerechtes Angebot (Kurzzeitwohnen für Minderjährige) zu entwickeln. In den letzten Jahren ließ sich beobachten, dass pflegebedürftige Menschen verstärkt Pflegewohngemeinschaften als Versorgungsalternative zu klassischen Pflegeheimen wählten. Zur Stärkung der Position der Nutzerinnen und Nutzer von Pflegewohngemeinschaften wurde eine Anlaufstelle für Vertrauenspersonen geschaffen. Außerdem wird mit einer Vielzahl an Vorhaben die Verbesserung der Vorsorge für die letzte Lebensphase gefördert, u. a. durch diverse Maßnahmen im Bereich Information, Beratung und Schulung. In Situationen von Überforderung und Gewalt ist eine qualitativ hochwertige Beratung essenziell, um gemeinsam mit den besonders belasteten und vulnerablen Personengruppen passgenaue Lösungen zu suchen.

Zur Sicherung von Qualität und Wirksamkeit professioneller Pflege- und Betreuungsleistungen sowie zur Wahrung von Selbstbestimmung und Teilhabe in gemeinschaftlichen Pflegewohnformen leistet das Berliner Wohnteilhabegesetz (WTG) mit seinen drei Rechtsverordnungen als ordnungsrechtliche Vorschrift einen wichtigen Beitrag. Das WTG und die WTG-Verordnungen sollen Pflegebedürftige in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen (Pflegeeinrichtungen und Pflege-Wohngemeinschaften)

vor Beeinträchtigungen schützen und sie bei der Durchsetzung ihrer Interessen und Bedürfnisse unterstützen. Das WTG wurde 2021 novelliert. Nunmehr steht die Novellierung der geltenden drei Rechtsverordnungen zum WTG an, der Wohnteilhabe-Mitwirkungsverordnung (WTG-MitwirkV), der Wohnteilhabe-Personalverordnung (WTG-PersV) und der Wohnteilhabe-Bauverordnung (WTG-BauV). Neben formalen Anpassungen an das neu gefasste WTG sollen auch inhaltliche Änderungen erfolgen. Mit den Novellierungen der Verordnungen sollen die Rahmenbedingungen für eine vielfältige und innovationsoffene Landschaft von Pflegeeinrichtungen und Pflege-Wohngemeinschaften verbessert werden.

Damit die erforderlichen pflegerischen Angebote auch in Krisensituationen in ausreichender Qualität und in benötigtem Umfang erbracht werden, unterstützt das Land Berlin die Pflegeeinrichtungen bei der präventiven Krisenvorsorge.

Die angestrebte gesamtstädtische Steuerung der Altenhilfe wird dazu beitragen, dass im Land Berlin passgenaue, wirksame und qualitativ hochwertige Beratungs-, Teilhabe- und Unterstützungsangebote für die große und heterogene Gruppe der älteren Berlinerinnen und Berliner angeboten werden können.

Der Bezirk Treptow-Köpenick begann im Jahr 2024, eine partizipativ angelegte bezirkliche Pflegestrukturplanung zu etablieren, um Versorgungsprobleme und -lücken systematisch zu identifizieren sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung auf Bezirksebene zu entwickeln und umzusetzen. Das Vorhaben wird von der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung gefördert.

4.2 Vorhabenbeschreibungen

Im Folgenden werden die ausgewählten Vorhaben mithilfe einer einheitlichen Struktur vorgestellt. Neben der konkreten Beschreibung erfolgt dabei eine weitere Einordnung in die Ausgangssituation. Zudem folgen Ausführungen zum geplanten Monitoring bzw. einer Evaluation des Vorhabens.

4.2.1 Weiterentwicklung der Berliner Hausbesuche als zentrales Element der vorpflegerischen Prävention

4.2.1.1 Zusammenfassung

Bei den Berliner Hausbesuchen (BHB) handelt es sich um ein präventives und zugehendes Angebot. Im Rahmen eines Hausbesuchs durch geschulte Lotsinnen und Lotsen werden Berliner Seniorinnen und Senioren ab 70 Jahren über aktuelle Angebote der Gesundheitsversorgung, Pflege, Kultur und Mobilität informiert und auf Wunsch weitervermittelt. Gesundheit und soziale Teilhabe älterer Menschen insbesondere im Wohnumfeld sollen damit frühzeitig gefördert und Pflegebedürftigkeit vermieden oder zumindest verzögert werden. Die BHB schlagen damit eine Brücke zu bestehenden Angeboten und eröffnen Zugangswege zu beispielsweise den Berliner Pflegestützpunkten, Mobilitätshilfediensten oder zu Kursen in Stadtteilzentren wie auch Freizeit- und Begegnungsstätten. Zudem werden mit den BHB Lücken in der Angebotsstruktur für die bezirkliche Sozial- und Gesundheitsplanung sichtbar.

Die BHB sollen als gesamtstädtischer Ansatz berlinweit angeboten und nach einer erfolgreichen Aufbauphase ab 2026 konzeptionell weiterentwickelt werden. Ihre rechtliche Verankerung wird derzeit geprüft.

4.2.1.2 Beschreibung der Ausgangssituation

In Berlin lebten Ende 2021 rund 728.000 Menschen ab 65 Jahren und 243.000 Menschen ab 80 Jahren. Rund 29 % der ab 65-Jährigen und 55 % der ab 80-Jährigen Berlinerinnen und Berliner lebten allein. Fast jede/r Fünfte im Alter zwischen 65 und 80 Jahren fiel unter die Armutsgefährdungsquote. Pflegebedürftig gemäß dem SGB XI waren 38,8 % der ab 80-Jährigen und 75,1 % der ab 90-Jährigen. 44,3 % der Empfangenden der Hilfe zur Pflege nach SGB XII waren 80 Jahre und älter (Berger et al., 2023, siehe auch Kapitel 3.1).

Mit dem (höheren) Alter sinkt das Ausmaß sozialer Kontakte, gleichzeitig steigt die Wahrscheinlichkeit für Isolation, gefühlte Einsamkeit und damit verbundenem Stress (Cihlar et al., 2022). Ursächlich für diesen Zusammenhang sind neben den altersbedingt vermehrt auftretenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den damit verbundenen Einschränkungen in der Alltagsführung auch biografische Ereignisse (z. B. Übergang in den Ruhestand oder Verlusterfahrungen). Gesundheit und soziale Teilhabe bedingen sich somit wechselseitig und beeinflussen darüber hinaus den notwendigen Unterstützungsbedarf. Bei der Verzögerung von Pflegebedürftigkeit spielen präventive Angebote im Alter wie die BHB daher eine zentrale Rolle.

In Berlin gibt es vielfältige Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe und der Gesundheit sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote im Alter und bei Pflegebedürftigkeit (IGES Institut GmbH, 2017). Aus der Perspektive älterer Menschen sind diese aber nicht ohne Weiteres auffindbar. Hier setzen die BHB als niedrighschwelliges, präventives Angebot für alle älteren Menschen berlinweit an. So kann erreicht werden, dass vorhandene Angebote frühzeitig den Menschen bekannt sind, die sie brauchen. Auf Wunsch werden die bestehenden Angebote vermittelt.

Stellungnahme aus der Nutzendenbefragung der Berliner Hausbesuche

„Es war sehr informativ, dadurch habe ich viele Anregungen bekommen und bin erstaunt, wie viele Möglichkeiten in meinem Umfeld angeboten werden.“

Quelle: Berger et al. (2023)

Die Evaluationsergebnisse der Modellphase der BHB (2021 – 2023) zeigen, dass das damit geschaffene Informationsangebot die bisherige Lücke zwischen bestehenden Angeboten sowie den Bedarfen und Wünschen der besuchten Seniorinnen und Senioren schließt. Darüber hinaus identifizieren die Lotsinnen und Lotsen der BHB bezirkliche Angebots- und Versorgungslücken und regen zur Nachsteuerung an. Die BHB können auf diese Weise zu einem längeren Verbleib älterer Berlinerinnen und Berliner in der eigenen Häuslichkeit beitragen. Ausgehend von einem ressourcenfördernden Pflegeverständnis bieten die BHB perspektivisch Entlastung des informellen, d. h. durch Angehörige getragenen, sowie des formellen, durch professionelle Pflegekräfte getragenen, Pflegesystems wie auch Einsparpotenzial bei der Hilfe zur Pflege (HzP).

4.2.1.3 Beschreibung des Vorhabens

Die Richtlinien der Regierungspolitik sehen die Verstetigung und somit den weiteren Ausbau der Berliner Hausbesuche auf alle Berliner Bezirke vor (Abgeordnetenhaus von Berlin, 2023, S. 43). Mit der Aufnahme der Berliner Hausbesuche in die

Nachhaltigkeitsanleihe des Landes Berlin im Jahr 2022 wurde deutlich, dass es sich um ein zentrales und längerfristig angelegtes Vorhaben handelt (Senatsverwaltung für Finanzen, 2024, S. 50).

Um möglichst viele Menschen im Rahmen der Berliner Hausbesuche erreichen zu können, werden diese seit 2024 schrittweise in allen 12 Berliner Bezirken angeboten. Bis 2026 soll die zweite Aufbauphase abgeschlossen sein. Damit geht die Gewinnung von weiteren Lotsinnen und Lotsen und der Versand von mehreren tausend Gratulations- und Infoschreiben an Berliner Seniorinnen und Senioren zur Steigerung der Zahl der Hausbesuche einher.

Stellungnahme zu den Berliner Hausbesuchen von Prof. Josefine Heusinger

Institut für Gerontologische Forschung e. V., Professorin für Grundlagen und Handlungstheorien Sozialer Arbeit an der Hochschule Magdeburg-Stendal

„Mit den Berliner Hausbesuchen ist ein wissenschaftlich vielfach als wirksam evaluierter Baustein für Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben im Alter erfolgreich erprobt worden. Die BHB verknüpfen Bedarfe und Angebote in einer Weise, die ganz besonders denjenigen zugutekommt, die von den vielfältigen Angeboten der Unterstützung und Teilhabe profitieren könnten, diese aber nicht kennen oder nicht aufzusuchen wagen. Das persönliche Anschreiben und der Hausbesuch schaffen Vertrauen und helfen, den Alltag im Privathaushalt zu stabilisieren. Nicht nur in Berlin zeigt sich, wie präventive Hausbesuche immer effektiver werden, je länger sie angeboten werden. Dazu trägt bei, dass die Lotsinnen und Lotsen bei den Hausbesuchen viel über Bedarfe erfahren und diese durch die Netzwerkarbeit an (potenzielle) Anbieter und Verantwortliche in den Bezirken zurücktragen.“

Durch eine stärkere Verzahnung der Berliner Hausbesuche u. a. mit folgenden Angeboten werden die Potenziale für eine verbesserte Teilhabe und Versorgung älterer Berlinerinnen und Berliner zudem noch stärker ausgeschöpft:

- Steigerung der digitalen Teilhabe gemeinsam mit Seniorennetz
- Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung in Kooperation mit den Integrierten Gesundheitszentren
- Intensivierung der Kooperation mit den Pflegestützpunkten zur frühzeitigen Pflegeprävention und der Zentralen Anlaufstelle Hospiz zur rechtzeitigen Vorsorge für die letzte Lebensphase
- Diversitätssensible Ansprache von älteren Menschen mit Migrationsgeschichte in Zusammenarbeit mit den Interkulturellen Brückenbauer*innen, Integrationsbeauftragten und Migrant*innenorganisationen und im Bereich LSBTQI+

- Bessere Erreichbarkeit von spezifischen Zielgruppen wie alleinlebenden oder armutsgefährdeten Menschen in Zusammenarbeit mit spezifischen bezirklichen Angeboten

Die Umsetzung der Berliner Hausbesuche hängt primär von einer belastbaren und zukunftssicheren strukturellen Einbindung ab. Um die Berliner Hausbesuche langfristig zu etablieren, wird die landesrechtliche Verankerung des Angebots aktuell geprüft.

Zu den wesentlichen Gelingensfaktoren gehört neben der Nachfrage durch die Berliner Seniorinnen und Senioren eine gute, konstruktive Zusammenarbeit zwischen der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung, den Bezirken und dem mit der Umsetzung beauftragten Träger sowie die Gewinnung von qualifizierten und motivierten Mitarbeitenden.

4.2.1.4 Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Aufbauend auf Ergebnissen der Evaluation der Modellphase werden die dort entwickelten Instrumente für das kontinuierliche Monitoring weiter genutzt. Hierzu gehören das Dokumentationssystem, Instrumente der Nutzendenbefragung, die Berichterstattung des Malteser Hilfsdiensts (mit der Umsetzung beauftragter Träger), regelmäßige Steuerungsrunden wie auch Workshops und Qualitätsstandards, die zur Wirkungsentfaltung und -messung beitragen.

4.2.2 Entwicklung und Umsetzung einer Landesaltenhilfestrukturplanung und bezirklicher Altenhilfeplanungen

4.2.2.1 Zusammenfassung

Die Landesaltenhilfestrukturplanung bildet die Grundlage für wirkungs- und zielgruppenorientierte Strukturen der Altenhilfe im Land Berlin und in den Berliner Bezirken. Bei der Ausrichtung der Landesaltenhilfestrukturplanung werden die Bedarfe der Ende 2024 fast eine Mio. Berlinerinnen und Berliner umfassenden und damit sehr heterogenen Zielgruppe der ab 60-Jährigen berücksichtigt, bei denen individuell früher oder später altersbedingte Schwierigkeiten zu Einschränkungen und Unterstützungsbedarf führen können. Diese zielgruppenspezifisch ausgerichtete Planung sollte ihre Wirkung vor allem als Teil einer integrierten Gesamtplanung entfalten, die Sozialplanung, Gesundheitsplanung, Pflegestrukturplanung und Stadtplanung mitdenkt und Teil der Finanzplanung ist (Schubert, 2018). Zur Umsetzung der Landesaltenhilfestrukturplanung und bezirklicher Altenhilfeplanungen wird ein valider und landesweit gültiger Orientierungsrahmen benötigt. Dafür werden in dieser Legislaturperiode (2023–2026) Berliner Regelungen zur gesamtstädtischen Steuerung der Altenhilfe nach § 71 SGB XII erarbeitet. Parallel sollen die damit verbundenen notwendigen Vorschriften den Rahmen für die künftige Landesaltenhilfestrukturplanung und die bezirklichen Altenhilfeplanungen abstecken. Auch der Deutsche Verein (2024) spricht sich dafür aus, die Planung auf die Bedingungen und Ressourcen im Nahraum älterer Menschen auszurichten, da die Voraussetzungen für ein gutes Leben im Alter dort zu schaffen sind.

4.2.2.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Ziel der Landesaltenhilfestrukturplanung und bezirklichen Altenhilfeplanungen ist es, die Teilhabe und Selbstständigkeit der Gruppe der Lebensälteren möglichst lange über einkommensunabhängige Beratungs- und Teilhabeangebote sowie einkommensabhängige Einzelleistungen zu sichern. Die dafür notwendige Infrastruktur soll ebenso gesamtstädtisch gewährleistet sein wie die erforderliche Administration. Dies erfolgt durch die Erfassung und Feststellung von Bedarfen im Bereich der Altenhilfe.

Stellungnahme von Lore Bautzer, Seniorin (70 Jahre) aus Treptow-Köpenick

„Mir ist es wichtig, dass ich weiterhin alles möglichst selbstständig regeln kann. An Online-Banking habe ich mich gewöhnt. Doch es wird immer mehr. Für alles gibt es eine App. Tickets für Veranstaltungen sind teilweise nur noch online erhältlich oder manchmal sogar online preiswerter. Das macht meinen Alltag zunehmend komplizierter. Und ich empfinde es als ungerecht, als Benachteiligung ...!“

In diesem Sinne wurde Altenhilfeplanung als fachliche Antwort auf den demografischen Wandel und die zielgruppenspezifische Ausrichtung der kommunalen Daseinsvorsorge entwickelt.

Jede vierte BerlinerIn bzw. jeder vierte Berliner ist 60 Jahre oder älter. Diese Tatsache muss sich in der Landesaltenhilfestrukturplanung und bezirklichen Altenhilfeplanungen spiegeln. Ein Anstieg der Gesamtzahl der Menschen ab 60 Jahren ist in den kommenden Jahren zu erwarten (Sallmon, 2023). Zudem ergeben die Vorausberechnungen in allen Bezirken künftig deutlich mehr Hochaltrige ab 80 Jahren (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen, 2022).

Tatsächlich sind zwischen den Bezirken und selbst innerhalb der Bezirke signifikante räumliche und demografische Unterschiede erkennbar (Engler et al., 2023). Die unterschiedlichen bezirklichen Entwicklungen unterstreichen den Bedarf an einer räumlich ausdifferenzierten und gleichzeitig landesweit vergleichbaren Altenhilfeplanung mit nachvollziehbarem und auf Daten basierendem rechtlichen Orientierungs- und Handlungsrahmen. Zudem ist die Altenhilfeplanung längst noch nicht flächendeckend mit anderen sozialräumlichen Planungsvorhaben wie der Landespflegestrukturplanung oder der Gesundheitsplanung verzahnt.

Aufgrund ihrer planerischen Bedeutung und der bezirklichen Unterschiede ist die Altenhilfeplanung wohnortnah und kleinräumig in den zwölf Berliner Bezirken zu verorten. Obwohl Altenhilfeplanung in einigen Bezirken bereits systematisch stattfindet, bleiben die Planungen und damit die Ausgestaltung der Altenhilfestrukturen der Bezirke sehr heterogen: Sie folgen bislang keinem Standard hinsichtlich der inhaltlichen Ausrichtung, des Umfangs und des Monitorings. Für die wirksame Durchführung und die inhaltliche Weiterentwicklung der Landesaltenhilfestrukturplanung und bezirklicher Altenhilfeplanungen werden daher fachlich fundierte Vorgaben benötigt. Diese sollen gemeinsam mit den neuen Regelungen zur gesamtstädtischen Steuerung der Altenhilfe erarbeitet und kontinuierlich weiterentwickelt werden.

4.2.2.3 Beschreibung des Vorhabens

Die Entwicklung berlinweiter Kriterien für moderne Altenhilfestrukturen und eines Monitorings für die Altenhilfeplanung ist ein entscheidender Bestandteil der geplanten Regelungen zur Steuerung der Altenhilfe. Grundlage sind gerontologisch fundierte soziale Alterskategorien und sieben definierte Lebenslagendimensionen, woraus sich Bedarfe der älteren Bevölkerung ableiten lassen (Engler et al., 2023). Denn allein über das kalendarische Alter lässt sich die Diversität des Alters nicht abbilden. Es ermöglicht lediglich Anhaltspunkte.

Die in der Landesaltenhilfestrukturenplanung und den bezirklichen Altenhilfeplanungen zu hinterlegenden Anforderungen an Strukturen der Altenhilfe kommen vorrangig in Betracht für Informations- und Beratungsstrukturen zu zentralen Themen des Alters und den vorpflegerischen Bereich (siehe Kapitel 3.4.1); für Teilhabeinfrastrukturen (Treffpunkte, ehrenamtliche Betätigung und gesellschaftliches Engagement) sowie für Belange rund ums altersgerechte Wohnen.

Ziel ist eine gesamstädtische Verzahnung der Landesaltenhilfestrukturenplanung und bezirklicher Altenhilfeplanungen mit den Planungsprozessen in den Politikfeldern Gesundheit und Pflege, darüber hinaus mit Soziales, Stadtentwicklung und Wohnen wie auch Verkehr und Mobilität. Die konsequente Umsetzung der Verzahnung, die zahlreiche Synergien und somit auch Effizienzreserven entfalten könnte, ist sowohl Gelingensbedingung als auch größte Herausforderung.

Stellungnahme von Eveline Lämmer, Vorsitzende Landesseniorenbeirat Berlin

„Alle Berliner Seniorinnen und Senioren haben das Recht, in Würde zu altern, Anerkennung und Wertschätzung im individuellen Alltag zu erfahren. Sie erwarten, dass alle Planungen ihre Bedarfe berücksichtigen. Die Landesaltenhilfestrukturenplanung sichert mit hoher Flexibilität individuell angepasste Angebote.“

Neben der notwendigen Verzahnung von Planungen geht es vordergründig um die spezifische Altenhilfeplanung, für deren Wirksamkeit ein abgestimmtes Vorgehen zwischen Land und Bezirken ausschlaggebend ist. Die in Arbeit befindlichen Regelungen zur gesamstädtischen Steuerung der Altenhilfe auf Grundlage des § 71 SGB XII greifen diese Notwendigkeit auf und schaffen den erforderlichen Rahmen für eine zielgruppen- und bedarfsorientierte gesamstädtisch verzahnte Altenhilfeplanung.

4.2.2.4 *Zukünftiges Monitoring und Evaluation des Vorhabens*

Grundlage für gelingende moderne Altenhilfe und Landesaltenhilfestrukturplanung bzw. bezirkliche Altenhilfeplanung in Berlin bilden klare Zuständigkeiten für Land und Bezirke. Das Land schafft mit den in Erarbeitung befindlichen Regelungen zur gesamtstädtischen Steuerung der Altenhilfe einen einheitlichen Rahmen und Richtwerte für die Realisierbarkeit moderner Altenhilfestrukturen. Zu den Aufgaben der Bezirke zählen die Entwicklung, Umsetzung, Überwachung und Weiterentwicklung bezirklicher Altenhilfeplanung. Die bezirklichen Erkenntnisse sollen wiederum in einer gesamtstädtischen Steuerung und einem entsprechenden Monitoring münden.

Ellen Haußdörfer, Staatssekretärin für Gesundheit und Pflege

„In einer so großen Stadt wie Berlin kann Altenhilfe nicht nebenbei passieren. Für mich ist klar, dass es dafür abgestimmter Planungsprozesse bedarf, die durch das Land koordiniert werden. Daraus ergibt sich die Basis für gelingende Strukturen in den Bezirken.“

Die zuständige Senatsverwaltung passt Richtwerte für Altenhilfestrukturen vor Ort auf dieser Basis an. Gemäß dem Berliner Seniorenmitwirkungsgesetz werden die Seniorenmitwirkungsgremien an diesem Prozess beteiligt. Eine Berichterstattung über die Lebenslagen und Bedarfe älterer Menschen soll dem Berliner Abgeordnetenhaus regelmäßig vorgelegt werden, damit die Lebenssituation und Bedarfe älterer Menschen in gesamtstädtischen Strategien berücksichtigt werden können.

4.2.3 Fachstelle Öffentlichkeitsarbeit Pflegestützpunkte Berlin

4.2.3.1 Zusammenfassung

Bei den 36 Berliner Pflegestützpunkten handelt es sich um zentrale Anlaufstellen für ratsuchende Menschen jeden Alters mit Fragen rund um die Pflege. Dem SGB XI folgend werden die Berliner Pflegestützpunkte in Trägerschaft der Pflegekassen im Verbund mit dem Land Berlin getragen und finanziert. Die Pflegestützpunkte sind in erster Linie beratend tätig. Sie haben die Aufgabe, Beratung mit der Vermittlung in unterstützende Angebote im Quartier zu verbinden und eine personenbezogene Fallbegleitung anzubieten. Die Beratung ist unabhängig, verbraucherorientiert und kostenfrei sowie auf die individuellen Anliegen und Bedarfslagen der Ratsuchenden ausgerichtet. Auf Wunsch koordinieren die Pflegestützpunkte auch notwendige Unterstützungsangebote und helfen bei Antragsstellungen.

Das Spektrum ihrer Aufgaben und die öffentliche Trägerschaft machen die Berliner Pflegestützpunkte zum zentralen Baustein der Beratungsstrukturen in der Pflege Landschaft. Pflegebedürftige und deren Angehörige in dieser schwierigen Lebensphase zu begleiten, heißt: sowohl Selbstversorgung, Pflege- und Unterstützungsleistungen als auch familiäre, partnerschaftliche oder nachbarschaftliche Hilfe so zu arrangieren, dass ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit möglich ist und bleibt. Dem Fokus auf Case- und Care Management (insbesondere dem Vernetzungsauftrag) kommt dabei eine besondere Relevanz zu.

Pflegestützpunkte können nur unterstützend wirken, wenn sie bekannt und leicht auffindbar sind. Deshalb haben die Träger der Berliner Pflegestützpunkte beschlossen, die Öffentlichkeitsarbeit gemeinsam und konzentriert voranzutreiben und hier einen Ausbau und eine Weiterentwicklung durch eine Fachstelle für Öffentlichkeitsarbeit für alle 36 Stützpunkte zu erreichen. Diese Fachstelle soll die Präsenz der Pflegestützpunkte Berlin erhöhen. Durch zielgruppengerechte Öffentlichkeitsarbeit und Marketingmaßnahmen soll deren Bekanntheitsgrad für Ratsuchende sowie Kooperations- und Vernetzungspartner nachhaltig gesteigert werden. Mittels eines Monitorings soll das Nachfrageverhalten der Bürgerinnen und Bürger erfasst und analysiert werden. So können Trends bei den Informations- und Vermittlungsbedarfen erkannt und das Leistungsspektrum der Pflegestützpunkte mittel- und langfristig angepasst werden.

4.2.3.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Die Zahl pflegebedürftiger Menschen in Berlin ist zwischen 2017 und 2023 von 135.680 auf 211.999 angewachsen (siehe Kapitel 3.1). Gleichzeitig nimmt die Zahl der pflegenden Angehörigen zu. Damit wächst auch der Beratungsbedarf in der Berliner Bevölkerung zu allen Fragen rund um die Pflege kontinuierlich. Auch inhaltlich wird die Beratung durch Herausforderungen wie den Personalmangel und dadurch bedingte fehlende Versorgungsangebote sowie die wachsende Vielfalt an pflegerischen Bedarfslagen in Zukunft deutlich anspruchsvoller werden.

Der Beratungsanspruch zu den Leistungen der Pflegeversicherung und die Möglichkeit, sich in den Pflegestützpunkten Berlin kostenlos und neutral informieren zu lassen, sind oft nicht bekannt. 2023 wurden in den 36 Pflegestützpunkten insgesamt über 114.000 Ratsuchende beraten und bei der Organisation des pflegerischen Hilfeangebots für sich oder ihre An- und Zugehörigen unterstützt (interne Arbeitsstatistik der PSP).

Hierbei wurden vor allem Themen der pflegerischen Versorgung im Privathaushalt, Angebote zur Unterstützung im Alltag, Pflegerecht sowie Aspekte von Alltagsmanagement/Haushaltsführung geklärt. Bei den komplexen Beratungen stand nach der pflegerischen Versorgung die soziale Beratung auf Platz zwei der nachgefragten Themen.

Alle Antragstellenden auf Feststellung eines Pflegegrades erhalten von ihrer zuständigen Pflegekasse die Information zum Anspruch auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. In Berlin wird die Pflegeberatung der Pflegekassen in deren Filialen oder von ihnen betriebenen Pflegestützpunkten angeboten. Nach einem Bericht des GKV-Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen kennen dennoch bundesweit rund 10 Prozent der Anspruchsberechtigten das Angebot der Pflegekassen zur Pflegeberatung nicht (GKV-Spitzenverband, 2023). Auch in der Fachlandschaft sollte die Bekanntheit und Vernetzung der Pflegestützpunkte gesteigert werden. Beispielsweise gaben im Vorfeld einer Kooperationsstudie von Pflegestützpunkten und Hausarztpraxen (NAVICARE) mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Charité bei einer Befragung nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Hausärztinnen und Hausärzte an, jemals Kontakt zu Pflegestützpunkten gehabt zu haben (Stumm et al., 2023).

