Leitfaden zur Zusammenarbeit von AOK-Pflegekasse und Kommune

AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

Inhalt

Einleitung 3

Teil 1: Schnittstellen und Anknüpfungspunkte zwischen den Pflegekassen und den Kommunen 4

Einführung 4

Zusammenarbeit in der Beratung 4

Strukturen der Pflegestützpunkte 5

Vernetzte Pflegeberatung in Sachsen und Sachsen-Anhalt 6

Good Practice – Fallbeispiel: vernetzte Pflegeberatung (vPB) am Beispiel Vogtlandkreis 7

Zusammenarbeit durch Förderung von regionalen Modellvorhaben sowie regionaler Netzwerke (nach §45c SGB XI) 8

Zusammenarbeit mit den Kommunen in ihrer Funktion als Sozialhilfeträger und Träger der Eingliederungshilfe 8

Zusammenarbeit mit den Kommunen (Heimaufsicht) im Bereich Qualität der Pflege 9

Pflegekonferenzen als Format zum Austausch und zur Zusammenarbeit 10

Errichtung von Regionalen Pflegekonferenzen auf freiwilliger Basis 13

Teil 2: Themen, Aspekte und Formate einer regulären und belastbaren Zusammenarbeit zwischen AOK-Pflegekasse und Kommunen 14

Themenfelder der Zusammenarbeit 14

Aspekte der Zusammenarbeit 15

Formate der Zusammenarbeit 16

Digital-unterstützte Methoden der Zusammenarbeit nutzen 16

Teil 3: Best Practice-Beispiele im Zusammenhang mit Bausteinen für Caring Communities aus den Bundesländern 17

Kategorie A: Kommune (auch kommunale Wohnungsgesellschaft) ist Initiator 18

Kategorie B: Durch bürgerschaftliches Engagement initiierte Beispiele 22

Kategorie C: Leistungserbringer (auch gemeinsam mit Kranken- und Pflegekassen) sind Initiator 25

Kategorie D: Stiftungen u.a. andere Projektträger als Initiator 29

Internationales Innovationsbeispiel: Burgenland/Österreich 32

Teil 4: Community Health Nurses (CHN) im Rahmen von Modellvorhaben vor Ort und im Quartier nach § 123 SGB XI 33

Von der Theorie zur Praxis: Community Health Nursing als integrativer Ansatz 34

Die Rolle der CHN in der bedarfsgerechten integrierten Sozialraumplanung und der Entwicklung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen 35

Impressum 38

Einleitung

Wie kann die Langzeitpflege so organisiert werden, dass auch in Zukunft unter den Bedingungen einer Gesellschaft mit einer stetig wachsenden Zahl älterer und alter Menschen und einem sinkenden Erwerbspersonenpotenzial ein gutes Leben vor Ort gelingt? Wie kann die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf, gleich ob jung oder alt, und von Menschen mit Sorgeaufgaben sichergestellt werden? Wie lässt sich Pflege vor Ort in gemeinsamer Verantwortung als Caring Communities – Sorgende Gemeinschaften – organisieren?

Das AOK-Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflege adressiert auch diese Fragen. Nicht erst mit dem 7. Altenbericht der Bundesregierung „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften" wurde die Stärkung der Rolle der Kommune thematisiert, aber seit diesem Bericht ist die Zielorientierung hin zu sozialräumlicher Verankerung von Pflege und der Notwendigkeit eines besseren Zusammenspiels zwischen Kommunen und Pflegekassen gesetzt. Die AOK-Gemeinschaft hat sich zum Ziel gesetzt, die Zusammenarbeit mit Kommunen aktiv zu gestalten.

Die AOK-Gemeinschaft arbeitet bereichsübergreifend darauf hin, gemeinsam mit anderen Akteuren, die sehr an Leistungserbringerstrukturen orientierte Gesundheitsversorgung hin zu einer personen- bzw. patientenorientierten Versorgung weiterzuentwickeln und dabei gleichermaßen die medizinische Versorgung und die Langzeitpflege in den Blick zu nehmen. Für beide Bereiche sind die Kommunen als wichtige Akteure anzusehen, um tragfähige Versorgungsstrukturen aufzubauen, denn Gesundheit und Pflege sind elementarer Bestandteil des Lebens vor Ort.

Viele Kommunen im ländlichen Raum nehmen sich dieser Themen auch verstärkt an, da Fragen des Zugangs (Verfügbarkeit und Erreichbarkeit) und der Versorgungssicherheit unmittelbar im Zusammenhang mit gleichwertigen Lebensverhältnissen stehen. In städtisch geprägten Gebieten stehen hingegen oft Hürden des Zugangs zu Versorgung und Pflege (z. B. sozial schwacher Personengruppen, Migranten oder Personen aus der LGBTQ+-Community) und die besonderen Bedarfe dieser Personen im Fokus.

Im föderal strukturierten Deutschland ist die kommunale Landschaft vielfältig. Die AOKs haben durch ihre regionale Anbindung den „Heimvorteil" und sind in der Lage, den regionalen und lokalen Gegebenheiten entsprechend auch die Zusammenarbeit mit den Ländern und Kommunen zu gestalten.

Für den Bereich der Pflegeversicherung existieren verschiedene Schnittstellen mit den Kommunen, auf die aufgesetzt werden kann bzw. die weiterentwickelt werden können. Aber auch neue Ansätze und Formen der Zusammenarbeit sind perspektivisch denkbar und notwendig im Hinblick darauf, dass eine isolierte Betrachtung der Langzeitpflege allein nicht zielführend ist. Hier sind Ansätze wie (integrierte) Gesundheitszentren oder das Andocken von weiteren Angeboten an bereits existierende Einrichtungen wie Mehrgenerationenhäuser, Pflegestützpunkte oder zukünftig auch solche Einrichtungen, die aus kleineren Krankenhäusern nach der Krankenhausreform entstehen könnten (Einrichtungen der sektorenübergreifenden Versorgung), oder auch Primärversorgungszentren oder Gesundheitskioske vorstellbar.

Im vorliegenden Dokument wird die Ist-Situation existierender Schnittstellen zwischen Pflegekasse und Kommune dargestellt und Themen und Formate zukünftiger Möglichkeiten eruiert, um die Zusammenarbeit zwischen AOK und Kommunen auszubauen und zu intensivieren. Wesentlicher Bestandteil ist eine Zusammenstellung von 14 Best-Practice-Beispielen zur örtlichen Organisation von Pflege, Unterstützung und Teilhabe in Deutschland und ein Ausblick auf das regional organisierte Pflegemodell im österreichischen Burgenland.

Der Leitfaden ist auch im Zusammenhang mit anderen Vorschlägen der AOK-Gemeinschaft zu sehen, insbesondere zur Regionalen sektorenunabhängigen Versorgung (RegioSV) „Gesundheitsregionen: sektorenunabhängige Versorgung gestalten". In diesem Konzept sind konkrete Regelungsvorschläge zu Primärversorgungszentren, sektorenübergreifenden Versorgern sowie Gesundheitskiosken enthalten.

Teil 1: Schnittstellen und Anknüpfungspunkte zwischen den Pflegekassen und den Kommunen

Einführung

Nach der grundgesetzlichen Zuordnung von Gesetzgebungskompetenzen werden die Sozialgesetzbücher mit den Beitrags- und Leistungsvorschriften vom Bund verantwortet, die Einrichtung bzw. die Bestimmung der zuständigen Behörden außerhalb der gesonderten Regelungen für die Sozialversicherung von den Ländern. Landesausführungsgesetze zu den Sozialgesetzbüchern regeln weitere Aspekte, wie Behörden-/Ämterzuständigkeiten in der Landesverwaltung, die Ausfüllung von bundesrechtlichen Öffnungsklauseln wie z. B. das Planungsrecht zu den pflegerischen Ressourcen und zum Teil das Förderrecht für Investitionen in die Infrastruktur der Pflege oder die Förderverfahren, in denen das Land oder die Kommune Projekte neben der Pflegeversicherung kofinanziert. Das Ordnungsrecht „Heimaufsicht" ist seit der Föderalismusreform inhaltlich und verwaltungsseitig eine Angelegenheit der Länder. Die Reichweite der Erstreckung auf verschiedene kollektive Versorgungsangebote in der Pflege ist dabei unterschiedlich. Über diese Einwirkungskompetenz können – unter dem Aspekt der Gefahrenabwehr – auch länderspezifische Kriterien zum Betrieb einer beaufsichtigten Pflegeeinrichtung eingeführt werden, die nicht mit den Zulassungs- oder Qualitätsanforderungen des SGB XI übereinstimmen müssen.

Eine Besonderheit bilden die Ländergesetze zu den Zuständigkeiten von Gemeinden/Kommunen und deren höheren Ebenen. Sie müssen das verfassungsrechtliche Gebot der kommunalen Selbstverwaltung beachten und haben insbesondere die Daseinsvorsorge im Blick. Ob die Sicherstellung einer ausreichenden Pflegeinfrastruktur für den Bedarf der Ortsbevölkerung zur originären Daseinsvorsorge gehört, ist nicht eindeutig zu beantworten, daher spricht man in diesem Kontext von „Zuständigkeits- und Verantwortungsdiffusion." Kommunen können Träger von Pflegeeinrichtungen werden, wenn die entsprechenden Bedingungen für eine wirtschaftliche Betätigung der Kommune erfüllt sind. Die Sozialgesetzbücher können aufgrund der spezifischen und abschließenden Zwecksetzungen der Gesetzgebungskompetenz des Bundes jedenfalls keine Verpflichtungen der Kommunen festschreiben. Soweit die Länder den Kommunen eigene Aufgaben übertragen, ist der Konnexitätsgrundsatz zu beachten, nach dem den Kommunen keine Aufgaben ohne entsprechende finanzielle Ausstattung übertragen werden dürfen.

So ist durch die föderalen Strukturen und die grundsätzliche Zuständigkeit der Länder in kommunalen Angelegenheiten zu beobachten, dass die auf Bundesebene gesetzten Rahmenbedingungen im Bereich Pflege vor Ort zu deutlich unterschiedlichen Ausprägungen der Strukturen und des Handelns führen.

Zusammenarbeit in der Beratung

Die Pflegeberatung ist insbesondere seit der 2008 verankerten Möglichkeit der Errichtung von gemeinsamen Pflegestützpunkten unter Einbeziehung verschiedener Beteiligter (Pflege- und Krankenkassen, Kommunen als Träger der Sozialhilfe und der Altenhilfe, Pflegeleistungserbringer, kirchliche und gemeinwohlorientierte Einrichtungen sowie auch Organisationen der Selbsthilfe und ehrenamtliche Strukturen) ein wesentlicher Berührungspunkt zwischen AOK und Kommunen.

Da die Entscheidung zur Umsetzung von Pflegestützpunkten ursprünglich in das Ermessen der Länder gestellt wurde, ist nicht verwunderlich, dass nicht nur unterschiedliche Grundsatzentscheidungen getroffen wurden – Sachsen und Sachsen-Anhalt haben auf die Einrichtung von Pflegestützpunkten gänzlich verzichtet – sondern auch die inhaltliche Ausgestaltung divergiert. Inzwischen ist ein kommunales Initiativrecht etabliert, welches den Kommunen (genauer: den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch und den nach Landesrecht bestimmten Stellen der Altenhilfe) das Recht einräumt, von den Pflege- und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Errichtung von Pflegestützpunkten zu verlangen. Diese Regelung wurde auf Basis der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2017 eingeführt. Zunächst war diese Regelung bis 2021 befristet, nach einer Verlängerung ist inzwischen die Frist aufgehoben und das Initiativrecht unbefristet verankert. Die Regelungen zu den Pflegestützpunkten bieten einen Rahmen für die Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen. Dies kann über Landesrahmenvereinbarungen oder -verträge ausgestaltet sein, die generell die Grundlagen für Pflegestützpunkte definieren. In der Mehrzahl der Bundesländer ist dies so umgesetzt; Brandenburg hat eine Richtlinie zur Förderung des Ausbaus und der Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten erlassen. Darauf bauen dann regionale Verträge zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Kommunen auf.

Durch die Einführung der Pflegestützpunkte im Jahr 2008 wurde explizit angestrebt, Angebote zur Beratung und Unterstützung, die auf kommunaler Ebene existieren, die Pflegeberatung der Pflegekassen und Beratungsangebote sonstiger Einrichtungen, z. B. der unabhängigen Wohlfahrtsorganisationen, besser zu vernetzen. Dieser Auftrag zur strukturellen Vernetzung ist als Aufgabe der Pflegestützpunkte in § 7c Abs. 2 Nr. 3 SGB XI definiert. Gemeinsam mit der Koordinierung der vor Ort vorhandenen und zugänglichen Angebote unter § 7c Abs. 2 Nr. 2 ergibt sich daraus die Zielsetzung, ein Care Management vor Ort zu organisieren und fortlaufend zu entwickeln. Davon zu unterscheiden ist die Zusammenarbeit bei der Einzelfallberatung. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangspunkte und Bedarfslagen der Menschen, die Pflegeberatung nachsuchen, kann der Inhalt der durchgeführten Beratung und ihr Umfang sehr unterschiedlich sein. Die Spanne bzw. Beratungsintensität reicht von Informationsgesprächen, situativen Beratungen oder der Erstellung eines Versorgungsplans bis hin zur Initiierung eines persönlichen Case Managements.

Mehrere Untersuchungen und Berichte (u.a. Friedrich-Ebert-Stiftung Pflegestützpunkte in Deutschland 2016; IGES-Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten 2018, Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 9 SGB XI – Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Beratungsstrukturen 2020) konstatieren, dass zwischen den 14 Bundesländern, in denen Pflegestützpunkte unter dieser Bezeichnung eingerichtet wurden, hinsichtlich deren konkreter Ausgestaltung erhebliche Unterschiede im Hinblick auf Anzahl, Ausstattung und Aufgabenspektrum existieren. Ebenfalls wird Umfang und Inhalt von Pflegeberatung unterschiedlich definiert. Pflegeberatung findet nicht nur in Pflegestützpunkten statt, die unter dieser Bezeichnung klar erkennbar und auffindbar sind, sondern auch an sonstigen Beratungsorten und –stellen, sowie auch auf Wunsch in der eigenen Häuslichkeit. Viele Pflegekassen führen in ihren eigenen Geschäftsstellen als auch in der Häuslichkeit der Versicherten Pflegeberatung nach § 7a durch und halten dafür entsprechend geschulte Pflegeberatende vor. Auch werden Beratungsbesuche, die für Beziehende von Pflegegeld je nach Pflegegrad halb- oder vierteljährlich verpflichtend abzurufen sind oder bei Pflegegrad 1 einmal im halben Jahr möglich sind, umgangssprachlich ebenfalls oft als Pflegeberatung bezeichnet, obwohl im fachlichen Diskurs klar zwischen Pflegeberatung und Beratungsbesuchen differenziert wird. Auch hier ergibt sich also eine große Vielfalt.

Die Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurden durch den GKV-Spitzenverband erstmalig im Mai 2018 erlassen. Diese werden kontinuierlich weiterentwickelt, die gültige Fassung hat den Stand Januar 2024.

Strukturen der Pflegestützpunkte

Am Beispiel der Pflegestützpunkte lässt sich die Unterschiedlichkeit der regionalen Ausprägung deutlich ablesen. In den einzelnen Bundesländern haben sich teilweise sehr unterschiedliche Strukturen herausgebildet. Das betrifft sowohl die Anzahl der errichteten Pflegestützpunkte und die Versorgungsdichte als auch die jeweiligen vertraglichen Grundlagen, die personelle Ausstattung, die Aufgabenbereiche und die Arbeitsweise der Pflegestützpunkte.

