

**„Pflege stationär – Weiterdenken!“**  
**Abschlussbericht**  
**der wissenschaftlichen Evaluation des Modellverbunds**

Synopse der Ergebnisse der Teilstudien der wissenschaftlichen Evaluation des Modellverbunds

Abgabe des Erstberichts: Bielefeld, 25. Oktober 2019  
Durchgesehene, leicht überarbeitete Fassung: Mai 2020

**Projekträger:** Alters-Institut Zentrum für Versorgungsforschung und Geragogik

**Förderung:** Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes NRW im Rahmen der Initiative  
“Pflege Inklusiv“

**Wissenschaftliche Evaluation**

Prof. Dr. Kerstin Hämel (Projektleitung und -koordination)  
Marcus Heumann, Dr. Gundula Röhnsch & Jonas Vorderwülbecke  
(Projektmitarbeiter\*innen)

Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft

**Autor\*innen des Berichts:**

Gundula Röhnsch, Kerstin Hämel, Jonas Vorderwülbecke & Marcus Heumann

Impressum:

Röhnsch, G., Hämel, K., Vorderwülbecke, J., & Heumann, M (2020). „*Pflege stationär – Weiterdenken!*“ *Abschlussbericht der wissenschaftlichen Evaluation des Modellverbunds*. Universität Bielefeld, Universitätsbibliothek.

DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2938282>



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Universität Bielefeld  
Universitätsstraße 25  
D-33615 Bielefeld  
Tel.: +49 521 106-3886  
E-Mail: [gundula.roehnsch@uni-bielefeld.de](mailto:gundula.roehnsch@uni-bielefeld.de)

## **Vorbemerkung und Danksagung**

Bei dem vorliegenden Bericht handelt es sich um den Abschlussbericht zur Evaluation des Modellverbands „Pflege stationär – Weiterdenken!“ Dieses Modellprojekt wurde im Rahmen der Förderlinie „Pflege inklusiv“ von der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen gefördert (Projektlaufzeit 2016–2019). Träger des Modellprojekts war das Alters-Institut Zentrum für Versorgungsforschung und Geragogik, beteiligt waren als Träger\*innen der Modelleinrichtungen der Arbeiterwohlfahrt-Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe, die von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und das Evangelische Johanneswerk. Kooperationspartnerinnen waren die Städte Bielefeld und Herford. Die wissenschaftliche Evaluation des Verbands wurde an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführt.

Wir bedanken uns bei der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen für die finanzielle Förderung der Studie. Dem Alters-Institut, den Träger\*innen der Modelleinrichtungen sowie den Städten Bielefeld und Herford gilt unser Dank für die Kooperation während der Projektlaufzeit. Bei allen Studienteilnehmer\*innen bedanken wir uns natürlich ebenfalls für ihre Bereitschaft, sich uns mitzuteilen.

## Weitere bisher publizierte Berichte und Artikel der wissenschaftlichen Evaluation des Modellprojekts:

- Hämel, K., Kafczyk, T., Vorderwülbecke, J., & Schaeffer, D. (2017). *Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit im Quartier? Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse in vier städtischen Quartieren. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P17-155.* Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft.
- Hämel, K., & Röhnsch, G. (2019). Möglichkeiten und Grenzen integrierter Tagespflege in Pflegeheimen: Sichtweisen von ExpertInnen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(2), 148-156. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00391-018-01489-w>
- Hämel, K., Vorderwülbecke, J., & Heumann, M. (2019). *Information und Beratung in den Einrichtungen des Modellverbands „Pflege stationär – Weiterdenken!“ Auswertung der Nutzeranfragedokumentation.* Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2938289>
- Heumann, M., Hämel, K., & Vorderwülbecke, J. (2019). *Wohnortnahe und integrierte Angebotsnutzung? Nutzer\*innen und Nutzungsverläufe im Modellverbund „Pflege stationär – Weiterdenken“.* Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2938279>
- Röhnsch, G., & Hämel, K. (2019a). *Koproduktion in der Bewältigung von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit: Der Beitrag von integrierten Quartiers- und Gesundheitszentren des Modellverbands „Pflege stationär – Weiterdenken!“* Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2938280>
- Röhnsch, G., & Hämel, K. (2019b). *Öffnung von Pflegeeinrichtungen für den Sozialraum: Ergebnisse einer Studie zu Zielgruppen und Barrieren der Erreichbarkeit.* *Pflege & Gesellschaft*, 24(4), 350-365

## Inhalt

1	Gegenstand und Zielsetzung der Evaluation .....	2
1.1	Gegenstand .....	2
1.2	Ziele und Fragestellungen .....	3
2	Methodisches Vorgehen .....	4
2.1	Ausgangsanalyse: Präformative Evaluation .....	5
2.2	Prozess- und Ergebnisanalyse: Formative Evaluation .....	6
2.2.1	Qualitative Analysen .....	6
2.2.2	Quantitative Analysen .....	9
2.3	Wirkungsanalyse: Summative Evaluation.....	10
2.4	Ethik und Datenschutz.....	10
3	Synopse der Ergebnisse .....	11
3.1	Bedarfs- und Angebotsanalyse als Grundlage der Zentrenbildung .....	11
3.2	Nutzerorientierung und Versorgungskontinuität .....	15
3.3	Angebote, Prozesse und Arbeitsweisen für eine umfassende Versorgung im Quartier.....	20
3.4	Bündelung von sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Leistungen..	25
3.5	Diskussion und Fazit: Innovationsgehalt der Pilotzentren und Möglich- keiten der Weiterentwicklung zu multiprofessionellen Gesundheitszentren	26
4	Fazit für die Praxis .....	29
	Literaturverzeichnis .....	30

## 1 Gegenstand und Zielsetzung der Evaluation

### 1.1 Gegenstand

Zielsetzung des Modellprojekts war es, eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung älterer, chronisch kranker, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Stadtteil durch Weiterentwicklung stationärer Einrichtungen hin zu sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Pflegezentren zu realisieren. Die Zentren sollen ambulante und stationäre Angebote integrieren und verschiedene Dienstleistungen, Professionen und Angebotsformen unter einem Dach vereinen. Auf diese Weise sollen sie dezentral im Stadtteil eine umfassende Versorgung für ältere, chronisch kranke, hilfe- und pflegebedürftige Menschen ermöglichen (Hämel, Kafczyk, Vorderwülbecke, & Schaeffer, 2017a).

Als Grundprinzipien der Zentren wurden definiert:

- a) *Bündelung unterschiedlicher* pflegerischer, gesundheitlicher und sozialer Leistungen der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung zu einem umfassenden Versorgungsangebot, das auch bei komplexem Bedarf eine umfassende und *sektorenübergreifende* Versorgung an einem Ort ermöglicht.
- b) *Multiprofessioneller* Charakter: neben Pflegenden verschiedener Qualifikationsstufen sollen dort – je nach Bedarf im Quartier – Ärzt\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Psycholog\*innen, Physio- und Ergotherapeut\*innen, Gesundheits- und Pflegeberater\*innen, aber auch Hauswirtschaftskräfte, Ökotropholog\*innen und Pharmazeut\*innen tätig sein.
- c) *Nutzerorientierte, kontinuierliche* Versorgung: Nutzer\*innen erhalten ein auf ihren Bedarf und ihre Bedürfnisse abgestimmtes Leistungspaket, das den Verbleib im eigenen häuslichen Umfeld zum Ziel hat. Ihnen soll im Zentrum ein/e feste/r Ansprechpartner\*in zur Verfügung stehen, der/die mit Ihnen die Versorgung abstimmt und ein individuelles Hilfspaket schnürt.
- d) Neue Formen der *Kommunikation, Kooperation und Arbeitsorganisation*, um eine nutzerorientierte Versorgung in den Zentren sicherzustellen.
- e) *Populationsorientierung*, d. h. die Zentren richten sich an dem lokal gegebenen Bedarf und den sozialen Bedingungen im Quartier aus und steuern regionaler Fehlversorgung entgegen.
- f) Förderung von Quartiersarbeit und von *Partizipation und Engagement* für ein inklusives Gemeinwesen.

g) *Neuer Qualifikationenmix* und Erprobung neuer Modelle der Kooperation (und Supervision) zwischen hoch- und niedrigqualifizierten Kräften).

Das Modellprojekt war als kooperatives Verbundvorhaben angelegt und umfasste drei Teilprojekte: (1) Konzeptentwicklung, (2) Pilotierung, (3) Evaluation.

Die Konzeptentwicklung und die Pilotierung wurden vom Alters-Institut und den Trägern der Pilotzentren (AWO OWL, von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Ev. Johanneswerk) verantwortet. Kooperationspartner\*innen waren die Städte Bielefeld und Herford und die Universität Bielefeld.

Der vorliegende Abschlussbericht bezieht sich auf die wissenschaftliche Evaluation (Teilprojekt 3), die an der AG 6: Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführt wurde. Kooperationspartner\*innen waren das Alters-Institut, die Träger der Pilotzentren und die Städte Bielefeld und Herford.

## 1.2 Ziele und Fragestellungen

Im Zentrum der Evaluation standen (1) die *Analyse der Wirkungen* der Zentren, insbesondere der Beitrag der Zentren zur Sicherung der Versorgungskontinuität und der Versorgungs- und Lebensqualität der Nutzer\*innen, sowie (2) die *Analyse des Innovationsgehalts* der sektorenübergreifenden Pflegezentren und ihrer Potentiale zur Weiterentwicklung hin zu sektorenübergreifenden multiprofessionellen Gesundheitszentren im Stadtteil und Quartier, wie sie im Gutachten 2014 des Sachverständigenrats Gesundheit empfohlen wurden (SVR, 2014)<sup>1</sup>.

Begrifflich wurde im Antrag zum Modellvorhaben zwischen „Pflegezentrum“ und „Gesundheitszentrum“ unterschieden. Der Begriff Pflegezentrum steht für einen inhaltlichen Fokus auf die Bündelung von Angeboten im Bereich Altenhilfe und Pflege. Die Transformation zu einem „Gesundheitszentrum“ steht für ein umfassenderes Integrationsmodell, das auch Angebote im Bereich gesundheitlicher, speziell präventive, medizinische und rehabilitative Leistungen einschließt und die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten und Ärztinnen, Apotheker\*innen, Physiotherapeut\*innen u. a. Gesundheitsprofessionen beinhaltet. Im Projektverlauf haben sich die Verantwortlichen für die Konzeptentwicklung und Pilotierung auf die begriffliche Unterscheidung

---

<sup>1</sup> Vgl. dazu auch das WHO-Konzept für eine umfassende, nutzerorientierte und gemeindebasierte Versorgung (WHO, 2008)

von „Quartierszentren“ und „Gesundheitszentren“ verständigt, die einem ähnlichen Unterscheidungsmuster folgt (vgl. Schönberg, 2019).