**Anonyme Stellungnahme einer Hausärztin im Rahmen der im Jahr 2023
veröffentlichten NAVICARE-Studie**

„Ich glaube, dass das wirklich eine notwendige Ergänzung meiner bisherigen hausärztlichen Tätigkeit ist. Ich halte das für wichtig, dass man kooperiert.“

Quelle: Heintze et al. (2023, S. 11)

In Berlin gibt es neben den Pflegestützpunkten weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen (vgl. Kapitel 3.4.2).

4.2.3.3 Beschreibung des Vorhabens

Zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte Berlin wurde zwischen dem Land Berlin und den Pflegekassenverbänden als Trägern der Pflegestützpunkte Berlin vereinbart, deren Sichtbarkeit und Erreichbarkeit zu erhöhen.

Es wurde festgestellt, dass für fachkundige und erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit zusätzliches Know-how und Zeit benötigt werden. Daher wurde ergänzend zur Geschäftsstelle der Pflegestützpunkte Berlin 2023 aus Landesmitteln eine Fachstelle für Öffentlichkeitsarbeit beim Diakonischen Werk Steglitz und Teltow-Zehlendorf eingerichtet. Die Fachstelle steht den weiteren Beratungsstellen und Unterstützungsstrukturen im Land Berlin als Anlaufstelle für fachliche Fragen und Kooperationswünsche mit den Berliner Pflegestützpunkten zur Verfügung.

Stellungnahme von Ursula Gaedigk, Patientenbeauftragte des Landes Berlin

„Pflegebedürftige und ihre Angehörigen benötigen verständliche Informationen, um die notwendige Unterstützung zu erhalten. Das Angebot der Pflegestützpunkte sollte daher stetig bekannt gemacht werden, in der Öffentlichkeit und im Netzwerk der Stellen und Institutionen, die in Kontakt mit den Betroffenen sind und weiter verweisen können.“

Nach erfolgreicher Einrichtung der Fachstelle im Jahr 2023 werden seit 2024 weitere Maßnahmen in Angriff genommen:

- Weiterentwicklung der Corporate Identity
- Modernisierung und zielgruppengerechte Ausrichtung der Informationsprodukte
- Optimierung der Website
- Suchmaschinenoptimierung, Auf- und Ausbau der Social-Media-Präsenz
- Regelmäßige aussagekräftige und von den Trägern gemeinsam verantwortete Pressemitteilungen sowie Durchführung von pressewirksamen Veranstaltungen
- Intensivierte Vernetzung mit Kooperationspartnern aus der Pflegelandschaft.

Im Rahmen der gemeinsamen geschäftsführenden Trägerschaft sind Interessen von Pflegekassen, Land Berlin und den gemeinnützigen Trägern u. a. in Bezug auf die Fachstelle zu einen.

4.2.3.4 Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Das Vorhaben wird kontinuierlich überwacht und an die aktuellen Bedarfe angepasst. Die Erfolgsmessung findet anhand folgender Methoden und Kennzahlen statt:

- Entwicklung der Fallzahlen (jährlicher Leistungsbericht)
- Website-Analyse: Zugriffe, Verweildauern, Downloads
- Medienbeobachtung, u. a. durch Medienclippings
- Followerzahlen und Interaktionen auf Social-Media-Plattformen
- Kundenzufriedenheitsbefragungen (im Abstand von ca. drei Jahren)
- Auswertung von Kooperationen mit Netzwerkpartnern.

4.2.4 Strategieentwicklung: Digitale Teilhabe pflegebedürftiger und älterer Menschen stärken

4.2.4.1 Zusammenfassung

Fast alle Bereiche des täglichen Lebens erfordern inzwischen den Zugang zum Internet und/oder digitale Kompetenzen. Insofern wächst das Risiko gesellschaftlicher Ausgrenzung, sozialer Isolation und Benachteiligung, wenn dieser Zugang und/oder ebendiese Kompetenzen fehlen. Zudem bleiben hierdurch die Potenziale der Digitaltechnologien, etwa für den Erhalt von Selbstständigkeit, Teilhabe und Lebensqualität bei älteren und pflegebedürftigen Menschen oder die Entlastung (pflegender) Angehöriger ungenutzt. Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung und die Senatskanzlei⁴⁹ fördern jeweils drei Projekte, deren Ziel es ist, diese Potenziale durch die gezielte Förderung digitaler Kompetenzen und die anschließende Befähigung zum Umgang mit Digitaltechnologien zu heben (Tabelle 16).

Tabelle 16: Vom Land Berlin geförderte Digitalisierungsprojekte mit dem Schwerpunkt ältere oder pflegebedürftige Menschen

Nr.	Projekt	Zielgruppe(n)	Förderung durch:
1	Berliner Landeskompetenzzentrum Pflege 4.0	Pflegebedürftige Menschen, pflegende Angehörige Seniorinnen und Senioren	SenWGP
2	Seniorennetz Berlin	Seniorinnen und Senioren	SenWGP (Senatskanzlei 2024)
3	Silbernetz „Infotelefon - Digitale Teilhabe Älterer“	Seniorinnen und Senioren	SenWGP, Senatskanzlei (2024-2025)
4	Digital Zebras „Digital-Lotsinnen und -Lotsen der Berliner Bibliotheken“	Alle (mobilen) Altersklassen	SenStadt, Senatskanzlei ([ab] 2024)

4.2.4.2 Beschreibung der Ausgangssituation

In Deutschland besteht eine signifikante digitale Kluft zwischen den Generationen. Während 88 % der Gesamtbevölkerung das Internet nutzen, ist dies bei lediglich 37 % der Hochaltrigen der Fall.⁵⁰ Diese Diskrepanz wird durch soziale und individuelle Faktoren wie Geschlecht, Bildungsniveau, Einkommen und kognitive Fähigkeiten verstärkt.

⁴⁹ Die Förderung durch die Senatskanzlei erfolgt im Rahmen der Digitalisierungsstrategie des Landes Berlin.

⁵⁰ Personen ab 80 Jahren werden auch als Hochaltrige bezeichnet.

Trotz dieser Herausforderungen sind hochaltrige Internetnutzende aktiv: 57 % der Hochaltrigen, die das Internet nutzen, tun dies täglich, wobei Kommunikation (E-Mails) und die Suche nach Gesundheitsinformationen im Vordergrund stehen (Reissmann et al., 2023, S. 159). Die Corona-Pandemie hat das Nutzungsverhalten eines Teils der älteren Bevölkerung deutlich verstärkt, was die Erfolgsaussichten der Förderung digitaler Teilhabe unterstreicht (ebd.).

Die digitale Technologie im Bereich der Pflege und Gesundheitsversorgung hat in den letzten Jahren signifikante Fortschritte gemacht und bietet nun Lösungen, die nicht nur die Sicherheit der Nutzenden wahren, sondern vor allem auch deren soziale Teilhabe fördern und die Pflege vereinfachen.

**Stellungnahme von Simon Blaschke,
Projektleitung Berliner Landeskompetenzzentrum Pflege 4.0 (Albatros gGmbH)**

„Die Digitalisierung bietet für die Pflege viele Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass alle Beteiligten über digitale Kompetenzen verfügen. Eine stärkere Vernetzung der bestehenden Befähigungsangebote erhöht deren Auffindbarkeit und Effektivität. Dadurch können noch mehr Menschen von den digitalen Chancen profitieren.“

Aus der Vielzahl der verfügbaren und hilfreichen Alltagstechnologien sollen hier exemplarisch die Potenziale eines Sturzsensors genauer beleuchtet werden. Diese innovative Technologie, die oft in Form von tragbaren Geräten wie Armbändern oder Anhängern verbaut wird, kann erkennen, wenn eine Person stürzt und automatisch Hilfe rufen, indem entweder ein vordefinierter Kontakt benachrichtigt oder direkt mit einem Notdienst kommuniziert wird. Dies erhöht die Sicherheit der Nutzenden erheblich, da im Falle eines Sturzes schnell Unterstützung geleistet werden kann.

Daneben fördert ein solcher Sensor aber auch die soziale Teilhabe: Ältere Menschen oder Menschen mit Beeinträchtigungen, die ein erhöhtes Risiko für Stürze haben, können ebenfalls dank Sturzsensoren mit größerem Selbstvertrauen am sozialen Leben teilhaben. Das Wissen, dass im Falle eines Sturzes rasch Hilfe verfügbar ist, kann die Angst vor dem Verlassen des Hauses verringern und es den Nutzenden ermöglichen, aktiver zu sein und soziale Kontakte zu pflegen. Dies stärkt das Gefühl der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit.

Gleichmaßen entsteht durch die Nutzung derartiger Sensoren auch bei pflegenden Angehörigen ein Gefühl der Entlastung. Sturzsensoren reduzieren den ständigen Überwachungsbedarf durch Dritte und ermöglichen es Pflegenden, ihre Aufmerksamkeit

effizienter zu verteilen, was wiederum die Pflegearbeit erleichtert und verbessert. Darüber hinaus unterstützen digitale Technologien wie Telemedizin-Anwendungen eine verbesserte Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung, indem sie Fernkonsultationen und -überwachungen ermöglichen, was besonders in unterversorgten Gebieten von Vorteil ist. Diese Technologien tragen insgesamt zu einer umfassenderen, leichter zugänglichen und benutzerfreundlichen Gesundheitsversorgung bei, erfordern jedoch Anwenderkompetenzen.

4.2.4.3 Beschreibung des Vorhabens

Damit diese hilfreichen Technologien auch tatsächlich bei den Menschen ankommen, braucht es zum einen den Zugang hierzu – z. B. über unabhängige Informationen – und zum anderen die konkrete Förderung der digitalen Kompetenzen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin verfügt über eine Vielzahl entsprechender Angebote, diese stehen derzeit jedoch recht unvermittelt nebeneinander. Ohne eine koordinierte Vernetzung der Projekte werden die hierdurch zu erzielenden Synergien und Möglichkeiten nicht voll ausgeschöpft.

Dr. Ina Czyborra, Senatorin für Pflege

„Indem wir die landesgeförderten Projekte, die sich mit Digitalisierung in der Altenhilfe und Pflege befassen, zusammenbringen, bündeln wir die dort geballte Kompetenz. Mit diesem leistungsstarken Netzwerk wollen wir ältere und pflegebedürftige Menschen, aber auch deren Bezugspersonen dabei unterstützen, sich in der digitalen Welt zurechtzufinden, Entlastung zu erfahren und Teilhabe zu ermöglichen.“

Hier setzt das geplante Vorhaben an. Die bereits vorhandenen Berliner Angebote zur Förderung der digitalen Kompetenzen bei älteren und pflegebedürftigen Menschen sowie deren Angehörigen sollen künftig im Sinne der digitalen Teilhabe der Zielgruppen koordinierter zusammenarbeiten. Hierzu soll ein Netzwerk gebildet werden, das in Kooperation der Projekte Seniorennetz und Kompetenzzentrum Pflege 4.0 organisiert und moderiert wird. Auch wird darauf geachtet, dass sämtliche Arbeitsprozesse in diesem Kontext unter Beteiligung der Zielgruppen geplant und realisiert werden.

Die Initiative Berlins, die Kräfte der auf digitale Kompetenz ausgerichteten Projekte zu bündeln, verspricht eine Vielzahl von Vorteilen für ältere und pflegebedürftige Menschen und deren Bezugspersonen. Insgesamt stellt diese Bündelung ein zukunftsweisendes Vorhaben dar, welches (digitale) Teilhabe ermöglicht und fördert, während gleichzeitig das Recht auf analoges Leben anerkannt wird.

4.2.4.4 Zukünftiges Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Die Steuerung durch die für Pflege zuständige Senatsverwaltung wird über die gemeinsame Jahresplanung mit den Zuwendungsprojekten und eine abschließende Erfolgskontrolle gewährleistet.

4.2.5 Förderung von Gewaltprävention und -schutz in der Pflege durch Qualifizierung von Beratungsstrukturen und Stärkung der Handlungssicherheit von Akteuren

4.2.5.1 Zusammenfassung

Das Vorhaben zielt darauf ab, pflegeflankierende Strukturen zum Themenkomplex „Konflikte und Gewalt in der Pflege“ zu qualifizieren und die Handlungssicherheit von Akteuren im Umgang mit (mutmaßlichen) Gewaltfällen insbesondere in häuslichen Pflegesettings zu stärken. Zu diesem Zweck wird die Fachberatungsstelle „Pflege in Not“ ein zielgruppengerechtes und niedrighschwellig zugängliches Sensibilisierungs- und Schulungsformat für beruflich und/oder ehrenamtlich Tätige in pflegeflankierenden Strukturen entwickeln (2025) und erproben (bis 2027). Im Falle eines positiven Ergebnisses der Erprobung soll das Format dauerhafter Baustein des Angebots der Fachberatungsstelle werden.

Mit einem Fokus auf der Stärkung des Gewaltschutzes wird die für Pflege zuständige Senatsverwaltung in den Jahren 2025 bis 2027 zudem besonders herausfordernde Fallkonstellationen, einhergehende Handlungserfordernisse und einzubeziehende Akteure identifizieren und strukturierte Vorgehensweisen für den angemessenen Umgang mit solchen Fallkonstellationen erarbeiten. Um eine unmittelbare Implementierung der erarbeiteten Prozesse zu befördern, wird die Einbindung möglichst aller relevanten Akteure angestrebt. Intendiert ist, dass bereits durch den Prozess der Erarbeitung geeigneter Vorgehensweisen Akteure sensibilisiert, Informationen vermittelt und eine engere Zusammenarbeit gefördert werden. Zudem können so gegebenenfalls bestehende strukturelle Versorgungslücken identifiziert werden.

4.2.5.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Gute Pflege ist auf die Unterstützung und Hilfe für pflegebedürftige Menschen bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen unter Wahrung von Selbstbestimmung und Teilhabe ausgerichtet. In der weit überwiegenden Zahl der Pflegesituationen wird sie verantwortungsvoll, engagiert und nach bestem Wissen und Gewissen ausgeführt. Unterstützung, Begleitung und Pflege – die keineswegs Einbahnstraßen sein müssen – stellen einen wichtigen Beitrag zu einem solidarischen gesellschaftlichen Miteinander dar. Sie verdienen Anerkennung und Wertschätzung.

Gleichzeitig sind Pflegebeziehungen zumeist durch komplexe und mehrdimensionale Abhängigkeiten sowie Machtasymmetrien und die damit einhergehenden Risiken für das Vorkommen unterschiedlicher Formen von Gewalt gekennzeichnet.

Besonderen Risiken, Gewalt zu erfahren, sind Personen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausfordernden Verhaltensweisen ausgesetzt. Erhöhte Risiken bestehen auch in weiteren Konstellationen, in denen die pflegebedürftige Person in ihren kommunikativen Möglichkeiten eingeschränkt ist oder durch mangelnde Barrierefreiheit darin eingeschränkt wird. Auch ein starkes Belastungserleben in der Pflegesituation kann das Risiko für das Auftreten von Gewalt erhöhen. Faktoren wie der Personalmangel in der Pflege, Hürden bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und finanzielle Herausforderungen lassen für die Zukunft eher eine Zunahme belasteter Pflegesettings als eine Abnahme und damit auch einen Zuwachs von Risikokonstellationen für Gewaltvorkommnisse erwarten.

Gewalt in der Pflege kann vielfältige Formen annehmen, z. B. grobes Anfassen oder Schlagen, abwertende Kommentare oder Drohungen sowie den Entzug von Nahrung oder sozialen Kontakten. Aufgrund des hohen Dunkelfeldes lässt sich die Verbreitung von Gewaltvorkommnissen in der Pflege nicht beziffern.

**Stellungnahme von Dr. Simon Eggert, Geschäftsleiter des
Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP)**

„Gewalt in der Pflege ist ein komplexes Phänomen und hat viele Gesichter. Sie fängt nicht erst beim Schlagen an, sondern kann auch mit Worten, Gesten oder in anderer Weise geschehen. Vielfach findet sie im Verborgenen statt. Nicht immer ist Gewalt böswillig, sondern kann auch versehentlich und unbewusst ausgeübt werden. Wie häufig es in der Pflege zu Gewalt kommt, ist nicht genau bekannt. Doch sicher ist: Gewalt in der Pflege ist ein relevantes Problem und kein Einzelfall. Dies zeigen unter anderem wissenschaftliche Studien. Eine Vielzahl von Gewaltvorkommnissen wird jedoch nicht bemerkt oder erfasst. Daher gehen Fachleute von einem großen Dunkelfeld aus.“

Die durch die Pflegeabteilung sowie die AOK Nordost im Rahmen einer Zuwendung geförderte Fachberatungsstelle „Pflege in Not“ sensibilisiert und informiert die Öffentlichkeit zum Thema und bietet pflegebedürftigen Menschen wie auch informell und beruflich Pflegenden psychosoziale und psychologische Beratung und Mediation zu Konflikten und Gewalt in der Pflege. Seit dem Jahr 2022 lag ein besonderer Schwerpunkt des Projekts auf der Sensibilisierung und Schulung beruflich Pflegender.

Herausforderungen für die Prävention von und den Schutz vor Gewalt sind vielfältig. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist ein frühzeitiger Zugang zu Hilfe und Unterstützung in sich abzeichnenden Überforderungssituationen. Hier kann insbesondere pflegeflankierenden Strukturen eine wesentliche Rolle zukommen, sofern diese sensibel für Gewaltrisiken sind und über Handlungssicherheit im Umgang mit entsprechenden Fallkonstellationen verfügen. Die Sicherheit hinsichtlich eigener Handlungsmöglichkeiten und die Kenntnis geeigneter Anlaufstellen sind ebenfalls wichtige Voraussetzungen dafür, dass insbesondere die ehrenamtlich in pflegeflankierenden Strukturen Tätigen nicht überfordert werden, wenn sie mit drohenden oder bereits stattgefundenen Gewaltvorkommnissen konfrontiert sind. Eine besondere Herausforderung stellt zudem der Umgang mit Situationen dar, in denen – beispielsweise im Anschluss an einen akuten Gewaltvorfall – kurzfristig und mitunter zu ungünstigen Zeiten der Schutz der Beteiligten wie deren Unterkunft und die benötigte pflegerische Versorgung sicherzustellen sind.

Stellungnahme von Prof. Dr. Thomas Klie, Sozialrechtsexperte

„Pflege durch Angehörige braucht ermöglichende Rahmenbedingungen. Dazu gehören auch Auffangstrukturen für den Notfall.“

Zur Bewältigung der genannten Herausforderungen bedarf es klarer Zuständigkeiten, Sensibilität für die Thematik, der Kenntnis eigener Handlungsmöglichkeiten, Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung und einer entsprechenden Qualifikation der Akteure.

4.2.5.3 Beschreibung des Vorhabens

Das Vorhaben umfasst zwei Bausteine: 1) Die Sensibilisierung und Qualifizierung beruflich und ehrenamtlich in pflegeflankierenden Strukturen Tätiger zum Themenkomplex „Konflikt und Gewalt in der Pflege“ und 2) die Identifizierung besonders herausfordernder Fallkonstellationen, einhergehender Handlungserfordernisse und einzubeziehender Akteure im Zusammenhang mit Gewaltvorkommnissen insbesondere in häuslichen Pflegesettings sowie die Erarbeitung strukturierter Prozesse für den Umgang mit solchen Fallkonstellationen. Mit der Weiterentwicklung von Angeboten, der Identifikation von Herausforderungen in der Versorgung und der Entwicklung entgegenwirkender Maßnahmen trägt das Vorhaben sowohl zur Erhöhung der Passgenauigkeit und Qualität der pflegerischen Versorgung insbesondere in häuslichen Pflegesettings als auch zur Sicherstellung der Persönlichkeitsrechte pflegebedürftiger Menschen bei. Pflegende Angehörige werden gestärkt und häusliche Pflegearrangements stabilisiert.

Die Qualifizierung pflegeflankierender Strukturen zum Themenkomplex „Gewalt in der Pflege“ soll maßgeblich durch die gut etablierte und berlinweit agierende

Fachberatungsstelle „Pflege in Not“ umgesetzt werden. Auf Basis einer für 2025 geplanten interviewbasierten Bedarfserhebung im Bereich pflegeflankierender Angebotsstrukturen soll ein niedrighschwellig zugängliches Sensibilisierungs- und Schulungsformat für beruflich und/oder ehrenamtlich in pflegeflankierenden Strukturen Tätige entwickelt werden. Eine Erprobung wird in den Jahren 2025 bis 2027 stattfinden. Im Falle eines positiven Ergebnisses der Erprobung soll das neue Format dauerhafter Baustein des Angebotes der Fachberatungsstelle werden.⁵¹

Erwartet wird, dass die mit der Entwicklung und Umsetzung dieses Formats angestrebte Sensibilisierung und Qualifizierung der beruflich und/oder ehrenamtlich in pflegeflankierenden Strukturen Tätigen diese im Umgang mit Situationen stärkt, die andernfalls stark belastend sein können. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass eine entsprechende Qualifizierung es erleichtert, Risikokonstellationen frühzeitig zu identifizieren und die betroffenen Pflegenden an geeignete Anlaufstellen zu verweisen.

Für das Gelingen wird es wichtig sein, dass das zu entwickelnde Format tatsächlich an den Bedarfen der Zielgruppe ansetzt und adressatengerecht ausgestaltet ist. Hierfür bringt die Fachberatungsstelle „Pflege in Not“ nicht zuletzt dank ihrer engen Vernetzung mit pflegeflankierenden Strukturen und ihrer vielfältigen Erfahrungen in der Arbeit mit unterschiedlichen Zielgruppen wichtige Voraussetzungen mit.

Begleitend zur verstärkten Sensibilisierung der pflegeflankierenden Strukturen für den Themenkomplex „Konflikt und Gewalt in der Pflege“ plant die für Pflege zuständige Senatsverwaltung, in den Jahren 2025 bis 2027 besonders herausfordernde Fallkonstellationen, einhergehende Handlungserfordernisse und einzubeziehende Akteure zu identifizieren und strukturierte Prozesse für den Umgang mit solchen Fallkonstellationen zu erarbeiten.

Bei der Umsetzung kann sich die für Pflege zuständige Senatsverwaltung auf vielfältige Netzwerkstrukturen im Zusammenhang mit der Prävention von und dem Schutz vor Gewalt in der Pflege stützen, u. a. das vom Landeskriminalamt koordinierte „Netzwerk gewaltfreie Pflege“ sowie vorhandene Ansätze zur themenbezogenen Vernetzung von landesseitigen und bezirklichen sowie weiteren Akteuren, die seitens der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung angestoßen wurden.

⁵¹ Das Angebot von Schulungen für beruflich Pflegenden muss im entsprechenden Umfang gemindert werden.

4.2.5.4 Zukünftiges Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Monitoring und Evaluation des Vorhabens erfolgen durch die für Pflege zuständige Senatsverwaltung. Die Qualifizierung pflege flankierender Strukturen mit Bedarfserhebung, Konzeptentwicklung und Erprobung eines neuen Formats durch „Pflege in Not“ wird im Rahmen der Begleitung der Zuwendung in die jährliche Erfolgskontrolle einbezogen.

4.2.6 Förderung diversitätssensibler Pflege am Beispiel der Fachstelle Migration, Pflege und Alter

4.2.6.1 Zusammenfassung

Pflegebedürftige Menschen unterscheiden sich hinsichtlich Alter, Herkunft, Geschlecht, sexueller Orientierung, Einkommen, Erwerbsbiografie, Bildung, individuellen Ressourcen und sozialer Einbindung voneinander. Lebenserfahrungen bestehen nicht lediglich nebeneinander, sondern beeinflussen und bedingen einander. Mit dem allein auf einzelne Aspekte der Lebenswirklichkeit eines Menschen gerichteten Blick können individuelle Lebensrealitäten nicht wahrgenommen werden. Für eine personenzentrierte Pflege ist es daher notwendig, sich von der Annahme, Menschen ließen sich in homogene Gruppen einteilen, zu verabschieden (Hövenner & Fiack, 2023; Tezcan-Güntekin, 2020).

Infokasten 3: Diversitätssensible Pflege

„Diversitätssensible Pflege ist zu verstehen als eine personenzentrierte pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen unter Einbezug ihrer unterschiedlichen Diversitätsmerkmale, ihrer Biografie und ihrer individuellen Bedürfnisse.“ Für die Pflegebeziehung ist es von Bedeutung, Diversität doppelt wirksam zu machen: Einerseits ist es wichtig pflegebedürftige Menschen als „Vielfalt erkennen, respektieren und als Ressource wertschätzen“ zu lernen – diese Aufgabe betrifft insbesondere Pflegeeinrichtungen und die dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Andererseits ist es auch bedeutend, dass die Pflegenden in ihrer Vielfalt wahrgenommen und als Ressource anerkannt werden – dies ist vor allem Aufgabe der Pflegeeinrichtungen und ihrer leitenden Mitarbeitenden (Şahin & Tezcan-Güntekin, 2020).

4.2.6.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Das Land Berlin unterstützt bereits seit einigen Jahren die diversitätssensible Öffnung der Pflege und Altenhilfe. So fördert die für Antidiskriminierung und Vielfalt zuständige Senatsverwaltung die Fachstelle LSBTI*, Altern und Pflege (siehe Kapitel 4.2.20). Zudem fördert die für Pflege zuständige Senatsverwaltung u. a. das Projekt Interkulturelle Brückenbauer*innen in der Pflege. Ferner kooperiert sie mit der für Antidiskriminierung und Vielfalt zuständigen Senatsverwaltung und mit den Akteuren des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt® der Schwulenberatung Berlin gGmbH. Seit Anfang 2025 fördert sie außerdem die Fachstelle Migration, Pflege und Alter, deren Arbeit im Folgenden beispielhaft vorgestellt wird. Ziel der Fachstelle ist es u. a., die Berliner Altenhilfe- und Pflegestrukturen in Fragen der Implementierung eines neuen Verständnisses von Diversität

aktiv zu begleiten. In ihren Tätigkeitsfeldern berücksichtigt die Fachstelle die Dimensionen von Vielfalt insbesondere unter Einbezug des Migrationsaspektes.

Deutschland ist ein Einwanderungsland. Menschen mit Einwanderungsgeschichte machten im Jahr 2022 insgesamt 29,7 % der in Deutschland lebenden Bevölkerung aus. Innerhalb der Gruppe der älteren Menschen (65 Jahre und älter) haben knapp 15 % der Personen eine Einwanderungsgeschichte (Statistisches Bundesamt, 2023). Der Anteil der Menschen mit Einwanderungsgeschichte an allen älteren Bürgerinnen und Bürgern nimmt perspektivisch weiter zu. Studien zufolge treffen in der Zielgruppe älterer Menschen mit Einwanderungsgeschichte häufiger prekäre sozioökonomische Bedingungen mit migrations- und altersbedingten Belastungen zusammen. Ausgehend von diesen Mehrfachbelastungen (Intersektionalität) tragen sie ein erhöhtes Erkrankungs- und Pflegerisiko. Zudem verändern sich allmählich auch bei dieser Zielgruppe soziale Familienstrukturen, sodass migrationsspezifische intergenerationale und familiäre Unterstützungsressourcen zukünftig nicht mehr in demselben Maße wie heute zur Verfügung stehen werden. Daher ist anzunehmen, dass zukünftig immer mehr Menschen mit Migrationsgeschichte auf Leistungen des Altenhilfe- und Pflegesystems angewiesen sein werden (Bartig, 2022).

