

WHITE PAPER

# VERSORGUNGSQUARTIERE 2025

**Pflege- und Versorgungsquartiere als  
Antwort auf den demografischen Wandel:  
Chancen und Herausforderungen für eine  
zukunftsfähige Pflegeinfrastruktur in  
Deutschland**

# Inhalt

---

1.0 Zusammenfassung	2
---------------------	---

---

2.0 Situation der pflegerischen Versorgung in Deutschland	5
2.1. Demografische Entwicklung: Alterung, Singularisierung	6
2.2. Einsamkeit als besondere Herausforderung	10
2.3 Entwicklung der Anzahl der Pflegeberdürftigen	13
2.4 Art der pflegerischen Versorgung	14
2.5 Situation des Pflegepersonals	16
2.6 Kostenentwicklung der pflegerischen Versorgung	18
2.7 Effizienz bei der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen	22
2.8 Zusammenfassende Bewertung und Ausblick in die Zukunft	24

---

3.0 Pflege- und Versorgungsquartiere als innovative Lösung	26
3.1. Die Ziele des Quartiersmanagements	27
3.2 Zentrale Aufgaben des Quartiersmanagements	31
3.3 Unterstützung der Kommunen	33
3.4 Berücksichtigung städtebaulicher Aspekte	34
3.5 Unterstützung pflegender Angehöriger	37
3.6 Förderung sozialer Teilhabe und Gemeinschaft	40
3.7 Nutzung und Bewertung unterschiedlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen	42

---

4.0 Literatur	46
---------------	----

---

Autor*innen	49
-------------	----

---

# 1.0 Zusammenfassung

Viele Studien belegen immer wieder eindeutig, dass die meisten Menschen im Alter auch mit einer zunehmenden Pflege- und Hilfebedürftigkeit möglichst nicht in eine stationäre Pflegeeinrichtung umziehen wollen. Nach den Zahlen der Bundespflegestatistik gelingt dieses Ziel in Deutschland in den letzten Jahren auf einem hohen Niveau zunehmend gut. So werden nach den aktuellen Zahlen der im Dezember 2024 veröffentlichten Bundespflegestatistik insgesamt 86 Prozent der Pflegebedürftigen in Deutschland überwiegend von ihren Angehörigen oder ähnlich nahestehenden Personen zuhause gepflegt. Dieses informelle Unterstützungspotential hat auch maßgeblich die Versorgung der in den letzten Jahren neu hinzukommenden Pflegebedürftigen übernommen. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass trotz nicht weg zu diskutierender Herausforderungen und Probleme, insgesamt noch ausreichend Personal in der Pflege vorhanden ist und deren Einsatz aufgrund einer teilweise geringen Effizienz noch optimiert werden könnte.

Diese Erkenntnisse weisen darauf hin, dass der in der Öffentlichkeit immer intensiver diskutierte Pflegenotstand noch nicht so schlimm zu sein scheint, wie er in der Regel dargestellt wird. Diese Einschätzung darf aber keineswegs miss-

verstanden werden. Dies bedeutet durchaus nicht, dass es nicht auch heute schon Probleme dabei gibt, die pflegerische Versorgung sicherzustellen. Hier fehlen jedoch viele Daten über das Ausmaß der Herausforderungen, was sicherlich sehr stark auch von der jeweiligen Region abhängen wird. Die in diesem Beitrag zusammengetragenen Informationen bedeuten außerdem noch viel weniger, dass kein Handlungsbedarf besteht. Vielmehr steuert Deutschland gerade wegen dieser Situation auf eine Pflegekatastrophe zu. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass sich die Menschen daran gewöhnt haben, dass das System der Unterstützung pflege- und hilfebedürftiger Menschen „nicht mehr zu retten“ ist und sie dennoch mehr oder weniger unmittelbar erleben, dass es irgendwie doch noch funktioniert. Und genau das wird in Zukunft nicht mehr gelingen, wenn nicht ein Umdenken in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen stattfindet.

Der Grund für diese pessimistische Prognose liegt insbesondere daran, dass die sogenannten Baby-Boomer überwiegend in den kommenden Jahren in das Rentenalter kommen werden und dem Pflegemarkt dann Arbeitskräfte in einem heute kaum vorstellbaren Umfang verloren gehen werden. Gleichzeitig werden sich sehr bald immer mehr pflegebedürftige

„Baby-Boomer“ ohne soziales Umfeld zurechtfinden müssen, bei denen dann in der Regel nur eine professionelle Pflege in Frage kommt. Bei den dann zusätzlich benötigten professionellen Angeboten besteht leider nicht nur das Problem der knappen Personalressourcen. Auch die Sicherstellung der Finanzierung der pflegerischen Versorgung, die bereits aktuell stark in Frage gestellt wird, wird dann in einem heute kaum vorstellbaren Umfang gefährdet sein.

Aus der dargestellten Situation der pflegerischen Versorgung in Deutschland ergibt sich folglich ein dringender Handlungsbedarf, bei dem die Etablierung von Pflege- und Versorgungsquartieren eine zentrale Rolle übernehmen muss. Das zentrale Ziel des Konzeptes der Pflege- und Versorgungsquartiere zielt darauf ab, den Menschen in einem bestimmten Quartier zu ermöglichen, auch im Alter und mit (steigender) Pflege- und Hilfebedürftigkeit so lange wie möglich, möglichst gesund, selbstständig und sozial integriert, in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben. Dies geschieht durch eine systematische Analyse der Bedarfe in der Bevölkerung, die Ermittlung der benötigten Angebote, Kapazitäten und Kosten sowie eine mit allen beteiligten Personen und Organisationen gemeinsam erstellte und umgesetzte Konzeption, die eine gezielte Bündelung und Koordination von Pflegeleistungen, komplementären Angeboten und Präventionsmaßnahmen, die Aktivierung lokaler Ressourcen sowie die Unter-

stützung der Pflegepersonen optimiert. Wichtige bei der Umsetzung dieser Quartiere ist außerdem, dass sie nicht auf den Pflege- und Hilfebedarf reduziert werden. Es geht vielmehr darum, diese Themen im Kontext aller Bedarfe und Angebote der jeweiligen Quartiere zu betrachten und quartiersspezifische Lösungen zu finden. So tragen gut gemanagte Pflege- und Versorgungsquartiere auch zur Belebung des lokalen Handels, der Dienstleistungs- und Gewerbebetriebe bei, indem sie von der höheren Frequenz in einem lebendigen Quartier profitieren. Eine Einbindung regionaler Produktangebote und Betriebe ermöglicht die Generierung von Wertschöpfung und Wirtschaftskraft in der Region, die Förderung nachhaltiger Konsummuster und die Sicherung von Arbeitsplätzen vor Ort. Die Einbindung regionaler Produzenten, etwa in Form von Wochenmärkten oder Direktverkäufen, fördert kurze Lieferketten und regionale Wirtschaftskreisläufe. Ein adäquat ausgestaltetes Versorgungsquartier potenziert die Attraktivität für Investoren, Wohnungsbaugesellschaften und Immobilieneigentümer. Die Implementierung barrierefreier Gebäude, attraktiver Freiflächen und öffentlicher Räume resultiert in einer signifikanten Steigerung der Aufenthaltsqualität und einer Aufwertung des Quartiers für alle Generationen. Dieser Effekt trägt zur Erhöhung der städtebaulichen Qualität bei. Das lokale Angebot an Pflege- und Gesundheitseinrichtungen im Quartier erhöht die Nachfrage nach Wohnraum und mindert langfristig Leer-

tandsrisiken. Investitionen in soziale und ökologische Strukturen sichern auch Eigentümern von Immobilien stabile Einnahmen bzw. schaffen Potenziale für nachhaltige Investitionen. Bei der Realisierung dieser innovativen Versorgungsform muss jemand vor Ort die Versorgungsverantwortung übernehmen. Hier kommen in erster Linie die Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge, als örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger sowie mit ihren bereits bestehenden, umfassenden bundes- und landesrechtlichen Beratungs- und Sicherstellungsaufträgen in Betracht. Die Kommunen sind auch deshalb hier zu nennen, weil sie im Falle des Scheiterns der notwendigen Bemühungen bei der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung einen Großteil der Kosten, insbesondere im Bereich der Hilfe zur

Pflege, tragen müssen. Allerdings muss an dieser Stelle deutlich gemacht werden, dass inzwischen immer mehr Kommunen Personalstellen in der Verwaltung als freiwillige Leistung schaffen, die mit diesen Planungsaufgaben betraut werden. Diese Sozial- und Fachplanungen können auch dazu beitragen, dass viele für das Quartiermanagement benötigte Daten zur Verfügung stehen und relevante Akteure mit einbezogen werden können. Diese Fachkräfte können jedoch nicht vor Ort die benötigten Quartierskonzepte entwickeln, begleiten und verschriftlichen. Diese Aufgaben müssen von einem Quartiersmanagement vor Ort übernommen werden. Das Quartiersmanagement und die kommunale Planung unterstützen sich dann wechselseitig.

## 2.0 Situation der pflegerischen Versorgung in Deutschland

In diesem Papier werden Pflege- und Versorgungsquartiere als notwendige innovative Lösung für die zukünftige Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Deutschland vorgestellt. Um diese Notwendigkeit zu belegen, wird im Folgenden die derzeitige Situation der pflegerischen Versorgung in Deutschland auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten differenziert dargestellt und kritisch hinterfragt.

Eine Betrachtung der gesellschaftspolitischen Debatte der letzten Jahre über die pflegerische Versorgung lässt nur einen Schluss zu. Sie kann schon heute flächendeckend nicht mehr sichergestellt werden. Gründe sind die starke Zunahme der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, der immer stärker werdende Fachkräftemangel, die Abnahme des familiären Unterstützungspotentials und die rasante Steigerung der

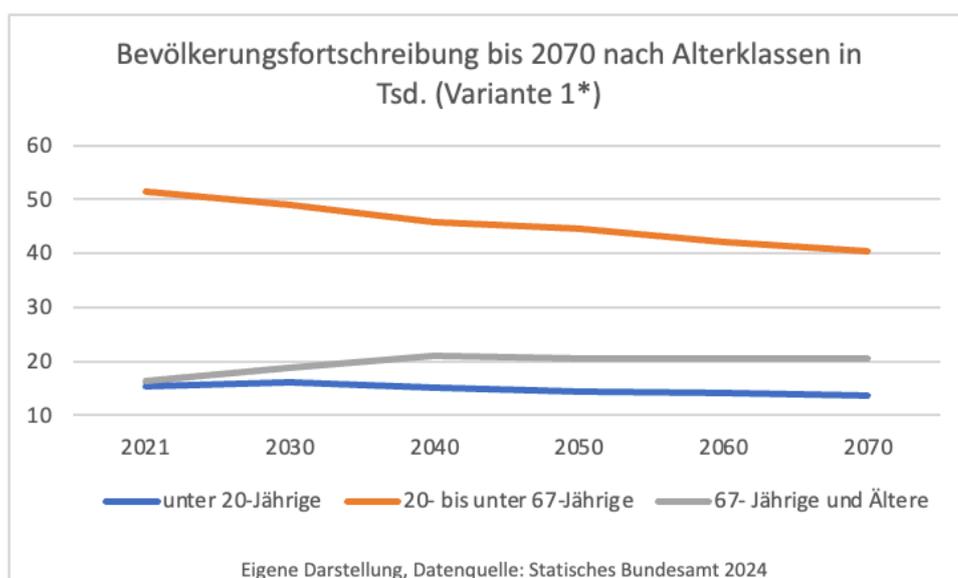
Kosten. Auf der Grundlage aller zur Verfügung stehenden Daten muss allerdings konstatiert werden, dass diese Aussage nicht einfach unkommentiert stehen gelassen werden kann. So gibt es auch einige Forschungsergebnisse, nach denen der Pflegenotstand noch lange nicht so schlimm zu sein scheint, wie er überwiegend in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Klar ist auf jeden Fall, dass viele Daten zur verlässlichen Einschätzung der derzeitigen pflegerischen Versorgung fehlen. Klar ist auch, dass es auf jeden Fall teilweise deutliche regionale Unterschiede beim Ausmaß der Herausforderungen gibt. Im Folgenden wird zu verschiedenen Aspekten der pflegerischen Versorgung dargestellt, welche Daten und Informationen bekannt sind und welche nicht, um am Ende eine differenziertere Aussage zur aktuellen Situation der pflegerischen Versorgung in Deutschland und zu deren zukünftigen Entwicklung zu treffen.

## 2.1 Demografische Entwicklung: Alterung, Singularisierung

Die Situation der pflegerischen Versorgung in Deutschland ist natürlich sehr eng mit der demografischen Entwicklung verbunden. Bereits in den späten 1990er Jahren und auch deutlich früher waren uns die heutigen Auswirkungen schon bekannt, die die demografische Entwicklung in Deutschland gegenwärtig hat und in naher Zukunft haben wird. Denn wir stehen bereits heute einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft gegenüber. Das ist nichts Neues, sondern bereits seit des sog. „Pillenknicks“ in den 1970er Jahren bekannt. Gegenwärtig beträgt der Anteil der Menschen über 65 Jahre etwa 22 % der Gesamtbevölkerung (von 84,6 Mio. Menschen 2024, Statistisches Bundesamt 2025a) und dieser Anteil wird laut der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung

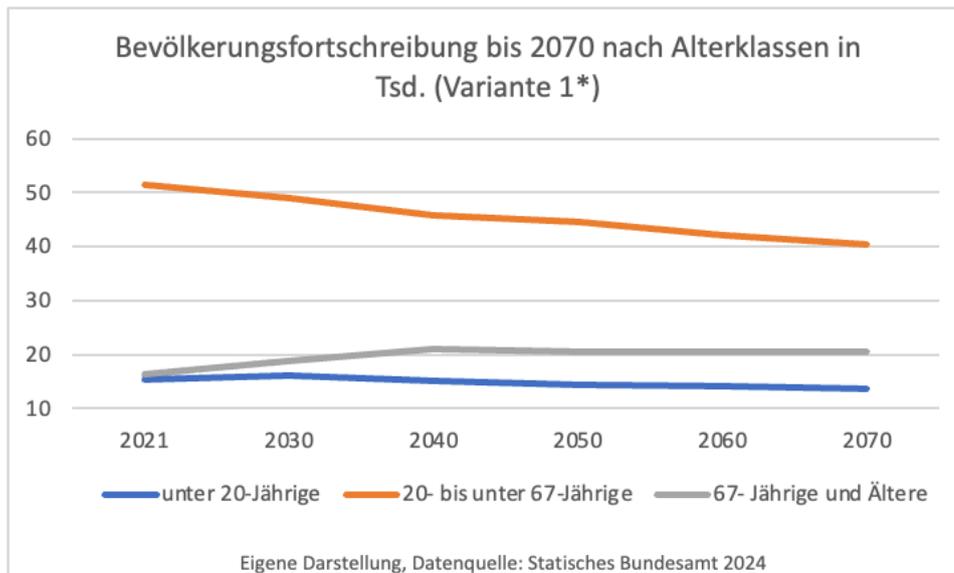
des Statistischen Bundesamts bis zum Jahr 2070 auf 30 % ansteigen. Hinzu kommt, dass der Anteil junger Menschen immer geringer wird. Zwar ist die Bevölkerung in den vergangenen Jahren minimal gewachsen – Ende 2023 um 0,3 % zum Vorjahresvergleich und hat sich dazu auch minimal verjüngt, Ursache hierfür war allein eine hohe Nettozuwanderung, insbesondere ausgelöst durch die Zuwanderung aus der Ukraine (Saldo aus Zu- und Fortzügen). Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes zeigen aber auch, dass seit der deutschen Vereinigung die Bilanz der Geburten und Sterbefälle bis 2023 negativ ausfällt. Laut des Statistischen Bundesamts (2025b) liegt die durchschnittliche Zahl der Kinder bei 1,35 pro Frau (2023), im Jahr 2022 davor lag sie noch bei 1,46 Kinder je Frau.