### **Leitfragen der Evaluation waren:**

1. Inwiefern wird eine nutzerorientierte, koordinierte und auf Kontinuität ausgerichtete Versorgung in den Zentren bereitgestellt? Welchen Nutzen haben die multiprofessionellen, sektorenübergreifenden Zentren für die Nutzer\*innen und ihre Angehörigen?
2. Welche Angebote, Prozesse und Arbeitsweisen sind förderlich, welche behindern eine umfassende, kontinuierliche und koordinierte Versorgung in den Zentren?
3. Wie wird die Bündelung von sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Leistungen in den Zentren gestaltet und von den beteiligten Akteuren (Nutzer\*innen und Angehörige, Leistungserbringer, Kostenträger, u. a.) bewertet?
4. Welchen Innovationsgehalt haben die Pflegezentren und welche Möglichkeiten bestehen zur Weiterentwicklung zu multiprofessionellen Gesundheitszentren?

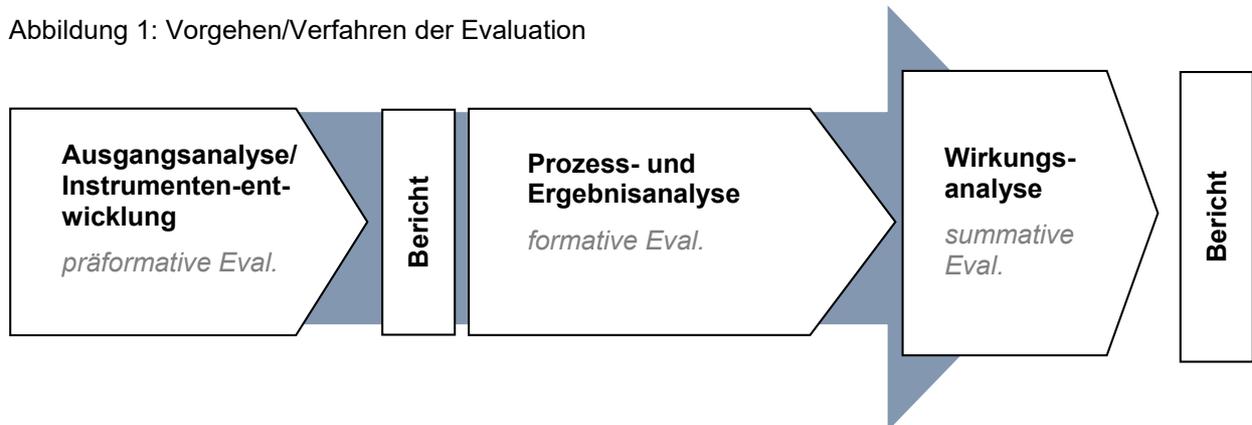
Die wissenschaftliche Evaluation stellte mit diesen Fragen die Nutzerperspektive in den Vordergrund. Eine volkswirtschaftliche und juristische Analyse und Bewertung der Zentren lag im Aufgabenbereich des Alters-Instituts.

Bevor die Ergebnisse der Evaluation im Folgenden synoptisch zusammengefasst werden, wird zunächst ein Überblick über das methodische Vorgehen der verschiedenen im Rahmen der Evaluation durchgeführten Teilstudien gegeben.

## **2 Methodisches Vorgehen**

Die Evaluation wurde parallel zur Konzeptentwicklung und Pilotierung der Zentren durchgeführt, d. h. die praktische Umsetzung im Modellprojekt war für die Evaluation leitend. Dies machte es auch erforderlich, die Evaluation im Verlauf wiederholt an die realen Entwicklungen im Projekt anzupassen. Geplante Erhebungen mussten verändert und neue Erhebungen und Analysen entwickelt werden, um dem Evaluationsgegenstand angemessen Rechnung tragen zu können (Flick, 2009; Kuckartz, Dresing, Rädiker, & Stefer, 2008). Insgesamt lassen sich drei Arbeitsphasen der Evaluation unterscheiden: Ausgangsanalyse, Prozess- und Ergebnisanalyse, Wirkungsanalyse (Abb. 1).

Abbildung 1: Vorgehen/Verfahren der Evaluation



Entlang dieser drei Phasen wird im Folgenden das methodische Vorgehen zur Umsetzung der Arbeitspakete im Überblick dargelegt. Ausführliche Informationen zum Vorgehen können den Projektberichten und Artikeln, die aus der Evaluation hervorgegangen und diesem Bericht als Anhänge beigelegt sind, entnommen werden.

## 2.1 Ausgangsanalyse: Präformative Evaluation

Zu Beginn des Projektes (04/2016 – 01/2017) wurde eine Ausgangsanalyse der Bedarfs- und Angebotsituation an den vier Modellstandorten in Anlehnung an ein Community Health Assessment durchgeführt (Hämel et al., 2017a; vgl. Shuster, 2012). Ziel war es, mögliche vorhandene Versorgungsengpässe oder -schief lagen aufzuzeigen und auf Basis der jeweiligen Situation in den Stadtteilen und Quartieren Handlungsempfehlungen für die Angebotsentwicklung und Pilotierung der Zentren abzuleiten. Leitend für die Ausgangsanalyse war, dass die Zentren populations- und bedarfsorientiert ausgestaltet werden sollten. Dies erfordert ein Wissen um die Lebens- und Versorgungssituation in den Quartieren.

Die Analyse umfasste a) die Aufbereitung von Daten zur demografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in den vier Quartieren/Stadtteilen, b) die Erhebung vorhandener Versorgungsangebote und die Ableitung von Indikatoren der ‚Angebotsdichte‘, sowie c) 21 leitfadengestützte Interviews mit 24 Expert\*innen und 20 Interviews mit 27 Quartierseinwohner\*innen, die (potentiellen) Nutzer\*innen der Zentren. Die Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.<sup>2</sup> Die Ergebnisse wurden triangulativ in Beziehung gesetzt und auf dieser Basis standortspezifische und standortübergreifende Empfehlungen für die Konzeptentwicklung und Pilotierung der Zentren abgeleitet (ausführlich: Hämel et al., 2017a). (Zwischen-)Ergebnisse und Handlungsempfehlungen der Ausgangsanalyse wurden

<sup>2</sup> Alle Interviewdaten der Evaluation wurden mit dem Programm MAXQDA ausgewertet.

überdies mehrfach mit den Projektpartner\*innen diskutiert und von den Projektpartner\*innen u. a. dafür genutzt, an den einzelnen Standorten Maßnahmen für die Pilotierung der Zentren zu priorisieren und diese in Zielvereinbarungen festzuhalten. Abbildung 2 stellt das Vorgehen in der Übersicht dar.

Abbildung 2: Methodische Schritte der Ausgangsanalyse



Quelle: Eigene Darstellung (Hämel, Kafczyk, & Vorderwülbecke, 2017b)

## 2.2 Prozess- und Ergebnisanalyse: Formative Evaluation

Zur Beantwortung der Evaluationsfragen wurden im Rahmen der Prozess- und Ergebnisanalyse qualitative und quantitative Analysen durchgeführt, die aus unterschiedlichen Arbeitspaketen bestanden.

### 2.2.1 Qualitative Analysen

Im Zentrum der qualitativen Analysen standen leitfadengestützte Interviews. Die Interviews ermöglichten die Rekonstruktion der Sichtweisen der beteiligten Akteure, insbesondere der Nutzer\*innen und Angehörigen, aber auch von Expert\*innen, die in das Projekt involviert sind. Insgesamt wurden 85 Interviews mit 91 Personen durchgeführt. Für diese Interviews wurden insgesamt zehn unterschiedliche Leitfäden als Erhebungsinstrumente entwickelt und eingesetzt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Anzahl der interviewten Personen und geführten Interviews.

Tabelle 1: Anzahl von interviewten Personen sowie von geführten Interviews (formative Evaluation)

Interviewte Personen	Phase 1		Phase 2	
	Anzahl interviewte Personen	Anzahl Interviews	Anzahl interviewte Personen	Anzahl Interviews
Expert*innen <sup>3</sup>	20	18	15	14
Nutzer*innen offene Angebote, Tagespflege, Kurzzeitpflege <sup>1</sup>	26	24	8	7
<i>darunter Angehörige<sup>2</sup></i>	12	11	6	5
Heimbewohner*innen	-	-	12	12
<i>darunter Angehörige</i>	-	-	2	2
<b>Summe je Phase</b>	<b>46</b>	<b>42</b>	<b>35</b>	<b>33</b>
		insgesamt Anzahl interviewte Personen: 81		
		insgesamt Anzahl Interviews: 75		

- <sup>1</sup> Darunter eine (1) Person, die in der Modelleinrichtung (auch) vollstationäre Langzeitpflege genutzt hat.
- <sup>2</sup> Zwei der als Angehörige klassifizierten Personen haben auch eigene Erfahrungen als Nutzer\*in der Modelleinrichtung.

Im Einzelnen umfasste das methodische Vorgehen:

#### *Arbeitspaket 1: Konzept- und Umsetzungsanalyse, Experteninterviews*

Im Zentrum des Arbeitspakets standen leitfadengestützte Interviews mit Fachkräften aus den Modelleinrichtungen und Personen, die auf Planungs- und Kooperationsebene in das Projekt involviert sind. Insgesamt wurden 32 Interviews mit 35 Expert\*innen durchgeführt. Die Erhebung erfolgte zu zwei Zeiträumen<sup>4</sup> und war teilweise als Wiederholungsbefragung konzipiert, um Veränderungen im Projektverlauf berücksichtigen zu können. Alle Interviews wurden transkribiert und thematisch kodierend (vgl.

<sup>3</sup> Zusätzlich wurden in Phase 1 und Phase 2 jeweils vier Experteninterviews von Studierenden geführt (vgl. Hämel et al. 2019a).

<sup>4</sup> Interviewphase 1: 06-12/2017; Interviewphase 2: 05-12/2018.

Flick, 2016) ausgewertet<sup>5</sup>. Die Experteninterviews wurden für verschiedene Teilstudien ausgewertet (zur integrierten Tagespflege: Hämel & Röhnsch, 2019a; zur Vernetzung im Stadtteil und Quartier und zur multiprofessionellen Zusammenarbeit: Heumann, 2018; zur Zielgruppen erreichbarkeit: Röhnsch & Hämel, 2019b).