Anzahl der Pflegestützpunkte (Stand Nov. 2022)*

Land	Anzahl Pflegestützpunkte 2022	Anzahl Pflegestützpunkte 2019
Baden-Württemberg	**100**	44
Bayern	**51**	9
Berlin	**36**	36
Brandenburg	**19**	19
Bremen	**6** (davon 3 Außenstellen/Modellstandorte)	3
Hamburg	**9**	9
Hessen	**32**	31
Mecklenburg-Vorpommern	**19**	18
Niedersachsen	**54**	47
NRW	**49**	49
Rheinland-Pfalz	**135**	135
Saarland	**8**	8
Sachsen**	—	—
Sachsen-Anhalt**	—	—
Schleswig-Holstein	**18**	14
Thüringen	**5**	7

*Eigene Darstellung auf der Grundlage der „Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 7a Abs. 9 SGB XI" des IGES Instituts (Feb. 2023, Angaben für 2022) sowie für die Vergleichszahlen 2019 aus dem 7. Bericht der Bundesregierung zur Pflegeversicherung, S. 110

**Sachsen und Sachsen-Anhalt haben keine Pflegestützpunkte umgesetzt

Vernetzte Pflegeberatung in Sachsen und Sachsen-Anhalt

In Sachsen wird ein Konzept der „vernetzten Pflegeberatung" (vPB) umgesetzt, wobei in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt mindestens eine bei der Kommune angestellte Pflegekoordinatorin oder Pflegekoordinator eine zentrale Rolle innehat, insbesondere bei der Vernetzung und der Sicherstellung des Informationsflusses. Pflegeberatung nach § 7a findet nur durch die Pflegekassen statt, die an das Netzwerk angebunden sind. In der Regel sind kommunale Beratungsstellen der erste Anlaufpunkt für Beratungswünsche. Mit der gemeinsamen Informationsplattform „PflegeNetz Sachsen" existiert ein Medium, das generell zum Themenkomplex „Pflege" informiert und zur Recherche genutzt werden kann, wobei die meisten der Landkreise bzw. kreisfreien Städte darüber hinaus eigene Webpräsenzen zum Thema Pflege und Pflegeberatung haben.

Das Land ist federführend engagiert und trägt zur gemeinsamen Vernetzung von Landespolitik, Kommunen und Kranken- und Pflegekassen bei. Ebenfalls ist eine Suchfunktion (Pflegedatenbank) Teil der Plattform, die ähnliche Funktionalitäten wie der AOK Pflegenavigator bietet.

In Sachsen-Anhalt wird ebenfalls ein Konzept der „vernetzten Pflegeberatung" genutzt, wobei die Pflegeberatung der Pflegekassen mit den Sozialämtern der kreisfreien Städte und der Landkreise vernetzt wird und eine Zusammenarbeit sowohl auf übergreifender Ebene als auch fallbezogen (durch Weiterleitung von Ratsuchenden) stattfindet. Für Sachsen-Anhalt werden 145 Beratungsstellen, davon 114 Beratungsstellen bei den Kranken-/Pflegekassen und 31 kommunale Beratungsstellen (Fragen zur Pflege) registriert (Stand 2018, 7. Bericht der Bundesregierung zur Pflegeversicherung, S. 110).

Good Practice – Fallbeispiel: vernetzte Pflegeberatung (vPB) am Beispiel Vogtlandkreis

Der Freistaat Sachsen hat bereits im Jahr 2009 eine Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen gem. §15 SGB I in Verbindung mit §8 Abs. 2 SGB XI mit den Landesverbänden der Pflegekassen in Sachsen und der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger in Sachsen geschlossen. Auf dieser Grundlage wurde eine Rahmenvereinbarung „Pflegenetzwerk Vogtlandkreis" zwischen dem Landratsamt Vogtlandkreis, den Pflegekassen und den damaligen Projektpartnern im Jahr 2010 geschlossen und somit der erste Schritt zur Umsetzung der vernetzten Pflegeberatung und damit des Pflegenetzwerks Vogtlandkreis getätigt. 2012 wurde über das Förderprogramm Demografie der Sächsischen Staatskanzlei die Stelle der Pflegekoordination als Modellprojekt im Vogtlandkreis beantragt. Ein Ergebnis des Modellprojekts war die Erkenntnis, dass es zur Umsetzung der vernetzten Pflegeberatung einer solchen festen Pflegekoordinations-Stelle beim Landkreis bedarf. Seit 2014 fördert das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS Sachsen) regelhaft eine Stelle für Pflegekoordination je Landkreis und kreisfreier Stadt. Diese Stelle bildet den Kern des Netzwerks, das in jedem Landkreis und jeder kreisfreier Stadt gebildet wird. Ziel des Netzwerks ist es, Strukturen zur besseren Organisation komplexer einzelfallbezogener Hilfen zu errichten und transparenter zu gestalten, „um wohnortnahe bedarfsorientierte individuelle Beratung, Versorgung, Betreuung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu garantieren" (Rahmenvereinbarung 2010, S. 2). Das Pflegenetzwerk Vogtlandkreis definiert seinen Auftrag auf der Landingpage seines Internetauftritts wie folgt (Abruf am 17.11.2023):

Mit der Etablierung des „Pflegenetzwerkes Vogtlandkreis" wollen wir:

- **einen besseren Überblick vorhandener Leistungsangebote**
- **eine effektivere Nutzung vorhandener Ressourcen**
- **mehr Transparenz der lokal verfügbaren Angebote erreichen**
- **auf die demografische Entwicklung besser vorbereitet sein**

Das Pflegenetzwerk Vogtlandkreis soll für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ein verlässlicher und individueller sowie umfassender Lotse sein, um zu informieren und die Leistungen bei Bedarf wohnortnah zu organisieren.

Viele Netzwerkpartner sind dem Netzwerk angeschlossen: Im Jahr 2022 bestand das Netzwerk aus 177 Netzwerkpartnern aus dem pflegerischen, medizinischen und sozialen Bereich. Es wird unterschieden in „aktive Partner" (ca. 50), die regelmäßig an Arbeitsgruppen und Veranstaltungen innerhalb des Netzwerks teilnehmen und „passive Partner", die zumindest eine erste Beratung anbieten können, um die Voraussetzungen für eine Aufnahme in das Netz zu erfüllen. Der Netzwerkpartner eruiert in einem ersten Gespräch das Beratungsanliegen und berät im Rahmen seiner Kompetenz und / oder vermittelt die ratsuchende Person an einen Netzwerkpartner. Bei der Beratung der Netzwerkpartner handelt es sich um keine Pflegeberatung nach §7a SGB XI. Diese wird ausschließlich über die Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekassen erbracht. Pflegeberatende nach §7a SGB XI der regional tätigen Kassen sind also Teil des Netzwerks. Jedoch sind nicht alle bundesweit tätigen Kassen oder deren Dienstleister mit Pflegeberatenden in der Region vertreten. Möglich ist aber auch, dass deren Kontaktdaten nicht im Pflegenetzwerk hinterlegt sind. Eine Weiterleitung an die Pflegeberatenden der Pflegekassen für eine Pflegeberatung nach §7a SGB XI findet meist nur statt, wenn diese auch persönlich im Netzwerk bekannt sind. Eine Vermittlung an die Pflegeberatenden der Pflegekassen erfolgt nicht nach standardisierten Kriterien, jedoch in der Regel, wenn es leistungsrechtliche Fragen zur Pflege zu klären gilt. Die Pflegeberatenden der Pflegekassen nehmen üblicherweise auch an der jährlichen Netzwerkkonferenz teil.

Das Pflegenetzwerk Vogtlandkreis hat ein eigenes Qualitätshandbuch für die Netzwerkpartner erarbeitet. Dies beinhaltet eine Aufteilung in Beratungs- und Qualifikationsniveaus in vier Stufen: in Stufe eins und zwei werden vorrangig allgemeine Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet, die Mehrzahl der Netzwerkpartner ist hierfür qualifiziert. Netzwerkpartner mit Qualifikationsniveau 3 beraten bereits ausführlicher und diejenigen mit Qualifikationsniveau 4 sind auch in der Lage, ein Fallmanagement durchzuführen. Hausbesuche werden auf Anfrage von verschiedenen Netzwerkpartnern durchgeführt: neben den Pflegeberatenden der Pflegekassen sind dies die Servicestelle des Pflegenetzwerks, die Demenzfachstelle sowie der soziale Dienst des Landkreises.

Auch leistet das Pflegenetzwerk und seine kommunale Anbindung einen wesentlichen Beitrag in der Weiterentwicklung der Strukturen vor Ort. Zumeist können festgestellte Bedarfe innerhalb des Netzwerks gelöst und Angebotslücken überbrückt werden; sind jedoch Probleme nicht zu lösen, erfolgen über die Pflegekoordinationsstelle Hinweise an die Sozialplanung des Landkreises. Über die Gremien können daraus Stellungnahmen mit Handlungsempfehlungen an das Sozialministerium resultieren.

Zusammenarbeit durch Förderung von regionalen Modellvorhaben sowie regionaler Netzwerke (nach § 45c SGB XI)

Ein weiterer Berührungspunkt mit den Kommunen liegt in den Fördermöglichkeiten für regionale Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen sowie Netzwerken, die dem Ziel der Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen dienen, auf der Grundlage des § 45c Abs. 1 und 9 SGB XI. Modellvorhaben auf regionaler Ebene setzen eine Förderung durch Land oder Kommune voraus, welche durch Förderung der Pflegekassen (insgesamt 25 Mio. €/jährlich) aus dem Pflegeausgleichsfonds ergänzt wird. Nicht in allen Bundesländern wird diese Förderung für Modellvorhaben genutzt, jedoch haben erfolgreiche Modellprojekte beispielsweise zur Unterstützung von demenziell beeinträchtigten Personen und ihren An- und Zugehörigen vielerorts den Startpunkt zur Entwicklung von Demenz-Netzwerken gebildet. Als Teil des Gesamtförderbudgets können regionale Netzwerke finanzielle Förderung in Höhe von jeweils bis zu 25.000 €/jährlich durch die Pflegekassen (einzeln oder gemeinsam) erhalten. In den letzten Jahren haben davon Demenznetzwerke in vielen Landkreisen und kreisfreien Städten profitiert. Es werden jedoch auch andere Netzwerke zur Unterstützung der Pflege, die breiter aufgestellt sind und keinen festgelegten Schwerpunkt haben, gefördert. Es spiegeln sich unterschiedliche regionale Bedarfe und Schwerpunkte wider. Diese Netzwerke wiederum sind ein Teil der örtlichen Ressourcen, auf welche die Pflegeberatung zurückgreift, um pflegebedürftigen Menschen und ihren An- und Zugehörigen den Zugang zu lokalen Unterstützungsmöglichkeiten zu ermöglichen. Solche lokalen Netzwerke sind wesentlich, damit ein Leben mit Pflegebedürftigkeit gelingen kann. Als ein Aspekt von Caring Communities im Sinne von Pflege im Quartier ist es sinnvoll, diese lokalen Netzwerke – mit entsprechenden lokalen Ausprägungen und Varianten – sukzessiv in Landkreisen und kreisfreien Städten und auch noch kleinteiliger in Gemeinden und Bezirken aufzubauen und mit Leben zu erfüllen.

Zusammenarbeit mit den Kommunen in ihrer Funktion als Sozialhilfeträger und Träger der Eingliederungshilfe

Die Kompetenz zur Zulassung von Leistungserbringern in der Pflege liegt bei den Landesverbänden der Pflegekassen. Die Zulassung erlangt durch den Abschluss eines Versorgungsvertrags Gültigkeit, wobei das Einvernehmen mit dem Sozialhilfeträger herzustellen ist. Je nach landesrechtlicher Regelung zu den Sozialhilfeträgern, die wiederum aus unterschiedlichen kommunalen Strukturen resultieren, bestehen Unterschiede in den Bundesländern, mit welcher Organisationseinheit die Pflegekassen bzw. die Landesverbände der Pflegekassen kommunizieren. Auch werden in vielen Bundesländern die Zuständigkeiten für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die kommunale Ebene aufgeteilt, wobei oft zu beobachten ist, dass die erste kommunale Ebene, die Städte und Gemeinden, für ambulante Pflegeeinrichtungen verantwortlich sind und übergeordnete, größere Einheiten – d.h. der überörtliche Sozialhilfeträger – für stationäre Einrichtungen. Somit wird die Herstellung des Einvernehmens zur Zulassung stationärer Pflegeeinrichtungen in einigen Bundesländern beim überörtlichen Sozialhilfeträger verortet, der meist einen größeren Raum abdeckt, zum Teil ein ganzes Bundesland (Beispiel Kommunaler Sozialverband Sachsen). Der überörtliche Sozialhilfeträger kann aber auch eine Landesbehörde sein und somit nicht Teil der kommunalen Ebene. In den Stadtstaaten fallen die kommunale Ebene und die Landesebene zusammen, sodass diese Unterscheidung gegenstandslos ist, aber auch in Brandenburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen ist diese Aufgabe dem Land zugeordnet.

Üblicherweise wird das Verfahren zur Einholung des Einvernehmens der Sozialhilfeträger im Zulassungsprozess (zum Abschluss eines Versorgungsvertrags) durch schriftliche Information an die jeweils relevanten Organisationen durchgeführt, mit einer Frist zur Rückmeldung, wobei die Zustimmung als erteilt gilt, wenn bis Ablauf der Frist keine Rückmeldung

erfolgt. Bis auf wenige Ausnahmen ist die Zusammenarbeit mit den Kommunen in ihrer Aufgabe als Sozialhilfeträger im Zulassungsprozess als gut zu beschreiben.

Rahmenvertragsverhandlungen finden auf überörtlicher Ebene statt. Hier repräsentieren die Spitzenorganisationen der Kommunen auf Landesebene die Kommunen und es wird übergreifend von regelhafter Teilnahme der kommunalen Ebene in den entsprechenden Gremien berichtet, so dass von einer funktionierenden Zusammenarbeit gesprochen werden kann.

Sehr heterogen stellt sich das Bild bei den Pflegesatzvereinbarungen dar. Zum Teil engagieren Kommunen sich aktiv und übernehmen Federführungs- und Verhandlungsaufgaben. Es lässt sich auch die Tendenz ablesen, dass die Größe der Kommunen ebenfalls eine Rolle spielt: je größer die kommunale Gebietskörperschaft, umso mehr sachliche Kompetenz und Finanzkraft hat sie im Allgemeinen. Es gibt auch Bundesländer, in denen keine aktive Beteiligung durch die Kommunen ausgeübt wird, sondern eher eine Informationsweitergabe („in Kenntnis setzen") durch die Landesverbände der Pflegekassen stattfindet. In anderen Bundesländern hingegen ist der Prozess abhängig von jeweiligen Priorisierungen und Kapazitäten sowohl der Kommunen als auch der Pflegekassen und führt daher zu unterschiedlichen Handlungsstrategien.

An der Schnittstelle von Pflege und Eingliederungshilfe gibt es verschiedene kooperative Ansätze im Leistungs-, Erstattungs- und Vertragsrecht. Das Bundesteilhabegesetz eröffnet damit auch direkte Gesprächsinhalte über eine gemeinsame Leistungssteuerung und Kostenteilung.

Zusammenarbeit mit den Kommunen (Heimaufsicht) im Bereich Qualität der Pflege

Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen werden im Auftrag der Pflegekassen (Landesverbände der Pflegekassen) durch die Medizinischen Dienste und die Prüforganisation „Careproof" der Privaten Pflegeversicherung durchgeführt. Einerseits soll dadurch qualitativ gute Pflege sichergestellt werden, andererseits soll auch durch die Veröffentlichung von Informationen zur Qualität von Pflegeeinrichtungen Transparenz für pflegebedürftige Menschen und ihre Zu- und Angehörigen geschaffen werden.

