

Versorgungsstrukturen im Quartier

quartier.life | Version 1.0 | Oktober 2026

Annes Welt – Bausteine für Sorgende Gemeinschaften

Annes Welt unterstützt Menschen dabei, Sorgende Gemeinschaften in Quartieren und Kommunen zu gestalten. Annes Welt verbindet die Novelle „Die Quartiersfrau“ mit praxisnahem Wissen, Praxisbeispielen und Angeboten, einer Online-Schulung, dem KI-Coach Anne sowie einer digitalen Quartiers-Plattform.

Das vorliegende Dokument ist Teil dieser Wissenswelt und bietet Anregungen und Hilfestellungen für die Arbeit vor Ort.

Entdecke alle Bausteine auf quartier.life

1. Orientierung – Worum geht es?

Versorgung entscheidet sich im Alltag. Eine Hausarztpraxis kann vorhanden sein und dennoch unerreichbar bleiben. Ein Pflegedienst kann Leistungen anbieten, aber keine freien Kapazitäten haben. Eine Beratungsstelle kann fachlich hervorragend arbeiten und trotzdem kaum bekannt sein. Ein Begegnungsort kann geöffnet sein, ohne dass einsame oder mobilitätseingeschränkte Menschen dorthin gelangen. Nicht die Zahl einzelner Angebote allein bestimmt deshalb, ob Menschen gut versorgt sind. Entscheidend ist, ob die Angebote erreichbar, bezahlbar, bekannt, verfügbar und miteinander verbunden sind.

Der Begriff **Versorgungsstrukturen im Quartier** bezeichnet dieses Zusammenspiel. Gemeint sind alle formellen und informellen Bedingungen, die Menschen dabei unterstützen, möglichst gesund, selbstständig, sicher und sozial eingebunden in ihrem vertrauten Lebensumfeld zu leben. Dazu gehören medizinische und pflegerische Leistungen ebenso wie Prävention, Beratung, Wohnen, Mobilität, Nahversorgung, soziale Kontakte, Selbsthilfe, ehrenamtliche Unterstützung und digitale Zugänge.

Die Ausgangslage macht den Handlungsbedarf deutlich. Ende 2023 lebten in Deutschland knapp 5,7 Millionen pflegebedürftige Menschen. 86 Prozent von ihnen wurden zu Hause versorgt; ein großer Teil überwiegend durch Angehörige. Allein durch die Alterung der Bevölkerung könnte die Zahl der Pflegebedürftigen nach der Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2055 auf rund 6,8 Millionen steigen. Gleichzeitig bestehen deutliche Fachkräfteengpässe in Pflegeberufen. Versorgung kann daher künftig noch weniger als bisher allein durch zusätzliche professionelle Angebote gesichert werden. Sie muss zugleich besser koordiniert, präventiver, wohnortnäher und ressourcenschonender organisiert werden. (Destatis 2024/2025; Bundesagentur für Arbeit 2026)

Das Quartier ist dafür ein geeigneter Handlungsraum, weil hier das tägliche Leben stattfindet. Menschen wohnen, kaufen ein, suchen Rat, begegnen Nachbarinnen und Nachbarn und nutzen Dienstleistungen. In ländlichen Räumen kann ein Quartier ein Dorf, mehrere Ortsteile oder eine kleine Stadt mit ihrem Umland umfassen. In größeren Städten kann es ein Wohnviertel oder einen Stadtteil bezeichnen. Maßgeblich ist nicht allein eine Verwaltungsgrenze, sondern der Raum, in dem Menschen ihren Alltag tatsächlich organisieren und Angebote erreichen können.

Ein Quartier ist allerdings keine abgeschlossene Versorgungsinsel. Nicht jede fachärztliche Praxis, Klinik, Kurzzeitpflege oder spezialisierte Beratung kann in jedem Wohnviertel vorhanden sein. Gute Quartiersversorgung bedeutet deshalb zweierlei: möglichst viele alltagsnahe Hilfen vor Ort zugänglich zu machen und verlässliche Verbindungen zu den Angeboten außerhalb des Quartiers zu organisieren.

Wer Versorgungsstrukturen entwickeln möchte, sollte deshalb nicht zuerst fragen:

Welche zusätzliche Einrichtung brauchen wir?

Die bessere Frage lautet:

Was brauchen die Menschen in ihrem Alltag – und wie müssen vorhandene und neue Angebote zusammenspielen, damit Unterstützung rechtzeitig und verlässlich ankommt?

Diese Perspektive verändert die Planung. Sie beginnt nicht bei Zuständigkeiten einzelner Träger, sondern bei den Lebenslagen der Menschen. Sie betrachtet nicht nur Pflegebedürftigkeit, sondern auch deren Vorfeld: gesundheitliche Risiken, ungeeigneten Wohnraum, fehlende Mobilität, Überlastung von Angehörigen, Einsamkeit, Armut oder mangelnde Orientierung im Hilfesystem. Und sie fragt nicht nur nach Defiziten, sondern ebenso nach vorhandenen Ressourcen – nach Nachbarschaften, Vereinen, Unternehmen, Treffpunkten, professionellen Diensten und engagierten Menschen.

Dabei bleibt eine klare Grenze wichtig. Nachbarschaft, Selbsthilfe und Ehrenamt können Beziehungen, Begleitung und alltagsnahe Unterstützung ermöglichen. Sie dürfen jedoch keine fachlich erforderliche Pflege, medizinische Behandlung, öffentliche Daseinsvorsorge oder reguläre Beschäftigung ersetzen. Tragfähige Versorgungsstrukturen verbinden professionelle Leistungen, familiäre Sorge, zivilgesellschaftliches Engagement und kommunale Verantwortung, ohne diese Rollen zu vermischen.

Dieses Praxispapier zeigt, wie ein solches Zusammenspiel Schritt für Schritt entwickelt werden kann: vom geklärten Quartier und einem gemeinsamen Lagebild über verbindliche Kooperationen und abgestimmte Versorgungsketten bis zu verlässlichen Zugängen, Finanzierung und Wirkungskontrolle.

Leitsatz

Gute Versorgung entsteht nicht durch möglichst viele Einzelangebote. Sie entsteht, wenn Menschen rechtzeitig die passende Unterstützung finden und die Beteiligten verlässlich zusammenarbeiten.

2. Das Wichtigste

Wer Versorgungsstrukturen in einem Quartier aufbauen oder weiterentwickeln möchte, sollte zunächst die folgenden Kernaussagen im Blick behalten:

1. Der Mensch ist der Ausgangspunkt – nicht die Zuständigkeit.

Versorgung sollte sich an den Lebenszielen, Fähigkeiten und Unterstützungsbedarfen der Menschen orientieren. Zuständigkeiten und Finanzierungslogiken sind wichtig, dürfen aber nicht dazu führen, dass Betroffene zwischen Systemen verloren gehen.

2. Versorgung ist mehr als Medizin und Pflege.

Wohnen, Mobilität, Ernährung, Nahversorgung, soziale Beziehungen, Bildung, Sicherheit, digitale Teilhabe und ein zugänglicher öffentlicher Raum beeinflussen, ob Menschen selbstständig leben können. Eine tragfähige Struktur verbindet diese Bereiche.

3. Vorhanden bedeutet noch nicht erreichbar.

Ein Angebot wirkt nur, wenn Menschen davon wissen, es räumlich und finanziell erreichen können, sich angesprochen fühlen und tatsächlich Kapazitäten verfügbar sind. Deshalb müssen Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Qualität und Kontinuität getrennt geprüft werden.

4. Prävention beginnt vor dem Pflegegrad.

Bewegung, soziale Teilhabe, Wohnraumanpassung, Sturzprävention, Ernährungsberatung, frühe Beratung und Unterstützung von Angehörigen können Selbstständigkeit erhalten und Krisen vermeiden oder verzögern. Prävention ist eine durchgängige Aufgabe – auch bei bereits bestehendem Unterstützungsbedarf.

