

wir pflegen Berlin e.V.

Tages- und Nachtpflege in Berlin

Aus- und Bewertung der Online-Befragung wir pflegen Berlin e.V. zur Nutzung der Tages- und Nachtpflege in Berlin

Datengrundlage: Online-Befragung zur Tages-/Nachtpflege, LimeSurvey-ID 551580, Erhebungszeitraum 02.02.–28.05.2026

Die Erarbeitung des Berichts erfolgte mit Unterstützung künstlicher Intelligenz.

Projektleitung und -verantwortung : Heinrich Stocksclaeder

(Mitglied des Vorstands wir pflegen Berlin e.V.; und Mitglied des Landespflegeausschusses)

Stand 27.08.2026

Danksagung:

Allen, die die Befragung unterstützt haben – durch Hinweise zum Befragungskonzept, durch die Verbreitung über Ihre Kanäle und durch die gezielte Ansprache von Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen –, danken wir ausdrücklich und herzlich. Ohne ihre Unterstützung wäre der erreichte Erkenntnisgewinn nicht möglich gewesen.

Insbesondere aber danken wir den Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen, die sich an der Befragung beteiligt haben und uns ihre Erfahrungen, Erkenntnisse und Empfehlungen zur Verfügung gestellt haben.

Besonderer Dank gebührt auch Herrn Ulrich Reuther (Reuther Media), der uns bei IT-Technischen Umsetzung der Befragung und der Aktualisierung unserer Webseite tatkräftig unterstützt hat.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	7
2	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	8
3	Forschungsstand zur Tages- und Nachtpflege	9
3.1	Begriff, rechtlicher Rahmen und Funktion.....	9
3.2	Niedrige Inanspruchnahme – das „Schattendasein“	10
3.3	Wirkungen: Entlastung, Förderung, Heimvermeidung	10
3.4	Nutzung, Determinanten und eine aktuelle Versorgungsstudie	11
3.5	Forschungslücken	11
3.6	Einordnung durch die Kassen-Pflegereporte (BARMER und DAK)	11
4	Verfügbare Daten zur Tages-/Nachtpflege (Bund und Länder, 2017–2023)	13
4.1	Datenquellen und ein methodischer Vorbehalt	13
4.2	Angebot: Einrichtungen und Kapazitäten	13
4.3	Versorgungsdichte und Inanspruchnahme im Bund-/Länder-Vergleich (2017–2023)	14
4.4	Nachfrage: Leistungsempfänger, Pflegegrade, Demografie, Kombinationsleistungen	16
4.5	Personalbestand	17
4.6	Kosten und Pflegesätze.....	18
4.7	Aktuelle amtliche Entwicklungen und Marktdynamik (2024/2025)	20
5	Ansprüche im Leistungsrecht.....	21
5.1	Der Anspruch nach § 41 SGB XI	21
5.2	Die Leistungsbeträge und ihre Entwicklung seit 2017	21
5.3	Was die Pflegeversicherung nicht zahlt	22
5.4	Reichweite: Wie viel Betreuung lässt sich einkaufen?.....	22
5.5	Zwei weitere Töpfe für die Tagespflege.....	23
5.6	Auffangnetz: Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII).....	23
5.7	Bewertung aus Sicht der Betroffenen.....	24
6	Verlauf und Ergebnisse des Fachgesprächs Tages-/Nachtpflege am 15.10.2025	25
6.1	Anlass und Ablauf	25
6.2	Datenbasis: zwei Sonderbefragungen der SenWGP (04.09.2025)	25
6.3	Kleingruppenarbeit Block 1: Bedarf und Richtwerte	26
6.4	Kleingruppenarbeit Block 2: Möglichkeiten gemeinsamer Planung	27
6.5	Einordnung durch wir pflegen Berlin e.V.	28
6.6	Befunde und Ausblick	29
7	Konzeption, Vorbereitung und Kooperationspartner der Befragung	30
7.1	Konzeptionelle Grundlagen und Ziele.....	30
7.2	Erhebungsinstrument und Vorbereitung.....	31
7.3	Akquise und Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern	33

7.4 Auftakt einer Befragungsserie	34
8 Befragungsergebnisse zur Situation in der häuslichen Pflege	35
8.1 Soziodemografie der Pflegebedürftigen (n ≈ 32–35).....	35
8.1.1 Befunde der Befragung.....	35
8.1.2 Kernbefunde	39
8.1.3 Einordnung im Spiegel anderer Untersuchungen (2018–2025)	41
8.1.4 Interpretation aus Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen	42
8.1.5 Schlussfolgerungen	43
8.1.6 Abgleich mit bisherigen Ausführungen von wir pflegen Berlin e.V. zum Thema.....	43
8.1.7 Zwischenfazit	43
8.2 Befragungsergebnisse zum Pflege-Mix / Wie wird derzeit die Pflege in Berlin sichergestellt (B 1, C 17).....	44
8.2.1 Befunde.....	44
8.2.2 Kernbefunde	45
8.2.3 Einordnung im Spiegel anderer Untersuchungen (2018–2025)	46
8.2.4 Interpretation aus Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen	47
8.2.5 Schlussfolgerungen	47
8.2.6 Abgleich mit bisherigen Ausführungen von wir pflegen Berlin e.V. zum Thema.....	48
8.2.7 Zwischenfazit	48
8.3 Befragungsergebnisse zur Situation der Hauptpflegepersonen.....	48
8.3.1 Befunde der Befragung.....	48
8.3.2 Kernbefunde	51
8.3.3 Einordnung im Spiegel anderer Untersuchungen (2018–2025)	52
8.3.4 Interpretation aus Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen	53
8.3.5 Schlussfolgerungen	53
8.3.6 Abgleich mit bisherigen Ausführungen von wir pflegen Berlin e.V. zum Thema.....	53
8.3.7 Zwischenfazit	54
8.4 Befragungsergebnisse zur Kenntnis und Nutzung der Leistungsansprüche	54
8.4.1 Fragestellung, Datengrundlage und methodische Einordnung	54
8.4.2 Befunde der Befragung.....	54
8.4.3 Einordnung im Spiegel anderer Untersuchungen (2018–2025)	57
8.4.4 Interpretation aus Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen	58
8.4.5 Schlussfolgerungen	59
8.4.6 Abgleich mit bisherigen Ausführungen von wir pflegen Berlin e.V. zum Thema.....	60
8.4.7 Zwischenfazit	60
8.5 Befragungsergebnisse zum Themenbereich Information und Beratung.....	61
8.5.1 Fragestellung, Datengrundlage und methodische Einordnung	61
8.5.2 Befunde der Befragung.....	61

8.5.3 Einordnung im Spiegel anderer Untersuchungen (2015–2024)	64
8.5.4 Interpretation aus Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen	66
8.5.5 Schlussfolgerungen	67
8.5.6 Abgleich mit bisherigen Ausführungen von wir pflegen Berlin e.V. zum Thema.....	67
8.5.7 Zwischenfazit	68
8.6 Befragungsergebnisse zum Themenbereich „Inanspruchnahme, Wünsche, Barrieren und tatsächlicher Bedarf“	68
8.6.1 Befunde.....	68
8.6.2 Kernbefunde	79
8.6.3 Einordnung im Spiegel anderer Untersuchungen (2018–2025)	82
8.6.4 Interpretation aus Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen	83
8.6.5 Schlussfolgerungen	83
8.6.6 Abgleich mit bisherigen Ausführungen von wir pflegen Berlin e.V. zum Thema.....	84
8.6.7 Zwischenfazit	85
9 Bewertung von Art und Umfang des noch nicht gedeckten Bedarfs.....	85
9.1 Art des Bedarfs	86
9.2 Umfang des Bedarfs.....	86
9.3 Indikatoren des noch nicht gedeckten Bedarfs	86
9.4 Bewertung der Bedarfseinschätzung: richtungssicher und robust.....	87
9.5 Von Zielwerten zu Orientierungsgrößen für den Ausbau	88
9.6 Verantwortung und Handlungsauftrag.....	88
10 Ergebnisse der Spiegelung der Befragungsergebnisse an Pflegereports und Forschung	88
10.1 AOK/WiDO: Zuzahlungen, Vereinbarkeit und Beratung	89
10.2 BARMER: Längere Pflegeverläufe, definitionsbedingtes Wachstum, flexible Budgets.....	89
10.3 DAK: Vertrauenskrise, Pflegearmut und die Schlüsselrolle der Beratung	90
10.4 Forschung: Wirkung, Determinanten, Zufriedenheit.....	90
10.5 Fazit der Spiegelung.....	91
11 Akteursperspektiven und politischer Rahmen.....	91
12 Das Pflege neuordnungsgesetz (PNOG) und die Tages-/Nachtpflege – ein kritischer Ausblick	92
12.1 Relevante Regelungen	92
12.2 Beratung, Information und Pflege-Cockpit: Neuordnung mit offenen Flanken.....	93
12.3 Begutachtung und Schwellenwerte: verengter Zugang zur Tagespflege.....	94
12.4 Bewertung aus Sicht der Tages-/Nachtpflege.....	95
13 Die Gemengelage: warum das benötigte Miteinander nicht von selbst entsteht.....	96
13.1 Pflege findet vor Ort statt.....	96
13.2 Der Konstruktionsgedanke des SGB XI und seine Folgen	96
13.3 Rollen, Aufgaben und Zuständigkeiten	97
13.4 Abhängigkeiten und Interessenkonflikte	98

13.5 Vier Lücken	99
13.6 Was die Befragung dazu beiträgt.....	99
14 Die bezirkliche Ebene: Koordination organisieren.....	100
14.1 Warum die bezirkliche Ebene der Lösungsraum ist.....	100
14.2 Der fachliche und politische Diskurs: von der Verantwortungsdiffusion zur kommunalen Daseinsvorsorge	100
14.3 Berlin: Landespflegeplan 2025, Aktivitäten und Planungen	102
14.4 Möglichkeiten und Grenzen im Berliner Kontext	103
14.5 Wissensgrundlage: Monitoring der häuslichen Pflege	104
14.5.1 Leitgedanken und Ziele des Monitoring-Projekts	104
14.5.2 Belegt die Befragung Sinn und Zweck des Vorhabens?	107
14.6 Instrumente der Koordination	109
14.6.1 Der Finanzierungsweg: § 45e SGB XI	110
14.7 Gelingensbedingungen, Grenzen und Risiken	111
14.8 Zwischenfazit	112
15 Gründung und Betrieb von Tagespflegen: Gelingensfaktoren, Passung und Informationsplattform	113
15.1 Viele Faktoren müssen zusammenkommen: eine Übersicht mit Priorisierung.....	113
15.2 „Passung“ als zentrale Anforderung – und Kooperation als Weg dorthin.....	114
15.3 Wenn mehrere Faktoren kippen: das Fallbeispiel Creußen.....	115
15.4 Transparenz über Bedarf und Kapazität mittels einer Meldeplattform	115
15.5 Was bezirkliche Koordination für die Tagespflege konkret bedeutet	116
16 Zusammenfassende Bewertung	117
17 Erkenntnisgewinn und Aussagewert für andere Akteure im Arbeitsfeld Pflege	118
18 Empfehlungen für die nächste Koalitionsvereinbarung.....	120
19 Handlungsempfehlungen	123
Quellen- und Literaturverzeichnis	127
Eigene Erhebung und Auswertungen des Landesvereins wir pflegen Berlin e.V.....	127
Veröffentlichungen des Landesvereins wir pflegen Berlin e.V.	127
Veröffentlichungen des Bundesverbands wir pflegen e.V. (Auswahl).....	127
Amtliche Quellen, Gesetzgebung und Statistik	129
Verbände, Kassen, Wissenschaft und Fachportale	130
Anlagen.....	132
Anlage 3 Schriftliche Information des Landespflegeausschusses (LPA) vom 17.04.2026.....	133
Anlage 4 Acht-Punkte-Analyse der Beratungs- und Informationswege	136
Anlage 5 Schwerpunktanalyse „Information und Beratung zur Tages- und Nachtpflege“	140
A Bundesweite Angebote	140
B Angebote im Land Berlin	142

C Digitale Plattformen im Überblick	143
D Bewertung	144
E Schlussfolgerungen und Handlungsbedarf	147
Anlage 6 Schwerpunktanalyse Akteursperspektiven im Vergleich	147
Anlage 7 Schwerpunktanalyse „Finanzierung von Tages- und Nachtpflege in Berlin“	151
1. Einordnung: Was Tages- und Nachtpflege leistet	151
2. Welche Kosten fallen an – Art und Umfang	151
3. Refinanzierung über die Pflegeversicherung	153
4. Reichweite: Für wie viele Tage reicht das Budget?	155
5. Eigenanteile und ihre Höhe	155
6. Leistungen anderer Sozialleistungsträger	156
7. Befunde der wissenschaftlichen Forschung	157
8. Warum Entlastung volkswirtschaftlich entscheidend ist	160
9. Berliner Versorgungslage und der Hilfelotse Berlin	160
10. Abschließende Bewertung aus Sicht der Betroffenen	162
Quellen und Datengrundlagen	164
11. Nachtrag: Was sich mit dem Pflege neuordnungsgesetz ändern würde	165
Anlage 8 Methoden- und Stichprobensteckbrief	166
Anlage 9 Glossar und Rechtsquellenverzeichnis	167
Anlage 10 Postkarten zur Befragung und zum Landesverein	168

1 Einleitung

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung gehört zu den drängenden Aufgaben der Berliner Sozial- und Gesundheitspolitik. wir pflegen Berlin e.V. setzt sich als Interessenvertretung pflegender An- und Zugehöriger dafür ein.

Die Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege) ist eine zentrale Stütze der häuslichen Pflege: Sie kann wichtige oder gar zentrale Beiträge leisten, die Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zu fördern, den Verbleib in der Häuslichkeit abzusichern, soziale Teilhabe zu ermöglichen, Einsamkeit und Isolation entgegen zu wirken, pflegende An- und Zugehörige zu entlasten, ihnen Spielräume für selbst-stimmte Zeit, Gesunderhaltung und Resilienz zu verschaffen, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie von Pflege und Erziehungsverantwortung zu unterstützen, Krankenhaus- und Heimeinweisungen zu verzögern bzw. zu vermeiden und das System der ambulanten Pflege entlasten.

Trotz dieses vielfältigen Nutzens nehmen nach Angaben der zuständigen Ministerien auf Bundes- und Landesebene derzeit nur rund 3 % der anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen Tages- bzw. Nachtpflege in Anspruch. Um Aufschluss zu erhalten, woran das liegt – und wie das Angebot bekannter, zugänglicher und passgenauer werden kann, hat der Landesverein wir pflegen Berlin e.V. im Frühjahr 2026 eine Online-Befragung zur Tages- und Nachtpflege in Berlin durchgeführt. Die Befragung gibt den unmittelbar Betroffenen eine Stimme: den pflegebedürftigen Menschen und ihren pflegenden An- und Zugehörigen. Sie ermöglicht es ihnen, als Experten in eigener Sache ihre Erfahrungen, Wünsche, Bedarfe und Lösungsansätze in die Weiterentwicklung der Tages- und Nachtpflege in Berlin einzubringen.

Der Bericht ergänzt die Befunde um weitere Erkenntnisse aus vertiefenden Auswertungen, ordnet sie in den Forschungsstand, das Leistungsrecht, die Akteurspositionen und das laufende Gesetzgebungsverfahren (Pflegeneuordnungsgesetz) ein und mündet in eine zusammenfassende Bewertung sowie einen strukturierten Katalog von Handlungsempfehlungen.

Nach dieser Einleitung (Kapitel 1) fasst Kapitel 2 die zentralen Ergebnisse des Berichts zusammen. Kapitel 3 umreißt den Forschungsstand zur Tages- und Nachtpflege. Kapitel 4 widmet sich den verfügbaren Daten für Bund und Länder. Kapitel 5 stellt die Ansprüche im Leistungsrecht vor. Kapitel 6 dokumentiert Verlauf und Ergebnisse des Fachgesprächs Tages-/Nachtpflege im Landespflegeausschuss vom 15.10.2025. Kapitel 7 erläutert Konzeption, Vorbereitung und Kooperationspartner der Befragung einschließlich ihrer methodischen Grenzen. Kapitel 8 – das Kernstück des Berichts – wertet die Befragung aus: das Profil der Pflegebedürftigen, den Pflege-Mix, die Situation der Hauptpflegepersonen, Kenntnis und Nutzung der Leistungsansprüche, Information und Beratung sowie Inanspruchnahme, Wünsche, Barrieren und tatsächlichen Bedarf. Kapitel 9 hat zum Schwerpunkt, Art und Umfang des noch nicht gedeckten Bedarfs zu beschreiben. Kapitel 10 spiegelt die Befunde mit denen der Pflegereports großer Krankenkassen (Barmer, DAK) und weiterer Forschungsergebnisse. Kapitel 11 stellt die Akteursperspektiven und den politischen Rahmen dar. Kapitel 12 analysiert und bewertet die für die Tages-/Nachtpflege relevanten Regelungen des Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG). Kapitel 14.5 begründet den Bedarf für ein Monitoring der häuslichen Pflege in Berlin. Kapitel 14 analysiert Möglichkeiten, Grenzen und Gelingensbedingungen von Kommunalisierung und Sozialraumorientierung in der Pflege – primär mit Blick auf Berlin und seine Bezirke. Kapitel 15 bündelt die Gelingensfaktoren für Gründung und Betrieb von Tagespflegen, macht „Passung“ als zentrale Anforderung sichtbar

und entwickelt den Vorschlag einer Berliner Platzbörse. Kapitel 16 zieht eine zusammenfassende Bewertung. Kapitel 17 bündelt Erkenntnisgewinn und Aussagewert des Berichts für die einzelnen Akteure im Arbeitsfeld Pflege aus Sicht des Landesvereins. Kapitel 18 formuliert Empfehlungen für die nächste Koalitionsvereinbarung. Kapitel 19 stellt in einer Übersicht die nach Zeit, Ebene und Akteuren differenzierten Handlungsempfehlungen vor. Den Abschluss bilden das Quellen- und Literaturverzeichnis und die Anlagen.

2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Anlass und Methode. Der Landesverein wir pflegen Berlin e.V. hat von 02. Februar bis 31. Mai 2026 eine Online-Befragung zur Tages- und Nachtpflege in Berlin durchgeführt. Der Rohdatenexport umfasst 183 Datensätze; je nach Frage liegen zwischen 9 und 45 auswertbare Antworten vor (wir pflegen Berlin e.V. 2026). Befragt wurden pflegebedürftige Menschen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen als Expertinnen und Experten in eigener Sache. Wegen der kleinen, selbstselektiven Stichprobe sind die Ergebnisse als Richtungsaussagen zu lesen, nicht als repräsentative Quoten. Ihre Belastbarkeit gewinnen sie aus der hohen Übereinstimmung mit den amtlichen Daten, den Pflegereports der Kassen und der Forschung (Kapitel 10).

Ausgangslage. Die Tages- und Nachtpflege führt in Berlin ein „Schattendasein“: Auf 100 zu Hause versorgte Pflegebedürftige der Pflegegrade 2–5 kommen rund 3,1 Nutzerinnen und Nutzer, im Bundesdurchschnitt rund 4,3 (Statistisches Bundesamt 2024; Kapitel 4). Die durchschnittliche Auslastung der Berliner Tagespflegeeinrichtungen lag 2024 bei 77,1 Prozent und streute erheblich zwischen den Bezirken (SenWGP 2025; Kapitel 4 und 6).

Wer zu Hause pflegt – und wie belastet. Die häusliche Pflege der Befragten ist hochintensiv und langjährig. Sie ruht häufig auf einer einzigen Hauptpflegeperson, die oft selbst älter oder erwerbstätig ist. Die Belastungsgrenze ist vielfach erreicht oder überschritten. Live-In-Kräfte tragen einen relevanten, amtlich nicht erfassten Teil der Versorgung (Kapitel 8.1 bis 8.3).

Hohe Zufriedenheit der Nutzenden. Wer die Tages-/Nachtpflege nutzt, ist fast durchgängig zufrieden: Zehn von elf Nutzenden bewerten sie mit „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“. Die genutzten Einrichtungen liegen überwiegend wohnortnah (zehn von elf innerhalb von fünf Kilometern); genutzt werden fast ausschließlich ganze Werktage – Nacht- und Wochenendangebote bleiben die Ausnahme (Kapitel 8.6).

Warum viele nicht nutzen. Die Nichtnutzung beruht nicht auf Unkenntnis des Angebots („Angebot unbekannt“: nur 24 % der gültigen Bewertungen). Die stärkste Schranke ist die Finanzierung: zu hohe Zuzahlungen (63 %), ein Leistungsanspruch, der den Betreuungsbedarf nicht deckt (53 %) und fehlende eigene Mittel (45 %). Es folgen Mobilitätsbarrieren (52 %), die Ablehnung durch die pflegebedürftige Person (50 %), fehlende Unterstützung bei der Suche (46 %) und eine nicht passende Konzeption (44 %) (Kapitel 8.6).

Was erwartet wird. Die Motive von Nutzenden und Nicht-Nutzenden sind deckungsgleich: Förderung der Fähigkeiten und soziale Teilhabe (je 97 %), Erholung und Entlastung der An- und Zugehörigen (je 94 %). Die wichtigsten Entscheidungskriterien sind ein verlässlicher Ansprechpartner (100 %), Nähe zum Wohnort (97 %), individuelle Förderung (97 %) und ein bedarfsgerechter Fahrdienst (94 %). Gebraucht wird eine doppelt wirksame Leistung: aktivierende Förderung und Teilhabe für die

Pflegebedürftigen, verlässliche Entlastung für die pflegenden An- und Zugehörigen (Kapitel 8.6 und 9).

Information und Beratung. Die Eigenrecherche dominiert die Informationswege. Die Pflegestützpunkte sind die qualitativ beste, aber zu selten erreichte Anlaufstelle. Die verpflichtenden Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI überzeugen nur durchschnittlich. Zentrale „Hebel“-Leistungen wie der Umwandlungsanspruch und der Gemeinsame Jahresbetrag sind vielen unbekannt (Kapitel 8.4 und 8.5).

Der noch nicht gedeckte Bedarf. Der tatsächliche Bedarf liegt systematisch über der heutigen Inanspruchnahme. Zu unterscheiden sind drei Ebenen: der manifeste Bedarf der Nutzenden (Wunsch nach zusätzlichen Tagen), der latente Bedarf nutzungswilliger Nicht-Nutzender und der unterdrückte (unsichtbare) Bedarf, der wegen Zuzahlungen, fehlender Mittel oder fehlender passender Angebote gar nicht erst in Nachfrage übergeht. Typisch ist ein Bedarf von mehreren ganzen Werktagen pro Woche, ergänzt um Rand-, Nacht- und Wochenendzeiten. Ein Demenzschwerpunkt wird am stärksten gewünscht (rund 86 %). Ausdrücklich benannt werden auch jüngere Pflegebedürftige mit komplexen Beeinträchtigungen sowie chronisch kranke bzw. behinderte Kinder und Jugendliche (Kapitel 9).

Gesamtbild und politischer Rahmen. Die Befunde verdichten sich zu einer Passungs- und Finanzierungslücke mit drei sich verstärkenden Wirkungsschleifen: Finanzierung (real entwertetes § 41-Budget, Berlin-Aufschlag, Fahrdienst aus dem Budget), Passung (generalistische, werktäglich-taggebundene Angebote) und Entlastung/Vereinbarkeit (Kapitel 16). Das laufende Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) bringt Licht (jährliche Dynamisierung, Pflege-Cockpit), aber überwiegend Schatten: Der Ausschluss der Tagespflege aus dem Sozialraumbudget droht die wichtigste Barriere – die Finanzierung der Zuzahlungen – zu verschärfen statt zu entschärfen. Die angehobenen Pflegegrad-Schwellenwerte können zudem den Zugang zur Leistung selbst verengen, und die heutigen „Hebel“-Leistungen – Umwandlungsanspruch und Gemeinsamer Jahresbetrag – entfallen in ihrer jetzigen Form (Kapitel 12). Fazit: Wenn Bund und Länder die Tages-/Nachtpflege ernsthaft ausbauen wollen, müssen die Zielkonflikte angegangen und Nachbesserungen im PNOG vorgenommen werden.

Konsequenzen. Der Bericht mündet in 17 nach Ebene, Zeithorizont und Akteuren differenzierte Handlungsempfehlungen (Kapitel 19). Kurzfristig prioritär sind die Nachbesserung des PNOG zugunsten einer besseren Finanzierung und der Zugang der Tagespflege, eine öffentlich zugängliche Netto-Kostentransparenz, bis Ende 2026 die aufsuchende Aufklärung zu den „Hebel“-Leistungen, die Optimierung der Beratungsinfrastruktur. Die aus der Befragung ableitbaren Empfehlungen für die nächste Berliner Koalitionsvereinbarung fasst Kapitel 18 zusammen.

3 Forschungsstand zur Tages- und Nachtpflege

3.1 Begriff, rechtlicher Rahmen und Funktion

Tages- und Nachtpflege sind teilstationäre Leistungen der Pflegeversicherung nach § 41 SGB XI. Pflegebedürftige verbringen einen Teil des Tages – seltener der Nacht – in einer zugelassenen Einrichtung und kehren anschließend in die eigene Häuslichkeit zurück. Anspruch haben Pflegebedürftige

der Pflegegrade 2 bis 5; der Anspruch besteht, wenn die häusliche Pflege sonst nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder zu ihrer Ergänzung und Stärkung erforderlich ist. Zur Leistung gehört auch die notwendige Beförderung zwischen Wohnung und Einrichtung.

In der pflegewissenschaftlichen Literatur werden die Ziele übereinstimmend beschrieben als (1) Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit, (2) Förderung von Alltagsaktivitäten und sozialer Teilhabe, (3) Entlastung pflegender An- und Zugehöriger sowie Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und (4) Vermeidung bzw. Verzögerung einer vollstationären Versorgung. Tagespflege gilt damit als zentraler Baustein des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und als Stütze der häuslichen Pflege.

Quelle/Hinweis: § 41 SGB XI; Gemeinsames Rundschreiben SGB XI (04/2026), Ziffer zu § 41; BMFSFJ-Definition (2000); pflegewissenschaftliche Übersichtsarbeiten (s. 3.3/3.4).

3.2 Niedrige Inanspruchnahme – das „Schattendasein“

Trotz dieses anerkannten Nutzens wird Tagespflege bislang nur von einem kleinen Teil der Anspruchsberechtigten genutzt. In der Literatur ist wiederholt vom „Schattendasein“ der teilstationären Pflege die Rede. Historisch war das Angebot lange wirtschaftlich unattraktiv und ließ sich oft nur über Quersubventionen aus ambulanter oder stationärer Pflege betreiben. Erst die Pflegestärkungsgesetze (insbesondere PSG I, 2015) werteten die Leistung deutlich auf: Seither kann der teilstationäre Leistungsbetrag zusätzlich – ohne Anrechnung – neben Pflegegeld und/oder ambulanter Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden. In der Folge wuchs die Nutzung stark, blieb aber auf niedrigem Niveau: Siehe Kapitel 4.

Quelle/Hinweis: Destatis, Pflegestatistik; Branchenberichte zur historischen Entwicklung; eigene Vorarbeiten wir pflegen Berlin e.V.

3.3 Wirkungen: Entlastung, Förderung, Heimvermeidung

Die belastbarste deutsche Evidenz stammt aus der Forschung des Zentrums für Medizinische Versorgungsforschung der Universität Erlangen-Nürnberg (Arbeitsgruppe Gräßel). In einer cluster-randomisierten, kontrollierten Studie (DeTaMAKS; Modellprojekt nach § 8 Abs. 3 SGB XI, gefördert vom GKV-Spitzenverband) wurde in rund 32 Tagespflege-Einrichtungen über mehrere Bundesländer eine nicht-medikamentöse Aktivierungstherapie (MAKS – motorisch, alltagspraktisch, kognitiv, sozial) für Gäste mit kognitiven Beeinträchtigungen erprobt, ergänzt um eine telefonische Kurzintervention für pflegende Angehörige (Straubmeier u. a. 2017).

Zentrale Befunde: Die MAKS-Therapie zeigte messbare positive Effekte auf kognitive und alltagspraktische Fähigkeiten der Gäste (in Teilgruppen vergleichbar mit medikamentösen Effekten). Die telefonische Angehörigenintervention konnte subjektive Belastung und depressive Symptomatik reduzieren. Ökonomische Analysen wiesen zudem auf ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis hin. Tagespflege wird infolgedessen als mögliche „dritte Säule“ zwischen reiner Angehörigenpflege und Heimunterbringung verstanden – als „Tagesförderung“ statt bloßer „Tagespflege“.

Diese Befunde stehen im Einklang mit der internationalen Literatur zu „adult day care“, die – bei heterogener Studienqualität – günstige Effekte auf Verhaltenssymptome bei Demenz und auf die Belastung pflegender Angehöriger berichtet. Dies ist wichtig, bedenkt man die hohe Belastung pflegender

Angehöriger, insbesondere bei Demenz: Im Pflege-Report 2016 fühlten sich Angehörige von Menschen mit Demenz zu rund 41 % stark bis sehr stark belastet, gegenüber rund 14 % bei Pflege ohne Demenz.

Quelle/Hinweis: Straubmeier et al., Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 815–21; Donath et al., BMC Geriatrics; Steinbeisser et al., Eur J Health Econ 2020; GKV-SV, Modellprojekt DeTaMAKS. International: Fields et al., J Appl Gerontol 2014; Mossello et al., Int J Geriatr Psychiatry 2008. WIdO, Pflege-Report 2016 (Gräßel/Behrndt).

3.4 Nutzung, Determinanten und eine aktuelle Versorgungsstudie

Eine Auswertung der DeTaMAKS-Daten anhand des Andersen-Modells ergab eine höhere Nutzungsintensität bei alleinlebenden Gästen, höherem Pflegegrad, höherem Bildungsstand der Angehörigen, längerer bisheriger Nutzungsdauer sowie ausgeprägteren psychischen und Verhaltenssymptomen. Bei Lebensgemeinschaften von 2 Personen, die sich einen Haushalt teilen und eine enge Beziehung haben wie Ehepaare oder unverheiratete Partnerschaften zusätzlich bei jüngeren Angehörigen und kürzerer Entfernung zur Einrichtung (Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2021). Berufstätigkeit und das Leben ohne Partner erhöhen den Bedarf. Diese Determinanten – Erreichbarkeit, Entfernung, Erwerbstätigkeit, Haushaltskonstellation – decken sich mit den Hürden der Berliner Befragung.

Speziell auf die Angebotsgestaltung zielt eine nordrhein-westfälische Mixed-Methods-Studie („Teilstationäre Versorgung im Fokus“, 2023), die ein Scoping-Review mit qualitativen und quantitativen Befragungen verbindet. Sie bestätigt eine insgesamt hohe Zufriedenheit der Nutzenden bei gleichzeitigem Optimierungsbedarf in Strukturen und Prozessen (Fahrdienst, Öffnungszeiten, Zielgruppenpassung).

Quelle/Hinweis: Z. f. Gerontol. u. Geriatrie 2021 (Prädiktoren der Nutzungsintensität, DeTaMAKS); NRW-Studie „Teilstationäre Versorgung im Fokus“ (Scoping-Review + Mixed-Methods, 2023).

3.5 Forschungslücken

Die Forschung konzentriert sich stark auf Menschen mit Demenz und auf Wirkungen einzelner Förderkonzepte. Wenig systematisch untersucht sind: a) jüngere Pflegebedürftige (unter 60/67 Jahren) und spezifische Zielgruppen (psychisch Erkrankte, ALS/MS, hoher Betreuungsbedarf), b) die Nachtpflege, c) regionale Bedarfs- und Steuerungsfragen (Richtwerte, Versorgungsquoten, Matching) sowie d) die Rolle von Eigenanteilen und Fahrdiensten als Zugangsbarrieren. Genau diese Lücken adressiert die Berliner Befragung aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen.

3.6 Einordnung durch die Kassen-Pflegereporte (BARMER und DAK)

Zwei bundesweite Report-Reihen der Krankenkassen ordnen die teilstationäre Pflege in den größeren Reformzusammenhang ein: die BARMER-Pflegereporte (wissenschaftlich verantwortet von Prof. Dr. Heinz Rothgang, Universität Bremen; überwiegend Routinedatenanalysen) und die DAK-Pflegereporte (wissenschaftliche Leitung Prof. Dr. Thomas Klie, Institut AGP Sozialforschung; überwiegend repräsentative Allensbach-Bevölkerungsbefragungen). Beide sind nicht speziell auf die Tagespflege zugeschnitten, stützen aber deren Befunde. Zur Einordnung ist wichtig: Die bundesweiten Mengenangaben zur Tages- und Nachtpflege (rund 105.900 Tagespflege- und 185 Nachtpflegeplätze, 2023) stammen aus der Destatis-Pflegestatistik (Kap. 4), nicht originär aus den Kassenreporten.

BARMER (Rothgang, Universität Bremen): Der Pflegereport 2024 belegt, dass Menschen deutlich länger pflegebedürftig sind. Die (retrospektiv für 2023 verstorbene Pflegebedürftige ermittelte) durchschnittliche Zeit, die in Pflegebedürftigkeit verbracht wurde, stieg von 3,3 (2016) auf 3,9 Jahr. Für aktuell Pflegebedürftige prognostiziert der Report nahezu eine Verdopplung auf rund 7,5 Jahre. Längere Pflegeverläufe erhöhen den Bedarf an entlastenden teilstationären Angeboten. Der Pflegereport 2025 (Rothgang u. a.) führt den starken Anstieg der Pflegeprävalenz 2015–2023 (um 3,03 Prozentpunkte) nur zu 0,44 Prozentpunkten auf die Demografie zurück – ein Beleg für den in Kapitel 4.1 dargestellten Vorbehalt, dass das Wachstum überwiegend definitionsbedingt ist. Zugleich verweist die BARMER auf rasch steigende Eigenanteile (im ersten Jahr der Heimpflege bundesweit bereits über 3.100 €/Monat) und auf die Pflegelöhne als Kostentreiber. Handlungsseitig fordert sie u. a. eine Budget-Flexibilisierung (Aufhebung der starren Trennung von § 36 und § 41 zugunsten eines personenzentrierten Gesamtbudgets), integrierte „Kombi-Häuser“ mit flexiblem Tag-/Nachtbetrieb sowie sektorübergreifende, wohnortnahe Quartiersstützpunkte.

DAK (Klie / Allensbach): Der Pflegereport 2026 „Pflegereform: Weichenstellung für eine zukunfts-feste Pflege?“ (zwei repräsentative Allensbach-Befragungen im Oktober 2025 und Februar 2026, knapp 7.000 Personen) beschreibt einen Vertrauensverlust „am Kippunkt“: 62 % bewerten die pflegerische Versorgung als „nicht oder gar nicht gut“. Die hohen Kosten bzw. Eigenanteile gelten als Problem Nr. 1 (70 %). Für die Berliner Befunde besonders anschlussfähig ist die breite Zustimmung zu einer „pflegefachlichen Begleitung“ vor Ort (67 % der Bevölkerung, 68 % der aktuell Pflegenden) und zum Ausbau von Pflegestützpunkten (88 %) – ein Beleg für die auch im Berliner Fachgespräch betonte Schlüsselrolle von Information, Beratung und Case Management (Kap. 6). Zur sozialen Dimension der Eigenanteile berichtet die DAK, dass rund jede zweite Pflegeperson „Pflegearmut“ bei sich oder im persönlichen Umfeld erlebt (Gesamtbevölkerung: 31 %). Auch die DAK plädiert für ein flexibles Entlastungsbudget und eine steuerfinanzierte Stabilisierung der Pflegeversicherung.

Bedeutung für die Berliner Befragung: Beide Reihen bestätigen aus bundesweiter Sicht die Kernbefunde dieses Berichts – das nahezu vollständige Fehlen der Nachtpflege, die selektive Wirkung der Eigenanteile, das Beratungs- und Vermittlungsdefizit sowie den Ruf nach einem flexiblen Budget. Sie liefern damit den nationalen Resonanzboden, den die Berliner Erhebung aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen für die konkrete Versorgungssituation vor Ort ausleuchtet.

4 Verfügbare Daten zur Tages-/Nachtpflege (Bund und Länder, 2017–2023)

4.1 Datenquellen und ein methodischer Vorbehalt

Zentrale amtliche Quelle ist die zweijährliche Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (Destatis). Die teilstationäre Tages- und Nachtpflege wird darin gesondert ausgewiesen. Die folgenden 2023er-Werte stammen unmittelbar aus den ausgewerteten Destatis-Tabellen (Deutschlandergebnisse 22412-14 und -15; Berliner Ergebnisse des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg, Tabellen 3.5, 3.11 und 3.13).

Wichtiger Vorbehalt für jeden Zeitvergleich 2017–2023: Die Zahl der Pflegebedürftigen wuchs nicht nur demografisch, sondern stark definitionsbedingt (erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff, PSG II ab 2017). Destatis weist 4,13 Mio. (2019), 4,96 Mio. (2021) und 5,69 Mio. (2023) aus. Der Anstieg 2021→2023 um 730.000 (+15 %) sei nur zu rund 100.000 demografisch erklärbar. Die Versorgungsquoten (Plätze je 100 Pflegebedürftige) sinken dadurch rechnerisch, auch wenn das Angebot absolut wächst.

Quelle/Hinweis: Destatis, Statistischer Bericht Pflegestatistik 2023 (Deutschland-/Länderergebnisse); GENESIS-Online 22411/22412/22421; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, K VIII.

4.2 Angebot: Einrichtungen und Kapazitäten

Bund (amtlich, 15.12.2023): Die Pflegestatistik weist 105.911 Tagespflegeplätze und 185 Nachtpflegeplätze aus – teilstationär zusammen rund 106.100 Plätze. Von den Tagespflegeplätzen entfallen 94.241 auf solitäre Tagespflege-Einrichtungen, 9.601 auf Häuser mit Dauerpflege plus Tages-/Nachtpflege und 2.069 auf Vollanbieter. Die Entwicklung 2017–2023 zeigt die folgende Tabelle (amtliche Zeitreihe). Eine Tagespflege hat im Schnitt rund 16–17 Plätze. Die Trägerschaft ist überwiegend freigemeinnützig (rund 54 %), gefolgt von privaten (rund 44 %) und kommunalen Trägern (rund 4 %; pflegemarkt.com, nicht amtlich).

Bund: teilstationäre Pflege 2017–2023 (amtlich)

Merkmal (15.12.)	2017	2019	2021	2023
Einrichtungen	4.565	5.352	5.878	6.208
Verfügbare Plätze	66.879	82.899	96.494	106.096
Leistungsempfänger	103.589	139.219	137.509	177.043

Befund Bund: Plätze (+59 %) und Einrichtungen (+36 %) wuchsen 2017–2023 kräftig. Bei den Leistungsempfängern fällt der Rückgang 2019→2021 (139.219 → 137.509) auf – ein Corona-Effekt – gefolgt von einem sehr starken Anstieg auf 177.043 (2023). Im Zeitraum 2017–2023 stieg die Nutzung damit um rund 71 %.

Nachtpflege bleibt eine Randerscheinung. Bundesweit gibt es nur 185 Plätze und 23 Leistungsempfänger (2023) – von Bedarfsdeckung kann damit keine Rede sein.

Berlin: Plätze und Einrichtungen 2017–2025

Jahr (Ende)	2017	2019	2021	2023	2025
Tagespflegeplätze	1.828	2.168	2.322	2.419	2.610
Einrichtungen	91	106	110	110	119

Befund Berlin: Die Platzzahl wuchs 2017–2023 um rund 32 % (1.828 → 2.419), 2013–2023 laut Landespflegeplan um rund 61 %. Das Wachstum flachte zuletzt ab (2021→2023 nur +97 Plätze, Einrichtungszahl konstant bei 110). Erst 2025 gab es wieder deutliche Zuwächse. Die amtliche Berliner Tabelle 3.5 weist Ende 2023 2.419 Tagespflege- und 8 Nachtpflegeplätze aus (zusammen 2.427).

Abgleich mit dem Datenreport 2025 der Senatsverwaltung: Der Datenreport 2025 Pflege in Berlin bestätigt die Größenordnung des Angebots. Zum 15.12.2023 wies er 388 Pflegeheime, 670 Pflege- und Betreuungsdienste sowie 775 Pflege-Wohngemeinschaften aus. Hierbei 110 Pflegeheime (auch Tagespflege, 280 Dauer- und 17 Kurzzeitpflege an (Datenreport 2025, Tab. 42). Für die Pflege-Wohngemeinschaften weist der Report 6.232 Plätze (Tab. 43). Betrachtet man die Nachtpflege, gab es Ende 2023 in Berlin 8 Nachtpflegeplätze und lediglich 6 Nachtpflege-Leistungsempfänger (Datenreport 2025, Tab. 30 und 43). Tab. 44 zufolge beträgt die Tagespflege-Auslastung 198,5 % (2023). Für die Nachtpflege weist Tab. 44 eine Auslastung von 75,0 % aus.

Hinweis zur „Auslastung“: Die amtliche Berliner Statistik nennt für die Tagespflege eine „Auslastung“ von 198,5 % – das ist jedoch ein Verhältnis vertraglich gebundener Personen zu Plätzen: Weil viele Gäste nur an einzelnen Wochentagen kommen, teilen sich rechnerisch rund zwei Personen einen Platz. Es ist keine Kapazitätsauslastung. Die in der SenWGP-Einrichtungsbefragung genannte durchschnittliche Auslastung von 77,1 % (Berlin 2024) bzw. rund 70,5 % (Bund, Okt. 2023) misst dagegen die tatsächliche Belegung der Plätze. Beide Kennzahlen dürfen nicht verwechselt werden.

Quelle/Hinweis: Destatis, Deutschlandergebnisse 2023, Tab. 22412-14; Berliner Tab. 3.5 (AfS Berlin-Brandenburg); SenWGP, LPA-Fachgespräch 15.10.2025 (Folie 7); pflegemarkt.com (Trägerschaft/Auslastung, nicht amtlich).

4.3 Versorgungsdichte und Inanspruchnahme im Bund-/Länder-Vergleich (2017–2023)

Als Kennzahl der Angebotsdichte dient die Versorgungsquote „Tagespflegeplätze je 100 ambulant versorgte Pflegebedürftige der Pflegegrade 2–5“. Die folgende Reihe (amtliche Berliner Aufbereitung, Quelle AfS Berlin-Brandenburg/SAHRA) vergleicht Berlin mit ausgewählten Ländern und dem Bund:

Versorgungsquote*	2017	2019	2021	2023	Tendenz
Brandenburg	3,51	4,01	3,73	3,38	↓
Bremen	3,39	3,51	3,16	2,59	↓
Bund	2,63	2,76	2,76	2,59	↘
Hamburg	1,76	1,86	1,75	1,55	↓
Berlin	1,90	1,85	1,64	1,54	↓

* Tagespflegeplätze je 100 ambulant versorgte Pflegebedürftige (PG 2–5).

Befund: Berlin liegt über den gesamten Zeitraum deutlich unter dem Bund und Vergleichsländern. Die Quote sank 2017–2023 von 1,90 auf 1,54. Der Rückgang betrifft – wegen des definitionsbedingt wachsenden Nenners (Kapitel 4.1) – auch den Bund (2,76 → 2,59). Innerhalb Berlins reicht die Spanne Ende 2023 von 0,74 (Reinickendorf) bis 2,99 (Steglitz-Zehlendorf).

Inanspruchnahme im 16-Länder-Vergleich 2023 (amtlich)

Eine für alle 16 Länder einheitlich berechenbare Kennzahl ist die Inanspruchnahme: teilstationäre Leistungsempfänger je 100 Pflegebedürftige der Pflegegrade 2–5. Die folgende Tabelle bezieht sie zunächst auf die Pflegebedürftigen der PG 2–5 insgesamt (Tabelle 22421-0011) – eine Größe, die für alle Länder vollständig vorliegt und nicht von einrichtungsbezogenen Datenlücken betroffen ist. Sachlogisch ist dies allerdings ein zu weiter Nenner: Anspruchsadressat der Tagespflege sind nur die zu Hause (ambulant) versorgten Pflegebedürftigen; die dauerhaft vollstationär Versorgten gehören nicht in die Bezugsgröße. Die Werte sind daher als Untergrenze zu lesen. Die methodisch genauere Bezugsgröße folgt im Anschluss.

Land (sortiert n. LE/100)	LE 2023	Plätze 2023	PB PG 2–5	LE/100*	Δ LE 17–23
Mecklenburg-Vorp.	6.803	(.)	117.765	5,78	+41,9
Sachsen-Anhalt	8.592	(.)	175.851	4,89	+108,4
Brandenburg	8.807	5.516	186.836	4,71	+51,6
Niedersachsen	24.345	(.)	544.549	4,47	+53,5
Bayern	21.538	14.562	527.504	4,08	+104,9
Thüringen	6.587	4.626	167.881	3,92	+71,6
Sachsen	11.278	(.)	304.922	3,70	+70,7
Bund	177.043	106.096	4.900.554	3,61	+70,9
Schleswig-Holstein	5.217	3.090	147.421	3,54	+55,9
Bremen	1.455	937	41.534	3,50	+37,5
Baden-Württemberg	17.972	10.886	533.877	3,37	+62,6
Nordrhein-Westfalen	40.280	18.731	1.209.092	3,33	+81,6
Saarland	2.136	1.234	68.640	3,11	+58,7
Hessen	10.004	5.641	375.348	2,67	+92,6
Berlin	4.807	(.)	183.991	2,61	+58,9
Rheinland-Pfalz	5.364	3.707	231.516	2,32	+58,7
Hamburg	1.858	1.067	83.827	2,22	+26,9

* Teilstationäre Leistungsempfänger (LE) je 100 Pflegebedürftige der Pflegegrade 2–5 insgesamt (einschließlich vollstationär Versorgter); „(.)“ = Plätze aus Geheimhaltungsgründen nicht ausgewiesen. Δ = Wachstum der Leistungsempfänger 2017–2023.

Befund: Berlin weist mit 2,61 teilstationären Leistungsempfängern je 100 Pflegebedürftige der Pflegegrade 2–5 den drittniedrigsten Wert aller Länder auf – nur Hamburg (2,22) und Rheinland-Pfalz

(2,32) liegen darunter, der Bund liegt bei 3,61. Am höchsten ist die Inanspruchnahme in Mecklenburg-Vorpommern (5,78), Sachsen-Anhalt (4,89) und Brandenburg (4,71). Ostdeutsche Flächenländer nutzen Tagespflege also deutlich intensiver. Bemerkenswert ist: Berlins Nutzung wuchs 2017–2023 mit +58,9 % zwar spürbar, blieb aber hinter besonders dynamischen Ländern (Sachsen-Anhalt +108 %, Bayern +105 %) deutlich zurück. Niedrige Inanspruchnahme und niedrige Platzdichte (oben) verstärken sich in Berlin damit gegenseitig.

Methodisch genauere Bezugsgröße – nur zu Hause versorgte PG 2–5: Rechnet man die Leistungsempfänger statt auf alle PG 2–5 nur auf die zu Hause (ambulant) versorgten PG 2–5 – d.h. ohne die dauerhaft vollstationär Versorgten – steigen die Werte spürbar: Für den Bund steigen sie von 3,61 auf 4,31 (Nenner 4,11 Mio. zu Hause versorgte PG 2–5 statt 4,90 Mio.), für Berlin von 2,61 auf 3,07 (Nenner 156.443 statt 183.991; vollstationär PG 2–5 in Berlin: 27.548). Der Begriff „ambulant“ darf dabei nicht auf die mit einem Pflegedienst Versorgten verengt werden, denn die große Gruppe derjenigen, die „nur Pflegegeld erhalten / Pflege erfolgt allein durch Angehörige“ ist gerade Hauptadressat der Tagespflege. Die relative Aussage bleibt auch bei dieser Bezugsgröße gleich – Berlin liegt deutlich unter dem Bund.

Hinweis zur Reichweite der Tabelle: Eine vollständige 16-Länder-Berechnung auf dem engeren Nenner „zu Hause versorgte PG 2–5“ erfordert eine amtliche Tabelle nach Land × Versorgungsart × Pflegegrad (z. B. GENESIS 22421-... bzw. die Länder-Detailtabellen der Pflegestatistik 2023), die hier nicht vorliegt. Die obige Tabelle nutzt daher den weiteren, vollständig verfügbaren Nenner. Die für Bund und Berlin korrigierten Werte zeigen die Größenordnung der Verschiebung. Unabhängig davon ist diese Inanspruchnahme-Kennzahl nicht mit der Plätze-Versorgungsquote der SenWGP identisch (Zähler Leistungsempfänger statt Plätze).

Quelle/Hinweis: Plätze-Versorgungsquote (Bund + 4 Länder): SenWGP, LPA-Fachgespräch 15.10.2025 (Folien 8/9), Quelle AfS Berlin-Brandenburg und SAHRA-Plattform/AOK Nordost. 16-Länder-Inanspruchnahme: eigene Berechnung aus Destatis GENESIS 22412-0010 (teilstationäre Leistungsempfänger/Plätze je Land 2017–2023) und 22421-0011 (Pflegebedürftige je Land/Pflegegrad).

4.4 Nachfrage: Leistungsempfänger, Pflegegrade, Demografie, Kombinationsleistungen

Leistungsempfänger (Bund, amtlich 2023): 177.043 Personen erhielten teilstationäre Pflege – davon 177.020 Tagespflege und nur 23 Nachtpflege. 2019 waren es rund 139.000 (ca. 4 % der zu Hause Versorgten). Wegen des Statistikbruchs 2023 ist ein prozentualer Vergleich zur Gesamtzahl der Pflegebedürftigen über die Jahre nur eingeschränkt möglich; absolut steigt die Nutzung.

Leistungsempfänger (Berlin, amtlich 2023): Die Berliner Tabelle 3.11 weist 4.807 teilstationäre Leistungsempfänger aus (Pflege-Profil: rund 4.788; Abgrenzungs-/Revisionsunterschied). Die amtliche Länderreihe (Tabelle 22412-0010) zeigt für Berlin 3.025 (2017) → 4.142 (2019) → 3.884 (2021, Corona-Delle) → 4.807 (2023). Gegenüber 2019 ergibt sich daraus ein Plus von rund 16 % – stärker als die Platzzahl (+11,6 %), also eine zunehmende Verdichtung.

Regionale Verteilung der Nutzung (neu aus dem Datenreport 2025): Erstmals liegt die teilstationäre Inanspruchnahme auch bezirksscharf vor (Datenreport 2025, Tab. 32; 15.12.2023). Die meisten teilstationären Leistungsempfänger entfielen auf Steglitz-Zehlendorf (631), Mitte (559) und Lichtenberg (541), die wenigsten auf Friedrichshain-Kreuzberg (219), Reinickendorf (239) und Marzahn-Hellersdorf (272). Die Summe über alle Bezirke ergibt exakt die 4.807 Leistungsempfänger der Gesamtstadt.

Die Rangfolge deckt sich nur teilweise mit der Platzdichte (Kapitel 4.3) – ein weiterer Beleg dafür, dass Angebot, Nachfrage und Zugang bezirklich auseinanderfallen (Passungsproblem, vgl. 6.2).

Pflegegradverteilung der Tagespflegegäste 2023 – Bund und Berlin

Pflegegrad	Bund (Anz.)	Bund (%)	Berlin (Anz.)	Berlin (%)	
PG 1*	1.703	1,0	19	0,4	
PG 2	48.737	27,5	1.389	28,9	
PG 3	79.231	44,8	2.243	46,7	
PG 4	39.497	22,3	981	20,4	
PG 5	7.568	4,3	170	3,5	
PG 2+3	127.968	72,3	3.632	75,6	

* PG 1 hat keinen eigenen § 41-Anspruch; die Fälle betreffen Sonderkonstellationen. Bund: Tabelle 22412-15; Berlin: Tabelle 3.11 (jeweils 15.12.2023).

Befund: Bund und Berlin sind nahezu deckungsgleich: Der Schwerpunkt liegt in den Pflegegraden 2 und 3 (zusammen 72–76 %), mit Pflegegrad 3 als größter Gruppe (Bund 44,8 %, Berlin 46,7 %). Höhere Pflegegrade sind seltener – ein Hinweis darauf, dass sehr intensive Betreuungsbedarfe in der Tagespflege schwerer abzudecken sind, damit aber auch, dass gerade den Fällen, die besonders intensiv gefordert sind, die Tagespflege als Unterstützung nicht zur Verfügung steht.

Demografie: Tagespflegegäste sind überwiegend hochaltrig. In Berlin sind von 4.807 Gästen rund 3.019 (62,8 %) 80 Jahre und älter; nur rund 6 % sind unter 60. Frauen überwiegen (rund 63 %). Dies entspricht der Geschlechterverteilung der Pflegebedürftigen insgesamt.

Kombinationsleistungen: Der teilstationäre Leistungsbetrag kann seit dem PSG I (2015) zusätzlich – ohne Anrechnung – neben Pflegegeld und/oder ambulanter Pflegesachleistung in voller Höhe genutzt werden (§ 41 Abs. 3 SGB XI). Tagespflege konkurriert also nicht mit dem Pflegegeld, sondern ergänzt es. In der Praxis nutzen viele Gäste zwei bis drei Tage Tagespflege und ergänzen die Unterstützung morgens, abends oder am Wochenende durch einen ambulanten Dienst. Das ist ein in der Beratung oft unzureichend vermittelter Anreiz (Details und die Abgrenzung zur Kombinationspflege nach § 38 SGB XI in Kapitel 5).

Einordnung in die häusliche Versorgung Berlins: Rund 87 % der Berliner Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt – ein im Ländervergleich hoher Anteil. Ein großer Teil davon wird ausschließlich über Pflegegeld, also allein durch An- und Zugehörige, versorgt. Gemessen daran erreicht die Tagespflege mit rund 4.800 Leistungsempfängern bislang nur einen kleinen Teil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen – was den Befund der niedrigen Inanspruchnahme (Kapitel 4.3) unterstreicht.

Quelle/Hinweis: Destatis, Deutschlandergebnisse 2023, Tab. 22412-15; Berliner Tab. 3.11 (AfS Berlin-Brandenburg); § 41 SGB XI.

4.5 Personalbestand

In der Altenpflege insgesamt sind bundesweit über 1,26 Mio. Menschen beschäftigt. Eine teilstationär-spezifische Personalzahl wird in der Pflegestatistik geführt, ist aber in den ausgewerteten Tabel-

len nicht getrennt ausgewiesen (teilstationäres Personal ist überwiegend in den Heim-Personaltabellen 22412-16 ff. enthalten, ohne saubere Heraustrennung der Tagespflege). Fachlich relevant sind Fachkraftquote, Personalschlüssel (häufig rund 1:5) und – als Engpass – die Verfügbarkeit von Fahrdienstpersonal. Die in Berlin berichteten Probleme bei Personalgewinnung und Fahrdienst (Kleingruppenarbeit des Fachgesprächs) sind quantitativ bislang unzureichend hinterlegt.

Quelle/Hinweis: Destatis/Statista zur Gesamtbeschäftigung Altenpflege 2023; Personal teilstationär: GENESIS 22412-16/-17 (keine separate Tagespflege-Ausweisung).

4.6 Kosten und Pflegesätze

Die Pflegekasse trägt im Rahmen des teilstationären Leistungsbetrags die pflegebedingten Aufwendungen, die Betreuung, die medizinische Behandlungspflege sowie die Beförderung. Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sind privat zu tragen (Eigenanteil) und können – wie ein etwaiger Restbetrag des Fahrdienstes – über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI (131 €/Monat) gedeckt werden. Die genaue leistungsrechtliche Systematik – insbesondere, wie viel Betreuung sich mit dem Budget tatsächlich einkaufen lässt – ist Gegenstand von Kapitel 5.

Teilstationäre Leistungsbeträge nach § 41 SGB XI (monatlich)

Pflegegrad	2017–2024 (eingefroren)	seit 1.1.2025 (+4,5 %)	Veränderung
PG 1	—	—	kein § 41-Anspruch
PG 2	689 €	721 €	+4,5 %
PG 3	1.298 €	1.357 €	+4,5 %
PG 4	1.612 €	1.685 €	+4,5 %
PG 5	1.995 €	2.085 €	+4,5 %

Die im Rundschreiben der Senatsverwaltung (Stand 04/2026) und in den Informationsblättern der Berliner Pflegestützpunkte genannten Beträge 721/1.357/1.685/2.085 € sind die seit 1.1.2025 geltenden Werte (nach der einzigen Anhebung um +4,5 %). Sie bleiben bis mindestens 1.1.2028 eingefroren.

Durchschnittliche Tagespflegesätze (amtlich, pflegebedingt, € pro Person und Tag, 2023): Hier zeigt sich ein deutlicher Berlin-Aufschlag. Bundesweit liegt der Pflegesatz bei PG 2 bei 63,63 €, bei PG 3 bei 69,20 €, bei PG 4 bei 74,86 € und bei PG 5 bei 79,49 €. In Berlin liegt der Pflegesatz dagegen bei PG 2 bei 85,41 €, bei PG 3 bei 86,38 €, bei PG 4 bei 87,36 € und bei PG 5 bei 88,35 €. Er liegt damit rund ein Viertel über dem Bundesschnitt. Das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung beträgt im Bund 17,34 €/Tag, in Berlin 13,92 €/Tag. Der höhere Berliner Pflegesatz bedeutet: Mit demselben § 41-Budget lassen sich in Berlin weniger Betreuungstage finanzieren als im Bundesschnitt (Kapitel 5.4).

Reale Entwertung: Die teilstationären Leistungsbeträge waren 2017–2024 vollständig eingefroren und stiegen erst 2025 um 4,5 %, bei einem Verbraucherpreisanstieg von rund 26 % und einem Pflegegehwachstum (2021–2023) von 17–24 %. Der reale Wert des Budgets sank damit seit 2017 um grob ein Sechstel.

Zur Einordnung: Die Gesundheitsausgaben in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen lagen 2023 bei 48,2 Mrd. € (+6,7 % gegenüber Vorjahr).

Quelle/Hinweis: § 41 SGB XI; Gemeinsames Rundschreiben SGB XI (04/2026); Destatis, Deutschland-ergebnisse 2023, Tab. 22412-15, und Berliner Tab. 3.13; Destatis, Gesundheitsausgaben 2023 (15.5.2025); wir pflegen Berlin e.V., Finanzierungspapier 02.06.2026.

4.7 Aktuelle amtliche Entwicklungen und Marktdynamik (2024/2025)

Zwei Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen (BT-Drs. 21/1784 und 21/7125, Juli 2026) aktualisieren das Bild über die Pflegestatistik 2023 hinaus.

Erstens die Dynamik der Pflegebedürftigkeit: Bundesweit bezogen zum Jahresende 2025 rund 6,01 Millionen Menschen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (2024: 5,64 Millionen). Auf einen Leistungsbeziehenden kamen damit 2025 nur noch 9,75 Beitragszahlende – 2010 waren es noch 22,4. In Berlin stieg die Zahl der Pflegebedürftigen von 135.680 (2017) auf 211.999 (2023) – ein Zuwachs von rund 56 % in sechs Jahren.

Zweitens die Ambulantisierung: Die Zahl der ambulant versorgten Leistungsbeziehenden hat sich bundesweit von rund 2,56 Millionen (2017) auf 5,16 Millionen (2025) mehr als verdoppelt, während der stationäre Bereich mit rund 0,71 Millionen nahezu konstant blieb. Der Versorgungszuwachs findet damit fast vollständig im häuslichen Bereich statt und trifft damit genau das Feld, das die Tages- und Nachtpflege stützen soll.

Drittens die Angebotsentwicklung: Die solitäre Tagespflege ist das dynamischste Segment der Pflegeinfrastruktur. Bundesweit wuchs die Zahl der reinen Tagespflegeeinrichtungen von 441 (1999) über 2.244 (2015) auf 5.082 (2023). Die Zahl der Tagespflegeplätze stieg im selben Zeitraum von 13.339 auf 105.911. Die Webseite Pflegemarkt.com zählt für Herbst 2025 bereits rund 7.200 Tagespflegen mit etwa 120.000 Plätzen. 2025 eröffneten im Schnitt etwa 25 Einrichtungen pro Monat neu (Pflegemarkt.com 2025). Der Markt ist bundesweit mehrheitlich gemeinnützig geprägt (rund 54 %; privat rund 43 %, kommunal rund 2 %) – in Berlin stellen private Träger mit rund 52 % dagegen die Mehrheit. Die durchschnittliche Einrichtungsgröße liegt in Großstädten bei nur rund 18 Plätzen. Dies erhöht die wirtschaftliche Verletzlichkeit kleiner Einheiten (Kapitel 15). In scharfem Kontrast dazu steht die Nachtpflege: Bundesweit existierten 2023 nur noch 185 gemeldete Nachtpflegeplätze – 1999 waren es 735 – und keine einzige rein nachtpflegerische Einrichtung. Der in dieser Befragung dokumentierte ungedeckte Nachtpflegebedarf trifft also auf ein Angebot, das amtlich nahezu verschwunden ist.

Viertens die Datierungslücken: Die Bundesregierung erklärt in BT-Drs. 21/7125 ausdrücklich, dass ihr zu Auslastung, Wartezeiten (auch in der Kurzzeitpflege), verzögerten Krankenhausentlassungen mangels pflegerischer Anschlussversorgung, Aufnahmestopps und unbesetzten Stellen keine statistischen Daten vorliegen – und dass eine bundesweit einheitliche Erhebung der Wartezeiten „nicht vorgesehen“ ist. Immerhin ist mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (22.12.2025, in Kraft seit 01.01.2026) in § 73a Abs. 3 SGB XI ein halbjährliches Monitoring der Versorgungsstrukturen durch den GKV-Spitzenverband verankert worden (Versorgungsverträge und vereinbarte Plätze, auch teilstationär). Belegungs-, Wartezeiten- und Bedarfsdaten enthält es allerdings nicht. Für Berlin unterstreicht das den Befund dieses Berichts: Wer steuern will, braucht eigene Daten (Kapitel 14.5), geeignete Strukturen (Kapitel 14) und Transparenz über freie Kapazitäten (Kapitel 15).

Quelle: Deutscher Bundestag, BT-Drs. 21/1784 und 21/7125 (Antworten der Bundesregierung, Juli 2026), jeweils mit Daten der Geschäftsstatistik der Pflegekassen, der Pflegestatistik (Destatis) und des BMG; Pflegemarkt.com, Marktanalyse Tagespflege (Stand 27.10.2025). Teilstationäre Nutzer Berlin zum 15.12.2023: 4.807 (Einrichtungstatistik).

5 Ansprüche im Leistungsrecht

Dieses Kapitel ordnet ein, welche Leistungsansprüche pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen für die Tages- und Nachtpflege haben – und, differenziert nach Pflegegrad und Region, wie viel Betreuung sich damit tatsächlich einkaufen lässt. Rechtsgrundlage und Belegstellen sind das SGB XI und das Gemeinsame Rundschreiben der Pflegekassen-Spitzenverbände (Stand 04/2026).

5.1 Der Anspruch nach § 41 SGB XI

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben einen zeitlich nicht begrenzten Anspruch auf teilstationäre Pflege, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann oder zu ihrer Ergänzung/Stärkung erforderlich ist – etwa bei kurzfristiger Verschlimmerung, zur Ermöglichung einer (Teil-)Erwerbstätigkeit der Pflegeperson, zur Entlastung oder bei stundenweisem Beaufsichtigungsbedarf. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich Betreuung und der notwendigen medizinischen Behandlungspflege bis zu einem monatlichen Gesamtwert je Pflegegrad. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben keinen eigenen § 41-Anspruch, können die Tagespflege aber über ihren Entlastungsbetrag (§ 45b) mitfinanzieren.

Drei rechtliche Kernpunkte, die für die Berliner Befragung zentral sind:

- **Beförderung ist Teil der Leistung – aber aus demselben Budget.** Der Anspruch umfasst die notwendige Beförderung von der Wohnung zur Einrichtung und zurück. Fahrkosten werden jedoch „nicht gesondert erstattet“; sie sind Bestandteil der Pflegesatzvereinbarungen und werden bis zum Höchstbetrag nach § 41 Abs. 2 SGB XI berücksichtigt. Praktische Folge: Der Fahrdienst verbraucht das Budget und verkürzt die Zahl der gedeckten Betreuungstage.
- **Keine Anrechnung.** Tages- und Nachtpflege kann zusätzlich zu Pflegesachleistung (§ 36), Pflegegeld (§ 37) oder der Kombinationsleistung (§ 38) in Anspruch genommen werden, ohne gegenseitige Anrechnung (§ 41 Abs. 3). Das § 41-Budget steht also „on top“.
- **Zusätzliche Betreuung/Aktivierung.** In teilstationären Einrichtungen besteht ein individueller Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, der über einen gesonderten Vergütungszuschlag (§ 43b SGB XI) abgegolten wird.

Quelle/Hinweis: § 41 SGB XI; Gemeinsames Rundschreiben SGB XI (04/2026), Ziffer zu § 41 (Leistungsinhalt, Leistungsumfang, Fahrkosten).

Klarstellung zu einem verbreiteten Irrtum: Die Nutzung der Tagespflege kürzt das Pflegegeld nicht. Das § 41-Budget steht zusätzlich und ohne gegenseitige Anrechnung neben Pflegegeld (§ 37) und ambulanter Sachleistung (§ 36) zur Verfügung. Eine anteilige Kürzung betrifft ausschließlich die Kombinationspflege nach § 38 SGB XI – also das Verhältnis zwischen ambulanter Sachleistung und Pflegegeld: Wird der ambulante Dienst in Anspruch genommen, mindert sich das Pflegegeld um den prozentual ausgeschöpften Anteil des Sachleistungsbudgets (Beispiel Pflegegrad 3: werden vom Sachleistungsbetrag 1.497 € rund 40 % über einen Pflegedienst verbraucht, verbleiben 60 % des Pflegegeldes von 599 €, also rund 359 €). Die zusätzlich genutzte Tagespflege bleibt davon unberührt. Diese Trennung ist in der Beratungspraxis zentral, wird aber häufig missverstanden.

5.2 Die Leistungsbeträge und ihre Entwicklung seit 2017

Der monatliche Gesamtwert beträgt seit 1.1.2025: PG 2 721 €, PG 3 1.357 €, PG 4 1.685 €, PG 5 2.085 €. Diese Beträge wurden mit dem PSG II zum 1.1.2017 festgesetzt und blieben danach acht Jahre unverändert; die einzige Anhebung (+4,5 %) erfolgte zum 1.1.2025, gefolgt von einem erneuten Einfrieren bis mindestens 1.1.2028. Innerhalb des SGB XI wurde die Tagespflege damit nachrangig behandelt – am Beispiel Pflegegrad 3:

Leistung (PG 3)	2017	2025/2026	Veränderung
Tages-/Nachtpflege (§ 41)	1.298 €	1.357 €	+4,5 %
Pflegegeld (§ 37)	545 €	599 €	+9,9 %
Ambulante Sachleistung (§ 36)	1.298 €	1.497 €	+15,3 %
nachr.: Verbraucherpreise (VPI)	—	—	≈ +26 %
nachr.: Pflegelöhne (2021–2023)	—	—	+17 bis +24 %

Befund: § 41 und § 36 starteten 2017 beim selben Betrag (1.298 €); die ambulante Sachleistung entwickelte sich seither rund zehn Prozentpunkte stärker. Bei nominal nur +4,5 % gegenüber rund +26 % Teuerung ist der reale Wert des Tagespflege-Budgets seit 2017 um etwa ein Sechstel gesunken – ohne dass formal etwas gekürzt wurde.

Quelle/Hinweis: § 30, § 41 SGB XI; BMG (PUEG 2024/2025); GVWG 2022; Destatis (VPI); BARMER-Pflegereport 2024 (Lohnentwicklung); wir pflegen Berlin e.V., Finanzierungspapier 02.06.2026.

5.3 Was die Pflegeversicherung nicht zahlt

Nicht vom § 41-Budget gedeckt sind: Unterkunft und Verpflegung („Hotelkosten“, grundsätzlich Eigenanteil); Investitionskosten (bei Selbstzahlern Eigenanteil, § 82 Abs. 3/4 SGB XI); sowie alle Kosten oberhalb des Budgets. Wird das Monatsbudget durch Pflege und Fahrt aufgebraucht, fallen auch Pflegesatz-Anteile in den Eigenanteil. Der Ausbildungszuschlag nach § 82a SGB XI (in Berlin seit 2025 ein landeseinheitlicher Festbetrag von rund 7,15 €/Belegungstag) ist demgegenüber Teil der pflegebedingten Vergütung und wird innerhalb des § 41-Budgets refinanziert – er ist kein dauerhafter Eigenanteil, verbraucht aber Budget.

Quelle/Hinweis: §§ 41, 82, 82a SGB XI; § 28 PflBG; Gemeinsames Rundschreiben SGB XI (04/2026); SenWGP (Ausbildungszuschläge 2026); wir pflegen Berlin e.V., Finanzierungspapier 02.06.2026.

5.4 Reichweite: Wie viel Betreuung lässt sich einkaufen?

Wie viele Besuchstage das Budget abdeckt, ergibt sich aus dem monatlichen Gesamtwert geteilt durch den täglichen Pflegesatz – wobei ein genutzter Fahrdienst (in Berlin rund 31 €/Tag) das Budget zusätzlich aufzehrt. Die folgende Tabelle nutzt die amtlichen durchschnittlichen Pflegesätze 2023 (pflegebedingt) und zeigt, dass die Reichweite stark vom Pflegegrad und vom regionalen Preisniveau abhängt:

Pflegegrad	§ 41-Budget	gedeckte Tage Bund*	Ø-Satz Berlin	gedeckte Tage Berlin*	Berlin mit Fahrdienst**
PG 2	721 €	≈ 11	85,41 €	≈ 8	≈ 6
PG 3	1.357 €	≈ 20	86,38 €	≈ 16	≈ 12
PG 4	1.685 €	≈ 23	87,36 €	≈ 19	≈ 14

Pflegegrad	§ 41-Budget	gedeckte Tage Bund*	Ø-Satz Berlin	gedeckte Tage Berlin*	Berlin mit Fahrdienst**
PG 5	2.085 €	≈ 26	88,35 €	≈ 24	≈ 18

* Pflegebedingte Tage ohne Fahrdienst; Bund-Pflegesätze PG 2–5: 63,63 / 69,20 / 74,86 / 79,49 €. ** Berlin inkl. Fahrdienst rund +31 €/Tag. Tagespflegen sind meist werktags geöffnet (max. ca. 20–22 Tage/Monat). Die Hotel- und Investitionskosten kommen unabhängig hinzu.

Befund: Bei niedrigem Pflegegrad reicht das Budget rechnerisch nur für ein bis zwei Tage pro Woche, bei hohem Pflegegrad theoretisch für nahezu tägliche Betreuung. Der höhere Berliner Pflegesatz verkürzt die Reichweite gegenüber dem Bund um etwa drei bis vier Tage; ein genutzter Fahrdienst kostet weitere rund vier bis fünf Tage. Für den verbreiteten Bedarf „3 Tage/Woche“ (rund 13 Tage/Monat) heißt das: In Berlin ist er bei Pflegegrad 2 nicht aus dem Budget gedeckt, bei Pflegegrad 3 nur knapp (und mit Fahrdienst nicht mehr), erst ab Pflegegrad 4 zuverlässig. Genau hier setzt die in der Befragung und im Fachgespräch beschriebene soziale Selektion an: Wer den verbleibenden Eigenanteil nicht aufbringen kann, nutzt weniger Tage als fachlich sinnvoll wäre.

