

Häusliche Pflege

PFLEGEDIENSTE BESSER MANAGEN.

Ambulante Pflege im Quartier

Themendossier
für Aktionsteilnehmer



Zukunftsmodell Quartier

Auch ambulante Pflegedienste stehen unter Druck, pflegerische Versorgung dauerhaft abzusichern und gleichzeitig wirtschaftlich tragfähig zu bleiben. Gleichzeitig wächst der Anspruch, Pflege wohnortnah, bezahlbar und qualitativ hochwertig zu organisieren.

Vor diesem Hintergrund gewinnen Versorgungsquartiere zunehmend an Bedeutung. Drei Beispiele aus Hessen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg zeigen, wie strukturiert erfolgreiche Entwicklung verlaufen kann.

Text: Torsten Anstädt



Versorgungsquartiere sind keine Einzelprojekte, sondern langfristig angelegte sozialräumliche Versorgungsgemeinschaften. Sie verbinden pflegerische, medizinische und soziale Angebote mit nachbarschaftlicher Unterstützung, Ehrenamt und kommunaler Steuerung. Für ambulante Pflegedienste eröffnen sie die Möglichkeit, Versorgung planbarer, stabiler und weniger abhängig von kurzfristigen Marktbewegungen zu gestalten.

Begleitet werden solche Prozesse zunehmend professionell. Seit über zehn Jahren werden in Deutschland systematische Modelle der Quartiersentwicklung erprobt und weiterentwickelt. Dabei entstand ein Strukturmodell mit fünf Phasen und 28 Bausteinen, das Quartiere von der ersten Idee bis in den dauerhaften Betrieb führt. Es ist chronologisch aufgebaut und verbindet strategische Planung mit operativer Umsetzung (sh. Seite 05).

Mehr zum Thema

- 01** Konferenz „Ambulante Pflege im Quartier: Versorgungsquartiere planen, investieren und betreiben“ am **22./23. September 2026, Hannover.** www.haeusliche-pflege.net/events
- 02** Whitepaper „Pflege- und Versorgungsquartiere als Antwort auf den demografischen Wandel“ unter www.humaq.de/versorgungsquartier
- 03** Kostenloses Quartiers-CANVAS für erste Ideen zum Businessplan. **Download unter www.humaq.de**

Diese 28 Bausteine sind mehr als eine formale Checkliste. Sie bilden eine erprobte Abfolge, mit der Versorgungsquartiere schrittweise zu belastbaren Strukturen entwickelt werden. Am Anfang stehen Grundlagen, die für Pflegedienste von zentraler Bedeutung sind: politische Rückendeckung, realistische Bedarfsanalysen, die Klärung von Rollen und Zuständigkeiten sowie ein tragfähiges Finanzierungs- und Geschäftsmodell. Erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, folgen Governance-Strukturen, Kooperationsformate, Quartiersmanagement, Begegnungsangebote und die Umsetzung im Alltag.

Die letzten Bausteine zielen auf Verstetigung. Dazu gehören Qualitätssicherung, Wirkungsmessung, Weiterentwicklung und Digitalisierung dort, wo sie tatsächlich entlastet. Zentral ist dabei eine Finanzierung, die nicht mit dem Ende einer Förderung wegbriecht. Viele Quartiere scheitern genau an diesem Punkt.

Sie starten mit hohem Engagement, aber ohne klare Reihenfolge, ohne wirtschaftliche Grundlage und ohne verbindliche kommunale Einbindung. Nach zwei oder drei Jahren laufen die Projekte aus. Für ambulante Dienste bedeutet das verlorene Investitionen und gebundene Managementkapazitäten ohne nachhaltigen Effekt.

Das strukturierte Modell setzt dem eine klare Logik entgegen. Quartiere sollen nicht orientierungslos beginnen, sondern von Anfang an so aufgebaut werden, dass sie dauerhaft betrieben und bei Bedarf regional skaliert werden können. Für Geschäftsführungen und Pflegedienstleitungen entsteht so ein kalkulierbarer Entwicklungsrahmen.

Die nebenstehenden Beispiele aus Wiesbaden in Hessen, Staßfurt in Sachsen-Anhalt und Vetschau in Brandenburg verdeutlichen, wie sich diese Phasen in der Praxis ausprägen. Wiesbaden zeigt, wie langfristige Entwicklung zur Stabilisierung ambulanter Versorgung führen kann. Staßfurt steht für eine kommunal getragene, partizipative Umsetzung. Vetschau befindet sich noch am Anfang, setzt

Phase 1:

Der strukturierte Start in Vetschau – Warum der Anfang über den Erfolg entscheidet

Noch am Anfang der Quartiersentwicklung steht das geplante Versorgungsquartier in Vetschau/Spreewald in Brandenburg. Initiiert wird das Projekt vom Villa Lebensbogen Pflege- und Beratungszentrum, der Physiotherapie Schlott & Nowara OHG, der Stadt Vetschau sowie der WIS Wohnungsbaugesellschaft im Spreewald mbH.

Die Geschäftsführerinnen Susen und Jana Nowara haben sich bewusst für das Zukunftsmodell Versorgungsquartier entschieden. Ihr Ansatz wird von der Stadtverwaltung getragen. Bürgermeister, Sozialamtsleitung und politische Gremien unterstützen das Vorhaben personell und mit hoher Wahrscheinlichkeit finanziell. Sie sehen darin eine strategische Investition in die Zukunft der Kommune.

Ausgangspunkt ist die praktische Erfahrung aus der täglichen Versorgungsarbeit. „Wir bieten bereits viele ambulante Leistungen in Vetschau an. Gleichzeitig sehen wir, dass wir die zukünftige Versorgung nicht allein sichern können“, sagt Susen Nowara. „Es braucht Koordination, politische Unterstützung und ein Quartiersmanagement, das alle Akteurinnen und Akteure zusammenführt.“

Konkret geht es nun um den Aufbau erster Strukturen. „Wir stellen einen Landesförderantrag für die Konzeption und für die Schaffung erster Grundlagen eines Versorgungsquartiers“, so Nowara. „Ich freue mich sehr darauf und kann es kaum erwarten, mit der Umsetzung zu beginnen.“

Vetschau befindet sich damit klar in Phase 1 der Quartiersentwicklung. Im Mittelpunkt stehen Zielklärung, politische Verankerung und der Aufbau von Steuerungsstrukturen. Bemerkenswert ist, dass das Projekt von Beginn an als Gemeinschaftsvorhaben angelegt ist. Pflege- und Gesundheitsanbieter, Kommune und Wohnungswirtschaft ziehen gemeinsam an einem Strang und erkennen den Mehrwert der Zusammenarbeit.

Auf diese Weise werden typische Risiken von Einzelinitiativen frühzeitig vermieden. Dazu zählen unsichere Finanzierung, Überforderung einzelner Akteure, mangelnde Akzeptanz oder Konkurrenzdenken. Der strukturierte Start schafft damit die Voraussetzungen für eine tragfähige Weiterentwicklung des Quartiers.

aber früh auf politische Verankerung und gemeinsame Steuerung. Gemeinsam machen die drei Standorte sichtbar, wie unterschiedlich Quartiersentwicklung verlaufen kann – und wie wichtig Struktur dabei ist.



Beispiel Staßfurt-Nord: Hier zeigt sich, dass eine strategisch angelegte und partizipativ entwickelte Quartiersentwicklung auf kommunaler Ebene soziale Wirkung entfalten kann.

Phase 1 bis 3 abgeschlossen, Phase 4 im Aufbau:

Staßfurt-Nord – Quartiersentwicklung als kommunale Gestaltungsaufgabe

Ein anderes Ausgangsbild, aber ein ebenso klar strukturierter Entwicklungsweg zeigt sich im Versorgungsquartier Staßfurt-Nord in Sachsen-Anhalt. Träger ist die Pegasus Soziale Dienstleistungen gGmbH in Kooperation mit der Wobau Staßfurt.

Der Einstieg erfolgte 2024 mit einer professionellen Quartierspotenzialanalyse – ein klassischer Baustein der Phase 1. Fünf differenzierte Analysen sowie partizipative Prozesse mit der Bewohnerschaft und lokalen Akteurinnen und Akteuren bildeten die Grundlage für die weitere Entwicklung.

Auslöser war die Situation im Stadtteil selbst. „Ich bin Stadtrat und Bürger von Staßfurt. Der Stadtteil Staßfurt-Nord war geprägt von Leerstand, Einsamkeit und einem absehbaren Versorgungengpass“, beschreibt Michael Hauschild die Ausgangslage. „Uns war klar: Wenn wir nichts tun, wird es sozial und finanziell teuer.“

Aufbauend auf den Ergebnissen der Analyse wurden in Phase 2 verbindliche Strukturen geschaffen: ein Quartiersversorgungsbeirat, ein professionelles Quartiersmanage-

ment sowie ein abgestimmtes Maßnahmenkonzept. In Phase 3 folgte die operative Umsetzung.