### *Arbeitspaket 2: Fallanalysen, leitfadengestützte Interviews mit Nutzer\*innen offener und teilstationärer Angebote*

Um zu erfassen, welche Sichtweisen Nutzer\*innen auf das Versorgungsangebot in den Zentren haben und wie sie dessen Wirkung auf ihre Lebensqualität wahrnehmen, wurden episodische Interviews (Flick, 2016) mit Nutzer\*innen offener und teilstationärer Angebote der Zentren durchgeführt. Im Fall stärkerer kognitiver Beeinträchtigungen wurden stellvertretend oder zusätzlich Angehörige interviewt. Da zudem Einblicke in nutzerbezogene Versorgungsverläufe und im Zeitverlauf auftretende Möglichkeiten und Probleme an den pilotierten Standorten gewonnen werden sollten, wurde ein Teil der Interviewpartner\*innen ein zweites Mal interviewt, sodass hier ebenfalls zwei Erhebungszeiträume realisiert wurden<sup>6</sup>.

Es wurden insgesamt 31 Interviews mit 34 Nutzer\*innen und/oder ihren Angehörigen, teils als Wiederholungsbefragung, geführt. Auch diese Interviews wurden vollständig transkribiert und in Anlehnung an das Thematische Kodieren (Flick, 2016) unter Herausarbeitung von Deutungs- und Handlungsmustern (Höffling, Plaß, & Schetsche, 2002) ausgewertet (ausführlich: Röhnsch & Hämel, 2019c; 2019a).

### *Arbeitspaket 3: Analyse der Nutzerorientierung und Akzeptanz integrierter Tagespflege (ITP) aus Sicht von Heimbewohner\*innen*

Im Projektantrag war vorgesehen, ausschließlich die Sichtweisen von Nutzer\*innen/Angehörigen zu analysieren, die im Rahmen des Modellprojekts mindestens ein ambulantes (bzw. offenes/teilstationäres) Angebot in Anspruch nehmen. Die Steuerungsgruppe des Modellvorhabens beschloss im November 2017, dass zusätzlich eine Befragung von Bewohner\*innen der Einrichtungen durchgeführt werden soll, mit der die Nutzerorientierung und Akzeptanz der ITP aus Perspektive der Heimbewohner\*innen beleuchtet wird.

Diese Teilstudie beinhaltete 12 episodische Interviews, geführt mit n = 10 Heimbewoh-

---

<sup>5</sup> Alle im Verlauf der Prozess- und Ergebnisanalyse geführten Interviewdaten wurden ähnlich ausgewertet, um eine Vergleichbarkeit und Triangulation der Daten zu ermöglichen.

<sup>6</sup> Interviewphase 1: 11/2017-8/2018; Interviewphase 2: 12/2018-3/2019.

ner\*innen und n = 2 Angehörigen. Auch diese Interviews wurden vollständig transkribiert und mittels Thematischen Kodierens ausgewertet (ausführlich: Hämel & Röhnsch, 2019b).

## 2.2.2 Quantitative Analysen

### *Arbeitspaket 4: Analyse von Nutzeranfragen und Beratung*

Ziel dieses Arbeitspaketes war es, ein Instrument zu entwickeln, das es ermöglicht, den Stellenwert von Information und Beratung in den Modelleinrichtungen zu analysieren. Speziell sollte in Erfahrung gebracht werden, wer – welche Nutzergruppen – Informationen und Beratung abfragt und welche Themen und Angebote adressiert werden. Außerdem sollte geschaut werden, ob der Anteil von Personen aus Stadtteil und Quartier im Projektverlauf zunimmt. Hierzu wurde eine Nutzeranfragedokumentation entwickelt. 457 Nutzeranfragen wurden im Zeitraum 09/2017 bis 09/2018 in den Einrichtungen dokumentiert. Die Auswertung der Dokumentation erfolgte vorwiegend deskriptiv, zudem erfolgte eine Hypothesentestung, um eine Wirkungsanalyse durchzuführen (Hämel, Vorderwülbecke, & Heumann, 2019a). Ergänzend wurden leitfadengestützte Experteninterviews mit Mitarbeiter\*innen, die die Anfragen in den Einrichtungen bearbeitet und dokumentiert haben, durchgeführt, um ausgewählte Ergebnisse der statistischen Auswertung der Nutzeranfragedokumentation zu vertiefen oder zu illustrieren. Die insgesamt acht Interviews erfolgten in zwei Erhebungsphasen<sup>7</sup> und wurden im Rahmen von zwei studentischen Praxisprojekten (in Anlehnung an eine zusammenfassende Inhaltsanalyse) ausgewertet (Hämel et al., 2019a).

### *Arbeitspaket 5: Analyse von Merkmalen der Nutzer\*innen und Nutzungsverläufe*

Die Erhebung von Nutzer- und Nutzungsdaten hatte zum Ziel herauszufinden, wer die Nutzer\*innen der Angebote in den Piloteinrichtungen sind und inwiefern sich integrierte und flexible Formen der Nutzung von Tagespflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege abzeichnen. Ferner sollte analysiert werden, ob vermehrt Personen aus dem Stadtteil und Quartier die Angebote der Einrichtungen nutzten und sich die Einrichtungen somit zunehmend im Sozialraum ‚verankern‘. Für die Analyse wurde ein excelbasiertes Dokumentationstool als Instrument entwickelt, das es den Einrichtungen ermöglichte, Nutzerdaten zu dokumentieren. Es wurden 501 Fälle im Zeitraum von Juni 2017 bis März 2019 mithilfe des Dokumentationstools in den Einrichtungen dokumen-

---

<sup>7</sup> Phase 1: 11/2017; Phase 2: 1/2018

tiert und mittels IBM SPSS Statistics 25 ausgewertet. Dabei konnten deskriptive Auswertungen soziodemographischer Daten, vergleichende Hypothesentests zur Testung des Zusammenhanges der jeweiligen pflegerischen Angebote und der Wohnentfernung von Nutzer\*innen vorgenommen werden. Außerdem wurde ein log-lineares Modell erstellt mit dem Ziel zu testen, ob mit fortschreitendem Projektverlauf Änderungen in der Anzahl der Nutzer\*innen mit Wohnortnähe zur Einrichtung in unterschiedlichen pflegerischen Angeboten festgestellt werden konnten und es wurde analysiert, inwiefern eine integrierte Nutzung verschiedener Versorgungsformen in den Einrichtungen realisiert wird (Heumann, Hämel, & Vorderwülbecke, 2019b).

### **2.3 Wirkungsanalyse: Summative Evaluation**

In der abschließenden summativen Evaluation wurde zur Beantwortung der Evaluationsfragen eine Bilanzierung der Teilergebnisse aus den verschiedenen quantitativen und qualitativen Erhebungsschritten vorgenommen und das erhobene Material vertiefend analysiert. Die Ergebnisse werden im Kapitel 3 dieses Berichts vorgestellt.

### **2.4 Ethik und Datenschutz**

Für die Durchführung der einzelnen Arbeitspakete der hier berichteten Evaluation liegen jeweils positive Voten der Ethikkommission der Universität Bielefeld nach den Ethikrichtlinien der Dt. Gesellschaft für Psychologie e.V. vor:

- Arbeitspaket 1/Konzept- und Umsetzungsanalyse, Experteninterviews: EUB 2016-140.
- Arbeitspaket 2/Fallanalysen, leitfadengestützte Interviews mit Nutzer\*innen offener und teilstationärer Angebote: EUB 2017-064.
- Arbeitspaket 3/Analyse der Nutzerorientierung und Akzeptanz integrierter Tagespflege (ITP) aus Sicht von Heimbewohner\*innen: EUB 2018-152.
- Arbeitspaket 4/Analyse von Nutzeranfragen und Beratung: EUB 2017-202.
- Arbeitspaket 5/Analyse von Nutzer- und Nutzungsdaten: Umsetzung gemäß Datenschutzempfehlung der Datenschutzbeauftragten der Universität Bielefeld, kein Ethikvotum notwendig.

Im Vorfeld der Datenerhebung wurden alle Studienteilnehmer\*innen über Hintergründe und Abläufe der Studie und der geplanten Befragung sowie über die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen schriftlich und mündlich aufgeklärt. Von allen Interviewpartner\*innen liegt eine schriftliche Einverständniserklärung vor.

### **3 Synopse der Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die zentralen Leitfragen der Evaluation beantwortet (siehe Kap. 1.2). Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse kann den jeweils zitierten Quellen entnommen werden, die als Anhänge diesem Bericht beigelegt sind.

#### **3.1 Bedarfs- und Angebotsanalyse als Grundlage der Zentrenbildung**

Ziel der Ausgangsanalyse war es, Orientierung für die Pilotierung der Zentren zu geben. Auf Basis einer Untersuchung der Bedarfs- und Angebotssituation in den vier Stadtteilen und Quartieren, in denen die Zentren angesiedelt sind, wurden erste Handlungsempfehlungen für eine nutzerorientierte, bedarfsgerechte Entwicklung der Zentren abgeleitet (Hämel et al., 2017a).

Die vier Quartiere sind nicht nur in ihrer Lage und Infrastruktur unterschiedlich geprägt, Unterschiede zeigen sich auch im Anteil älterer und hochaltriger Einwohner\*innen und in ihrer sozialen Situation (vgl. Tab. 2). Diese Faktoren sind für eine bedarfsgerechte Angebotsentwicklung von Quartiers- und Gesundheitszentren zu berücksichtigen. Beispielsweise empfiehlt sich speziell für den Modellstandort Sennestadt, im Quartiers- und Gesundheitszentrum gezielt Freizeit- und Begegnungsangebote für gesundheitlich eingeschränkte Quartierseinwohner vorzuhalten, da es bisher zu wenige solcher Angebote gibt. Durch ein entsprechendes Angebot soll Isolation und Einsamkeit hochaltriger, alleinlebender Menschen vorgebeugt und damit einhergehende negative Folgen für Lebensqualität vermieden werden (ebd.: 62).

Da sich für viele Menschen im höheren Lebensalter der Bewegungsradius infolge von chronischen Krankheiten, Funktionseinbußen sowie Hilfe- und Pflegebedürftigkeit verkleinert, sind gerade sie auf gut erreichbare Einrichtungen der sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Wohnumfeld angewiesen; allerdings stellt sich die Versorgungslage in den hier betrachteten Quartieren sehr unterschiedlich dar. So variiert die Zahl der praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte zwischen 0,26 und 1,75 je 1.000 Einwohner\*innen, und in zwei der vier Quartiere ist keine Tagespflegeeinrichtung ansässig (vgl. Tab. 2). Bestehende Planungsrichtlinien, beispielsweise der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, treffen für eine solch kleinräumige Betrachtungsebene keine Aussagen. Daher müssen ergänzend Erfahrungen von Expert\*innen und Quartierseinwohner\*innen zur Versorgungssituation in den Quartieren betrachtet wer-

den, um einschätzen zu können, inwiefern Unter-, Über- oder Fehlversorgungserscheinungen auftreten. Insbesondere an einem Standort (Baumheide) erweist sich der Zugang zu Hausärzten und Hausärztinnen als kritisch. Darüber hinaus bestehen auch in den Quartieren mit hoher Angebotsdichte Hürden für die bedarfs- und bedürfnisgerechte Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Insbesondere wurden eine aus Nutzersicht unübersichtliche Angebotslandschaft und räumliche Barrieren der Inanspruchnahme für ältere, mobilitätseingeschränkte Menschen im Quartier bemängelt. Die auf Basis der quantitativen und qualitativen Daten gewonnenen Ergebnisse und Handlungsempfehlungen für die einzelnen Standorte sind im Zwischenbericht zum Modellprojekt detailliert dargestellt (Hämel et al., 2017a).