Ebenfalls sind Pflegeeinrichtungen aufsichtsrechtlichen Prüfungen unterworfen; es werden sowohl Senioren-Pflegeeinrichtungen als auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe aufsichtsrechtlich geprüft. Für die Pflegeeinrichtungen bedeutet dies, dass grundsätzlich zwei verschiedene Prüfungen erfolgen. Beide Prüfungen können einerseits als einmal jährliche Regelprüfung erfolgen, jedoch auch als anlassbezogene Prüfung bei Auffälligkeiten oder aufgrund von Hinweisen. Allein aufgrund dieser Tatsache ist eine Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den Akteuren notwendig. Daher arbeiten die Pflegekassen bzw. die Landesverbände der Pflegekassen mit den Landes- oder Kommunalbehörden zusammen, die die aufsichtsrechtlichen Prüfungen verantworten und durchführen. Nachdem mit der Föderalismusreform 2006 die Gesetzgebungskompetenz für das öffentlich-rechtliche Heimrecht auf die Länder übergegangen ist, haben sich durch die Landesgesetzgebung verschiedene Formen der Aufgabenwahrnehmung herausgebildet: ein Teil der Länder hat diese Aufgabe direkt bei der obersten Landesbehörde (Saarland, Bremen und Hamburg) oder einer landesunmittelbaren Behörde angesiedelt (Berlin, Brandenburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen). Die anderen Bundesländer bedienen sich kommunaler Strukturen, was einerseits eine größere Zersplitterung der Aufgaben und eine höhere Anzahl von Kooperations- und Kommunikationspartnern bedeutet, andererseits aber eine größere Ortsnähe und somit genauere Kenntnis lokaler Gegebenheiten mit sich bringt. Ausnahme ist Sachsen, wo diese Aufgabe zentral durch einen Kommunalverband wahrgenommen wird – also eine kommunale Aufgabenwahrnehmung, aber zentralisiert. In der Mehrzahl der Bundesländer werden in den landesrechtlichen Regelungen Gremien zur Zusammenarbeit der Beteiligten (im Allgemeinen Medizinischer Dienst, für Heimaufsicht zuständige Behörde, Landesverbände der Pflegekassen und Verband der Privaten Krankenversicherung) errichtet, die mindestens zweimal jährlich tagen, zum Teil aber auch deutlich häufiger. Insbesondere wenn diese Gremien in die Verantwortung der Landkreise und kreisfreien Städte gelegt sind, bilden sich regional unterschiedliche Handlungsweisen heraus.

Die Prüfplanungen der aufsichtsrechtlichen Prüfungen (Heimaufsicht) und der Qualitätsprüfungen durch die Prüfdienste werden in den meisten Bundesländern ausgetauscht, allerdings nicht in allen. In manchen Bundesländern ist dies kein reguläres Vorgehen, sondern hängt stark von den einzelnen Behörden ab. Dies findet zum Teil über

elektronische Austauschplattformen statt. Sofern solche existieren, werden sie auch für den Austausch von Prüfergebnissen genutzt. In NRW findet keine gegenseitige Information zu Regelprüfungen statt, sondern nur zu anlassbezogenen Prüfungen. NRW gehört auch zu den wenigen Bundesländern, in denen keine Regelung zu gemeinsamen Gremien zur Qualität der Pflege getroffen ist, sondern die Zusammenarbeit durch die gelebte Praxis und mündliche Absprachen geprägt ist. Hamburg ist das einzige Bundesland, das eine Synchronisierung (taggleiche Durchführung) der aufsichtsrechtlichen Regelprüfung und der Qualitätsprüfung der stationären Pflegeeinrichtungen eingeführt hat. In Niedersachsen nimmt die Heimaufsicht regelhaft an Qualitätsprüfungen teil, sodass hier ebenfalls der Informationsfluss beschleunigt ist.

Die Zusammenarbeit im Falle von Auffälligkeiten oder festgestellten Mängeln bei Pflegeeinrichtungen, die dringenden Handlungsbedarf nach sich ziehen, ist charakterisiert durch schnelle, meist telefonische Kontaktaufnahme und gegenseitige Information. Die Pflegekassen haben Möglichkeiten, bei Qualitätsmängeln Maßnahmen einzuleiten, jedoch sind dies zeitlich länger dauernde Prozesse. Die Eingriffsbefugnisse der heimrechtlichen Aufsicht sind weitreichender und bei bereits eingetretener Gefährdung von pflegebedürftigen Menschen oder Gefahr im Verzug ist ein schnelles Eingreifen möglich, bis hin zur Schließung von Einrichtungen. In einigen Bundesländern ist das Vorgehen zur gegenseitigen Information in schriftlichen Vereinbarungen festgehalten; in anderen findet es aufgrund gelebter Praxis bzw. mündlichen Absprachen statt. Von Seiten der AOK-Pflegekassen wird die Zusammenarbeit in Krisensituationen als funktionierend bewertet und kein konkreter weiterer Regelungsbedarf gesehen. An dem Prozess der Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Personen, die durch solche plötzlichen Schließungen betroffen sind, haben oft auch die Pflegeberatenden der Pflegekassen Anteil, da sie gut vernetzt sind; auch wenn die Sicherstellung der Anschlussversorgung grundsätzlich Aufgabe der Leistungserbringer ist.

Die personelle Ausstattung der aufsichtsrechtlichen Behörden ist sehr unterschiedlich, da es keine Richtwerte gibt. Aufgrund landesweiter Zuständigkeiten von Landesverbänden der Pflegekassen nehmen diese die Unterschiede, die in personeller Ausstattung, Handlungsmustern und Vorgehensweisen der aufsichtsrechtlichen Behörden beispielsweise auf Landkreisebene zu beobachten sind, deutlich wahr. In einigen wenigen Bundesländern begehen die Heimaufsichten Pflegeeinrichtungen öfter als die Medizinischen Dienste und der PKV-Prüfdienst, was wiederum in anderen Bundesländern nicht regelhaft der Fall ist. In dieser Konstellation sind es auch die Heimaufsichten, die entsprechend öfter Maßnahmen ergreifen.

Für den Bereich der Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen ist eine Zusammenarbeit der Landesverbände der Pflegekassen mit den Organisationen der kommunalen Ebene oder der Landesebene etabliert. In der Mehrzahl der Bundesländer beruhen Gremien zur Qualitätssicherung auf einer rechtlichen Regelung und bieten somit eine belastbare Grundlage zur Zusammenarbeit. Diese Gremien sind – den landesrechtlichen Regelungen zur Heimaufsicht folgend – in einigen Bundesländern auf Landkreisebene organisiert. Hieraus resultiert auf der einen Seite zwar oft ein heterogenes Vorgehen (einerseits im Bereich des Formalen, z. B. zur Sitzungsfrequenz, aber auch zu Teilnehmern und Themen), auf der anderen Seite wird jedoch auch das Wissen und der Bezug zu den tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort sichergestellt. In anderen Bundesländern hingegen werden größere Gebiete abgedeckt, dort kann dann unter Umständen das tatsächliche ortsbezogene Wissen fehlen.

Pflegekonferenzen als Format zum Austausch und zur Zusammenarbeit

Ein Forum des Austauschs und der Zusammenarbeit ist der Landespflegeausschuss nach § 8a SGB XI. Die Landespflegeausschüsse haben sich seit ihrer Einsetzung in den meisten Bundesländern weiterentwickelt, indem der Kreis der teilnehmenden Organisationen erweitert wurde, beispielsweise durch Einbeziehung von Vertretungen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen. Das Format der Landespflegeausschüsse kann auch durch die Einsetzung von thematischen oder zeitlich begrenzten Arbeitsgemeinschaften ergänzt werden. Ebenfalls ist es möglich, einen sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss (§ 8a Abs. 2 SGB XI) einzurichten, mit dem Ziel, unter Einschluss von Themen der medizinischen Versorgung die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in den Blick zu nehmen.

Weiterhin ist es in einigen Bundesländern auf der Grundlage landesgesetzlicher Regelung möglich, zusätzlich zu Landespflegekonferenzen bzw.

Landespflegeausschüssen auch regionale Pflegekonferenzen einzurichten. Die Etablierung solcher regionaler Pflegekonferenzen wird in den Bundesländern unterschiedlich gehandhabt. Mit Stand des Jahres 2023 ist deren Anzahl gering, die Möglichkeiten werden nicht ausgeschöpft. In Rheinland-Pfalz bestimmt das Landespflegestrukturgesetz die Einrichtung von Regionalen Pflegekonferenzen auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte.[1]

In NRW ist die Einrichtung von Kommunalen Konferenzen Alter und Pflege auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte durch das Alten- und Pflegegesetz verpflichtend. In diese Konferenzen sind auch die kreisangehörigen Städte und Gemeinden auf Wunsch einzubeziehen. Das Land Niedersachsen legt im Landespflegegesetz eine Soll-Regelung zur Einrichtung von Pflegekonferenzen auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte fest, ebenso das Saarland, in dem auf Ebene des Regionalverbands Saarbrücken und der Landkreise „eine Zusammenarbeit in entsprechenden Ausschüssen" vorgesehen ist, wobei deren Zusammensetzung offenbleibt und die mit der Abgabe von Empfehlungen beauftragt sind. Im Landespflegestrukturgesetz Baden-Württemberg handelt es sich um eine Kann-Regelung zur Einrichtung Kommunaler Pflegekonferenzen auf Ebene der Landkreise und Stadtkreise (= kreisfreie Städte), ebenso in Bayern[2] und Hamburg (auf Bezirksebene). In den anderen Bundesländern ist entweder keine landesrechtliche Regelung vorhanden oder sie erschöpft sich in Aufforderungen zur Zusammenarbeit.

[1] Das Land Rheinland-Pfalz hat bereits 2007 eine Handreichung „Regionale Pflegekonferenzen in Rheinland-Pfalz" herausgegeben, die den Kommunen und weiteren Beteiligten Hinweise zur Errichtung und Arbeit in den Regionalen Pflegekonferenzen gibt. *(https://lsjv.rlp.de/fileadmin/lsjv/Dateien/Aufgaben/Sozialraumentwicklung/Pflegestrukturplanung/Grundlagen_Pflegekonferenzen.pdf)*

[2] Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Mögliche Beiträge zur Einführung und Durchführung von Pflegekonferenzen nach §8a Abs. 3 – Handlungshilfe für die Gesundheitsregionen *(https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/gesundheitsversorgung/doc/handlungshilfe_pflegekonferenzen_8a-abs3-sgbxi.pdf)*

Übersicht: Landesrechtliche Regelungen zur Einrichtung regionaler Pflegekonferenzen auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte

Bundesland	Verpflich-tend	Soll	Kann	Ungeregelt oder vage	Weitere Hinweise
Baden-Württemberg			x		§ 4 Landespflegestruktur-gesetz
Bayern			x		§ 77a Abs. 2 AGSG
Berlin				x	Bezirkliche Seniorenvertretungen existieren (keine Pflegekonferenz im eigentl. Sinn)
Brandenburg				x	§ 4 Landespflegegesetz *(partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Verbänden der Pflegekassen auf örtlicher Ebene in geeigneten Strukturen)*
Bremen				x	—
Hamburg			x		§ 4 Landespflegegesetz (Ebene der Bezirke)
Hessen				x	—
Mecklenburg-Vorpommern			x		§ 5 ff. Landespflegegesetz
Niedersachsen		x			§ 4 Niedersächsisches Pflegegesetz
Nordrhein-Westfalen	**x**				§ 8 Alten- und Pflege-gesetz NRW
Rheinland-Pfalz	**x**				§ 4 Landespflegestruktur-gesetz
Saarland		x			§ 2 Saarländisches Pflegegesetz
Sachsen				x	—
Sachsen-Anhalt				x	—
Schleswig-Holstein				x	—
Thüringen				x	—

Eigene Darstellung, Stand Nov. 2023

Je kleinteiliger die Einrichtung von Gremien wird, d.h. je mehr von ihnen vorhanden sind, umso mehr personelle Ressourcen sind auch notwendig, um die Zusammenarbeit mit Leben zu erfüllen. Dies gilt sowohl für die kommunale Seite als auch für die Pflegekassen und die Leistungserbringer. Mit der Zielsetzung, eine nicht nur punktuelle Umsetzung einer am Sozialraum im Quartier orientierten Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Zu- und Angehörigen zu erreichen, ist jedoch Koordinierung und Abstimmung gerade auf dieser Ebene wesentlich. Ein wichtiger Faktor für das Gelingen ist, dass es in der Kommunalverwaltung einer stabilen haushalterisch abgesicherten Planstelle bedarf, die mit einem Mitarbeitenden mit Planungs- und Kommunikationskompetenzen besetzt ist, der idealtypisch in der Örtlichkeit bekannt und gut vernetzt ist.[3]

Errichtung von Regionalen Pflegekonferenzen auf freiwilliger Basis

Über die Bundesländer hinaus, die regionale Pflegekonferenzen bereits verpflichtend umgesetzt haben, ist ihre Errichtung auch auf freiwilliger Basis ein wichtiges Instrument zur Zusammenarbeit. In den Bundesländern, in denen eine reguläre Einrichtung vorgesehen ist, liegt die Geschäftsführung bei den Kommunen und die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen sind zur Teilnahme verpflichtet. Ist eine Errichtung möglich, aber nicht verpflichtend, so sind die Kommunen in der Regel diejenigen, die aktiv werden. Es ist aber durchaus denkbar, dass die Initiative auch von anderer Seite, zum Beispiel der AOK, kommen kann. Allerdings ist dann die Überzeugung der Kommune zur Mitarbeit eine wichtige Voraussetzung.

[3] Siehe auch: Bundesministerium des Innern und für Heimat 2023, Pflege in ländlichen Räumen stärken. Ein Leitfaden für kommunale Akteure

Teil 2: Themen, Aspekte und Formate einer regulären und belastbaren Zusammenarbeit zwischen AOK-Pflegekasse und Kommunen

Themenfelder der Zusammenarbeit

- **Sozialräumliche Planung der Kommunen unterstützen**

Routinedaten der Pflegekassen bspw. zur Zahl von Pflegegeldbeziehern oder dem Abruf von Leistungen der Pflegeversicherung oder aber auch der Krankenkassen bspw. zum Vorliegen bestimmter Diagnosen bieten einen Mehrwert für die Kommunen für die Sozialplanung. Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz eröffnet auch den Kommunen einen erleichterten Zugang zu Daten der Kranken- und Pflegekassen. Neben der SAHRA-Plattform (Smart Analysis Health Research Access) wird innerhalb der AOK-Gemeinschaft auch die Nutzung der beim Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) vorhandenen Daten zu diesem Zweck eruiert. Ein wichtiger Teil des Planungsprozesse der Kommune sind Bürgerbeteiligungsformate. Auch in solchen Formaten kann eine Teilnahme der Pflegekassen einen Mehrwert bieten.

- **Zusammenarbeit bei der Pflegeberatung stärken**

Die Zusammenarbeit in der Pflegeberatung kann über die gemeinsame Einrichtung von Pflegestützpunkten gestärkt und unterstützt werden. Die Kommunen können ihr Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten ausüben. Die Nutzung von Erkenntnissen aus den Beratungen in den Pflegestützpunkten bietet einen Mehrwert für die sozialräumliche Planung und das Care Management, vor allem wenn es um den Auf- und Ausbau von Unterstützungsangeboten vor Ort geht.