5. Pflegende An- und Zugehörige sind eine eigene Zielgruppe.

Sie tragen einen großen Teil der häuslichen Versorgung und benötigen Information, Qualifizierung, Entlastung, verlässliche Auszeiten und psychosoziale Unterstützung. Ihre Belastung darf nicht erst in einer Krise sichtbar werden.

6. Koordination ist eine eigene Leistung.

Netzwerktreffen allein schaffen noch keine abgestimmte Versorgung. Es braucht eine Stelle, die Beziehungen pflegt, Daten bündelt, Lücken sichtbar macht, Vereinbarungen nachhält und Übergänge verbessert. Diese Funktion benötigt Zeit, Kompetenz und eine verlässliche Finanzierung.

7. Das Quartier ergänzt die regionale Versorgung.

Alltagsnahe Angebote sollten wohnortnah sein. Spezialisierte Leistungen werden häufig auf Stadt-, Kreis- oder regionaler Ebene vorgehalten. Entscheidend sind klare Zugangswege, gute Mobilität und verlässliche Übergaben zwischen den Ebenen.

8. Ehrenamt ergänzt – es ersetzt nicht.

Freiwillige können begleiten, Begegnung schaffen und niedrigschwellige Hilfen ermöglichen. Fachpflege, Behandlung, Gefährdungseinschätzung und öffentliche Pflichtaufgaben müssen in professioneller Verantwortung bleiben.

9. Digital und persönlich gehören zusammen.

Digitale Plattformen, Telemedizin und gemeinsame Informationswege können Orientierung und Kooperation verbessern. Sie dürfen aber keine neue Zugangshürde schaffen. Persönliche, telefonische und aufsuchende Wege bleiben notwendig.

10. Versorgung muss lernfähig sein.

Bevölkerungsstruktur, Anbieter, Personal, gesetzliche Rahmenbedingungen und Bedarfe verändern sich. Eine Versorgungsstruktur ist deshalb kein fertiges Bauwerk, sondern ein dauerhaft zu beobachtendes und anzupassendes System.

3. Die Grundlagen

Was sind Versorgungsstrukturen im Quartier?

Versorgungsstrukturen bestehen aus mehr als Einrichtungen und Diensten. Sie umfassen Angebote, Personen, Orte, Beziehungen, Regeln, Informationswege, Kapazitäten und Finanzierungen. Erst ihr Zusammenspiel entscheidet darüber, ob Unterstützung im Alltag tatsächlich funktioniert.

Versorgungsbereich	Beispiele im Quartier	Zentrale Frage
Gesundheitsförderung und Prävention	Bewegung, Ernährung, Sturzprävention, Gesundheitsbildung, Hitzeschutz, Sucht- und Demenzprävention	Was hilft Menschen, gesund und selbstständig zu bleiben?
Information, Beratung und Steuerung	Pflegeberatung, Pflegestützpunkt, Wohnberatung, Sozialberatung, Case Management, Lotsenstelle	Wo erhalten Menschen verständliche Orientierung aus einer Hand?
Medizin, Therapie und Rehabilitation	Haus- und Facharztversorgung, Apotheken, Heilmittel, Reha, Palliativ- und Hospizversorgung	Wie werden Behandlung und Nachsorge wohnortnah und kontinuierlich organisiert?
Pflege, Betreuung und Entlastung	ambulante Pflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Angebote zur Unterstützung im Alltag	Sind ausreichende und verlässlich nutzbare Kapazitäten vorhanden?
Wohnen und technische Unterstützung	barrierearmer Wohnraum, Wohnraumanpassung, neue Wohnformen, Hausnotruf, Assistenztechnik	Kann die Wohnung an veränderte Bedürfnisse angepasst werden?
Alltag, Mobilität und Nahversorgung	Einkauf, Mittagstisch, haushaltsnahe Dienste, Bürgerbus, Begleitsdienste, öffentliche Toiletten	Können Menschen die für ihren Alltag notwendigen Orte und Leistungen erreichen?
Begegnung, Selbsthilfe und Engagement	Treffpunkte, Vereine, Nachbarschaftshilfe, Besuchsdienste, Selbsthilfegruppen, Kultur und Sport	Wo entstehen Beziehungen, Zugehörigkeit und gegenseitige Unterstützung?
Krisen, Übergänge und Schutz	Entlassmanagement, Notfallkontakte, Übergangspflege, Gewalt- und Krisenhilfe, Hitzeschutzplan	Wer übernimmt Verantwortung, wenn sich eine Situation plötzlich verändert?

Eine Bestandsaufnahme sollte deshalb nicht nur zählen, was vorhanden ist. Sie muss auch prüfen, wie gut die Bereiche verbunden sind und ob besonders gefährdete Menschen Zugang finden.

Drei Ebenen müssen zusammenspielen

Integrierte Versorgung benötigt Arbeit auf drei miteinander verbundenen Ebenen:

Ebene	Aufgabe	Typisches Ergebnis
Person und Haushalt	Ziele, Ressourcen und Bedarfe gemeinsam klären; individuelle Unterstützung koordinieren	persönlicher Hilfe- oder Versorgungsplan, feste Ansprechperson

Ebene	Aufgabe	Typisches Ergebnis
Quartier und Netzwerk	Angebote, Kapazitäten, Zugänge und Übergänge abstimmen; Lücken schließen	Versorgungslandkarte, Kooperationsvereinbarungen, abgestimmte Versorgungspfade
Kommune und Region	Sozial-, Pflege-, Gesundheits-, Wohn- und Stadtplanung verbinden; Infrastruktur und Rahmenbedingungen sichern	integrierte Planung, politische Entscheidungen, Finanzierung und regionale Kooperation

Die Ebenen dürfen nicht verwechselt werden. Ein Quartiersmanagement kann keine individuelle Pflegeberatung ersetzen. Eine Pflegeberatung kann wiederum keine fehlende Kurzzeitpflege schaffen. Kommunale Fachplanung kann Daten und Prioritäten liefern, aber nicht automatisch die Beziehungen und Abläufe im Wohnviertel gestalten. Gute Strukturen klären deshalb, wer auf welcher Ebene welche Verantwortung trägt.

Personenzentrierung statt Angebotslogik

Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt integrierte Versorgung älterer Menschen als personenzentrierten Prozess: Fähigkeiten und Unterstützungsbedarfe werden früh erkannt, gemeinsam mit der Person werden Ziele und ein individueller Plan entwickelt, und die Umsetzung wird koordiniert und überprüft. Übertragen auf das Quartier bedeutet dies: Nicht das vorhandene Angebot bestimmt den Weg, sondern die Frage, was ein Mensch benötigt, um seinen Alltag nach eigenen Vorstellungen bewältigen zu können. (WHO 2025)

Personenzentrierung zeigt sich in der Praxis daran, dass:

1. Menschen und Angehörige an Entscheidungen beteiligt werden,
2. Wünsche, Fähigkeiten und soziale Beziehungen ebenso betrachtet werden wie Risiken,
3. Informationen verständlich und auf Wunsch barrierefrei oder mehrsprachig bereitstehen,
4. Hilfe möglichst früh, wohnortnah und mit wenigen Zugangshürden erreichbar ist,
5. Übergaben nicht nur mit einem Hinweis, sondern als „warme Weitervermittlung“ erfolgen,
6. Datenschutz und Einwilligung respektiert werden,
7. niemand wegen Einkommen, Herkunft, Behinderung, Alter oder digitaler Unsicherheit ausgeschlossen wird.

Versorgung als Kontinuum

Unterstützungsbedarf entwickelt sich selten in klaren Stufen. Eine Person kann lange selbstständig leben, vorübergehend nach einem Krankenhausaufenthalt intensive Hilfe benötigen und anschließend wieder mit weniger Unterstützung auskommen. Versorgung muss deshalb ein Kontinuum bilden.

