

Ergebnisse, Praxisbeispiele,  
Handlungsempfehlungen

Fokuspapier

# Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege





---

# Inhalt

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I. Einleitung</b>  | <b>5</b>  |
| <b>II. Zukunft der Pflege: Herausforderungen und Anforderungen</b>              | <b>6</b>  |
| <b>III. Soziale Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege</b>               | <b>8</b>  |
| (a) Prozesse der Arbeitsorganisation  | 8         |
| (b) Praktiken im Pflegeprozess  | 12        |
| (c) Lokale Infrastruktur im Umfeld der Pflege                                   | 16        |
| <b>IV. Fazit und Handlungsempfehlungen</b>                                      | <b>22</b> |
| Verstärkte und niedrigschwellige Innovationsförderung                           | 23        |
| Nachhaltige Finanzierung innovativer Versorgungskonzepte in den Regelstrukturen | 23        |
| Förderung regionaler Lösungskompetenz durch die Stärkung der Rolle der Kommunen | 24        |
| <b>Anmerkungen</b>  | <b>25</b> |
| <b>Impressum</b>  | <b>27</b> |

---

# I. Einleitung

---

Mit der Covid-19-Pandemie sind Senior:innen, Pflegebedürftige und Pflegekräfte ins Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt. Politik und Gesellschaft tun gut daran, ihr Augenmerk auch nach der Corona-Krise weiter auf diese Gruppen zu richten. Denn ansonsten steuert das Land mit seiner demografischen Entwicklung auf eine andere große Krise zu: den Pflegenotstand. Deutschlands Bevölkerung altert, während zugleich das familiäre Pflegepotenzial sinkt und Pflegekräfte in großer Zahl fehlen. Um die pflegerische Versorgung für die Zukunft zu sichern, braucht es vor allem eines: mehr Innovation.

Vor diesem Hintergrund haben wir einen intensiven Blick auf die deutsche Pflegelandschaft geworfen und das Augenmerk auf Projekte und Einrichtungen gelegt, die bereits heute mit innovativen Ansätzen arbeiten. Dabei stehen hier nicht – wie ansonsten beim Thema „Innovation“ so oft – moderne Technologie im Fokus, sondern den Schwerpunkt bilden neue soziale Praktiken. So ist in Zusammenarbeit mit dem IGES-Institut unsere Studie „Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege“ entstanden.<sup>1</sup> Der Begriff „soziale Innovation“ bezieht sich auf die neuartige Gestaltung sozialer Praktiken mit dem Ziel, dadurch Probleme besser zu bewältigen und die Bedürfnisse gesellschaftlicher Gruppen angemessener zu befriedigen, als dies mit bestehenden Praktiken möglich ist. In unserer Studie bringen wir das Konzept der sozialen Innovationen mit der ambulanten Langzeitpflege zusammen. Anhand von Praxisbeispielen hat das IGES-Institut für uns erforscht, wie innovative Vorgehensweisen in der Arbeitsorganisation oder im Pflegeprozess sowie neuartige Kooperationsformen im pflegerischen Umfeld Entlastung für

professionell und informell Pflegende schaffen, die Qualität der Pflege für die Pflegeempfangenden verbessern und zu einer nachhaltig stabilen Versorgungslage beitragen können.

Dieses Fokuspapier stellt die zentralen Ergebnisse der Studie in komprimierter Form vor, gibt anhand einer Auswahl der in der Studie untersuchten Fallbeispiele einen Einblick in die sozial-innovative Pflegepraxis und zeigt mit drei zentralen Handlungsempfehlungen Perspektiven für eine zukunftsgerichtete Pflegepolitik auf.<sup>2</sup>

---

## II. Zukunft der Pflege: Herausforderungen und Anforderungen

---

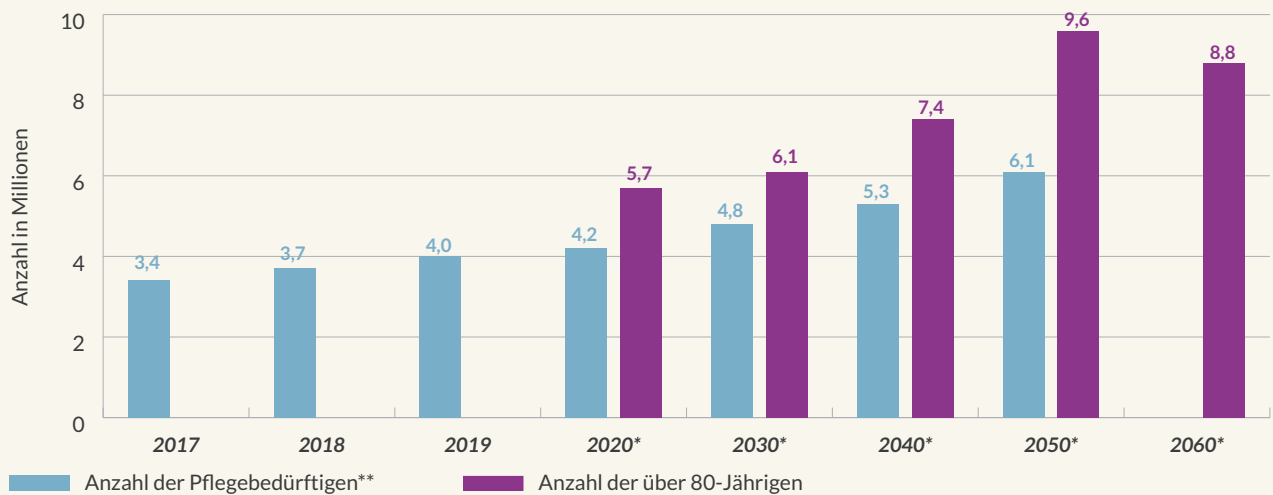
Die Coronapandemie lenkt aktuell die öffentliche Aufmerksamkeit auf Senior:innen und Pflegebedürftige als besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe sowie auf Pflegekräfte als besonders systemrelevante Berufsgruppe. Diese Aufmerksamkeit ist mehr als geboten, und zwar nicht nur wegen der aktuellen Herausforderungen durch die Coronapandemie. Auch der demografische Wandel erfordert dringend eine Auseinandersetzung mit der alternden Gesellschaft und der Zukunft des Pflegesystems.

Ende 2019 waren in Deutschland rund vier Millionen Menschen pflegebedürftig.<sup>3,4</sup> Die Zahl der Pflegebedürftigen hat sich damit seit der Jahrtausendwende verdoppelt.<sup>5</sup> Diese Entwicklung ist vorrangig auf die fortschreitende Alterung der Gesellschaft zurückzuführen, aber auch auf die Erweiterung des Kreises der Anspruchsberechtigten durch gesetzliche Anpassungen der Leistungen der Pflegeversicherung in den Jahren 2008 und 2013 sowie durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017.<sup>6</sup> Bis zum Jahr 2050 rechnet das Bundesministerium für Gesundheit mit 6,1 Millionen Pflegebedürftigen.<sup>7</sup> Zugleich ist mit einem starken Anstieg der über 80-Jährigen zu rechnen: von heute 5,7 Millionen auf 9,6 Millionen im Jahr 2050 – dies entspricht einer Steigerung von knapp 70 Prozent (Abbildung 1).<sup>8</sup> Grund dafür ist vor allem eine immer bessere medizinische Versorgung, die den Menschen ein längeres Leben ermöglicht. Im Zuge der Vorstellung des ersten Zwischenberichts zur Umsetzung der Vereinbarungen aus der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) im November 2020 sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: „Wie wir gute Pflege sichern, ist die soziale Frage der 20er Jahre“.<sup>9</sup> Angesichts der genannten Zahlen ist diese Aussage alles andere als eine Übertreibung.

Laut aktuellen Berechnungen werden im Jahr 2030 in der Langzeitpflege rund 130.000 Stellen mehr benötigt als noch im Jahr 2017. Neben dieser Herausforderung fehlenden Personals in der Pflege haben sich durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG) 2017 auch erweiterte Anforderungen an die Pflege ergeben. Anstatt einer rein somatischen Betrachtung der Pflege werden jetzt auch soziale, mentale, emotionale und spirituelle Bedürfnisse berücksichtigt. Im Fokus stehen der Erhalt bzw. die bestmögliche Förderung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen. Dem liegt ein ressourcenorientierter Ansatz zugrunde, der nicht die Defizite, sondern die (noch vorhandenen) Fähigkeiten der Pflegebedürftigen in den Vordergrund stellt. Dieser Ansatz trägt nicht zuletzt der Tatsache Rechnung, dass drei Viertel aller Pflegebedürftigen in Deutschland zu Hause leben und hier so betreut und unterstützt werden sollen, dass sie so eigenständig wie möglich ihr Leben in der eigenen Häuslichkeit fortsetzen können.

Noch wird etwas mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen in Deutschland allein von Angehörigen gepflegt. Doch für die Zukunft ist mit einem Rückgang des Familienpflegepotenzials zu rechnen. Denn aufgrund einer im Vergleich zu den 1960er Jahren konstant niedrigeren Geburtenrate bei gleichzeitig gestiegener Lebenserwartung verteilt sich die informelle Pflege heute und in Zukunft auf weniger Schultern. Zugleich ist die Erwerbsbeteiligung von Frauen seither stark gestiegen. Das bedeutet häufig eine Doppel- bzw. Mehrfachbelastung, da überwiegend Frauen die Angehörigenpflege übernehmen. Dazu kommen verbreitete Anforderungen an die berufliche Mobilität, was die

ABBILDUNG 1 Anzahl der Pflegebedürftigen und über 80-Jährigen in Deutschland in den Jahren von 2017 bis 2060 (in Millionen)



\* Prognose; Angaben soweit verfügbar

\*\* ohne private Pflegepflichtversicherung (PPV) (Annahme einer dauerhaft konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit)

Quelle: Statista

| BertelsmannStiftung

informelle Pflege zusätzlich erschwert. Nur rund 25 bis 30 Prozent der erwerbstätigen Hauptpflegepersonen arbeiten in Vollzeit – Männer deutlich häufiger als Frauen. Bei der Hälfte der in Teilzeit tätigen Pflegepersonen war die Pflegetätigkeit der Grund für eine reduzierte Erwerbstätigkeit. Der daraus resultierende Verdienstverlust hat nachteilige Auswirkungen auf die Rente, wobei aufgrund ihrer häufigeren Pflegetätigkeit überwiegend Frauen betroffen sind.

Der Anteil der alleinlebenden pflegebedürftigen Menschen steigt mit zunehmendem Lebensalter – in der Altersgruppe der Menschen ab 80 Jahre beträgt dieser Anteil 40 Prozent. Zudem ist die Anzahl der kinderlosen Personen mit Pflegebedarf im Zeitraum 2010 bis 2016 leicht gestiegen (von 21 auf 24 Prozent). Drei Viertel der Pflegebedürftigen haben mindestens ein Kind, aber die erwachsenen Kinder leben heute oft weit entfernt: Wohnen im Jahr 1996 noch 38,4 Prozent der erwachsenen Kinder in der Nachbarschaft bzw. im gleichen Ort, waren es im Jahr 2014 nur noch 25,8 Prozent. Bei Eltern mit hoher Bildung lag der Anteil sogar bei nur knapp 20 Prozent. Es ist also zu beobach-

ten, dass sich die Wohnentfernungen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern im Zeitverlauf vergrößert haben.