Tabelle 2: Vergleichende Analyse der Bevölkerungsdaten und Versorgungsdichte an den Modellstandorten

	<b>Baumheide</b>	<b>Lohmannshof</b>	<b>Sennestadt-Nord</b>	<b>Herford-Zentrum</b>	<b>Herford gesamt</b>	<b>Bielefeld gesamt</b>
<b>Lage und Charakteristik</b>	Quartier in zentraler Stadteillage mit Einzelhandelszentrum; überw. Mehrfamilien- und Hochhäuser	Wohnquartier mit Nahversorgung; überw. Ein- und Mehrfamilienhäuser	Wohnquartier ohne Nahversorgung in Randlage eines Stadtteils; überw. Ein- und Mehrfamilienhäuser	Stark frequentiertes innerstädtisches Wohn- und Geschäftsquartier; überw. Mehrfamilienhäuser	Kreisstadt und Mittelzentrum in Ostwestfalen-Lippe, NRW	Kreisfreie Stadt und Oberzentrum in Ostwestfalen-Lippe, NRW
<b>Einwohnerzahl (EW)</b>	7.773	5.241	3.962	7.980	66.921	333.998
<b>Anteil EW ab 80 Jahren</b>	6,5 %	5,3 %	10,9 %	7,8 %	6,5 %	6,0 %
<b>Anteil Alleinlebender an den EW ab 80 Jahren</b>	33,9 %	27,9 %	34,9 %	-	-	38,0 %
<b>Anteil Grundsicherungsempfänger (EW ab 65 J.)</b>	13,2 %	4,2 %	[4,3%] <sup>1</sup>	-	-	4,2%
<b>Anteil Menschen mit Migrationshintergrund an EW ab 80 J.</b>	40,2 %	8,0 %	9,2 %	4,7 %	4,9 %	11,4 %
<b>Stationäre Pflegeplätze je 100 EW ab 80 Jahren</b>	20,3	27,1	26,1	14,2	15,2	14,6
<b>Anzahl ambulante Pflegedienste</b>	2	3	0	6	12 <sup>5</sup>	56 <sup>6</sup>
<b>Tagespflegeplätze je 100 EW ab 80 Jahren</b>	8,5	-	2,7	-	0,6	1,2
<b>Hausärzte je 1.000 EW<sup>3</sup></b>	0,26	1,71	0,71	1,75	0,5	0,54
<b>Therapeuten je 1.000EW<sup>4</sup></b>	0,26	2,10	1,51	5,01	-	-

Datenquellen: Hämel et al., 2017a; Daten siehe ebd.

Allgemeiner betrachtet, sind folgende Aspekte für die Pilotierung der Zentren zentral:

- *Vulnerable ältere Menschen*, z. B. sozio-ökonomisch benachteiligte ältere Menschen und alleinlebende hochaltrige Menschen sollten verstärkt durch Angebote adressiert werden; da diese meist für formelle Dienste schwer zu erreichen sind, empfiehlt sich, eine zielgruppenorientierte Ansprache und aufsuchende Arbeitsweisen zu entwickeln, sowie entsprechende Angebote partizipativ (mit den Betroffenen, über Schlüsselpersonen, Vereine, ehrenamtlich Engagierte u. a. Akteure im Quartier) zu entwickeln.
- Identifizierten Engpässen bzw. Unterversorgungserscheinungen – wie beispielsweise der ‚prekäre‘ Zugang zur hausärztlichen Versorgung in Baumheide – sollte durch eine entsprechende Angebotsentwicklung *prioritär begegnet* werden.
- *Doppelstrukturen sind hingegen zu vermeiden*, dort, wo bereits Dritte ein für die umfassende Versorgung älterer Menschen im Quartier relevantes Angebot vorhalten, empfiehlt sich, eine kooperative und koordinierte Leistungserbringung anzustreben, um Konkurrenzdenken oder gar Verdrängung zu vermeiden.
- Navigation durch das Versorgungssystem und die Koordination von Leistungen sind für viele ältere Menschen in einer durch chronische Krankheit und Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit angespannten Lebenssituation kaum leistbar. Das gilt besonders bei komplexem Versorgungsbedarf. Um älteren Menschen im Quartier individuell passfähige Unterstützung zu erschließen, empfiehlt sich, den Nutzer\*innen persönliche Ansprechpartner\*innen in den Zentren ‚zur Seite zu stellen‘, die bei komplexem Bedarf ein Ineinandergreifen unterschiedlicher Leistungen für eine individuell bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung befördern.
- Nicht zuletzt empfiehlt sich, die durchgeführte Bedarfs- und Angebotsanalyse in niederschwelliger Form fortzuschreiben, um Entwicklungen und Veränderungen im Quartier frühzeitig wahrzunehmen und (erneut) darauf reagieren zu können.

Das *Innovationspotential* der Zentren – so die Sichtweisen der Interviewpartner\*innen – besteht in der *Bündelung* verschiedener Angebote zu einer gut zugänglichen, umfassenden Versorgung an einem Ort, durch die eine Überforderung der Nutzer/innen bei der Organisation ihrer Versorgung (weitgehend) vermieden und fehlender Koordination sowie Fehlversorgungserscheinungen entgegengewirkt wird.

Dabei erweist sich als wichtig, dass eine Schärfung des ‚typischen Profils‘ der Zentren geleistet wird, damit für Nutzer\*innen erkennbar wird, was sie dort erwarten können. Diese Klarheit des Profils ist nicht nur für eine ‚nutzerfreundliche Ausgestaltung‘ und nutzerorientierte Kommunikation erforderlich, sondern auch für die Gewinnung von Kooperationspartner\*innen und ‚Mitreiter\*innen‘ für die Zentrenbildung.

Als ‚Stärke‘ des hier betrachteten Zentrenmodells ist hervorzuheben, dass die Integration von Versorgungsleistungen ‚aus der Pflege heraus‘, durch Personen mit der speziellen Expertise für den Bedarf pflegebedürftiger Menschen, erfolgt. Dabei gestaltet sich die Integration medizinischer und therapeutisch-rehabilitativer Leistungen aufgrund der Herausforderung, Sektorengrenzen zu überwinden, als schwierig. Denn hier wiederum existieren – so wurde in der Ausgangsanalyse deutlich – nur geringe Erfahrungswerte, wie solche Kooperationen ausgestaltet werden könnten.

Deutlich wird, dass die Bündelung verschiedener Angebote sowohl als Vision bzw. Chance als auch als Herausforderung angesehen wird und besonders multiprofessionelle Zusammenarbeit – speziell der Ausbau von Kooperationen mit Ärztinnen und Ärzten – herausfordernd ist. Demgegenüber wird der Ausbau und die Integration von neuen Angeboten im Bereich Begegnung, Gesundheitsförderung und haushaltsnahe Dienste, zu denen bereits einige Erfahrungen in den Einrichtungen vorliegen, als visionär gesehen. Als eine spezifische Herausforderung stellt aus Sicht der Interviewpartner\*innen dar, ein Altenheim zu einem Zentrum zu transformieren und generell für solche integrierte Angebotskonzepte Akzeptanz seitens der Nutzer\*innen zu finden (Hämel et al., 2017a).

### **3.2 Nutzerorientierung und Versorgungskontinuität**

Das Modellprojekt zielte darauf, die Lebens- und Versorgungsqualität von Nutzer\*innen zu sichern bzw. zu verbessern, Versorgungskontinuität herzustellen und es Nutzer\*innen zu ermöglichen, durch eine umfassende und koordinierte Versorgung, möglichst lange zu Hause – im angestammten Quartier – wohnen zu bleiben. Die Auswertung der qualitativen Interviews mit Nutzer\*innen und Expert\*innen liefert deutliche Hinweise, dass diese Ziele erreicht wurden (vgl. Hämel & Röhnsch, 2019a; Röhnsch & Hämel, 2019a; 2019c; Röhnsch, Vorderwülbecke, & Hämel, 2019; Hämel, Vorderwülbecke, Heumann, & Röhnsch, 2019b). Unter welchen Aspekten dies der Fall ist, wird folgend erläutert. Nutzer\*innen der Zentren, die (weiterhin) in eigener Häuslichkeit leben, stehen hier primär im Fokus, Wahrnehmungen von Heimbewohner\*innen werden teilweise ergänzt.

### *Zugewinn an Lebens- und Versorgungsqualität*

Für die in eigener Häuslichkeit lebenden Nutzer\*innen von Angeboten der Modelleinrichtungen äußert sich ein Zugewinn an Lebensqualität vor allem darin, dass der Besuch der Einrichtungen ihnen soziale Einbindung bietet. Insbesondere Nutzer\*innen, die alleine zu Hause leben und sich teilweise sehr einsam fühlen, erleben die Kontaktmöglichkeiten zu anderen alten Menschen im Quartierszentrum als eine Bereicherung: Sie können sich über den Alltag austauschen und erfahren darüber hinaus auch Rückhalt und (praktische) Unterstützung, um den Umfang mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alltag (besser) bewältigen zu können (Röhnsch & Hämel, 2019b; 2019c; Hämel et al., 2019b).

Nutzer\*innen und ihre Angehörigen schätzen es besonders, dass die Zentren – im Unterschied zu herkömmlichen Pflegeheimen – ein breites Spektrum an Angeboten vorhalten, das ihnen nicht nur Wahlmöglichkeiten bietet, sondern es ihnen vielmehr erleichtert, flexibel und gemäß individuellem Bedarf und Bedürfnissen erforderliche Unterstützungsintensitäten an einem Ort ‚abzufragen‘. Sie wissen zudem ihre sozialen Beziehungen zu den Mitarbeiter\*innen aus den Einrichtungen sehr zu schätzen. Die Mitarbeitenden in den Zentren werden als engagierte und fachlich kompetente Ansprechpartner\*innen wahrgenommen, was es Nutzer\*innen und Angehörigen erleichtert, zu ihnen ein Vertrauensverhältnis als Grundlage für eine gemeinsame Koproduktion von Versorgungsleistungen aufzubauen.