Situation	Benötigte Struktur
Selbstständig und gesund	Begegnung, Bewegung, Prävention, Beratung, barrierearmes Umfeld und erreichbare Nahversorgung
Erste Einschränkungen	frühe Beratung, Wohnraumanpassung, Hilfsmittel, Alltagshilfen, digitale oder nachbarschaftliche Unterstützung

Situation	Benötigte Struktur
Regelmäßiger Unterstützungsbedarf	abgestimmte ambulante Pflege und Betreuung, Therapie, Entlastung der Angehörigen, Tagesstruktur
Akute Krise oder Übergang	erreichbare Ansprechperson, schnelle Einschätzung, Kurzzeit- oder Übergangslösung, gesicherte Anschlussversorgung
Hoher oder komplexer Bedarf	Case Management, spezialisierte Pflege und Medizin, alternative Wohnformen, Palliativ- und Hospizangebote

Das Ziel ist nicht, stationäre Angebote grundsätzlich zu vermeiden. Entscheidend ist, dass Menschen passende Wahlmöglichkeiten haben, Krisen nicht durch Koordinationslücken verschärft werden und ein Umzug nicht allein deshalb notwendig wird, weil niedrighschwellige oder zeitlich begrenzte Hilfen fehlen.

Zugänglichkeit hat mehrere Dimensionen

Ein Angebot ist erst dann praktisch zugänglich, wenn mehrere Bedingungen gleichzeitig erfüllt sind:

- **räumlich:** erreichbar zu Fuß, mit Rollator, Rollstuhl, ÖPNV, Bürgerbus oder Fahrdienst,
- **zeitlich:** Öffnungszeiten und Reaktionszeiten passen zur Lebenssituation,
- **finanziell:** Kosten und mögliche Leistungsansprüche sind transparent,
- **kommunikativ:** Informationen sind verständlich, barrierefrei und bei Bedarf mehrsprachig,
- **sozial:** Menschen fühlen sich willkommen und nicht beschämt oder stigmatisiert,
- **digital:** digitale Angebote sind nutzbar, aber es besteht immer eine analoge Alternative,
- **kapazitatv:** es gibt tatsächlich Termine, Plätze oder Personal,
- **organisatorisch:** Zuständigkeiten und Übergaben sind geklärt.

Diese Unterscheidung verhindert einen häufigen Planungsfehler: Ein Angebot wird als vorhanden bewertet, obwohl es für einen erheblichen Teil der Zielgruppe faktisch nicht nutzbar ist.

Kommunale Verantwortung und geteilte Zuständigkeiten

Die pflegerische Versorgung ist nach § 8 SGB XI eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen sollen an einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahe und abgestimmten Versorgung mitwirken. Zugleich liegen Sicherstellungs-, Finanzierungs- und Planungsverantwortung in Deutschland bei unterschiedlichen Akteuren. Für die ambulante vertragsärztliche Versorgung tragen beispielsweise die Kassenärztlichen Vereinigungen den Sicherstellungsauftrag; Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Länder und Kommunen haben jeweils weitere Aufgaben.

Die Kommune ist deshalb nicht für jede Leistung allein zuständig. Sie besitzt aber eine besondere Rolle: Sie kennt den Sozialraum, verantwortet wesentliche Teile der Daseinsvorsorge und Stadtentwicklung, kann Akteure zusammenbringen und Folgen unzureichender Versorgung früh erkennen. Je nach Bundesland bestehen unterschiedliche gesetzliche Regelungen zur Pflege-, Sozial- und Gesundheitsplanung. Diese landesrechtlichen Vorgaben müssen vor Ort geprüft werden.

Rechts- und Finanzierungsrahmen als Werkzeugkasten

Für die Quartiersarbeit existiert kein einheitliches Finanzierungssystem. Häufig werden kommunale Mittel, Leistungsansprüche der Sozialversicherungen, Landesprogramme, Städtebau- und Wohnraumförderung, Stiftungsmittel sowie Eigenmittel von Trägern kombiniert. Wichtige bundesrechtliche Anknüpfungspunkte sind:

Anknüpfungspunkt	Bedeutung für das Quartier
§§ 7a und 7c SGB XI	individuelle Pflegeberatung und wohnortnahe Beratungsstrukturen in Pflegestützpunkten
§§ 45, 45a bis 45e SGB XI	Pflegekurse, Angebote zur Unterstützung im Alltag, Selbsthilfe, Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und seit 2026 eigenständige Förderung regionaler Netzwerke
§ 20a SGB V	Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, auch im Zusammenwirken mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst
§ 39 Absatz 1a SGB V	Entlassmanagement und Unterstützung des Übergangs aus dem Krankenhaus in die Anschlussversorgung
§ 140a SGB V	Verträge zur besonderen, auch sektorenübergreifenden Versorgung
§ 71 SGB XII	Altenhilfe zur selbstbestimmten Teilhabe, Beratung, Wohnen und Verknüpfung mit der kommunalen Infrastruktur
§ 113 SGB IX	Leistungen zur Sozialen Teilhabe und Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung im eigenen Wohnraum und Sozialraum

Beispiel: Seit dem 1. Januar 2026 stellt § 45e SGB XI jährlich Mittel für die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken bereit. Je nach Größe eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt können mehrere Netzwerke mit jeweils bis zu 30.000 Euro pro Kalenderjahr gefördert werden. Die konkrete Förderfähigkeit, Kofinanzierung und Verfahrensweise ist mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Stellen zu klären.

Rechtsgrundlagen ersetzen kein gemeinsames Konzept. Sie können aber einzelne Bausteine finanzieren, Kooperation erleichtern und bestehende Ansprüche für die Menschen nutzbar machen. Leistungsbeträge, Förderrichtlinien und landesrechtliche Regelungen ändern sich; vor einer Umsetzung ist deshalb stets der aktuelle Stand zu prüfen.

Das Quartier als gesundheitsfördernder Lebensraum

Versorgungsstrukturen werden auch durch gebaute Umwelt geprägt. Sichere Gehwege, Sitzgelegenheiten, öffentliche Toiletten, gut beleuchtete Wege, erreichbare Haltestellen, Schatten, Trinkwasser, Orientierungshilfen und barrierefreie Gebäude sind keine Nebenthemen. Sie beeinflussen, ob Menschen ihre Wohnung verlassen, Kontakte pflegen und Angebote nutzen können. Die Neue Leipzig-Charta verbindet deshalb soziale, ökologische und wirtschaftliche Ziele einer gemeinwohlorientierten integrierten Stadtentwicklung. Hitzeschutz gewinnt zusätzlich an Bedeutung, weil ältere und chronisch kranke Menschen besonders gefährdet sind.

Eine professionelle Kultur der Zusammenarbeit

Kooperation gelingt nicht allein durch guten Willen. Einrichtungen stehen teilweise in Konkurrenz, unterliegen verschiedenen Finanzierungslogiken und müssen Datenschutz, Berufsrecht und Qualitätsanforderungen beachten. Gute Zusammenarbeit benötigt daher klare Vereinbarungen:

- gemeinsame Ziele und ein nachvollziehbares Mandat,
- benannte Verantwortliche und Vertretungen,
- definierte Entscheidungs- und Eskalationswege,
- Regeln für Einwilligung, Datenschutz und Informationsweitergabe,
- Transparenz über Kapazitäten und Grenzen,
- einen fairen Umgang mit Interessenkonflikten und Wettbewerb,
- regelmäßige Auswertung und Anpassung.

Ein Quartiersmanagement sollte diese Zusammenarbeit organisieren und ermöglichen. Es sollte nicht zum Ersatz-Leistungserbringer für alle Lücken werden. Sonst verliert es die Zeit für seine eigentliche Aufgabe: Beziehungen, Informationen, Prozesse und Entwicklung zusammenzuführen.

4. Der Praxisansatz

Der Aufbau tragfähiger Versorgungsstrukturen beginnt nicht mit einer Wunschliste neuer Angebote. Er beginnt mit einer gemeinsamen Haltung, einem realistischen Lagebild und der Bereitschaft, Verantwortung gemeinsam zu übernehmen.

