Quartierskonzepte, Primärversorgungsideen und integrierte Versorgung – Impulse aus sozialökonomischer Sicht

12. November 2026, Future Festival 2026; Deep Dive 1.1 Zukunft Sozialraum

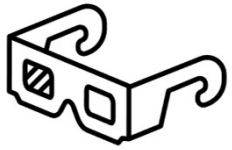
Jürgen Zerth und Michaela Schneider, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Hinweis: mit Hilfe von Opus 5.5 erstellt

Gliederung: vier Fragen

01

Herausforderung Pflege im Sozialraum



02

Vom Ageing in Place zur integrierten Versorgung

03

Was heißt sozialräumliche Verantwortung?

04

From bed to spaces: Folgen für die Struktur im Quartier

Sorgekapazität schrumpft – formell und informell

Bei gleicher Pflegequote wächst der Bedarf, während beide Versorgungsquellen zurückgehen

Formelle Kapazität

280.000–690.000

fehlende Pflegekräfte in Deutschland bis 2049 (Destatis 2024)

18 | 11

EU-Staaten, in denen Pflegefach- bzw. -hilfskräfte Mangelberufe sind (McGrath 2021)

Bedarf bei gleicher Pflegequote

5,0 Mio.

Pflegebedürftige 2021

↓

6,8 Mio.

2055 – allein durch Alterung

Steigen die Pflegequoten weiter: 7,6 Mio. (Destatis 2023)

Informelle Kapazität

6 : 1 → 2 : 1

potenziell Pflegende (45–64) je Person 80+, Europa 2011 → 2050 (Ribeiro et al. 2022)

65,9 % → 56,3 %

60–90-Jährige mit Kind am selben Ort, 2002 → 2014; seither stabil (DEAS)

Ursachen: kleinere Haushalte, Distanz, Frauenerwerbstätigkeit (OECD 2024)

Destatis (2023) Pflegevorausberechnung; Destatis (2024) Pflegekräftevorausberechnung; McGrath (2021) nach Bruegel; Ribeiro et al. (2022), Healthcare 10:11; OECD (2024); DZA Fact Sheet Wohnentfernung (DEAS)

Bruchstellen nicht integrierter Versorgung: empirische Befunde

Sechs Befunde zu den Folgen getrennter Zuständigkeiten an der Schnittstelle Heim – Hausarzt – Klinik

> 40 %

der Klinikfälle von Heimbewohner:innen sind pflegeheimsensitiv – rund ein Drittel davon vermeidbar

Valk-Draad et al. 2023 (PSK)

19–67 %

der Notfalleinweisungen aus Heimen sind potenziell nicht erforderlich – v. a. Stürze, Katheter

Woock et al. 2022 (NoMi)

42 % vs. 10 %

Hospitalisierung in Risikophasen: Deutschland vs. Niederlande

Fassmer et al. 2023

≈ 50 %

der Heimbewohner:innen im letzten Lebensmonat im Krankenhaus; ein Drittel stirbt dort

Hoffmann & Allers 2021

35 %

der Aufnahmen aus Heimen halten Hausärzt:innen für unangemessen (Heimpersonal: 26 %)

Fassmer et al. 2020; Pulst et al. 2021 (HOMERN)

1,3 Mio.

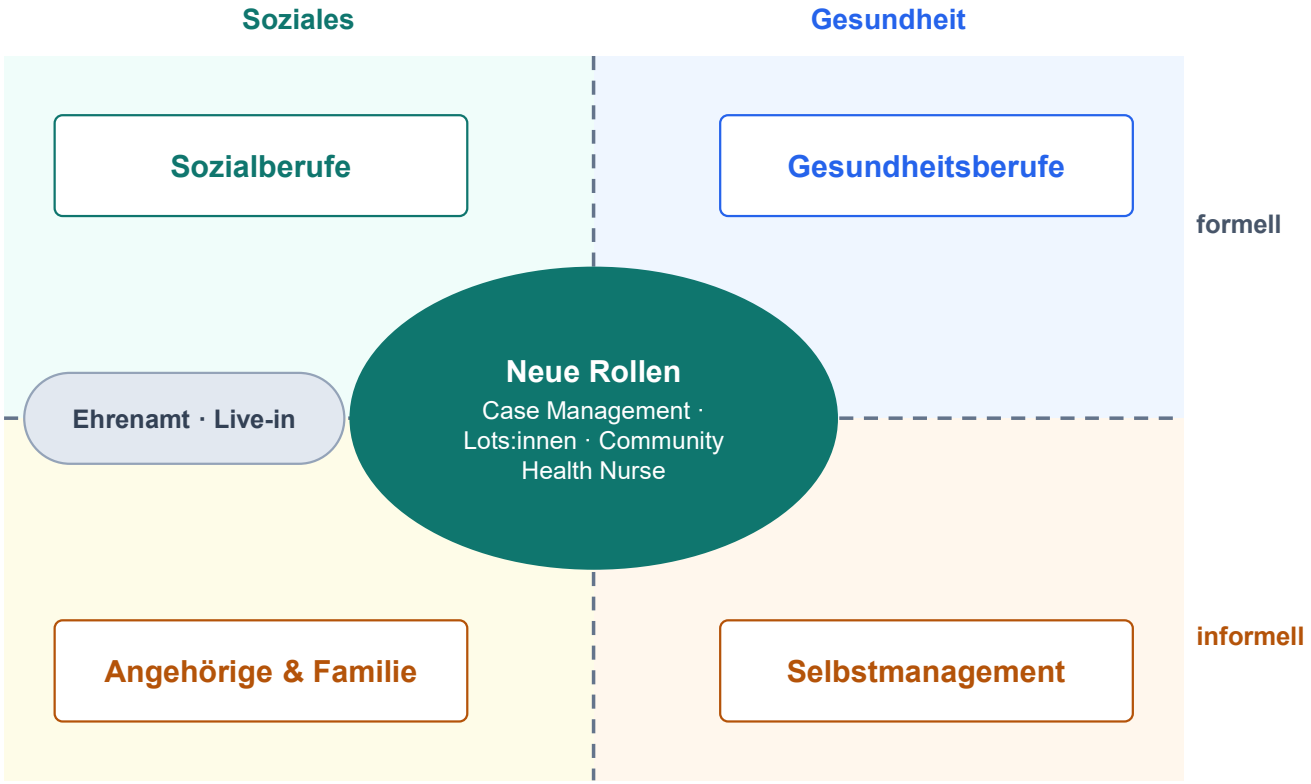
potenziell vermeidbare Klinikaufenthalte Pflegebedürftiger pro Jahr