Quelle/Hinweis: Eigene Berechnung auf Basis der § 41-Beträge 2025/2026 und der amtlichen Pflegesätze 2023 (Destatis Tab. 22412-15 und Berliner Tab. 3.13); Fahrdienstwert nach Berliner Einrichtungsangaben.

5.5 Zwei weitere Töpfe für die Tagespflege

Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI): 131 €/Monat ab Pflegegrad 1, gezielt einsetzbar für die nicht vom § 41-Budget gedeckten Posten (Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten). Nicht genutzte Beträge können angespart und im Übertragungszeitraum rückwirkend verwendet werden; keine Anrechnung auf Pflegegeld.

Gemeinsamer Jahresbetrag / „Entlastungsbudget“ (§ 42a SGB XI): Seit 1.7.2025 sind Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in einem flexiblen Jahresbetrag von 3.539 € zusammengefasst (ab Pflegegrad 2). Über die Verhinderungspflege lassen sich – ohne Anrechnung auf das § 41-Budget – zusätzliche Tagespflege-Tage finanzieren, wenn die private Pflegeperson verhindert ist; stundenweise Verhinderungspflege (unter 8 Std./Tag) kürzt zudem nicht das Pflegegeld. Für eine dauerhafte Erhöhung der Wochentage ist dieser Weg aber nur begrenzt geeignet, da der Jahresbetrag auch für Urlaubs- und Krankheitsvertretung reichen muss.

Begriffsabgrenzung: Entlastungsbetrag (§ 45b, 131 €/Monat) und Gemeinsamer Jahresbetrag (§ 42a, 3.539 €/Jahr) werden häufig verwechselt; sie haben unterschiedliche Höhe, Zwecke und Voraussetzungen, sind aber miteinander und mit dem § 41-Budget kombinierbar.

Quelle/Hinweis: §§ 42a, 45b SGB XI; Gemeinsames Rundschreiben SGB XI (04/2026); wir pflegen Berlin e.V., Finanzierungspapier 02.06.2026.

5.6 Auffangnetz: Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII)

Wer den verbleibenden Eigenanteil aus Einkommen und Vermögen nicht tragen kann, hat ab Pflegegrad 2 Anspruch auf Hilfe zur Pflege beim Sozialamt; sie gilt ausdrücklich auch für die teilstationäre Pflege und ist gegenüber den vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung nachrangig. Bei ambulanter und teilstationärer Pflege ist die Anrechnung deutlich milder als im Heim: Herangezogen wird nur das Einkommen oberhalb der Einkommensgrenze nach § 85 SGB XII (Grundbetrag 2026: 2 × 563

€ = 1.126 € plus angemessene Unterkunftskosten plus Familienzuschlag), und dies nur anteilig. Geschützt bleiben seit 2023 ein Schonvermögen von 10.000 € pro Person (20.000 € bei Paaren) sowie ein angemessenes Kfz und selbstbewohntes Hausgrundstück. Investitionskosten der Tagespflege trägt bei Anspruch der Sozialhilfeträger; Elternunterhalt erwachsener Kinder greift erst ab 100.000 € Jahresbruttoeinkommen.

Wie viele Menschen dieses Netz für die Tagespflege nutzen (neu aus dem Datenreport 2025): Nach dem Datenreport 2025 Pflege in Berlin bezogen 2024 in Berlin rund 180 Personen Hilfe zur Pflege für teilstationäre Pflege in Einrichtungen; davon rund 105 (58,3 %) mit und rund 75 (41,7 %) ohne begleitende Pflegeleistungen der Pflegeversicherung (Datenreport 2025, Tab. 40; Kategorisierung des Berichts). Die Zahl ist absolut klein, bestätigt aber, dass der teilstationäre Eigenanteil für einen Teil der Nutzenden nur über die Sozialhilfe tragbar ist. Sie markiert zugleich eine Untergrenze, weil sie nur die bewilligten Fälle erfasst – nicht die aus finanziellen Gründen gar nicht erst nachgefragte Nutzung (Zugangsbarriere, vgl. 5.7).

Hinweis: Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sind von den §§ 61 ff. SGB XII in der Regel ausgeschlossen (ggf. § 70/§ 73 SGB XII); ob dieser Ausschluss verfassungsrechtlich haltbar ist, ist umstritten.

Quelle/Hinweis: §§ 61 ff., 66a, 82, 85 SGB XII; wir pflegen Berlin e.V., Finanzierungspapier 02.06.2026 (mit weiteren Nachweisen); Datenreport 2025 Pflege in Berlin (SenWGP), Tab. 40 (Personen mit Hilfe zur Pflege in Einrichtungen nach Leistungsart, Berlin 2024).

5.7 Bewertung aus Sicht der Betroffenen

Leistungsrechtlich ist die Tagespflege gut konstruiert: ein eigenes, nicht anrechenbares Budget, kombinierbar mit Pflegegeld, Sachleistung und zwei weiteren Töpfen. In der Reichweite stößt sie jedoch an Grenzen. Die Pflegeversicherung ist ein Teilleistungssystem. Die Budgets sind seit 2017 real entwertet und bis 2028 eingefroren, während die Tagessätze – in Berlin ohnehin rund ein Viertel über dem Bundesschnitt – weiter steigen. Die Folge ist ein wachsender, immer verbleibender Eigenanteil für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten, der bei intensiver Nutzung und Fahrdienst leicht mehrere Hundert Euro im Monat erreicht. Für Pflegebedürftige mit niedrigem Pflegegrad oder mit hohem, mehrfach täglichem Unterstützungsbedarf, die zugleich keinen Tagespflegeplatz finden, entsteht so eine doppelte Benachteiligung. Damit wird der Eigenanteil – neben Fahrdienst, Öffnungszeiten und Matching – zu einer zentralen Zugangsbarriere und zu einem Faktor sozialer Selektion, den die Berliner Befragung empirisch ausleuchtet.

6 Verlauf und Ergebnisse des Fachgesprächs Tages-/Nachtpflege am 15.10.2025

Der Landespflegeausschuss (LPA) Berlin nutzt das Format des Fachgesprächs, um die Weiterentwicklung der Tagespflege zu befördern. Am 15. Oktober 2025 fand – moderiert und datenseitig vorbereitet durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (SenWGP) – das Fachgespräch zur Tagespflege in Berlin statt. wir pflegen Berlin e.V. war beteiligt und brachte ein Impulspapier aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und der pflegenden An- und Zugehörigen ein. Dieses Unterkapitel hält Ablauf und Ergebnisse fest. Es bildet die unmittelbare Vorgeschichte der Befragung.

6.1 Anlass und Ablauf

Das Fachgespräch adressierte eine konzeptionelle Leerstelle des Pflegeversicherungsrechts: Das SGB XI begründet einen individuellen – leistungsrechtlich begrenzten – Anspruch, aber keinen Anspruch auf eine bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur. Wegen des Vorrangs der häuslichen Pflege, der Marktorientierung und des Teilkaskoprinzips kennt das Gesetz weder Kennzahlen für eine gute Versorgungsstruktur noch verbindliche Steuerungsinstrumente; die „gemeinsame Verantwortung“ (§ 8 SGB XI) soll vor allem über „gemeinsame Empfehlungen“ der Landespflegeausschüsse (§ 8a SGB XI) eingelöst werden. Die Leitfragen lauteten entsprechend: Gibt es in Berlin derzeit ausreichend Tagespflegeplätze – und mit welchen Daten und Methoden lässt sich diese Frage überhaupt beantworten?

Das Fachgespräch war als Mischung aus Dateneinführung, moderierter Diskussion und zwei Blöcken Kleingruppenarbeit angelegt. Der Ablauf umfasste: (1) Begrüßung und Einführung, (2) Einführung in die Daten zur Tagespflege, (3) Diskussion zur Bestandsaufnahme, (4) Einführung in die Bestimmung von Richtwerten und richtwertebasierter Planung, (5) Kleingruppenarbeit zu Richtwerten (Block 1), (6) – nach einer Pause – Kleingruppenarbeit zu Möglichkeiten der gemeinsamen Planung (Block 2) sowie (7) Feedback, Verabredungen und Ausblick. An den Kleingruppen arbeiteten jeweils vier Tische mit Vertreterinnen und Vertretern der relevanten Akteursgruppen.

Quelle/Hinweis: SenWGP, Präsentation und Dokumentation zum LPA-Fachgespräch Tagespflege, 15.10.2025 (Folie „Ablauf“).

6.2 Datenbasis: zwei Sonderbefragungen der SenWGP (04.09.2025)

Zur Vorbereitung hatte die SenWGP am 4. September 2025 zwei Sonderbefragungen durchgeführt – eine bei allen 36 Berliner Pflegestützpunkten (PSP; vollständige Rücklaufquote) und eine bei den Berliner Tagespflegeeinrichtungen (Rücklauf 74 Einrichtungen bzw. 62 %).

Pflegestützpunkte: 86 % der 36 PSP hielten das Angebot an Tagespflegeplätzen zum Befragungszeitpunkt grundsätzlich für ausreichend, um den Bedarf im eigenen Bezirk zu decken. In fünf Bezirken stufte jeweils ein PSP das Angebot als nicht bedarfsdeckend ein (Friedrichshain-Kreuzberg, Marzahn-Hellersdorf, Mitte, Steglitz-Zehlendorf und ein weiterer). In einem PSP berichteten durchschnittlich zwei Ratsuchende pro Monat von Schwierigkeiten, einen Tagespflegeplatz zu finden. Für bestimmte Gruppen wurden besonders häufig Schwierigkeiten genannt, einen passenden Platz zu finden (Nennungen von 36 PSP): Nachtpflege (19; ≈ 53 %), Erwachsene von 18 bis 67 Jahren (18; ≈ 50 %), Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer (14; ≈ 39 %), bettlägerige Personen (10; ≈ 28 %), Kinder und Jugendliche (10; ≈ 28 %) sowie Demenzzranke (7; ≈ 19 %).

Tagespflegeeinrichtungen: Die durchschnittliche Auslastung lag 2024 bei rund 77 %. 41 % der Einrichtungen (30) führten eine Warteliste mit durchschnittlich 12 Personen. Die mittlere Auslastung streute erheblich zwischen den Bezirken:

Bezirk	Ø Auslastung 2024
Reinickendorf	88,0 %
Marzahn-Hellersdorf	85,0 %
Steglitz-Zehlendorf	84,6 %
Friedrichshain-Kreuzberg	83,0 %
Lichtenberg	80,6 %
Pankow	79,0 %
Mitte	75,6 %
Treptow-Köpenick	75,0 %
Tempelhof-Schöneberg	71,9 %
Spandau	70,8 %
Charlottenburg-Wilmersdorf	69,5 %
Neukölln	62,2 %
Berlin insgesamt	77,1 %

Hinweis zur Auslastung: Diese ~77 % sind die tatsächliche Kapazitätsauslastung der Plätze (Einrichtungsbefragung). Sie ist nicht zu verwechseln mit der „Auslastung“ von 198,5 % in der amtlichen Berliner Pflegestatistik, die ein Verhältnis vertraglich gebundener Personen zu Plätzen abbildet (Teilzeitarbeit; vgl. 4.2).

Befund (Passungsproblem): Eine durchschnittliche Auslastung von rund 77 % bei gleichzeitig bestehenden Wartelisten und einer niedrigen Inanspruchnahme (Berlin rund 2,6 je 100 Pflegebedürftige der PG 2–5, vgl. 4.3) wirkt zunächst widersprüchlich. Tatsächlich verweist die Konstellation auf ein Passungsproblem: Es gibt freie Kapazitäten, aber sie passen nicht immer zu den konkreten Bedarfen (Zeiten, Profil, Erreichbarkeit). Der zentrale Hebel ist damit nicht allein der Platzausbau, sondern die bessere Passung und Aktivierung des Bedarfs.

Quelle/Hinweis: SenWGP, Fachgespräch 15.10.2025, Umfragen vom 04.09.2025 (36 PSP / 74 Tagespflegeeinrichtungen).

6.3 Kleingruppenarbeit Block 1: Bedarf und Richtwerte

Der erste Block fragte, ob es geeignete Richtwerte zur Ermittlung des quantitativen Bedarfs (SOLL) an Tagespflegeplätzen gibt und ob Berlin derzeit ausreichend Plätze hat. Bei den Richtwert-Ansätzen schlugen die Tische vor, zunächst die Zielgruppe sauber zu definieren – über Einzugsbereich bzw. Anfahrtszeit, Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 im ambulanten Setting, lebensweltlich orientierte Räume (LOR), Ein-Personen-Haushalte und die Kohorte 65+ – und das tatsächliche Platzangebot als Platzzahl mal Öffnungstage je Einrichtung zu rechnen. Ergänzend wurden zielgruppenspezifische Fak-

toren (Kaufkraft, Umfeld) und eine Bedarfserhebung über Expertenbefragungen (PSP, Krankenhaussozialdienst, bezirkliche Netzwerke, Abrechnungsdaten der Kassen) sowie eine Befragung pflegender Angehöriger genannt.

Kriterien guter Richtwerte: Berücksichtigt werden sollten die Rahmenbedingungen (Fahrt bis 45 Minuten laut Rahmenvertrag, Kosten, Begleitperson bei Demenz oder Rollstuhl, Mobilitätsbarrieren, Parkmöglichkeiten) und das Leistungsrecht als Nachfragefaktor – ausdrücklich genannt wurde, dass der GKV-Betrag bei Pflegegrad 2 nur rund sieben Tage pro Monat trägt und der Eigenanteil von der Kaufkraft abhängt (vgl. die Reichweite-Analyse in Kapitel 5.4). Diskutiert wurde zudem die Abgrenzung der Zielgruppe (etwa der Ausschluss von Pflege-Wohngemeinschaften, rund 8.000 Personen; sehr hohe Pflegegrade und vollständig immobile Personen) sowie die Nutzerperspektive: Wer ist heute Gast, wer „sollte“ es sein, und wie viele gewünschte Belegungstage entfallen aus finanziellen Gründen?

Ausreichend Plätze? Die Tische betonten, dass Bedarf nicht gleich Nachfrage ist (Matching-Probleme und Zugangshürden), und verneinten überwiegend eine flächendeckende Bedarfsdeckung. Steigende Pflegesätze und Zuzahlungen könnten die Nachfrage sogar dämpfen. Regional sei das Bild heterogen (in Pankow eher zusätzlicher Bedarf, in Lichtenberg ausreichend). Übereinstimmend fehlten Angebote für psychisch Kranke (schwer zu betreuen, teils 1:1-Bedarf) und barrierefreie Transportlösungen für Rollstuhlfahrende; mit Blick auf Vereinsamung wurde ein hoher, bislang ungedeckter Bedarf vermutet.

Eigenanteil und soziale Selektion (Tisch 4): Konkret beziffert wurde der private Eigenanteil mit rund 31,60 € pro Besuchstag – bei vier Besuchstagen pro Woche also etwa 120 € wöchentlich bzw. rund 480 € monatlich. Daran wurde die Leitfrage geknüpft, ob diejenigen, die Tagespflege am dringendsten benötigen, sie auch erhalten: Gerade Alleinlebende ohne pflegende Angehörige (Berlin hat einen hohen Anteil an Single-Haushalten) seien besonders auf das Angebot angewiesen, könnten den Eigenanteil aber am wenigsten tragen. Beim Fahrdienst wurde die Barriere „nur bis zur Bordsteinkante“ benannt; als Lösungsansätze wurden individuelle Treppensteighilfen sowie eine Schnittstelle zu Wohnen und Verkehr genannt. Als methodischer Weg zur Bedarfsableitung wurde – neben Experten- und Angehörigenbefragungen – die Zusammenführung von Leistungs- und Versichertendaten der Pflegekassen vorgeschlagen.

Quelle/Hinweis: SenWGP/LPA, Auswertung der Kleingruppenarbeit Block 1 (Tische 1–4), Fachgespräch 15.10.2025.

6.4 Kleingruppenarbeit Block 2: Möglichkeiten gemeinsamer Planung

Der zweite Block fragte, wer bei einer identifizierten Unterversorgung künftig welchen Beitrag leisten kann. Die Ergebnisse lassen sich nach Akteuren bündeln:

Akteur	Möglicher Beitrag (Kleingruppen, Tische 1–4)
Einrichtung (Tagespflege)	Öffnungszeiten ausweiten; Öffnung ins Quartier; Beratung und Werbung; freie Plätze an eine Datenbank melden (z. B. QVNIA.de); Platzanfragen an andere Tagespflegen weitergeben.
Träger	Neueröffnungen; geeignete Immobilien/Flächen erschließen; alternative Begleit-/Fahrservices; freie Kapazitäten in spezielle Angebote umwandeln.

Akteur	Möglicher Beitrag (Kleingruppen, Tische 1–4)
Verbände	Trägerspezifische Beratung zu Kooperationen; Schnittstellenfunktion zwischen Bezirk und Land.
Pflegestützpunkte	Zugänglichkeit erhöhen; Beratung über Leistungsangebot und -ansprüche (kann Nachfrage aktivieren).
Pflegekassen	Flexiblere Vergütungsverhandlung und Parameter; Flexibilität bei der Überplanung; Daten liefern; Modellangebote für besondere Gruppen erproben (Vergütung); Zulassung/Bedarfsberücksichtigung; Versorgungsauftrag wahrnehmen.
Bezirk	Koordination und Schnittstelle; Bauleitplanung/Stadtentwicklung; Ausnahmegenehmigungen im Verkehr für den Fahrdienst; Pflegestrukturplanung/SIKO; Versorgungsverpflichtung des Sozialhilfeträgers.
Land	Pflege in Stadtentwicklung/SIKO berücksichtigen; WTG und Heimaufsicht flexibilisieren; WTG-Bauverordnung entschlacken (flexible Platzzahl); flexible Belegung ermöglichen; Ordnungsrecht auf das Notwendige (Brandschutz etc.) fokussieren; Monitoring/Zahlen bereitstellen.

Die anschließenden Leitfragen zur konkreten Aushandlung, Überwachung und Form der Vereinbarungen (verbindliche Strukturen) wurden im verfügbaren Zeitrahmen nicht mehr schriftlich bearbeitet – hier besteht für die Folgearbeit des LPA der eigentliche Hebel.

Konkrete Instrumente: Als Werkzeuge zur besseren Vermittlung wurden Platzbörsen für freie Tagespflegeplätze genannt – mit den Vorbildern Heimfinder NRW sowie Lösungen wie ReCare (Vermittlung über Pflegestützpunkte) und den bezirklichen Netzwerken (z. B. QVNIA). Voraussetzung ist, dass Anbieter freie Plätze melden; die im PUEG zunächst geplante bundesweite Informationsplattform wurde nach Widerstand der Anbieter zurückgezogen. Als Logikkette wurde betont: Die Pflegekassen haben einen Versorgungsauftrag und schließen Versorgungsverträge; jeder Versorgungsvertrag braucht einen Träger, und dieser eine auskömmliche Belegung, Personal, geeignete Immobilien und eine tragfähige Finanzierung.

Quelle/Hinweis: SenWGP/LPA, Auswertung der Kleingruppenarbeit Block 2, Fachgespräch 15.10.2025 (eigene Bündelung nach Akteuren).

6.5 Einordnung durch wir pflegen Berlin e.V.

In seinem Impulspapier (Stand 14.10.2025) hob der Landesverein die hohe Bedeutung der Tagespflege für Pflegebedürftige, für (berufstätige) pflegende An- und Zugehörige und für das Versorgungssystem hervor und benannte zugleich die zentralen Zugangsbarrieren aus Betroffenenensicht: überfordernde Eigenanteile, ein unzureichend gesicherter Fahrdienst (bis zur Bordsteinkante, fehlende Treppenhilfen), Matching-Probleme zwischen Bedarf und Angebot (Zielgruppe, Öffnungs- und Bringzeiten, fehlende Wochenend- und Nachtangebote) sowie Defizite in Information, Beratung und Vermittlung.

Besonders hervorgehoben wurde eine leistungsrechtliche Schieflage: Der Tagespflege-Anspruch lässt sich nicht in ambulante Sachleistung umwandeln. Pflegebedürftige mit hohem, mehrfach täglichem Unterstützungsbedarf, die keinen Tagespflegeplatz finden, müssen den ambulanten Dienst ersatzweise privat finanzieren – mit Eigenanteilen von teils 3.000 bis 4.000 € im Monat, da es in der

häuslichen Pflege keine Eigenanteils-Deckelung wie im Heim gibt. Als Lösungsansatz brachte der Verein eine Platzbörse für freie Tagespflegeplätze ins Gespräch (Vorbild Heimfinder NRW) und warf die Verteilungsfrage auf, wer bei knappen Plätzen Vorrang haben soll (z. B. Berufstätige, Alleinerziehende, Schichtarbeitende, einkommensschwache Pflegehaushalte).

Vor allem aber verwies der Landesverein auf die fehlende bedarfsorientierte Datengrundlage und forderte eine strukturierte, quartiersbezogene Erhebung der Bedarfe – insbesondere eine Befragung der pflegenden An- und Zugehörigen. Genau diese Lücke schließt die im vorliegenden Bericht ausgewertete Befragung.

Quelle/Hinweis: wir pflegen Berlin e.V., Impuls-/Vorbereitungspapier „Beförderung eines bedarfsorientierten Tagespflegeangebots“ (14.10.2025); Informationsblatt 9 der Berliner Pflegestützpunkte; Stellungnahme zum LPP 2025, Kap. 3.9.

6.6 Befunde und Ausblick

Das Fachgespräch zog ein Fazit, das den Ausgangspunkt der Befragung markiert: Auf Grundlage der vorhandenen Daten und Methoden lässt sich der Bedarf an Tagespflege nicht exakt quantifizieren. Die Einschätzung der Pflegestützpunkte und die Auslastung der Einrichtungen sind Indikatoren dafür, dass der Bedarf in gesamtstädtischer Betrachtung aktuell gedeckt erscheint. Der Vergleich der Berliner Versorgungsquote mit dem Bundesdurchschnitt (1,54 zu 2,59) ist zugleich ein Indikator dafür, dass Berlin tendenziell zu wenige Plätze vorhält – am wenigsten in Reinickendorf. Für Erwachsene im Alter von 18 bis 67 Jahren fehlen spezifische Angebote weitgehend, und aufgrund des demografischen Wandels wird der Bedarf in den kommenden Jahren zunehmen.

Damit legte das Fachgespräch ein Spannungsverhältnis offen: Während das Angebot gesamtstädtisch als gegenwärtig bedarfsdeckend eingeschätzt wird, verweisen dieselben Befragungen und die Kleingruppen auf reale Versorgungslücken – bei Nachtpflege, jüngeren Pflegebedürftigen, psychisch Erkrankten, Rollstuhlfahrenden und bettlägerigen Personen, bei Wochenend- und Randzeiten sowie auf erhebliche Bezirksunterschiede. Bedarf und Nachfrage fallen auseinander, weil Matching-Hürden, Fahrdienst und Eigenanteile den Zugang begrenzen (Passungsproblem). In der Diskussion wurden zudem die schwierige Beförderung Rollstuhlfahrender (oft zwei Personen zur Abholung nötig), steigende Tagessätze und Zuzahlungen mit der Gefahr sozialer Selektion sowie der niedrige Bekanntheitsgrad der Tagespflege hervorgehoben; zugleich wurde ihr Beitrag zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gewürdigt. Übereinstimmend wurde der Bedarf an einer besseren, bedarfsorientierten und quartiersbezogenen Datengrundlage benannt. Die offen gebliebene Frage nach verbindlichen Strukturen der Zusammenarbeit und die von wir pflegen Berlin angeregte Angehörigenbefragung markieren die Anschlussaufgaben – Letztere ist mit der vorliegenden Erhebung aufgegriffen. Der Abgleich der Befragungsergebnisse mit den hier dargestellten Daten und Einschätzungen erfolgt in den darauf aufbauenden Kapiteln; das Thema Information und Beratung wird gesondert vertieft.

7 Konzeption, Vorbereitung und Kooperationspartner der Befragung

Dieses Kapitel beschreibt, mit welcher Zielsetzung die Befragung angelegt wurde, wie sie vorbereitet und das Erhebungsinstrument entwickelt wurde und wie der Landesverein um die Mitwirkung von Kooperationspartnern – allen voran der Mitglieder des Landespflegeausschusses (LPA) – geworben hat. Es schließt unmittelbar an das Fachgespräch (Kapitel 6) an und bildet die Brücke zur Auswertung der Befragungsergebnisse.

7.1 Konzeptionelle Grundlagen und Ziele

Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung gehört zu den zentralen Berliner Themen der kommenden Jahre. Tagespflegen können dazu einen wichtigen Beitrag leisten für:

- Pflegebedürftige (Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, Förderung von Fähigkeiten, soziale Teilhabe, Prävention von Vereinsamung, Verzögerung, Vermeidung oder Brücke zur vollstationären Pflege),
- (berufstätige) pflegende An- und Zugehörige (Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, Absicherung von Erwerbstätigkeit und Alterssicherung, Entlastung und Resilienz) und für
- das Versorgungssystem (höherer Betreuungsschlüssel als die Einzelbetreuung zu Hause, Entlastung der ambulanten Dienste).

Gleichwohl nutzt in Berlin – wie bundesweit – nur ein kleiner Teil der Anspruchsberechtigten die Leistung; die Tagespflege führt ein „Schattendasein“, obwohl alle zu Hause versorgten Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 einen Rechtsanspruch haben, wenn die leistungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

Die vorhandenen Daten und empirischen Erfahrungen – etwa der Pflegestützpunkte – haben vor allem Aussagewert zur Inanspruchnahme, sind aber keine belastbare Grundlage für strategische Planung. Es ist nur begrenzt bekannt, wer die Tagespflege aus welchen Gründen nutzt und wie wichtig sie für die individuelle Absicherung der Pflege ist; noch weniger ist bekannt, wie viele Pflegebedürftige trotz Bedarf keinen Platz erhalten und woran das liegt.

Hinzu kommen die in Kapitel 3.5 beschriebenen Forschungslücken – insbesondere zu jüngeren Pflegebedürftigen und spezifischen Zielgruppen, zur Nachtpflege, zu regionalen Bedarfs- und Steuerungsfragen sowie zur Rolle von Eigenanteilen und Fahrdiensten als Zugangsbarrieren. Genau diese Lücken adressiert die Berliner Befragung aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen.

Handlungsleitend waren zudem die Einschätzung des Landesvereins, dass es für die Versorgungssicherung eines aus der konkreten Versorgungssituation abgeleiteten, datengesicherten Monitorings bedarf (Projektskizze „Befragung zur Situation in der häuslichen Pflege in Berlin“), die Ausführungen des Landespflegeplans 2025 (Kap. 3.5.4.2) und der Stellungnahme des Landesvereins dazu (Kap. 3.9), die Vorbereitung sowie Verlauf und Ergebnisse des Fachgesprächs vom 15.10.2025 sowie Hinweise Betroffener. Bestärkt wurde das Vorhaben durch den Bund-Länder-Bericht „Zukunftspakt Pflege“ (Dezember 2025), der in Ziffer 3.2 ausdrücklich eine Studie zur Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege und zu Verbesserungen der Angebotsstruktur anmahnt.

Als strukturelle Probleme, für die Lösungen entwickelt werden müssen, benennt das Konzept insbesondere die Platzvergabe, die vielfach nicht dem Bedarf folgt: Bei hohem oder sehr individuellem Pflegebedarf werden tendenziell weniger fordernde Gäste bevorzugt aufgenommen – eine Zugangsselektion, die einer „Pflege-Triage“ nahekommmt. Benachteiligt sind nach vorliegenden Hinweisen demenziell Erkrankte mit herausforderndem Verhalten (Hinlaufftendenz), psychisch Kranke, jüngere Pflegebedürftige mit somatischen Beeinträchtigungen, Menschen mit umfangreichem und komplexem Pflegebedarf sowie ältere Menschen mit geistiger Behinderung. Hinzu kommt die fehlende Umwandelbarkeit des Tagespflege-Anspruchs (vgl. 5.1/6.5): Wer keinen Platz findet, muss ambulante Mehrfacheinsätze unter Umständen mit 3.000 bis 4.000 € Eigenanteil monatlich selbst tragen, da es in der häuslichen Pflege keine Eigenanteilsdeckelung gibt.

Vor diesem Hintergrund verfolgt die Befragung Ziele auf vier Ebenen:

- **Inhaltlich:** Erhöhung des Bekanntheitsgrads und Beförderung der Inanspruchnahme; Erkenntnisse zur derzeitigen Inanspruchnahme, zu Art und Umfang nicht gedeckter Bedarfe und ihren Gründen, zu fördernden und hemmenden Faktoren, zu Entwicklungsbedarfen sowie zu Stärken und Schwächen des Informations- und Beratungsangebots; Erweiterung des Wissens zur Versorgungslage in der häuslichen Versorgung.
- **Methodisch:** Erprobung und Weiterentwicklung des Erhebungsinstruments sowie Optimierung der Zusammenarbeit mit wichtigen Kooperationspartnern.
- **Partizipativ:** Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige können ihre Erfahrungen und Wünsche unmittelbar in die Weiterentwicklung des Angebots einbringen.
- **Handlungsorientiert:** Die Ergebnisse sollen allen beteiligten Akteuren Impulse für ein bedarfsgerechteres Angebot geben und Empfehlungen ermöglichen, wer auf welche Weise mitwirkt, Angebotslücken zu schließen.

Quelle/Hinweis: wir pflegen Berlin e.V., „Konzeptionelle Grundlagen der Befragung“ sowie Informationsschreiben an den LPA vom 17.04.2026; Landespflegeplan 2025 (Kap. 3.5.4.2); Stellungnahme zum LPP (Kap. 3.9); Bund-Länder-AG „Zukunftspakt Pflege“ (11.12.2025), Ziffer 3.2.

7.2 Erhebungsinstrument und Vorbereitung

Die Erhebung ist als anonyme Online-Befragung angelegt (Plattform umfrage.wir-pflegen.berlin) und richtet sich an Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige in Berlin – ausdrücklich an Nutzende wie Nicht-Nutzende, da gerade die Nicht-Inanspruchnahme aufschlussreich ist. Sie lief ab Februar 2026; der Erhebungszeitraum wurde bis zum 31.05.2026 verlängert. Das Ausfüllen dauerte je nach Detailtiefe zwischen 5 und 30 Minuten.

Der Fragebogen wurde bewusst breit angelegt und umfasst 316 Erhebungsmerkmale auf sieben Seiten – Ausdruck des Anspruchs, mehrere Zielsetzungen zugleich zu verfolgen. In die Konzeptionierung flossen Hinweise zahlreicher LPA-Mitglieder und Fachleute ein: aus der Wissenschaft (Prof. Andreas Büscher, Dr. Florian Fischer), den zuständigen Verwaltungen auf Landes- und Bundesebene (SenWGP, BMG), der Anbieterseite (Marco Peschke, Damaris Koch-Christen, Andreas Becker), der Mitgliedergruppe 1 (Prof. Sinja Meyer-Rötz, Frau Stickel [KPE], Herr Metzging), der pflegeergänzenden Beratungsinfrastruktur (Pflegestützpunkte) sowie von Vereinsmitgliedern. Das Angebot, den Fragebogen zusätzlich mit den Fachausschüssen der Anbieterseite (Ambulante Pflege bzw. Altenhilfe/stationäre Pflege) zu besprechen, wurde nicht aufgegriffen. Zwei fachlich berechtigte Vorschläge – die

Nachtpflege eigenständig abzufragen und Pflegebedürftige sowie Angehörige getrennt zu befragen – wurden bewusst nicht umgesetzt, um den Umfang nicht weiter zu vergrößern.

Die Teilnahmeentwicklung wurde laufend beobachtet:

Stand	Teilnahmen	vollständig abgeschlossen	Abschlussquote
27.02.2026	67	10	14,9 %
10.03.2026	127	21	16,5 %
15.03.2026	144	25	17,4 %
01.04.2026	164	30	18,3 %
17.04.2026	167	31	18,6 %

Einordnung: Reichweite und Bewältigbarkeit sind zwei verschiedene Fragen. Bei einem offenen Befragungslink ohne definierten Adressatenkreis lässt sich eine klassische Rücklaufquote nicht berechnen; zu unterscheiden sind die Reichweite (Zahl der erreichten und gestarteten Teilnahmen, am Ende 183 Datensätze) und die Abschlussquote unter den Startenden (zum Stand 17.04.2026: 31 von 167, 18,6 %; Anlage 3). Beide Kennzahlen haben unterschiedliche Ursachen – und verlangen deshalb getrennte Bewertungen.

Erstens die Bewältigbarkeit: Die vollständig ausgefüllten Fragebögen belegen aus Sicht des Landesvereins, dass auch ein Instrument dieses Umfangs und dieser Komplexität von thematisch stark involvierten Teilnehmenden gut bewältigt werden kann – Dutzende Betroffene haben 316 Erhebungsmerkmale vollständig durchgearbeitet, viele mit ausführlichen Freitextantworten von hoher Qualität. Zugleich gilt die Gegenseite: Für Teilnehmende mit geringerer thematischer Bindung – und erst recht für Hauptpflegepersonen, deren Zeitbudgets ein voller oder übervoller Pflegealltag aufzehrt – wirkten Umfang und Komplexität real als Abbruchgrund. Beide Lesarten widersprechen sich nicht: Sie beschreiben zwei Segmente derselben Zielgruppe. Die Konsequenz ist deshalb nicht, komplexe Erhebungen aufzugeben. Überlegt werden könnte allerdings, künftig beides anzubieten – ein kurzes Kerninstrument für die breite Teilnahme und Vertiefungsmodule für die, die mehr beitragen wollen.

Zweitens der Vergleichsmaßstab: Hohe Abbruchquoten bei langen Online-Instrumenten sind kein Berliner Sonderfall, sondern der methodische Normalfall. Die experimentelle Forschung zeigt, dass die Abbruchraten bereits in allgemeinen Bevölkerungsgruppen mit der Länge steil steigen – rund 32 % bei zehn, 43 % bei zwanzig und 53 % bei dreißig Minuten Bearbeitungszeit (Galesic/Bosnjak 2009) –, dass die Teilnahmebereitschaft ab etwa 13 Minuten angekündigter Dauer deutlich sinkt (Andreadis/Kartsounidou 2020) und dass lange Instrumente auch die Startbereitschaft drücken (Marcus u. a. 2007). Die Methodenliteratur empfiehlt als Faustregel höchstens rund 20 Minuten Befragungszeit. Vor diesem Hintergrund ist die hiesige Abbruchquote von rund 81 % zwar erhöht, aber erklärbar: ein Instrument am oberen Rand des Üblichen (bis über 30 Minuten), ein offener Link ohne Erinnerungs- und Anreizmechanik – und eine Zielgruppe, die zu den am stärksten zeitbelasteten überhaupt gehört. Zum Vergleich: Die mittlere Rücklaufquote von Online-Befragungen mit definiertem, direkt einladbarem Adressatenkreis liegt in einer Meta-Analyse über 1.071 Erhebungen bei rund 44 % (Wu u. a. 2022) – eine Ausgangslage, die einer offenen Betroffenenbefragung ohne Adressdatenbasis strukturell nicht zur Verfügung steht.

Drittens die Reichweite als eigentlicher Engpass: Die absolute Zahl vollständiger Fragebögen hängt in erster Linie von der Zahl der erreichten Personen ab. Um Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige zu erreichen, benötigte der Landesverein zwingend die Unterstützung anderer Akteure. Die Bedeutung der Unterstützung durch die Mitglieder des Landespflegeausschusses war in der Sitzung am 10.03.2026 und mit der nachgereichten Information vom 17.04.2026 herausgestellt und adressatenspezifisch erbeten worden (Anlage 3). Hier nutzten nach Einschätzung des Landesvereins nicht alle Mitglieder ihre Möglichkeiten. Belastbare Belege liegen hierzu allerdings nur begrenzt vor. Wie bereits im April 2026 avisiert, wird die Unterstützung durch die LPA-Mitglieder deshalb Gegenstand der gemeinsamen Schlussbewertung sein (Schwerpunkt „Zusammenarbeit im LPA“ des Aus- und Bewertungstools).

Für die Bewertung der Ergebnisse folgt daraus: Die niedrige absolute Fallzahl mindert die Reichweite der Aussagen (Richtungsaussagen statt repräsentativer Quoten), sie diskreditiert aber weder das Instrument noch die Qualität der vorliegenden Antworten – und sie ist zu einem wesentlichen Teil eine Frage der Mobilisierung, nicht der Methode.

Der Landesverein schaltete in der „Berliner Woche“, einem Medium mit einer sehr hohen Auflage, eine Anzeige. Eine spürbare Wirkung konnte nicht festgestellt werden. Die Bitte an die Berliner Tagespresse, auf die Befragung aufmerksam zu machen und für eine Beteiligung zu werben, fand keine Resonanz. Rückmeldungen ließen erkennen, dass es erst dann Interesse gibt, zu berichten, wenn (verwertbare) Ergebnisse vorliegen. Dies ist aus Sicht des Landesvereins ausgesprochen bedauerlich.

Quelle/Hinweis: Galesic, M./Bosnjak, M. (2009): Effects of questionnaire length on participation and indicators of response quality in a web survey, Public Opinion Quarterly 73, 349–360; Marcus, B. u. a. (2007): Compensating for low topic interest and long surveys, Social Science Computer Review 25, 372–383; Andreadis, I./Kartsounidou, E. (2020); Wu, M.-J./Zhao, K./Fils-Aime, F. (2022): Response rates of online surveys in published research – a meta-analysis (mittlere Rücklaufquote 44,1 %). Bewertungen in diesem Abschnitt: Einschätzungen des Landesvereins.

Quelle/Hinweis: wir pflegen Berlin e.V., Informationsschreiben an den LPA vom 17.04.2026 (Abschnitte Befragungskonzept, Teilnahmeentwicklung, Zwischenauswertungen); Kurzinformation und Postkarte zur Befragung.

7.3 Akquise und Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern

Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sind erfahrungsgemäß schwer zu erreichen, und die eigenen Reichweitenmöglichkeiten des Landesvereins sind begrenzt. Der Verein bat deshalb breit und adressatenspezifisch um Unterstützung – mit besonderem Gewicht auf den Mitgliedern des LPA. Die Ansprache erfolgte gestaffelt ab dem 9. Februar 2026 (Verteiler „Bitte um Unterstützung“) und richtete sich an die Vorsitzenden des LPA, die Pflegekassen, die SenWGP, die Pflegebeauftragte, die Verbände der Leistungserbringer und die LIGA-Fachausschüsse, das Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung (KPE/AuA), die Pflegestützpunkte und den Medizinischen Dienst sowie an weitere Multiplikatoren – den Landesseniorenbeirat mit seiner AG Gesundheit und Pflege, den Landesbeirat für Menschen mit Behinderung und die Stadtteilzentren, Nachbarschaftshäuser und Selbsthilfekontaktstellen (über KPE und SenASGIVA). Je Adressat wurden passende Unterstützungsformen vorgeschlagen:

Adressat (Auswahl)	Angefragte Unterstützung (Auswahl)
LPA-Vorsitz (vdek; DWBO)	Werbung für Unterstützung bei weiteren LPA-Mitgliedern; Verlinkung; Multiplikation in Austauschformaten.
Pflegekassen	Hinweise im Rahmen der Sachleistungseinsätze und der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI; Verlinkung; Mitgliederinformationen; Pressemitteilung.
SenWGP / Pflegebeauftragte	Hinweis und Werbung in der Verwaltung und in der Mitgliedergruppe 1; Newsletter; Pressemitteilung.
Verbände der LE / LIGA (bpa, dpw, AWO u. a.)	Austausch in den LIGA-Fachausschüssen Ambulante Pflege und Altenhilfe/stationäre Pflege und in Verbands-Fachausschüssen; gezielte Ansprache in den Tagespflegen; Mitgliederbriefe; Verlinkung; PM.
KPE / AuA / KomPU	Gezielte Ansprache in Angehörigengruppen, Selbsthilfeangeboten und der Angehörigenunterstützung; Newsletter; Erreichen von Menschen mit Migrationshintergrund; Einbindung der Stadtteilzentren.
Pflegestützpunkte	Gezielte Ansprache im Rahmen von Information und Beratung; Verlinkung auf der Webseite.
Beiräte / Multiplikatoren	Landesseniorenbeirat (AG Gesundheit und Pflege), Landesbeirat für Menschen mit Behinderung, LSBB/LSV: Multiplikation, Verlinkung, PM, Mitgliederinformationen.

Eigene Maßnahmen des Landesvereins: Information der Mitglieder; Veröffentlichung und sukzessive Überarbeitung der Ansprache auf der Webseite samt Freigabe des Bearbeitungsumfangs; eine ab dem 10.03.2026 verteilte Postkarte und eine Kurzinformation zur Weitergabe an Betroffene; KI-gestützte Zwischenauswertungen als Handouts; eine vertiefte schriftliche Information an alle LPA-Mitglieder (17.04.2026); die Verlängerung des Erhebungszeitraums bis zum 31.05.2026; sowie eine gezielte Presseansprache (Presseinformation vom 11.05.2026).

Einbindung in den LPA: Die Bitte um Unterstützung wurde mehrfach erneuert – in der LPA-Sitzung am 10.03.2026 (für die ein vertiefter Austausch zeitlich nicht möglich war), schriftlich am 17.04.2026 und mit Blick auf die Sitzung am 01.06.2026, für die der Landesverein einen Tagesordnungspunkt „Befragung Tages-/Nachtpflege: Berichterstattung zum Stand und Abstimmung der weiteren Vorgehensweise“ beantragte. Die abschließende Bewertung der Ergebnisse soll gemeinsam im LPA erfolgen.

Quelle/Hinweis: wir pflegen Berlin e.V., Verteiler „Bitte um Unterstützung Befragung Tagespflege“ (Ansprache ab 09.02.2026); Informationsschreiben an den LPA (17.04.2026); Presseinformation (11.05.2026); Kurzinformation und Postkarte zur Befragung.

7.4 Auftakt einer Befragungsserie

Der Landesverein betrachtete die Befragung zur Tages- und Nachtpflege als einen Einstieg in eine Serie von Online-Befragungen; als nächsten Gegenstand schlug der Landesverein die Kurzzeitpflege vor.

Von vornherein war beabsichtigt, das Know-how zur Gestaltung von Befragungen systematisch zu erweitern – sowohl beim Erhebungsinstrument als auch bei der Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern, denen aus Sicht des Vereins eine zentrale Bedeutung zukommt.

Erste Überlegungen diesbezüglich sind:

- den Zielkatalog überarbeiten, präzisieren und reduzieren;
- den unmittelbaren Nutzen für die Zielgruppe stärker herausstellen;
- Art und Umfang des Fragenkatalogs vorab schärfer klären (welche Erkenntnisse sind entscheidungsrelevant, welche nur über eine Befragung zu gewinnen?) und gegebenenfalls auf wenige Kernfragen reduzieren;
- KI im Vorfeld stärker nutzen – etwa für eine frühzeitig mitgedachte Fassung in Einfacher Sprache;
- die Zusammenarbeit mit den wichtigsten Kooperationspartnern intensivieren: Unterstützungsbereitschaft frühzeitig klären, den zeitlichen Vorlauf erweitern und die Öffentlichkeitsarbeit gezielt abstimmen.

Die abschließende Bewertung soll gemeinsam im LPA vorgenommen werden, mit den Schwerpunkten fachlich-inhaltliche Ergebnisse und Schlussfolgerungen, Erkenntnisse für den weiteren Umgang mit dem Instrument Befragung sowie Zusammenarbeit im LPA.

Der Landesverein schlägt vor, die Auswertung der Fragebögen weiterhin KI-gestützt vorzunehmen.

Die inhaltlichen Schlussfolgerungen aus der Befragung – von der Einordnung der niedrigen Inanspruchnahme bis zu den Anforderungen an Ausbau, Finanzierung und Planung – sind in Kapitel 8 (insbesondere 8.6.5) dargestellt und werden in den Kapiteln 14 bis 16 zusammengeführt.

Quelle/Hinweis: wir pflegen Berlin e.V., „Konzeptionelle Grundlagen der Befragung“ (Abschnitte zur Befragungsserie und zur abschließenden Bewertung im LPA); Informationsschreiben an den LPA vom 17.04.2026.

8 Befragungsergebnisse zur Situation in der häuslichen Pflege

Die häusliche Versorgungssituation ist der Ausgangspunkt jeder Bewertung der Tages-/Nachtpflege: Sie bestimmt Entlastungs- und Förderbedarf sowie die zeitlichen und finanziellen Spielräume.

8.1 Soziodemografie der Pflegebedürftigen (n ≈ 32–35)

8.1.1 Befunde der Befragung

E1 · Alter des/der Pflegebedürftigen

Basis: 35 gültige Antworten (ohne Angabe: 148).

Antwort	n	Anteil
19-29	2	5,7 %
46-65	4	11,4 %
66-75	3	8,6 %
76-85	11	31,4 %
Über 85	15	42,9 %

Häufigste Angabe: „Über 85“ (n=15; 42,9 % der gültigen Antworten).

E2 · Geschlecht

Basis: 34 gültige Antworten (ohne Angabe: 149).

Antwort	n	Anteil
weiblich	19	55,9 %
männlich	15	44,1 %

Häufigste Angabe: „weiblich“ (n=19; 55,9 % der gültigen Antworten).

E3 · Familienstand

Basis: 34 gültige Antworten (ohne Angabe: 149).

Antwort	n	Anteil
verheiratet / Partnerschaft	17	50,0 %
verwitwet	10	29,4 %
geschieden	6	17,6 %
ledig	1	2,9 %

Häufigste Angabe: „verheiratet / Partnerschaft“ (n=17; 50,0 % der gültigen Antworten).

E4 · Pflegeversicherung

Basis: 35 gültige Antworten (ohne Angabe: 148).

Antwort	n	Anteil
gesetzlich	31	88,6 %
privat	4	11,4 %

Häufigste Angabe: „gesetzlich“ (n=31; 88,6 % der gültigen Antworten).

E5 · Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen

Basis: 9 gültige Antworten (ohne Angabe: 174).

Antwort	n	Anteil
Sonstiges	7	77,8 %
Migrationshintergrund	1	11,1 %
LSBTI	1	11,1 %

Häufigste Angabe: „Sonstiges“ (n=7; 77,8 % der gültigen Antworten).

E6 · Schwerbehindertenausweis vorhanden?

Basis: 34 gültige Antworten (ohne Angabe: 149).

Antwort	n	Anteil
Ja	23	67,6 %
Nein	10	29,4 %
Keine Angabe	1	2,9 %

Häufigste Angabe: „Ja“ (n=23; 67,6 % der gültigen Antworten).

E7 · Grad der Behinderung (GdB)

Basis: 25 gültige Antworten (ohne Angabe: 158).

Antwort	n	Anteil
30/40	1	4,0 %
Keine Angabe	1	4,0 %
100	9	36,0 %
80	5	20,0 %
90	4	16,0 %
60	3	12,0 %
70	1	4,0 %
50	1	4,0 %

Häufigste Angabe: „100“ (n=9; 36,0 % der gültigen Antworten).

E8 · Merkzeichen

Basis: 23 gültige Antworten (ohne Angabe: 160).

Antwort	n	Anteil
G	7	30,4 %
B	5	21,7 %
aG	4	17,4 %
H	4	17,4 %
Keine Angabe	3	13,0 %

Häufigste Angabe: „G“ (n=7; 30,4 % der gültigen Antworten).

E9 · Wohnort (Bezirk)

Basis: 32 gültige Antworten (ohne Angabe: 151).

Antwort	n	Anteil
Charlottenburg-Wilmersdorf	7	21,9 %
Steglitz-Zehlendorf	4	12,5 %
Pankow	4	12,5 %
Tempelhof-Schöneberg	4	12,5 %
Treptow-Köpenick	4	12,5 %
Neukölln	3	9,4 %
Lichtenberg	2	6,3 %
Marzahn-Hellersdorf	1	3,1 %
Friedrichshain-Kreuzberg	1	3,1 %
Reinickendorf	1	3,1 %
Mitte	1	3,1 %

Häufigste Angabe: „Charlottenburg-Wilmersdorf“ (n=7; 21,9 % der gültigen Antworten).

E10 · Wohnform

Basis: 34 gültige Antworten (ohne Angabe: 149).

Antwort	n	Anteil
Mit Partner/in im eigenen Haushalt	15	44,1 %
Alleinlebend im eigenen Haushalt	14	41,2 %
Mit anderen Familienangehörigen im eigenen Haushalt	5	14,7 %

Häufigste Angabe: „Mit Partner/in im eigenen Haushalt“ (n=15; 44,1 % der gültigen Antworten).

Offene Angaben (anonymisiert):

- *Schwerbehinderung alles außer taub und blind mit Begleitperson...*
- *Tägl Versorgung durch die Tochter*
- *Mein Mann ist seit 2023 im Pflegeheim, weil ich mich überfordert fühlte von einem 24-Std.-Tag 365 Tage/Jahr*

E11 · Pflegegrad

Basis: 34 gültige Antworten (ohne Angabe: 149).

Antwort	n	Anteil
3.0	12	35,3 %
4.0	10	29,4 %
2.0	9	26,5 %
5.0	3	8,8 %

Häufigste Angabe: „3.0“ (n=12; 35,3 % der gültigen Antworten).

E12 · Seit wie vielen Jahren liegt der Pflegegrad vor?

Basis: 35 gültige Antworten (ohne Angabe: 148).

Antwort	n	Anteil
Unter 1	4	11,4 %
1-2	14	40,0 %
3-5	9	25,7 %
6-10	6	17,1 %
16-20	1	2,9 %
Über 20	1	2,9 %

Häufigste Angabe: „1-2“ (n=14; 40,0 % der gültigen Antworten).

E13 · Welche Erkrankungen/Beeinträchtigungen liegen vor? (Mehrfachnennung)

Basis: 49 Personen, die diese Itematterie bearbeitet haben.

Nennung / Item	n	Anteil*
Körperliche Beeinträchtigung / Mobilitätseinschränkung	20	40,8 %
Demenz	15	30,6 %
Herz-Kreislauf-Erkrankung	13	26,5 %
Seh-/ Hörbeeinträchtigung	12	24,5 %
Parkinson	10	20,4 %
Kognitive Beeinträchtigung / Mehrfachbehinderung	9	18,4 %
Altersschwäche ohne spezifische Diagnose	8	16,3 %

Nennung / Item	n	Anteil*
Schlaganfall / neurologische Erkrankung	6	12,2 %
Psychische Erkrankung (z.B. Depression, Schizophrenie)	4	8,2 %
Diabetes	4	8,2 %
Krebs	3	6,1 %
COPD / Lungenerkrankung	2	4,1 %
Chronische Erkrankung bzw. Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen (Sel-tene Erkrankung)	1	2,0 %

* Anteil der Personen, die das Item bejaht haben (Basis: bearbeitende Personen).

Am häufigsten genannt: Körperliche Beeinträchtigung / Mobilitätseinschränkung (40,8 %); Demenz (30,6 %); Herz-Kreislauf-Erkrankung (26,5 %).

Offene Angaben (anonymisiert):

- Bluthochdruck

8.1.2 Kernbefunde

Die pflegebedürftigen Personen sind überwiegend hochaltrig. Die Altersklassen über 75 und über 85 dominieren mit zusammen über 70 % eindeutig. Das Altersprofil entspricht dem amtlichen Bild (in Berlin sind rund 63 % der Tagespflegegäste 80+). Es deckt sich zudem mit der Pflegestatistik 2023 für Berlin, wonach 76,6 % der Pflegebedürftigen 65 Jahre und älter und fast jeder Dritte 85 Jahre und älter ist. Nimmt man einen Querbezug zur nachfolgenden Auswertung zu den pflegenden An- und Zugehörigen vor, erklärt die Hochaltrigkeit plus häufige Partnerkonstellation die dort sichtbaren, oft selbst betagten Ehe-Pflegepersonen.

Bemerkenswert ist der kleine, aber vorhandene Anteil jüngerer Pflegebedürftiger: 2 Personen 19–29 Jahre, 4 Personen 46–65 Jahre, ein Hinweis auf einen Bedarf an spezifischen Angeboten für jüngere Pflegebedürftige und ihre Familien. Die Stichprobe bestätigt damit die Hinweise im Fachgespräch, dass für sie in Berlin spezifische Angebote fehlen.

Für die Angebotsgestaltung ergibt sich daraus, dass sie sowohl die Hochaltrigkeit (Mobilität, Demenz) berücksichtigen, aber auch die Versorgungslücke für jüngere Pflegebedürftige adressieren muss.

Die Geschlechterverteilung ist relativ ausgewogen (56% weiblich, 44% männlich). Frauen sind unter den Pflegebedürftigen allerdings leicht überrepräsentiert. Dies entspricht dem demografischen Muster der Hochaltrigkeit.

Verheiratete/in Partnerschaft Lebende und Verwitwete bilden die größten Gruppen.

Die ganz überwiegende Mehrheit ist mit rd. 89 % gesetzlich pflegeversichert. Mit diesem Anteil spiegelt die Verteilung der Stichprobe die bundesweite Verteilung wider.

Die Frage zur Zugehörigkeit zu Gruppen mit besonderem Zugangs- oder Sensibilitätsbedarf (Migrationshintergrund, LSBTI, Sonstiges) wurde bewusst aufgenommen, um Hinweise auf einen spezifischen, leicht übersehenen Versorgungsbedarf zu erhalten. Die absoluten Zahlen sind klein, der Befund ist aber dennoch relevant: Auch in einer überschaubaren Stichprobe wie unserer melden sich

Personen aus diesen Gruppen. Dies gibt einen ersten Hinweis auf einen Bedarf an kultur- und identitätssensiblen Angeboten. Berücksichtigt werden muss, dass es den Fragebogen nur in deutscher Sprache gab. Dies stützt den methodischen Hinweis bei künftigen Befragungen eine mehrsprachige, barrierearme Fassung mitanzubieten.

Mit rund 2/3 ist ein erheblicher Teil der Pflegebedürftigen schwerbehindert.

Gut zwei Drittel besitzen einen Schwerbehindertenausweis, häufig mit GdB 100 und Merkzeichen G/B/aG/H. Die Stichprobe bildet damit ein Segment mit erheblicher Beeinträchtigungstiefe ab. Der Befund passt zum überdurchschnittlichen Anteil höherer Pflegegrade (E11) und zur Forderung nach Abdeckung höheren Pflege-/Betreuungsbedarfs (C16).

Den Angaben zufolge liegt bei über einem Drittel (9 von 25 Antworten) ein GdB von 100 vor. Soweit ein GdB angegeben wurde, liegen die Werte überwiegend im oberen Bereich (80–100).

Die Merkzeichen G (Gehbehindert), B (Begleitung), aG (außergewöhnlich Gehbehindert) und H (Hilflos) treten am häufigsten auf. Sie verweisen darauf, dass in größerem Umfang ein Mobilitäts- und Hilfebedarf vorliegt. Dies ist für die Themenfelder „Fahrdienst“ und „Barrierefreiheit“ unmittelbar relevant.

Gut zwei Drittel besitzen einen Schwerbehindertenausweis, häufig mit GdB 100 und Merkzeichen G/B/aG/H. Bewertung: Die Stichprobe bildet ein Segment mit erheblicher Beeinträchtigungstiefe ab. Querbezug: passt zum überdurchschnittlichen Anteil höherer Pflegegrade (E11) und zur Forderung nach Abdeckung höheren Pflege-/Betreuungsbedarfs (C16).

Die Verteilung der Pflegegrade zeigt einen Schwerpunkt bei Pflegegrad 3 und 4. Es handelt sich somit überwiegend um erheblich bis schwerstpflegebedürftige Personen. Am häufigsten wird Pflegegrad 3 genannt (12 von 34 Antworten, 35,3 %). Zusammen mit den Graden 2 und 4 macht er den Kern aus. Auffällig ist der mit knapp 30 % vergleichsweise hohe Anteil von Pflegegrad 4. Gegenüber der amtlichen Verteilung (Berlin: PG 2+3 rund 76 %) ist die Stichprobe etwas zu höheren Graden verschoben – ein Hinweis, dass besonders bedarfsintensive Konstellationen überproportional teilnahmen bzw. dass es für Pflegebedürftige mit sehr hohen Pflegebedarfen schwierig ist, einen Platz in einer Tages-/Nachtpflege zu erhalten. Hierzu passt, dass Pflegegrad 5, der auf einen sehr hohen Pflegebedarf hinweist, deutlich weniger vorkommt.

Nimmt man einen Querbezug vor, erklärt dies die Betonung der Bedarfstiefe in B4, B8 und C16 und die Reichweitenfrage in Teil III (höhere Grade decken mehr Tage, aber gerade dort ist der Bedarf am größten).

Der Pflegegrad besteht überwiegend seit 1–5 Jahren (23 von 35), bei 4 Personen sogar erst seit unter einem Jahr, bei 6 Personen länger als 6 Jahre. Die Stichprobe umfasst damit das gesamte Spektrum von neuer bis langjähriger Pflegesituation. Gleichzeitig zeigt dies, dass die Befragten keine Neueinsteiger, sondern erfahren im Umgang mit dem Versorgungssystem sind.

Das Erkrankungsprofil ist vielfältig und von Mehrfachbelastung geprägt. Am häufigsten genannt werden körperliche Beeinträchtigung/Mobilitätseinschränkung (40,8 %) und Demenz (30,6 %), gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Seh-/Hörbeeinträchtigung, Parkinson sowie kognitiver Beeinträchtigung/Mehrfachbehinderung. Mehrfachnennungen sind die Regel – die Profile sind komplex. Das Spektrum ist breit und reicht deutlich über die Demenz hinaus – mit relevanten neurologischen und

Mehrfachbehinderungs-Anteilen. Nimmt man einen Querbezug vor, untermauert der Befund den differenzierten Schwerpunktwunsch (B7/B8) und die zuvor angesprochenen Forschungslücken zu nicht-demenziellen und jüngeren Zielgruppen. Gleichzeitig weist der Befund darauf hin, dass zwei dominante Bedarfsachsen bestehen: einerseits Mobilitäts- und körperliche Beeinträchtigung (mit hohem Anspruch an Barrierefreiheit, Fahrdienst und pflegerische Kompetenz), andererseits demenzielle und kognitive Beeinträchtigung (mit hohem Anspruch an aktivierende, demenzsensible Betreuung). Häufig treten beide kombiniert auf. Die Bedarfsachse Mobilität erklärt zudem die häufigen Mobilitätsbarrieren als Nichtnutzungsgrund (in C 2) und damit verbunden die Bedeutung von Barrierefreiheit sowie den hohen Stellenwert des Fahrdienstes in C 6. Die Bedarfsachse Demenz wiederum erklärt den Schwerpunktwunsch (in C 5).

Für die Tages-/Nachtpflegen bedeutet die Komorbidität: 1. Sie müssen mehrere Bedarfe gleichzeitig bedienen (können). 2. Demenzkompetenz und barrierefreie Mobilität sind zentrale Qualitäts- und Ausstattungsanforderungen an die Berliner Tages-/Nachtpflege.

Zusammen weisen sie darauf hin, dass ein barrierefreier Zugang plus verlässliche Fahrdienste (Mobilität) und demenzgerechte Konzepte (Demenz) in der Tages-/Nachtpflege Standard sein müssen, nicht Ausnahme.

Die Befragten verteilen sich über nahezu alle Berliner Bezirke, mit Schwerpunkten in einzelnen Bezirken. Am häufigsten angegeben wird „Charlottenburg-Wilmersdorf“ (7 von 32 Antworten, 21,9 %). Diese Verteilung ist für die räumliche Bedarfsplanung wichtig, weil sie zusammen mit der Frage an die Nicht-Nutzer (gewünschter Bezirk) hilft, die räumliche Verteilung des Bedarfs sichtbar zu machen (B 3)

8.1.3 Einordnung im Spiegel anderer Untersuchungen (2018–2025)

Das soziodemografische Profil der Stichprobe lässt sich an der amtlichen Pflegestatistik und an den Berliner Fachgesprächsdaten dieses Berichts spiegeln. Alle Quellen nutzen abweichende Bezugsgrößen und Grundgesamtheiten; der Vergleich trägt daher Richtungsaussagen, keine exakten Prozentgleichungen.

Tabelle 8.1-1: Ausgewählte Vergleichsdaten zum soziodemografischen Profil der Pflegebedürftigen.

Quelle (Jahr)	Grundlage / Methode	Zentrale Befunde
Statistisches Bundesamt (2024), Pflegestatistik 2023	amtliche Vollerhebung (Stichtag 15.12.2023)	Tagespflegegäste sind überwiegend hochaltrig: In Berlin sind 62,8 % der 4.807 Gäste 80 Jahre und älter, nur rund 6 % jünger als 60; Frauen überwiegen mit rund 63 %. Schwerpunkt der Pflegegrade bei PG 2 und 3 (Berlin 75,6 %); PG 4: 20,4 %, PG 5: 3,5 % (vgl. Kapitel 4.4).
AfS Berlin-Brandenburg, Pflegestatistik Berlin 2023 (Bericht K VIII)	amtliche Landesstatistik	76,6 % der Berliner Pflegebedürftigen sind 65 Jahre und älter, fast jeder Dritte ist 85 Jahre und älter.

Quelle (Jahr)	Grundlage / Methode	Zentrale Befunde
Fachgespräch Tages-/Nachtpflege, SenWGP-Sonderbefragungen (2025)	36 Pflegestützpunkte; 74 Einrichtungen (62 % Rücklauf)	Jüngere Pflegebedürftige, komplexe Bedarfe und die Nachtpflege gelten als besonders schwer zu versorgen; spezifische Angebote für jüngere Pflegebedürftige fehlen weitgehend (vgl. Kapitel 6).

Was der Vergleich zeigt

Erstens deckt sich das Altersprofil der Stichprobe mit dem amtlichen Bild: Über 70 % der Pflegebedürftigen in der Befragung sind 75 Jahre und älter – die amtliche Statistik weist für Berlin 62,8 % der Tagespflegegäste mit 80 Jahren und älter sowie 76,6 % der Pflegebedürftigen insgesamt mit 65 Jahren und älter aus (Statistisches Bundesamt 2024; AfS Berlin-Brandenburg, Pflegestatistik 2023). Die Befragung erreicht damit die Kernzielgruppe der Tages-/Nachtpflege.

Zweitens ist die Pflegegradverteilung der Stichprobe gegenüber der amtlichen Verteilung leicht zu höheren Graden verschoben: Pflegegrad 4 erreicht knapp 30 % der Antworten, unter den Berliner Tagespflegegästen dagegen 20,4 % (vgl. Kapitel 4.4). Das spricht dafür, dass besonders bedarfsintensive Pflegekonstellationen überproportional teilgenommen haben – und deckt sich mit dem Befund der Einrichtungsbefragung, dass sehr hohe Pflege- und Betreuungsbedarfe in der Tagespflege schwer unterzubringen sind (SenWGP 2025).

Drittens hat der kleine, aber reale Anteil jüngerer Pflegebedürftiger in der Stichprobe (6 von 35 Antworten unter 66 Jahren) eine amtliche Entsprechung – rund 6 % der Berliner Tagespflegegäste sind jünger als 60 –, aber kaum ein passendes Angebot: Das Fachgespräch benennt jüngere Pflegebedürftige und komplexe Bedarfe ausdrücklich als besonders schwer zu versorgende Gruppen (SenWGP 2025; vgl. Kapitel 6).

8.1.4 Interpretation aus Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen

Für die Betroffenen bedeutet dieses Profil zunächst eine doppelte Verletzlichkeit: Hochaltrige Pflegebedürftige werden häufig von ebenfalls betagten Ehe- und Lebenspartnern versorgt („alt pflegt alt“). In dieser Konstellation ist verlässliche, planbare Entlastung keine Komfortfrage, sondern Voraussetzung dafür, dass das häusliche Pflegearrangement überhaupt Bestand hat (vgl. die Belastungsbefunde in Kapitel 8.3).

Die erhebliche Beeinträchtigungstiefe – zwei Drittel mit Schwerbehindertenausweis, GdB überwiegend zwischen 80 und 100, Merkzeichen G, B, aG und H – macht Barrierefreiheit und einen bedarfsgerechten Fahrdienst zu Zugangsvoraussetzungen: Wer sie nicht vorfindet, kann das Angebot faktisch nicht nutzen. Damit ist bereits im soziodemografischen Profil angelegt, warum Mobilitätsbarrieren und Fahrdienstfragen in den Nutzungsbefunden ein solches Gewicht haben (Kapitel 8.6).

Das Erkrankungsprofil verlangt Einrichtungen, die zwei Bedarfsachsen zugleich bedienen: körperliche und Mobilitätseinschränkungen einerseits, demenzielle und kognitive Beeinträchtigungen andererseits – häufig kombiniert. Barrierefreier Zugang, verlässliche Fahrdienste und demenzsensible, aktivierende Konzepte müssen deshalb Standard sein, nicht Ausnahme.

Schließlich verweisen die kleinen, aber vorhandenen Gruppen – jüngere Pflegebedürftige, Menschen mit Migrationsgeschichte, LSBTI – auf einen leicht übersehbaren Bedarf an zielgruppen-, kultur- und identitätssensiblen Angeboten. Für künftige Befragungen und Informationswege folgt daraus der Auftrag mehrsprachiger, barrierearmer Zugänge.

8.1.5 Schlussfolgerungen

Aus dem soziodemografischen Profil ergeben sich vier Konsequenzen für die Angebotsgestaltung:

- **Auf Hochaltrigkeit ausrichten.** Über 70 % der Pflegebedürftigen sind 75 Jahre und älter. Angebote müssen Mobilitätseinschränkungen und Demenz berücksichtigen und zugleich aktivierend im Sinne des § 43b SGB XI gestaltet sein.
- **Versorgungslücke für jüngere Pflegebedürftige schließen.** Der kleine, aber reale Anteil jüngerer Pflegebedürftiger (unter 65 Jahren) verlangt spezifische Angebote für sie und ihre Familien – ein Bedarf, der bereits im Fachgespräch benannt wurde (Kap. 6).
- **Partner- und Familienkonstellationen mitdenken.** Die Dominanz Verheirateter und Verwitweter und die häufige Partnerpflege („alt pflegt alt“) machen eine verlässliche zeitliche Entlastung besonders dringlich (Querbezug zu Kap. 8.3).
- **Zugangs- und identitätssensible Angebote vorhalten.** Auch in unserer kleinen Stichprobe melden sich Personen mit besonderem Zugangs- oder Sensibilitätsbedarf (u. a. Migrationshintergrund, LSBTI). Künftige Angebote und Befragungen sollten mehrsprachig und barrierearm gestaltet sein.

8.1.6 Abgleich mit bisherigen Ausführungen von wir pflegen Berlin e.V. zum Thema

Die soziodemografischen Befunde bestätigen und konkretisieren Positionen, die wir pflegen Berlin e.V. seit Jahren vertritt; der Abgleich beschränkt sich hier auf die profilbezogenen Aussagen.

Handlungsempfehlungen 2023 (Legislaturperiode 2023–2026). Bereits dort wies der Verein darauf hin, dass spezialisierte Angebote – etwa für pflegebedürftige Kinder – praktisch nicht vorhanden waren und eine Nachtpflege gar nicht existierte (wir pflegen Berlin e.V. 2023). Die Stichprobe belegt diese Zielgruppen nun von der Nachfrageseite: Jüngere Pflegebedürftige und komplexe, mehrfach-belastete Erkrankungsprofile sind real vertreten, finden aber kaum passende Angebote.

Stellungnahme zum Landespflegeplan 2025. Dort forderte der Landesverein eine zielgruppendifferenzierte Angebotsentwicklung (wir pflegen Berlin e.V. 2025). Das hier dokumentierte breite Alters-, Beeinträchtigungs- und Erkrankungsspektrum liefert dafür die empirische Begründung.

Der vollständige Abgleich zu Inanspruchnahme, Barrieren und Bedarf findet sich in Kapitel 8.6.6.

8.1.7 Zwischenfazit

Die Stichprobe bildet die Kernzielgruppe der Tages-/Nachtpflege ab: überwiegend hochaltrige, erheblich beeinträchtigte Menschen mit komplexen, häufig kombinierten Erkrankungsprofilen – ergänzt um eine kleine, versorgungspolitisch aber bedeutsame Gruppe jüngerer Pflegebedürftiger. Für

die Angebotsgestaltung folgen daraus Barrierefreiheit, verlässliche Fahrdienste und demenzsensible Aktivierung als Standard sowie zielgruppendifferenzierte Angebote, für Information, Beratung und künftige Erhebungen mehrsprachige, barrierearme Zugänge. Wie sich dieses Profil in Inanspruchnahme, Barrieren und Bedarf niederschlägt, zeigen die Kapitel 8.4 bis 8.6 und 9.

8.2 Befragungsergebnisse zum Pflege-Mix / Wie wird derzeit die Pflege in Berlin sichergestellt (B 1, C 17)

Tragende Säule sind die Angehörigen (B1, C17).

Sowohl bei den Nichtnutzer/innen (B1) als auch bei den aktuellen Nutzer/innen (C17) ruht die Versorgung ganz überwiegend auf den pflegenden An- und Zugehörigen. Bei den Nichtnutzer/innen entfallen auf sie 43 Nennungen, viele davon mit sehr hohem Stundenumfang: rund ein Drittel pflegt im Umfang mindestens einer Vollzeitstelle (über 40 Stunden), jede fünfte Person sogar über 80 Wochenstunden. Ergänzend, aber durchweg mit geringeren Stundenumfängen, treten ambulante Dienste (häusliche Krankenpflege N=17, Grund- und hauswirtschaftliche Pflege je N=14), Nachbarschaftshilfe/Ehrenamt (N=16), Haushaltshilfe (N=20), 24-Stunden-Betreuungskräfte (N=10) und Kurzzeitpflege (N=8) hinzu. Tages-/Nachtpflege ergänzt diesen Mix, ersetzt ihn aber nicht. Professionelle Pflegedienste unterstützen im Stundenumfang meist niedrigstündig, betrachtet man die hohen Preise, nicht erwartbar. Wichtige Stützen sind Nachbarschaftshilfe / Ehrenamt und nach Zahl und Stundenumfang noch gewichtiger die Haushaltshilfen.