Damit eine Koproduktion informeller und professioneller Hilfen ‚gelingt‘, müssen Mitarbeiter\*innen in den Einrichtungen die Nutzer\*innen und ihre Angehörigen differenziert nach ihren individuellen Umgangsformen mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit betrachten (vgl. Röhnsch & Hämel, 2019c; 2019a). Diese oft über viele Jahre etablierten Umgangsformen prägen auch die Erwartungen an professionelle Hilfen und nicht zuletzt auch die wahrgenommene Versorgungsqualität, die die Modelleinrichtungen aus Sicht der Nutzer\*innen und Angehörigen bieten: So erhöht es für einige Nutzer\*innen und Angehörige die Lebens- und Versorgungsqualität, wenn sie sich durch die Inanspruchnahme von Angeboten des Quartierszentrums von eigener Versorgungsverantwortung (zumindest partiell) entlasten können; andere möchten sich durch die Nutzung von Angeboten vor allem soziale Kontaktbedürfnisse erfüllen und eigene Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit partiell ‚außen vor‘ lassen können. Für andere Nutzer\*innen und Angehörige hingegen ist es wichtig, die Versorgung mit den Professionellen partizipativ auszuhandeln und eigene Expertise einzubringen (ebd.). Für alle drei, die in dieser Studie identifizierten ‚Umgangsformen‘ mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, bieten die

Zentren qua ihrer Angebotsvielfalt und den Möglichkeiten zur integrierten Angebotsnutzung prinzipiell gute Möglichkeiten.

Aus Sicht der Expert\*innen ist insbesondere die integrierte Tagespflege ein zentrales Element, das zu Lebens- und Versorgungsqualität der Nutzer\*innen beiträgt, nicht zuletzt dadurch, dass sie – im Unterschied zu solitären Tagespflegeeinrichtungen – mit dem ‚Heimbetrieb‘ verzahnt ist und so eine nach individuellen Bedürfnissen gestaltete flexiblere individuelle zeitliche Inanspruchnahme ermöglicht (vgl. Hämel & Röhnsch, 2019a: 151). Professionelle Pflege und soziale Unterstützung können somit zeitnah und relativ unkompliziert in unterschiedlichen Intensitäten in das familiäre Sorgearrangement integriert werden.

### *Versorgungskontinuität und integrierte Angebotsnutzung*

Die Arbeitsweisen in den Zentren sind so gestaltet, dass alten, hilfe- und/oder pflegebedürftigen Menschen aus dem Quartier eine integrierte Angebotsnutzung – bestehend etwa aus der Inanspruchnahme von offenen Angeboten, Tagespflege, Kurzzeitpflege und stationärer Pflege – ermöglicht wird. Bei den Nutzer\*innen stößt eine solche Integration von offenen, teilstationären und stationären Angeboten auf (weitgehende) Akzeptanz. Dies drückt sich z. B. darin aus, dass Nutzer\*innen offener Angebote, Gäste der Integrierten Tagespflege wie auch Heimbewohner\*innen die Begegnungsmöglichkeiten und gemeinsamen Aktivitäten oft sehr positiv erleben. Für die Bewohner\*innen trägt speziell die Anwesenheit von Tagesgästen dazu bei, dass sie soziale Bezüge zu ihrer früheren Lebenswelt ‚jenseits‘ des Pflegeheims aufrechterhalten können. Tagesgäste wiederum schätzen das ‚lockere‘ Beisammensein im Rahmen der Tagespflege und die damit verbundenen Möglichkeiten, soziale Kontakte zu knüpfen und zu pflegen (vgl. Hämel & Röhnsch, 2019a; Hämel & Röhnsch, 2019b; Hämel et al., 2019b).

Im Kontext einer integrierten Angebotsnutzung treten gleichwohl auch Konflikte zwischen den Nutzergruppen auf, die unterschiedliche Interessenslagen verdeutlichen. So können sich speziell Heimbewohner\*innen durch die Tagesgäste auch ‚gestört‘ fühlen – Gäste werden dann als ‚Eindringlinge‘ in ihre Privatsphäre und als ‚Konkurrenten‘ um Zuwendung und zeitliche Kapazitäten von Pflege- und Betreuungskräften wahrgenommen (vgl. Hämel & Röhnsch, 2019a; Hämel & Röhnsch, 2019b). Im Gegensatz zu den Heimbewohner\*innen werden soziale Konflikte von den interviewten Gästen der integrierten Tagespflege und auch von Nutzer\*innen offener Angebote seltener angesprochen bzw. angedeutet (Röhnsch et al., 2019).

Eine integrierte Angebotsnutzung trägt zur Sicherung von Kontinuität in der Versorgung bei, auch, indem sie einen nahtlosen Wechsel von Versorgungsformen erlaubt. Wie im Ergebnis der Auswertung von Nutzer- und Nutzungsdaten gezeigt werden konnte, befinden sich unter den 501 Nutzer\*innen, die zwischen Juni 2017 und März 2019 die Tages-, Kurzzeit- oder stationäre Pflege in einer der Modelleinrichtungen genutzt haben, 125 Wechsler\*innen zwischen den Versorgungsformen. Der häufigste Wechsel fand zwar zwischen Kurzzeit- und stationärer Pflege statt, aber auch Wechsel zwischen Kurzzeit- und Tagespflege (ohne direkten Übergang in die vollstationäre Pflege) lassen sich beobachten, die andeuten, dass häusliche Versorgung im Modellprojekt zumindest in Einzelfällen stabilisiert werden konnte (Heumann et al., 2019).

Eine Sicherstellung von Versorgungskontinuität ermöglicht speziell aus Sicht der interviewten Expert\*innen, dass (professionelle) Unterstützung vorhanden ist, sollten die bisherigen familiären Alltagsroutinen im Umgang mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit plötzlich nicht mehr ausreichend greifen und sich Versorgungsprobleme innerhalb kurzer Zeit zuspitzen. Vereinzelt wird in den Interviews auch berichtet, dass Angebote wie die Tagespflege selbst in der palliativen Situation sowohl den Betroffenen als auch dessen Angehörige entlasten und sozial stabilisieren und somit zu einer tragfähigen häuslichen Versorgung beitragen können.

Damit Versorgungskontinuität gegeben ist, ist es wichtig, dass (potentielle) Nutzer\*innen über die unterschiedlichen Angebote in den Zentren und Möglichkeiten der integrierten Nutzung adäquat informiert und beraten werden (vgl. Abschnitt 3.3 dieses Berichts).

### *Versorgung im angestammten Stadtteil und Quartier*

Ein zentrales Ziel des Modellprojekts war es, dass die Einrichtungen den Menschen im Stadtteil und Quartier eine Anlaufstelle bieten und ihnen durch ein erweitertes Angebotsspektrum ermöglichen, dort auch bei fortschreitender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bleiben zu können.

Die Auswertung der in den Einrichtungen dokumentierten Nutzeranfragen bestätigt, dass mit dem zeitlichen Fortschritt der Modellumsetzung der Anteil der Anfragen für die Unterstützung von Menschen, die *im* Stadtteil der Einrichtung wohnen, gegenüber dem Anteil der Anfragen für Menschen, die *außerhalb* des Stadtteils wohnen, *signifikant* zugenommen hat (vgl. Hämel et al., 2019a: 24 f.). Dokumentiert wurden die Anfragen von September 2017 bis September 2018. Während der Anteil der Anfragen für Menschen ‚aus dem Stadtteil‘ in den ersten drei dokumentierten Monaten bei 37 %

lag, machte der Anteil in den letzten drei Monaten 53 % aus. Dies entspricht einer Steigerung des Anteils der Menschen aus dem Stadtteil um 16 %. Über den gesamten Zeitraum liegt der Anteil von Anfragen für Menschen aus dem Stadtteil bei 44 % (ebd.).

Fragt sich, ob sich das veränderte Anfragemuster bereits während der Pilotphase auch in einer *realisierten*, verstärkten Angebotsnutzung durch Stadtteil- und Quartierseinwohner\*innen niederschlägt. Die Analyse des (letzten) Wohnorts der 501 Nutzer\*innen, die im Zeitraum Juni 2017 bis März 2019 begonnen haben, eine Tages-, Kurzzeit- oder vollstationäre Pflege in den Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, zeigt keinen solchen Trend. Allerdings zeigt sich eine Tendenz, dass Tagespflegegäste häufiger im Quartier (< 1.500 m Luftliniendistanz zur Modelleinrichtung) wohnen als Kurzzeitpflegegäste oder Heimbewohner\*innen. Unter den Tagespflegegästen wohnen 30 % im o. g. Umkreis, während es unter den Kurzzeitpflegegästen 25 % und unter den Heimbewohner\*innen knapp 29 % sind (Heumann et al., 2019). Diese Unterschiede sind jedoch *nicht* statistisch signifikant, d. h. der höhere Anteil der Quartierseinwohner\*innen unter den Tagespflegegästen könnte rein zufällig zustande gekommen sein.

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass die Transformation von einem ‚Pflegeheim‘ zu einem ‚Quartierszentrum‘, das im Stadtteil und Quartier verankert ist, insofern begonnen hat, dass ein steigendes Interesse aus dem Stadtteil und Quartier besteht (Anfragen an die Einrichtungen). Allerdings lässt sich (noch) kein stabiler Trend für die stärkere Nutzung der Pflegeangebote durch Menschen aus dem Quartier nachweisen. Zu beachten ist hierbei, dass ein Zeitraum von drei Jahren der Modellumsetzung für solch eine Transformation recht kurz bemessen ist. Daher empfiehlt sich, um eine abschließende Bewertung vorzunehmen, die Einzugsgebiete der Nutzer\*innen der Einrichtungen zu einem späteren Zeitpunkt erneut auszuwerten und mit den bereits erhobenen Daten in Beziehung zu setzen.

Im Ergebnis der qualitativen Analysen zeigt sich, dass der ‚Ausbau‘ einer Verankerung der Zentren im Quartier wichtig ist, da Nutzer\*innen und Angehörige davon profitieren: Nutzer\*innen wissen es zu schätzen, wenn sie die Zentren besuchen können und dazu ihr vertrautes Wohnumfeld nicht verlassen müssen. Im angestammten Quartier wohnen zu bleiben, ist ihnen sehr wichtig und trägt zu einem Gefühl von ‚Normalität‘ trotz Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit bei (Cramer & Schönberg, im Erscheinen; Röhsch & Hämel, 2019c; Röhsch & Hämel, 2019a). Nutzer\*innen können so an ihren bisherigen, lieb gewordenen Gewohnheiten festhalten und Beziehungen zu Personen aus dem sozialen Umfeld, die seit Langem bestehen, aufrechterhalten. Während die Zentren insofern zu sozialer Teilhabe der Nutzer\*innen beitragen, erleben Angehörige die kurzen Wege zu den Einrichtungen als entlastende Zeitersparnis (Hämel et al., 2019b).