Um für die fortschreitend alternde Gesellschaft gerüstet zu sein, sind einerseits auf jeden Fall mehr professionelle Pflegekräfte notwendig – daran führt kein Weg vorbei. Auf der anderen Seite sollte das Augenmerk aber auch auf das Potenzial gerichtet werden, das in der Optimierung von Prozessen liegt: So können innovative Vorgehensweisen und Prozessstrukturen die Pflege wirkungsvoller und zugleich als Beruf attraktiver machen. Sie können dazu beitragen, Arbeitsbedingungen so zu konfigurieren, dass mehr Menschen für den Beruf gewonnen bzw. (länger) im Beruf gehalten werden können. Dass hier ein wichtiges Potenzial liegt, bestätigt auch der aktuelle BARMER-Pflegereport 2020: Demnach ließe sich der Pflegenotstand in Deutschland „durch bessere Arbeitsbedingungen deutlich abmildern. Auf einen Schlag gäbe es 26.000 Pflegekräfte mehr, wenn die Arbeitssituation und damit einhergehend die Gesundheit der Pflegerinnen und Pfleger besser wären.“<sup>10</sup>

---

## III. Soziale Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege

---

Der Begriff der sozialen Innovation bezeichnet ganz allgemein eine neuartige Gestaltung sozialer Praktiken mit dem Ziel, dadurch eine Verbesserung gegenüber bestehenden Praktiken zu erreichen. Es handelt sich um „eine von bestimmten Akteuren bzw. Akteurskonstellationen ausgehende intentionale, zielgerichtete Neukonfiguration sozialer Praktiken in bestimmten Handlungsfeldern bzw. sozialen Kontexten, mit dem Ziel, Probleme oder Bedürfnisse besser zu lösen bzw. zu befriedigen, als dies auf der Grundlage etablierter Praktiken möglich ist“.<sup>11</sup> Diese allgemeine Charakterisierung sozialer Innovationen lässt sich auf das Handlungsfeld der ambulanten Langzeitpflege anwenden. Soziale Innovationen in diesem Feld orientieren sich an den Problemen oder Bedürfnissen der Pflegebedürftigen, der informell Pflegenden (An- und Zugehörige) und der professionell Pflegenden. Sie zielen darauf ab, im sozialen Kontext der Pflege Potenziale und Ressourcen zu entdecken und zu nutzen, auf die das traditionelle Pflegesystem nicht zurückgreift. Dies können zum Beispiel alternative Organisationsprinzipien, neue Kooperationsformen oder innovative Dienstleistungen sein.

In unserer Betrachtung der aktuellen Praxis der ambulanten Langzeitpflege haben sich insbesondere drei Handlungsfelder herauskristallisiert, auf die sich soziale Innovationen richten: die Prozesse der Arbeitsorganisation in der professionellen Pflege, die Praktiken im Pflegeprozess sowie die lokale Infrastruktur im Umfeld der Pflege, sprich im „Quartier“. Im Folgenden werden die zentralen Bedürfnisse oder Probleme aufgezeigt, mit denen Pflegebedürftige, informell Pflegenden und professionell Pflegenden konfron-

tiert sind – und wie diese durch soziale Innovationen adressiert werden können.

### (a) Prozesse der Arbeitsorganisation

Ein zentrales, weithin bekanntes Problem im Berufsfeld der ambulanten Pflege ist die Konstellation einer körperlich fordernden sowie psychisch und emotional anspruchsvollen Arbeit bei gleichzeitig oft hohem Zeitdruck. Des Weiteren streben die überwiegend weiblichen Pflegekräfte meist nach einer Vereinbarkeit von Beruf und Familie, was durch die üblichen Schicht- und Wochenenddienste sowie teils lange Wegezeiten zu den Klient:innen eine besondere Herausforderung darstellt. Diese Gegebenheiten führen nicht nur zu einer sehr hohen Teilzeitquote von 69 Prozent (im Jahr 2017), sondern auch zu überdurchschnittlich häufigen und langanhaltenden Ausfallzeiten aufgrund von Krankheiten, wie vor allem muskuloskelettalen Erkrankungen, Atemwegsbeschwerden sowie psychischen Problemen. Dies zeigt eine Auswertung von Mitgliedsdaten der AOK-Krankenkasse aus dem Jahr 2017. So fehlt ein ganzjährig versichertes AOK-Mitglied in einem pflegenden Beruf im Durchschnitt 8,6 Tage im Jahr wegen einer Muskel-Skelett-Erkrankung. Dies sind 2,8 Fehltage mehr im Vergleich zu den Versicherten aller Berufe: Bei diesen sind es durchschnittlich 5,8 Fehltage. Bei psychischen Erkrankungen ist die Diskrepanz noch gravierender: Hier sind es 6 gegenüber 2,9 Fehltagen.<sup>12</sup> Die personellen Ausfälle sorgen wiederum für eine häufige Überbelastung der verbliebenen Pflegekräfte. Diese Umstände schlagen sich in einer entsprechend pessimistischen Einschätzung der Pflege-



kräfte in Bezug auf ihre zukünftige Arbeitsfähigkeit nieder: Nur 20 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege rechnen damit, ihre berufliche Tätigkeit bis zum Renteneintritt ausüben zu können. Bei den Beschäftigten aller Berufe sind dies demgegenüber 48 Prozent, also mehr als doppelt so viele.<sup>13</sup> Die Erwartungen der Befragten wurden jüngst durch den BARMER-Pflegereport 2020 mit entsprechenden Daten untermauert – der Bericht konstatiert einen höheren Krankenstand und mehr Frühverrentungen bei Pflegekräften im Vergleich zu sonstigen Berufsgruppen.<sup>14</sup>

Dreh- und Angelpunkt sozialer Innovationen im Handlungsfeld der Arbeitsorganisation ist eine Weiterentwicklung der Prozesse in Richtung Eigenständigkeit und Flexibilität. Das heißt, es geht um größere Planungs- und Handlungsspielräume in der Organisation der eigenen Arbeit (z. B. bei der Tourenplanung) und der Zusammenarbeit im Team. Dies erfordert einen Kulturwandel hin zu flachen Hierarchien und partizipativer Entscheidungsfindung. An die Stelle der Verrichtung der Arbeit nach Weisung „von oben“ tritt die eigenverantwortliche Gestaltung der Arbeitsabläufe, oft einschließlich der Steuerung der Wirtschaftlichkeit und flexibler Einteilung der eigenen Arbeitszeit, im Zusammenspiel mit regelmäßigem Austausch im Team und Coaching. Die gemeinsame Arbeitsgestaltung folgt häufig auch dem Prinzip wechselnder Rollen oder rotierender Auf-

gaben, sodass prinzipiell alle Teammitglieder alle Abläufe kennen und die Tätigkeiten der professionell Pflegenden abwechslungsreicher sind. Die selbstständige, partizipative Gestaltung des Arbeitsprozesses betont die Zuständigkeit und Verantwortung jedes einzelnen Teammitglieds, was das Gefühl der Selbstwirksamkeit stärken und das Erleben der sinnstiftenden Dimension des Pflegeberufs wieder lebendiger machen kann.

Diese Art der Arbeitsorganisation kann durch technologische Innovationen unterstützt werden, konkret zum Beispiel durch digitale Lösungen zur Tourenplanung, zur Dienstplangestaltung oder zur Dokumentation. Diese können im Arbeitsalltag Entlastung schaffen, einen wirkungsvollen Personaleinsatz möglich machen und die kommunikative Koordination im Team verbessern. Des Weiteren spielt die Entlastung des Pflegeteams von fachfremden oder begleitenden Aufgaben eine wichtige Rolle. Das heißt, Aufgaben rund um die Haushaltsführung, Tagesgestaltung sowie auch leichte pflegerische Hilfstätigkeiten werden möglichst konsequent abgegeben, sodass sich die Pflegekräfte auf ihre pflegerischen Kernaufgaben konzentrieren können. Eine zentrale Strategie hierfür besteht in der gezielten Aktivierung, Einbeziehung und Schulung des sozialen Umfelds der Pflegebedürftigen und dem Aufbau informeller Netzwerke (siehe hierzu auch unten Abschnitt (c)).

### Praxisbeispiel

„**Buurtzorg**“ ist niederländisch und bedeutet übersetzt „Nachbarschaftshilfe“. Seit 2006 hat sich das Pflegemodell vom Pilotprojekt zum größten Anbieter ambulanter Pflege in den Niederlanden entwickelt – und es findet in Deutschland inzwischen Nachahmer. Seit 2018 läuft ein Testprojekt von Buurtzorg Deutschland in Nordrhein-Westfalen, das seit Beginn des Jahres 2020 mittels einer wissenschaftlichen Studie der Fachhochschule Münster sowie der Hochschule Osnabrück evaluiert wird, gefördert durch den GKV-Spitzenverband. Einer tayloristischen Arbeitsteilung und stark bürokratisierten Abläufen setzt Buurtzorg das Ideal einer ganzheitlichen und an individuellen Bedarfen orientierten Pflege entgegen. Dies führt nach der Erfahrung unseres Interviewpartners bei Buurtzorg Deutschland zu einer besseren Patient:innenversorgung, „da wir nicht nur die handwerkliche Tätigkeit ausüben, sondern viel individueller auf den Patienten eingehen“.

Gearbeitet wird bei Buurtzorg in Pflorgeteams, die ihre Arbeit eigenständig organisieren. Von der Tourenplanung über Weiterbildungen bis hin zur Einstellung neuer Kolleg:innen und der Verwaltung der Finanzen – dem jeweiligen Team obliegt die Verantwortung für den gesamten Arbeitsprozess. Bei der Planung des Pflegebedarfs wird unter Einbeziehung des sozialen Umfelds der Klient:innen gemeinsam ein individueller Pflegeplan entwickelt, der vor allen Dingen an den Fähigkeiten und Ressourcen (statt an den Defiziten) der Klient:innen ansetzt. Überhaupt spielt die Aktivierung des sozialen Umfelds und informeller Netzwerke der Pflegebedürftigen eine wichtige Rolle bei Buurtzorg, wie der Name – „Nachbarschaftshilfe“ – schon sagt: Nachbarschaftliche oder familiäre Kontakte und Hilfen werden aktiv gesucht und bei pflegerischen Tätigkeiten eingebunden. Dabei werden die informell Pflegenden aber nicht alleingelassen, sondern in ihrer Tätigkeit zunächst professionell angeleitet. Das Modell setzt also auf eine Einbettung der professionellen Pflege in das alltägliche Lebensumfeld der Klient:innen.