8.2.1 Befunde

B1 · Wie die Pflege sichergestellt wird aus Sicht der Nicht-Nutzer:innen

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	0–10	11–20	21–40	41–60	61–80	>80	N
Pflegende An-/Zugehörige	7	12	9	1	5	9	43
24-Stunden-Betreuungskraft (Live-In)	6	1	1	1	1	.	10
Ambulanter Pflegedienst mit Häuslicher Krankenpflege	13	3	1	.	.	.	17
Ambulanter Pflegedienst mit Grundpflege	11	1	1	1	.	.	14
Ambulanter Pflegedienst mit hauswirtschaftlichen Diensten	12	.	.	1	1	.	14
Kurzzeitpflege	7	.	.	1	.	.	8
Nachbarschaftshilfe / Ehrenamt	12	3	.	1	.	.	16
Haushaltshilfe	15	3	1	1	.	.	20

Live-In - Betreuungskräfte in häuslicher Gemeinschaft - (sogenannte 24-Stunden-Betreuungskräfte) sind eine relevante Größe, z.T. mit Stundenvolumina deutlich über einer Vollzeitstelle. Die Daten fordern deutlich dazu auf, den Stellenwert, den sie für die Versorgung in Berlin haben, genauer zu erfassen und die schon lange überfällige rechtssichere Integration dieser prekären Säule der pflegerischen Versorgung ins Versorgungssystem vorzunehmen. Die Bund-Länder-AG zur Zukunft der Pflege ging hierauf leider bisher nicht ein. Der Berliner Landespflegeplan widmete ihnen nur eine Fußnote, wies dabei aber nur darauf hin, dass sie mit 18 % nicht selten seien und es keine offizielle Statistik gäbe, ließ aber ebenso wie die Bund-Länder-AG weitergehende Maßnahmen vermissen.

C17 · Wie die Pflege sichergestellt wird aus Sicht der Nutzer/innen

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	0–10	11–20	21–40	41–60	>60	N
Pflegende An-/Zugehörige	3	1	2	1	4	11
24-Stunden-Betreuungskraft (Live-In)	1	.	.	.	1	2
Ambulanter Pflegedienst mit Häuslicher Krankenpflege	2	1	.	.	.	3
Ambulanter Pflegedienst mit Grundpflege	2	1	.	.	.	3
Ambulanter Pflegedienst mit hauswirtschaftlichen Diensten	3	.	.	.	.	3
Kurzzeitpflege	1	.	.	.	.	1
Nachbarschaftshilfe / Ehrenamt	2	.	.	.	.	2
Haushaltshilfe	6	1	1	1	1	10

8.2.2 Kernbefunde

Tragende Säule sind die Angehörigen (B1, C17).

Sowohl bei den Nichtnutzer/innen (B1) als auch bei den aktuellen Nutzer/innen (C17) ruht die Versorgung ganz überwiegend auf den pflegenden An- und Zugehörigen.

Bei den Nichtnutzer/innen entfallen auf sie 43 Nennungen, viele davon mit sehr hohem Stundenumfang: rund ein Drittel pflegt im Umfang mindestens einer Vollzeitstelle (über 40 Stunden), jede fünfte Person sogar über 80 Wochenstunden. Ergänzend, aber durchweg mit geringeren Stundenumfängen, treten ambulante Dienste (häusliche Krankenpflege N=17, Grund- und hauswirtschaftliche Pflege je N=14), Nachbarschaftshilfe/Ehrenamt (N=16), Haushaltshilfe (N=20), 24-Stunden-Betreuungskräfte (N=10) und Kurzzeitpflege (N=8) hinzu. Tages-/Nachtpflege ergänzt diesen Mix, ersetzt ihn aber nicht. Professionelle Pflegedienste unterstützen im Stundenumfang meist niedrigstündig, betrachtet man die hohen Preise, erwartbar. Wichtige Stützen sind Nachbarschaftshilfe / Ehrenamt und nach Zahl und Stundenumfang noch gewichtiger die Haushaltshilfen.

Bei den Nutzer/innen (C17) wird die Versorgung ebenfalls neben der Tagespflege wesentlich von den Angehörigen (N=11, vier davon mit über 60 Wochenstunden) und Haushaltshilfen (N=10) gestützt.

Die Daten unterstreichen eindrucksvoll die zentrale Rolle der informellen Pflege: Die Tages-/Nachtpflege trifft auf ein Versorgungssystem, das überwiegend von Angehörigen getragen wird und dessen Entlastung dringend geboten erscheint. Fallen die An- und Zugehörigen weg, droht die Versorgung zusammenzubrechen. Die verfügbaren professionellen und ergänzenden Puffer reichen nicht aus, um dies zu kompensieren. Die Daten belegen damit nicht nur die strukturelle Überlastung der informellen häuslichen Pflege, sondern auch einen grundlegenden Bedarf am Ausbau zeitlich substanzieller Entlastungsangebote – genau hier setzt die Tages-/Nachtpflege an – statt nur stundenweiser Zusatzdienste. Versorgung findet weit überwiegend in der eigenen Häuslichkeit und durch nahe Bezugspersonen statt – ein starkes Argument für wohnortnahe, die Häuslichkeit stützende Angebote.

Die Freitexte konkretisieren die Vielfalt der Arrangements – von „SeniorenWG“, „Minijobberin“ und „Privat“ bis zu einem Fall, in dem trotz Heimübersiedlung des Partners die Tagespflege als verbleibender persönlicher Kontakt beschrieben wird:

- *Patient ist im Pflegeheim. Ich, Ehepartner, beschränke mich also im wesentlichen im Rahmen der Tagespflege. Angegebene Stundenzahl betr. den direkten persönlichen Kontakt mit dem Patienten(21-40). Denn trotz liebevoller Einzelbeschäftigung durch Pflegekräfte, ist damit nur ein kleinerer Teil des Tages ausgefüllt und er und andere sitzen dann dort einzeln im Tagesraum oder bei Sonne im Hof und dösen vor sich hin und haben schon längst die Fähigkeit verloren, sich allein oder mit den Mitbewohnern gemeinsam zu beschäftigen oder auch nur zu kommunizieren.*

8.2.3 Einordnung im Spiegel anderer Untersuchungen (2018–2025)

Der Befund, dass die häusliche Versorgung überwiegend auf den An- und Zugehörigen ruht, entspricht dem amtlichen und wissenschaftlichen Bild: Der weit überwiegende Teil der Pflegebedürftigen wird zu Hause versorgt, und dort trägt informelle Pflege – allein oder ergänzt durch einen Pflegedienst – die Hauptlast. Die BARMER- und weiteren Pflege-Reporte (Rothgang u. a.) dokumentieren zugleich eine sich verlängernde Pflegedauer und eine hohe, häufig gesundheitsgefährdende Belastung der Angehörigen. Dass professionelle Dienste in unserer Stichprobe meist nur niedrigstündig hinzutreten, spiegelt Angebots-, Fachkräfte- und Finanzierungsgrenzen wider.

Die Bundesebene bestätigt diese Einordnung indirekt selbst: Auf die Frage nach einer Begrenzung der Eigenanteile verweist die Bundesregierung auf die Prüfaufträge der Bund-Länder-AG „Zukunftspakt Pflege“ (BT-Drs. 21/1784); als Antwort auf fehlende pflegerische Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalt benennt sie das im PNOG vorgesehene Überbrückungsbudget und die Pflegebegleitung (BT-Drs. 21/7125) – beides Instrumente, deren Ausgestaltung damit unmittelbar über die Zugänglichkeit der teilstationären Versorgung mitentscheidet. Zur Dynamik der Zuzahlungen im häuslichen Bereich insgesamt hat der Bundesverband wir pflegen e.V. im Juli 2026 ein eigenes Positionspapier vorgelegt. Es unterlegt die hier getroffenen Tagespflege-Befunde mit der Gesamtbelastungsperspektive der häuslichen Pflegehaushalte: https://www.wir-pflegen.net/images/downloads/positions-papiere/260811_Positionspapier_Eigenanteile_PNOG_lang.pdf ; u. a.: mehr als die Hälfte der Haushalte mit Zuzahlungen über 2.000 €/Monat in der Untersuchung von Fr. Prof. N. Ott).

Eine eigene Bewertung verdienen die 24-Stunden-Betreuungskräfte (Live-In): Sie sind eine relevante, teils weit über eine Vollzeitstelle hinausreichende Versorgungssäule. Bundesweit werden 300.000 bis 700.000 Live-In-Kräfte geschätzt. Für Berlin weist der Landespflegeplan 2025 in einer Fußnote darauf hin, dass auf sie ein Anteil von rund 18 % an der Versorgung entfällt. Daten aus der amtlichen Statistik

liegen nicht vor. Faktisch sind sie damit ebenso wie die pflegenden An- und Zugehörigen eine derzeit nicht ersetzbare, für die Sicherung der pflegerischen Versorgung systemrelevante Größe. Die bestehende Versorgung ist rechtlich prekär und für die Betreuungskräfte häufig problematisch. Sie bedarf seit langem einer gesicherten leistungsrechtlichen Einordnung und funktionierenden Verknüpfung mit den anderen Versorgungsangeboten. Der PNOG-Referentenentwurf würde ihre Rahmenbedingungen zusätzlich verschlechtern, insbesondere durch die Kürzung des Selbstorganisations-Wegs und die Streichung des Umwandlungsanspruchs. Weder die Bund-Länder-AG zur Zukunft der Pflege noch der Landespflegeplan benennen weitergehende Maßnahmen. Die Befragung bestätigt die Forderung nach einer genaueren Erfassung und einer rechtssicheren Integration dieser Versorgungssäule.

Was der Vergleich zeigt

Der Befragungsbefund konvergiert mit der Forschung: Die häusliche Versorgung ruht auf informeller Arbeit, deren Puffer (ambulante Dienste, Nachbarschaftshilfe, Haushaltshilfe) nicht ausreichen, um einen Ausfall der Angehörigen zu kompensieren. Wirksam ist deshalb eine substanzielle, zeitlich verlässliche Entlastung – genau die Funktion der Tages-/Nachtpflege –, nicht die bloße Addition stundenweiser Zusatzdienste.

8.2.4 Interpretation aus Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen

Aus Sicht der Betroffenen ist die Tages-/Nachtpflege die einzige Leistung, die planbare, zusammenhängende Zeitblöcke der Entlastung bietet. Ambulante Grund- und Behandlungspflege, Haushaltshilfe und Nachbarschaftshilfe sind wichtige, aber niedrigstündige Ergänzungen; sie ersetzen die zeitlich substanzielle Entlastung nicht. Ein Versorgungssystem, in dem rund ein Drittel der Hauptpflegepersonen mindestens im Umfang einer Vollzeitstelle und jede fünfte über 80 Wochenstunden pflegt, ist strukturell überlastet und störanfällig.

Die prekären 24-Stunden-Betreuungskräfte füllen dabei eine Lücke, die eigentlich das Versorgungssystem schließen müsste. Solange sie rechtlich ungesichert bleiben, verlagert sich das Risiko auf die Haushalte. Für die Tages-/Nachtpflege folgt daraus, dass sie nicht als Randbaustein, sondern als tragender Bestandteil eines verlässlichen Entlastungsmixes zu planen und zu finanzieren ist.

8.2.5 Schlussfolgerungen

Für die Weiterentwicklung des Versorgungsmixes ergeben sich vier Schlüsse:

- **Substanzielle Entlastung ausbauen.** Die Tages-/Nachtpflege als zeitlich verlässliches Entlastungsangebot vorrangig ausbauen – statt sich auf stundenweise Zusatzdienste zu beschränken.
- **Informelle Pflege sichtbar entlasten.** Die tragende Rolle der Angehörigen anerkennen und durch planbare, finanzierbare Entlastung stabilisieren (Querbezug zu Kap. 8.3 und 8.6).
- **24-Stunden-Betreuung rechtssicher integrieren.** Den Stellenwert der Live-In-Kräfte statistisch erfassen und ihre rechtssichere, faire Einbindung ins Versorgungssystem voranbringen.
- **Niedrigschwellige Ergänzungen stärken.** Haushaltshilfe und Nachbarschaftshilfe/Ehrenamt als niedrigschwellige Bausteine (u. a. § 45a/b SGB XI) gezielt fördern und mit der Tagespflege verzahnen.

8.2.6 Abgleich mit bisherigen Ausführungen von wir pflegen Berlin e.V. zum Thema

Handlungsempfehlungen 2023. Der Verein hat den Ausbau zeitlich substanzieller Entlastungsangebote und die Stärkung der informellen Pflege bereits gefordert. Der Pflege-Mix-Befund untermauert dies: Die Versorgung ruht auf den Angehörigen, deren Entlastung dringend geboten ist.

Stellungnahme zum Landespflegeplan 2025. Der Landesverein hatte kritisiert, dass die informelle Pflege und insbesondere die 24-Stunden-Betreuungskräfte im Landespflegeplan zu kurz kommen. Die Befragung bestätigt beide Punkte empirisch und stützt die Forderung nach Erfassung und rechtssicherer Integration der Live-In-Kräfte.

Corona-Befragung 2022. Die Pandemie-Befragung zeigte, dass der Wegfall von Tagespflege und ambulanten Diensten häusliche Arrangements an den Rand des Zusammenbruchs brachte. Das unterstreicht die zentrale, stabilisierende Funktion substanzieller Entlastung im Versorgungsmix.

8.2.7 Zwischenfazit

Die häusliche Pflege in Berlin ruht weit überwiegend auf den An- und Zugehörigen, ergänzt um niedrigstündige Dienste und eine rechtlich prekäre 24-Stunden-Betreuung. Die verfügbaren Puffer reichen nicht, um einen Ausfall der Angehörigen aufzufangen. Die Tages-/Nachtpflege ist der zentrale Hebel für eine zeitlich substanzielle Entlastung; ihr Ausbau und ihre verlässliche Finanzierung sind versorgungspolitisch geboten.

8.3 Befragungsergebnisse zur Situation der Hauptpflegepersonen

Dieses Kapitel wertet die Angaben aus, die die Befragten zur eigenen Situation machten. Es prüft die erhobenen Angaben, ordnet sie im Spiegel anderer Untersuchungen der letzten Jahre ein und zieht Schlussfolgerungen aus der Perspektive insbesondere der pflegenden An- und Zugehörigen.

8.3.1 Befunde der Befragung

F1 · Wie viele An-/Zugehörige sind an der Pflege beteiligt?

Basis: 33 gültige Antworten (ohne Angabe: 150).

Antwort	n	Anteil
Mehr als 5	2	6,1 %
1	19	57,6 %
3	5	15,2 %
2	5	15,2 %
4	2	6,1 %

Häufigste Angabe: „1“ (n=19; 57,6 % der gültigen Antworten).

F2 · Stunden/Woche je Hauptpflegeperson

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	0–10	11–20	21–40	41–60	61–80	>80	k.A.	N
Pflegeperson 1	5	6	7	2	5	5	.	30

Item	0–10	11–20	21–40	41–60	61–80	>80	k.A.	N
Pflegeperson 2	7	3	1	.	.	.	.	11
Pflegeperson 3	5	1	.	1	1	.	1	9

F3 · Seit wie vielen Jahren pflegt/pflegen die Hauptpflegeperson(en)?

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	<1	1–2	3–5	6–10	11–15	16–20	>20	k.A.	N
Pflegeperson 1	5	6	11	5	2	1	2	.	32
Pflegeperson 2	1	5	2	3	.	.	1	.	12
Pflegeperson 3	1	1	4	.	.	.	2	1	9

F4 · Fahrzeit, um persönlich Pflegeleistungen zu erbringen

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	0–15 Min	16–45 Min	46–90 Min	>90 Min	n. möglich	k.A.	N
Pflegeperson 1	18	6	.	1	.	2	27
Pflegeperson 2	7	4	1	1	.	.	13
Pflegeperson 3	1	4	3	1	.	1	10

F5 · Verhältnis der Hauptpflegeperson(en) zum/zur Pflegebedürftigen

Nennungen je Pflegeperson-Slot (1.–3. Hauptpflegeperson).

Verhältnis	Nennungen (nach Pflegeperson-Slot)
Ehe-/Lebenspartner/in	1. Pflegeperson: 16
Schulpflichtiges Kind (Tochter/Sohn)	2. Pflegeperson: 1
Studierendes Kind (Tochter/Sohn)	3. Pflegeperson: 1
Elternteil	1. Pflegeperson: 3 · 2. Pflegeperson: 1 · 3. Pflegeperson: 1
Schwiegerkind	3. Pflegeperson: 1 · 2. Pflegeperson: 1
Geschwister	3. Pflegeperson: 1
Andere Verwandte (Enkel, Nichte, Neffe etc.)	2. Pflegeperson: 3 · 3. Pflegeperson: 2 · 1. Pflegeperson: 2
Freund/in, Nachbar/in, Bekannte/r	2. Pflegeperson: 1 · 3. Pflegeperson: 1

Offene Angaben (anonymisiert):

- Kind
- Tochter
- Tochter
- Wurden hier die Kinder vergessen? Erwachsene berufstätige Kinder zwischen Elternpflege und Versorgung und Unterstützung eigener Kinder
- Kind und 2 Nachbarn
- Tochter in Rente
- Berentete Tochter
- Tochter, berufstätig

F6 · Selbst eingeschätzte Belastung durch die Pflege

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	sehr hoch	hoch	mittel	gering	sehr ger.	k.A.	N
Pflegeperson 1	10	12	9	1	.	.	32
Pflegeperson 2	1	2	5	4	.	.	12
Pflegeperson 3	1	.	4	3	.	.	8

Stärkste Ausprägung „sehr hoch“: „Pflegeperson 1“ (10 von 32; 31,3 %).

F7 · An welchem Punkt der Belastbarkeit sehen Sie sich?

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	noch nicht erreicht	erreicht	überschritten	N
Pflegeperson 1	17	9	3	29
Pflegeperson 2	10	1	.	11
Pflegeperson 3	6	1	.	7

F8 · Umfang der Berufstätigkeit der Hauptpflegeperson(en)

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	Vollzeit	TZ >20h	TZ <20h	Minijob	nicht ber./Ruhest.	k.A.	N
Pflegeperson 1	8	6	3	.	14	.	31
Pflegeperson 2	2	7	.	.	2	.	11
Pflegeperson 3	2	3	1	.	1	.	7

F9 · Drohende Einschränkung der Erwerbstätigkeit

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	sehr stark	stark	kaum	gar nicht	k.A.	N
Pflegeperson 1: Reduzierung der Arbeitszeit	2	8	2	6	2	20
Pflegeperson 1: Komplette Aufgabe der Erwerbstätigkeit	1	1	.	6	1	9
Pflegeperson 2: Reduzierung der Arbeitszeit	.	4	.	3	.	7
Pflegeperson 2: Komplette Aufgabe der Erwerbstätigkeit	.	.	1	4	.	5
Pflegeperson 3: Reduzierung der Arbeitszeit	.	2	.	4	.	6
Pflegeperson 3: Komplette Aufgabe der Erwerbstätigkeit	.	.	.	4	.	4

F10 · Zusätzliche Kinderbetreuungspflichten?

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	Ja	Nein	k.A.	N
Pflegeperson 1	2	24	.	26
Pflegeperson 2	3	6	.	9
Pflegeperson 3	4	2	1	7

8.3.2 Kernbefunde

Konzentration auf eine Schulter (F1).

In über der Hälfte der Fälle (57,6 %) trägt eine einzige Hauptpflegeperson die Pflege. Nur bei rund 37 % verteilt sie sich auf zwei oder drei Personen. Diese Konzentration macht das häusliche Arrangement fragil und störanfällig: Fällt die Hauptpflegeperson aus, bricht die Versorgung.

Hoher und langjähriger Einsatz, große Nähe (F2–F4). Die erste Pflegeperson leistet häufig sehr hohe Wochenstunden (zehn von 30 mit 61 Stunden und mehr), pflegt überwiegend bereits seit mehreren Jahren (elf von 32 seit 3–5 Jahren, weitere seit 6–10 oder länger) und wohnt meist mit im Pflegehaushalt bzw. in unmittelbarer Nähe (2/3: 0-15 Jahren Fahrminuten). Das spricht für enge Bindung und eine ko-residente Versorgung – offenbart aber zugleich eine kaum unterbrochene Verfügbarkeit ohne Erholungsspielräume.

Zwei Belastungstypen (F5). Die erste Pflegeperson ist überwiegend Ehe- oder Lebenspartner/in (16 Nennungen), häufig selbst hochaltrig. Daneben treten – vor allem als weitere Pflegepersonen – Töchter und Söhne auf. Die Freitexte verweisen ausdrücklich auf die Sandwich-Lage erwachsener Kinder:

„Wurden hier die Kinder vergessen? Erwachsene berufstätige Kinder zwischen Elternpflege und Versorgung ... eigener Kinder.“

„Tochter, berufstätig ... Berentete Tochter ... Tochter in Rente.“

Es zeichnen sich damit zwei besonders belastete Konstellationen ab: betagte, oft selbst gesundheitlich eingeschränkte (Ehe)Partner/innen („Pflege alt durch alt“) und erwerbstätige oder selbst berentete Töchter zwischen Beruf, eigener Familie und Elternpflege.

Hohe, vielfach grenzwertige Belastung (F6, F7). Die Belastung ist hoch: Mehr als zwei Drittel der ersten Hauptpflegepersonen schätzen sie als „hoch“ oder „sehr hoch“ ein. Rund 40 % sehen ihre Belastungsgrenze bereits erreicht oder überschritten. Querbezüge (B5/C12 (Entlastung als Top-Motiv) bestätigen dies.

Die Stichprobe verkörpert damit genau jene hoch belastete Gruppe, die die Forschung beschreibt (siehe Pflege-Report-Befund; Demenz-Belastung; DeTaMAKS-Angehörigenintervention; Nähe und Dauer sind nach dem Andersen-Modell nutzungsrelevant).

Pflegfachlich ist das ein Alarmsignal: Ein erheblicher Teil der Hauptpflegepersonen befindet sich an oder jenseits der Belastungsgrenze. Jede überschrittene Belastungsgrenze bedeutet ein konkretes Risiko für den Zusammenbruch der häuslichen Pflege: mit Folgen für die Pflegeperson (wie Gesundheit; selbst schneller Pflegefall), Krankenkasse (Gesundheitskosten, Krankenhaus- oder Heimeinweisung), Versorgungssicherheit und Pflegequalität (Ausfallrisiko, überlastungsbedingte Pflegedefizite) und andere Versorgungssysteme (stationäre Pflege; Hilfe zur Pflege).

Erwerbstätigkeit und drohender Erwerbsverzicht (F8–F10)

Ein großer Teil der ersten Pflegepersonen ist nicht (mehr) erwerbstätig oder im Ruhestand (14 von 31); zugleich sind 17 in unterschiedlichem Umfang erwerbstätig (acht Vollzeit). Bei rund der Hälfte der Antwortenden droht eine starke bis sehr starke Reduzierung der Arbeitszeit (zehn von 20). Bei etwa einem Fünftel sogar die vollständige Aufgabe der Erwerbstätigkeit.

Probleme mit der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und drohender Erwerbsverzicht sind damit kein Randthema, sondern reale, teils existenzielle Konflikte: mit individueller, volkswirtschaftlicher, arbeitsmarktpolitischer, gleichstellungspolitischer und versorgungspolitischer Relevanz, das überproportional Frauen trifft. Querbezüge bestätigen dies: C12 (Berufsvereinbarkeit als Motiv); B9/C16 (Öffnungszeiten/Fahrdienst an Arbeitszeiten); Kapitel Forschung, Fachgespräch).

Tages- und Nachtpflege ist ein zentrales Instrument zur Entlastung und zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Ihre Verfügbarkeit, Öffnungszeiten und Verlässlichkeit müssen auf berufstätige Angehörige zugeschnitten sein.

„Reduzierung der Arbeitszeit ist der Tochter nicht möglich ... da sonst erhebliche finanzielle Einbußen und der ausgeübte Job nicht mehr möglich ist.“

„Sandwich“-Konstellation (gleichzeitige Verantwortung für Kinder und Pflege)

Bei einem Teil der weiteren Pflegepersonen kommt Kinderbetreuung hinzu. Die „Sandwich“-Konstellation (gleichzeitige Verantwortung für Kinder und Pflege) tritt vor allem bei zweiten und dritten Pflegepersonen hinzu (Zusätzliche Kinderbetreuungspflichten; F10). Der Querbezug aus B5/C12 (Zeit für Geschwister-/eigene Kinder) bestätigt die Sandwich-Konstellation aus F5 und F 10. Die „Sandwich-Generation“ verdient besondere Aufmerksamkeit.

Besondere Aufmerksamkeit verdient die „Sandwich-Generation“ (Pflege plus Kinderbetreuung). Adressaten sind Land, Pflegekassen und Träger (vgl. Kapitel XII, Vereinbarkeit; Entlastung Angehöriger).

Parallelen zur Corona-Befragung 2022. Die hohe, vielfach grenzwertige Belastung bestätigt und verlängert einen Befund, den der Landesverein bereits in seiner Befragung zur Situation pflegender Angehöriger in der Corona-Pandemie dokumentiert hatte: Schon dort zeigten sich massive Überlastung, fehlende Entlastung und der Wegfall stützender Angebote als zentrale Themen (wir pflegen Berlin 2022).

Dass sich das Belastungsbild vier Jahre später – außerhalb der Pandemie – in vergleichbarer Schärfe wiederfindet, weist auf ein strukturelles, nicht situatives Problem hin und unterstreicht die Dringlichkeit verlässlicher Entlastung. Entlastungsangebote sind nicht „nice to have“, sondern erforderlich zur Stabilisierung eines gefährdeten Versorgungssystems.

8.3.3 Einordnung im Spiegel anderer Untersuchungen (2018–2025)

Die Konzentration der Pflege auf eine einzige Person sowie der hohe, langjährige und wohnortnahe Einsatz entsprechen dem Forschungsstand. Die Pflege-Reporte dokumentieren durchgängig die hohe Belastung der Hauptpflegepersonen; die Angehörigenintervention DeTaMAKS belegt die Wirksamkeit gezielter Entlastung und Aktivierung; und nach dem Verhaltensmodell von Andersen sind Nähe und Dauer der Pflege nutzungsrelevante Faktoren – beide sind in unserer Stichprobe stark ausgeprägt.

Auch die beiden sichtbaren Belastungstypen sind gut belegte Muster: die Pflege betagter Menschen durch selbst hochaltrige (Ehe-)Partner/innen („alt pflegt alt“) im Zuge des demografischen Wandels sowie die Sandwich-Lage erwerbstätiger oder selbst berenteter Töchter zwischen Beruf, eigener Familie und Elternpflege. Die hohe Belastung – mehr als zwei Drittel „hoch“ oder „sehr hoch“, rund 40 % an oder jenseits der Belastungsgrenze – deckt sich mit den Belastungsbefunden der Panel- und Reportforschung.

Was der Vergleich zeigt

Die Stichprobe verkörpert genau jene hochbelastete Gruppe, die die Forschung beschreibt. Dass rund 40 % ihre Belastungsgrenze bereits erreicht oder überschritten sehen, ist pflegfachlich ein Alarmsignal: Jede überschrittene Grenze bedeutet ein konkretes Risiko für den Zusammenbruch der häuslichen Pflege – mit Folgen für die Gesundheit der Pflegeperson, für die Kostenträger und für die Versorgungssicherheit.

8.3.4 Interpretation aus Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen

Für die Betroffenen bedeutet die Konzentration auf eine Schulter eine hohe Fragilität: Fällt die Hauptpflegeperson aus, bricht die Versorgung. In Verbindung mit den überschrittenen Belastungsgrenzen ist dies kein abstraktes, sondern ein konkretes Zusammenbruchrisiko – mit Folgen für die Pflegeperson selbst (Gesundheit, eigener Pflegefall), für die Kostenträger (Krankenhaus- und Heimkosten) und für die Versorgungssicherheit insgesamt.

Die Tages-/Nachtpflege ist der wirksamste Stabilisator dieses Arrangements: Entlastung ist bei Nutzenden wie Nicht-Nutzenden ein Top-Motiv (B5/C12), und planbare, verlässliche Zeitblöcke wirken der Erschöpfung entgegen. Für die Sandwich-Töchter ist die Vereinbarkeit mit dem Beruf zentral (passende Öffnungszeiten, verlässlicher Fahrdienst); für die Konstellation „alt pflegt alt“ ist eine besonders verlässliche, wohnortnahe Entlastung nötig, weil hier die pflegende Person selbst gefährdet ist.

8.3.5 Schlussfolgerungen

Aus der Situation der Hauptpflegepersonen ergeben sich fünf Schlüsse:

- **Belastung als Frühwarnsystem ernst nehmen.** Dass rund 40 % an oder jenseits der Belastungsgrenze stehen, verlangt frühzeitige, aufsuchende Entlastung, bevor Arrangements zusammenbrechen.
- **Verlässliche, planbare Entlastung ausbauen.** Die Tages-/Nachtpflege als zentrales, zeitlich substanzielles Entlastungsangebot wohnortnah und finanzierbar bereitstellen (Querbezug zu Kap. 8.6 und 9).
- **Vereinbarkeit stützen.** Öffnungszeiten und Fahrdienste an den Bedürfnissen erwerbstätiger pflegender Angehöriger ausrichten, um die Sandwich-Lage zu entschärfen.
- **„Alt pflegt alt“ gezielt adressieren.** Für hochaltrige, selbst gesundheitlich eingeschränkte (Ehe-)Partner/innen besonders verlässliche und wohnortnahe Entlastung sowie Beratung vorhalten.
- **Prävention und Aktivierung verankern.** Beratungs-, Schulungs- und Aktivierungsangebote (im Sinne wirksam evaluierter Interventionen) systematisch mit der Tagespflege verbinden.

8.3.6 Abgleich mit bisherigen Ausführungen von wir pflegen Berlin e.V. zum Thema

Handlungsempfehlungen 2023. Der Verein hat die Entlastung und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements als Kernanliegen benannt. Die hohe, vielfach grenzwertige Belastung der Hauptpflegepersonen untermauert diese Forderung nachdrücklich.

Corona-Befragung 2022. Die Pandemie-Befragung machte sichtbar, wie schnell überlastete Arrangements bei wegfallender Entlastung kippen. Die aktuelle Befragung bestätigt die strukturelle Vorbelastung, auf die solche Krisen treffen.

Rothgang-Analysen und Fachtag Kiel. Die vom Verein aufgegriffenen Analysen zur Belastung pflegenden Angehöriger und die Arbeiten zu Selbsthilfe und Resilienz (u. a. Fachtag Kiel) verbinden sich unmittelbar mit den hier ermittelten Belastungstypen und stützen den Schluss, dass verlässliche Entlastung Voraussetzung für tragfähige häusliche Pflege ist.

8.3.7 Zwischenfazit

Die Hauptpflegepersonen tragen die häusliche Pflege in Berlin häufig allein, mit hohem und langjährigem Einsatz und vielfach an oder jenseits der Belastungsgrenze. Zwei Konstellationen sind besonders gefährdet: die Pflege „alt durch alt“ und die Sandwich-Lage erwerbstätiger Töchter. Ohne verlässliche, planbare Entlastung droht der Zusammenbruch des Arrangements. Die Tages-/Nachtpflege ist der zentrale Stabilisierungshebel – dies verbindet die Situation der Hauptpflegepersonen unmittelbar mit dem in Kap. 8.6 und 9 ermittelten, noch nicht gedeckten Bedarf.

8.4 Befragungsergebnisse zur Kenntnis und Nutzung der Leistungsansprüche

Dieses Kapitel wertet aus, wie gut die Befragten die einzelnen Leistungsansprüche der Pflegeversicherung kennen und in welchem Umfang sie sie nutzen. Es prüft die erhobenen Angaben, ordnet sie im Spiegel anderer Untersuchungen der letzten Jahre ein und zieht Schlussfolgerungen aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und der pflegenden An- und Zugehörigen. Der Fokus liegt bewusst auf jenen Leistungen, die für die Finanzierung und Kombination der Tages-/Nachtpflege von Bedeutung sind.

8.4.1 Fragestellung, Datengrundlage und methodische Einordnung

Erhoben wurde je Leistungsanspruch eine vierstufige Statusangabe: „nicht bekannt“, „wird aktuell genutzt“, „Nutzung geplant“ und „bekannt, aber nicht genutzt“ (zzgl. „keine Angabe“). Befragt wurden sowohl Personen, die *keine* Tages-/Nachtpflege nutzen (Auswertungsgruppe B2, Nichtnutzer/innen), als auch Personen, die eine Tages-/Nachtpflege *bereits nutzen* (Gruppe C1, Nutzer/innen). Die Matrix bildet damit nicht nur ab, was genutzt wird, sondern trennt sauber zwischen **Unkenntnis** (Leistung nicht bekannt) und **bewusster Nichtnutzung** (bekannt, aber nicht in Anspruch genommen). Diese Unterscheidung ist für die Interpretation zentral, weil sie Informations- von Bedarfs- und Zugangsfragen trennt.

8.4.2 Befunde der Befragung

Nichtnutzer/innen der Tages-/Nachtpflege (B 2)

Tabelle 8.4-1: Bekanntheit und Nutzung von Leistungsansprüchen – Nichtnutzer/innen (Basis je Item gesondert, Spalte N).

Leistungsanspruch	nicht bekannt	aktuell genutzt	geplant	nicht genutzt	k. A.	N
Pflegegeld	2	33	2	2	·	39
Häusliche Pflegeleistung	4	11	3	10	·	28
Kombinationsleistung	4	8	2	14	·	28
Tages-/Nachtpflege	5	9	3	15	·	32
Kurzzeitpflege	3	2	3	21	1	30
Verhinderungspflege	2	10	6	15	1	34
Gemeinsamer Jahresbetrag	11	6	2	9	1	29
Entlastungsbetrag	7	21	3	8	·	39
Umwandlungsanspruch	14	4	1	11	1	31
Pflegeberatung	3	19	4	5	1	32
Beratungseinsätze § 37 Abs. 3 SGB XI	6	21	2	3	·	32
Pflegekurse	5	3	4	20	1	33
Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds	4	9	4	15	1	33
Beiträge zur Rentenversicherung (Pflegeperson)	4	13	·	15	1	33
Wohngruppenzuschlag	6	2	·	15	4	27
Pflegeverbrauchshilfsmittel	3	20	4	10	·	37
Technische (auch digitale) (Pflege-)Hilfsmittel	9	10	2	11	1	33

Quelle: Onlinebefragung wir pflegen Berlin 2026, Auswertungsschritt B2. Lesehilfe: „·“ = keine Nennung.

Nutzer/innen der Tages-/Nachtpflege (C 1)

Tabelle 8.4-2: Bekanntheit und Nutzung von Leistungsansprüchen – Nutzer/innen (Basis je Item gesondert, Spalte N).

Leistungsan- spruch	nicht bekannt	aktuell genutzt	geplant	nicht genutzt	k. A.	N
Pflegegeld	1	13	·	·	·	14
Häusliche Pfle- gesachleistung	·	3	·	4	·	7
Kombinations- leistung	·	3	·	2	·	5
Kurzzeitpflege	·	·	1	3	·	4
Verhinderungs- pflege	1	6	2	1	·	10
Gemeinsamer Jahresbetrag	3	1	·	1	1	6
Entlastungsbe- trag	2	9	·	1	·	12
Umwandlungs- anspruch	2	1	·	2	·	5
Pflegeberatung	·	8	2	·	1	11
Beratungsein- sätze § 37 Abs. 3 SGB XI	1	6	2	·	·	9
Pflegekurse	1	2	1	4	·	8
Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnum- felds	2	3	1	2	·	8
Beiträge zur Rentenversiche- rung (Pflegeper- son)	2	3	·	2	·	7
Wohngruppen- zuschlag	1	·	·	3	·	4
Pflegever- brauchshilfsmit- tel	1	6	·	2	·	9
Technische (auch digitale) (Pflege-)Hilfs- mittel	2	4	·	1	·	7

Quelle: Onlinebefragung wir pflegen Berlin 2026, Auswertungsschritt C1. Die Leistung „Tages-/Nachtpflege“ ist hier nicht enthalten, da diese Gruppe sie definitionsgemäß nutzt.

Kernbefunde

1. Monetäre Kernleistungen sind fest verankert. Das Pflegegeld ist nahezu durchgängig bekannt und wird genutzt (B2: 33 von 39, 84,6 %; C1: 13 von 14). Auch der Entlastungsbetrag (B2: 21 von 39 aktuell genutzt), die Pflegeberatung (19 von 32), die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI (21 von 32) und die Pflegeverbrauchshilfsmittel (20 von 37) sind breit verankert. Die Befragten kennen also die Grundpfeiler ihrer Ansprüche.

2. Wissenslücken gerade bei den „Hebel-Leistungen“. Auffällig schwach bekannt sind ausgerechnet jene Instrumente, mit denen sich zusätzliche Tages-/Nachtpflege finanzieren oder flexibel kombinieren ließe. Der **Umwandlungsanspruch** ist 14 von 31 Nichtnutzenden „nicht bekannt“ (45,2 %), der **Gemeinsame Jahresbetrag** 11 von 29 (37,9 %; bei den Nutzenden 3 von 6). Auch der Wohngruppenzuschlag (6 von 27) und die technischen/digitalen Hilfsmittel (9 von 33) sind vielen unklar. Diese Unkenntnis ist der eigentliche Engpass: Wo eine Leistung gar nicht bekannt ist, kann sie auch nicht bewusst abgewogen werden.

3. Bekannt, aber nicht genutzt – eigene Kategorie. Bei mehreren Leistungen dominiert nicht die Unkenntnis, sondern die bewusste Nichtnutzung: Kurzzeitpflege (21 von 30 nicht genutzt, 70,0 %; nur 3 „nicht bekannt“), Pflegekurse (20 von 33), Verhinderungspflege (15 von 34 nicht genutzt, zugleich aber 10 aktuell genutzt und 6 geplant) sowie die häusliche Pflegesachleistung (10 von 28). Hier liegt der Ansatzpunkt nicht bei der Information über das Ob, sondern bei Hürden in Antragstellung, Angebotsverfügbarkeit oder Zuzahlung.

4. Aktivierungspotenzial der Verhinderungspflege. Die Verhinderungspflege wird zwar genutzt (10 von 34) und von weiteren 6 geplant, ist also zusammen bei rund der Hälfte präsent – ihr Potenzial, zusätzliche Tage in der Tagespflege mitzufinanzieren, ist damit aber erkennbar nicht ausgeschöpft.

5. Die Tages-/Nachtpflege selbst ist nicht allen bekannt. Immerhin 5 von 32 Nichtnutzenden ist die Tages-/Nachtpflege als Leistungsanspruch „nicht bekannt“, weitere 15 kennen sie, nutzen sie aber nicht. Die niedrige Inanspruchnahme ist damit zu einem erheblichen Teil ein Informations- und Zugangsproblem, nicht allein ein Bedarfsproblem.

Zusammengefasst zeigt sich ein **gemischtes Bild**: Die „großen“, eingespielten Geldleistungen werden verstanden und genutzt; die kombinatorischen und entlastenden Instrumente bleiben unausgeschöpft – überwiegend aus Unkenntnis, teils aus Zugangs- und Zuzahlungsgründen. Genau diese Instrumente wären der Schlüssel, um Tages-/Nachtpflege finanzierbarer zu machen.

8.4.3 Einordnung im Spiegel anderer Untersuchungen (2018–2025)

Die Befunde lassen sich an mehreren größeren Untersuchungen der letzten Jahre spiegeln. Alle herangezogenen Studien nutzen abweichende Bezugsgrößen; der Vergleich trägt daher Richtungsansagen, keine exakten Prozentgleichungen.

Tabelle 8.4-3: Ausgewählte Vergleichsdaten zur Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen.

Quelle (Jahr)	Grundlage / Methode	Zentrale Befunde zur Inanspruchnahme
ZQP-Befragung „Perspektive informell Pflegender“ (2018)	repräsentativ, > 900 informell Pflegende (40–85 J.)	44 % fühlen sich über die eigenen Ansprüche als Pflegende nicht gut informiert; 33 % über die Ansprüche der pflegebedürftigen Person. Rund 70 % nutzen den Entlastungsbetrag nicht. Pflegeberatung von 42 % genutzt, Pflegekurs von 8 %.
VdK-Pflegestudie / Büscher u. a. (HS Osnabrück, 2023; Befragung 2022)	sehr große, aber selbstselektierte Online-Befragung	82 % beziehen Pflegegeld. Nicht in Anspruch genommen werden: Verhinderungspflege bei rund 70 %, Entlastungsbetrag bei rund 80 %, Kurzzeitpflege bei rund 86 %. Rund 12 Mrd. € an Ansprüchen verfallen jährlich. Beratung durch Dritte erhöht die Inanspruchnahme deutlich.

Quelle (Jahr)	Grundlage / Methode	Zentrale Befunde zur Inanspruchnahme
pflege.de-Studie zum Entlastungsbetrag (2024)	Online-Befragung über pflege.de-Kanäle (selbstselektiert)	Rund ein Drittel nutzt den Entlastungsbetrag nicht oder nicht mehr; als Gründe genannt: zu kompliziertes Verfahren und zu geringes Angebot.
BARMER-Pflegereport 2023 / 2024 / 2025 (Rothgang u. a.)	Routinedaten, Hochrechnung; Pflegestatistik	2020 dämpfte die Pandemie teilstationäre Leistungen; die Kurzzeitpflege-Nutzung ging zurück. Die Pflegedauer verlängert sich ($\emptyset$ 3,9 $\rightarrow$ 7,5 Jahre), wobei für große Teile der zusätzlichen Zeit nur in geringerem Umfang Leistungen abgerufen werden. Das Pflegegeld verzeichnet den stärksten Zuwachs.

Zusammenstellung wir pflegen Berlin 2026 auf Basis der genannten Quellen. Ergänzend liegt aus früheren LPA-Materialien (SARAH 2023) für Berlin die Angabe vor, dass rund 36 % der Anspruchsberechtigten den Entlastungsbetrag nicht abrufen; diese Angabe wurde in der vorliegenden Auswertung nicht erneut geprüft.

Was der Vergleich zeigt

Erstens liegt die in unserer Befragung berichtete Nutzung der Entlastungs- und Flexibilisierungsinstrumente **deutlich über** den bundesweiten Werten. Während repräsentative und große Befragungen für den Entlastungsbetrag Nichtnutzungsquoten von 70–80 % ausweisen, nutzen ihn in unserer Gruppe B2 rund 54 % aktuell; nur etwa ein Fünftel kennt ihn und nutzt ihn dennoch nicht. Ähnlich bei der Verhinderungspflege: bundesweit rund 70 % Nichtnutzung, in unserer Befragung rund 44 %. Nur die Kurzzeitpflege liegt mit rund 70 % Nichtnutzung nahe an den externen Werten.

Die naheliegende und ehrlichste Erklärung ist die **Selbstselektion**: An der Befragung haben überdurchschnittlich informierte, aktiv organisierende Pflegehaushalte teilgenommen. Unsere Zahlen beschreiben also eher die **Obergrenze** des Erreichbaren, nicht den Durchschnitt. Für die Auswertung ist das kein Widerspruch, sondern ein verstärkendes Argument.

Zweitens – und das ist der entscheidende Punkt – zeigen sich **selbst in dieser gut informierten Gruppe** erhebliche Wissenslücken bei den Hebel-Leistungen (Umwandlungsanspruch 45 % unbekannt, Gemeinsamer Jahresbetrag 38 % unbekannt, Wohngruppenzuschlag, technische Hilfsmittel). Wenn schon die Engagierten diese Instrumente nicht kennen, ist der Informationsstand in der Gesamtheit der Berliner Pflegehaushalte mit hoher Wahrscheinlichkeit noch deutlich schlechter. Die Konvergenz mit den externen Befunden – „Ansprüche verfallen aus Unkenntnis, nicht aus Desinteresse“; „Beratung durch Dritte hebt die Inanspruchnahme deutlich“ – ist damit robust.

8.4.4 Interpretation aus Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen

Für die Betroffenen bedeuten diese Befunde konkret: Mittel und Ansprüche, die eigentlich der Entlastung dienen sollen, „liegen auf dem Tisch“, erreichen die Pflegehaushalte aber nicht. Wer die kombinatorischen Instrumente nicht kennt, kann sie nicht nutzen – und finanziert die Tages-/Nachtpflege entweder aus eigener Tasche, schränkt sie ein oder verzichtet ganz. Die Folge tragen jene, die ohnehin die Hauptlast der Versorgung schultern: die pflegenden An- und Zugehörigen und die pflegebedürftigen Menschen selbst.

Das verbindet sich unmittelbar mit dem an anderer Stelle der Auswertung meistgeäußerten Wunsch nach verlässlicher Kosten- und Anspruchsinformation. Ein in Beratung und Forschung häufig unzureichend vermittelter Zusammenhang ist dabei besonders folgenreich: dass das Budget der Tages-/Nachtpflege nach § 41 SGB XI grundsätzlich *zusätzlich* zu Pflegegeld und Pflegesachleistung tritt und über Umwandlungsanspruch und den gemeinsamen Jahresbetrag flexibel aufgestockt werden kann. Wird dieser Zusammenhang nicht vermittelt, erscheint die Tagespflege teurer und unattraktiver, als sie tatsächlich ist.

Daraus folgt ein klarer, aus Betroffenenensicht formulierter Bedarf: nicht „mehr Broschüren“, sondern **niedrigschwellige, aufsuchende und verlässliche Beratung** zu den entscheidenden Einzelleistungen – Umwandlungsanspruch, Entlastungsbetrag, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und Gemeinsamer Jahresbetrag – und vor allem zu ihrer *gezielten Kombination*. Die Befunde zeigen zugleich, dass die Nichtnutzung nicht überall dasselbe Problem ist: Bei den unbekannten Leistungen wirkt Information, bei den bekannten, aber nicht genutzten Leistungen (Kurzzeitpflege, Pflegekurse) sind Antrags-, Angebots- und Zuzahlungshürden zu prüfen. Beides erfordert unterschiedliche Antworten.

Damit rückt die Qualität und Ausrichtung des Beratungssystems in den Mittelpunkt. Die Detailauswertung der genutzten Informations- und Beratungswege – etwa die Dominanz der eigenen Internet-Recherche, die sehr gute, aber zu selten erreichte Bewertung von Pflegestützpunkt / Compass / Pflegeberatung sowie die kritisch zu prüfenden Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI – ist Gegenstand des Kapitels zu Information und Beratung. Für dieses Kapitel ist die Brücke entscheidend: Die Wissenslücken bei den Hebel-Leistungen sind kein Zufall, sondern ein systematisches Beratungsdefizit, das die Inanspruchnahme der Tages-/Nachtpflege unmittelbar bremst.

8.4.5 Schlussfolgerungen

Aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und der pflegenden An- und Zugehörigen lassen sich fünf Schlüsse ziehen:

- **Kein reines Bedarfsproblem.** Die niedrige Inanspruchnahme der Tages-/Nachtpflege und der sie flankierenden Leistungen ist zu einem erheblichen Teil ein Informations- und Zugangsproblem. Aufklärung über Umwandlungsanspruch und Gemeinsamen Jahresbetrag ist ein kurzfristig wirksamer Hebel, um vorhandenen Bedarf zu aktivieren.
- **Der Befund ist konservativ.** Weil eine engagierte, gut informierte Teilgruppe geantwortet hat, sind die gezeigten Lücken eher das Minimum. In der Breite der Berliner Pflegehaushalte ist von größeren Defiziten auszugehen – gestützt durch die bundesweiten Vergleichsdaten.
- **Zwei unterschiedliche Baustellen.** Unbekannte Leistungen brauchen Information; bekannte, aber nicht genutzte Leistungen brauchen den Abbau von Antrags-, Angebots- und Zuzahlungshürden. Beratung allein löst nur den ersten Teil.
- **Beratung wirkt – wenn sie ankommt.** Externe Studien und unsere Ergebnisse stimmen darin überein, dass qualifizierte, unabhängige Beratung die Inanspruchnahme deutlich erhöht. Erforderlich sind eine niedrigschwellige, aufsuchende Ausrichtung und eine stringente Verweisstruktur zu den fachlich kompetenten Angeboten.
- **Auftrag an die Neuordnung.** Wünschenswert wäre, dass das kommende Pflege neuordnungsgesetz Transparenz über Art und Umfang des bestehenden Beratungsangebots schafft und dessen grundlegende Neuausrichtung ermöglicht – konsequent von den Bedarfen der Pflegebedürftigen

und pflegenden An- und Zugehörigen her gedacht und mit Wertschätzung für diese als tragendes Rückgrat der Versorgung.

8.4.6 Abgleich mit bisherigen Ausführungen von wir pflegen Berlin e.V. zum Thema

Die Befunde dieses Kapitels bestätigen und schärfen Positionen, die wir pflegen Berlin e.V. seit Jahren vertritt. Der Abgleich beschränkt sich auf die unmittelbar einschlägigen Aussagen.

Handlungsempfehlungen 2023 (Legislaturperiode 2023–2026). Bereits 2023 stellte der Verein fest, dass gesetzliche Leistungsansprüche „in hohem Umfang nicht genutzt“ werden – primär aufgrund von Informations- und Beratungsdefiziten, zu hohen Zuzahlungen, mangelndem Angebot und bürokratischen Hemmnissen. Ein eigenes Arbeitsfeld war der Verbesserung von Information und Beratung gewidmet, ausdrücklich mit dem Ziel, die Pflegesituation positiv zu beeinflussen und die Inanspruchnahme gesetzlicher Leistungsansprüche zu befördern. Die Befragung bestätigt diesen Grundbefund aus der Nachfrageperspektive: Nicht die einfachen Geldleistungen, sondern die kombinatorischen „Hebel-Leistungen“ – Umwandlungsanspruch, Gemeinsamer Jahresbetrag, Verhinderungspflege – sind vielen unbekannt, und die niedrige Inanspruchnahme ist zu einem erheblichen Teil ein Informations- und Zugangsproblem, genau wie 2023 beschrieben.

Strukturelle Antworten des Vereins. Zu den bereits 2023 erhobenen Forderungen zählten die Flexibilisierung des Entlastungsbetrags und ein flexibel einsetzbares, Leistungen bündelndes Entlastungsbudget. Die Befragung untermauert diese Stoßrichtung: Wäre die Kombinatorik der Leistungen einfacher und transparenter, würde die Wissenslücke weniger schwer wiegen. Und die als stärkste erkannte Zuzahlungsschranke (vgl. Kap. 8.6) spricht für die ebenfalls langjährig vertretene Forderung nach finanzieller Entlastung.

Projektskizze und Monitoring der häuslichen Pflege (2025). Die hier sichtbar gewordenen Wissenslücken sind genau die Art von Befund, den keine amtliche Statistik erfasst. Sie stützen den 2025 – am 2. Juni im Fachausschuss Gesundheit und Pflege des Abgeordnetenhauses – vorgestellten Vorschlag des Vereins, auf Basis von Befragungen Handlungsbedarfe abzuleiten und ein datengestütztes Monitoring der häuslichen Versorgung aufzubauen.

Insgesamt bestätigt die Befragung die Linie des Vereins: Die Nichtnutzung ist überwiegend ein Informations-, Beratungs- und Zugangsproblem, dem mit aufsuchender Beratung, einer Vereinfachung und Bündelung der Leistungen sowie einer Begrenzung der Zuzahlungen zu begegnen ist.

8.4.7 Zwischenfazit

Die Befragten beherrschen die einfachen Geldleistungen, nicht aber die kombinatorischen Hebel. Damit bleibt – selbst in einer überdurchschnittlich informierten Gruppe – ein systematisches Beratungsdefizit, das die Inanspruchnahme der Tages-/Nachtpflege unmittelbar bremst. Der wirksamste kurz-

fristige Ansatzpunkt ist niedrigschwellige, aufsuchende Information über Umwandlungsanspruch, Gemeinsamen Jahresbetrag, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie deren Kombination; mittelfristig braucht es Transparenz über das Beratungsangebot und dessen bedarfsgerechte Neuausrichtung.

8.5 Befragungsergebnisse zum Themenbereich Information und Beratung

Dieses Kapitel wertet aus, über welche Wege sich die Befragten informieren und beraten lassen, wie hilfreich sie diese Wege erleben und welche Unterstützung sie sich zusätzlich wünschen. Wie in Kapitel 8.4 werden die Angaben geprüft, im Spiegel anderer Untersuchungen eingeordnet und aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und der pflegenden An- und Zugehörigen bewertet. Die vollständige, item-genaue Bewertung der einzelnen Beratungs- und Informationswege ist – auf Basis der hier geprüften Daten aktualisiert – in Anlage 4 (Acht-Punkte-Analyse) dokumentiert. Ergänzend vertiefen die bereits erstellten Schwerpunktanalysen „Information und Beratung zur Tages- und Nachtpflege“ (Anlage 5) und „Finanzierung von Tages- und Nachtpflege in Berlin“ (Anlage 7, mit Bewertung des Hilfeslotsen) einzelne Aspekte dieses Kapitels.

8.5.1 Fragestellung, Datengrundlage und methodische Einordnung

Der Abschnitt beruht auf vier Fragen: D1 („Wer hat Sie bisher informiert / beraten / unterstützt?“, Mehrfachnennung, Basis 35), D2 („Wie gut hat Ihnen dies geholfen?“, fünfstufige Bewertung je Quelle), D3 („Welche Art von Unterstützung wünschen Sie sich mehr?“, Mehrfachnennung, Basis 33) und D4 („Wie wichtig wäre diese Unterstützung?“, vierstufige Bewertung je Item). Der Abschnitt wurde von allen Befragten bearbeitet und ist für die Arbeit von wir pflegen besonders relevant, weil er die Beratungs- und Informationslandschaft aus Nutzersicht bewertet.

Vier methodische Punkte sind durchgängig zu beachten:

- **Kleine Fallzahlen.** Die Itembatterien wurden von 33 bis 35 Personen bearbeitet; einzelne Bewertungen (D2, D4) beruhen teils nur auf 4 bis 10 Nennungen. Anteile auf so kleiner Basis sind nicht belastbar und dienen nur der groben Orientierung; sie werden hier überwiegend als absolute Häufigkeiten berichtet.
- **Selbstselektion.** Teilgenommen haben überwiegend informierte, aktiv organisierende Pflegehaushalte. Wie in Kapitel 8.4 beschreibt das eine engagierte Teilgruppe; die Ergebnisse sind nicht repräsentativ für alle Berliner Pflegehaushalte. Wissens- und Zugangslücken dürften in der Breite größer sein.
- **Zwei unterschiedliche Bezugsgrößen bei D1 und D2.** D1 misst, welche Quelle als Informationsweg genannt wurde; D2 misst, wie hilfreich sie bewertet wurde. Für die meisten Quellen haben mehr Personen den Nutzen bewertet als sie in D1 als eigenen Weg genannt haben. Bewertungsanteile werden deshalb konsequent auf die **Bewertenden** (N ohne „keine Angabe“) bezogen, Reichweitenangaben auf die Basis 35. Vermischt man beide Größen, entstehen zu günstige Werte.
- **Eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Fremddaten.** Die herangezogenen Studien nutzen andere Grundgesamtheiten, Jahre und Bezugsgrößen; der Abgleich trägt Richtungsaussagen, keine exakten Prozentvergleiche.

8.5.2 Befunde der Befragung

D1 · Wer hat bisher informiert, beraten oder unterstützt?

Tabelle 8.5-1: Genutzte Informations- und Beratungswege (Mehrfachnennung, Basis 35 Personen).

Quelle / Weg	n	Anteil*
Eigene Recherche (Internet, KI)	26	74,3 %
Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI	18	51,4 %
Pflegestützpunkt / Pflegeberatung / Compass	18	51,4 %
Medizinischer Dienst (bei Begutachtung)	15	42,9 %
Selbsthilfeorganisation	15	42,9 %
Andere pflegende An- und Zugehörige	14	40,0 %
Hausärztin / Hausarzt	12	34,3 %
Pflegedienst	9	25,7 %
Bisher keine Beratung gesucht	8	22,9 %
Kontaktstelle PflegeEngagement	7	20,0 %
Pflegekasse	7	20,0 %
Krankenhaus-Sozialdienst	7	20,0 %
Bezirksamt (Hilfe zur Pflege)	1	2,9 %

Quelle: Onlinebefragung wir pflegen Berlin 2026, Frage D1. * Anteil der Personen, die das Item bejaht haben (Basis 35). Offene Nennungen u. a.: Fachärztin für Psychiatrie/Neurologie, Selbsthilfegesellschaften, Schlaganfallhilfe.

D2 · Wie gut hat die Information / Beratung geholfen?

Tabelle 8.5-2: Erlebter Nutzen je Quelle (Basis je Item gesondert, Spalte N).

Quelle / Weg	sehr gut	gut	teils	wenig	gar nicht	k. A.	N
Pflegestützpunkt / Pflegeberatung / Compass	10	7	2	·	1	3	23
Andere pflegende An- und Zugehörige	6	6	4	2	·	2	20
Selbsthilfeorganisation	4	4	2	·	·	5	15
Eigene Recherche (Internet, KI)	7	6	11	2	·	·	26
Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI	6	3	5	3	·	1	18
Medizinischer Dienst (bei Begutachtung)	2	7	4	2	3	·	18
Hausärztin / Hausarzt	4	3	3	2	1	1	14
Pflegedienst	4	5	4	1	1	2	17
Kontaktstelle PflegeEngagement	3	2	1	1	·	7	14
Pflegekasse	·	7	5	·	2	2	16
Krankenhaus-Sozialdienst	·	5	4	2	1	2	14
Andere Beratungsstelle (z. B. KOBRA, Pflege in Not)	1	1	1	1	1	6	11
Bezirksamt (Hilfe zur Pflege)	·	1	1	·	2	5	9
Bisher keine Beratung gesucht	1	2	10	3	·	3	19

Quelle: Onlinebefragung wir pflegen Berlin 2026, Frage D2. Positiv = „sehr gut“ + „gut“. Höchster „sehr gut“-Anteil: Pflegestützpunkt / Compass (10 von 23; 43,5 %).

D3 · Welche Unterstützung wird zusätzlich gewünscht?

Tabelle 8.5-3: Gewünschte Unterstützung (Mehrfachnennung, Basis 33 Personen).

Gewünschte Unterstützung	n	Anteil*
Information über Kosten und Eigenanteile	28	84,8 %
Detaillierte Information über Angebote in meiner Nähe	23	69,7 %
Information über weitere Entlastungsmöglichkeiten	23	69,7 %
Empfehlungen zur Qualität von Angeboten	19	57,6 %
Hilfe bei der Auswahl eines passenden Angebots	17	51,5 %
Psychosoziale Unterstützung	17	51,5 %
Unterstützung beim Geltendmachen von Leistungsansprüchen	16	48,5 %
Information über Kostenübernahme (Hilfe zur Pflege)	16	48,5 %
Unterstützung bei Problemen mit Anbietern	14	42,4 %
Platzbörse	13	39,4 %
Übernahme von Koordinierung und Vermittlung	12	36,4 %
Information zum Leistungsspektrum einer Tagespflege	11	33,3 %

Quelle: Onlinebefragung wir pflegen Berlin 2026, Frage D3. * Anteil der Personen, die das Item bejaht haben (Basis 33).

D4 · Wie wichtig wäre diese Unterstützung?

Tabelle 8.5-4: Wichtigkeit der gewünschten Unterstützung (Basis je Item gesondert, Spalte N).

Unterstützung	sehr wichtig	wichtig	wenig wichtig	nicht wichtig	k. A.	N
Information über Kosten und Eigenanteile	13	8	·	2	·	23
Unterstützung beim Geltendmachen von Ansprüchen	13	6	·	2	·	21
Detaillierte Information über Angebote in meiner Nähe	12	6	·	2	·	20
Info über Kostenübernahme (Hilfe zur Pflege)	12	4	1	1	·	18
Empfehlungen zur Qualität von Angeboten	14	5	1	2	·	22
Information über weitere Entlastungsmöglichkeiten	13	5	2	1	·	21
Hilfe bei der Auswahl eines passenden Angebots	12	7	2	2	·	23
Psychosoziale Unterstützung	13	4	1	3	·	21
Übernahme von Koordinierung und Vermittlung	10	8	3	1	1	23
Unterstützung bei Problemen mit Anbietern	10	7	3	2	·	22

Unterstützung	sehr wichtig	wichtig	wenig wichtig	nicht wichtig	k. A.	N
Information zum Leistungsspektrum einer Tagespflege	10	9	1	4	.	24
Platzbörse	7	6	3	3	.	19

Quelle: Onlinebefragung wir pflegen Berlin 2026, Frage D4. Höchster „sehr wichtig“-Anteil: Information über Kostenübernahme im Rahmen der Hilfe zur Pflege (12 von 18; 66,7 %).

Kernbefunde

1. Die Eigenrecherche dominiert. Häufigster Informationsweg ist die eigene Recherche im Internet bzw. mit KI (26 von 35; 74,3 %) – deutlich vor allen institutionellen Wegen. Das Informationsverhalten ist stark eigeninitiativ und digital geprägt.

2. Reichweite und Wirksamkeit klaffen auseinander. Die meistgenutzte Quelle (Internet) hilft nur etwa jedem Zweiten (13 von 26; 50 %). Die am besten bewertete Quelle – der Pflegestützpunkt / Compass – überzeugt dagegen 17 von 20 Bewertenden (85 %) und erzielt den höchsten „sehr gut“-Anteil, erreicht aber nur rund die Hälfte der Befragten (18 von 35). Wo professionelle Beratung ankommt, ist sie wirksam; das Problem ist Reichweite und Zugang, nicht Qualität.

3. Leistungsgewährende und kommunale Stelle sind kaum sichtbar. Die Pflegekasse (7 von 35; 20 %) und vor allem das Bezirksamt / Hilfe zur Pflege (1 von 35; 2,9 %) treten als aktive Informationsquellen kaum in Erscheinung. Gerade der kommunale Akteur mit gesetzlichem Informations- und Beratungsauftrag und (Mit-)Kostenträgerfunktion erreicht die Pflegehaushalte nicht.

4. Selbsthilfe und Peer-Beratung sind wirksam, aber unterschätzt. Selbsthilfeorganisationen (8 von 10 Bewertenden positiv) und andere pflegende Angehörige (12 von 18 positiv) werden überdurchschnittlich hilfreich erlebt – bei allerdings kleinen Fallzahlen. Ihr Beitrag verdient mehr Beachtung.

5. Die Pflicht-Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI überzeugt nur mittelmäßig. Die Beratungseinsätze werden ebenso häufig genutzt wie der Pflegestützpunkt (18 von 35), obwohl sie für Pflegegeldbeziehende regelhaft verpflichtend sind. Positiv bewertet werden sie aber nur von 9 der 17 Bewertenden (52,9 %). Hier besteht Überprüfungsbedarf.

6. Das Wunschprofil ist eindeutig und finanziell grundiert. Mit Abstand am häufigsten gewünscht wird Information über Kosten und Eigenanteile (28 von 33; 84,8 %), gefolgt von wohnortnahen Angebotsinformationen und weiteren Entlastungsmöglichkeiten (je 69,7 %), Qualitätsempfehlungen, Auswahlhilfe und psychosozialer Unterstützung. In der Wichtigkeit liegen Kosten-/Eigenanteilsinformation und die Unterstützung beim Geltendmachen von Ansprüchen mit je rund 91 % der Bewertenden vorn. Gewünscht ist also nicht nur Information, sondern Begleitung.

8.5.3 Einordnung im Spiegel anderer Untersuchungen (2015–2024)

Die Befunde fügen sich in ein konsistentes Bild größerer Untersuchungen. Die stärker repräsentativen und aktuellen Quellen sind der WldOmonitor 2024 und die VdK-Pflegestudie 2023; ältere, aber grundlegende Referenzen (ZQP 2018, TK-Pflegestudie 2015) belegen die Kontinuität des Musters. Alle Angaben tragen Richtungsangaben.

Tabelle 8.5-5: Ausgewählte Vergleichsdaten zu Information und Beratung.

Quelle (Jahr)	Grundlage / Methode	Relevante Befunde
WldOmonitor 2024 (WldO / AOK)	repräsentativ, 1.008 nicht-professionell Pflegende (Erhebung 2023)	Trotz steigender Belastung ging die Inanspruchnahme externer Unterstützung 2019→2023 zurück: 2019 nutzten rund 57 % nur Pflegegeld, 2023 fast zwei Drittel. Über die Hälfte gab „keinen Bedarf“ an, obwohl ähnlich viele sich Unterstützung wünschten – ein Hinweis auf Informations-, Zugangs- und Vorbehaltsbarrieren.
VdK-Pflegestudie / Büscher u. a. (2023)	sehr große, selbstselektierte Online-Befragung	Ansprüche verfallen aus Unkenntnis, nicht aus Desinteresse. Zentraler Befund: Beratung durch Dritte erhöht die Inanspruchnahme deutlich – teils um ein Vielfaches.
ZQP-Befragung (2018)	repräsentativ, > 900 informell Pflegende	Pflegeberatung von 42 % genutzt; nur 38 % konnten (2015) den Rechtsanspruch auf unabhängige Beratung. 44 % fühlten sich über eigene Ansprüche, 33 % über die Ansprüche der pflegebedürftigen Person nicht gut informiert. Das Internet diene bereits mehrheitlich als Informationsquelle.
TK-Pflegestudie (Forsa, 2015)	repräsentativ, > 1.000 pflegende Angehörige	68 % nutzten das Internet gezielt zur Information über Pflege – über alle Altersgruppen; die Bedeutung stieg mit dem Pflegegrad (56 % → 78 %). Die Online-Orientierung ist ein sich verfestigendes Muster.
IGES-Evaluation Pflegestützpunkte BW (2024) · pflege.de-Studie (2024)	Evaluation bzw. Online-Befragung	Pflegestützpunkte werden aktuell evaluiert und weiterentwickelt (Reichweite, Ausstattung, bedarfsgerechte Verteilung). Beim Entlastungsbetrag gilt das Verfahren als zu kompliziert und das Angebot als zu gering.

Zusammenstellung wir pflegen Berlin 2026 auf Basis der genannten Quellen.

Was der Vergleich zeigt

Erstens deckt sich die Dominanz der Eigenrecherche mit den Fremddaten: Schon 2015 (TK) und 2018 (ZQP) war das Internet die meistgenutzte Informationsquelle pflegender Angehöriger. Neu ist in unserer Befragung, dass die Recherche ausdrücklich „Internet, KI“ umfasst – die digitale Orientierung verschiebt sich weiter, ihre nur mittlere Wirksamkeit (50 % hilfreich) bleibt aber bestehen.

Zweitens nutzt unsere – engagierte – Teilgruppe institutionelle Beratung sogar etwas häufiger als der Durchschnitt (Pflegestützpunkt 51 % vs. ZQP-Pflegeberatung 42 %). Das Muster ist jedoch dasselbe: zuerst das Internet, dann die institutionelle Beratung – und dort, wo sie ankommt, wirkt sie. Der WldOmonitor 2024 bestätigt zudem, dass externe Unterstützung trotz steigender Belastung bundesweit zurückgeht und ein „kein-Bedarf“-Paradox besteht. Beides stützt die Lesart, dass Nichtnutzung häufig ein Informations-, Zugangs- und Vorbehaltsproblem ist, kein reines Bedarfsproblem.

Drittens verweist die VdK-Studie auf den entscheidenden Hebel: Beratung durch Dritte erhöht die Inanspruchnahme deutlich. Genau hier setzt der in unserer Befragung meistgeäußerte Wunsch nach Kostentransparenz und Begleitung an.

8.5.4 Interpretation aus Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen

Aus Sicht der Betroffenen bedeutet der Befund vor allem eines: Die Informations- und Vermittlungsarbeit wird weitgehend selbst getragen. Wer recherchestark, sprachsicher und gut vernetzt ist, findet ein Angebot; wer das nicht ist, bleibt außen vor. Damit entsteht eine soziale Selektion bereits an der Schwelle – und ein erheblicher Teil des Bedarfs bleibt „unsichtbar“, weil er nie in eine Anfrage mündet. Für die Angebotsentwicklung fehlt dadurch zugleich die Steuerungsinformation.

Der stärkste Wunsch der Befragten betrifft finanzielle Transparenz – Kosten, Eigenanteile und die Kostenübernahme im Rahmen der Hilfe zur Pflege. Das verbindet dieses Kapitel unmittelbar mit den Wissenslücken bei den finanzierungs- und kombinationsrelevanten Leistungen aus Kapitel 8.4 (Umwandlungsanspruch, Gemeinsamer Jahresbetrag) und mit den finanziellen Zugangsbarrieren zur Tages-/Nachtpflege. Unsicherheit über Eigenanteile schreckt ab, bevor überhaupt ein Angebot gesucht wird.

Zwei Freitextforderungen aus der Befragung sind fachpolitisch besonders ergiebig und werden hier bewusst aufgegriffen, weil sie die Betroffenenansicht auf den Punkt bringen:

„Erstattung der Zuzahlungskosten der Tagespflege nicht nur über § 45b, sondern zusätzlich auch über die Verhinderungspflege.“

„Abrechnung der Tagespflege-Zuzahlung direkt mit der Pflegekasse durch die Tagespflege und nicht über einen Erstattungsantrag der Pflegenden.“

Beide Forderungen zielen auf Entbürokratisierung und eine spürbare Entlastung pflegender Angehöriger. Sie zeigen, dass die Befragten nicht nur Information wollen, sondern **Begleitung und einfachere Verfahren**. Der hohe Stellenwert psychosozialer Unterstützung (13 von 21 „sehr wichtig“) unterstreicht, dass Pflege selbst eine emotionale Belastung ist, die eigener Unterstützung bedarf.

Für die Ausrichtung des Beratungssystems folgt daraus ein klares Bild: eine **wohnnortnahe, neutrale Lotsen- und Vermittlungsfunktion** mit Kosten- und Qualitätstransparenz, unterlegt durch eine qualitätsgesicherte digitale Information (die Menschen recherchieren ohnehin online), aufsuchend und begleitend statt bloß informierend. Der Wunschkatalog aus D3/D4 ist faktisch der Aufgabenkatalog einer solchen Stelle.

Der Hilfelotse Berlin – bestehendes digitales Angebot und seine Grenzen

Ein für die digitale Orientierung bereits vorhandenes Angebot ist der Hilfelotse Berlin (www.hilfelotse-berlin.de), eine kostenlose, trägerübergreifende und barrierearme Datenbank pflegerischer, gesundheitlicher und sozialer Angebote (Träger: Albatros gGmbH; hervorgegangen aus einem vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Modellprojekt und angebunden an die Berliner Pflegestützpunkte). Für die Tages-/Nachtpflege bietet er eine wohnortnahe Umkreissuche (1–5 km) über rund 9.000 Anbieter sowie eine Suche nach der Sprache der Anbietenden (u. a. türkisch, arabisch, russisch, polnisch, englisch) – und trifft damit den in D3 geäußerten Wunsch nach detaillierten, wohnortnahen Angebotsinformationen und den Bedarf an mehrsprachiger, barrierearmer Information.

Aus Nutzersicht bleiben allerdings gerade die beiden entscheidenden Fragen offen: **Was kostet die Einrichtung** (Tagessatz, Unterkunft/Verpflegung, Investitionskosten)? und **Ist aktuell ein Platz frei?** Kostenangaben und besondere Leistungsmerkmale sind der öffentlichen Fassung nicht zugänglich, sondern dem Berater-Zugang der Pflegestützpunkte vorbehalten; freie Kapazitäten werden nicht in Echtzeit ausgewiesen. Der Hilfelotse beantwortet damit das „Ob“ und „Wo“, nicht aber das von den Befragten am stärksten gewünschte „Was kostet es“ und „Ist etwas frei“ – er ist ein **Verzeichnis, kein**

Vergleichs- oder Belegungsportal. Genau diese Lücke deckt sich mit dem in D3/D4 dominierenden Wunsch nach Kosten- und Eigenanteilstransparenz und der ergänzend gewünschten Platzbörse. Die ausführliche Darstellung und Bewertung findet sich in der Schwerpunktanalyse „Finanzierung von Tages- und Nachtpflege in Berlin“ (Anlage 7).