### 3.3 Angebote, Prozesse und Arbeitsweisen für eine umfassende Versorgung im Quartier

Aufgabe der wissenschaftlichen Evaluation war es, zu untersuchen, welche Angebote, Prozesse und Arbeitsweisen sich als förderlich für eine umfassende, koordinierte und kontinuierliche Versorgung der Nutzer\*innen in den Zentren erweisen – und umgekehrt – welche Prozesse und Arbeitsweisen dies womöglich behindern oder diesem Ziel im Wege stehen. Fünf Aspekte bzw. Dimensionen konnten herausgearbeitet werden.

#### *Arbeitsweisen und Angebote für eine verbesserte Erreichbarkeit von Zielgruppen*

Für die Zentren soll ein zentrales Grundprinzip sein, dass sie populationsorientiert arbeiten, d. h., dass sie gezielt auf die Bedürfnisse und Bedarfslagen der älteren Bevölkerung im Stadtteil und Quartier reagieren und dabei deren Diversität berücksichtigen. Um insofern die *gesamte* Altenbevölkerung des Stadtteils/Quartiers zu adressieren, und nicht einzelne ‚auszuschließen‘, ist es besonders wichtig, auch vulnerable, schwer erreichbare Zielgruppen anzusprechen und zu erreichen. Hierzu gehören etwa alleinlebende (hoch)altrige Menschen; aber auch alte Männer werden von Angeboten der Altenhilfe noch wenig erreicht, ebenso Menschen, die sich krankheitsbedingt sozial zurückziehen oder Migrant\*innen. Wie im Ergebnis der Experteninterviews deutlich wurde, versuchen die Mitarbeiter\*innen der Zentren diese Gruppen durch eine gezielte Ansprache zu erreichen (Röhnsch & Hämel, 2019b). Diese erfolgt etwa durch lebensweltlich-aufsuchende Arbeit, beispielsweise in Form von Hausbesuchen bei älteren Menschen im Quartier, oder durch Einladungen von älteren Quartierseinwohner\*innen in die Zentren zu einem ‚geselligen Beisammensein‘. Um Zugang zu bestimmten schwer erreichbaren (Teil-)Populationen zu bekommen, bietet sich auch eine auf die Zielgruppe spezifisch zugeschnittene Angebotsentwicklung an; so werden in einer Modelleinrichtung über eine regelmäßig stattfindende Skatrunde Männer sehr gut erreicht. Zudem wurden Schlüsselpersonen im Quartier (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiter\*innen von Pflegediensten und Kirchengemeinden) dafür gewonnen, alte Menschen, die sie kennen, auf die Angebote der Pflegeeinrichtungen hinzuweisen.

Wenn die Modelleinrichtungen mithin zunehmend sozialraumorientierte Arbeitsweisen entwickeln – die von stationären Pflegeeinrichtungen bislang nur wenig abgefordert werden, sind Mitarbeiter\*innen der Einrichtungen mit der Herausforderung konfrontiert,

verstärkt einen ‚sozialräumlich-lebensweltlichen Blick‘ für die Lebens- und Versorgungssituationen im Quartier zu entwickeln. Dies erfordert eine andere Professionalität von den Mitarbeiter\*innen der Einrichtungen, wie sie beispielsweise für die Professionalisierung von Community Health Nurses beschrieben wurden (Röhnsch & Hämel, 2019b; vgl. Kendall & Bryar, 2017).

### *Unterschiedliche Nutzergruppen adressieren*

Im Zuge der Öffnung der Zentren für den Sozialraum und dem Aufbau von neuen Angeboten kommt es in den Quartierszentren zu einer Ausdifferenzierung von Zielgruppen: Nicht mehr allein Heimbewohner\*innen stehen im Fokus, sondern auch Tagesgäste und Nutzer\*innen offener Angebote. Oft unterscheiden sich diese unterschiedlichen Nutzergruppen in ihrer gesundheitlichen Situation und dem Ausmaß von Beeinträchtigungen, die Zentren adressieren insofern auch Nutzergruppen mit (potentiell) differierenden Bedürfnissen und Interessen (Cramer & Schönberg, im Erscheinen; Röhnsch & Hämel, 2019b). Die Experteninterviews verdeutlichen, dass die Fachkräfte in den Modelleinrichtungen sehr differenziert auf die unterschiedlichen Nutzergruppen zugehen und darauf achten, dass sie ihnen in ihrer Diversität gerecht werden. Sie versuchen auch, möglicherweise unrealistischen Vorstellungen von Nutzer\*innen entgegenzuwirken, indem sie diese zeitnah informieren, was sie in – integrierten – Angeboten erwartet. Beispielsweise wird Interessenten auch die Möglichkeit geboten, sich im Vorfeld der Entscheidung für (oder gegen) die Nutzung der integrierten Tagespflege sich durch ‚Probetage‘ ein anschauliches Bild zu machen. Kommt es im Rahmen einer gemeinsamen Inanspruchnahme von Angeboten zu Konflikten zwischen den Nutzergruppen oder einzelnen Nutzer\*innen, werden diese partizipativ unter Einbeziehung der unterschiedlichen Beteiligten zu ‚lösen‘ versucht. Dabei sollten, so eine Empfehlung der wissenschaftlichen Evaluation, Beteiligungsverfahren von Nutzer\*innen noch ausgebaut werden, um die Qualität von Angeboten zu verbessern; hier ist besonders darauf zu achten, auch denjenigen Nutzer\*innen eine Stimme zu geben, die weniger selbstbewusst sind und daher etwaige individuell empfundene Probleme (beispielsweise ein ‚Sich-gestört-Fühlen‘ von anderen Nutzer\*innen) nicht von sich aus ansprechen.

Um mit unterschiedlichen Nutzergruppen in den Dialog zu treten, deren Fähigkeiten, Interessen und Bedürfnisse zu erfahren und angemessen zu berücksichtigen, ist ebenfalls eine hohe Professionalität der Mitarbeiter\*innen der Einrichtungen erforderlich (vgl. Röhnsch & Hämel, 2019b).

In den Interviews ließen sich nur wenige Hinweise finden, dass Angebote einer integrierten Versorgung nicht ‚funktionieren‘ würden (vgl. Hämel & Röhnsch, 2019b). Gleichwohl sollten sich Fachkräfte an den individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Angebotsnutzer\*innen orientieren und für jedes Angebot überprüfen, inwieweit eine individuelle, bedürfnisangepasste Ausgestaltung möglich und im Einzelfall die ‚bessere Lösung‘ ist.

Das Erfordernis, unterschiedliche Nutzergruppen ‚ausgewogen‘ zu adressieren, führt bei den Mitarbeiter\*innen aus den stationären Einrichtungen oft zu Ängsten vor weiteren Arbeitsverdichtungen. Um solchen Ängsten zu begegnen, sind neben der Stärkung der Kompetenzen der Mitarbeiter\*innen auch klare Organisationsstrukturen erforderlich, wie sie etwa für die integrierte Tagespflege geschaffen wurden. Hier wurden Stellenanteile im Verhältnis von einer Vollzeitstelle für fünf Gäste (Plätze) erhöht und in den Einrichtungen unterschiedlich auf Pflegefach- und Hilfskräfte und andere Mitarbeiter\*innen verteilt. Zusätzlich wurden Betreuungskräfte mit 1:20 Stellen finanziert (vgl. Hämel & Röhnsch, 2019a). Um Befürchtungen der Mitarbeiter\*innen vor einem arbeitsbezogenen ‚Mehraufwand‘ entgegenzuwirken, ist es zudem wichtig, diese in die Konzeption und Umsetzung von neuen Versorgungsformen (z. B. integrierte Tagespflege) einzubeziehen, damit sie deren ‚Sinn und Zweck‘ verstehen.

### *Multiprofessionelle Zusammenarbeit*

Im Zuge der Erweiterung ihres Angebotsspektrums bestand ein Ziel der Zentren auch darin, sich zunehmend multiprofessionell auszurichten. Dazu wurden Kooperationen etwa mit Physiotherapeut\*innen eingegangen, die die Bewohner\*innen in den Modell-einrichtungen bei Bedarf versorgen und zudem mit Angeboten wie ‚Reha-Sport‘ und ‚Kraft-und Balance-Training‘, die in den Räumlichkeiten der Einrichtung vorgehalten werden, ältere Menschen aus dem Quartier/Stadtteil adressieren. Während insofern eine (verstärkte) Anbindung verschiedener Berufsgruppen in den Einrichtungen intendiert wurde, ließen sich aus den Interviews jedoch wenig Hinweise darauf ableiten, dass im Modellprojekt neue Formen multiprofessioneller Zusammenarbeit entwickelt worden wären, beispielsweise um sich bei komplexen gesundheitlichen Problemlagen abzustimmen, wie eine individuell bedarfsgerechte Begleitung und Versorgung im multiprofessionellen Team gestärkt werden könnte.

Insbesondere in Bezug auf die Entwicklung neuer Formen der Kooperation mit Ärzten und Ärztinnen sowie Therapeut\*innen ist das Projekt hinter seinen ursprünglichen Erwartungen geblieben. Dennoch hat die Analyse gezeigt: Prinzipiell bestehen zwischen

Hausärzten und Hausärztinnen sowie den Pflegekräften in den stationären Einrichtungen gute Kooperationsbeziehungen und auch ein Interesse daran, die gemeinsame Zusammenarbeit auszubauen. Kooperationen finden vor allem statt, wenn Hausärzte und Hausärztinnen zum Zwecke von Hausbesuchen in die Einrichtungen kommen (Heumann, 2018). Wie (erfolgreich) die Kooperation ab- bzw. verläuft und welche Ziele damit verbunden sind, hängt viel von Engagement und Erfahrungen der Beteiligten ab. Eine ineffiziente und unstrukturierte Kommunikation zwischen Hausärzten und Hausärztinnen und Pflegenden stellt in dem Kontext oft eine wesentliche Barriere dar – etwa, wenn Unterlagen unvollständig sind, was eine Weitergabe von patientenbezogenen Informationen sowie verbindliche Absprachen erschwert (ebd.).