Das generische **7-Schritte-Modell für kommunale Transformation** bildet die übergreifende Entwicklungslogik von quartier.life. Im vorliegenden Praxispapier wird dieses Dachmodell auf das Handlungsfeld **„Versorgungsstrukturen im Quartier“** übertragen. Die sieben Schritte und ihre Reihenfolge bleiben unverändert; Leitfragen, Aufgaben, Ergebnisse und Arbeitshilfen werden fachlich konkretisiert.

Haltung klären → Sozialraum analysieren → Schlüsselakteure gewinnen → Zielarchitektur entwickeln → Strukturen schaffen → Maßnahmen umsetzen → Verstetigen und lernen

Die Reihenfolge ist idealtypisch. In der Praxis können einzelne Schritte parallel bearbeitet oder wiederholt werden. Entscheidend ist, keinen Schritt dauerhaft auszulassen: Ohne gemeinsame Haltung fehlt die Richtung, ohne Lagebild die Grundlage, ohne Schlüsselakteure die Tragfähigkeit, ohne Ziele die Priorität, ohne Strukturen die Verbindlichkeit, ohne Umsetzung die sichtbare Veränderung und ohne Lernen die Nachhaltigkeit.

Ein Modell – unterschiedliche fachliche Anwendungen

Das 7-Schritte-Modell beschreibt den allgemeinen Weg kommunaler Transformation. Dieses Praxispapier zeigt, was jeder Schritt für Versorgungsstrukturen konkret bedeutet. So bleibt die gemeinsame Logik erkennbar, während die fachliche Ausgestaltung den besonderen Anforderungen von Gesundheit, Pflege, Wohnen, Teilhabe und Alltagsversorgung folgt.

Der Praxisansatz in der Übersicht

Schritt	Leitfrage	Kernaufgabe	Ergebnis
1. Haltung klären	Wofür stehen wir – und was verstehen wir unter guter Versorgung?	Versorgungsverständnis, Grundsätze, Auftrag und professionelle Grenzen klären	gemeinsames Leitbild und belastbares Mandat
2. Sozialraum analysieren	Wie funktioniert Versorgung im Alltag tatsächlich?	Quartier abgrenzen sowie Bedarfe, Ressourcen, Kapazitäten, Barrieren und Wege verstehen	gemeinsames Versorgungslagebild
3. Schlüsselakteure gewinnen	Wer muss Verantwortung teilen und Veränderung mittragen?	relevante Menschen und Organisationen identifizieren, ansprechen und verbinden	tragfähige Entwicklungs-koalition
4. Zielarchitektur entwickeln	Was soll sich für die Menschen konkret verändern?	Wirkungsziele, Prioritäten und Erfolgskriterien gemeinsam festlegen	fokussierte Entwicklungsagenda
5. Strukturen schaffen	Wie werden Zusammenarbeit und Zugang verlässlich?	Koordination, Rollen, Entscheidungswege, Finanzierung und Übergaberegeln sichern	handlungsfähige Versorgungsstruktur
6. Maßnahmen umsetzen	Wo wird die Veränderung im Alltag sichtbar?	Versorgungspfade, Angebote, Zugänge und konkrete Verbesserungen realisieren	erlebbare und überprüfbare Wirkung
7. Verstetigen und lernen	Wie bleibt die Struktur wirksam und tragfähig?	Wirkung prüfen, Wissen sichern, Finanzierung verstetigen und nachsteuern	lernfähige und nachhaltige Versorgung

Schritt 1: Haltung klären

Ziel: Ein gemeinsames Verständnis guter Versorgung entwickeln und klären, nach welchen Grundsätzen, mit welchem Auftrag und mit welcher Verantwortung die Beteiligten handeln.

Vorgehen

1. Personenzentrierung als Ausgangspunkt vereinbaren: Lebensziele, Fähigkeiten und Alltag der Menschen bestimmen die Planung
2. Lebensqualität, Selbstbestimmung, Teilhabe und Versorgungssicherheit als gemeinsame Leitgrößen festhalten

3. Versorgung als Zusammenspiel von Gesundheit, Pflege, Wohnen, Mobilität, Nahversorgung, sozialen Beziehungen und Prävention verstehen
4. frühe Unterstützung und Prävention ebenso beachten wie akute, regelmäßige und komplexe Hilfebedarfe
5. professionelle, familiäre, nachbarschaftliche und freiwillige Beiträge klar voneinander unterscheiden
6. vereinbaren, dass Ehrenamt und Nachbarschaft professionelle Leistungen ergänzen, aber nicht ersetzen
7. Zugänglichkeit, soziale Gerechtigkeit, Barrierefreiheit und Wahlmöglichkeiten als Qualitätsgrundsätze verankern
8. eine gemeinsame Ausgangsfrage und den erwarteten Nutzen für die Menschen formulieren
9. politischen Beschluss, Trägerauftrag oder verbindliche Kooperationsvereinbarung sichern
10. Beteiligung von Bürgerinnen, Bürgern und Angehörigen verbindlich vorsehen
11. Grundsätze für Einwilligung, Datenschutz, Würde und den Umgang mit sensiblen Lebenslagen von Beginn an klären

Erfolgsfaktoren

- die Beteiligten können in wenigen Sätzen erklären, was gute Versorgung im Quartier ausmacht
- Auftrag, Entscheidungsspielraum und Ressourcen passen zusammen
- kommunale Leitung und Politik geben sichtbar Rückendeckung
- Betroffene und Angehörige wirken an den Grundsätzen mit
- Zielkonflikte werden früh benannt, beispielsweise Nähe gegen Spezialisierung oder Breite gegen begrenzte Ressourcen
- die Grenzen zwischen öffentlicher Verantwortung, professioneller Leistung und freiwilligem Beitrag bleiben klar

Typische Fehler

- „Versorgung verbessern“ als gemeinsame Haltung missverstehen, ohne zu klären, was Verbesserung für die Menschen bedeutet
- von vorhandenen Angeboten und institutionellen Zuständigkeiten statt vom Alltag der Menschen ausgehen
- Ehrenamt oder Angehörige stillschweigend als Ersatz für fehlende Fachkräfte einplanen
- Beteiligung versprechen, Entscheidungen aber ausschließlich unter Fachakteuren treffen
- schwierige Fragen zu Prioritäten, Gerechtigkeit und Verantwortung mit allgemeinen Formulierungen verdecken
- mit Einzelprojekten starten, bevor Ziel und Verantwortlichkeit geklärt sind

Praxistipp: Formulieren Sie gemeinsam drei Sätze aus Sicht der Menschen: „Wenn ich Unterstützung brauche, weiß ich, an wen ich mich wenden kann.“ – „Wenn ich nach einem Krankenhausaufenthalt nach Hause komme, ist geklärt, wer meine Versorgung übernimmt.“ – „Wenn meine Angehörigen überlastet sind, erhalten auch sie rechtzeitig Hilfe.“ An solchen Sätzen lässt sich prüfen, ob die gemeinsame Haltung konkret genug ist, um spätere Entscheidungen zu steuern.

Schritt 2: Sozialraum analysieren

Ziel: Den tatsächlichen Handlungsraum nachvollziehbar abgrenzen und ein gemeinsames, realistisches Bild davon entwickeln, welche Menschen dort leben, welche Unterstützung verfügbar ist, wie Versorgung genutzt wird und wo Lücken oder Risiken bestehen.