Rothgang & Müller 2023 (BARMER)

Valk-Draad et al. (2023); Woock et al. (2022); Fassmer et al. (2023, 2020); Hoffmann & Allers (2021); Pulst et al. (2021); Rothgang & Müller (2023) – Details in den Notizen

Makrotrends treffen auf eine veränderte Sorgestruktur

An zwei Trennlinien entstehen Lücken – und neue Rollen. Wer übernimmt Verantwortung?



Makrotrends

- Mehr Hochaltrige – gesunde Jahre wachsen nicht mit
- Informelles Pflegepotenzial schrumpft
- Fachkräfteengpass, mehr Multimorbidität und Demenz

Folge

Neue Rollen entstehen an den Trennlinien – finanziert über Projekte statt Regelstrukturen.

Eigene Darstellung nach Ilinca, Leichsenring & Rodrigues (2018); Schwinger, Klauber & Tsiasioti (2020); OECD (2023)

Zwischenergebnis: Zwei Hebel für die Sorgelücke

Demografie, Makrotrends und neue Rollen führen zu zwei Ansatzpunkten

Demografische Herausforderung

Bei gleicher Pflegequote 6,8 Mio. Pflegebedürftige 2055 – formelle und informelle Kapazität sinken

Makrotrends

Mehr Multimorbidität und Demenz, schrumpfendes Familienpotenzial, Angehörige auf Distanz

Veränderte Rollen

Case Management, Lots:innen, Community Health Nurse entstehen an den Trennlinien – Zuständigkeit ungeklärt

Hebel 1: Prävention – den Bedarf senken

- Die Pflegequote ist die Stellgröße: Zwischen den Destatis-Szenarien liegen 0,8 Mio. Menschen.
- Präventive Hausbesuche mit klinischem Assessment senken funktionellen Abbau (OR 0,64); Effekte auf Heimeinzüge uneinheitlich (Huss et al. 2008).

Hebel 2: Steuerung – formell und informell verbinden

- Die neuen Rollen sind die Träger dieser Steuerung: Sie binden Familie und Nachbarschaft ein, statt sie zu ersetzen.
- Buurtzorg (NL): weniger Pflegestunden je Klient, Gesamtkosten etwa durchschnittlich (Gray et al. 2015); Caring Communities (BMFSFJ 2016).

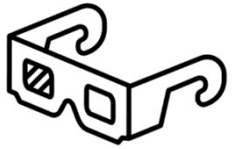
Zwischenergebnis: Prävention senkt den Bedarf, Steuerung verbindet die Ressourcen – offen: Wer verantwortet die Steuerung?

Destatis (2023, 2024); Ribeiro et al. (2022); Ilinca et al. (2018); Huss et al. (2008); Gray, Sarnak & Burgers (2015); BMFSFJ (2016) Siebter Altenbericht

Gliederung: vier Fragen

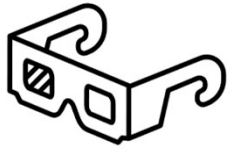
01

Herausforderung Pflege im Sozialraum



02

Vom Ageing in Place zur integrierten Versorgung



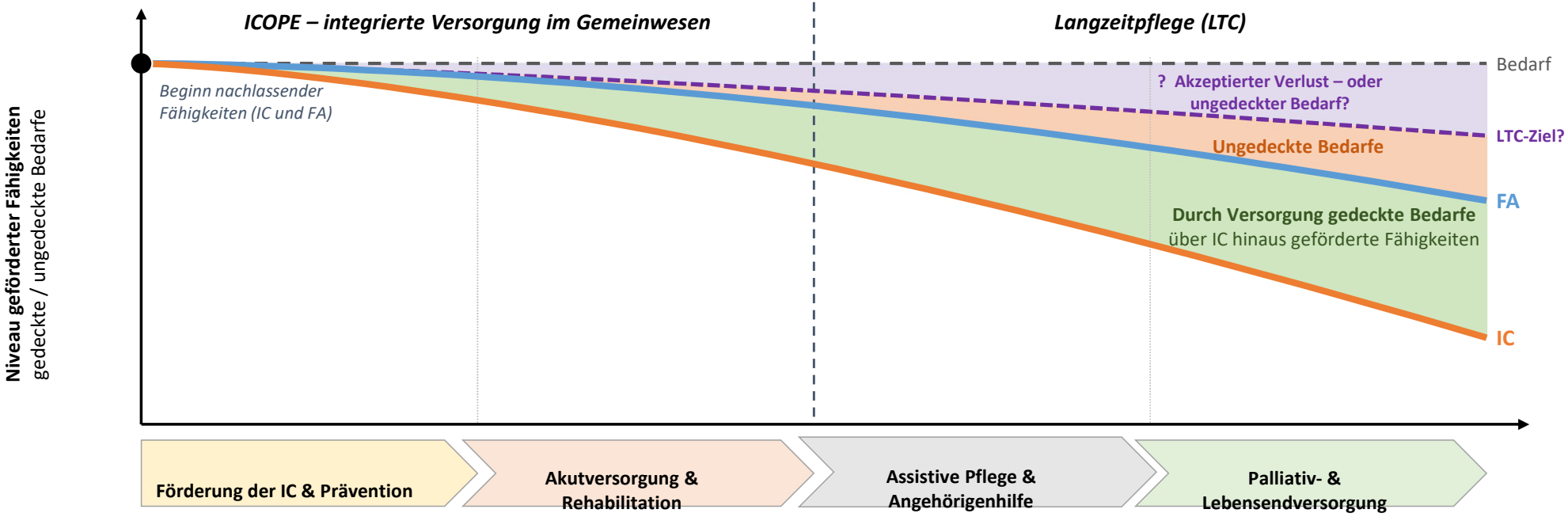
03

Was heißt sozialräumliche Verantwortung?