- **Verbesserung der Koordination von Prüfungen der Heimaufsicht und Qualitätsprüfungen**

In vielen Bundesländern gibt es keine Mechanismen, die dazu dienen, die zwei verschiedenen Prüfungen der Pflegeeinrichtungen miteinander in Beziehung zu setzen. Andererseits werden die vorgesehenen Quoten der Qualitätsprüfungen aufgrund von fehlenden Kapazitäten der Prüfdienste oft nicht mehr erreicht. In einer besseren Abstimmung liegen Effizienz- und Synergiepotentiale. Der Gesetzgeber hat über § 117 Abs. 2 SGB XI Möglichkeiten für Modellvorhaben zu einem abgestimmten Vorgehen eröffnet. Nach dem pandemiebedingten Stillstand auf diesem Gebiet bieten sich hier Möglichkeiten an.

- **Aktive Teilnahme an Regionalen Pflegekonferenzen**

Diese Gremien haben das Potential, über Informationsaustausch hinaus zur Entwicklung gemeinsamer Strategien beizutragen und Kontakte und Anknüpfungspunkte zur Umsetzung von Projekten zur Überwindung von Versorgungslücken und der Verbesserung von Unterstützungsangeboten für pflegende An- und Zugehörige bereitzustellen.

- **Teilnahme an Projekten im Rahmen der gemeinsamen Modellvorhaben vor Ort und im Quartier nach § 123 SGB XI**

Die gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier bieten eine maßgeschneiderte Plattform, um eine Zusammenarbeit von AOK und Kommune

praktisch umzusetzen. Die inhaltliche Zielrichtung folgt dem AOK-Vorschlag eines „Strukturentwicklungsbudgets Pflege“, auch wenn die Ausgestaltung über Modellprojekte mit zeitlich und finanziell begrenztem Umfang keine permanente Finanzierung ermöglicht. Die AOKs können nicht nur auf Anfragen der Kommunen zu möglichen Projekten reagieren, sondern auch die Initiative in Situationen ergreifen, wenn sich beispielsweise aus den Erfahrungswerten der örtlichen Pflegeberatung Versorgungslücken herauskristallisieren. Die AOK kann Ideengeber sein für bereits erprobte Ansätze (siehe Liste von Best-Practice-Beispielen in Teil 3) und gemeinsam mit den Kommunen weitere, auf die Situation vor Ort angepasste Ideen entwickeln. Weitere Ausgestaltungsmöglichkeiten in Verbindung mit dem Einsatz von Community Health Nurses (CHN) werden in Teil 4 dargestellt.

- **Vertiefung der Netzwerkbildung im Zusammenhang mit Krisen- und Katastrophenvorsorge**

Aufgrund des erhöhten Auftretens von Krisen und Naturkatastrophen intensivieren viele Kommunen ihre Planungs- und Projektansätze im Krisen- und Katstrophenschutz. Die AOKs sind aufgrund ihrer regionalen Präsenz wichtige Netzwerk-Partner, um die Belange vulnerabler Menschen, insbesondere pflegebedürftiger Menschen, mit zu berücksichtigen.

- **Gemeinsame Veranstaltungen durchführen**

Der Informationsbedarf der Bürger ist oft groß und das Wissen um verlässliche Quellen gering. Gemeinsame Veranstaltungen zu Gesundheits- und Pflegethemen bieten niedrigschwelligen Zugang zu Informationen, ermöglichen Weitervermittlung und schaffen Multiplikatoren.

Aspekte der Zusammenarbeit

- **Die richtigen Kommunikations- und Ansprechpartner finden**

Kommunen sind, wie im Einführungskapitel gezeigt, heterogen. Als meist größere Organisationseinheiten sind sie auch nicht monolithisch, sondern es kommt darauf an, die richtigen Gesprächspartner zu finden und Themen so zu verorten, dass eine Zusammenarbeit auch gelingt.

Auf der einen Seite stehen die politischen Repräsentanten, also die ehrenamtlichen Ratsmitglieder, insbesondere mit Rollen in thematisch relevanten Ausschüssen und Gremien (z. B. Sozialausschuss), sowie der Bürgermeister oder die Bürgermeisterin, bzw. der Landrat oder die Landrätin als direkt gewählte Vertreter oder Vertreterin. Der Bürgermeister oder die Bürgermeisterin als hauptamtliche Verwaltungsspitze mit hoher Entscheidungsbefugnis kann Vorhaben und Projekte nicht nur anstoßen, sondern auch umsetzen. Das Gespräch mit den politischen Repräsentanten ist eine Möglichkeit, neue Ideen anzustoßen oder für Vorhaben zu werben. Strategische Ziele brauchen immer eine Anbindung an die politische Ebene der Kommune.

Wenn es um konkrete Projekte geht und eine mehr operativ geprägte Zusammenarbeit, sind meistens die hauptamtlichen Mitarbeiter der Kommune die richtigen Ansprechpartner. An sie werden nach strategischen Entscheidungen der politischen Gremien die operativen Aufgaben zur Umsetzung delegiert. Die Bezeichnungen der zuständigen Fachbereiche können variieren: Beispiele sind „Fachbereich Senioren“ oder „Amt für Soziales, Arbeit und Senioren“, sofern der Bereich Ältere und Senioren sich im Titel wiederfindet. Es kann aber auch eine Verortung beispielsweise im „Amt für Soziales“ sein, worunter dann beispielsweise eine Abteilung „Senioren“ angesiedelt ist. Es wird auch die Bezeichnung „Seniorenbüro“ für diese Abteilung verwendet, dies kann allerdings auch eine Bezeichnung sein, die von nicht-staatlichen Einrichtungen genutzt wird. Hier kommt es auf die lokalen und regionalen Gepflogenheiten an.

Die Kommunikation innerhalb der Kommune ist zu beachten. Es zahlt sich aus, den Informationsfluss zu begleiten. Wenn im gewählten Entscheidungsorgan der Kommune (Rat, Stadtverordnetenversammlung, Vertreterversammlung…), Entscheidungen getroffen werden, die beispielsweise die Umsetzung konkreter Projekte betreffen, muss der notwendige Zeitbedarf von der Aufnahme des Themas auf die Agenda des Gremiums bis zur Beratung und Beschlussfassung berücksichtigt werden.

- **Wertschätzende Kommunikation und angemessener Kommunikationsstil**

Für eine Weiterentwicklung der Strukturen und Angebote vor Ort im Vor- und Umfeld der Pflege und zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung an sich ist auch die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure – Kommunen, Pflegekassen, Leistungserbringer, zivilgesellschaftliche Akteure und wissenschaftliche Institutionen – unabdingbar. Dazu gehört auch das Verständnis, dass ein gemeinsames

Ziel verfolgt wird, nämlich allen Menschen zu ermöglichen, ein gutes Leben eigenständig und selbstbestimmt zu führen, in Selbst- und Mitverantwortung am Leben teilzuhaben und dieses mitzugestalten. Zur Verfolgung dieses Ziels ist eine gegenseitige Wertschätzung und Verständnis für unterschiedliche Handlungsgrundlagen und sich daraus ergebende divergierende Positionen die Ausgangsbasis. Mancherorts existiert ein solches gemeinsames Verständnis bereits schon, andernorts müssen vielleicht noch Vorarbeiten geleistet werden. Wesentliche Grundlage ist jedoch eine wertschätzende Kommunikation. Der Problempunkt wird häufig sein, wer „den Hut" aufhat und wer eher nur als Finanzier teilnehmen soll. Die Bürgernähe der Kommune und die Versichertennähe der Pflegekasse stehen in der Interessenlage auf Augenhöhe. Empfehlenswert sind zunächst orientierende Spitzengespräche.

Formate der Zusammenarbeit

Instrumente der Zusammenarbeit lassen sich nach Art der Verbindlichkeit und Zielsetzung unterscheiden; sie schließen sich auch nicht untereinander aus. Gemeinsam ist den verschiedenen Instrumenten, dass über sie die Regeln der Zusammenarbeit definiert werden, Rollen geklärt und festgelegt sowie verbindliche Absprachen getroffen werden. Folgende Instrumente sind denkbar (keine abschließende Aufzählung):

1. Informationsaustausch

Ein regelmäßiger Informationsaustausch kann bereits die Grundlage für weitere Zusammenarbeit legen. Entweder erfolgt dieser in festgelegten Formaten (z. B. Nutzung von Gremien), oder andere Verabredungen zur gegenseitigen Information werden getroffen.

2. Kooperationsvereinbarung

Eine Kooperationsvereinbarung kann die Ziele einer angestrebten Kooperation und Formen der Zusammenarbeit festlegen. Sie dient als öffentliche Willensbekundung zur Zusammenarbeit, ist jedoch weniger konkret als eine vertragliche Verpflichtung. An eine Kooperationsvereinbarung lassen sich Projekte oder Verträge anknüpfen.

3. Geschäftsplan der Zusammenarbeit

Wenn eine zukünftige längerfristige Zusammenarbeit das Ziel ist, können über einen Geschäftsplan der Zusammenarbeit z. B. Verantwortliche als handelnde Personen festgelegt und Kontakte benannt werden.

4. Vertragliche Regelungen (u.a. Kooperationsverträge, Rahmenverträge, Umsetzungsverträge)

Wenn entsprechende Grundlagen vorliegen, können Verträge Verantwortlichkeiten, Ziele, Prozesse und Abläufe regeln. Ihre Regelungsdichte und Detailtiefe kann unterschiedlich sein.

5. Ergänzungsvereinbarungen

Wenn bereits mit einer Kommune eine Zusammenarbeit besteht, die auf einer schriftlichen Grundlage beruht, können Verträge durch Ergänzungsvereinbarungen erweitert werden.

6. Gemeinsame Rechnungsprüfung

Bei Projekten und Verträgen mit finanziellen Verpflichtungen bietet eine gemeinsame Rechnungsprüfung Möglichkeiten der Vereinfachung und Synergie und kann eine Maßnahme von Vertrauensbildung als auch Kontrollmechanismus sein.

7. Errichtung einer Arbeitsgemeinschaft

Arbeitsgemeinschaften sind als Form der interkommunalen Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene durchaus üblich. Sie müssen keine eigene Rechtspersönlichkeit haben, können dies aber. Die Frage einer losen (Verwaltungsvereinbarung) oder institutionalisierten (gesellschaftsrechtlichen) Zusammenarbeit auf Pflegekassenebene mit/ohne Kommune sollte situativ geklärt werden. Formalisierte Zusammenarbeit in einer Arbeitsgemeinschaft unterliegt gesetzlichen Bedingungen und innerorganisatorisch notwendigen Strukturbildungen.

Digital-unterstützte Methoden der Zusammenarbeit nutzen

Für die Zusammenarbeit an gemeinsamen Projekten bietet es sich an, auch digital-unterstützte Methoden zu nutzen. Über Cloud-basierte Dienste (z. B. Dropbox oder NextCloud) oder auch durch die Nutzung von Extra-Räumen mit Zugang für Externe in Anbindung an innerorganisatorisch genutzte vernetzte Systeme, können Dokumente für alle lesbar gemacht werden. Dokumente können gemeinsam bearbeitet werden und möglicherweise auch eine Chatfunktion zum kurzen Austausch genutzt werden.

Teil 3: Best Practice-Beispiele im Zusammenhang mit Bausteinen für Caring Communities aus den Bundesländern

Die hier aufgeführten Leuchtturmprojekte oder „Best Practice"-Beispiele beziehen sich auf Sozialraum-orientierte Projekte, wobei nicht unbedingt eine direkte Arbeitsbeziehung zwischen Pflegekasse und Kommune im engeren Sinn gegeben sein muss. Beispielsweise werden auch kommunale Wohnungsgesellschaften als wesentliche Partner für solche Projekte betrachtet und mit einbezogen. Wichtig ist, dass Ideen, die konstitutiv auf die Vision von „Caring Communities" einzahlen, in den Projekten und Ansätzen erkennbar sind.

Die Beispiele lassen sich in vier Kategorien einteilen:

A Kommune (auch kommunale Wohnungsgesellschaft) ist Initiator

B Durch bürgerschaftliches Engagement initiierte Beispiele

C Leistungserbringer (auch gemeinsam mit Kranken- und Pflegekassen) sind Initiator

D Stiftungen u.a. andere Projektträger als Initiator

Die folgenden 14 Beispiele werden nach diesen Kategorien geordnet.

Kategorie A: Kommune (auch kommunale Wohnungsgesellschaft) ist Initiator

1. Gemeinnützige Gesellschaft als Projekt mehrerer ländlicher Gemeinden

Bundesland	Bayern
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Gemeinden Anzing, Finsing, Oberding und Poing sowie Stiftung Seniorenhaus Grafing, Landkreise Erding und Ebersberg
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	Pflegestern – Gemeinnützige Gesellschaft auf kommunaler Ebene
Projektstatus	laufend
Zielsetzung	Bereitstellung eines individuellen, wohnortnahen und umfassenden Betreuungsangebots, eingebettet in das gewohnte soziale Umfeld und mit vertrauten und kompetenten Ansprechpartnern, persönlichen Betreuern und vielen ergänzenden Angeboten unter Einbindung Ehrenamtlicher
Inhalte/Kurzbeschreibung	· Stationäre Pflege · Kurzzeitpflege · Tagespflege · Ambulante Pflege · Betreutes Wohnen zu Hause · Betreutes Wohnen (Wohnen mit Service) Poing
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	Alle Leistungen der Pflegeversicherung sind verfügbar. Durch die Koordination und Zusammenarbeit entstehen für die Kommunen Synergieeffekte. Einbindung Ehrenamtlicher ist durch die Kommunen gut möglich.
Entwicklungsstadium	umgesetzt
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Kommunen gemeinsam
Träger/Partner	Kommunen und Stiftung
Aufgabe der AOK	
Rolle der Politik	Als Gesellschafter aktive Gestaltung, Einbindung Ehrenamtlicher
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	gemeinnützige Gesellschaft in kommunaler Trägerschaft
Investment der AOK/Finanzierungsmittel	Allgem. Leistungsausgaben nach SGB V und SGB XI für zutreffende Angebote
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	Leistungserbringerseitig lassen sich Synergie- und Effizienzeffekte durch Kooperation erzielen
Organisation	
Ansprechpartner	**https://www.pflegesterngmbh.de/pflegestern/ueber-uns**
Projektzeitraum	Seit 2006

2. Bielefelder Modell: selbstbestimmtes Wohnen im Quartier durch niedrigschwelligen Zugang zu Unterstützung, organisiert durch die kommunale Wohnungsgesellschaft