Seitdem hat sich das Quartier sichtbar verändert. „Wir haben eine Begegnungsstätte aufgebaut, neue Treffpunkte im öffentlichen Raum geschaffen und viele Beteiligungsformate umgesetzt“, sagt Hauschild. „Das Quartier ist spürbar lebendiger geworden.“

Aktuell befindet sich Staßfurt-Nord im Übergang zur Phase 4. Im Mittelpunkt stehen nun die Verstetigung der aufgebauten Strukturen und der Aufbau eines intersektoralen Versorgungsnetzwerks aus Pflege, Gesundheitsversorgung, Sozialarbeit und nachbarschaftlicher Unterstützung.

Das Beispiel Staßfurt-Nord zeigt, dass eine strategisch angelegte und partizipativ entwickelte Quartiersentwicklung auf kommunaler Ebene soziale Wirkung entfalten kann. Entscheidend wird nun sein, die geschaffenen Strukturen wirtschaftlich tragfähig zu verankern, um die Versorgungsqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner dauerhaft zu sichern.

Quartiersentwicklung ohne Aktionismus

Ich bezeichne mich selbst als Quartiersaktivist. Versorgungsquartiere sind für mich eine notwendige Antwort auf überlastete Versorgungssysteme. Sie entstehen jedoch nicht von selbst. Sie brauchen professionelles Projekt- und Quartiersmanagement, verbindliche Steuerung und klare Verantwortlichkeiten.

Ein Quartier kann ein Stadtteil, ein Dorf oder ein Wohnkomplex sein. Entscheidend sind Größe, soziale Struktur und wirtschaftliche Tragfähigkeit. Ohne politische Unterstützung auf kommunaler Ebene ist ein Versorgungsquartier nicht realisierbar. Ebenso wenig ohne ein belastbares Finanzierungskonzept.

Fördermittel können helfen, Strukturen aufzubauen. Sie ersetzen jedoch keinen Businessplan. Für ambulante Dienste ist das besonders relevant, da Investitionen direkt die wirtschaftliche Stabilität beeinflussen.

Die 28 Bausteine der Quartiersentwicklung bilden deshalb einen klaren Orientierungsrahmen. Sie helfen, Versorgung systematisch zu analysieren, Akteurinnen und Akteure einzubinden, tragfähige Strukturen aufzubauen und Quartiere langfristig zu betreiben.

28 Bausteine der Quartiersentwicklung

0. Projektphase Finden & Entwickeln	1. Projektphase „Start“	2. Projektphase „Konzeption“	3. Projektphase „Realisierung“	4. Projektphase „Betrieb“
Suche & Finde	Steuerungskreis Verbindlichkeiten klären	Festlegung Areal Sozialraum	Quartiersmanagement	Ehrenamtsentwicklung
Stadtentwicklung	Zielerklärung Was, warum, wie, wie groß, in welcher Zeit, mit wem	Ist – Quartiersraum- und Bedarfsanalyse	Quartier Projektmanagement	Vernetzung Nachbarschaft und Akteure
Projektentwicklung Neubau – Umbau	Finanzierung/ Fördermittel Konzeptionsphase	Partizipativer Beiratsstrukturen Bürger Prozess	Quartiersentwicklung (Begegnungsstätten)	Digitalisierung
Team und Kooperationen		Maßnahmenplanung	Quartiersgestaltung (Baulich und Aktionen)	Beispielhafte Projektarbeit
		Business- und Finanzierungsmodell Risikoanalyse	Kommunikation (Analog und Digital)	Konflikte im Quartier
		Rechtsformen und Organisationsarbeit	Vernetzung und Kooperation	Wirksamkeit und Nachhaltigkeit
		Finanzierung/ Förderantrag Phase II	Wahl des Quartiersbeirat Rolle und Zusammensetzung	Partizipativer Bürger Prozess

Quelle: humaC gGmbH

Phase 0 bis 4:

Das Versorgungsquartier Eigenheim-Komponistenviertel in Wiesbaden – Früh begonnen – langfristig gesichert

Das Versorgungsquartier Eigenheim-Komponistenviertel in Wiesbaden hat alle fünf Phasen der Quartiersentwicklung vollständig durchlaufen. Initiiert wurde das Projekt vor rund zehn Jahren von der EVIM gGmbH Altenhilfe gemeinsam mit einem lokalen ambulanten Pflegedienst.

Bereits in Phase 0 und Phase 1, der strategischen Orientierung und Zielklärung, fiel eine grundlegende Entscheidung: Die zukünftige Versorgung sollte nicht primär über stationäre Pflege, sondern über eine sozialräumlich organisierte ambulante Struktur gesichert werden.

Peter Kiel, verantwortlich für Quartiersmanagement und ServiceWohnen bei EVIM, erinnert sich: „Bevor wir den Startschuss für die Quartiersentwicklung gegeben haben, haben wir uns Versorgungsmodelle in Deutschland und in den Niederlanden angeschaut. Daraus haben wir versucht, einen eigenen Mix zu entwickeln.“

Der damalige Geschäftsführer der EVIM Altenhilfe erkannte früh, dass klassische Pflegeheime perspektivisch an ihre Grenzen stoßen würden. Nicht wegen fehlender Nachfrage, sondern aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels. Die ambulante Versorgung erschien deutlich zukunftsfähiger – allerdings nur eingebettet in ein funktionierendes Quartier.

In den folgenden Jahren wurden die Bausteine der Phasen 2 und 3 konsequent umgesetzt. Dazu gehörten der Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen, die Entwicklung einer Begegnungsstätte, Angebote zur sozialen Teilhabe sowie die enge Vernetzung professioneller Akteure im Quartier.

Welche Veränderungen das konkret mit sich brachte, beschreibt Peter Kiel so: „Unser stationäres Angebot ist von

146 auf 84 Pflegeplätze zurückgegangen. Nicht wegen mangelnder Nachfrage, sondern wegen der Personalsituation. Obwohl wir sehr gute Löhne nach Tarif zahlen, wird es immer schwieriger, Mitarbeitende zu finden. Gleichzeitig ist die ambulante Versorgung stabil gesichert. Zusätzlich haben wir eine lebendige Begegnungsstätte und attraktive Teilhabeangebote für die Bewohnerinnen und Bewohner im Service-Wohnen.“

Heute befindet sich das Quartier klar in Phase 4, der Verstetigung. Im Mittelpunkt stehen der Aufbau nachbarschaftlicher und ehrenamtlicher Strukturen, die Digitalisierung zur Verbesserung von Austausch und Versorgung sowie die systematische Erhebung aktueller Bedarfe. Ziel ist es, passgenaue Angebote zu entwickeln und die Wirksamkeit der Versorgung künftig besser messen zu können. Da Versorgungsquartiere noch ein vergleichsweise junges Konzept sind, gewinnt die Sammlung belastbarer Daten weiter an Bedeutung.

Erste Ergebnisse in Wiesbaden sind bereits sichtbar. Es gibt eine stabile Versorgungsstruktur mit Quartiersmanagement und ehrenamtlichem Versorgungsquartiersbeirat. Die ambulante Versorgung ist nahezu rund um die Uhr gewährleistet. Eine belebte und attraktive Begegnungsstätte, deren Miete unter anderem von DHL finanziert wird, dient als sozialer Treffpunkt. Hinzu kommen zahlreiche Aktivierungsangebote, saisonale Feste und ein spürbarer Rückgang von Einsamkeit im Quartier.

Das Wiesbadener Quartier zeigt exemplarisch: Wer frühzeitig und strukturiert entwickelt, schafft Resilienz in der Pflege – organisatorisch, personell und wirtschaftlich. Damit wird eine langfristig gesicherte Versorgung für die Menschen im Quartier möglich.

Jetzt handeln – aber strukturiert

Für Geschäftsführerinnen, Geschäftsführer und Pflegedienstleitungen ambulanter Pflegedienste ist klar: Versorgungsquartiere sind kein Zusatzprojekt. Sie sind ein strategisches Instrument zur Sicherung von Marktposition, Versorgungsqualität und Personalbindung.

Die Beispiele aus Hessen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg zeigen, dass Quartiersentwicklung in jeder Phase sinnvoll ist – vorausgesetzt, sie wird fachlich fundiert, politisch getragen und professionell begleitet. Wer heute beginnt, ein Versorgungsquartier zu entwickeln, stärkt die eigene Rolle im regionalen Versorgungsnetzwerk und erhöht die langfristige Planungssicherheit.

Langfristig lassen sich so gesundheitliche Prävention, ein späterer Eintritt in Pflegebedürftigkeit, die Reduzierung

stationärer Pflegebedarfe und die Bekämpfung von Einsamkeit gemeinsam angehen. Für ambulante Dienste entstehen daraus stabilere Einsatzstrukturen, besser planbare Touren und engere Bindungen zu Klientinnen und Klienten.

Versorgungsquartiere sind kein Allheilmittel. Sie sind aber ein zentraler Baustein, um der Pflegekrise strukturiert zu begegnen. Diese Krise ist bereits Realität. Sie liegt nicht in der Zukunft. Nicht zu handeln ist daher keine Option.