Unterstützt werden die Pflorgeteams durch eine zentrale Verwaltung, deren Wirken sich jedoch auf administrative Tätigkeiten und das Coaching der Teams beschränkt. Die Ebene eines mittleren Managements im Personal entfällt – was nicht zuletzt auch eine Kostenersparnis bedeutet. Die Kommunikation und Koordination der Teams sowie die Pflegedokumentation werden durch die Nutzung von Tablets und Software unterstützt. Die eigens entwickelte digitale Plattform „Buurtzorg Web“ zielt darauf ab, die Arbeitsprozesse zu optimieren – das heißt vor allem: Bürokratie zu reduzieren und die Qualität der Pflege zu erhöhen.

Wie oben schon angeklungen ist, verbindet Buurtzorg eine innovative Arbeitsorganisation mit einem Person-zentrierten, ressourcenorientierten Ansatz im Pflegeprozess und dem gezielten Aufbau informeller Netzwerke im lokalen Umfeld der Pflegebedürftigen (siehe zu diesen Aspekten genauer die Abschnitte (b) und (c)). Somit steht Buurtzorg für ein ganzheitliches Modell einer sozialinnovativen Pflege, das große Nutzenpotenziale für professionell Pflegenden wie auch für informell Pflegenden und für Pflegeempfangende birgt. Mehr Gestaltungsspielräume und die ganzheitliche Herangehensweise können die Berufszufriedenheit bei den professionellen Pflegekräften steigern und der in der Pflege oft empfundenen Diskrepanz zwischen eigentlicher Motivation für den Beruf und Arbeitsrealität entgegenwirken.

Für die informell Pflegenden liegen Potenziale für Entlastung in professioneller Hilfestellung und Anleitung einerseits und in einem erweiterten, unterstützenden Netzwerk andererseits. Für die Pflegeempfangenden wiederum liegt der Nutzen in einer Pflege, die stärker auf ihre individuellen Bedürfnisse eingehen kann, ihre Fähigkeiten und somit ihre Selbstständigkeit stärkt und aufgrund der vernetzten Strukturen eine hohe Versorgungssicherheit sowie soziale Teilhabe bietet.

Als praktische Herausforderung für die Umsetzung dieses Pflegemodells ist zu berücksichtigen, dass es hohe Ansprüche an das Pflegepersonal stellt: Partizipation, Eigenverantwortung und Gestaltungsspielräume bieten Chancen, der verantwortungsvolle Umgang damit muss jedoch auch erlernt werden. Dies erfordert nicht nur einen entsprechenden Kulturwandel innerhalb der Pflegedienste, sondern auch eine Offenheit gegenüber Innovationen aufseiten der Belegschaft – und vor allen Dingen braucht es passende Schulungen und Coachings, damit dieser Change-Prozess gelingt. Des Weiteren erfordert der für das Buurtzorg-Modell zentrale Person-zentrierte Ansatz eine möglichst hohe Flexibilität bei der Organisation des Pflegeprozesses und bei den Vergütungsregelungen. Einige Pflegedienste in Deutschland nutzen jedoch bereits bestehende gesetzliche Spielräume, um das Buurtzorg-Modell näherungsweise umzusetzen oder einzelne Aspekte in ihre Arbeitsweise zu integrieren.

Soziale Innovationen im Handlungsfeld der Arbeitsorganisation zielen darauf ab, die Arbeitsprozesse so zu verbessern, dass sie die oben geschilderten Belastungen der professionell Pflegenden mindern und somit die Arbeitszufriedenheit erhöhen – was sich indirekt auch positiv auf die Qualität der Pflege auswirken dürfte. Die Notwendigkeit der Bekämpfung des Personalmangels in der Pflege ist davon unbenommen – wo Pflegekräfte fehlen, kann dies durch soziale Innova-

tionen allein nicht ausgeglichen werden. Aber trotzdem lohnt es sich, die Potenziale sozialer Innovationen zu nutzen, um die Arbeitssituation in der ambulanten Pflege zu verbessern. Dies stellt zudem indirekt einen Beitrag zur Bekämpfung des Fachkräftemangels dar: Durch bessere Arbeitsbedingungen wird der Pflegeberuf erstens für potenzielle Berufsanwärter:innen attraktiver und zweitens können die bereits tätigen Pflegekräfte so voraussichtlich länger im Beruf gehalten werden.

### Praxisbeispiel

„Talea“ ist der Name eines Berliner Pflegedienstleisters, der unter dem Motto „Die Pflege der Zukunft“ neuartige Netzwerkstrukturen in der ambulanten Pflege etabliert, die auf der koordinierten Zusammenarbeit unterschiedlicher Pflegedienste beruhen. Mit diesem neuen Lösungsansatz eines „Partnernetzwerks“ will das Unternehmen der Unterversorgung in der Pflege beikommen. Zentral für den Ansatz sind zwei Instrumente: erstens eine digitale Planungslösung für die Tourenplanung und Koordination der Einsätze der im Partnernetzwerk verbundenen Pflegedienste und zweitens ein sogenannter Pflegekräfte-Pool. Letzterer besteht aus einem Reservoir von Pflegekräften, die einspringen können, wenn es bei einzelnen Diensten zu Ausfällen kommt. Dieses Pflegepersonal wird den ambulanten Diensten bei Bedarf von Talea zur Verfügung gestellt. Die „Springer“ können auch noch kurzfristig über die von Talea bereitgestellte Software gebucht werden. Realisiert wird dieses Personalmodell derzeit im rechtlichen Rahmen der Arbeitnehmerüberlassung.

Der kooperative Ansatz eines Partnernetzwerks in der ambulanten Pflege birgt vielfältige Nutzenpotenziale. Ein wichtiger Aspekt ist, dass Personalausfälle bei einzelnen Diensten über das Partnernetzwerk und den Springer-Pool von Talea kompensiert werden können. Hier liegt ein großes Potenzial für eine höhere Mitarbeiter:innenzufriedenheit, da Kolleg:innen nicht immer wieder zusätzliche Dienste mitübernehmen oder aus Freizeit und Urlaub dafür zurückgeholt werden müssen, sondern Erholungszeiten eingehalten werden können. Darüber hinaus können die Pflegedienste ihre Kapazitäten ohne Risiko schrittweise ausbauen oder auf sich aus der Marktlage ergebende vorübergehende Mehrbedarfe reagieren. Zum Beispiel müssen sie Anfragen von neuen Klient:innen bei voller Auslastung des Stammpersonals nicht von vornherein ablehnen.

Pflegedienstübergreifend betrachtet kann das im Pflegesystem vorhandene Personal durch das kooperative Vorgehen wirkungsvoller eingesetzt werden. Durch das kooperative System kann eine flächendeckende Versorgungssicherheit eher gewährleistet werden als durch das Nebeneinander einzeln agierender Pflegedienste. Zudem kann eine hohe Qualität der Pflege gesichert werden, da es weniger zu Überlastungen und außerplanmäßigen Einsätzen für das Pflegepersonal kommt. Von beidem profitieren auch die Pflegebedürftigen. Die Verbreitung des Modells setzt neben Innovationsbereitschaft sowie Offenheit gegenüber digitalen Technologien bei Pflegedienstbetreibern wie Pflegekräften auch finanzielle Investitionen voraus. Insbesondere bedeutet die mit der Arbeitnehmerüberlassung verbundene Umsatzsteuerpflicht nach EU-Recht eine hohe finanzielle Belastung.

TABELLE 1 Soziale Innovationen im Bereich der Arbeitsorganisation

| Merkmale  | Voraussetzungen   | Nutzenpotenziale   |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstorganisation und partizipative Entscheidungsfindung</li> <li>• Flexible Arbeitszeiten</li> <li>• Flexibler Personaleinsatz</li> <li>• Abwechslungsreiche Tätigkeiten</li> <li>• Neue Formen der Kommunikation und Dokumentation</li> <li>• Coaching- und Weiterbildungsangebote</li> <li>• Netzwerkarbeit und Einbezug informeller Hilfen</li> <li>• Personelle Konstanz in der Versorgung</li> <li>• Digitalisierung der Tourenplanung</li> <li>• Dienstübergreifender Personaleinsatz</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung und Einübung neuer (Zusammen-) Arbeitsformen</li> <li>• Hinreichende fachliche Qualifizierung und persönliche Eignung über pflegerisch-fachliche Kompetenzen hinaus</li> <li>• Technische Infrastruktur (z. B. Software)</li> <li>• (Um)Verteilung der Aufgaben</li> <li>• Bereitschaft aller beteiligten Akteure sich einzubringen</li> <li>• Anpassung gesetzlicher Rahmenbedingungen und veränderte Vergütungsregelungen (Abrechnung über Stundensätze, Personalüberlassung, Zusammenlegung von SGB-V- und SGB-XI-Leistungen, Umsatzsteuerrecht)</li> <li>• Förderung von Anfangsinvestitionen</li> </ul> | <p><b>Pflegebedürftige:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Höhere Versorgungssicherheit</li> <li>• Personelle Kontinuität in der Versorgung und teilweise besserer Betreuungsschlüssel</li> </ul> <p><b>Informell Pflegende:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlastung durch Mobilisierung und Einbezug informeller Hilfen</li> </ul> <p><b>Professionell Pflegende:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Höhere Berufszufriedenheit</li> <li>• Geringere Fluktuation</li> <li>• Mehr Autonomie/Gestaltungsmöglichkeiten</li> <li>• Bessere Passung zwischen Arbeitsethos und Arbeitsrealität (weniger Zeitdruck/mehr zeitliche Flexibilität)</li> <li>• Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch verbindliche und flexible Arbeitszeiten</li> <li>• Physische und psychische Entlastung</li> <li>• Effektivere und effizientere Gestaltung des Informationsflusses und der Qualitätssicherung</li> </ul> |

Quelle: IGES

BertelsmannStiftung

## (b) Praktiken im Pflegeprozess

Zentraler Orientierungspunkt für den Pflegeprozess ist das mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff festgeschriebene Ziel, pflegebedürftigen Menschen ein möglichst selbstständiges Leben zu ermöglichen und dabei neben den körperlichen auch soziale, mentale, emotionale und spirituelle Bedürfnisse zu berücksichtigen. Eine Herausforderung in diesem Zusammenhang ist darin zu sehen, dass sich die Rolle der Angehörigen aufgrund gesellschaftlicher Wandlungsprozesse verändert oder bisweilen sogar ganz wegfällt – dies betrifft jedenfalls einen bedeutenden Teil der Pflegebedürftigen. Angehörige stehen im Spannungsfeld zwischen eigenen beruflichen und familiären Anforderungen auf der einen Seite und der Verantwortung für die Pflege (oder deren Organisation) auf der anderen Seite. Zugleich ist die Pflege mit ihren gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen heute ein komplexes Handlungsfeld, in das die Angehörigen sich „einarbeiten“ müssen. Dabei sind sie auf gut zugängliche und kompetente Beratung angewiesen, egal ob sie selbst pflegen oder die Pflege organi-

sieren. Insbesondere mit Blick auf das Thema Demenz ist mit einem hohen bzw. steigenden Beratungsbedarf zu rechnen, denn laut aktuellen Prognosen wird es bis 2050 aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland rund eine Million mehr Demenzkranke geben als heute: Es wird davon ausgegangen, dass sich die Zahl der Demenzkranken von 1,6 Millionen (2018) auf 2,7 Millionen (2050) erhöht.<sup>15</sup>

## Praxisbeispiel

„MobiDem“ war ein mobiles Beratungsbüro für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige, das von 2012 bis 2015 zunächst als Modellprojekt im Rhein-Erft-Kreis in Nordrhein-Westfalen umgesetzt wurde – gefördert im Rahmen der „Zukunftswerkstatt Demenz“ des Bundesgesundheitsministeriums und wissenschaftlich begleitet von der Technischen Universität Dortmund. Anschließend wurde das Projekt bis Ende 2019 als Regelangebot mit finanzieller Beteiligung der Kommunen weitergeführt.