Vorgehen

1. den Sozialraum anhand tatsächlicher Alltagswege, Zugehörigkeiten und Erreichbarkeiten abgrenzen
2. in ländlichen Räumen Verflechtungen zwischen Dörfern, Zentralorten und dem Landkreis berücksichtigen
3. benachbarte Quartiere sowie regionale und spezialisierte Versorgungsangebote mitdenken
4. Zielgruppen und besondere Lebenslagen benennen, ohne das Quartier auf einzelne Gruppen zu reduzieren
5. Bevölkerungs-, Pflege-, Gesundheits-, Sozial- und Wohnungsdaten kleinräumig auswerten
6. Altersstruktur, Einpersonenhaushalte, Einkommen, Behinderung, Migration und Mobilität berücksichtigen
7. professionelle Angebote, informelle Hilfen, Treffpunkte und digitale Angebote erfassen
8. tatsächliche Kapazitäten, Wartezeiten, Öffnungszeiten und Einzugsgebiete abfragen
9. Wegezeiten und Erreichbarkeit zu Fuß, mit Hilfsmittel, ÖPNV und Fahrdiensten prüfen
10. Pflegebedürftige, An- und Zugehörige, Beschäftigte und bislang nicht erreichte Menschen befragen
11. typische Versorgungssituationen als „Reise“ durch das Hilfesystem nachvollziehen
12. Quartiersbegehungen mit älteren Menschen, Menschen mit Behinderung und Menschen mit Demenz durchführen
13. Übergänge nach Krankenhaus, Rehabilitation oder Krisen besonders untersuchen
14. Stärken, Lücken, Doppelstrukturen und absehbare Veränderungen dokumentieren

Erfolgsfaktoren

- der räumliche Zuschnitt folgt dem Lebensalltag und nicht nur Verwaltungs- oder Fördergrenzen
- quantitative Daten mit Alltagserfahrungen verbinden
- nicht nur registrierte Bedarfe, sondern auch verdeckte und künftige Bedarfe betrachten
- Anbieter nach real verfügbaren Kapazitäten und nicht nur nach ihrem Leistungsprofil fragen
- Menschen beteiligen, die sonst selten an Planungsprozessen teilnehmen
- Datenlücken offen kennzeichnen und regelmäßig nacharbeiten

Typische Fehler

- das Quartier beliebig oder ausschließlich nach Fördergrenzen definieren
- kommunale Durchschnittswerte ungeprüft auf jedes Quartier übertragen
- eine reine Angebotsliste als Bedarfsanalyse behandeln
- Erreichbarkeit mit geografischer Nähe verwechseln
- nur bekannte Fachakteure befragen
- nur ältere oder pflegebedürftige Menschen betrachten und Generationenbezüge ausblenden
- lange analysieren, ohne eine Entscheidung über Prioritäten vorzubereiten

Praxistipp: Zeichnen Sie das Quartier zunächst auf einer Karte ein und ergänzen Sie die wichtigsten Alltagswege: Einkauf, Arzt, Apotheke, Treffpunkt, Haltestelle, Verwaltung und Pflege. Prüfen Sie diese

Karte mit Menschen mit unterschiedlichen Mobilitätsmöglichkeiten. Ergänzen Sie anschließend drei typische Versorgungsgeschichten, etwa „erste Orientierung nach einer Demenzdiagnose“, „Entlassung nach einem Sturz“ und „Überlastung einer pflegenden Tochter“. Markieren Sie jeden Medienbruch, jede Wartezeit und jede unklare Zuständigkeit. Die Verbindung aus Karte und Versorgungsgeschichte zeigt meist mehr als eine reine Angebotsliste.

Schritt 3: Schlüsselakteure gewinnen

Ziel: Die Menschen und Organisationen gewinnen, die Wissen, Vertrauen, Entscheidungskompetenz, Ressourcen oder Zugänge einbringen und die Entwicklung dauerhaft mittragen müssen.

Vorgehen

1. relevante Akteure aus Kommune, Pflege, Gesundheit, Wohnen, Mobilität, Beratung und Zivilgesellschaft identifizieren
2. Pflegebedürftige, Angehörige, Selbsthilfe und Interessenvertretungen als Schlüsselakteure mit eigenem Wissen und eigenen Rechten berücksichtigen
3. Einfluss, Interesse, Ressourcen, Fachwissen, Reichweite und mögliche Beiträge der Akteure sichtbar machen
4. politische und administrative Entscheidungsträger ebenso einbeziehen wie operative Fachkräfte und lokale Vertrauenspersonen
5. regionale Partner für spezialisierte Leistungen, Krankenhäuser, Rehabilitation und überörtliche Planung früh ansprechen
6. vor einem großen Netzwerktreffen gezielte Einzelgespräche führen und Erwartungen, Interessen und Vorbehalte klären
7. den konkreten Nutzen der Zusammenarbeit für jede beteiligte Organisation benennen
8. Konkurrenz, unterschiedliche Finanzierungslogiken und mögliche Interessenkonflikte offen ansprechen
9. schwer erreichbare Gruppen über vertraute Orte und Multiplikatoren einbeziehen
10. für Schlüsselrollen verbindliche Ansprechpartner und Vertretungen gewinnen
11. Bereitschaft zur Mitwirkung, zu Entscheidungen und zum Einbringen von Ressourcen ausdrücklich klären

Erfolgsfaktoren

- die Auswahl folgt der benötigten Verantwortung und nicht nur bestehenden Kontakten
- alle Beteiligten erkennen einen eigenen Nutzen der Kooperation
- Betroffene und Angehörige werden nicht nur angehört, sondern als Mitgestaltende gewonnen
- Entscheidungsträger und operative Akteure sind miteinander verbunden
- auch kritische oder konkurrierende Organisationen werden respektvoll angesprochen
- benachbarte Quartiere und regionale Ebenen werden mitgedacht

Typische Fehler

- möglichst viele Akteure einladen, aber nicht klären, wer tatsächlich Verantwortung übernehmen kann
- nur bekannte Fachakteure beteiligen und informelle Schlüsselpersonen übersehen
- Betroffene ausschließlich als Gäste oder für Erfahrungsberichte einladen
- Entscheidungsträger erst um Zustimmung bitten, wenn Lösungen bereits fertig geplant sind
- Konkurrenz oder Interessenkonflikte aus Harmoniebedürfnis verschweigen

- Teilnahme an einem Treffen mit verbindlicher Mitwirkung verwechseln

Praxistipp: Erstellen Sie eine einfache Einfluss-Interessen-Matrix. Fragen Sie für jeden Akteur: Welchen Beitrag kann diese Person oder Organisation leisten? Was muss sie entscheiden? Was könnte sie verlieren? Welchen Nutzen hat sie von einer besseren Zusammenarbeit? Führen Sie mit den wichtigsten Akteuren zunächst Einzelgespräche. Vertrauen entsteht häufig vor dem ersten gemeinsamen Arbeitstreffen.

Schritt 4: Zielarchitektur entwickeln

Ziel: Gemeinsam festlegen, welche konkreten Veränderungen für die Menschen im Quartier erreicht werden sollen, welche Themen zuerst bearbeitet werden und woran Fortschritt erkennbar wird.

Vorgehen

1. das gemeinsame Versorgungsverständnis aus Schritt 1 in ein konkretes Zielbild übersetzen
2. Lebensqualität, Selbstbestimmung, Teilhabe und Versorgungssicherheit als Wirkungsziele verbinden
3. Ziele aus Sicht der Menschen und nicht nur als Organisationsleistung beschreiben
4. Ungleichheiten, Barrierefreiheit und besonders gefährdete Gruppen ausdrücklich berücksichtigen
5. Handlungsfelder nach Dringlichkeit, Wirkung, Machbarkeit und Gerechtigkeit priorisieren
6. drei bis fünf realistische Schwerpunkte für die erste Entwicklungsphase auswählen
7. für jedes Ziel beobachtbare Veränderungen und geeignete Kennzahlen bestimmen
8. kurzfristige Verbesserungen und langfristige Strukturziele miteinander verbinden
9. Zielkonflikte offenlegen, beispielsweise Nähe gegen Spezialisierung oder Breite gegen begrenzte Ressourcen
10. Abhängigkeiten zwischen Zielen, Strukturen, Personal, Finanzierung und politischen Entscheidungen sichtbar machen
11. Zielbild politisch und im Netzwerk bestätigen lassen