04

From bed to spaces: Folgen für die Struktur im Quartier

Lebensverlauf: Pflegebedarfe bei nachlassenden Fähigkeiten



IC = intrinsische Kapazität; FA = funktionale Fähigkeit; ICOPE = Integrated Care for Older People; LTC = Langzeitpflege. Adaptiert nach Cesari M, Sumi Y, Han ZA et al. Implementing care for healthy ageing. BMJ Global Health 2022;7:e007778.

Kernaussage: Versorgung und Umfeld halten die funktionale Fähigkeit über der sinkenden intrinsischen Kapazität – was als ungedeckter Bedarf gilt, hängt von der Ziellinie ab.

Fallbeispiele: Versorgungspfad und Umfeld entscheiden

Vier fiktive Personen mit komplexen Bedarfen bei Krankenhausentlassung (Kuluski et al. 2017)

Person	Medizinische Merkmale	Soziale Merkmale	Bedarf am Entlassort
Frau, 29 Jahre	Geistige und körperliche Behinderung	Armut, Belastung der pflegenden Angehörigen	Wohnumfeld in der Nähe Gleichaltriger
Mann, 33 Jahre	Infektion, Suchterkrankung	Wohnungslosigkeit, keine Familie	Stabile Wohnung
Frau, 70 Jahre, ländlich	Multiple Sklerose	Belastung und sinkende Gesundheit der pflegenden Person	Barrierefreie, angepasste Wohnung
Frau, 80 Jahre	Hüftfraktur, Osteoporose	Uneinigkeit unter Geschwistern, aufgeschobene Entscheidungen	Kultursensible Langzeitpflege

Der medizinische Anlass ist selten der Engpass. Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a SGB V) organisiert den Übergang aus der Klinik – Wohnen, Netzwerk und Entscheidungsfindung liegen aber bei Kommune, Pflegekasse und Familie. Pflegebedürftige bleiben im Schnitt länger im Krankenhaus, weil die Anschlussversorgung erst organisiert werden muss (Rothgang & Müller 2023).

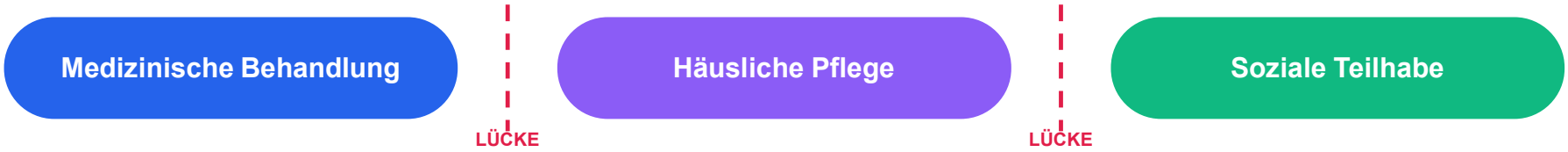
Kuluski, Ho, Hans & Nelson (2017), Int J Integr Care 17(4):2; Rothgang & Müller (2023), BARMER Pflegereport 2023

Antworten auf den Life Course: Getrennte Zuständigkeiten für eine Versorgung

Vier Träger finanzieren und organisieren unterschiedliche Teile derselben Versorgung

Krankenversicherung	Pflegeversicherung	Kommunen	Freie Wohlfahrtspflege
SGB V	SGB XI	Daseinsvorsorge	Träger & Dienste

Was die Person erlebt: eine Versorgungskette – mit Bruchstellen

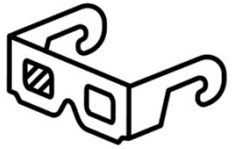


Folge: Zwischen Behandlung, Pflege und Teilhabe entstehen Lücken. Niemand ist für den Übergang verantwortlich – die Koordination bleibt bei Pflegebedürftigen und Angehörigen.

Gliederung: vier Fragen

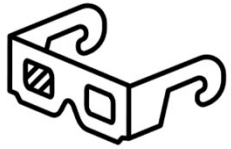
01

Herausforderung Pflege im Sozialraum



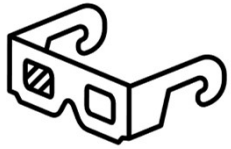
02

Vom Ageing in Place zur integrierten Versorgung



03

Was heißt sozialräumliche Verantwortung?



04

From bed to spaces: Folgen für die Struktur im Quartier

Sozialraumorientierung: planen nach Lebensbedingungen

Alter(n)sgerechte Quartiere brauchen eine eigene Analyse der Lebenslagen älterer Menschen

BISHER

Bedarf aus Pflegegrad, Diagnose, Kapazität

SOZIALRAUMORIENTIERT

Bedarf aus dem sozialen Kontext im Quartier

- **Wohnen**
- **Mobilität**
- **Einkommen**
- **Familien- und soziale Netzwerke**
- **Sicherheit im Quartier**
- **Zugang zu Diensten**

Caring Communities

Verbinden professionelle Dienste mit

- Nachbarschaft
- Ehrenamt
- Angehörigen
- kommunaler Planung

Ziel: eine tragfähige lokale Sorgestruktur statt isolierter Einzelangebote

Fachliche Verantwortung und Zugang brauchen einander

Beide Anbieterlogiken sind notwendig – keine reicht allein

SINGLE-PURPOSE

Qualität sichern

STÄRKE

Komplexe medizinische und pflegerische Bedarfe brauchen fachliche Verantwortung, Qualitätsstandards und klare Zuständigkeiten.