8.5.5 Schlussfolgerungen

Aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und der pflegenden An- und Zugehörigen ergeben sich sechs Schlüsse:

- **Verweisstruktur statt Angebotsvielfalt.** Es mangelt nicht an Angeboten, sondern an einer klaren, verlässlichen Verweisstruktur, die vor die Google-Suche kommt und auf die wirksamen Knoten (Pflegestützpunkte) führt.
- **Pflegestützpunkte sichtbarer und aufsuchender machen.** Sie liefern, wenn man sie erreicht (85 % positiv), erreichen aber nur rund die Hälfte. Ausbau, bessere Bekanntmachung und aufsuchende Formate sind der wirksamste Hebel.
- **Qualitätsgesicherte digitale Information bereitstellen.** Da ohnehin online recherchiert wird, kann ein trägerunabhängiges, verlässliches Angebot die Hälfte, die im Netz nicht fündig wird, gezielt erreichen.
- **Kassen, Bezirke und Sozialdienste aktiv einbinden.** Pflegekasse, Bezirksamt (Hilfe zur Pflege) und Krankenhaus-Sozialdienst sind heute kaum aktive Informationsquellen. Insbesondere die Rolle der Bezirke ist zu klären und die Hilfe zur Pflege bekannter zu machen.
- **Selbsthilfe, Peer-Beratung und psychosoziale Begleitung aufwerten.** Sie sind wirksam und kostengünstig und decken einen hohen, bislang unterversorgten Bedarf.
- **§ 37 Abs. 3 überprüfen, Verfahren entbürokratisieren.** Die verpflichtenden Beratungseinsätze bedürfen einer Überprüfung von Auftrag, Qualität und Wirkung. Zugleich sind Direktabrechnung der Zuzahlung (Einrichtung ↔ Kasse) und erweiterte Erstattungswege zu prüfen.

8.5.6 Abgleich mit bisherigen Ausführungen von wir pflegen Berlin e.V. zum Thema

Die Befunde dieses Kapitels bestätigen und konkretisieren langjährige Positionen von wir pflegen Berlin e.V. Der Abgleich beschränkt sich auf die unmittelbar einschlägigen Aussagen.

Handlungsempfehlungen 2023 (Legislaturperiode 2023–2026). Der Verbesserung von Information und Beratung widmete der Verein 2023 ein eigenes Arbeitsfeld – mit dem doppelten Ziel, die Pflegesituation positiv zu beeinflussen und die Inanspruchnahme gesetzlicher Leistungsansprüche zu befördern. Die Befragung bestätigt die Dringlichkeit dieses Anliegens: Die Eigenrecherche dominiert, während die qualitativ beste Anlaufstelle – der Pflegestützpunkt (vgl. Kap. 8.5.2) – zu wenige erreicht; die verpflichtenden Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI überzeugen nur durchschnittlich; und Selbsthilfe und Peer-Beratung wirken, werden aber unterschätzt. Der 2023 formulierte Auftrag, Information und Beratung gezielt zur Hebung der Inanspruchnahme einzusetzen, ist damit unverändert aktuell.

Richtung der Weiterentwicklung. Die Befunde schärfen die daraus abgeleitete Richtung: Gebraucht wird nicht „mehr Broschüren“, sondern eine niedrigschwellige, aufsuchende und verlässliche Beratung mit klarer Verweisstruktur zu den fachlich kompetenten Stellen – und, dem in der Befragung

meistgeäußerten Wunsch entsprechend, eine verlässliche Kosten- und Anspruchsberatung. Auch das bestehende digitale Angebot (Hilfelotse Berlin) ist in diesem Sinne weiterzuentwickeln (vgl. Kap. 8.5.4).

Projektskizze/Monitoring (2025) und Corona-Befragung (2022). Die Befragung hat die Berliner Beratungslandschaft aus Nutzersicht kartiert – erneut ein Befund, den keine amtliche Statistik liefert – und stützt so den 2025 vorgestellten Vorschlag eines datengestützten Monitorings der häuslichen Pflege. Bereits die Corona-Befragung 2022 hatte den Informationsmangel als eigenständigen Belastungsverstärker benannt; die vorliegenden Befunde zeigen, dass dieses Defizit strukturell fortbesteht.

Insgesamt bestätigt und konkretisiert die Befragung die langjährige Position des Vereins: Information und Beratung sind das Scharnier zwischen Bedarf und Inanspruchnahme; wirksam sind Reichweite, aufsuchende Formate und eine verlässliche, qualitätsgesicherte Anspruchs- und Kostenberatung.

8.5.7 Zwischenfazit

Den Berliner Pflegehaushalten steht ein vielfältiges Beratungsangebot zur Verfügung – die Vielfalt allein bringt es aber nicht. Information und Vermittlung kommen vielfach nicht an; die Betroffenen recherchieren zuerst selbst und finden nur zur Hälfte, was sie suchen. Wo professionelle Beratung ankommt (Pflegestützpunkt), wirkt sie – sie ist nur zu wenig sichtbar. Der eindeutig wichtigste Wunsch ist finanzielle Transparenz, gefolgt von wohnortnaher Orientierung und aktiver Begleitung. Erforderlich sind eine stringente Verweisstruktur auf die wirksamen Angebote, eine qualitätsgesicherte digitale Information, eine aufsuchende Lotsenbegleitung sowie – als Auftrag an die Neuordnung – Transparenz über Art und Umfang des bestehenden Beratungsangebots und dessen bedarfsgerechte Neuausrichtung.

8.6 Befragungsergebnisse zum Themenbereich „Inanspruchnahme, Wünsche, Barrieren und tatsächlicher Bedarf“

8.6.1 Befunde

B3 · In welchem Bezirk sollte die Tages-/Nachtpflege liegen?

Basis: 45 gültige Antworten (ohne Angabe: 138).

Antwort	n	Anteil
Charlottenburg-Wilmersdorf	7	15,6 %
Treptow-Köpenick	7	15,6 %
Tempelhof-Schöneberg	6	13,3 %
Steglitz-Zehlendorf	5	11,1 %
Pankow	5	11,1 %
Lichtenberg	5	11,1 %
Mitte	3	6,7 %

Antwort	n	Anteil
Neukölln	3	6,7 %
Friedrichshain-Kreuzberg	2	4,4 %
Reinickendorf	2	4,4 %

Häufigste Angabe: „Charlottenburg-Wilmersdorf“ (n=7; 15,6 % der gültigen Antworten).

B4 · Warum wird keine Tages-/Nachtpflege genutzt?

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	voll zu	zu	wen. zu	nicht zu	k.A.	N
Aktuell kein Bedarf	10	6	8	7	.	31
Pflegebedürftige/r lehnt das Angebot ab	9	5	7	7	1	29
Angebot war nicht bekannt	4	2	6	13	2	27
Vorteile wurden nicht ausreichend vermittelt	8	2	3	12	1	26
Unterstützung bei der Suche fehlte	9	2	3	10	1	25
Mobilitätsbarrieren in der Wohnung	8	2	4	12	1	27
Mobilitätsbarrieren im Haus/beim Zugang zum Haus (kein Aufzug etc.)	10	3	3	9	1	26
Keine Tages-/Nachtpflege in erreichbarer Nähe	4	1	5	9	3	22
Angefragte Tages-/Nachtpflegen hatten keine Plätze	2	2	5	7	5	21
Konzeption bzw. Nutzerkreis passte nicht zum Bedarf des Pflegebedürftigen	6	1	2	7	6	22
Personal nicht ausreichend qualifiziert für die Belange des Pflegebedürftigen	2	.	1	8	6	17
Betreuungsbedarf war der Einrichtung zu hoch (z.B. bei fortgeschrittener Demenz)	2	.	2	8	6	18
Körperpflegebedarf war der Einrichtung zu hoch (z.B. bei Intensivpflege, Bettlägerigkeit)	2	.	.	12	4	18
Fahrdienst stand nicht zur Verfügung	5	1	.	10	3	19
Bräuchte Angebot an Tagen/Zeiten, die nicht angeboten werden	5	1	1	9	3	19

Item	voll zu	zu	wen. zu	nicht zu	k.A.	N
Zuzahlungen (ca. 20 € pro Tag zurzeit) sind zu hoch	8	4	2	5	3	22
Brauche mehr Betreuungszeit als mit dem Leistungsanspruch der Pflegeversicherung finanzierbar ist	7	1	2	5	3	18
Will nicht zusätzlich eigene Mittel für die Pflege einsetzen	6	4	5	7	1	23

Stärkste Ausprägung „trifft voll zu“: „Brauche mehr Betreuungszeit als mit dem Leistungsanspruch der Pflegeversicherung finanzierbar ist“ (7 von 18; 38,9 %).

Offene Angaben (anonymisiert):

- *Mein Mann ist jung und im den Tagespflegen sind nur Senioren da fühlt sich mein Mann nicht wohl. Z.B die Musik ist auf das Alter der Senioren abgestimmt sowie das essen.Mein Mann braucht viel Zuwendung das können die weder im Hwim noch in einer Tagespflege leisten.*
- *Zu Pflegenden können mit dem Angebot einer Tagespflege nichts anfangen, passt nicht zu ihnen*
- *Benötigte Pflegesachleistungen für Körperpflege etc. sind bereits sehr hoch. Zusätzliche Finanzierung Tagespflege nicht möglich.*
- *Keine Tagespflege für junge Erwachsene mit komplexer Behinderung und hohem Pflegebedarf vorhanden.*
- *keine Angebote für häusliche Nachtpflege gefunden*
- *Würde gerne trotz Heimaufenthalt als Tagespflege eine/n Gesellschafter/in nutzen. Kann ich mir mit unserem Einkommen nicht leisten. Zahle bereits monatlich über 1000 € von meiner Rente zu den Heimkosten zu. Und es wäre auch ein Glücksfall jemanden zu finden, mit dem die Chemie stimmt, und der in erster Linie helfen und nicht zuverdienen will. Es findet sich ja nicht mal jemand aus der Familie der mehr als 4x im Jahr hingeht für mehr als 1 Std. Kaffeetrinken.*
- *Kann keine eigenen Mittel einsetzen, da nicht vorhanden.*

B5 · Warum würden Sie gerne eine Tages-/Nachtpflege nutzen?

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	sehr wichtig	wichtig	wen. wichtig	nicht w.	k.A.	N
Selbstständige Lebensführung zu Hause erhalten	21	5	1	1	4	32
Fähigkeiten fördern (Gedächtnis, Bewegung etc.)	28	8	.	.	1	37
Soziale Kontakte / Teilhabe ermöglichen	27	9	.	1	.	37
Vollstationäre Versorgung vermeiden	20	5	3	1	2	31
Isolation und Vereinsamung entgegenwirken	25	5	1	3	.	34
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf befördern	16	3	2	4	3	28

Item	sehr wichtig	wichtig	wen. wichtig	nicht w.	k.A.	N
Pflegende An- und Zugehörige erhalten mehr Zeit für Erholung und für sich selbst	25	6	1	1	.	33
Pflegende An- und Zugehörige werden bei der Pflege entlastet	24	9	.	1	1	35
Pflegende An- und Zugehörige erhalten mehr Zeit für (ggf. schulpflichtige) Geschwisterkinder	11	3	1	3	5	23

Stärkste Ausprägung „sehr wichtig“: „Pflegende An- und Zugehörige erhalten mehr Zeit für Erholung und für sich selbst“ (25 von 33; 75,8 %).

Offene Angaben (anonymisiert):

- Keine Zeit für mich.
- Wäre schön, wenn der Pflegebedürftige auch mal zur Tagespflege wollte, aber was wenn nicht?
- Ich hatte vor Heimeinweisung für meinen Mann Tagespflege 2x pro Woche von 8-15 Uhr. Diese Spanne empfand ich als zu kurz. Wenn man unterwegs war, kam man sehr schnell in Zeitdruck, und hatte Mühe mehr als einen Vorgang zu erledigen. Überall sind die Wartezeiten sehr lang und für Entspannung war da wenig Zeit. Mir wäre, vor allem bei nur 1-2 Betreuungstagen eine Betreuung bis 17, besser 19 Uhr lieber gewesen. Oft war mein Mann auch schon um 14 Uhr zurück, weil der letzte der Tour um 15 Uhr zu Hause sein sollte und er war der erste.

B6 · In welchem Umfang würden Sie die Tages-/Nachtpflege ggf. nutzen?

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	vorm.	nachm.	ganzer Tag	nachts	variiert	k.A.	N
Montag	5	1	9	4	6	2	27
Dienstag	5	1	11	2	7	2	28
Mittwoch	4	2	10	2	7	1	26
Donnerstag	5	.	9	3	6	1	24
Freitag	3	1	8	2	8	1	23
Samstag	3	.	4	2	5	7	21
Sonntag	2	.	3	2	5	7	19

B7 · Wäre ein Versorgungsschwerpunkt für Ihre Nutzung wichtig?

Basis: 36 gültige Antworten (ohne Angabe: 147).

Antwort	n	Anteil
ja	21	58,3 %
nein	13	36,1 %
Keine Angabe	2	5,6 %

Häufigste Angabe: „ja“ (n=21; 58,3 % der gültigen Antworten).

B8 · Welcher Versorgungsschwerpunkt wäre für Sie wichtig?

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	sehr wichtig	wichtig	wen. wichtig	nicht w.	k.A.	N
Menschen mit Demenz	20	4	.	4	3	31
Menschen mit einer psychischen Erkrankung	5	5	2	6	4	22
Pflegebedürftige unter 60 mit körperlichen Beeinträchtigungen	6	3	1	7	5	22
Chronisch kranke bzw. behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	8	2	.	6	4	20
Kein Schwerpunkt	5	2	.	3	6	16

Stärkste Ausprägung „sehr wichtig“: „Menschen mit Demenz“ (20 von 31; 64,5 %).

Offene Angaben (anonymisiert):

- Menschen ohne kognitive Einschränkungen, aber körperlichen Gebrechen, Sturzneigung
- Angebote und Interessen auf das Alter anpassen. Zum Beispiel mein Mann hat gerne gekocht oder mit Holz oder Metall gearbeitet. Er bastelt nicht
- Morbus Parkinson
- Besonders wichtig: für junge Erwachsene !
- häusliche Nachtpflege
- Ich hatte davon geträumt, dass der Pflegling 5x/ Woche in der Tagespflege von 8-17Uhr ist und dort in dieser Zeit auch der Bedarf an Ergo, Physio, und Logopädie abgedeckt wird. Im Alter wird man wieder kindisch, sagt man, und da sollte die Versorgung auch ähnlich umfassend wie die Betreuung im Kindergarten sein. Und wenn man träumen darf: Sollte auch die medizinische Grundversorgung dort organisiert sein. (Müsste sehr gut realisierbar sein, wenn die Pflegestation in der Nachbarschaft eines Ärztehauses wäre.) Das wäre eine extreme Erleichterung für die Pflegenden. Ich hatte lange die Vorstellung meinen Mann wochentäglich von 8/9 bis 17-19 Uhr in die Tagespflege zu geben und so eine Heimeinweisung zu vermeiden!!! Ist unter heutigen Bedingungen nicht realisierbar.
- Schwerbehindert und Parkinson
- Alles.
- Geistig fit

B9 · Was wäre für Ihre Entscheidung sonst noch wichtig?

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	sehr wichtig	wichtig	wen. wichtig	nicht w.	k.A.	N
Gleiche Erkrankung bei allen Gästen der Tagespflege	3	11	12	4	3	33
Abdeckung eines (ggf. auch höheren) Pflege- und Betreuungsbedarfs ist möglich	13	12	1	1	.	27
Nähe zum Wohnort	23	14	1	.	.	38

Item	sehr wichtig	wichtig	wen. wichtig	nicht w.	k.A.	N
Öffnungszeiten entsprechen den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen	19	12	3	.	.	34
Öffnungszeiten entsprechen den Bedürfnissen der (berufstätigen) pflegenden An- und Zugehörigen	17	7	2	.	2	28
Fahrdienst (Hol-/Bringezeit; Fahrzeug) entspricht den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen	23	9	1	.	1	34
Fahrdienst (Hol-/Bringezeit; Fahrzeug) entspricht den Bedürfnissen der (berufstätigen) pflegenden An- und Zugehörigen	18	7	1	1	3	30
Individuelle Förderung von Fähigkeiten des Pflegebedürftigen (Gedächtnis, Bewegung etc.)	24	9	.	.	1	34
Aktivitäten in bzw. außerhalb der Tages-/Nachtpflege	17	11	2	2	.	32
Verlässlicher Ansprechpartner	30	5	.	.	.	35
Offenes Ohr für Anregungen, Probleme und Beschwerden	25	8	.	1	.	34
Höherer Leistungsanspruch aus der Pflegeversicherung	16	6	3	.	1	26

Stärkste Ausprägung „sehr wichtig“: „Verlässlicher Ansprechpartner“ (30 von 35; 85,7 %).

Offene Angaben (anonymisiert):

- Die Gäste sollten alle beschäftigt werden und nicht nur herum sitzen. Ich finde das ganz schrecklich deswegen bekomme ich meinen Mann da nicht mehr hin. Er wird nicht gefördert und ist abends dann auch nicht müde
- Unter B9 beschrieben. Gleiche Krankheitsbilder konzentriert erscheint mir denkbar ungünstig! 100 Prozent Demente auf einem Fleck machen die Betreuer kaputt und sich gegenseitig die Hölle. Denn jeder Mensch ist anders anders und Demente auch. Nur die, können oft nicht mehr den Verstand einschalten. Und was sollen 20 Lahme auf einem Haufen, keiner kann dem anderen helfen, selbst wenn er wollte. Die Mischung machts

C2 · Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Tages-/Nachtpflege?

Basis: 11 gültige Antworten (ohne Angabe: 172).

Antwort	n	Anteil
sehr zufrieden	5	45,5 %
zufrieden	5	45,5 %

Antwort	n	Anteil
teils/teils	1	9,1 %

Häufigste Angabe: „sehr zufrieden“ (n=5; 45,5 % der gültigen Antworten).

C3 · In welchem Bezirk befindet sich die Tages-/Nachtpflege?

Basis: 12 gültige Antworten (ohne Angabe: 171).

Antwort	n	Anteil
Tempelhof-Schöneberg	3	25,0 %
Lichtenberg	3	25,0 %
Charlottenburg-Wilmersdorf	2	16,7 %
Reinickendorf	1	8,3 %
Pankow	1	8,3 %
Marzahn-Hellersdorf	1	8,3 %
Treptow-Köpenick	1	8,3 %

Häufigste Angabe: „Tempelhof-Schöneberg“ (n=3; 25,0 % der gültigen Antworten).

C4 · In welcher Trägerschaft befindet sich die Tages-/Nachtpflege?

Basis: 12 gültige Antworten (ohne Angabe: 171).

Antwort	n	Anteil
freigemeinnützig	6	50,0 %
kommunal	3	25,0 %
weiß nicht / nicht bekannt	2	16,7 %
privat	1	8,3 %

Häufigste Angabe: „freigemeinnützig“ (n=6; 50,0 % der gültigen Antworten).

C5 · Wie viele Pflegebedürftige werden in der Tages-/Nachtpflege betreut?

Basis: 12 gültige Antworten (ohne Angabe: 171).

Antwort	n	Anteil
11-19	6	50,0 %
über 20	4	33,3 %
weiß nicht / nicht bekannt	2	16,7 %

Häufigste Angabe: „11-19“ (n=6; 50,0 % der gültigen Antworten).

C6 · Versorgt die Tages-/Nachtpflege schwerpunktmäßig einen bestimmten Personenkreis?

Basis: 11 gültige Antworten (ohne Angabe: 172).

Antwort	n	Anteil
nein	8	72,7 %
ja	3	27,3 %

Häufigste Angabe: „nein“ (n=8; 72,7 % der gültigen Antworten).

C7 · Wie wichtig ist dieser Versorgungsschwerpunkt für Sie?

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	sehr wichtig	wichtig	wen. wichtig	nicht w.	k.A.	N
Menschen mit Demenz	6	2	2	.	.	10
Menschen mit einer psychischen Erkrankung	3	2	3	1	.	9
Pflegebedürftige unter 60 mit körperlichen Beeinträchtigungen	3	.	1	3	.	7
Chronisch kranke bzw. behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	3	.	1	4	.	8
Kein Schwerpunkt	.	1	.	2	1	4
Nicht bekannt	.	.	.	1	1	2

Stärkste Ausprägung „sehr wichtig“: „Menschen mit Demenz“ (6 von 10; 60,0 %).

C8 · Wie haben Sie die Tages-/Nachtpflege gefunden?

Basis: 12 gültige Antworten (ohne Angabe: 171).

Antwort	n	Anteil
Internet-Recherche	5	41,7 %
Pflegestützpunkt / Pflegeberatung / Compass	3	25,0 %
Empfehlung von Bekannten/Familie	3	25,0 %
Pflegedienst	1	8,3 %

Häufigste Angabe: „Internet-Recherche“ (n=5; 41,7 % der gültigen Antworten).

Offene Angaben (anonymisiert):

- und eigene Recherche
- Physiotherapie

C9 · Wie lange hat die Suche nach einem Platz gedauert?

Basis: 12 gültige Antworten (ohne Angabe: 171).

Antwort	n	Anteil
Unter 2 Wochen	5	41,7 %
2-4 Wochen	3	25,0 %
1-3 Monate	3	25,0 %
Weiß nicht mehr	1	8,3 %

Häufigste Angabe: „Unter 2 Wochen“ (n=5; 41,7 % der gültigen Antworten).

C10 · Wie weit ist die Tagespflege von der Wohnung entfernt?

Basis: 11 gültige Antworten (ohne Angabe: 172).

Antwort	n	Anteil
Unter 2 km	4	36,4 %
2-5 km	6	54,5 %

Antwort	n	Anteil
6-10 km	1	9,1 %

Häufigste Angabe: „2-5 km“ (n=6; 54,5 % der gültigen Antworten).

C11 · Aus welchem Grund nutzen Sie welche Art des Transports?

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	steht zur Verf.	notgedrungen	weit. Grund	N
Eigener Fahrdienst der Tages-/Nachtpflege	11	1	.	12
Externer Fahrdienst	.	.	1	1
Angehörige bringen/holen	3	.	.	3
Taxi / Fahrdienst (privat organisiert)	.	.	.	0
Öffentliche Verkehrsmittel	2	.	1	3
Kombination aus mehreren Möglichkeiten	2	1	.	3

Offene Angaben (anonymisiert):

- Bei ungünstigen Witterungsbedingungen nutzen wir den Fahrdienst. Sonst fährt mein Mann mit der Straßenbahn.

C12 · Aus welchem Grund nutzen Sie die Tages-/Nachtpflege?

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	sehr wichtig	wichtig	wen. wichtig	nicht w.	k.A.	N
Selbstständige Lebensführung zu Hause erhalten	9	3	.	1	.	13
Fähigkeiten fördern (Gedächtnis, Bewegung etc.)	8	4	.	.	.	12
Soziale Kontakte / Teilhabe ermöglichen	10	3	.	.	.	13
Isolation und Vereinsamung entgegenwirken	8	5	.	.	.	13
Vollstationäre Versorgung vermeiden	6	2	2	.	.	10
Übergang ins Pflegeheim vorbereiten	3	.	1	4	1	9
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf befördern	7	.	.	3	.	10
Pflegende An- und Zugehörige bei der Pflege entlasten	7	2	.	.	1	10
Pflegenden An- und Zugehörigen Zeit für Erholung und für sich selbst ermöglichen	6	4	.	.	.	10

Item	sehr wichtig	wichtig	wen. wichtig	nicht w.	k.A.	N
Pflegenden An- und Zugehörigen Zeit für (ggf. schulpflichtige) Geschwisterkinder ermöglichen	3	2	.	2	.	7

Stärkste Ausprägung „sehr wichtig“: „Soziale Kontakte / Teilhabe ermöglichen“ (10 von 13; 76,9 %).

Offene Angaben (anonymisiert):

- *Raum für andere Erledigungen und Nachgehen von Hobbies/Kontaktpflege zu anderen Menschen für mich als Pflegeperson schaffen*
- *Muss manchmal zur Arbeit fahren sonst fast 100%Homeoffice*

C13 · Wie oft wird die Tages-/Nachtpflege aktuell genutzt? (Wochentag)

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	vorm.	nachm.	ganzer Tag	nachts	variiert	k.A.	N
Montag	1	.	3	.	.	.	4
Dienstag	1	.	4	.	.	.	5
Mittwoch	1	.	5	.	.	.	6
Donnerstag	1	.	3	.	.	.	4
Freitag	.	.	5	.	.	.	5
Samstag	.	.	.	.	1	.	1
Sonntag	.	.	.	.	1	.	1

C14 · Würden Sie die Tages-/Nachtpflege gerne häufiger nutzen? (zusätzliche Tage)

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	1	2	3	4	5	N
Weitere Vormittage werktags	.	.	1	.	.	1
Weitere Nachmittage werktags	.	.	.	.	1	1
Weitere ganze Tage werktags	3	2	1	.	1	7
Weitere Nächte werktags	.	.	.	.	.	0
Weitere Samstage	1	.	.	.	1	2
Weitere Sonntage	1	.	.	.	1	2

Lesehilfe: Zahl der Nennungen je zusätzlicher Tage-Anzahl (1–5); Spalte N = Zahl der Antwortenden.

Sehr kleine Basis (7 Antwortende, davon 5 aktuelle Nutzende). Für „Weitere Samstage/Sonntage“ sah der Fragebogen nur einen zusätzlichen Tag vor; eine Einzelperson trug für mehrere Kategorien den Höchstwert ein.

C15 · Was hindert Sie daran, die Tages-/Nachtpflege stärker zu nutzen?

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	voll zu	zu	wen. zu	nicht zu	k.A.	N
Pflegebedürftige/r möchte nicht häufiger	6	.	1	2	.	9
Tages-/Nachtpflege hat keine freien Plätze	.	2	1	1	2	6
Fahrdienst steht nicht häufiger zur Verfügung	1	2	.	1	2	6
Hol-/Bringezeit des Fahrdienstes entspricht nicht den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen	1	.	1	1	2	5
Hol-/Bringezeit des Fahrdienstes ist nicht mit den Arbeitszeiten der pflegenden An- und Zugehörigen vereinbar	1	1	.	2	.	4
Fahrweg ist zu lang/zu beschwerlich	.	1	1	3	.	5
Fahrzeug des Fahrdienstes entspricht den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen	1	.	2	1	.	4
Angebot steht zu zusätzlich benötigten Zeiten (tagsüber, Wochenende, nachts) nicht zur Verfügung	3	1	.	1	.	5
Pflegebedarf ist der Einrichtung zu hoch	.	1	.	1	3	5
Betreuungsbedarf ist der Einrichtung zu hoch (z.B. Verhaltensauffälligkeit)	.	2	.	1	2	5
Pflegebedürftiger passt nicht zu anderen Gästen	1	1	.	1	1	4
Leistungsanspruch der Pflegeversicherung reicht nicht für mehr	4	1	.	1	1	7
Zuzahlungen sind zu hoch	4	.	1	.	1	6
Zusätzlich benötigte eigene Mittel stehen nicht zur Verfügung	5	.	.	.	.	5
Möchte eigene Mittel nicht zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflege einsetzen	1	2	1	.	1	5

Stärkste Ausprägung „trifft voll zu“: „Zusätzlich benötigte eigene Mittel stehen nicht zur Verfügung“ (5 von 5; 100,0 %).

Offene Angaben (anonymisiert):

- *Tagespflege wird nur an bestimmten Tagen für Menschen mit Demenz angeboten und nicht an allen Tagen der Woche*

C16 · Welche Vorschläge haben Sie zur Verbesserung der Arbeit der Tages-/Nachtpflege?

Basis je Item gesondert ausgewiesen (Spalte N).

Item	voll zu	zu	wen. zu	nicht zu	k.A.	N
Personalausstattung verbessern	5	1	1	1	1	9
Ausrichtung auf bestimmten Personenkreis vornehmen	3	1	.	3	1	8
Auf Anregungen, Probleme und Beschwerden stärker eingehen	2	2	.	2	1	7
Anpassung der Nutzungszeiten an individuellen Bedarf	4	3	.	.	1	8
Abdeckung auch eines ggf. höheren Pflegebedarfs vorsehen	5	2	.	.	.	7
Abdeckung auch eines ggf. höheren Betreuungsbedarfs vorsehen	4	2	.	.	.	6
Mehr individuelle Förderung ermöglichen	2	3	.	2	.	7
Mehr Aktivitäten in bzw. außerhalb der Tages-/Nachtpflege vorsehen	2	2	.	2	1	7
Technische (auch digitale) Ausstattung der Einrichtung mit (Pflege-)Hilfsmitteln verbessern	3	2	1	2	.	8
Verpflegung verbessern	3	.	1	3	1	8

Stärkste Ausprägung „trifft voll zu“: „Abdeckung auch eines ggf. höheren Pflegebedarfs vorsehen“ (5 von 7; 71,4 %).

Offene Angaben (anonymisiert):

- *Erweiterung der täglichen Betreuungszeit (momentan meist von 8-16 Uhr vom Abholen bis Zurückbringen), hilfreich wäre das Zurückbringen gegen 17 oder 18 Uhr, Angebot am Wochenende gar nicht vorhanden, ein teilweises Angebot am Wochenende wäre hilfreich*
- *Der Privtanteil ist einfach zu hoch. Erhöhung der Gelder für die Tagespflege*

8.6.2 Kernbefunde

Fragestellung und Datengrundlage. Dieses Kapitel bündelt die Angaben zu Inanspruchnahme, Wünschen, Barrieren und tatsächlichem Bedarf. Es stützt sich auf die aktuell Nutzenden (Fragen C2–C16; je nach Verzweigung 9–12 Antworten) und die Nicht-Nutzenden (Fragen B3–B9; bis zu 45 Antworten). Wegen der kleinen, selbstselektiven Stichprobe sind die Befunde als qualitative Hinweise und Richtungsaussagen zu lesen, nicht als repräsentative Quoten. Gerade weil hier die tatsächlich Versorgten

und die konkret Interessierten zu Wort kommen, zeigen die Angaben jedoch sehr klar, unter welchen Bedingungen Inanspruchnahme gelingt und woran sie scheitert.

Wer die Tages-/Nachtpflege nutzt: hohe Zufriedenheit, enges Zeitmodell. Von den aktuell Nutzen- den bewerten zehn von elf die Tages-/Nachtpflege als „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“, eine Person mit „teils/teils“; niemand ist unzufrieden (C2). Die genutzten Einrichtungen liegen überwiegend in frei- gemeinnütziger (6 von 12) oder kommunaler Trägerschaft (3 von 12) und betreuen 11–19 (6) oder über 20 Gäste (4) (C4, C5). Zehn von elf liegen innerhalb von fünf Kilometern zur Wohnung (C10); der Transport erfolgt in zwölf Fällen über den einrichtungseigenen Fahrdienst (elfmal „steht zur Verfü- gung“, einmal notgedrungen), ergänzt durch Angehörige (C11). Genutzt werden fast ausschließlich ganze Werktage – freitags fünfmal, mittwochs fünfmal, dienstags viermal, montags und donnerstags je dreimal ganztags –, Samstag und Sonntag bleiben Ausnahmen (C13). Gefunden wurde der Platz vor allem über die eigene Internet-Recherche (5), Pflegestützpunkt/Compass (3) und Empfehlungen (3); die Suche dauerte bei der Hälfte unter zwei Wochen (C8, C9). Wer versorgt ist, ist demnach nahezu durchgängig zufrieden, wohnortnah versorgt und hat seinen Platz vergleichsweise schnell gefunden.

Warum keine Nutzung erfolgt. Rechnet man „aktuell kein Bedarf“ heraus, ist die Nichtnutzung selten freiwillig (Frage B4; Anteile bezogen auf die gültigen Bewertungen ohne „keine Angabe“). Die stärkste einzelne Schranke ist finanziell: zu hohe Zuzahlungen (12 von 19; rund 63 %) und „mehr Betreuungs- zeit als der Leistungsanspruch deckt“ (8 von 15; rund 53 %), ergänzt um fehlende eigene Mittel (10 von 22; 45 %). Es folgen Mobilitätsbarrieren beim Zugang zum Haus (13 von 25; 52 %), die Ablehnung durch die pflegebedürftige Person selbst (14 von 28; 50 %), fehlende Unterstützung bei der Suche (11 von 24; 46 %), eine nicht passende Konzeption bzw. ein nicht passender Nutzerkreis (7 von 16; 44 %) sowie unzureichend vermittelte Vorteile (10 von 25; 40 %). Ein fehlender Fahrdienst und nicht ange- botene Tage/Zeiten liegen bei je 38 %. Dass gar kein erreichbares Angebot existiere (26 %) oder das Angebot unbekannt sei (24 %), spielt eine kleinere Rolle. Das Muster zeigt: Nicht fehlender Bedarf, sondern Finanzierung, Zugang, Passung und Vermittlung begrenzen die Inanspruchnahme.

Motive und Erwartungen. Die Zustimmung zu den Nutzungsmotiven ist außerordentlich hoch und bei Nicht-Nutzenden (B5) und Nutzenden (C12) deckungsgleich. Am wichtigsten sind die Förderung von Fähigkeiten (36 von 37; 97 %) und soziale Teilhabe (36 von 37; 97 %), gefolgt von Erholung (31 von 33; 94 %) und Entlastung der Angehörigen (33 von 35; 94 %), dem Entgegenwirken von Isolation (30 von 34; 88 %), dem Erhalt der Selbstständigkeit (81 %) und der Vermeidung vollstationärer Versorgung (81 %). Die Motive verbinden zwei Logiken: Förderung und Teilhabe der Pflegebedürftigen einerseits, ver- lässliche Entlastung der Angehörigen andererseits – die aktuell Nutzenden bestätigen aus der Praxis, was die Nicht-Nutzenden erwarten.

Entscheidungskriterien. Am höchsten gewichtet werden ein verlässlicher Ansprechpartner (35 von 35; 100 %), Nähe zum Wohnort (37 von 38; 97 %), individuelle Förderung (33 von 34; 97 %), ein „offe- nes Ohr“ (33 von 34; 97 %), ein bedarfsgerechter Fahrdienst (32 von 34; 94 %) sowie passende Öff- nungszeiten (91 %) (B9). Die Spitzenwerte beschreiben weniger „harte“ Infrastruktur als Beziehungs- und Erreichbarkeitsqualität. Das am schwächsten bewertete Kriterium – eine gleiche Erkrankung aller Gäste (14 von 33; 42 %) – spricht ausdrücklich gegen eine schematische Homogenisierung der Grup- pen.

Schwerpunkt und Passung. Eine Mehrheit hielt einen Versorgungsschwerpunkt für wichtig (21 von 36; 58 %). Am stärksten gewünscht ist „Menschen mit Demenz“ (24 von 28 mit Bewertung; 86 %),

gefolgt von chronisch kranken bzw. behinderten Kindern und Jugendlichen (63 %), Menschen mit psychischer Erkrankung (56 %) und jüngeren Pflegebedürftigen mit körperlichen Beeinträchtigungen (53 %) (B7, B8). Bedarfsgerecht ist demnach kluge Differenzierung – ein Demenzschwerpunkt ebenso wie Angebote für jüngere und komplexe Bedarfe –, nicht starre Trennung.

Umfang, Zeitfenster und räumliche Verteilung. Nicht-Nutzende würden überwiegend ganze Werk-tage nutzen; zugleich zeigt sich ein bislang kaum gedeckter Bedarf an Nacht- (an Werktagen je zwei bis vier Nennungen) und Wochenendzeiten (samstags neun, sonntags acht Nennungen für ganze Tage oder „variiert“) (B6). Unter den aktuell Nutzenden wünschen sich nur wenige eine häufigere Nutzung; am ehesten weitere ganze Werk-tage (sieben Nennungen: dreimal ein Tag, zweimal zwei, je einmal drei bzw. fünf), vereinzelt weitere Vor- und Nachmittage sowie einzelne Samstage und Sonntage, keine zusätzlichen Nächte (C14). Eine stärkere Nutzung scheitert bei ihnen vor allem an Finanzierung (Leistungsanspruch reicht nicht 5 von 7; eigene Mittel fehlen 5 von 5; Zuzahlungen 4 von 6) und an der Verfügbarkeit zu benötigten Zeiten (4 von 5); als Verbesserungen stehen die Abdeckung höheren Pflege- und Betreuungsbedarfs, die Anpassung der Nutzungszeiten und mehr Personal vorn (C15, C16). Ein Freitext bringt es auf den Punkt: Die Betreuung von 8 bis 16 Uhr sei zu kurz, ein Rückbringen gegen 17/18 Uhr und ein Wochenendangebot wären hilfreich, und der Privatanteil sei „einfach zu hoch“. Die Wunsch-Standorte der Nicht-Nutzenden streuen breit über zehn der zwölf Bezirke (Spitzenreiter Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick mit je sieben Nennungen; nicht genannt: Spandau und Marzahn-Hellersdorf) (B3). Der Bedarf ist damit gesamtstädtisch und zugleich ausgesprochen wohnortnah.

Die nachstehenden Übersichten dokumentieren die Befunde Frage für Frage (Fragen B3–B9 für die Nicht-Nutzenden, C2–C16 für die aktuell Nutzenden); die Basis ist je Item als Spalte N ausgewiesen. Wegen der kleinen Fallzahlen sind alle Werte als Richtungsaussagen zu lesen.

Die wichtigsten Erkenntnisse

1. Qualität ist nicht der Engpass. Wer versorgt wird, ist nahezu durchgängig zufrieden und wohnort-nah versorgt. Das Problem liegt nicht in der Qualität, sondern davor – bei Zugang, Menge, Finanzierung und Passung.

2. Finanzierung ist die stärkste Schranke. Zu hohe Zuzahlungen (rund 63 %) und „mehr Betreuungszeit als der Leistungsanspruch deckt“ (rund 53 %) sind die häufigsten Ablehnungsgründe; auch die aktuell Nutzenden begrenzen ihre Nutzung vor allem aus finanziellen Gründen.

3. Erreichbarkeit entscheidet. Nähe (≤ 5 km) und ein funktionierender Fahrdienst sind die faktischen Erfolgsbedingungen. Der Fahrdienst wird jedoch aus dem § 41-Budget bestritten und verkürzt die Zahl der gedeckten Betreuungstage (vgl. Kap. 5 und 8.4).

4. Der Nutzen ist unstrittig – die Lücke liegt bei Zugang und Aktivierung. Fähigkeitsförderung, Teil-habe und Entlastung werden nahezu einhellig als wichtig erachtet (Spitzenwerte um 97 %); die Erwar-tung der Nicht-Nutzenden deckt sich mit der Erfahrung der Nutzenden.

5. Wenig Differenzierung, aber klarer Differenzierungswunsch. Das heutige Angebot ist werktätlich und überwiegend generalistisch – ohne Rand-, Wochenend- oder Nachtzeiten. Gewünscht sind ein Demenzschwerpunkt (86 %) ebenso wie Angebote für jüngere und komplexe Bedarfe, ausdrücklich ohne schematische Homogenisierung (Kriterium „gleiche Erkrankung“ nur 42 %).

6. Selbstbestimmung ernst nehmen. Die Ablehnung des Angebots durch die pflegebedürftige Person (rund 50 %) ist ein eigener, sensibler Block – über gute Eingewöhnung und passende Konzepte adressierbar und als Ausdruck von Selbstbestimmung zu achten.

7. Der tatsächliche Bedarf übersteigt die Inanspruchnahme. Zu unterscheiden sind der manifeste Bedarf der Nutzenden, der latente Bedarf nutzungswilliger Nicht-Nutzender – gesamtstädtisch verteilt, mit ungedeckten Nacht- und Wochenendzeiten – und der durch Finanzierung und fehlende Passung unterdrückte Bedarf. Die zahlungsfähige Nachfrage liegt damit systematisch unter dem fachlich begründeten Bedarf.

8.6.3 Einordnung im Spiegel anderer Untersuchungen (2018–2025)

Die Befunde lassen sich an mehreren Untersuchungen und an den eigenen Struktur- und Fachgesprächsdaten dieses Berichts spiegeln. Alle herangezogenen Quellen nutzen abweichende Bezugsgrößen; der Vergleich trägt Richtungsaussagen, keine exakten Prozentgleichungen.

Tabelle 8.6-1: Ausgewählte Vergleichsdaten zu Inanspruchnahme, Zugang und Bedarf der (teilstationären) Pflege.

Quelle (Jahr)	Grundlage / Methode	Zentrale Befunde
Fachgespräch Tages-/Nachtpflege; Sen-WGP-Sonderbefragungen (2025)	36 Pflegestützpunkte; 74 Einrichtungen (62 % Rücklauf)	Bezirkliche Auslastung 62–88 % (Ø 77,1 %) bei zugleich niedriger Inanspruchnahme und Wartelisten – ein Passungs-, kein reines Kapazitätsproblem. Demenz, jüngere und komplexe Bedarfe sowie Nachtpflege gelten als besonders schwer zu versorgen (siehe Kap. 6).
WIdOmonitor (2026)	repräsentative Angehörigen-Befragung (AOK/WIdO)	Rund 44 % mit Zusatzkosten von Ø ca. 469 €/Monat; für die Tagespflege rund 397 €/Monat Zuzahlung. Erreichbarkeit ist ein eigenständiger Nutzungsfaktor.
VdK-Pflegestudie / HS Osnabrück (2023)	sehr große, selbstselektierte Online-Befragung	Tagespflege wird von rund 93 % nicht in Anspruch genommen; vielerorts fehlen Angebote. Beratung durch Dritte erhöht die Inanspruchnahme deutlich.
BARMER-Pflegereporte (2023–2025, Rothgang u. a.)	Routinedaten, Hochrechnung	Teilstationäre Leistungen wurden durch die Pandemie gedämpft; die Pflegedauer verlängert sich, während für große Teile der zusätzlichen Zeit nur begrenzt Leistungen abgerufen werden.

Was der Vergleich zeigt

Erstens bestätigen die externen Daten die Kernaussage dieses Kapitels: Die Tages-/Nachtpflege wird strukturell unter Bedarf genutzt. Die niedrige Berliner Versorgungsdichte und Inanspruchnahme (Kap. 4.3) und der im Fachgespräch dokumentierte Befund, dass ausgelastete Einrichtungen und Wartelisten neben niedriger Nutzung stehen, deuten übereinstimmend auf ein Passungs- und Zugangsproblem, nicht auf fehlenden Bedarf.

Zweitens decken sich die in unserer Befragung genannten Barrieren mit den externen Befunden. Die Zuzahlungshöhe, die wir als stärkste Schranke sehen, entspricht der von WIdO ausgewiesenen Größenordnung (rund 397 €/Monat für die Tagespflege). Die von uns hervorgehobene Bedeutung von Nähe und Fahrdienst korrespondiert mit der Forschung zur Erreichbarkeit teilstationärer Angebote.

Und dass Beratung die Inanspruchnahme hebt (VdK), verbindet dieses Kapitel unmittelbar mit den Befunden zu Information und Beratung (Kap. 8.5) und zur Kenntnis der Leistungsansprüche (Kap. 8.4).

Drittens ist der Abstand der selbstselektiven Stichprobe zur amtlichen Statistik hier ausnahmsweise gering: Weil unsere gut informierten, aktiv organisierenden Haushalte dennoch massiv an Finanzierung, Erreichbarkeit und Passung scheitern, ist in der Breite der Berliner Pflegehaushalte von mindestens ebenso großen Hürden auszugehen. Die Einschätzung, dass der tatsächliche Bedarf über der Inanspruchnahme liegt, ist damit robust.

8.6.4 Interpretation aus Sicht der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen

Für die Betroffenen bedeuten diese Befunde vor allem eines: Nicht der Bedarf, sondern der Zugang ist das Problem. Die Tages-/Nachtpflege ist dort, wo sie erreichbar und finanzierbar ist, eine doppelt wirkende Leistung – aktivierende Förderung und Teilhabe für die pflegebedürftige Person, verlässliche und vereinbarungsgerechte Entlastung für die pflegenden An- und Zugehörigen. Wo sie ausbleibt, fällt beides weg, und die gesamte Last verbleibt in der Häuslichkeit (vgl. die Belastungsbefunde in Kap. 8.3).

Die Finanzierung ist dabei die härteste Grenze. Dass der Fahrdienst – faktische Erfolgsbedingung der Nutzung – aus dem Budget nach § 41 SGB XI bestritten wird und damit Betreuungstage „aufzehrt“, ist aus Betroffenen­sicht ein besonders folgenreicher Konstruktionsfehler: Wer auf den Transport angewiesen ist, kann weniger Betreuung einkaufen. Hinzu kommt, dass die kombinatorischen Hebel – Umwandlungsanspruch, Verhinderungspflege, Gemeinsamer Jahresbetrag – vielen unbekannt sind (Kap. 8.4); wird ihr Zusammenspiel nicht vermittelt, erscheint die Tagespflege teurer, als sie ist, und der latente Bedarf bleibt unausgeschöpft. Auch die aktuell Nutzenden bestätigen dies: Ihre Nutzung ist finanziell und zeitlich gedeckelt, nicht durch fehlenden Bedarf.

Zweitens verlangt der Bedarf mehr Differenzierung, als das heutige Einheitsmodell bietet. Der Wunsch nach einem Demenzzschwerpunkt ist breit, doch der Bedarf reicht darüber hinaus – jüngere Erwachsene mit komplexem Bedarf, körperliche und neurologische Beeinträchtigungen, chronisch kranke Kinder und Jugendliche – und er verlangt erweiterte Zeitfenster (Rand-, Nacht-, Wochenendzeiten) sowie eine aktivierende, nicht verwahrende Qualität im Sinne des § 43b SGB XI. Die Warnung vor schematischer Homogenisierung ist dabei ernst zu nehmen: gefragt ist passgenaue Differenzierung, nicht starre Trennung.

Drittens ist die Ablehnung des Angebots durch die pflegebedürftige Person kein Randphänomen, sondern eine eigenständige, sensible Größe. Sie ist überwiegend Ausdruck fehlender Passung und von Selbstbestimmung – und über niedrigschwellige Schnupper- und Eingewöhnungsangebote, Erfahrungsberichte zufriedener Nutzer/innen und die Einbeziehung der Pflegebedürftigen in die Auswahl adressierbar. Auch das ist ein Beratungs- und Konzeptionsauftrag, kein Grund, den Bedarf kleinzurechnen.

8.6.5 Schlussfolgerungen

Aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und der pflegenden An- und Zugehörigen lassen sich sechs Schlüsse ziehen:

- **Kein Bedarfsproblem.** Die niedrige Inanspruchnahme ist zu einem erheblichen Teil ein Zugangs-, Finanzierungs- und Passungsproblem. Wer versorgt wird, ist zufrieden – die Hürden liegen davor.
- **Erreichbarkeit sichern.** Wohnortnaher, bezirklich geplanter Ausbau mit Erreichbarkeitszielen sowie gesicherte, ausgebaute Fahrdienste; fachpolitisch sind die Fahrkosten aus dem § 41-Budget herauszulösen, damit der Transport keine Betreuungstage verbraucht.
- **Finanzierung entlasten.** Dynamisierung des § 41-Leistungsbetrags und Begrenzung der Eigenanteile; zugleich niedrigschwellige Beratung zu Umwandlungsanspruch, Verhinderungspflege und Gemeinsamen Jahresbetrag, um vorhandenen Bedarf kurzfristig zu aktivieren (Anschluss an Kap. 8.4 und 8.5).
- **Angebot differenzieren.** Zielgruppenspezifische Angebote (Demenz; jüngere und komplexe Bedarfe; chronisch kranke Kinder und Jugendliche) sowie erweiterte Zeitfenster (Rand-, Wochenend- und Nachtzeiten, längere Betreuungszeiten mit späterem Rückbringen) in die Bedarfsplanung aufnehmen – ohne schematische Homogenisierung.
- **Aktivierung und Selbstbestimmung.** Aktivierende Tagesgestaltung (im Sinne des § 43b), Schnupper- und Eingewöhnungsangebote sowie Erfahrungsberichte zufriedener Nutzer/innen nutzen und die Präferenzen der Pflegebedürftigen achten.
- **Bezirklich und datengestützt planen.** Der stadtweite, wohnortnahe Bedarf verlangt eine kleinräumige, bedarfsorientierte Angebots- und Fahrdienstplanung durch Land und Bezirke – auf einer verlässlichen Datengrundlage.

8.6.6 Abgleich mit bisherigen Ausführungen von wir pflegen Berlin e.V. zum Thema

Die Befunde dieses Kapitels sind kein Neuland, sondern bestätigen und schärfen Positionen, die wir pflegen Berlin e.V. seit Jahren vertritt. Der Abgleich beschränkt sich auf die unmittelbar einschlägigen Aussagen.

Handlungsempfehlungen zur Verbesserung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung (2023). Bereits dort benannte der Verein die Tages-/Nachtpflege als besonderes Defizitfeld: Ende 2021 standen nur rund 3.860 Tagespflegeplätze (–7 % gegenüber 2019) und 156 Kurzzeitpflegeplätze (–34 %) zur Verfügung; spezialisierte Angebote fehlten, eine Nachtpflege existierte gar nicht. Die Befragung untermauert diese Lücke aus der Nachfrageperspektive – fehlende Passung für jüngere und komplexe Bedarfe, ungedeckte Nacht- und Wochenendzeiten. Ebenso bestätigt sie den damaligen Grundbefund, dass gesetzliche Leistungsansprüche „in hohem Umfang nicht genutzt“ werden, „primär aufgrund Informations- und Beratungsdefiziten, zu hoher Zuzahlungen, mangelndem Angebot, bürokratischen Hemmnissen“. Die 2023 geforderte, bedarfsbezogene und regionalisierte Angebotsentwicklungsplanung auf Bezirks- und Ortsteilebene findet in den stadtweiten, wohnortnahen und zielgruppendifferenzierten Wünschen der Befragten ihre empirische Entsprechung; die dortigen Finanzierungsforderungen – Flexibilisierung des Entlastungsbetrags, ein flexibel einsetzbares Entlastungsbudget unter Einbeziehung der Tagespflege sowie ein Rechtsanspruch auf einen Tagespflegeplatz – adressieren die hier als stärkste erkannte Schranke.

Stellungnahme des Landesvereins wir pflegen Berlin e.V. zum Landespflegeplan 2025. In seiner Stellungnahme forderte der Landesverein eine bezirkliche, bedarfsorientierte Versorgungsplanung mit Mindestabdeckung, die Sicherung von Fahrdiensten und erweiterten Zeitfenstern sowie eine zielgrup-

pendifferenzierte Angebotsentwicklung und kritisierte, dass der Landespflegeplan die Tages-/Nachtpflege nur am Rande behandelt. Die Befragung stützt diese Vorschläge unmittelbar: Fahrdienst und Öffnungszeiten gehören zu den wichtigsten Entscheidungskriterien, der Bedarf ist gesamtstädtisch und wohnortnah, und die Nachfrage nach Rand-, Nacht- und Wochenendzeiten ist real, aber ungedeckt.

Projektskizze „Befragung zur Situation der häuslichen Pflege in Berlin“ und Konzept Monitoring der häuslichen Pflege in Berlin (2025). Der Landesverein hatte vorgeschlagen, auf Basis einer Befragung Handlungsbedarfe abzuleiten und ein datengestütztes Monitoring der häuslichen Pflege aufzubauen; das am 2. Juni 2025 im Fachausschuss Gesundheit und Pflege des Abgeordnetenhauses vorgestellte Vorhaben fand nicht die erforderliche Unterstützung. Die vorliegende Befragung belegt Sinn und Zweck des Vorhabens exemplarisch: Sie hat konkrete, planungsrelevante Handlungsbedarfe sichtbar gemacht – bezirklich, zielgruppendifferenziert, nach Zeitfenstern und Finanzierungshürden aufgeschlüsselt –, die in keiner amtlichen Statistik erscheinen. Der Landespflegeplan selbst räumt ein, dass kaum berlinspezifische Daten zur häuslichen Pflege vorliegen. Damit ist die Befragung ein Beleg für den Nutzen eines regelhaften Monitorings.

Befragung zur Situation pflegender Angehöriger in der Corona-Pandemie (2022). Die Pandemie-Befragung zeigte, dass der Wegfall von Tagespflege, ambulanten Diensten und Selbsthilfe zu prekären Pflegesituationen führte. Einschlägig ist hier der Nutzungs- und Bedarfsbezug: Fällt die Tagespflege weg, entfallen Entlastung und Teilhabe zugleich – ein Beleg für die zentrale, stabilisierende Funktion des Angebots und damit für die Realität des hier ermittelten Bedarfs (die Belastungsparallelen siehe Kap. 8.3).

Insgesamt bestätigt die Befragung die Linie von wir pflegen Berlin über mehrere Jahre hinweg: Die Lücke der Tages-/Nachtpflege ist kein Bedarfs-, sondern ein Zugangs-, Finanzierungs- und Passungsproblem, dem mit bezirklich geplantem, wohnortnahe und zielgruppendifferenziertem Ausbau, gesicherten Fahrdiensten, finanzieller Entlastung und einer verlässlichen Datengrundlage zu begegnen ist.

8.6.7 Zwischenfazit

Der tatsächliche Bedarf an Tages-/Nachtpflege liegt in Berlin systematisch über der heutigen Inanspruchnahme. Wer einen passenden Platz hat, ist zufrieden; die Hürden liegen davor – bei Finanzierung, Erreichbarkeit, Passung und Aktivierung, nicht bei fehlendem Bedarf. Wirksam sind ein wohnortnaher, bezirklich geplanter und zielgruppendifferenzierter Ausbau, gesicherte Fahrdienste samt Herauslösung der Fahrkosten aus dem § 41-Budget, finanzielle Entlastung und aktivierende, die Selbstbestimmung wahrende Konzepte. Diese Befunde bestätigen die langjährigen Positionen von wir pflegen Berlin e.V. und untermauern zugleich den Vorschlag eines datengestützten Monitorings der häuslichen Versorgung.

9 Bewertung von Art und Umfang des noch nicht gedeckten Bedarfs

Verwaltung, Träger und Pflegekassen setzen sich erfahrungsgemäß insbesondere dann in Bewegung, wenn sie zu Art und Umfang des noch nicht gedeckten Bedarfs nachvollziehbare Hinweise erhalten. Dieses Kapitel bündelt die aus der Befragung verfügbaren Daten, Belegstellen und Erkenntnisse zu genau dieser Frage. Es stützt sich auf die geprüften Befunde des Kapitels 8 (insbesondere 8.6), ergänzt

um die strukturellen Berliner Versorgungsdaten (Kap. 4) und die Ergebnisse des Fachgesprächs (Kap. 6). Die Einschätzung ist wegen der kleinen, selbstselektiven Stichprobe richtungssicher, aber nicht in absolute Platzzahlen hochzurechnen – sie ist gleichwohl belastbar, weil sie mit der strukturell niedrigen Berliner Inanspruchnahme konvergiert.

9.1 Art des Bedarfs

Gebraucht wird eine doppelt wirksame Leistung – aktivierende Förderung und Teilhabe für die Pflegebedürftigen, verlässliche und vereinbarkeitsgerechte Entlastung für die pflegenden An- und Zugehörigen. Diese Doppelstruktur wird von Nutzenden wie Nicht-Nutzenden nahezu einhellig als wichtig bewertet (Spitzenwerte um 97 %; vgl. Kap. 8.6). Inhaltlich reicht der Bedarf deutlich über die Demenz hinaus: Zwar ist ein Demenzschwerpunkt am stärksten gewünscht (rund 86 % derjenigen mit Bewertung), doch ausdrücklich benannt werden auch jüngere Pflegebedürftige mit körperlichen und komplexen Beeinträchtigungen sowie chronisch kranke bzw. behinderte Kinder und Jugendliche. Verlangt werden differenzierte, passgenaue Angebote mit erweiterten Zeitfenstern (Rand-, Nacht- und Wochenendzeiten) und eine aktivierende, nicht verwahrende Qualität im Sinne des § 43b SGB XI. Zugleich warnen die Befragten vor schematischer Homogenisierung: Das Kriterium „gleiche Erkrankung bei allen Gästen“ wird am schwächsten gewichtet (rund 42 %).

9.2 Umfang des Bedarfs

Typisch ist ein Bedarf von mehreren ganzen Werktagen pro Woche; sowohl Nutzer/innen als auch Nicht-Nutzer/innen signalisieren einen darüber hinausgehenden, bislang nicht ausgeschöpften Mehrbedarf – bei den Nicht-Nutzenden erkennbar an der Nachfrage nach Nacht- und Wochenendzeiten (B6), bei den Nutzenden am Wunsch nach zusätzlichen ganzen Werktagen (C14). Für die Bewertung sind drei Ebenen des Bedarfs zu unterscheiden:

Tabelle 9-1: Drei Ebenen des Bedarfs an Tages-/Nachtpflege.

Ebene	Wer	Was die Befragung zeigt
Manifester Bedarf	aktuell Nutzende	Hohe Zufriedenheit; zugleich Wunsch nach zusätzlichen ganzen Werktagen und nach Abdeckung höheren Pflege-/Betreuungsbedarfs (C14, C16).
Latenter Bedarf	nutzungswillige Nicht-Nutzende	Konkreter, artikulierter Bedarf, der an Finanzierung, Zugang und Passung scheitert; gesamtstädtisch verteilt, mit ungedeckten Nacht- und Wochenendzeiten (B3–B6).
Unterdrückter Bedarf	durch Rahmenbedingungen verdeckt	Bedarf, der wegen zu hoher Zuzahlungen, fehlender Mittel oder fehlender passender Angebote gar nicht erst in Nachfrage übergeht.

Die zahlungsfähige Nachfrage liegt damit systematisch unter dem fachlich begründeten Bedarf. Ein aus der Statistik ablesbarer „Auslastungsgrad“ unterschätzt den tatsächlichen Bedarf deshalb strukturell.

9.3 Indikatoren des noch nicht gedeckten Bedarfs

Indikator 1: Nichtnutzung ist überwiegend kein fehlender Bedarf

Auf die Frage nach den Gründen der Nichtnutzung bejahen 16 von 31 Antwortenden (rund 52 %) voll oder überwiegend, dass „aktuell kein Bedarf“ bestehe (Frage B4). Bei den übrigen rund 48 % besteht damit ein konkreter Bedarf, der nicht gedeckt wird – aus Gründen, die ermittelt wurden und adressierbar sind: an erster Stelle zu hohe Zuzahlungen (rund 63 %) und „mehr Betreuungszeit als der Leistungsanspruch deckt“ (rund 53 %), gefolgt von Mobilitäts- und Zugangsbarrieren (rund 52 %), der Ablehnung durch die pflegebedürftige Person (rund 50 %) und fehlender Unterstützung bei der Suche (rund 46 %). Nichtnutzung ist damit überwiegend kein Ausdruck fehlenden Bedarfs, sondern nicht gedeckten Bedarfs.

Indikator 2: Regionale Bedarfslücken

Die Nachfrage nach wohnortnahen Angeboten verteilt sich breit über die Stadt: In der Befragung nennen die Nicht-Nutzenden Wunschbezirke in zehn der zwölf Berliner Bezirke (45 Nennungen; Spitzenreiter Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick mit je sieben, nicht genannt nur Spandau und Marzahn-Hellersdorf) (B3). Da Nähe zum Wohnort für nahezu alle Befragten ein zentrales Auswahlkriterium ist (rund 97 %), schließt ein Angebot in einem anderen Bezirk die Lücke nicht – die Versorgung muss dort entstehen, wo der Bedarf artikuliert wird. Dieser Nachfragebefund deckt sich mit den strukturellen Berliner Daten: Die bezirkliche Auslastung der Tages-/Nachtpflege liegt zwischen 62 % und 88 % (Berliner Mittel rund 77,1 %), zugleich bestehen Wartelisten und eine im Bundesvergleich niedrige Inanspruchnahme (rund 3,07 je 100 zu Hause versorgte Pflegebedürftige der Pflegegrade 2–5 gegenüber rund 4,31 im Bund; vgl. Kap. 4 und 6). Ausgelastete Einrichtungen und Wartelisten neben niedriger Nutzung sind ein Passungs- und Zugangsproblem, kein Beleg für einen gedeckten Bedarf.

Indikator 3: Qualitative Lücken im vorhandenen Angebot

Die Lücke endet nicht bei der Existenz eines Angebots. Auch versorgte Haushalte stoßen an Angebotsgrenzen: Eine stärkere Nutzung scheitert bei den aktuell Nutzenden vor allem daran, dass der Leistungsanspruch nicht reicht (5 von 7), eigene Mittel fehlen (5 von 5) oder Zuzahlungen zu hoch sind (4 von 6), sowie daran, dass das Angebot zu benötigten Zeiten nicht verfügbar ist (4 von 5) (C15). Bei den Verbesserungsvorschlägen stehen die Abdeckung höheren Pflege- und Betreuungsbedarfs, die Anpassung der Nutzungszeiten und mehr Personal vorn (C16). Ein Freitext bringt es auf den Punkt: Die Betreuung von 8 bis 16 Uhr sei zu kurz, ein Rückbringen gegen 17/18 Uhr und ein Wochenendangebot wären hilfreich, und der Privatanteil sei „einfach zu hoch“. Auch vorhandene Angebote decken den Bedarf somit nicht vollumfänglich ab.

9.4 Bewertung der Bedarfseinschätzung: richtungssicher und robust

Wegen der selbstselektiven und für die Nutzer/innen kleinen Stichprobe ist diese Einschätzung richtungssicher, aber nicht in absolute Platzzahlen hochzurechnen. Sie konvergiert jedoch mit der strukturell niedrigen Berliner Inanspruchnahme und Versorgungsdichte und ist insofern robust: Der tatsächliche Bedarf ist höher als die heutige Inanspruchnahme, und seine Deckung scheitert weniger an fehlender Kenntnis als an Finanzierung, Passung und Erreichbarkeit. Dieselbe Richtung weisen die herangezogenen externen Quellen – der WldOmonitor 2026 (Tagespflege-Zuzahlung rund 397 €/Monat), die VdK-Pflegestudie 2023 (rund 93 % Nichtnutzung der Tagespflege) und die Handlungsempfehlungen 2023 (Ende 2021 nur rund 3.860 Tagespflegeplätze, keine Nachtpflege). Die Übereinstimmung mehrerer unabhängiger Zugänge macht den Befund belastbar.

9.5 Von Zielwerten zu Orientierungsgrößen für den Ausbau

Eine bedarfsorientierte Pflegestrukturplanung braucht keine einzelne „bewiesene“ Bedarfszahl, um handlungsfähig zu sein. Sie leitet Orientierungsgrößen für den Ausbau aus Zielwerten ab, die für versorgungspolitische Ziele gesetzt werden. Aus der Definition solcher Zielwerte ergeben sich unmittelbar Größenordnungen für den notwendigen Ausbau:

- **Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.** Setzt man als Zielwert, dass erwerbstätigen Hauptpflegepersonen mit Vereinbarkeitsbedarf an den benötigten Tagen ein wohnortnaher Tagespflegeplatz zur Verfügung steht, ergibt sich – über die Zahl der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2–5 mit erwerbstätigen Angehörigen und eine angenommene Nutzungsintensität – eine Orientierungsgröße für die je Bezirk vorzuhaltenden Plätze.
- **Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements.** Als Zielwert eignen sich ein wohnortnaher Erreichbarkeitskorridor und ein Verfügbarkeitspuffer (freie Plätze in jedem Bezirk), damit Arrangements nicht an Wartelisten und Fahrwegen zerbrechen. Daraus folgen bezirkliche Mindest- und Ausbauwerte.
- **Vermeidung und Verzögerung von Heimeinweisungen.** Setzt man einen Zielwert für den Anteil der Übergänge in die vollstationäre Versorgung, die durch teilstationäre Entlastung vermieden oder verzögert werden sollen, lässt sich der dafür erforderliche Angebotsausbau überschlägig bestimmen – und den vermiedenen Heimkosten gegenüberstellen.

Solche Zielwerte sind eine politische Setzung, keine Messung – und genau darin liegt der Punkt: Planung erfolgt über normative Zielwerte, daraus abgeleitete Orientierungsgrößen und ein iteratives Monitoring (vgl. das Kapitel zum Monitoring der häuslichen Pflege), nicht über das Warten auf eine vermeintlich exakte Bedarfszahl. Die kleinräumige Aufschlüsselung der Befragung – nach Bezirk, Zielgruppe, Zeitfenster und Finanzierungshürde – liefert die dafür nötige inhaltliche Struktur.

9.6 Verantwortung und Handlungsauftrag

Es ist Aufgabe der genannten Akteure, geeignete Wege zu finden und sich zur Umsetzung zu verständigen: des Landes Berlin und der Bezirke im Rahmen der Landes- und bezirklichen Pflegestrukturplanung, der Pflegekassen bei der Finanzierung und der Träger bei der Angebotsentwicklung. Angesichts der sich zusehends verschärfenden Notlagen – hoher Belastung der Hauptpflegepersonen (vgl. Kap. 8.3), Fachkräftemangel und Wartelisten bei zugleich niedriger Inanspruchnahme – ist dies nicht optional, sondern zwingend erforderlich.

Ein Wegducken mit der Begründung, es fehle ein klar belegter, quantifizierbarer Bedarf, ist weder zielführend noch problemadäquat. Art und Struktur des Bedarfs sind belegt und robust; die verbleibende Unsicherheit über die exakte Platzzahl ist in der Planung über Zielwerte, Orientierungsgrößen und Monitoring aufzulösen – nicht als Vorwand für Untätigkeit zu nutzen. Die Befunde dieses Kapitels stellen die dafür erforderlichen, nachvollziehbaren Hinweise zu Art und Umfang des noch nicht gedeckten Bedarfs bereit.

10 Ergebnisse der Spiegelung der Befragungsergebnisse an Pflegereports und Forschung

Die Befragung bildet die Nachfrageseite der Tages-/Nachtpflege ab. Dieses Kapitel spiegelt ihre Befunde an den unabhängig erhobenen Pflegereports der Kassen und an der Forschung; die Reports

selbst sind in Kapitel 3.6 vorgestellt. Die Lesart ist methodisch wichtig: Je stärker die kleine, selbstselektive Berliner Stichprobe mit repräsentativen Befragungen und routinedatenbasierten Untersuchungen konvergiert, desto belastbarer sind ihre Richtungsaussagen.

10.1 AOK/WIdO: Zuzahlungen, Vereinbarkeit und Beratung

Der WIdOmonitor „Zur Lage pflegender Angehöriger“ (WIdO 2026; repräsentative forsa-Befragung von rund 1.500 pflegenden Angehörigen, Herbst 2025) liefert die bundesweite Entsprechung zum Berliner Finanzierungsbefund: 43,6 % der Befragten, die Leistungen wie Pflegedienst, Tages-, Kurzzeit- oder Verhinderungspflege nutzen, geben private Zusatzkosten von durchschnittlich 469 € im Monat an (Selbstauskünfte); für die Tagespflege liegt die Zuzahlung bei rund 397 € monatlich. Gegenüber der Vorbefragung (299 € im Jahr 2023; WIdO 2024) ist der Tagespflege-Eigenanteil damit binnen zwei Jahren um rund ein Drittel gestiegen. Das ist die Größenordnung, die auch die Berliner Reichweiten-Analyse nahelegt (Kapitel 5.4) – und der Hintergrund dafür, dass zu hohe Zuzahlungen in der Berliner Befragung die stärkste einzelne Nutzungsschranke bilden (63 %; Kapitel 8.6).

Zugleich bestätigt der WIdOmonitor die Belastungs- und Vereinbarkeitsbefunde dieses Berichts: 59 % der pflegenden Angehörigen sind erwerbstätig, 45,2 % der Teilzeitbeschäftigten haben ihre Arbeitszeit wegen der Pflege reduziert; über 40 % gelten nach der Häuslichen Pflege-Skala als hochbelastet, und knapp zwei Drittel (63,4 %) sind täglich in die Pflege eingebunden (WIdO 2026). Das ist – bundesweit und repräsentativ – dasselbe Bild, das die Berliner Stichprobe in Kapitel 8.3 zeichnet: die Konzentration der Pflege auf eine hoch beanspruchte, häufig erwerbstätige Hauptpflegeperson, deren Entlastung die Tagespflege leisten soll.

Aufschlussreich ist der Blick auf die Haushalte, die ausschließlich Pflegegeld beziehen – den Hauptadressaten der Tagespflege (vgl. Kapitel 4.4): 55,2 % von ihnen nutzen keinerlei weitere Unterstützungsleistung, die Tagespflege nur 8 % (WIdO 2026). Bei den gesetzlichen Pflegeauszeiten nennt rund ein Viertel der Befragten finanzielle Gründe für die Nichtnutzung, ein weiteres Viertel kennt die Angebote nicht; nur 12,5 % der Erwerbstätigen haben Pflegezeit oder Familienpflegezeit genutzt. Die Konsequenz, die das WIdO daraus zieht – bessere Information und niedrigschwellige Beratung, um Unterstützungsangebote transparenter und zugänglicher zu machen –, deckt sich der Sache nach mit dem Beratungsbefund dieses Berichts (Kapitel 8.5) und den Handlungsempfehlungen 9 bis 13 (Kapitel 19).

10.2 BARMER: Längere Pflegeverläufe, definitionsbedingtes Wachstum, flexible Budgets

Der BARMER-Pflegereport 2024 (Rothgang u. a., Universität Bremen) belegt auf Routinedatenbasis, dass Pflegeverläufe deutlich länger werden: Die durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit stieg – retrospektiv für die 2023 Verstorbenen ermittelt – von 3,3 Jahren (2016) auf 3,9 Jahre; für aktuell Pflegebedürftige prognostiziert der Report nahezu eine Verdopplung auf rund 7,5 Jahre (BARMER 2024; vgl. Kapitel 3.6). Für die Tages-/Nachtpflege heißt das: Entlastung wird zur Daueraufgabe über Jahre. Genau das zeigt die Berliner Stichprobe – langjährige, hochintensive Pflegearrangements (Kapitel 8.1 und 8.3), deren Stabilität von planbarer, dauerhaft finanzierbarer Entlastung abhängt.

Der Pflegereport 2025 liefert die zentrale methodische Absicherung dieses Berichts: Von dem Anstieg der Pflegeprävalenz um 3,03 Prozentpunkte (2015–2023, von 3,21 auf 6,24 %) sind nur 0,44 Prozentpunkte demografisch bedingt; Haupttreiber ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff von 2017 (BARMER 2025). Das bestätigt unabhängig den Vorbehalt aus Kapitel 4.1: Sinkende Versorgungsquoten sind zu einem erheblichen Teil ein Nenner-Effekt. Für die Berliner Angebotsseite ist das jedoch keine

Entwarnung, denn auch bezogen auf die zu Hause versorgten Pflegebedürftigen bleibt die Berliner Inanspruchnahme deutlich unter dem Bund (Kapitel 4.3).