Erfolgsfaktoren

- Ziele sind konkret genug, um Entscheidungen zu steuern
- Betroffene und Angehörige wirken an der Priorisierung mit
- vorhandene Ressourcen werden ebenso berücksichtigt wie Versorgungslücken
- die Agenda bleibt überschaubar
- schwierige Zielkonflikte werden nicht durch allgemeine Formulierungen verdeckt
- jedes Ziel besitzt ein erkennbares Erfolgskriterium (SMART-Prinzip)

Typische Fehler

- „Versorgung verbessern“ als einziges Ziel formulieren
- jede genannte Idee zur gleichrangigen Priorität erklären
- ausschließlich neue Angebote planen und Prozessprobleme übersehen
- leicht erreichbare Gruppen bevorzugen, weil deren Beteiligung einfacher ist
- Maßnahmen beschließen, bevor Erfolgskriterien geklärt sind
- Ziele ausschließlich danach auswählen, wofür gerade Fördermittel verfügbar sind

Praxistipp: Formulieren Sie jedes priorisierte Ziel in einem Satz aus Sicht der Menschen: „Wenn ich nach einem Krankenhausaufenthalt nach Hause komme, weiß ich, wer meine Versorgung übernimmt und wen ich bei Problemen erreiche.“ Ergänzen Sie zu jedem Satz: Woran erkennen wir in zwölf

Monaten eine Verbesserung? Solche Formulierungen übersetzen abstrakte Strukturziele in überprüfbare Alltagserfahrungen.

Schritt 5: Strukturen schaffen

Ziel: Eine handlungsfähige Kooperations- und Zugangsstruktur schaffen, in der Koordination, Zuständigkeiten, Entscheidungswege, Finanzierung, Informationsweitergabe und Übergaben verlässlich geregelt sind.

Vorgehen

1. Steuerungsgruppe, thematische Arbeitsgruppen und operative Austauschformate voneinander unterscheiden
2. eine koordinierende Stelle mit Zuständigkeit, Zeitbudget, Kompetenzen und Vertretung benennen
3. für jedes priorisierte Ziel eine verantwortliche Person oder Organisation festlegen
4. Rollen von Quartiersmanagement, kommunaler Fachplanung, Beratung und Leistungserbringung trennen
5. Schnittstellen zwischen Pflege-, Sozial-, Gesundheits-, Wohn- und Stadtplanung klären
6. Entscheidungs-, Rückmelde- und Eskalationswege verbindlich vereinbaren
7. Verfahren für Einwilligung, Datenschutz und Informationsweitergabe festlegen
8. Vereinbarungen schriftlich dokumentieren und regelmäßig überprüfen
9. eine sichtbare und neutrale Anlauf- oder Lotsenfunktion benennen
10. Informationen aktuell, verständlich, barrierefrei und bei Bedarf mehrsprachig bereitstellen
11. persönliche, telefonische, aufsuchende und digitale Zugänge strukturell miteinander verbinden
12. bei komplexem Bedarf eine feste fallführende Ansprechperson ermöglichen
13. „warme Weitervermittlung“ mit Rückmeldung statt bloßer Kontaktdaten vereinbaren
14. Entlassmanagement von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen mit den lokalen Strukturen verbinden
15. Notfall-, Krisen- und Eskalationswege sowie Vertretungen außerhalb üblicher Öffnungszeiten klären
16. Leistungsmittel, kommunale Infrastruktur, Projektmittel und mögliche Regelfinanzierung aufeinander abstimmen
17. Vertretung, Nachfolge und Krisenfestigkeit für alle Schlüsselrollen vorsehen

Erfolgsfaktoren

- Verantwortung wird nicht mit bloßer Teilnahme verwechselt
- Entscheidungen werden dort getroffen, wo auch Ressourcen vorhanden sind
- Koordination wird als eigene, dauerhaft zu finanzierende Leistung verstanden
- Konkurrenz wird akzeptiert und fair bearbeitet
- Sitzungen führen zu klaren Aufgaben, Fristen und Rückmeldungen
- Menschen müssen Zuständigkeiten nicht selbst recherchieren
- Anfragen werden angenommen, auch wenn eine andere Stelle zuständig ist
- Übergaben erfolgen mit Einwilligung und nur mit den notwendigen Informationen
- analoge Alternativen bleiben neben digitalen Angeboten erhalten
- besonders belastete oder isolierte Menschen werden aktiv aufgesucht

Typische Fehler

- Netzwerktreffen mit operativer Koordination verwechseln

- Aufgaben dauerhaft beim Quartiersmanagement oder bei engagierten Einzelpersonen abladen
- eine Datenbank als ausreichende Lotsenstruktur betrachten
- Informationen veröffentlichen, aber Zuständigkeit und Datenpflege nicht klären
- sensible Daten ohne Rechtsgrundlage oder Einwilligung austauschen
- Krisenwege erst während einer Krise festlegen
- Koordination und Zugangsstrukturen ausschließlich aus befristeten Projektmitteln finanzieren

Praxistipp: Erstellen Sie für jedes priorisierte Ziel eine Rollenmatrix: Wer entscheidet? Wer koordiniert? Wer setzt um? Wer wird beteiligt? Wer muss informiert werden? Testen Sie anschließend die Zugangsstruktur mit einer realistischen Anfrage. Bitten Sie eine außenstehende Person, für eine ältere Nachbarin nach einem Krankenhausaufenthalt Unterstützung zu organisieren. Wenn eine Aufgabe bei mehreren Stellen gleichzeitig „irgendwie“ liegt oder mehrere Weiterleitungen nötig sind, ist die Struktur noch nicht ausreichend geklärt.

Schritt 6: Maßnahmen umsetzen

Ziel: Die priorisierten Veränderungen sichtbar machen, vorhandene Leistungen zu verlässlichen Versorgungspfaden verbinden und nur dort neue Angebote entwickeln, wo tatsächliche Lücken bestehen.

Vorgehen

1. für priorisierte Versorgungssituationen den gewünschten Weg vom ersten Kontakt bis zur Rückmeldung beschreiben
2. Eintrittspunkte, Übergaben, Wartezeiten und Verantwortungswechsel konkret festlegen
3. vorhandene Angebote anpassen, bündeln oder zeitlich und räumlich erweitern
4. Multiplikatoren an Alltagsorten einbeziehen, etwa Apotheken, Arztpraxen, Wohnungsunternehmen oder Vereine
5. mobile, aufsuchende und digitale Formen erproben und mit analogen Angeboten verbinden
6. fehlende Kapazitäten und Qualifikationen realistisch kalkulieren
7. Prävention, Beratung und Angehörigenentlastung in jeden Versorgungspfad integrieren
8. professionelle, familiäre und freiwillige Beiträge klar voneinander abgrenzen
9. Wohnraum, Mobilität und Nahversorgung als Bestandteile der Lösung berücksichtigen
10. Qualitätsanforderungen, Schutzkonzepte und Datenschutz praktisch umsetzen
11. Maßnahmenplan mit Verantwortlichen, Terminen, Ressourcen, Risiken und Erfolgskriterien erstellen
12. eine Mischung aus kurzfristigen Verbesserungen und langfristigen Strukturvorhaben realisieren
13. zunächst einen überschaubaren Prototyp erproben, Rückmeldungen einholen und nachsteuern
14. nicht gelungene Zugänge, Übergaben und Versorgungsabbrüche von Beginn an dokumentieren

Erfolgsfaktoren

- Prozesse werden aus Sicht der Nutzenden gestaltet
- bestehende Angebote werden vor einer Neu-Entwicklung konsequent geprüft
- Schnittstellen erhalten feste und erprobte Übergaberegeln
- Kapazität, Personal und Finanzierung werden gemeinsam geplant
- neue Angebote bleiben flexibel und anpassbar
- Verantwortliche, Termine und nächste Entscheidungen sind transparent
- erste sichtbare Verbesserungen stärken das Vertrauen in die gemeinsame Entwicklung

Typische Fehler

- jedes Problem mit einem neuen Projekt beantworten
- Pilotangebote ohne Anschluss an Regelfinanzierung starten
- Nachfrage annehmen, ohne Zielgruppen einzubeziehen
- Ehrenamt als Lösung für professionelle Kapazitätslücken einplanen
- technische Lösungen einführen, ohne Nutzen, Bedienbarkeit und Datenschutz zu prüfen
- Maßnahmen beginnen, bevor Verantwortliche, Ressourcen und Erfolgskriterien geklärt sind
- mit dem schwierigsten Gesamtproblem starten und dadurch lange keine sichtbare Verbesserung erreichen

Praxistipp: Beginnen Sie nicht mit dem schwierigsten Gesamtproblem. Wählen Sie eine häufige Versorgungssituation mit klar erkennbarem Verbesserungsbedarf und entwickeln Sie dafür einen vollständigen Versorgungspfad – vom ersten Kontakt über die Übergabe bis zur Rückmeldung. Dokumentieren Sie vor und nach der Veränderung, wie viele Kontakte, Weiterleitungen und Tage bis zu einer belastbaren Lösung erforderlich sind. Ein funktionierender Pfad schafft Vertrauen und liefert Erfahrungen für weitere Themen.