GRENZE

Arbeiten sie isoliert, bleiben Einsamkeit, Wohnprobleme oder Angehörigenüberlastung unbearbeitet.

MULTI-PURPOSE

Bedarfe früh erkennen

STÄRKE

Niedrigschwellig: Beratung, Prävention, Begegnung und Unterstützung aus einer Hand.

GRENZE

Sie sollten keine unklare medizinische Verantwortung übernehmen.

Bindeglied: klar definierte Schnittstellen zu Hausärzt:innen, Pflegediensten, Krankenhäusern und Fachdiensten.

Von Single- zu Multi-purpose-Anbietern im Verlauf

Single-purpose-Anbieter → Multi-purpose-Anbieter

1 Verknüpfung

einige Leistungen für alle

Leichte Bedarfe: Hausarzt, Therapie, Apotheke handeln eigenständig – Überweisung und Information

2 Koordination

systemübergreifend

Multimorbidität: Case Management oder Community Health Nurse steuert einen gemeinsamen Plan

3 Volle Integration

alle Leistungen für einige

Schwere Bedarfe: gepooltes Budget, gemeinsame Akte, ein Team (z. B. PACE)

Offene Frage: Wer trägt den Übergang – und wer definiert den Bedarf? »Integration kostet, bevor sie sich auszahlt« und »Wer integriert, bestimmt die Melodie« (Leutz 1999).

Leutz (1999), Milbank Q 77:77–110; Shortell (2021), Milbank Q 99:91–98; Cesari et al. (2022), BMJ Glob Health 7:e007778 · PACE = Program of All-Inclusive Care for the Elderly

Soziale Räume in der europäischen Langzeitpflege: Evidenz

Sozialer Raum · Phase	Setting und Design	Befund
UK Tagesstätten · Quartier	Generalistische Tagesstätten, England; Mixed-Methods-Fallstudie	Teilnahme erhöht die Lebensqualität isolierter, mobilitätseingeschränkter Menschen
UK Extra Care Housing · Übergang	19 Neubauprojekte (PSSRU); 30 Monate vs. Pflegeheimeinzüge	Vergleichbare Bewohner:innen: bessere Funktion, geringere Mortalität, keine Mehrkosten
NL Kleinräumiges Wohnen · stationär	Quasi-Experiment, 259 Bewohner:innen mit Demenz, 12 Monate	Mehr soziale Einbindung, weniger Fixierung und Psychopharmaka; Lebensqualität gleich
NL Green Care Farms · stationär	115 Bewohner:innen; über 16.000 Alltagsbeobachtungen	Mehr Aktivität, soziale Interaktion, Zeit im Freien; höhere Lebensqualität als im klassischen Heim
DE Ambulante WG · Berlin	DeWeGE: neue Bewohner:innen 12 Monate vs. Spezialwohnbereiche	Lebensqualität steigt im ersten Jahr; kein klarer Vorteil bei Gesundheitsoutcomes
DE DemWG-Studie · bundesweit	Cluster-RCT, 97 WGs, 341 Bewohner:innen; Schulung plus Gruppenaktivierung	Krankenhauseinweisungen nach 6 Monaten etwa halbiert (IRR 0,47); nicht nachhaltig

Deutschland, Quartiersebene: Quartiersmodelle (Pflege stationär – Weiterdenken!, Gemeindeschwesterplus, QplusAlter) zeigen Reichweite und Teilhabe – Evaluationen sind aber meist qualitativ.

Orellana et al. (2020); Darton et al. (2011); Verbeek et al. (2014); de Boer et al. (2017); Wolf-Ostermann et al. (2012); Misonow et al. (2025); Röhnsch & Hämel (2021)

Zwischenfazit: Die Frage verschiebt sich

WEG VON
»Soll Pflege medizinisch oder sozial organisiert sein?«

HIN ZU
»Wie werden medizinische Qualität und soziale Teilhabe im Quartier verlässlich verbunden?«

Antwort: kein Universalanbieter, sondern ein verbindlich gesteuertes Netzwerk.

Gemeinsame Bedarfserfassung
WHO ICOPE 2025

Care- und Case-Management
BMFSFJ 2016

Klare Verantwortlichkeiten
Leutz 1999

Abgestimmte Finanzierung
Rocks et al. 2020

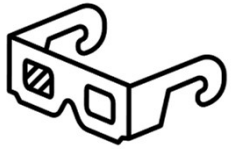
Evidenz: bessere Zufriedenheit, Qualität und Zugang – Kosteneffekte uneinheitlich (Baxter et al. 2018: 167 Studien).

Leutz (1999); Baxter et al. (2018), BMC Health Serv Res 18:350; Rocks et al. (2020), Eur J Health Econ 21:1211–1221; WHO (2025); BMFSFJ (2016)

Gliederung: vier Fragen

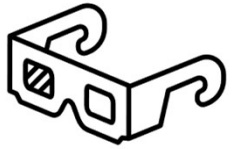
01

Herausforderung Pflege im Sozialraum



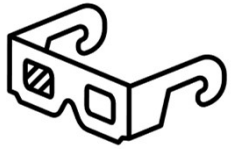
02

Vom Ageing in Place zur integrierten Versorgung



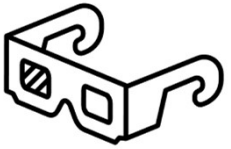
03

Was heißt sozialräumliche Verantwortung?