### *Information, Beratung und Vermittlung*

Informations- und Beratungsarbeit stellt gemäß Auswertung der Nutzeranfragedokumentation (vgl. Hämel et al., 2019a) einen quantitativ und qualitativ wichtigen Aufgabenbereich der Quartierszentren dar. Die Expert\*innen bieten den (potentiellen) Nutzer\*innen (soweit möglich) umfassende Information, Aufklärung und Beratung zu den an den Standorten vorgehaltenen Angeboten und teils auch zu Angeboten weiterer Anbieter im Quartier. Dies ermöglicht es den Betroffenen, die für ihre Situation angemessene Unterstützung besser identifizieren zu können (Hämel et al., 2019a). Während sich viele Nutzeranfragen auf integrierte Tagespflege beziehen, zu der daher besonders häufig und intensiv beraten wird, sollten andere Angebote im offenen und ambulanten Bereich den Nutzer\*innen jedoch noch stärker bekannt gemacht werden.

Aufgrund der hohen Bedeutung, die Information und Beratung in den Quartierszentren einnimmt, sind Ansätze zu begrüßen, mit denen die Mitarbeiter\*innen ihre Beratungskompetenzen noch weiter ausbauen können. Das kann durch Fort- und Weiterbildung erfolgen. Aber auch Kooperationen mit einschlägigen Akteuren im Quartier können eine ziel- und bedarfsgerechte Vermittlung von Unterstützungsmöglichkeiten im Quartier befördern (de Vries & Schönberg, 2017).

### *Aufbau von Kooperationen im Stadtteil und Quartier*

Pflegeheime, die sich mit neuen Angeboten ins Quartier öffnen möchten, müssen die vor Ort gewachsenen Versorgungsstrukturen, d. h. auch andere, schon bestehende Anbieter und Akteure, berücksichtigen. Für die Quartierszentren gehört es nach dem

Verständnis der befragten Expert\*innen bereits zu ‚gelebter Praxis‘, mit unterschiedlichen Institutionen und Professionen in Quartier/Stadtteil zu kooperieren (vgl. Heumann, 2018: 48 f.). Kooperationen finden statt im

- sozialen Bereich (z. B. mit Interessengruppen und -vereinen, Beratungsstellen im Themenfeld ‚Alter und Pflege‘, Kirchengemeinden),
- pflegerischen Bereich (insbesondere mit ambulanten Pflegediensten) und im
- medizinisch-therapeutischen Bereich (mit niedergelassenen Allgemeinmediziner\*innen, die die medizinische Versorgung in den Einrichtungen sicherstellen).

Kooperationen finden nicht nur mit einzelnen Professionen oder Institutionen statt, vielmehr beteiligen sich die Modelleinrichtungen auch an Netzwerk- und Gremienarbeit auf kommunaler oder auf Quartiers-/Stadtteilebene (ebd.: 56).

Erschwert werden Kooperationen durch starre Sektorengrenzen, durch Probleme bei der gemeinsamen Zielfindung mit anderen Institutionen sowie durch ein Konkurrenzdenken zwischen unterschiedlichen Anbieter\*innen im Quartier bzw. zwischen Einrichtungen aus dem ambulanten und dem stationären Sektor (ebd.: 87).

Der systematischen und nachhaltigen Entwicklung von Kooperationen diene im Projektverlauf auch der Aufbau quartiersbezogener „Pflegeallianzen“ (de Vries & Schönberg, 2017). Als Netzwerke von lokalen Pflegeakteuren sollen diese Pflegeallianzen die Versorgung von Pflegebedürftigen auch durch individuelle Fallkoordination sicherstellen (Cramer & Schönberg, im Erscheinen).

Zusammenfassend zeigt sich, dass eine umfassende Versorgung im Quartier – adäquate Arbeitsweisen und Angebote vorausgesetzt – für Pflegende eine anspruchsvolle Aufgabe darstellt, die entsprechend qualifiziertes Personal in der stationären Versorgung erfordert.

Anzumerken ist auch, dass im Projekt die Konzeptidee, Nutzer\*innen einen ‚persönlichen Ansprechpartner‘ zur Seite zu stellen, der bei der Navigation durch das Versorgungssystem unterstützt und ein individuelles ‚Hilfepaket‘ zusammenstellt, nicht realisiert wurde. Anstelle dessen wurde auf eine organisatorische Integration der Angebote (speziell: integrierte Tagespflege) gesetzt und es wurden strukturelle Voraussetzungen (speziell: Kooperation in Pflegeallianzen) geschaffen, die ‚Hilfen aus einer Hand‘ auch über unterschiedliche Anbieter hinweg für Nutzer\*innen erschließen sollten (Cramer & Schönberg, im Erscheinen; de Vries & Schönberg, 2017). Es konnte aufgrund der im Modellprojekt relativ spät erfolgten Implementation von Pflegeallianzen im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation nicht dezidiert untersucht werden, welchen Mehrwert

diese bieten. Es empfiehlt sich, die Möglichkeiten und Grenzen der pilotierten Pflegeallianzen im Rahmen einer späteren (möglicherweise internen) Evaluation zu überprüfen.

### **3.4 Bündelung von sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Leistungen**

Für die Pilotzentren ist die Bündelung von sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Leistungen sowohl mit Herausforderungen als auch mit Chancen verbunden. Die wesentlichen Aspekte hatten sich bereits im Rahmen der Ausgangsanalyse abgezeichnet (vgl. 3.1) und konnten im weiteren Projektverlauf bestätigt werden.

#### *Bündelung von offenen Angeboten*

Gut realisieren ließ sich – entsprechend auch der ursprünglichen Erwartungen – die Integration und Bündelung von offenen Angeboten im Bereich von sozialer Begegnung, Freizeit und Hauswirtschaft. Ältere, hilfe- oder pflegebedürftige Menschen aus dem Stadtteil oder Quartier, die solche offenen Angebote nutzen, haben keine oder wenig Vorbehalte, sich dazu in ein Pflegeheim zu begeben. Die Angebote werden von ihnen gut angenommen (vgl. Hämel et al., 2019b).

#### *Konzeption/Umsetzung von integrierter Tagespflege*

Ein neues, sektorenübergreifend angelegtes Versorgungsangebot, das im Projektverlauf erfolgreich entwickelt und realisiert wurde, stellt die integrierte Tagespflege (ITP) dar, in deren Rahmen Tagesgäste in die feste Struktur stationärer Pflegeeinrichtungen integriert werden und den Tag gemeinsam mit den Heimbewohner\*innen verbringen (vgl. Abschnitt 3.3 des Berichts). Es ist im Modellprojekt gelungen, eine robuste Organisationsform für die integrierte Tagespflege zu finden. Die insgesamt positiven Ergebnisse der Evaluation – der die Perspektive von Heimbewohner\*innen, Tagesgästen, Angehörigen sowie von Mitarbeiter\*innen aus den Einrichtungen – zugrunde liegt (Hämel & Röhnsch, 2019a; Hämel & Röhnsch, 2019b; Röhnsch et al., 2019; Cramer & Schönberg, im Erscheinen) – führen hier zur Empfehlung, die ITP in den Modelleinrichtungen auch nach Auslaufen der Modellförderung regelhaft zu verankern.

### *Integration von medizinischen Leistungen*

Als weitaus schwieriger gestaltete sich das Bemühen um die Integration medizinischer und therapeutisch-rehabilitativer Leistungen in die Zentren. So war es ein Ziel des Modellprojekts, Kooperationen im ärztlich-therapeutischen Bereich einzugehen und Möglichkeiten einer multiprofessionellen Zusammenarbeit auszuloten. Hier zeigten sich jedoch deutliche Barrieren im Verlauf des Projekts, speziell am Standort Baumheide, an dem eine allgemeinmedizinische Seniorensprechstunde durch ortsansässige Hausärzte aufgebaut werden sollte, die jedoch nicht umgesetzt werden konnte. Positiv kann in diesem Kontext gewürdigt werden, dass es überhaupt gelungen war, gemeinsam mit Ärzt\*innen das Konzept einer Seniorensprechstunde zu entwickeln (Schönberg, 2019.) Auch waren zwei Hausärzt\*innen bereit, diese Sprechstunde in der Einrichtung zu übernehmen. Es ist den Modellverantwortlichen jedoch nicht gelungen, seitens der kassenärztlichen Vereinigung eine Zulassung zu erwirken (ebd.) oder ein ggf. ähnlich gelagertes zulassungsfähiges Konzept zu entwickeln.

Als allgemeine Herausforderung erwies sich hier, dass die in dem Kontext wesentlichen Akteure aus der Pflege einerseits und die Akteure aus der medizinisch-therapeutischen Versorgung andererseits wenig Möglichkeiten haben, sich in Gremien abzustimmen, um sektorenübergreifende Angebote zwischen Medizin und Pflege auszuhandeln. Ein solcher Aushandlungsprozess ist dadurch erschwert, dass er jenseits eingespielter Kommunikations- und Kooperationsstrukturen etabliert werden muss.

Im Vergleich dazu erwies sich der Aufbau offener Angebote und auch die Konzeption und Umsetzung der integrierten Tagespflege insofern als relativ ‚einfach‘, als dass umfangreiche Sach- und Fachkenntnisse in der Altenhilfe und pflegerischen Langzeitversorgung bei den Träger\*innen des Modellprojekts vorliegen, Kooperationen in Kommune und Quartier erprobt, und nicht zuletzt auch die grundsätzlichen Wege für die Erteilung von Zulassungen bekannt sind.

### **3.5 Diskussion und Fazit: Innovationsgehalt der Pilotzentren und Möglichkeiten der Weiterentwicklung zu multiprofessionellen Gesundheitszentren**

Insgesamt bestätigt sich – anknüpfend an die Ausgangsanalyse – dass aus Innovationsgesichtspunkten heraus betrachtet eine große Chance des Modellprojekts darin liegt, die für die Nutzer\*innen spürbare und von den Expert\*innen kritisierte Zersplitterung der Versorgung zu überwinden. Das Pflegezentrum bietet großes Potential für die

Herstellung einer sektorenübergreifenden integrierten Versorgung, in der unterschiedlichste Versorgungsleistungen an einem Ort und aus ‚einer Hand‘ angeboten und für die Nutzer\*innen als integriertes Paket zugänglich gemacht werden (vgl. Hämel et al., 2017a). Somit sollte einer Überforderung von Nutzer\*innen bei der Organisation ihrer Versorgung entgegengewirkt werden. Eine weitere Besonderheit des Modellprojekts besteht darin, dass die Integration von Versorgungsleistungen ‚aus der Pflege heraus‘ erfolgt und daher mit der speziellen Expertise für den Bedarf pflegebedürftiger Menschen entwickelt wird. Darin liegt ein weiteres innovatives Element des Modellprojekts.