Unter dem Motto „Für Sie ins Quartier“ steuerte der „Demenz-Bus“ 14 Standorte im Kreis an, um dort offene Sprechstunden wie auch vereinbarte Beratungstermine zum Thema Demenz anzubieten. Professionelle hauptamtliche Berater:innen, geschulte Ehrenamtliche sowie 23 Kooperationspartner:innen aus der Wohlfahrtspflege, von Krankenhäusern und von privaten Pflegeanbietern bildeten ein Beratungsteam, das den Ratsuchenden mit mehr als 60 Berater:innen zur Verfügung stand. Mit seiner Sichtbarkeit im öffentlichen Raum an zentralen Orten wie Marktplätzen trug der Bus auch zur Enttabuisierung des Themas Demenz bei.

Nach der mobilen Öffentlichkeits- und Beratungsarbeit plant der Rhein-Erft-Kreis, den Schwerpunkt seiner Unterstützung zum Thema Demenz künftig auf die Gegebenheiten des häuslichen Umfelds zu verlagern. So sollte nach letztem Informationsstand etwa eine „Demenz-Musterwohnung“ eingerichtet werden, in der Pflegebedürftige und pflegende Angehörige Informationen und Eindrücke dazu erhalten, wie der häusliche Wohnraum für an Demenz erkrankte Personen hilfreich gestaltet werden kann. Die Beratungsinitiativen des Rhein-Erft-Kreises reagieren somit auf den wachsenden Beratungsbedarf zum Thema Demenz und stellen niedrigschwellige Möglichkeiten zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen dar.

Mit Blick auf den Pflegeprozess zielen sozialinnovative Ansätze in der ambulanten Langzeitpflege darauf, die allgemein angestrebte Förderung eines möglichst selbstbestimmten und selbstständigen Lebens der pflegebedürftigen Menschen zu stärken. Gemäß dem ressourcenorientierten Ansatz des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geht es darum, die (verbliebenen) Fähigkeiten der Menschen zu fördern und gesundheitliche Ressourcen zu aktivieren. Soziale Innovationen diesbezüglich sind eine Reihe von Handlungs- und Herangehensweisen, die sich unter dem Stichwort „Case-Management“ zusammenfassen lassen. Das bedeutet, die Pflege wird möglichst individuell und passgenau auf den konkreten Fall des Pflegebedürftigen abgestimmt. Unter Einbeziehung des Umfelds wird ein individueller Versorgungsplan erstellt, der neben pflegerischen, medizinischen oder rehabilitativen Bedarfen auch soziale und emotionale Aspekte adressiert. Ziel ist eine möglichst ganzheitliche Gestaltung des Pflegeprozesses.

Dazu gehört auch die Bezugspflege. Bezugspflege bedeutet, dass in der Regel immer die gleichen Pflegekräfte für eine pflegebedürftige Person zuständig sind, sodass diese feste Bezugspersonen hat und auch die Pflegekräfte ihre Klient:innen gut kennen. Eine Voraussetzung für die Umsetzung des ganzheitlichen und auf individuelle Bedürfnisse eingehenden Ansatzes ist zudem die Möglichkeit, die Pflege auch nach Stundensatz abrechnen zu können statt nur nach festgelegten Leistungskomplexen. Diese Konstellation hat das Potenzial für mehr Zufriedenheit auf beiden Seiten – der Pflegebedürftigen und der Pflegekräfte. Insbesondere bietet die Pflege in diesem Rahmen grundsätzlich mehr Raum für zwischenmenschliche Beziehungen, für Kommunikation und emotionale Verbindungen, was in der Regel beiden Seiten ein Anliegen und Bedürfnis ist. Die Qualität der Pflege steigt für die Pflegebedürftigen, weil die Pflegekräfte bedarfsorientiert auf sie eingehen können und ihre Bedürfnisse durch den konstanten Kontakt außerdem besser kennen. Und

die Pflegekräfte haben mehr Gestaltungsspielraum hinsichtlich der Pflegeleistungen und ihrer Zeiteinteilung, wodurch sie ihren Klient:innen potenziell besser gerecht werden und somit eher im Einklang mit ihrem Berufsethos handeln können.

Zentraler Bestandteil einer ganzheitlichen Gestaltung des Pflegeprozesses ist auch die Vernetzung und Zusammenarbeit beteiligter Akteure im erweiterten Umfeld – diese ist Gegenstand des folgenden Abschnitts.

### Praxisbeispiel

„Daheim aktiv“ war ein von 2010 bis 2013 im Rahmen des Modellprogramms gem. § 8 Abs. 3 SGB XI gefördertes Projekt zur verstärkten Aktivierung Pflegebedürftiger im Rahmen der häuslichen Pflege. Es wurde vom Caritasverband Schaumberg – Blies e. V. an zwei Orten im Saarland – Uchtelfangen und Tholey – umgesetzt und vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. (iso) Saarbrücken wissenschaftlich begleitet. Die Aktivierungsmaßnahmen sollten dazu beitragen, die Selbstpflegefähigkeiten der Klient:innen zu fördern und dadurch neben einem selbstbestimmteren Alltagsleben und längerem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit insbesondere auch mehr soziale Teilhabe zu ermöglichen – mit dem positiven Nebeneffekt einer Entlastung pflegender Angehöriger. Der Kern des Modellprojekts war, einen interdisziplinären „Aktivierungskomplex“ in der häuslichen Pflege zu implementieren, der pflegerische, ergotherapeutische, edukative und beratende Elemente vereinte. Dabei verfolgte das Projekt einen ressourcenorientierten Ansatz, das heißt, der Fokus der Pflegenden und der Pflegebedürftigen verlagerte sich weg von Funktionsdefiziten hin zu (noch bestehenden) Möglichkeiten und (wiedergewonnenen) Fähigkeiten.

Eine zentrale Maßnahme zum Aufbau des „Aktivierungskomplexes“ war die Qualifizierung von Pflegekräften zu „Aktivierungscoaches“ durch Ergotherapeut:innen, aber auch gemeinsame Fortbildungen beider Berufsgruppen wurden durchgeführt. Sie bildeten im Modellprojekt zusammen das „Aktivierungsteam“, das stets untereinander im Austausch stand. Die Aktivierungscoaches wiederum standen den Mitarbeiter:innen ambulanter Pflegedienste als Unterstützung und Ansprechpartner:innen bei ihrer täglichen Arbeit beratend zur Verfügung. In interdisziplinärer Zusammenarbeit wurden gemeinsam mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen passende Aktivierungspläne ausgearbeitet. Die aktivierenden Maßnahmen umfassten zum Beispiel Kräftigungsübungen oder ein gezieltes Sitz-, Steh- und Gehtraining, aber auch die selbstständige Durchführung der Körperpflege. Auch pflegende Angehörige wurden darin geschult und dabei beraten, die Aktivierung anzuleiten.

Laut [Abschlussbericht](#) konnten durch die Umsetzung des Aktivierungskomplexes die funktionellen Fähigkeiten der Proband:innen über die drei Jahre der Laufzeit des Projekts stabil gehalten werden. Dies ist durchaus als Erfolg zu werten, sind drei Jahre doch ein langer Zeitraum – insbesondere, wenn man das Durchschnittsalter von 81 Jahren der Testpersonen berücksichtigt. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte in der Interventionsgruppe war signifikant geringer als in der Kontrollgruppe. Vor allem aber konnte durch die Modellmaßnahme auch der Anteil der Schmerzpatient:innen unter den Proband:innen um fast die Hälfte reduziert werden. Für die Pflegebedürftigen bedeutete die Aktivierungsmaßnahme also deutlich mehr Lebensqualität, erstens durch die Stabilisierung ihrer funktionellen Fähigkeiten, die den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglichte, sowie zweitens durch die Reduktion oder gar Befreiung von Schmerzen. Diese Stabilisierung der Versorgungssituation bedeutete auch eine Entlastung für die Angehörigen, die außerdem das mit der aktivierenden Pflege einhergehende professionelle Coaching als bereichernd und nützlich erlebten.

Mit Blick auf eine mögliche Verstetigung des Aktivierungskomplexes im Rahmen der Regelversorgung haben sich im Rahmen des Modellprojekts einige Hürden gezeigt. Erstens kamen die Mitarbeiter:innen des Aktivierungsteams zu der Einschätzung, dass für eine langfristige und nachhaltige Umsetzung des Aktivierungskomplexes eine dauerhafte Zusammenarbeit und ein kontinuierlicher interdisziplinärer Austausch zwischen Pflegekräften und Ergotherapeut:innen notwendig wäre – im Modellprojekt war demgegenüber nur eine begrenzte Qualifizierungsphase vorgesehen, nach der die zum „Aktivierungscoach“ geschulten Pflegekräfte fortan eigenständig agieren sollten. Für eine weitergehende Zusammenarbeit wäre auf Dauer eine für organisatorische und koordinative Aufgaben zuständige Schnittstelle nötig. Eine weitere Hürde für die dauerhafte Implementierung des „Aktivierungskomplexes“ besteht darin, dass die mit ihm verbundenen Maßnahmen die vom Gesetzgeber verlangte „aktivierende Pflege“ vom Leistungsumfang und Zeitaufwand her übersteigen. Das bedeutet, der „Aktivierungskomplex“ müsste entweder als zusätzlicher Leistungskomplex in den Leistungskatalog der Pflegeversicherungen aufgenommen werden oder aber im Rahmen der durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) geschaffenen Möglichkeit der Zeitvergütung abgebildet werden.