04

From bed to spaces: Folgen für die Struktur im Quartier



Vier Anbieterformen im Quartier

Anbieterform	Deutsche Beispiele	Umgang mit der Spannung
Single-purpose, klinisch	Hausarzt- und Facharztpraxis, Krankenhaus, ambulanter Pflegedienst, Reha-Anbieter	Definierte medizinische oder pflegerische Kompetenz; für soziale Bedarfe auf Überweisung und Koordination angewiesen
Single-purpose, sozial	Kommunaler Sozialdienst, Wohlfahrtsverband, Seniorenzentrum, Angehörigenberatung	Teilhabe, Beratung, Wohnen, Alltagshilfe; muss medizinische Verschlechterung rasch weiterleiten
Multi-purpose	Integriertes Versorgungszentrum, Quartierszentrum, Tagespflege, »offene Pflege«	Bündelt Beratung, Teilhabe, Prävention, Entlastung – teils auch Pflege oder Reha
Vernetztes Quartiersmodell	Quartiersbüro, kommunale Pflegekonferenz, lokales Bündnis, PHNC-Zentrum	Koordiniert Anbieter, ohne dass eine Organisation alles selbst leisten muss

Favorisiert: quartiersbezogene multiprofessionelle Primary-Health-and-Nursing-Care-Centres (PHNC) – als zugängliche Anker im lokalen Netzwerk, nicht als Monopol.

Zwei Quartierslogiken: Sozialversicherung und Kommune

Die Kasse denkt in Ansprüchen von Versicherten, die Kommune in Gebieten und Bewohnerschaft

Sozialversicherung

SGB V / XI

- Individueller Leistungsanspruch
- Beiträge, Wirtschaftlichkeitsgebot
- Kassen im Wettbewerb

Schwellenzone

Lotsen, Beratung, Netzwerkarbeit passen in keine Logik – sie hängen an befristeten Brücken

§ 20a, § 140a SGB V · § 7c, § 45e SGB XI · Innovationsfonds · Landesprogramme

Kommune

Daseinsvorsorge

- Gebiet und Bewohnerschaft
- Haushalt, oft freiwillige Leistung
- Planung und Quartiersmanagement

Grundaussage: Das SGB V ist auf medizinische Bedarfe ausgerichtet; sozialräumlich verknüpfte Bedarfe stehen daneben – und fallen zwischen die Logiken (Zerth 2026).

Zerth (2026); Ärzteblatt 15.07.2019 (GKV-Bündnis); § 45e SGB XI i. d. F. v. 22.12.2025; Deutscher Verein (2021); Ärzte Zeitung (2022)

Fünf offene Streitfragen der Quartiersdebatte

Angewandter Interprofessionalitäts-Diskurs: Jede Frage hat zwei berechtigte Seiten – die Antwort entscheidet über Zuschnitt und Finanzierung

	EINERSEITS	ANDERERSEITS
Wer führt?	Kommunen haben die Legitimität für die Sozialraumplanung (BMFSFJ 2016).	Kassen, Ärzteschaft und Träger kontrollieren Finanzierung und Versorgungskapazität – integrierte Governance bleibt umstritten (Leutz 1999; Zerth 2026).
Wie weit ist »Bedarf«?	Eng medizinisch: übersieht Einsamkeit, Wohnprobleme und Angehörigenbelastung (Kuluski et al. 2017).	Breit sozial: überdehnt die Pflegeversicherung über ihren gesetzlichen Auftrag (Bradshaw 1972; Rodriguez Santana et al. 2023).
Halten Multi-purpose-Anbieter die Qualität?	Kritik: Ein breiteres Angebot kann spezialisierte Kompetenz verwässern (Leutz 1999).	Befürworter: Integration verhindert Fragmentierung und erkennt Bedarfe früher (Baxter et al. 2018).
Reicht die Evidenz?	Integrierte sozialräumliche Konzepte gelten als vielversprechend (BMFSFJ 2016; Netzwerk SONG 2009).	Belastbare Evidenz, wie man sie aufbaut und verstetigt, fehlt noch (Rocks et al. 2020; Storz-Pfennig 2023).
Informelle Sorge ohne Ausbeutung?	Caring Communities beziehen Nachbarschaft, Ehrenamt und Angehörige ausdrücklich ein (BMFSFJ 2016).	Das muss professionelle, öffentlich finanzierte Versorgung ergänzen – nicht ersetzen (Eggers et al. 2022; Peña-Longobardo & Oliva-Moreno 2022).

Quellen: BMFSFJ (2016) Siebter Altenbericht; Leutz (1999); Kuluski et al. (2017); Bradshaw (1972); Rodriguez Santana et al. (2023); Baxter et al. (2018); Rocks et al. (2020); Storz-Pfennig (2023); Netzwerk SONG (2009); Eggers et al. (2022); Zerth (2026)

Sechs offene Fragen zwischen Kasse und Kommune

FINANZIERUNG

Wer zahlt, was in keine Logik passt?

Streit um Kostenanteile der Gesundheitskioske (zm 4/2024) (bislang nicht eingeführt)

VERSTETIGUNG

Wie wird aus dem Projekt eine Regelstruktur?

Nur 23 % der Innovationsfonds-Projekte mit Transferempfehlung (Gerst 2026)

NUTZENVERTEILUNG

Wer investiert, wer profitiert?

Welchen Nutzen hat eine investierende Kommune ?(Zerth 2026)

STEUERUNG

Wer hat das Initiativrecht?

Kommune entscheidet vs. Vorschlagsrecht der Kassen (AOK G+G)

WETTBEWERB VS. GEBIET

Passen Kassenwettbewerb und Quartier zusammen?

Anreiz zum Trittbrettfahren (Vauth & Zerth 2023)

DATEN & EVIDENZ

Womit wird Wirkung belegt?