Bundesland	NRW
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Bielefeld
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	Bielefelder Modell: die kommunale Wohnungsgesellschaft als Ausgangspunkt und Moderator für quartiersorientierte Hilfe- und Versorgungsstrukturen
Projektstatus	Laufend; seit Ende der 1990er Jahre
Zielsetzung	Schaffung innovativer Strukturen zur Unterstützung von Menschen mit und ohne Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, die einen Verbleib in der häuslichen Umgebung trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung und Einbußen der Selbständigkeit ermöglichen
Inhalte/ Kurzbeschreibung	· ein Wohnen mit dem Mehrwert eines umfassenden Dienstleistungsangebotes · ein organisiertes Netzwerk professioneller und ehrenamtlicher Hilfen · ein Ansatz zur Förderung sozialer Teilhabe · ein Angebot quartiersorientierter Hilfen und Versorgungsangebote · eine Wohnform, die mit einer 24stündigen Versorgungssicherheit verknüpft ist · ein besonderes Angebot ambulanter Pflege · inklusives Wohnen im Quartier **https://www.bgw-bielefeld.de/wp-content/uploads/2021/11/bielefelder-modell-handreichung.pdf**
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	Zugang zu einer Vielzahl an Unterstützungsangeboten; Versorgungssicherheit
Entwicklungsstadium	Laufend; 14 Projektstandorte in Bielefeld (Stand 2020)
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	BGW – Bielefelder Gesellschaft für Wohnen und Immobiliendienstleistungen mbH; Stadt Bielefeld
Träger/Partner	BGW; Verschiedene ambulante Dienste: Alt und Jung SüdWest e. V., Alt und Jung NordOst e. V., AWO Kreisverband Bielefeld e. V.; DRK Soziale Dienste OWL gGmbH; Stadt Bielefeld
Aufgabe der AOK	Vertragspartner der Leistungserbringer; keine eigenen vertragliche Beziehungen zu Kommune oder BGW
Rolle der Politik	Kommune als Finanzgeber (Mitfinanzierung Quartiersmanagement), Treiber und Unterstützer
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	SGB XI und V; Kooperationsvereinbarungen zwischen BGW und Leistungserbringern
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	Regelhafte Leistungsausgaben nach SGB XI und V
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	Versorgungssicherheit und langes Verbleiben im häuslichen Umfeld für pflegebedürftige Bewohner; soziale Teilhabe für Alle Leistungserbringer: Vereinfachung der Tourenplanung an den Quartierstandorten Pflegefachpersonen: Reduzierung von Stress durch kurze Wege, Kontinuität in der Versorgung, hohe Fachlichkeit im Berufsalltag führt zu Arbeitszufriedenheit
Organisation	
Ansprechpartner	Oliver Klingelberg, Teamleiter Sozialmanagement und Heimbewirtschaftung BGW Bielefelder Gesellschaft für Wohnen und Immobiliendienstleistungen mbH Carlmeyerstraße 1, 33613 Bielefeld; Telefon: 0521 8809-01; **info@bgw-bielefeld.de**
Projektzeitraum	Beginn 1996

Weitere Standorte für Projekte, die auf dem Schema des „Bielefelder Modells" beruhen · Hamburg: Steilshoop, Horn, Barmbek-Nord (Beschreibung unter Nr. 4) · Kaiserslautern, Goetheviertel

3. Stadt Hannover: Organisation von Pflege in Quartieren über Quartierszentrenbildung

Bundesland	Niedersachsen
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Stadt Hannover
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	Umsetzung des „Senior*innenplans 2021“ - Quartierszentren als Motor für alter(n)sgerechte Quartiersentwicklung
Projektstatus	begonnen
Zielsetzung	Auf- und Ausbau von alter(n)sgerechten und zeitgemäßen Infrastrukturen in allen Stadtgebieten (Quartieren) der Stadt Hannover. Besondere Aufmerksamkeit gilt den drei Kernthemen: 1. Quartierszentrenbildung als Motor 2. Teilhabe und Engagement als zwingende Voraussetzungen 3. Digitalisierung in der Senior*innenarbeit als zukunftsorientierte Ausrichtung **https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Verwaltungen-Kommunen/Die-Verwaltung-der-Landeshauptstadt-Hannover/Dezernate-und-Fachbereiche-der-LHH/Soziales-und-Integration/Fachbereich-Senioren/Senior*innenplan-2021**
Inhalte/ Kurzbeschreibung	1. Partizipativer Planungsprozess zur Quartiersentwicklung gemeinsam mit den Bürgerinnen und Bürgern; Ideengenerierung 2. Erstellung quartiersbezogener Angebotskarten 3. Identifikation zukünftiger Bedarfe 4. Ausbau der bisher vorhandenen Angebote und ehrenamtlichen Strukturen 5. Entwicklung von Quartierszentren für jedes Quartier und entsprechende Umsetzung
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	Alle Bürgerinnen und Bürger sind angesprochen
Entwicklungsstadium	Wohn- und Pflegezentrum Bothfeld (als Beispiel für ein Quartierszentrum) in Planung
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Stadt Hannover
Träger/Partner	Kommune, freie Wohlfahrtsverbände, Pflegekassen
Aufgabe der AOK	Diskussionspartner bei der Planung; ggf. Vertrags- und Kooperationspartner in späteren Entwicklungsstadien
Rolle der Politik	Kommune als Finanzgeber, Treiber und Unterstützer
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	—
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	Im derzeitigen Stadium noch nicht bestimmbar
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	Wesentliche Rolle der Sozialplanung in Vorbereitung und Umsetzung der Vision; Kommune als Treiber und Einbindung anderer gesellschaftlicher Akteure und der Privatwirtschaft
Organisation	
Ansprechpartner	Dagmar Vogt-Janssen; Fachbereichsleiterin des Fachbereichs Senioren der Landeshauptstadt Hannover **Dagmar.Vogt-Janssen@hannover-stadt.de**
Projektzeitraum	unbestimmt

4. Hamburg stärkt die lebendige Nachbarschaft – Konzept LeNa

Bundesland	Hamburg
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Steilshoop, Horn, Barmbek-Nord
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	LeNa – Lebendige Nachbarschaft © - nach dem Vorbild des Bielefelder Modells
Projektstatus	laufend
Zielsetzung	Verwirklichung von lebenslangem Wohnen in lebendigen Nachbarschaften. Ganz gleich, ob jung oder alt, mit Unterstützungsbedarf oder ohne - allen Menschen soll es ermöglicht werden, selbstbestimmt im Quartier zu leben.
Inhalte/ Kurzbeschreibung	LeNa bietet selbstbestimmtes Wohnen in der eigenen Mietwohnung, Versorgungssicherheit durch vor Ort flexibel abrufbare Dienstleistungen und ein stützendes, nachbarschaftliches Miteinander. Zentrale Anlaufstellen sind ein Nachbarschaftstreff (Begegnungsstätte), ein Nachbarschaftsbüro (Vermittlung Ehrenamt) und ein Quartiersbüro (Beratung und weitere Leistungen).
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	Versorgungssicherheit für pflegebedürftige Menschen; Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben; vielfältige Möglichkeiten des Engagements für Nachbarn und Bewohner
Entwicklungsstadium	laufend; in Ausweitung auf andere Standorte
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Siedlungs-Aktiengesellschaft Hamburg (SAGA)
Träger/Partner	Weitere Partner sind Medicur (ambulanter Pflegedienst, Standort Horn) und alsterdorf assistenz ost gGmbH der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, Standorte Steilshoop und Barmbek-Nord)
Aufgabe der AOK	Versicherungsleistungen
Rolle der Politik	Unterstützer, Kommunikation
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	–
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	Regelhafte Versicherungsleistungen nach SGB XI und V
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	Versorgungssicherheit und langes Verbleiben im häuslichen Umfeld für pflegebedürftige Bewohner; soziale Teilhabe für Alle Leistungserbringer: Vereinfachung der Tourenplanung an den Quartierstandorten Pflegefachpersonen: Reduzierung von Stress durch kurze Wege, Kontinuität in der Versorgung, hohe Fachlichkeit im Berufsalltag führt zu Arbeitszufriedenheit
Organisation	
Ansprechpartner	Telefon: 040 42666 666 Mail: **kontakt@meinesaga.hamburg**
Projektzeitraum	Seit 2014

Kategorie B: Durch bürgerschaftliches Engagement initiierte Beispiele

5. Seniorengenossenschaft Riedlingen

Bundesland	Baden-Württemberg
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Riedlingen, Kreis Biberach
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	Seniorengenossenschaft Riedlingen: Alle für alle
Projektstatus	laufend
Zielsetzung	Organisation von Hilfe für Ältere und gleichzeitige Nutzung des Potentials älterer Menschen
Inhalte/ Kurzbeschreibung	Schaffung von Voraussetzungen, dass die Mitglieder bis zum Lebensende in ihrer Wohnung bleiben können und versorgt werden. Dazu werden die Potentiale auch der älteren Einwohner gefördert und eingesetzt. Den freiwilligen Helfern wird die Möglichkeit geboten, eine eventuell unzureichende Rente aufzustocken oder aber Reserven zu bilden für eine Zeit, wo gegebenenfalls fremde Hilfe benötigt wird. Zu diesem Zweck kann das Entgelt bei der Senioren-genossenschaft angespart und damit Zeitgutschriften erworben werden. Diese können jederzeit eingelöst oder auch wieder in Geld zurückgetauscht werden. (Prinzip der Zeitbank mit Geldnutzungsmöglichkeit) Ebenfalls werden professionelle Mitarbeiter eingesetzt. Angeboten werden: · Tagespflege · Betreutes Wohnen/barrierefreies Wohnen · Hilfe im Haushalt · Begleit- und Einkaufsdienste · Essens- und Fahrdienste · Beratung
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	Starke Betonung der Ehrenamtsperspektive
Entwicklungsstadium	Etabliert
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Bürger der Stadt
Träger/Partner	Kommune, lokale Betriebe
Aufgabe der AOK	Allgem. Leistungsausgaben nach SGB XI für zutreffende Angebote
Rolle der Politik	Unterstützer
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	Eingetragener Verein
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	In der Anfangsphase Fördermittel des Bundes, des Landes als auch der Kommune; jetzt selbsttragend
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	Adressiert sind vor allem die älteren Bürger der Stadt. Die Gründung der Seniorengenossenschaft lag bereits vor der Einführung der Pflegeversicherung, durch die Einbindung professioneller Pflege wird inzwischen die Verbindung hergestellt.
Organisation	
Ansprechpartner	Seniorengenossenschaft Riedlingen Färberweg 20, 88499 Riedlingen Telefon: 07371-8394 **mail@martin-Riedlingen.de**
Projektzeitraum	Seit 1991 (Gründung des Vereins)

6. Bürgerschaftliches Engagement führt zu vielen Angeboten

Bundesland	Baden-Württemberg
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Gemeinde Ortenberg (3500 EW), Ortenaukreis, Region Südlicher Oberrhein, Regierungsbezirk Freiburg
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	SoNO – Soziales Netzwerk Ortenau e.V.
Projektstatus	laufend
Zielsetzung	Förderung des Wohlfahrtswesens, die Förderung der Erziehung, Volks- und Berufsbildung und die Unterstützung hilfsbedürftiger Personen im Sinne des § 53 Abgabenordnung – innerhalb des Gemeindegebiets
Inhalte/ Kurzbeschreibung	Auf bürgerschaftlichem Engagement aufgebautes soziales Netzwerk, das sowohl Hauptamtliche beschäftigt als auch mit einem großen Netzwerk von Ehrenamtlichen viele Angebote im Sozialbereich umsetzt: von der Kinderbetreuung (später auf Bitten der Gemeinde als Angebot entwickelt und umgesetzt) über Fahrdienste bis zur Unterstützung im Alltag, wesentliches Ziel war die Errichtung eines „Quartiershauses“: das Seniorenzentrum Sternenmatt (umgesetzt); die selbstorganisierte WG „Storchennest“; ein Hühnergarten als Begegnungsort **https://sono-ortenberg.de/**
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	Alle Einwohner der Gemeinde können Dienste/Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen und/oder sich selbst engagieren; Schulungen und Qualifizierungen werden über den Verein angeboten
Entwicklungsstadium	Etabliert, in ständiger Fortentwicklung begriffen
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Engagierte Bürger
Träger/Partner	Neben dem SoNO e.V. die Gemeinde Ortenberg, evangelische und katholische Kirchengemeinde, Institut für angewandte Sozialforschung AGP (Prof. Klie)
Aufgabe der AOK	Klärungen zu Vertrags- und Abrechnungsfragen
Rolle der Politik	Bürgermeister der Gemeinde ist Mitglied im Vorstand des SoNoRates (Aufsichtsrat); Gemeinde stellt Büroraum im Rathaus zur Verfügung und unterstützt die Aktivitäten des Vereins
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	Eingetragener Verein
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	Allgem. Leistungsausgaben nach SGB XI für zutreffende Angebote Förderungen des BMFSJ und anderen; Preisgelder (u.a. vdek Zukunftspreis 2013, Pflegeinnovationspreis 2020)
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	Alle drei Gruppen sind adressiert Stand 2019: 14 festangestellte Mitarbeiter, 30 Honorarkräfte/Minijobber, 38 Ehrenamtliche; ca. 300 Vereinsmitglieder (Fördernde)
Organisation	
Ansprechpartner	Daniel Kunz, Geschäftsführender Vorstandsvorsitzender **info@sono-ortenberg.de** Telefon: 0781-97063300 **https://sono-ortenberg.de/**
Projektzeitraum	seit 2009

7. Kaarst: Bürger steuern in Eigenregie (B+A)

Bundesland	NRW
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Kaarst, Rhein-Kreis Neuss
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	Quartiersinitiative Älterwerden in Büttgen
Projektstatus	laufend
Zielsetzung	Entwicklung von Unterstützungsstrukturen in einem Quartier mit 6.400 Einwohnern
Inhalte/ Kurzbeschreibung	Während des Erstellungsprozesses des „Sozialplan Alter" der Stadt Kaarst (2015 bis 2017) wurde deutlich, dass zu diesem Zeitpunkt in Büttgen 33% der Bürger 60 Jahre und älter waren. Für diese Bevölkerungsgruppe waren Kontaktmöglichkeiten im Stadtteil und Unterstützung bei der Angehörigenpflege wesentlich. Über die Hälfte der pflegenden Angehörigen sind selbst älter als 75 Jahre. Über einen Quartiersentwicklungsprozess wurden Angebote geschaffen, Vernetzung bereits bestehender Angebote vorangebracht und ins Quartier kommuniziert. · Quartierscafé Büttger Treff (im Gemeindezentrum der ev. Johanneskirche): offener Treffpunkt und Ort von Freizeitaktivitäten und Kontaktmöglichkeiten · Ehrenamtliche Senioren- und Pflegebegleiter · Telefonbesuche · Taschengeldbörse – Jugendliche von 14–17 übernehmen gegen Taschengeld Besorgungen/Hilfestellung im Alltag
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	Teilhabe für alle Bürger, Zugang zu niedrigschwelligen Unterstützungsleistungen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen
Entwicklungsstadium	laufend
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Engagierte Bürger aus dem Stadtteil Büttgen
Träger/Partner	Caritasverband Rhein-Kreis Neuss e. V. für den Quartiersentwicklungsprozess
Aufgabe der AOK	keine
Rolle der Politik	Erstellung des Sozialplans; seit 2021 Finanzierungsübernahme
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	—
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	Projektförderung für 3 Jahre durch Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln, Sparkassenstiftung Kaarst-Büttgen in Kooperation mit der Stadt Kaarst
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	Adressiert sind alle Bürger; eine direkte Einbindung professioneller Pflegedienstleister ist derzeit nicht gegeben
Organisation	
Ansprechpartner	Cordula Bohle Telefon: 0 21 31 – 202 50 60 **kontakt(at)buettger-treff.de** **https://buettger-treff.de/**
Projektzeitraum	Seit 2018 Start des Quartierscafés; Aktivitäten laufend

Kategorie C: Leistungserbringer (auch gemeinsam mit Kranken- und Pflegekassen) sind Initiator