4.2.6.3 Vorhaben

Im Jahr 2025 wird die Fachstelle Migration, Pflege und Alter aufgebaut. Zielgruppen der Arbeit der Fachstelle sind (pflegebedürftige) ältere Migrantinnen und Migranten, ihre An- und Zugehörigen sowie weitere Organisationen (z. B. Migrantenselbstorganisationen) und Strukturen, die im Kontext Migration, Pflege und Alter stehen. Schwerpunkt der Tätigkeit ist die Stärkung der Zielgruppe selbst durch unterschiedliche Instrumente und Maßnahmen (wie z. B. Information, Befähigung oder Projektinitiierung). Als Netzwerkpartner begleitet die Fachstelle aktiv die Berliner Altenhilfe- und Pflegestrukturen in Organisationsentwicklungsprozessen zur Etablierung des Diversitätsansatzes. Die Fachstellenarbeit verfolgt einen intersektionalen Ansatz.

Die Tätigkeitsfelder der Fachstelle Migration, Pflege und Alter zielen allesamt auf die Stärkung der Zielgruppe ab:

1. Bereitstellung von Informationen für die Zielgruppe und interessierte Parteien unter anderem zur Entwicklung und Anpassung von Projekten. Damit eng verbunden ist die Netzwerktaetigkeit und Kooperation zu bestehenden Angeboten zum Thema Alter im Kontext Migration und Pflege.
2. Aufbau von Befähigungsstrukturen unter Berücksichtigung der Zielgruppenpotenziale (z. B. durch Multiplikatorenschulungen im Bereich der kultursensiblen Pflege)

3. Initiierung von innovativen Projekten in Kooperation mit Berliner Unternehmen und Organisationen an der Schnittstelle Alter, Pflege und Migration.

Außerdem ist die Fachstelle im Rahmen von Transformationsprozessen Hinweisgeber zur Umsetzung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse. Ziel der Arbeit der Fachstelle ist es dabei, über die Ermöglichung von Austausch und Wissensvermittlung Handlungssicherheit in Bezug auf ein zeitgemäßes Verständnis von Diversitätssensibilität zu entwickeln und zu etablieren.

4.2.7 Passgenaue Bildungsangebote in der beruflichen Pflege – BBeRuf

4.2.7.1 Zusammenfassung

Die Pflegeberufe zählen zu den Berufsgruppen mit dem größten Personalmangel. Laut der Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit (BA) für das Jahr 2022 handelt es sich um einen der beschäftigungsstärksten Engpassberufe (siehe Kapitel 3.2). Eine kurz- bis mittelfristige Entspannung der Situation ist mit Blick auf die demografische Entwicklung in Deutschland gegenwärtig nicht erkennbar. Im Rahmen der drei Säulen der Fachkräftesicherung „Gewinnen – Bilden – Halten“ kommt der Erschließung neuer Zielgruppen für die Ausbildung („Gewinnen“) ein besonderes Augenmerk zu.

Das von der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung geförderte Projekt BBeRuf (Berufsbildungsreife / berufliche Qualifikation Pflege) richtet sich bisher vor allem an neuzugewanderte Menschen, die über keinen bzw. keinen in Deutschland erworbenen Schulabschluss verfügen. Die Besonderheit von BBeRuf ist, dass die Teilnehmenden sowohl auf die Prüfung zur Berufsbildungsreife, welche die Voraussetzung für den Einstieg in die Ausbildung zur Pflegefachperson ist, als auch auf die Tätigkeiten in der Pflege vorbereitet werden. Der erfolgreiche Ansatz von BBeRuf, der in der gemeinsamen Vermittlung theoretischer und praktischer Grundlagen betreuerischen und pflegerischen Handelns sowie einer gezielten Sprachförderung besteht, soll in den kommenden Jahren fortgesetzt werden, um weitere Zielgruppen für eine Ausbildung in der Pflege zu gewinnen.

4.2.7.2 Ausgangssituation

Die Pflegeberufe sind aufgrund des hohen Gutes des Patientenschutzes im Zugang formal reglementiert. So sind die Berufsbildungsreife (BbR) bzw. der mittlere Schulabschluss (MSA) und die eBbR (erweiterte Berufsbildungsreife) Zugangsvoraussetzungen für die Pflegefachassistenten- bzw. Pflegefachpersonenausbildung. Seit Januar 2025 besteht zwar ebenfalls die Möglichkeit, ohne Schulabschluss Zugang zur Pflegefachassistentenausbildung (§ 13 Abs. 2 Pflegefachassistentengesetz) zu erlangen, allerdings ist dies mit dem Vorliegen einer sog. positiven Prognose der Pflegeschule verbunden, dass die Ausbildung von der auszubildenden Person erfolgreich absolviert und die staatliche Abschlussprüfung bestanden werden kann. Zudem bleibt der Nachweis eines Schulabschlusses notwendig, um den Durchstieg in die (ggfs. verkürzte) Pflegefachpersonenausbildung zu ermöglichen.

Etwa 3,7 % der Frauen und 4,2 % der Männer in Berlin hatten im Jahr 2020 keinen Schulabschluss (Mikrozensus, 2023). Im Jahr 2022 betrug der Anteil der Schulabgängerinnen und -abgänger ohne Hauptschulabschluss in Berlin bereits 6,9 %. Diese Statistik sagt jedoch nichts über die Gründe oder über die tatsächlich vorhandenen Grundbildungskompetenzen⁵² der einzelnen Menschen aus.

Stellungnahme von Dr. Regina Ryssel für das Team INA-Pflege PLUS⁵³

„Bildung ist ein entscheidender Schlüssel, dem Pflegenotstand zu begegnen. Angebote in der Pflege müssen so gestaltet werden, dass sie Menschen mit Grundbildungsbedarfen Türen öffnen. Der Wunsch, in der Pflege zu arbeiten, darf nicht an fehlenden Schulabschlüssen scheitern.“

Berlin als Metropolregion wirkt als (internationaler) Magnet auf junge Menschen und gilt als attraktiver Lebens- und Arbeitsort. Die hohe Anzahl neuzugewanderter Menschen in Berlin bietet ein weiteres Potenzial zur Fachkräftegewinnung für die berufliche Pflege, welches z. B. Flächenländern in der Regel nicht zur Verfügung steht.

Ein nicht unerheblicher Anteil von neuzugewanderten Menschen verfügt über keinen oder keinen in Deutschland anerkannten allgemeinbildenden Schulabschluss. Dieser stellt jedoch Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zur Pflegefachperson dar. Um den fehlenden allgemeinbildenden Schulabschluss nachträglich zu erwerben und somit Ausbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten in der Pflege zu erhalten, besteht die Möglichkeit der Nichtschülerprüfung. Diese ermöglicht bei Bestehen den Erwerb eines staatlich anerkannten Bildungsabschlusses durch eine Prüfung ohne vorangegangenen Besuch einer entsprechenden Schule. Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung fördert seit 2020 das Projekt BBeRuf, welches die Besonderheit besitzt, die Vorbereitung auf die Nichtschülerprüfung mit einer Berufsvorbereitung in der Pflege in Theorie und Praxis zu verbinden. Letztere ist gerade auch für die Zielgruppe von besonderer Bedeutung, um den Weg zu einem erfolgreichen Abschluss einer Pflegeausbildung zu ebnen.

⁵² Grundbildungskompetenzen sind die Minimalvoraussetzungen an Wissensbeständen, Kenntnissen, Fertigkeiten, personalen und sozialen Kompetenzen, die für Orientierung und aktives Handeln in der Gesellschaft notwendig sind. Grundbildung hat zum Ziel, insbesondere bildungsbenachteiligten und lernungsgewohnten Menschen Lernen zu ermöglichen. Grundbildung ist vom inhaltlichen Umfang her kein feststehend definierter Begriff, da gesellschaftliche Anforderungen und individuelle Lebenslagen steter Entwicklung unterliegen (Baumgart & Bücheler, 1998).

⁵³ INA-Pflege PLUS (Integriertes Angebot zur Alphabetisierung und Grundbildung im Pflegebereich; Professionalisierung-Literalisierung-Unterstützung-Sensibilisierung) ist ein Forschungsvorhaben im Rahmen der "Nationalen Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung (AlphaDekade)" und wird gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

Stellungnahme Marco Hahn, Leiter der Berufsfachschule Paulo Freire

„Um den Mangel an Pflegekräften zu überwinden, müssen Wege in den Beruf geebnet werden. Das Projekt BBeRuf möchte Menschen von der Grundbildung bis hin zum Einstieg in den Beruf dort abholen, wo sie stehen. Dadurch können sie ihre vielfältigen Kompetenzen entfalten und schließlich als qualifizierte Pflegekräfte sinnvoll einbringen.“

4.2.7.3 Beschreibung des Vorhabens

Das Projekt BBeRuf (Berufsbildungsreife/berufliche Qualifikation – Pflege) hat im Jahr 2020 erstmalig mit einem Kurs mit 22 Teilnehmenden begonnen. Das Projekt richtet sich an Menschen ohne einen in Deutschland anerkannten Schulabschluss, die geflüchtet sind oder einen Migrationshintergrund haben, über gute Deutschkenntnisse (mindestens B1-Niveau) verfügen und Interesse am Berufsfeld Pflege haben.

BBeRuf bereitet die Teilnehmenden innerhalb eines Jahres auf die Nichtschülerprüfung zur Berufsbildungsreife vor, welche die Voraussetzung für den Einstieg in die Ausbildung zur Pflegefachperson ist. Zu diesem Zweck wird allgemeinbildender Unterricht in den für die Prüfung relevanten Fächern angeboten. Darüber hinaus gibt es berufsvorbereitenden Unterricht im Bereich Pflege in dem Umfang, dass die Teilnehmenden mit Abschluss des Projektes ein Zertifikat für den Pflegebasiskurs und die Betreuungsassistenz erwerben sowie eine gute Ausgangsbasis für den schulischen Teil der Pflegeausbildung erarbeiten.

Das Lernkonzept gibt vor, dass die Teilnehmenden an zwei Tagen pro Woche bei Kooperationspartnern in der Pflege Langzeitpraktika absolvieren, um so frühestmöglich Kontakte zu potenziellen Arbeitgebenden in der Pflege zu festigen und das Berufsfeld kennenzulernen. Durch die Anbindung an eine Einrichtung schon während der Projektlaufzeit werden die Teilnehmenden bereits auf die Tätigkeiten in der Pflege vorbereitet – und damit auch auf eine anschließende Ausbildung (nach Pflegefachassistenzgesetz oder nach Pflegeberufegesetz). Gleichzeitig stehen sie bereits dem Arbeitsmarkt zur Verfügung (mit einem Pflegebasiskurs). Durch das Erwerben eines Schulabschlusses ist zusätzlich der Weg offen für einen Durchstieg in die dreijährige Pflegefachpersonausbildung. Hiermit werden auch weitere Wege und Karrieremöglichkeiten im Sinne der Durchlässigkeit geebnet.

Durch gezielte Kooperation mit Einrichtungen und Pflegeschulen leistet BBeRuf einen wichtigen Beitrag zur Akquise neuer Auszubildender für die Pflegeausbildungen.

Die Ausweitung traditioneller Zielgruppen erfordert ein Umdenken in Pflegeschulen und bei Trägern der praktischen Ausbildung. Pflegelehrende und Praxisanleitende treffen

zunehmend auf Auszubildende, die den gewohnten Anforderungen auf den ersten Blick nicht entsprechen. Im Vordergrund stehen sprachliche Kompetenzen, aber auch die Fähigkeiten, mit konfliktbehafteten Situationen umzugehen oder eigene, prekäre Lebensbedingungen bewältigen zu können. Lernstandsdiagnostik⁵⁴, integrierte Sprachbildung, soziale Unterstützungssysteme und Bildungsberatung sind daher elementare Bestandteile von BBeRuf.

Ein zukünftiges Ziel ist, die bestehenden vielfältigen Angebote kontinuierlich zu monitoren, in der Pflegelandschaft bekannt zu machen und – wo möglich – in Regelstrukturen zu überführen. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der für Bildung zuständigen Senatsverwaltung sollten darüber hinaus Möglichkeiten geprüft werden, den Erwerb eines allgemeinbildenden Schulabschlusses – z. B. in Kooperation mit Oberstufenzentren – auch im Rahmen einer Pflegeausbildung ermöglichen zu können.

Die bereits entwickelten und noch zu entwickelnden Modelle und Konzepte müssen kontinuierlich und zielorientiert mit allen Beteiligten kommuniziert werden. Hierzu gehören neben den Trägern der Pflegeschulen und der Ausbildungseinrichtungen auch die durch Schnittstellen betroffenen Senatsverwaltungen für Arbeit und Bildung.

4.2.7.4 Zukünftiges Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Im Rahmen des Zuwendungsprojektes werden mit jährlichen Sachberichten die Erfolge des Projektes dokumentiert und seitens der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung evaluiert. Neben den Erfolgen durch bestandene Nichtschülerprüfungen werden die Übergänge in eine Pflegeausbildung gemonitort.

⁵⁴ Lernstandsdiagnosen dienen dem Ziel, den Unterricht bzw. die Förderung gezielt zu planen, den Lernerfolg einzuschätzen und Gesichtspunkte für die Entscheidungen über die weitere Förderung zu gewinnen.

4.2.8 Fachkräfte mit ausländischem Abschluss in der Pflege

4.2.8.1 Zusammenfassung

Der Fachkräftemangel in der Pflege in Berlin kann nicht mehr allein durch vermehrte Ausbildungsanstrengungen im eigenen Land behoben werden. Für eine gute Versorgungslage wird es in Zukunft entscheidend darauf ankommen, dass Berlin seine Attraktivität als Lebens- und Arbeitsort für Pflegefachkräfte mit ausländischem Abschluss ausbaut. Die Anerkennungszahlen von Pflegefachkräften mit ausländischem Abschluss haben in Berlin, trotz insgesamt steigender Zahlen, noch nicht das Niveau erreicht, welches notwendig ist, um den Fachkräftemangel substantiell zu reduzieren. Im Jahr 2024 entfiel in Berlin etwa jede dritte Erlaubnis im Bereich der Pflegeberufe auf die Anerkennung einer ausländischen Berufsqualifikation, im Jahr 2023 war es jede fünfte Erlaubnis (Landesamt für Gesundheit und Soziales, 2024). Im Hinblick auf die drei Säulen der Fachkräftesicherung „Gewinnen – Bilden – Halten“ kommt der ganzheitlichen Betrachtung des Anwerbens, Qualifizierens und Integrierens ein besonderes Augenmerk zu, um die Potenziale von Pflegefachkräften mit ausländischem Abschluss nutzbar zu machen.

Die komplexen Rahmenbedingungen des Berufs- und Einwanderungsgesetzes sind eine große Hürde für die Fachkräftegewinnung aus Drittstaaten. Insbesondere ist das Anerkennungsrecht aufgrund des hohen Gutes des Patientenschutzes formal reglementiert. Gleichzeitig wirkt Berlin als Metropolregion und (internationaler) Magnet auf junge Menschen und gilt als attraktiver Lebensort mit sicheren Rahmenbedingungen. Für die Bewältigung des Anerkennungsprozesses bedarf es daher eines integrationsfördernden Qualifizierungsangebotes sowie Beratungs- und Begleitangeboten, die ein gutes Ankommen und eine Integration von Pflegefachkräften mit ausländischem Abschluss in den Arbeitsmarkt ermöglichen.

4.2.8.2 Ausgangssituation

Berlin verzeichnet einen signifikanten Anstieg an Pflegefachkräften mit ausländischem Abschluss. Dieser Zuwanderungstrend besteht trotz der strengen Regularien im Anerkennungsprozess. Konkret sind die Antragszahlen in 2023 gegenüber 2022 um 60 % auf über 1.200 Anträge gestiegen (Landesamt für Gesundheit und Soziales, 2024). Im Jahr 2024 stiegen die Antragszahlen nochmals um 52 % auf 1.820 Anträge. Diese Steigerung ist im Wesentlichen auf die umfassende und erfolgreiche systematische Akquise von Pflegefachpersonen mit ausländischem Berufsabschluss mithilfe von Rekrutierungsprogrammen zurückzuführen.

**Stellungnahme von Christoph Gertzen,
Referatsleiter im Landesamt für Gesundheit und Soziales⁵⁵**

„Die erfolgreiche Akquise von Pflegefachkräften mit ausländischem Abschluss hat zwischen 2020 und 2024 zu einer Vervierfachung der jährlichen Antragszahlen geführt. Zur Durchführung aller Anerkennungsverfahren, die sich insgesamt gegenüber 2020 um über 2.000 Anträge pro Jahr erhöht haben, von denen über 1.400 zusätzliche Anträge p. a. auf die Pflegeberufe entfallen, ist die Anerkennungsstelle im LAGeSo um zwei zusätzliche Stellen für 2024 und zwei weitere für 2025 verstärkt worden. Mit der Bearbeitung der Anerkennungsverfahren und der Erlaubniserteilung erfolgt ein wesentlicher Beitrag für die Pflegefachkräfte mit ausländischem Abschluss zur Beteiligung am Arbeitsmarkt.“

Zudem bietet Berlin eine vielseitige internationale Atmosphäre sowie vielfältige Karrieremöglichkeiten in fortschrittlichen medizinischen und pflegerischen Einrichtungen und Krankenhäusern der Stadt. Darüber hinaus haben sich beispielsweise philippinische und vietnamesische Communities gebildet, welche die Zuwanderung im Bereich der Pflege durch Informationsweitergabe steigern. So sind die häufigsten Ausbildungsstaaten, bezogen auf die im LAGeSo eingegangenen Anträge, Türkei, Brasilien, Indien, Mexiko, Philippinen und Kolumbien (ebd.). Aus der steigenden Beschäftigung und gezielten Anwerbung von Pflegefachkräften mit ausländischem Abschluss resultiert ein gesteigertes Informationsbedürfnis auch der beteiligten arbeitgebenden Einrichtungen und Personalvermittlungsagenturen.

Der Bund hat hierfür eine umfangreiche Beratungslandschaft entwickelt, die unterschiedliche Zielgruppen und Zielrichtungen unterstützt und durch regionale Angebote ergänzt wird. In Berlin gibt es beispielsweise drei Integration durch Qualifizierung (IQ)-Beratungsstellen (La Red – Vernetzung und Integration e.V., Türkischer Bund in Berlin-Brandenburg (TBB) e.V. und Club Dialog e.V.) wie auch eine Beratungshotline. Im Willkommenszentrum der Beauftragten des Berliner Senats für Integration und Migration werden Beratungsangebote branchenübergreifend gebündelt. Im Jahr 2024 neu hinzugekommen ist die Berliner Beratungsstelle für Fachkräfte mit ausländischem Pflegeabschluss (BBFaP; siehe 4.2.8.3)

Im Hinblick auf die bestehende Qualifizierungslandschaft werden seit dem Jahr 2024 sukzessive Anpassungslehrgänge und Kenntnisprüfungen nach dem Pflegeberufegesetz

⁵⁵ Das Landesamt für Gesundheit und Soziales ist für die Anerkennung ausländischer Gesundheitsberufe zuständig ist.

umgestellt. Als Sprachnachweis werden Sprachzertifikate des Goetheinstituts auf dem Niveau B 2 anerkannt. Zudem werden Sprachzertifikate auf dem Niveau B 2 von anderen Einrichtungen anerkannt, wenn sie nach den Zertifizierungssystemen von telc, Test-DaF oder ECL zertifiziert worden sind.

4.2.8.3 Beschreibung des Vorhabens

Mit dem Vorhaben Fachkräfte mit ausländischem Abschluss in der Pflege wird das Ziel verfolgt, die Abläufe zur Anwerbung, Anerkennung und Integration von Pflegefachkräften mit ausländischem Abschluss verwaltungsseitig zu optimieren, damit der Einsatz von Pflegefachkräften mit ausländischem Abschluss zu einer alltagstauglichen und funktionierenden Säule der Mitarbeitergewinnung in der Pflegelandschaft wird und so langfristig zur Einwanderung von Pflegefachkräften mit ausländischem Abschluss und zu einer erfolgreichen und ausbildungsadäquaten Arbeitsmarktintegration führt. Der Fokus dieses Vorhabens liegt derzeit bei der Implementierung der Berliner Beratungsstelle für Fachkräfte mit ausländischem Pflegeabschluss (BBFaP), dem Umstellungsprozess der Anpassungsmaßnahmen⁵⁶ (siehe unter 4.2.8.3) und der Implementierung der Fachsprachenprüfung B2 Pflege.

Die Beratungs- und Begleitangebote im Anerkennungsprozess gestalten sich aus Sicht von Pflegefachkräften mit ausländischem Abschluss sehr unübersichtlich. Daher sind die strukturierte Erschließung und Kommunikation bereits vorhandener Initiativen (z. B. des Bundes) sowie die Bündelung der vorhandenen Informationen mit Blick auf die besondere Situation in Berlin erforderlich. Die im Juni 2024 errichtete Berliner Beratungsstelle für Fachkräfte mit ausländischem Pflegeabschluss (BBFaP) soll dabei ausschließlich auf die Pflege bezogen die regional notwendigen Hintergrundinformationen sammeln und zielgruppenorientiert aufbereiten, bestehende Informationen und Beratungsangebote bündeln (insbesondere auf in Berlin bestehende Beratungsangebote hinweisen) wie auch die beteiligten Akteure vernetzen, um mit einer umfassenden Beratung und Begleitung während des Einreise-, Anerkennungs- und Integrationsprozesses nachhaltig und spürbar dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Daneben wird ein Fokus auf den Umstellungsprozess der Anpassungsmaßnahmen nach den Regelungen des Pflegeberufgesetzes gelegt, der Anfang des Jahres 2024 gestartet worden ist. Fokussiert werden dabei insbesondere die sprachensible Ausgestaltung von Anpassungslehrgängen und eine nachhaltige Integration durch den Einsatz bei der arbeitgebenden Einrichtung bereits während der Qualifizierungsmaßnahme. Ein

⁵⁶ Die Umstellung erfolgt gemäß § 66a Pflegeberufgesetz zum 01.01.2025.

entsprechend konzipierter Anpassungslehrgang wird als Modellprojekt über das [Regionale Integrationsnetzwerk Berlin](#) angeboten, erprobt und fachlich begleitet. Dieser Anpassungslehrgang der Stiftung SPI⁵⁷ fokussiert dabei insbesondere Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege. In der Ausgestaltung liegt die Besonderheit in der Verzahnung von Fach- und Sprachlernen mittels Teamteaching im Unterricht mit Fach- und Sprachlehrkraft.

**Stellungnahme von Sabine Just,
Projektleiterin des Anpassungslehrgangs in der Stiftung SPI**

„Das Feedback der Teilnehmenden und der kooperierenden Einrichtungen zeigt, dass die Integration von internationalen Fachkräften in der Pflege gelingen kann. Sowohl Pflegende, die gerade erst in Deutschland angekommen sind, als auch diejenigen, die schon längere Zeit in einer Pflegeeinrichtung arbeiten, profitieren davon.“

Parallel zu diesem Umstellungsprozess der Anpassungsmaßnahmen wurde im Jahr 2024 die Fachsprachenprüfung B2 Pflege eingeführt, um das berufsbezogene Sprachlernen während des Anerkennungsprozesses auszubauen und eine berufsbezogene Verständigung im Arbeitsalltag zu ermöglichen. Drei Einrichtungen⁵⁸ in Berlin bieten derzeit die Fachsprachenprüfung an. Im Vorfeld werden berufsbegleitende Sprachkurse angeboten, die auf die Szenario-basierte Fachsprachenprüfung B2 Pflege⁵⁹, die lebens- und praxisnah ausgestaltet ist, vorbereiten.

**Stellungnahme von Claudia Stein,
Leitung Sprach- und Kulturinstitut der RENAFAN Akademie gGmbH**

„Die Einführung der Fachsprachenprüfung B2 Pflege ist ein weiterer wichtiger Beitrag zur Fachkräftesicherung und Versorgung in der Pflege. Denn ausreichende Sprachkenntnisse sind für internationale Fachkräfte in der Pflege der Schlüssel für eine gute und schnelle Integration und die Schaffung einer langfristigen und guten Zukunft in der Pflege.“

Die vorgenannten Angebote richten sich an alle am Anwerbe- und Anerkennungsverfahren beteiligten Personen und Einrichtungen (z. B. ratsuchende und/oder antragstellende internationale Fachkräfte in der Pflege, arbeitgebende Einrichtungen, Pflegeschulen, rekrutierende Einrichtungen, Verbände, Behörden).

⁵⁷ Sozialpädagogisches Institut Berlin »Walter May«, Gemeinnützige Stiftung des bürgerlichen Rechts.

⁵⁸ DHZB Akademie, GFBM gemeinnützige Gesellschaft für berufsbildende Maßnahmen mbH und RENAFAN Akademie gGmbH.

⁵⁹ Die Fachsprachenprüfung B2 Pflege wurde von der passage gGmbH im Auftrag des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ) entwickelt.

4.2.8.4 Zukünftiges Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Für die Berliner Beratungsstelle für Fachkräfte mit ausländischem Abschluss wird die Evaluation des vorhandenen Informationsangebotes sowie der Nutzendenbedarfe für eine zukünftige bedarfsgerechte Anpassung der Informationsseite nach dem Aufbau erfolgen. Außerdem werden digitale Quartalsberichte hinsichtlich der Inanspruchnahme der Berliner Beratungsstelle für Fachkräfte mit ausländischem Abschluss erstellt.

Die Evaluation des Anpassungslehrgangs findet gemäß den Vorgaben des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (Mittelgeber) statt – u. a. durch eine Unterrichtsevaluation mit dem Ziel der Optimierung der Struktur des Anpassungslehrgangs und der begleitenden Materialien.

Die Fachsprachenprüfung B2 Pflege erfolgt mittels Teilnehmendenevaluation im Anschluss an die Prüfung und Auswertung der Fragebögen durch die passage gGmbH mit Unterstützung durch die Technische Universität Berlin.

4.2.9 Weiterentwicklung des Fachkräftesicherungsprojekts

4.2.9.1 Zusammenfassung

Das Fachkräftesicherungsprojekt fungiert als Bindeglied zwischen Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung. Es erleichtert den Kommunikationsfluss und trägt zu einem lösungsorientierten Austausch zwischen Praxis und Verwaltung bei. Seit dem Bestehen dieses Projektes werden regelmäßig Arbeitsgruppen gebildet und Veranstaltungen abgehalten, die den auf Beständigkeit und Vertrauen basierenden Kommunikations- und Partizipationsprozess zwischen der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung und der Pflegelandschaft gewährleisten. Neben der Förderung einer qualitativ hochwertigen Ausbildung in der Pflege wird das Projekt künftig einen Schwerpunkt auf die Unterstützung von Personal- und Organisationsentwicklungsprozessen in den Einrichtungen legen.

Stellungnahme von Elke Ahlhoff, ArbeitGestalten (Träger des Projekts Fachkräftesicherung in der Pflege)

„Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Sicherung des Bedarfs an qualifizierten Pflegekräften, Stärkung der Ausbildung, Personalbindung und -gewinnung, bei all diesen Aufgaben unterstützt das Projekt ‚Fachkräftesicherung in der Pflege‘ mit Information, Vernetzung und Handlungshilfen für die Praxis.“

4.2.9.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Die Fachkräftesituation in der Pflege ist im Land Berlin seit vielen Jahren angespannt. Vor allem die ambulante und stationäre Langzeitpflege hat bereits lange mit akuten Fachkräfteengpässen zu kämpfen (vgl. Kapitel 3.2).

Aktuelle Studien zeigen, dass sich die Arbeits- und Fachkräftesituation in der Pflege in den letzten Jahren weiter zugespitzt hat: Die Bedarfszahlen sind aufgrund des demografischen Wandels und einer weiter steigenden Pflegeprävalenz dynamisch gewachsen und die Arbeitsmarktkennzahlen der Bundesagentur für Arbeit lassen trotz insgesamt gestiegener Zahlen an Beschäftigten in der Pflege auf einen seit Jahren leergelegten Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte und in Ansätzen inzwischen auch für Pflegehilfskräfte (beziehungsweise Pflegefachassistentenkräfte) schließen.