Abbildung 1: Entwicklung der Bevölkerung bis 2070 nach Szenarien (moderates Wachstum)



\* Variante 1: Unter der Annahme einer moderaten Entwicklung der Geburtenhäufigkeit mit jährlicher Geburtenrate bei 1,55 Kindern je Frau, eines moderaten Anstiegs der Lebenserwartung bei Geburt bis 2070 für Jungen auf 84,6 und für Mädchen auf 88,2 Jahre bei unterschiedlich hohem durchschnittlichen Wanderungssaldo von 180.000 Personen pro Jahr (Statistisches Bundesamt 2024).

**Abbildung 2: Entwicklung der Bevölkerung bis 2070 nach Szenarien (hohes Wachstum)**

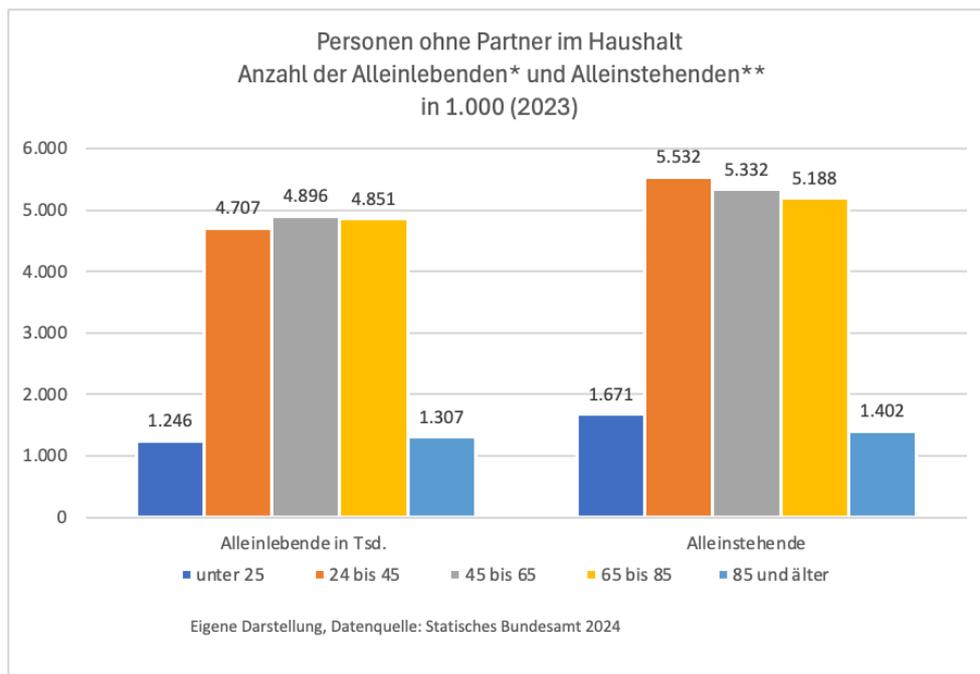


\* Variante 5: Unter der Annahme einer hohen Geburtenrate von 1,67 Kindern je Frau, eines langsamen Anstiegs der Lebenserwartung (bei Geburt) bis 2070 für Jungen auf 82,6 und für Mädchen auf 86,1 Jahre und bei einem hohem Wanderungssaldo von durchschnittlich 400.000 Personen pro Jahr (Variante 5, G3-L1-W3) Jahr (Statistisches Bundesamt 2024).

In Deutschland leben immer mehr Menschen allein, denn die Anzahl der Ein-Personen Haushalte ist in dem vergangenen Jahrzehnt deutlich gestiegen. So dürften von den Personen, die in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen, viele alleinstehend sein und keine Familie im Hintergrund haben. Genaue Zahlen über die künftigen alleinstehenden Rentner liegen zwar nicht vor, doch lassen sich einige Anhaltspunkte aus der Statistik der privaten Haushalte ableiten. 2023 gab es etwa 17 Millionen Einpersonenhaushalte, was 41 Prozent aller Haushalte entspricht. 2023 lebten etwa 3 Millionen Menschen in Deutsch-

land dem Rentenalter (55- bis 65-Jährigen nähern) und etwa 5,85 Millionen Menschen, die bereits das Rentenalter erreicht hatten (65 bis 85 Jahren) allein (Statistisches Bundesamt 2025 c). Unter den sogenannten „Empty Nestern“ (40-64 Jahre mit ausgezogenen Kindern) waren 2024 etwa 34,7% nicht verheiratet oder getrennt lebend, was darauf hindeutet, dass ein erheblicher Teil der zukünftigen Rentnerinnen und Rentner möglicherweise alleinstehend sein wird und möglicherweise wenig familiäre Unterstützung haben wird. (IFD - Institut für Demoskopie Allensbach 2024).

**Abbildung 3: Verteilung der Alleinlebenden in Deutschland in Altersklassen**



Erläuterung: In der Haushaltsstatistik des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der Einpersonenhaushalte (\*Alleinlebende) sowie die Zahl der Personen, die ohne Ehe- oder Lebenspartner und ohne Kinder in einem Haushalt leben (\*\*Alleinstehende), ausgewiesen. Bei Letzteren ist es unerheblich, ob sie als Ledige, verheiratet Getrenntlebende, Geschiedene oder Verwitwete in Ein- oder Mehrpersonenhaushalten leben. Dass diese Personen tatsächlich in keiner Partnerschaft leben oder nicht in ein familiäres Umfeld eingebunden sind, kann daraus nicht unmittelbar abgeleitet werden.

Die Auswirkungen liegen klar auf der Hand und finden sich u. a. in den folgenden Bereichen wieder: Auf dem Arbeitsmarkt wird es leer, denn der demografische Wandel führt zur Beschleunigung des Arbeits- bzw. Fachkräftemangels, den viele Unternehmen gegenwärtig schon spüren. Die ersten geburtenstarken Jahrgänge erreichen heute oder in den nächsten Jahren das Rentenalter und gehen dem Arbeitsmarkt - und damit auch der Pflege- und Gesundheitsversorgung - verloren. So ist der Anteil älterer Arbeitnehmer ab 55 Jahre deutlich gestiegen, was z. T. durch die Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 bedingt ist. Die Erwerbsbeteiligung ist heute schon hoch, so dass das Poten-

zial zur Ausweitung der Arbeitskräfte nur bedingt ausreichend ist und auch die Zahl der Erwerbspersonen ab 55 Jahre wird in Zukunft stagnieren und sogar zurückgehen, wenn es nicht zu einer Erhöhung des Renteneintrittsalters, zu einem schlagartigen Anstieg der Geburtenzahlen und einer deutlichen Einwanderungsdynamik kommen wird. Bis 2060, so rechnet das Statistische Bundesamt, werden je nach Szenario zwischen 2 bis 10 Millionen Erwerbspersonen (20 bis 74 Jahre) vom Arbeitsmarkt verschwinden (Statistisches Bundesamt 2024d). Die Herausforderung wird es sein, offene Stellen neu zu besetzen und das betrifft alle Berufsgruppen durch die Bank weg. Und dass nicht nur, um die Wirtschaft am

Laufen zu halten, sondern damit weiterhin Menschen in die Sozialkassen einzahlen können, um wiederum Renten und Pflege zu finanzieren. Ansonsten wird das Renteneintrittsalter weit über die 70 hinaus verschoben werden müssen oder die Renten werden in Zukunft deutlich geringer ausfallen, was sich wiederum auch auf die Finanzierbarkeit von Pflege auswirken wird. Stefan Schulz spricht nicht ohne Grund in seinem gleichnamigen Buch über die sog. „Altenrepublik“. Mit dieser Entwicklung sind zwei zentrale Herausforderungen

assoziiert: Einerseits ist ein Anstieg des Bedarfs an Unterstützungs- und Pflegeleistungen zu verzeichnen, die von Angehörigen oder professionellen Pflegekräften übernommen werden müssen. Andererseits ist der Arbeitsmarkt mit einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung konfrontiert (Schulz 2022). Beide Herausforderungen werden in der folgenden Betrachtung mit Blick auf die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und des dafür notwendigen Personals diskutiert.

## 2.2 Einsamkeit als besondere Herausforderung

Im vorhergehenden Abschnitt wurde bereits darauf eingegangen, dass in Zukunft immer mehr Menschen allein leben werden und sich zudem das soziale Umfeld auf immer weniger Menschen verkleinern wird. Einsamkeit ist neben der Sicherung der Finanzierbarkeit der Sozialversicherung und der Sicherstellung der Gesundheits- und Pflegeversorgung eine der zentralen sozialpolitischen Herausforderungen der kommenden Jahre. Dies betrifft in besonderem Maße ältere, weniger mobile, pflege- und hilfsbedürftige sowie alleinlebende Menschen.

Das Kompetenznetz Einsamkeit am Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. definiert diese auf seiner Website wie folgt:

*„Einsamkeit ist ein subjektives Gefühl, bei dem die eigenen sozialen Beziehungen nicht den persönlichen Wünschen und Bedürfnissen entsprechen. Zum Beispiel kann Einsamkeit für manche einen empfundenen Mangel an engen, emotionalen Bindungen bedeuten. Für andere entsteht Einsamkeit, wenn sie weniger Kontakt zu anderen Menschen haben, als sie es gerne möchten“.*

Dabei wird zwischen Einsamkeit als Mangel an sozialen Kontakten (Quantität) und als Mangel an Qualität der bestehen-

den sozialen Beziehungen unterschieden und über das daraus resultierende negative Erleben definiert. Einsamkeit betrifft sowohl Individuen als auch Gruppen in unterschiedlichen Einsamkeitsstufen bzw. -bezügen: emotionale/intime Einsamkeit, soziale/relationale Einsamkeit, physische Einsamkeit, kollektive Einsamkeit sowie kulturelle Einsamkeit (Luhmann 2022). Einsamkeit kann vorübergehend oder dauerhaft sein. Letztere ist mit erheblichen gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen verbunden.

Die Ursachen des subjektiven Empfindens von Einsamkeit sind vielfältig und werden im Jahr 2023 erstmals erschienen Einsamkeitsbarometer vom Kompetenznetz Einsamkeit e.V. (Schobin et al. 2023) zusammengetragen. Als Einflussfaktoren werden insbesondere die Zunahme von Einpersonenhaushalten, Erwerbslosigkeit und Care-Arbeit sowie Armut identifiziert. Erwerbslose Personen zeigen häufig ein geringes Selbstwertgefühl und auch die Care-Arbeit wirkt sich auf die Einsamkeitsbelastung aus, da sie die soziale Teilhabe erschwert.

Der Begriff „Care“ umfasst dabei sowohl die Betreuung Pflegebedürftiger als auch die Kindererziehung (vgl. Gibson-Kunze, M. Arriagad, C., 2023). Auch Menschen, die neu zugezogen sind oder die Rolle des

alleinerziehenden Elternteils innehaben und daher über eine eingeschränkte Zeitkapazität für soziale Interaktionen verfügen, sind von dem Gefühl der Einsamkeit betroffen (vgl. ebd.: 125). Ein weiterer Aspekt, der die Etablierung sozialer Netzwerke erschwert, ist die Konfrontation mit Sprachbarrieren und Kulturunterschieden, wie sie für Menschen mit Migrationshintergrund typisch sind (vgl. Gibson-Kunze, M., Arriagad, C., 2023).

Ältere Menschen können in besonderem Maße von Einsamkeit betroffen sein: Einerseits durch den Verlust des sozialen Umfelds, wie den Verlust des Partners oder der Partnerin, naher Angehöriger und enger Freunde und Freundinnen, andererseits durch gesundheitliche Einschränkungen. Auch unsere „Leistungsgesellschaft“ fordert ihren Tribut. Die starke Fokussierung auf Arbeit und Karriere sowie das Knüpfen von sozialen Kontakten fast ausschließlich unter Kollegen könnte nach Beendigung des Berufslebens Auswirkungen auf das soziale Wohlbefinden und die mentale Gesundheit haben. Wenn sich die meisten sozialen Kontakte auf das Arbeitsumfeld beschränken, führt der Ruhestand oft zu einem abrupten Verlust dieser Netzwerke, meist dann, wenn die ehemaligen Kollegen noch beschäftigt sind und weniger Zeit für außerberufliche soziale Interaktionen haben. Zudem wird es für Menschen im Alter schwieriger, ein soziales Netzwerk aufzubauen und neue Freundschaften zu schließen, da es oft an

Gelegenheiten, aber auch an Begegnungsräumen fehlt. Darüber hinaus erhöht Altersarmut das Risiko, dass ältere Menschen vereinsamen, weil sie sich die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nicht mehr leisten können.

Isolation und Einsamkeit sowie der Verlust einer arbeitsbedingten täglichen Struktur und sozialen Anerkennung sind starke Risikofaktoren für psychische Erkrankungen, wie Depression oder Sucht. Auch das Fehlen geistiger Herausforderungen, des Lernens und täglicher Ziele führt zum Verlust kognitiver Funktionen und erhöht das Risiko, an Demenz zu erkranken. Soziale Medien sind kein Ersatz für reale Kontakte. Im Gegenteil, sie können sogar die Entfremdung fördern. Nach Luhmann ist damit nicht das hohe Alter selbst der Risikofaktor, sondern die Zunahme von Ereignissen, die Einsamkeit auslösen (Luhmann 2022). Wie im ersten Abschnitt beschrieben, wird diese Gruppe durch die demografische Entwicklung in den kommenden Dekaden stark anwachsen.

Auch räumliche Faktoren sowie Lebensbedingungen vor Ort (vgl. Neu 2022) tragen zum Empfinden von Einsamkeit bei. Ein neues Gebiet der Einsamkeitsforschung beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen regionalen Faktoren und sozialer Isolation. Raum wird als ungleichheitsgenerierende Größe betrachtet, da er Zugänge, Teilhabemöglichkeiten und Handlungsspielräume strukturiert. In der Einsamkeitsforschung

ist es schwierig, räumliche und regionale Faktoren von kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Faktoren zu trennen. Kleinräumige Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass regionale Unterschiede in Einsamkeit und Isolation durch räumliche Faktoren erklärt werden können. So haben beispielsweise die Erreichbarkeit von Parks, Sport- und Freizeitangeboten, wohnortnaher Versorgung sowie Begegnungsstätten einen Einfluss auf das Einsamkeitserleben von Menschen (Gibson-Kunze und Arriagad 2023).