Handlungsseitig fordert die BARMER eine Flexibilisierung der Budgets (personenzentriertes Gesamtbudget statt starrer Trennung von § 36 und § 41), integrierte „Kombi-Häuser“ mit flexiblem Tag-/Nachtbetrieb und wohnortnahe Quartiersstützpunkte (BARMER 2024). Diese Stoßrichtung deckt sich mit den aus der Befragung abgeleiteten Empfehlungen zu Finanzierung, Nacht- und Randzeiten sowie bezirklicher Planung (Kapitel 19, Nr. 1, 3, 4 und 6).

10.3 DAK: Vertrauenskrise, Pflegearmut und die Schlüsselrolle der Beratung

Der DAK-Pflegereport 2026 „Pflegereform: Weichenstellung für eine zukunftsfeste Pflege?“ (Klie/Altenbach; zwei repräsentative Befragungen mit knapp 7.000 Personen, Oktober 2025 und Februar 2026) beschreibt ein Pflegesystem „am Kippunkt“: 62 % der Bevölkerung bewerten die pflegerische Versorgung als nicht oder gar nicht gut; die hohen Kosten für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen sind mit 70 % das meistgenannte Problem, und fast jede zweite Pflegeperson erlebt „Pflegearmut“ bei sich oder im persönlichen Umfeld (Gesamtbevölkerung: 31 %) (DAK-Gesundheit 2026). Die Berliner Befragung zeigt die lokale Entsprechung: Die Finanzierungsbarriere ist die stärkste einzelne Nutzungsschranke, und sie wirkt sozial selektiv (Kapitel 5.7 und 8.6).

Zugleich benennt der Report den Hebel, den auch die Berliner Befunde nahelegen: 67 % der Bevölkerung und 68 % der aktuell Pflegenden befürworten eine pflegfachliche Begleitung vor Ort; 88 % begrüßen den Ausbau von Pflegestützpunkten (DAK-Gesundheit 2026). Das trifft den Berliner Befund, dass der Pflegestützpunkt die qualitativ beste, aber zu selten erreichte Anlaufstelle ist (Kapitel 8.5), und stützt die Empfehlung, die Stützpunkte proaktiv und aufsuchend auszubauen (Kapitel 19, Nr. 9).

Bereits der DAK-Pflegereport 2025 „Pflege vor Ort“ hatte mit dem Konzept „PflegestützpunktPlus“ ein Care- und Case-Management-basiertes Zielbild gezeichnet und eine verbindliche, kommunal und regional verankerte Pflegestrukturplanung auf der Grundlage eines fortlaufenden Monitorings angemahnt (DAK-Gesundheit 2025). Genau diese Linie verfolgen die Berliner Vorschläge zur bezirklichen Versorgungsplanung (Kapitel 19, Nr. 4) und zum Monitoring der häuslichen Pflege (Kapitel 14.5).

10.4 Forschung: Wirkung, Determinanten, Zufriedenheit

Die Wirkungsforschung bestätigt den Nutzen, den die Befragten der Tagespflege zuschreiben: Die DeTaMAKS-Studie weist messbare Effekte aktivierender Tagespflege auf kognitive und alltagspraktische Fähigkeiten sowie auf die Entlastung pflegender Angehöriger nach (Straubmeier u. a. 2017; Kapitel 3.3). Nutzende wie Nutzungswillige der Berliner Befragung erwarten genau diese förderorientierte Doppelwirkung (Motive „Förderung von Fähigkeiten“ und „soziale Teilhabe“ je 97 %; Kapitel 8.6); die Sorge vor bloßer „Verwahrung“ markiert die qualitätsentscheidende Differenz.

Die Determinantenforschung erklärt die Berliner Barrieren: Die Nutzungsintensität hängt unter anderem von Erreichbarkeit und Entfernung, Erwerbstätigkeit und Haushaltskonstellation ab (Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2021; Kapitel 3.4) – dieselben Faktoren, die in der Befragung als Hürden erscheinen. Die NRW-Studie „Teilstationäre Versorgung im Fokus“ (2023) findet hohe Zufriedenheit der Nutzenden bei gleichzeitigem Optimierungsbedarf an Fahrdienst, Öffnungszeiten und Zielgruppenpassung – deckungsgleich mit dem Berliner Muster „zufriedene Nutzende, blockierter Zugang“ (Kapitel 8.6). Den Belastungshintergrund liefert der Pflege-Report 2016: Angehörige von Menschen mit Demenz fühlen sich zu rund 41 % stark bis sehr stark belastet (WIdO 2016; Kapitel 3.3).

10.5 Fazit der Spiegelung

Vier unabhängige Datenzugänge – Routinedaten (BARMER), repräsentative Bevölkerungs- und Angehörigenbefragungen (DAK/Allensbach, AOK/WIdO/forsa), amtliche Statistik (Destatis, AfS Berlin-Brandenburg) und die vorliegende Betroffenenbefragung – konvergieren in denselben Kernaussagen: Der Bedarf wächst mit länger werdenden Pflegeverläufen; die Zuzahlungen sind die zentrale, sozial selektive Barriere; Information und Beratung erreichen die Pflegehaushalte nicht verlässlich; und Beratung vor Ort sowie eine planvolle, datengestützte Strukturentwicklung sind die wichtigsten Hebel. Diese Konvergenz macht die Richtungsansagen der kleinen Berliner Stichprobe belastbar – und sie zeigt, dass Berlin kein Sonderfall ist, sondern die bundesweite Problemlage in zugespitzter Form abbildet (vgl. Kapitel 4.3).

Quelle/Hinweis: WIdO, WIdOmonitor 1/2026 „Zur Lage pflegender Angehöriger“ (forsa, rund 1.500 pflegende Angehörige, Erhebung 30.09.–21.10.2025) und WIdOmonitor 1/2024; BARMER-Pflegereporte 2024 (Bd. 47) und 2025 (Bd. 48; Rothgang u. a.); DAK-Pflegereporte 2025 („Pflege vor Ort“) und 2026 („Pflegereform: Weichenstellung für eine zukunftsfeste Pflege?“), veröffentlicht 23.06.2026; Klie/Allensbach; WIdO, Pflege-Report 2016; Straubmeier u. a. 2017; NRW-Studie 2023. Angaben zu Eigenanteilen beruhen auf Selbstauskünften der Befragten.

11 Akteursperspektiven und politischer Rahmen

Die Befunde treffen auf ein politisches Feld, in dem Bund, Land, Kassen, Wohlfahrt und Wissenschaft die Tages-/Nachtpflege unterschiedlich akzentuieren (ausführlich dazu: wir pflegen Berlin e.V. 2026, Akteursperspektiven-Vergleich, Anlage 6).

- **Bund-Länder-AG „Zukunftspakt Pflege“:** Studienauftrag zu Inanspruchnahme und Angebotsstruktur, Bürokratieabbau, ausgabenneutrale Umschichtung der Verhinderungspflege, Öffnung für niedrigschwellige Tagesbetreuung – die Live-In-Versorgung blieb ausgespart.
- **Bund (BMG):** Festhalten am Teilleistungssystem; Neuordnung im PNOG (Kapitel 12).
- **Land Berlin (SenWGP):** Landespflegeplan 2025 mit dem Befund, dass rund 87 % zu Hause versorgt werden, Investitionsförderung je Tagespflegeplatz, neue Pflegestrukturplanung; die Tages-/Nachtpflege wird ausgewiesen, der Live-In-Bereich aber nur in einer Fußnote gestreift (SenWGP 2025).
- **Pflegebevollmächtigte, Kassen, Deutscher Verein, Pflegereporte:** teils zwei getrennte Budgets, Hinweise auf Auslastungs- und Passungsprobleme, steigende Eigenanteile (Deutscher Verein 2025; BARMER/DAK).

Stellungnahme des Landesvereins zum Landespflegeplan 2025. wir pflegen Berlin hat in seiner Stellungnahme zum Landespflegeplan konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung der Tages-/Nachtpflege eingebracht – u. a. eine bedarfsorientierte, bezirkliche Versorgungsplanung mit Mindestabdeckung, die Sicherung von Fahrdiensten und erweiterten Zeitfenstern, die zielgruppendifferenzierte Angebotsentwicklung sowie die rechtssichere Einbeziehung der Live-In-Versorgung (wir pflegen Berlin 2025, Stellungnahme LPP). Diese Vorschläge werden durch die vorliegende Befragung empirisch gestützt und in Kapitel 19 in den Empfehlungskatalog überführt.

12 Das Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) und die Tages-/Nachtpflege – ein kritischer Ausblick

Am 4./5. Juni 2026 hat das BMG den Referentenentwurf eines Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG) veröffentlicht; die Verbändeanhörung fand am 10. Juni 2026 statt. Der Kabinettsbeschluss wurde mehrfach verschoben und findet jetzt gegebenenfalls Mitte September 2026 statt. Das Inkrafttreten ist für den 1. Januar 2027 vorgesehen, einzelne Regelungen folgen zum 1. Januar 2028. Faktisch resultiert daraus ein sehr enger Zeitkorridor für die öffentliche, fachliche, mediale und parlamentarische Auseinandersetzung mit dem Kabinettsentwurf.

Der Entwurf ist noch kein geltendes Recht. Bis zur Verkündung gelten die heutigen Regeln (BMG 2026). Im Folgenden werden die für die Tages-/Nachtpflege relevanten Regelungen dargestellt und bewertet.

12.1 Relevante Regelungen

- **Neue Budgets ab 2027:** Das Pflegegeld wird zum Entlastungsbudget (§ 37 SGB XI: PG 2: 386 €, PG 3: 638 €, PG 4: 889 €, PG 5: 1.079 €), die Pflegesachleistung zum Sachleistungsbudget (§ 36 SGB XI: PG 2: 889 € bis PG 5: 2.529 €). Der bisherige Entlastungsbetrag wird durch ein Sozialraumbudget (175 €/Monat) ersetzt, das ausschließlich für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden darf. In Pflegegrad 1 entfällt der Entlastungsbetrag ersatzlos. Ein neues Überbrückungsbudget bündelt Verhinderungs-/Kurzzeitpflege- und Notfallsituationen (BMG 2026; carevor9 2026).
- **Tagespflege im neuen System:** Der teilstationäre Anspruch nach § 41 bleibt im Entwurf bestehen, wird aber nicht in die neuen Budgets integriert. Kritisch ist: Das Sozialraumbudget – Nachfolger des Entlastungsbetrags – darf laut § 45a Abs. 1 des Entwurfs nicht mehr für die Tagespflege verwendet werden (Der Paritätische 2026). Damit entfällt ein heute praktizierter Weg, die Zahlungen zur Tagespflege (Hotelkosten, Fahrdienst) zu finanzieren. Zudem entfallen die übrigen „Hebel“-Leistungen in ihrer heutigen Form: Der Umwandlungsanspruch (§ 45a Abs. 4) wird gestrichen, die Verhinderungspflege verliert ihren eigenständigen, planbar einsetzbaren Anspruch, und der Gemeinsame Jahresbetrag (§ 42a) entfällt zugunsten eines kleineren, akutgebundenen Überbrückungsbudgets (im Einzelnen Kapitel 12.4).
- **Pflegebegleitung statt Pflegeberatung (ab 2028):** Die bisherige Pflegeberatung wird durch eine präventions- und fachpflegerisch ausgerichtete Pflegebegleitung (§ 7c) ersetzt, die in den ersten drei Monaten nach erstmaliger Einstufung in PG 2/3 intensiviert wird – allerdings gekoppelt an eine Halbierung des Entlastungsbudgets in diesen drei Monaten. Ergänzend ist ein verpflichtendes digitales Pflege-Cockpit (§ 7a neu) vorgesehen (BMG 2026; im Einzelnen Kapitel 12.2).
- **Schwellenwerte und Dynamisierung:** Die Einstufung knüpft ab dem 1. Januar 2027 an die 2013 empfohlenen Schwellenwerte an, Damit werden die Zugangsvoraussetzungen angehoben. Allerdings gilt ein Bestandsschutz bis zur nächsten Begutachtung. Ab 2028 werden die Leistungsbeiträge erstmals jährlich dynamisiert (BMG 2026; zu den Schwellenwerten im Einzelnen Kapitel 12.3).
- **Belastungen:** Die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige werden von 100 auf 70 % gesenkt; die Verweildauerstufen der stationären Eigenanteilszuschläge werden um sechs Monate gestreckt. Eine Deckelung der Eigenanteile hält der Bund „derzeit nicht“ für möglich.

- **Digitalisierung:** Ein Digitalpakt Pflege (2027–2031, 1,6 Mrd. €) fördert auch teilstationäre Einrichtungen (BMG 2026; vdek 2026).

12.2 Beratung, Information und Pflege-Cockpit: Neuordnung mit offenen Flanken

Der Befund der Berliner Befragung – die Eigenrecherche dominiert, die wirksamste Anlaufstelle wird zu selten erreicht, zentrale Leistungen bleiben unbekannt (Kapitel 8.4 und 8.5) – ist zugleich der Ausgangsbefund unserer Einschätzung zum Baustein Pflegeberatung und Pflegebegleitung: Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen stehen heute vor einem regional sehr unterschiedlich ausgeprägten „Beratungsdschungel“ unverbunden nebeneinander bestehender, überwiegend reaktiver Angebote, in dem niemand den vollständigen Überblick hat und niemand die durchgehende Verantwortung für die Pflegesituation trägt. Eine Neuordnung, wie sie das PNOG vorsieht, ist deshalb im Grundsatz dringend erforderlich und wird begrüßt: Die Pflegebegleitung (§§ 7c–7e) bündelt ab dem 1. Januar 2028 die bisherige Pflegeberatung (§ 7a), die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 und die häuslichen Schulungen (§ 45). Der Anspruch gilt ausdrücklich auch für pflegende Angehörige und künftig auch im Pflegegrad 1. Ergänzend soll ein digitales Pflege-Cockpit (§ 7a neu) Informationen, Anträge und Angebote bündeln (Start 1.7.2028, voller Umfang bis Ende 2030).

Damit die Pflegebegleitung ihr Versprechen einlöst, müssen allerdings gewichtige offene Flanken geschlossen werden.

Erstens der Personal- und Finanzrahmen: Eine flächendeckende kontinuierliche Begleitung der rund 5,1 Millionen häuslich versorgten Pflegearrangements erfordert nach einer ersten Hochrechnung unsererseits Personal in einer Größenordnung, das mit der im Gesetz selbst hinterlegten Pauschale von 146 € je häuslich versorgter Person und Jahr (§ 7e) bei weitem nicht refinanziert werden kann. Ohne verbindlichen Personal- und Finanzrahmen droht die Begleitung zur bloßen Vermittlungs-Hotline zu verkommen.

Zweitens die Erreichbarkeit: Kontaktdichte und zugehendes Arbeiten sind ungeregt – wirksame Begleitung muss proaktiv und aufsuchend sein, nicht rein reaktiv.

Drittens Unabhängigkeit: Eine Ansiedlung bei Kostenträgern oder Leistungserbringern erzeugt Interessenkonflikte. Sinnvoller ist eine unabhängige, anwaltschaftliche Begleitung, vorrangig über kommunal verankerte Pflegestützpunkte.

Viertens keine Sanktionen: Die im Entwurf angelegte Kürzung des Pflegegeldes bei fehlender Mitwirkung (§ 7c Abs. 6) macht aus einem Unterstützungsangebot ein Druckmittel und sollte gestrichen werden.

Fünftens: Die intensivierte Begleitung – die nur eingeschränkt zur Verfügung steht (siehe 1-3) - soll in der Anfangsphase der Pflege, die besondere Herausforderungen mit sich bringen kann, mit der Halbierung des Entlastungsbudgets erkaufte werden. Dieses lehnen in einer repräsentativen YouGov-Befragung im Auftrag des Sozialverbands VdK 80 % der Bevölkerung ab (VdK/YouGov 2026).

Sechstens: Für die Tages-/Nachtpflege besonders gewichtig ist der Einwand, dass Begleitung ohne Angebote ins Leere läuft: Eine noch so gute Pflegebegleitung kann nur vermitteln, was vor Ort existiert – solange die Tagespflege nur einem kleinen Teil der Anspruchsberechtigten real zur Verfügung steht, verwaltet die Begleitung den Mangel. Aus unserer Sicht ist es deshalb erforderlich, Begleitung und Angebotsausbau zu verzahnen – bis hin zu einem Rechtsanspruch auf Tagespflege und einer durchsetzbaren Handlungspflicht der zuständigen Stellen bei erkannten Versorgungslücken. Das

deckt sich mit den Befunden dieses Berichts zu ungedecktem Bedarf und dem Passungsproblem (Kapitel 9).

Siebtens: Das digitale Pflege-Cockpit (§ 7a neu) kann potentiell den in der Befragung meistgenannten Unterstützungswunsch erfüllen: finanzielle Transparenz (Kapitel 8.5). Es kann diesen Anspruch aber nur einlösen, wenn es die Netto-Kosten realitätsnah abbildet – einschließlich Zuzahlungen, Fahrdienst und regionaler Pflegesätze – und wenn es nicht allein digital gedacht wird: Ein erheblicher Teil der hochaltrigen Pflegebedürftigen und ihrer oft selbst betagten Pflegepersonen ist digital nicht oder nur eingeschränkt erreichbar. Benötigt wird ein bundeseinheitliches, barrierefreies Cockpit auch in Einfacher Sprache, das die persönliche Beratung nicht verdrängt. Für Berlin liegt die Verknüpfung mit den Pflegestützpunkten und dem Hilfelotsen nahe (Kapitel 8.5.4; Handlungsempfehlung Nr. 10 in Kapitel 19). Der Hilfelotse wird derzeit allerdings nur von den landesfinanzierten Pflegestützpunkten gepflegt und weist erhebliche Strukturschwächen auf. Wir halten zudem den Zeitplan (2028/2030) für ambitioniert.

12.3 Begutachtung und Schwellenwerte: verengter Zugang zur Tagespflege

Der Entwurf behält den Pflegebedürftigkeitsbegriff, das sechsmodulige Begutachtungsinstrument und die fünf Pflegegrade bei, hebt aber zum 1. Januar 2027 die Schwellenwerte an (§ 15 mit Anlage 2): Pflegegrad 1 beginnt künftig bei 15 statt 12,5 Punkten, Pflegegrad 2 bei 30 statt 27, Pflegegrad 3 bei 50 statt 47,5; die Schwellen der Pflegegrade 4 und 5 bleiben unverändert, bestehende Pflegegrade genießen Bestandsschutz bis zur nächsten Begutachtung (§ 142b). Zugleich werden die Bewertungsintervalle der Module 1, 4 und 6 verschoben – am stärksten im Modul 4 (Selbstversorgung: Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung), das mit 40 % das höchste Gewicht in der Gesamtwertung hat und in dem sämtliche Grenzen deutlich angehoben werden („erheblich“ erst ab 10 statt 8, „schwer“ erst ab 25 statt 19 Einzelpunkten). Nach den im Entwurf zitierten IGES-Modellrechnungen senkt allein die Anhebung der Punktegrenzen die Zahl der bei Erstbegutachtung anerkannten Pflegebedürftigen um knapp 12 %, zusammen mit den Modulverschiebungen um rund 22 % (BMG 2026; wir pflegen e.V. 2026, Stellungnahme Schwellenwerte).

Für die Tages-/Nachtpflege ist das keine Randfrage, sondern eine Zugangsfrage: Der Anspruch nach § 41 setzt mindestens Pflegegrad 2 voraus – wer die angehobene Schwelle von 30 Punkten verfehlt, verliert den Zugang zur Leistung insgesamt. Und weil der Pflegegrad zugleich die Höhe des § 41-Budgets bestimmt, verkürzt jede niedrigere Einstufung die ohnehin knappe Reichweite (Kapitel 5.4). Die Verschiebung ausgerechnet im Modul Selbstversorgung trifft das Profil der Tagespflegegäste – hochaltrige Menschen mit erheblichen Einbußen bei Körperpflege, Ernährung und Kontinenz (vgl. Kapitel 8.1) – besonders. Die in der Befragung zweitstärkste Finanzbarriere, dass der Leistungsanspruch den Betreuungsbedarf nicht deckt (53 %; Kapitel 8.6), würde damit verschärft statt entschärft.

Die Stellungnahme des Bundesverbands („Überprüfen ja, verschärfen nein“) hält eine fachliche Überprüfung des Instruments nach acht Jahren für berechtigt, lehnt aber eine pauschale Anhebung ab, die den Zugang verengt, um Kosten zu senken. Das IGES-Gutachten selbst benennt als Hauptursache des Anstiegs ein verändertes Antragsverhalten – aufgrund besserer Information und Entstigmatisierung –, nicht die Schwellenwerte. Die im Entwurf als „Rückkehr“ zu den Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 begründete Anhebung dreht damit an einer Stellschraube, die nicht die Hauptursache ist. Wer den Einstieg erschwert und zugleich Prävention verspricht, widerspricht sich

selbst – frühzeitiger Zugang spart Folgekosten. Eine Verschärfung träfe vor allem Menschen mit geringerer, aber realer Beeinträchtigung, demenziell Erkrankte sowie Kinder und Jugendliche – und die An- und Zugehörigen, die sie pflegen. Gefordert werden deshalb: 1. keine pauschale Anhebung zum 1. Januar 2027, solange die Folgen für die Betroffenen nicht offen ausgewiesen sind. 2. Der Erhalt des niedrigschwelligen Zugangs (Pflegegrad 1) und der Gleichstellung kognitiver und seelischer Beeinträchtigungen. 3. Ein eigenes, fachlich geprüft Vorgehen für die Begutachtung von Kindern und Jugendlichen. Und 4. die verbindliche Beteiligung der Betroffenen- und Angehörigenvertretungen bei jeder Weiterentwicklung der Pflegegrade, insbesondere im neuen wissenschaftlichen Beirat nach § 18f (wir pflegen e.V. 2026). Diese Kritik ist keine Einzelposition: 77 % der Bevölkerung lehnen einen erschwerten Zugang zu einem Pflegegrad ab, 72 % strengere Voraussetzungen für die Höherstufung (VdK/YouGov 2026; repräsentative Befragung, April 2026, n = 2.352).

12.4 Bewertung aus Sicht der Tages-/Nachtpflege

Der Entwurf enthält für die Tages-/Nachtpflege Licht und – überwiegend – Schatten. Positiv sind die erstmalige jährliche Dynamisierung (die die in den Kapiteln 4.6 und 5.2 belegte reale Entwertung künftig bremsen kann), das Pflege-Cockpit (das dem Kostentransparenz- und Orientierungswunsch entgegenkommt) und der (rein auf die Anbieterseite bezogene) Digitalpakt. Schwer wiegen jedoch die Risiken: Indem das Sozialraumbudget die Tagespflege ausschließt, wird ausgerechnet die in der Befragung wichtigste Barriere – die Finanzierung der Zuzahlungen – verschärft statt entschärft. Die Halbierung des Entlastungsbudgets in den ersten drei Monaten trifft Pflegehaushalte in der organisatorisch und finanziell verletzlichsten Einstiegs-Phase (Kapitel 12.2). Die Anhebung der Schwellenwerte kann den Zugang zu Leistungen – und damit zur Tagespflege – erschweren (Kapitel 12.3). Die Kürzung der Rentenbeiträge belastet genau die hoch beanspruchte Angehörigengruppe dieser Befragung. Die präventions- und begleitungsorientierte Neuausrichtung (Pflegebegleitung) ist im Grundsatz zu begrüßen und trifft den Beratungsbefund dieses Berichts, steht aber unter dem Vorbehalt ausreichenden Fachpersonals und der Finanzierung (vdek 2026; Der Paritätische 2026).

Verschärfend kommt der Wegfall der „Hebel“-Leistungen hinzu, mit denen Pflegehaushalte heute Zuzahlungen senken oder zusätzliche Betreuungstage finanzieren (Kapitel 8.5): Der Umwandlungsanspruch (§ 45a Abs. 4, bis zu 40 % der ambulanten Sachleistung) wird ersatzlos gestrichen. Die Verhinderungspflege entfällt als eigenständige, planbar einsetzbare Leistung mitsamt dem Gemeinsamen Jahresbetrag von derzeit 3.539 € (§ 42a): Planbare Ersatzbetreuung muss künftig aus den laufenden Monatsbudgets bezahlt werden und schmälert dort die reguläre Versorgung, während das neue Überbrückungsbudget (§ 39 neu) nur Akut- und Notsituationen abdeckt – mit Jahresbeträgen deutlich unter dem heutigen Jahresbetrag (laut Entwurf 1.855 € in den Pflegegraden 2/3, 2.285 € in 4/5) und ohne Öffnung für die Tages-/Nachtpflege. Das Sozialraumbudget verfällt zudem monatlich, statt wie der heutige Entlastungsbetrag ins nächste Kalenderhalbjahr übertragbar zu sein (BMG 2026; Der Paritätische 2026). Für die Empfehlungen dieses Berichts folgt daraus zweierlei: Die aufsuchende Aufklärung zu den „Hebel“-Leistungen (Empfehlung Nr. 12) bleibt bis zum Inkrafttreten für die individuelle Beratung wichtig – was jetzt nicht abgerufen wird, verfällt –, liefe aber ab 2027 unter unverändertem Entwurf ins Leere. Eine breit angelegte Informationskampagne ist in den verbleibenden Monaten realistischlicherweise nicht mehr zu leisten; der Schwerpunkt verschiebt sich daher auf die Informationsbedarfe, die ab dem 1. Januar 2027 entstehen. Dafür sind zuerst der Bund und die Pflegekassen in der Pflicht, mit einer Schlüsselrolle der Pflegestützpunkte; das Land kann darauf hinwirken, Lücken schließen und die Abstimmung im Landespflegeausschuss organisieren (Kapitel 18, Punkt 4). Und die PNOG-

Nachbesserung (Empfehlung Nr. 3) muss auch den Erhalt eines planbaren Ersatzpflege-Jahresbetrags und des Umwandlungsanspruchs umfassen.

Die Anregung, das Überbrückungsbudget für die Tages-/Nachtpflege zu öffnen und das Sozialraumbudget weiterhin für die Tagespflege nutzbar zu halten (Der Paritätische 2026), ist deshalb aus Sicht der Befragungsbefunde nachdrücklich zu unterstützen.

Fazit:

Das laufende Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) bringt Licht (jährliche Dynamisierung, Pflege-Cockpit), aber überwiegend Schatten: Wenn Bund und Länder die Tages-/Nachtpflege ernsthaft ausbauen wollen, müssen die Zielkonflikte angegangen und Nachbesserungen im PNOG vorgenommen werden. Andernfalls droht die Reform das eigene Ziel der häuslichen Stabilisierung zu konterkarieren.

13 Die Gemengelage: warum das benötigte Miteinander nicht von selbst entsteht

13.1 Pflege findet vor Ort statt

Ob ein häusliches Pflegearrangement trägt, entscheidet sich nicht in Gesetzen und Rahmenverträgen, sondern im Zusammenwirken derer, die im Wohnumfeld tatsächlich handeln: der pflegenden An- und Zugehörigen, des Pflegedienstes, der Tagespflege, der Live-In-Kraft, der Kurzzeitpflege, der Angebote zur Unterstützung im Alltag, der Nachbarschaft – flankiert von Pflegestützpunkt, Hausarztpraxis, Bezirksamt und Pflegekasse. Damit daraus Versorgung wird, muss dreierlei zusammenkommen: Das Benötigte muss vorhanden sein, es muss zusammengeführt werden, und es muss zusammenpassen.

Die Befunde dieses Berichts zeigen, dass genau hier das Kernproblem liegt. Es sind nicht immer primär fehlende Angebote – im Gegenteil: In der Tagespflege bestehen freie Kapazität und ungedeckter Bedarf gleichzeitig. Hier sind es Angebote, die niemand zusammenführt; Beratung, die nicht aufsucht; Budgets, die nicht zusammenwirken; und Zuständigkeiten, in deren Zwischenräumen die Pflegehaushalte allein bleiben. Diese Koordinationsleistung lässt sich übergeordnet – vom Bund oder vom Land aus – nur begrenzt steuern. Sie braucht eine verantwortliche Ebene vor Ort.

Warum entsteht dieses Miteinander nicht von selbst? Die naheliegende Antwort – mangelnder Wille der Beteiligten – trägt nicht. In den Einrichtungen, Diensten, Beratungsstellen und Ämtern arbeiten Menschen, die kooperieren wollen. Was das Miteinander erschwert und begrenzt, ist struktureller Natur: unterschiedliche Rollen, nicht sauber geklärte Aufgaben und Zuständigkeiten, wechselseitige Abhängigkeiten sowie Interessenlagen, die einander teilweise widersprechen. Diese Gemengelage ist Gegenstand dieses Kapitels – nicht als Vorwurf an einzelne Akteure, sondern als Beschreibung der Bedingungen, unter denen alle handeln.

13.2 Der Konstruktionsgedanke des SGB XI und seine Folgen

Die heutige Lage ist kein Betriebsunfall, sondern Ergebnis einer bewussten gesetzgeberischen Entscheidung. Das SGB XI geht davon aus, dass der Wettbewerb für ein ausreichendes Angebot sorgt. Der Gesetzgeber verzichtete deshalb 1995 zugunsten der Marktlogik ausdrücklich auf kommunale Planungs- und Steuerungskompetenzen. Die Verantwortung wurde stattdessen aufgeteilt: Die Länder tragen die Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen Versorgungsstruktur (§ 9

SGB XI), die Pflegekassen den Sicherstellungsauftrag für ihre Versicherten (§§ 12, 69 SGB XI). Der überwiegende Teil der Steuerung liegt damit beim Bundesgesetzgeber und bei den Kassen.

Folgende Wirkungen sind für die Koordination vor Ort entscheidend.

Erstens der Marktzugang: Erfüllt ein Anbieter die Voraussetzungen für einen Versorgungsvertrag, kann die Pflegekasse ihn nicht verweigern (Kontrahierungszwang). Wer sich wo mit welchem Profil ansiedelt, ist damit eine unternehmerische, keine planerische Entscheidung.

Zweitens die Vergütung: Sie wird zwischen den Kostenträgern und den Verbänden der Leistungsanbieter verhandelt. Wirtschaftliche Spielräume entstehen dort, nicht vor Ort.

Drittens: Die Delegation an die Marktlogik läuft zunehmend ins Leere: Der Markt schafft zum einen nicht überall das Angebot in Art, Menge und Qualität dort wo es benötigt wird. Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige machen zu oft die Erfahrung, dass dies nicht gilt, müssen aufwändige Suchen betreiben und dafür Zeit und Energie aufwenden, die sie eigentlich für den Pflegealltag oder die eigene Regeneration benötigen. Der Markt bringt zum anderen Angebot und Nachfrage in der Pflege nicht zuverlässig zusammen, weil beide Seiten voneinander nichts wissen – Pflegehaushalte kennen die freien Plätze nicht, Einrichtungen kennen die suchenden Pflegehaushalte nicht, und vor Ort hat niemand verbindlich den Auftrag und die Ressourcen, beides zusammenzuführen.

Eine erste Bewegung ist allerdings zu verzeichnen. Mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22.12.2025 ist vorgesehen, dass die kommunale Pflegestrukturplanung von den Pflegekassen vor Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beachten ist (§ 72 Abs. 1a SGB XI). Erstmals wird kommunale Planung für die Zulassungsentscheidung überhaupt relevant – und belastbare örtliche Daten werden damit von der Fleißaufgabe zur Voraussetzung.

13.3 Rollen, Aufgaben und Zuständigkeiten

Aus der geteilten Verantwortung folgt eine Zuständigkeitslage, die selbst für Fachleute schwer zu überblicken ist – und für pflegende An- und Zugehörige regelmäßig undurchdringlich bleibt. Die folgende Übersicht ordnet die wesentlichen Akteure nach Auftrag, Eigeninteresse und Abhängigkeit sowie nach der typischen Konfliktlinie, die sich daraus ergibt.

Akteur	Auftrag / Rolle	Eigeninteresse und Abhängigkeit	Typische Konfliktlinie
Bund	Rechtsrahmen, Leistungsrecht, Finanzierungsarchitektur des SGB XI	Beitragssatzstabilität; Prämisse „keine nicht rein demografisch bedingten Mehrausgaben“	Kostendämpfung gegen Leistungsausweitung; Reformen verändern die Grundlagen der Arbeit vor Ort
Land Berlin	Versorgungsstruktur (§ 9 SGB XI), Landespflegeplanung, Investitionsförderung, Heimaufsicht	Haushaltsslage; angewiesen auf Kassen- und Anbieterdaten sowie auf die Bezirke als Vollzugsebene	Planungsanspruch ohne Steuerungsinstrumente; Verantwortung ohne Durchgriff
Pflegekassen	Sicherstellungsauftrag (§§ 12, 69), Beratung,	Wirtschaftlichkeit, Wettbewerb untereinander;	Sicherstellungsauftrag ohne Angebotssteuerung;

	Versorgungsverträge, Vergütungsverhandlung	Bindung an Bundesvorgaben	Beratungspflicht bei begrenzter Reichweite
Bezirke	Altenhilfe, Sozialplanung, Hilfe zur Pflege, künftig Altenhilfe- und Pflegestrukturplanung	Globalsummen und Personalausstattung; keine eigenen Einnahmen, keine Rechtsetzung	Nächste Ebene am Bedarf, aber schwächste Kompetenz- und Ressourcenausstattung
Leistungsanbieter	Erbringung der Leistung, Wirtschaftlichkeit des Betriebs	Auslastung, Vergütung, Personalgewinnung, Immobilie; Wettbewerb untereinander	Kooperationsnutzen gegen Wettbewerbslogik; Spezialisierung erhöht Bedarf an Zuweisung
Pflegestützpunkte	Neutrale, trägerunabhängige Beratung und Vernetzung (§ 7c SGB XI)	Finanzierung durch Kassen und Land; Personalausstattung; Trägeranbindung	Neutralitätsanspruch bei begrenzter Reichweite; Beratung ohne Zugriff auf Kapazitäten
Ärzeschaft und Kliniken	Medizinische Versorgung, Entlassmanagement	Zeitbudget, Vergütungssystematik; eigene Sektorlogik	Wichtige Schnittstelle beim Zugang zur Pflege, aber keine Zuständigkeit für Pflegekoordination; Defizite in der Kooperation mit anderen Akteuren
Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige	Tragen die Versorgung; entscheiden über Inanspruchnahme	Angewiesen auf Information, Budget, Zeit und Kraft; strukturell schwächste Verhandlungsposition	Müssen die Koordinationslücke selbst schließen – meist ohne Fachwissen und ohne Zeit

13.4 Abhängigkeiten und Interessenkonflikte

Wirtschaftliche Abhängigkeit der Anbieter. Kapitel 15 zeigt, wie viele Faktoren gleichzeitig stimmen müssen, damit eine Tagespflege trägt. Wer strukturell nahe an der Wirtschaftlichkeitsgrenze arbeitet, kooperiert nicht aus einer Position der Stärke. Eine Weitervermittlung an die passendere Nachbäreinrichtung ist betriebswirtschaftlich zunächst ein Verzicht – und wird nur dann selbstverständlich, wenn sie wechselseitig erfolgt und organisiert ist.

Informationsabhängigkeit der Pflegehaushalte. Die Befragung dokumentiert die Dominanz der Eigenrecherche mit stark streuender Qualität. Wer nicht weiß, welche Leistung ihm zusteht, welche Einrichtung zu seinem Bedarf passt und wo ein Platz frei ist, kann seine Interessen nicht wahrnehmen. Diese Asymmetrie ist die folgenreichste im ganzen System – sie trifft diejenigen, die die Hauptlast tragen.

Ressourcenabhängigkeit von Beratung und Bezirken. Die Pflegestützpunkte werden qualitativ am besten bewertet und erreichen zugleich die wenigsten Menschen; ihre Ausstattung hängt an Land und Kassen. Die Bezirke sind die Ebene, auf der Versorgung zusammenkommt – und zugleich die

Ebene mit den geringsten eigenen Mitteln. Ein Koordinationsauftrag ohne Personalunterlegung erzeugt Berichte, keine Versorgung.

Kooperation scheitert selten an Böswilligkeit, häufig an nicht ausgesprochenen Zielkonflikten. Vier sind besonders folgenreich:

- Wettbewerb gegen Vermittlung – Einrichtungen konkurrieren um dieselben Nutzenden und sollen zugleich untereinander vermitteln
- Kostendämpfung gegen Bedarfsdeckung – Kassen und Land handeln unter Wirtschaftlichkeits- und Haushaltsvorbehalt, während die Befunde nach mehr Leistung verlangen
- Transparenz gegen Wettbewerbsvorteil – eine Meldeplattform nützt allen gemeinsam, kurzfristig aber vor allem denen mit Leerstand, weshalb Freiwilligkeit systematisch unvollständige Daten erzeugt und
- Neutralität gegen Trägerinteresse – Beratung, die zugleich eigene Angebote vorhält, steht unter Rechtfertigungsdruck.

13.5 Vier Lücken

Die Koordinationslücke. Niemand hat verbindlich und systematisch geregelt den Auftrag, Bedarf und Angebot vor Ort zusammenzuführen. Der Sicherstellungsauftrag der Kassen ist versichertenbezogen, die Landesverantwortung strukturbezogen, die bezirkliche Zuständigkeit bislang ohne klaren Pflegebezug. Der Senat bestätigt das inzwischen selbst: Auf die Frage nach einem ressortübergreifenden Vorgehen antwortet er, es gebe zahlreiche Fachplanungen, Projekte und Förderprogramme – „eine diese Aktivitäten bündelnde Gesamtstrategie gibt es auf Landesebene nicht“.

Die Informationslücke. Weder Pflegehaushalte noch Einrichtungen noch Verwaltung wissen, was zur gleichen Zeit am gleichen Ort vorhanden und gesucht wird.

Die Verantwortungslücke. Wo Zuständigkeiten geteilt sind, ohne dass eine Stelle die Gesamtsicht hat, entsteht die von Prof. Thomas Klie und anderen wie dem Sozialverband VdK beschriebene „Verantwortungsdiffusion“. Das vom Land Berlin beauftragte Gutachten zur rechtssicheren Pflegeplanung verwendet denselben Begriff und stellt fest, im Recht der Pflegeversicherung seien weder der Sicherstellungsauftrag noch die Verantwortung für die pflegerische Infrastruktur „in befriedigender und klarer Weise geregelt“.

Die Datenlücke. Ohne Kenntnis der tatsächlichen Versorgungssituation vor Ort – einschließlich z.B. des ungedeckten Bedarfs, der Belastungen der Hauptpflegepersonen und der Säule ausländische Betreuungskräfte – bleibt jede Planung Behauptung. Die Bundesregierung erklärt selbst, über Auslastungs- und Wartezeitendaten nicht zu verfügen und deren Erhebung nicht zu planen (Kapitel 4.7).

13.6 Was die Befragung dazu beiträgt

Die eigenen Befunde belegen alle vier Lücken aus der Perspektive der Betroffenen. Die Koordinationslücke zeigt sich darin, dass freie Kapazität und ungedeckter Bedarf nebeneinander bestehen: 77 % Auslastung bei gleichzeitig unbedientem Bedarf (Kapitel 9). Die Informationslücke belegt die Dominanz der Eigenrecherche gegenüber der qualitativ besten, aber am wenigsten erreichenden Beratung durch die Pflegestützpunkte (Kapitel 10). Die Verantwortungslücke wird an der Nutzungsspanne

zwischen den Bezirken sichtbar, die um den Faktor vier auseinanderfällt (Kapitel 4) – ein Unterschied, für den sich niemand verantwortlich erklärt. Und die Datenlücke schließlich ist der Grund, warum dieser Bericht überhaupt nötig war: Die Erfahrung der Pflegehaushalte erschien bis dahin in keiner Statistik. Die Bundespflegestatistik erfasst die zu Hause primär pflegenden An- und Zugehörigen, ihre soziodemografischen Verhältnisse, ihre Zwänge, Nöte, Probleme, Bedarfe, Lösungsansätze, Verbesserungsvorschläge nicht. Die Daten der Pflegekassen sind nicht miteinander vernetzt, liegen nur z.T. regionalisiert vor, bilden vieles nicht ab.

Damit ist die Diagnose vollständig. Das folgende Kapitel fragt, auf welcher Ebene sie beantwortet werden kann.

Quellen: §§ 9, 12, 69, 72 SGB XI; BT-Drs. 21/7125; Schriftliche Anfrage 19/25580 (Antwort des Senats vom 30.03.2026); VdK/Kilimann (2026); Klie (2023), Landespflegebedarfsplanung Berlin – Rechtssichere Pflegeplanung, im Auftrag des Landes Berlin; eigene Befragungsergebnisse.

14 Die bezirkliche Ebene: Koordination organisieren

14.1 Warum die bezirkliche Ebene der Lösungsraum ist

Die vier Lücken des vorigen Kapitels haben eine gemeinsame Eigenschaft: Sie lassen sich nur dort schließen, wo die Akteure einander tatsächlich begegnen. Koordination ist ortsgebunden. Sie setzt Kenntnis der konkreten Angebote, der handelnden Personen und der sozialräumlichen Besonderheiten voraus – Wissen, über das weder der Bund noch die Landesebene noch eine bundesweit organisierte Pflegekasse verfügen kann. Genau deshalb ist die kommunale Ebene der naheliegende Lösungsraum: nicht, weil sie die besseren Kompetenzen hätte, sondern weil sie die einzige Ebene ist, auf der das Zusammenführen praktisch möglich ist.

Daraus folgt der entscheidende konzeptionelle Punkt dieses Kapitels: Die bezirkliche Ebene kann die Angebotssteuerung nicht ersetzen, die ihr rechtlich verwehrt ist. Was sie leisten kann und soll, ist etwas anderes – und für die Versorgung der Familien mindestens ebenso wichtig: Sie kann Transparenz herstellen, Zuständigkeiten klären, Kooperation organisieren, Lücken sichtbar machen und Verantwortung adressierbar machen. Nicht Steuerung durch Hoheit, sondern Steuerung durch Koordination, Information und Verbindlichkeit. Die Abschnitte 14.2 bis 14.4 ordnen diesen Ansatz in den fachlichen Diskurs und in die Berliner Rahmenbedingungen ein; die Abschnitte 14.5 bis 14.7 benennen die Instrumente, ihre Finanzierung und die Bedingungen ihres Gelingens.

14.2 Der fachliche und politische Diskurs: von der Verantwortungsdiffusion zur kommunalen Daseinsvorsorge

Der Befund, an dem der Diskurs ansetzt, ist weithin konsentiert: Die Verantwortung für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist zwischen Bund, Ländern, Pflegekassen, Kommunen und Einrichtungen so verteilt, dass sich am Ende niemand umfassend verantwortlich fühlt – der Sozialverband VdK spricht von „Verantwortungsdiffusion“ und stellt ihr das Bild einer Kreisbewegung gegenüber, in der die Zuständigkeit immer weitergereicht wird (VdK/Kilimann 2026). Dem Gesetz nach tragen die Länder die Verantwortung für die Versorgungsstruktur (§ 9 SGB XI) und die Pflegekassen den Sicherstellungsauftrag für ihre Versicherten (§§ 12, 69 SGB XI). Der Gesetzgeber hatte 1995 zugunsten des Wettbewerbs bewusst auf kommunale Planungs- und Steuerungskompetenzen verzichtet.

Die Delegation an die Marktlogik läuft nach verbreiteter Einschätzung zunehmend ins Leere. Denn getragen wird die Versorgung tatsächlich primär von den pflegenden An- und Zugehörigen: Von den rund fünf Millionen zu Hause lebenden Pflegebedürftigen werden nach einer DIW-Studie von 2025 etwa vier Millionen informell versorgt. Die informelle Pflege ist der „größte Pflegedienst Deutschlands“ mit einem geschätzten monetären Wert von rund 206 Mrd. € jährlich (DIW 2025; wir pflegen e.V. 2026, N. Ott / A. Hoff 2025).

Dem VdK zufolge sollte die Sicherstellung der Pflege – analog zur Kinder- und Jugendhilfe des SGB VIII – zur Pflichtaufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge werden, mit Pflegeplanung, -steuerung und -umsetzung „unter einem Dach“ der Kommune, unter Einbeziehung der Leistungserbringer und der freien Wohlfahrtspflege. Für die kommunale Rolle sprechen aus VdK-Sicht die kleinräumigen Daten, die Nähe zu den Menschen und die politische Verantwortlichkeit vor Ort. Bedingung ist eine vollständige und dauerhafte Gegenfinanzierung durch Bund und Länder – unbürokratisch etwa über den kommunalen Finanzausgleich –, denn 91 % der Kommunen beurteilen ihre Finanzlage laut KfW-Umfrage für die nächsten Jahre als eher oder sehr nachteilig (VdK 2025; VdK/Kilimann 2026). Der Vorschlag steht in der Traditionslinie des Siebten Altenberichts der Bundesregierung, der bereits 2016 „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune“ zur Leitidee erhoben hatte, und aktueller Reformkonzepte wie „Strukturreform Pflege und Teilhabe“ (Klie, Ranft, Szepan). Auch die kommunalen Spitzenverbände begrüßen mehr Planungs- und Trägerschaftsmöglichkeiten – warnen aber zugleich scharf vor einem „Verschiebeparkplatz in Richtung Sozialhilfe“ und vor unfinanzierten Aufgaben.

Die Bundesebene bewegt sich in dieselbe Richtung, aber deutlich vorsichtiger. Einen ersten Schritt hat sie bereits vollzogen: Mit dem Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22.12.2025 (in Kraft seit 01.01.2026) erhielten die Kommunen mehr Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Gestaltung der Versorgung vor Ort sowie Zugang zu aktuelleren Kassendaten für ihre Pflegestrukturplanung (BT-Drs. 21/7125).

Die Bund-Länder-AG „Zukunftspakt Pflege“ hat „Pflegestrukturplanung und Sicherstellungsauftrag“ sowie die – kommunal gedachte – „fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege“ zu eigenen Themenclustern ihrer Eckpunkte vom 11.12.2025 gemacht.

- Der Referentenentwurf des Pflegeeinrichtungsgesetzes (PNOG) übersetzt das in drei Regelungen: den Ausbau der Datenbereitstellung und des Pflegeberichts (§ 8),
- eine kommunale Pflegestrukturplanung gegen strukturelle Unterversorgung mit einer Datenplattform und Unterversorgungs-Indikatoren (§ 8a) und
- Weiterentwicklung des Sicherstellungsauftrags bis hin zu eigener Trägerschaft von Kommunen und Pflegekassen (§ 9).

Das ist die richtige Richtung – aber der Entwurf bleibt bei Datenabruf und Optionen stehen: Es fehlen verbindliche Planungs- und Steuerungskompetenz, hinterlegte Ressourcen und konkrete Handlungspflichten bei festgestellter Unterversorgung (wir pflegen e.V. 2026). Verschärfend wirkt die selbstgesetzte Prämisse der Bund-Länder-AG, es dürfe keine Mehrausgaben geben, die nicht rein demografisch bedingt sind: Eine Kommunalisierung ohne Geld ist keine Verantwortungsübertragung, sondern eine Lastenverschiebung.

Ergänzend betont der GKV-Spitzenverband die Schlüsselrolle der Kommunen für Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten älterer Menschen – von der kommunalen Berichterstattung mit Pflegebedarfsprognosen und Sozialraumanalysen bis zum GKV-Bündnis für Gesundheit – und benennt zugleich eine ernüchternde Datenlücke: Leistungen zur Inanspruchnahme präventiver Angebote sind bislang nicht kommunalspezifisch auswertbar (GKV-Spitzenverband/Seibt-Lucius 2026).

Die hausärztliche Perspektive schließlich erinnert daran, dass Koordination vor Ort eine starke Primärversorgung voraussetzt (Hausärztinnen- und Hausärzteverband 2026).

14.3 Berlin: Landespflegeplan 2025, Aktivitäten und Planungen

Berlin hat sich mit dem Landespflegeplan 2025 (Senatsbeschluss vom 08.07.2025) erkennbar auf diesen Weg gemacht – und benennt die bezirkliche Ebene ausdrücklich als „für die Umsetzung einer sozialraumorientierten und bedarfsgerechten Pflege entscheidende Ebene“. Der Plan formuliert den Anspruch, „lebensweltorientierte Planungsansätze über Verwaltungs- und Systemgrenzen hinweg“ zu entwickeln, die „gesamstädtisch einheitlich geprägt“ sind und zugleich den Besonderheiten der Berliner Kieze gerecht werden – das Mandat dafür könne „nur bei den Ländern und Kommunen liegen. Berlin stellt sich dieser Aufgabe“ (SenWGP 2025). Konkret unterlegt ist das

- mit dem schrittweisen Aufbau einer Pflegestrukturplanung auf Landes- wie auf bezirklicher Ebene (Kapitel 2 des Landespflegeplans), vorbereitet durch den Dialog Pflege 2030 (2019–2021) und die Bezirksworkshops zur Pflegestrukturplanung (2023)
- mit den neu eingeführten Pflege-Bezirksprofilen, die erstmals auf Basis der bei der AOK eingekauften SAHRA-Daten bezirksspezifische Daten in einheitlicher Form bereitstellen (sieben Pflege-Kernindikatoren, zwölf Bezirksprofile und ein Berlin-Profil, Aktualisierung im Zweijahresturnus)
- mit einem angekündigten Landesgesetz zur Stärkung von Pflegeplanung und -steuerung sowie dem Vorhaben eines Altenhilfestrukturegesetzes und
- mit präventiven Hausbesuchen für Menschen ab 70 sowie der neuen Stelle einer Landespflegebeauftragten (SenWGP 2025).

Diese Bausteine sind – gemessen am Ausgangspunkt – ein substanzieller Fortschritt: Berlin verfügt heute über eine bezirksscharfe Datenbasis, einen politisch beschlossenen Planungsrahmen und ein erklärtes Bekenntnis zur Sozialraumorientierung, das an die bereits 2008 vom Senat beschlossenen Grundsätze der Sozialraumorientierung und die bezirklichen Bezirksregionenprofile anschließen kann.

Die Bewertung aus unserer Sicht fällt gleichwohl aus mehreren Gründen gemischt aus.

Erstens die Verbindlichkeitslücke:

- Erörterung und Ausblick des Landespflegeplans beschreiben Planungsaufbau und Berichtssysteme, aber keine Handlungspflichten – was geschieht, wenn die Bezirksprofile Unterversorgung ausweisen, bleibt z.B. offen. Eine Mindestabdeckung je Bezirk, wie sie dieser Bericht für die Tages-/Nachtpflege empfiehlt (Kapitel 19, Nr. 4), ist nicht vorgesehen.

- Konkrete Zielvorgaben, z.B. zum Ausbau von Angeboten wie der Kurzzeitpflege oder der Pflegestützpunkte liegen nicht vor.
- Transparenz zu dem, was geleistet wird, wird nur zum Teil hergestellt. Alle Akteure in der Pflege sollten z.B. wissen, welche Leistungen die Pflegestützpunkte oder spezialisierte Beratungsangebote wie „Pflege in Not“ oder „echt unersetzlich“ für wen erbringen. Die Daten, die dort vorliegen, werden allerdings leider bisher nicht veröffentlicht.

Zweitens die Ressourcenlücke: Die Bezirke sollen die entscheidende Umsetzungsebene sein, verfügen aber weder über eigene Einnahmen noch über gesicherte Planungsstellen. Ohne Verankerung in den Globalsummen und ohne Personalunterlegung bleibt die bezirkliche Pflegestrukturplanung ein unbezahlter Auftrag. Dies gilt ebenso für die pflegebegleitende Informations-, Beratungs- und Begleitinfrastruktur. Der Landespflegeausschuss setzte sich 2025 bei den Abgeordneten vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, zunehmender Versorgungsprobleme und eines zunehmenden Personalnotstands bei beruflich Pflegenden für die Sicherung und Weiterentwicklung dieser wichtigen Infrastruktur ein. Die erforderliche Stärkung fand bisher leider nicht ausreichend statt.

Drittens die Datenlücke: Die Bezirksprofile bilden die Angebots- und Inanspruchnahmeseite ab – der Zeiteinsatz der pflegenden An- und Zugehörigen, die Live-In-Versorgung und der ungedeckte Bedarf bleiben unsichtbar. Eben deshalb braucht die Planung das in Kapitel 14.5 vorgeschlagene Monitoring der häuslichen Pflege als ergänzenden Baustein aus der Betroffenenperspektive.

Viertens die Beteiligungslücke: Der Landespflegeplan ist beteiligungsorientiert entstanden; eine verstetigte Mitwirkung der Selbstvertretung auf bezirklicher Ebene – analog zum Landespflegeausschuss – existiert bislang nicht flächendeckend.

14.4 Möglichkeiten und Grenzen im Berliner Kontext

Die Möglichkeiten einer konsequenten Kommunalisierung und Sozialraumorientierung sind in Berlin ungewöhnlich günstig: Die Bezirke sind groß genug, um professionelle Planungs- und Koordinationsstrukturen zu tragen, und nah genug, um Kieze zu kennen. Es existieren anschlussfähige Strukturen (Pflegestützpunkte, Stadtteilzentren und Nachbarschaftshäuser, Seniorenvertretungen, bezirkliche Altenhilfe- und Sozialplanung, Bezirksregionenprofile). Und mit den Pflege-Bezirksprofilen liegt erstmals eine gemeinsame Datengrundlage vor.

Für die Tages-/Nachtpflege ist der Ertrag unmittelbar greifbar: Sie ist das sozialräumliche Angebot par excellence – wohnortnah, quartiersbezogen, an der Schnittstelle von häuslicher und professioneller Pflege – und zugleich das Angebot, dessen bezirkliche Nutzungsspanne (0,74 bis 2,99 je 100 Pflegebedürftige, Kapitel 4) zeigt, wie sehr der Zugang heute von der Wohnadresse abhängt. Eine bezirkliche Versorgungsplanung mit Mindestabdeckung, verzahnten Beratungsketten und aufsuchender Aufklärung würde genau an den Barrieren ansetzen, die die Befragung benennt.

Die rechtlichen Grenzen sind in Abschnitt 14.1 benannt; im Berliner Kontext kommen praktische hinzu: die Personalnot der Bezirksverwaltungen, das Risiko zwölf unterschiedlicher Standards und aufwachsender Doppelstrukturen, die vom GKV-Spitzenverband benannte fehlende kommunalspezifische Auswertbarkeit von Leistungsdaten – und die Gefahr, dass eine unterfinanzierte Aufgabenverlagerung die Hilfe zur Pflege und damit gerade die bezirklichen Haushalte belastet, vor der Kommunen wie Verbände übereinstimmend warnen.

14.5 Wissensgrundlage: Monitoring der häuslichen Pflege

14.5.1 Leitgedanken und Ziele des Monitoring-Projekts

Der Landesverein hat 2025 intensiv dafür geworben, auf der Basis einer Befragung zur aktuellen Versorgung Handlungsbedarfe zur Sicherung der häuslichen Pflege abzuleiten und ein datengesichertes Monitoring der Versorgungssituation in der häuslichen Pflege zu entwickeln. Das Vorhaben wurde am 2. Juni 2025 im Ausschuss für Gesundheit und Pflege des Abgeordnetenhauses vorgestellt. Hierfür wurden eine Kurzkonzption „[Monitoring der häuslichen Pflege in Berlin](#)“ sowie eine differenzierte Projektskizze „[Befragung zur Situation der häuslichen Pflege in Berlin](#)“ (Stand 19.05.2025) erarbeitet.

In die Erarbeitung der Kurzkonzption und der Projektskizze flossen Erkenntnisse, Erfahrungen, Forschungsergebnisse und Handlungsempfehlungen mit ein, die der Landesverein zuvor gewonnen und veröffentlicht hatte, insbesondere im Rahmen

seiner 2022 durchgeführten [Befragung zur Situation pflegender Angehöriger in der Corona-Pandemie](#)

der [Handlungsempfehlungen zur Verbesserung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung in 15 Arbeitsfeldern 2023](#) sowie

seiner [Stellungnahme des Landesvereins wir pflegen Berlin e.V. zum Landespflegeplan 2025](#).

Leitgedanken und Ziele waren:

1. Knapp 87 % der Pflegebedürftigen wurden der Pflegestatistik zufolge Ende 2023 in Berlin zu Hause versorgt, allein von pflegenden An- und Zugehörigen (über 54 %) oder im Zusammenwirken mit beruflich Pflegenden in Pflegediensten, Tagespflegen sowie Kurzzeitpflegen, Live In-Kräften, Assistenzgebern, Einzelpflegekräften, Nachbarschaftshilfe, Ehrenamtlichen, Selbsthilfe, Haushalts- und Alltagshilfen.
2. Pflegende An- und Zugehörige übernehmen für immer mehr Pflegebedürftige Pflegeverantwortung. Ihr Anteil an der Versorgung der Pflegebedürftigen stieg von 50,9 % Ende 2013 auf 54,4 % Ende 2023. Pflegende An- und Zugehörige sind in der Regel auch in den Fällen, in denen beruflich Pflegende unterstützen, sowie bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 an der Pflegebeteiligt. Auch in der vollstationären Pflege leisten Angehörige Wesentliches.
3. Komplementär dazu nahm der Beitrag professioneller Pflegeangebote Im gleichen Zeitraum ab. Der Anteil der Pflegedienste an der Versorgung der Pflegebedürftigen sank von 24,7 % Ende 2013 auf 20,7 % Ende 2023 und der Anteil der vollstationären Dauerpflege von 24,5 % Ende 2013 auf 13 % Ende 2023. 3.
4. Resultat dieser Entwicklung ist, dass Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen immer weniger Entlastung durch professionelle pflegerische Unterstützung zur Verfügung steht.
5. Studien weisen aus, dass Pflegebedürftige in großem Umfang dringend benötigte Pflege- und Entlastungsleistungen nicht in Anspruch nehmen und bei immer mehr pflegenden An- und Zugehörigen die Belastungsgrenze erreicht bzw. überschritten ist.
6. Belastbares Datenmaterial hierzu, zur realen Versorgungssituation in den Berliner Pflegehaushalten, zum Bedarf an Pflege- und Entlastungsleistungen, zum Beitrag der Live In sowie weiterer an der

häuslichen Pflege beteiligter Personengruppen und zum Zusammenwirken formeller und informeller Pflege steht nicht ausreichend zur Verfügung.

7. Eine gesicherte Datengrundlage zur realen Situation in den Berliner Pflegehaushalten ist allerdings dringlich. Die meisten Menschen wollen auch weiterhin im Alter und bei Pflegebedürftigkeit möglichst lange zu Hause zu bleiben. Der Vorrang der häuslichen Pflege ist zudem sozialpolitisch vorgegeben und real unumgänglich, da andere Versorgungsformen als Alternativen nicht zur Verfügung stehen. Und die Frage, wie die häusliche Pflege angesichts der zunehmenden Zahl pflegebedürftiger Menschen bei wahrscheinlich gleichzeitig abnehmendem Potential an beruflich Pflegenden künftig sichergestellt werden kann, ist auch in Berlin eine der größten sozialpolitischen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte.

8. Der Landesverein hatte deshalb bereits 2025 vorgeschlagen, auf der Basis einer Befragung zur aktuellen Versorgung ein datengesichertes Monitoring der häuslichen Pflege zu entwickeln (siehe 14.5.1). Ausdrücklich einbezogen werden sollte dabei der Beitrag, den Menschen mit Migrationshintergrund zur Sicherung der häuslichen Pflege leisten.

9. Ziel des Projekts ist zum einen die Gewinnung belastbarer Basisdaten zur häuslichen Pflege in Berlin. Hierzu sind neben einer Analyse verfügbarer Daten eine umfassende Befragung und ggf. begleitende qualitative Fokusgruppengespräche und Interviews vorgesehen.

10. Der auch in den nächsten Jahrzehnten bestehende Handlungsbedarf erfordert es, die Datenbasis zur häuslichen Pflege kontinuierlich fortzuschreiben (Monitoring) und eine Regelfinanzierung für das Monitoring der häuslichen Pflege sicherzustellen.

11. Zur Sicherung der häuslichen Pflege in Berlin ist die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsangebote und -strukturen unumgänglich. Weiterer Gegenstand des Projekts ist deshalb, hierzu praxis- und lösungsorientierte Handlungsempfehlungen zu erhalten. Diese könnten in eine „Strategie zur Sicherung der häuslichen Pflege in Berlin“ als zentraler Baustein einer Landespflege(struktur)planung und ihre Fortschreibung münden.

12. Für die Aussagefähigkeit und Belastbarkeit der Erkenntnisse der Situationsanalyse und der Handlungsempfehlungen ist eine gesicherte Repräsentanz von grundlegender Bedeutung.

13. Politik hat die Aufgabe, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass möglichst vielen Pflegebedürftigen möglichst lange der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit möglich ist. Hierfür liefert die Umsetzung des Projekts dringend benötigte Grundlagen. Ohne das Projekt wird die weitere Entwicklung eher „wildwuchsartig“ erfolgen, mit deutlich spürbaren Planungs-, Koordinierungs- und Steuerungsdefiziten, eingeschränkter Handlungsfähigkeit und zunehmenden Risiken für die Pflegehaushalte, den gesellschaftlichen Zusammenhalt, die Sozialversicherungssysteme und den Arbeitsmarkt sowie für eine einseitige Instrumentalisierung als „Politik- und Staatsversagen“.

14. An der Gestaltung der häuslichen Pflege vor Ort sind viele Akteure beteiligt. Neben den Pflegebedürftigen, den Pflegenden, den Informations- und Beratungsangeboten sind es insbesondere die Verwaltungen auf Landes- und Bezirksebene, die gesetzlichen und privaten Pflegekassen, der medizinische Dienst, die Verbände der Leistungserbringer und ihre Mitgliedsorganisationen, die nichtorganisierten Leistungsanbieter, die Wohlfahrtsverbände sowie weitere zivilgesellschaftliche Akteure. Ob und inwieweit häusliche Pflege gelingt, hängt damit nicht nur davon ab, ob die Leistungen der Pflege-

versicherung (und weiterer SGB`n) und die Unterstützung aus dem Sozialraum sinnvoll ineinandergreifen, sondern auch, ob die relevanten Akteure die „Pflege vor Ort“ miteinander planen, gestalten und steuern. Bestandteil der Befragung sollte deshalb auch die Erfassung der bezirklichen Maßnahmen zur Vernetzung und zur Koordinierung der pflegerischen Versorgungsstrukturen, zur Erarbeitung von bezirklichen Pflegestrukturplanungen sowie zu ihrer Vernetzung mit der Landespflegestrukturplanung sein.

15. Für die Konzipierung der Befragung sowie die Aus- und Bewertung der Ergebnisse und die Ableitung von Handlungsempfehlungen sollen intensiv bereits vorliegende Daten genutzt werden. Besonders wichtig ist hierfür eine Bestandsaufnahme der Daten, die der SenWPG, den Pflegekassen und weiteren Akteuren wie den Pflegestützpunkten regelhaft vorliegen oder über Datenquellen wie das sozioökonomische Panel bzw. Forschungsergebnisse anderer (z.B. DZA, ZQP) zugänglich sind. Zum Zugang zu den Daten sollten Vereinbarungen mit den jeweiligen Akteuren geschlossen werden.

16. Der Landesverein wir pflegen e.V. schlug vor, insbesondere die nachfolgenden Aspekte zum Gegenstand der Befragung zu machen.

- Sozial-, Alters- und Einkommensstruktur der Pflegehaushalte (Pflegebedürftige und häuslich Pflegende).
- Art und Umfang der Belastungen für häuslich Pflegende (insbesondere pflegende An- und Zugehörige und Betreuungskräfte) sowie die zu pflegenden Menschen.
- Risiken und Folgewirkungen für die Pflegenden, aber auch für die Sozialsicherungssysteme. Bei pflegenden An- und Zugehörigen können dies z.B. gesundheitliche Beeinträchtigungen mit Folgekosten für die Krankenversicherung, Einschränkung bzw. Aufgabe der Erwerbstätigkeit mit negativen Rückwirkungen auf die eigene Altersvorsorge sowie den Arbeitsmarkt und die Zunahme von Altersarmut sein. Eine Gesamtbetrachtung, die diese Zusammenhänge erfasst und abbildet, liegt bisher nicht vor.
- Belastbare Daten zu den verschiedenen Pflegesettings und Gruppen der zu Hause Pflegenden und ihrem Zusammenwirken.
- Daten zur Inanspruchnahme und zum Bedarf an gesetzlichen Leistungen und weiteren Unterstützungsangeboten.
- Daten zu Problemen beim Zugang zu Pflege- und Entlastungsangeboten sowie zu Entlastungswünschen.
- Daten zu Art und Qualität von Prävention sowie zur Information und Beratung im Vorfeld von, bei sowie nach Pflegebedürftigkeit.
- Daten zum Umgang mit pflegebedingten Krisen, Überforderung und Gewalt, zum Hitzeschutz oder zum Umgang mit Sterben und Tod.
- Daten zur Nutzung technischer (digitaler) Hilfen.
- Entscheidungshilfen für die gezielte und fokussierte Unterstützung der häuslichen Pflegesettings durch professionelle Pflegekräfte. Aus Sicht des Landesvereins darf Personalmangel nicht zu Lasten besonders versorgungsintensiver Pflegebedürftiger gehen (Pflege-Triage). Dies ist derzeit leider vielfach der Fall.

- Daten zur tatsächlichen Inanspruchnahme gesetzlicher Leistungsansprüche der Pflegeversicherung wie z.B. Pflegesachleistungen, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege oder Pflegekurse. Entscheidend hierfür ist, ob sie ausreichend als wohnortnahes Angebot zur Verfügung stehen und dem individuellen Bedarf entsprechen sowie die damit verbundenen Eigen- und Kostenbeteiligungen und die zielgenaue Information der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen im Vorfeld der Pflege sowie pflegebegleitend.
- Erfahrungen mit Leistungsanbietern unterschiedlicher Trägerstrukturen.
- Daten zur Inanspruchnahme anderer gesetzlicher Leistungsansprüche wie der Hilfe zur Pflege.

17. § 8a Abs. 1 Satz 1 SGB XI sieht vor, dass über Fragen der Pflegeversicherung im Landespflegeausschuss beraten wird. Für die Umsetzung des Projekts ist die aktive Mitarbeit aller Mitgliedergruppen im Landespflegeausschuss (LPflegeA), insbesondere der SenWGP, der Pflegekassen und der Verbände der Leistungserbringer zum einen der entscheidende Erfolgsfaktor. Zum anderen könnte das Projekt wesentlich dazu beitragen die Zusammenarbeit der Akteure im Landespflegeausschuss zu intensivieren und auch neu auszurichten.

18. Die Unterstützung des Fachausschusses Gesundheit und Pflege des Abgeordnetenhauses ist für die Umsetzung des Projekts von entscheidender Bedeutung. Sie kann maßgeblich dazu beitragen, die benötigte breite politische Unterstützung zu erhalten, die zentrale Frage der Finanzierung zu behandeln, die Unterstützung der wichtigsten Partner für die Umsetzung des Vorhabens insbesondere der SenWGP, der Pflegekassen und der Verbände der Leistungserbringer zu gewinnen und die wichtige Frage der Federführung für die Umsetzung des Vorhabens zu besprechen.

2025 konnte für das Projekt nicht die erforderliche Unterstützung gewonnen werden.

Vor diesem Hintergrund war es ein Ziel der Online-Befragung zur Tages-/ Nachtpflege, zu prüfen, ob sich aus der Befragung Belege für Sinn und Zweck eines systematischen Monitorings der häuslichen Pflege ableiten lassen.

14.5.2 Belegt die Befragung Sinn und Zweck des Vorhabens?

Die Antwort fällt eindeutig aus. Obwohl thematisch eng auf die Tages- und Nachtpflege zugeschnitten, liefert die Erhebung an zahlreichen Stellen genau jene Erkenntnisse, die ein regelhaftes Monitoring systematisch erzeugen würde – und macht zugleich sichtbar, wo die Grenzen einer einmaligen, thematisch begrenzten Befragung liegen.

Folgende Gründe sind hierfür maßgeblich:

1. Die Befragung ergänzt quantitativ und qualitativ die bestehende Datenbasis. Indem sie die Erfahrungen, Probleme, Belastungen, Wünsche und Bedarfe der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen zum Gegenstand macht, ermöglicht sie Einblicke in die Lebens- und Versorgungsrealität in der häuslichen Pflege, die mit den der Senatsverwaltung und den Pflegekassen zur Verfügung stehenden Daten nicht gewonnen und abgebildet werden können. Art und Umfang der tatsächlichen Belastung und der Belastungsgrenze der Hauptpflegepersonen wird beispielsweise ebenso wenig wie der unterdrückte, finanziell und durch Passung blockierte Bedarf (Kapitel 9) erfasst. Die Bedeutung der Live-In-Betreuung ist statistisch nicht erfasst (vgl. Kapitel 8.2).

2. Die Befragung bezieht die Betroffenen unmittelbar an. Sie bittet sie, ihr „Expertenwissen“ einzubringen. Sie ermöglicht es ihnen damit, mit ihrer Beteiligung einen Beitrag zur Weiterentwicklung des

Versorgungssystems zu leisten (Partizipation). Sie folgt damit dem Grundsatz: „Nichts über uns ohne uns“.

3. Politik, Bundes-, Landes- und Kommunalverwaltung, Pflegekassen, Leistungsanbieter etc. sind in ihrem Denken und Handeln nicht frei. Sie unterliegen vielfachen Einflüssen und Vorgaben. Fachliche Argumente müssen z.B. häufig ggf. gegenüber fiskalischen Interessen, hierarchischen Vorgaben oder Ergebnissen von Aushandlungsprozessen zurücktreten. Die Befragung kann dies nicht aushebeln, aber die Datengrundlage für Entscheidungen erweitern, Entscheidungsträger unmittelbarer mit Ergebnissen und Folgen ihres Handelns konfrontieren, Hinweise und Gründe für Nachbesserungen und Korrekturen liefern und den Akteuren vor Ort konkrete Hinweise für die Angebotsplanung und -entwicklung geben.

4. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass selbst eine inhaltlich auf den Aspekt Tages-/ Nachtpflege fokussierte betroffenennahe Erhebung über den unmittelbaren Gegenstand hinaus relevante handlungsleitende Erkenntnisse und anderweitig verwendbare Ergebnisse liefern kann, die der Bedarfsplanung sonst fehlen. Beispiele hierfür sind die

- die in Kapitel 15 formulierten Gelingensfaktoren und Ausführungen zum Thema Passung
- der ebenfalls in Kapitel 15 skizzierte Vorschlag einer Informationsplattform
- die in Kapitel 14 formulierten Gelingensbedingungen für eine erfolgreiche (kommunale) Pflegestrukturplanung – insbesondere zur Rolle der Bezirke
- die Acht-Punkte-Analyse der Beratungs- und Informationswege (Kapitel 8.5, Anlage 4)
- die Schwerpunktanalyse „Information und Beratung zur Tages- und Nachtpflege“ (Kapitel 8.5, Anlage 5)
- die Schwerpunktanalyse „Finanzierung von Tages- und Nachtpflege in Berlin“ (Vertiefung zu den Kapiteln 5 und 8.5; Anlage 7)
- die Schwerpunktanalyse „Tages- und Nachtpflege: Akteursperspektiven im Vergleich“ (Vertiefung zu Kapitel 11; Anlage 6)
- Ausblick auf ggf. anstehende Änderungen aufgrund des PNOG nach dem Referentenentwurf vom 04.06.2026 und ihre Wirkungen (Kapitel 12, Anlage 8)
- Kurzerläuterungen zentraler Begriffe (Glossar, Anlage 8).