Foto: Maria Yurava

Torsten Anstädt

Geschäftsführer von humaQ, einem gemeinnützigen Unternehmen, das bundesweit Quartiere entwickelt. Beiratssprecher von Care for Innovation e.V. und Mitglied im VDE/ITG Beirat für Digitalisierung in Gesundheitswesen. E-Mail: t.anstaedt@humaq.org

Die Sozialstation 2.0

Die ambulante Pflege muss sich weiterentwickeln, um den Bedarfen der Menschen weiter gerecht zu werden. Ein neues Modell der BAGFW soll Lösungen bieten.

Text: Barbara Boos

Das Konzept zur Weiterentwicklung der ambulanten Pflege ist das Ergebnis einer Veranstaltungsreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW). In drei Workshops kamen Vertreter:innen aus den Wohlfahrtsverbänden, Ländern, Kommunen, Zivilgesellschaft, Sozialversicherungsträgern, Fach- und Berufsverbänden sowie aus Wissenschaft und Forschung zusammen. Ziel war es, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten, wie die häusliche Versorgung von hilfebedürftigen, kranken und pflegebedürftigen Menschen künftig gestaltet und gesichert werden kann.

Die häusliche Pflege ist die wichtigste Versorgungsform in der Langzeitpflege: Ende 2023 wurden 86 Prozent der etwa 5,7 Millionen Pflegebedürftigen vorwiegend zu Hause betreut. Weil sich Kommunen und Länder weitgehend aus der Förderung der Pflegeinfrastruktur zurückgezogen haben, fokussierten viele Sozialstationen und ambulante Dienste ihre Arbeit zunehmend auf den begrenzten Leistungskatalog der Kranken- und Pflegeversicherung. Dadurch wandelten sie sich faktisch zu reinen „Basispflegediensten“. Damit die häusliche Pflege auch künftig gesichert bleibt, muss sie deutlich weiterentwickelt werden. Um diesen Entwicklungsbedarf zu decken, schlagen wir als zukunftsfähiges Modell die „Sozialstation 2.0“ als Bestandteil eines abgestuften regionalen Versorgungssystems vor.

Rolle der Ambulanten Pflege

Derzeit konzentriert sich die ambulante Pflege vorwiegend auf Alltagsverrichtungen. In diesem Konzept wollen wir den zukünftigen Schwerpunkt neben diesen Tätigkeiten und der häuslichen Krankenpflege verstärkt auf Beratung, Gesundheits- und Pflegeprävention, Koordination sowie die Nutzung von Synergien in der Versorgung legen. Dabei gilt es, die Kompetenzen der Pflegefachkräfte gezielter einzusetzen und neue Leistungsformen zu entwickeln.

Unserer Auffassung nach werden sich die bestehenden ambulanten Pflegedienste unterschiedlich weiterentwickeln. Wie diese Weiterentwicklung im Einzelnen verläuft, hängt vom regionalen Bedarf, von der Rollenverteilung zwischen den verschiedenen Akteuren in der Region, aber auch von der strategischen Ausrichtung einzelner Pflegedienste ab.

Denkbar ist künftig eine Ausdifferenzierung in

- ambulante Pflegedienste, die ihr bisheriges Leistungsspektrum mit oder ohne Spezialisierungen weiterentwickeln und in

- Sozialstationen 2.0 mit einem erweiterten Leistungsspektrum für ihre Region.

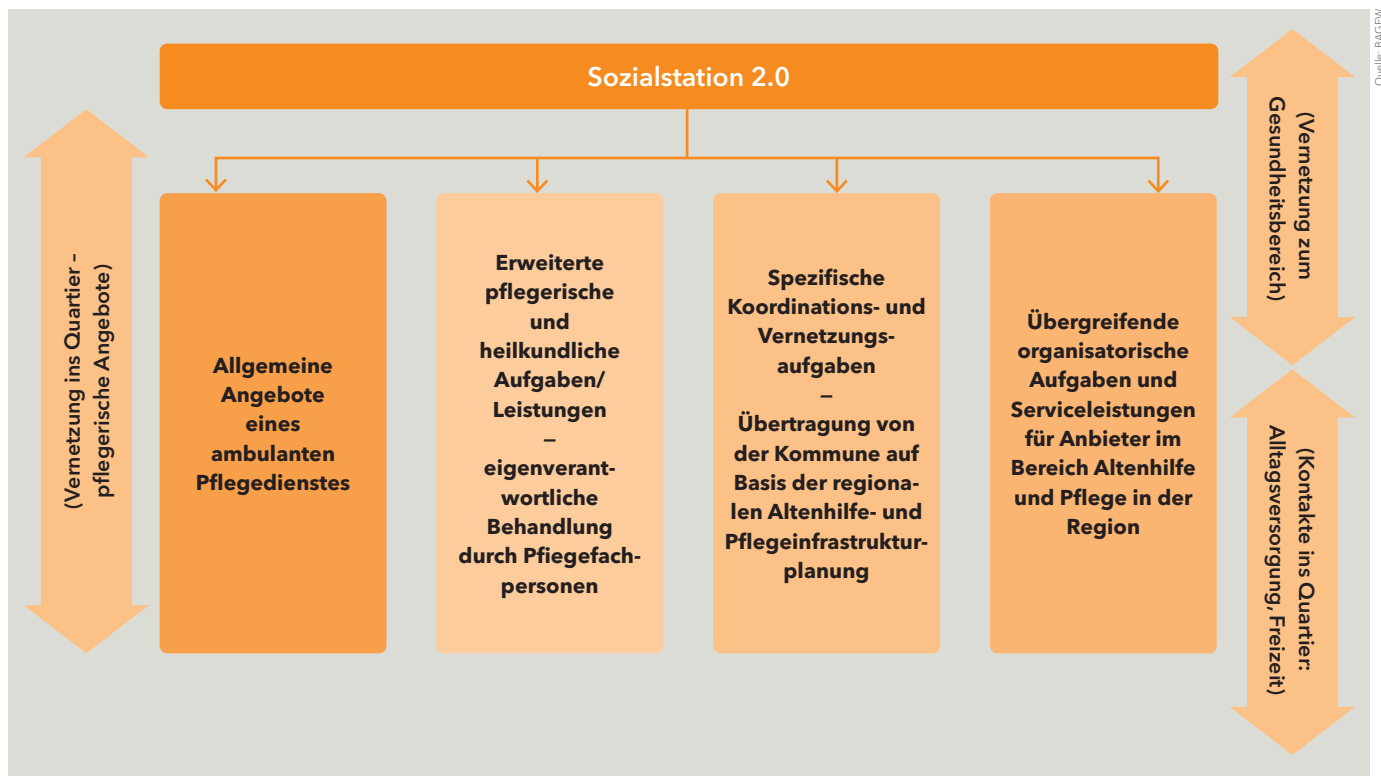
Ambulante Pflegedienste werden auch zukünftig körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege in ihrem Versorgungsgebiet umfassen:

- Dazu gehören alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33 SGB V nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung, des zukünftig nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu vereinbarenden Katalogs wie sie in der Kabinettsfassung des BEEP vorgesehen sind.
- Neben der häuslichen Krankenpflege können ambulante Pflegedienste auch heilkundliche Aufgaben übernehmen, sind dazu aber nicht verpflichtet.
- Aufgabe der pflegerischen Beratung und Anleitung von pflegebedürftigen Menschen und ihren pflegenden An- und Zugehörigen. Dies umfasst die Beratungsbesuche gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI sowie die häuslichen Schulungen und Anleitungen gemäß § 45 SGB XI.
- Pflegekurse nach § 45 SGB XI
- Damit Pflegebedürftige und ihre Familien regional und zeitnah begleitet werden können, kann jeder ambulante Pflegedienst Case-Management-Leistungen anbieten.
- Alle Leistungen umfassen einen präventiven Ansatz.

Unter der Sozialstation 2.0 verstehen wir dagegen eine einrichtungsübergreifend tätige Organisationsstruktur, die die häusliche Pflege unterstützt und begleitet, die verschiedene Angebote und Leistungen bündelt, Koordinations- und Versorgungsaufgaben wahrnimmt sowie die Vernetzung aller Beteiligten initiiert, koordiniert und steuert. Dabei kooperiert sie eng mit den ambulanten Pflegediensten in der Region.