Einsamkeit nimmt also in unserer Gesellschaft zu und beeinflusst das Wohlbefinden und die (psychische) Gesundheit nachhaltig. Ein dauerhaftes Gefühl der Einsamkeit kann sich negativ auf die physische und psychische Gesundheit auswirken und das Risiko für

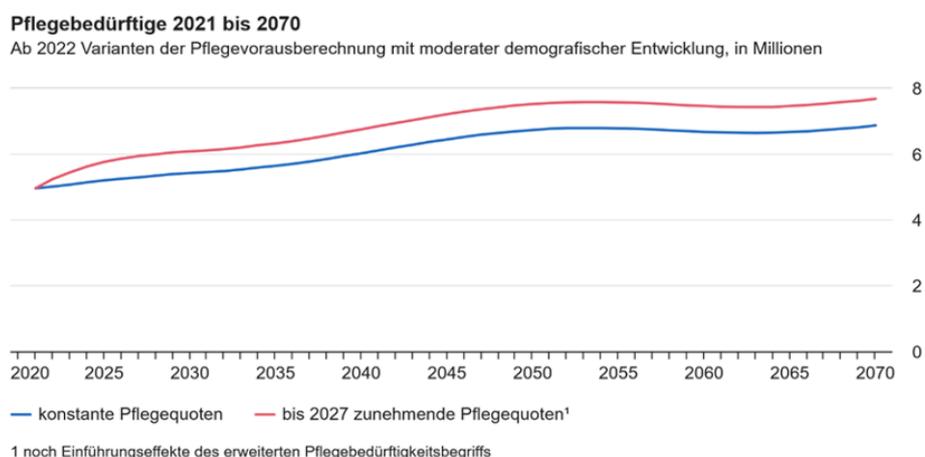
verschiedene Krankheiten erhöhen. Untersuchungen (u.a. Wurm et al. 2023/ Butz 2022) weisen auf einen Zusammenhang mit Herzerkrankungen, Depressionen, dem Abbau kognitiver Fähigkeiten im Alter, Substanzmissbrauch oder Essstörungen hin. Chronische Einsamkeit beeinträchtigt sowohl das körperliche als auch das psychische Wohlbefinden und kann tatsächlich zu einem verfrühten Tod führen. Die Auswirkungen von Einsamkeit betreffen zudem nicht nur die physische und psychische Verfassung der Betroffenen, sondern auch die lokale Gemeinschaft und die Gesellschaft als Ganzes. Ein wesentlicher Aspekt in diesem Zusammenhang ist der Vertrauensverlust in die politischen Institutionen und nicht zuletzt in die Demokratie (Gibson-Kunze und Arriagad 2023).

## 2.3 Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen

Bei der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zeigen die Daten der aktuellen Bundespflegestatistik von Dezember 2024, dass am 15. Dezember 2023 in Deutschland knapp 5,7 Millionen Menschen pflegebedürftig waren (Statistisches Bundesamt 2025 e). Das waren 730.000 Menschen mehr als noch zwei Jahre zuvor, was eine Steigerung von 15 Prozent bedeutet. Hiermit wird der bestehende Trend der letzten Jahre eindeutig weiter fortgeführt. Um dies zu verdeutlichen, sei an dieser Stelle auf den 15.12.2017 verwiesen, wo die Anzahl der Pflegebedürftigen „nur“ bei 3,4 Millionen Menschen lag (Statistisches Bundesamt 2025 e). Dies bedeutet, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland in einem Zeitraum von sechs Jahren um über zwei Millionen Menschen gestiegen ist. Zwei Millionen Menschen, deren Versorgung von einer nachweislich älter

werdenden Bevölkerung (siehe Abschnitt 2.1) zusätzlich versorgt werden mussten. Diese Zahlen belegen eindeutig, dass es in den letzten Jahren ein deutliches Wachstum der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland gab, dass sicherlich aufgrund der Folge des demografischen Wandels auch zukünftig anhalten wird. An dieser Stelle sei außerdem darauf hingewiesen, dass die Prognosen für die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen der letzten Jahre die tatsächliche Entwicklung immer sehr deutlich unterschätzt haben. Wie **Abbildung 4** zeigt, gilt dies auch für die aktuelle Pflegevorausberechnung, die selbst bei der pessimistischen Variante für das Jahr 2023 insgesamt 5,4 Millionen Pflegebedürftige prognostiziert hat und damit 300.000 pflegebedürftige Menschen unter dem tatsächlichen Wert der aktuellen Bundespflegestatistik lag (s. o).

**Abbildung 4: Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes 2021-2070**



## 2.4 Art der pflegerischen Versorgung

Viele Studien belegen immer wieder eindeutig, dass die meisten Menschen im Alter auch mit einer zunehmenden Pflege- und Hilfebedürftigkeit möglichst nicht in eine stationäre Pflegeeinrichtung umziehen wollen. Nach den Zahlen der Bundespflegestatistik gelingt dieses Ziel in Deutschland in den letzten Jahren auf einem hohen Niveau zunehmend gut (Statistisches Bundesamt 2025 e). So lag der Anteil der Pflegebedürftigen, die in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt wurden am 15.12.2017 bei 24 Prozent. Nach den aktuellen Zahlen zum Stichtag 15.12.23 ist diese Quote auf 14 Prozent gesunken. Eine Betrachtung der absoluten Zahlen zeigt, dass die Anzahl der in stationären Pflegeeinrichtungen versorgten Menschen, bei leichten Schwankungen, relativ konstant bei etwa 950.000 Personen liegt. Zum letzten Stichtag am 15.12.2023 waren es mit 976.634 wieder etwas mehr Pflegebedürftige als zwei Jahre zuvor (930.970). Diese Zahlen bedeuteten, dass die Versorgung der mit Abstand meisten Pflegebedürftigen in Deutschland alleine von Ihrem sozialen Umfeld, teilweise mit Unterstützung von ambulanten Pflegediensten, sichergestellt wird. Bei der Unterstützung durch ambulante Pflegedienste kann in den letzten Jahren eine Steigerung der absoluten Inanspruchnahme von 829.958 am 15.12.2017 zu

1.100.672 am 15.12.2023 beobachtet werden. Allerdings belegen die Zahlen der Bundespflegestatistik auch, dass der Anteil der Pflegebedürftigen, die ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken ist.

Letztendlich belegen diese Zahlen sehr eindeutig, dass das Unterstützungspotenzial aus dem privaten Umfeld der Pflegebedürftigen bisher noch nicht rückläufig ist und es stattdessen immer deutlicher das Rückgrat der pflegerischen Versorgung bildet. Ein sehr großes Problem besteht derzeit allerdings darin, dass es keine verlässlichen und aussagekräftigen Daten über die Situation der immer weiter steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen gibt, die ausschließlich, oder mit Unterstützung von ambulanten Pflegediensten, von ihrem sozialen Umfeld gepflegt werden. Es kann beispielsweise keine verlässliche Aussage dazu gemacht werden, bei wie vielen Menschen die pflegerische Versorgung nur deshalb innerhalb der Familie sichergestellt wird, weil sie kein professionelles Angebot finden konnten. Bei der Interpretation der Daten der Bundespflegestatistik muss in diesem Zusammenhang auch berücksichtigt werden, dass es in den letzten Jahren keinen nennenswerten Ausbau der Plätze in der stationären Pflege gab und

die vorhandenen Plätze fast vollständig belegt sind. Es ist auch nicht bekannt, bei wie vielen dieser Menschen diese Versorgung als prekär bewertet werden muss, weil die Pflegepersonen sich durch diese Aufgaben oberhalb ihrer Belastungsgrenze befinden.

## 2.5 Situation des Pflegepersonals

Die Situation des Pflegepersonals wird dauerhaft in der öffentlichen Diskussion unter dem Begriff „Fachkräftemangel“ geführt. Allerdings sind sich viele renommierte Forscher einig und sicher, dass die pflegerische Versorgung, trotz nicht wegzudiskutierender Herausforderungen, in den meisten Regionen noch sichergestellt werden kann. So gehören folgende Aussagen zu den zentralen Ergebnissen der Untersuchung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP), die von Herr Professor Klie und Herrn Professor Isfort als Bestandteil des DAK-Pflegereport 2024 veröffentlicht wurden:

„Eine ganze Reihe von Narrativen, die die Pflegediskussion bestimmen, entbehren einer empirischen Grundlage. Dazu gehören:

- Die ersten Kippunkte (die Renteneintritte übertreffen die Quote der Berufseinsteiger, die in den Beruf einmünden) werden in den ersten Bundesländern ab 2029 erwartet.
- Pflegekräfte haben KEINE kurze Verweildauer im Beruf. Im Gegenteil: Sie sind berufstreu.
- Die Zahl der Erwerbstätigen in der beruflichen Pflege ist stabil. Es gibt keine Hinweise darauf, dass ein „Pflexit“ (eine coronabedingte Flucht

aus dem Pflegeberuf) stattgefunden hat.

- Der Pflegeberuf ist nicht unattraktiv: 2020/2021 wurden so viele Pflegende ausgebildet wie noch nie. Die Ausbildungszahlen halten sich auch nach Einführung der generalistischen Ausbildung stabil – dabei spielen allerdings Zugewanderte regional eine zum Teil dominante Rolle.
- Beruflich Pflegende sind sektoren- und ortstreu: Ein Sog ins Krankenhaus wegen besserer Bezahlung oder Arbeitsbedingungen lässt sich nicht nachweisen.“ (DAK-Pflegereport 2024)

Diese Aussagen decken sich auch mit den aktuellen Zahlen der Bundesagentur für Arbeit vom Mai 2024, wonach die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegekräfte zwischen den Jahren 2018 und 2023 von 1,56 auf 1,69 Millionen Pflegekräfte gestiegen ist (Bundesagentur für Arbeit 2024).

Bezüglich der Attraktivität des Pflegeberufs sei an dieser Stelle auf Zahlen und Aussagen des Statistischen Bundesamtes von März 2024 verwiesen. Demnach erhielten im April 2023 vollzeitbeschäftigte Fachkräfte in der Altenpflege durchschnittlich 3920 Euro und in der Krankenpflege durchschnittlich 4067, was 200 bzw. 350 Euro über dem Durchschnitt der Ausbildungsberufe lag (siehe Abbil-

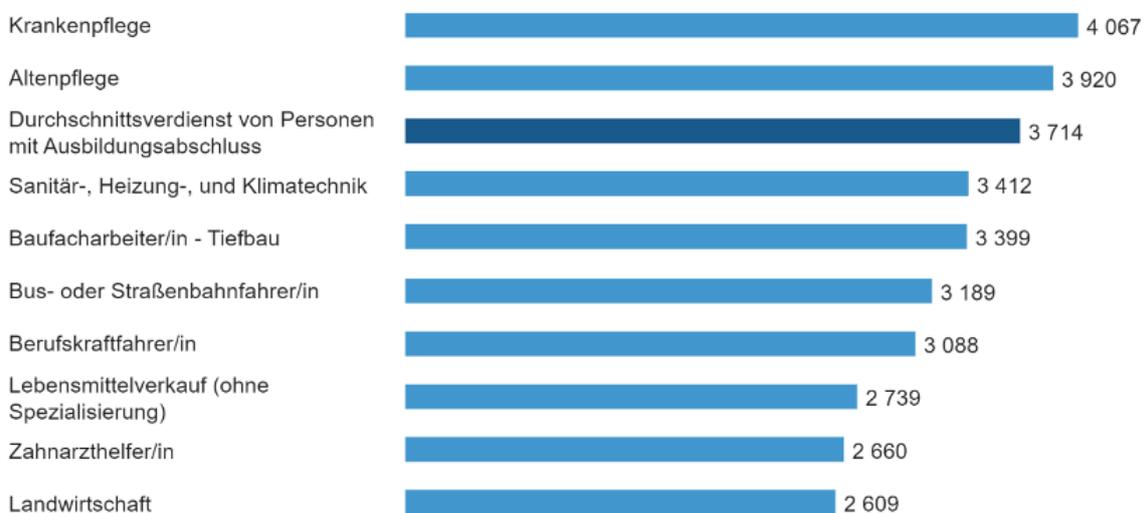
4). Im Bericht des Statistischen Bundesamtes wird der Pflegeberuf als Beispiel für einen Engpassberuf genommen, in dem „deutlich höhere Verdienste erzielt werden“. Eine Aussage, die

nach den Ergebnissen und Aussagen des statistischen Bundesamtes nicht bei jedem Engpassberuf getroffen werden kann (Statistisches Bundesamt 2025f).

**Abbildung 5: Verdienstmöglichkeiten in verschiedenen Engpassberufen**

**Verdienste für ausgewählte Ausbildungsberufe im April 2023**

Bruttomonatsverdienste Vollzeitbeschäftigte, in EUR



Ohne Sonderzahlungen.

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025

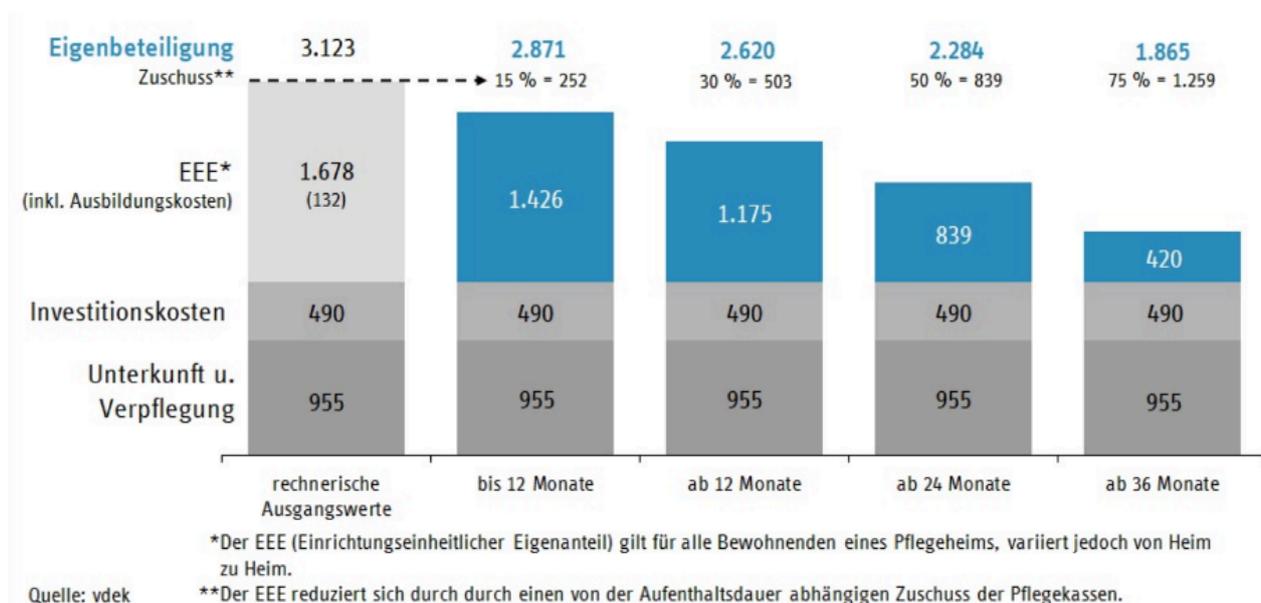
## 2.6 Kostenentwicklung der pflegerischen Versorgung

Die Kosten für die pflegerische Versorgung sind gerade in den letzten Jahren explosionsartig gestiegen. Aus Sicht der Pflegeversicherung betrifft dies insbesondere die Steigerung der Anzahl der Menschen, die im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig sind (s. o.) und damit Leistungsansprüche gegenüber den Pflegekassen als zuständigen Kostenträger haben. Aus der Perspektive der Pflegeversicherung sind darüber hinaus die Erhöhung der Leistungsansprüche in den letzten Jahren zu nennen. So erhielten Pflegebedürftige im Pflegegrad 2 bspw. im Jahr 2020 noch 316 Euro pro Monat. Dieser Betrag ist seit dem 1. Januar 2025 auf 347 Euro gestiegen. Diese moderate Steigerung führt unter Berücksichtigung der aktuellen Zahlen der Bundespflegestatistik allein auf Mehrkosten für die Pflegeversicherung von ca. 50 Millionen Euro pro Monat und entsprechend ca. 600 Millionen Euro pro Jahr nur für Pflegebedürftigen im Pflegegrad 2, die Pflegegeld erhalten.