4.2.9.3 Beschreibung des Vorhabens

Bei der Fachkräftesicherung handelt es sich um ein zentrales Thema der Landesregierung. Aufgrund dessen wurde das Fachkräftesicherungsprojekt initiiert,

welches die Vernetzung und den Transfer in der Berliner Pflegebranche im Hinblick auf das drängende Thema knapper personeller Ressourcen in der professionellen Pflege fördert. Das Projekt besteht in der Grundanlage bereits seit 2013. Im Kern steht der Aufbau eines berlinweiten Netzwerkes in der Pflegelandschaft. Mittels Publikationen und Veranstaltungen werden Maßnahmen beworben, die dazu beitragen, mehr Personen für eine Tätigkeit in der Pflege zu gewinnen, Fachkräfte besser auszubilden und sie längerfristig im Beruf zu halten.

Insbesondere trägt das Projekt dazu bei, die äußerst heterogene Pflegelandschaft bei der Implementierung und Umsetzung einer qualitativ hochwertigen Ausbildung und im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung zu unterstützen. Hierzu werden Arbeitsgruppen begleitet und Handreichungen im Rahmen von Umsetzungs- bzw. Implementierungsbedarfen entwickelt. Das Projekt dient als Bindeglied zwischen der Pflegelandschaft und der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung, um Transformationsprozesse partizipativ und lösungsorientiert zu begleiten. Damit soll eine Überforderungssituation bei den beteiligten Akteuren vermieden und das Ziel der Fachkräftesicherung erreicht werden.

Insbesondere Themen rund um die Personal- und Organisationsentwicklung wird zukünftig eine noch größere Bedeutung zukommen, da aufgrund der niedrigen Zahl von Schulabgängerinnen und -abgängern bei gleichzeitig steigenden Personalbedarfen und der zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen von einem sich zuspitzenden Personalmangel ausgegangen werden muss, der nur noch durch einen effizienteren Personaleinsatz sowie durch digitale Transformationen bewältigt werden kann. Im Vordergrund stehen derzeit insbesondere Fragen rund um den qualifikationsgerechten Einsatz von Pflegepersonal.

4.2.9.4 Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Durch monatlich stattfindende Jour-Fixe der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung mit dem Projektträger werden aktuelle Herausforderungen der Pflegebranche identifiziert und unterstützende Maßnahmen erarbeitet. Dabei werden Fachkräftebedarfsanalysen auf Basis von Statistiken und Erhebungen aktueller sowie zukünftiger Handlungsspielräume der Fachkräftesicherung in Regionen, Branchen und Berufen herangezogen. Auf der Basis dieses Monitorings werden erarbeitete Ansätze regelmäßig überprüft und den aktuellen Erfordernissen und Erkenntnislagen entsprechend angepasst. Aus dieser Grundlage heraus kann das Fachkräftesicherungsprojekt auf lokale Bedarfe und aktuelle

sozialrechtliche Entwicklungen eingehen und in einem partizipativen Prozess mit der Pflegelandschaft Herausforderungen und Lösungsansätze evaluieren.

4.2.10 Weiterentwicklung der Fachweiterbildungen in der Pflege

4.2.10.1 Zusammenfassung

Die Weiterbildung in der Pflege spielt für die Fachkräftesicherung aus mehreren Gründen eine maßgebliche Rolle: Einerseits trägt sie zur Verbesserung der Pflege- und Versorgungsqualität bei. Zudem stellt sie sicher, dass Pflegefachpersonen in den unterschiedlichen Pflegesettings für ihre spezifischen Aufgaben passgenau qualifiziert sind. Beschäftigten in der Pflege ermöglicht sie Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierechancen – ein wesentlicher Aspekt der Bindung und des Haltens von Fachkräften im Pflegeberuf. Darüber hinaus kann Weiterbildung zur Professionalisierung der Pflegeberufe beitragen.

Eine Weiter- bzw. Neuentwicklung der (sich in Länderzuständigkeit befindlichen) Fachweiterbildungen in der Pflege im Land Berlin ist vor dem Hintergrund der sektorenübergreifenden neuen Pflegeausbildungen (generalistische Ausbildung) sowie des Bedarfs in den verschiedenen Pflegesektoren notwendig. Durch die demografische Entwicklung auf der einen Seite sowie Veränderungen der Versorgungsstrukturen (insbesondere der Ambulantisierung von Gesundheitsdienstleistungen) auf der anderen Seite bedarf es einer neu gedachten Weiterbildungsstruktur. So müssen Weiterbildungen sich noch stärker an den Bedarfen der Pflegebedürftigen orientieren und sich weg von einer reinen Funktions- und (medizinischen) Disziplinorientierung hin zu einer pflege- und personenzentrierten Struktur bewegen.

In einem partizipativen Verfahren der relevanten Stakeholder aus allen Versorgungssektoren werden hierzu Weiterbildungsbedarfe erfasst, systematisiert und in ein novelliertes Weiterbildungsgesetz mit entsprechenden Verordnungen überführt. Im Anschluss bedarf es der Implementierung und anschließenden Evaluierung dieser neuen Strukturen.

**Stellungnahme von Frau Christine Vogler,
Geschäftsführerin Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH**

„Die Fachweiterbildungen in der Pflege müssen sich an den Entwicklungen im Rahmen des Pflegeberufegesetzes orientieren. Dabei müssen Fachweiterbildungen settingübergreifend und professionsbezogen entwickelt werden, sich an geforderten Qualitätskriterien orientieren und bundesweit anerkannt werden.“

4.2.10.2 Ausgangssituation

Gemäß Auffenberg & Becka (2022) spielt der Bereich „Weiterbildung und Karriere“ bei der Frage des Wiedereinstiegs in den Pflegeberuf zwar eine geringere Rolle als andere Faktoren, wird von den Befragten jedoch auch als eine wichtige Komponente genannt, die dazu beitragen kann, die Pflegeberufe attraktiver zu machen. Demnach werden von Pflegefachpersonen Wünsche nach fachlichen Aufstiegsmöglichkeiten (z. B. Fachweiterbildung) sowie generell mehr Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten geäußert.

Im Kontext des lebenslangen Lernens gewinnt die berufliche Weiterbildung zunehmend an Bedeutung und ist als wesentlicher Entwicklungsfaktor für professionelles Pflegehandeln zu betrachten (Kaiser, 2005). Auf wesentliche Aspekte, die mit einer Weiterbildung assoziiert sind (etwa ein damit verbundenes höheres Gehalt) hat der Staat jedoch keinen direkten Einfluss. Staatliche Aufgabe ist es jedoch, den gesetzlichen Rahmen für qualitätsgesicherte Fachweiterbildungen, welche die Bedarfe in den unterschiedlichen Pflegesektoren adressieren, vorzugeben.

Auch wenn der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz⁶⁰ eine mögliche Harmonisierung der Weiterbildungen durch eine auf Bundesebene entwickelte Muster-Weiterbildungsordnung in Aussicht stellt, wird die Weiterbildung im Bereich der Pflegeberufe – zumindest in absehbarer Zukunft – weiterhin in der Zuständigkeit der Bundesländer bleiben. Die Fachweiterbildungen für die Pflegeberufe im Land Berlin sind im Gesetz über die Weiterbildung und Fortbildung in den Medizinalberufen und in Berufen der Altenpflege (Weiterbildungsgesetz – WbG⁶²) sowie in den entsprechenden neun Weiterbildungs- und Prüfungsverordnungen geregelt. Das WbG stammt aus dem Jahr 1996, die älteste Verordnung aus dem Jahr 1985 (Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für den Operationsdienst) und die neueste aus 2016 (für den Bereich der Notfallpflege). Damit sind das Gesetz wie auch die meisten Verordnungen zumindest teilweise veraltet und novellierungsbedürftig.

⁶⁰ [Deutscher Bundestag Drucksache 20/14988 Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz.](#)

⁶¹ Ein erneutes Einbringen in das Gesetzgebungsverfahren in der aktuellen Wahlperiode wurde in Aussicht gestellt.

⁶² Gesetz über die Weiterbildung und Fortbildung in den Medizinalfachberufen und in Berufen der Altenpflege (Weiterbildungsgesetz - WbG) vom 3. Juli 1995, zuletzt geändert am 17.05.2021 (<https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-AltPflWeitBiGBErahmen>).

4.2.10.3 Beschreibung des Vorhabens

In den letzten Jahr(zehnt)en gab es im Pflege- und Gesundheitsbereich sowie im Berufsbildungsbereich zahlreiche Entwicklungen, die eine Novellierung der Fachweiterbildungen erfordern. Die Weiterbildungslandschaft muss sich an den neuen, sektorenübergreifenden Pflegeausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz anpassen, die Anschlussfähigkeit an die generalistische Ausbildung muss gegeben sein. Dabei müssen sowohl die spezifischen Bedarfe der unterschiedlichen Pflegesektoren berücksichtigt als auch dem generalistischen Ansatz Rechnung getragen werden. Die demografischen Entwicklungen und Anpassungen auf Bundesebene im Berufs- und Leistungsrecht der Pflegeberufe (vorbehaltene Tätigkeiten, erneut einzubringender Entwurf Pflegekompetenzgesetz, zunehmende Akademisierung etc.) sowie die fortlaufenden Veränderungen der Versorgungsstrukturen sind dabei zu berücksichtigen: insbesondere die anstehende Krankenhausreform und deren Auswirkungen auf den SGB-XI-Bereich und die zunehmende Ambulantisierung von Gesundheitsdienstleistungen. Ziel der geplanten Novellierung ist es daher, Weiterbildungsstrukturen zu schaffen, die pflege- und personenzentriert sind, und nicht mehr, wie dies derzeit der Fall ist, eher funktions- und disziplinentorientiert bzw. teilweise sehr medizinisch und wenig pflegeorientiert.

Berufsbildungstechnisch sind folgende Ansätze zu verfolgen, die sich mittlerweile in allen Bereichen durchgesetzt haben:

- Handlungs- und Kompetenzorientierung (analog der beruflichen Ausbildung)
- Modularisierung der Weiterbildungsangebote (wechselseitige Anerkennung von Elementen/Inhalten, die für unterschiedliche Fachrichtungen notwendig sind, beispielsweise pflegefachliche, pflegewissenschaftliche Grundlagen, ethische und rechtliche Grundlagen, Soft-Skills, berufliches Selbstverständnis, Haltung, Rollenreflexion, Interprofessionalität etc.)
- Durchlässigkeit (horizontale sowie vertikale), hier müssen u. a. die Übergänge zwischen Ausbildung, Fachweiterbildung, hochschulischer Ausbildung und hochschulischen Weiterbildungsmöglichkeiten gut unter- und miteinander abgestimmt werden

Auch hier werden Entwicklungen auf Bundesebene erwartet (z. B. im Akademisierungsbereich, bei heilkundlichen Tätigkeiten, und hinsichtlich des Berufsbildes der Advanced Practice Nurse [APN]⁶³), die den Prozess in Berlin beeinflussen können.

⁶³ Eine APN ist eine generalistische oder spezialisierte Pflegefachperson, die durch zusätzliche Hochschulausbildung (mind. Masterniveau) ein Expertenwissen, komplexe Entscheidungsfähigkeiten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis erworben hat. Im Rahmen des

Die Durchlässigkeit sicherzustellen, zählt zu den Herausforderungen, welche mit einer Novellierung verbunden sind, da sie mit unterschiedlichen Regelungsdimensionen verbunden ist, die nicht in der direkten Zuständigkeit der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung liegen (beispielsweise Verknüpfung zum Hochschulrecht oder Einordnung in den Deutschen Qualifikationsrahmen). Weitere Herausforderungen sind die Vergleichbarkeit und Anerkennungsmöglichkeiten zu anderen Bundesländern. Hier ist eine möglichst breite Vergleichbarkeit wünschenswert (insbesondere mit Brandenburg), die sich jedoch aufgrund der vielfältigen und intransparenten Weiterbildungslandschaft in Deutschland als herausfordernd darstellt. Hierzu findet deshalb bereits ein Austausch mit dem Land Brandenburg statt, um eine einheitliche Herangehensweise und gemeinsame Strategien zu entwickeln. Ein Gesamtkonzept wäre wünschenswert. Der Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes kann hierzu Lösungsansätze bieten, z. B. mit einer Muster-Weiterbildungsordnung.

Eine große Herausforderung stellen zudem die unterschiedlichen Regulierungsebenen und -bereiche, in denen Qualifikationen für bestimmte Pflegesektoren von verschiedenen Akteuren vorgegeben werden, dar (u. a. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Vorgaben des SGB XI, Wohnteilhabegesetz). Hier müssen sowohl die von externen Akteuren zum Vorhalten von Pflegepersonal mit gewissen Qualifikationsanforderungen bereits verankerten Vorgaben als auch der tatsächliche, an der pflegebedürftigen Person orientierte Bedarf stärker berücksichtigt werden. Die Qualitätskriterien und -vorgaben sind in den neu geschaffenen Weiterbildungsstrukturen zu verankern.

Der Prozess der Novellierung wird 2024 beginnen und sich über einige Jahre hinziehen. Im ersten Schritt ist eine Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse beabsichtigt, in der die wesentlichen Akteure (Träger der verschiedenen Pflegesektoren, Verbände, Weiterbildungsstätten etc.) im Rahmen eines partizipativen Verfahrens einbezogen werden. Darüber hinaus werden die bisherigen Erfahrungen des LAGeSo sowie aus anderen Bundesländern (Austausch mit Ministerien, Pflegekammern) in den Prozess einfließen. Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse sollen anschließend in die Reform des Berliner Weiterbildungsgesetzes (WbG) und die zugehörigen Verordnungen überführt werden.

Pflegekompetenzgesetzes plant der Bund die Etablierung dieses neuen Berufsbilds und entsprechender APN-Master-Studiengänge. Inwieweit der Bereich der Weiterbildung damit tangiert wird, ist noch offen.

4.2.10.4 Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Im Anschluss des Gesetzgebungsverfahrens soll die Implementierung der neuen Weiterbildungsstrukturen begleitet werden und anschließend eine Evaluierung anhand vorab festgelegter Kriterien stattfinden.

4.2.11 Kooperationen in der Pflegeausbildung

4.2.11.1 Zusammenfassung

Die zentrale Koordinierungsstelle Pflegeausbildung Berlin und die zugehörige KOPA-Plattform unterstützen ausbildende Praxiseinrichtungen, Pflegeschulen und weitere an der Pflegeausbildung Beteiligte bei der Umsetzung der Ausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) sowie nach dem Pflegefachassistenzgesetz (PflFAG).

Dabei bestehen die niedrigschwelligen Angebote der zentralen Koordinierungsstelle und der KOPA-Plattform aus drei zentralen Elementen: einer Beratungsstelle, Netzwerkarbeit und der inhaltlichen Betreuung, Anpassung und Pflege der KOPA-Plattform, einer Wissens-, Beratungs- und Vernetzungsplattform für Pflegeeinrichtungen und Schulen.

4.2.11.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Im Rahmen der Fachkräftesicherung in der Pflege stellt die Ausbildung eine zentrale Säule dar. Durch die Pflegeberufereform (generalistische Pflegeausbildung) und die Einführung der landesrechtlich geregelten Pflegefachassistentenausbildung müssen die Pflegeschulen und ausbildenden Einrichtungen umfangreiche Kooperationen eingehen, etwa um notwendige Praxiseinsätze in verschiedenen Bereichen ermöglichen zu können. Für sie ist es zudem hilfreich, wenn alle notwendigen Informationen zu den Neuerungen und Änderungen der berufsrechtlichen und finanziellen Regelungen leicht auffindbar und gut aufbereitet sind.

Die Träger der praktischen Ausbildung (Krankenhäuser sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) stehen bei der Suche nach geeigneten Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern zur Sicherstellung aller Praxiseinsätze und Umsetzung einer qualitativ hochwertigen Ausbildung vor hohen organisatorischen Herausforderungen. Auch die Pflegeschulen melden kontinuierlich Unterstützungsbedarf bezüglich der Zusammenarbeit mit den Ausbildungseinrichtungen. Der anhaltende Zuwachs an Ausbildungsplätzen, der für die Ausbildung ausreichender Pflegekräfte essenziell ist, erhöht den Bedarf zusätzlich (siehe Kapitel 3.2). Zudem eröffnet das Pflegefachassistenzgesetz ambulanten Pflegediensten mit der alleinigen Zulassung nach SGB XI – im Gegensatz zum Pflegeberufegesetz – die Möglichkeit, sich an der Ausbildung zu beteiligen. Diese Regelung erweitert den Kreis an potenziellen Trägern der praktischen Ausbildung seit November 2022. Ein erhöhter Bedarf an Beratungs-, Informations- und Vernetzungsangeboten wie auch Praxiseinsatzplätzen entsteht mit den berufsrechtlichen Änderungen, die mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) einhergehen.

Weitere Neuerungen auf Bundesebene werden voraussichtlich in den nächsten Jahren zu umfangreichen Änderungen in der Ausbildungslandschaft führen – sei es die in Aussicht gestellte bundeseinheitliche Pflegefachassistentenausbildung oder die Umsetzung des Gesetzentwurfs zur Stärkung der Pflegekompetenz.

In Berlin gibt es eine wachsende Anzahl an Pflegeschulen: Derzeit sind es 40 Pflegeschulen nach PflBG mit 6.914 genehmigten Plätzen und 19 Schulen für die Ausbildung nach PflFAG mit 737 genehmigten Plätzen (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistischer Bericht Schuljahr 2023/24). Dem stehen beispielsweise aus dem SGB-XI-Bereich 670 ambulante Pflege- und Betreuungsdienste sowie 388 teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegestatistik 2023, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2025) gegenüber. Hinzu kommen noch Krankenhäuser und weitere Einrichtungen wie Hospize, Pflegestützpunkte oder Arztpraxen, die ausbilden bzw. sich an der Ausbildung beteiligen können.

**Stellungnahme zur Bedeutung von Kooperationen in den Pflegeausbildungen
von Katrin Weigel, Projektmitarbeiterin**

„Die Pflegeausbildung basiert auf Kooperationen, denn Auszubildende sollen in allen Pflegebereichen lernen. Fachkräftesicherung erfordert gute Ausbildung. Die Kooperationen sind eine Chance, den jeweiligen Betrieb und Pflegebereich als attraktives Arbeitsfeld erlebbar zu machen.“

4.2.11.3 Beschreibung des Vorhabens

Das niedrigschwellige Angebot der zentralen Koordinierungsstelle und der KOPA-Plattform wurde seit 2020 aufgebaut und kontinuierlich weiterentwickelt. Es erreicht zunehmend mehr Akteure sowie Interessierte der Pflegelandschaft (ausbildende Praxiseinrichtungen, Pflegeschulen und weitere an der Ausbildung Beteiligte). Im Kern besteht es aus drei zentralen Elementen: einer Beratungsstelle, der Netzwerkarbeit sowie der inhaltlichen Betreuung, Anpassung und Pflege der KOPA-Plattform.

Pflegeschulen und ausbildende Einrichtungen können sich mit Fragen hinsichtlich der Umsetzung der Ausbildungen nach Pflegeberufegesetz und Pflegefachassistentengesetz telefonisch oder per E-Mail an die Koordinierungsstelle wenden. Entweder werden die Fragen im Anschluss direkt beantwortet oder aber sie werden an eine Stelle verwiesen, die qualifiziert Auskunft geben kann. Einrichtungen sollen durch gezielte Informationen im Prozess der Verbundausbildung weiter unterstützt werden. Weitere Ziele sind die Einbindung der bezirklichen Strukturen bei der Umsetzung des Pflegeberufegesetzes wie auch das Vorantreiben des Pflegefachassistentengesetzes. Hierzu bedarf es einer

Intensivierung der Kontakte der Mitarbeitenden der Koordinierungsstelle zu den Zuständigen in den Bezirken, um in den Gremien der Bezirke über die Pflegeausbildungen zu berichten und Synergieeffekte und Bedarfe der Bezirke auszuloten. Die Unterstützung der Ausbildungsbeteiligten und der Fachlandschaft bei der Vernetzung untereinander bleibt ein weiterer zentraler Baustein des Projektes, da sich immer mehr Einrichtungen an den Pflegeausbildungen beteiligen.

Auf der KOPA-Plattform werden ein breites Wissensangebot und Terminübersichten zur Verfügung gestellt, welche beständig aktuell gehalten werden. Zudem bietet die Praxiseinsatzbörse die Möglichkeit, Plätze für die Praxiseinsätze von Auszubildenden in allen Versorgungsbereichen anzubieten und zu finden. Auch mögliche Kooperationspartner und Ausbildungsneulinge sowie Anbieter von Wahleinsätzen können sich dort registrieren. Zudem besteht seitens Pflegeschulen die Möglichkeit, in einer Übersichtsliste zu erscheinen.

Darüber hinaus ermöglicht die Plattform, dass sich die einzelnen Kooperationspartner untereinander vernetzen. Sie können eigene digitale Austauschgruppen einrichten oder themenspezifischen Gruppen beitreten. In den Gruppen können Dokumente geteilt, ein Forum genutzt und Videokonferenzen durchgeführt werden. Zwecks digitaler Lehre kann auf individuellen Wunsch hin ein Zugang zum LearnDash – einer Online-Lernplattform – zur Verfügung gestellt werden.

Für 2025 ist die Durchführung mindestens eines partizipativen Workshops mit der Ausbildungslandschaft hinsichtlich der Nutzerbedarfe der KOPA-Plattform (Aufbau, Inhalt, Funktionen) im Land Berlin geplant. Dabei werden Ergebnisse der Evaluation und zur zukünftigen bedarfsgerechten Anpassung der KOPA-Plattform entsprechend aktuellen Entwicklungen im Berufsfeld Pflege zusammengetragen. Daraus sollen anschließend Anpassungen für die KOPA-Plattform abgeleitet und veranlasst werden.

4.2.11.4 Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Der Projektträger stellt einen digitalen Quartalsbericht unter Erfassung der Anzahl der registrierten Nutzerinnen und Nutzer, sortiert nach Bundesland, Institution, Aufgabenfeldern und Versorgungssetting wie auch Angaben zu den Downloads der auf der KOPA-Website hochgeladenen Informationsmaterialien und Verlinkungen zur Verfügung.

4.2.12 Pflegebeauftragte des Landes Berlin

4.2.12.1 Zusammenfassung

Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung hat im Jahr 2024 – zunächst kommissarisch – erstmals eine Landespflegebeauftragte für Berlin ernannt.

Die Pflegebeauftragte vertritt die Interessen pflegebedürftiger Menschen und (pflegender) Angehöriger im Land Berlin. Sie bündelt Erkenntnisse über die Lebenswirklichkeit der Berlinerinnen und Berliner, deren Alltag von Pflegebedürftigkeit geprägt ist, und transportiert ihre Interessen in den politischen und gesellschaftlichen Raum. Die Pflegebeauftragte trägt dazu bei, betroffene Berlinerinnen und Berliner bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit in den verschiedensten Lebenskonstellationen zu unterstützen, indem sie strukturelle Problemlagen und Handlungsbedarfe zur Sprache bringt.

Die Pflegebeauftragte des Landes Berlin ist unabhängig und nicht an Weisungen gebunden. Sie handelt im Bewusstsein der besonderen Schutzbedürftigkeit der genannten Zielgruppen.

4.2.12.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Die Zahl pflegebedürftiger Menschen in Berlin ist zwischen 2017 und 2023 von 135.680 auf 211.999 angewachsen (siehe Kapitel 3.1). Gleichzeitig nimmt die Zahl der pflegenden Angehörigen zu.

Bisher vertrat die Patientenbeauftragte des Landes Berlin die Interessen von pflegebedürftigen Berlinerinnen und Berlinern und pflegenden Angehörigen. In den Richtlinien der Regierungspolitik 2023–2026 des Berliner Senats wurde festgelegt, dass eine Ansprechpartnerin bzw. ein Ansprechpartner ausschließlich für die Belange von pflegebedürftigen Menschen und (pflegenden) Angehörigen benannt werden soll, um die Bedeutung der Anliegen dieser stetig wachsenden Zielgruppen zu unterstreichen und sich fokussiert für deren Interessen einzusetzen.

Obwohl die pflegerische Versorgung u. a. mit Blick auf den Fachkräftemangel bereits jetzt vor großen Herausforderungen steht, werden Betroffene in die Rechtssetzung und -ausführung rund um die Pflege oft nicht ausreichend einbezogen. Der Einbindung stehen oftmals praktische Hürden wie Mobilitätseinschränkungen und beschränkte Zeitressourcen entgegen. Häufig fehlen Betroffenen aufgrund der physisch und psychisch

herausfordernden Pflegesituation Kraftreserven, um sich in Beteiligungsverfahren einzubringen.

Bei der Bewältigung der Lebenssituation Pflegebedürftiger kommen zudem verschiedene Sozialgesetzbücher zum Tragen. Je nach rechtlicher Zuordnung sind unterschiedliche Unterstützungsangebote und Leistungsansprüche im SGB V, SGB IX, SGB XI und SGB XII vorgesehen. Fallen Pflegebedürftige beispielweise in den Kreis der Menschen mit Behinderungen nach SGB IX, haben sie Anspruch auf Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Handelt es sich um schwerstkranken und sterbende pflegebedürftige Menschen, greifen Regelungen des SGB V zur Hospiz- und Palliativversorgung. Die Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern und Leistungsansprüchen sind für Betroffene schwer nachvollziehbar. Ein Gesamtüberblick über Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner und Antragsverfahren fehlt meist.

4.2.12.3 Beschreibung des Vorhabens

Um den Anliegen pflegebedürftiger Menschen und (pflegender) Angehöriger im politischen, administrativen und gesellschaftlichen Raum mehr Aufmerksamkeit zu verschaffen, wird eine Pflegebeauftragte benannt. Die Pflegebeauftragte fördert aktiv ein gemeinsames Verständnis von und eine Kultur des transparenten und offenen Umgangs mit Themen der Pflege, um nachhaltig zu einer Verbesserung der Pflegesituation im Land Berlin beizutragen. Dabei versteht sich die Pflegebeauftragte als Fürsprecherin der betroffenen Personen.

Dr. Ina Czyborra, Senatorin für Pflege

„Wir brauchen in Berlin eine von der Pflegewirtschaft unabhängige Anlaufstelle für pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige. Es freut mich, dass wir mit der Einrichtung des Amtes der Pflegebeauftragten einen Weg zu mehr Sichtbarkeit schaffen und den Interessen dieser Personen eine starke Stimme geben.“

Zentrale Aufgaben der Pflegebeauftragten sind die Interessenvertretung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer (pflegenden) Angehörigen, die Schaffung von verständlichen Informationen über und die Vermittlung der Zielgruppe in Unterstützungsangebote.

Die Pflegebeauftragte bringt sich bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen zentralen Vorhaben auf Landesebene, die Fragen der Rechte und des Schutzes von pflegebedürftigen Menschen und deren (pflegenden) Angehörigen betreffen oder

berühren, aktiv ein. Um dies zu ermöglichen, wird eine aktive Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Die Pflegebeauftragte vernetzt sich kontinuierlich, vor allem mit Interessenvertretungen pflegebedürftiger Menschen und (pflegender) Angehöriger. Dabei konzentriert sie sich nicht nur auf Akteure im Bereich der Pflege, sondern bezieht möglichst viele bezirkliche und berlinweite Schnittstellen, welche die Zielgruppe berühren (u. a. Wohnen, Eingliederungshilfe, Kinder-, Jugend und Familienbereich), ein.