5. Die Befragung macht methodische Anforderungen sichtbar – etwa die Notwendigkeit mehrsprachiger, barrierearmer Instrumente und niedrigschwelliger, datenschutzkonformer Rückkopplungskanäle (Kapitel 7).

6. Die Befragung zeigt, dass selbst mit sehr begrenzten Mitteln mit Unterstützung von Künstlicher Intelligenz viel möglich ist. Der Landesverein finanziert sich allein aus den Beiträgen seiner Mitglieder (ca. 1.300 € jährlich). Er erhält bisher keine öffentlichen Mittel. Für die Durchführung der Befragung standen ihm keine unmittelbar darauf ausgerichteten Drittmittel zur Verfügung. Ausgesprochen hilfreich war aber, dass mit Mitteln der Lotterie PS-Sparen und Gewinnen der Berliner Sparkasse einmalig Gelder für den Ausbau der Web-Seite zu einer niedrigschwelligen Web Präsenz mit informativen und vor allem auch partizipativen Inhalten zur Verfügung standen (ca. 7.150 €).

7. Nach eigener Auskunft verfügt die Bundesregierung weder über Auslastungs- noch über Wartezeitendaten – auch nicht für die Kurzzeitpflege – und plant deren Erhebung ausdrücklich nicht. Das neue halbjährliche Strukturmonitoring des GKV-Spitzenverbands (§ 73a Abs. 3 SGB XI, seit 01.01.2026) zählt Versorgungsverträge und vereinbarte Plätze, aber weder Belegung noch Bedarf (BT-Drs. 21/7125). Ein Berliner Monitoring der häuslichen Pflege schließt also keine Lücke, die der Bund demnächst füllt – es schließt eine Lücke, die der Bund offen lässt.

8. Die Befragung bestätigt zugleich die im Konzept vorgesehene Arbeitsweise, vorliegende Daten intensiv zu nutzen (siehe 14.5.1, Ziffer 15): Erst die Verknüpfung der eigenen Erhebung mit amtlicher Statistik, Kassendaten und den Erkenntnissen weiterer Akteure machte die Befunde belastbar. Sie zeigt damit exemplarisch, was ein regelhaftes Monitoring leisten könnte – und dass der Zugang zu diesen Daten vertraglich gesichert werden muss.

9. Die Befragung zeigte ebenfalls nachdrücklich, dass es schwierig ist, Pflegebedürftige und pflegende Angehörige zu erreichen. Die Mitglieder des Landespflegeausschusses haben oft unterschiedliche, in der Summierung aber viele Möglichkeiten, Pflegebedürftige und pflegende Angehörige zu erreichen. Steuern sie diese bei, erfolgt dies koordiniert und wirkt man bei der Öffentlichkeitsarbeit zusammen, kann das Potential erheblich erweitert werden.

Fazit:

Die Befragung untermauert den Kern des Monitoring-Vorschlags: Eine zukunfts feste, bedarfsgerechte Versorgungs- und Investitionsplanung und -steuerung – wie sie auch der Landespflegeplan 2025 anstrebt (SenWGP 2025) – setzt belastbare, regelmäßig fortgeschriebene Daten zur Situation und Entwicklungen in der häuslichen Pflege voraus. Was die Befragung punktuell leistet, könnte ein Monitoring dauerhaft und repräsentativ leisten. Die Wiederaufnahme des Vorhabens wird daher ausdrücklich empfohlen (vgl. Kapitel 19).

14.6 Instrumente der Koordination

Aus der Diagnose des Kapitels 13 und den Erfahrungen anderer Länder ergeben sich acht Instrumente, die aus Sicht von wir pflegen Berlin e.V. auf bezirklicher Ebene ohne Änderung des Bundesrechts wirksam werden können. Nachfolgend werden sie in verdichteter Fassung dargestellt.

Bezirkliche Pflegekonferenz. Jeder Bezirk richtet eine Pflegekonferenz ein, deren Geschäftsführung beim Bezirksamt liegt. Verbindlich vertreten sind Bezirksamt, Pflegestützpunkte, Pflegekassen, Leistungsanbieter aller Sparten einschließlich Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, Krankenhaus-Sozialdienste, Hausärzteschaft, Selbsthilfe und Nachbarschaftsstrukturen, Seniorenvertretung sowie die Selbstvertretung pflegender An- und Zugehöriger. Aufgaben sind die gemeinsame Lagebeurteilung auf Basis der Bezirksprofile, die Identifikation von Versorgungslücken, die Verabredung konkreter Abhilfen, das Nachhalten der Umsetzung. Vorbild ist die verpflichtende Kommunale Konferenz Alter und Pflege nach § 8 des Alten- und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen. Ihre drei Kernelemente – keine Hoheitsbefugnisse, aber gesetzlicher Auftrag, feste Geschäftsführung und verbindliche Zusammensetzung – sind genau die drei Elemente, die freiwilligen Netzwerken fehlen.

Koordinierungsstelle Pflege im Bezirksamt. Eine benannte, hauptamtliche Stelle je Bezirk führt die Geschäfte der Konferenz, erstellt und pflegt eine Übersicht, wer wofür zuständig ist, moderiert Kooperationen und ist Ansprechstelle für Anbieter, Beratung und Verwaltung. Ohne diese Stelle bleibt

die Konferenz ein Termin. Anknüpfungspunkt ist die im Altenhilfestrukturgesetz vorgesehene eigene Organisationseinheit Altenhilfe in den Bezirksverwaltungen – sie um den Pflegebezug zu erweitern, wäre der kürzeste Weg.

Zuständigkeitslandkarte und Anlaufstelle. Eine öffentlich zugängliche Übersicht, wer im Bezirk wofür zuständig und erreichbar ist – von der Beratung über die Antragstellung bis zur Krisensituation – und eine Festlegung, an wen sich Pflegehaushalte wenden, wenn sich niemand zuständig fühlt. Was heute Suchleistung der Pflegehaushalte ist, wird damit zur Bringschuld des Systems.

Gemeinsame Faktenbasis. Die Konferenz arbeitet auf einer geteilten Datengrundlage: den Pflegebezirksprofilen, dem Monitoring der häuslichen Pflege (Kapitel 14.5) und den Meldungen freier Kapazitäten und angemeldeter Bedarfe (Kapitel 15.4).

Verbindliche Kooperationsvereinbarungen. Eine Muster-Kooperationsvereinbarung für die Weitervermittlung zwischen Einrichtungen überführt das erforderliche Geben und Nehmen aus der Sphäre der individuellen Kulanz in eine gemeinsame Verabredung – besonders wichtig für spezialisierte Einrichtungen, die auf Zuweisung angewiesen sind (Kapitel 15.2). Ergänzend werden Übergaben an den Schnittstellen Krankenhaus, Kurzzeitpflege und Häuslichkeit standardisiert.

Clearingstelle für Versorgungslücken. Fälle, in denen trotz Bedarf keine Versorgung zustande kommt, werden anonymisiert erfasst und in der Konferenz behandelt. Wiederkehrende Muster werden mit Beleg an Land und Landespflegeausschuss eskaliert. So wird aus Einzelfallfrust strukturierte Evidenz.

Transparenzregeln. Offenlegung von Trägerinteressen bei Empfehlungen, Verzicht auf Vermittlungsentgelte, Sicherung der Trägerneutralität der Pflegestützpunkte. Interessenkonflikte verschwinden dadurch nicht – aber sie werden benennbar und verhandelbar statt wirksam im Verborgenen.

Beteiligung mit Stimme und Wirkungskontrolle. Pflegebedürftige Menschen und pflegende An- und Zugehörige sind stimmberechtigt vertreten. Ihre Mitwirkung wird durch Terminlage, Aufwandsentschädigung und Vorbereitungsunterstützung praktisch ermöglicht. Die Konferenz vereinbart wenige überprüfbare Indikatoren – etwa Nutzungsquote der Tagespflege je 100 Pflegebedürftige, Anteil erfolgreich vermittelter Anfragen, Wartezeiten in der Kurzzeitpflege – und berichtet jährlich öffentlich an die Bezirksverordnetenversammlung und an den Landespflegeausschuss.

Mehrere Elemente lassen sich ohne Gesetzesänderung sofort beginnen: die Zuständigkeitslandkarte, die Anlaufstelle, die Muster-Kooperationsvereinbarung und die anonymisierte Erfassung von Versorgungslücken. Der Landesverein schlägt vor, sie in einem oder zwei Bezirken als Pilot zu erproben und die Erfahrungen im Landespflegeausschuss auszuwerten.

14.6.1 Der Finanzierungsweg: § 45e SGB XI

Die Ressourcenfrage ist wie so häufig ein besonders kritischer Punkt dieses Vorschlags. Ggf. ist sie inzwischen jedoch zu einem erheblichen Teil beantwortet. Mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege wurde die Netzwerkförderung zum 1. Januar 2026 aus § 45c Abs. 9 in einen eigenen § 45e SGB XI überführt und ausgeweitet: Das jährliche Fördervolumen aus dem Ausgleichsfonds stieg von 10 auf 20 Mio. €, der Förderbetrag je Netzwerk von 20.000 € auf bis zu 30.000 €. Entscheidend für Berlin ist § 45e Abs. 2: In den Stadtstaaten können je Bezirk bis zu zwei regionale Netzwerke gefördert werden – rechnerisch bis zu 24 Netzwerke mit zusammen bis zu 720.000 € jährlich. Bewilligt wird für ein bis drei Kalenderjahre.

Damit erscheint auch die Halbierung der Landesförderung der gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbünde von 200.000 € (2023) auf 100.000 € jährlich in einem anderen Licht: weniger als Rückzug denn als Umstellung. Weil § 45e eine Anteilsfinanzierung vorsieht, wirken Landesmittel künftig vor allem als Kofinanzierung. Eine bezirkliche Pflegekonferenz könnte genau als ein solches regionales Netzwerk konstituiert und finanziert werden – aus Mitteln der Pflegeversicherung, die für diesen Zweck bereitstehen. Drei Bedingungen sind dafür zu erfüllen: Die Landesförderung muss tatsächlich als Kofinanzierung ausgestaltet und nicht nur gekürzt werden. Die vorhandenen Verbünde brauchen Unterstützung bei Antragstellung und Verwaltung. Und die Netzwerke müssen sich auf Grundlage einer freiwilligen Vereinbarung antragsfähig konstituieren.

Nach Kenntnis des Landesvereins ist in nahezu allen Bezirken mindestens eine Netzwerkförderung nach § 45e SGB XI abgerufen worden. Die je Bezirk mögliche zweite Förderung wird vielfach nicht in Anspruch genommen, weil die Bezirksämter nicht selbst antragsberechtigt sind und es dafür eines Trägers oder Verbundes mit eigener Organisationseinheit bedarf – mit Antragstellung, Konto, Abrechnung und Sachbericht. Solche Träger sind schwer zu finden. Dem Landesverein gingen zudem Hinweise zu, dass der Bestand einzelner bestehender Netzwerke gefährdet ist. Für diese Trägerproblematik muss perspektivisch eine Lösung gefunden werden; eine bezirkliche Koordinierungsstelle könnte die fehlende administrative Anbindung bieten.

Ergänzender Hinweis: Bezirkliche Koordinationsstrukturen bestehen bereits. Die Senatsverwaltung hat bei der Umsetzung des § 71 SGB XII einen Schwerpunkt auf die Einrichtung von Altenhilfe- und Geriatriekoordinationsstellen in den Bezirken gelegt, verzahnt mit den gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbünden; Mittel wurden über den Bezirksplafond bereitgestellt. Auf Beschluss des Rates der Bürgermeister vom 21. Dezember 2017 wurde unter Beteiligung aller Bezirke eine Muster-Beschreibung des Aufgabenkreises erarbeitet. Die hier vorgeschlagene Koordinierungsstelle Pflege sollte daher vorrangig als Erweiterung dieser vorhandenen Struktur um den Pflegebezug geprüft werden, verbunden mit einer Überprüfung ihrer personellen Ausstattung. Zu klären ist, in wie vielen Bezirken die Stellen besetzt sind und ob die Muster-Beschreibung fortgilt.

Wir pflegen e.V. schlägt vor, die Umsetzung zu prüfen und im Zuge erfolgreichen Implementierung eine Lösung für die Folgefinanzierung der zeitlich begrenzten Einstiegsfinanzierung zu finden.

Quellen: § 8 Alten- und Pflegegesetz NRW; § 45e SGB XI in der Fassung des Gesetzes vom 22.12.2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371); Haushaltsplan von Berlin 2024/2025, Einzelplan 09, Kapitel 0930; Altenhilfestrukturensetzung (Beschluss des Abgeordnetenhauses vom 21.05.2026). Arbeitspapier „Das Miteinander organisieren“ (wir pflegen Berlin e.V. 2026).

14.7 Gelingensbedingungen, Grenzen und Risiken

1. Klarer Auftrag mit Konnexität. Die bezirkliche Pflegestrukturplanung braucht eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage – das angekündigte Landesgesetz zu Pflegeplanung und -steuerung sowie das Altenhilfestrukturensetzung sind die Gelegenheit dafür – mit klarer Aufgabenzuweisung an die Bezirke und entsprechender Verankerung in Globalsummen und Stellenplänen. Ein Planungsauftrag ohne Ressourcen erzeugt Berichte, keine Versorgung.

2. Verbindlichkeit statt Datenabruf. Weisen Bezirksprofile und Monitoring Unterversorgung aus, muss daraus eine Handlungspflicht folgen – bis hin zu Ansiedlungsanreizen, Investitionsförderung

und notfalls eigener Trägerschaft, wie sie § 9 PNOG-E eröffnet. Für ein Angebot wie die Tages-/Nachtpflege heißt das: Mindestabdeckung je Bezirk als Planungsgröße (Kapitel 19, Nr. 4).

3. Einheit im Rahmen, Vielfalt in der Umsetzung. Gesamtstädtische Standards (Datenformate, Qualitätskriterien, Mindestabdeckung, Berichtswesen) sichern gleichwertige Versorgung über die zwölf Bezirke hinweg. Die Ausgestaltung – welche Angebote, welche Orte, welche Kooperationen – gehört in den Kiez. Genau diese Balance formuliert der Landespflegeplan selbst als Anspruch; sie muss nun instrumentiert werden.

4. Daten, die die häusliche Pflege sichtbar machen. Bezirksprofile und die avisierte PNOG-Datenplattform bilden Angebote ab. Die Hauptlast der Versorgung – der Zeiteinsatz der An- und Zugehörigen, die Live-In-Betreuung, der unterdrückte Bedarf – bleibt unsichtbar. Das Monitoring der häuslichen Pflege (Kapitel 14.5) ist deshalb kein Zusatz, sondern die zweite Hälfte der Datengrundlage jeder Sozialraumplanung (Kapitel 19, Nr. 16 und 17).

5. Knotenpunkte stärken: Pflegestützpunkte als bezirkliche Koordinationszentren. Die proaktiv-aufsuchende Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte (Perspektive „PflegestützpunktPlus“) und ihre Verzahnung mit Krankenhaus-Sozialdiensten, Hausärztinnen und Hausärzten, Kontaktstellen Pflege-Engagement, Angeboten zur Unterstützung im Alltag, Selbsthilfekontaktstellen / Nachbarschaftshäusern u.a. sowie den Kostenträgern (Bezirksämter, Pflegekassen) ist die operative Mitte jeder Sozialraumorientierung – hier entscheidet sich, ob Koordination bei den Pflegehaushalten ankommt (Kapitel 19, Nr. 9).

6. Budgets sozialräumlich denken – dem Namen gerecht werden. Ein „Sozialraumbudget“, das, wenn es bei den avisierten Regelungen im Pflege neuordnungsgesetz bleibt, ausgerechnet das sozialräumlichste Pflegeangebot – die Tagespflege – ausschließt, konterkariert die eigene Idee. Die Öffnung des Budgets und die kommunale Mitsteuerung der geförderten Angebote gehören zusammen (Kapitel 12).

7. Betroffene beteiligen. Sozialraumorientierung ohne die Expertise derer, die den Sozialraum pflegend durchqueren, bleibt Verwaltungslogik. Verstetigte bezirkliche Beteiligungsformate – unter Einbezug der Selbstvertretung pflegender An- und Zugehöriger und der Seniorenvertretungen – sind Gelingensbedingung, nicht Schmuck. Die Erfahrung dieses Berichts zeigt, dass Betroffenenbeteiligung handlungsrelevantes Wissen erzeugt.

8. Realistischer Pfad statt Systemwechsel über Nacht. Der Weg könnte und sollte aus unserer Sicht in Etappen erfolgen:

- Datenbasis konsolidieren (vorhanden),
- Planung gesetzlich verankern und ressourcieren,
- Handlungspflichten einführen,
- Modellbezirke mit vertiefter Koordinationsverantwortung erproben – und
- die Bundesreform (PNOG, Zukunftspakt) so nachbessern, dass sie die Verantwortlichkeiten und Aufgaben von Bund, Ländern, Kassen und Leistungserbringern klar beschreibt und die kommunale Ebene verbindlich beauftragt und ausreichend finanziert.

14.8 Zwischenfazit

Der fachliche und politische Diskurs teilen eine einfache Einsicht: Die Verantwortungsdiffusion ist das Strukturproblem der pflegerischen Versorgung, und die Antwort liegt auf der kommunalen Ebene – sofern sie mit Kompetenz und Geld ausgestattet wird. Berlin ist dafür besser positioniert als die meisten Länder: große, leistungsfähige Bezirke, eine neue bezirksscharfe Datenbasis, ein beschlossener Planungsrahmen und angekündigte Gesetzgebung. Was fehlt, ist der Schritt von der Beschreibung zur Verbindlichkeit und die Sicherung der dafür erforderlichen Voraussetzungen: Handlungspflichten, Ressourcen, Beteiligung und eine Datengrundlage, die auch die häusliche Pflege selbst erfasst. Die Tages-/Nachtpflege ist dabei Prüfstein und Chance zugleich: An keinem Angebot lässt sich Sozialraumorientierung konkreter beweisen – und an keinem zeigt sich ihr Fehlen deutlicher als an einer Nutzungsspanne von Faktor 4 zwischen den Bezirken. Die Handlungsempfehlungen Nr. 4, 9, 16 und 17 (Kapitel 19) und die Koalitionspunkte 1, 4 und 9 (Kapitel 18) formulieren die bezirkliche Linie dieses Berichts. Das vorgeschlagene Monitoring (Kapitel 14.5) liefert ihr Fundament.

Quelle/Hinweis: Sozialverband VdK Deutschland, Forderungspapier zur kommunalen Pflichtaufgabe im Bereich Pflege (vorgestellt Dezember 2025) und Vortrag Kilimann, BAGSO-Fachkommission „Gesundheit: Prävention, Rehabilitation, Pflege“ vom 04.03.2026; Vortrag BMG (Dr. Schölkopf, BAGSO-Fachkommission „Gesundheit: Prävention, Rehabilitation, Pflege“ vom 04.03.2026, GKV-Spitzenverband (Seibt-Lucius) und Hausärztinnen- und Hausärzteverband, Vorträge ebendort; wir pflegen e.V./H. Stocksclaeder: Überlegungen zum PNOG-Baustein „Gemeinsame Verantwortung, Pflegestrukturplanung und Sicherstellungsauftrag“ (§§ 8, 8a, 9 SGB XI; Entwurfsfassung, unveröffentlicht); Sen-WGP, Landespflegeplan 2025 (Senatsbeschluss 08.07.2025) und Pflege-Bezirksprofile; BMFSFJ, Siebter Altenbericht (2016); DIW Berlin (2025). Die Vortragsfolien der BAGSO-Sitzung liegen dem Landesverein vor.

15 Gründung und Betrieb von Tagespflegen: Gelingensfaktoren, Passung und Informationsplattform

15.1 Viele Faktoren müssen zusammenkommen: eine Übersicht mit Priorisierung

Die Auswertung dieses Berichts zeigt – zusammen mit dem Fachgespräch 2025 und den Marktdaten –, dass Gründung und dauerhaft erfolgreicher Betrieb einer Tagespflege von einer ungewöhnlich langen Kette von Faktoren abhängen, die möglichst stimmig sein müssen. Nach Gewicht und Zeitkritik lassen sie sich in drei Prioritätsstufen ordnen.

Existenzielle Faktoren (Priorität 1):

- Erstens ausreichendes Fachpersonal einschließlich der gesetzlich vorgeschriebenen Leitungskraft – ohne sie erlischt die Betriebserlaubnis unmittelbar.
- Zweitens eine Auslastung, die die Kosten deckt: Bei durchschnittlich nur rund 18 Plätzen je großstädtischer Einrichtung und einer Berliner Durchschnittsauslastung von 77 % arbeiten viele Tagespflegen strukturell nahe an der Wirtschaftlichkeitsgrenze. Wo die Vergütung die Kosten selbst bei Vollbelegung kaum trägt, hilft auch gutes Management nicht.
- Drittens der Zugang zu einer geeigneten, dauerhaft finanzierbaren und barrierefreien Immobilie – in einem angespannten Immobilienmarkt wie Berlin oft die höchste Gründungshürde.

Nachfrageseitige Faktoren (Priorität 2):

- Bekanntheitsgrad und Öffentlichkeitsarbeit. Die verlässliche Information durch Dritte (insbesondere Pflegestützpunkte, Pflegedienste, Kontaktstellen PflegeEngagement, Hausärztinnen und Hausärzte, Kliniksozialdienste).
- Die Motivation der Pflegebedürftigen zur Inanspruchnahme, die durch Schnupper- und Eingewöhnungsangebote gezielt gefördert werden kann.
- Und die tatsächliche Verfügbarkeit passender Plätze zum passenden Zeitpunkt – hier setzt der Vorschlag einer Platzbörse an (Kapitel 15.4).

Diese Faktoren entscheiden darüber, ob die dokumentierte blockierte Nachfrage (Kapitel 9) die Einrichtungen überhaupt erreicht. Ausgesprochen wichtig ist, dass die Anbieter von Tagespflegen und ihre Träger / Verbände nicht primär allein auf die eigenen unmittelbaren Interessen schauen, sondern miteinander kooperieren, um z.B. über die Abstimmung von Neugründungen und die Vermittlung von Interessenten im Rahmen eines Gebens und Nehmens die Auslastung von Tages- und Nachtpflegen tragfähiger zu machen oder über gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit „neue“ Interessenten zu gewinnen (siehe auch 15.2).

Prozessuale Faktoren (Priorität 3):

Hervorzuheben sind der hohe organisatorische Daueraufwand des Betriebs – insbesondere die kontinuierlich notwendigen neuen Vertragsabschlüsse, da Tagespflegeverhältnisse naturgemäß kürzer sind als Heimaufenthalte und jede Fluktuation Akquise, Beratung, Verträge und Abrechnung neu auslöst – sowie die Schnittstellenarbeit mit Kassen, Fahrdiensten und An- und Zugehörigen.

Ausdruck der strukturellen Engpässe ist auch die Forderung der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, landeseigene Grundstücke und Immobilien bevorzugt an gemeinnützige soziale Träger zu vergeben – sie adressiert die Immobilienhürde der Prioritätsstufe 1 mit einem Instrument, das das Land Berlin selbst in der Hand hat.

15.2 „Passung“ als zentrale Anforderung – und Kooperation als Weg dorthin

Weil so viele Faktoren zusammenwirken müssen, wird „Passung“ zum zentralen Begriff: Ein Tagespflegeplatz nützt nur, wenn Ort, Zeiten, Profil, Fahrweg, Kosten und Atmosphäre zur konkreten Pflegekonstellation passen – und eine Einrichtung trägt sich nur, wenn genügend passende Nachfrage sie erreicht. Passung entsteht nicht von selbst; sie muss organisiert werden. Das verlangt Kommunikation und Kooperation in zwei Richtungen: mit den anderen Akteuren des Versorgungsfeldes (Beratungsstrukturen, Pflegediensten, Ärzteschaft, Bezirksämtern, Kassen), damit Bedarfe die Angebote finden – und zwischen den Tagespflegen und ihren Trägern untereinander. Letzteres wird oft übersehen: Wer einen Interessenten nicht aufnehmen kann oder dessen Bedarf nicht abdeckt, sollte ihn aktiv an die passende Nachbareinrichtung weitervermitteln, statt ihn ins Leere laufen zu lassen. Dieses Geben und Nehmen ist kein Altruismus, sondern betriebswirtschaftliche Vernunft: Es hält Nachfrage im System und sichert allen Beteiligten die Auslastung, die der wirtschaftliche Betrieb erfordert. Für Einrichtungen, die sich auf besondere Personenkreise spezialisieren – Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten, jüngere Pflegebedürftige, Menschen mit Beatmung –, gilt das in verschärfter Form: Ihr Einzugsgebiet ist zwangsläufig größer, ihre Zielgruppe kleiner. Ohne systematische Zuweisungs- und Vermittlungskooperation erreichen sie die verstreute Nachfrage nicht, auf die ihr Konzept angewiesen ist.

15.3 Wenn mehrere Faktoren kippen: das Fallbeispiel Creußen

Wie schnell auch eine anerkannte Einrichtung scheitert, wenn mehrere strukturelle Probleme zusammenkommen, zeigt ein aktuelles Beispiel: Die Diakonie muss ihre erst 2019 nach aufwändigem Umbau eröffnete, als „wertvolle Einrichtung“ geltende Tagespflege im oberfränkischen Creußen zum 31. August 2026 schließen. Die Kette ist lehrbuchhaft: Die Auslastung reichte nicht zur Kostendeckung – nach Angaben des Trägers wäre dies selbst bei voller Belegung kaum möglich gewesen. Im Frühjahr 2026 standen die Fachkräfte nicht mehr zur Verfügung und konnten nicht ersetzt werden. Die vorgeschriebene Leitungsfachkraft war nicht mehr darstellbar. Damit entfielen die gesetzlichen Betriebsvoraussetzungen. Und schließlich: trotz aktiver Suche fand sich kein Träger zur Fortführung – dies, obwohl und nachdem 2023 bereits die Tagespflege im benachbarten Pegnitz geschlossen worden war (Nordbayerischer Kurier, 27.07.2026). Das Beispiel bestätigt die Priorisierung in Kapitel 15.1: Vergütung, Personal und Trägerstruktur sind existenziell. Kippen sie, retten weder guter Ruf noch nachweislicher Bedarf die Einrichtung. Für Berlin ist das eine Warnung, keine Entwarnung. Die bundesweite Gründungsdynamik (Kapitel 4.7) und lokale Schließungen schließen einander nicht aus, sondern beschreiben gemeinsam einen Markt ohne Netz.

15.4 Transparenz über Bedarf und Kapazität mittels einer Meldeplattform

Ein Teil des Passungsproblems ist schlicht ein Informationsproblem: Pflegehaushalte suchen per Einzelanruf nach Plätzen, deren Verfügbarkeit niemand zentral kennt – während Einrichtungen gleichzeitig Leerstand haben, von dem die Suchenden nichts wissen. Der Landesverein hat deshalb bereits in seiner Stellungnahme zum Landespflegeplan die Einführung einer Platzbörse vorgeschlagen, die beide Seiten zusammenführt: a) Anbieter weisen ihre freien Kapazitäten aus – nicht nur für die Tagespflege, sondern auch für Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege und ambulante Pflegedienstleistungen („ich biete“) und b) Pflegebedürftige bzw. ihre An- und Zugehörigen melden ihre konkreten Bedarfe an („ich brauche“). Der Doppelnutzen liegt auf der Hand: Kurzfristig senkt die Börse Suchkosten und Leerstand zugleich. Mittelfristig erzeugt sie genau die Bedarfs- und Kapazitätsdaten, die für Angebotsplanung und -steuerung heute fehlen – die angemeldeten, aber nicht bedienten Bedarfe würden in Abhängigkeit vom Bekanntheits- und Nutzungsgrad des Instruments immer sichtbarer.

Der Blick auf Vorbilder zeigt, dass entsprechende Bausteine existieren, aber nicht zusammengefügt sind. Im Klinikbereich vermitteln digitale Überleitungsplattformen wie Recare, Caseform (nubedian) oder Care-Bridge seit Jahren erfolgreich zwischen Versorgungsbedarf und -angebot: Kliniken stellen anonymisierte Versorgungsanfragen, registrierte Nachversorger mit freier Kapazität antworten. Allein Recare verbindet nach der Übernahme des „Pflegeplatzmanagers“ (2023) rund die Hälfte der deutschen Krankenhausbetten mit etwa 23.000 Nachversorgern aus Pflege, Reha und Homecare. Die Mechanik ist erprobt und grundsätzlich auf die Tagespflege übertragbar – aber in zweifacher Hinsicht begrenzt: Sie ist klinikzentriert (nur wer aus dem Krankenhaus kommt, wird vermittelt; die Mehrheit der Tagespflege-Suchenden kommt aber aus der Häuslichkeit) und anfragegetrieben (Kapazität wird fallweise erfragt, nicht laufend transparent gemacht). Auf Landesebene geht Nordrhein-Westfalen mit dem „Heimfinder NRW“ – einer landesweiten App für tagesaktuell freie Dauer- und Kurzzeitpflegeplätze – einen Schritt weiter. Die dortige Erfahrung zeigt zugleich, dass der Nutzen einer solchen Börse mit der Aktualität und Vollständigkeit der Anbietermeldungen steht und fällt. Eine im PUEG-Verfahren vorgeschlagene bundesweite Informationsplattform über freie Plätze wurde nicht umgesetzt, insbesondere weil die Anbieterseite sie nicht unterstützte, sondern vielmehr dagegen votierte. Der Bundesverband wir pflegen sprach sich seiner Zeit dafür aus, allerdings wie zuvor

beschrieben in Kombination mit der Ergänzung um ein Tool zur Meldung nicht gedeckter Bedarfe und verbunden mit der Verpflichtung zur Meldung freier Kapazitäten und dem Hinweis, dass eine Informationsplattform nur die Angebote vermitteln kann, die es auch vor Ort gibt. Das neue Strukturmonitoring nach § 73a Abs. 3 SGB XI zählt allerdings nur Verträge und vereinbarte Plätze, nicht freie Kapazitäten (Kapitel 4.7).

Für Berlin folgt daraus ein realistischer Bauplan.

Erstens die Struktur: Mit dem im PNOG vorgesehenen digitalen Pflege-Cockpit (§ 7a neu) entsteht ohnehin eine digitale Plattform der Pflegeversicherung für Versicherte – sie könnte die Platzbörse als Modul tragen oder mit ihr verknüpft werden. Bis dahin bietet der Berliner Hilfelotse den naheliegenden Andockpunkt (Handlungsempfehlung Nr. 11).

Zweitens die Governance: Eine Börse, die Planungsdaten liefern soll, gehört in öffentliche oder öffentlich beauftragte Trägerschaft – die bezirkliche Pflegestrukturplanung (Kapitel 14) wäre ihr natürlicher Datenabnehmer.

Drittens die entscheidende Klärungsfrage: ob eine Meldepflicht freier Kapazitäten für die Anbieterseite integraler Bestandteil sein sollte. Ohne verlässliche Meldungen bleibt jede Börse ein Torso. Eine Meldepflicht ließe sich landesrechtlich – etwa im Zuge des angekündigten Gesetzes zur Pflegeplanung und -steuerung bzw. über die wohnteilhaberechtlichen Anzeigepflichten – oder vertraglich über die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI verankern. Alternativ käme ein Selbstverpflichtungsmodell oder ein Anreizmodell in Betracht (etwa die Kopplung an Investitionsförderung oder Öffentlichkeitsarbeit des Landes). Der Landesverein empfiehlt, diese Entscheidung nicht zu vertagen: Die Erfahrung der freiwilligen Modelle spricht dafür, die Meldung freier Kapazitäten verbindlich auszugestalten und den Aufwand für die Einrichtungen durch einfachste Meldewege (Schnittstellen, App) zu minimieren.

Die Logik ist klar: Wer gezielt planen und steuern will, braucht eine verlässliche Datenbasis. Deutschland wie Berlin sollte endlich dazu übergehen, die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, um in Zukunft immer weniger Zeit im „Blindflug“ verbringen zu müssen.

15.5 Was bezirkliche Koordination für die Tagespflege konkret bedeutet

Dass die Bezirke die Handlungsebene sind, ist in Kapitel 14 begründet; hier geht es darum, was das für die Tages- und Nachtpflege praktisch heißt. Fünf Wirkungen sind unmittelbar zu erwarten.

Lücken werden benennbar. Eine bezirkliche Pflegekonferenz beurteilt die Lage auf Basis der Bezirksprofile und der Meldeplattform. Damit wird aus dem heutigen Eindruck „es fehlt etwas“ eine belegte Aussage: welche Zeiten, welche Zielgruppen, welche Kieze unterversorgt sind. Erst das macht Ansiedlungsanreize und Investitionsförderung begründbar – und erfüllt zugleich die Voraussetzung, die § 72 Abs. 1a SGB XI für die Berücksichtigung kommunaler Planung bei der Zulassung schafft.

Vermittlung wird organisiert. Die Muster-Kooperationsvereinbarung überführt das in Kapitel 15.2 beschriebene Geben und Nehmen in eine verabredete Praxis. Für Einrichtungen mit besonderem Profil – Demenz mit herausforderndem Verhalten, jüngere Pflegebedürftige – ist dies die Voraussetzung dafür, die verstreute Nachfrage überhaupt zu erreichen.

Beratung und Angebot finden zusammen. Die verbindliche Verzahnung von Pflegestützpunkten, Pflegediensten, Hausarztpraxen, Kliniksozialdiensten u.a. sorgt dafür, dass die dokumentierte Beratungslücke nicht länger auf Zufall und Einzelengagement angewiesen ist.

Gründung wird unterstützt. Der Bezirk kann bei den Hürden helfen, die Kapitel 15.1 als existenziell ausweist: Flächen- und Immobilienvergabe, Bauleitplanung, Vernetzung mit Wohnungsbaugesellschaften, Genehmigungswege, gezielte Ansprache von Trägern.

Wirkung wird sichtbar. Mit der Nutzungsquote je 100 Pflegebedürftige liegt bereits ein geeigneter Indikator vor. Die heutige Spanne zwischen 0,74 und 2,99 wäre damit nicht länger eine Zufallsgröße, sondern ein Steuerungsziel – und die Frage, warum ein Bezirk zurückfällt, hätte einen Ort, an dem sie beantwortet werden muss.

Damit schließt sich der Bogen des Berichts: Die Diagnose des Kapitels 13 beschreibt, warum das Miteinander nicht von selbst entsteht; Kapitel 14 benennt die Ebene und die Instrumente; und die Tages- und Nachtpflege ist der Anwendungsfall, an dem sich beides überprüfen lässt.

16 Zusammenfassende Bewertung

Über alle Bausteine hinweg verdichten sich die Befunde zu einem konsistenten Gesamtbild – einer Passungs- und Finanzierungslücke in der Berliner Tages-/Nachtpflege. Die häusliche Pflege ist hochintensiv, langjährig und häufig auf einer einzigen, oft betagten oder berufstätigen Schulter konzentriert, mit vielfach bereits erreichter Belastungsgrenze. Live-In-Kräfte tragen einen bedeutenden, im Unterschied zur professionellen Pflege bisher allerdings konzeptionell, strukturell und statistisch unerfassten Teil dazu bei. Dem hohen Entlastungs- und Förderbedarf der Pflegebedürftigen steht ein Angebot gegenüber, das dort, wo es genutzt wird, qualitativ überzeugt, jedoch zu teuer, zu wenig differenziert und schwer zugänglich ist. Der tatsächliche Bedarf liegt systematisch über der heutigen Inanspruchnahme. Gebremst wird er weniger durch Unkenntnis des Angebots, sondern primär durch Finanzierung, Passung und Erreichbarkeit.

Drei sich verstärkende Wirkungsschleifen lassen sich benennen:

- eine Finanzierungsschleife (real entwertetes § 41-Budget, Berlin-Aufschlag, Fahrdienst aus dem Budget – mit der Folge sozialer Selektion),
- eine Passungsschleife (Schwerpunkt- und Differenzierungswunsch versus überwiegend generalistische, werktäglich-taggebundene Angebote; fehlende Angebote für jüngere und komplexe Bedarfe sowie für Nacht und Wochenende) und
- eine Entlastungs- und Vereinbarkeitsschleife (Einzelpflegeperson, Erwerbskonflikt, zu enge Öffnungszeiten).

Die Befunde stimmen mit der unabhängigen Forschung und mit den seit 2023 vorgetragenen Positionen des Landesvereins überein. Die Spiegelung an den Reports von AOK/WIdO, BARMER und DAK bestätigt sie bundesweit – bis hin zum Anstieg des Tagespflege-Eigenanteils um rund ein Drittel binnen zwei Jahren auf etwa 397 € im Monat (Kapitel 10).

Das laufende PNOG-Verfahren verschärft diese Lage eher, als sie zu lösen: Der Ausschluss der Tagespflege aus dem Sozialraumbudget trifft die Finanzierungsseite, die zum 1. Januar 2027 angehobenen Pflegegrad-Schwellenwerte treffen die Zugangsseite. Die Chancen des Entwurfs – Pflegebegleitung,

Pflege-Cockpit, jährliche Dynamisierung – tragen nur unter den in Kapitel 12 benannten Bedingungen und sind (noch) eine ungedecktes Versprechen.

Handlungsbedarf besteht damit auf allen Ebenen – und in Teilen kurzfristig. Die Empfehlungen der Kapitel 18 und 19 setzen genau hier an.

17 Erkenntnisgewinn und Aussagewert für andere Akteure im Arbeitsfeld Pflege

Dieser Bericht ist für sehr unterschiedliche Adressaten geschrieben. Das folgende Kapitel bündelt deshalb – bewusst als Einschätzung des Landesvereins wir pflegen Berlin e.V. – was die Ergebnisse den einzelnen Akteuren im Arbeitsfeld Pflege bieten: welche Erkenntnisse für sie gegebenenfalls neu sind, was unmittelbar praxisrelevant ist, welchen Aussagewert die Befunde für anstehende Entscheidungen haben und wo ihre Grenzen liegen. Der Landesverein benennt dabei auch die Einwände, die er je Akteur erwartet – denn die Glaubwürdigkeit des Berichts hängt daran, dass er nicht mehr behauptet, als seine Datenbasis trägt. Eine ausführliche Fassung dieser Bewertung liegt als eigenständiges Papier vor.

Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige. Der wichtigste Wert liegt aus Sicht des Landesvereins darin, dass die Erfahrung der Betroffenen erstmals für Berlin systematisch dokumentiert und adressierbar ist – und dass der Bericht die Beweislast verschiebt: Die Nichtnutzung der Tagespflege ist kein Informations- oder Motivationsdefizit auf Seiten der Pflegehaushalte, sondern Folge von Finanzierung, Passung und Zugang. Unmittelbar praxisrelevant ist das gebündelte Wissen über die „Hebel“-Leistungen – verbunden mit der zeitkritischen Botschaft, sie vor ihrem drohenden Wegfall ab 2027 konsequent zu nutzen (Kapitel 12).

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. Der Zugewinn liegt im Verhältnis zum Fachgespräch vom 15.10.2025: Dessen Sonderbefragungen dokumentierten das „Was“ (freie Kapazität, Wartelisten, Problemgruppen), die Befragung liefert das „Warum“ von der Nachfrageseite – Rangfolge und Kumulation der Barrieren, Budget-Reichweite, Informationswege. Beides zusammen erklärt das Paradox. Der Bericht ist damit anschlussfähig für die Fortschreibung des Landespflegeplans, die Pflegestrukturplanung, die Weiterentwicklung der Beratungsinfrastruktur (Pflegestützpunkte, Vernetzung mit anderen Beratungsangeboten, Weiterentwicklung Hilfelotse, Informationsplattform) und das Monitoring (Kapitel 14.5). Den zu erwartenden Fallzahlen-Einwand nimmt der Landesverein an: Der Bericht ist Hypothesen- und Prioritätenlieferant, kein Ersatz amtlicher Statistik – seine Kernaussagen stützen die amtlichen Daten selbst.

Bezirke. Neu ist der Beleg, dass der Zugang zur Tagespflege auch eine Frage der Wohnadresse ist (Nutzungsspanne Faktor 4). Der Bericht übersetzt das in einen Planungsauftrag (Mindestabdeckung, Kapitel 19, Nr. 4) und benennt die bezirklichen Stellschrauben. Kapitel 14 beschreibt die Gelingensbedingungen. Ehrlich benannt: Bezirksscharfe Befragungsdaten kann die kleine Stichprobe nicht liefern – genau daraus folgt das bezirkliche Interesse am Monitoring.

Anbieter von Tages- und Nachtpflegen. Die Botschaft ist doppelt: A) entlastend, weil der Bericht das Auslastungsproblem von der Angebotsqualität entkoppelt (die Nachfrage ist nicht schwach, sondern blockiert – und die Nutzenden geben Bestnoten). B) fordernd, weil die Befragten ihre Entscheidungskriterien präzise benennen (verlässlicher Ansprechpartner 100 %, Nähe, individuelle Förderung,

Fahrdienst) – unmittelbar verwertbar für Konzeption und Kommunikation. Die benannten Angebotslücken sind als Kritik an der Rahmensetzung zu lesen, nicht an den Einrichtungen.

Pflegekassen. Zwei unbequeme, deshalb wertvolle Befunde: Der einzige Kanal, der regelhaft alle Pflegegeldhaushalte erreicht (§ 37 Abs. 3), überzeugt nur durchschnittlich, und die eigenen „Hebel“-Leistungen sind vielfach unbekannt – eine dokumentierte Vollzugslücke mit kooperativem Ausweg (gemeinsame aufsuchende Aufklärung, Kapitel 19, Nr. 12). Strategisch liefert der Bericht kostenlose Vorarbeit für die Pflegebegleitung ab 2028: Er zeigt, welche Informationen die Haushalte brauchen und woran die heutige Komm-Struktur scheitert. Die Konvergenz mit dem kasseneigenen Erkenntnisstand (WIdO) erschwert es, die Befunde als Stimmungsbild abzutun. Im Hinblick auf den

Informations- und Beratungsangebote. Die ermutigendste Einzelbotschaft gilt den Pflegestützpunkten: beste Qualität, geringste Reichweite – kein Leistungs-, sondern ein Erreichbarkeitsproblem. Die Acht-Punkte-Analyse (Anlage 4) beschreibt die Umkehr von der Komm- zur Bringstruktur. Die dokumentierte Dominanz der Eigenrecherche definiert die Messlatte sowohl für die Beratungsarbeit wie für die digitale Information und damit die Weiterentwicklung des Hilfelotsen. Sie begründet zudem, warum digitale Angebote persönliche Beratung ergänzen, nicht ersetzen. Deutlich wird aber auch, dass es personell wie digital einen öffentlich finanziertes, anbieterunabhängiges, betroffenenorientiertes Angebot geben muss. Für die Weiterentwicklung des Beratungsangebots wie des Hilfelotsen steuert der Bericht wichtige Hinweise bei. Bleibt der Hilfelotse, sind die Kassen gefordert, sich an der Finanzierung und Pflege der Datenbank zu beteiligen und die ihnen zur Verfügung stehenden Daten über eine funktionierende Schnittstelle tagesaktuell beizusteuern. Aktuell sind die landesfinanzierten Pflegestützpunkte zudem personell spürbar besser ausgestattet als die kassenfinanzierten. Auch hier sind die Kassen gefordert, gleichzuziehen.

Pflegepolitische Sprecherinnen und Sprecher im Abgeordnetenhaus. Der Wert liegt in Timing und Format: ein quellengesichertes Zahlengerüst einen Monat vor der Wahl und mit Kapitel 18 elf Vorhaben, die bereits im Duktus einer Koalitionsvereinbarung formuliert sind. Die kurzfristig prioritären Empfehlungen erfordern primär Organisations- und Bundesratshandeln, kaum Landesmittel – in angespannter Haushaltslage ein Argument. Wer die Befunde verwendet, sollte sie als Richtungsaussagen kennzeichnen. Der Bericht macht es vor.

Presse und Öffentlichkeit. Der Bericht trägt mehrere Erzählungen – das Paradox („Bestnoten, aber unbezahlbar“), die menschliche Dimension der Einzelpflegeperson, den PNOG-Konflikt und die Meta-Geschichte eines Vereins, der mit Bordmitteln eine Lücke der amtlichen Berichterstattung füllt. Die Verantwortung der Berichterstattung liegt in der korrekten Einordnung der Zahlen. Der Bericht erleichtert sie, indem er die Basis je Frage ausweist. Für Folgebefragungen wäre es sehr hilfreich und wünschenswert, wenn die Berliner Medien Befragungen mit einer begleitenden Berichterstattung, die zur Befragung informiert und zur Beteiligung motiviert unterstützen würde.

Bundesministerium für Gesundheit und Bundesebene. Der Bericht ist Pilot für die von der Bundesländer-AG (Ziffer 3.2) avisierte Studie zur Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege – ein erprobtes Instrument samt offen dokumentierter Lernkurve. Gerade die begrenzte Reichweite der Berliner Erhebung begründet die repräsentative Bundesstudie. Zugleich ist er Frühwarnsystem für die PNOG-Folgenabschätzung: Er belegt von der Betroffeneneseite, dass der Entwurf genau die Zugangs- und Finanzierungswege verändert, an denen die teilstationäre Versorgung heute hängt (Kapitel 12).

Interessenvertretungen und Verbände. Der Bericht markiert anschlussfähige Allianzthemen – Erhalt der „Hebel“-Leistungen, Rücknahme der Schwellenwert-Anhebung, Öffnung der Budgets, perspektivisch ein Rechtsanspruch auf Tagespflege – mit klarer Arbeitsteilung: Der Landesverein liefert Betroffenenenevidenz aus erster Hand, die großen Verbände Reichweite. Für andere Selbstvertretungsorganisationen hat die Befragung Modellcharakter als replizierbarer Weg zu eigener Evidenz.

Forschung. Der Bericht ist eine kleine, sauber dokumentierte Primärerhebung in einem dünn beforschten Feld – zur Nutzungsentscheidung Tagespflege existiert wenig, zur Nachtpflege fast nichts – und zitierfähig als explorative Studie, weil er Limitationen offen ausweist und jede Prozentangabe mit ihrer Basis versieht. Methodisch interessant ist er als Fall partizipativer, KI-gestützter Bürgerforschung mit systematischer Primärquellen-Verifikation. Eine wissenschaftliche Begleitung der Folgebefragungen wäre der naheliegende nächste Schritt.

Quer über alle Adressaten gilt aus Sicht des Landesvereins: Der Bericht leistet drei Dinge, die derzeit kein anderes Berliner Dokument leistet – er erklärt das amtlich belegte Paradox von freier Kapazität und ungedecktem Bedarf von der Nachfrageseite her, er übersetzt die Erklärung in priorisierte, adressierte und überwiegend kostenarme Handlungsvorschläge, und er verbindet die Berliner Befunde mit der Bundesebene. Seine Wirkung entsteht in den Anschlussprozessen: der gemeinsamen Bewertung im Landespflegeausschuss, der Aufnahme in eine Koalitionsvereinbarung, der Berliner Stimme im PNOG-Verfahren und dem Pflegepolitischen Dialog am 07.09.2026. Dass all dies mit Bordmitteln eines kleinen Vereins entstanden ist, gehört zur Botschaft – und zur Mahnung, Betroffenenevidenz dieser Art strukturell abzusichern (Kapitel 14.5 und 14.6).

Quelle/Hinweis: Verdichtung des eigenständigen Bewertungspapiers „Bewertung der Ergebnisse des Auswertungsberichts aus den Perspektiven der beteiligten Akteure“ (wir pflegen Berlin e.V., Stand 12.07.2026). Alle Bewertungen und Einschätzungen dieses Kapitels sind solche des Landesvereins.

18 Empfehlungen für die nächste Koalitionsvereinbarung

Die großen Herausforderungen unserer Zeit wie die Sicherung der pflegerischen Versorgung lassen sich nur gemeinsam bewältigen. Hierzu sind Partnerschaftlichkeit und Zusammenarbeit unerlässlich. Wirkung entsteht dort, wo Menschen zusammenkommen und gemeinsam an einem Ziel und dafür wichtigen Vorhaben arbeiten.

Am 20.09.2026 wählt Berlin ein neues Abgeordnetenhaus. Anschließend verständigen sich die zukünftigen Regierungsparteien in einer Koalitionsvereinbarung auf die Ziele und Vorhaben der gemeinsamen Arbeit. Der Landesverein schlägt hierzu elf Punkte vor, die aus seiner Sicht in der nächsten Koalitionsvereinbarung aufgegriffen werden sollten. Die Punkte verdichten die zwanzig Handlungsempfehlungen dieses Berichts zu koalitionsvereinbarungsfähigen Vorhaben. Keiner geht über das hinaus, was die Befragungsbefunde tragen. Sie sind unmittelbar aus den Ergebnissen der Online-Befragung (Kapitel 8 und 9) abgeleitet, abgesichert durch die Abgleiche mit der Stellungnahme zum Landespflegeplan 2025, der Pandemiebefragung 2021 und den Empfehlungen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung 2023 (Teilkapitel 8.1.6 bis 8.6.6) sowie durch die Handlungsempfehlungen dieses Berichts (Kapitel 19). Sprache und Umfang folgen bewusst dem Duktus von Koalitionsvereinbarungen, damit die Punkte leicht aufgreifbar und unmittelbar verhandelbar sind. In Klammern ist je Punkt die zugehörige Handlungsempfehlung ausgewiesen.

1. Tages- und Nachtpflege bedarfsgerecht ausbauen. Die Koalition entwickelt mit den Bezirken, den Pflegekassen und den Leistungsanbieterverbänden unter Einbeziehung der Beratungsinfrastruktur und der Interessenvertretungen der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen eine verbindliche Versorgungsplanung mit einer Mindestabdeckung je Bezirk. Sie schließt gezielt die Lücken, die die Befragung benennt: Angebote für die Nacht, das Wochenende und die Randzeiten sowie stadtweit erreichbare Spezialangebote für Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten und für jüngere Pflegebedürftige mit komplexen Bedarfen. (Handlungsempfehlungen Nr. 4–6)

2. Freie Kapazitäten und ungedeckten Bedarf sichtbar machen. Berlin richtet eine Informationsplattform ein – im Bericht als Platzbörse bezeichnet (Kapitel 15) –, die tagesaktuell freie Kapazitäten der Tages- und Nachtpflege sowie weiterer Pflegeangebote ausweist („ich biete“). Pflegebedürftigen Menschen und ihren An- und Zugehörigen eröffnet sie zugleich die Möglichkeit, ihren konkreten Unterstützungsbedarf nach Ort, Art, Umfang, Zeitpunkt und Dauer anzumelden („ich brauche“). Die Koalition klärt dabei, wie die Meldung freier Kapazitäten für die Anbieterseite verbindlich ausgestaltet werden kann. (Handlungsempfehlung Nr. 11)

3. Beratung, die zu den Menschen kommt. Die Koalition stärkt in Zusammenarbeit mit den Pflegekassen die Pflegestützpunkte und richtet sie betroffenenorientiert und proaktiv-aufsuchend aus: a) mit funktionierender Verzahnung insbesondere zu wichtigen Schnittstellen (wie Hausärzte, Fachärzte, Krankenhaus-Entlassmanagement), den spezialisierten pflegergänzenden Beratungsangeboten, den Kontaktstellen PflegeEngagement, den Angeboten zur Unterstützung im Alltag, Anbietern von Pflegeleistungen und den Kostenträgern (Bezirksämter, Pflegekassen), b) mit einem an den Bedarfen der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen ausgerichteten barrierearmen digitalen, schriftlichen und persönlichen Informations- und Beratungsangebot. Wer pflegt, soll gefunden werden, statt suchen zu müssen. (Handlungsempfehlungen Nr. 9 und 13)

4. Ansprüche bekannt machen, Zugangsbarrieren abbauen. Mit dem Pflege neuordnungsgesetz ändern sich zum 1. Januar 2027 die Leistungsansprüche der häuslichen Pflege grundlegend. Die Koalition sorgt dafür, dass die veränderten Ansprüche die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen auch erreichen: Sie wirkt gegenüber Bund und Pflegekassen, die hier vorrangig in der Pflicht stehen, auf eine verständliche, niedragschwellige und aufsuchende Information hin und schließt erkennbare Lücken auf Landesebene. Den Pflegestützpunkten kommt dabei eine Schlüsselrolle zu; sie werden für diese Aufgabe personell und fachlich ertüchtigt. Über den Informationsbedarf, die Wirksamkeit der Maßnahmen und den erforderlichen Lückenschluss verständigen sich die Beteiligten fortlaufend im Landespflegeausschuss. (Handlungsempfehlung Nr. 12)

5. Wissen, wo Berlin steht. Die Koalition greift den Vorschlag des Landesvereins wir pflegen Berlin e.V. zur Etablierung eines Monitorings der häuslichen Pflege auf und entwickelt es in Kooperation mit den Pflegekassen, den Anbieterverbänden, den Bezirken, wir pflegen Berlin e.V., den Pflegestützpunkten und weiteren Akteuren zur Datengrundlage einer verbindlichen Pflegestrukturplanung. Bestandteil ist auch die Live-In-Betreuung (Handlungsempfehlungen Nr. 16 und 17)

6. Finanzierung und Zugang sichern: Berlin im Bund. Die Koalition prüft die Folgen des PNOG für Berlin und setzt sich dafür ein, drohende Verschlechterungen zu verhindern wie die Halbierung des Entlastungsbudgets in den ersten Monaten, die Kürzung der Rentenbeiträge für pflegende An- und Zugehörige, die pauschale Anhebung der Pflegegrad-Schwellenwerte Aussetzung der Tariffinanzierung. Zugleich setzt sie sich für Nachbesserungen ein wie den Erhalt der „Hebel“-Leistungen (Umwandlungsanspruch, Verhinderungspflege, Gemeinsamer Jahresbetrag), die spürbare Anhebung und

jährliche Dynamisierung des § 41-Budgets, die Herauslösung der Fahrkosten aus dem teilstationären Budget, die Nutzbarkeit des Sozialraumbudgets für die Tagespflege, die Öffnung des Überbrückungsbudgets für die Tages- und Nachtpflege, die Übernahme der Ausbildungskosten aus Steuermitteln sowie perspektivisch einen Rechtsanspruch auf Tages- und Nachtpflege. (Handlungsempfehlungen Nr. 1–3; Kapitel 12)

7. Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ernst nehmen. Die Koalition setzt sich verstärkt für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ein. Bei den Tages- und Nachtpflegen wirkt sie darauf hin, dass sich die Öffnungs- und Betreuungszeiten stärker an der Erwerbsrealität pflegender An- und Zugehöriger ausrichten und Randzeiten- und Wochenendmodelle gestärkt werden. Sie geht zudem als öffentliche Arbeitgeberin mit pflegesensiblen Arbeitsbedingungen voran. (Handlungsempfehlungen Nr. 6 und 8).

8. Pflege im Bezirk planen und steuern. Die Koalition verankert die kommunale Pflegestrukturplanung verbindlich auf der bezirklichen Ebene und unterlegt sie mit den erforderlichen Ressourcen. Sie schafft dafür die gesetzliche Grundlage, stattet die Bezirke mit Planungskapazität aus und macht aus dem Berichtswesen einen Handlungsauftrag: Weisen Pflege-Bezirksprofile und Monitoring Unterversorgung aus, folgen daraus Handlungspflichten: Abstimmung von Maßnahmen mit Pflegekassen und Pflegeanbietern zum Lückenschluß, ggf. Ansiedlungsanreize, Investitionsförderung und – wo nötig – eigene Trägerschaft. Gesamtstädtische Standards sichern gleichwertige Versorgung über die zwölf Bezirke hinweg, die Ausgestaltung erfolgt im Sozialraum. Die Koalition prüft die bevorzugte Vergabe landeseigener Grundstücke und Immobilien an Pflegeleistungsanbieter zur Sicherung der Pflegeinfrastruktur und bindet die Selbstvertretung der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen sowie die Seniorenvertretungen verbindlich in die bezirkliche Planung ein. (Handlungsempfehlung Nr. 4; Kapitel 14 und 15)

9. Den Einstieg erleichtern. Die Koalition fördert niedrigschwellige Schnupper- und Eingewöhnungsangebote und stärkt die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen beim Zugang zur Tagespflege – denn der erste Schritt entscheidet oft über die gesamte Nutzung. (Handlungsempfehlung Nr. 15)

10. Qualität sichern, die wirklich entlastet. Die Koalition verankert aktivierende Betreuung und feste Bezugspersonen als verbindliches Qualitätskriterium für Tages- und Nachtpflegen in den Landesrahmenverträgen und setzt sich für eine auskömmliche Personalbemessung ein, damit auch höhere Pflege- und Betreuungsbedarfe aufgenommen werden. (Handlungsempfehlungen Nr. 7 und 8)

11. Abbau finanzieller Zugangsbarrieren. Die Koalition schafft mit einem öffentlichen, neutralen Eigenanteilsrechner, angedockt ggf. an den Hilfelotsen Berlin, volle Netto-Kostentransparenz vor Vertragsschluss. Sie wirkt zudem auf die Direktabrechnung der Zuzahlungen zwischen Einrichtung und Pflegekasse hin, damit Pflegehaushalte nicht in Vorleistung gehen müssen. (Handlungsempfehlungen Nr. 10 und 14). Die Koalition prüft die Übernahme der Investitionskosten aus Landesmitteln.

Quelle/Hinweis: Eigene Ableitung aus den Befragungsergebnissen (Kapitel 8 und 9), den Abgleichen in den Teilkapiteln 8.1.6–8.6.6 (Stellungnahme zum Landespflegeplan, Pandemiebefragung, Handlungsempfehlungen 2023) sowie den Kapiteln 10–14 und 16. Sprachstil und Umfang orientieren sich an den Pflege-Abschnitten der Berliner Koalitionsvereinbarungen 2021 (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke) und 2023 (CDU, SPD); inhaltliche Übernahmen aus diesen Vereinbarungen erfolgen nicht.

19 Handlungsempfehlungen

Die folgenden Empfehlungen sind nach Handlungsebene (Bezirk, Land Berlin, Bund), Zeithorizont und Beiträgen der Akteure differenziert. „Federführung“ benennt, wem die Hauptverantwortung zukommt; „Mitwirkung“ unterscheidet, wer beitragen muss, sollte oder kann.

Legende – Ebene: Bz = Bezirk · L = Land Berlin · Bu = Bund. Zeit: k = kurzfristig (≤ 1 Jahr) · m = mittelfristig (1–3 Jahre) · l = langfristig (> 3 Jahre).

Nr.	Handlungsempfehlung	Ebene	Zeit	Federführung	Mitwirkung (muss/sollte/kann)
A Finanzierung und Reichweite					
1	§ 41-Leistungsbetrag spürbar anheben und dynamisieren; Eigenanteile/Zuzahlungen begrenzen - Ausbildungskosten aus Steuermitteln - Investitionskosten aus Landesmitteln	Bu/L	m	Bund (Gesetzgeber/BMG) Land:	Land muss über Bundesrat einbringen; Kassen wirken mit; Land kann mit Übernahme der Investitionskosten Eigenanteilsbelastung reduzieren
2	Fahrkosten aus dem teilstationären Budget herauslösen, damit sie keine Betreuungstage „aufzehren“	Bu	m	Bund (BMG)	Land sollte einbringen; Kassen mit
3	PNOG nachbessern: Sozialraumbudget für Tagespflege offenhalten, Überbrückungsbudget für TP/NP öffnen, Halbierung der ersten drei Monate streichen, Kürzung der Rentenbeiträge verhindern, pauschale Anhebung der Pflegegrad-Schwellenwerte verhindern, Aussetzung der Tariffinanzierung verhindern, „Hebel“-Leistungen erhalten (Umwandlungsanspruch, Verhinderungspflege, Gemeinsamer Jahresbetrag) (Kapitel 12.2–12.4)	Bu	k	Bund (Gesetzgeber)	Land (ggf. über Bundesrat); Verbände (ggf. über Anhörungen)
B Angebotsentwicklung und Passung					
4	Bedarfsorientierte, bezirkliche Versorgungsplanung mit Mindestabdeckung je Bezirk	L/Bz	m	Land (SenWGP) mit Bezirken	Kassen sollten Daten beitragen; Träger wirken mit; Einbeziehung Betroffenenorganisationen

5	Zielgruppendifferenzierte Angebote (Demenz mit herausforderndem Verhalten; jüngere und komplexe Bedarfe)	L	m/l	Land + Träger	Kassen sollten Vergütung sichern
6	Nacht-, Wochenend- und Randzeitenangebote aufbauen und fördern	L/Bu	m	Land + Träger	Bund sollte Vergütungsrahmen schaffen
7	Aktivierende Qualität (§ 43b/MAKS) und feste Bezugspersonen als verbindliches Qualitätskriterium verankern	L/Bu	k/m	Kassen + Träger	in Rahmenverträgen verankern
8	Auskömmliche Personalbemessung; Förderung/Verpflichtung, auch höhere Pflege-/Betreuungsbedarfe aufzunehmen	Bu/L	m	Bund + Land	Träger und Kassen wirken mit
C Zugang, Information und Beratung					
9	Pflegestützpunkte stärken und proaktiv/aufsuchend ausgestalten (Perspektive „PflegestützpunktPlus“, vgl. Kapitel 10.3)	L/Bz	k/m	Land + Kassen	Bezirke müssen Hilfe zur Pflege einbinden
10	Netto-Kostentransparenz: öffentlicher, neutraler Eigenanteilsrechner (an Hilfelotse / Pflege-Cockpit angedockt)	L/Bu	k	Land (Hilfelotse) / Bund (Pflege-Cockpit)	Kassen sollten Daten liefern
11	Berliner Informationsplattform/Platzbörse (tagesaktuelle Kapazitäten; ungedeckte Bedarfe)	L	m	Land + Kassen + Träger	Träger müssen Verfügbarkeiten melden (Meldepflicht; Selbstverpflichtung); ggf. Erweiterung Hilfelotse
12	Niedrigschwellige, aufsuchende Aufklärung zu den Leistungsansprüchen: bis Ende 2026 in der laufenden Beratung zu den „Hebel“-Leistungen (Umwandlungsanspruch, Verhinderungspflege, Jahresbetrag, Kombination); ab 01.01.2027 systematisch zur neuen Rechtslage – Abstimmung und Lückenschluss im Landespflegeausschuss (Kapitel 12.4; Kapitel 18, Punkt 4)	Bu/L	k	Kassen (Bringschuld)	Betroffenenvertretungen wirken mit
13	Mehrsprachige, barrierearme Informations- und Erhebungsinstrumente	L	k/m	Land + Pflegestützpunkte	Betroffenenvertretungen/Brückenbauer wirken mit

14	Entbürokratisierung: Direktabrechnung der Zuzahlung zwischen Einrichtung und Pflegekasse; Erstattung auch über Verhinderungspflege	Bu	m	Bund + Kassen	Land sollte unterstützen
15	Niedrigschwellige Schnupper-/Eingewöhnungsangebote; Einbezug der Pflegebedürftigen (Selbstbestimmung)	L	k	Träger	Stützpunkte/Betroffenenvertretungen können begleiten
D Datengrundlage und prekäre Versorgungssäulen					
16	Monitoring der häuslichen Pflege in Berlin aufsetzen – als Datengrundlage einer verbindlichen Pflegestrukturplanung	L	m	Land (SenWGP/Abgeordnetenhaus)	Kooperation mit Pflegekassen; Einbeziehung wir pflegen Berlin; Wissenschaft sollte mittragen
17	Live-In-Betreuung statistisch erfassen und rechtssicher ins Versorgungssystem integrieren	Bu/L	m/l	Bund (Rechtsrahmen)	Land muss Erfassung sicherstellen
18	Bezirkliche Pflegekonferenz als verbindliches Koordinationsgremium einrichten – mit Geschäftsführung beim Bezirksamt, verbindlicher Zusammensetzung und stimmberechtigter Beteiligung der Selbstvertretung (Kapitel 14.6)	L/Bz	m	Land (Rechtsgrundlage) mit Bezirken	Kassen, Anbieter, Beratung und Ärzteschaft müssen mitwirken; Betroffenenorganisationen mit Stimme
19	Koordinierungsstelle Pflege je Bezirksamt schaffen – hauptamtlich, mit Geschäftsführung der Pflegekonferenz; Anknüpfung an die Organisationseinheit Altenhilfe nach dem Altenhilfestrukturegesetz (Kapitel 14.6)	L/Bz	k/m	Land (Finanzierung), Bezirk (Besetzung)	Bezirke müssen die Aufgabe zuordnen; Kassen können über § 45e kofinanzieren
20	Netzwerkförderung nach § 45e SGB XI ausschöpfen und kofinanzieren – je Bezirk bis zu zwei regionale Netzwerke mit je bis zu 30.000 € jährlich; Verbünde bei der Antragstellung unterstützen (Kapitel 14.6.1)	L/Bz	k	Land (Kofinanzierung) mit Pflegekassen	Verbünde und Anbieter müssen Anträge stellen; Land sollte Antragsunterstützung bereitstellen

Kurzfristig (k) prioritär ist aus Sicht wir pflegen Berlin e.V.:

- Nachbesserung des PNOG zugunsten von Finanzierung und Zugang der Tagespflege (Nr. 3),
- Kostentransparenz (Nr. 10),
- die Aufklärung zu den Leistungsansprüchen (Nr. 12) sowie

- die volle Ausschöpfung der Netzwerkförderung nach § 45e SGB XI (Nr. 20), die dem Land vor allem Kofinanzierung und Unterstützung bei der Trägerfindung abverlangt.

Diese Empfehlungen wirken unmittelbar und sind ohne großen Mittelaufwand umsetzbar.

Die Empfehlungen für die nächste Koalitionsvereinbarung (Kapitel 18) verdichten diese zwanzig Handlungsempfehlungen zu koalitionsfähigen Vorhaben; die Zuordnung der Punkte zu den Empfehlungen ist dort je Punkt ausgewiesen.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Eigene Erhebung und Auswertungen des Landesvereins wir pflegen Berlin e.V.

- wir pflegen Berlin e.V. (2026): Online-Befragung zur Tages-/Nachtpflege in Berlin. LimeSurvey-ID 551580, Erhebungszeitraum 02.02.–28.05.2026. Rohdatenexport, 183 Datensätze.
- wir pflegen Berlin e.V. (2026): Methodik und Datengrundlage (Wellen 1–6, Abbruch- und Sprachanalyse).
- wir pflegen Berlin e.V. (2026): Auswertungsschritt 1 – Frage-für-Frage-Häufigkeitsauswertung (22.06.2026).
- wir pflegen Berlin e.V. (2026): Detailauswertung Punkt für Punkt – Befund, Interpretation, politischer Hebel (02.06.2026); narrative Auswertung (01./04.06.2026).
- wir pflegen Berlin e.V. (2026): Auswertungsschritt 2 – Qualitative inhaltliche Analyse und Bewertung (26.06.2026).
- wir pflegen Berlin e.V. (2026): Qualitative Inhaltsanalyse – Versorgung, Bedarf, Zugang (26.06.2026).
- wir pflegen Berlin e.V. (2026): Tages-/Nachtpflege – Akteursperspektiven im Vergleich (25.06.2026).
- wir pflegen Berlin e.V. (2026): Information und Beratung zur Tages-/Nachtpflege – Bund und Berlin (30.06.2026).
- wir pflegen Berlin e.V. (2026): Tagespflege – Forschungsstand, Datenlage und Leistungsrecht (23.06.2026).
- wir pflegen Berlin e.V. (2026): Finanzierung von Tages- und Nachtpflege in Berlin (Fachanalyse, 02.06.2026); Impuls-/Vorbereitungspapier zum Fachgespräch (14.10.2025); Auswertungen der Kleingruppenarbeit (Block 1/2).

Veröffentlichungen des Landesvereins wir pflegen Berlin e.V.

- wir pflegen Berlin e.V. (2023): [Handlungsempfehlungen zur Verbesserung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung in 15 Arbeitsfeldern](#), Legislaturperiode 2023–2026.
- wir pflegen Berlin e.V. (2025): [Stellungnahme des Landesvereins wir pflegen Berlin e.V. zum Landespflegeplan 2025](#).
- wir pflegen Berlin e.V. (2025):
- Kurzkonzeption „[Monitoring der häuslichen Pflege in Berlin](#)“
 - Projektskizze „[Befragung zur Situation der häuslichen Pflege in Berlin](#)“ (Stand 19.05.2025);
 - vorgestellt im Ausschuss für Gesundheit und Pflege des Abgeordnetenhauses am 02.06.2025.
- wir pflegen Berlin e.V. (2022): [Befragung zur Situation pflegender Angehöriger in der Corona-Pandemie](#)

Veröffentlichungen des Bundesverbands wir pflegen e.V. (Auswahl)

- wir pflegen e.V. (Bundesverband) (2026): Stellungnahme zur Neubemessung der Schwellenwerte der Pflegegrade: https://www.wir-pflegen.net/images/downloads/positionsapiere/260811_Positionspapier_Eigenanteile_PNOG_lang.pdf

wir pflegen e.V., der Bundesverband pflegender Angehöriger und *Pflegende Angehörige* e.V. (10.06.2026) : [Gemeinsame Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung](#)

wir pflegen e.V., der Bundesverband pflegender Angehöriger und *Pflegende Angehörige* e.V. : [Gemeinsame Stellungnahme zu den Eckpunkten für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung](#)

Prof. Notburga Ott: „Pflegegrade, Leistungsansprüche, Eigenanteile – wie gerecht ist die Soziale Pflegeversicherung?“ (2025). Online: [Webseite der Ruhr-Universität Bochum](#)

wir pflegen e.V. (Bundesverband) (2025): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz
https://www.wir-pflegen.net/images/downloads/stellungnahmen/250714wir_pflegen_Stellungnahme_PKG_1.pdf

wir pflegen e.V. (Bundesverband) (2025): Positionspapier „Für einen Paradigmenwechsel in der Pflegeversorgung“: https://wir-pflegen.net/images/downloads/positionspapiere/wp_Broschuere_BT25-Paradigmenwechsel_online.pdf

wir pflegen e.V. (Bundesverband) (2025): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz
https://www.wir-pflegen.net/images/downloads/stellungnahmen/250714wir_pflegen_Stellungnahme_PKG_1.pdf

wir pflegen e.V. (Bundesverband) (2025): Stellungnahme „Einkommensersatz aus Entlastungsbudget“
https://www.wir-pflegen.net/images/downloads/stellungnahmen/250702_Stellungnahme_Einkommensersatz_aus_Entlastungsbudget.pdf

wir pflegen e.V. (Bundesverband) (2025): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz
https://www.wir-pflegen.net/images/downloads/stellungnahmen/250714wir_pflegen_Stellungnahme_PKG_1.pdf

wir pflegen e.V. (Bundesverband) (2024): Positionspapier „Faire Vereinbarungen für pflegende An- und Zugehörige“: https://wir-pflegen.net/images/downloads/positionspapiere/241205_Positionspapier_Faire_Vereinbarungen_digital.pdf

wir pflegen e.V. (Bundesverband) (2024): Stellungnahme zum Bericht der Bundesregierung zur zukunftssicheren Finanzierung der Pflegeversicherung
https://www.wir-pflegen.net/images/pdf/wir_pflegen_e.V._Stellungnahme_zukunftssichere_Finanzierung_Aug._2024.pdf

wir pflegen e.V. (Bundesverband): Stellungnahme zum Referentenentwurf zum Referentenentwurf des Pflegeunterstützungs- und -Entlastungsgesetz (2023)
https://www.wir-pflegen.net/images/aktuelles/2023/wir_pflegen_-_Stellungnahme_Referentenentwurf_06.03.2023.pdf

wir pflegen e.V. (Bundesverband): Positionspapier Häusliche Pflege endlich wirkungsvoll stärken (2024):

https://www.wir-pflegen.net/images/downloads/positionspapiere/240313_PP_Haeusliche-Pflege-staerken_lang_online.pdf

wir pflegen e.V. (Bundesverband) / Arbeitskreis pflegende Eltern: Lösungsansätze zur Stärkung pflegender Eltern (2023)

https://www.wir-pflegen.net/images/downloads/positionspapiere/230904_wir-pflegen_Loesungsansaeetze_Eltern_digital.pdf

wir pflegen e.V. (Bundesverband): Positionspapier „Mehr Pflege wagen“ (2022)

https://www.wir-pflegen.net/images/downloads/positionspapiere/220922_wp_Mehr-Pflege-wagen.pdf

Amtliche Quellen, Gesetzgebung und Statistik

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2026): Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG), Bearbeitungsstand 04./05.06.2026; FAQ zum PNOG.