Aus der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen hat die Steigerung der leistungsberechtigten Personen sowie auch die Steigerung der Leistungsansprüche positive Effekte auf die Kosten. Allerdings können diese positiven Effekte von den

betroffenen Menschen nicht wahrgenommen werden, weil die Kosten für die Pflegeleistungen im Vergleich zu den Leistungsansprüchen in einem noch viel größeren Umfang gestiegen sind. Der Grund liegt insbesondere daran, dass durch verschiedene gesetzliche Neuregelungen die Gehälter in der Pflege in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind. Ein Befund, der in Anbetracht der wichtigen Rolle dieser Berufsgruppe richtig und wichtig ist und war, der aber maßgeblich dazu führt, dass die Pflegebedürftigen deutlich weniger Leistungen der ambulanten Pflege in Anspruch nehmen können als früher und der Eigenanteil in der stationären Pflege immer größer wird. So lag der monatliche Eigenanteil für das erste Jahr in der stationären Pflege im Juli 2024 bundesdurchschnittlich bei 2.871 Euro und damit 211 Euro höher als ein Jahr zuvor (vdeb 2024). In der stationären Pflege kommt erschwerend hinzu, dass hier auch die Baukosten förmlich explodiert sind, was zu einem großen Anteil auf die gestiegenen Materialkosten zurückzuführen ist. Eine Folge dieser Entwicklung besteht darin, dass derzeit flächendeckend kaum neue stationäre Pflegeeinrichtungen gebaut werden.

Abbildung 6: Eigenbeteiligung an den Kosten der stationären Pflege



Letztendlich führt die beschriebene Entwicklung der Kosten für die pflegerische Versorgung auch dazu, dass Pflegebedürftigkeit immer mehr zu einem Armutsrisiko wird. Dies bedeutet, dass sich immer mehr Menschen die pflegerische Versorgung nicht mehr leisten können. Dies führt wiederum dazu, dass immer häufiger die Kommunen im Rahmen der Sozialhilfe, insbesondere in Form der Hilfe zur Pflege für einen immer größer werdenden Teil der Kosten aufkommen müssen. Die „Hilfe zur Pflege“ ist eine Pflichtleistung der Kommunen gemäß dem SGB XII. Sie greift immer dann, wenn Pflegebedürftige ihre Kosten nicht selbst tragen können und auch keine ausreichende Unterstützung durch Angehörige erhalten. Die Leistungen umfassen sowohl die Finanzie-

ung von Leistungen der ambulanten Pflege, die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen (Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen) als auch den steigenden Anteil des Eigenanteils an den Kosten der stationären Pflege (Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen).

Die aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes belegen die enorme Bedeutung der Hilfe zur Pflege auf der Kostenseite der Kommunen. So haben im Jahr 2023 insgesamt 410.675 Menschen Hilfe zur Pflege für insgesamt knapp 4,5 Milliarden Euro in Anspruch genommen. Zehn Jahre zuvor haben diese Ausgaben die Kommunalhaushalte noch um über 1,1 Milliarden Euro weniger belastet (Statistisches Bundesamt 2025 h).

Die in Tabelle 1 dargestellten Zahlen machen deutlich, dass die Ausgaben der Hilfe zur Pflege durchaus beeinflussbar sind. So können hier ganz deutlich Kostendämpfungsmaßnahmen der Pflegepolitik belegt werden. Dies betrifft insbesondere Leistungszuschläge nach § 43 c SGB XI, die den Eigenanteil der Bewohnenden an den Kosten der pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen seit dem 1. Januar 2022 je nach Dauer des Heimaufenthaltes um bis zu 70 Prozent senken. Zum Verständnis ist hier wichtig zu erläutern, dass es hier „nur“ um die Kosten für die pflege-

rische Versorgung geht und das zu den Gesamtkosten der stationären Pflege zusätzlich noch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Refinanzierung der Investitionskosten der Träger der Einrichtungen gehören. Die Zahlen in Tabelle 1 machen allerdings auch deutlich, dass selbst diese aus Sicht der Pflegeversicherung sehr teure Intervention nicht zu einer längerfristigen Senkung der Gesamtkosten und der Kosten der Sozialhilfe geführt hat. Es lässt sich jedoch auch erahnen, wie die Kostenentwicklung ohne diese Intervention ausgesehen hätte.

**Tabelle 1: Inanspruchnahme und Kosten der Hilfe zur Pflege**

Jahr	Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen	Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen	Inanspruchnahme gesamt	Kosten gesamt
2023	334.515	76.160	410.675	4.483.100.000
2022	309920	69.905	379.825	3.519.200.000
2021	334.860	68.295	403.155	4.736.900.000
2020	336.580	70.210	406.790	4.306.500.000

Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Statistisches Bundesamt 2025 h

Leider ermöglichen die Zahlen des Statistischen Bundesamtes keine Differenzierung der Kosten der Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen. Außerdem gibt es aufgrund unterschiedlicher landesrechtlicher Regelungen Unterschiede und Unschärfen bei der Zuordnung dieser Kosten. So werden beispielsweise in Nordrhein-Westfalen die Kosten der stationären Pflege bei Menschen mit nur geringem Einkommen zu einem vergleichsweise

großen Anteil von den Kommunen über Pflegegeld bezahlt. Kosten, die in anderen Bundesländern unter die Hilfe zur Pflege fallen, in NRW jedoch nicht einmal zur Sozialhilfe zählen. Um die Rolle der Kommunen bei der Finanzierung der Pflege zu veranschaulichen, wird im Folgenden die Situation des Kreises Wesel vorgestellt. Hierzu wurde der öffentlich zugängliche Controlling-Bericht der Kreisverwaltung ausgewertet. Der Kreis Wesel ist ein Flächenkreis in NRW mit 460.000 Ein-

wohnenden, die in 13 kreisangehörigen Städten und Gemeinden leben. Vom Kreis Wesel sind im Jahr 2023 insgesamt knapp 17 Millionen Euro für durchschnittlich 1.566 Leistungsempfänger der Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen entstanden. Im Bereich des Pflege- wohnungsgeldes kamen hier noch einmal über 15 Millionen Euro für durchschnittlich 1.848 Leistungsempfänger hinzu. Die unterschiedlichen Zahlen der Leistungs- empfänger ergeben sich aus den unterschiedlichen Vorgaben bei den Ansprüchen dieser Leistungen. Zu- sammenfassend sind dem Kreis Wesel im Jahr 2023 Kosten von mehr als 32 Millionen Euro für die stationäre pflege- rische Versorgung seiner Bürgerinnen und Bürger entstanden. Nach dem Controlling-Bericht bedeutete dies durchschnittliche Gesamtkosten für den Kreis Wesel von 1.759,33 Euro pro Fall und Monat. Ergänzend hinzu kamen im Jahr 2023 Kosten von insgesamt gut 2,3 Millionen Euro für durchschnittlich 180 Leistungsempfängern im Bereich der Hilfe zur Pflege außerhalb von Ein- richtungen. Für durchschnittlich 40 Personen mit einem Kostenanteil von

insgesamt knapp 670.000 Euro handelte es sich hierbei um die Finanzierung von Leistungen in alternativen Wohnange- boten, die in der Versorgung mit stationären Pflegeeinrichtungen gleich- gesetzt werden können (siehe Tebest 2024). Diese Zahlen machen sehr deutlich, welche finanzielle Bedeutung es für die Kommunen hat, möglichst vielen ihrer Bürgerinnen und Bürger möglichst lange den allgemein belegten Wunsch zu ermöglichen, so lange wie möglich, auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit, einen Heimumzug zu verhindern.

Bei den Leistungen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen muss außerdem berücksichtigt werden, dass diese auch dazu beitragen können, dass gerade durch die so möglichen zu- sätzlichen ambulanten Pflegeleistungen der Umzug in eine stationäre Pflege- einrichtung verhindert oder zumindest hinausgezögert werden. Aus Sicht der Kommunen handelt es sich in diesen Fällen dann um eine Investition, die letztendlich die deutlich höheren Kosten der Hilfe zur Pflege innerhalb von Ein- richtungen vorbeugt.

## 2.7 Effizienz bei der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen

Ein Thema, das bei der pflegerischen Versorgung in Deutschland bisher zu kurz kommt, ist die Einschätzung der derzeitigen Effizienz der Versorgung. Dabei beschreibt die Effizienz etwas vereinfacht ausgedrückt, inwiefern es gelingt die vorhandenen Ressourcen möglichst gut einzusetzen. Auf die pflegerische Versorgung übertragen, geht es insbesondere darum einzuschätzen, ob die als sehr knapp betrachteten Personalressourcen möglichst sinnvoll (effizient) eingesetzt werden.

Leider muss die Realisierung dieser Zielsetzung in Deutschland bisher sehr negativ bewertet werden. So gibt es in der Regel in jeder Region (auch im ländlichen Raum) mehrere (teilweise viele) ambulante Pflegedienste. Dies ist zunächst erfreulich und ermöglicht in der Theorie eine Wahlfreiheit. Allerdings bedeutet dies auch, dass Pflegebedürftige, die sehr nah beieinander wohnen, oftmals von unterschiedlichen Pflegediensten angefahren werden, die teilweise lange Anfahrtswege in Kauf nehmen. Hier stellt sich die Frage, ob diese Situation, in Anbetracht der in diesem Papier skizzierten Aussicht der zukünftigen Personalentwicklung in der Pflege, weiter aufrechterhalten werden kann. Außerdem gibt es noch einen großen Forschungsbedarf bei der Frage, welche Einflussfak-

faktoren bei dem Zustandekommen von Pflegeverträgen zwischen Pflegebedürftigen und ambulanten wie auch stationären Pflegeeinrichtungen eine Rolle spielen. Hier darf stark bezweifelt werden, dass hier die Wahl der Pflegebedürftigen in der Regel aus-schlaggebend ist.

Ein weiteres Effizienz-Problem besteht darin, dass das Personal in der Regel entweder stationär, teilstationär oder ambulant eingesetzt wird. Der Einsatz von Pflegepersonal in unterschiedlichen Versorgungsbereichen (stationäre, teilstationär und ambulant), wie es bspw. über einen Gesamtversorgungsvertrag möglich ist, ist eine nur sehr selten vorkommende Ausnahme.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass es nach wie vor große Schwierigkeiten dabei gibt sicher zu stellen, dass Pflegefachkräfte nur Tätigkeiten erbringen, für die sie ausgebildet wurden. Stattdessen ist immer noch in der Regel zu beobachten, dass alle Pflegekräfte, unabhängig von ihrem Qualifikationsniveau, alle Aufgaben erbringen. Diese Herausforderung hat auch dazu geführt, dass in der stationären Pflege nach § 113c SGB XI ein neues Personalbemessungsverfahren eingeführt wurde, dessen Umsetzung derzeit noch mit vielen Schwierigkeiten verbunden ist.

Ein weiterer wichtiger Punkt beim Umgang mit der Effizienz der pflegerischen Versorgung besteht darin, dass die Versorgung pflegebedürftiger Menschen nicht alleine auf den Leistungsbereich der Pflegeversicherung reduziert werden darf. So gibt es viele Menschen, die im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig sind, aber in anderen Leistungsbereichen versorgt werden. Ein Beispiel hierfür sind pflegebedürftige Menschen, die gleichzeitig auch eine wesentliche Behinderung im Sinne des SGB IX haben. Diese Menschen haben sowohl Leistungsansprüche gegenüber der Pflegeversicherung als auch gegenüber dem Kostenträger der Eingliederungshilfe. Allerdings finden sie sich in aller Regel in einem der beiden Leistungsbereiche wieder, die jeweils nicht gut auf die sich aus beiden Bereichen ergebenden Bedarfe vorbereitet sind (siehe hierzu

auch Tebest 2022). An dieser Stelle muss jedoch deutlich gesagt werden, dass es bezüglich der Effizienz der pflegerischen Versorgung, ähnlich wie zur Versorgung durch Pflegepersonen (s. o.) bisher zu wenige Daten vorliegen. Das liegt auch daran, dass die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung bisher in aller Regel aus der Perspektive einzelner Leistungserbringer vorgenommen wird. Benötigt werden zukünftig Untersuchungen der Effizienz der pflegerischen Versorgungen von Regionen, aus denen dann Maßnahmen für die Weiterentwicklung abgeleitet und umgesetzt werden können. Hier können die Modellvorhaben nach §§ 123, 124 SGB XI, für die zwischen dem Jahr 2025 bis 2028 bundesweit jährlich bis zu 60 Millionen Euro zur Verfügung stehen, einen wichtigen Beitrag leisten (siehe Tebest und Kempchen 2023).

## 2.8 Zusammenfassende Bewertung und Ausblick in die Zukunft

Die dargestellten Zahlen belegen, dass die pflegerische Versorgung bisher hauptsächlich von Angehörigen oder den Pflegebedürftigen ähnlich nahestehenden Personen sichergestellt wird. Dieses informelle Unterstützungspotential hat auch maßgeblich die Versorgung der in den letzten Jahren neu hinzukommenden Pflegebedürftigen übernommen. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass trotz nicht weg zu diskutierender Herausforderungen und Probleme, insgesamt noch ausreichend Personal vorhanden ist und deren Einsatz aufgrund einer teilweise geringen Effizienz noch optimiert werden könnte.

Diese Daten geben einen Hinweis darauf, dass der in der immer intensiver diskutierte Pflegenotstand, zumindest flächendeckend noch nicht so schlimm zu sein scheint, wie er in der Regel dargestellt wird. Diese Einschätzung darf aber keineswegs missverstanden werden. Dies bedeutet keineswegs, dass es nicht auch heute schon Probleme dabei gibt, die pflegerische Versorgung sicherzustellen. Hier fehlen jedoch viele Daten über das Ausmaß der Herausforderungen, was sicherlich sehr stark auch von der jeweiligen Region abhängen wird.