Das Büro der Pflegebeauftragten nimmt Anliegen und Beschwerden die Pflege betreffend entgegen und steuert zentral die Bearbeitung dieser Fälle. Dafür ist neben den schriftlichen Eingangskanälen eine telefonische Sprechzeit eingerichtet. Es vermittelt an unterstützende Strukturen und gibt allgemeine Informationen rund um die Pflege. Dabei stimmt es sich innerhalb der Pflegelandschaft und ihrer Schnittstellen zur Klärung des jeweiligen Sachverhalts ab.

Die Pflegebeauftragte gewinnt aufgrund der vielfältigen Zugänge zu pflegebedürftigen Menschen, (pflegenden) Angehörigen, Pflegeanbietern, Beratungsangeboten und Sozialleistungsträgern einen breiten Überblick über die Stärken und Schwächen des bestehenden Systems wie auch mögliche Handlungserfordernisse. Sie hat damit eine Seismografenfunktion für Verwaltung und Politik und soll frühzeitig auf Anliegen pflegebedürftiger Menschen und ihrer (pflegenden) Angehörigen aufmerksam machen.

Die Pflegebeauftragte und ihr Büro werden mithilfe einer jährlichen Berichtslegung der eingegangenen Anliegen und Beschwerden für Transparenz und für eine weitere Datengrundlage zur allgemeinen Situation in der Pflege im Land Berlin sorgen. Die Ergebnisse der jährlichen Berichtslegung sind handlungsleitend für die Ausgestaltung der Arbeit der Pflegebeauftragten.

Die Pflegebeauftragte des Landes Berlin ist zudem in unterschiedlichen Gremien, beispielsweise dem Landespflegeausschuss (vgl. Kapitel 2.3.1), vertreten und verleiht hier den Belangen pflegebedürftiger Menschen und (pflegender) Angehöriger eine zusätzliche Stimme und weiteres Gewicht.

4.2.12.4 Zukünftiges Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Die Pflegebeauftragte berichtet dem Abgeordnetenhaus jährlich zum 31.03., erstmalig im Jahr 2025. Die Berichte werden für alle interessierten Bürgerinnen und Bürger frei verfügbar auf der [Internetseite der Pflegebeauftragten](#) veröffentlicht. Die Erkenntnisse aus der aktiven Netzwerkarbeit sowie den Anliegen und Beschwerden, welche beim Büro der

Pflegebeauftragten eingehen, werden für eine fortlaufende Evaluation der Arbeitsabläufe und Schwerpunktsetzung der Pflegebeauftragten genutzt.

4.2.13 Verbesserung der Vorsorge für die letzte Lebensphase

4.2.13.1 Zusammenfassung

Die Sicherung einer guten Pflege in der letzten Lebensphase ist eine anspruchsvolle Aufgabe der pflegerischen Versorgung. Wenn es um würdevolles und humanes Sterben geht, hat die Selbstbestimmung ein besonderes Gewicht. Durch eine sachgerechte Vorsorge besteht Handlungssicherheit für die an der Versorgung Beteiligten für den Fall, dass der pflegebedürftige Mensch sich in einer gesundheitlichen Krisensituation oder im Sterbeprozess nicht mehr selbst äußern kann und darauf angewiesen ist, dass andere entsprechend den eigenen Wünschen entscheiden.

Informations- und Beratungsangebote zu Vorsorgemaßnahmen für die letzte Lebensphase, insbesondere zur Patientenverfügung (PV) und Berliner Notfallverfügung (BNV), sollen daher in den nächsten Jahren konkreter auf die verschiedenen Pflege- und Betreuungssettings bezogen und rechtzeitig an die Menschen herangeführt werden. Hierfür wurde ein „Zehn-Punkte-Programm zur Vorsorge für die letzte Lebensphase“ erarbeitet, welches nun ausgestaltet und in Berlin umgesetzt werden soll.

4.2.13.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Die Vorsorge für die letzte Lebensphase hat bereits vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit Relevanz, gewinnt aber mit steigendem Alter, chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit zusehends an Bedeutung.

Im Artikel 1 der 2006 veröffentlichten Pflege-Charta⁶⁴ heißt es: „Sie haben das Recht, dass Ihr Wille und Ihre Entscheidungen beachtet werden sowie auf Fürsprache und Unterstützung. Die an Ihrer Pflege, Betreuung und Behandlung beteiligten Personen müssen ihr Handeln danach ausrichten. ... Für den Fall, dass Sie später Ihren Willen nicht mehr äußern können, haben Sie das Recht, Vorausverfügungen zu erstellen, das heißt: eine Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung oder Patientenverfügung. Ihr darin geäußelter Wille muss berücksichtigt werden, sofern dieser zum betreffenden Zeitpunkt noch aktuell ist. Ob dies der Fall ist, muss geprüft werden.“

Diese Grundsätze gelten für alle an der Betreuung Pflegebedürftiger Beteiligten. Daher ist es erforderlich, den Aspekt der Vorsorge in der Berliner Pflegepraxis und geeignete Vorgehensweisen hierzu nachhaltig zu etablieren, wobei angesichts der Vielfalt an

⁶⁴ Siehe <https://www.wege-zur-pflege.de/pflege-charta>.

Pflegearrangements und Pflegestrukturen in Berlin unterschiedliche Wege gegangen werden müssen.

Vorsorge ist eine individuelle und freiwillige Angelegenheit. Das Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 enthielt erstmalig den Anspruch gesetzlich Versicherter gegenüber ihrer Krankenkasse auf Information „in allgemeiner Form“ über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu PV, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung⁶⁵. Vorsorge unter Einbeziehung einer Notfallverfügung, für die es auf Bundesebene im Vergleich zur PV⁶⁶ wenig Vorgaben gibt, findet sich im oben genannten Gesetz auch im Kontext der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP), die optional in stationären Pflege- und Behinderteneinrichtungen angeboten werden kann, und im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung.

Zur Anzahl von PV bzw. Notfallverfügungen werden keine Daten⁶⁷ erhoben. Allerdings ist der repräsentativen Umfrage von Klemmt et al. (2024) zur Bekanntheit und Verbreitung von PV zufolge eine verstärkte Aufklärung und Information angezeigt.

Wie erfolgen aktuell Aufklärung, Information und Beratung zur Vorsorge in Berlin?

Eine zentrale Rolle spielt die Berliner Spezial- und Fachberatungsstelle für die Themen Vorsorge, Sterben, Tod und Trauer, die Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH), auch wenn sie nicht die einzige Berliner Institution ist, die Informationen, PV-Beratung, Kurse und Schulungen zu Vorsorgethemen für Bevölkerung und Institutionen anbietet. Sie unterhält die [zentrale Berliner Vorsorgeplattform](#), moderiert wichtige Netzwerke zur Vorsorge, ist Kooperationspartner des Landes bei der Herausgabe des zentralen Landeswegweisers zu Vorsorge, Sterben, Tod und Trauer⁶⁸ und bei der Durchführung des [Gesamttreffens aller relevanten Berliner Strukturen](#), die zur Versorgung am Lebensende beraten. Hier gehört Vorsorge zu den häufigsten Fachthemen und es wurde bisher beispielsweise an berlinweiten Qualitätsstandards für die PV-Beratung gearbeitet.

⁶⁵ Vergleiche § 39b (2) SGB V

⁶⁶ Das Bundesministerium für Justiz stellt auf seiner [Website](#) zentrale Informationen, darunter eine Broschüre und Textbausteine zur PV zur Verfügung.

⁶⁷ Die wenigsten Dokumente werden im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert sein, wo ohnehin bis 2022 PV nur zusammen mit einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung registriert werden konnten und Notfallverfügungen keine gesonderte Kategorie darstellen.

⁶⁸ „Wenn Heilung nicht mehr möglich ist – Informationen rund um die Themen Sterben, Tod und Trauer“ (2023). Abrufbar unter: https://www.berlin.de/sen/pflege/_assets/besondere-personengruppen/wenn-heilung-nicht-mehr-moeglich-ist-6-auflage-barrierefreie-fassung-2024.pdf?ts=1734441055.

In Berlin haben die Krankenkassen entschieden, die ihnen auferlegten Pflichten zu Beratung und Information zu Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung nach § 39b SGB V vornehmlich durch die Berliner Pflegestützpunkte (PSP) umzusetzen.

Neben ZAH und PSP können sich pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige in Berlin bei verschiedenen weiteren Akteuren Rat und Informationen einholen, darunter Home Care Berlin e.V., Betreuungsvereine und die Verbraucherzentrale, die Zentralstelle für PV des Humanistischen Verbandes oder einzelne Bestattungsinstitute. Auch die Formate, die Vorsorge unterstützen, sind vielfältig. Hier seien beispielsweise die Letzte-Hilfe-Kurse mit dem Modul „Vorsorgen und Entscheiden“, die Berliner Begleitmappe zur vorausschauenden Versorgungsplanung von Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen und die GVP genannt. In Ausgestaltung der GVP findet sich in der entsprechenden Vereinbarung der Spitzenverbände u. a. die Aussage: „Als Bestandteil der Patientenverfügung sollte eine übersichtliche, nachvollziehbare und verständliche Darstellung der Verfügung für Notfallsituationen auf einem geeigneten Dokument (z. B. Notfallbogen) erfolgen, das ärztlich zu unterschreiben ist.“⁶⁹ In der Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeheimen des Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung Berlin (RuTi HPV B) wurde vor diesem Hintergrund und angesichts von Forderungen aus der Praxis eine [einheitliche Berliner Notfallverfügung \(BNV\)](#) mit breiter Expertise entwickelt und im Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin, in dem etwa ein Fünftel aller Berliner Pflegeheime organisiert sind, pilotiert. Im März 2019 empfahl der RuTi HPV B den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege, eine GVP unter Nutzung der BNV zu etablieren. Nach Angaben des in Berlin für die GVP federführenden Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Mitte liegen aktuell 147 GVP-Vertragsabschlüsse vor, darunter 78 für Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege.

4.2.13.3 Vorhaben

Zur Verbesserung der Vorsorge für die letzte Lebensphase im Zusammenhang mit Pflege ist ein Programm geplant, dessen Maßnahmen unmittelbar und mittelbar für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung in Berlin relevant sind. Unterstützt werden sollen Ansätze und Instrumente, die einerseits die rechtzeitige Beschäftigung mit dem Thema und andererseits die Berücksichtigung der von den Pflegebedürftigen

⁶⁹ Vergleiche § 9 (3) 5. Stabstrich der „Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017“. Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf.

gewünschten oder ausdrücklich nicht gewünschten Maßnahmen der Begleitung und Versorgung in der letzten Lebensphase von den sie betreuenden Angehörigen bzw. Pflegestrukturen in den verschiedenen Pflege- und Betreuungssettings fördern.

Zum Vorhaben „Zehn-Punkte-Programm zur Vorsorge für die letzte Lebensphase“ gehören folgende Maßnahmenkomplexe:

1. Etablierung der zentralen Vorsorgeplattform
2. Entwicklung von niedrigschwelligen, gut zugänglichen und handhabbaren Aufklärungsformaten zum Wecken von Interesse zur Vorsorge
3. Bereitstellung kulturspezifischer Informationen zur Vorsorge
4. Gewinnung von weiteren Kooperationspartnern aus dem Pflegebereich, neben PSP und Kontaktstellen PflegeEngagement, Berliner Hausbesuchen und Hospizdiensten insbesondere auch von ambulanten Pflege-Wohngemeinschaften
5. Gewinnung von Kooperationspartnern aus weiteren gesellschaftlichen Bereichen für Formate zur Information und Aufklärung zur Vorsorge, zu Letzte-Hilfe-Kursen etc.
6. Ausweitung der qualifizierten ehrenamtlichen PV-Beratung in Berlin
7. Ausweitung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) in der vollstationären Langzeitpflege
8. Einsatz für weitgreifende bundesrechtliche Regelung zur GVP – z. B. auch für Pflege-Wohngemeinschaften und ambulant – durch die Landesverwaltung
9. Weitere Verbreitung der Berliner Begleitmappe mit sinnvollen Anpassungen für spezielle Gruppen pflegebedürftiger Menschen
10. Erhöhung des Bekanntheitsgrads und der Nutzung der Berliner Notfallverfügung

Zu jedem der Punkte gehören spezifische Maßnahmen, die vornehmlich mit den Fachpartnern des RuTi HPV B entwickelt und umgesetzt werden.

Konkret geht es beispielsweise um Unterstützung seitens

- der Berliner Kranken- und Pflegekassen, z. B. beim Erreichen und Informieren ihrer Mitglieder und der pflegenden Angehörigen zur Vorsorge,
- der Pflegefachverbände, beispielsweise zum Werben unter ihren Mitgliedern für die GVP bzw. für die Klärung und Berücksichtigung des Willens der pflegebedürftigen Menschen,
- der Dachorganisationen von Pflegekräften und Ärzteschaft, u. a. durch entsprechende Qualitätsdebatten und flankierende Informations- und Schulungsangebote,

- der Fachorganisationen der HPV, z. B. zur Pilotierung und Etablierung hilfreicher Ansätze von qualifizierter Vorsorgeberatung sowie von Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit.

4.2.13.4 Monitoring und Evaluation der Vorhaben

Monitoring und Evaluation des Berliner „Zehn-Punkte-Programms zur Vorsorge für die letzte Lebensphase“ ist in Form eines Berichtswesens im Rhythmus von jeweils drei Jahren geplant. Die Dokumentation der Umsetzung erfolgt fortlaufend seitens der federführenden Akteure und wird an zentraler Stelle zusammengeführt (RuTi HPV B). Bei Vorhaben, die im Rahmen von vom Land geförderten Projekten realisiert werden, erfolgen eine fachliche Begleitung durch die für Pflege zuständige Senatsverwaltung sowie eine regelmäßige Berichterstattung und bei Bedarf Evaluationen von Seiten der Projektträger. Die Punkte 1 und 7 zählen ebenfalls zu den Maßnahmen zur Umsetzung der [Leitlinien der Berliner Seniorenpolitik](#) und unterliegen dem dortigen Monitoring.

4.2.14 Kurzzeitwohnen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung⁷⁰

4.2.14.1 Zusammenfassung

Familien, in denen behinderte Minderjährige leben, benötigen Unterstützung, um die Belastungen des Alltags zu bewerkstelligen. Sie brauchen u. a. Zeit für Erholung und Regeneration. In Berlin gibt es nur vereinzelt Plätze in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, die Kurzzeitpflege anbieten. In den bestehenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen liegt der Schwerpunkt oft auf der Pflege älterer Menschen, eine Betreuung von Heranwachsenden ist konzeptionell nicht vorgesehen. In den Einrichtungen wird entsprechend den vorgegebenen Standards für Kurzzeitpflege kein pädagogisches Angebot im Sinne der Jugendhilfe und des Bundesteilhabegesetzes vorgehalten. Auch deutschlandweit gibt es nur wenige spezialisierte Angebote, die finanziell mangels rechtlicher Vorgaben an ihre Grenzen stoßen.

Stellungnahme des Fachbeirates Care Management

„Der Beirat hat in seinem Positionspapier auf den seit langem bestehenden Bedarf aufmerksam gemacht. Die Finanzierung aus Landesmitteln und zeitnahe Eröffnung des Angebots ist für die betroffenen Familien eine große Chance. Pflegende Angehörige benötigen Zeit zum Kraft tanken. Sie sind der Garant für eine gute Versorgung der Heranwachsenden. Als Expertengremium aus Elternselbsthilfe und unterschiedlichen Fachrichtungen steht der Beirat bei der Umsetzung beratend zur Seite.“

4.2.14.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Familien mit Angehörigen mit Behinderungen benötigen angesichts ihrer besonderen Belastungssituation Regenerationszeiten, um die an sie gestellten Anforderungen dauerhaft meistern zu können. Urlaubs- und Erholungszeiten sind deshalb in ihrer Bedeutung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und im Hinblick auf die psychosoziale Gesundheit von Familien nicht zu unterschätzen. Im Berliner Maßnahmenplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention bekennt sich das Land Berlin dazu, „die Teilhabemöglichkeiten von Kindern mit Behinderungen zu verbessern. Es wird angestrebt, Inklusion für alle Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen zu ermöglichen und Unterstützungssysteme für Familien mit behinderten Kindern auszubauen.“

⁷⁰ Die Vorhabenbeschreibung wurde von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie verfasst.

Die Fachstelle MenschenKind hat bereits 2016 auf den Bedarf an Kurzpflegeangeboten hingewiesen. Der „Fachbeirat Care Management für versorgungsintensive Kinder“ hat dieses Thema aufgegriffen und das Positionspapier „Empfehlungen zum Kurzzeitwohnen im Land Berlin“ veröffentlicht.

Diese besondere Wohnform soll ein stationäres, zeitlich befristetes Betreuungsangebot darstellen, welches im Gegensatz zu dauerhaften Unterbringungen nicht beabsichtigt, ein „Zuhause“ zu sein. Ziel dieser Angebotsform ist vielmehr die Sicherstellung der Erziehung, Versorgung und Teilhabe während der temporären Unterbringung außerhalb des Elternhauses.

Rechtliche Rahmenbedingungen und vertragliche Grundlagen

Leistungen der vollstationären Unterbringung (auch bei temporären Unterbringungen) unterliegen, sofern sie sich an Minderjährige richten, gemäß § 45 SGB VIII der Betriebserlaubnispflicht und werden grundsätzlich entgeltfinanziert. Sowohl im Bereich der Jugendhilfe als auch in der Eingliederungshilfe erfolgt die Berechnung von Entgelten auf der Grundlage entsprechender rahmenvertraglicher Regelungen gemäß SGB VIII und SGB IX. Kostenträger dieser Leistungen sind die bezirklichen Jugendämter.

Belange des Kinderschutzes gemäß SGB VIII sind durch den Leistungserbringer nach den Qualitätsstandards des Berliner Rahmenvertrages Jugend-BRV-Jug in seiner aktuellen Fassung sicherzustellen. Für den Leistungserbringer gelten die einschlägigen Bestimmungen des Kinderschutzes. Ein entsprechendes Schutzkonzept ist vorzulegen. Die verbindliche Anwendung der Handreichung zu Beteiligung – Kinderrechte – Beschwerdemanagement wird vorausgesetzt.

Hinzu kommen medizinische, pflegerische und/oder therapeutische Leistungen des SGB V bzw. SGB XI. Kostenträger dieser Leistungen sind die Kranken- bzw. Pflegekassen.

Das Angebot des „Kurzzeitwohnens für versorgungsintensive junge Menschen“ wird in keinem SGB explizit aufgeführt. Die unterschiedlichen Bedarfslagen der Zielgruppe ziehen zwar verschiedene Ansprüche aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern nach sich – ein konkreter Leistungsanspruch ergibt sich aus den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen aber nicht.

4.2.14.3 Beschreibung des Vorhabens

Ergänzend zu den inklusiv ausgerichteten Angeboten der Jugendhilfe des SGB VIII oder den Angeboten der Eingliederungshilfe des SGB IX ist es für bestimmte Zielgruppen

erforderlich, weitere spezifische pädagogisch-therapeutisch-pflegerische Angebotsformen zu entwickeln und zukünftig vorzuhalten. Darüber hinaus sind die rechtlichen Grundlagen dafür auf Bundesebene zu schaffen.

Die Leistung des Angebotes „Kurzzeitwohnen“ findet für Minderjährige bisher keine Entsprechung in den Sozialgesetzbüchern. Auch auf Bundesebene sind bisher keine langfristig finanzierten vergleichbaren Modelle vorhanden.

4.2.15 Vertrauensstelle „Wohnen Pflegen Gemeinschaft“ zur Verbesserung der Lebenssituation von pflegebedürftigen Menschen in Pflege-Wohngemeinschaften

4.2.15.1 Zusammenfassung

Pflege-Wohngemeinschaften sind ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Versorgungsinfrastruktur in Berlin. Als kleine gemeinschaftliche Wohnform bieten sie gute Voraussetzungen für eine teilhabeorientierte und quartiersnahe Versorgung pflegebedürftiger Menschen, insbesondere für Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Beim Auf- und Ausbau dieser Strukturen muss den Schutzbedürfnissen der hier versorgten pflegebedürftigen Menschen Rechnung getragen werden. Daher setzt das Wohnteilhabegesetz bei anbieterverantworteten Wohngemeinschaften unter anderem auf Sozialraumintegration und die damit verbundene soziale Aufmerksamkeit für die Menschen, die in dieser Wohnform leben. Um diese qualitativ zu befördern, sollen in anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften regelmäßig Vertrauenspersonen zum Einsatz kommen. Bei Pflege-Wohngemeinschaften handelt es sich um komplexe Gebilde mit einer Vielzahl von Akteuren mit unterschiedlichen Rollen und damit verbundenen Rechten und Pflichten. Damit Vertrauenspersonen in diesem Umfeld gut agieren können, wurde im Oktober 2023 das Zuwendungsprojekt „Vertrauensstelle Wohnen Pflegen Gemeinschaft“ etabliert, um Vertrauenspersonen inhaltlich und strukturell zu unterstützen. Die Vertrauensstelle informiert rund um das Thema, schult und begleitet Vertrauenspersonen und berät Pflege-Wohngemeinschaften im Einzelfall.

Die „Vertrauensstelle Wohnen Pflegen Gemeinschaft“ ist damit ein wesentlicher Baustein in der Weiterentwicklung von Pflege-Wohngemeinschaften. Zusätzliche Elemente wie zum Beispiel eine stärkere Verteilung der nicht pflegerischen Aufgaben auf die Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen und ihres sozialen Umfeldes werden in der Zukunft hinzukommen müssen, um den erforderlichen Bedarf an qualitativ hochwertigen Pflege-Wohngemeinschaften sicherstellen zu können.

4.2.15.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Zum 31.12.2023 waren im Land Berlin 775 Pflege-Wohngemeinschaften mit einer Gesamtplatzzahl von 6.232 Plätzen bei der Heimaufsicht angezeigt. Damit leben rund 15 % aller Personen, die von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, in Pflege-Wohngemeinschaften (vgl. Kapitel 3.4.4.4). Diese haben aus den unterschiedlichsten Gründen ihre bisherige Wohnung verlassen, um in einer Gemeinschaft mit anderen

pflegebedürftigen Menschen von den Anforderungen der eigenständigen Haushaltsführung entlastet sowie pflegerisch versorgt und betreut zu werden. In den Pflege Wohngemeinschaften ist die Versorgung in der Regel rund um die Uhr gewährleistet. Dadurch wird diese gemeinschaftliche Wohnform als Alternative zu einer vollstationären Einrichtung wahrgenommen. Einige Studien legen nahe, dass ohne ambulant betreute Wohngemeinschaften eine wohnortnahe Pflege und Versorgung nicht gewährleistet werden kann, was insbesondere auch für die Versorgung von Menschen mit Demenz gilt (Klie, 2023b).

Seit der WTG-Novelle im Jahr 2021 wird in Berlin zwischen selbstverantworteten oder anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften unterschieden.⁷¹

Anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaften liegen vor, wenn Miet- und Pflegevertrag nicht unabhängig voneinander sind, der versorgende Pflege- oder Betreuungsdienst von den Nutzenden nicht frei gewählt oder gewechselt werden kann und/oder die pflegebedürftigen Menschen die Gestaltung des Alltagslebens nicht vollständig selbst bestimmen und gestalten können. Für die Zuordnung reicht das Vorliegen eines der drei Merkmale aus. Bei anbieterverantworteten Wohngemeinschaften besteht ein besonderer Schutzbedarf der hier versorgten Menschen, da von einer strukturellen Abhängigkeit pflegebedürftiger Menschen von den Anbietern der unerlässlichen Leistungen auszugehen ist.

Die Unterschiede zwischen den gemeinschaftlichen Versorgungsformen wie Wohngemeinschaften, betreutes Servicewohnen oder stationärer Pflegeeinrichtung sind nicht immer eindeutig. Allein deshalb sind den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen ihre Rechte und Pflichten nicht ohne Weiteres in jeder der denkbaren Konstellationen geläufig.

Um dem zu begegnen, legt u. a. das Wohnteilhabegesetz für Pflege-Wohngemeinschaften einen großen Stellenwert auf Transparenz, Mitwirkung und Sozialraumintegration. Es gilt, diese Wohnformen in Quartiere einzubinden, sie dergestalt weiterzuentwickeln und dabei die Souveränität der Nutzerinnen und Nutzer zu erhalten.

⁷¹ „Das Berliner Wohnteilhabegesetz (WTG) ist in erster Linie ein Schutzgesetz für ältere, pflegebedürftige oder behinderte volljährige Menschen, die in stationären Einrichtungen oder in betreuten Wohngemeinschaften leben.“ Siehe: <https://www.berlin.de/sen/pflege/grundlagen/rechtliche-grundlagen/landesrecht/artikel.1402653.php>.

4.2.15.3 Beschreibung des Vorhabens

Die „Vertrauensstelle Wohnen Pflegen Gemeinschaft“ steht für strukturell gesicherte Sozialraumintegration. Ihre Etablierung wirkt der schleichenden Institutionalisierung gemeinschaftlicher Wohnformen entgegen und soll autarke Sonderwelten vermeiden. Seit Oktober 2023 findet sich dieses neue Projekt im Aufbau. Insbesondere mit dem Einsatz von Vertrauenspersonen in anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften nimmt die Umsetzung der WTG-Forderung nach Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und Öffnung in das Gemeinwesen konkrete Gestalt an.

Stellungnahme von Marie Schäffler, Projektleiterin der Vertrauensstelle Wohnen Pflegen Gemeinschaft:
Die Vertrauensstelle ist der Sammelpunkt für alle Vertrauenspersonen und die, die es werden wollen. Daher findet hier der kreative Austausch zum guten Gelingen und die fachliche Begleitung durch entsprechende Fortbildungen statt. Wir schaffen gute Umfeldbedingungen, um durch Vertrauenspersonen mitzuhelfen, die Pflegewohngemeinschaften zu Orten voller Lebendigkeit und Gemeinschaft zu machen.

Vertrauenspersonen sind ehrenamtlich engagierte Personen (Angehörige, Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunde, Betreuende oder sonstige Interessierte), die sich für die Interessen und Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer der Pflege-Wohngemeinschaft einsetzen. Im engen regelmäßigen Kontakt (möglichst wöchentlich) stehen sie als unabhängig in der Pflege-Wohngemeinschaft agierende Personen den Nutzerinnen und Nutzern als Ansprechpartnerinnen und -partner zur Verfügung. Durch ihr Tätigwerden tragen sie unmittelbar ein Stück Sozialraumintegration in die Wohngemeinschaft hinein und sie können sich darüber hinaus für die Wünsche, Probleme und Belange der pflegebedürftigen Menschen einsetzen. Grundvoraussetzung zur Wahrnehmung dieser Aufgabe ist die Unabhängigkeit der Vertrauensperson von den jeweiligen Leistungsanbietern der Pflege-Wohngemeinschaft.⁷²

In Pflege-Wohngemeinschaften sind komplexe Versorgungssettings mit vielen unterschiedlichen, teils wechselnden Akteuren. Hier genannt seien die Nutzenden, deren Angehörige, Leistungsanbieter, Ehrenamtliche, gesetzlich Vertretende, Präsenzkräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie therapeutisch Tätige. Diese Vielzahl an Akteuren, die Besonderheiten einer jeden Pflege-Wohngemeinschaft und die komplexen Kommunikations- und Handlungsstränge kennzeichnen dieses Pflegesetting. Daher ist es

⁷² Mehr Informationen zur Beschreibung des Tätigkeitsfeldes finden sich im Leitfaden des Arbeitskreises Pflege-Wohngemeinschaften des Landes Berlin:

notwendig, Vertrauenspersonen zu informieren und zu unterstützen, damit sie sich in dieser Organisationseinheit angemessen bewegen und zurechtfinden können.