Die Sozialstation 2.0

- übernimmt verpflichtend für die Region erweiterte pflegerische und heilkundliche Aufgaben sowie Advanced Practice Nursing-Aufgaben/Leistungsangebote (sobald gesetzlich geregelt), darunter: unter anderem (Erweitertes) Informations-, Beratungs-, Anleitungs- und Schulungsangebot sowie Casemanagement nach § 7a SGB XI; Erweitertes Leistungsspektrum in der häuslichen Krankenpflege und Aufbau einer erweiterten eigenverantwortlichen heilkundlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen



- übernimmt spezifische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben, die von der Kommune auf der Basis der regionalen Altenhilfe- und Pflegestrukturplanung an die Sozialstation 2.0 übertragen werden, sowie auf Basis zukünftiger gesetzlicher oder untergesetzlicher Regelungen: Anlaufstelle, um Zugänge zu bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten zu erleichtern; Regionaler Ansprechpartner bei Notfallsituationen in der häuslichen Pflege; Organisation eines angebots- und dienstübergreifenden Bereitschaftsdienstes für die Region; Anlaufstelle für und Koordination von Ehrenamtlichen und Nachbarschaftshilfe; Koordination von und Kooperation mit ambulanter Versorgungsangeboten und Dienste in der Region/im Quartier; Vermittlung von verschiedenen Angeboten in der Region an Pflegebedürftige und deren An- und Zugehörige
- sowie übergreifende organisatorische Aufgaben und Serviceleistungen für die Anbieter in der Region, wie z.B. gemeinsame Fort- und Ausbildung: Gemeinsame Aktivitäten in der Fachkräftegewinnung und -bindung sowie bei der Nutzung flexiblerer Beschäftigungs- und Arbeitszeitmodell; zentrales trägerübergreifendes Ausfallmanagement für ambulante Pflegedienste: zur Verfügungstellung fachpflegerische Kompetenz im Rahmen von Konsils z. B. in spezialisierten Bereichen wie Palliativpflege, psychiatrische und geriatrische Pflege, Demenzversorgung, Pädiatrie sowie Intensivpflege.

Finanzierung

Die Finanzierung einer „Sozialstation 2.0“ sollte auf mehreren Säulen beruhen und als Mischfinanzierung gestaltet werden. Für den Aufbau und Betrieb der erforderlichen Infrastruktur müssen sogenannte Vorhaltekosten abgedeckt werden. Da viele dieser Aufgaben zur kommunalen

Daseinsvorsorge zählen, ist der Einsatz öffentlicher Mittel gerechtfertigt. Personenbezogene Leistungen werden wie bisher über die Sozialversicherung, Fürsorgeleistungen oder Eigenanteile abgerechnet. Ergänzend können Projektförderungen, beispielsweise nach § 45c SGB XI oder durch Landesprogramme wie den „Pakt für Pflege“ in Brandenburg, genutzt werden.

Ausblick

Unser Auffassung nach ist dieses Konzept in der Lage, nicht nur zu einer besseren flächendeckenden Versorgung der Versicherten beizutragen, sondern auch das Arbeitsfeld der ambulanten Pflege für Pflegefachpersonen attraktiver zu machen und die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zu stärken. Dafür muss die „Sozialstation 2.0“ jedoch fest in der kommunalen Daseinsvorsorge verankert und durch eine verbindliche Pflegebedarfsplanung gestützt werden. Gleichzeitig ist es notwendig, die Aufgaben der ambulanten Pflege zu stärken und deren Sicherstellung gesetzlich und untergesetzlich abzusichern, etwa durch die rechtliche Verankerung der Heilkundeausübung durch Pflegefachkräfte und die Anerkennung ihrer Qualifikationen. Einige Elemente des Konzepts, beispielsweise trägerübergreifende Rufbereitschaften, werden bereits erfolgreich umgesetzt. Diese Impulse müssen nun systematisch gefördert und ausgebaut werden, um bis 2035 ihre volle Wirkung zu entfalten. Das Konzept der BAGFW soll dazu einen Beitrag leisten.



Foto: privat

Barbara Boos

Referentin Altenhilfe und Pflege
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband –
Gesamtverband (Der Paritätische)

altenhilfe@partitaet.org

Sorgesysteme im Quartier

Pflege findet nicht nur professionell, sondern auch in persönlichen Sorge-Netzwerken statt. Warum Care-Sharing, Quartiersarbeit und Beziehungsnetze zentrale Zukunftsfragen der Altenpflege in Deutschland sind.

Text: Stefan Block



Foto: Adobe Stock / ink dot

Die Sorge für Personen mit Unterstützungsbedarf liegt seit Entstehung der Menschheit innerhalb von Familien, Clan, Dorf- und Lebensgemeinschaften. Die Unterstützung beeinträchtigter, eingeschränkter, erkrankter oder „natürlich“ schwächeren Mitglieder entsteht in einem Aushandlungsprozess im Gemeinschaftssystem. Das geht im Lebenszyklus bei den schwangeren Frauen, den Babys und Kleinkindern los und zieht sich von der Unterstützung behinderter oder älterer Menschen, bis hin zum Sterbeprozess.

Die berufliche Pflege ist eine Erfindung von Gemeinschaften im Wohlstand, mit organisierter Arbeitsteilung und übergreifenden politischen Strukturen. Der „Tanz der Fürsorge“ in staatlicher Aufsicht ist für unsere soziale Marktwirtschaft

jedoch erst seit wenigen Jahrzehnten Standard. Individualisierung, höchste Flexibilität im beruflichen Bereich, fleißiges Geldverdienen und neue rituelle Regeln in Lebensgemeinschaften, können zunehmend zur Vereinsamung, Isolation und Unterversorgung führen. Familiensysteme schrumpfen. Nachbarschaften leben oftmals isoliert und anonym. Durch das zunehmende Lebensalter und ein langes, ausgeprägtes Leben im Ruhestand verändern sich Lebensaufgaben und –weisen in der reicheren Welt erheblich. Grundsätzlich hat sich jedoch an der Eigenverantwortung (§ 6 SGB XI) und an der Selbstbestimmung (§ 2 SGB XI) juristisch bis heute auch bei uns nichts geändert.

Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde das sorgende, private System weiterhin fixiert: „Die Pflegeversi-

Mehr zum Thema

01 Das Projekt „Pausentaste – Wer anderen hilft, braucht manchmal selber Hilfe“ des BMFSFJ, soll junge Pfleger*innen bundesweit durch ein niedrigschwelliges Beratungsangebot unterstützen.
<https://www.pausentaste.de>

02 Das Netzwerk „Young Carer Bremen“ ist ein freiwilliger Zusammenschluss von engagierten Pflegepersonen und Interessierten aus dem sozialen Bereich und bietet Informationen zur Unterstützung junger Pfleger*innen. Mehr Informationen zum Netzwerk:
<http://vinc.li/4odnctP>

cherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können“ (§ 3 SGB XI).

Aufgaben der beruflichen Pflege

Zentrale Aufgabe der beruflichen Pflege ist die Beratung, Begleitung, Anleitung & Schulung, die aktive Einzelunterstützung und die Vertretungspflege bei Notfällen und besonderen Pflegesituationen. Die Wahrnehmung und Wertschätzung des persönlichen Sorge-Systems ist dabei eine weitere Schlüsselaufgabe. Eine Voraussetzung zum Gelingen sind enge Netzwerke in überschaubaren Quartieren/Gemeinwesen. Dabei gilt es den ganzen Menschen mit seinen Bedürfnissen wahrzunehmen und den Menschen nicht auf seine Körperpflege zu reduzieren. Teilhabe an der Gesellschaft gilt für alle Menschen zur Wahrung ihrer Würde. Die Sorge, das Kümmern, Da-Sein und Begegnungen sind lebensnotwendige menschliche Verhaltensweisen.

Was benötigt der Mensch also in seinem Leben, unabhängig davon, ob gesund oder eingeschränkt? Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff seit 2017 bietet dafür eine gute Grundlage (siehe Kasten S. 26). Die „Selbstversorgung“ mit der Körperpflege ist dabei neben Fragen zur Mobilität, der eigenständigen Bewältigung von krankheitsbedingten Handlungen, der Gestaltung des Alltagslebens und der Teilhabe, nur ein kleiner Aspekt. Konkret gilt es den individuellen Menschen in den Mittelpunkt zu stellen und seine biografische Geschichte wahrzunehmen und zu reflektieren. Unterstützungsbedarfe entstehen eher selten „plötzlich und unerwartet“. Die Diagnose einer Mutter mit Multipler Sklerose im Anfangsstadium leitet eine langjährige Entwicklung ein. Die Kinder, Partner, Eltern, Geschwister, Freunde und Nachbarn wachsen mit der Zunahme der Unterstützungsbedarfe in die Situation hinein. Mit großer Selbstverständlichkeit übernehmen auch die Kinder Hilfen im Haushalt und in der Assistenz im Bereich der Teilhabe der Mutter. Nach aktuellem Forschungsstand kann von ca. 480 000 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit konkreten Sorgeaufgaben in Deutschland gerechnet werden. Diese Unterstützung findet komplett im „Schatten“ der Pflegesysteme statt. Ein weiterer

„grauer Unterstützungsbereich“ ist die „24 Stunden Betreuung“, mit ebenfalls geschätzt etwa 400.000 Personen aus Osteuropa und anderen Ländern. Bei gut 5,7 Mio. anerkannt Pflegebedürftigen ist davon auszugehen, dass in den persönlichen Sorge-Systemen gute 8 bis 10 Mio. Personen eingebunden sind.