Schritt 7: Verstetigen und lernen

Ziel: Die Wirkung der umgesetzten Veränderungen prüfen, aus Erfahrungen lernen und Koordination, Wissen, Verantwortung und Finanzierung dauerhaft sichern.

Vorgehen

1. Prozess-, Ergebnis- und Gerechtigkeitsindikatoren festlegen
2. Erfahrungen von Nutzenden, Angehörigen und Beschäftigten regelmäßig erheben
3. Kapazitäten, Wartezeiten und Versorgungsausfälle beobachten
4. Ergebnisse in kurzen Lernschleifen gemeinsam auswerten
5. Angebote beenden oder verändern, wenn sie nicht wirken oder nicht erreichbar sind
6. Finanzierung frühzeitig über Förderzeiträume hinaus planen
7. Wissen, Kontakte und Abläufe nachvollziehbar dokumentieren
8. Vertretung, Nachfolge und Krisenfestigkeit der Koordination sichern
9. erfolgreiche Ansätze in Regelaufgaben, Haushalte, Leistungsvereinbarungen oder verbindliche Kooperationen überführen
10. Lagebild, Schlüsselakteure, Zielarchitektur und Strukturen in festen Abständen erneut prüfen
11. Ergebnisse und notwendige Entscheidungen gegenüber Öffentlichkeit, Politik und Netzwerk transparent machen

Erfolgsfaktoren

- Monitoring dient Entscheidungen und nicht nur Berichten
- wenige aussagekräftige Kennzahlen werden konsequent genutzt
- qualitative Erfahrungen ergänzen statistische Daten
- Erfolge und Schwierigkeiten werden transparent kommuniziert
- Strukturfinanzierung wird von Projektfinanzierung getrennt geplant

Typische Fehler

- nur Teilnehmendenzahlen statt Veränderungen im Alltag messen
- Evaluation bis zum Förderende aufschieben

- erfolgreiche Projekte ohne verantwortlichen Regelträger lassen
- zentrale Kontakte und Wissen an einzelne Personen binden
- an Angeboten festhalten, weil bereits viel Arbeit investiert wurde

Praxistipp: Führen Sie vierteljährlich einen Versorgungsscheck mit fünf Fragen durch: Was hat sich für die Menschen verbessert? Wo entstehen weiterhin Wartezeiten oder Abbrüche? Welche Gruppen erreichen wir nicht? Welche Kapazität wird kritisch? Welche Entscheidung ist bis zum nächsten Termin erforderlich? Halten Sie höchstens drei verbindliche Folgemaßnahmen fest.

Die sieben Schritte als wiederkehrende Transformationslogik

Versorgungsstrukturen verändern sich ständig. Praxen schließen oder werden neu gegründet, Personal wechselt, Förderprogramme laufen aus, Wohngebiete wachsen, neue Bevölkerungsgruppen ziehen zu und technische Möglichkeiten entwickeln sich weiter. Deshalb sollten Kommune und Netzwerk regelmäßig prüfen:

1. Tragen Haltung, Auftrag und Versorgungsverständnis weiterhin gemeinsam?
2. Sind der räumliche Zuschnitt des Quartiers und das Versorgungslagebild noch aktuell?
3. Sind die entscheidenden Schlüsselakteure weiterhin beteiligt und handlungsfähig?
4. Passen Zielarchitektur und Prioritäten noch zu den Bedarfen der Menschen?
5. Sichern Koordination, Rollen, Finanzierung, Zugänge und Übergaben verlässliche Zusammenarbeit?
6. Zeigen die umgesetzten Maßnahmen im Alltag die gewünschte Wirkung?
7. Werden Erfahrungen genutzt und sind Finanzierung, Wissen und Verantwortung langfristig gesichert?

Leitsatz

Versorgungsentwicklung ist kein Projekt mit einem endgültigen Abschluss. Sie ist eine dauerhafte gemeinsame Steuerungs- und Lernaufgabe im Sozialraum.

5. Erfolgsfaktoren und Stolpersteine

Ob Versorgungsstrukturen tragen, hängt nicht nur von der Zahl der Angebote ab. Entscheidend ist, ob Verantwortung, Zugänge, Kooperation und Ressourcen zusammenpassen.

Erfolgsfaktoren	Stolpersteine
Personenzentrierung: Ziele und Alltag der Menschen bestimmen die Planung.	Institutionenlogik: Jede Organisation betrachtet nur den eigenen Zuständigkeitsbereich.
Klares Mandat: Auftrag, Entscheidungsspielraum und Ressourcen sind vereinbart.	Unverbindlicher Auftrag: Hohe Erwartungen treffen auf fehlende Zuständigkeit.
Realistisches Lagebild: Daten, Kapazitäten und Erfahrungen werden verbunden.	Angebotszählung: Vorhandene Adressen werden mit funktionierender Versorgung gleichgesetzt.

Erfolgsfaktoren	Stolpersteine
Konkrete Prioritäten: Wenige wichtige Versorgungssituationen werden konsequent verbessert.	Projektfülle: Viele Einzelmaßnahmen konkurrieren um Aufmerksamkeit und Ressourcen.
Verlässliche Koordination: Eine Stelle pflegt Netzwerk, Daten, Vereinbarungen und Lernprozesse.	Koordination nebenbei: Verantwortung bleibt an engagierten Einzelpersonen hängen.
Klare Rollen: Kommune, Kassen, Träger, Hauptamt, Angehörige und Ehrenamt kennen ihre Aufgaben und Grenzen.	Verantwortungsdiffusion: Alle sind beteiligt, aber niemand fühlt sich zuständig.
Gute Übergaben: Informationen und Verantwortung werden mit Einwilligung nachvollziehbar weitergegeben.	Verweiskultur: Menschen erhalten Telefonnummern, müssen den weiteren Weg aber allein organisieren.
Offene Zugänge: Analoge, digitale, aufsuchende und barrierefreie Wege werden kombiniert.	Ein-Kanal-Lösung: Zugang setzt Mobilität, Sprache oder digitale Kompetenz voraus.
Unterstützte Angehörige: Beratung, Qualifizierung und Entlastung werden früh angeboten.	Unsichtbare Sorgearbeit: Angehörige werden erst beachtet, wenn die Versorgung zusammenbricht.
Professionelle Grenzen: Ehrenamt und Nachbarschaft schaffen zusätzlichen sozialen Wert.	Lückenbüßerlogik: Freiwillige sollen fehlende Fachkräfte oder Pflichtleistungen ersetzen.
Gemeinsame Finanzierung: Leistungsmittel, kommunale Infrastruktur und Projektmittel werden aufeinander abgestimmt.	Fördermittelabhängigkeit: Das Angebot endet mit dem Projekt, obwohl der Bedarf fortbesteht.
Lernfähigkeit: Ergebnisse, Abbrüche und nicht erreichte Gruppen werden regelmäßig ausgewertet.	Erfolgsbehauptung: Aktivität und Teilnehmendenzahlen werden mit Wirkung verwechselt.
Regionale Einbindung: Das Quartier organisiert verlässliche Wege zu spezialisierten Leistungen.	Insellösung: Das Quartier versucht, jede Leistung selbst vorzuhalten.
Resiliente Infrastruktur: Hitze, Krisen, Personalwechsel und Ausfälle werden mitgedacht.	Schönwetterplanung: Die Struktur funktioniert nur unter normalen Bedingungen.