Die „Vertrauensstelle Wohnen Pflegen Gemeinschaft“ besitzt die Fachexpertise rund um das Thema „Vertrauenspersonen“ und berät neutral zum Thema. Sie ist die zentrale Stelle in Berlin, an die sich alle Menschen wenden können, die Informationen zu diesem Thema erhalten oder selbst Vertrauensperson werden möchten. Die Vertrauensstelle übernimmt die Aufgaben der Information, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit und führt mit einem modular aufgebauten Schulungskonzept Schulungen für Vertrauenspersonen durch. Sie begleitet und initiiert den Austausch zwischen Vertrauenspersonen, knüpft an Ehrenamtsstrukturen an und unterstützt im Einzelfall bei der Akquise von Vertrauenspersonen.

**Stellungnahme von Roberto Cacciatori, Vertrauensperson
in einer Pflege-Wohngemeinschaft in Steglitz-Zehlendorf**

„Warum ich das Ehrenamt der Vertrauensperson übernommen habe: In erster Linie ist es mir eine Herzensangelegenheit, für Mitmenschen hilfreich tätig zu sein. Dieses „neu“ geschaffene Amt gibt mir die Möglichkeit, als unabhängiger privater Beobachter in die Geschehnisse einer Pflegeeinrichtung und auf deren Bewohnende einzuwirken und Hilfe in diesem Bereich zu leisten. Ungezwungen kann jeder an mich herantreten und es wird gemeinsam nach Lösungen gesucht.“

Die zentrale Herausforderung in der Anlaufphase des Projektes ist es, die „Vertrauensstelle Wohnen Pflegen Gemeinschaft“ als Partner in der Pflegelandschaft zu etablieren und Vorbehalte gegenüber dem Wirken von Vertrauenspersonen abzubauen. Das Profil der Vertrauensperson muss geschärft werden und die Rahmenbedingungen sind klar zu definieren. Dabei müssen theoretische Vorstellungen an praktische Umsetzungserfordernisse angepasst werden. Menschen müssen für dieses spannende Ehrenamt neben den vielen anderen Ehrenämtern begeistert und befähigt werden. Ersten Rückmeldungen kann entnommen werden, dass auch Ängste bestehen, wenn jemand von außen zum WG-Leben dazukommt und damit vielleicht Unruhe schafft. Ebenso wird das Einführen von Vertrauenspersonen an der ein oder anderen Stelle als Vorbehalt bezüglich des bisherigen Wirkens des Leistungsanbieters aufgefasst. Die Vorteile und die entlastenden Aspekte wie Unterstützung bei der Sozialraumintegration oder kommunikative Hilfen werden dabei oftmals übersehen. Obwohl nach Auskunft der Heimaufsicht ein Großteil der bisher per Zuordnungsprüfung besichtigten Pflege-Wohngemeinschaften die Sozialraumintegration über die Einbindung von Vertrauenspersonen sicherstellen, sind die Kontaktaufnahmen zur Anlaufstelle bis zum

gegenwärtigen Zeitpunkt eher als zurückhaltend zu bewerten. Dieses wichtige Angebot zu etablieren und zu festigen, wird auch im Haushalt 2026/27 von zentraler Bedeutung sein, um die Wirksamkeit zu erhöhen und qualitativ gute Strukturen sichtbar zu machen.

Hand in Hand mit einer verstärkten Sozialraumintegration wird es in Zukunft auch darum gehen, die Versorgung selbst auf mehrere Schultern zu verteilen. Nicht zuletzt auch in Bezug auf den Pflegekräftemangel besteht die Notwendigkeit, das Umfeld pflegebedürftiger Menschen mit den jeweils verfügbaren Ressourcen des Sozialraumes in die Versorgung zu integrieren. Denn eine anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaft bedeutet nicht, dass Anbieter alle Leistungen selbst erbringen müssen. Vielmehr wird es neben der pflegerischen Versorgung ihre Aufgabe sein, zu koordinieren, welche Akteure mit welcher – auch digitalen – Unterstützung wie in die Versorgung eingebunden werden können. Dazu bedarf es neben neuer Finanzierungsmodelle Beratung und Transparenz für alle an der Versorgung Beteiligten, hier vor allem auch für pflegende Angehörige. Neue Ideen und Konzepte zu entwickeln, sind weitere Vorhaben für die Zukunft, die insbesondere Berlin mit seinen vielen Einpersonenhaushalten vor Herausforderungen stellen.

4.2.15.4 Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Im Rahmen des Zuwendungsprojektes werden mit jährlichen Sachberichten die Erfolge des Projektes dokumentiert und durch die für Pflege zuständige Senatsverwaltung evaluiert. Ein Evaluationskonzept wird derzeit aufgesetzt. Dabei sollen sowohl die durchgeführten Veranstaltungen, Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, die erreichten Personen als auch durchgeführte Beratungen und Begleitungen erfasst werden.

4.2.16 Novellierung der Rechtsverordnungen zum Berliner Wohnteilhabegesetz (WTG)

4.2.16.1 Zusammenfassung

Das Wohnteilhabegesetz (WTG) und die aufgrund des WTG erlassenen drei Rechtsverordnungen spielen für die Sicherung einer würdevollen Pflege und die Wahrung der Persönlichkeitsrechte Pflegebedürftiger in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen eine wichtige Rolle. Vom Anwendungsbereich des WTG erfasste betreute gemeinschaftliche Wohnformen sind stationäre Pflegeeinrichtungen und Pflege-Wohngemeinschaften.

Das WTG und die Rechtsverordnungen sind ordnungsrechtliche Vorschriften, die das Land aufgrund seiner nach dem Grundgesetz gegebenen Zuständigkeit für das Heimrecht erlässt. Sie sollen Pflegebedürftige vor möglichen Folgen struktureller Abhängigkeit schützen und sie bei der Durchsetzung ihrer Interessen und Bedürfnisse unterstützen. Die im Wohnteilhaberecht formulierten Anforderungen richten sich im Wesentlichen an die in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen tätigen Leistungsanbieter. Geregelt werden außerdem die Aufgaben und Befugnisse der nach dem WTG zuständigen Aufsichtsbehörde, die beim Landesamt für Gesundheit und Soziales angesiedelt ist. Zudem sind Detailregelungen zu personellen Anforderungen in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen, baulichen Anforderungen in Einrichtungen sowie zur Mitwirkung der Pflegebedürftigen in Einrichtungen durch Bewohnervertretungen enthalten. Grundsätzlich sind heimrechtliche Anforderungen mit dem angrenzenden Sozialleistungsrecht aus dem SGB XI, SGB V und SGB XII kompatibel.

Die WTG-Verordnungen werden grundsätzlich neu ausgerichtet. In diesem Zuge sollen sie an die aktuellen gesellschaftlichen Gegebenheiten und Herausforderungen in der Pflege angepasst werden. Ein wichtiges Ziel der Novellierung besteht darin, die Anforderungen des Berliner Wohnteilhabegesetzes den bereits getroffenen und den sich abzeichnenden Änderungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung sowie der berufsrechtlichen Entwicklung in der Pflege anzupassen. Maßstab der Regelungen wird der anerkannte Stand der Erkenntnisse zu Selbstbestimmung, Partizipation, Würde und Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen in gemeinschaftlichen Pflegewohnformen sein. Sowohl die Grundsätze der Charta der Rechte pflegebedürftiger Menschen als auch der Geist der UN-Behindertenrechtskonvention werden Kompass der Neuregelung sein. Die für die Pflege zuständige Senatsverwaltung wird die Novellierung durch einen fachlichen Dialog mit den Interessenvertretungen pflegebedürftiger Menschen, den Verbänden der

Leistungsanbieter und Kostenträger und weiteren Akteuren der Berliner Pflegelandschaft begleiten.

4.2.16.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Die aufgrund des WTG erlassenen drei Rechtsverordnungen gelten bereits seit einigen Jahren. Das WTG wurde zuletzt 2021 novelliert. Schwerpunkte waren die Aufnahme neuer Regelungen zu Pflege-Wohngemeinschaften sowie Regelungen zum Schutz vor Missbrauch, Ausbeutung, Gewalt und Diskriminierung einschließlich freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen in Bezug auf alle betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen (Einrichtungen und Wohngemeinschaften).

Bei den Pflege-Wohngemeinschaften wurden unter anderem die Kategorien an Pflege-Wohngemeinschaften neu strukturiert: Hier gibt es seit 2021 zwei Grundkategorien an Pflege-Wohngemeinschaften: die anbieterverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften und die selbstverantworteten Pflege-Wohngemeinschaften. Ferner wurden aufgrund von Änderungen im SGB V auch die Intensivpflege-Wohngemeinschaften als Kategorie erstmals in das WTG aufgenommen. Für die verschiedenen Kategorien an Pflege-Wohngemeinschaften sieht das WTG verschiedenartige Anforderungen vor und legt unterschiedliche Prüfarten (Anlassprüfungen bzw. Regelprüfungen) durch die Heimaufsicht fest.

Aufgrund der Regelungen des § 113c SGB XI zur Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen muss die personelle Ausstattung in einem neuen Landesrahmenvertrag nach § 75 SGB XI vereinbart werden. Damit ist den Pflegeeinrichtungen ein wichtiger Weg zur Neugestaltung der Arbeitsorganisation sowie zur intelligenten Verteilung der Pflege- und Betreuungsarbeit eröffnet. Mit der neuen WTG-Regelung soll der ordnungsrechtliche Rahmen für einen qualifikations- und kompetenzgerechten Personaleinsatz gesetzt werden.

Ferner ist nach den Richtlinien der Berliner Regierungspolitik 2023–2026 eine Novellierung der Bauverordnung des Wohnteilhabegesetzes vorgesehen.

4.2.16.3 Beschreibung des Vorhabens

Die drei Rechtsverordnungen zum WTG werden grundsätzlich überarbeitet und entsprechend dem Stand der Erkenntnisse aus pflegefachlicher und rechtlicher Sicht angepasst.

4.2.16.3.1 Novellierung der WTG-Mitwirkungsverordnung (WTG-MitwirkV)

Schwerpunkt der Novellierung ist die Stärkung der Mitwirkung von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen, auch zum Umsetzen von Erkenntnissen aus der Corona-Pandemie.

Die WTG-MitwirkV soll insbesondere in folgenden Punkten weiterentwickelt werden:

1. Einrichtungsträger sollen künftig die Möglichkeit erhalten, anstelle der formell geregelten Mitwirkung durch eine Bewohnervertretung ein einrichtungsindividuelles Mitwirkungskonzept zu entwickeln und so die Praxis gelebter Partizipation umzusetzen. Das Optionsmodell muss eine unmittelbare Beteiligung der gemeinschaftlich lebenden Personen an der Gestaltung des Zusammenlebens gewährleisten. Es ist vorgesehen, dass bei der Erstellung des Mitwirkungskonzeptes die Bewohnenden sowie das Einrichtungspersonal beteiligt werden.
2. In die Regelungen zu anderen Optionen sollen Aspekte aufgenommen werden, die den Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungsträgern und Bewohnervertretungen vertiefen. Zudem sollen Bewohnerversammlungen künftig als wohnbereichsbezogene Teilversammlungen durchgeführt werden können. Ausdrücklich benannt wird die Pflicht für Einrichtungsträger, Bewohnervertretungen über wichtige Angelegenheiten zu informieren und Bewohnervertretungen die für eine Beurteilung erforderlichen Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen.
3. Der sogenannte besondere Mitwirkungsbereich mit für Bewohnende wichtigen Mitwirkungsangelegenheiten wird präzisiert und um Mitwirkungsmöglichkeiten erweitert. Bewohnervertretungen sollen stärker als bisher für Bewohnende erreichbar sein.
4. Des Weiteren sind konkretere Pflichten der Leistungsanbieter zum Umgang mit Beschwerden und Vorschlägen der Bewohnenden und Nutzenden geplant.

Darüber hinaus erfordert die Novellierung der WTG-MitwirkV einige Änderungen im Wohnteilhabegesetz: So muss die Basisvorschrift des § 13 WTG zur Mitwirkung in Einrichtungen mit den Inhalten der WTG-MitwirkV harmonisiert werden.

Zudem soll in das WTG eine Informationspflicht für Leistungsanbieter aufgenommen werden, wonach Bewohnende bzw. Nutzende über alle wichtigen Angelegenheiten, die ihren Alltag betreffen, zu informieren sind und den Bewohnenden bzw. Nutzenden ein Austausch darüber angeboten werden muss.

Die Pflicht zur Schaffung von Raucherräumen in Einrichtungen soll künftig entfallen. Die bisherige sog. Erprobungsregelung zu neuen betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen soll erweitert werden um eine allgemeinere Abweichungsregelung zu Anforderungen von WTG-Rechtsverordnungen auch bei besonderen Pflege-, Betreuungs- oder Wohnkonzepten und geringer Größe der Pflege-, Betreuungs- oder Wohnangebote.

4.2.16.3.2 Novellierung der Wohnteilhabe-Personalverordnung (WTG-PersV) und der Wohnteilhabe-Bauverordnung (WTG-BauV)

Bezüglich der Wohnteilhabe-Personalverordnung (WTG-PersV) und der Wohnteilhabe-Bauverordnung (WTG-BauV) wurden erste Vorüberlegungen getroffen, in denen der Schutz der Persönlichkeitsrechte gemeinschaftlich betreuter pflegebedürftiger Menschen durch Anforderungen an die Strukturqualität der Einrichtungen dem anerkannten Stand der Erkenntnisse gegenübergestellt wird. Die Anforderungen sollen verschlankt und auf das für den Schutz pflegebedürftiger Menschen nach dem anerkannten Stand der Erkenntnisse erforderliche Maß beschränkt werden. Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege werden aus dem Anwendungsbereich der Verordnungen zur baulichen und personellen Ausstattung herausgenommen.

Hinsichtlich der WTG-PersV ist beabsichtigt, die bisherige Fachkraftquotenregelung dem neuen Personalbemessungssystem der Pflegeversicherung entsprechend zu flexibilisieren und die Rahmenbedingungen für einen qualifikationsgerechten Einsatz von Beschäftigten verschiedener Berufe und Qualifikationsstufen zu schaffen.

Im zweiten Quartal 2025 sollen Eckpunkte für die grundlegende Novellierung der WTG-PersV bekannt gemacht werden. Dabei sollen neben den Grundsätzen des qualifikationsgerechten Personaleinsatzes auch folgende Vorüberlegungen aufgegriffen werden:

1. Die Anforderungen an die persönliche Geeignetheit der zur Leistungserbringung eingesetzten Personen (Personal) sollen konkretisiert werden. Bei Führungskräften sollen in der WTG-PersV Führungskompetenzen und Kenntnisse im Personalmanagement benannt werden.
2. Die Vorbehaltsaufgaben von Fachkräften sowie die inhaltliche Bestimmung der Begriffe der Fachkräfte und Hilfskräfte werden aktualisiert. Es wird angestrebt, qualitative Kriterien in die Verordnung aufzunehmen, die Mindestanforderungen an den Vorhalt und Einsatz von Pflege- und Betreuungspersonal beschreiben.

3. Ferner wird geprüft, inwieweit personelle Regelungen zu Pflege-Wohngemeinschaften erweitert werden sollten. Die bisherigen Regelungen zu Fort- und Weiterbildung sollen präzisiert werden.

Im Rahmen der Novellierung der WTG-BauV werden die Übergangsvorschriften für Bestandseinrichtungen nach § 21 WTG-BauV angepasst. Zur Bestandserhebung wurde 2024 ein Gutachten zu vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Auftrag gegeben, dessen Ergebnisse inzwischen vorliegen.

Der Schutz pflegebedürftiger Menschen in gemeinschaftlichen Wohnformen vor Beeinträchtigungen von Selbstbestimmung, Teilhabe und Würde wird in einem Zusammenhang mit der Stärkung der Verbrauchersouveränität und dem Ziel des Erhalts und der Weiterentwicklung eines breit gefächerten, vielfältigen Angebotes an gemeinschaftlichen Wohnformen gedacht. Alle bislang in der WTG-BauV geregelten Tatbestände (wie etwa die Ausstattung mit Pflegebädern) werden dahingehend geprüft, ob sie zum Schutz der Würde und Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen erforderlich sind.

Ferner wird geprüft,

1. inwieweit bauliche Nutzungsanforderungen für anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaften in die WTG-BauV aufgenommen werden,
2. wie die heimrechtlichen Anforderungen an die bauliche Ausstattung auf die Wahrung der Privatsphäre und auf den Erhalt von Kompetenzen zur selbstständigen Lebensführung ausgerichtet werden können,
3. ob angesichts der DIN-Vorschriften (DIN EN 17210 und DIN 18040) heimrechtlicher Regelungsbedarf für die Barrierefreiheit besteht,
4. wie die digitale Teilhabe der Nutzenden gemeinschaftlicher Wohnformen auf einem Mindestniveau baulich gesichert werden kann,
5. ob die bestehenden Regelungen modernen Anforderungen an den Hitzeschutz gerecht werden.

Die Erstellung der WTG-Verordnungen soll in einem Zuge mit den erforderlichen Anpassungen im WTG vorgenommen und im zweiten Quartal 2026 abgeschlossen werden.

4.2.17 Stärkung der Krisenresilienz in der Pflege

4.2.17.1 Zusammenfassung

Mit der Stärkung der Krisenresilienz der pflegerischen Versorgungslandschaft in Berlin soll die vulnerable Personengruppe der pflegebedürftigen Menschen durch eine niedrigschwellige und zielgruppenorientierte Krisenprävention vor den Auswirkungen verschiedenster Krisenszenarien geschützt werden. Dies erfordert eine Sensibilisierung aller an der Pflege beteiligten Personengruppen zu den verschiedenen Themen der Krisenvorsorge. Dabei wird das Ziel verfolgt, die jeweiligen Pflegesettings mit zielgruppenorientierten Angeboten über bereits bestehende Informationskanäle zu erreichen und somit über die Risiken der einzelnen Krisenszenarien sowie bezüglich möglicher Vorsorgemaßnahmen aufzuklären.

4.2.17.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Sowohl Häufigkeit als auch Intensität verschiedenster Krisen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Neben pandemischen Lagen sind es weitere Krisenszenarien wie z. B. Stromausfälle, Hitzeperioden oder Bombenfunde, die unvorbereitet ein hohes Gefährdungspotenzial für pflegebedürftige Menschen darstellen und systematisches Handeln erfordern. Eine zeitgleiche Überlagerung mehrerer Krisen birgt dabei zusätzliche Herausforderungen für Betroffene und Helfende gleichermaßen. Die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (MuG) nach § 113 SGB XI schreiben für die professionelle Pflege vor, Maßnahmen für unterschiedliche Krisensituationen im Vorhinein zu planen und im Eintrittsfall entsprechend umzusetzen. Obwohl sich einige Anbieter und Verbände zunehmend mit dem Thema Krisenvorsorge auseinandersetzen und sich auch verschiedene Forschungsprojekte (z. B. Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin⁷³, AUPIK⁷⁴, HIGELA⁷⁵, KOPHIS⁷⁶ etc.) der Stärkung der Krisenresilienz in der Pflege widmen, ist der Umsetzungsstand von Krisenvorsorgekonzepten sowie -maßnahmen in der Berliner Pflegelandschaft sehr heterogen und muss teilweise als unzureichend betrachtet werden. Insbesondere im Hinblick auf die Aufklärung pflegebedürftiger Menschen und ihrer

⁷³ Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin (hitzeschutz-berlin.de).

⁷⁴ AUPIK: Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegeinfrastrukturen in Krisensituationen (igpw.charite.de/forschung/health_services_research/aupik/).

⁷⁵ HIGELA: Hitzeresiliente und Gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen in der stationären Pflege (higela.de).

⁷⁶ KOPHIS: Kontexte von Pflege- und Hilfsbedürftigen stärken (www.drk.de/forschung/projekte/kophis/).

Angehörigen in der Häuslichkeit bestehen noch erhebliche Informationsdefizite, die es abzubauen gilt.

Generell sind die bestehenden Angebote und Strukturen im Rahmen der Pflege nicht genügend auf die Thematik der Krisenvorsorge und die damit verbundene Kommunikation in die jeweiligen Pflegesettings ausgerichtet. Auch in bezirklichen Strukturen ist eine Einbindung der Krisenvorsorge in der Pflege erst stellenweise erfolgt. Neben der zielgruppenorientierten Informationsvermittlung fehlt es derzeit an geeigneten Ansprechpersonen sowie akteursübergreifenden Netzwerken. Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung beabsichtigt deshalb, diesen Umstand in den nächsten Jahren auf mehreren Ebenen anzugehen, um die Krisenresilienz in allen Settings der Pflege flächendeckend voranzutreiben.

4.2.17.3 Beschreibung des Vorhabens

Um die pflegebedürftigen Menschen unabhängig von der Art ihrer Unterbringung und Versorgung vor den Risiken und Folgen einer Krisensituation bestmöglich zu schützen, ist es erforderlich, alle an der Pflege beteiligten Personen für die Thematik der Krisenvorsorge zu sensibilisieren. Denn nur auf diesem Wege kann die Krisenresilienz in der Pflegelandschaft nachhaltig gestärkt werden. Dafür sollen zielgruppenorientierte Informationsangebote geschaffen bzw. die vereinzelt bereits vorhandenen Angebote bekannt gemacht und den verschiedenen Personengruppen vermittelt werden. Dabei ist es besonders wichtig, dass diese Angebote niedrighschwellig zur Verfügung stehen und in der Praxis möglichst einfach umzusetzen sind. Zudem sollen sie die unterschiedlichen Anforderungen und Gegebenheiten der einzelnen Pflegesettings berücksichtigen. Ein Ansatz, der dabei angestrebt wird, ist die Entwicklung eines Multiplikatoren-Programms, welches sich gezielt an das Pflegesetting der informellen Pflege in der Häuslichkeit richtet. Im Zuge dessen sollen bewährte analoge Informationsangebote und -kanäle mit digitalen Lösungen kombiniert werden.

Dazu müssen die verschiedenen Akteure zunächst ein Bewusstsein für die Problematik der Krisenvorsorge entwickeln, sich vernetzen und gemeinsame Konzepte und geeignete Maßnahmen erarbeiten. Dafür bedarf es wiederum tragfähiger Netzwerke, sowohl behörden- als auch trägerübergreifend, die es zunächst zu fördern gilt. Denn in Krisensituationen ist eine funktionierende Zusammenarbeit der Berliner Pflegelandschaft mit den für den Katastrophenschutz zuständigen bezirklichen und gesamtstädtischen Stellen bei der Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen entscheidend.

Zum aktuellen Umsetzungsstand sowie der Qualität der Krisenkonzepte gibt es derzeit bis auf einzelne Aussagen keine belastbaren Daten, wodurch das Ausmaß an Hilfeersuchen im Krisenfall noch nicht abgeschätzt werden kann. Darüber hinaus beziehen sich die rechtlichen Vorgaben zum Krisenmanagement derzeit lediglich auf die professionelle Pflege und nicht auf die informelle Pflege, welche im Land Berlin das größte Pflegesetting darstellt. Aus diesem Grund beruht die Umsetzung von Krisenvorsorgemaßnahmen aktuell ausschließlich auf dem eigenverantwortlichen Handeln von Angehörigen in der Häuslichkeit. Doch bisher liegen nur wenige konkrete Empfehlungen für die Krisenvorsorge im häuslichen Pflegesetting vor, welche den Angehörigen bei der Vorbereitung als Orientierung dienen können.

**Stellungnahme zur Stärkung der Krisenresilienz in der Pflege
von Prof. Dr. Michael Ewers / Dr. Michael Köhler (Charité Berlin)**

„Menschen, die häusliche Pflege und Versorgung in Anspruch nehmen, sind im Fall von Krisen, Nottfällen und Katastrophen besonderen Gefahren ausgesetzt. Denen muss von Seiten aller Beteiligten vorausschauend begegnet werden.“

Für das Gelingen der Stärkung der Krisenresilienz in der Pflege ist es entscheidend, dass sich alle relevanten Akteure vernetzen, gemeinsame Lösungen erarbeiten und sich die für die Krisenbewältigung benötigten Informationen gegenseitig zur Verfügung stellen. Neben einem funktionierenden Informationsaustausch sind darüber hinaus die thematische Einbindung in bereits bestehende Strukturen und die Festlegung von geeigneten Ansprechpersonen bzw. Verantwortlichkeiten für die Realisierung von unterstützenden Krisenvorsorgemaßnahmen unabdingbar.

4.2.17.4 Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Um die Stärkung der Krisenresilienz in der Pflege zu überprüfen, sind verschiedene Datenerhebungen und/oder qualitative Expertenbewertungen unabdingbar. Zum einen bedarf es einer quantitativen Erhebung, wie viele Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste bereits ein Krisenmanagement eingeführt haben und welche Instrumente sie in diesem Rahmen – z. B. das „Berliner Muster-Nottfallhandbuch für ambulante/(teil-) stationäre Einrichtungen der Pflege“ – nutzen. Zum anderen ist es erforderlich, ein geeignetes Monitoring zu entwickeln, welches ermöglicht, den Stand der Krisenvorsorge insbesondere in der Häuslichkeit in Erfahrung zu bringen.

4.2.18 Stärkung der haushaltsnahen Dienstleistungen im Bezirk Mitte⁷⁷

4.2.18.1 Zusammenfassung

Zu Pflegende und ihre Angehörigen suchen oft lange – manchmal vergeblich – nach Unterstützung für ihren Haushalt. Gemäß § 36 Abs. 1 SGB XI gehört die hauswirtschaftliche Versorgung in das Spektrum der Pflegesachleistungen. Aus mehreren Gründen aber sollten diese Tätigkeiten nicht durch professionelle Pflegekräfte, sondern durch spezialisierte Unternehmen erbracht werden. Das Bezirksamt Mitte ist in dieser Sache aktiv geworden. Auf haushaltsnahe Dienstleistungen spezialisierte Unternehmen arbeiten kostengünstig, vor allem aber entlasten sie die chronisch überlastete Pflege. Vor diesem Hintergrund wird im Rahmen dieses Vorhabens versucht, potenzielle Arbeitskräfte mit entsprechend versierten Arbeitgebern in Kontakt zu bringen. Die Umsetzung erfolgt über einen längeren Zeitraum hinweg in unterschiedlichen Formaten wie über Jobbörsen und Firmenpräsentationen. Zu Pflegende und ihre Angehörigen bilden die Zielgruppe des Projekts.

Stellungnahme von Peter Hammer, Sprecher der Sektion Haushaltsnahe Dienstleistungen im Deutschen Hauswirtschaftsrat

„Der Deutsche Hauswirtschaftsrat begrüßt ausdrücklich die durch das Bezirksamt Mitte von Berlin angestrebte Stärkung der Rolle haushaltsnaher Dienstleistungsunternehmen, die mit ihrer hauswirtschaftlichen Expertise eine bedarfsgerechte Versorgung des Privathaushaltes sicherstellen. Professionelle Hauswirtschaft schafft die wichtige Grundlage für erfolgreiches Arbeiten in anderen Berufen und die Zusammenarbeit mit Pflege, Pädagogik und anderen Professionen führt zu gegenseitigen Entlastungen.“

4.2.18.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird u. a. im Zuge der Alterung der Gesellschaft weiter zunehmen (siehe Kapitel 3.1). Damit steigende Pflegekosten belasten seit Längerem und weiter zunehmend auch die Kommunen (Ärzteblatt, 2021). Diese sind angehalten, bei der Leistungserbringung und -gewährung wirtschaftlich, d. h. effizient, zu handeln (Burth & Gnädinger, o. J.).