Wirksamkeitsnachweis scheitert oft an der Methodik (Storz-Pfennig 2023)

Quellen: Zerth (2026); zm 4/2024; Diakonie (2023); Gerst (2026); AOK G+G; Vauth & Zerth (2023); Storz-Pfennig (2023); Rocks et al. (2020); BR-Drs. 2/25(B) – vollständig im Literaturverzeichnis

Conclusio – Questions to go

Conclusio

1. **Bruchstellen statt Wissenslücken**
   Probleme entstehen an den Schnittstellen Heim – Hausarzt – Klinik – Quartier (PSK, NoMi).

2. **Integration ist gestuft**
   Nicht alles für alle: Verknüpfung, Koordination oder volle Integration – je nach Bedarf (Leutz 1999).

3. **Regeln statt Projekte**
   Die Schwelle Kasse – Kommune braucht gemeinsame Rechtsgrundlage, gepoolte Budgets und Transferregeln (Zerth 2026).

Questions to go

? Wer verantwortet den Übergang – und mit welchem Budget?

? Welche Ziellinie gilt für »ungedeckten Bedarf« – und wer setzt sie?

? Wie verhindern wir, dass Ressourcenorientierung staatlichen Rückzug legitimiert?

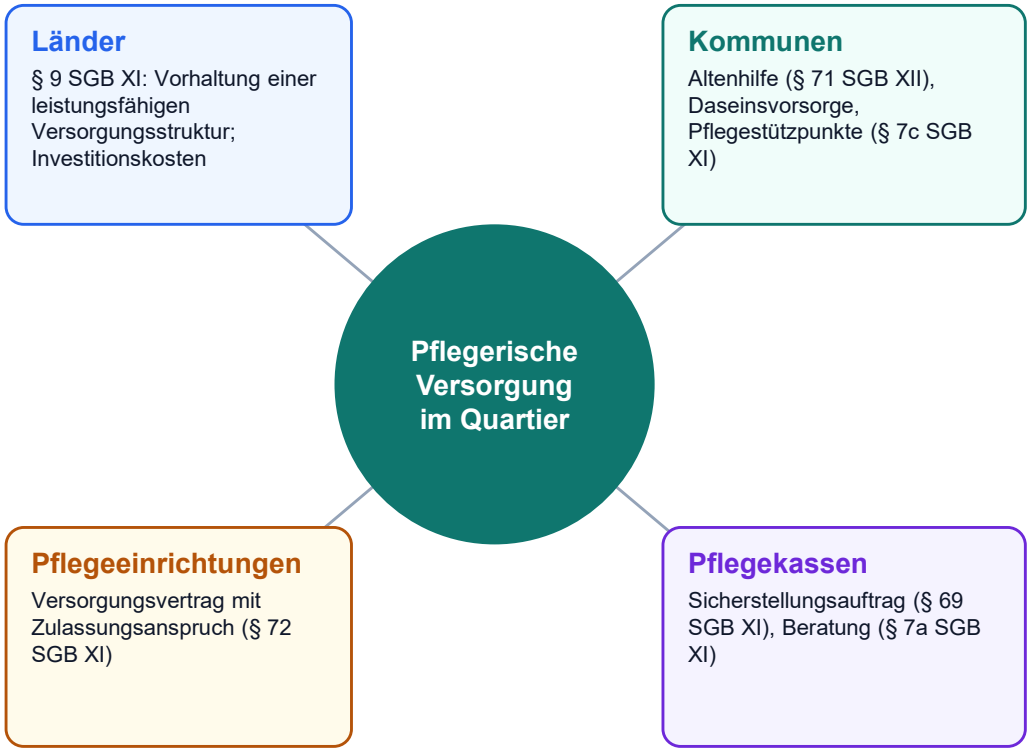
? Need oder Wille: Wie vermeiden wir Bevormundung, ohne die „Stillen“ zu übersehen?

? Steuerung oder Zugang: Wo hilft Gatekeeping – und wo erhöht es Zugangskosten?

Leutz (1999); Zerth (2026); Valk-Draad et al. (2023); Woock et al. (2022); Diakonie (2023); AOK G+G (GVSG); Bremen: Verstetigungskonzept Städtebauförderung

Anpassung an eine neue Struktur der Daseinsvorsorge: Pflege ist eine gemeinsame Aufgabe vieler Akteure

Das SGB XI verlangt eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und abgestimmte Versorgung – verteilt auf vier Akteure



§ 8 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung

Abs. 1: Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Abs. 2: Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen wirken eng zusammen.

- ✓ **leistungsfähig:** ausreichende Kapazität und Qualität
- ✓ **regional gegliedert:** Planung im regionalen Maßstab
- ✓ **ortsnah:** Versorgung im Wohnumfeld
- ✓ **aufeinander abgestimmt:** ambulant und stationär verzahnt

Spannung: Der Auftrag ist gemeinsam, die Instrumente sind getrennt. Kassen müssen geeignete Einrichtungen zulassen; Kommunen fehlen verbindliche Steuerungsrechte. Konsequenz: Kompetenzen neu verteilen (→ Folie 29).

§§ 7a, 7c, 8, 9, 69, 72 SGB XI; § 71 SGB XII; BMFSFJ (2016): Siebter Altenbericht – Sorge und Mitverantwortung in der Kommune, BT-Drs. 18/10210

Ordnungspolitischer Impuls: Kompetenzen neu verteilen – umsetzbar?