Sorge-Systeme kümmern sich sehr viel um hauswirtschaftliche Aspekte, vom Einkaufen, der Wohnungspflege und Reinigung, der Essensversorgung rund um den Alltag bis hin zur Wäscheversorgung. Der Mensch mit seinen individuellen Einschränkungen benötigt zudem oftmals Unterstützung bei der Teilhabe. Wie komme ich aus der Wohnung im zweiten Stock mit Bewegungseinschränkungen, wenn es keinen Fahrstuhl gibt? Wie kann ich meine Enkelkinder besuchen und ihnen vorab ein schönes Buch im Buchladen kaufen? Wie halte ich Kontakt zu meinen Freunden? Kann ich noch in den Urlaub fahren? Wer begleitet mich? Wer hilft mir bei den Anträgen, Steuererklärungen, bürokratischen Herausforderungen, bei meinen Bankgeschäften? Wie kann ich meine Wohnung an meine Bedürfnisse anpassen, z.B. mein Bad sicherer gestalten, Handläufe im Flur anbringen etc.? Wie kann ich allein weiter in meiner Wohnung leben, wenn meine Lebensabschnitt-Begleitung stirbt? Wer hilft

§14 & §18 SGB XI - Gesetzestext zum Thema Gutachten-Module Medizinischer Dienst

- „Mobilität“ ... § 14 Abs. 2 - Pkt.1. SGB XI
- „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ ... § 14 Abs. 2 - Pkt.2. SGB XI
- „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ ... § 14 Abs. 2 - Pkt.3. SGB XI
- „Selbstversorgung“ ... § 14 Abs. 2 - Pkt.4. SGB XI
- „Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ ... § 14 Abs. 2 - Pkt.5. SGB XI
- „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ ... § 14 Abs. 2 - Pkt.6. SGB XI
- Es sind zudem die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten „in Bezug auf außerhäusliche Aktivitäten“ (...) zu erfassen. § 18a Abs. 3 Pkt. 1. SGB XI
- Es sind zudem die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten „in Bezug auf Haushaltsführung“ (...) zu erfassen. § 18a Abs. 3 Pkt. 2.SGB XI
- „Das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter beinhaltet (...) „Maßnahmen der Prävention“ und „Maßnahmen der Rehabilitation“ ... § 18b Abs.1 - Pkt. 2 a) und b) SGB XI
- Zudem noch die „Maßnahmen zur Hilfsmittel- Pflegehilfsmittelversorgung“ ... § 18b Abs.1 Pkt. 2 c) SGB XI

mir bei einem anstehenden Umzug? Unzählige „lebenswichtige“ Fragen begleiten uns alle Tag für Tag, insbesondere bei krankheitsbedingten Einschränkungen. Wir alle sollten sorgende Strukturen aufbauen, pflegen und wertschätzen. Wir benötigen den Mut, andere Menschen anzusprechen, Hilfe anzunehmen und auch ein wenig einzufordern.

Das Konzept des Care-Sharing

Genau an dieser Stelle beginnt die Idee des „Care-Sharing“. „Der Gabentausch unterscheidet sich vom Markttausch insbesondere darin, dass kein Preis existiert, der den Tausch erleichtert. Dadurch wird dieser Tauschvorgang wesentlich komplexer, vor allem, weil er darauf angewiesen ist, ein nachhaltiges Beziehungsgeflecht zwischen den Akteuren aufzubauen.“ (Habicht, 2018, Seite 62) In funktionierenden sozialen Systemen leben wir im gegenseitigen Austausch, auch von Unterstützungsleistungen. Juristisch ist die erstgradige Verantwortung gesellschaftlich breit anerkannt: „Kinder für Eltern & Eltern für Kinder“. Die Kinder werden in das Sorgesystem der Eltern aufgenommen und viele Jahre „aufgefangen“, also ist es gesellschaftlich auch wichtig, später etwas „zurückzugeben“ in der Sorge um die bedürftigen Eltern. Das ist ein fairer Tausch – oder? Es gilt also miteinander Ressourcen auszutauschen, zu verhandeln. Was kann ich dir bieten, wenn du mir bei meinen Sorgen Hilfe leistest? Der Ressourcengedanke ist dabei zentral und stellt seit 2017 auch eine wichtige Basis im Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI (und SGB XII) da. Es gilt also offensiver an andere Menschen heranzutreten und Unterstützungsvereinbarungen zu treffen.

Es bedarf einer massiven Aufwertung der Beratungs- leistungen.

Langfristig angelegt können so sehr stabile Sorge-Systeme aufgebaut werden. Sorgende Hausgemeinschaften, Mehrgenerationswohnungen, Wohngemeinschaften, aber auch gut strukturierte Angebote im betreuten Wohnen können das Leben für alle Beteiligten sehr aufwerten. Das Gefühl ein Teil der Gemeinschaft zu sein, dass trägt uns Menschen erheblich und bietet auch Raum für Glück und Vergnügen miteinander. Verantwortlich dafür bin ich aber selbst, nicht die „große Gesellschaft“. Ohne eine solche Mitwirkung und Selbstverantwortung kann kein Sorgesystem tragfähig aufgebaut werden. Der Staat als übergreifende Gemein-

schaftsstruktur ist für den absoluten Notfall da. Das ist auch juristisch im Sozialrecht mit dem Nachrangprinzip an vielen Stellen geregelt, zum Beispiel im Sozialhilferecht (SGB XII). Care Sharing im Konkreten. Was biete ich also als Mutter mit einer MS-Diagnose meinen sorgenden Kindern, meinem Partner an? Liebe, Aufmerksamkeit, das abendliche Vorlesen, die Gemeinschaft, Respekt und auch Dankbarkeit. „Die starke Familienorientierung bei Kindern und Jugendlichen bildet im Wesentlichen den motivationalen Boden für die Übernahme von Pflegeaufgaben: Die Familie ist wichtig, der Zusammenhalt der Familie ist sicherheitsstiftend. Aus dem sozialen Zusammenhalt heraus werden Pflegeaufgaben übernommen.“ (Klie, 2021, Seite 20) Die jungen Sorgebeteiligten sind durchaus stolz auf ihren Beitrag, nehmen diese jedoch auch nicht als etwas Besonderes wahr. Ich habe in der Arbeit mit schwerstbeeinträchtigten Kindern in meiner Ausbildung zum Erzieher erlebt, wie stark Geschwister sich gegenseitig stützen, Schutz bieten und im familiären System füreinander eintreten. Das ist nicht immer „Friede-Freude-Eierkuchen“ oder konfliktfrei, jedoch eine Selbstverständlichkeit in der Gesamtwahrnehmung in den Familien.

Neu lernen müssen wir in schrumpfenden Kern-Familien den Unterstützungsdialog mit Nachbarn, mit Freunden und Menschen im Wohnumfeld. Wer kann mir die Lebensmittel nach Hause bringen, wenn ich sie telefonisch bestelle? Wer mäht meinen Rasen oder macht meine Zuwege zum Haus im Winter „schneefrei“? Wer begleitet mich zum Friedhof, um meine verstorbene Frau zu besuchen? Kann mich jemand auf einer Urlaubsfahrt begleiten? Wen spreche ich an?

Die Rolle der beruflichen Pflege im Quartier

Im Unterstützen sorgender Systeme entsteht die zunehmende Verantwortung der beruflichen Pflege. Das holländische Modell der ambulanten Versorgung – „Buurtzorg“ – basiert genau auf diesem Nachbarschaftsunterstützungsmodell. Die Pflege befindet sich nah bei den Menschen im Quartier. Es gilt, gezielt die Gemeinschaft einzubinden in die Unterstützung und Pflege. Dabei hat die professionelle Pflege anzuleiten, zu schulen und punktuell Leistungen zu übernehmen. Fachkräfte knüpfen und pflegen soziale Netzwerke und regen regionale an zur sorgenden Gemeinschaft. Solche Quartiersmodelle gibt es bereits seit langer Zeit. Das Kuratorium Deutsche Altershilfen hat zum Beispiel über viele Jahre den SONG Ansatz konzipiert. In Bremen sind so bei der Bremer Heimstiftung viele Modelle in den Quartieren entstanden. Der Caritasverband und die Diakonie sind ebenfalls zunehmend auf dem Weg ins Quartier. Da werden Erinnerungen an die Gemeindeschwestern geweckt, also der aufzuehenden pflegerischen und sorgenden Gemeindearbeit. Der ASB hat vor einigen Jahren die Idee der „Kompetenzzentren“ als Quartierszentrale entwickelt. Der ASB in Hamburg beschäftigt in zehn seiner Sozialstationen qualifizierte Case-Managerinnen. Auch politisch rückt das Quartier immer mehr in den Mittelpunkt. Der Städtetag, der AOK Spitzenverband, die Initiative Pro Pflege und viele andere mehr haben erkannt, dass wir die Pflege nicht rein beruflich leisten können und die Sorgeidee in die engeren Gemeinschaften, also ins Quartier gehört. Jeder mir bekannte Pflegedienst arbeitet bereits in einem Unterstützungsnetz-

werk. Nur gemeinschaftlich kann uns die Unterstützung der vielen bedürftigen Menschen gelingen. Grundlage dafür sind Bezugssysteme, also feste Ansprechpersonen bei den Pflegediensten. Das ist aktuell zum Beispiel bei den Pflegekassen und den Beratungen nach § 7a SGB XI (Case-Management) ein zentrales Problem: Bei jedem Kontakt gibt es andere Ansprechpartner! Das ist sehr unglücklich und unpersönlich. So geht Sorge für die Menschen NICHT! Vertrauen, Verlässlichkeit und Erreichbarkeit sind die zentralen Qualitäten für die Menschen mit Unterstützungsbedarf. Wir sollten den QM-Gedanken vollkommen neu ausrichten auf die Menschen und die benötigten Unterstützungen, weg von Papiertigern und Bergen von Strukturerefassungen.