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben gemäß § 36 Abs. 1 SGB XI bei häuslicher Pflege nicht nur Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen, sondern auch auf Hilfen bei der Haushaltsführung. Zu Pflegende und ihre Angehörigen suchen häufig lange und teils vergeblich nach Hilfe in diesem Feld.

⁷⁷ Vorhabenbeschreibung des Bezirksamts Mitte von Berlin.

Vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots und auch im Sinne einer sachgerechten Arbeitsteilung erscheint es geboten, die haushaltsnahen Dienstleistungen kostengünstigeren niedrighschwelligen Anbietern zu übertragen. Die aufgrund der hohen Nachfrage nach Pflegeleistungen stark geforderten Fach-, aber auch Pflegeassistentenkräfte wiederum sollten ihrer Qualifikation entsprechend eingesetzt werden und nicht andere Tätigkeiten übernehmen (Rothgang et al., 2020).

4.2.18.3 Beschreibung des Vorhabens

Das sich über einen längeren Zeitraum erstreckende Projekt ist in der Sozialraumkoordination des Amts für Soziales im Bezirksamt Mitte von Berlin verortet und zielt auf die Gewinnung von Arbeitskräften für (auch) in Berlin-Mitte tätige Unternehmen der haushaltsnahen Dienstleistungen. Die Sozialraumkoordination selbst fußt auf dem Konzept der Sozialraumorientierung, dessen oberstes Prinzip die Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der Menschen im Kiez ist. In diesem Sinne ist es Zweck des Vorhabens, für die pflegebedürftigen Menschen im Bezirk den Bedarf an haushaltsnahen Dienstleistungen (zumindest besser als bisher) zu decken, Angehörige zu entlasten und damit häusliche Pflegesettings zu stabilisieren.

Zwar sind lösungsorientiert immer auch die auf den Einzelfall abstellenden Prinzipien der Sozialraumorientierung zu berücksichtigen, also die Stärkung von Selbsthilfekräften und Eigeninitiativen sowie die Unterstützung der sozialräumlichen Ressourcen in Familie, Nachbarschaft und Kiez. Doch angesichts der erheblichen strukturellen Problemlage muss darüber hinaus die überindividuelle Perspektive eingenommen werden: durch gezielte Vernetzung verschiedener Akteure und weitere übergreifende Aktivitäten.

Daher erfolgt fortlaufend eine Vernetzung mit lokalen Akteuren wie Jobcentern, Quartiersmanagements, Stadtteilkordinationen und Nachbarschaftshäusern. Es handelt sich also um eine zunehmende lokale Vernetzung in die lebensweltlich orientierten Räume hinein, gerade auch unterhalb der Bezirksebene. Bezirksübergreifend gilt es, auch mit Unternehmen, Arbeitgeberverbänden und der Wissenschaft in Kontakt zu treten.

Das Amt für Soziales im Bezirksamt Mitte von Berlin stellt(e) den Kontakt zu den Unternehmen auf unterschiedlichem Weg her:

- Recherche und Auswahl über das Portal des Kompetenzzentrums Pflegeunterstützung, welches eine entsprechende bezirksspezifische Suche haushaltsnaher Dienstleistungen ermöglicht.

- Vernetzung mit einschlägigen Berufsverbänden: Allianz haushaltsnahe Dienstleistungswirtschaft e.V. (AHDW), Bundesverband haushaltsnaher Dienstleistungsunternehmen (BHDU) und Deutscher Hauswirtschaftsrat e.V.

Um nun pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen konkret bei der Deckung ihres Bedarfes zu unterstützen, sollen Arbeitskräfte sowie auf haushaltsnahe Dienstleistungen spezialisierte Unternehmen zusammengebracht werden. Dies geschah und geschieht in unterschiedlichen Formaten:

- Information zu entsprechenden Arbeitsmöglichkeiten über das Portal des Bezirksamts.⁷⁸
- In Kooperation mit dem Jobcenter Berlin Mitte: Identifikation potenzieller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Durchführung von Jobbörsen unter Beteiligung von Bildungsträgern und Unternehmen.
- Fokusveranstaltungen für spezielle Zielgruppen.⁷⁹ So fand eine weitere Firmenpräsentation im Kontext des Spezialteams für Alleinerziehende des Jobcenters Berlin Mitte statt. Hiermit wurde beabsichtigt, die anwesenden Arbeitsvermittlerinnen für diese Möglichkeiten zu sensibilisieren. Aus erster Hand informiert, können diese nun den Arbeitssuchenden entsprechende Stelleninformationen unterbreiten.

Im nächsten Teilvorhaben plant das Bezirksamt, mit mehreren Arbeitgebern in Heime für Geflüchtete zu gehen, um hier direkt Kontakte zwischen potenziellen Arbeitskräften und Unternehmen herbeizuführen.

Bei allen Veranstaltungen ist zwecks Vorbeugung von Missverständnissen auf folgende Punkte deutlich hinzuweisen: Erstens handelt es sich nicht um Pflege, sondern um Hauswirtschaft. Erfahrungsgemäß bestehen bezogen auf die Pflege mitunter Ängste. Zweitens müssen hinreichende Deutschkenntnisse vorliegen. Drittens ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine körperlich herausfordernde Tätigkeit handelt, was mitunter unterschätzt wird.

⁷⁸ [Haushaltsnahe Dienstleistungen: Arbeitskräfte gesucht. - Berlin.de](#)

⁷⁹ Zu diesen zählen u.a. Seniorinnen und Senioren, Alleinerziehende und Menschen ohne deutschen Pass bzw. Menschen mit Fluchthintergrund. Alleinerziehende haben aufgrund ihrer häuslichen Situation ein Interesse an flexiblen Arbeitszeiten. Diese wären in den hauswirtschaftlichen Dienstleistungen durchaus gegeben: Teilzeitjobs sind häufig, auch Minijobs sind möglich, wenn auch von vielen Arbeitgebern nicht immer gewünscht.

4.2.18.4 Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Eine Evaluation in dem Sinne, dass eine externe und unabhängige Instanz den Evaluationsgegenstand systematisch-methodisch und datenbasiert beschreibt sowie zielorientiert bewertet, findet nicht statt. Das Vorhaben ist Teil der Sozialraumkoordination Pflege im Amt für Soziales im Bezirksamt Mitte von Berlin. Mittel für eine fachgerechte Evaluation sind nicht vorgesehen. Projektumsetzung und -bewertung liegen in einer Hand.

Nichtsdestotrotz findet eine Auswertung der Bemühungen statt: Erfolge und Misserfolge werden erfasst, dokumentiert und münden in weiteren bzw. modifizierten Aktivitäten. Zu erfassen ist jeweils, wie viele Menschen durch welche Aktion in Arbeit gekommen sind und damit den Haushalten zur Verfügung stehen.

4.2.19 Bezirkliche Pflegestrukturplanung in Treptow-Köpenick⁸⁰

4.2.19.1 Zusammenfassung

Korrespondierend zum Aufbau einer Landespflgeplanung für das Land Berlin wird der Bezirk Treptow-Köpenick eine bezirkliche Ausgestaltung etablieren. In der Zusammenführung der Perspektiven des Bezirksamtes, bezirklicher Kooperationspartnerinnen und -partner wie auch Lebensweltexpertinnen und -experten aus dem Kontext Pflege, pflegeflankierender Angebote sowie des bürgerschaftlichen Engagements zu den lokalen Bedarfen sehen die Beteiligten eine große Chance, passgenaue bezirkliche Maßnahmen zu entwickeln und bedarfsorientiert umzusetzen.

Im Zuge eines prozessorientierten, partizipativen Vorgehens werden die speziellen Problemlagen im Bezirk, Zielsetzungen und Wirkungen gemeinsam identifiziert, definiert und konkretisiert. Auf diesem Weg sollen Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen in Gang gesetzt (Ebene Bezirksamt, Ebene der Akteure im Bezirk, Ebene der Bürgerinnen und Bürger) und entsprechende Verantwortlichkeiten für den weiteren Prozess und die Zusammenarbeit geklärt werden.

Folgende Schwerpunkte sind im Rahmen der bezirklichen Ausgestaltung zu benennen:

- (Weiter-)Entwicklung der kontinuierlichen Zusammenarbeit/Netzwerkarbeit zu den gemeinsam identifizierten Bedarfen
- Auseinandersetzung mit bezirksspezifischen Anliegen wie der Versorgungssituation von Menschen mit Demenz sowie von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Weiterentwicklung und Anpassung von bezirklichen Angeboten und Angebotsstrukturen inklusive der Konkretisierung entsprechender Verantwortlichkeiten.

4.2.19.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Der Bevölkerungsanteil von Bürgerinnen und Bürgern ab 65 Jahren liegt im Bezirk Treptow-Köpenick mit 21,4 % im Vergleich zum Land Berlin im mittleren Bereich. Hervorzuheben ist, dass der Anteil hochaltriger Menschen (ab 80 Jahren) mit 8,8 % den zweithöchsten Wert in Berlin darstellt. Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Bürgerinnen und Bürgern des Bezirks ist mit 5,3 % im Berliner Vergleich als durchschnittlich zu beschreiben, wobei der Anteil stationär gepflegter Menschen an allen

⁸⁰ Vorhabenbeschreibung des Bezirksamts Treptow-Köpenick von Berlin.

Pflegebedürftigen in Treptow-Köpenick mit 17,5 % über dem Berliner Durchschnitt liegt (©SAHRA-Datenbank, Datenstand 2021).

Der Anteil der Pflegegeldbeziehenden an allen pflegebedürftigen Menschen im Bezirk weist mit 47,6 % einen Wert unter dem Berliner Durchschnitt auf. Nutzende ambulanter Pflegeleistungen (19,8 %) sind im mittleren Bereich einzuordnen. Externe Expertinnen und Experten beschreiben die Versorgung durch ambulante und teilstationäre Angebote als unterdurchschnittlich, das vollstationäre Angebot jedoch als gut ausgebaut (ISG und AGP, 2023).⁸¹

4.2.19.3 Beschreibung des Vorhabens

Im Bezirk startete im Januar 2024 eine gezielte und kontinuierliche Ansprache von denkbaren Kooperationspartnerinnen und -partnern sowie Lebensweltextpertinnen und -experten zur Beteiligung an der bezirklichen Ausgestaltung der Landespflegeplanung. Begleitend wurden sowohl interessierte Personengruppen als auch die bezirklichen Netzwerke mit Informationen zu dem Vorgehen auf Landesebene versorgt. Aus einer Gruppe von Interessierten entstand ein lokales Steuerungsgremium (Prozessgruppe) zur Weiterentwicklung des initiierten kooperativen Prozesses. Durch eine Förderung der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung konnte eine partizipative Weiterentwicklung des Vorhabens mithilfe einer externen Prozessbegleitung realisiert werden. Gemeinsam wurden zwei Veranstaltungsformate zur Konkretisierung der bezirklichen Ausgestaltung geplant, durchgeführt und nachbereitet.

Ziel der ersten Veranstaltung war die Beschreibung der bezirklichen Problemlage wie auch der Ausgangssituation anhand der vielfältigen Perspektiven beteiligter Akteure und Nutzender. Die Veranstaltung diente der Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses und der Sammlung und Bewertung lokaler pflegespezifischer Themen, an denen auf bezirklicher Ebene weitergearbeitet werden soll. Vorbereitend fand u. a. eine schriftliche Befragung zu den Hauptproblemlagen statt, an der sich 113 Personen aus der lokalen Akteurslandschaft sowie pflegende Angehörige und Engagierte beteiligten. In der zweiten Veranstaltung wurden die identifizierten Themen kategorisiert präsentiert und die entwickelten Kategorien strukturiert und vertiefend diskutiert. Gemeinsam wurden erste Ideen zu Lösungsansätzen erfasst.

⁸¹ Der unveröffentlichte Bericht zu der von der Senatsverwaltung für Pflege beauftragten Beratungsdienstleistung kann auf schriftliche Anfrage an landespflegeplan@senwgp.berlin.de zur Verfügung gestellt werden.

Für das Jahr 2025 steht die Auswertung der Ergebnisse mit denen weitergearbeitet werden soll im Vordergrund. Die Form der Zusammenarbeit soll konkret definiert werden, damit alle Interessierten, die an der weiteren Planung und Umsetzung von Maßnahmen mitwirken wollen, kooperieren können. Im Vordergrund steht die Entwicklung von bezirksspezifischen Handlungsempfehlungen und ersten aktorsgruppenspezifischen Maßnahmenplänen. Die Ergebnisse des Arbeitsprozesses und die Form der Zusammenarbeit sollen Ende 2025 bewertet und angepasst werden. Eine kontinuierliche Zusammenarbeit inklusive verbindlicher Verantwortlichkeiten soll die nachhaltige Umsetzung der lokalen Maßnahmen und eine tragfähige Zusammenarbeit ermöglichen.

Zur angemessenen Begegnung aktueller Herausforderungen werden nicht nur die benannten Problemlagen der bezirksspezifischen Fehl-, Unter- und ggf. Überversorgung berücksichtigt, sondern darüber hinaus auch die vorhandenen Ressourcen und pflegerelevante Beispiele guter Praxis.

4.2.19.4 Monitoring und Evaluation

Um die aktuelle Situation und Handlungsbedarfe präziser und umfassender beschreiben zu können, sind aus Sicht der Prozessbeteiligten ergänzende Daten und Informationen zu regionalen bzw. lokalen Rahmenbedingungen notwendig, die über die Ergebnisse des ISG-Gutachtens im Auftrag der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung hinausgehen. Dazu gehören z. B. geografische Faktoren (Treptow-Köpenick als Flächenbezirk mit Stadt- und Land-Themen, Treptow-Köpenick als Stadtgrenze) oder auch infrastrukturelle Faktoren (Verkehrswege, Wohnen, Infrastrukturangebote, Digitalisierung). Es bleibt zu eruieren, welche bereits vorliegenden Daten valide und aussagekräftig sind sowie zeitnah in den bezirklichen Ausgestaltungsprozess einfließen können und welche neuen Daten erschlossen oder erhoben werden müssen, die eine für den Bezirk umfassende Lagebeschreibung und ein zukünftiges Monitoring ermöglichen. Aus bezirklicher Perspektive ist hier ein landesweit einheitliches Vorgehen anhand standardisierter Indikatoren wünschenswert. Gleichzeitig ist eine konzeptionelle Verortung der Vorgehensweise in die Fortschreibung des bezirklichen Demografiekonzeptes wünschenswert.

Eine wesentliche Herausforderung besteht darin, dass eine planende und koordinierende Person für das Handlungsfeld Pflege bisher weder im Bezirksamt noch im bezirklichen Netzwerk verankert ist. Aufgrund des Fachkräftemangels wird die Entwicklung integrierter Handlungskonzepte und Netzwerkstrukturen trotz eines bereits sehr engagierten Netzwerkes immer notwendiger, um diesen Prozess dauerhaft zu stabilisieren. Für die

Bezirke bedarf es fester Ansprechpersonen seitens des Landes Berlin zwecks Gewährleistung einer kontinuierlichen Rückkopplung zwischen Bezirks- und Landesebene. Wünschenswert ist außerdem ein regelmäßiger bezirksübergreifender Austausch zu den bezirklichen Vorhaben und Vorgehensweisen, um gemeinsam voneinander und miteinander zu lernen.

Chancen werden in dem sehr engagierten, praxisnahen Miteinander im Bezirk gesehen, in dem Bezirksamt, Träger, Engagierte, ein Seniorennetzwerk und pflegende Angehörige interprofessionell und ressortübergreifend zusammenarbeiten.

Als herausfordernd werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen bewertet, die auf unterschiedlichen Ebenen (Bundes- und Landesebene) für eine bessere Versorgung im Laufe des bezirklichen Prozesses auf den Prüfstand gestellt werden. Der Bezirk Treptow-Köpenick sieht das Vorhaben als wichtiges Sprachrohr, um auch gesetzliche Änderungen bzw. Initiativen anzuregen. Gleichzeitig liegen hier die Grenzen innerhalb der bezirklichen Ausgestaltung. Es wird von dem weiteren Prozess im Bezirk Treptow-Köpenick erwartet, dass die Ergebnisse sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene Gehör finden und eine Zusammenarbeit auf den verschiedenen Ebenen für sinnvolle Maßnahmen ausgebaut wird.

4.2.20 Fachstelle LSBTI*, Altern und Pflege⁸²

4.2.20.1 Zusammenfassung

Seit rund 20 Jahren setzt das Land Berlin Vorhaben im Handlungsfeld Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche, nicht-binäre und queere Menschen (LSBTIQ+) im Altern und in der Pflege schwerpunktmäßig über die Förderung freier Träger um. Seit 2005 werden die Belange von LSBTIQ+ auch in den Leitlinien der Seniorenpolitik des Landes Berlin berücksichtigt. Insbesondere aber im Rahmen der parlamentarischen Initiative „Berlin tritt ein für Selbstbestimmung und Akzeptanz geschlechtlicher und sexueller Vielfalt“ (IGSV) baut Berlin seit 2009 Strukturen auf, die dazu beitragen, die Lebenssituation von LSBTIQ+ im Altern und der Pflege nachhaltig zu verbessern sowie ihre Akzeptanz und ihr Empowerment zu fördern. Denn Teilhabe, Sichtbarkeit und Selbstbestimmung sind in ihrem Dreiklang wesentliche Voraussetzungen für ein gutes Leben im Altern und in der Pflege und müssen sich auch für LSBTIQ+ in Berlin noch weiterentwickeln.

Die Fachstelle „LSBTI*, Altern und Pflege“, die 2020 von der für die Belange von LSBTIQ+ zuständigen Senatsverwaltung bei der Schwulenberatung Berlin gGmbH eingerichtet wurde und seitdem gefördert wird, hat dies zum Ziel und stellt deshalb ein zentrales Vorhaben des Senats für die Umsetzung der Fachpolitik im Handlungsfeld LSBTIQ+, Altern und Pflege dar.

Über die Förderung baut der Senat beispielsweise das Angebot spezifischer Einrichtungen für Betreutes Wohnen sowie Pflegeangebote für LSBTIQ+ aus und intensiviert die Qualifizierung und Sensibilisierung des Pflegepersonals in ambulanten und stationären Einrichtungen für queere Lebensweisen. Zudem wird für mehr Sichtbarkeit von LSBTIQ+ im Alter gesorgt. Queere Menschen im Alter und in der Pflege und ihr soziales Umfeld wie auch die beauftragten Stellen der Bezirke erhalten bessere Informationen über bestehende Angebote freier Träger.

Die Vorhaben und Angebote werden bedarfsgerecht weiterentwickelt und angepasst und nach Möglichkeit im Rahmen der Initiative IGSV umgesetzt. Themen wie die Situation queerer Menschen mit Migrationsgeschichte im Alter oder jene von trans- und intergeschlechtlichen sowie nicht-binären Menschen in der Pflege werden dabei in den Fokus genommen.

⁸² Die Vorhabenbeschreibung wurde von der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung verfasst.

4.2.20.2 Beschreibung der Ausgangssituation

Wie viele Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche, nicht-binäre und queere Menschen (LSBTIQ+) im Alter über 65 Jahre in Berlin leben, kann nicht genau anhand von Zahlen belegt werden. Sie treffen jedoch auf eine Altenhilfe- und Pflegelandschaft, die auf heterosexuelle und binäre Lebenswelten bzw.

Geschlechtsidentitäten eingestellt und ausgerichtet ist. Kenntnisse über LSBTIQ+-Lebensweisen bzw. die besondere Verwundbarkeit von LSBTIQ+ sind in Altenhilfe- und Pflegestrukturen nicht ausreichend bedarfsangemessen vorhanden. LSBTIQ+ generell, aber insbesondere Ältere, vermeiden daher häufig den Kontakt zu Gesundheits-, Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen auf Kosten der eigenen Gesundheit, Versorgung und Lebensqualität. Sie verbergen oftmals bis heute ihre sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität aufgrund erlebter Kriminalisierung, Diskriminierung, Ausgrenzung und erzwungener Unsichtbarkeit im bisherigen Lebensverlauf. Die Vulnerabilität und Belastung nimmt zu, wenn die Menschen beispielsweise wegen einer Migrationsgeschichte, der Hautfarbe, einer Behinderung, des sozialen Status oder weiterer Zugehörigkeiten mehrfach von negativen Zuschreibungen, Ungleichheit und Ungleichbehandlung – auch innerhalb der verschiedenen LSBTIQ+-Communities selbst –, die sich in ihren Auswirkungen wiederum gegenseitig verstärken können, betroffen sind. Auf diesen intersektional wirkenden Mehrfachzugehörigkeiten liegt deshalb der Schwerpunkt bei der konzeptionellen Ausrichtung der Fachstelle und ihrer Angebote.

4.2.20.3 Beschreibung des Vorhabens

Die Fachstelle „LSBTI*, Altern und Pflege“ bildet eine Brücke zwischen den LSBTIQ+-Communities und den in Berlin mit Alter und Pflege befassten Menschen, Institutionen und Verwaltungen. Beabsichtigt wird die Verbesserung der Lebensqualität und der Teilhabechancen, der gesellschaftlichen Akzeptanz und der Förderung der Selbstbestimmung von älteren LSBTIQ+ in Berlin. Die Fachstelle entwickelt in diesem Kontext Strategien der Inklusion von LSBTIQ+ in den für Seniorinnen und Senioren besonders relevanten Lebensbereichen bzw. Handlungsfeldern: Pflege und Gesundheit, Wohnen, ehrenamtliches Engagement und politische Mitwirkung. In diesem Zusammenhang entwickelt und fördert sie Strategien, welche die Sichtbarkeit älterer LSBTIQ+ in Berlin erhöhen.

Für alle Menschen, die LSBTIQ+-spezifische Beratung zu den Themen Alter(n) und Pflege benötigen, ist die Fachstelle Anlaufstelle. Sie deckt Forschungsbedarfe auf, unterstützt die

Wissenschaft bei entsprechenden Vorhaben und organisiert Fortbildungen wie auch Qualifizierungen.

Stellungnahme der Fachstelle LSBTI*, Altern und Pflege

„Berlin ist Vielfalt! Und diese Vielfalt muss auch in der Pflege gesehen und gelebt werden! Deshalb braucht Berlin eine diversitätssensible Pflege. Diversitätssensible Pflege ist mehr als Gleichbehandlung in der Pflege. Diversitätssensible Pflege verfolgt das Ziel, Menschen in ihrer Vielfalt wertschätzend und gerecht zu versorgen. Diversitätssensible Pflege (er-)kennt die Bedarfe von marginalisierten Personen wie z. B. LSBTI*, Menschen mit Migrationsgeschichte und Menschen mit Be_Hinderung⁸³. Sie berücksichtigt konsequent, bewusst und fortlaufend die biographische Dimension in der Pflegesituation, ist identitätsbejahend, aktiv antidiskriminierend und benötigt diversitätssensible Strukturen. Neben kontinuierlicher Haltungsarbeit gelingt eine nachhaltige Umsetzung nur durch diversitätssensible Organisationentwicklung. Von dieser Sensibilität im Pflegealltag profitieren nicht nur alle Pflegeempfängerinnen und -empfänger, sondern auch die professionell Pflegenden.“

Die Arbeit, Aufgaben und Angebote der Fachstelle richten sich dabei insbesondere an LSBTIQ+ im Alter und der Pflege selbst sowie ihr soziales Umfeld, an Strukturen und Einrichtungen der Altenhilfe und Pflege, die Senats- und Bezirksverwaltungen und Fachleute aus den relevanten Bereichen.

Zu den Kernaufgaben und Angeboten gehören:

- Beratung der Zielgruppe LSBTIQ+ und ihres sozialen Umfeldes, insbesondere zu Wohnen, Pflege und Selbstbestimmung im Alter
- Qualifizierung von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen (auch Tageseinrichtungen) und Hospizen zu LSBTIQ+ im Alter und in der Pflege
- Beratung, Sensibilisierung und Fortbildung von Fachleuten, insbesondere aus den Handlungsfeldern Altenhilfe und Pflege sowie Politik für Seniorinnen und Senioren
- Aufbau und Pflege eines Fachnetzwerks (Runder Tisch) und Durchführung von Netzwerktreffen und Fachveranstaltungen
- Vernetzung und Kooperation mit LSBTIQ+-Organisationen und -Projekten aus dem Handlungsfeld und darüber hinaus

⁸³ Der Begriff „BeHinderung“ wird mit Kapitalisierung des „H“ geschrieben, um zu verdeutlichen, dass es sich hierbei um keine Eigenschaft handelt, sondern dass Menschen durch ihre Umgebung behindert werden ([Berliner LSBTIQ+ Aktionsplan 2023, 2023, S. 4](#)).

- Entwicklung und Umsetzung von Strategien zur verbesserten Akzeptanz und Inklusion von LSBTIQ+ im Alter in allgemeinen Berliner Angeboten für Seniorinnen und Senioren und in den LSBTIQ+-Communities
- Vernetzung und Kooperation mit bezirklichen Einrichtungen, den Beauftragten für Seniorinnen und Senioren sowie den Ansprechpersonen für LSBTIQ+ und deren Beratung
- Vertretung des Themenfeldes in landesweiten und bezirklichen Gremien und vergleichbaren Strukturen
- Entwicklung von Empfehlungen und Stellungnahmen
- Öffentlichkeitsarbeit

4.2.20.4 Monitoring und Evaluation des Vorhabens

Das Vorhaben wird mit Zuwendungen nach § 44 Landeshaushaltsordnung (LHO) gefördert und fachlich durch die zuwendungsgebende Stelle gesteuert. Die Berichtslegung erfolgt sowohl im Rahmen der Verwendungsnachweisprüfung nach LHO als auch im Zuge jährlicher und anlassbezogener Projektgespräche.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Der Berliner Landespflegeplan 2025 gibt einen umfassenden Überblick über das Planungsverständnis der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung. Er beschreibt die zahlenmäßige Entwicklung pflegebedürftiger Menschen und deren Versorgungssituation und zeichnet ein Bild der aktuell bestehenden pflegerelevanten Strukturen. Zudem werden die kurz- und mittelfristigen Vorhaben des Berliner Senats zur Absicherung und Verbesserung der langzeitpflegerischen Versorgung in Berlin beleuchtet. Mit dem neuen Landespflegeplan werden neue Berichtssysteme eingeführt, die künftig regelmäßig aktualisiert und angepasst werden sollen. Dazu gehören z. B. Steckbriefe für vom Land geförderte Projekte und statistische Bezirksprofile.

Die kurz vor der Fertigstellung des Landespflegeplans veröffentlichte amtliche Pflegestatistik für Berlin unterstreicht einen zentralen Befund des Plans: Die selbstorganisierte Pflege gewinnt weiter an Bedeutung. Von den gemäß Pflegestatistik 2023 rund 212.000 pflegebedürftigen Berlinerinnen und Berlinern bezogen 54 % Pflegegeld, weitere 12 %, mit Pflegegrad 1 bezogen entweder keine Sachleistungen oder nur solche nach Landesrecht (AfS 2025). Über diese große Gruppe pflegebedürftiger Menschen ist nur wenig bekannt, denn im Rahmen der Pflegestatistik werden die Pflegehaushalte nicht befragt. Dabei ist klar: Die wachsende Bedeutung der selbstorganisierten Pflege spiegelt nicht allein die Präferenzen der pflegebedürftigen Menschen wider. Sie ist auch darauf zurückzuführen, dass die Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen stärker zunimmt als das verfügbare Angebot.