8. Kombination Fachpflege und informelle Pflege im Quartier in Baden-Württemberg

Bundesland	Baden-Württemberg
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Hochrhein und Dreisamtal
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	„IstZeitPflege“: Kombination Fachpflege und informelle Pflege im Quartier – passgenaue Unterstützung über Zeitvergütung realisieren
Projektstatus	Laufend – Umgesetzt in 10 Pflegediensten, darunter zwei Caritas-Sozialstationen (Diözese Freiburg)
Zielsetzung	Ziel ist, die Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich zu wahren und der jeweiligen Situation entsprechend individuelle Arrangements zu treffen; sowie durch den Einsatz der Zeitvergütungssystematik die Attraktivität für professionell Pflegende zu steigern.
Inhalte/ Kurzbeschreibung	Es werden individuelle und passgenaue Pakete geschnürt, welche Selbstpflegefähigkeiten, Unterstützung durch An- und Zugehörige (ggf. auch durch weitere nicht-professionelle Unterstützung) und professionelle Pflege einbeziehen. Für die professionelle Pflege werden ohne die Verengung auf vordefinierte Leistungspakete individuelle Leistungsinhalte und darauf aufbauend ein Zeitbedarf für genau diese Pflegesituation ausgehandelt. Die Verhandlung von Zeitvergütung beruhte auf der Entwicklung einer datengestützten Kalkulationsgrundlage innerhalb einer Projektgruppe „zeitbezogene Vergütung“ unter Beteiligung von Caritas Sozialstationen der Erzdiözese Freiburg sowie des Diakonischen Werks Baden und der AOK Baden-Württemberg, mit Unterstützung rechtlicher und betriebswirtschaftlicher Expertise.
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	Die Versicherten profitieren von passgenauen Unterstützungsleistungen und dem Wegfall der Erfahrung des Zeitdrucks beim professionellen Pflegepersonal. Für professionell Pflegende wird fachliche Pflege mit weniger Zeitdruck möglich und erhöht so die Attraktivität des Berufs.
Entwicklungsstadium	Etabliert; Übernahme durch weitere Sozialstationen in Baden-Württemberg in Prüfung; wissenschaftl. Evaluation durch die Universität Kempten zur Möglichkeit der Übertragung auf andere Bundesländer
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Caritas-Sozialstationen
Träger/Partner	Caritas-Sozialstationen Hochrhein gGmbH und Dreisamtal gGmbH, AOK Baden-Württemberg als Verhandlungspartner
Aufgabe der AOK	Aushandlungspartner der Zeitvergütung
Rolle der Politik	Keine aktive Rolle
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	Verhandlungen nach § 85 SGB XI
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	allg. Leistungsausgaben auf Basis SGB XI (Leistungen nach SGB V sind nicht tangiert, daher besteht hier ein Bruch)
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	Alle drei Gruppen werden adressiert
Organisation	
Ansprechpartner	Karin Gaiser Telefon: 0711 6525-12819 karin.gaiser@bw.aok.de
Projektzeitraum	Ab 2019

9. Über sektorenverbindende Verträge die Öffnung stationärer Einrichtung ins Quartier erzielen und ambulante Versorgung mit einbeziehen (Städtische Seniorenheime Krefeld)

Bundesland	NRW
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Krefeld
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	Pflegerische Versorgung im Quartier durch Öffnung einer stationären Einrichtung und sektorenverbindende (Gesamt-)Versorgungsverträge
Projektstatus	laufend
Zielsetzung	Netzwerk der Pflege im Quartier zu bieten
Inhalte/ Kurzbeschreibung	Für einen definierten Nahraum werden sowohl stationäre und teil-stationäre Pflegeleistungen (einschl. Tagespflege) als auch ambulante Pflegeversorgung und Unterstützungsleistungen angeboten, durch die Öffnung des städtischen Seniorenheims und Übernahme von ambulanten Pflegeaufgaben durch dort vorgehaltenes Personal; Netzwerk durch Kooperationen mit betreutem Wohnen, Haus- und Fachärzten, Apotheken und anderen Anbietern
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	„Durchlässigkeit" des Systems für pflegebedürftige Menschen durch die Flexibilität, ambulante Pflege und (zeitweise) stationäre Pflege zu nutzen; Attraktivität für professionelle Pflegefachpersonen; durch gemanagtes Netzwerk Vorteile für weitere Beteiligte wie Ärzte, die in das Netzwerk weiterleiten können
Entwicklungsstadium	Etabliert; soll weiter ausgebaut werden
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Städtische Seniorenheime Krefeld
Träger/Partner	Städtische Seniorenheime Krefeld, AOK RH, vor Ort ansässige Ärzte, Apotheken, weitere Dienstleister (Unterstützungsleistungen, Hausnotruf) als Kooperationspartner
Aufgabe der AOK	Vertragsgestaltung
Rolle der Politik	Keine aktive Rolle; Unterstützung auf politischer/kommunikativer Ebene
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	§72 SGB XI i.V.m. §132a SGB V
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	allg. Leistungsausgaben auf Basis SGB XI und SGB V
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	· Sicherheit für Versicherte · Zugang zu Kunden für Leistungserbringer · Attraktive Arbeitsbedingungen mit Entwicklungsmöglichkeiten für Pflegefachpersonen
Organisation	
Ansprechpartner	Jörg Schmidt Geschäftsführung Städtische Seniorenheime Krefeld **joerg.schmidt@sh-kr.de**
Projektzeitraum	Seit 2014; unbegrenzt

10. Quartiersprojekt Stützengrün

Bundesland	Sachsen
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Gemeinde Stützengrün, Erzgebirgskreis
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	„Unner Haamit, unner Ort, unner drhamm" - Lösungen für die Probleme immobiler und/oder alleinlebender Menschen in der Gemeinde
Projektstatus	laufend
Zielsetzung	Lokale Unterstützung für Pflegebedürftige: allen Menschen, unabhängig von ihren Einschränkungen, soziale Kontakte und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen
Inhalte/ Kurzbeschreibung	Über ein Quartiersbüro wird Zugang zu Beratung zu Pflege und Demenz, einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft sowie Nachbarschaftshilfe vermittelt und Aktivitäten zur Teilhabe am sozialen Leben bereitgestellt (Seniorentreffs u. a.)
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	Breites Angebot für Senioren, nicht nur Menschen mit Pflegebedarf; auch Unterstützung und Vernetzung pflegender Angehöriger
Entwicklungsstadium	etabliert
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Gemeindebürgermeister
Träger/Partner	AWO Erzgebirgskreis gGmbH
Aufgabe der AOK	Bereitstellung regulärer Versicherungsleistungen
Rolle der Politik	Initiator, ideeller Unterstützer
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	—
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	Förderung durch das Deutsche Hilfswerk (Stiftung der Dt. Fernsehlotterie) für 36 Monate Dt. Pflegeinnovationspreis 2022 (10.000 €) AOK: regelhafte Leistungsausgaben nach SGB XI und SGB V
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	Zwei professionelle Ansprechpartnerinnen im Quartiersbüro; Netzwerk von Ehrenamtlichen
Organisation	
Ansprechpartner	Kerstin Klöppel, Franziska Hänel Quartiersbüro Stützengrün Siedlung 6 · 08328 Stützengrün OT Hundshübel Telefon: 037462 175067
Projektzeitraum	Initiiert 2017; keine Angaben zu Ende

11. Wiesbaden-Sonnenberg: Sicherheit zu Hause und intelligenter Personaleinsatz

Bundesland	Hessen
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Stadt Wiesbaden, Wohngebiete Eigenheim und Komponistenviertel
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	Wiesbadener Modell – Quartier Eigenheim/Komponistenviertel
Projektstatus	laufend
Zielsetzung	Sicherstellung der ambulanten Pflege im Quartier, Erhöhung der sozialen Teilhabe von Bewohnern des Servicewohnens, Schaffung guter Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen
Inhalte/ Kurzbeschreibung	Kooperation von Leistungserbringern, um die Bedarfe von Bewohnern des Quartiers an Pflege und Teilhabe zu befriedigen und Antworten auf den Fachkräftemangel zu finden · Einrichtung Quartierstreffpunkt · Zwei Quartiersmanagerinnen stellen Vernetzung sicher; Anbindung an weitere soziale Akteure und die Engagement-Lotsen der Stadt Wiesbaden · Beschränkung des Versorgungsgebiets des ambulanten Pflegediensts auf das Quartier, so dass alle Einsatzorte fußläufig erreichbar sind
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	Bewohner erfahren erhöhte Versorgungssicherheit und bessere Möglichkeiten der sozialen Teilhabe; Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen durch Wegfall von Fahrtzeiten
Entwicklungsstadium	etabliert
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Leistungserbringer
Träger/Partner	Pflegedienst Rehbein und EVIM gemeinnützige Altenhilfe GmbH mit mehreren Standorten im Quartier; Pflegestützpunkt, Servicewohnen für Senioren, stationäre Pflegeeinrichtung
Aufgabe der AOK	—
Rolle der Politik	Unterstützung und Teilnahme am Netzwerk, insbesondere in Verbindung mit ehrenamtlichem Engagement
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	—
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	Regelhafte Versicherungsleistungen nach SGB XI und V
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	Arbeitsbedingungen der Pflegefachpersonen sind adressiert
Organisation	
Ansprechpartner	Peter Kiel; Leitung Quartiersentwicklung und SWfS Telefon: +49 611 5325269 **peter.kiel@evim.de** QUEK – Quartier Eigenheim / Komponistenviertel Quartierszentrale Eintrachtstraße 28 65193 Wiesbaden
Projektzeitraum	Seit 2016

Kategorie D: Stiftungen u. a. andere Projektträger als Initiator

12. Selbstbestimmt Altern auf dem Land – Quartier Letzlingen

Bundesland	Sachsen-Anhalt
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Letzlingen, Ortschaft in Gardelegen im Altmarkkreis Salzwedel
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	Selbstbestimmt Altern auf dem Land – Quartier Letzlingen
Projektstatus	Abgeschlossen; über etabliertes Quartiersmanagement werden weitere Projekte angeschlossen
Zielsetzung	Etablierung von Quartiersmanagement und Verfügbarmachung von Pflege- und Unterstützungsleistungen in einer ländlichen, strukturschwachen Gegend, als Blaupause gedacht für vergleichbare andere Regionen
Inhalte/ Kurzbeschreibung	Das Projekt beruht auf einer vorangegangenen Bedarfs- und Sozialraumanalyse unter Einbeziehung der BürgerInnen vor Ort. Daraus ermittelten die Pfeiffer-schen Stiftungen einen hohen Bedarf an niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten, Raum zur Begegnung und Austausch, sowie eine Anlaufstelle im Sozialraum der BürgerInnen für Fragen rund um das Thema Alter und Pflege. Anschließend wurde ein 4-säuliges Projekt aufgebaut. Quartiersmanagement → verfolgt das Ziel, Menschen einen Raum zu geben, sich zu begegnen und auszutau-schen, sich in allen Fragen rund um das Thema Altern beraten zu lassen und an präventiven Bewegungs- und Bildungsangeboten teilzuhaben. Die Menschen, die im ländlichen Raum leben, sollen aktiviert werden und das Dorf lebendig gehalten werden. Es unterstützt das Gemeindeleben und stärkt das Nachbarschaftsgefühl. Strukturen werden vertieft oder neu aufgebaut, um dem demografischen Wandel entgegenzutreten und ein selbstbestimmtes Altern auf dem Land zu ermöglichen. Ambulanter Betreuungsdienst/ Helferkreis → ehrenamtliche Alltagshelden für Menschen mit Unterstützungs-bedarfen durch 6 haupt- und 19 ehrenamtliche Helfer innovativer Pflegedienst nach niederländischem Vorbild → Pflegedienst Heidepflege Versorgungszentrum mit barrierefreien Wohnungen, Demenz-WG, Tagespflege, stationäre Unterbringung und einem Quartierszentrum als „neue Dorfmitte“
Versichertenpers-pektive, Perspektive anderer Beteiligter	Umsetzung von Quartiersmanagement auf dem Land, Einbindung von Ehrenamtlichen
Entwicklungsstadium	abgeschlossen
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Pfeiffersche Stiftungen
Träger/Partner	Hochschule MD-SDL, Gemeindekirchenrat des Kirchspiels Letzlingen-Roxförde, ortsansässige Hausärztin, Pflegenetzwerk „Selbstbestimmt Leben auf dem Land“ mit Kooperationspartnern Volkssolidarität und Johanniter Unfallhilfe
Aufgabe der AOK	keine
Rolle der Politik	Unterstützung
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	Projektstruktur
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	Deutsche Fernsehlotterie, Pflegeinnovationspreis 2020 (10.000 €) AOK: regelhafte Leistungsausgaben nach SGB XI und SGB V
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	In einem ländlichen Gebiet Zugang zu Unterstützungs- und Versorgungsleistungen schaffen; für Fachpersonal attraktive Bedingungen schaffen
Organisation	
Ansprechpartner	Bereichsleitung Ambulant im Quartier: Steffi Ginap; 0152/21534547 **steffi.ginap@pfeiffersche-stiftungen.org** Quartiersmanagement und Ehrenamtskoordination: Sophie Schönemann; 0173/4678467 **Quartiersmanagement@pfeiffersche-stiftungen.org**
Projektzeitraum	01.07.2018–30.06.2021 (Förderzeitraum), Projektzeitraum bis 2023, Beendigung Quartiersmanagement 30.06.2023

13. UplandCare Projekt Willingen-Diemelsee zur nachhaltigen Versorgung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, aufbauend auf dem Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V.

Bundesland	Hessen
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Gemeinden Willingen (Upland) und Diemelsee, Landkreis Waldeck-Frankenberg
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	UplandCare Projekt – nachhaltige Versorgung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, organisiert über das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V.; sowie Pflegehotel Willingen
Projektstatus	laufend
Zielsetzung	Im Rahmen des Projektes UplandCare zielt das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V. darauf ab, in vier Projektbausteinen die Versorgung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen nachhaltig zu verbessern. Das Pflegehotel in Willingen bietet eine rehabilitativ orientierte Kurzzeitpflege mit aktivierenden und therapeutischen Leistungen.
Inhalte/ Kurzbeschreibung	· Baustein „Vernetzung“: regionale Akteure der Gesundheitsversorgung arbeiten auf eine patientenzentrierte Versorgung für Menschen mit Demenz hin · Im Baustein „Individuelle Beratung und Unterstützung“ werden Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen durch eine Case Managerin in ihrer Versorgungssituation begleitet und unterstützt · Im dritten Baustein „Ressourcenstärkung“ werden Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen durch Schulungsangebote darin unterstützt, ihr Leben mit der Erkrankung bestmöglich bewältigen zu können · Der Baustein „Demenzsensibles Quartier“ nimmt alle Bürger und Bürgerinnen in den Blick, um den Umgang mit Demenz im Alltag positiv zu verändern **https://www.gesundheit-port.de/ueber-port/** Pflegehotel Willingen: · Einrichtung mit einer Zulassung nach § 72 SGB XI · Zielgruppe sind Personen, für die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege eine Leistung der medizinisch-geriatrischen Rehabilitation (noch) nicht infrage kommt · Pflegefachkraftanteil muss ca. 75 Prozent betragen, davon mindestens die Hälfte mit Krankenpflegeexamen · fest angestellte Therapeutinnen und Therapeuten (Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten) · eine angestellte Case Managerin bzw. ein angestellter Case Manager zur Sicherstellung der koordinierten Überleitung und ein etwaig erforderliches Case Management · Die für die Vergütungsfindung entscheidenden Äquivalenzziffern werden eng abgestuft – analog zur teilstationären Pflege
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	· Unterstützung für Betroffene (Menschen mit der Diagnose Demenz als auch Angehörige) · Einwohner/Bürger der Gemeinden Willingen und Diemelsee haben Zugang · Pflegehotel ist auch außerhalb der Gemeinden geöffnet · Attraktive Arbeitsbedingungen für Pflege- und Gesundheitsfachpersonal
Entwicklungsstadium	laufend
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V.
Träger/Partner	Gemeinde Willingen, Gemeinde Diemelsee, Landkreis Waldeck-Frankenberg, Land Hessen (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration), Robert Bosch Stiftung, AOK Hessen
Aufgabe der AOK	Strategische Partnerschaft – insb. im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung; Weiterbildung für Pflegefachpersonen sowie zur Vertragsgestaltung
Rolle der Politik	Aktive Beteiligung am Netzwerk
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	—
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	Regelhafte Versicherungsleistungen nach SGB XI und V
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	Alle drei Gruppen sind adressiert; Leistungserbringer sind Teil des Netzwerkes und haben dadurch Zugang zu Informationen und können über das Netzwerk auch an Weiterleitung von Klienten teilnehmen
Organisation	
Ansprechpartner	Dr. Katharina Kappelhoff, Geschäftsführerin; Telefon: 0170 4882193; Mail: **k.kappelhoff@gesundheit-port.de** Nina Urban, AOK Hessen; **Nina.urban@he.aok.de**
Projektzeitraum	laufend