Eine stärkere Quartierskonzeption ordnet Aufgaben nach ihrer Steuerungslogik – und beantwortet, wer was bezahlt

● primär zuständig ◉ organisiert ○ finanziert mit

	Pflege-versicherung *Versicherungslogik*	Bund (Steuern) *Gesellschaftl. Verantwortung*	Länder *Föderale Verantwortung*	Kommunen *Daseinsvorsorge*	Private Haushalte *Subsidiarität*
Häusliche Pflege, Tages- und Kurzzeitpflege, Hilfsmittel *Versicherungsleistung bei festgestelltem Pflegebedarf*	●				○
Pflegeberatung und -begleitung *Wo Kassen nicht wohnortnah beraten: Kommunen – mit Refinanzierungspflicht*	●			◉	
Care- und Case-Management *Lokale Instanz steuert sektorübergreifend; verlässliche Refinanzierung*	○	○	○	●	
Prävention und Gesundheitsförderung *Fonds nur bei gemeinsamem Strukturaufbau von Kassen und Kommunen*	○	○		●	
Wohnraum, Mobilität, öffentliche Räume *Entscheiden, ob häusliches Leben im Sozialraum gelingt*			●	●	○
Infrastruktur-Investitionen, Standards, Finanzausgleich *Kommunen nicht allein im Investitionsrisiko*	○	●	●		
Versicherungsfremde Leistungen *z. B. Rentenbeiträge pflegender Angehöriger, Forschung, Qualitätsentwicklung*		●			

Pflegeanbieter
Zulassung im Rahmen kommunaler Pflegeplanung; verbindliche Teilnahme an Pflegekonferenzen (Deutscher Städtetag 2024; DV 2025).

Pflegebedürftige und Angehörige
Eigenbeitrag subsidiär für ergänzende Leistungen – existenzielle Versorgung bleibt einkommensunabhängig (DV 2025).

Leitprinzip
Wer im Quartier steuert, braucht Kompetenz und verlässliche Refinanzierung – statt Projektmitteln (DV 2024; Zerth 2026).

Deutscher Verein: DV 3/20 (2020), DV 19/24 (2024), DV 4/25 (2025); Deutscher Städtetag (2024): Zukunftsfeste Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen; § 8 SGB XI; Zerth (2026)

Herzlichen Dank!

Prof. Dr. Jürgen Zerth
Juergen.zerth@ku.de

Michaela Schneider, MBA
Michaela.schneider@ku.de

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Kapuzinergasse 2
85072 Eichstätt

heles Institut für Versorgungsforschung, Recht und Ökonomie im Sozial- und Gesundheitswesen

Prof. Dr. Inge Eberl
Prof. Dr. Thomas Beyer
Prof. Dr. Jürgen Zerth

Literatur (1/3)

Nur im Foliensatz zitierte Quellen · Stand: 11. November 2026 · Presse- und Gesetzesangaben vor Veröffentlichung prüfen

AOK – Gesundheit und Gesellschaft (G+G) (2026). Innovationsfonds, Heft 4/2026; Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG).

Ärzte Zeitung (2022). Ersatzkassen ziehen sich aus Gesundheitskiosk Billstedt zurück.

Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E. & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC Health Services Research, 18, 350. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3

BMFSFJ (2016). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. BT-Drs. 18/10210.

de Boer, B., Hamers, J. P. H., Zwakhalen, S. M. G., Tan, F. E. S., Beerens, H. C. & Verbeek, H. (2017). Green care farms as innovative nursing homes, promoting activities and social interaction for people with dementia. JAMDA, 18(1), 40–46.

Bradshaw, J. (1972). The concept of social need. New Society, 30, 640–643.

Bundesrat (2025). Beschluss BR-Drs. 2/25(B).

Cesari, M., Sumi, Y., Han, Z. A. et al. (2022). Implementing care for healthy ageing. BMJ Global Health, 7, e007778. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007778

Darton, R., Bäumker, T., Callaghan, L. & Netten, A. (2011). Improving housing with care choices for older people: the PSSRU evaluation of extra care housing. Housing, Care and Support, 14(3), 77–82.

Destatis (2023). Pflegevorausberechnung: Deutschland und Bundesländer. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Destatis (2024). Pflegekräftevorausberechnung (Pressemitteilung Nr. 033 vom 24.01.2024); Eppers, N. (2024), WISTA 76(2), 44–54.

Deutscher Städtetag (2024). Zukunftsfeste Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen in den Städten. Positionspapier vom 6. Juni 2024. Berlin.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2020). Positionen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege (DV 3/20). NDV 2021, 31 ff.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2021). Empfehlungen zu Pflegestützpunkten (§ 7c SGB XI) und Angeboten nach § 45c SGB XI. Berlin.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2024). Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Pflegekompetenzgesetzes (DV 19/24). Berlin.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2025). Empfehlungen zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege (DV 4/25), verabschiedet am 3. Dezember 2025. Berlin.

Deutsches Ärzteblatt (2019, 2024, 2026). GKV-Bündnis für Gesundheit (15.07.2019); GVSG-Entwurf (14.04.2024); ÖGD-Pakt (2026).

Diakonie Deutschland (2023). Fachgespräche Gesundheitskioske – Dokumentation.

DZA – Deutsches Zentrum für Altersfragen. Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2023; Fact Sheet Wohnentfernung zwischen älteren Eltern und ihren Kindern. Berlin.

Eggers, T., Grages, C. & Pfau-Effinger, B. (2022). Care-Politiken, soziale Risiken und Geschlechterungleichheit im internationalen Vergleich. In U. Knobloch et al. (Hrsg.), Caring Societies – Sorgende Gesellschaften (S. 38–65). Beltz Juventa.

Literatur (2/3)

Fassmer, A. M., Allers, K., Helbach, J., Zuidema, S., Freitag, M., Zieschang, T. & Hoffmann, F. (2023). Hospitalization of German and Dutch nursing home residents depend on different long-term care structures: A systematic review on periods of increased vulnerability. JAMDA, 24(5), 609–618.e6. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.01.030

Fassmer, A. M., Pulst, A., Spreckelsen, O. & Hoffmann, F. (2020). Perspectives of general practitioners and nursing staff on acute hospital transfers of nursing home residents in Germany. BMC Family Practice, 21. https://doi.org/10.1186/s12875-020-01108-x

Freie Hansestadt Bremen. Verstetigungskonzept Städtebauförderung (Soziale Stadt). Bremen.