Angesichts dieser Entwicklungen ist es folgerichtig, dass der Landespflegeplan 2025 in zwei von vier Handlungsfeldern Maßnahmen zur Stärkung und Sicherung der häuslichen Versorgung, zur Entlastung pflegender Angehöriger, zur Förderung der Teilhabe älterer und pflegebedürftiger Menschen wie auch zur Prävention bei und von Pflegebedürftigkeit präsentiert. Hierbei wird schnell deutlich, dass die Unterstützung selbstorganisierter Pflegearrangements auch Maßnahmen jenseits des Pflegeversicherungsrechts (SGB XI) erfordert. Die Abstimmung zwischen Sozialversicherungsträgern, Verwaltungen, Leistungserbringern und zivilgesellschaftlichen Strukturen – sowohl auf gesamtstädtischer als auch auf bezirklicher Ebene – ist dabei ein wichtiger Gelingensfaktor.

Der Landespflegeplan ist nicht nur Berichts-, sondern Arbeitsinstrument. Er stellt den Auftakt für eine berlinweite Diskussion zum Thema Pflege vor dem Hintergrund der demografischen Herausforderungen und der Probleme bei der Finanzierung von

Pflegeleistungen sowie zunehmender Einkommensungleichheit dar. Auch der Landespflegeausschuss wird sich intensiv mit dem Landespflegeplan beschäftigen. Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung wird die Landespflegepläne künftig (wieder) regelmäßig vorlegen und in den Intervallen zwischen den Landespflegeplänen in Form von Kurzberichten über die Umsetzung der beschriebenen Maßnahmen und über die wichtigsten Veränderungen in den Pflegestrukturen und -prävalenzen informieren.

In den vorliegenden Landespflegeplan sind Ergebnisse aus Diskussionen, Workshops und Befragungen vieler mit der Pflege in Berlin vertrauter Personen eingeflossen. Bei der Erarbeitung eines folgenden Landespflegeplans wird die Beteiligung weiter ausgebaut werden – auch, weil sich die Strukturen, in denen systematisiert Beteiligung erfolgen kann, weiterentwickelt haben werden. Hierzu tragen u. a. die Schritte der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung und der Bezirksamter bei, eine bezirkliche Altenhilfe- und Pflegestrukturplanung zu etablieren. Die Ergebnisse dieser abgestimmten und integrierten bezirklichen Planungen werden ein Fundament für die künftige Landespflegestrukturplanung sein.

Um die Strukturen der Planung und Beteiligung zu sichern und weiterzuentwickeln sowie die sozialräumliche Vernetzung von Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsprojekten in hoher Qualität zu gewährleisten, wird ein Landesausführungsgesetz zum SGB XI (Landespflegegesetz) erarbeitet werden. Angesichts steigender Eigenanteile, abnehmender familiärer Pflegepotenziale und zunehmender Pflegeprävalenzen müssen Synergieeffekte stärker als bisher genutzt und Optimierungspotenziale gehoben werden. Neben verlässlichen kooperativen Strukturen braucht es hierfür auch den gemeinsamen Gestaltungswillen aller an der Pflege beteiligten Akteure. Die Verzahnung von Verwaltungs- und sozialen Dienstleistungen mit zivilgesellschaftlichem Engagement stellt daher eine der größten Baustellen der kommenden Jahre dar.

Das Land Berlin setzt sich auch aus diesem Grund fortwährend auf Bundesebene für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ein. In der Zusammenarbeit der Länder im Rahmen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) hat sich das Themenfeld Pflege unter maßgeblicher Mitwirkung Berlins zu einer zentralen Säule entwickelt. Notwendig ist darüber hinaus eine weitere Stärkung der Pflegeberufe. Die Ausbildung in der Pflegefachassistenz muss bundeseinheitlich gestaltet und die Finanzierung geregelt werden. Ferner müssen die berufliche Handlungskompetenz von Pflegefachkräften leistungsfähig gespiegelt und die Akademisierung der Pflege vorangebracht werden. Zentral ist die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung – die Länder haben dazu wichtige Vorschläge unterbreitet. Dazu gehört die Herausnahme

versicherungsfremder Leistungen aus dem SGB XI. Die Versorgungsverantwortung der Pflegekassen muss ebenso klargestellt werden wie die zentrale Rolle der Kommunen und Länder in der Gestaltung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung.

Bis dahin ist es umso wichtiger, sich auf jene Handlungsfelder zu fokussieren, die auf Landes- und Bezirksebene gestaltet werden können. Die Neusortierung der Aufgaben von Hauptverwaltungen, Bezirksamtern und nachgeordneten Behörden im Rahmen der Verwaltungsreform wird als Chance gesehen, diesen Fokus für das Politikfeld Pflege zu schärfen.

Im Landespflegeplan 2025 wird häufig auf die in § 8 SGB XI adressierte „gemeinsame Verantwortung“ verwiesen. Für die Erstellung dieses Landespflegeplans liegt die Verantwortung bei der für Pflege zuständigen Senatsverwaltung. Sollten Sie Anregungen, Kommentare und Kritik zum Landespflegeplan haben, so nutzen Sie bitte bis zum Jahresende 2025 das folgende Formular. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

6 Literatur

Aalders, H., & Karl, C. (2021). 4. *Handlungskonzept 2021-2025*. Bezirksamt Lichtenberg von Berlin. https://www.berlin.de/senioren-aktiv-in-lichtenberg/publikationen/handlungskonzept2021_endfassung.pdf

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2025a). *Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Berlin 2023* (Statistischer Bericht No. K VIII 1-2j / 23). Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/k-viii-1-2j>

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2025b). *Sozialhilfe im Land Berlin. Leistungen nach dem 5. Bis 9. Kapitel SGB XII*. (Statistischer Bericht No. K I 3 - j / 23; Statistischer Bericht). Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/k-i-3-j>

Anger, B., Gribsby, R., Hahn, S., & Kaufmann, K.-K. (2024). *Zukunftsfeste Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen in den Städten* (Positionspapier des Deutschen Städtetages) [Positionspapier]. Deutscher Städtetag. <https://www.staedtetag.de/files/dst/docs/Publikationen/Positionspapiere/2024/positionspapier-versorgung-pflegebeduerftiger-menschen-staedte-2024.pdf>

AOK Bundesverband. (2024a). *Positionspapier Weiterentwicklung Pflege*. <https://www.aok.de/pp/bv/pm/positionspapier-weiterentwicklung-pflege/>

AOK Bundesverband. (2024b, Oktober 31). *Bundesweite Übersicht der regional üblichen Entlohnungsniveaus*. https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Gesetze/Datenuuebersicht_Pflege_bundesweit.pdf

Ärzteblatt, D. Ä. G., Redaktion Deutsches. (2021, Dezember 28). *Kommunen zahlen mehr Sozialhilfe für Pflegebedürftige*. Deutsches Ärzteblatt.

<https://www.aerzteblatt.de/news/kommunen-zahlen-mehr-sozialhilfe-fuer-pflegebeduerftige-1522daf1-2218-4000-b49e-1eeeb841c8f6>

Auffenberg, J., & Becka, D. (2022). *„Ich pflege wieder, wenn ...“ Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften* (S. 32). Arbeitsnehmerkammer.

https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Kurzfassung.pdf

Bartig, S. (2022). *Alter(n) und Migration in Deutschland. Ein Überblick zum Forschungsstand zur Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland*. (No. 9.22; DeZIM Research Notes, S. 40). Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V. https://www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/Demo_FIS/publikation_pdf/FA-5326.pdf

Baumgart, E., & Bücheler, H. (1998). *Wissenswertes zur Erwachsenenbildung: Fragen-nachschlagen-anwenden; 750 Definitionen zur Erwachsenenbildung unter besonderer Berücksichtigung von geistiger Behinderung*. Luchterhand.

Berger, A., Fischer-Münnich, C., Kluba, E. S., & Mühleib, M. (2023). *Evaluation der Umsetzung der Berliner Hausbesuche (BHB) in sieben bezirklichen Modellregionen* (S. 86). Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. https://www.berlin.de/sen/pflege/_assets/grundlagen/80plus/berliner_hausbesuche_abschlussbericht_sept_2023.pdf?ts=1705017669

Böhm, K., Tesch-Römer, C., & Ziese, T. (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Robert-Koch-Institut. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3220/21r1eZ1NVL2AY_02.pdf

Braeseke, G. (2022). *Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute*

Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege. IGES Institut GmbH.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/Ergebnissynthese_zweiteilige_Arbeitsplatzstudie_in_der_Langzeitpflege_barrierefrei.pdf

Braeseke, G., Naegele, G., & Engelmann, F. (2021). Status quo der Senioren- und Pflegeplanung und Handlungsempfehlungen für Kommunen. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2021* (S. 195–208). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_14

Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2020). *Aktive Gesundheitsförderung im Alter.* Forschen für ein gesundes Leben. <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/aktive-gesundheitsforderung-im-alter-12477.php>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2024, März 28). *Gender Care Gap—Ein Indikator für die Gleichstellung.* <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/gender-care-gap/indikator-fuer-die-gleichstellung/gender-care-gap-ein-indikator-fuer-die-gleichstellung-137294>

Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, & Die Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege. (2024). *Abschlussbericht der Arbeitsgruppe zur Gestaltung einer rechtssicheren Grundlage für die Live-In-Betreuung im familiären Bereich.* https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/241127_Abschlussbericht_Live_Ins_bf.pdf

Bundeszentrale für politische Bildung. (2020, November 28). *Armutsgefährdungsquoten von Migranten.* bpb.de. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61788/armutsgefaehrungsquoten-von-migranten/>

- Burth, A., & Gnädinger, M. (o. J.). *Grundsatz der Wirtschaftlichkeit* (Lexikon zur öffentlichen Haushalts- und Finanzwirtschaft). Abgerufen 16. Juli 2024, von <https://www.haushaltssteuerung.de/lexikon-grundsatz-der-wirtschaftlichkeit.html>
- Büscher, A. (2023). *Situation pflegender Angehöriger in Berlin während der Corona-Pandemie*. wir pflegen Berlin e.V. https://wir-pflegen.berlin/images/240315_wp-B_Corona-Broschu%CC%88re_A5.pdf
- Cihlar, V., Reinwarth, A., & Lippke, S. (2022). Einsamkeit im Alter: Die geografische und psychosoziale Perspektive. In *Wohnen und Gesundheit im Alter* (1. Auflage, S. 294). Springer VS.
- Cordts, S., & Gottschalk, I. (2019). Managementkreislauf der Sozialplanung und kommunale Steuerungsprozesse. In I. Gottschalk (Hrsg.), *VSOP Kursbuch Sozialplanung* (S. 53-71). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25445-2_6
- Dasch, B., & Zahn, P. K. (2021). Place of Death Trends and Utilization of Outpatient Palliative Care at the End of Life. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0124>
- Deckenbach, B., Stöppler, C., & Klein, S. (2013). *Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)*. IGES Institut GmbH. https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5076/e11653/e11654/e11666/attr_obj11667/IGES_Qualitaetskriterien_Kurzzeitpflege_WEB_ger.pdf
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2021). *Skill-Grade-Mix im Krankenhaus* (Positionspapiere). Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_Skill-Grade-Mix-2021.pdf

- Deutscher Verein. (2024). *Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Umsetzung des § 71 SGB XII* (No. DV 13/23; Alter und Pflege). https://www.deutscher-verein.de/fileadmin/user_upload/dv/pdfs/Empfehlungen_Stellungnahmen/2024/DV-13-23_Umsetzung_71_SGB_XII.pdf
- DHPV. (2022). *Wie die Deutschen über das Sterben denken*. <https://www.dhvp.de/presseinformation/wie-deutsche-ueber-das-sterben-denken.html>
- Die Techniker. (2024, Mai 13). *Pflegekräfte in Berlin sind überdurchschnittlich lange krankgeschrieben*. Die Techniker. <https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesund-leben/au-tage-berlin-pflege-2171898>
- Eggert, S., Haeger, M., & Teubner, C. (2024, Juni 30). *Pflegende Angehörige in Deutschland*. Stiftung ZQP. <https://www.zqp.de/schwerpunkt/pflegende-angehoerige/>
- Eggert, S., & Sulmann, D. (2013). *Versorgung am Lebensende aus Bevölkerungssicht* (ZQP-Analyse). Zentrum für Qualität in der Pflege. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-VersorgungLebensende.pdf>
- Engler, S., Bleck, C., & Kricheldorf, C. (2023). *Gerontologisches Gutachten zu fachlich begründeten Einzelleistungen nach § 71 SGB XII* (Identifikation, Analyse und Beschreibung aus gerontologischer Perspektive als Basis für die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung eines Berliner Altenhilfestrukturegesetzes auf Grundlage des § 71 SGB XII, S. 135). Evangelische Hochschule Freiburg. <https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/personen/bleck/PublishingImages/forschungsprojekte/Gerontolo>

gisches%20Gutachen%20Einzelleistungen%20%C2%A7%2071%20SGB%20XII%20Auszug.pdf

Fichte, J., & Gebhardt, M. (2019). *SAHRA - Smart Analysis Health Research Access: Schlussbericht zum Projekt: Teilvorhaben: Aufbau und Betrieb der physischen SAHRA-Plattform und der Softwareplattform* (Version 1.0, S. 1 Online-Ressource (35 Seiten, 1,06 MB)) [Application/pdf]. data experts gmbh.
<https://doi.org/10.2314/KXP:1694002179>

Garay, S., Sulmann, D., & Vöthjunker, D. (2024, Februar 9). Prävention in der Pflege. *Stiftung ZQP*. <https://www.zqp.de/schwerpunkt/praevention-pflege/>

Gaßmann, R., & Zängl, P. (1998). Daten machen keine Politik: Möglichkeiten und Grenzen der Sozialplanung im Spannungsfeld von Wünschen und Wirklichkeiten. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 21(1), 18–28.

Gerlinger, T. (2022, November 30). *Die Steuerung der Pflegeversicherung*. Bundeszentrale für politische Bildung - Gesundheitspolitik.
<https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/516204/die-steuerung-der-pflegeversicherung/>

Geyer, J., Haan, P., Kröger, H., & Schaller, M. (2021). *Pflegebedürftigkeit hängt von der sozialen Stellung ab* (Text No. 44; DIW Wochenbericht). DIW Berlin.
https://doi.org/10.18723/diw_wb:2021-44-1

GKV-Spitzenverband. (2023). *Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach §7a Abs. 9 SGB XI* (S. 26). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/2023-06_Pflegeberatung_Bericht_GKV-SV_7a_Abs.9_SGB_XI.pdf

- Hartung, S., & Rosenbrock, R. (2022). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0>
- Heintze, C., Döpfmer, S., Peter, L., & Stumm, J. (2023). *Verbesserung der Patient*innenversorgung durch eine gute Kooperation von HAUSARZTPRAXEN und PFLEGESTÜTZPUNKTEN* (S. 28). Institut für Allgemeinmedizin der Charité.
https://versorgungsforschung.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/forschungsprojekte/versorgungsforschung/NAVICARE/240222-verbesserung_der_patientinnenversorgung-neu2.pdf
- Heinz Rothgang & Rolf Müller. (2024). *BARMER Pflegereport 2024, Pflegerisiko und Pflegedauer* (No. Band 47). BARMER.
<https://www.barmer.de/resource/blob/1290386/a0b24e6f4091295958679675fee5ca52/dl-pflegereport-2024-data.pdf>
- Herger, B., & Pfundstein, T. (2019). *Arbeitshilfe zur Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz*. Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung.
https://lsjv.rlp.de/fileadmin/lsjv/Themen/Sozialraumentwicklung/Pflegestrukturplanung_AUA/Arbeitshilfe_Pflegestrukturplanung.pdf
- Herrmann, J., Rebaudo, M., Calahorrano, L., & :Unav. (2022). *Daten zur Informellen Pflege—Pflegebedürftige und Pflegende*. Fraunhofer-Gesellschaft.
<https://doi.org/10.24406/PUBLICA-397>
- Hoffmann, E., & Nachtmann, J. (2007). *Alter und Pflege* (Bd. 3/2007). Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Hövenner, C., & Fiack, S. (2023). Intersektional und komplex: Aktuelle Forschung und Praxis im Bereich Migration, Flucht und Gesundheit. Welche Aspekte sollten berücksichtigt werden? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung -*

Gesundheitsschutz, 66(10), 1069-1070. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03766-5>

IGES Institut GmbH. (2017). *Lotsen im Versorgungssystem* (S. 267) [Gutachten und Ableitung konkreter Modellprojekte zu Lotsinnen und Lotsen im Versorgungssystem].
https://www.berlin.de/sen/pflege/_assets/service/publikationen/grundlagen/80plus/projektbericht-lotsen-iges.pdf

Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (Hrsg.). (2021).
Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer.

Kaiser, K. (2005). *Beiträge der Weiterbildung zur Professionalisierung der Pflege: Eine systematische-empirische Untersuchung: Eine systematisch-empirische Untersuchung* (1.Aufl.). Mabuse.

Kampe, C. (2025). *Aktuelle und zukünftige Fachkräftebedarfe in der Berliner Pflege. Berliner Fachkräftemonitoring für Pflegeberufe*. Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. im Erscheinen

KANTAR. (2019). *Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI)* (S. 396).
Bundesministerium für Gesundheit.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_2_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf

Klemmt, M., Zehl, F., Neuderth, S., & Henking, T. (2024). Bekanntheit und Verbreitung von Patientenverfügungen in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage in der Allgemeinbevölkerung. *Das Gesundheitswesen*, 86(02), 130-136.
<https://doi.org/10.1055/a-2055-1002>

- Klie, T. (2023a). *DAK-Pflegereport Berlin. Länderauswertung des DAK-Pflegereports „Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland Analysen, Befunde, Perspektiven“*.
- Klie, T. (2023b, September 13). *Ambulant betreute WGs akut gefährdet – das ist unverantwortlich! Häusliche Pflege – Pflegedienst besser Managen*.
<https://www.haeusliche-pflege.net/prof-klie-ambulant-betreute-wgs-akut-gefaehrdet-das-ist-unverantwortlich/>
- Klie, T. (2024). Rechtssichere Pflegebedarfsplanung? Steuerungsoptionen für eine bedarfsgerechte Infrastruktur in der Langzeitpflege. *NDV*, 7/2024, 303–310.
- Klie, T., & Haumann, W. (2024). *Pflegereport 2024: Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus* (A. Storm, Hrsg.; 1. Auflage). medhochzwei Verlag GmbH.
- Kohfal. (2007). Motive von Angehörigen, ihre älteren Familienmitglieder zu betreuen: Ergebnisse aus dem europäischen Forschungsprojekt EUROFAMCARE. In *Europäische Perspektiven für Generationen in Familie und Gesellschaft im demographischen Wandel* (Illustrated Edition, S. 186). Kohlhammer.
- Kutzner, J., & Räker, M. (2021). Stand und Perspektive der Kurzzeitpflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2021* (S. 131–144). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_9
- Landesamt für Gesundheit und Soziales. (2024, Juli 15). *Jahresbericht 2023*.
Jahresbericht 2023 – Gesundheit und Verbraucherschutz.
<https://www.berlin.de/lageso/ueber-uns/jahresberichte-und-weitere-informationen/jahresberichte-2023/artikel.1463084.php>
- Pfundstein, T., & Bensch, M. (2020). Vom Markt und den Sorgen – sollen individuelle Pflegeleistungen kommunal gesteuert werden? In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß,

- J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung* (S. 149-163). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7_10
- Radenacker, A. (2024). *Gemeinsam älter werden*. Bezirksamt Pankow von Berlin. <https://www.berlin.de/ba-pankow/politik-und-verwaltung/aemter/amt-fuer-soziales/sozialberichterstattung/gemeinsam-aelter-werden-in-pankow-2024.pdf?ts=1727264077>
- Reissmann, M., Oswald, V., Zank, S., & Tesch-Römer, C. (2023). Digitale Teilhabe in der Hochaltrigkeit. In R. Kaspar, J. Simonson, C. Tesch-Römer, M. Wagner, & S. Zank (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland* (Bd. 8, S. 145-172). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2_7
- Rothgang, H. (2000). Pflegebedarfsplanung in Deutschland – Gegenstand, Bilanz und Perspektiven. *Zeitschrift für Sozialreform*, 46(11), 1003-1021.
- Rothgang, H., Fünfstück, M., & Kalwitzki, T. (2020). Personalbemessung in der Langzeitpflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019* (S. 147-157). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_11
- Şahin, F., & Tezcan-Güntekin, H. (2020). *Diversitätssensible Altenhilfe. Eine Orientierungshilfe für die ambulante pflegerische Versorgung einer vielfältigen Gesellschaft*. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Baden-Württemberg e.V.
- Sallmon, S. (2023). *Prognose der Zahl Pflegebedürftiger in Berlin bis 2040*. Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. https://www.berlin.de/sen/pflege/_assets/service/datengrundlagen/statbericht_pflegebeduerftige_2021-2040.pdf?ts=1725953352

Schubert, H. (2018). *Integrierte Sozialplanung für die Versorgung im Alter: Grundlagen, Bausteine, Praxisbeispiele* (Vol. 1-1. Aufl 2019). Springer VS.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. (2021). *Berliner Hausbesuch. Eine berlinspezifische Konzeption Präventiver Hausbesuche*.

Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen. (2022).

Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2021 - 2040 (S. 37).

https://www.berlin.de/sen/sbw/_assets/stadtdaten/stadtwissen/bevoelkerungsprognose-2021-2040/bericht_bevoelkerungsprognose_2021-2040.pdf?ts=1686325723

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91-96. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00440-2)

Statistisches Bundesamt. (2023). *24,3 % der Bevölkerung hatten 2022 eine*

Einwanderungsgeschichte (Pressemitteilung Nr. 158 vom 20. April 2023).

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/04/PD23_158_125.html

Statistisches Bundesamt. (2024, Dezember 18). *5,7 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2023* [Pressemitteilung].

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_478_224.html

Statistisches Bundesamt. (2025). *Bruttoausgaben, Einnahmen, Nettoausgaben der Sozialhilfe: Bundesländer, Jahre, Sozialhilfearten* (No. Code: 22111-0022) [Dataset]. <https://www-genesis.destatis.de/>

Stumm, J., Peter, L., Kuempel, L., Erdmann, L. R., Dierks, M. T., Heintze, C., & Döpfmer, S. (2023). Haben Hausärzt*innen Erfahrungen mit Pflegestützpunkten? Eine

berlinweite Fragebogenerhebung. *Das Gesundheitswesen*, 85(11), 1010-1015.

<https://doi.org/10.1055/a-2035-9289>

Tezcan-Güntekin, H. (2020). Diversität und Pflege. Zur Notwendigkeit einer intersektionalen Perspektive in der Pflege. *Aus Politik und Zeitgeschichte, Pflege*, 250-265.

von Blankenburg, C., & Metzner, I. (2021). *Bürgergutachten Pflege*. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung.

https://www.berlin.de/sen/pflege/_assets/grundlagen/pflege-2030/buergergutachten_pflege_dez_2020.pdf?ts=1710509304

Wright, M. T. (2020). Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten*.

<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0>

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). (2017). *Umgang mit Scham: Praxistipps für pflegende Angehörige* (1. Auflage). Zentrum für Qualität in der Pflege.

7 Glossar

Altenhilfe

Die Altenhilfe ist eine Leistung der Sozialhilfe. Alte Menschen sollen bei altersbedingten Schwierigkeiten unterstützt werden. Sie sollen die Möglichkeit erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Dazu soll ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe gestärkt werden. Dies umfasst einkommensunabhängige Beratung und Unterstützung, bestimmte einkommensabhängige Sozialleistungen und ein vorwiegend durch die Bezirke bereitgestelltes Angebot an Begegnungsorten sowie kulturellen und geselligen Veranstaltungen. Umgangssprachlich wird unter Altenhilfe häufig die Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen verstanden. Wenn im Landespflegeplan von Altenhilfe gesprochen wird, sind hier aber ausschließlich die oben beschriebenen Sozialleistungen nach § 71 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch gemeint, keine Pflegeleistungen.

Informelle Pflege

Erfolgt die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen durch Angehörige, etwa die Partnerin oder den Partner, Kinder, Freundinnen bzw. Freunde oder die Nachbarschaft, ist von informeller Pflege die Rede. Die Pflege wird in der Regel im häuslichen Umfeld geleistet und erfolgt unentgeltlich.

Langzeitpflege

Langzeitpflege umfasst Pflegemaßnahmen, die „über einen längeren Zeitraum oder auf Dauer erbracht werden.“ Sie ist von der Akutpflege abzugrenzen. Den Rechtsrahmen der Langzeitpflege beschreibt das SGB XI. Eine konkrete gesetzliche Definition dieses Begriffs existiert nicht. Um Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss eine Pflegebedürftigkeit jedoch auf Dauer oder für mindestens sechs Monate vorliegen (§ 14 SGB XI).

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne des elften Sozialgesetzbuches (SGB) sind Menschen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen in ihrer Selbstständigkeit oder ihren Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Damit ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht, muss eine bestimmte Schwere der Pflegebedürftigkeit vorliegen und die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, das heißt voraussichtlich für mehr als sechs Monate, bestehen.

Pflegefachperson

„Ausgebildete Pflegefachpersonen übernehmen fachlich anspruchsvolle und vorbehaltene pflegerische Aufgaben, die nur von ihnen zu erfüllen sind. Hierzu zählen die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs der zu pflegenden Menschen, die Organisation des Pflegeprozesses und die Qualitätssicherung der Pflege. Die Arbeit in der Pflege zeichnet sich zudem durch die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams, also mit Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Beschäftigte weiterer Fach- und Funktionsabteilungen, Pflegehelferinnen und Pflegehelfern, sowie freiwillig Engagierten aus“ ([Bundesinstitut für Berufsbildung](#) 2025, abgerufen am 06.03.2025).

Pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige sind Personen, die einer Person mit Pflegebedarf regelmäßig und nicht erwerbsmäßig bei der Lebensführung in ihrer häuslichen Umgebung helfen. Dabei müssen nicht unbedingt pflegerische Handlungen im engeren Sinne übernommen werden. Ansprüche auf Leistungen gemäß SGB XI haben pflegende Angehörige, wenn sie eine oder mehrere Personen mit dem Pflegegrad 2-5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen. Dabei handelt es sich um Leistungen in Bezug auf die Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung sowie Pflegeunterstützungsgeld.

Pflegeprävalenz

Die Pflegeprävalenz, auch Pflegequote genannt, beschreibt den Anteil pflegebedürftiger Menschen nach den Maßgaben des SGB XI an der Bevölkerung zu einem Stichtag, in einer Region und bezogen auf die gesamte Bevölkerung oder einzelne Gruppen.

Professionelle Pflege

„Professionelle Pflege ist die berufsmäßige pflegerische Unterstützung von Menschen in allen Lebensphasen durch dafür ausgebildete Personen. In der professionellen Pflege gibt es Pflegefachberufe und Pflegeassistentenberufe. Allgemeine Ziele der professionellen Pflege sind, die Gesundheit zu fördern und zu schützen sowie im Umgang mit Beeinträchtigungen und Therapien zu unterstützen. Grundlage der professionellen Pflege sind wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische Prinzipien und rechtliche Regelungen“ ([ZQP](#) 2025, abgerufen am 06.03.2025).

Versorgungssetting

Unter Versorgungs- oder auch Pflegesetting versteht man die Lebenswelt einschließlich der Art der Unterstützung einer pflegebedürftigen Person. Unterschieden werden etwa häusliche Pflegesettings mit unterschiedlichen Formen der Unterstützung und Entlastung sowie stationäre Settings.



Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege

Oranienstraße 106, 10969 Berlin

landespflegeplan@senwgp.berlin.de

© SenWGP

Stand 06/2025