TABELLE 2 Soziale Innovationen im Bereich des Pflegeprozesses

| Merkmale   | Voraussetzungen   | Nutzenpotenziale  |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Person-zentrierter Ansatz</li> <li>• Case-Management</li> <li>• Förderung der Selbstständigkeit Pflegebedürftiger durch Technikeinsatz</li> <li>• Bezugspflege</li> <li>• Kompetenzstärkung und niedrigschwellige Beratungsangebote für informell Pflegenden</li> <li>• Kompetenzstärkung professionell Pflegenden</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierungsbeteiligung der Kommunen (bspw. durch den Landkreis wie beim Projekt MobiDem) und Anschlussfinanzierungen nach Projektförderung</li> <li>• Bereitstellung technischer Infrastruktur und Förderung der Technikakzeptanz bei Älteren</li> <li>• Kostenübernahme durch Pflegekassen</li> <li>• Vergütungsform, die flexible und bedarfsgerechte Leistungserbringung ermöglicht (z. B. zeitbezogene Vergütung)</li> </ul> | <p><b>Pflegebedürftige:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen</li> <li>• Förderung der Selbstständigkeit</li> <li>• Längerer Verbleib in der Häuslichkeit</li> <li>• Sicherstellung der häuslichen Pflege</li> </ul> <p><b>Informell Pflegenden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlastung durch Beratung</li> <li>• Entlastung durch professionelle Betreuung und Förderung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen</li> </ul> <p><b>Professionell Pflegenden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes</li> <li>• Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen</li> <li>• Steigerung der Professionalität durch Weiterbildung (Case-Management, Dementia Care Nurse)</li> </ul> |

Quelle: IGES

| BertelsmannStiftung

### (c) Lokale Infrastruktur im Umfeld der Pflege

Wie in den beiden vorangegangenen Abschnitten zur Arbeitsorganisation und zum Pflegeprozess schon angeklungen ist, liegt ein wichtiger Schlüssel für eine ganzheitliche, nachhaltige und zukunftsfähige Pflege in einer klugen Vernetzung relevanter Akteure im lokalen Umfeld der Pflegebedürftigen. An diesem Potenzial setzen soziale Innovationen an, die gemeinhin unter dem Stichwort „Care-Management“ firmieren. Dabei geht es im Kern um die Errichtung sektorübergreifender Netzwerke aus Pflege, medizinischer Versorgung (Arztpraxen, Apotheken), therapeutischen Einrichtungen (Physiotherapie, Rehasport, Ergo-

therapie), Unterstützungsdiensten (z. B. Mahlzeitendienste, Haushaltshilfe), Ämtern und Einrichtungen der Kommunen, Wohnungsgesellschaften, der lokalen Zivilgesellschaft (z. B. Religionsgemeinschaften, Vereine) sowie Nachbarn, Ehrenamtlichen und Angehörigen.

Eine Maßnahme in diesem Zusammenhang ist die Einrichtung von Quartiersbüros, die die Koordination und Kommunikation solcher Netzwerke unterstützen und als zentrale Anlaufstelle dienen. Darüber hinaus bietet sich hier ein Ansatzpunkt für unterstützende technologische Innovationen in Form von digitalen Lösungen, etwa zum Datenaustausch oder zur transparenten Kommunikation.

#### Praxisbeispiel

„**Bielefelder Modell**“ hat als Begriff Schule gemacht für einen Ansatz, der die pflegerische Versorgung mit den Aspekten Wohnen und soziale Teilhabe im Quartier verbindet. Er entwickelte sich bereits in den 1990er Jahren in einer Kooperation der Stadt Bielefeld mit der Bielefelder Gesellschaft für Wohnen und Immobiliendienstleistungen sowie einem sozialen Dienstleister. Mittlerweile wird das „Bielefelder Modell“ nicht nur an 14 Standorten in Bielefeld umgesetzt, sondern findet auch in anderen Städten Nachahmer, beispielsweise in Wiesbaden (s. u.). Zentrale Ziele sind die Gewährleistung eines hohen Maßes an Versorgungssicherheit und Lebensqualität außerhalb von institutionalisierten Pflege- oder Betreuungsformen sowie die Schaffung eines vielfältigen Angebots für Menschen in allen Lebensphasen im Quartier. Dafür greifen die Leistungen des Wohnungsunternehmens und diejenigen ambulanter Pflegedienste auf Basis einer verbindlichen Kooperationsvereinbarung ineinander. Das professionelle Leistungsangebot wird ergänzt durch ehrenamtliche Unterstützung, wie zum Beispiel Nachbarschaftshilfe.

Dreh- und Angelpunkt des Bielefelder Modells ist die Wohnanlage. Neben den Mietwohnungen umfasst sie ein Quartiers- und Pflegebüro, das als Stützpunkt des ambulanten Dienstes, als Beratungsstelle für Quartiersbewohner:innen sowie als Anlaufstelle für Kooperationspartner dient. Außerdem bietet sie ein Wohncafé, das von Ehrenamtlichen betreut wird. Hier werden niedrigschwellige Hilfen, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowie Angebote zur Freizeitgestaltung organisiert. Des Weiteren gibt es mindestens eine kurzfristig belegbare Pflegewohnung für akute Krisensituationen, Engpässe bei Angehörigen oder nach Krankenhausaufenthalten. Die Mischung aus frei finanzierten und öffentlich geförderten Wohnungen im Bielefelder Modell ermöglicht es auch Personen mit geringerem Einkommen, eine barrierefreie Wohnung zu beziehen. Außerdem gilt die Faustregel, dass höchstens zwei Drittel der Bewohnerschaft einen dauerhaften Hilfe- und Pflegebedarf aufweisen sollten – um zu vermeiden, dass die Wohnanlage als Pflegeeinrichtung eingestuft wird (und somit unter die Heimgesetzgebung fällt).



Ein großer Vorteil für die Bewohner:innen der Wohnanlage ist, dass ihnen bei einsetzender Pflegebedürftigkeit direkt und ohne einen Wohnungswechsel ein stabiles Hilfenetz und professionelle Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehen. In diesem Setting kann es auch hochgradig pflegebedürftigen und palliativen Patient:innen eher ermöglicht werden, in ihrer eigenen Häuslichkeit zu verbleiben, sodass mit dem Bielefelder Modell die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Pflege deutlich verschoben werden konnten. Für die Pflegekräfte wiederum bringt der Quartiersansatz den großen Vorteil mit sich, dass die Wegezeiten erheblich reduziert und zum Beispiel auch unkompliziert zu Fuß, mit dem Fahrrad oder mit E-Bikes bewältigt werden können. Für Pflegebedürftige und Angehörige bietet die sichtbare Verankerung der Pflege im Quartier außerdem einen niedrighschwelligigen Zugang zu Beratung und Unterstützung.

„**Wiesbadener Modell – Quartier Eigenheim / Komponistenviertel**“ ist eine nach dem Vorbild des Bielefelder Modells eingerichtete pflegerische Versorgung in den gleichnamigen Stadtteilen von Wiesbaden, die seit 2016 durch den Pflegedienst Thomas Rehbein in Kooperation mit der EVIM Gemeinnützige Altenhilfe GmbH betrieben wird. Weitere Unterstützung kommt von Partnern aus Wirtschaft, Ehrenamt und Wissenschaft. Im Wiesbadener Modell sind Pflegedienst und Quartier in einem gemeinsamen Quartiersbüro mit Nachtpflegedienst vernetzt, wodurch eine Versorgung rund um die Uhr auch für Schwerstpflegebedürftige gewährleistet werden kann. Kurzfristige Besuche sind jederzeit möglich, sodass laut Aussage unseres Interviewpartners beim Pflegedienst Rehbein „den Menschen [...] eine fast stationäre Sicherheit gegeben werden [kann]“, obwohl es sich um keine stationäre Einrichtung handelt. Neben dieser Sicherheit wird den Klient:innen außerdem soziale Teilhabe geboten: Ein Quartiersbistro dient als Treffpunkt und eine digitale Quartiersplattform informiert zum Beispiel über den dortigen Speiseplan sowie über soziale Aktivitäten und Veranstaltungen. Personell unterstützt wird der integrierte Ansatz zudem durch ein zweiköpfiges Quartiersmanagement: eine Quartiersmanagerin „Soziales Quartier“ und eine Quartiersmanagerin „Pflegerisches Quartier“, die gemeinsam die sozialen und pflegerischen Bedarfe zusammenführen und die entsprechenden Akteure vernetzen – unterstützt durch IT-Lösungen, die in den Niederlanden im Kontext von „Buurtzorg“ erprobt wurden.

Die beschriebenen Quartiersansätze in der Pflege bringen große Nutzenpotenziale für professionell Pflegenden, Pflegebedürftigen wie auch Angehörigen mit sich und sind entsprechend erfolgreich, zum Beispiel was den Zulauf an Klient:innen wie auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter:innen angeht. Sie können sogar Effizienzgewinne bedeuten, wie das Beispiel aus Wiesbaden zeigt: Insbesondere durch die verkürzten Wegezeiten, die sich aus der Verankerung des Pflegebüros im Quartier und der räumlichen Nähe zu den Klient:innen ergeben, konnte der Pflegedienst Rehbein seinen Personalschlüssel optimieren. „Vorher: 1 zu 5, jetzt 1 zu 6“ – so bezifferte unser Gesprächspartner im Interview die Entwicklung.

Zugleich stehen solche innovativen Versorgungsstrukturen jedoch oft vor großen Herausforderungen, weil ihre ganzheitliche Herangehensweise nicht selten zu bestehenden Finanzierungsstrukturen querliegt. Die nötige Kombination von Leistungsansprüchen aus unterschiedlichen Sozialgesetzen ist oft schwierig und erfordert eine Koordinierungsfunktion, die personell in der Regel nirgends vorgesehen ist. Im Wiesbadener Quartiersansatz stellte zudem die Abgrenzung zur stationären Langzeitversorgung gegenüber den Pflegekassen zunächst eine Hürde dar – aufgrund der räumlichen Konzentration der pflegerischen Versorgung. Des Weiteren sind Ehrenamt, Nachbarschaftshilfe und soziale Arbeit im Quartier wichtige Säulen dieser Modelle, deren Finanzierung und langfristige Aufrechterhaltung oft prekärer sind als die im rechtlichen Rahmen gewährten pflegerischen Leistungen. Auslaufende Projektmittel führen daher nicht selten zu einem Wegbrechen eines Teils der über einige Jahre aufgebauten Strukturen. Dies stellt ein zentrales Hemmnis für die Entwicklung einer nachhaltigen sozialraumbezogenen Pflege dar.

Von großer Bedeutung bei der Verwirklichung dieser quartiersbezogenen Pflege ist die Rolle der Kommunen. Bei ihnen laufen viele Fäden zusammen und sie haben das Potenzial, die verschiedenen Stränge von der lokalen Versorgungsinfrastruktur über das Angebot und die Gestaltung von Wohnraum, über Antrags- und Beratungsprozesse für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bis hin zu lokalen Angeboten der Freizeitgestaltung und Gesundheitsförderung zusammenzubringen. Gelingt der Aufbau solcher quartiersbezogener Netzwerkstrukturen, bedeutet dieses unterstützende Umfeld eine Entlastung sowohl für Angehörige als auch für professionelle Pflegekräfte, die sich dann noch stärker auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können. Vor allen Dingen aber befördert er auch die soziale Teilhabe der Pflegebedürftigen.