Die hier zusammen getragenen Informationen bedeuten außerdem noch viel

weniger, dass kein Handlungsbedarf besteht. Ganz im Gegenteil läuft Deutschland gerade wegen dieser Situation auf eine Katastrophe der pflegerischen Versorgung hin. Das liegt insbesondere daran, dass sich die Menschen daran gewöhnt haben, dass das Unterstützungssystem für pflege- und hilfebedürftige Menschen „nicht mehr zu retten ist“ und sie trotzdem mehr oder weniger direkt erleben, dass es am Ende doch irgendwie klappt. Am Ende kann die Versorgung doch in der Familie sichergestellt werden oder es kann doch eine stationäre Pflegeeinrichtung oder ein ambulanter Pflegedienst gefunden werden. Und genau dies wird zukünftig nicht mehr gelingen, wenn bei der Versorgung Pflegebedürftiger kein Umdenken stattfindet.

Der Grund für diese pessimistische Prognose liegt insbesondere daran, dass die sogenannten Baby-Boomer überwiegend in den kommenden Jahren in das Rentenalter kommen werden und dem Pflegemarkt dann Arbeitskräfte in einem heute kaum vorstellbaren Umfang verloren gehen werden (siehe auch Abschnitt 2.1). Gleichzeitig werden sich sehr bald immer mehr pflegebedürftige „Baby-Boomer“ ohne soziales Umfeld zurechtfinden müssen. Zu den beschriebenen Herausforderungen mit Einsamkeit (siehe Abschnitt 2.2) kommt dann noch hinzu, dass

bei diesen Menschen in der Regel nur eine professionelle Pflege in Frage kommt. Bei den dann zusätzlich benötigten professionellen Angeboten besteht leider nicht nur das Problem der knappen Personalressourcen. Auch die Sicherstellung der Finanzierung der pflegerischen Versorgung, die bereits aktuell stark in Frage gestellt wird, wird dann in einem heute kaum vorstellbaren Umfang gefährdet sein.

Aus der dargestellten Situation der pflegerischen Versorgung in Deutschland ergibt

sich folglich ein dringender Handlungsbedarf. Es ist zwingend erforderlich, dass die pflegerische Versorgung möglichst schnell und möglichst flächendeckend in klar definierten Sozialräumen erhoben, geplant und umgesetzt werden. Nur so können die tatsächlichen Bedarfe erhoben und mit allen bestehenden Akteuren gemeinsam ein bedarfsgerechtes und möglichst effizientes Angebot entwickelt und umgesetzt werden. Die zukünftig benötigten Pflege- und Versorgungsquartiere werden im Folgenden vorgestellt.

## 3.0 Pflege- und Versorgungsquartiere als innovative Lösung

Im vorangehenden Kapitel wurde dargestellt, dass die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in den nächsten Jahren in vielen Kommunen nicht mehr sichergestellt werden kann, wenn sie nicht sozialräumlich (im Quartier) gedacht wird. Die dargestellten demografischen und sozialen Herausforderungen unserer Zeit erfordern neue Ansätze in der Quartiersentwicklung. Wir können diese Veränderungen nicht aufhalten, aber wir können den Übergang und den Wandel gestalten. Alte Rezepte und Standards werden die Probleme der Zukunft nicht lösen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und steigender Pflegebedürftigkeit sind deshalb Versorgungsquartiere die in der Regel am besten funktionierende Lösung, weil sie eine wohnortnahe Pflege- und Gesundheitsversorgung ermöglichen und gleichzeitig zur Stärkung der lokalen Ökonomie beitragen. Versorgungsquartiere, die Pflege- und Gesundheitsversorgung, demokratische Teilhabe und lokale Ökonomie bündeln, sind zukunftsweisend

und leisten einen enormen Beitrag zum Umbau unserer Städte. Denn sie sind nicht nur ein Schlüssel zur Stärkung der Lebensqualität, sondern auch ein wichtiger Hebel für die ökonomische und ökologische Resilienz von Kommunen. Das zentrale Ziel des Konzeptes der Pflege- und Versorgungsquartiere zielt darauf ab, den Menschen in einem bestimmten Quartier zu ermöglichen, auch im Alter und mit (steigender) Pflege- und Hilfebedürftigkeit so lange wie möglich möglichst gesund, selbstständig und sozial integriert in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben. Dies geschieht durch eine systematische Analyse der Bedarfe in der Bevölkerung, die Ermittlung der benötigten Angebote, Kapazitäten und Kosten sowie eine mit allen beteiligten Personen und Organisationen gemeinsam erstellte und umgesetzte Konzeption, die eine gezielte Bündelung und Koordination von Pflegeleistungen, komplementären Angeboten und Präventionsmaßnahmen, die Aktivierung lokaler Ressourcen sowie die Unterstützung der Pflegepersonen optimiert.

## 3.1. Die Ziele des Quartiersmanagements

Ein gut organisiertes Versorgungs-Quartiersmanagement verfolgt mehrere zentrale Ziele:

### 1. Identifikation der Bevölkerung mit dem Pflege- und Versorgungsquartier:

Das Pflege- und Versorgungsquartier kann nur gelingen, wenn es in der Bevölkerung eine möglichst breite Akzeptanz erfährt und sich die Bürgerinnen und Bürger mit den Zielen, Maßnahmen und Angeboten des Quartiers identifizieren können. Die Akzeptanz für kommunale Vorhaben steigt signifikant an, wenn die Menschen frühzeitig ihre Erfahrungen und Wünsche einbringen können und bestenfalls auch bei der Umsetzung mitwirken können. Bei Pflege- und Versorgungsquartieren gilt dies sowohl für pflege- und hilfebedürftige Menschen und ihr soziales Umfeld als auch für alle hilfsbereiten Bürgerinnen, die sich ehrenamtlich und/oder beruflich im Quartier engagieren wollen.

### 2. Optimierung der pflegerischen Versorgung:

In jedem Quartier gibt es bereits unterschiedliche Leistungserbringer der pflegerischen Versorgung. Das Quartiersmanagement entwickelt mit diesen Akteuren gemeinsam ein Konzept für die zukünftige pflegerische Versorgung und

unterstützt sie bei Bedarf bei der Entwicklung neuer Angebote und deren Refinanzierung. Hierdurch wird die Effizienz der pflegerischen Versorgung erhöht. Das Ziel besteht darin, dass die bestehende pflegerische Versorgung möglichst (ausschließlich) von Menschen aus dem Quartier erbracht wird und die bestehenden Ressourcen damit optimal genutzt werden.

### 3. Gewinnung neuer Pflegekräfte:

In jedem Quartier gibt es Menschen, die als Pflegekräfte im Quartier arbeiten könnten, dies aber bisher aus unterschiedlichen Gründen nicht machen. Hierbei handelt es sich um Fach- und Hilfskräfte mit ganz unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, Fähigkeiten und Erfahrungen. Das Quartiersmanagement versucht diese Menschen für die Pflege der Menschen im Quartier zu gewinnen. Außerdem werden diesen Menschen Schulungen, Aus- und Weiterbildungen für ihre Kompetenzentwicklung ermöglicht. Dies hilft die pflegerische Versorgung im Quartier zukunftssicher zu machen.

### 4. Identifikation, Vernetzung und Organisation komplementärer Unterstützungsangebote:

Quartiere verfügen in aller Regel neben den Pflegeangeboten über ein breites Angebot weiterer sozialer, medizinischer

und anderer Dienstleistungen, die die pflegerische Versorgung und/oder die Prävention von Pflegebedürftigkeit unterstützen können, jedoch oft nicht optimal koordiniert werden. Ein Quartiersmanagement bündelt diese Ressourcen, vermeidet Doppelstrukturen und schafft Synergien.

### **5. Steigerung der Gesundheits- und Pflegekompetenz:**

Es ist bekannt, dass viele Leistungsansprüche nicht in Anspruch genommen werden, weil sie nicht bekannt sind. Durch die Etablierung einer Pflege- und Gesundheitsberatung erhalten alle Bürgerinnen und Bürger eine Beratung zu den bestehenden Leistungsansprüchen und den Angeboten vor Ort. Die frühzeitige Inanspruchnahme benötigter Leistungen wird gefördert.

### **6. Verzögerung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit:**

Durch gezielte Präventionsprogramme wie Bewegungsförderung, Ernährungsberatung oder soziale Teilhabe bleiben ältere Menschen länger selbstständig und gesund. Dies verringert die Zahl der Pflegefälle und senkt die Belastung der kommunalen Sozialkassen.

### **7. Unterstützung von Pflegepersonen:**

Angehörige und ähnlich nahestehende Personen übernehmen den Großteil der Pflegearbeit. Ein Quartiersmanagement entlastet sie durch Schulungen, psychosoziale Beratung, Kurzzeitpflege und Nachbarschaftshilfen. Dies verlängert die

Dauer der häuslichen Pflege und verhindert den (frühzeitigen) Umzug in die stationäre Pflege.

### **8. Förderung sozialer Teilhabe:**

Isolation und Einsamkeit erhöhen das Risiko von psychischen und physischen Erkrankungen und damit auch die Pflegebedürftigkeit. Ein Quartiersmanagement schafft Angebote für soziale Interaktion, z. B. durch Begegnungsstätten, kulturelle Veranstaltungen oder ehrenamtliche Besuchsdienste.

### **9. Ermittlung der benötigten Angebote, Kapazitäten und Kosten für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung:**

Vielfach fehlen Daten über die tatsächlichen Bedarfe pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen. Ein zentrales Ziel des Quartiersmanagements besteht darin, diese Bedarfe zu ermitteln und die tatsächlich benötigten Angebote, Kapazitäten und Kosten daraus abzuleiten. Hierdurch leistet das Quartiersmanagement einen wichtigen Beitrag zur kommunalen Pflege- und Sozialplanung.

### **10. Optimale Nutzung gesetzlicher Rahmenbedingungen und Identifikation von gesetzlichem Änderungsbedarf:**

Ein Problem bei der Umsetzung innovativer Konzepte beim Quartiersmanagement im Allgemeinen und bei der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen im Speziellen, besteht darin, dass viele bereits bestehende gesetzliche Regelungen aus unterschiedlichen Grün-

den nicht, oder nicht richtig, angewendet werden. Ein zentrales Ziel des Quartiersmanagements besteht deshalb darin, möglichst viele bereits bestehende Möglichkeiten des Ordnungs- und Leistungsrechtes, des Baurechts und anderer rechtlicher Vorschriften zu nutzen, die Erfahrungen bei der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorschriften auszuwerten und gesetzlichen Änderungsbedarf zu identifizieren und zu kommunizieren.

### **11. Wachstumsmotor für lokale/regionale Wirtschaft**

Pflege- und Versorgungsquartiere dürfen nicht auf den Pflege- und Hilfebedarf reduziert werden. Es geht darum, diese Themen im Kontext aller Bedarfe und Angebote der jeweiligen Quartiere zu betrachten und quartiersspezifische Lösungen zu finden. So tragen gut gemanagte Versorgungsquartiere auch zur Belebung des lokalen Handels, der Dienstleistungs- und Gewerbebetriebe bei, indem sie von der höheren Frequenz in einem lebendigen Quartier profitieren. Eine Einbindung regionaler Produktangebote und Betriebe ermöglicht die Generierung von Wertschöpfung und Wirtschaftskraft in der Region, die Förderung nachhaltiger Konsummuster und die Sicherung von Arbeitsplätzen vor Ort. Die Einbindung regionaler Produzenten, etwa in Form von Wochenmärkten oder Direktverkäufen, fördert kurze Lieferketten und regionale Wirtschaftskreisläufe. Ein adäquat ausgestaltetes Versorgungsquartier potenziert die Attraktivität für Investoren, Wohnungs-

baugesellschaften und Immobilieneigentümer. Die Implementierung barrierefreier Gebäude, attraktiver Freiflächen und öffentlicher Räume resultiert in einer signifikanten Steigerung der Aufenthaltsqualität und einer Aufwertung des Quartiers für alle Generationen. Dieser Effekt trägt zur Erhöhung der städtebaulichen Qualität bei. Das lokale Angebot an Pflege- und Gesundheitseinrichtungen im Quartier erhöht die Nachfrage nach Wohnraum und mindert langfristig Leerstandsrisiken. Investitionen in soziale und ökologische Strukturen sichern auch Eigentümern von Immobilien stabile Einnahmen bzw. schaffen Potenziale für nachhaltige Investitionen.

### **12. Erreichung von Nachhaltigkeitszielen**

Neben den sozialen und ökonomischen Aspekten können die Bewohnerinnen und Bewohner von Versorgungsquartieren und damit die gesamte Kommune auch von Klimaschutz- bzw. Klimaanpassungsmaßnahmen profitieren, die vom Quartiersmanagement initiiert werden. Denn eine sinnvolle Gestaltung mit Dach- und Fassadenbegrünung sowie schatten spendenden Grünflächen kann das Mikroklima verbessern und Hitzeinseln in dicht bebauten Quartieren reduzieren, die kleinräumige Biodiversität fördern und für saubere Luft sorgen. Die gleichzeitige Integration erneuerbarer Energien, zum Beispiel durch Photovoltaikanlagen auf Wohn- und Gemeinschaftsgebäuden, senkt den Energieverbrauch und fördert einen ressourcenschonenden Umgang. Damit

werden gleichzeitig SDG 3 (Gesundheit und Wohlergehen) durch die Stärkung von Prävention und Versorgung vor Ort, SDG 8 (Menschenwürdige Arbeit und Wirtschaftswachstum) durch die Stärkung der Nachfrage nach lokalen/regionalen Dienstleistungen und Produkten und damit die Schaffung/Sicherung von Arbeitsplätzen und SDG 11

(Nachhaltige Städte und Gemeinden) durch die Umsetzung von kurzen Wegen, barrierefreien Strukturen und die Förderung von lokalen Netzwerken und Inklusion umgesetzt und den Prinzipien der Leipzig Charta für ein „fares, grünes und produktives Quartier“ entsprechen (BBSR 2020, United Nations 2015).

## 3.2 Zentrale Aufgaben des Quartiersmanagements

Die Aufgaben eines Quartiersmanagements sind vielfältig und umfassen sowohl strategische als auch operative Tätigkeiten. Die wichtigsten Regeln im Quartiersmanagement sind, Organisationsstrukturen zu entwickeln, Rollen zu klären und regelmäßige Austauschformate zu implementieren. Mit den Menschen im Quartier gemeinsam die Bedarfe zu erkennen und dafür zu sensibilisieren, mit den Bürgern hierzu Interventionsmaßnahmen und nachhaltige Formate zu entwickeln die von den Bürgern im Quartier selbst betrieben werden. Denn die wichtigste Regel ist, dass das Quartiersmanagement nur managt/organisiert und nicht selbst in den Projekten zeitlich involviert ist, sonst wird sich dauerhaft kein nachhaltiger Erfolg für ein Versorgungsquartier entwickeln können.