Es gilt also Beratungs- und Begleitungssysteme spürbar auszubauen, zu optimieren. Wir müssen das Konkurrenzdenken abbauen und uns im Nahbereich als Pflegedienst etablieren. Kurze Wege, Kenntnisse zu allen Möglichkeiten im Quartier, ein tragfähiges Netzwerk von Personen für alle benötigten Unterstützungen werden dafür benötigt. Es ist eine zentrale Aufgabe, einen Unterstützungsplan für jede anfragende, bedürftige Person aufzustellen. Das aber im Dialog mit den beteiligten Menschen, nicht aus einer (Fürsorge-) Machtposition – individuell und auch im Zusammenhang mit der Teilhabe in der Gemeinschaft. Das geht weit über

den körperlichen Pflegeprozess hinaus. Dazu bedarf es einer massiven Aufwertung der Beratungsleistungen in der ambulanten Pflege. Pflegefachkräfte müssen sich gezielter im Beratungsbereich qualifizieren und multiprofessionelle Systeme sind zu entwickeln bzw. auszubauen. Alle Beteiligten in den Sorge-Systemen sind dabei wahrzunehmen und einzubeziehen. In Bezug auf sorgende junge Menschen fasst Klie zusammen: „Erforderlich ist, die Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen, aber auch der jungen Erwachsenen systematisch einzubeziehen, an ihrer Lebenswelt und –wirklichkeit anzusetzen und die gesamte Familie, aber auch das soziale Netzwerk, in den Blick zu nehmen“ (Klie, 2021, Seite 21). Daran sollten wir alle gemeinsam arbeiten, um unsere Lebenswelten rund um die Menschen mit Unterstützungsbedarf in Würde erhalten zu können.



Foto: Dieter Sell

Stefan Block
ASB Fachdozent

block-suestedt@t-online.de

Pflege neu gedacht

Mit der Einführung von Community Health Nurses (CHNs) etabliert sich in Deutschland ein neues pflegerisches Rollenbild. CHNs schließen Versorgungslücken, stärken die Prävention und fördern die interprofessionelle Zusammenarbeit – besonders in strukturschwachen Regionen.

Text: Linda Iversen

Deutschland erlebt einen Wandel in der Pflege: Erweiterte pflegerische Kompetenzen werden zunehmend dringend benötigt und offiziell anerkannt – eine längst überfällige Entwicklung angesichts des demografischen Wandels und steigender Pflegebedürftigkeit. Eine alternde Gesellschaft bringt häufig chronische Erkrankungen und funktionale Einschränkungen mit sich, die die Lebensqualität im Alter beeinträchtigen. Besonders in ländlichen und sozial benachteiligten Regionen entstehen dadurch Versorgungslücken, die nur durch hochwertige Betreuung vor Ort und eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit geschlossen werden können.

Pflegende können einen Beitrag in vorausschauender Primärversorgung leisten: Sie erkennen frühzeitig den individuellen Bedarf der Patient:innen und begleiten deren Therapieprozesse professionell. Ein neues pflegerisches Rollenbild, das sich in Deutschland etabliert, ist die Community Health Nurse (CHN). Sie spielt eine zentrale Rolle in der Betreuung spezifischer Patient:innengruppen, wie beispielsweise chronisch Erkrankter. Andere Länder setzen bereits erfolgreich auf akademisch qualifizierte Pflegekräfte, um die Primärversorgung effizienter zu gestalten. Studien zeigen, dass die erweiterte Pflegekompetenz in strukturschwachen Regionen bestehende Versorgungslücken schließt. Während solche Modelle in Deutschland noch nicht flächendeckend etabliert sind, schreitet ihre Einführung kontinuierlich voran.

Community Health Nurses setzen sich aktiv für die Gesundheitsversorgung ein

CHNs spielen eine wesentliche Rolle in der Gesundheitsversorgung, insbesondere in der Prävention und Förderung der öffentlichen Gesundheit. Sie setzen sich aktiv für die Gesundheitsförderung ein, indem sie Einzelpersonen oder Gruppen bei gesundheitlichen Fragen beraten und Menschen mit chronischen Erkrankungen versorgen. Zudem sind sie in der Früherkennung aktiv und führen körperliche Untersuchungen sowie Screenings durch. So können gesundheitliche Risiken frühzeitig erkannt und durch Verlaufskontrollen beobachtet werden. Sie planen und koordinieren ganze Versorgungspfade und unterstützen die Versorgten dabei, gemeinsam festgelegte Versorgungsziele zu erreichen. Dadurch, dass die CHN flexibel ist und aufsuchende Arbeit leistet, ist das Versorgungsangebot für viele sonst schwer

erreichbare Zielgruppen niedrigschwellig nutzbar. Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Arbeit der CHN ist die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachberufen wie Hausärzt:innen, Therapeut:innen und Pflegenden aus ambulanten Pflegediensten. Ebenso wichtig ist die Netzwerkarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern, sozialen Einrichtungen und Behörden, um eine umfassende Versorgung sicherzustellen. Die CHN bildet somit oftmals ein Bindeglied zwischen Akteur:innen des Gesundheitssystems und der Gemeinschaft, und gewährleistet so eine präventive und individuelle Gesundheitsversorgung.

Die CoSta-Studie (2020 – 2023) erprobte erstmalig die pflegegeleitete Versorgung durch CHNs in einem Hamburger Stadtteil-Gesundheitszentrum. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), begleiteten CHNs der Hamburger Hochschule für Angewandte Wissenschaften über ein Jahr lang Menschen in komplexen Lebenssituationen mit chronischen Erkrankungen. Ziel war eine individu-

CHN planen und koordinieren ganze Versorgungspfade.

elle, bedarfsgerechte Versorgung, eine bessere Vernetzung bestehender Angebote sowie die enge Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsprofessionen des Stadtteil-Gesundheitszentrums. Die CHNs waren aktiv in Fallbesprechungen eingebunden und übernahmen zentrale Aufgaben wie das Management komplexer Krankheitsverläufe, die pflegerische Versorgung sowie die Entwicklung von Gruppenangeboten. Die Versorgung erfolgte über speziell entwickelte Pflegegesprächstunden, präventive Hausbesuche und Schulungen. Vorrangige Ziele waren die Stabilisierung fortgeschrittener Krankheitsverläufe, die Verhinderung gesundheitlicher Verschlechterungen, das Medikamentenmanagement und



Foto: AdobeStock/lorentu

die Analyse gesundheitsgefährdender Faktoren im Wohnumfeld. Zu den häufigen Maßnahmen zählen das Durchführen von Assessments, Verlaufskontrollen, körperliche Untersuchungen und Beratungen. Die Wirksamkeit des Konzepts wurde in einer randomisierten Studie geprüft.

Die Studie ermöglichte erstmals die praktische Implementierung einer CHN-Struktur in der deutschen Primärversorgung und lieferte wertvolle Erkenntnisse zur Rolle der Community Health Nurse in einem interprofessionellen Team. Zudem zeigten sich in der Interventionsgruppe erste positive Entwicklungen in der Krankheitsverarbeitung, die auf die gezielte Anbindung an die CHN-Versorgung zurückgeführt werden können.

Kooperation mit ambulanten Pflegediensten und anderen Pflegeberufen

Die praktischen Erfahrungen zeigen, dass sich die Zusammenarbeit von CHNs mit Pflegekräften aus anderen Bereichen, wie ambulanten Pflegediensten, sinnvoll ergänzt. Durch diese Kooperation können Synergien genutzt und die Versorgung der Patient:innen gezielt verbessert werden. Während Pflegefachpersonen ihren Schwerpunkt auf klassische pflegerische Tätigkeiten wie Wundversorgung, Hautpflege, Medikamentengabe, Überwachung der Einnahme, Grundpflege und Gabe von Injektionen legen, übernimmt die CHN häufig koordinierende Aufgaben.