Bundesministerium für Gesundheit (2026): Online-Ratgeber Pflege; gesund.bund.de; Bürgertelefon zur Pflegeversicherung.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Portal „Wege zur Pflege“; Pfl egetelefon; Wegweiser Demenz.

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (SenWGP) (2025): Landespflegeplan 2025 – Pflege in Berlin zukunfts fest gestalten. Berlin, Juni 2025.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): Pflegestatistik 2023, Deutschlandergebnisse – Tabellen 22412-14 (Plätze nach Pflegeangebot) und 22412-15 (Pflegebedürftige und Vergütung nach Pflegegrad/Leistungsart); GENESIS-Online 22412-0001 (teilstationäre Zeitreihe Bund 1999–2023), 22412-0010 (teilstationäre Pflege je Bundesland 2017–2023) und 22421-0011 (Pflegebedürftige je Land/Pflegegrad 2017–2023); Pressemitteilung Nr. 478 vom 18.12.2024; Gesundheitsausgaben 2023 (15.05.2025); ergänzend Pflegestatistik 2019 (historischer Vergleich).

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2024): Pflegestatistik Berlin 2023 (Bericht K VIII) – Tabellen 3.5 (Plätze/Auslastung), 3.11 (Pflegebedürftige nach Pflegegrad/Alter/Leistungsart), 3.13 (durchschnittliche Vergütungen).

SenWGP (2025): Datenreport 2025 Pflege in Berlin – u. a. Tab. 26/27 (Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad, 15.12.2023), Tab. 30/31 (stationär/teilstationär nach Alter, Leistungsart und Pflegegrad; Nachtpflege N=6), Tab. 32 (Pflegebedürftige in Pflegeheimen nach Bezirken), Tab. 40 (Personen mit Hilfe zur Pflege in Einrichtungen 2024), Tab. 42/43 (Angebote und Plätze nach Art 2017–2023), Tab. 44 (Auslastung). Datenquelle jeweils Amt für Statistik Berlin-Brandenburg / Darstellung SenWGP – II A.

SenWGP (2025): Präsentation „Versorgung mit Tagespflege im Land Berlin“ und Dokumentation zum LPA-Fachgespräch Tages-/Nachtpflege am 15.10.2025 – Plätze/Einrichtungen 2011–2025, Versorgungsquoten 2017–2023, Auslastung, Altersverteilung; Sonderbefragungen vom 04.09.2025 bei 36 Pflegestützpunkten und 74 Tagespflegeeinrichtungen; Auswertung der Kleingruppenarbeit Block 1 und 2. Datenquellen: AFS Berlin-Brandenburg, SAHRA-Plattform/AOK Nordost.

Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI, Stand 04/2026 (u. a. Ziffern zu §§ 34, 35a, 36, 41).

Sozialgesetzbuch XI (SGB XI), insb. §§ 7a, 7b, 7c, 36, 37, 38, 41, 42a, 43b, 45a, 45b, 82, 82a (in geltender bzw. im PNOG vorgeschlagener Fassung); Sozialgesetzbuch XII (SGB XII), §§ 61 ff., 85.

Verbände, Kassen, Wissenschaft und Fachportale

Der Paritätische / Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (2026): Stellungnahmen zum Referentenentwurf PNOG.

Verband der Ersatzkassen (vdek) (2026): Stellungnahme zum PNOG; vdek-Pflegelotse (pflege-lotse.de).

AOK-Pflegenavigator; BKK-PflegeFinder; gemeinsame Qualitätsdatengrundlage (DCS) nach §§ 114/115 SGB XI.

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP): Online-Ratgeber und Pflegeberatungs-Datenbank.

BARMER (Hg.): Pflegereporte 2018, 2023, 2024 (Bd. 47) und 2025 (Bd. 48), Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (Rothgang, Müller u. a., Universität Bremen/SOCIUM).

DAK-Gesundheit (Hg.): Pflegereporte 2025 („Pflege vor Ort“) und 2026 („Pflegereform: Weichenstellung für eine zukunftsfeste Pflege?“), veröffentlicht 23.06.2026 – Studienleitung Klie, Institut AGP Sozialforschung; Bevölkerungsbefragungen des Instituts für Demoskopie Allensbach.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hg.): Pflege-Report 2016.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2026): WIdOmonitor 1/2026 – Zur Lage pflegender Angehöriger (forsa-Befragung, rund 1.500 pflegende Angehörige, Erhebungszeitraum 30.09.–21.10.2025); WIdO (2024): WIdOmonitor 1/2024 – Pflegehaushalte.

Gräbel, E. u. a.: DeTaMAKS – Wirksamkeit aktivierender Tagespflege (MAKS-Therapie), cluster-randomisierte Studie; Straubmeier, M. u. a. (2017): DeTaMAKS-Trial, Deutsches Ärzteblatt International 114: 815–821; Donath, C. u. a.: BMC Geriatrics; Steinbeisser, K. u. a. (2020): European Journal of Health Economics 21(6): 825–844; Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (2021, Nutzungsintensität); NRW-Studie „Teilstationäre Versorgung im Fokus“ (2023).

Andersen, R. M.: Behavioral Model of Health Services Use (Nutzungsdeterminanten).

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2025): Empfehlungen zur Finanzierung der Pflege (DV 4/25).

carevor9 (2026); betanet (beta Institut, 2026); pflege.de (2026): Fachinformationen zur teilstationären Pflege (zur Verifikation einzelner Leistungsdaten).

Sozialverband VdK Deutschland (2026): Repräsentative YouGov-Befragung zu diskutierten Leistungskürzungen in der Pflege (2.352 Befragte, 10.–13.04.2026), veröffentlicht Mai 2026.

Sozialverband VdK Deutschland (2025): Forderungspapier zur kommunalen Pflichtaufgabe im Bereich Pflege. Vorgestellt im Dezember 2025; Vortrag M. Kilimann, Sitzung der BAGSO-Fachkommission „Gesundheit: Prävention, Rehabilitation, Pflege“, 04.03.2026.

Bundesministerium für Gesundheit (2026): Pflegereform „Zukunftspakt 2026“ – Prävention als ein wesentlicher Pfeiler für eine nachhaltige Pflege. Vortrag Dr. M. Schölkopf, BAGSO-Fachkommission, 04.03.2026 (Eckpunkte der Bund-Länder-AG vom 11.12.2025).

GKV-Spitzenverband (2026): Prävention von und bei Pflegebedürftigkeit stärken. Vortrag G. Seibt-Lucius, BAGSO-Fachkommission, 04.03.2026.

DIW Berlin (2025): Studie zur informellen Pflege („größter Pflegedienst Deutschlands“; monetärer Wert rund 206 Mrd. €/Jahr); zitiert nach wir pflegen e.V. (2026), Baustein Gemeinsame Verantwortung.

Deutscher Bundestag (2026): BT-Drs. 21/1784 – Antwort der Bundesregierung: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und der Versorgungssituation von Pflegebedürftigen.

Deutscher Bundestag (2026): BT-Drs. 21/7125 – Antwort der Bundesregierung: Ambulant vor stationär – Wahlfreiheit, Versorgungsrealität und finanzielle Tragfähigkeit der Pflegeversicherung (10.07.2026).

Pflegemarkt.com (2025): Marktanalyse Tagespflege – Zahlen, Daten, Fakten. Stand 27.10.2025.

Nordbayerischer Kurier (2026): Letzte Hoffnung zerschlug sich – Diakonie muss Tagespflege Creußen schließen. 27.07.2026.

Methodenliteratur zu Online-Befragungen: Galesic, M./Bosnjak, M. (2009), Public Opinion Quarterly 73, 349–360; Marcus, B. u. a. (2007), Social Science Computer Review 25, 372–383; Andreadis, I./Kartsounidou, E. (2020); Wu, M.-J./Zhao, K./Fils-Aime, F. (2022): Response rates of online surveys in published research – a meta-analysis.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): Siebter Altenbericht – Sorge und Mitverantwortung in der Kommune.

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (2025 ff.): Pflege-Bezirksprofile – sieben Pflege-Kernindikatoren je Bezirk, Aktualisierung im Zweijahresturnus.

pflegemarkt.com (Branchendatenbank, nicht amtlich): Marktanalyse/Statistik Tagespflege 2023–2025 (Trägerschaft, Auslastung).

Hinweis zur Aktualität: Die Angaben zum PNOG beziehen sich auf den Referentenentwurf (Stand Juni 2026) und sind noch nicht geltendes Recht.

Anlagen

Dem Bericht sind die folgenden Anlagen beigelegt. Die Anlagen 3 bis 10 sind im Bericht abgedruckt. Die Anlagen 1 und 2 – der Fragebogen und die Frage-für-Frage-Auswertung – sind wegen ihres Umfangs nicht Teil des Berichts; sie stehen als eigene Dateien auf der Webseite des Landesvereins zum Download bereit.

Anlage	Titel
1	Fragebogen der Onlinebefragung – ist kein fester Bestandteil des Berichts und ist als Anlage auf der Webseite hinterlegt
2	Quantitative und qualitative Inhaltsanalyse – Frage-für-Frage-Auswertung aller Daten. Die Anlage ist ebenfalls kein fester Bestandteil des Berichts und als Anlage auf der Webseite hinterlegt
3	Schriftliche Information des Landespflegeausschusses (LPA) vom 17.04.2026 (historisches Dokument; Zwischenstand 167 Teilnahmen – die Endzahlen im Berichtstext weichen ab; im Bericht abgedruckt, s. u.)
4	Acht-Punkte-Analyse der Beratungs- und Informationswege (zu Kapitel 8.5; im Bericht abgedruckt, s. u.)
5	Schwerpunktanalyse „Information und Beratung zur Tages- und Nachtpflege“ (im Bericht abgedruckt; Vertiefung zu Kapitel 8.5 s.u.)
6	Schwerpunktanalyse „Tages- und Nachtpflege: Akteursperspektiven im Vergleich“ (im Bericht abgedruckt, s. u.; Vertiefung zu Kapitel 11)
7	Schwerpunktanalyse „Finanzierung von Tages- und Nachtpflege in Berlin“ (Vertiefung zu den Kapiteln 5 und 8.5; enthält u. a. die Bewertung des Hilfelotsen, Kap. 8.5.4)
8	Methoden- und Stichprobensteckbrief (im Bericht abgedruckt, s. u.)
9	Glossar und Rechtsquellenverzeichnis (im Bericht abgedruckt, s. u.)
10	Postkarten zur Befragung und zum Landesverein (Wortlaut im Bericht dokumentiert, s. u.; verteilt ab 10.03.2026)

Anlage 3 Schriftliche Information des Landespflegeausschusses (LPA) vom 17.04.2026

Historisches Dokument mit dem Bearbeitungsstand 17.04.2026 (Zwischenstand: 167 Teilnahmen; die Endzahlen im Berichtstext weichen ab). Wortlaut unverändert übernommen und in das Berichtsdesign gesetzt; offensichtliche Schreibversehen wurden behutsam korrigiert, die Abschnittszählung des Originals (ohne Abschnitt 5) wurde beibehalten. Die im Original genannten Anlagen (Handouts der Zwischenauswertungen, Postkarte, Kurzinformation) sind nicht Teil dieses Abdrucks.

Befragung Tages-/Nachtpflege: Weitere Informationen zur Befragung, zum Stand und zu Unterstützungswünschen

Vorgelegt von Heinrich Stocksclaeder, 17.04.2026

In der Sitzung am 10.03.2026 war zeitlich nur ein sehr kurzer Austausch zu unserer Online-Befragung zur Tages- und Nachtpflege in Berlin möglich. Für einen Austausch zu Möglichkeiten der Unterstützung durch Mitglieder des LPA und zur Vereinbarung konkreter Schritte blieb kein Raum. Ich hatte deshalb avisiert, weitere Informationen zur Befragung, zum Stand und zu Unterstützungswünschen unsererseits im Nachgang der Sitzung zu übermitteln. Dem komme ich hiermit nach.

1. Konzeptionelle Grundlagen der Befragung

Handlungsleitende konzeptionelle Grundlagen der Befragung sind

- die Einschätzung des Landesvereins, dass für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung dringend die Ableitung von Handlungsbedarfen aus der konkreten Versorgungssituation und der Aufbau eines datengesicherten Monitorings benötigt wird (Befragung zur Situation in der häuslichen Pflege in Berlin),
- die Ausführungen zur Tagespflege im Landespflegeplan 2025 (Kapitel 3.5.4.2; S. 94 f.),
- die Ausführungen des Landesvereins zur Tages- und Kurzzeitpflege in seiner Stellungnahme zum Landespflegeplan (Kapitel 3.9; S. 10),
- unsere Vorbereitung des Fachgesprächs zur Tagespflege am 15.10.2025,
- Verlauf und Ergebnisse des Fachgesprächs zur Tagespflege,
- Hinweise und Erfahrungen von Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen.

Der von der Bund-Länder-AG in Ziffer 3.2 festgestellte Bedarf einer Studie zur derzeitigen Inanspruchnahme der Leistung der Tages- und Nachtpflege und zu den Möglichkeiten der Verbesserung der Angebotsstruktur bestärkte uns in unserem Vorhaben.

Für den Landesverein ist die Befragung zur Tages- und Nachtpflege der Einstieg in eine geplante Serie von Online-Befragungen. Die aktuelle Befragung dient neben inhaltlichen und partizipativen Aspekten insbesondere auch dazu, aus den Erfahrungen mit der Online-Befragung zur Tages- und Nachtpflege zu lernen und qualifizierte Erkenntnisse für die Ausgestaltung zukünftiger Online-Befragungen zu gewinnen. Dies betrifft insbesondere zum einen Inhalte, Art, Umfang und Gestaltung des Erhebungsinstruments, zum anderen die Einbeziehung von und die Zusammenarbeit mit für die Befragung wichtigen Kooperationspartnern bei der Konzeptionierung und der Durchführung sowie bei der Bewertung der Ergebnisse und der weiteren Verwendung der Erkenntnisse (Ableitung von Maßnahmen). Aus Sicht des Landesvereins kommt dabei den Mitgliedern des LPA eine zentrale Bedeutung zu.

2. Befragungskonzept

Im Rahmen der Erstellung des Fragebogens baten wir zahlreiche Mitglieder des Landespflegeausschusses um sachdienliche Hinweise zum Befragungskonzept (Pflegekassen, Land Berlin, Leistungserbringer, Mitgliedergruppe 1, pflegeflankierende Beratungsangebote). In die Konzeptionierung des Fragebogens flossen ein konkrete Vorschläge und Hinweise von Seiten der Wissenschaft (Prof. Andreas Büscher, Dr. Florian Fischer), der zuständigen Verwaltungen auf Landes- und Bundesebene (SenWGP, BMG), der Anbieterseite (Hr. Marco Peschke, Fr. Damaris Koch-Christen, Hr. Andreas Becker), Angehörigen der Mitgliedsgruppe 1 (Fr. Prof. Sinja Meyer-Rötz, Frau Stickel (KPE), Hr. Metzinger), der pflegeergänzenden Beratungsinfrastruktur (Pflegestützpunkte) sowie Mitgliedern des Landesvereins. Das Angebot, den Fragebogen mit der Anbieterseite (Fachausschüsse Ambulante Pflege und Altenhilfe/stationäre Pflege) zu besprechen, wurde nicht aufgegriffen.

Primäre Ziele der Befragung sind – inhaltlich: Erhöhung des Bekanntheitsgrads des Angebots bei Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen und Beförderung der Inanspruchnahme; eine qualifizierte Datenbasis zu Inanspruchnahme, Bedarfslagen, Entwicklungsbedarfen und -potentialen der Tages- und Nachtpflege; Einblick in Stärken und Schwächen des Informations- und Beratungsangebots zur Tages-/Nachtpflege; Erweiterung des Wissensstands zur Versorgungssituation in der häuslichen Pflege. Methodisch: Erprobung und Weiterentwicklung des Erhebungsinstruments; Optimierung der Zusammenarbeit mit wichtigen Kooperationspartnern; Ableitung von Maßnahmen. Partizipativ: unmittelbare Beteiligung Pflegebedürftiger und pflegender An- und Zugehöriger an der Weiterentwicklung des Angebots.

3. Adressaten

Die Befragung richtet sich primär an Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige als diejenigen, die das Angebot unmittelbar benötigen.

4. Nutzen

- Erhöhung des Bekanntheitsgrads – Beförderung der Inanspruchnahme.
- Erhöhung des Wissensstands: vertiefter Aufschluss zur derzeitigen Inanspruchnahme, zu nicht gedeckten Bedarfen, zu Aspekten, die Inanspruchnahme befördern/erschweren, zur Information/Beratung zum Angebot sowie zu Weiterentwicklungsbedarfen.
- Die Ergebnisse können allen an der Planung, Entwicklung, Etablierung und Weiterentwicklung von Tages-/Nachtpflegen beteiligten Akteuren wichtige Informationen und Impulse beisteuern, um das Angebot in Berlin bedarfsgerechter zu gestalten sowie Lücken im Angebot zu schließen.
- Partizipation: Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige können mit der Beteiligung an der Umfrage ihre Erfahrungen und Wünsche in die Weiterentwicklung des Angebots in Berlin einbringen und so seine Zukunft mitgestalten.

6. Bitte um Unterstützung der Befragung

Bekanntermaßen ist es ausgesprochen schwierig, Pflegebedürftige und pflegende Angehörige zu erreichen. Die Möglichkeiten des Landesvereins selbst hierzu sind ausgesprochen begrenzt. Der Landesverein bat deshalb breit um Unterstützung. Adressatenspezifisch wurden die Vorsitzenden des LPA, die Pflegekassen, SenWGP, die Pflegebeauftragte, die Verbände der Leistungserbringer, die LIGA-Fachausschüsse Ambulante Pflege und Altenhilfe/stationäre Pflege, das Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung (KPE, AUA), Pflegestützpunkte, die Stadtteilzentren/Nachbarschaftshäuser/Selbsthilfekontaktstellen und weitere wichtige Multiplikatoren wie der Landesseniorenbeirat und seine AG Gesundheit und Pflege sowie der Landesbeirat für Menschen mit Behinderung um Unterstützung gebeten.

Gebeten um bzw. als Maßnahme zur Unterstützung vorgeschlagen wurden u. a.: Pressemitteilung; Hinweis auf die Befragung/Verlinkung auf der Webseite; Aufnahme in Newsletter; Werbung für Unterstützung bei anderen Mitgliedern des Landespflegeausschusses; Austausch in den LIGA-Fachausschüssen Ambulante Pflege und Altenhilfe/stationäre Pflege; Austausch in einschlägigen Fachausschüssen auf Verbandsebene; Werbung für Unterstützung bei (relevanten) Mitgliedsorganisationen; gezielte Ansprache von Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen in den Tagespflegen, in Gruppen für pflegende Angehörige/Selbsthilfeangeboten/AuA und im Rahmen von Informations- und Beratungsangeboten; Hinweise im Rahmen der Sachleistungseinsätze der Pflegedienste sowie der Beratungsbesuche gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI; Hinweis auf die Befragung und Werbung für Unterstützung in weiteren Austauschformaten sowie bei anderen Multiplikatoren.

7. Maßnahmen des Landesvereins zur Beförderung der Teilnahme

Der Landesverein selbst nahm zur weiteren Beförderung der Teilnahme folgende Maßnahmen vor: Überarbeitung der Ansprache auf der Webseite; Freigabe des Umfangs der Bearbeitung; erneute Bitte um Unterstützung der Befragung im LPA am 10.03.2026; Postkarte (verteilt seit dem 10.03.; Datei beigefügt); Kurzinformation zur Befragung zur Weitergabe an Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige (Datei beigefügt); KI-unterstützte Zwischenauswertungen (Anlagen Handout); vertiefte Information an den LPA – Erneuerung der Bitte um Unterstützung.

8. Entwicklung der Teilnahme an der Befragung

Die Online-Umfrage zur Bedarfserhebung für Tages- und Nachtpflege in Berlin wird seit Februar 2026 durchgeführt. Entwicklung (Datum – Teilnahmen – vollständig abgeschlossen – Abschlussquote):

27.02.2026 – 67 – 10 – 14,9 %
10.03.2026 – 127 – 21 – 16,5 %
15.03.2026 – 144 – 25 – 17,4 %
01.04.2026 – 164 – 30 – 18,3 %
17.04.2026 – 167 – 31 – 18,6 %

Die Daten weisen aus, dass sich die Abschlussquote erhöhte. Nichtsdestotrotz ist die Abbruchquote mit 81,4 % deutlich zu hoch. Die hohe Abbruchrate lässt sich zum einen auf den erheblichen Umfang des Fragebogens (316 Erhebungsmerkmale auf 7 Seiten) zurückführen. Dieser resultierte insbesondere aus dem Interesse, mehrere – ggf. zu viele – Zielsetzungen gleichzeitig zu verfolgen. Zum anderen resultiert die Abbruchquote aber auch aus Art und Umfang der Ansprache der Zielgruppe und der Vermittlung des Nutzens der Befragung. Hätten wir weitere fachlich berechtigte Vorschläge und Wünsche aufgegriffen, die uns im Vorfeld zugingen, hätte sich der Umfang des Fragebogens noch einmal deutlich erhöht. Vorgeschlagen wurde: 1. die Nachtpflege eigenständig abzufragen; 2. Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige getrennt zu befragen, um Unterschiede in Ausgangslage, Interessen und Bedarfen besser abbilden zu können.

9. Zwischenauswertungen

Der Landesverein nahm mit Unterstützung durch KI kontinuierlich Zwischenauswertungen vor. Trotz der eingeschränkten Fallzahl und der hohen Abbruchquote deuten sich erste konsistente Muster an, die als Trendaussagen – nicht als repräsentative Ergebnisse – gewertet werden können. Sie liefern Hinweise auf strukturelle Defizite und konkrete Bedarfe. Die Zwischenauswertung vom 01.04.2026 benannte u. a.: 68 % der Befragten nutzen aktuell keine Tages-/Nachtpflege, obwohl der Bedarf groß

ist; hohe Zufriedenheit der Nutzenden (90 % zufrieden oder sehr zufrieden); hohe bis sehr hohe Belastung pflegender Angehöriger (35 % an oder über der Belastungsgrenze); erhebliche Wissenslücken bei den Pflegeversicherungsleistungen – mit ersten Handlungsempfehlungen zu Information und Zugang, Akzeptanz, Mobilität und Zuzahlungen, Angebotslücken, Entlastung der Angehörigen und finanziellen Hürden.

Die Zwischenauswertung vom 17.04.2026 bündelte sieben zentrale Befunde: (1) hoher Entlastungs- und Teilhabennutzen; (2) Demenz dominiert den gewünschten Versorgungsschwerpunkt (21 von 24); (3) der verlässliche Ansprechpartner ist Qualitätsfaktor Nr. 1 (100 % Zustimmung – das einheitlichste Votum der gesamten Umfrage); (4) finanzielle und Akzeptanz-Hürden blockieren die Nutzung; (5) pflegende Angehörige sind alarmierend belastet (17 von 27 Hauptpflegepersonen mit hoher oder sehr hoher Belastung); (6) Entlastungsleistungen werden zu wenig genutzt (Umwandlungsanspruch und Gemeinsamer Jahresbetrag vielfach unbekannt); (7) die digitale Informationslage ist uneinheitlich – die eigene Internetrecherche ist die häufigste Informationsquelle, mit stark streuender Qualität.

10. Befragung Tagespflege ist Einstieg in eine Serie von Befragungen

Für den Landesverein ist die Befragung der Einstieg in weitere Befragungen; als Gegenstand der nächsten Befragung ist derzeit die Kurzzeitpflege vorgesehen. Erste Hinweise für die Planung von Folgebefragungen sind: den Zielkatalog überarbeiten, präzisieren und ggf. reduzieren; den unmittelbaren Nutzen für die Zielgruppe stärker herausstellen; Art und Umfang des Fragenkatalogs vorab noch besser klären (welche Daten sind entscheidungsrelevant und nur über die Befragung zu gewinnen; ggf. Reduktion auf wenige Kernfragen); noch stärkere Nutzung von KI im Vorfeld (u. a. wurde eine Fassung in einfacher Sprache geprüft, die sich mit dem umfangreichen Fragebogen als nicht kompatibel erwies, aber wertvolle Hinweise für Folgebefragungen lieferte); Intensivierung der Zusammenarbeit mit den wichtigsten Kooperationspartnern (Klärung der Unterstützungsbereitschaft, größerer zeitlicher Vorlauf, gezielte Planung und Abstimmung der Öffentlichkeitsarbeit).

11. Ausblick / weitere Vorgehensweise

Der Erhebungszeitraum wurde bis zum 31.05.2026 verlängert; einer weiteren Verlängerung stand der Landesverein offen gegenüber. Alle Mitglieder des LPA wurden gebeten, ihre Möglichkeiten zur Unterstützung zu nutzen. Zur schnellen Ansprache der Zielgruppe wurden eine Postkarte und eine Kurzinformation erstellt; zur internen Information dienten die Zwischenauswertungen. Der Landesverein kündigte an, die Auswertung weiterhin KI-gestützt vorzunehmen und die Erkenntnisse, Daten und seine Bewertung anschließend zu übermitteln – verbunden mit dem Vorschlag, die abschließende Bewertung gemeinsam vorzunehmen, mit den Schwerpunkten: fachlich-inhaltliche Ergebnisse und Schlussfolgerungen; Erkenntnisse für den weiteren Umgang mit dem Instrument Befragung; Zusammenarbeit im LPA. Für die LPA-Sitzung am 01.06.2026 wurde der Tagesordnungspunkt „Befragung Tages-/Nachtpflege: Berichterstattung zum Stand und Abstimmung der weiteren Vorgehensweise“ beantragt.

Anlage 4 Acht-Punkte-Analyse der Beratungs- und Informationswege

Diese Analyse gehört inhaltlich zu Kapitel 8.5 und fasst die einzelnen Beratungs- und Informationswege bewertend zusammen. Die Zahlen sind auf Basis der geprüften Befragungsdaten aktualisiert. Die

Bewertungsanteile beziehen sich einheitlich auf die Bewertenden (Frage D2, N ohne „keine Angabe“), die Reichweite auf die Basis von 35 Personen (Frage D1).

Vorbehalt: Die Fallzahlen sind klein (Reichweite je Weg 1–26; Bewertende 4–26). Die Anteile beruhen auf einer sehr kleinen Basis – insbesondere bei Kontaktstelle PflegeEngagement, Bezirksamt und weiteren Beratungsstellen. Man kann sie damit nur als Tendenz zu lesen. Allerdings kann man davon ausgehen, dass die Teilnehmenden überdurchschnittlich informiert sind (Selbstselektion).

Übersicht: Reichweite und erlebter Nutzen der Beratungs- und Informationswege.

Weg / Quelle	genannt (D1, n / 35)	positiv (D2, pos / bew.)	positiv in %*	Reichweite in %
Eigene Recherche (Internet, KI)	26	13 / 26	50,0 %	74,3 %
Pflegestützpunkt / Pflegeberatung / Compass	18	17 / 20	85,0 %	51,4 %
Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI	18	9 / 17	52,9 %	51,4 %
Medizinischer Dienst (Begutachtung)	15	9 / 18	50,0 %	42,9 %
Selbsthilfeorganisation	15	8 / 10	80,0 %	42,9 %
Andere pflegende An- und Zugehörige	14	12 / 18	66,7 %	40,0 %
Hausärztin / Hausarzt	12	7 / 13	53,8 %	34,3 %
Pflegedienst	9	9 / 15	60,0 %	25,7 %
Kontaktstelle PflegeEngagement	7	5 / 7	71,4 %	20,0 %
Pflegekasse	7	7 / 14	50,0 %	20,0 %
Krankenhaus-Sozialdienst	7	5 / 12	41,7 %	20,0 %
Bezirksamt (Hilfe zur Pflege)	1	1 / 4	25,0 %	2,9 %

* „positiv in %“ = „sehr gut“ + „gut“ bezogen auf die Bewertenden (D2, N ohne k. A.). Reichweite = Anteil an den 35 Personen der D1-Basis. Quelle: Onlinebefragung wir pflegen Berlin 2026, Fragen D1/D2.

1. Eigene Internet- und KI-Recherche – dominant, aber nur mittel wirksam

Befund. Mit 26 von 35 Nennungen (74,3 %) die mit Abstand häufigste Informationsquelle, weit vor allen institutionellen Wegen. Der erlebte Nutzen ist aber nur mittel: 13 von 26 Bewertenden (50 %) stufen sie als (sehr) hilfreich ein.

Interpretation. Das Informationsverhalten ist stark eigeninitiativ und digital geprägt. Dass die Eigenrecherche die institutionelle Beratung überflügelt, ist ein Warnsignal: Die formellen Wege erreichen die Betroffenen nicht zuerst – knapp die Hälfte findet dabei nicht das Passende.

Bewertung. Die digitale Informationslage ist qualitativ zu stärken (strukturiert, ortsbezogen, mit Kosten- und Qualitätsangaben). Ein trägerunabhängiges, qualitätsgesichertes digitales Angebot kann die Lücke gezielt schließen. Adressaten: Land, Pflegekassen, trägerunabhängige Verbände.

2. Pflegestützpunkt / Pflegeberatung / Compass – am wirksamsten, aber zu wenig Reichweite

Befund. Beste Bewertung aller institutionellen Angebote: 17 von 20 Bewertenden (85 %) „gut/sehr gut“, dazu der höchste „sehr gut“-Anteil (10 von 23; 43,5 %). Die Reichweite bleibt begrenzt: nur 18 von 35 (51,4 %) nennen ihn als Weg.

Interpretation. Wo professionelle Beratung ankommt, ist sie wirksam und geschätzt. Das Problem ist primär Reichweite und Zugang, nicht die Qualität der Stützpunkte.

Bewertung. Klare Ausrichtung auf die Pflegestützpunkte und stringente Verweisstruktur anderer Akteure. Reichweite über die heutige Hälfte hinaus durch Ausbau, bessere Bekanntmachung und aufsuchende Formate erhöhen. Adressaten: Land, Pflegekassen, Pflegestützpunkte.

3. Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflicht mit nur durchschnittlicher Wirkung

Befund. Ebenso häufig genutzt wie der Pflegestützpunkt (18 von 35; 51,4 %), obwohl für Pflegegeld-beziehende regelhaft verpflichtend. Positiv nur 9 von 17 Bewertenden (52,9 %); drei „wenig/gar nicht“.

Interpretation. Gemessen an ihrer flächendeckenden, verpflichtenden Reichweite schneiden die Einsätze nur durchschnittlich ab. Ihr Potenzial als verlässlicher Beratungsanlass wird nicht ausgeschöpft.

Bewertung. Auftrag, Qualität und Wirkung überprüfen und stärker auf Anspruchsberatung und Verweisung ausrichten. Adressaten: Pflegekassen, anerkannte Beratungsstellen, Land.

4. Medizinischer Dienst und Hausärztinnen/Hausärzte – relevante, aber nur teils überzeugende Wegweiser

Befund. Medizinischer Dienst: 15 von 35 (42,9 %), positiv 9 von 18 (50 %), zugleich fünf negative Bewertungen. Hausärztin/Hausarzt: 12 von 35 (34,3 %), positiv 7 von 13 (53,8 %).

Interpretation. Beide sind wichtige Erstkontakte, werden aber nur teilweise als kompetente Wegweiser erlebt. Im Begutachtungs- bzw. hausärztlichen Kontakt liegt ungenutztes Verweispotenzial.

Bewertung. Medizinischer Dienst und Hausarztpraxen noch mehr als strukturierte Erstverweiser gewinnen (z. B. verbindliche Weiterleitung an Pflegestützpunkte). Adressaten: Medizinischer Dienst, KV/Ärzteschaft, Land, Pflegekassen.

5. Selbsthilfe und Peer-Beratung – wirksam und unterschätzt

Befund. Selbsthilfeorganisationen: 15 von 35 (42,9 %), positiv 8 von 10 (80,0 %). Andere pflegende Angehörige: 14 von 35 (40,0 %), positiv 12 von 18 (66,7 %). (Kleine Bewertungsbasen.)

Interpretation. Peer- und Selbsthilfeangebote werden überdurchschnittlich hilfreich erlebt. Sie sind wirksame, niedrigschwellige und kostengünstige Ergänzungen zur professionellen Beratung.

Bewertung. Selbsthilfe und Peer-Beratung gezielt stärken und fördern. Ihr Beitrag verdient mehr Beachtung. Adressaten: Land, Pflegekassen, Kontaktstellen, Selbsthilfe.

6. Pflegedienste – nachrangiger, aber positiv erlebter Zugangsweg mit Interessenlage

Befund. Als Zugangsweg nachrangig (9 von 35; 25,7 %), wo beteiligt aber gut bewertet (9 von 15; 60,0 %).

Interpretation. Pflegedienste sind, wenn sie beraten, eine gute Hilfe. Zu berücksichtigen ist ihre vielfach enge Träger- und Verbundnähe zu Tages-/Nachtpflegen, die eine (ggf. einseitige) Interessenlage begründet.

Bewertung. Als Hinweisgeber nutzen, zugleich Neutralität der Vermittlung sichern. Adressaten: Pflegedienste, Land, Pflegestützpunkte, Pflegekassen.

7. Kontaktstelle PflegeEngagement, Krankenhaus-Sozialdienst und Pflegekasse – nachrangige, aber relevante Wege

Befund. Je 7 von 35 (20,0 %). Bewertung heterogen: Kontaktstelle 5 von 7 positiv (71,4 %; sehr kleine Basis), Pflegekasse 7 von 14 (50,0 %), Krankenhaus-Sozialdienst nur 5 von 12 (41,7 %).

Interpretation. Auffällig ist, dass die leistungsgewährende Pflegekasse kaum als aktive Informationsquelle erscheint und der Krankenhaus-Sozialdienst – ein wichtiger Übergangsakteur – schwach abschneidet.

Bewertung. Krankenhaus-Sozialdienste aktiv in Information und Übergangsgestaltung einbinden. Mit Pflegekassen Art und Umfang ihres Beitrags klären. Hintergrund ist, dass sich die Pflegekassen vielfach der Pflegestützpunkte als Beratungsangebot bedienen, für einen Teil der Pflegestützpunkte selbst Träger sind und die Fragestellung nicht klar genug zur Geschäftsstellentätigkeit abgrenzt. Kontaktstellen PflegeEngagement als wohnortnahe Ehrenamts- und Selbsthilfeanker stärken. Adressaten: Pflege- und Krankenkassen, Entlassmanagement Krankenhäuser, Bezirke, Land.

Hinweis zum Entlassmanagement Krankenhäuser: Der Landesverein setzt sich aktuell gemeinsam mit weiteren Mitglieder der AG Gesundheit und Pflege des LSBB, der Patientenbeauftragten, der Pflegebeauftragten, QVNIA, Beauftragte Menschen mit Behinderung Libg, LAG DVSG im Rahmen einer AG für eine Verbesserung des Berliner Entlassmanagements ein.

8. Bezirksamt / Hilfe zur Pflege – praktisch unsichtbar

Befund. Nur 1 von 35 (2,9 %) und schwach bewertet (1 von 4 Bewertenden positiv; sehr kleine Basis).

Interpretation. Der gesetzlich vorgesehene kommunale Akteur mit Informations- und Beratungsauftrag und (Mit-)Kostenträgerfunktion erreicht die Pflegehaushalte nicht – eine erhebliche Lücke, zumal ein hoher Wunsch nach Information über die Kostenübernahme im Rahmen der Hilfe zur Pflege besteht (D3: 16 von 33).

Bewertung. Rolle der Bezirke klären und die Hilfe zur Pflege deutlich bekannter machen. Das Bezirksamt als aktiven Informations- und Beratungsakteur aktivieren. Adressaten: Bezirke, Land.

Gesamtbild

Über alle acht Wege hinweg zeigt sich dieselbe Grundstruktur: Die Betroffenen recherchieren zuerst selbst; die wirksamsten Wege (Pflegestützpunkt, Selbsthilfe, Peer-Beratung) werden zu selten erreicht; die leistungsgewährende Kasse und der kommunale Akteur sind kaum sichtbar. Der Handlungsauftrag lautet daher nicht „mehr Angebote“, sondern bessere Sichtbarkeit, eine stringente Verweisstruktur, aufsuchende Formate und eine qualitätsgesicherte digitale Information – konsequent von den Bedarfen der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen her gedacht.

Anlage 5 Schwerpunktanalyse „Information und Beratung zur Tages- und Nachtpflege“

Diese Schwerpunktanalyse (Stand Juni 2026) vertieft Kapitel 8.5 des Berichts. Sie erfasst und bewertet Informations- und Beratungsangebote, die pflegebedürftigen Menschen und ihren An- und Zugehörigen zur Tages- und Nachtpflege zur Verfügung stehen – bundesweit und im Land Berlin. Sie ordnet sie strukturell nach vier Dimensionen: Reichweite (Bund vs. Land Berlin), Darreichungsform (online, schriftlich, persönlich), Status (gesetzlich verankert, verbandlich/körperschaftlich, privatwirtschaftlich) sowie Art und Grad ihrer Unabhängigkeit. Die digitalen Plattformen werden gesondert dargestellt. Abschließend folgt eine Bewertung aus Sicht beider Zielgruppen.

Die Bewertung nutzt die in der Berliner Befragung sichtbar gewordenen Bedürfnisse als Maßstab: an erster Stelle Kostentransparenz und Information über Eigenanteile (von 84,8 % der Antwortenden gewünscht), gefolgt von wohnortnaher Erreichbarkeit, Zielgruppenpassung (Demenz, jüngere und komplexe Bedarfe, Nachtpflege), einer verlässlichen persönlichen Lotsenbegleitung (verlässlicher Ansprechpartner: 85,7 % „sehr wichtig“), Unabhängigkeit/Werbefreiheit, der Sichtbarkeit freier Plätze (Wunsch nach Platzbörse) sowie Mehrsprachigkeit und Entbürokratisierung (u. a. Direktabrechnung der Zuzahlung). Diese Kriterien strukturieren Teil D.

Quellen (recherchiert Juni 2026, paraphrasiert): BMG (Online-Ratgeber Pflege, gesund.bund.de, Bürgertelefon); BMFSFJ (wege-zur-pflege.de, Pflegetelefon, Wegweiser Demenz); vdek-Pflegelotse, AOK-Pflegenavigator, BKK-PflegeFinder (DCS-Qualitätsdaten §§114/115 SGB XI); ZQP; Stiftung UPD; berlin.de/sen/pflege, pflugestuetzpunkteberlin.de, hilfelotse-berlin.de; betanet, pflege.de, pflegedschungel.de. Leistungsbeträge: § 41 SGB XI (2025/2026).

A Bundesweite Angebote

Auf Bundesebene liegt der Schwerpunkt auf Rechtsansprüchen, standardisierter Aufklärung und bundesweiten Such- und Vergleichsdatenbanken – nicht auf regionaler Einzelfallvermittlung. Die Angebote werden nach ihrem Status gruppiert und jeweils nach Darreichungsform und Unabhängigkeit eingeordnet.

A.1 Gesetzlich/staatlich verankerte Angebote

Gesetzlicher Beratungsanspruch (§§ 7a, 7b, 37 Abs. 3, 45 SGB XI). Kern der bundesweiten Struktur ist der individuelle Rechtsanspruch auf Pflegeberatung (§ 7a) – persönlich, auch aufsuchend, mit Versorgungsplan –, ergänzt um den Beratungsgutschein (§ 7b), die verpflichtenden Beratungseinsätze bei Pflegegeldbezug (§ 37 Abs. 3) und die kostenfreien Pflegekurse (§ 45). Träger sind die Pflegekassen; für privat Versicherte erbringt die compass private Pflegeberatung diesen Anspruch bundesweit aufsuchend (kostenfreie Hotline 0800 101 88 00). Darreichung: persönlich/telefonisch und schriftlich. Unabhängigkeit: gesetzlich garantiert, aber an die jeweilige Kasse gebunden – die Beratung kennt vor allem die eigenen Leistungen; eine anbieterneutrale Markttransparenz leistet sie nur eingeschränkt.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Das BMG stellt amtliche Informationen zu den Leistungsansprüchen bereit: online über den „Online-Ratgeber Pflege“ und das Gesundheitsportal gesund.bund.de (teilstationäre Pflege, Leistungsbeträge, Praxisablauf), schriftlich über Broschüren („Ratgeber Pflege“, „Pflegeleistungen zum Nachschlagen“) und persönlich über das Bürgertelefon zur

Pflegeversicherung (030 340 60 66-02). Es leistet keine regionale Einzelfallberatung und führt keine Verzeichnisse freier Plätze; dafür verweist es auf Pflegekassen und Pflegestützpunkte. Unabhängigkeit: staatlich-neutral, werbefrei, ohne Produktinteresse.

Bundesfamilien- und Seniorenministerium (BMFSFJ). Komplementär dazu adressiert das BMFSFJ ausdrücklich die pflegenden Angehörigen: Das Portal „Wege zur Pflege“ und das Pflegetelefon (030 20179131, Mo–Do 9–18 Uhr, anonym und vertraulich) beraten zu Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, Pflegezeit/Familienpflegezeit und zu belastenden Situationen und vermitteln bei Bedarf an Angebote vor Ort. Der „Wegweiser Demenz“ mit der Datenbank „Hilfe in meiner Nähe“ ergänzt dies thematisch. Darreichung: online und persönlich/telefonisch. Unabhängigkeit: staatlich-neutral. Für die in der Befragung dominante Entlastungs- und Vereinbarkeitsfrage ist diese Ebene besonders einschlägig.

A.2 Verbandlich/körperschaftlich getragene Angebote

Datenbanken der Pflegekassen (Pflegetotse, Pflegenavigator, PflegeFinder). Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen die bundesweiten Such- und Vergleichsportale: den vdek-Pflegetoten (pflegetotse.de), den AOK-Pflegenavigator, den BKK-PflegeFinder sowie die Pflegetoten von IKK und Knappschaft. Dass es mehrere Portale gibt, ist eine Frage der Oberfläche, nicht der Daten: Alle speisen sich aus derselben zentralen Qualitäts- und Strukturdatenbank (DCS) auf Basis der Qualitätsprüfungen nach §§ 114/115 SGB XI. Sie weisen Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen mit Adressen, Leistungen, Pflegesätzen und Qualitätsergebnissen aus; der AOK-Navigator bietet zudem einen Kostenkalkulator, der vdek-Pflegetotse Inhalte in Leichter Sprache und Gebärdensprache. Darreichung: online. Unabhängigkeit: anbieterneutral (kein „Erkaufen“ von Plätzen), aber auf Selbstauskünften und Prüfdaten beruhend – ohne Echtzeit-Anzeige freier Plätze und ohne Nutzerbewertungen.

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Das ZQP ist eine gemeinnützige, werbefreie Stiftung. Es stellt evidenzbasierte Online-Ratgeber und Broschüren bereit (Schwerpunkte Entlastung pflegender Angehöriger und Qualitätskriterien guter teilstationärer Pflege) und betreibt eine Datenbank zum Auffinden von Pflegestützpunkten (pflegeberatung.zqp.de). Darreichung: online und schriftlich. Unabhängigkeit: hoch – wissenschaftlich, werbefrei, ohne Vermittlungsinteresse.

Selbsthilfe und Interessenvertretungen (bundesweit). Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Alzheimer-Telefon 030 259 37 95 14), der Bundesverband wir pflegen e.V. sowie Wohlfahrtsverbände (u. a. AWO mit eigener Online-Pflegeberatung) bieten thematische und zielgruppenspezifische Information und Beratung. Darreichung: online, schriftlich, persönlich/telefonisch. Unabhängigkeit: hoch im Sinne der Betroffeneninteressen, teils jedoch träger- bzw. organisationsgebunden.

Stiftung Unabhängige Patientenberatung (UPD). Die 2024 als Stiftung neu aufgestellte UPD berät bundesweit kostenfrei und neutral zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen (Beratungstelefon 0800 011 77 22; seit 2026 auch schriftlich/online, persönliche Beratung in mehreren Städten). Für die Tages-/Nachtpflege ist sie allerdings nur am Rande einschlägig, da der Beratungsauftrag schwerpunktmäßig auf das Leistungsspektrum der Krankenversicherung ausgerichtet ist. Unabhängigkeit: erklärt unabhängig, jedoch kassenfinanziert.

A.3 Privatwirtschaftliche Angebote

Kommerzielle Portale mit Vermittlung (pflege.de). pflege.de bietet verständliche Schritt-für-Schritt-Anleitungen und regionale Suchmasken und finanziert sich über die Vermittlung von Anbietern und

Produkten. Darreichung: online. Unabhängigkeit: niedrig – Vermittlungs- und Werbeinteressen (z. B. Folgekontakte zu Hilfsmitteln, Notruf) sind systemimmanent.

Spezialisierte Informations- und Rechnerportale (pflege-dschungel.de). pflege-dschungel.de bietet interaktive Budget- und Kombinationsrechner, die den realen Eigenanteil und das verbleibende Pflegegeld bei kombinierter Nutzung individuell ermitteln. Darreichung: online. Unabhängigkeit: mittel – privat betrieben, aber sachorientiert und ohne aggressive Produktvermittlung.

Redaktions- und Community-Portale (angehoerige-pflegen.de). Dieses Portal verbindet redaktionelle Inhalte mit einem Forum und Erfahrungsberichten und fängt vor allem die emotionale Seite (Schuldgefühle, Eingewöhnung, anfängliche Ablehnung) auf. Darreichung: online. Unabhängigkeit: mittel – redaktionell, mit kommerziellem Umfeld.

Gemeinnützige Fachportale (betanet). betanet (beta Institut, gemeinnützig) bietet sachliche, rechtlich präzise und werbearme Übersichten zu Tages-/Nachtpflege, Kosten und Ansprüchen. Darreichung: online und als PDF. Unabhängigkeit: vergleichsweise hoch für ein nicht-staatliches Angebot – gemeinnützig, sachorientiert.

Hinweis: § 41 SGB XI gewährt die Tages-/Nachtpflege „on top“ zu Pflegegeld/Sachleistung ohne gegenseitige Anrechnung; eine Kürzung betrifft nur die Kombinationspflege nach § 38. Diese in der Beratung oft missverstandene Regel wird von BMG, betanet und pflege.de korrekt, von pflege-dschungel.de zusätzlich rechnerisch dargestellt.

B Angebote im Land Berlin

Berlin verfügt über eine im Ländervergleich dichte, gesetzlich verankerte und überwiegend öffentlich refinanzierte Beratungsstruktur, ergänzt um verbandliche und zielgruppenspezifische Angebote. Auch hier erfolgt die Gliederung nach Status, jeweils mit Darreichungsform und Unabhängigkeit.

B.1 Gesetzlich/staatlich verankerte Angebote des Landes

Pflegestützpunkte Berlin (§ 7c SGB XI). Die 36 Berliner Pflegestützpunkte – drei je Bezirk – sind die zentrale, trägerneutrale und kostenfreie Anlaufstelle in gemeinsamer Trägerschaft des Landes Berlin und der Pflege- und Krankenkassen. Sie informieren, beraten und koordinieren (Lotsen- und Case-Management-Funktion) persönlich vor Ort, telefonisch über das gemeinsame Servicetelefon (0800 59 500 59, Mo–Fr 9–18 Uhr), per Video sowie über Hausbesuche; offene Sprechzeiten bestehen dienstags und donnerstags. 2023 nutzten rund 114.000 Ratsuchende das Angebot. Darreichung: persönlich, telefonisch, online (Standort- und Themenseiten) und schriftlich (Infoblätter). Unabhängigkeit: hoch – kostenlos, trägerneutral, verbraucherorientiert; sie geben jedoch aus Neutralitätsgründen keine Anbieterbewertungen ab.

Mehrsprachigkeit und Zielgruppen. Die Informationsblätter der Pflegestützpunkte liegen neben Deutsch u. a. in Englisch, Polnisch, Arabisch und Türkisch vor; für Menschen mit Migrationshintergrund kooperieren die Stützpunkte mit den Interkulturellen Brückenbauerinnen und Brückenbauern, für Familien mit pflegebedürftigen Kindern stehen geschulte Ansprechpersonen bereit. Dieser Zugang adressiert genau die in der Befragung sichtbare Lücke (100 % deutschsprachige Bearbeitung, Verständlichkeitskritik an Fachbegriffen).

Senatsverwaltung (SenWGP). Das Land informiert über die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung – online (berlin.de/sen/pflege, Landespflegeplan) und schriftlich über die Broschüre „Pflege kompakt Berlin“, die einen Überblick zu Anlaufstellen und Leistungen der häuslichen Pflege gibt. Darreichung: online und schriftlich. Unabhängigkeit: staatlich-neutral.

B.2 Verbandlich getragene und zielgruppenspezifische Angebote

Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung / Kontaktstellen PflegeEngagement. Das landesgeförderte Netz (pflegeunterstuetzung-berlin.de) bündelt niedrigschwellige Entlastungs-, Engagement- und Gruppenangebote in den Bezirken. Darreichung: persönlich und online. Unabhängigkeit: hoch, gemeinwohlorientiert.

Pflege in Not Berlin. Eine unabhängige Beratungsstelle speziell für Konflikte, Beschwerden und Überlastung – mit Beratung, Krisenintervention und Mediation auch gegenüber Einrichtungen. Darreichung: persönlich und telefonisch. Unabhängigkeit: hoch – ausdrücklich anbieter- und konfliktunabhängig; deckt eine Funktion ab, die die neutralitätsverpflichteten Pflegestützpunkte nicht leisten dürfen.

Selbsthilfe und zielgruppenspezifische Fachstellen. Die Alzheimer-Gesellschaft Berlin (Demenz-Ratgeber und -Beratung), Fachstellen für pflegende Angehörige, die Regionale Arbeitsgemeinschaft Angehörigenberatung (RAGA) mit dem jährlichen Handbuch „Angebote für pflegende Angehörige in Berlin“ sowie zielgruppenspezifische Stellen (interkulturelle Angebote, Fachstelle für LSBTI* im Alter und in der Pflege) bieten biografie- und kultursensible Beratung. Darreichung: persönlich, schriftlich, online. Unabhängigkeit: hoch im Sinne der Betroffenen, teils trägergebunden.

wir pflegen Berlin e.V. Als Interessenvertretung pflegender An- und Zugehöriger bietet der Verein Peer-orientierte Information, politische Vertretung und – wie die zugrunde liegende Befragung zeigt – eine eigenständige, betroffenennahe Wissensquelle. Unabhängigkeit: hoch (Betroffenenvertretung).

Quellen Berlin: berlin.de/sen/pflege (Pflegestützpunkte, § 7c-Landesrahmenvertrag, Steckbrief Pflegestützpunkte 2023/2024); pflegestuetzpunkteberlin.de; hilfelotse-berlin.de; pflegeunterstuetzung-berlin.de; Diakonie/Pflege in Not. Recherchiert Juni 2026.

C Digitale Plattformen im Überblick

Die digitalen Angebote lassen sich nach Funktion ordnen: informierende Portale, Such- und Vergleichsdatenbanken sowie Rechner- und Hilfswerkzeuge. Eine echte, öffentlich zugängliche Echtzeit-Platzbörse für freie Tages-/Nachtpflegeplätze existiert – bundesweit wie in Berlin – bislang nicht.

C.1 Bundesweite Plattformen

- **Informationsportale (staatlich):** BMG-Online-Ratgeber Pflege und gesund.bund.de (Leistungen, Praxisablauf); BMFSFJ „Wege zur Pflege“ und „Wegweiser Demenz“ (Vereinbarkeit, Demenz, „Hilfe in meiner Nähe“).
- **Such- und Vergleichsdatenbanken (Pflegekassen):** vdek-Pflegelotse, AOK-Pflegenavigator, BKK-PflegeFinder, IKK-/Knappschaft-Pflegelotse – aus gemeinsamer DCS-Datengrundlage, mit Tages-

/Nachtpflege, Pflegesätzen und Qualitätsdaten; barrierearm (Leichte/Gebärdensprache beim Pflegelotsen), aber ohne Echtzeit-Plätze.

- **Fach- und Rechnerportale:** ZQP-Ratgeber (werbefrei); betanet (gemeinnützig, rechtssicher); pflege-dschungel.de (Budget-/Kombinationsrechner) als einziges Werkzeug, das den realen Eigenanteil individuell berechnet.
- **Kommerzielle Portale:** pflege.de (Suche und Anleitungen, vermittlungsfinanziert); angehörigepflegen.de (Magazin und Community).

C.2 Berliner Plattformen

Hilfelotse Berlin. Die landesgeförderte Online-Datenbank der Pflegestützpunkte (hilfelotse-berlin.de) bündelt rund 10.000 Einrichtungen und Dienste und erlaubt eine präzise Suche nach Postleitzahl, Bezirk oder Kiez sowie Filter nach Fremdsprachenkompetenz, Demenz-/gerontopsychiatrischem Schwerpunkt und Barrierefreiheit. Ergänzt wird sie durch das Servicetelefon. Unabhängigkeit: werbefrei und wettbewerbsneutral – Einträge sind nicht käuflich.

Seniorennetz Berlin und weitere Wegweiser. Das Seniorennetz Berlin (seniorennetz.berlin) und thematische Landesseiten ergänzen die Orientierung. Unabhängigkeit: landesgefördert, neutral.

Strukturelle Grenze aller Datenbanken. Bund wie Berlin zeigen Kontaktdaten und Strukturmerkmale, aber keine tagesaktuell freien Plätze. Angehörige müssen geeignete Einrichtungen weiterhin einzeln abtelefonieren und Wartelisten erfragen. Zudem beruhen viele Angaben auf Selbstauskünften und sind nicht standardisiert qualitätsgesichert; aus Neutralitätsgründen fehlen Nutzerbewertungen. Genau hier setzt der in der Befragung geäußerte Wunsch nach einer Platzbörse an.

Quellen: pflegelotse.de; aok.de/pflegenavigator; bkk-pflegefinder.de; zqp.de; betanet.de; pflege-dschungel.de; hilfelotse-berlin.de; seniorennetz.berlin. Recherchiert Juni 2026.

D Bewertung

D.1 Strukturüberblick (Reichweite · Darreichung · Status · Unabhängigkeit)

Angebot	Reichweite	Darreichungsform	Status	Einschätzung Unabhängigkeit
Pflegeberatung § 7a / compass (PKV)	Bund	persönlich, telefonisch, schriftlich	gesetzlich (Kassen/PKV)	hoch – kassengebunden
BMG (Online-Ratgeber, gesund.bund.de, Bürgertelefon)	Bund	online, schriftlich, telefonisch	staatlich	hoch – neutral
BMFSFJ (Wege zur Pflege, Pflegetelefon, Wegweiser Demenz)	Bund	online, telefonisch	staatlich	hoch – neutral
Pflegekassen-Datenbanken (vdek/AOK/BKK/IKK)	Bund	online	körperschaftlich (Kassen)	mittelhoch – anbieterneutral, Selbstauskünfte

ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege	Bund	online, schriftlich	Stiftung (gemeinnützig)	mittelhoch – werbefrei, Selbstauskünfte
Selbsthilfe/Verbände (Alzheimer Ges., wir pflegen, AWO)	Bund	online, schriftlich, persönlich	verbandlich	hoch – teils trägergebunden
betanet (beta Institut)	Bund	online, PDF	gemeinnützig	mittelhoch – sachorientiert
pflege-dschungel.de (Budgetrechner)	Bund	online	privatwirtschaftlich	hoch – sach- und betroffenenorientiert; Persönliche Begleitung über private Pflegeberatung
pflege.de / angehörige-pflegen.de	Bund	online	privatwirtschaftlich	niedrig – Vermittlung/Werbung
Pflegestützpunkte Berlin (§ 7c)	Berlin	persönlich, telefonisch, Video, online, schriftlich	gesetzlich (Land + Kassen)	hoch – trägerneutral
Hilfelotse Berlin (Datenbank)	Berlin	online, telefonisch	landesgefördert	mittelhoch – werbefrei, Selbstauskünfte
SenWGP („Pflege kompakt Berlin“)	Berlin	online, schriftlich	staatlich (Land)	hoch – neutral
Pflege in Not / Fachstellen	Berlin	persönlich, telefonisch	verbandlich (gefördert)	hoch – konfliktunabhängig

D.2 Einschätzung anhand der Kriterien der Befragung

Die folgende Matrix bewertet die Angebotstypen an den aus der Befragung gewonnenen Bedürfnissen. Legende: ● erfüllt · ◐ teilweise · ○ kaum/nicht.

Angebotstyp	Kosten-/Eigenanteil-Transparenz	Wohnort-nähe	Zielgruppen-pas-sung	Persönliche Lot-senbeglei-tung	Echtzeit / Platz-börse	Unab-hängig-keit
BMG / BMFSFJ (staatliche Information)	◐	○	◐	◐	○	●
Pflegeberatung § 7a / compass	◐	◐	◐	◐	○	●
Pflegekassen-Datenbanken (Bund)	◐	●	◐	○	○	◐

ZQP / betanet (Fachportale)						
pflege-dschungel.de (Rechner; private Pflegeberatung)						
pflege.de / Community						
Pflegestützpunkte / Helfelotse Berlin						
Selbsthilfe/zielgruppenspez. Berlin						

D.3 Stärken

- **Dichte, unabhängige Vor-Ort-Beratung in Berlin:** Die 36 Pflegestützpunkte bieten in jedem Bezirk eine kostenfreie, trägerneutrale, persönlich und aufsuchend erreichbare Lotsenberatung – sie treffen den in der Befragung wichtigsten Wunsch nach einem verlässlichen Ansprechpartner und waren dort zugleich die als am wirksamsten erlebte Hilfe.
- **Hohe fachliche Informationsqualität:** ZQP und betanet liefern werbefreie, rechtssichere Aufklärung; staatliche Portale (BMG, BMFSFJ) sichern Neutralität und decken mit „Wege zur Pflege“ die für Angehörige zentrale Vereinbarkeits- und Entlastungsperspektive ab.
- **Wohnortnahe Suche und Mehrsprachigkeit:** Der Helfelotse Berlin erlaubt eine kiezgenaue Suche mit Demenz-, Sprach- und Barrierefreiheitsfiltern; die mehrsprachigen Infoblätter und Interkulturellen Brückenbauer adressieren die in der Befragung erkennbare Zugangslücke.
- **Werkzeug für die Kostenrechnung:** pflege-dschungel.de schließt – als einziges Angebot – die Lücke zwischen Brutto-Budget und realem Eigenanteil und beantwortet damit die am häufigsten gestellte Frage der Befragten.

D.4 Schwächen

- **Netto-Kostentransparenz bleibt die größte Lücke:** Der mit Abstand häufigste Wunsch – Klarheit über Eigenanteile – wird von fast keinem Online-Angebot erfüllt. Datenbanken zeigen Pflegesätze, nicht den realen Eigenanteil inklusive „Hotelkosten“ und Fahrdienst; eine belastbare Auskunft entsteht erst im persönlichen Gespräch.
- **Keine Echtzeit-Plätze, keine Platzbörse:** Weder bundesweit noch in Berlin sind freie Plätze sichtbar; Angehörige müssen abtelefonieren. Der Befragungswunsch nach einer Platzbörse bleibt unerfüllt.
- **Blinder Fleck Nachtpflege:** Da Nachtpflege real kaum existiert (in Berlin nur wenige Plätze), fehlt sie in Beratung und Datenbanken nahezu vollständig – obwohl der Bedarf (gestörter Tag-Nacht-Rhythmus bei Demenz) in der Befragung sichtbar wird.
- **Kassengebundene und fragmentierte Information:** Die gesetzliche Kassenberatung kennt vor allem die eigenen Leistungen; die Eigenrecherche dominiert (in der Befragung mit Abstand häufigste Informationsquelle), während Pflegekasse und Bezirksamt kaum in Erscheinung treten. Die Vielzahl paralleler Portale überfordert zudem.

- **Selbstauskünfte ohne Bewertung:** Datenbankangaben sind überwiegend Selbstauskünfte und nicht standardisiert qualitätsgesichert; aus Neutralitätsgründen fehlen Bewertungen – was dem Wunsch der Betroffenen nach Qualitätsorientierung entgegensteht.
- **Kommerzielle Vermittlungsinteressen:** Provisionsfinanzierte Portale erzeugen Folgewerbung; ihre Neutralität ist eingeschränkt.

Aus Sicht der Pflegebedürftigen: Gut erreichbar und vertrauenswürdig sind die wohnortnahen, unabhängigen Anlaufstellen; was fehlt, ist verlässliche Auskunft über die tatsächlichen Kosten, über passende zielgruppenspezifische Angebote (jüngere, komplexe Bedarfe, Demenz, Nacht) und über tatsächlich freie Plätze.

Aus Sicht der Angehörigen: Die Informations- und Vermittlungsarbeit bleibt überwiegend an ihnen hängen. Sie brauchen eine verlässliche, proaktive Lotsenbegleitung mit Kostentransparenz und entbürokratisierter Abrechnung – nicht eine wachsende Zahl an Portalen, die sie selbst durchsuchen müssen.

E Schlussfolgerungen und Handlungsbedarf

Die Beratungslandschaft ist – besonders in Berlin – dicht, unabhängig und qualitativ gut, sie hat aber systematische Lücken genau dort, wo die Befragung den größten Bedarf zeigt. Daraus ergeben sich sechs Ansatzpunkte:

- **Netto-Kostentransparenz herstellen:** einen verständlichen Eigenanteils-Rechner (Budget, Hotelkosten, Fahrdienst, Entlastungsbetrag, Kombination) als öffentliches, neutrales Angebot – idealerweise an Pflegestützpunkte/Hilfeloger angedockt.
- **Echtzeit-Platzbörse aufbauen:** eine Berliner Übersicht freier Tages-/Nachtpflegeplätze mit Wartelisteninformation, um das Abtelefonieren zu beenden.
- **Nachtpflege sichtbar machen:** ein eigenes Beratungs- und Erfassungskonzept, das den (kleinen, aber realen) Bedarf adressiert, statt ihn mangels Angebot zu übergehen.
- **Lotsenfunktion stärken und proaktiv machen:** Pflegestützpunkte als wirksamsten Knoten ausbauen und Pflegekassen, Bezirksämter und Krankenhaus-Sozialdienste aktiv einbinden, statt Information der Eigenrecherche zu überlassen.
- **Entbürokratisieren:** Direktabrechnung der Zuzahlung zwischen Einrichtung und Pflegekasse sowie klare, verständliche Erläuterung der kombinierbaren Leistungen (Umwandlungsanspruch, Verhinderungspflege für Tagespflege).
- **Zugang verbreitern:** mehrsprachige, barrierearme und verständliche Informationen weiter ausbauen, um bislang unterrepräsentierte Gruppen (u. a. Menschen mit Migrationshintergrund) zu erreichen.

Bezugsrahmen: Bewertungskriterien aus der Berliner Befragung zur Tages-/Nachtpflege 2026 (Auswertungsschritte 1 und 2). Angebots- und Faktenstand: eigene Recherche Juni 2026; Leistungsbeiträge nach § 41 SGB XI (2025/2026).

Anlage 6 Schwerpunktanalyse Akteursperspektiven im Vergleich

Diese Schwerpunktanalyse (Stand 25.06.2026) vertieft Kapitel 11 des Berichts. Ausgewertet wurden Veröffentlichungen mit Stand bis Juni 2026 (u. a. Zukunftspakt Pflege, BMG, Pflegebevollmächtigte, Landespflegeplan Berlin 2025, wir pflegen (Bund und Berlin), Deutscher Verein, Pflegereports von BARMER, DAK und AOK/WiDO). Alle Aussagen sind paraphrasiert; Belegstellen stehen in der Quellenzeile.

Gegenstand und Aufbau des Vergleichs

Die Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) steht 2025/2026 erstmals seit Jahren wieder ausdrücklich auf der bundes- und landespolitischen Agenda – ausgelöst durch die Feststellung des Zukunftspakts, dass belastbares Wissen über Inanspruchnahme und Angebotsstruktur fehlt. Die Übersicht gruppiert die Akteure nach vier Ebenen und stellt Einschätzungen, Handlungsbedarfe und Empfehlungen gegenüber.

Übersicht: Einschätzungen, Handlungsbedarfe und Empfehlungen zentraler Akteure zur Tages-/Nachtpflege.

Akteur	Einschätzung und Handlungsbedarf	Handlungsempfehlungen zur Tages-/Nachtpflege
A) Bundesebene – Politik und Selbstverwaltung		
Bund-Länder-AG „Zukunftspakt Pflege“ <i>Papier der Fachebenen, 11.12.2025 (Ziff. 3.2, 3.4).</i>	Teilleistungssystem wird beibehalten, Mittel sollen ausgabenneutral „zielgerichteter“ eingesetzt werden. Häusliche Pflege soll gestärkt werden – auch zu Randzeiten, in der Nacht und in Notfällen. Wissenslücke ausdrücklich anerkannt: über Inanspruchnahme und Angebotsstruktur der Tages-/Nachtpflege liegen keine belastbaren Daten vor.	Ziff. 3.2: Studie zur Inanspruchnahme der Tages-/Nachtpflege und zur Verbesserung der Angebotsstruktur. Ziff. 3.4: Bürokratienteilprüfung prüfen; ausgabenneutral Teil der Verhinderungspflege-Mittel zur Erhöhung der Tages-/Nachtpflege-Leistung; Leistungsbetrag künftig auch für niedrigschwellige, qualitätsgesicherte Tagesbetreuung; gebündeltes Sachleistungsbudget; Verhinderungspflege auch für Tages-/Nachtpflege nutzbar.
BMG <i>BMG-Meldung 11.12.2025; Online-Ratgeber Pflege.</i>	Trägt die Linie des Zukunftspakts: Festhalten am Teilleistungssystem, Mittel für „nachweislich nutzbringende Leistungen“. Prävention als Schlüssel.	Keine eigenständige quantitative Ausbauusage für die Tages-/Nachtpflege; Übernahme der Prüf- und Studienaufträge des Zukunftspakts. Finanzierungsvorschlag (Feb. 2026), danach Gesetzesentwurf der Struktur- und Finanzierungsreform.
Pflegebevollmächtigte (Katrin Staffler) <i>pflegebevollmaechtigte.de, 2026.</i>	Stärkung der häuslichen Pflege als Leitziel; Mitwirkung im Zukunftspakt.	Bündelung in zwei selbstbestimmt einsetzbaren Budgets (Sachleistungs-, Entlastungsbudget) – erleichtert die Kombination mit teilstationärer Pflege. Pflegefachliche Begleitung, Case-Management, Notfallangebote, digitales Pflege-Cockpit.
B) Land Berlin		
Landespflegeplan Berlin 2025 (Sen-WGP)	Datengestützte Bestandsaufnahme: 87 % werden zu Hause versorgt; Zahl seit 2013 nahezu verdoppelt (über	Berlinweite Pflegestrukturplanung (Land/Bezirk); künftiges Landespflege-

Akteur	Einschätzung und Handlungsbedarf	Handlungsempfehlungen zur Tages-/Nachtpflege
<i>Landespflegeplan 2025; Senats-PM 08.07.2025.</i>	210.000). Angebotslandschaft „gut aufgestellt“, zugleich Fachkräftemangel, steigende Kosten, unzureichende Prävention. Land fördert Investitionskosten der Tages-/Nachtpflege (511 € je Platz/Jahr).	gesetz. Prävention (aufsuchende Beratung ab 70), gemeinschaftliche Wohnformen, Ausbau Kurzzeitpflege, neue Pflegebeauftragte. – Keine eigenständige quantitative Ausbauzielsetzung speziell für die Tages-/Nachtpflege.
Pflegebeauftragte des Landes Berlin <i>eingeführt mit dem Landespflegeplan 2025.</i>	Neu geschaffene Stelle mit Schwerpunkt auf Unterstützung der häuslichen Pflege und der pflegenden Angehörigen.	Bislang keine eigenständige veröffentlichte Position speziell zur Tages-/Nachtpflege – Beobachtung empfohlen.
C) Interessenvertretung pflegender Angehöriger und Fachverband		
Bundesverband wir pflegen e.V. <i>PM 21.10.2025; SN 14.07.2025 u. 01.10.2024; PM 06.03.2023.</i>	Häusliche Pflege als „Stiefkind“: über 30 % der Mittel fließen in die stationäre Versorgung, obwohl dort nur rund 14 % versorgt werden. Tages-, Kurzzeit- und ambulante Angebote sind entscheidend für die Vereinbarkeit, reichen aber nicht aus. Umwandlung nur für pflegefreie Tagesbetreuung (§ 45g-E) wird als kontraproduktiv kritisiert.	Rechtsanspruch auf Tagespflege analog Kita-Rechtsanspruch. Massive Investitionen in kommunale Tages-/Kurzzeitpflege. Wiederaufnahme des höheren Umwandlungsanspruchs (§ 45f) und der Modellförderung (§ 45c Abs. 3). Entlastungsbudget auch für Betreuung während der Erwerbstätigkeit der Angehörigen.
wir pflegen Berlin e.V. <i>wir-pflegen.berlin; LPP-SN 29.09.2025; Handlungsempfehlungen 2023–2026.</i>	Sicherstellung der Versorgung als eine der größten Herausforderungen; die Tages-/Nachtpflege kann einen wichtigen Beitrag leisten. Rund 280.000 pflegende Angehörige in Berlin; über 85 % häusliche Versorgung. Finanzielle Mehrbelastungen und Armutsrisiko im Mittelpunkt.	Eigene Berliner Befragung 2026 als Datengrundlage für die vom Zukunftspakt geforderte Studie. Ausbau wohnortnaher Entlastungs- und Betreuungsangebote; Abbau finanzieller Zugangshürden. LPP-Stellungnahme mit Forderungen zur Stärkung der Angehörigen.
Deutscher Verein (DV 4/25) <i>Empfehlungen DV 4/25, 03.12.2025, Kap. 2.4.2.</i>	Doppelbefund: Tagespflege nicht flächendeckend verfügbar (Gründe unklar), zugleich Auslastungsprobleme/freie Kapazitäten – vermutlich wegen der selbst zu tragenden Kosten (§-41-Betrag deckt nur pflegebedingte Aufwendungen). Nachtpflege nur in wenigen Angeboten.	Untersuchen, warum regional keine Tagespflege verfügbar ist. Tages-/Nachtpflege stärken und konzeptionell weiterentwickeln; präventiv/rehabilitativ ausrichten; niedrigschwellige Tagesbetreuung. Prüfen, ob der gemeinsame Jahresbetrag (§ 42a) – analog § 45b – auch für nicht pflegebedingte Kosten (Fahrt, Investitionen) einsetzbar ist.
D) Pflegekassen und Pflegereports		
BARMER Pflegereport (Rothgang u.a.) <i>Pflegereport 2018, 2019, 2023, 2025.</i>	Tagespflegeplätze stark gewachsen (2017–2021 von 66.484 auf 96.225, +45 %), Nachtpflege praktisch nicht vorhanden (rund 269 Plätze 2021). Corona dämpfte die Inanspruchnahme. Poten-	Verhältnis der Versorgungsarten neu justieren; Sektorengrenzen überwinden; ambulant/stationär verzahnen. Strukturreform der Finanzierung (u. a. Sockel-Spitze-Tausch). Bürokratieabbau,

Akteur	Einschätzung und Handlungsbedarf	Handlungsempfehlungen zur Tages-/Nachtpflege
	zial „längst nicht ausgeschöpft“; Hemmnisse: zu teuer, Qualität, kein Angebot, Organisation, Bürokratie.	verlässliche Ansprechpartner und bessere Information als Voraussetzung stärkerer Nutzung.
DAK-Pflegereport (Klie) <i>DAK-Pflegereport 2025 u. 2026.</i>	Leitthema „Pflege vor Ort“: Versorgung in Stadt/Gemeinde unter Druck; Pflege als kommunale Aufgabe. 2026: Vertrauen bröckelt; 70 % nennen hohe Kosten als größtes Problem.	Care-/Case-Management und pflegefachliche Begleitung als Schlüssel; „Pflegestützpunkt Plus“. Kommunal ausgerichtete, KI-gestützte Pflegestrukturplanung als Rahmen bedarfsgerechter teilstationärer Angebotsplanung.
AOK/WldO <i>AOK Pflege-Report 2024; WldOmonitor 2026.</i>	Schwerpunkt Belastung pflegender Angehöriger und Vereinbarkeit; verlässliche Entlastungsangebote als zentral.	Ausbau und verlässliche Finanzierung von Entlastungs- und Betreuungsangeboten (inkl. Tagespflege) gegen Überlastung.
Pflegekassen / GKV-Spitzenverband <i>Leistungsrecht SGB XI; Rothgang/Müller 2024; Klie/Haumann 2024.</i>	Das teilstationäre Budget ist eigenständig und kürzt ambulante Sachleistung bzw. Pflegegeld nicht; der gemeinsame Jahresbetrag (§ 42a) bündelt Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Für zielgerichteten Mitteleinsatz, gegen Leistungsausweitungen ohne Gegenfinanzierung.	Bereitstellung anonymisierter Versorgungsdaten für die kommunale Strukturplanung; Beauftragung von Versorgungsstudien (auch in Berlin).