14. Berlin: Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln als Ausgangspunkt für niedrigschwelligen Zugang auch zu Pflege- und Unterstützungsleistungen

Bundesland	Berlin
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Bezirk Neukölln
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln – getragen von dem Gesundheitskollektiv Berlin e.V. und zwei Arztpraxen; seit 2021 an einem eigenen Standort; durch räumliche Nähe zu den Akteuren im Quartier, darunter auch zum Pflegestützpunkt, werden Synergien zwischen den Beratungsangeboten (Sozialberatung, psychologische Beratung für Kinder und Erwachsene, Pflegeberatung) geschaffen und Case Management für Menschen mit Pflegebedarf umgesetzt; durch Outreach wird Menschen der Zugang zu medizinischer und pflegerischer Versorgung ermöglicht, die sonst unterversorgt blieben und Vernetzung zu ehrenamtlichen Strukturen und Selbsthilfe geschaffen **https://geko-berlin.de/**
Projektstatus	Laufend
Zielsetzung	Umsetzung einer neue Versorgungsform, die den Stadtteil, medizinische Versorgung und psychosoziale Beratung zusammendenkt, und in der Community Health Nurses (CHN) eine zentrale und koordinierende Rolle übernehmen. Durch die räumliche Nähe des Pflegestützpunktes kann die sektorale Trennung zwischen gesundheitlicher Versorgung über SGB V-Leistungen und pflegerischer Versorgung nach SGB XI überwunden werden und es steht der Mensch mit seinen Bedarfen und Bedürfnissen im Mittelpunkt.
Inhalte/ Kurzbeschreibung	Konzeptentwicklung durch das GeKo Berlin e.V. seit 2014; Beginn der Arbeit im Stadtteil Neukölln 2017 (Sozialraum- und Bedarfsanalyse, Stadtteilarbeit); Praxiseröffnung Kinderarztpraxis 2019; Eröffnung des Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln am Standort Rollbergstraße 30 in 2021 mit drei Praxen (rechtlich eigenständig), einem niedrigschwellig zugänglichen Begegnungsort (Café Praxis) und Räumen als Ausgangspunkt für Nachbarschaftsarbeit 30 angestellte Mitarbeiter (einschl. Praxen) und weitere im Verein ehrenamtlich Aktive (Stand Nov. 2023)
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	Zugang zu einer Vielzahl an Unterstützungsangeboten; Schaffung eines niederschwelligen Zugangs zu Versorgungsangeboten
Entwicklungsstadium	Etabliert; in Weiterentwicklung
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Gesundheitskollektiv Berlin e.V. (GeKo e.V.)
Träger/Partner	Gesundheitskollektiv Berlin e.V., Praxen als rechtlich eigenständige Einheiten; Partner: Bosch Health Campus der Robert Bosch Stiftung, Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (Pflegestützpunkt), Gemeinsam für ein gesundes Berlin, Lotto Stiftung Berlin, Integrationsfonds des Bezirks Neukölln, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen, Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (Städtebauförderung), Quartiersmanagement Flughafenstraße und Rollberg
Aufgabe der AOK	Regelhafte Versicherungsleistungen nach SGB XI und V; ab Juni 2024 Einbindung über Innovationsfondsprojekt
Rolle der Politik	Ideelle Unterstützung; Einbindung in Quartiersmanagement-Arbeit und Outreach
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	Mischform Arztpraxen, Pflegeberatung, Psychotherapiepraxis, ab Juni 2024 Innovationsfonds-Projekt
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	Finanzierung über die Robert Bosch Stiftung (PORT-Zentren), ab Juni 2024: Innovationsfonds-Projektförderung NAVIGATION mit AOK Nordost als Selektivvertragspartner; WIdO stellt Daten bereit (ebenfalls einbezogen Hamburger Standort Poliklinik Veddel mit AOK Rheinland/Hamburg als Partner)
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	Alle drei Gruppen sind adressiert
Organisation	
Ansprechpartner	GeKo Berlin e.V.; **info@geko-berlin.de**
Projektzeitraum	seit 2014; jedoch nicht in Regelfinanzierung: es muss zum Weiterbetrieb Anschlussfinanzierung eingeworben werden

Internationales Innovationsbeispiel: Organisation der ambulanten Pflege über Pflegestützpunkte* im Burgenland/Österreich

(„Pflegestützpunkt" ist weiter gefasst als in Deutschland und meint ein Pflegekompetenzzentrum mit Versorgungsangeboten)*

Bundesland	Burgenland, das östlichste und kleinste (nach EW) österreichische Bundesland, ca. 302.000 Einwohner
Angaben zum Projekt	
Region und Ort	Pilotprojekt Pflegestützpunkt Schattendorf, für die Gemeinden Drassburg, Baumgarten, Schattendorf, Loipersbach, Marz und Rohrbach (insg. ca. 4000 EW)
Name des Projekts oder aussagekräftige Kurzbeschreibung	Modellregion zur Erprobung der Umsetzung des neuen Organisationsmodells für ambulante Pflege über Pflegestützpunkte als zentrale Orte der Pflege
Projektstatus	Start 2022
Zielsetzung	Organisation der ambulanten Pflege mit angeschlossenen teilstationären Angeboten über einen Träger (Soziale Dienste Burgenland GmbH) und mit einem zentralen Anlaufpunkt; Als Teil des Gesamtprojektes zur Neuorganisation der Pflege im Burgenland, zu dem auch das Anstellungsmodell für betreuende Vertrauenspersonen und das Anstellungsmodell für angehende Pflegekräfte gehört
Inhalte/ Kurzbeschreibung	Erprobung des Modells der Pflegestützpunkte, die in 28 Regionen mit 71 Subregionen errichtet werden Bereit gestellte pflegerische und unterstützende Angebote: **1) Mobile Betreuung und Pflege:** Körperpflege und Wundversorgung (Verbandswechsel); Wundmanagement; Beweglichkeitsförderung; Medikamentengabe, Verabreichung von Injektionen und Gabe von Sondennahrung; Stomaversorgung; Hilfestellung im Haushalt; Abrechnung nach bestehenden Tarifen; Wohnen im Alter (Pflegestufe 1 bis 3) **2) Geförderte, barrierefreie Wohnräumlichkeiten am Stützpunkt:** Pflege- und Sozialberatung; Nutzung des Gemeinschaftsraumes zur körperlichen und geistigen Aktivierung; Inanspruchnahme von Wahlleistungen wie z.B. Hauskrankenpflege, Wohnungsreinigung, 24h-Notrufanlage, etc.; Tagesstätte und Stützpunkt für mobile Hauskrankenpflege (Pflegestufe 1 bis 3) **3) Mehrstundenbetreuung:** Mittagstisch (Vormittags- und Nachmittagsjause); Beschäftigungsangebote und kommunikative Anregungen; Bei Bedarf pflegerische Versorgung (z.B. Katheter-Wechsel); Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention; Ehrenamt-Einbindung; Hol- und Bringdienste; Selbstbehalte je nach Einkommen (zwischen 20€ und 48€ pro Tag)
Versichertenperspektive, Perspektive anderer Beteiligter	Wohnortnahe Betreuung und Pflege wird aus einer Hand sichergestellt und ein möglichst langer Verbleib am angestammten Wohnort und die Teilhabe am Leben in der Nachbarschaft wird ermöglicht, bei gleichzeitiger Einbeziehung von bürgerschaftlichem Engagement.
Entwicklungsstadium	Gebäude des Pflegestützpunkts Schattendorf ist errichtet, Betrieb ist aufgenommen.
Relevanz/Bedeutung für die AOKs	
Initiator	Landesregierung des Burgenlandes
Träger/Partner	Landesrechtlich errichtetet Trägerorganisation Soziale Dienste Burgenland GmbH
Aufgabe der AOK	—
Rolle der Politik	Initiator und Finanzgeber
Rechtsgrundlage/ Rechtsform	Beruht auf landesrechtlichen Regelungen. Nutzende Personen beteiligen sich mit (bundesrechtlich) geregeltem Pflegegeld. Als Ziel für das gesamte Burgenland gilt: **1)** Regionale Ordnung der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste. Unterteilung des Landes in 28 Regionen mit 71 Subregionen (je ca. 4000 EW). Künftig nur mehr ein Träger pro Region; wird für die weiteren Stützpunkte über Ausschreibung festgelegt **2)** Der Träger kümmert sich um die gesamte Betreuung im nicht-vollstationären Pflegebereich der Region – alle Angebote außer Pflegeheime **3)** Anfahrtswege zum Klienten liegen bei 10 bis max. 20 Minuten **4)** Träger der Region hat die Verpflichtung, die Versorgung aller KlientInnen in der Region sicherzustellen. **5)** Das Land wird künftig – statt wie bisher mit Entgelten pro Behandlungseinheiten – mit Entschädigungen für Vollzeitäquivalente arbeiten → Zeitvergütungssystem
Investment der AOK/ Finanzierungsmittel	—
Versicherte/ Leistungserbringer/ Pflegefachpersonen	· Einfacherer, regional geordneter Zugang zu Pflege- und Unterstützungsleistungen für pflegebedürftige Menschen und ihrer An- und Zugehörigen, mit Teilhabe- und Mitwirkungsmöglichkeiten aller Einwohner · Pflegefachpersonen erlangen vielfältige Einsatzmöglichkeiten; ggf. bedingt die Neuorganisation auch einen Arbeitgeberwechsel
Organisation	
Ansprechpartner	—
Projektzeitraum	Verstetigt als Regelversorgung, soll auf das ganze Burgenland ausgeweitet werden

Teil 4: Community Health Nurses (CHN) im Rahmen von Modellvorhaben vor Ort und im Quartier nach § 123 SGB XI

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom Juni 2023, der sogenannten kleinen Pflegereform, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit von gemeinsamen Modellvorhaben vor Ort und im Quartier eröffnet, die auf Strukturentwicklung vor Ort abzielen. Gemeinsam deshalb, da die Finanzierung zu gleichen Teilen durch Land oder Kommune einerseits und Pflegeversicherung bzw. dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen andererseits erfolgt, wobei neben der Sozialen Pflegeversicherung auch die Private Pflege-Pflichtversicherung mit einbezogen wird. Adressiert wird vor allem die häusliche Pflege, wobei die Situation der stationären Pflege vor Ort sowie andere Wohnformen ebenfalls berücksichtigt werden sollen. Ebenfalls wird in der Gesetzesbegründung darauf hingewiesen, dass die Besonderheiten von Großstädten, mittleren und kleinen Städten sowie Städten und Gemeinden im ländlichen Raum herausgearbeitet und beachtet werden müssen, um eine im jeweiligen Nahraum gut funktionierende Versorgung zu erreichen und zu fördern. Es geht also darum, das Zusammenspiel von Pflegeleistungen, medizinischer Versorgung, Altenhilfe, Wohnberatung, weiteren Hilfsstrukturen und auch die zugrundeliegende Sozialplanung bis hin zu erforderlichen Leistungen der Hilfe zur Pflege für spezifische Orte und Quartiere zu organisieren, gerade dort, wo Defizite erkannt werden. Ebenso können präventive Maßnahmen mit einbezogen werden. Angestrebt wird ein Gesamtfördervolumen von 60 Millionen Euro im Kalenderjahr, wobei der Zeitraum auf die vier Jahre von 2025 bis 2028 begrenzt ist. Alle Modellvorhaben nehmen an wissenschaftlicher Begleitforschung teil, deren Ziel ist, die Wirkung der Ansätze zu überprüfen und Aussagen zu einer möglichen Überführung in die Regelversorgung zu treffen.

In § 123 Abs. 1 Satz 2 Nr.1 bis Nr. 9 SGB XI hat der Gesetzgeber die Ziele der Modellvorhaben beispielhaft formuliert. Die Förderung dient insbesondere dazu,

1. die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu erleichtern,
2. den Zugang zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern,
3. die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen,
4. den Fachkräftebedarf zu decken sowie ehrenamtliche Strukturen aufzubauen,
5. eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen,
6. Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und zu stabilisieren,
7. innovative Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität zu entwickeln oder
8. die Pflegeangebote untereinander digital zu vernetzen.

Mit der Veröffentlichung des Eckpunktepapiers zum Pflegekompetenzgesetz am 19.12.2023 wurde die Richtung für die akademische Ausbildung von Pflegefachpersonen festgelegt und Überlegungen zur Einführung von Advanced Practice Nurses (APNs) unter Einbeziehung von Community Health Nurses (CHNs) angestoßen. Teil 4 des Leitfadens dient dazu, mögliche Einsatzfelder für CHNs im Rahmen der gemeinsamen Modellvorhaben vor Ort und im Quartier nach § 123 SGB XI aufzuzeigen und bietet Orientierung für die praktische Umsetzung. Dabei ist es essenziell, die regionalen Besonderheiten zu berücksichtigen, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. In diesem Kapitel wird das Vorgehen einer CHN kurz dargestellt, mit einem besonderen Fokus auf ihre Rolle in der integrierten, bedarfsgerechten Sozialraumplanung sowie der Entwicklung und Implementierung gesundheitsförderlicher und präventiver Angebote. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass dies nur einen Ausschnitt dessen darstellt, wie CHNs eingesetzt werden könnten. Jede Gemeinschaft muss selbst entscheiden, welcher Aspekt des Community Health Nursing tatsächlich benötigt wird.

Von der Theorie zur Praxis: Community Health Nursing als integrativer Ansatz

Eine CHN stellt eine Public Health-geprägte Rolle im Bereich der professionellen Pflege (Advanced Practice Nurse) dar, die darauf ausgerichtet ist, eine bedarfsorientierte und individuelle Versorgung zu gewährleisten. Diese Disziplin integriert pflegerische Kompetenzen mit Aspekten der öffentlichen Gesundheitsversorgung, um die Gesundheit von Gemeinschaften oder Populationen ganzheitlich zu fördern und zu verbessern. Die Qualifikationsanforderungen für eine CHN umfassen eine Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz, ergänzt durch praktische Erfahrung und einen Master of Science in Community Health Nursing. Alternativ kann ein Quereinstieg über einen Master of Science in Advanced Nursing Practice oder Master of Science in Public Health erfolgen.

Die Aufgabenfelder von CHNs sind äußerst vielfältig, insbesondere im englischsprachigen Raum, einschließlich Kanada. Diese Einsatzgebiete lassen sich in drei Hauptkategorien unterteilen, wie in Abbildung 1 veranschaulicht. Es ist wichtig zu betonen, dass diese Bereiche nicht als starre Konstrukte angesehen werden sollten. Sie sind dynamisch und in der Praxis nicht immer klar voneinander abzugrenzen. Das Vorgehen einer CHN orientiert sich immer am Pflegeprozess.

Abbildung 1 Einsatzbereiche

Der Schwerpunkt im Bereich **Community Care/ Home Health** liegt auf der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Personen oder der gesamten Gemeinschaft, die durch eine CHN betreut wird. Im Fokus dieser Ausrichtung liegt weniger die direkte Durchführung grundpflegerischer Leistungen durch die CHN, wie etwa die Nahrungsausnahme, sondern vielmehr die Koordination und Vernetzung, um eine umfassende Versorgung sicherzustellen. Community Care/Home Health zeichnet sich durch eine ausgeprägte Ausrichtung auf den Sozialraum aus und legt dabei einen besonderen Fokus auf den Setting-Ansatz. Der Schwerpunkt liegt auf dem Care Management sowie der damit verbundenen Koordination und Vernetzung der verschiedenen Akteure, die an der Versorgung der Person beteiligt sind.