Ein Beispiel: Trifft die CHN auf einen Patienten mit einer neu aufgetretenen diabetischen Fußwunde, übernimmt sie zunächst die fachgerechte Versorgung dieser Wunde. Parallel organisiert sie die erforderliche Versorgung durch einen Pflegedienst. Sobald die Wunde stabil behandelt wird, übergibt sie diese Aufgabe an diesen und verfolgt stattdessen den übergeordneten Versorgungsprozess weiter – etwa die Anpassung der Diabetes-Therapie. Andersherum können Pflegefachpersonen des Pflegedienstes der CHN wichtige Informationen liefern – etwa zur Häufigkeit bestimmter

chronischer Erkrankungen im Quartier, worauf die CHN auf breiterer Ebene mit Versorgungsangeboten (zum Beispiel Gruppenschulungen) reagieren kann. Dadurch wird nicht nur eine gezielte Behandlung gewährleistet, sondern auch eine langfristige und ganzheitliche Versorgung sichergestellt.

Weiterentwicklung des Rollenbildes CHN in Deutschland

Seit der CoSta-Studie konnten sich weitere Praxisprojekte erfolgreich in Deutschland etablieren. Auch gibt es ein entsprechendes Master-Studienangebot. Die zukünftige Umsetzung hängt jedoch davon ab, ob die politischen Entscheidungsträger:innen das Konzept unterstützen. Ein positives Zeichen dafür ist die Empfehlung im aktuellen Koalitionsvertrag, Advanced Practice Nurses – zu denen auch CHNs gehören – gezielt zu fördern und ihre Integration ins Gesundheitswesen voranzutreiben. Dies könnte den Ausbau der CHN-Versorgung in Deutschland weiter stärken. 📍

WEITERE INFORMATIONEN

Mitarbeit am Beitrag: Anniko Nock & Corinna Petersen-Ewert

Literatur:

Petersen-Ewert, C., Iversen, L., Nock, AM., Waidhas, L. (2024). Broschüre zum Projekt: Community Health Nursing im Gesundheitszentrum. Eine praxisorientierte Handlungsempfehlung: <https://vinc.li/3TtYyHo>

Iversen, L., Wolf-Ostermann, K. & Petersen-Ewert, C. (2022). Welche Aufgaben hat eine Community Health Nurse? Ein Scoping Review zu Tätigkeitsfeldern am Beispiel der Versorgung von chronisch Erkrankten. Prävention und Gesundheitsförderung: <https://vinc.li/3U07WTe>



Foto: Linda Iversen

Linda Iversen

Doktorandin Hochschule für angewandte Wissenschaften in Hamburg, Community Health Nurse in der Poliklinik Veddel

linda.iversen@haw-hamburg.de

Caring Communities: geteilte Verantwortung

„Ankunft der Babyboomer“ lautet der Titel des Pflege-Reports 2024 und beschreibt damit eine sich verschärfende Personallage. Ein Teil der Lösung können „Caring Communities“ sein, die für eine bessere Versorgung vor Ort und im Quartier sorgen sollen.

Text: Irmelind Kirchner



Foto: Adobe Stock/JeanLuc

Im Jahr 2025 wird die Pflegeversicherung 30 Jahre alt. Diese gute Idee einer Absicherung des Pflegerisikos insbesondere einer alternden Bevölkerung hat auch anderswo Anklang gefunden: Japan hat die Idee aus Deutschland übernommen. In der Alterung der Gesellschaft ist Japan Deutschland um ca. 15 bis 18 Jahre voraus. Für die Umsetzung im Jahr 2000 hat Japan jedoch einen eigenen Weg gewählt: statt eine Pflegeversicherung mit bundeseinheitlichen Beitragssätzen einzuführen, hat der Zentralstaat die Verantwortung an die Kommunen übertragen. Sie sind für die Festsetzung der Beitragssätze und für die konkrete Ausgestaltung der Pflege vor Ort verantwortlich. Ein

weiterer Unterschied ist, dass sich die Leistungsansprüche aus der japanischen Pflegeversicherung ausschließlich auf Sachleistungen beziehen. In der Bereitstellung hat die Kommune durchaus Spielraum: Sie kann sie auf der Basis von Ausschreibungen beschaffen, oder durch Eigenbetriebe bzw. kommunale Mitarbeitende bereitstellen, wobei in der Praxis meistens ein Mix unterschiedlicher Träger zu beobachten ist. Hier wird die Idee einer Versicherung mit normierten Ansprüchen für die Versicherten mit der Steuerung der Versorgung auf kommunaler Ebene kombiniert. Diese kommunale Steuerungsfunktion ist mit der Einführung der deutschen Pflegeversicherung weitgehend abhandengekommen.

Begriff und Bausteine von Caring Communities

Mit dem Siebten Altenbericht „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ hat die Altenberichtscommission bereits 2015 ein Leitbild für eine Gestaltung der Langzeitpflege unter Einbezug aller beteiligten Akteure – Bund, Länder, Kommunen, Kranken- und Pflegekassen, Medizinische Dienste, Wohlfahrtsverbände, kommerzielle Anbieter von Pflege- und Unterstützungsleistungen, engagierte Bürger verschiedener Altersgruppen, pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen – vorgelegt. Es geht um die Schaffung von Sorgestrukturen vor Ort, verbunden mit einer Stärkung der Rolle der Kommunen sowie des bürgerschaftlichen Engagements.

Es geht darum, in geteilter Verantwortung Sorgeaufgaben zu erbringen und Mit- und Eigenverantwortung zu übernehmen: Das wird mit Caring Communities umschrieben. Dieser Begriff wird sowohl in der Demografiestrategie als

Für Pflegeeinrichtungen bietet sich viel Potenzial, an der Entwicklung von Sorgestrukturen teilzuhaben.

auch in den Engagementberichten der Bundesregierung aufgegriffen, zum Teil wird auch der Ausdruck „Sorgende Gemeinschaften“ synonym verwendet. Es gibt jedoch keine klare, von allen Akteuren geteilte Definition, sondern es bleibt ein eher abstrakter Begriff, der verschiedene Schwerpunkte und Ausprägungen umfassen kann. Das ist auch völlig angemessen, denn so vielfältig wie die Orte und Lebensräume der Menschen und ihre Lebensentwürfe sind, so müssen auch die Antworten vor Ort entwickelt und den jeweiligen Bedingungen entsprechen.

Es geht also nicht um ein Konzept, das projektmäßig nach Schema umgesetzt werden kann, sondern es handelt sich um ein Leitbild, eine Vision. Eine konkrete Ausgestaltung vor Ort kann je nach den lokalen Bedingungen (z.B. geografische Lage, infrastrukturelle Voraussetzungen, existierende Angebote zu Unterstützung, Beratung und Pflege und ihre Organisationsformen und Träger) sowie den handelnden Akteuren und ihren Schwerpunkten und Ansatzpunkten verschiedene Vorgehensweisen und Elemente unterschiedlich bewerten und zusammensetzen und so können auch

Mehr zum Thema

01 Den Pflege Report 2024 „Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege“ vom Wissenschaftlichen Institut der AOK lesen Sie unter:

<https://vinc.li/4gsRX9D>

03 Neue Lösungen für das Quartier und Hintergründe lesen Sie jede Woche in der Rubrik Quartier in der care konkret:

<https://www.carekonkret-digital.net/>

strukturell unterschiedliche Lösungen entstehen. Es lassen sich aber grundsätzliche „Bausteine“ für die Realisierung von Caring Communities identifizieren.

- Definition von geografischen Sozialräumen bzw. Aufteilung in Quartiere – es geht um „Pantoffelnähe“ in überschaubaren Nachbarschaften (wobei im ländlichen Raum natürlich andere Regeln gelten als in der Stadt, aber auch hier sind Dorfkerne und Siedlungen wichtige Anknüpfungspunkte für Strukturen und Netzwerke, die in das Umland ausstrahlen)
- Schaffung einer Datengrundlage zur sozialräumlichen Planung und Bedarfsfeststellung durch Nutzung verschiedener Datenquellen, wobei den Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen auf Landes- und kommunaler Ebene eine wichtige Rolle zukommt; die AOK unterstützt die Forderung der Kommunen, Erkenntnisse aus den Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen den Kommunen zugänglich zu machen, wie es auch im Entwurf des Pflegekompetenzgesetz vorgesehen war.
- Einbeziehung der Menschen im Quartier von Beginn an, einerseits um ihre wertvollen Kenntnisse zum Leben vor Ort zu nutzen, andererseits um Beteiligung an Strukturentwicklungsprozessen zu fördern und das Ehrenamt auszubauen
- Organisation von Unterstützung und Pflege im Quartier in Netzwerken im Bürger-Profi-Technik-Mix: Ausgehend von den Bedingungen vor Ort werden die vorhandenen oder möglicherweise auf der Grundlage der vorangegangenen Bedarfsfeststellung zu schaffenden Einrichtungen durch möglichst vielfältige Netzwerke und Einbindung von ehrenamtlichen Akteuren ergänzt, unter der Nutzung technischer und digitaler Hilfsmittel – dies kann auch einen Auf- und Ausbau von Strukturen bedeuten, dazu kann z.B. die Förderung nach § 123 SGB XI für gemeinsame Modellprojekte vor Ort und im Quartier genutzt werden.
- Effizienter Einsatz der Berufsbilder der Pflegeprofessionen, u.a. Community Health Nurses: das Pflegefachpersonal muss kompetenzorientiert so eingesetzt werden, dass pflegebedürftige Menschen so effizient wie möglich unterstützt werden können.