Insbesondere aufgrund der sich wandelnden Kapazitäten im Bereich der informell Pflegenden ist der Quartiersansatz in der Pflege mit Blick auf die Zukunft von großer Bedeutung. Der Pflegebedarf in der Bevölkerung ist stetig gestiegen und aufgrund des demografischen Wandels wird sich dieser Trend fortsetzen. Kamen im Jahr 1970 noch 3,8 Hochaltrige auf 100 potenzielle Pflegepersonen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren, werden für das Jahr 2030 bis zu 20,6 Hochaltrige, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Pflegebedarf aufweisen, auf 100 Personen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren prognostiziert. Die Pflege durch Angehörige bleibt jedoch auch weiterhin eine wichtige Säule des Pflegesystems. Dementsprechend ist der Ausbau betrieblicher Modelle zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf eine zentrale Zukunftsaufgabe der Politik.

### Praxisbeispiel

„Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf“ nannte sich ein 2016 abgeschlossenes Modellprojekt in Brandenburg mit dem Ziel, die Bevölkerung und vor allem auch Unternehmen für die Thematik der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu sensibilisieren und ein niedrigschwelliges Hilfsangebot hierfür zu etablieren. Es zielte darauf, Überforderungssituationen von pflegenden Erwerbstätigen aktiv vorzubeugen und häusliche Pflegearrangements zu ermöglichen oder zu stabilisieren. Das Projekt wurde vom Institut für Soziale Gesundheit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin wissenschaftlich begleitet und vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie gefördert.

Kern der Maßnahme war die Schulung von bürgerschaftlichen und betrieblichen Vereinbarkeitslots:innen, die im Gemeinwesen oder in ihrem Unternehmen als Vertrauens- und Ansprechpersonen zu dem Thema fungieren, erste Informationen geben und den Kontakt zu weitergehenden Hilfen und spezialisierter Beratung seitens der Kommune bzw. der Personalabteilung des Betriebs vermitteln konnten. Laut dem [Abschlussbericht](#) zum Projekt wurden 84 Bürger:innen geschult, von den schließlich 53 in ihrem sozialen Nahraum aktiv als Vereinbarkeitslots:innen wirkten, also Informationen an Ratsuchende aus dem Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis sowie an Arbeitskolleg:innen weitergaben oder die Ratsuchenden an professionelle Beratungseinrichtungen vermittelten. Im betrieblichen Kontext konnten 130 Mitarbeiter:innen in 22 Unternehmen geschult und in 13 der Unternehmen konnten Mitarbeiter:innen als betriebliche Vereinbarkeitslots:innen etabliert werden, wobei diese Funktion in größeren Unternehmen häufig von Personalverantwortlichen übernommen wurde.

Als koordinierende Instanz und Ansprechpersonen für die ehrenamtlichen Vereinbarkeitslots:innen wurden in den Modellkommunen Erkner und Eisenhüttenstadt Sozialarbeiterinnen eingesetzt. Diese „Vereinbarkeitskoordinatorinnen“ wurden den dortigen Pflegestützpunkten – Beratungsstellen der Pflege- und Krankenkassen und der kommunalen Träger – zugeordnet. Sie leisteten dort auch eine vertiefende Beratung insbesondere zum Thema Pflege und Beruf für die von den Vereinbarkeitslots:innen weitervermittelten Ratsuchenden und bereicherten damit die allgemeine Pflegeberatung um eine wichtige Dimension und entsprechend spezialisiertes Wissen. Im betrieblichen Kontext standen sie zudem als Mediatorinnen oder Moderatorinnen zur Verfügung – gerade in Klein- und Kleinstunternehmen zeigte sich oft die Notwendigkeit, individuelle Vereinbarkeitslösungen auszuhandeln, die den Bedarfen und Interessen sowohl der Beschäftigten als auch des jeweiligen Betriebes gerecht werden.

Nach Abschluss des Projekts engagierten sich die ehrenamtlichen und betrieblichen Vereinbarkeitslots:innen weiter in ihrer Kommune oder ihrem Unternehmen, jedoch fehlten seither eine kontinuierliche Begleitung und Schulung, was eine kompetente Informationsvermittlung im dynamischen Umfeld sich ändernder fachlicher Standards und gesetzlicher Bestimmungen (wie z. B. der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs) schwierig machte. Die Sozialarbeiterinnen, die als Vereinbarkeitskoordinatorinnen tätig gewesen waren, konnten nach Ende der Projektlaufzeit nicht weiterbeschäftigt werden. Dies zeigt einmal mehr, dass die Verstetigung innovativer Strukturen im Rahmen der Regelversorgung oft eine Hürde darstellt.

Darüber hinaus müssen jedoch zusätzlich weitere Wege gefunden werden, um den wachsenden Pflegebedarf zu decken. Denn in vielen Fällen besteht nur ein eingeschränktes oder sogar gar kein Pflegepotenzial durch Angehörige – sei es wegen Kinderlosigkeit der Pflegebedürftigen oder aber wegen der Situation ihrer Kinder, die häufig durch berufliche Mobilität sowie eine starke Einbindung ins Erwerbsleben und/oder die Versorgung eigener Kinder geprägt ist. Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Pflege älterer Menschen gewinnt also weiter an Bedeutung. In diesem Zusammenhang spielen neue Wohnformen eine wichtige Rolle, wie das betreute Wohnen, das sogenannte Service-Wohnen mit individuellen Dienst- und Hilfeleistungen, Mehrgenerationenhäuser oder Pflege-Wohngemeinschaften. Insgesamt rückt die Verzahnung der Pflege mit dem

Wohn- und Lebensumfeld der pflegebedürftigen Menschen stärker in den Fokus. Das heißt, das Potenzial von unterstützenden Strukturen im Quartier, also in der Nachbarschaft und im lokalen Umfeld, bildet einen wichtigen Ansatzpunkt für soziale Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege.

## Praxisbeispiel

„deinNachbar“ ist ein Onlineportal aus München, das darauf zielt, Pflegebedürftige zu unterstützen und ihre pflegenden Angehörigen zu entlasten. Mit 2,5 Pflegefachkräften in Zusammenarbeit mit rund 300 geschulten ehrenamtlichen Helfer:innen schafft es der Verein, 1.800 Einsatzstunden im Monat Hilfe zu leisten – dies entspreche nach Aussage des Vereins einem Pensum von 13 Vollzeitstellen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten auf der einen Seite fachkundige Beratung rund um das Thema Pflege, Hilfe bei der Organisation der Pflegesituation, bei Bedarf Schulungen in der häuslichen Umgebung oder auch Unterstützung bei der Abrechnung mit den Pflegekassen. Auf der anderen Seite leisten die ehrenamtlichen Alltagsbegleiter:innen Besuchs- und Begleitedienste und unterstützen bei alltäglichen Dingen, die für ältere Menschen schwieriger werden. So verschaffen sie den Angehörigen Freiraum, das heißt freie Erholungszeit für sich selbst oder für eigene Erledigungen. Als Entlohnung für ihren Einsatz können die Ehrenamtlichen zwischen einer Aufwandsentschädigung und einem Punktesystem wählen – bei letzterem werden ihnen auf ein eigenes Vorsorgekonto Punkte für ihre Hilfseinsätze gutgeschrieben, die sie später einsetzen können, um selbst Hilfe zu erhalten. Alternativ können sie die Punkte auch auf hilfsbedürftige Freund:innen oder Nachbar:innen übertragen.

Die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonal und geschulten Ehrenamtlichen beruht auf der angelsächsischen Unterscheidung von „nursing“ und „caretaking“ – das bedeutet: „Da es in Deutschland zu wenig Pflegefachkräfte gibt, müssen sich diese ausschließlich auf jene Aufgaben fokussieren, die alleine den Fachkräften vorbehalten sind. Alle anderen alltäglichen Tätigkeiten übergeben wir an geschulte Alltagsbegleiter:innen, die diese Aufgabe ehrenamtlich ausführen“, so die Erläuterung auf der Website des Vereins. Ein wichtiger Gelingensfaktor für die Nachhaltigkeit des Ehrenamts sei das Prinzip, dass die freiwilligen Helfer:innen nur für Einsätze herangezogen werden, die ihren Interessen, ihren Qualifikationen sowie ihrem bevorzugten zeitlichen und geografischen Rahmen entsprechen. Der Verein setzt gezielt auf das Potenzial der Digitalisierung, um Hilfseinsätze schnell und passgenau zu koordinieren. Dafür setzt er eine App ein, in der die Ehrenamtlichen ihr individuelles Helferprofil hinterlegen und sich einen Überblick über aktuelle Aufträge verschaffen können. Die Auftragsanfrage und -vergabe innerhalb der App wird von einer Koordinierungsstelle des Vereins gemanagt. Weiter stellt sich der Verein mit seinem Know-how und seinem umfangreichen Helfernetzwerk auch als Kooperationspartner für soziale Organisationen, ambulante Dienste oder Kommunen zur Verfügung.

Der Verein deinNachbar leistet regional einen zukunftsweisenden Beitrag zur Sicherung flächendeckender pflegerischer Versorgung und Betreuung, insbesondere durch die Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger. Mit seiner effizienten Arbeitsteilung zwischen Pflegefachpersonal und geschulten Ehrenamtlichen reagiert er gezielt auf die Herausforderung eines rasch wachsenden Bedarfs aufgrund der demografischen Entwicklung bei gleichzeitigem Fachkräftemangel in der Pflege. Sinnvoll unterstützt wird die Arbeit durch die Nutzung digitaler Technologien für eine schnelle und passgenaue Koordination und Logistik. Der Ansatz hat das Potenzial, die sich abzeichnende Versorgungslücke abzumildern. In den letzten Jahren wurde deinNachbar mehrfach als zukunftsweisendes soziales Start-up ausgezeichnet.

Eine Hürde für die Verbreitung des Modells liegt in seiner (Start)Finanzierung. Zur Realisierung des Projekts hat der Initiator selbst eine hohe Summe investiert, öffentliche Fördergelder vom bayerischen Gesundheitsministerium flossen nur in geringem Umfang. Für einen Teil seiner Arbeit ist der Verein auf Spenden angewiesen. Weitere Hemmnisse liegen in einer im sozialen Sektor noch wenig verbreiteten Affinität für digitale Potenziale und Innovationen sowie einer eher geringen Ausprägung moderner, effizienter Logistik-Standards.