### 1. Analyse der lokalen Bedürfnisse

- **Bürgerbefragungen und Workshops:** Die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen, pflegender Angehöriger und anderer relevanter Gruppen werden systematisch in partizipativen Prozessen erfasst und erste Lösungen entwickelt.
- **Datenbasierte Bedarfsplanung:** Soziodemografische Analysen, Daten über die Pflege- und Hilfebedürftigkeit und lokale Infrastrukturdaten fließen in die Planung ein.
- **Identifikation von Versorgungslücken:** Zum Beispiel fehlen in vielen Quartieren alternative Wohn-, Tages- und Kurzzeitpflegeangebote oder barrierefreie Begegnungsstätten. Aber auch fehlende Präventionsmaßnahmen erkennen und passgenaue Angebote auf die Quartierssituation abgestimmt Bedarfe zu organisieren, gehört in diesen Kontext

### 2. Koordination der Akteure

- **Netzwerkaufbau:** Das Management bringt alle relevanten Akteure zusammen, darunter kommunale Behörden (u. a. Sozial-, Pflege- und Sozialplanung, Sozial- und Bauämter sowie Heimaufsichtsbehörden), Leistungserbringer (u. a. Pflege, Medizin, Eingliederungshilfe), Kostenträger (u. a. SGB V, SGB IX, SGB XI und SGB XII) sowie das Bürgerschaftliche Engagement und die Selbsthilfe (u. a. Vereine, Ehrenamtliche und Selbsthilfegruppen)
- **Regelmäßige Abstimmung:** Durch regelmäßige Treffen wird die Zusammenarbeit verbessert, und Maßnahmen können effizient koordiniert werden.
- **Vermittlung von Angeboten:** Das Quartiersmanagement agiert als zentrale Anlaufstelle für Bewohner, die Unterstützung suchen, und vermittelt passende Angebote.

### 3. Entwicklung und Umsetzung präventiver Maßnahmen

- **Gesundheitsförderung:** Bewegungsgruppen, Sturzpräventionskurse und Ernährungsberatung.
- **Soziale Teilhabe:** Aufbau von Freizeit- und Kulturangeboten sowie die Förderung von Nachbarschaftshilfen.
- **Bildung und Beratung:** Kurse für ältere Menschen, um digitale Kompetenzen zu stärken, oder Schulungen für pflegende Angehörige.

### 4. Akquise und Verwaltung von Fördermitteln

- **Finanzielle Unterstützung sichern:** Das Quartiersmanagement beantragt Fördermittel, z. B. aus § 45d SGB XI (Förderung niedrigschwelliger Betreuung- und Entlastungsangebote).
- **Projektmittel verwalten:** Die erworbenen Mittel werden zielgerichtet für die Maßnahmen eingesetzt, die die größte Wirkung erzielen.

### 5. Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung

- **Informationskampagnen:** Ältere Menschen und ihre Angehörigen werden über Unterstützungsangebote informiert, z. B. durch Flyer, Online-Plattformen oder lokale Veranstaltungen.
- **Bewusstseinsbildung:** Die Vorteile präventiver Ansätze werden stärker ins Bewusstsein der Bevölkerung gerückt, um eine breitere Akzeptanz zu schaffen.

### 6. Monitoring und Evaluation

- **Erfolgskontrolle:** Kennzahlen wie die Zahl der Teilnehmenden an Präventionskursen, die Entwicklung von Pflegegraden oder die Inanspruchnahme von Angeboten werden regelmäßig überprüft.
- **Anpassung der Maßnahmen:** Auf Basis der Evaluation werden Programme weiterentwickelt, um ihre Wirksamkeit zu steigern.

Nachdem die zentralen Ziele und Aufgaben des Managements von Pflege- und Versorgungsquartieren in den vorangehenden Abschnitten dargestellt wurden, werden im Folgenden einige besonders relevante Aspekte des Quartiermanagements detaillierter betrachtet.

### 3.3 Unterstützung der Kommunen

Um den bestehenden und zukünftigen Herausforderungen der pflegerischen Versorgung gezielt begegnen zu können, muss jemand vor Ort die Versorgungsverantwortung übernehmen und dafür sorgen, dass der Bevölkerung die benötigten Leistungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen, die Bevölkerung über alle Leistungsansprüche informiert ist und die Leistungen möglichst unbürokratisch in Anspruch genommen werden können. Hier kommen in erster Linie die Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge, als örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger sowie mit ihren bereits bestehenden umfassenden bundes- und landesrechtlichen Beratungs- und Sicherstellungsaufträgen in Betracht. Aus diesem Grund wird in der öffentlichen Debatte derzeit auch zu Recht gefordert, dass die Kom-

munen sich noch mehr als bisher in der Sozial-, Altenhilfe und Pflegeplanung engagieren sollen. Allerdings muss an dieser Stelle deutlich gemacht werden, dass inzwischen immer mehr Kommunen Personalstellen in der Verwaltung als freiwillige Leistung schaffen, die mit diesen Planungsaufgaben betraut werden. Diese Sozial- und Fachplanungen können auch dazu beitragen, dass viele für das Quartiermanagement benötigte Daten zur Verfügung stehen und relevante Akteure mit einbezogen werden können. Diese Fachkräfte haben jedoch weder genug Zeit zur Verfügung noch sind sie dafür zuständig, vor Ort Quartierskonzepte zu entwickeln und zu verschriftlichen. Diese Aufgaben werden vom Quartiersmanagement übernommen. Das Quartiersmanagement und die kommunale Planung unterstützen sich dabei wechselseitig.

## 3.4 Berücksichtigung städtebaulicher Aspekte

Die Quartiersarbeit darf nicht nur auf pflegerische Bedarfe und Angebote reduziert werden. Für den Erfolg eines Pflegequartiers ist eine durchdachte städtebauliche Planung erforderlich, die in besonderem Maße auf die Bedürfnisse älterer und gleichzeitig häufig vulnerabler Menschen eingeht und folgende räumliche Aspekte berücksichtigt. So kann ein Versorgungsquartier nicht nur die Lebensqualität älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen verbessern, sondern auch ökologischen Nachhaltigkeitsaspekten wie der Reduzierung der Feinstaubbelastung, der Verringerung des CO<sub>2</sub>-Ausstoßes und der Stärkung der Biodiversität gerecht werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn das Quartier als Ort gestaltet wird, an dem Wohnen, Pflegeangebote, medizinische Versorgung und alltägliche Bedürfnisse (z.B. Einkaufen, Dienstleistungen) fußläufig oder mit minimalem Verkehrsaufwand erreichbar sind.

Folgende (städte)baulichen Gestaltungsanforderungen sollten bei der Umsetzung eines solchen Versorgungsquartiers Berücksichtigung finden, die vom GKV-Spitzenverband zur Umsetzung neuer Wohnformen für Pflegebedürftige empfohlen werden und auch Anwendung im Wohnumfeld/Quartier finden sollten (GKV-Spitzenverband 2024).

### Öffentlicher Raum

Im öffentlichen Raum empfiehlt es sich, möglichst barrierefreie und leicht zugängliche Wegeführungen zu schaffen, etwa durch abgesenkte Bordsteine, rutschfeste Beläge und gut sichtbare Markierungen. Darüber hinaus steigern überdachte Passagen und ausreichend beschilderte sowie beleuchtete Wegeverbindungen die Sicherheit und das subjektive Wohlbefinden, da ältere Menschen sich gerade bei eingeschränkter Mobilität oder Sehkraft besser orientieren können. Ruhebänke an regelmäßigen Abständen im Quartier sind dabei ein unverzichtbares Element: Sie ermöglichen es Menschen mit eingeschränkter Gehfähigkeit, Wegeetappen zu unterbrechen und sich zu erholen. Gezielte Stadtmöblierung mit Sitz- und Liegemöglichkeiten trägt zusätzlich zu einem angenehmen Kleinklima bei und kann helfen, Stress und gesundheitliche Risiken zu verringern. Die Integration von Grünflächen und Wasser in unmittelbarer Nähe zu solchen Gesundheits- und Pflegezentren wird laut Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR 2022) immer wichtiger. Schattengebende Bäume, kleinteilige Parks mit Wasserstellen oder bepflanzte Innenhöfe entfalten hier nicht nur eine kühlende Wirkung, sondern fördern auch das Wohlbefinden, was

besonders für mobilitätseingeschränkte oder durch Hitze belastete ältere Personen maßgeblich ist. Ebenso sollte an eine ausreichende, gut auffindbare Toiletteninfrastruktur gedacht werden. Dies steigert nicht nur den Komfort, sondern verhindert, dass ältere Menschen sich aus Angst vor fehlenden Sanitäreinrichtungen in ihrer Mobilität einschränken und ihre Wohnung nicht verlassen. Schließlich sind auch akustische Aspekte zu berücksichtigen, da Ruhe und weniger Verkehrslärm einen positiven Einfluss auf das subjektive Sicherheitsempfinden und die Wohnzufriedenheit haben (BBSR 2022).

### **Verkehrsraum und Mobilität**

Im Verkehrsraum spielen verkehrsberuhigende Maßnahmen und ein attraktiver öffentlicher Personennahverkehr eine wichtige Rolle. Vor allem Haltestellen sollten barrierearm und wettergeschützt gestaltet, gut einsehbar und nah an zentralen Einrichtungen wie Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen oder Apotheken angeordnet werden. Kurze Taktzeiten und niveaugleiche Ein- und Ausstiege erhöhen die Nutzungsfrequenz bei Personen, die auf Busse und Bahnen angewiesen sind. Fahrrad- und Fußwege lassen sich durch Querungshilfen, ausreichende Breiten und möglichst konfliktarme Führung sicherer und komfortabler machen. Für die Wegegestaltung empfiehlt es sich zudem, an schattenspendende Elemente wie Bäume und Überdachungen zu denken, weil

ältere Menschen bei hohen Temperaturen oder starker Sonneneinstrahlung besonders schnell gesundheitlich beeinträchtigt werden können. Maßnahmen zur Klimaanpassung wie Bepflanzungen, die Verdunstungskühle erzeugen, oder Fassaden- und Dachbegrünungen tragen erheblich dazu bei, Wärmeinseln in verdichteten städtischen Bereichen zu reduzieren. Überdies können begrünte öffentliche Räume das Luftbild zusätzlich verbessern. Nach einer Studie des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR 2022) binden Pflanzen, vor allem Bäume und Sträucher, einen Teil der in der Luft befindlichen Schwebstoffe. Dach- und Fassadenbegrünungen haben neben einer kühlenden Wirkung in heißen Sommermonaten ebenfalls das Potenzial, Feinstaub und andere Luftschadstoffe zu filtern. Im Versorgungsquartier sollte man deshalb auf ausreichend Grünflächen und Bauminselflächen achten, zumal diese älteren oder gesundheitlich eingeschränkten Menschen zusätzlichen Erholungsraum bieten.

### **Bebaute Versorgungsinfrastruktur**

Die bebaute Versorgungsinfrastruktur sollte abgestimmt sein auf die Anforderungen medizinischer und pflegerischer Leistungen in unmittelbarer Wohnortnähe. Dazu gehört neben der barrierefreien Gestaltung von Eingängen, Fluren und Treppenhäusern auch die Integration von pflegerischen und medizinischen Einrichtungen sowie Begegnungs- und Beratungsräumen in die Quartiersstruktur. Ältere und pflegebe-

bedürftige Menschen sollten diese Orte möglichst ohne große Umwege erreichen können, zum Beispiel durch kurze Wege oder über Aufzüge an zentralen Punkten. Zugleich ist es sinnvoll, Räume für akute Notfallmaßnahmen einzuplanen, beispielsweise durch die Schaffung von Erste-Hilfe-Stationen oder die flächendeckende Bereitstellung von Defibrillatoren in öffentlich zugänglichen Gebäuden und an gut frequentierten Plätzen. Während hitzeintensiver Sommermonate kann zudem eine klimatisierte „Kühlzone“ in größerem Ausmaß gesundheitliche Risiken mindern, wenn Ältere oder Kranke bei Extremtemperaturen dort temporär Schutz finden.

Auch die Stadtstruktur und die Architektur sollten zur Feinstaubreduzierung beitragen. Kompakte, aber nicht zu dicht bebaute Blockstrukturen verbessern häufig die Luftzirkulation, während zu enge Straßenschluchten hohe Schadstoffkonzentrationen begünstigen. Leicht versetzte Baukörper und zusätzliche Luftschneisen zwischen den Gebäuden sorgen für eine natürliche Durchlüftung des Quartiers. Gleichzeitig können durch eine entsprechende Planung logistische Verkehre – wie die Belieferung von Pflegeeinrichtungen, Apotheken oder Nahversorgern – so gelenkt werden, dass sie den Kern des Quartiers möglichst wenig belasten.

## 3.5 Unterstützung pflegender Angehöriger

Es wurde bereits ausgeführt, dass pflegende Angehörige das Rückgrat der pflegerischen Versorgung bilden. Diese Unterstützung ist auch von enormer monetärer Bedeutung. Im Kreis Wesel, einem Flächenkreis in NRW mit 13 kreisangehörigen Städten und Gemeinden und knapp 460.000 Einwohnern, wurden im letzten Pflegeplan die Mehrkosten für die Pflegeversicherung für den Fall kalkuliert, dass alle Pflegegeldempfänger nicht von ihren Angehörigen, sondern von ambulanten Pflegediensten unterstützt worden wären und hierfür folglich von den Pflegekassen kein Pflegegeld, sondern Pflegesachleistungen gezahlt worden wären. Im Ergebnis wurden für das Jahr 2021 fiktive Mehrkosten für die Pflegekassen von über 165 Millionen Euro ermittelt (siehe Tebest et al. 2023). Nach dem Bericht wäre allerdings die Auswirkung auf die Nachfrage der Leistungen von ambulanten Pflegediensten noch viel relevanter. Der gesamte Pflegesachleistungsanspruch der Pflegegeldempfangenden entspräche bei einem realistischen Stundensatz von 36 Euro einer Leistung von ca. 7.697.585 Stunden, die von Pflegediensten zu erbringen gewesen wären. Bei einer angenommenen Jahresarbeitszeit von 1.700 Stunden pro Vollzeitstelle würde Pflegepersonal im Umfang von ca. 4.528 (!) Vollzeitstellen benötigt.