Gerst, T. (2026). Innovationsfonds – Transfer in die Regelversorgung. Rheinisches Ärzteblatt, 5/2026.

Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22.12.2025, BGBl. I Nr. 371 (u. a. § 45e SGB XI).

Gray, B. H., Sarnak, D. O. & Burgers, J. S. (2015). Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. New York: The Commonwealth Fund.

Hämel, K. & Brandenburg, H. (2021). Versorgung und Teilhabe im Quartier – Beiträge stationärer Pflegeeinrichtungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 54.

Hinte, W. (2019). Fachkonzept Sozialraumorientierung.

Hoffmann, F. & Allers, K. (2021). Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohnern in der letzten Lebensphase. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 54, 247–254. https://doi.org/10.1007/s00391-020-01716-3

Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M. & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Gerontol A, 63(3), 298–307.

Ilinca, S., Leichsenring, K. & Rodrigues, R. (2018). Developing integration around primary care: new professional roles and emerging professions in integrated care delivery. Public Health Panorama, 4(4), 615–626.

Kuluski, K., Ho, J. W., Hans, P. K. & Nelson, M. L. (2017). Community care for people with complex care needs: Bridging the gap between health and social care. International Journal of Integrated Care, 17(4), 2. https://doi.org/10.5334/ijic.2944

Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Quarterly, 77(1), 77–110.

McGrath, J. (2021). Report on labour shortages and surpluses. European Labour Authority (zit. nach Bruegel Policy Brief 2023).

Michell-Auli, P. & Kremer-Preiß, U. (2013). Quartiersentwicklung: KDA-Ansatz und kommunale Praxis. Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Misonow, J., Wolf-Ostermann, K., Altona, J. et al. (2025). A complex intervention to reduce hospital admissions for people living with dementia in shared-housing arrangements in Germany: results of the DemWG-study. BMC Medicine, 23, 262.

Netzwerk SONG (Hrsg.) (2009). Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden, Bd. 3: Soziale Wirkung und »Social Return«. Gütersloh.

OECD (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

OECD (2024). Is Care Affordable for Older People? Paris: OECD Publishing.

Literatur (3/3)

Orellana, K., Manthorpe, J. & Tinker, A. (2020). Day centres for older people: attender characteristics, access routes and outcomes of regular attendance. BMC Geriatrics, 20.

Peña-Longobardo, L. M. & Oliva-Moreno, J. (2022). The economic value of non-professional care: A Europe-wide analysis. International Journal of Health Policy and Management, 11(10), 2272–2286. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.149

Pulst, A., Fassmer, A. M. & Schmiemann, G. (2021). Unplanned hospital transfers from nursing homes: who is involved in the transfer decision? Results from the HOMERN study. Aging Clinical and Experimental Research, 33, 2231–2241. https://doi.org/10.1007/s40520-020-01751-5

Ribeiro, O. et al. (2022). The Caregiver Support Ratio in Europe: Estimating the future of potentially (un)available caregivers. Healthcare, 10(1), 11.

Rocks, S., Berntson, D., Gil-Salmerón, A. et al. (2020). Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. European Journal of Health Economics, 21(8), 1211–1221.

Rodriguez Santana, I. et al. (2023). Need, demand, supply in health care. Health Economics, Policy and Law, 18(1), 1–13. https://doi.org/10.1017/S1744133121000293

Röhnsch, G. & Hämel, K. (2021). Co-production in coping with care dependency in Germany: How can integrated local care centers contribute? Health & Social Care in the Community. https://doi.org/10.1111/hsc.13300

Rothgang, H. & Müller, R. (2023). BARMER Pflegereport 2023: Pflegebedürftige im Krankenhaus. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 44. BARMER.

Schwinger, A., Klauber, J. & Tsiasioti, C. (2020). Pflegepersonal heute und morgen. In K. Jacobs et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2019 (S. 3–21). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_1

Shortell, S. M. (2021). Reflections on the five laws of integrating medical and social services – 21 years later. Milbank Quarterly, 99, 91–98.

Storz-Pfennig, P. (2023). Der Innovationsfonds an der Schwelle zur Verstetigung. Gesundheits- und Sozialpolitik, 1/2023.

Valk-Draad, M. P., Gröne, O., Schulte, T., Stahl, K. & Bohnet-Joschko, S. (2023). Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle (PSK). Ergebnisbericht, Innovationsausschuss beim G-BA (01VSF18026).

Vauth, C. & Zerth, J. (2023). Wettbewerb in der Krankenversicherung – sinnvoll und möglich? Gesundheit und Qualität, 28(4), 179–184.

Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. I. J. M. & Hamers, J. P. H. (2014). Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. International Psychogeriatrics, 26.

WHO (2025). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (2. Aufl.). Genf: WHO.

Wolf-Ostermann, K., Worch, A., Fischer, T., Wulff, I. & Gräske, J. (2012). Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units – results of the Berlin DeWeGE-study. Journal of Clinical Nursing, 21(21–22), 3047–3060.

Woock, K., Meinert, N., Völtzer, L. & Busch, S. (2022). NoMi – Notfalleinweisungen minimieren: Studie zu Umfang und Notwendigkeit von Notfalleinweisungen. Endbericht, Modellprogramm nach § 8 Abs. 3 SGB XI. HAW Hamburg.

Zerth, J. (2026). Primärversorgung – Abgrenzung und möglicher Wirkungsbeitrag für eine »verbesserte« Gesundheitsversorgung? RPG, 32(4), 104–111.

zm – Zahnärztliche Mitteilungen (2024). Teure Experimente (Finanzierung der Gesundheitskioske), Heft 4/2024.