Innovative Formen der Pflege, die passende Wohnformen und die Anbindung an ein soziales Umfeld miteinbeziehen, haben sich mit dem geschilderten Quartiersansatz bislang vor allen Dingen in Städten etabliert. Doch in jüngerer Zeit berichten die Medien häufiger von entsprechenden Ansätzen auch im ländlichen Raum, die unter der Bezeichnung „Green Care“ firmieren und zum Beispiel in den Niederlanden oder Frankreich bereits stärker verbreitet sind.<sup>16</sup> Die sozialinnovative Praxis lässt sich mit dem Stichwort „Pflegebauernhof“ auf den Begriff bringen: Hier leben alte und pflegebedürftige Menschen angebunden an eine Hofgemeinschaft, die in der Regel von einer

Familie betrieben wird. Da sich die Landwirtschaft allein für die Familien häufig nicht mehr lohnt, kombinieren sie Nebenerwerbslandwirtschaft mit Wohn- und Pflegeangeboten, etwa in Zusammenarbeit mit einem lokalen Pflegedienst. So schaffen sie ein besonderes Pflegesetting, das für alte und/oder pflegebedürftige Menschen eine emotional und sozial ansprechende sowie geistig und körperlich aktivierende Umgebung bietet – durch die familiäre Anbindung, die im Hofleben anfallenden kleineren oder größeren Aufgaben sowie auch durch den Kontakt zu den Tieren auf dem Bauernhof.

TABELLE 3 Soziale Innovationen im Bereich der Vernetzung von Umfeld und Quartier

| Merkmale  | Voraussetzungen   | Nutzenpotenziale   |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vernetzung zwischen Angehörigen und Ehrenamtlichen</li> <li>• Vernetzung zwischen formeller und informeller Pflege</li> <li>• Vernetzung zwischen Gesundheits- und Sozialdienstleistern (Ärztinnen und Ärzte, Sozialdienst, Essen auf Rädern, Physiotherapie etc.)</li> <li>• Vernetzung zwischen Pflege und lokalen Institutionen (Kommunen, Unternehmen wie z. B. Wohnungsbaugesellschaften, Fachhochschulen)</li> <li>• Quartiersbezug</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereitschaft zur Beteiligung aller relevanten Akteure</li> <li>• Bereitschaft von Wohnungsbaugesellschaften, Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen</li> <li>• Bereitschaft zu Eigeninvestitionen</li> <li>• Einbindung und Schulung von Ehrenamtlichen</li> <li>• Anpassung der Rahmenverträge der Pflegekassen</li> <li>• Gemeinsame Finanzierungskonzepte bzw. Geschäftsmodelle</li> <li>• Bezahlbarer Wohnraum</li> <li>• Technische Voraussetzungen, Datenschutz</li> <li>• Einführung integrierter Betreuungslösungen (SBG V und SBG XI)</li> </ul> | <p><b>Pflegebedürftige:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbestimmtes Leben mit hoher Versorgungssicherheit durch 24-h-Bereitschaft</li> <li>• Bedarfsgerechte Pflegeangebote</li> <li>• Längerer Verbleib in der Häuslichkeit</li> <li>• Soziale Teilhabe</li> <li>• Erhöhung der Patient:innensicherheit und Reduktion von Komplikationen im Krankenhaus</li> </ul> <p><b>Informell Pflegenden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlastung durch Netzwerke</li> <li>• Höhere Sicherheit durch Verfügbarkeit fachlicher Anleitung (Telecare)</li> <li>• Entlastung durch individuelle Lösungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf</li> </ul> <p><b>Professionell Pflegenden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeiteinsparung durch kürzere Wege</li> <li>• Steigerung der Attraktivität des Berufes durch bessere interdisziplinäre Kooperation und Arbeitsteilung</li> <li>• Verringerter Personaleinsatz</li> <li>• Weiterentwicklung von Quartiersstrukturen und des Sozialsystems</li> <li>• Überwindung von Sektorengrenzen SGB V und SGB XI</li> </ul> |

Quelle: IGES

| BertelsmannStiftung

---

## IV. Fazit und Handlungsempfehlungen

---

Innovative Ansätze und Vorgehensweisen in der ambulanten Langzeitpflege haben das Potenzial, aktuelle und künftige Herausforderungen im Pflegesystem und spezifische Bedarfe von professionell Pflegenden, pflegenden Angehörigen sowie Pflegeempfangenden gezielt zu adressieren. Sie können dadurch in Zukunft einen wertvollen Beitrag leisten, die pflegerische Versorgung trotz der demografischen und gesellschaftlichen Herausforderungen zu sichern. Angesichts des sich zuspitzenden Fachkräftemangels und der insgesamt hohen psychischen und physischen Arbeitsbelastung professioneller Pflegekräfte zielen soziale Innovationen oftmals darauf, Prozesse und Abläufe in der Pflege effektiver und effizienter zu gestalten, um dadurch insbesondere für die Pflegekräfte Entlastung zu schaffen. Neben der Verbesserung der Arbeitssituation für professionell Pflegenden geht es außerdem darum, die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen besser zu befriedigen. Aber auch die Stärkung und Entlastung pflegender Angehöriger ist vielfach erklärtes Ziel sozialinnovativer Projekte. Die dargestellten Praxisbeispiele machen deutlich, dass es vielfältige Ansatzpunkte und Potenziale für Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung gibt, die alle für die Sicherung einer guten Pflege von Bedeutung sind. Um die zukünftigen Herausforderungen zu meistern, müssen diese vielfältigen Potenziale genutzt und Veränderungen an vielen Stellen gleichzeitig umgesetzt werden. In der Praxis sind solche innovativen Ansätze jedoch vielfach mit Hürden konfrontiert, die ihre Verstetigung und langfristige Implementierung oft verhindern. Die Hindernisse liegen dabei vor allem

- **in der (Start)Finanzierung**, da soziale Innovationen oft mit erhöhten Anfangsinvestitionen verbunden sind.
- **in der Anschlussfinanzierung** nach dem Auslaufen von Fördermitteln aufgrund von fehlenden systematischen Konzepten für den Transfer in die Praxis bzw. Regelversorgung – denn zu selten wird der Aspekt „Nachhaltigkeit“ zwischen fördernder Seite und Projektseite bereits in der Konzeptionsphase der Modellförderung hinreichend diskutiert und mitgedacht,<sup>17</sup> sodass es am Ende der Förderzeit oft an aussagekräftigen Wirkungsnachweisen fehlt.
- **in den bestehenden Regelstrukturen**, insbesondere bzgl. der Regelungen zur Vergütung des Personals und der Abrechnung von Leistungen.
- **in einer fehlenden effektiven Vernetzung** bestehender Angebote und Infrastrukturen.

Es stellt sich also die Frage, wie das Pflegesystem innovationsfreundlicher werden kann. Folgende Maßnahmen adressieren die genannten Hürden und können dazu beitragen, Ermöglichungsstrukturen für mehr und nachhaltigere Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege zu schaffen.

## Verstärkte und niedrigschwellige Innovationsförderung

Um in der Pflege durch eine stärkere finanzielle Förderung mehr soziale Innovationen zu forcieren, wurde bei einer Expert:innendiskussion im Rahmen unserer Studie „Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege“ die Einrichtung eines „Pflege-Innovationsfonds“ ins Gespräch gebracht, der den spezifischen Gegebenheiten und Herausforderungen für innovative Projekte in der Langzeitpflege gezielt Rechnung tragen könnte. Denn der bereits existierende Innovationsfonds gem. § 92a SGB V berücksichtigt zum einen keine Projekte in der Langzeitpflege (SGB XI). Zum anderen stellen das darin festgeschriebene zweistufige Antragsverfahren, die bereits für die Erprobung neuer Versorgungsformen geforderten Wirksamkeitsnachweise, die Beteiligung einer Krankenkasse sowie die Durchführung einer unabhängigen Evaluation eine (zu) hohe Hürde für Pflegeeinrichtungen dar.

Auch eine finanzielle Förderung sozialer Innovationen durch die Bundesländer wäre denkbar und sinnvoll. So hat etwa das Land Niedersachsen mit der Richtlinie „Soziale Innovation“ ein Förderprogramm für innovative Lösungsansätze in den Handlungsfeldern „Arbeitswelt im Wandel“ und „Daseinsvorsorge“ geschaffen.<sup>18</sup> Dadurch sollen die niedersächsischen Regionen gestärkt und bei der Bewältigung ihrer spezifischen demografischen und wirtschaftlichen Herausforderungen unterstützt werden. Zur Hilfestellung bei der Ideenfindung, bei der Entwicklung sozialinnovativer Projekte sowie bei der Antragsstellung stehen den Bewerber:innen durch die „Stellen für Soziale Innovation“ direkte Ansprechpartner:innen zur Verfügung.

Unabhängig davon, durch welche öffentliche Instanz eine stärkere finanzielle Förderung sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege erfolgt, sind eindeutige Regelungen für gezielte Anschlussfinanzierungen sowie systematische Konzepte für einen späteren Transfer in die Praxis bzw. in die Regelversorgung notwendig.

## Nachhaltige Finanzierung innovativer Versorgungskonzepte in den Regelstrukturen

Um eine bedarfsgerechte, sozialraumorientierte und Person-zentrierte Pflege anzubieten, die allen Dimensionen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie einem niedrigschwelligen Case- und Care-Management gerecht wird, ist eine bessere Finanzierbarkeit innovativer Versorgungskonzepte im Rahmen der Regelstrukturen notwendig. Das Bielefelder Modell etwa ist auch nach 20 Jahren und trotz seiner überregionalen Modellfunktion bei der Refinanzierung von ehrenamtlichen und quartiersbezogenen Versorgungsaktivitäten von Projektmitteln abhängig. Eine nachhaltige und dauerhafte Aufrechterhaltung der oftmals über Jahre errichteten Strukturen im Sozialraum ist so nur schwer möglich. Daher bedarf es stabiler Finanzierungslösungen für solche Versorgungsformen, die sich durch innovative Wohnformen und die Vernetzung verschiedener sozialer Dienste bzw. Akteure im Quartier an der Schnittstelle von stationärer und ambulanter Betreuung bewegen und eine Koordinierungsfunktion erfordern.

Des Weiteren fordern Expert:innen seit Jahren die Einführung bzw. effektive Umsetzung einer zeitbezogenen Vergütung.<sup>19, 20</sup> Obwohl seit dem Pflegegestärkungsgesetz I (PSG I) aus dem Jahr 2015 gilt, dass die Vergütungen nach dem für die Pflegeleistung erforderlichen Zeitaufwand, nach dem Leistungsinhalt, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden können, scheitert die Möglichkeit einer zeitbezogenen Vergütung in der Praxis regelmäßig daran, dass es zwischen Verbänden bzw. Einrichtungsträgern und den Pflegekassen keine Einigung über angemessene Stundensätze gibt.

Die Implementierung von effektiven, sektorenübergreifenden Case- und Care-Managementstrukturen erfordert letztlich einen Konsens darüber, was ambulante Pflege künftig leisten soll: weiterhin nur punktuell kleinteilig abgegrenzte Pflegeleistungen oder auch Koordinations- und Steuerungsfunktionen im Sinne eines ganzheitlichen pflegerischen Ansatzes? Ein wichtiger Aspekt in dieser Diskussion ist die Frage, welche

Funktion die Kommune bei der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung vor Ort in Zukunft übernehmen kann und sollte.