Nun handelt es sich hier natürlich um ein Extrembeispiel, das dieser Kalkulation zu Grunde liegt. Natürlich wird auch in absehbarer Zeit nicht die gesamte Unterstützung durch pflegende Angehörige wegbrechen. Diese Zahlen zeigen jedoch, dass Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung auch von enormer wirtschaftlicher Bedeutung sind. Und dies betrifft nicht nur die Pflegekassen, sondern immer mehr auch die kommunalen Haushalte. Das liegt daran, dass pflegende Angehörige die wichtigste Ressource darstellen, eine Heimnotwendigkeit zu verhindern. Auch dieser Sachverhalt wird im Folgenden kurz erläutert. Der Begriff der Heimnotwendigkeit kommt aus dem Sozialhilferecht. Wenn die pflegerische Versorgung einer Bürgerin bzw. eines Bürgers nicht mehr zu Hause sichergestellt werden kann und diese Menschen den benötigten Eigenanteil an der stationären Pflege nicht selbst tragen können, übernimmt der Sozialhilfeträger diese Kosten als Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen. Eine Voraussetzung für die Erbringung dieser Leistung besteht in einer Bedarfsprüfung der Heimnotwendigkeit. In Abschnitt 2.6 wurde bereits ausgeführt, was es für die Kommunen finanziell bedeutet, wenn Menschen in die stationäre Pflege umziehen müssen und sie sich den immer weiter steigenden Eigenanteil an der

Finanzierung nicht leisten können. Hier wurde u. a. am Beispiel des Kreises Wesel erläutert, dass einen, z. B. durch das Quartiersmanagement, verhinderte oder verzögerte Heimaufnahme für die Kommune eine Einsparung von bis zu 20.000 Euro pro Jahr bedeuten kann. An dieser Stelle lässt sich einfach erfassen, dass sich in diesem Bereich Investitionen schnell für die Kommunen rechnen können.

Auch aus Sicht der Kommune ist die Unterstützung pflegender Angehöriger demnach auch aus haushälterischer Sicht unerlässlich. Versorgungs-Quartiersmanagement kann diese Zielgruppe mit gezielten Angeboten entlasten und stärken:

### **Pflegeberatung**

Die meisten pflege- und hilfebedürftigen Menschen sowie auch die Menschen aus ihrem sozialen Umfeld sind nicht in der Lage ohne fremde Hilfe die immer komplexer werdenden Leistungsansprüche und Angebote zu überblicken, zu bewerten und die benötigten Leistungsansprüche und Angebote auszuwählen. Aus diesem Grund gehört auch die Sicherstellung einer Pflegeberatung, die dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe folgt, bei Bedarf jedoch auch eine Unterstützung bis hin zu einem Case Management erbringt, zu den zentralen Elementen des Managements von Pflege- und Versorgungsquartieren. Diese Pflegeberatung hilft dabei, den richtigen Weg zu einer guten Versorgung zu finden. In

der Beratung sollen ausschließlich Fachkräfte, insbesondere aus der Pflege und der Sozialen Arbeit, eingesetzt werden. Außerdem ist das Versorgungssystem für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und erkrankte Menschen mittlerweile so kompliziert, dass die Zusammenarbeit der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater untereinander sowie mit weiteren spezialisierten Fachkräften zum Berufsalltag gehören muss, um über die optimale Versorgung gemeinsam zu beraten.

### **Pflegeschulungen nach § 45 SGB XI**

Pflegeschulungen sind essenziell, um Angehörige auf ihre Rolle vorzubereiten und sie bei ihren Aufgaben zu unterstützen.

- **Grundlagenschulungen:** Vermittlung von Wissen über Grundpflege, Mobilisation und Ernährung.
- **Demenz-Spezialkurse:** Schulungen für Angehörige von Menschen mit Demenz, die wertvolle Tipps für den Alltag und den Umgang mit herausfordernden Situationen geben.
- **Rechts- und Finanzberatung:** Informationen über Pflegegrade, finanzielle Hilfen und rechtliche Rahmenbedingungen wie das Pflegezeitgesetz.
- **Digitale Pflegekompetenzen:** Einführungen in die Nutzung technischer Hilfsmittel und Apps, die den Pflegealltag erleichtern können.

### **Psychosoziale Unterstützung**

Pflegende Angehörige stehen oft unter enormem Druck. Das Quartiersmanage-

ment kann Angebote zur Bewältigung dieser Belastungen schaffen.

- **Gesprächsgruppen:** Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen hilft, das Gefühl der Isolation zu überwinden.
- **Individuelle Beratung:** Psychologische Einzelgespräche bieten eine Möglichkeit, belastende Themen zu besprechen.
- **Stressbewältigungskurse:** Techniken wie Achtsamkeit, Meditation oder Entspannungsübungen unterstützen die Resilienz.

Darüber hinaus ist auch bekannt, dass die pflegenden Angehörigen viele bereits bestehende Leistungsansprüche, die vom Gesetzgeber speziell zu Ihrer Entlastung geschaffen hat, viel zu selten in Anspruch nehmen. Hierzu gehören beispielsweise:

- **Tagespflegeeinrichtungen:** Diese ermöglichen es Angehörigen, ihren beruflichen und privaten Verpflichtungen nachzugehen, während die Pflegebedürftigen betreut werden.
- **Kurzzeitpflege:** Temporäre Pflegeangebote schaffen Zeit für Erholung oder die Bewältigung von Krisensituationen.
- **Stundenweise Betreuung:** Ehrenamtliche oder professionelle Helfer übernehmen Aufgaben wie Spaziergänge oder Einkäufe im Rahmen der Verhinderungspflege.

Auch die Inanspruchnahme dieser Angebote kann durch das Quartiersmanagement positiv beeinflusst werden.

-

## 3.6 Förderung sozialer Teilhabe und Gemeinschaft

Einsamkeit ist ein bekannter Risikofaktor für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit und für die Notwendigkeit des Einzugs in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Das Versorgungs-Quartiersmanagement kann durch gezielte Maßnahmen den sozialen Zusammenhalt stärken und so die psychische und körperliche Gesundheit fördern. Hierdurch kann das Quartiersmanagement auch einen Beitrag dazu leisten, Einsamkeit in den Kommunen zu verhindern und zu lindern. Es trägt der Komplexität des Themas Rechnung, indem sie Bedarfe analysiert und Versorgungslücken aufzeigt. Für spezifische Personengruppen, wie ältere, gesundheitlich eingeschränkte oder weniger mobile Personen, für die die bestehenden indirekten Angebote keine ausreichende Lösung darstellen, ist die Schaffung neuer Angebote unerlässlich. Diese bedarfsgerechten Angebote erfordern eine gezielte und spezifische Ausgestaltung. Auf regionaler bzw. kommunaler Ebene müssen die Risikofaktoren für Einsamkeit identifiziert werden, um darauf entsprechende niedrigschwellige, barrierefreie und kostenfreie Angebote vor Ort (Wohnquartier, Gemeinde, Stadtteil oder Stadt) umzusetzen. Die Maßnahmen zielen darauf ab, die Gelegenheit zu sozialen Kontakten nicht nur temporär, sondern

dauerhaft zu fördern und die gegenseitige soziale Unterstützung zu stärken (Butz et al. 2022).

Soziale Orte sind dadurch gekennzeichnet, dass gemeinsame Aktivitäten, Beteiligung und Austausch stattfinden. Ihre Gestaltung muss so erfolgen, dass sie eine Einladung für alle darstellen und zufällige Kontakte ermöglichen. Die Pflege, Sicherheit und Sauberkeit der Orte sind dabei von signifikanter Relevanz, ebenso wie die Erreichbarkeit und Barrierefreiheit. Zudem ist die Bildung von kommunalen Netzwerken durch unterschiedliche Akteure zur Prävention und Linderung von Einsamkeit erforderlich.

Versorgungsquartiere und deren Management dienen daher auch als präventive Maßnahmen und Orte, um das Leben von älteren und auf Hilfe angewiesenen Menschen zu bereichern und Einsamkeit vorzubeugen. Sie zielen auf die Vermeidung sozialer Einsamkeit durch Zusammenführung sozialer Gruppen und verschiedener Generationen ab. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben reduziert soziale Einsamkeit, kommunale Sozialkosten und erhöht die Lebensqualität aller Generationen, was auch bereits durch eine Vielzahl von Projekten aus dem Städtebauförderungsprogramm „Sozialer Zusammenhalt und seinem Vor-

läuferprogramm „Soziale Stadt“ unter Beweis gestellt wurde.

Im Folgenden werden drei konkrete Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe und Gemeinschaft vorgestellt:

### **Aufbau von Nachbarschaftshilfe und Ehrenamt**

Nachbarschaftliche Netzwerke können ältere Menschen in ihrem Alltag unterstützen und Angehörige entlasten.

- **Organisation von Besuchsdiensten:** Ehrenamtliche kümmern sich regelmäßig um alleinstehende Senioren, leisten Gesellschaft oder helfen bei kleinen Aufgaben.
- **Einkaufshilfen und Begleitdienste:** Freiwillige unterstützen bei alltäglichen Erledigungen wie Einkäufen oder Arztbesuchen.
- **Netzwerke für Notfälle:** Nachbarschaftsinitiativen können kurzfristige Unterstützung bei gesundheitlichen oder organisatorischen Problemen bieten.

### **Treffpunkte und Begegnungsstätten**

Lokale Treffpunkte fördern den Austausch und schaffen ein Gefühl der Gemeinschaft.

- **Seniorencafés:** Orte, an denen ältere Menschen in entspannter Atmosphäre Zeit verbringen können.
- **Gemeinschaftszentren:** Einrichtungen, die Räume für Freizeitaktivitäten, Kurse und Veranstaltungen bieten
- **Mobile Treffpunkte:** Für abgelegene Quartiere können mobile Begegnungsangebote, wie ein „Café auf Rädern“, soziale Teilhabe fördern.

### **Kulturelle und kreative Angebote**

Kultur und Kreativität fördern die geistige Aktivität und schaffen Sinnhaftigkeit.

- **Seniorentheater und Musikgruppen:** Gemeinsame Projekte bieten soziale Kontakte und kreativen Ausdruck.
- **Workshops und Lernkurse:** Computerkurse, Sprachkurse oder kreative Workshops fördern lebenslanges Lernen.
- **Gemeinschaftliche Ausflüge:** Organisierte Tagesausflüge stärken die Bindung innerhalb des Quartiers.

## 3.7 Nutzung und Bewertung unterschiedlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen

Die Planung eines Quartiers, das auf die Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen ausgerichtet ist, unterliegt sehr vielen gesetzlichen Anforderungen, um die Sicherheit, Barrierefreiheit und eine angemessene medizinische Infrastruktur zu gewährleisten. Hierbei finden sowohl Bundesrecht als auch Landesrecht Anwendung. Zudem sind oftmals Vorgaben verschiedener Behörden, wie bspw. des GKV-Spitzenverbandes sowie technische Regelwerke zur Barrierefreiheit zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in einem Quartier neue Angebote geschaffen werden und hierfür auch die Erschließung und Nutzung neuer Grundstücke und Gebäude und/oder der Umbau bestehender Gebäude und Räumlichkeiten erforderlich ist.

Im Folgenden werden planungs-, bau- und ordnungsrechtliche Anforderungen sowie Anforderungen an das Leistungsrecht, die oftmals auch viele Verknüpfungen haben, skizziert.

### **Planungs-, bau- und ordnungsrechtliche Grundlagen und Anforderungen an die Planung**

Die Ausweisung einer Fläche für Pflege- und Gesundheitseinrichtungen sowie für bestimmte seniorengerechte Wohnformen bedingt eine entsprechende Klassifi-

zierung entsprechend der BauNVO, wobei die Baunutzungsverordnung (BauNVO) die zulässigen Nutzungsarten in den jeweiligen Gebieten definiert. Aus planerischer Sicht ist es daher empfehlenswert, Pflegeeinrichtungen, Ärztehäuser und betreutes Wohnen so festzusetzen, dass eine rechtssichere Genehmigung und der Betrieb dieser Einrichtungen gewährleistet ist. Jede Landesbauordnung beinhaltet Mindestanforderungen an die Standortsicherheit, den Brandschutz und die Barrierefreiheit. Für öffentliche Gebäude und Begegnungsstätten, die für ältere Menschen vorgesehen sind, müssen beispielsweise barrierefreie Zugänge (ebenerdig oder über Aufzüge) zu Gebäuden, Fluren und gemeinschaftlich genutzten Räumen ermöglicht werden. Im Rahmen des Brandschutzes sind Flucht- und Rettungswege entsprechend groß zu bemessen und mit den notwendigen technischen Anlagen (z. B. Brandmeldeanlagen, Feuerwehraufstellflächen) auszustatten, um den Anforderungen älterer bzw. mobilitätseingeschränkter Personen gerecht zu werden. Die detaillierten Anforderungen an Türenbreiten, Bewegungsflächen, Rampen- und Aufzugsmaße sowie die Innenraumausstattung sind in der DIN-Norm 18040 (Barrierefreies Bauen) definiert. Die Landesbauordnungen verweisen in der Regel auf diese DIN-Norm oder greifen deren Vorgaben auf. Für

Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohnen gilt es insbesondere, barrierefreie Sanitärräume, schwellenlose Eingänge und ausreichend große Bewegungsflächen zu schaffen, um Rollstuhlnutzern oder Menschen mit Rollatoren die selbstständige Nutzung zu ermöglichen.

Zusätzlich können die Heimgesetze bzw. „Landesheimgesetze“ und entsprechende Verordnungen (beispielsweise die Musterbauverordnung für Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Tagespflegen) Sondervorschriften beinhalten, die über die allgemeinen bauordnungsrechtlichen Vorgaben hinausgehen. Auch medizinische Einrichtungen (wie Arzthäuser oder Reha-Praxen) bedürfen oft zusätzlicher genehmigungsrechtlicher Prüfungen (z. B. Hygieneauflagen oder Anforderungen an Räume für Infektionsschutz). Bei der baurechtlichen Konzeption sind zudem die technische Ausstattung, wie etwa Notrufanlagen, Rufsysteme und ausreichend dimensionierte Verkehrswege für Rettungsdienste, zu berücksichtigen.

Um den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen gerecht zu werden, sollte das Quartier bestenfalls im Zuge der Bauleitplanung und Erschließung über barrierefreie Haltestellen im Nahverkehr (niveaugleicher Ein- und Ausstieg) verfügen. Bei einem Bestandsquartier sind diese nachzurüsten. Diese Aspekte sind in die verkehrsplanerischen Teile der Bauleitplanung zu integrieren. Bei einem Bestandsquartier sind diese nachzu-

rüsten. Darüber hinaus ist eine bedarfsgerechte Anordnung der Stellplätze (auch für Pflegepersonal und Rettungsdienste) erforderlich, um kurze Wege und eine schnelle Erreichbarkeit zu gewährleisten. Landesbauordnungen und kommunale Stellplatzsatzungen können in diesem Zusammenhang besondere Vorgaben für Einrichtungen mit Pflege- und Gesundheitsfokus enthalten.

Angesichts der zunehmenden Hitzebelastungen müssen Kommunen, Bauherren und Planer auch Aspekte der Klimaanpassung berücksichtigen, etwa durch Gebäudeverschattung, Dach- und Fassadenbegrünungen, ausreichend Grün- und Aufenthaltsflächen sowie Wasserelemente im Außenraum. Sofern ein Versorgungsquartier neu geplant wird, sollten diese Aspekte können bereits in einem Bebauungsplan als Festsetzung aufgenommen oder in einer städtebaulichen Vereinbarung geregelt werden. Die Freiraumplanung ist gefordert, insbesondere für ältere Menschen, Sitzgelegenheiten, Trinkbrunnen und schattige Verweilzonen vorzusehen und dabei ebenfalls eine barrierefreie Gestaltung (stolperfreie Wege, gut erkennbare Beläge) zu gewährleisten.