### *Integrierte Tagespflege als soziale Innovation*

Eine soziale Innovation, die im Projektverlauf konzipiert und praktisch umgesetzt wurde und die sowohl dem Anspruch genügt, zu einer sektorenübergreifenden integrierten Versorgung beizutragen als auch dem, ‚aus der Pflege‘ selbst heraus entwickelt worden zu sein, stellt die integrierte Tagespflege dar. Dieses Versorgungsangebot, das im Projektverlauf modellhaft für Nordrhein-Westfalen erprobt wurde, bringt Pflegebedürftige zusammen, die in unterschiedlichen Sektoren versorgt werden (Cramer & Schönberg, im Erscheinen; Hämel & Röhnsch, 2019a). Der Innovationsgehalt der integrierten Tagespflege erklärt sich speziell daraus, dass diese sozialraumorientiert geplant und realisiert wurde und insofern die Interaktion und damit die soziale Integration pflegebedürftiger alter Menschen in den Sozialraum fördert. Integrierte Tagespflege ist in diesem Modellprojekt eine wesentliche Säule zur Öffnung der Heime in und für das Gemeinwesen.

### *Versorgung der Bevölkerung im Quartier*

Generell erklärt sich der Innovationsgehalt der Pilotzentren daraus, dass für die *Bevölkerung im Quartier* Versorgung gestaltet wird. Indem sich die Zentren an den sozialen bzw. lebensweltlichen Bedingungen im Quartier ausrichten, adressieren sie auch vulnerable Gruppen, die ansonsten von formellen Hilfen nur schwer erreicht werden (vgl. Abschnitt 3.3 dieses Berichts).

### *Kooperation mit Ärzten und Ärztinnen*

Als sehr schwierig gestaltete sich demgegenüber der Weg von einem ‚Pflegezentrum‘ zu einem ‚Gesundheitszentrum‘ und die hierfür erforderliche Kooperation mit Ärzten und Ärztinnen (und Vertreter\*innen weiterer medizinisch-therapeutischer Berufe). Hier

wurde versucht, Neuland zu betreten: Die im Abschnitt 3.4. dieses Berichts bereits erwähnten strukturell-rechtlichen Rahmenbedingungen standen der Entwicklung einer nachhaltigen Kooperation von ‚Pflege‘ und ‚Medizin‘ entgegen. Während es nicht gelang, seitens der kassenärztlichen Vereinigung eine Zulassung für eine allgemeinmedizinische Seniorensprechstunde durch ortsansässige Hausärzte und Hausärztinnen an einem der Modellstandorte zu erwirken, erwies es sich zudem allgemein als schwierig für die Pflegeanbieter, mit Entscheider\*innen im Bereich ärztliche Versorgung in einen Austausch zu kommen. Die erhoffte Innovation konnte letztlich nicht realisiert werden.

### *Multiprofessionelle Zusammenarbeit und neuer Qualifikationenmix*

Ein Ziel der Piloteinrichtungen bestand auch darin, Formen multiprofessioneller Zusammenarbeit zu entwickeln, in die – neben Pflegenden verschiedener Qualifikationsstufen – eine Reihe weiterer medizinisch-therapeutischer und sozialer Professionen einbezogen sind. Zudem sollte ein neuer Qualifikationenmix genutzt werden, wobei speziell der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegekräfte erprobt und zugleich neue Modelle der Kooperation (und Supervision) zwischen hochqualifizierten und niedrigqualifizierten Kräften entwickelt werden sollte. Auch hier wurden im Projektverlauf nur wenige Fortschritte erzielt, zumindest lieferten die Interviews kaum oder keine Hinweise darauf. Wenn insofern erweiterte Pflegerollen im Projekt nicht explizit entwickelt wurden, so verlangt doch die Information, Beratung und Begleitung von älteren Menschen aus dem Quartier den Pflegenden neue, zusehends anspruchsvolle Kompetenzen ab.

Resümierend ist festzuhalten, dass es im Kontext einer Transformation vom ‚Pflegeheim‘ zum multiprofessionellen ‚Gesundheitszentrum‘ viele verschiedene Ansprechpartner\*innen gibt, die mit ins Boot genommen werden müssen. Ein Aufbrechen rechtlicher Regelungen zur Überwindung von Sektorengrenzen, mehr Flexibilität, um in der Kooperation zwischen Medizin und Pflege ‚neue Wege‘ gehen zu können, die Stärkung interdisziplinären Denkens der beteiligten Professionen sowie Unterstützung seitens der Politik sind in dem Zusammenhang als hilfreich anzusehen.

#### **4 Fazit für die Praxis**

Mit dem Modellprojekt „Pflege stationär – Weiterdenken!“ wurde erstmalig in Deutschland trägerübergreifend eine sektorenübergreifende Versorgung und zugleich Öffnung von Heimen in und für den Sozialraum konzipiert, erprobt und umfassend evaluiert. Die Evaluation zeigt, dass die Zentren in einigen Bereichen erfolgreich waren und zu einer nutzerorientierten Versorgung im Quartier beizutragen vermögen. Allerdings konnte im Projekt die Weiterentwicklung der Einrichtung zu Gesundheitszentren nicht oder nur sehr eingeschränkt vorangebracht werden.

## Literaturverzeichnis

- Cramer, H. & Schönberg, F. (im Erscheinen). Chancen und Herausforderungen integrierter Tagespflege aus Nutzer- und Mitarbeiterperspektive. Ergebnisse einer Evaluationsstudie. Zur Veröffentlichung vorgesehener Beitrag für die Zeitschrift *Pflege und Gesellschaft*.
- de Vries, B., & Schönberg, F. (2017). Was wird aus der stationären Pflege? Konzepte für eine pflegerische Versorgung im Quartier. *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* (3), 40-48.
- Flick, U. (2016). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U. (2009). Qualitative Methoden in der Evaluationsforschung. *Zeitschrift für Qualitative Forschung*, 10(1), 9-18.
- Hämel, K., Kafczyk, T., Vorderwülbecke, J., & Schaeffer, D. (2017a). Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit im Quartier? Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse in vier städtischen Quartieren. *Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld*, P17-155. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft.
- Hämel, K., Kafczyk, T., & Vorderwülbecke, J. (2017b). *One size fits all? Community Health Assessments als Planungsgrundlage für lokale Gesundheitszentren der Primär- und Langzeitversorgung*. 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. DOI: 10.3205/17dkvf304. Zugriff: <https://www.egms.de/static/en/meetings/dkvf2017/17dkvf304.shtml>
- Hämel, K., & Röhnsch, G. (2019a). Möglichkeiten und Grenzen integrierter Tagespflege in Pflegeheimen: Sichtweisen von ExpertInnen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(2), 148–156. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00391-018-01489-w>
- Hämel, K., & Röhnsch, G. (2019b). *Nutzerorientierung und Akzeptanz integrierter Tagespflege in Pflegeheimen aus der Sicht von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern*. Unveröffentlichter Projektbericht. Universität Bielefeld.
- Hämel, K., Vorderwülbecke, J., & Heumann, M. (2019a). Information und Beratung in den Einrichtungen des Modellverbands „Pflege stationär – Weiterdenken!“. Auswertung der Nutzeranfragedokumentation. Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2938289>

- Hämel, K., Vorderwülbecke, J., Heumann, M., & Röhnsch, G. (2019b). *Pflege stationär – Weiterdenken: Ausdifferenzierung von Nutzergruppen und Versorgungsarrangements*. Abstractband der gemeinsamen Jahrestagung der Sektionen III und IV der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie 2019 „Versorgung und Teilhabe“, S20-07.
- Heumann, M. (2018). *Kooperative Versorgung in Stadtteil und Quartier. Die Bedeutung von Kooperationen bei der Entwicklung von Quartiers- und Gesundheitszentren für alte, hilfe- und pflegebedürftige Menschen*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.
- Heumann, M., Hämel, K., & Vorderwülbecke, J. (2019). Wohnortnahe und integrierte Angebotsnutzung? Nutzer\*innen und Nutzungsverläufe im Modellverbund „Pflege stationär – Weiterdenken!“ Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2938279>
- Höffling, C., Plaß, C., & Schetsche, M. (2002). Deutungsmusteranalyse in der kriminologischen Forschung. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 3(1), Art. 14.
- ISG – Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (Hrsg.) (2017). Fortschreibung der kommunalen Pflegeplanung im Kreis Herford. Jahresbericht 2016. Verfügbar unter: [https://www.kreis-herford.de/output/download.php?fid=2807.645.1..PDF&fn=Pflegeplanung\\_Herford\\_Fortschreibung\\_2017\\_-\\_2019,\\_Stand\\_2016\\_2017](https://www.kreis-herford.de/output/download.php?fid=2807.645.1..PDF&fn=Pflegeplanung_Herford_Fortschreibung_2017_-_2019,_Stand_2016_2017) [Zugriff: 09.09.2019]
- Kendall, S., & Bryar, R. (2017). Stärkung der Pflege in der Primärversorgung in Europa: die Bedeutung einer positiven Praxisumgebung. *Pflege & Gesellschaft* 22(1), 5-18.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Röhnsch, G. & Hämel, K. (2019a). *Koproduktion in der Bewältigung von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit: Der Beitrag von integrierten Quartiers- und Gesundheitszentren des Modellverbunds „Pflege stationär – Weiterdenken!“* Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2938280>.
- Röhnsch, G., & Hämel, K. (2019b). Öffnung von Pflegeeinrichtungen für den Sozialraum: Ergebnisse einer Studie zu Zielgruppen und Barrieren der Erreichbarkeit. Eingereicht bei: *Pflege & Gesellschaft*, 24(4), 350-365.
- Röhnsch, G., & Hämel, K. (2019a). *Koproduktion in der Bewältigung von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit: Der Beitrag von integrierten Quartiers- und*

- Gesundheitszentren des Modellverbunds „Pflege stationär – Weiterdenken!“* Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2938280>
- Röhnsch, G., Vorderwülbecke, J., & Hämel, K. (2019). *Subjektive Sichten von Tagesgästen und Angehörigen auf integrierte Tagespflege*. Unveröffentlichtes Diskussionspapier. Universität Bielefeld.
- Schönberg, F. (2019). Das Zusammenspiel. Sind die Sektorengrenzen zwischen ambulant, stationär und teilstationär noch zeitgemäß? *Altenpflege*, 58(5), 16-20.
- Shuster, G. (2012). Community as Client: Assessment and Analysis. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.), *Public Health Nursing: population-centered health care* (pp 396-428). Riverport Lange: Elsevier.
- Stadt Bielefeld (Hrsg.) (2017). *Altenbericht 2017. Bielefeld im demographischen Wandel – Grundlagen für die gemeinsame Gestaltung*. Verfügbar unter: <https://www.bielefeld.de/ftp/dokumente/Altenbericht2017.pdf> [Zugriff: 09.09.2019]
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bonn.
- WHO – World Health Organization. (2008). *The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever*. Geneva: World Health Organization