### **Förderung regionaler Lösungskompetenz durch die Stärkung der Rolle der Kommunen**

Pflege findet vor Ort statt. Innovative Lösungen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung müssen deshalb konkret auf die regionalen Gegebenheiten (Ressourcen, Akteure, Anbieter, Hilfsstrukturen) zugeschnitten sein. Die Zusammenführung, effektive Verzahnung und Bündelung von Leistungen und Angeboten im Kontext der ambulanten Pflege und ihres lokalen sozialen Umfelds ist eine Koordinierungsleistung, die am sinnvollsten bei den Kommunen angesiedelt ist. Denn Kommunen haben das notwendige Know-how vor Ort und verfügen – wenn auch nur in begrenztem Maße – über Steuerungsmittel. In einigen Bundesländern wurde die Sicherstellung pflegerischer Versorgungsstrukturen den Kommunen bereits vom Land übertragen. Auch die enge Verbindung zur Altenhilfe als freiwilliger Aufgabe der Kommunen rechtfertigt ein größeres Engagement in der ambulanten Pflege. Zudem kann die Kommune bei der Ausübung von Koordinierungsaufgaben in trägerübergreifenden Netzwerken als neutrale Instanz fungieren. Dafür braucht es allerdings entsprechend flexible Rahmenbedingungen sowie eine Stärkung der Rolle und Kompetenzen der Kommunen, ohne dabei die Grundprinzipien der Sozialversicherung in der Pflege zu verletzen.

Um die Vernetzung verschiedener Akteure zu organisieren und eine abgestimmte Angebotsstruktur aufzubauen sowie dauerhaft zu begleiten, ist es notwendig, planerische und koordinative Personalressourcen innerhalb der Kommunalverwaltung aufzubauen.<sup>21</sup> Darüber hinaus muss eine entsprechende Ausstattung mit finanziellen Mitteln erfolgen. Das Konzept eines Regionalen Pflegebudgets<sup>22</sup> zum Beispiel verbindet die Leistungsmittel der Pflegeversicherung mit der kommunalen Gestaltungsverantwortung und weist den Kommunen entsprechend der Anzahl und Einstufung ihrer pflegebedürftigen Bürger:innen

– unabhängig vom gewählten Pflegesetting (informell, ambulant oder stationär) – Mittel aus der Pflegeversicherung zu. Die Planungs- und Steuerungsfähigkeit wird an die Kreise und kreisfreien Städte übertragen. Während die individuellen Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen und ihre Wahlmöglichkeiten hierbei unberührt bleiben, setzt das Regionale Pflegebudget für die Kommunen den Anreiz, insbesondere die kostengünstigeren und oftmals weniger personalintensiven ambulanten Versorgungsstrukturen zu fördern. Dadurch wird zum einen dem Leitbild „ambulant vor stationär“ (§ 3 SGB XI) Rechnung getragen sowie dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger entsprochen, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit bzw. dem gewohnten Lebensumfeld zu verbleiben. Zum anderen werden dadurch finanzielle und personelle Ressourcen für die Optimierung der pflegerischen Versorgung in der Region frei. Auch wenn mit der Einführung eines Regionalen Pflegebudgets kein Automatismus für innovative Ansätze in der Region entsteht, schafft es doch eine strukturelle und finanzielle Voraussetzung dafür, dass auch innovative Konzepte, die Pflegebedürftigen niedrigschwellige und wohnortnahe Versorgungsmöglichkeiten bieten, eine bessere Chance auf Verwirklichung haben und ein Versorgungsangebot entsteht, das zu den regionalen Gegebenheiten passt und sich an den individuellen Bedarfen der Pflegebedürftigen orientiert.

Alles in allem können diese Maßnahmen einer verstärkten und niedrigschwelligen Innovationsförderung, einer nachhaltigen Finanzierung innovativer Versorgungskonzepte in den Regelstrukturen sowie einer Förderung regionaler Lösungskompetenz durch die Stärkung der Rolle der Kommunen dazu beitragen, innovationsfreundlichere Rahmenbedingungen für die ambulante Pflege zu schaffen und den Grundstein für die weitere Entwicklung einer nachhaltigen, zukunftsfähigen Pflege zu legen.



---

## Anmerkungen

---

- 1 Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege, Gütersloh 2021. Autorinnen: Braeseke, Grit / Hahnel, Elisabeth / Neuwirth, Julia / Engelmann, Freja / Lingott, Nina. Kostenloser Download: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/potenziale-sozialer-innovationen-in-der-ambulanten-langzeitpflege-all> (15.02.2021).
- 2 Die Informationen und Zahlen in diesem Fokuspapier beruhen weitestgehend auf der in Anm. 1 genannten Studie und den dort angegebenen Quellen. Darüber hinausgehende Informationen sind mit entsprechenden weiteren Anmerkungen versehen.
- 3 Statista (2020): Anzahl der Pflegebedürftigen und über 80-Jährigen in Deutschland bis 2060. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/168254/umfrage/pflegebeduerftige-in-deutschland-seit-2007/> (13.11.2020).
- 4 Bundesministerium für Gesundheit (2020): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, S. 1. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_der\\_SPV\\_Juli\\_2020\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juli_2020_bf.pdf) (13.11.2020).
- 5 Statista (2019): Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2017. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2722/umfrage/pflegebeduerftige-in-deutschland-seit-1999/> (13.11.2020).
- 6 Tsiasioti, Chrysanthi / Behrendt, Susann / Jürchott, Kathrin, Schwinger, Antje (2020): Pflegebedürftigkeit in Deutschland, in: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer, S. 257–311 (hier: S. 260 ff.). Volltext verfügbar: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-58935-9> (23.11.2020).
- 7 Bundesministerium für Gesundheit (2020): s. o., S. 17.
- 8 Statista (2020): s. o.; Bundesministerium für Gesundheit (2020): s. o., S. 16.
- 9 Springer Pflege (2020): KAP-Zwischenbericht: Es bleibt noch viel zu tun. <https://www.springerpflege.de/konzertierte-aktion-pflege/kap-zwischenbericht-es-bleibt-noch-viel-zu-tun/18588720> (27.11.2020).
- 10 BARMER (2020): BARMER-Pflegereport 2020 – Zehntausende zusätzliche Pflegekräfte möglich, <https://www.barmer.de/presse/infotek/studien-und-reports/pflegereport/barmer-pflegereport-2020-270022> (02.12.2020).
- 11 Howaldt, Jürgen / Schwarz, Michael (2010): Soziale Innovation: Konzepte, Forschungsfelder und -perspektiven, in: Howaldt, Jürgen / Jacobsen, Heike (Hg.): Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 87–108 (hier: S. 89).
- 12 Drupp, Michael / Meyer, Markus (2020): Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines

- Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer, S. 23–46 (hier: S. 41 f.). Volltext verfügbar: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-58935-9> (19.11.2020).
- 13 Schmucker, Rolf (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index gute Arbeit, in: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje (Hg.): Pflege-Report 2020. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer, S. 49–60 (hier: 56). Volltext verfügbar: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-58935-9> (19.11.2020).
- 14 BARMER (2020), s. o.
- 15 Ärzteblatt (2020): Deutliche Zunahme an Demenzkranken in Deutschland und Europa erwartet, [https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109460/Deutliche-Zunahme-an-Demenzkranken-in-Deutschland-und-Europa-erwartet#:~:text=W%C3%A4hrend%202018%20knapp%201%2C6,\(3%2C4%20Prozent\)](https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109460/Deutliche-Zunahme-an-Demenzkranken-in-Deutschland-und-Europa-erwartet#:~:text=W%C3%A4hrend%202018%20knapp%201%2C6,(3%2C4%20Prozent).). (02.12.2020).
- 16 ZDF 37 Grad (2020): Bauernhof statt Altersheim, <https://www.zdf.de/dokumentation/37-grad/37-bauernhof-statt-altersheim-100.html> (13.11.2020); SWR Fernsehen (2019): Senioren-WG auf dem Bauernhof, <https://www.swr.de/natuerlich/im-alter-aufs-land-senioren-wg-auf-dem-bauernhof/-/id=100810/did=23369372/nid=100810/jx94n/index.html> (13.11.2020).
- 17 Köhler, Kerstin / Goldmann, Monika (2010): Soziale Innovation in der Pflege – Vernetzung und Transfer im Fokus einer Zukunftsbranche, in: Howaldt, Jürgen / Jacobsen, Heike (Hg.): Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 253–270 (hier: S. 261 f.).
- 18 Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung (2019): Aufruf zur Interessenbekundung für Projektvorschläge im Rahmen des Förderprogramms „Soziale Innovation“, <https://www.nbank.de/medien/nb-media/Downloads/Programminformation/Produktinformationen/Aufruf-Interessenbekundung-Projekte-Soziale-Innovation.pdf> (15.01.2021)
- 19 Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, 24.11.2020, <https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2020/dv-03-20-pflegefinanzierung.pdf> (04.01.2021).
- 20 Die Bundesregierung (Hrsg.) (2019): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung. Vereinbarungstext. Ergebnisse der Konzertierten Aktion Pflege. Arbeitsgruppe 3. Berlin, 87–127 (hier: S. 98), [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2019/kap-vereinbarungen-arbeitsgruppen-1-5.pdf;jsessionid=25FFF3D471C8A840903BD6EF7F4CC617.delivery1-master?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2019/kap-vereinbarungen-arbeitsgruppen-1-5.pdf;jsessionid=25FFF3D471C8A840903BD6EF7F4CC617.delivery1-master?__blob=publicationFile&v=1) (13.01.2021).
- 21 Schnitger, Moritz / Plazek, Michael / Rothen, Hans Jörg (2016): Pflege kommunal gestalten, S. 6. <https://www.uni-potsdam.de/fileadmin/projects/pcpm/Beratung/Final-Pflegestrukturen.pdf> (03.01.2021).
- 22 Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2014): Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Konzept für ein Regionales Pflegebudget, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/pflege-vor-ort-gestalten-und-verantworten> (03.01.2021).

## Impressum

© Bertelsmann Stiftung

Januar 2021

Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Straße 256  
33311 Gütersloh  
Telefon +49 5241 81-0  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

### Verantwortlich

Dr. Ulrike Spohn  
Dr. Martina Lizarazo López

### Autorinnen

Dr. Ulrike Spohn  
Dr. Martina Lizarazo López

### Korrektorat

Rudolf Jan Gajdacz, München

### Grafikdesign

Nicole Meyerholz, Bielefeld

### Titelbild

© Photographee.eu – stock.adobe.com

DOI 10.11586/2021006

## Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Straße 256  
33311 Gütersloh  
Telefon +49 5241 81-0

**Dr. Ulrike Spohn**  
Project Manager  
Programm Megatrends  
Telefon +49 5241 81-81398  
[ulrike.spohn@bertelsmann-stiftung.de](mailto:ulrike.spohn@bertelsmann-stiftung.de)

**Dr. Martina Lizarazo López**  
Senior Project Manager  
Programm Megatrends  
Telefon +49 5241 81-81576  
[martina.lizarazo.lopez@bertelsmann-stiftung.de](mailto:martina.lizarazo.lopez@bertelsmann-stiftung.de)

[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)