### **Zu berücksichtigende leistungsrechtliche Rahmenbedingungen**

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Versorgung pflegebedürftiger Menschen nicht alleine auf den Leistungsbereich der Pflegeversicherung reduziert werden darf (siehe Abschnitt 2.7). Vielmehr

müssen auch andere Leistungsbereiche, insbesondere der Krankenversicherung, der Behindertenhilfe, der Rehabilitation und auch der Sozialhilfeträger, berücksichtigt werden. Für das Management von Pflege- und Versorgungsquartieren bedeutet dies, die unterschiedlichen leistungsrechtlichen Regelungen dieser verschiedenen Leistungsbereiche zu kennen und dazu beizutragen, dass die innerhalb dieser Rahmenbedingungen agierenden Akteure ihre Leistungen so weiterentwickeln, vernetzen und koordinieren, dass die Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen im Sozialraum optimiert wird.

Was dies genau bedeutet, würde den Rahmen dieser Veröffentlichung deutlich übersteigen. Allerdings soll im Folgenden am Beispiel alternativer Wohnangebote zur stationären Pflege skizziert werden, zu welchen Herausforderungen dies führen kann.

Zunächst einmal ist es zum Verständnis wichtig, dass alternative Wohnangebote in aller Regel leistungsrechtlich als ambulant betrachtet werden. Dies bedeutet u. a., dass die Pflege und Betreuung nicht wie in der stationären Pflege über die Pflegeversicherung bzw. den Eigenanteil der Versicherten und ggf. die Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) refinanziert wird, sondern verschiedene Kostenträger für die Finanzierung in Frage kommen. So ist es für die Leistungserbringer möglich, neben den ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung, auch die Behand-

lungspflege der Krankenversicherung und die Leistungen der Behindertenhilfe durch die Träger der Eingliederungshilfe, abzurechnen. Eine Voraussetzung ist jedoch, dass die Leistungserbringer mit allen Kostenträgern unterschiedliche Vereinbarungen (insbesondere Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen) abschließen. Diese Vereinbarungen führen jeweils zu unterschiedlichen Anforderungen an das eingesetzte Personal, dessen Qualifikation und einer Vielzahl von anderen Aspekten der Leistungserbringung. Auch die Abrechnungsmodalitäten unterscheiden sich zwischen den Leistungsbereichen und erfordern in der Regel eine jeweils separate Dokumentation.

Die dargestellte Situation führt auch zu einer Reihe von Abgrenzungsproblemen. So können beispielsweise viele Unterstützungsleistungen sowohl der Pflege (Pflegeversicherung) als auch der Eingliederungshilfe (Träger sind in der Regel die überörtlichen Sozialhilfeträger) zugeordnet werden. Die unterschiedlichen Vereinbarungen führen auch zu großen Herausforderungen bei der Personaleinsatzplanung, insbesondere bei der Zuordnung der Stellenanteile zu den unterschiedlichen Leistungsbereichen.

Erschwerend hinzu kommt, dass es bei diesem Beispiel auch eine direkte Verknüpfung mit der ordnungsrechtlichen und sozialhilferechtlichen Beurteilung dieser Angebote gibt. So kann es sein, dass diese im Gegensatz zur stationären Pflege

im ambulanten Leistungsrecht befindlichen Angebote des Wohnens und der Unterstützung, ordnungs- und/oder sozialhilferechtlich als stationär eingeordnet werden. Je nach Einordnung führt dies für den oder die Leistungserbringer wiederum zu weiteren Anforderungen und Vorgaben an die Leistungserbringung und die Refinanzierung der Leistungen. Je nach ordnungsrechtlicher Betrachtung unterscheiden sich darüber hinaus auch die baulichen Anforderungen und Möglichkeiten teilweise deutlich.

Dieses Beispiel macht deutlich, warum Angebote, die verschiedene Leistungsbereiche miteinander verknüpfen, bisher noch eher selten vorkommen. Dabei kann die Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen zukünftig nur gelingen, wenn auch diese Herausforderungen erfolgreich gemeistert werden können. Und auch hier muss das Quartiersmanagement zukünftig eine wichtige Rolle übernehmen.

## 4.0 Literatur

Butz, St. et al. (2022): Soziale Isolation und Einsamkeit im Alter. Welche Maßnahmen können einer sozialen Isolation vorbeugen oder entgegenwirken? Health Technology Assessment im Auftrag des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hrsg.), Köln.

Bundesagentur für Arbeit (2024): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt | Mai 2024 - Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Online verfügbar: [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile) (Letzter Zugriff 11.01.25)

DAK-Pflegereport (2024): Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – beruflich Pflegende im Fokus. Online verfügbar: [https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/dak-pflegereport-2024\\_64670](https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/dak-pflegereport-2024_64670) (Letzter Zugriff 11.01.25)

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2024): Arbeitshilfe zur Umsetzung neuer Wohnformen für Pflegebedürftige. Praxistransfer der Ergebnisse des Modellprogramms „Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI“, Berlin. Online verfügbar: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/Arbeitshilfe\\_Wohnformen\\_2020\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/Arbeitshilfe_Wohnformen_2020_barrierefrei.pdf). (Letzter Zugriff 11.01.25)

IFD - Institut für Demoskopie Allensbach (2024): Auszug AWA 2024. Allensbacher Marktanalyse Werbeträgeranalyse. Online verfügbar: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1055259/umfrage/umfrage-unter-empty-nester-in-deutschland-zum-familienstand/> (Letzter Zugriff 11.01.25)

Gibson-Kunze, M., Arriagad, C. (2023): Maßnahmen und Projekte zur Vorbeugung und Linderung von Einsamkeit in Deutschland. Eine Systematisierung. KNE-Forschung 2/2023, Kompetenznetz Einsamkeit/ISS e. V., Frankfurt/Main. Online verfügbar: [www.kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen](http://www.kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen). (Letzter Zugriff 11.01.25)

Luhmann, M. (2022): Definitionen und Formen der Einsamkeit. Kompetenznetz Einsamkeit am Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt/Main (KNE Expertise 1/2022). Online verfügbar: [www.kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen](http://www.kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen) (Letzter Zugriff 11.01.25).

Neu, C. (2022): Place Matters! Raumbezogenen Faktoren von Einsamkeit und Isolation – Erkenntnisse und Implikationen für die Praxis. Kompetenznetz Einsamkeit am Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt/Main (KNE Expertise 08/2022). Online verfügbar: [www.kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen](http://www.kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen) (Letzter Zugriff 11.01.25).

Schobin, J., Arriagada, C., Gibson-Kunze, M., Wilke, Y. (2023): Einsamkeitsbarometer. Pilotbericht. Kompetenznetz Einsamkeit am Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt/Main (KNE Forschung 01/2023). Online verfügbar: [www.kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen](http://www.kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen) (Letzter Zugriff 11.01.25)

Vdek – Verband der Ersatzkassen (2024): Finanzielle Eigenbeteiligung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen steigt weiter – Bund und Länder in der Verantwortung. Online verfügbar: <https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2024/finanzielle-eigenbeteiligung-in-pflegeheimen-steigt-weiter.html> (Letzter Zugriff 11.01.25)

BBSR - Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2020): Neue Leipzig-Charta (2020), Bonn. Online verfügbar: [https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/sonderveroeffentlichungen/2021/neue-leipzig-charta-pocket-dl.pdf;jsessionid=50A08A3B3E2EC53364DB5EA3D7B6479A.live21323?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/sonderveroeffentlichungen/2021/neue-leipzig-charta-pocket-dl.pdf;jsessionid=50A08A3B3E2EC53364DB5EA3D7B6479A.live21323?__blob=publicationFile&v=3) (Letzter Zugriff 11.01.25)

Statisches Bundesamt (2025a): Bevölkerungsvorausberechnung. Online verfügbar: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html) / (Letzter Zugriff 11.01.25)

Statisches Bundesamt (2025b): Demografischer Wandel. Online verfügbar: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-geburten.html> (Letzter Zugriff 11.01.25)

Statisches Bundesamt (2025c): Haushalte und Haushaltsmitglieder nach Haushaltsgröße und Gebietsstand im Jahr 2023 Online verfügbar: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/1-1-privathaushalte-haushaltsmitglieder.html> (Letzter Zugriff 11.01.25)

Statisches Bundesamt (2025d): Erwerbpersonenvorausberechnung. Online verfügbar: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Publikationen/Downloads-Erwerbstaetigkeit/erwerbpersonenvorausberechnung5124208209004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Publikationen/Downloads-Erwerbstaetigkeit/erwerbpersonenvorausberechnung5124208209004.pdf?__blob=publicationFile). / (Letzter Zugriff 11.01.25)

Statisches Bundesamt (2025e): Pflege - Deutschlandergebnisse. Online verfügbar: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/\\_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html) (Letzter Zugriff 11.01.25)

Statisches Bundesamt (2025f): Pflege - Zahl der Pflegebedürftigen steigt bis 2070 deutlich an. Online verfügbar: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/aktuell-vorausberechnung-pflegebeduerftige.html> (Letzter Zugriff 11.01.25)

Statisches Bundesamt (2025g): Engpassberufe: Pflegefachkräfte verdienten im April 2023 überdurchschnittlich. Online verfügbar: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/03/PD24\\_121\\_62.htm](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/03/PD24_121_62.htm) (Letzter Zugriff 11.01.25)

Statisches Bundesamt (2025h): Sozial- und Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege. Online verfügbar: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html#118728> (Letzter Zugriff 11.01.25)

Tebest, R. (2022): Die Kommunen müssen mehr Verantwortung bei der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen übernehmen – aber wie? Online verfügbar: <https://difis.org/publikationen/publikation/29> (Letzter Zugriff 11.01.25)

Tebest, R.; Kolkmann, M.; Petroff, U. (2023): Örtliche Planung nach § 7 Alten- und Pflegegesetz NRW. Online verfügbar: [https://www.kreis-wesel.de/system/files/2023-11/Pflegeplan\\_des\\_Kreises\\_Wesel.pdf](https://www.kreis-wesel.de/system/files/2023-11/Pflegeplan_des_Kreises_Wesel.pdf) (Letzter Zugriff 11.01.25)

Tebest, R. und Kempchen, U. (2023). §123 Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier. in: Klie T, Krahmer U, Planholz M. (Hrsg), Sozialgesetzbuch XI - Soziale Pflegeversicherung – Lehr- und Praxiskommentar. NOMOS-Verlag Baden-Baden.

Tebest, R. (2024): Alternative Wohnangebote zur stationären Pflege - Notwendiger Handlungsbedarf bei der Finanzierung durch die Kommunen – Diskussionspapier des Qualitätszirkels Pflege NRW. Online verfügbar: [https://gib.nrw.de/wp-content/uploads/2024/12/GIB-Beitraege\\_2024-08\\_Alternative\\_Wohnangebote\\_Pflege.pdf](https://gib.nrw.de/wp-content/uploads/2024/12/GIB-Beitraege_2024-08_Alternative_Wohnangebote_Pflege.pdf) (Letzter Zugriff 11.01.25)

United Nations (Hrsg.) (2015). Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development. Online verfügbar: <https://sdgs.un.org/goals> (Letzter Zugriff 14.01.25)

Wurm, S. Ehrlich, U., Meyer-Wyk, F. u. Spuling, S. (2023): Verbreitung von Einsamkeit bei älteren Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2023 8(3), Robert Koch-Institut (Hrsg.), Berlin. Online verfügbar: [https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/11289/JHealthMonit\\_2023\\_03\\_Einsamkeit.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/11289/JHealthMonit_2023_03_Einsamkeit.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (Letzter Zugriff 11.01.25).

# Autor\*innen

## Dr. Ralf Tebest



Dr. Ralf Tebest ist examinierter Krankenpfleger und promovierter Gesundheitsökonom mit langjähriger Projekterfahrung. Als Pflegeplaner, Mitbegründer des Qualitätszirkels Pflegeplanung NRW, Fachautor und Hochschuldozent beschäftigt er sich damit, wie die Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen gestaltet werden muss, damit sie auch noch zukünftig sichergestellt werden kann. Schwerpunkte seiner Arbeit sind kommunale Sozial-, Pflege- und Altenhilfeplanung sowie die Umsetzung gesetzlicher Regelungen in die Praxis.

*„Die Pflege hat derzeit ein Effizienzproblem, dem durch Pflege- und Versorgungsquartiere wirkungsvoll begegnet werden kann“*

## Torsten Anstädt



Torsten Anstädt ist Experte für Versorgungsquartiere. Er berät bundesweit, erstellt mit lokalen Trägern, Kommunen und Wohnbaugesellschaften Quartierspotenzialanalysen, schult Quartiersmanagement-Teams und unterstützt den Aufbau lokaler Versorgungsquartiere.

Torsten ist Mitgründer der humaQ gGmbH und Experte für Pflege und altersgerechtes Wohnen. Er initiierte den Aufbau unterschiedlicher Gesundheits- und Pflege-Plattformen, war Geschäftsführer des größten ökumenischen Pflege StartUps Deutschlands.

Gründungsmitglied und Sprecher der Bundesarbeitsgemeinschaft Quartier. Er engagiert sich im Beirat von Care for Innovation e.V. und VDE/ITG, um die Digitalisierung im Pflege- und Gesundheitswesen voranzubringen.

*„Ein kompetentes Versorgungs-Quartiersmanagement wird zukünftig eine Schlüsselrolle für die soziale-, pflegerische und gesundheitliche Versorgung in Städten und Kommunen übernehmen.“*

## Ingeborg Maria Lang



Als „Head of Urban Transformation“ bei der CIMA Beratung + Management GmbH begleitet und unterstützt Ingeborg Maria Lang Kommunen, öffentliche Institutionen und die Immobilienwirtschaft bei der Transformation zu zukunftsfähigen Städten und Quartieren. Ihre Schwerpunkte sind u.a. die Entwicklung von Strategien und Lösungen durch dialogorientierte Innovations- und Transformations-Workshop-Formate, die Politik, Bürger\*innen, Verwaltung und Wirtschaft einbeziehen sowie das Aufzeigen von Entwicklungsperspektiven und Handlungsempfehlungen für die nachhaltige Nutzung von Immobilien und Stadtquartieren sowie Strategie- und Organisationsberatung, (agiles) Coaching & Projektmanagement, City- und Stadtmarketing und die Begleitung von Markenprozessen und Digitalprojekten. Neben ihrer beruflichen Tätigkeit engagiert sie sich u.a. als stellvertretende Vorsitzende der Initiative F!F Frauen in Führung für mehr Vielfalt in der Immobilienwirtschaft e.V. sowie in der Gesellschaft für Immobilienwirtschaftliche Forschung (gif) e.V.

*„Ein gutes Quartier ist mehr als ein Wohnort - es ist ein Lebensraum, der verbindet, schützt und unterstützt.“*

### **Kontakt:**

humaQ gGmbH  
Abeggstra e 19  
65193 Wiesbaden  
t.anstaedt@humaq.org  
+49 1726126228

CIMA Beratung + Management GmbH  
Gervinusstra e 17  
60322 Frankfurt am Main  
lang@cima.de  
+4915221810683