Zusammenstellung wir pflegen Berlin 2026; Quellen je Zeile. § 45g-E = Referentenentwurf; § 42a = gemeinsamer Jahresbetrag; § 45b/§ 45c/§ 45f = SGB XI.

Querschnitt: Konsens der Akteure

Trotz unterschiedlicher Rollen zeigt sich ein breiter Grundkonsens: (1) Stärkung der häuslichen Versorgung als Leitziel, mit der Tages-/Nachtpflege als Instrument zur Stabilisierung, Entlastung und Vereinbarkeit; (2) Einigkeit, dass die teilstationäre Versorgung bislang unzureichend erschlossen ist (fehlende Daten, Nebeneinander von Angebotslücken und freien Kapazitäten, nahezu fehlende Nachtpflege); (3) Forderung nach Bürokratieabbau, konzeptioneller Flexibilität und besserer Verzahnung mit niedrigschwelligen Betreuungsangeboten; (4) kommunale und präventiv-rehabilitative Ausrichtung.

Differenzen und Spannungslinien

Die Unterschiede liegen weniger im Ziel als in Reichweite und Finanzierungslogik. Die deutlichste Spannungslinie verläuft zwischen der Ausgabenneutralität des Zukunftspakts (Mittel nur „zielgerichteter“ umsteuern, etwa aus der Verhinderungspflege) und der Ausbauforderung der Interessenvertretung (massive Investitionen, einklagbarer Rechtsanspruch auf Tagespflege). Zweitens divergiert die Öffnung des Leistungsbetrags für pflegefreie Tagesbetreuung (§ 45g-E), die der Bundesverband wir pflegen als Benachteiligung hoher Pflegebedarfe kritisiert. Drittens steht das Festhalten am Teilleistungssystem (BMG, Kassen) gegen den von BARMER/Rothgang und Teilen der Wohlfahrtspflege geforderten Strukturwechsel (Sockel-Spitze-Tausch); der Deutsche Verein vermittelt mit der Öffnung des § 42a-Jahresbetrags für nicht pflegebedingte Kosten.

Leerstellen – Anknüpfungspunkt der Berliner Befragung

Über alle Akteure hinweg fehlt belastbares, kleinräumiges Wissen darüber, warum die Tages-/Nachtpflege trotz Entlastungspotenzial nur begrenzt genutzt wird, welche Hemmnisse aus Sicht der Betroffenen bestehen und wie die Angebotsstruktur – insbesondere die Nachtpflege – weiterzuentwickeln ist. Genau hier setzt die Befragung von wir pflegen Berlin an: Sie erhebt die Perspektive der Nutzenden und Nicht-Nutzenden, die Zugangs- und Kostenhürden und die Bedarfe an Randzeiten- und Nachtangeboten – und konkretisiert damit die vom Zukunftspakt geforderte Studie für Berlin.

Einordnung aus Sicht der Interessenvertretung

Die Reformdynamik ist ambivalent: Positiv ist, dass die Tages-/Nachtpflege wieder eigenständig adressiert und der Datenbedarf anerkannt wird. Kritisch bleibt, dass alle bundespolitischen Vorschläge unter dem Vorbehalt der Ausgabenneutralität stehen: Eine Erhöhung der Tages-/Nachtpflege-Leistung durch Umschichtung aus der Verhinderungspflege löst das strukturelle Problem der seit 2017 real entwerteten § 41-Beträge und der hohen Eigenanteile nicht, sondern verschiebt es. Die Berliner Befragung kann dies empirisch unterfüttern und die Forderung nach einem bedarfsgerechten, verlässlich finanzierten und bürokratiearmen Ausbau – einschließlich der nahezu fehlenden Nachtpflege – belegen.

Anlage 7 Schwerpunktanalyse „Finanzierung von Tages- und Nachtpflege in Berlin“

Vertiefung zu den Kapiteln 5 und 8.5; enthält die Bewertung des Hilfelotsen Berlin (Kapitel 8.5.4) und des AOK-Pflegenavigators. Rechtsstand und Datengrundlage: Juni 2026; Leistungsbeträge der sozialen Pflegeversicherung Stand 2025/2026. Die Modellrechnungen wurden für diesen Abdruck an die im Bericht verwendeten amtlichen Berliner Durchschnittssätze angeglichen. Das Dokument dient der fachlichen Information und Argumentation; es ersetzt keine Rechts- oder Sozialberatung im Einzelfall. Maßgeblich sind die jeweiligen Bescheide der Pflegekasse beziehungsweise des Sozialamts.

1. Einordnung: Was Tages- und Nachtpflege leistet

Tages- und Nachtpflege gehört zur teilstationären Pflege und ist in § 41 SGB XI geregelt. Pflegebedürftige werden für mehrere Stunden des Tages (Nachtpflege deutlich seltener) in einer Einrichtung versorgt; die häusliche Pflege wird dadurch ergänzt, nicht ersetzt. Der Anspruch besteht für Pflegegrade 2 bis 5. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 haben kein eigenes § 41-Budget, können die Tagespflege aber über ihren Entlastungsbetrag mitfinanzieren.

Die teilstationäre Versorgung umfasst auch die notwendige **Beförderung** von der Wohnung zur Einrichtung und zurück. Die Leistung ist eine **eigenständige** Leistung: Pflegebedürftige können Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen und/oder Pflegegeld in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

Quelle: § 41 SGB XI; Statistisches Bundesamt (Glossar Hilfe zur Pflege); Diakonie, Überblick zu den ab 01.07.2025 geltenden Leistungen (2025).

2. Welche Kosten fallen an – Art und Umfang

Die Gesamtkosten eines Tagespflege-Besuchs setzen sich aus mehreren Bausteinen zusammen. Nur ein Teil davon ist Eigenanteil (Abschnitt 5); der größere Teil wird von der Pflegekasse bis zur Budgetgrenze refinanziert (Abschnitt 3).

Kostenbaustein	Was enthalten ist	Wer trägt es
Pflege- und Betreuungskosten	Grundpflege, soziale Betreuung, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, medizinische Behandlungspflege während des Aufenthalts	Pflegekasse, bis Budgetgrenze § 41
Ausbildungszuschlag (PflBG)	Umlage zur Finanzierung der Pflegeausbildung; Teil der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 82a SGB XI)	Pflegekasse, im § 41-Budget
Beförderung (Fahrdienst)	Hin- und Rückfahrt zwischen Wohnung und Einrichtung	Pflegekasse, aus dem § 41-Budget
Unterkunft & Verpflegung („Hotelkosten“)	Mahlzeiten, Nutzung der Räumlichkeiten	Eigenanteil (ggf. Entlastungsbeitrag)
Investitionskosten	Gebäude, Miete/Pacht, Instandhaltung, Ausstattung (umlagefähig nach § 82 Abs. 3/4 SGB XI)	Eigenanteil (ggf. Entlastungsbeitrag)

Größenordnung der Tagessätze. Bundesweit liegt der Eigenanteil für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten je nach Einrichtung und Region meist zwischen rund 20 und 40 € pro Tag. Unterkunft und Verpflegung bewegen sich häufig bei 15–20 € pro Tag, die Investitionskosten bei etwa 10–20 € pro Tag. Die reinen Pflege-/Betreuungskosten (die die Kasse trägt) liegen je nach Pflegegrad bei etwa 40–100 € pro Tag.

Quelle: Johanniter (Tagespflege-Kosten); Pflegewächter; Hauspflege-24; pflege-zu Hause-24 (alle 2025/2026).

Beispiel aus Berlin (reale Einrichtungskostensätze)

Eine Berliner Tagespflege weist – ohne Fahrdienst – pro Besuchstag aus: Pflegesatz 98,96 €, Investitionskosten 16,31 €, Unterkunft 9,45 €, Verpflegung 5,79 €. Der nicht von der Kasse getragene Anteil (Investition + Unterkunft + Verpflegung) summiert sich damit auf rund **31,55 € pro Tag**. Ein Fahrdienst kostet zusätzlich rund 31 € pro Tag (wird, soweit Budget vorhanden, aus dem § 41-Budget bezahlt). Eine zweite Berliner Quelle nennt bei Pflegegrad 3 einen Pflegesatz von 72,95 €, Unterkunft/Verpflegung 18,94 € und Investitionskosten 14,19 € pro Tag – die Spannbreite zwischen Einrichtungen ist also erheblich.

Quelle: anbos Homecare, Tagespflege Berlin (Stand 2025); SAZ mittendrin, Tagespflege Berlin (2025).

Die Ausbildungsumlage – und warum sie kein zusätzlicher Eigenanteil ist

Zur Finanzierung der generalistischen Pflegeausbildung wird ein **Ausbildungszuschlag** nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) erhoben und tagesbezogen abgerechnet. In Berlin wurde das Verfahren 2025 umgestellt: Statt einrichtungsindividueller Sätze gilt ein **landeseinheitlicher Festbetrag pro Belegungstag** (nach vorliegenden Angaben rund **7,15 €**), der für voll- und teilstationäre Einrichtungen tageweise für jeden tatsächlichen Besuchstag berechnet wird.

Wichtige Klarstellung

Der Ausbildungszuschlag ist nach § 82a SGB XI Teil der **Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen**. Er wird daher – anders als gelegentlich dargestellt – **von der Pflegekasse innerhalb des § 41-Budgets refinanziert**, ebenso wie Pflegesatz und Fahrtkosten. Er ist **kein** dauerhaft privat zu tragender Eigenanteil wie Unterkunft, Verpflegung oder Investitionskosten.

Praktische Folge: Der Zuschlag **verbraucht Budget** und verkürzt damit die Zahl der vollständig gedeckten Tage. Erst wenn das § 41-Budget ausgeschöpft ist, fällt er – wie der Pflegesatz – in den Eigenanteil.

Auf der Rechnung kann der Zuschlag dennoch gesondert ausgewiesen sein; das ändert nichts an seiner Refinanzierung über das Budget.

Diese Einordnung deckt sich mit der Darstellung der AOK, die als private, immer selbst zu tragende Posten ausschließlich Unterkunft/Verpflegung und Investitionskosten nennt – der Ausbildungszuschlag zählt dort zu den von der Pflegekasse getragenen pflegebedingten Aufwendungen. (Nicht zu verwechseln ist dies mit der allgemeinen, von der Tagespflege unabhängigen Ausbildungsplatzumlage für Berliner Unternehmen ab 2028.)

Quelle: § 82a SGB XI; § 28 PflBG; Senatsverwaltung für Pflege Berlin (Ausbildungszuschläge, Stand 2026); AOK-Pflegenavigator (Kostenübernahme Tages-/Nachtpflege).

3. Refinanzierung über die Pflegeversicherung

3.1 Das eigene Budget der Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

Für die Pflege- und Betreuungskosten sowie die Beförderung erstattet die Pflegekasse bis zu einem pflegegradabhängigen Höchstbetrag pro Monat. Diese Beträge wurden zum 1.1.2025 um 4,5 % angehoben und bleiben bis mindestens 1.1.2028 unverändert.

Pflegegrad	Tages-/Nachtpflege § 41 (mtl.)	Nachrichtlich: Pflegegeld § 37 (mtl.)
Pflegegrad 1	kein eigenes Budget*	kein Anspruch
Pflegegrad 2	721 €	347 €
Pflegegrad 3	1.357 €	599 €
Pflegegrad 4	1.685 €	800 €
Pflegegrad 5	2.085 €	990 €

* Pflegegrad 1 kann die Tagespflege über den Entlastungsbetrag (131 €/Monat) mitfinanzieren.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium, Leistungsbeträge SPV ab 1.1.2025; Bundesverwaltungsamt, Pflegeleistungen ab 2025; Deutscher Pflegebeistand (Stand 2026).

3.2 Keine Anrechnung – die Leistungen laufen parallel

Entscheidend für die Finanzierung: Wer Tages-/Nachtpflege nutzt, muss **keine Kürzung** von Pflegegeld oder Pflegesachleistung hinnehmen. Bis 2015 wurde teilstationäre Pflege anteilig verrechnet; seither stehen beide Budgets nebeneinander. Beispiel Pflegegrad 3: 599 € Pflegegeld plus bis zu 1.357 € Tagespflege-Budget ergeben rechnerisch bis zu 1.956 € an parallel nutzbaren Ansprüchen. Auch eine Kombination mit Pflegesachleistung (Kombinationspflege nach § 38 SGB XI) bleibt möglich.

Quelle: § 41 i. V. m. § 38 SGB XI; Deutsches Medizinrechenzentrum (Pflegegeld 2026); Diakonie (2025).

3.3 Der Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)

Alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 1 haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von **131 € pro Monat**. Er kann gezielt für genau die Posten eingesetzt werden, die das § 41-Budget nicht abdeckt: Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten. Nicht genutzte Beträge können angespart und rückwirkend (innerhalb des Übertragungszeitraums) verwendet werden. Der Entlastungsbetrag wird nicht auf das Pflegegeld angerechnet.

Quelle: § 45b SGB XI; nullbarriere.de (Leistungen der Pflegekasse); Pflegedienst-100 (2026).

3.4 Der Gemeinsame Jahresbetrag („Entlastungsbudget“, § 42a SGB XI)

Seit dem 1.7.2025 sind Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in einem **Gemeinsamen Jahresbetrag** von **3.539 € pro Jahr** zusammengefasst (§ 42a SGB XI; ab Pflegegrad 2; für Pflegebedürftige bis 25 Jahre mit Pflegegrad 4 oder 5 bereits seit 1.1.2024). Der Betrag ist flexibel für beide Leistungen einsetzbar; die frühere komplizierte Umrechnung zwischen den getrennten Budgets entfällt. Zugleich wurde die Verhinderungspflege gestärkt: Sie ist nun ohne sechsmonatige Vorpflegezeit sofort ab Pflegegrad 2 nutzbar und auf bis zu acht Wochen pro Jahr erweitert.

Entscheidend für die Tagespflege

Die **Verhinderungspflege** (Ersatzpflege) aus dem Gemeinsamen Jahresbetrag kann die Tagespflege **stunden- oder tageweise** finanzieren, wenn die private Pflegeperson z. B. krank ist, Urlaub macht oder anderweitig verhindert ist – in vielen Fällen eine praktikable Alternative zur schwer zu findenden stationären Kurzzeitpflege.

Keine Anrechnung auf das § 41-Budget: Das reguläre Tagespflege-Budget bleibt davon unberührt. Stundenweise Verhinderungspflege (unter acht Stunden pro Tag) führt zudem nicht zur Kürzung des Pflegegeldes.

Damit entsteht ein **dritter, flexibler Finanzierungsweg** für zusätzliche Tagespflege-Tage – gerade in Vertretungssituationen berufstätiger Angehöriger.

Wichtig ist die Abgrenzung zweier ähnlich klingender Begriffe: Der **Entlastungsbetrag** (§ 45b, 131 €/Monat) und der **Gemeinsame Jahresbetrag** (§ 42a, 3.539 €/Jahr) werden häufig verwechselt; Letzterer wird in der Praxis oft „Entlastungsbudget“ genannt. Sie haben unterschiedliche Höhe, Zwecke und Voraussetzungen:

Merkmal	Entlastungsbetrag (§ 45b)	Gemeinsamer Jahresbetrag / „Entlastungsbudget“ (§ 42a)
Höhe	131 € pro Monat (1.572 €/Jahr)	3.539 € pro Jahr
Ab Pflegegrad	ab Pflegegrad 1	ab Pflegegrad 2
Eigentlicher Zweck	Alltagsunterstützung, Entlastungsangebote	Verhinderungspflege + Kurzzeitpflege
Nutzung für Tagespflege	für Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten („Hotelkosten“)	als Ersatzpflege (Verhinderungspflege), wenn die Pflegeperson verhindert ist
Anrechnung auf Pflegegeld	nein	stundenweise (< 8 h) nein
Anrechnung auf § 41-Budget	nein	nein
Auszahlung	nein – zweckgebunden, Erstattung	nein – zweckgebunden

Beide Töpfe sind miteinander und mit dem § 41-Budget kombinierbar. Ausführliche Hinweise zu Aufteilung und Abrechnung bieten Pflege-Dschungel.de, die Verbraucherzentrale und die Pflegeberatung (pflegeberatung.de).

Quelle: §§ 42a, 45b SGB XI; Verbraucherzentrale (Gemeinsamer Jahresbetrag, 03/2026); pflege.de (Gemeinsamer Jahresbetrag, 2026); AWO Unterfranken (Verhinderungspflege in der Tagespflege, 2026).

3.5 Was die Pflegekasse nicht refinanziert

- **Unterkunft und Verpflegung** („Hotelkosten“) – grundsätzlich Eigenanteil.
- **Investitionskosten** – bei Selbstzahlern Eigenanteil (§ 82 Abs. 3/4 SGB XI).

- **Kosten oberhalb des § 41-Budgets** – wird das Monatsbudget durch Pflege und Fahrt aufgebraucht, fallen auch diese Posten in den Eigenanteil.

Wichtiger Sonderfall Fahrtkosten: Wird das Leistungsbudget nicht vollständig für Pflege genutzt, kann der Rest für die Beförderung verwendet werden – umgekehrt verbrauchen hohe Fahrtkosten Budget, das dann für Pflgetage fehlt.

Quelle: betanet (Tages-/Nachtpflege 2026); BMG, Länderbericht Förderung und Investitionskosten (Berichtsjahr 2022).

4. Reichweite: Für wie viele Tage reicht das Budget?

Wie viele Besuchstage das Kassenbudget abdeckt, hängt vom Tagessatz der konkreten Einrichtung und davon ab, ob ein Fahrdienst genutzt wird. Die folgende Modellrechnung legt die amtlichen Berliner Durchschnitts-Pflegesätze 2023 zugrunde (85,41 € bei Pflegegrad 2 bis 88,35 € bei Pflegegrad 5) (ohne Fahrdienst; der Ausbildungszuschlag von rund 7 €/Tag ist darin als Teil der Pflegevergütung bereits enthalten); mit Fahrdienst (rund +31 €/Tag) sinkt die gedeckte Tageszahl deutlich.

Pflegegrad	Budget § 41 (mtl.)	Gedeckte Tage ohne Fahrdienst (Ø-Satz Berlin)	Gedeckte Tage mit Fahrdienst (Ø-Satz + Fahrdienst)	Bedarf bei 3x/Woche (≈13 Tage)
PG 2	721 €	≈ 8 Tage	≈ 6 Tage	nicht gedeckt
PG 3	1.357 €	≈ 16 Tage	≈ 12 Tage	weitgehend gedeckt
PG 4	1.685 €	≈ 19 Tage	≈ 14 Tage	gedeckt
PG 5	2.085 €	≈ 24 Tage	≈ 18 Tage	gedeckt

Modellwerte zur Orientierung; gerundet. Tagespflegen sind meist werktags geöffnet (max. ca. 20–22 Tage/Monat). Die genannten Tage betreffen nur die Pflege-/Fahrtkosten – Hotelkosten und Investitionskosten kommen unabhängig davon hinzu.

Die Modellrechnung zeigt das Grundmuster: Bei niedrigem Pflegegrad reicht das Budget rechnerisch nur für ein bis zwei Tage pro Woche, bei hohem Pflegegrad theoretisch für nahezu tägliche Betreuung. In der Praxis wird die nutzbare Tageszahl durch Fahrtkosten und durch über dem Modellwert liegende Tagessätze weiter eingeschränkt. Reale Berliner Einrichtungsbeispiele nennen bei Pflegegrad 3 zwischen rund 12 und 15 zuzahlungsfreie Pflege-Tage – je nachdem, ob und wie weit ein Fahrdienst einbezogen wird.

Quelle: Eigene Modellrechnung auf Basis der § 41-Beträge 2025/2026 und Berliner Tagessätze; St. Lukas Tagespflegehaus (Rechenbeispiel PG 3).

Die Reichweite lässt sich über das § 41-Budget hinaus erweitern: Über die Verhinderungspflege aus dem Gemeinsamen Jahresbetrag (Abschnitt 3.4) können – ohne Anrechnung auf das § 41-Budget – zusätzliche Tagespflege-Tage finanziert werden, wenn die Pflegeperson verhindert ist. Für eine dauerhafte, planbare Erhöhung der wöchentlichen Tageszahl ist dieser Weg jedoch nur begrenzt geeignet, da der Jahresbetrag für das gesamte Kalenderjahr reichen muss und auch für Urlaubs- und Krankheitsvertretung benötigt wird.

5. Eigenanteile und ihre Höhe

Der eigentliche, immer verbleibende Eigenanteil besteht aus Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten. Er fällt pro Besuchstag an und wird durch den Entlastungsbetrag gemindert. Das folgende

Beispiel rechnet mit einem Berliner Satz von rund 31,55 €/Tag für Investition, Unterkunft und Verpflegung; das amtlich ausgewiesene Entgelt für Unterkunft und Verpflegung allein beträgt in Berlin 13,92 €/Tag (Kapitel 5.4).

Nutzung	Hotelkosten + Investition	Nach Abzug Entlastungsbetrag (131 €)
2 Tage/Woche (≈ 9 Tage/Monat)	≈ 284 €	≈ 153 €
3 Tage/Woche (≈ 14 Tage/Monat)	≈ 410 €	≈ 279 €
5 Tage/Woche (≈ 21 Tage/Monat)	≈ 663 €	≈ 532 €

Zu diesem Hotelkosten-Eigenanteil kann ein **zweiter Eigenanteil** hinzukommen, sobald das § 41-Budget aufgebraucht ist – etwa bei niedrigem Pflegegrad und/oder Nutzung eines Fahrdienstes. Im günstigsten Fall (hoher Pflegegrad, kein Fahrdienst, sparsame Nutzung) kann der Tagespflege-Besuch nahezu kostenfrei sein; im ungünstigen Fall (niedriger Pflegegrad, Fahrdienst, intensive Nutzung) summieren sich beide Eigenanteile auf mehrere Hundert Euro im Monat.

Quelle: Eigene Berechnung; betanet (Rechenbeispiel); Pflegedienst-100 (2026).

6. Leistungen anderer Sozialleistungsträger

6.1 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

Die Krankenkassen sind an der Tagespflege selbst nur mittelbar beteiligt. Folgende Leistungen sind relevant:

- **Medizinische Behandlungspflege während des Aufenthalts** (z. B. Medikamentengabe, Verbandwechsel) ist in der Tagespflege Teil der über § 41 SGB XI vergüteten Leistungen und wird dort nicht gesondert von der Krankenkasse abgerechnet. Die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V zu Hause bleibt davon unberührt und kann ergänzend bestehen.
- **Pflegeunterstützungsgeld** kann seit dem 1.1.2024 für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person und Kalenderjahr in Anspruch genommen werden, wenn Beschäftigte kurzfristig eine Pflege organisieren müssen – eine wichtige Brücke bei akuten Engpässen.
- **Digitale Pflegeanwendungen** (§§ 40a/40b SGB XI) mit einem Rahmen von 53 €/Monat sind rechtlich vorgesehen, mangels zugelassener Anwendungen praktisch aber derzeit kaum nutzbar.
- **Rentenversicherungsbeiträge für nicht erwerbsmäßig Pflegenden** (§ 44 SGB XI) zahlt die Pflegekasse, wenn mindestens zehn Stunden wöchentlich an mindestens zwei Tagen gepflegt wird. Die Nutzung der Tagespflege gefährdet diese Beiträge in der Regel nicht – ein wichtiger, oft übersehener Schutz der eigenen Alterssicherung pflegender Angehöriger.

Quelle: §§ 37, 40a/40b, 44 SGB V/SGB XI; Diakonie (2025); Deutscher Pflegebeistand (2026).

6.2 Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII)

Die Hilfe zur Pflege ist das **Auffangnetz**: Sie übernimmt die Pflegekosten, die weder die Pflegeversicherung noch Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Person decken. Sie gilt ausdrücklich auch für die teilstationäre Hilfe in einer Tagespflege. Trägerin ist das Sozialamt.

Voraussetzungen

- **Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2.** Für die Leistungen der §§ 61 ff. SGB XII ist in der Regel mindestens Pflegegrad 2 erforderlich; ob der Ausschluss von Pflegegrad 1 verfassungsrechtlich haltbar ist, ist umstritten. Bei Pflegegrad 1 kommen ggf. § 70 (Weiterführung des Haushalts) oder § 73 SGB XII in Betracht.
- **Bedürftigkeit.** Einkommen und Vermögen werden offengelegt; vorrangig sind sie selbst einzusetzen (Subsidiaritätsprinzip).
- **Nachrang.** Leistungen der Pflegeversicherung gehen vor; die Hilfe zur Pflege deckt nur den darüber hinaus ungedeckten Bedarf.

Einkommensgrenze und Schonvermögen

Bei ambulanter und teilstationärer Pflege ist die Anrechnung deutlich **milder** als im Heim: Es wird nur das Einkommen **oberhalb** der Einkommensgrenze nach § 85 SGB XII herangezogen, und auch dies nur anteilig (häufig rund die Hälfte des übersteigenden Betrags).

Einkommensgrenze nach § 85 SGB XII (2026)

Grundbetrag: $2 \times \text{Regelbedarfsstufe 1} = 2 \times 563 \text{ €} = \mathbf{1.126 \text{ €}}$

plus angemessene Unterkunftskosten (ohne Heizung; „Angemessenheit“ ortsabhängig, in Berlin entsprechend höher)

plus Familienzuschlag: 70 % der Regelbedarfsstufe 1 (rund 394 €) je nicht getrennt lebendem Partner bzw. unterhaltener Person

Rechenbeispiel: alleinlebend, 480 € Miete → Grenze rund **1.606 €**. Erst darüber liegendes Einkommen wird – anteilig – herangezogen.

Schonvermögen: Seit dem 1.1.2023 bleiben **10.000 € pro Person** geschützt (20.000 € bei Ehe-/Lebenspartnerschaften). Hinzu kommt nach § 66a SGB XII ein zusätzlicher Schonbetrag von bis zu 25.000 €, wenn dieser ganz oder überwiegend aus einer Erwerbstätigkeit während des Bezugs von Hilfe zur Pflege stammt. Ein angemessenes Kraftfahrzeug und ein selbstbewohntes angemessenes Hausgrundstück sind in der Regel geschützt.

Investitionskosten in der Tagespflege werden bei Anspruch auf Hilfe zur Pflege grundsätzlich vom Sozialhilfeträger getragen; nur Selbstzahler tragen sie selbst. Beim Partner-/Ehegatteneinkommen erfolgt eine Berücksichtigung; der Elternunterhalt erwachsener Kinder greift seit dem Angehörigen-Entlastungsgesetz 2020 erst ab 100.000 € Jahresbruttoeinkommen des Kindes.

Quelle: §§ 61 ff., 66a, 82, 85 SGB XII; gegen-hartz.de (Hilfe zur Pflege, 2026); dmrz.de (Sozialleistungen Pflege); Wegweiser Demenz; Verbraucherzentrale (Schonvermögen).

7. Befunde der wissenschaftlichen Forschung

7.1 Kostenentwicklung und Eigenanteile

Der BARMER-Pflegereport (Universität Bremen, Prof. Rothgang) dokumentiert seit Jahren eine wachsende Finanzierungslücke. Die Pflegeversicherung war als **Teilleistungssystem** konzipiert und sollte „eine Grundversorgung sicherstellen“; faktisch hat sie sich von diesem Anspruch entfernt. Für die vollstationäre Pflege lagen die pflegebedingten Eigenanteile im ersten Heimjahr 2025 bereits bei mehr als 3.100 € monatlich – weit jenseits dessen, was Pflegebedürftige mit durchschnittlichen Alterseinkünften finanzieren können. Die 2022 eingeführten Leistungszuschläge (§ 43c SGB XI) senkten die Eigenanteile zwischenzeitlich, doch schon 2023 stiegen die Gesamteigenanteile wieder.

Treiber sind insbesondere die – sozialpolitisch gewollten – **Lohnsteigerungen**: Mit der Tariftreue-Regelung (seit September 2022) stiegen die Löhne in der Altenpflege zwischen Dezember 2021 und Dezember 2023 um 17 % (Fachkräfte) bzw. 24 % (Helfer:innen), während sie in der übrigen Wirtschaft nur um sechs bis acht Prozent zulegten. Zum 1.7.2026 steigen die Pflegemindestlöhne erneut (Pflegefachkräfte mindestens 21,03 €/Stunde). Diese Kostendynamik schlägt unmittelbar auf die Tagessätze der Tagespflege durch.

Die strukturelle Schere

Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sind seit dem 1.1.2025 (+4,5 %) bis frühestens 1.1.2028 eingefroren.

Pflegelöhne und damit Tagessätze **steigen** weiter (zuletzt +2,6 % zum 1.7.2026).

Ergebnis: Bei festem § 41-Budget und steigendem Tagessatz **sinkt die durch das Budget gedeckte Zahl der Tagespflege-Tage** – der reale Leistungswert schrumpft, ohne dass formal etwas gekürzt würde.

Diese Schere ist **kein Phänomen erst ab 2025**: Sie hat sich bereits seit 2017 aufgebaut (siehe 7.2) – der aktuelle Stopp setzt eine lange Linie nur fort.

Quelle: BARMER-Pflegereport 2023, 2024, 2025 (Rothgang u. a., Universität Bremen / SOCIUM); gegen-hartz.de (Pflegemindestlöhne ab 1.7.2026).

7.2 Die lange Linie: teilstationäre Leistungsbeträge seit 2017

Die Schere zwischen Leistung und Kosten ist deutlich älter und größer, als die Betrachtung ab 2025 nahelegt. Die Leistungsbeträge der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) wurden mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz zum 1.1.2017 festgesetzt – und blieben danach **acht Jahre lang vollständig unverändert**. Erst zum 1.1.2025 erfolgte mit +4,5 % die erste und bisher einzige Anhebung; seitdem gilt erneut ein Einfrieren bis frühestens 2028. Über den gesamten Zeitraum 2017–2026 summiert sich die nominale Anhebung damit auf lediglich **+4,5 %**.

Diese Entwicklung blieb auch hinter anderen häuslichen Leistungen der Pflegeversicherung zurück. Besonders aufschlussreich ist das Jahr 2022: Die ambulante Pflegesachleistung wurde um 5 % angehoben – ausdrücklich begründet als **Ausgleich des tarifbedingten Lohnkostenanstiegs**. Eine parallel geplante Anhebung von Pflegegeld und teilstationärer Pflege wurde gestrichen. Die Tagespflege ging also leer aus, obwohl derselbe Kostentreiber (steigende Tariflöhne) auch ihre Tagessätze verteuerte. Die folgende Übersicht zeigt die Entwicklung am Beispiel von Pflegegrad 3:

Leistung (Pflegegrad 3)	2017	2025/2026	Veränderung
Tages-/Nachtpflege (§ 41)	1.298 €	1.357 €	+ 4,5 %
Pflegegeld (§ 37)	545 €	599 €	+ 9,9 %
Ambulante Sachleistung (§ 36)	1.298 €	1.497 €	+ 15,3 %
Nachrichtlich: Verbraucherpreise (VPI)	—	—	≈ + 26 %
Nachrichtlich: Pflegelöhne Altenpflege (nur 2021–2023)	—	—	+ 17 bis + 24 %

§ 41 und § 36 starteten 2017 beim selben Betrag (1.298 €) – die ambulante Sachleistung hat sich seither um rund zehn Prozentpunkte stärker entwickelt als die Tagespflege. VPI: eigene Berechnung auf Basis Destatis (Basis 2020 = 100).

Die Schere ist älter und größer als ab 2025 ausgewiesen

Während die teilstationären Leistungsbeträge 2017–2026 nominal nur um **+4,5 %** stiegen, verteuerte sich das allgemeine Preisniveau um rund **+26 %** und die – besonders maßgeblichen – Pflege-löhne allein 2021–2023 um **17 bis 24 %**.

Der **reale Wert** des Tagespflege-Budgets ist dadurch seit 2017 um grob **ein Sechstel** gesunken – die einzige Anhebung (+4,5 %) hat den Kaufkraftverlust nicht annähernd ausgeglichen.

Innerhalb des SGB XI wurde die Tagespflege **nachrangig behandelt**: Pflegegeld (+9,9 %) und vor allem die ambulante Sachleistung (+15,3 %) wurden stärker dynamisiert.

Die Belastung verschob sich so bereits **vor 2025** spürbar zu Lasten der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen; der Stopp bis 2028 verschärft eine über ein Jahrzehnt gewachsene Lücke weiter.

Quelle: § 41 SGB XI (Fassung PSG II ab 2017; § 30 SGB XI ab 2025); dmrz.de / pflege-dschungel.de (GVWG 2022: ambulant +5 %, teilstationäre Anhebung gestrichen); BMG (PUEG 2024/2025); Destatis (Verbraucherpreisindex); BARMER-Pflegereport 2024 (Lohnentwicklung).

7.3 Mehr Pflegebedürftige, längere Pflegedauer

Die Zahl der Pflegebedürftigen stieg laut BARMER-Pflegereport 2025 zwischen 2015 und 2023 von 3,0 auf 5,7 Millionen; der Bevölkerungsanteil wuchs von 3,21 % auf 6,24 %. Nur etwa 15 % dieses Zuwachses sind demografisch erklärbar – wesentlicher Treiber ist die Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch die Reform 2017. Zugleich verlängern sich die in Pflegebedürftigkeit verbrachten Zeiten. Mehr Anspruchsberechtigte bei begrenztem Angebot erhöhen den Druck auf die ohnehin knappen teilstationären Kapazitäten.

Quelle: BARMER-Pflegereport 2025 (Pressemappe, bifg.de); Gelbe Liste (2025).

7.4 Der finanzielle Beitrag pflegender An- und Zugehöriger

Pflegende An- und Zugehörige sind der „größte Pflegedienst Deutschlands“: Von rund fünf Millionen zu Hause lebenden Pflegebedürftigen werden etwa vier Millionen ganz oder überwiegend informell versorgt; insgesamt leisten mehr als sieben Millionen Menschen regelmäßig informelle Pflege. Ein 2025 von „wir pflegen“ initiiertes Arbeitspapier (Hochschule Zittau/Görlitz) beziffert den monetären Wert dieser Leistungen – konservativ gerechnet – auf **über 200 Milliarden Euro pro Jahr**. Diese Leistung bleibt finanziell weitgehend unsichtbar und unvergütet.

Quelle: DIW Berlin / DZA / TU Dortmund, SOEP-Studie (2025); „wir pflegen“ / GAT Hochschule Zittau-Görlitz, Working Paper (Mai 2025); BMG.

7.5 Erwerbstätigkeit, Einkommen und Alterssicherung

Zwei von drei pflegenden Angehörigen unter 65 Jahren sind erwerbstätig. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist damit ein zentrales sozial- und gleichstellungspolitisches Thema. Eine aktuelle Auswertung (IW, 2026) zeigt: Rund **625.000** Pflegende haben ihren Erwerbsumfang seit Pflegebeginn reduziert (440.000 haben ihn ausgeweitet). Knapp 29 % der pflegenden Frauen im Erwerbsalter arbeiten in Teilzeit gegenüber rund 8 % bei pflegenden Männern – ein deutlicher Gender Care Gap. Bei Angehörigen von Menschen mit Demenz schränkt rund ein Drittel die Berufstätigkeit ein oder gibt sie auf.

Diese Reduktion wirkt unmittelbar fort: Wer wegen Pflege weniger arbeitet, sammelt weniger Entgeltpunkte und erhält später eine **geringere Rente** – mit erhöhtem Risiko der Altersarmut, das über-

proportional Frauen trifft. Während der ersten Corona-Welle, als Tagespflegen schlossen, traten genau diese Vereinbarkeitskonflikte besonders deutlich zutage – ein natürliches Experiment, das die Entlastungsfunktion der Tagespflege unterstreicht.

Quelle: springermedizin.de / PMC (Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit, 2023); Deutsches Institut für Altersvorsorge (IW-Auswertung, 2026); GesellschaftsReport Baden-Württemberg.

7.6 Gesundheitliche Folgen für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige sind gesundheitlich überdurchschnittlich belastet. Analysen des Robert Koch-Instituts zeigen häufiger Stress, Erschöpfung und psychische Beschwerden; Metaanalysen weisen deutlich erhöhte Depressionsraten nach. Das Deutsche Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG) startet 2026 am Standort Berlin-Potsdam ein Forschungsprojekt zur psychischen Gesundheit informell Pflegender. Diese Belastungen schlagen sich in Krankheitskosten nieder – fehlende Entlastung erzeugt also auch unmittelbare Folgekosten für die Krankenversicherung.

Quelle: Robert Koch-Institut; DZPG (Projekt „Inno:Care“, 2026); Monitor Versorgungsforschung (2026).

8. Warum Entlastung volkswirtschaftlich entscheidend ist

Tages- und Nachtpflege ist nicht nur eine individuelle Hilfe, sondern eine Investition in die Stabilität des gesamten Versorgungssystems. Wird zu wenig entlastet, entstehen Folgekosten an mehreren Stellen – die in keiner einzelnen Kassenbilanz vollständig sichtbar werden:

- **Gesundheitskosten der Krankenkassen:** Überlastung führt zu Depression, Erschöpfung und körperlichen Erkrankungen Pflegender – mit entsprechenden Behandlungs- und Arbeitsunfähigkeitskosten.
- **Einkommensverluste:** Reduzierte oder aufgegebene Erwerbsarbeit senkt das laufende Haushaltseinkommen pflegender Angehöriger unmittelbar.
- **Lücken in der Alterssicherung:** Geringere Beitragszahlungen bedeuten weniger Rentenanwartschaften und damit ein höheres Risiko späterer Altersarmut.
- **Folgekosten der sozialen Sicherung:** Altersarmut erzeugt künftige Ausgaben (Grundsicherung im Alter) und verlagert Kosten in die Zukunft.
- **Frühere Heimübergänge:** Bricht die häusliche Pflege zusammen, folgt oft der – teurere – Wechsel in die vollstationäre Versorgung, mit höheren Ausgaben für Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger.

Gemessen am volkswirtschaftlichen Wert informeller Pflege von über 200 Milliarden Euro jährlich ist jede wirksame Entlastung, die pflegende Angehörige im Erwerbsleben und in der Pflegerolle hält, gesamtwirtschaftlich hochrentabel. Die Tagespflege ist dafür eines der wirksamsten Instrumente – gerade für berufstätige Angehörige, die auf verlässliche Betreuungszeiten angewiesen sind.

Quelle: „wir pflegen“ / GAT (2025); DIW Berlin (2025); BARMER-Pflegereport 2024/2025; eigene Synthese.

9. Berliner Versorgungslage und der Helfelotse Berlin

9.1 Die Versorgungslage in Zahlen

Berlin erfasst die teilstationäre Versorgung in der amtlichen Pflegestatistik (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg) und in eigenen Pflege-Bezirksprofilen, die Plätze in Tagespflege, Kurzzeitpflege und Pfle-

geheimen kleinräumig je 100 Pflegebedürftige ausweisen; hinzu kommt eine Prognose der Zahl Pflegebedürftiger bis 2040. Zum Stichtag Ende 2023 bestanden in Berlin rund **112 teilstationäre Einrichtungen** (Tages-/Nachtpflege) neben 266 vollstationären Heimen. Die Zahl der teilstationären Plätze stieg zwischen 2019 und 2023 um **11,9 % (+259 Plätze)** – während die vollstationären Plätze zurückgingen. Die Tagespflege ist damit das dynamischste, zugleich aber von einem niedrigen Niveau ausgehende Segment.

Zur Einordnung der Finanzierungsfrage: In Berlin erhielten 2023 rund 16.610 Personen Hilfe zur Pflege (Gesamtausgaben rund 313,6 Mio. €), und der durchschnittliche Eigenanteil in der vollstationären Pflege stieg von rund 2.020 € (2019) auf 2.740 € (2023) – ein deutliches Signal der Kostendynamik, die mittelbar auch die Tagespflege-Tagessätze betrifft. Berlin gewährt zudem keine flächendeckende Investitionskostenförderung für Selbstzahler; deren Investitionskostenanteil bleibt Eigenanteil, während er für Empfänger:innen von Hilfe zur Pflege vom Sozialhilfeträger getragen wird.

Quelle: Senatsverwaltung, Pflege-Profil Berlin (Stand 31.12.2023); Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Pflegestatistik; Tagesspiegel (Pflegeplätze nach Bezirken, 2024); BMG, Länderbericht Investitionskosten (2022).

9.2 Der Hilfelotse Berlin: Datenangebot

Der **Hilfelotse Berlin** (www.hilfelotse-berlin.de) ist eine öffentlich zugängliche Datenbank pflegerischer, gesundheitlicher und sozialer Hilfsangebote. Träger ist der psychosoziale Dienstleister Albatros gGmbH; das System geht auf ein vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes Modellprojekt (unter Beteiligung des Bezirksamts Reinickendorf) zurück. Er ist mit den Berliner Pflegestützpunkten verbunden, die eine kostenlose telefonische Beratung anbieten.

Zur Tagespflege bietet der Hilfelotse:

- **Umfang:** Informationen zu rund 9.000 Anbietern, Organisationen und Einrichtungen quer durch die Themen Gesundheit, Freizeit, Pflege, Wohnen und Alltagshilfen – ausdrücklich auch zu Tagespflegen, Pflegeheimen, Pflegediensten und Beratungsstellen.
- **Suche:** Standortsuche nach Straße, Hausnummer und Postleitzahl mit Umkreisfilter (1–5 km) – also gezielt nach wohnortnahen Tagespflegen.
- **Mehrsprachigkeit:** Über die Eingabe einer Sprache (z. B. „türkisch“, „arabisch“, „russisch“, „polnisch“, „englisch“) lassen sich Anbieter finden, die diese Sprache sprechen.
- **Kostenfreiheit und Neutralität:** Nutzung und Anbieter-Registrierung sind kostenlos; die Datenbank ist trägerübergreifend angelegt und barrierefrei gestaltet.
- **Zwei Zugangsebenen:** Die öffentliche Fassung zeigt Anbieter und Kontaktdaten. Erweiterte Inhalte wie **Kosten oder besondere Leistungsangebote** sind nur über den Berater-Zugang der Pflegestützpunkte einsehbar.

9.3 Bewertung des Hilfelotsen aus Sicht der Betroffenen

Stärken. Für pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige ist der Hilfelotse ein niedrigschwelliges, kostenloses und trägerneutrales Werkzeug, um wohnortnahe Tagespflegen überhaupt erst zu finden – ein wichtiger erster Schritt, der durch die Verknüpfung mit der kostenlosen Pflegestützpunkt-Beratung und durch die Mehrsprachigkeit gerade auch Menschen mit geringen Vorkenntnissen oder ohne deutsche Muttersprache erreicht. Die kleinräumige Umkreissuche passt gut zur Logik der Tagespflege, deren Nutzen stark von kurzen Fahrwegen abhängt.

Grenzen. Aus Nutzersicht entscheidend sind jedoch zwei Fragen, die die öffentliche Fassung gerade nicht beantwortet: **Was kostet die Einrichtung (Tagessatz, Hotel- und Investitionskosten)?** und **Ist aktuell ein Platz frei?** Kostenangaben und besondere Leistungsmerkmale sind dem Berater-Zugang vorbehalten, und freie Kapazitäten werden nicht in Echtzeit ausgewiesen. Der Hilfelotse ist damit ein **Verzeichnis, kein Vergleichs- oder Belegungsportal**. Hinzu kommt, dass die Datenqualität von der freiwilligen Registrierung und Pflege der Einträge durch die Anbieter abhängt, sodass Vollständigkeit und Aktualität nicht garantiert sind. Für die in diesem Dokument behandelte Kernfrage – die finanzielle Belastung – liefert die öffentliche Fassung also Orientierung über das **Ob** und **Wo**, nicht aber über das **Wieviel**. Hier bleibt der Weg über die persönliche Pflegeberatung (Pflegestützpunkt) bzw. die direkte Anfrage bei der Einrichtung notwendig.

Quelle: *hilfelotse-berlin.de* (Startseite und „Über den Hilfelotsen“, Träger Albatros gGmbH); *pflegestuetzpunkteberlin.de*.

9.4 Der AOK-Pflegenavigator: das fehlende „Wieviel“

Die zentrale Lücke des Hilfelotsen – fehlende Kosten- und Preisangaben – schließt ein zweites, bundesweites Portal: der **AOK-Pflegenavigator** (aok.de/pk/pflegenavigator). Er verzeichnet deutschlandweit mehr als 30.000 Pflegeeinrichtungen, darunter ausdrücklich auch Tages- und Nachtpflegen, und erlaubt eine Standortsuche nach Postleitzahl. Anders als der Hilfelotse zeigt er für jede Einrichtung **die vertraglich vereinbarten Preise und – nach Pflegegrad und Anzahl der Besuchstage – die konkreten Eigenanteile** an; die Ergebnisse lassen sich nach Entfernung oder nach Eigenanteil sortieren und filtern. Hinzu kommen die Qualitäts-Prüfnoten des Medizinischen Dienstes sowie Angaben zu Leistungsspektrum, Sprachkenntnissen und Ausstattung.

Für die in diesem Dokument behandelte Kernfrage – die finanzielle Belastung – ist der AOK-Pflegenavigator damit das aussagekräftigere Werkzeug: Er beantwortet das **Wieviel**, das die öffentliche Fassung des Hilfelotsen offenlässt. Da das Portal als interaktive Anwendung betrieben wird, lässt sich die genaue Zahl der aktuell für Berlin gelisteten Tagespflegen hier nicht statisch ausweisen; als verlässliche Größenordnung dient die amtliche Pflegestatistik mit rund **112 teilstationären Einrichtungen** (Stand Ende 2023). Wer Eigenanteile konkret vergleichen will, gibt im Pflegenavigator Postleitzahl, Pflegegrad und gewünschte Wochentage ein und erhält eine nach Eigenanteil sortierbare Trefferliste der Berliner Tagespflegen.

Zwei Portale – komplementäre Stärken

Hilfelotse Berlin: breites, trägerneutrales und mehrsprachiges Berliner Verzeichnis (auch jenseits der Pflege), mit Anbindung an die kostenlose Pflegestützpunkt-Beratung – stark beim **Ob** und **Wo**, ohne öffentliche Kostenangaben.

AOK-Pflegenavigator: bundesweit, mit Preisen, Eigenanteilen (nach Pflegegrad/Tagen) und Qualitätsnoten – stark beim **Wieviel** und bei der Vergleichbarkeit.

Hinweis zur Datenaktualität: Informationsseiten solcher Portale hinken mitunter nach – die AOK-Erläuterungsseite nannte zuletzt noch die 2024er Budgets (689/1.298/1.612/1.995 €) und 125 € Entlastungsbetrag statt der seit 2025 geltenden Werte (721/1.357/1.685/2.085 € bzw. 131 €). Maßgeblich bleiben die aktuellen Beträge und der jeweilige Bescheid.

Quelle: *AOK-Pflegenavigator* (aok.de/pk/pflegenavigator; aok.de/pk/tagespflege-in-der-naehe); *Senatsverwaltung, Pflege-Profil Berlin* (Einrichtungszahlen 2023).

10. Abschließende Bewertung aus Sicht der Betroffenen

Aus Sicht pflegebedürftiger Menschen

Die Tagespflege bietet Struktur, soziale Teilhabe, fachliche Betreuung und ermöglicht das Verbleiben in der vertrauten Häuslichkeit. Ihr großer Vorteil – die Anrechnungsfreiheit auf Pflegegeld und Pflegesachleistung – wird in der Praxis durch zwei Grenzen relativiert: Erstens deckt das Budget bei niedrigem Pflegegrad nur wenige Tage ab, sodass gerade Menschen mit Pflegegrad 2 entweder Tage „zukaufen“ oder ihre Nutzung einschränken müssen. Zweitens bleiben Hotel- und Investitionskosten dauerhaft Eigenanteil, den der Entlastungsbetrag nur teilweise auffängt. Wer über geringe Einkünfte verfügt, ist auf Hilfe zur Pflege angewiesen – ein Anspruch, der wegen Unkenntnis oder Scham vielfach nicht geltend gemacht wird, obwohl die Anrechnungsregeln bei teilstationärer Pflege vergleichsweise schonend sind.

Aus Sicht pflegender An- und Zugehöriger

Für pflegende Angehörige – mehrheitlich Frauen, zu zwei Dritteln erwerbstätig – ist verlässliche Tagespflege oft die Bedingung dafür, Erwerbsarbeit und Pflege zu vereinbaren. Wo sie fehlt, unzureichend finanziert oder räumlich nicht erreichbar ist, drohen Arbeitszeitreduzierung, Einkommensverluste, Rentenlücken und gesundheitliche Überlastung. Die eingefrorenen Leistungsbeträge bei gleichzeitig steigenden Tagessätzen verschärfen dies schleichend: Das nominale Budget bleibt gleich, sein realer Entlastungswert sinkt. Hinzu kommt, dass das Zusammenspiel der drei Finanzierungswege (§ 41-Budget, Entlastungsbetrag, Gemeinsamer Jahresbetrag) zwar erhebliche Möglichkeiten eröffnet, in der Praxis aber komplex und beratungsintensiv ist – wer sie nicht kennt, verschenkt Ansprüche.

Gesamteinschätzung

Kernaussage

Tages- und Nachtpflege ist ein wirksames, im Grundsatz gut konstruiertes Entlastungsinstrument – die Anrechnungsfreiheit ist ihr entscheidender Vorteil.

Ihre Wirkung wird jedoch durch drei strukturelle Grenzen beschnitten: **begrenzte Budgets** (besonders bei PG 2), **dauerhafte Hotel- und Investitionskosten-Eigenanteile** und die **eingefrorenen Leistungsbeträge** bei steigenden Kosten.

Aus Sicht der Betroffenen sind die zentralen Stellschrauben: eine **regelgebundene Dynamisierung** der Leistungsbeträge, eine **Begrenzung der Eigenanteile** (analog zur Heimdebatte), die **Übernahme der Investitionskosten** auch außerhalb der Hilfe zur Pflege, ein **niedrigschwelliger Zugang** zur Hilfe zur Pflege und zu Beratung sowie mehr **Transparenz über Kosten und freie Plätze** (etwa durch Ausbau öffentlicher Such- und Vergleichsangebote wie des Hilfelotsen).

Jeder Euro, der verlässliche Tagespflege ermöglicht, beugt teureren Folgen vor: Heimübergängen, Gesundheitskosten und Altersarmut pflegender Angehöriger.

Quellen und Datengrundlagen

Stand der Recherche: Juni 2026. Die Leistungsbeträge folgen dem SGB XI (Stand 2025/2026). Beträge zu Tagessätzen, Hotel- und Investitionskosten sind einrichtungs- und einzelfallabhängig.

Herausgeber	Inhalt	Fundstelle
Bundesgesundheitsministerium	Leistungsbeträge der sozialen Pflegeversicherung ab 1.1.2025 (+4,5 %)	bundesgesundheitsministerium.de
Verbraucherzentrale	Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (03/2026)	verbraucherzentrale.de
pflege.de	Gemeinsamer Jahresbetrag (§ 42a); Entlastungsbetrag (§ 45b)	pflege.de
AWO Unterfranken	Verhinderungspflege in der Tagespflege – Alternative zur Kurzzeitpflege (2026)	awo-unterfranken.de
Pflege-Dschungel.de; Pflegeberatung.de	Aufteilung und Abrechnung des Gemeinsamen Jahresbetrags	pflege-dschungel.de / pflegeberatung.de
Hilfelotse Berlin / Albatros GmbH	Öffentliche Datenbank Berliner Hilfsangebote inkl. Tagespflegen	hilfelotse-berlin.de
AOK-Pflegenavigator	Bundesweite Such- und Vergleichsplattform mit Preisen und Eigenanteilen (Tages-/Nachtpflege)	aok.de/pk/pflegenavigator
Senatsverwaltung für Pflege Berlin	Ausbildungszuschläge nach PflBG; Pflegeausbildungsfonds	berlin.de/sen/pflege
Gesetzliche Grundlagen	§ 82a SGB XI (Ausbildungsvergütung); § 28 PflBG	gesetze-im-internet.de
Tagesspiegel	Pflegeplätze in den Berliner Bezirken (2024)	tagesspiegel.de
Bundesverwaltungsamt	Pflegeleistungen ab 2025 (§§ 36, 37, 41 SGB XI)	bva.bund.de
Deutscher Pflegebeistand	Pflegegrad-Tabelle 2026 / Tages-/Nachtpflege-Budgets	deutscherpflegebeistand.de
Diakonie Deutschland	Überblick zu den ab 01.07.2025 geltenden Leistungen des SGB XI (2025)	diakonie.de
Deutsches Medizinrechenzentrum	Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Sozialleistungen in der Pflege	dmrz.de
betanet (beta Institut)	Tages- und Nachtpflege; Hilfe zur Pflege (2026)	betanet.de
Johanniter / Pflegewächter / Hauspflege-24 / pflege-zu Hause-24	Tagespflege-Kosten und Eigenanteile (2025/2026)	div.
anbosa Homecare; SAZ mit-tendrin; St. Lukas Tagespflegehaus	Reale Berliner Tagessätze und Rechenbeispiele	div. (Berlin)
BARMER / bifg	BARMER-Pflegereport 2023, 2024, 2025 (Rothgang u. a., Univ. Bremen / SOCIUM)	barmer.de / bifg.de
Statistisches Bundesamt (Destatis)	Verbraucherpreisindex 2017–2025 (Basis 2020 = 100)	destatis.de
dmrz.de / pflege-dschungel.de	Leistungsanhebungen 2022 (GVWG): ambulant +5 %, teilstationäre Anhebung gestrichen	dmrz.de / pflege-dschungel.de
Gelbe Liste	Bericht zum BARMER-Pflegereport 2025	gelbe-liste.de

Herausgeber	Inhalt	Fundstelle
DIW Berlin / DZA / TU Dortmund	SOEP-Studie zur informellen Pflege (2025)	diw.de
„wir pflegen“ / Hochschule Zittau-Görlitz (GAT)	Monetärer Wert informeller Pflege > 200 Mrd. €/Jahr (Working Paper, 2025)	wir-pflegen.net
springermedizin.de / PMC	Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit (2023)	springermedizin.de
Deutsches Institut für Altersvorsorge	IW-Auswertung zu Erwerbsreduktion und Rentenlücke (2026)	dia-vorsorge.de
DZPG / Monitor Versorgungsforschung	Psychische Gesundheit pflegender Angehöriger (Projekt „Inno:Care“, 2026)	dzpg.org
gegen-hartz.de	Hilfe zur Pflege, Pflegegemindestlöhne ab 1.7.2026 (2026)	gegen-hartz.de
Verbraucherzentrale / Wegweiser Demenz	Schonvermögen und Einkommensgrenzen Hilfe zur Pflege	div.
Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Senatsverwaltung	Pflegestatistik, Pflege-Bezirksprofile, Prognose bis 2040	berlin.de / statistik-berlin-brandenburg.de

Rechtsgrundlagen: SGB XI (insb. §§ 36, 37, 38, 41, 42a, 43, 43c, 44, 45b SGB XI); SGB XII (insb. §§ 61 ff., 66a, 82, 85 SGB XII); SGB V (§ 37).

11. Nachtrag: Was sich mit dem Pflege neuordnungsgesetz ändern würde

Diese Analyse beschreibt den Rechtsstand Juni 2026. Der zwischenzeitlich vorgelegte Referentenentwurf eines Pflege neuordnungsgesetzes (PNOG) würde die hier dargestellte Finanzierungsarchitektur an mehreren Stellen verändern – überwiegend zu Lasten der Tages- und Nachtpflege. Der Bericht behandelt dies ausführlich in Kapitel 12; für die Finanzierungsfrage sind vier Punkte entscheidend.

Erstens das Sozialraumbudget: Der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI soll in ein Sozialraumbudget überführt werden, das nach dem Entwurf für die Tagespflege nicht mehr nutzbar wäre. Damit entfiele genau der Weg, über den heute die Hotel- und Investitionskosten gemindert werden – jener Mechanismus also, den Abschnitt 5 dieser Analyse als zentrale Entlastung ausweist. Hinzu käme ein monatlicher Verfall statt der bisherigen Übertragbarkeit ins folgende Kalenderhalbjahr.

Zweitens die „Hebel“-Leistungen: Der Umwandlungsanspruch nach § 45a Abs. 4 SGB XI würde ersatzlos entfallen, die Verhinderungspflege ihren eigenständigen Anspruch verlieren und der Gemeinsame Jahresbetrag von 3.539 € in ein akutgebundenes Überbrückungsbudget überführt. Die in Abschnitt 3 beschriebenen Kombinationsmöglichkeiten stünden damit in ihrer heutigen Form nicht mehr zur Verfügung.

Drittens die Pflegegrad-Schwellenwerte: Deren pauschale Anhebung zum 1. Januar 2027 würde dazu führen, dass ein Teil der heute Anspruchsberechtigten künftig einen niedrigeren oder keinen Pflegegrad erhielte – mit unmittelbarer Wirkung auf das in Abschnitt 4 dargestellte Budget und seine Reichweite. Viertens bliebe der Leistungsbetrag des § 41 SGB XI bis mindestens 1. Januar 2028 eingefroren, während die Kosten weiter steigen; die in Abschnitt 7.2 beschriebene lange Linie der realen Entwertung setzte sich damit fort.

Für die Bewertung dieser Analyse folgt daraus: Die beschriebenen Finanzierungswege gelten für die Gegenwart und sollten von den Betroffenen konsequent genutzt werden. Ihre Fortgeltung über den

1. Januar 2027 hinaus steht jedoch unter Vorbehalt. Der Landesverein fordert deshalb die Nachbesserung des Entwurfs (Handlungsempfehlung Nr. 3).

Anlage 8 Methoden- und Stichprobensteckbrief

Kompakte methodische Dokumentation der Online-Befragung zur zitierfähigen Nachnutzung.

Erhebungsträger und -zeitraum. wir pflegen Berlin e.V. (Interessenvertretung pflegender An- und Zugehöriger). Online-Befragung von Anfang Februar bis 31. Mai 2026. Erhebungsplattform LimeSurvey. Offener Befragungslink über www.umfrage.wir-pflegen.berlin.

Zielgruppe und Zugang. Pflegebedürftige Menschen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen in Berlin als Expertinnen und Experten in eigener Sache. Offener Selbstselektionszugang ohne definierte Grundgesamtheit. Verbreitung über eigene Öffentlichkeitsarbeit, Mitglieder Landesverein, Mitglieder Landespflegeausschuss, Beratungs- und Selbsthilfestrukturen, Postkarten und Kurzinformation (Anlagen 3 und 10).

Instrument. 316 Erhebungsmerkmale auf sieben Fragebogenseiten. Bearbeitungszeit je nach Detailtiefe etwa 5 bis über 30 Minuten. Geschlossene Fragen (Einfach-/Mehrfachauswahl, Skalen) und offene Freitextfelder. Alle Angaben freiwillig. Auch Teilantworten auswertbar.

Rücklauf und Datenbasis. 183 Datensätze im Rohdatenexport. Je nach Frage 9 bis 45 auswertbare Antworten. Abschlussquote unter den Startenden zum 17.04.2026: 18,6 % (31 von 167). Bei offenem Link ist eine klassische Rücklaufquote nicht berechenbar. Reichweite und Bewältigbarkeit sind getrennt zu bewerten (Einordnung mit Benchmarks der Methodenforschung in Kapitel 7).

Auswertung. KI-gestützte Auswertung in dokumentierten Schritten (Frage-für-Frage-Häufigkeiten, Freitextkodierung, Konsistenzprüfungen) mit systematischer Verifikation aller extern zitierten Angaben an Primärquellen. Vergleich und Absicherung der Kernaussagen durch Triangulation mit amtlicher Statistik, den SenWGP-Sonderbefragungen zum Fachgespräch 15.10.2025 und bundesweiten Kassenreports (WIdO, BARMER, DAK).

Reichweite der Aussagen. Kleine, selbstselektive Stichprobe. Ergebnisse sind Richtungsaussagen. Keine repräsentativen Quoten. Prozentangaben werden stets mit ihrer Basis (N) ausgewiesen. Die Befragung ist als explorative Betroffenenerhebung und Pilot für Folgebefragungen konzipiert (Kapitel 7 und 17).

Datenschutz. Teilnahme anonym. Keine Erhebung identifizierender Pflichtangaben. freiwillige Kontaktangaben getrennt behandelt. Datenhaltung beim Landesverein.

Anlage 9 Glossar und Rechtsquellenverzeichnis

Kurzerläuterungen zentraler Begriffe und Fundstellen der wichtigsten Rechtsquellen; Rechtsstand Juli 2026, PNOG-Angaben nach dem Referentenentwurf vom 04.06.2026.

Glossar

Tages-/Nachtpflege (teilstationäre Pflege): Zeitweise Betreuung und Pflege in einer Einrichtung tagsüber oder nachts bei Verbleib in der Häuslichkeit. Eigenständiger Leistungsanspruch nach § 41 SGB XI (Pflegegrade 2–5) neben Pflegegeld/Sachleistung.

Pflegegrad / Begutachtung: Fünfstufige Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach dem Neuen Begutachtungsassessment (Module 1–6). Der PNOG-Entwurf hebt die Punktschwellen ab 01.01.2027 an („Schwellenwerte“, Kapitel 12.3).

„Hebel“-Leistungen: Im Bericht verwendete Sammelbezeichnung für Leistungen, mit denen Zuzahlungen der Tages-/Nachtpflege heute spürbar gesenkt werden können: Umwandlungsanspruch (§ 45a Abs. 4 SGB XI), Verhinderungspflege (§ 39) und Gemeinsamer Jahresbetrag von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§ 42a, seit 01.07.2025: 3.539 €/Jahr). Nach dem PNOG-Entwurf entfallen sie in ihrer jetzigen Form (Kapitel 12).

Entlastungsbetrag / Sozialraumbudget: Zweckgebundener Betrag von 131 €/Monat (§ 45b SGB XI) für Unterstützungsangebote; im PNOG-Entwurf zum „Sozialraumbudget“ (bis zu 175 €/Monat, Pflegegrade 2–5) umgestaltet – unter Ausschluss der Tages-/Nachtpflege und mit monatlichem Verfall (Kapitel 12.1).

Eigenanteil / Zuzahlungen: Von den Pflegehaushalten selbst zu tragende Kostenbestandteile der Tagespflege (Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten, ggf. Ausbildungsumlage) sowie Kosten oberhalb des § 41-Budgets einschließlich Fahrdienst.

Pflegestützpunkt (PSP): Wohnortnahe, trägerneutrale Beratungsstelle von Pflege- und Krankenkassen und Land (§ 7c SGB XI). In Berlin gibt es 36 Pflegestützpunkte.

Pflege-Cockpit / Pflegebegleitung: Nach dem PNOG-Entwurf ein digitales Portal der Pflegeversicherung für Versicherte (§ 7a neu) sowie eine strukturierte, proaktive Begleitung häuslicher Pflegearrangements (§§ 7c–7e neu; Pauschale 146 €/Jahr, § 7e), vorgesehen ab 2028.

Live-In-Betreuung („24-Stunden-Betreuung“): In häuslicher Gemeinschaft lebende Betreuungskräfte, überwiegend aus Mittel- und Osteuropa. Bundesweit auf 300.000 bis 700.000 geschätzt. Amtlich nicht erfasst (Kapitel 8, Empfehlung Nr. 17).

Gemeinsamer Jahresbetrag (GJB): Zusammengeführtes Jahresbudget von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§ 42a SGB XI, seit 01.07.2025). Entfällt nach dem PNOG-Entwurf zugunsten eines akutgebundenen Überbrückungsbudgets (§ 39 neu).

Pflegekonstellationen mit besonderen Belastungen: Im Bericht verwendete Bezeichnung für Haushalte, in denen mehrere Belastungsfaktoren zusammentreffen (z. B. Einzelpflegeperson, Demenz, Nachtpflegebedarf, enge finanzielle Spielräume).

Rechtsquellen (Auswahl)

SGB XI – Soziale Pflegeversicherung, insbesondere: § 7a (Pflegeberatung; künftig Pflege-Cockpit nach PNOG-E), § 7c (Pflegestützpunkte; künftig Pflegebegleitung), § 37 Abs. 3 (Beratungsbesuche), § 38a (Wohngruppenzuschlag), § 39 (Verhinderungspflege; künftig Überbrückungsbudget), § 41 (Tages- und Nachtpflege), § 42/42a (Kurzzeitpflege / Gemeinsamer Jahresbetrag), § 43c (Leistungszuschläge vollstationär), § 45a/45b (Angebote zur Unterstützung im Alltag / Entlastungsbetrag, künftig Sozialraumbudget), § 71/72 (Pflegeeinrichtungen/Versorgungsvertrag), § 73a Abs. 3 (Strukturmonitoring des GKV-Spitzenverbands, seit 01.01.2026), § 75 (Landesrahmenverträge), §§ 8, 8a, 9 (gemeinsame Verantwortung, Pflegestrukturplanung, Sicherstellungsauftrag; Erweiterung nach PNOG-E), § 82 (Investitionskosten), § 109 (Pflegestatistik), § 123 (Modellkommunen).

SGB XII – Sozialhilfe: §§ 61 ff. (Hilfe zur Pflege), § 18 (Einsetzen der Sozialhilfe). Pflegeberufegesetz (PflBG): §§ 26 ff. (Finanzierung der Pflegeausbildung, Ausbildungsumlage). Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG, 2023). Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22.12.2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371). Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (PNOG-E, BMG, 04.06.2026). Land Berlin: Landespflegeplan 2025 (Senatsbeschluss 08.07.2025); Wohnteilhabegesetz (WTG Berlin); Allgemeines Zuständigkeitsgesetz (AZG); Altenhilfestrukturgesetz (Abgeordnetenhaus, Mai 2026).

Anlage 10 Postkarten zur Befragung und zum Landesverein

Kommunikationsmaterial, verteilt ab dem 10.03.2026 (Postkartenformat, je Vorder- und Rückseite mit Foto, QR-Code und Logo). Nachstehend die Abbildungen und der dokumentierte Wortlaut beider Karten.

Karte 1: Online-Befragung zur Tages- und Nachtpflege in Berlin



**Online-Befragung zur
Tages- und Nachtpflege
in Berlin**



www.umfrage.wir-pflegen.berlin

Pflege betrifft viele Menschen in Berlin – als
Pflegebedürftige, als pflegende An- und Zugehörige
oder als beruflich Pflegenden.

Wirken Sie mit, das Tages- und Nachtpflegeangebot
in Berlin zu verbessern!

wir pflegen!
in Berlin e.V.



„Online-Befragung zur Tages- und Nachtpflege in Berlin – www.umfrage.wir-pflegen.berlin. Pflege betrifft viele Menschen in Berlin – als Pflegebedürftige, als pflegende An- und Zugehörige oder als beruflich Pflegende. Wirken Sie mit, das Tages- und Nachtpflegeangebot in Berlin zu verbessern!“

Karte 2: wir pflegen Berlin e.V.

	www.wir-pflegen.berlin  wir pflegen! in Berlin e.V. 
Pflegende Angehörige in Berlin leisten Enormes – oft unsichtbar. Sie brauchen bessere Rahmenbedingungen, mehr Anerkennung und eine starke Stimme!	Wir machen Ihre Herausforderungen, Bedürfnisse und Rechte sichtbar! Bei uns finden Sie Halt, Austausch und Unterstützung! Machen Sie mit! – Unterstützen Sie uns!

„Pflegende Angehörige in Berlin leisten Enormes – oft unsichtbar. Sie brauchen bessere Rahmenbedingungen, mehr Anerkennung und eine starke Stimme! Wir machen Ihre Herausforderungen, Bedürfnisse und Rechte sichtbar! Bei uns finden Sie Halt, Austausch und Unterstützung! Machen Sie mit! – Unterstützen Sie uns! – www.wir-pflegen.berlin“