Der Bereich der **Primary Care** legt den Fokus auf die Gesundheitskompetenz des Einzelnen, wobei die Primärversorgung im Vordergrund steht. Im Rahmen einer Pflegesprechstunde kann ein Case Management auf fachwissenschaftlicher Basis durchgeführt werden, das besonders für chronisch kranke Personen konzipiert ist. Themen wie Prävention, Gesundheitsförderung oder Gesundheitsmanagement können gezielt angesprochen werden. Abhängig von den vorliegenden Behandlungspfaden könnten Community Health Nurses auch eigenständig körperliche Untersuchungen oder spezifische Assessments durchführen.

Der Schwerpunkt im Bereich **Community/Public Health** richtet den Fokus auf die Bevölkerung, wobei die sozialen Determinanten der Gesundheit (Wohnen, Bildung, Umwelt, etc.) berücksichtigt werden. In diesem Bereich steht insbesondere die Planung des Versorgungs- und Pflegebedarfs, sowie die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen im Vordergrund. Die praktische Umsetzung beinhaltet Aspekte wie Bildung, Interessenvertretung, Politikentwicklung, Bewertung und Lehre.

Die Rolle der CHN in der bedarfsgerechten integrierten Sozialraumplanung und der Entwicklung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen

Aktuelle Herausforderungen

Die deutschen Kommunen sehen sich mit erheblichen Herausforderungen in der Gestaltung des sozialen Zusammenlebens konfrontiert. Die kommunale Sozialplanung dient als wesentliches Instrument, um die soziale Daseinsvorsorge zu optimieren und gleichwertige Lebensbedingungen in städtischen sowie ländlichen Entwicklungen zu fördern. Diese Planung spielt eine zentrale Rolle in der lokalen sozialpolitischen Steuerung. Die Herausforderungen sind vielfältig und komplex, wobei die Identifizierung der Bedürfnisse und Ressourcen der Gemeinschaften sowie die Entwicklung effektiver Strategien zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden von entscheidender Bedeutung sind. In Deutschland entwickelt sich zunehmend ein gemeinsames Verständnis sowie einheitlichen Praktiken und Standards für die bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung, die jedoch auch von den landesrechtlichen Grundlagen abhängt. Das Fehlen einer allgemein anerkannten Definition von Sozialplanung führt zu unterschiedlichen Interpretationen des Begriffs und erschwert es den lokalen Akteuren oft, die Steuerungspotenziale der Sozialplanung effektiv zu nutzen.

CHNs können eine zentrale Rolle in der Sozialraumplanung einnehmen, indem sie Public Health Perspektiven integrieren und gezielt auf die gesundheitlichen Bedürfnisse sowie Herausforderungen der lokalen Gemeinschaften eingehen. CHNs tragen aktiv zur Gestaltung und Umsetzung von Interventionen bei, die darauf abzielen, Gesundheit und Wohlbefinden in diesen Gemeinschaften zu fördern und zu verbessern. Dies stellt eine deutliche Erweiterung der bisherigen Perspektiven der bedarfsgerechten integrierten Sozialraumplanung dar, bei der in der Vergangenheit die Public Health Perspektive selten berücksichtigt wurde. CHNs wurden speziell dafür ausgebildet, Community Assessments durchzuführen. Ein Community Assessment zielt darauf ab, die Bedürfnisse, Ressourcen und Herausforderungen einer Gemeinschaft zu identifizieren. Es dient oft dazu, Informationen zu sammeln, um Programme, Dienstleistungen und Interventionen zu planen und zu verbessern. CHNs sind in diesem Rahmen auch mit Methoden der Sozialraumanalyse vertraut. Während sowohl das Community Assessment als auch die Sozialraumanalyse primär auf die Erhebung und Analyse von Daten zur Ermittlung von Bedürfnissen und sozialen Strukturen abzielen, geht die Sozialraumplanung einen Schritt weiter. Sie nutzt diese Informationen, um konkrete Planungs- und Entwicklungsmaßnahmen zu entwerfen und umzusetzen, die aktiv zur Verbesserung der sozialen und räumlichen Bedingungen beitragen. Aufgrund ihres im Masterstudium erworbenen Fachwissens können CHNs effektiv in der integrierten Sozialraumplanung eingesetzt werden. Die bedarfsgerechte integrierte Sozialraumplanung mit einem Community Assessment stellt im Wesentlichen den ersten Handlungsschritt einer CHN dar. Das Vorgehen der CHN orientiert sich stets am Pflegeprozess, welcher aus den Schritten Assessment, Planung, Implementierung und Evaluation besteht. Dieser Prozess verläuft zyklisch, wird von der CHN kritisch reflektiert und ermöglicht es, lebensweltliche Aspekte der Gemeinschaft in die Versorgungsplanung einzubeziehen, indem kontinuierlich Gesundheitsprobleme erfasst werden. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass, falls in einer Gemeinschaft bereits eine bedarfsgerechte integrierte Sozialraumplanung vorliegt, keine doppelte Datenerhebung erforderlich ist. Die CHN kann den pflegerischen Prozess mit den vorhandenen Daten weiterführen.

Potenzielle Aufgabenbereiche einer CHN

Implementierung integrierter Gesundheitsstrategien: CHNs können die Entwicklung von Gesundheitsstrategien steuern, die auf die spezifischen sozialen und gesundheitlichen Anforderungen der Gemeinschaften abgestimmt sind. Sie etablieren Netzwerke und fördern die Kooperation zwischen lokalen Akteuren, wie zum Beispiel Quartiersbüros, Gesundheitsämter, Pflegediensten, um eine umfassende Versorgung sicherzustellen. Zunächst bilden sie diverse Arbeitsgruppen mit Vertretern verschiedener Bevölkerungsgruppen, die essentiell für die Planung und Durchführung von Gesundheitsinterventionen sind.

Förderung der Partizipation und lokalen Ressourcennutzung: CHNs können evidenzbasierte Gesundheitsstrategien entwickeln und implementieren,

die präzise auf die sozialen und gesundheitlichen Bedürfnisse der Gemeinschaft zugeschnitten sind. Sie nutzen dabei wissenschaftlich fundierte Methoden, um die Anforderungen zu erfassen und die Wirksamkeit der Maßnahmen zu bewerten. Diese Strategien betonen die aktive Beteiligung der Gemeinschaft im Planungsprozess, was die Effektivität und Akzeptanz der Gesundheitsdienste wesentlich steigert. CHNs setzen dabei auf die Nutzung lokaler Ressourcen, um zielgerichtete Gesundheitsförderungsprogramme zu entwickeln, die eng auf die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Gemeinschaft abgestimmt sind.

Der Prozess beginnt mit einem detaillierten Community Assessment. Hierbei sammeln die CHNs wichtige Informationen über die Gemeinschaft, die für das Verständnis der spezifischen gesundheitlichen und sozialen Dynamiken notwendig sind. Zu diesen Informationen zählen demografische Daten, sozioökonomische Indikatoren sowie vorhandene Gesundheitsdaten. Ein geeignetes grundlegendes Modell ist beispielsweise das Community-Assessment Wheel. Der Kern dieses Modells besteht aus der Population, während die acht Subkategorien die Bereiche Umgebung und Umwelt, Bildung, Sicherheit und Transport, Politik, gesundheitliche und soziale Dienstleistungen, Kommunikation, Ökonomie sowie Freizeit und Erholung beschreiben.

Für die Datenerhebung verwenden CHNs eine Vielzahl von Methoden, darunter Sekundärdatenanalyse, Fokusgruppen, Stadtteilbegehungen und Umfragen. Diese Techniken ermöglichen es, ein umfassendes Bild der Gemeinschaft zu erstellen und die Bedürfnisse genau zu identifizieren. Zusätzlich nutzen CHNs bestehende Datenquellen und ergänzen diese durch neu generierte Daten aus Bürgerforen, Fokusgruppen und anderen partizipativen Methoden, wenn vorhandene Informationen nicht ausreichen. Falls bereits Datenerhebungen und Analysen durchgeführt wurden, sind keine neuen Erhebungen erforderlich. Diese umfassende Datensammlung dient dazu, die Stärken, Schwächen, Ressourcen und Herausforderungen innerhalb der Gemeinschaft detailliert zu beschreiben. Auf Basis dieser Daten entwickeln CHNs dann gezielte Interventionen, die darauf abzielen, Gesundheit und Wohlbefinden in der Gemeinschaft zu fördern und gleichzeitig die gemeindebasierte Resilienz zu stärken.

Stärkung der sozialen Infrastruktur: CHNs nutzen sowohl qualitative als auch quantitative Datenerhebungsverfahren und Datenanalysen, um an der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen beteiligt zu sein, die darauf abzielen, durch gesundheitsfördernde Umgebungen die Lebensqualität zu steigern. Sie entwerfen auf Basis sorgfältig analysierter Daten maßgeschneiderte Bildungsprogramme und präventive Maßnahmen, die genau auf die Gesundheitsbedürfnisse der Gemeinschaften abgestimmt sind. Diese Initiativen, oft unterstützt durch gezielte Informationskampagnen zu Kernthemen wie Ernährung und körperliche Aktivität, verbessern nicht nur individuelle Gesundheit, sondern fördern auch die gesundheitliche Gleichstellung innerhalb der Gemeinschaften.

Planung und Implementierung von Interventionen: Die Planung und Implementierung von Interventionen erfolgen in enger Zusammenarbeit mit der Gemeinschaft und anderen Stakeholdern. CHNs stellen sicher, dass die Interventionen auf die spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen der Zielgemeinschaft zugeschnitten sind und dass alle Maßnahmen nachhaltig zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens beitragen. Diese Maßnahmen zielen auf die Bereiche der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ab.

Im Bereich der Primärprävention können CHNs die Gesundheit und das Wohlbefinden in der Gemeinschaft durch gezielte Gesundheitskampagnen, Schulungen und die Förderung gesunder Verhaltensweisen fördern. Sie unterstützen die Bevölkerung dabei, Krankheiten zu verhindern, bevor sie auftreten. CHNs identifizieren Risikofaktoren und entwickeln gemeinsam mit der Gemeinschaft Strategien zur Förderung eines gesunden Lebensstils, wie z.B. regelmäßige Bewegung, gesunde Ernährung und die Vermeidung von Risikoverhalten. Um Gesundheitsinformationen nachvollziehbar und verständlich zu gestalten, entwickeln CHNs adressatengerechte Angebote und Informationsmaterialien.

Die Sekundärprävention hat das Ziel, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und deren Fortschreiten oder Verschlimmerung zu verhindern. Im Gegensatz dazu konzentriert sich die Tertiärprävention darauf, die Lebensqualität von Menschen mit bestehender Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen zu verbessern und Komplikationen zu vermeiden. Eine Möglichkeit zur Identifizierung individueller Bedarfe und Bedürfnisse bietet die Durchführung von Pflegesprechstunden durch CHNs. Hierbei werden individuelle Bedürfnisse erkannt, maßgeschneiderte Interventionen entwickelt und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsdienstleistern und der Gemeinschaft gefördert. Im Mittelpunkt steht dabei die Berücksichtigung der sozialen Determinanten der Gesundheit. Zur Erfassung der jeweiligen Bedarfe und Bedürfnisse sowie bestehender

Risikofaktoren können verschiedene Assessments eingesetzt werden. CHNs sollten standardisierte Screening-Tools sowie ihre klinische Expertise nutzen, um potenzielle Risiken und Probleme zu identifizieren. Ein multidimensionales geriatrisches Screening kann dabei helfen, die Gesamtsituation der Patientinnen und Patienten zu bewerten und Bereiche wie Mobilität, Ernährung, Kognition und Sturzrisiko zu überprüfen. Für spezifische Assessments können diejenigen der Stufe 2 gemäß der S1-Leitlinie zum geriatrischen Assessment genutzt werden. Zur Einschätzung kann unter anderem das geriatrische Screening nach Lachs herangezogen werden. Abhängig von weiteren bestehenden Risikofaktoren können zusätzliche Fokus-Assessments durchgeführt werden, wie beispielsweise das Mini Nutritional Assessment im Rahmen der Ernährungsbewertung. Anhand dieser Assessments können spezifische Risikofaktoren identifiziert und ein individueller Präventionsplan erstellt werden. Besonders bei Menschen mit chronischen Krankheiten ist die Förderung der Prävention von großer Bedeutung.

CHNs unterstützen pflegebedürftige Menschen in der Pflegesprechstunde dabei, Zugang zu notwendigen Pflege- und Rehabilitationsdiensten zu erhalten. Sie arbeiten eng mit den Patientinnen und Patienten sowie deren An- und Zugehörigen zusammen, um deren Selbstmanagementfähigkeiten zu stärken und ihnen zu helfen, aktiv zu ihrer eigenen Gesundheit beizutragen. Sowohl im Bereich der Sekundär- als auch der Tertiärprävention können Schulungen angeboten werden. Diese haben das Ziel, pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen mit den notwendigen Kenntnissen und Fähigkeiten auszustatten, um ihre Gesundheit zu verbessern und eigenständig für sich zu sorgen. Diese Schulungen, die sowohl als Einzel- als auch als Gruppenschulungen durchgeführt werden können, umfassen Themen wie Medikamentenmanagement, Ernährungsumstellung, Sturzpräventionstechniken oder die Nutzung von Hilfsmitteln. Diese Schulungen müssen nicht nur von CHNs durchgeführt werden, sondern können auch durch andere Fachdisziplinen erfolgen. CHNs koordinieren die Schulungsangebote, stimmen diese mit den eigenen Beratungsinhalten ab und berücksichtigen die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse der Teilnehmenden. Innerhalb der Schulungen gehen CHNs auf die individuellen Bedürfnisse und Lernstile der pflegebedürftigen Person ein, um Informationen in verständlicher Weise zu vermitteln. Sie bieten auch Unterstützung und Anleitung für die An- und Zugehörigen an, um deren Fähigkeiten zur Pflege der Patientinnen und Patienten zu stärken und langfristige Unterstützung sicherzustellen.

Langfristige Evaluierung und Anpassung:
Die langfristige Evaluierung und Anpassung durch CHNs umfassen eine fortlaufende strategische Planung, die regelmäßige Bewertungen und Modifikationen gesundheitsfördernder sowie präventiver Maßnahmen beinhaltet. Dieser Prozess reagiert auf den sich wandelnden Bedarf der Gemeinschaften und unterstützt nachhaltige Verbesserungen in der gesundheitlichen Gleichstellung. Durch kontinuierliches Monitoring und die Evaluation der implementierten Maßnahmen passen CHNs ihre Interventionen dynamisch an, um deren Effektivität sicherzustellen und an neue Bedingungen anzupassen. CHNs adressieren die vielfältigen Bedürfnisse lokaler Gemeinschaften und können eine Rolle in der Krisen- und Katastrophenvorsorge einnehmen, indem sie Notfallpläne entwickeln, die auf gründlichen Gesundheitsdaten und -analysen basieren.

Impressum

AOK-Bundesverband. Die Gesundheitskasse.
Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorstandsvorsitzende)
Jens Martin Hoyer
(stellvertretender Vorstandsvorsitzender)

Verantwortlich:
Irmelind Kirchner und Marie-Christin Petrasch
Abteilung Pflege, AOK-Bundesverband

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Telefon: (030) 346 46-0
Telefax: (030) 346 46 25 02
Internet: aok.de/pp
E-Mail: AOK-Bundesverband@bv.aok.de

Redaktion und grafische Gestaltung:
KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Rosenthaler Straße 31 | 10178 Berlin
verlag@kompart.de | kompart.de

Titelbild: iStock.com/mesh cube

Stand: Oktober 2024

Lesetipp
archiv.gg-digital.de/#spezial

AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.