Hannover hat sich bereits auf den Weg gemacht und betreibt den Aufbau solcher Netzwerkstrukturen gemeinsam mit

den Menschen in Quartieren. Diese sind kleiner als Stadtteile und über die ganze Stadt hinweg geografisch definiert. Dabei spielt die Errichtung von Quartierszentren oder Pflegezentren eine wichtige Rolle. „Ganz wesentlich für eine kommunale zukunftsorientierte Gestaltung des Sozialraums ist der Auf- und Ausbau von Teilhabe- und Mitwirkungsmöglichkeiten in den Quartieren vor Ort, die sowohl Begegnung und soziales Miteinander fördern, als auch Menschen in ihren Quartieren zu Mitgestaltern ihrer sozialen Infrastruktur vor Ort zu machen,“ sagt Dagmar Vogt-Janssen, Leiterin Fachbereich Senioren der Landeshauptstadt Hannover.

Hier wird auch deutlich, dass Caring Communities mehr umfasst als eine Konzentration auf pflegerische Versorgung: Die Ausgestaltung sozialer Teilhabe, Gesundheitsförderung und Prävention, oder aber auch der gesellschaftliche Umgang mit Sterben, Tod und Trauer sind Themen, die je nach örtlicher Ausprägung mehr oder weniger in den Fokus rücken können.

Als Paradebeispiel für die Entwicklung von Sorgestrukturen im ländlichen Raum gilt die Tausend-Einwohner-Gemeinde Langenfeld in Mittelfranken in Bayern. Mit dem Ausbau eines baufälligen Gebäudes im Dorfczentrum zum Mehrge-

Die Zukunft liegt in der häuslichen Versorgung und in einer generationenübergreifenden Umgebung.

nerationenhaus begann die Reise, die inzwischen durch die Einrichtung eines Dorfladens für die Versorgung mit Bedarfen des täglichen Lebens, digitale Post- und Bankfilialen, eine ambulante Wohngemeinschaft, einen Pflegedienst, eine Arzt- und eine Physiotherapiepraxis bis hin zur Errichtung neuer Wohngebäude erhebliche Strukturentwicklung vorangebracht hat. In diesen Beispielen beweisen Kommunen ihre Gestaltungskraft, aber auch Wohlfahrtsverbände, Träger von Pflegeeinrichtungen und zivilgesellschaftliche Akteure wie Stiftungen oder Vereine können als treibende Kraft Netzwerkstrukturen für Caring Communities aufbauen.

Herausforderungen für die Weiterentwicklung der ambulanten Pflege

Für Pflegeeinrichtungen bietet sich viel Potenzial, an der Entwicklung von Sorgestrukturen vor Ort teilzuhaben und diese mitzugestalten. Durch die bestehenden Fachpersonale Engpässe konkurrieren Pflegeeinrichtungen miteinander um Personal und nicht um Klienten. Es ist nicht absehbar, dass in der nahen und mittelfristigen Zukunft dieser personelle Engpass gelöst werden kann, auch nicht durch vermehrte Rekrutierung aus dem Ausland. Daher ist es unabdingbar, dass neben der Hebung von Effizienzpotenzialen durch Digitalisierung auch die Arbeitsweise und der Einsatz von Personal überdacht und neu gestaltet werden muss. Teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen können sich beispielsweise zu Quartierszentren entwickeln, von denen aus die Netzwerkstrukturen in einem Quartier entwickelt und gesteuert werden. Dies könnte bedeuten, über sektorenverbindende Versorgungsverträge eine Versorgung sowohl in stationären Einrichtungen als auch ambulant im Quartier zu organisieren, wie dies die Städtischen Seniorenheime Krefeld bereits vorleben.

Die verbesserte Koordinierung des Einsatzes ambulanter Dienste wurde bereits im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) in den Blick genommen. Dazu hat das IGES-Institut den Handlungsleitfaden „Effizienzpotenziale einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege“ entwickelt, in dem Hinweise zu Effizienzpotenzialen bzw. Weiterentwicklung der ambulanten Pflege zusammengestellt sind. Der Handlungsleitfaden adressiert sowohl Pflegedienste als auch die Länder und Kommunen und die Kostenträger. Folgende Aspekte stehen für die Pflegedienste im Fokus:

- Einzugsgebiete – es sollten Einzugsgebiete festgelegt werden, die einerseits nicht zu weiträumig sind, aber andererseits auch bundeslandübergreifend sein können.
- Tourenplanung – Einsatz einer softwaregestützten Dienst- und Tourenplanung für Pflege- und Betreuungsdienste
- Abkehr von verrichtungsbezogener Vergütung hin zu Zeitvergütung – auch im Hinblick auf die Umsetzung eines ganzheitlichen person-zentriert gelebten Pflegeverständnis, das die Selbstständigkeit und Autonomie des pflegebedürftigen Menschen in den Blick nimmt
- Poolen von Leistungen, Koordination und Vernetzung – Kooperation statt Konkurrenz

Um perspektivisch die pflegebedürftige Person in den Mittelpunkt eines unterstützenden Netzwerks zu stellen – also auch An- und Zugehörige sowie sonstige Unterstützer mit einzubeziehen – ist eine Steuerungsverantwortung von Pflegefachpersonen für die Stabilisierung des häuslichen Pflegesetting notwendig. Die fachpflegerische Begleitung, v.a. in Form der Pflegeprozesssteuerung, muss ein zentraler Ansatz werden, um pflegebedürftige Menschen, die hauptsächlich von ihren An- und Zugehörigen betreut werden, zu unterstützen. Dies bedeutet auch eine Stärkung der Handlungsautonomien der Pflege, also der Mitarbeitenden in der Pflegeeinrichtung, sowie eine Kommunikation der an der



Versorgung Beteiligten auf Augenhöhe. Die Zukunft geht hin zu selbstorganisierten kleinen Teams mit mehr Kompetenzen, denn sie können durch ihre Nähe zur Lebensrealität der Pflegebedürftigen passgenaue Leistungen anbieten.

Ankunft der Babyboomer - Herausforderung und Chance zugleich

Mit fortschreitendem Alter verkleinert sich der Aktionsradius und die unmittelbare Wohnumgebung gewinnt an Bedeutung, je mehr Mobilitätseinschränkungen und Unterstützungsbedarfe vorhanden sind. Dabei belegen alle einschlägigen Untersuchungen, dass die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen ob mit oder ohne Pflegebedarf sich wünscht, in ihrer gewohnten Nachbarschaft zu bleiben. Pflege findet vor Ort statt – da, wo Menschen wohnen und leben. Die Zukunft liegt in der häuslichen Versorgung und in einer generationenübergreifenden und pflegefreundlichen Umgebung – in Caring Communities. Die große Kohorte der zwischen 1955 bis ca. 1965 geborenen Menschen (Baby-

boomer) wird einerseits perspektivisch zu einer höheren Anzahl pflegebedürftiger Menschen führen, andererseits ist diese Generation anders sozialisiert und gesellschaftlich mehr engagiert als ihre Eltern. Im besten Fall werden die Babyboomer für ihr eigenes Alter Ideen und Ansätze finden, wie sich das Zusammenleben in einer alternden Gesellschaft im Sinne aller Generationen organisieren lässt – das vermehrte Interesse an alternativen und gemeinschaftlichen Wohnformen und der in Meinungsumfragen ausgedrückte Wille, sich ehrenamtlich zu engagieren, bieten hier Grund zur Zuversicht.



Irmelind Kirchner

Referentin Pflege
AOK-Bundesverband

Irmelind.Kirchner@bv.aok.de

Das könnte Sie auch interessieren ...

**Jetzt
bestellen!**



Einfach scannen:



Andreas Heiber

Das SGB XI – Beratungshandbuch 2026 / 27

Gut beraten – die Leistungen richtig erklären

Wie lassen sich die Leistungen der Pflegeversicherung verständlich und sicher erklären?

Das „SGB XI-Beratungshandbuch 2026/27“ vermittelt praxisnah und verständlich das notwendige Wissen rund um die Leistungen der Pflegeversicherung.

Andreas Heiber zeigt, wie Beratungskräfte Leistungsansprüche sicher erklären, Missverständnisse vermeiden und Pflegebedürftige kompetent begleiten können. Ob ambulante Pflege, Pflegestützpunkt oder Beratungsstelle – das Handbuch unterstützt mit klaren Erläuterungen, gesetzlichen Grundlagen und zahlreichen direkt nutzbaren Arbeitshilfen.



2026, 59,90 €,
ISBN 978-3-7486-0849-3
Best.-Nr. 22717



eBook, 59,90 €
Best.-Nr. 22718

Vincentz Network GmbH & Co. KG

T +49 6123-9238-253

F +49 6123-9238-244

service@vincentz.net

haeusliche-pflege.net/shop/