Besonders tragfähig wird Versorgung, wenn vier Bedingungen zugleich erfüllt sind: Menschen finden einen verständlichen Zugang, Leistungen sind tatsächlich verfügbar, Übergänge funktionieren und eine Stelle behält die Entwicklung des Gesamtsystems im Blick. Fehlt eine dieser Bedingungen, entstehen trotz engagierter Einzelangebote weiterhin Versorgungslücken.

6. Arbeitshilfen und weiterführendes Wissen

Für die Umsetzung der sieben Schritte können unterschiedliche Arbeitshilfen genutzt werden. Die Auswahl sollte sich an der Größe des Quartiers, der Ausgangslage und den verfügbaren Ressourcen orientieren.

Schritt	Geeignete Arbeitshilfen
1. Haltung klären	Leitbild-Workshop, Grundsätze guter Versorgung, Beteiligungscheck
2. Sozialraum analysieren	Quartierssteckbrief, Alltagsraumkarte, Versorgungslandkarte , Quartiersbegehung, Interviews , Versorgungsgeschichte/Patient Journey
3. Schlüsselakteure gewinnen	Stakeholder-Analyse, Akteurslandkarte , Gesprächsleitfaden
4. Zielarchitektur entwickeln	Zukunftswerkstatt, Prioritätenmatrix
5. Strukturen schaffen	Rollen- und Verantwortungsmatrix, Netzwerkstruktur , Kooperationsvereinbarung, Finanzierungsplan
6. Maßnahmen umsetzen	Versorgungspfad, Maßnahmen- und Angebotssteckbrief, Personal- und Kapazitätsplanung , Zugänglichkeitscheck, Entlass- und Krisencheck, Prototyping , Umsetzungs-Board
7. Verstetigen und lernen	Wirkungscheck, Kennzahlenset, Quartalscheck, Evaluationsbogen

Ein praxistaugliches Mindestset

Für den Einstieg reichen häufig sieben schlanke, gemeinsam gepflegte Arbeitsgrundlagen – eine für jeden Schritt:

- 1. Leitbild und Auftrag:** gemeinsames Versorgungsverständnis, Grundsätze, erwarteter Nutzen und politisches oder organisatorisches Mandat.
- 2. Quartierssteckbrief und Versorgungslandkarte:** Gebiet, Bevölkerung, besondere Lebenslagen, Angebote, Kapazitäten, Zugänge und Erreichbarkeit.
- 3. Akteurslandkarte:** Schlüsselakteure, Interessen, Einfluss, Ressourcen, Ansprechpartner und Bereitschaft zur Mitwirkung.
- 4. Ziel- und Prioritätenblatt:** wenige Wirkungsziele, Erfolgskriterien, Zielkonflikte und Schwerpunkte der ersten Entwicklungsphase.
- 5. Rollen- und Strukturmatrix:** Verantwortlichkeiten für Entscheidung, Koordination, Umsetzung, Beteiligung, Information und Vertretung.
- 6. Drei priorisierte Versorgungspfade:** konkrete Abläufe für besonders häufige oder risikoreiche Situationen – einschließlich Zugang, Übergabe und Rückmeldung.
- 7. Quartalsdashboard:** wenige Kennzahlen, Erfahrungen, Lernpunkte und verbindliche nächste Entscheidungen.

Die Dokumente sollten nicht nur einmal erstellt werden. Sie benötigen eine verantwortliche Datenpflege, ein Aktualisierungsdatum und einen festen Rhythmus der Überprüfung.

Mögliche Kennzahlen

Kennzahlen sollten nicht nur Aktivität, sondern auch Zugänglichkeit, Kontinuität und Wirkung abbilden. Geeignet sind beispielsweise:

- Wartezeit bis zur Erstberatung oder ersten Hilfe,
- Anteil erfolgreich abgeschlossener Weitervermittlungen,
- Zahl ungeklärter Entlassungen oder Versorgungsabbrüche,
- verfügbare Plätze in Tages-, Kurzzeit- und Entlastungsangeboten – im Zeitverlauf
- Erreichbarkeit wichtiger Angebote ohne eigenes Auto,
- Nutzung durch bislang wenig erreichte Gruppen,
- subjektive Orientierung und Versorgungssicherheit der Betroffenen,
- Belastung und Entlastung pflegender Angehöriger,
- Zahl und Dauer unbesetzter Schlüsselstellen,
- Anteil der Maßnahmen mit gesicherter Anschlussfinanzierung.

Nicht jede Kommune benötigt alle Kennzahlen. Entscheidend ist, dass die ausgewählten Daten regelmäßig verfügbar sind und tatsächlich zu Entscheidungen führen.

7. Fragen zur Reflexion

Die folgenden Fragen helfen Ihnen dabei, die sieben Schritte auf die Versorgungsstrukturen in Ihrem Quartier zu übertragen. Sie müssen nicht alle Fragen sofort beantworten können. Unklare Antworten können gerade ein Hinweis darauf sein, welcher Schritt noch mehr Aufmerksamkeit benötigt.

Zu Schritt 1 - Haltung klären

- Können wir gemeinsam beschreiben, was gute Versorgung im Alltag der Menschen bedeutet?
- Orientieren wir uns an Lebensqualität, Selbstbestimmung, Teilhabe und Versorgungssicherheit – oder vor allem an vorhandenen Zuständigkeiten?
- Sind die Grenzen zwischen professioneller Leistung, familiärer Sorge, Nachbarschaft und Ehrenamt klar?
- Gibt es einen verbindlichen Auftrag mit Entscheidungsspielraum, Zeit und Ressourcen?

Zu Schritt 2 - Sozialraum analysieren

- Entspricht die Abgrenzung unseres Quartiers den tatsächlichen Alltagswegen und Beziehungen der Menschen?
- Kennen wir nicht nur Angebote, sondern auch Kapazitäten, Wartezeiten, Zugangsbarrieren und Versorgungsausfälle?
- Haben wir Erfahrungen von Pflegebedürftigen, Angehörigen, Beschäftigten und schwer erreichbaren Gruppen einbezogen?
- Wissen wir, an welchen Übergängen Menschen besonders häufig Orientierung oder Versorgung verlieren?

Zu Schritt 3 - Schlüsselakteure gewinnen

- Sind alle Menschen und Organisationen beteiligt, die entscheiden, Ressourcen einbringen oder Zugänge ermöglichen können?
- Haben wir auch kritische, konkurrierende oder bislang wenig sichtbare Akteure angesprochen?
- Haben Pflegebedürftige, Angehörige und Selbsthilfe reale Mitgestaltungsmöglichkeiten?

- Ist geklärt, welchen Nutzen, welchen Beitrag und welche Verantwortung jeder Schlüsselakteur übernimmt?

Schritt 4: Zielarchitektur entwickeln

- Können wir konkret beschreiben, was sich im Alltag der Menschen verbessern soll?
- Haben wir wenige nachvollziehbare Prioritäten gewählt und Zielkonflikte offen besprochen?
- Berücksichtigen unsere Ziele soziale Ungleichheit, Barrierefreiheit und besonders gefährdete Gruppen?
- Ist zu jedem Ziel festgelegt, woran eine Verbesserung erkennbar wird?

Schritt 5: Strukturen schaffen

- Sind Entscheidung, Koordination, Umsetzung, Beteiligung und Vertretung eindeutig zugeordnet?
- Gibt es eine bekannte Ansprechstelle, die Anfragen annimmt und nicht nur weiterverweist?
- Gibt es verbindliche Regeln für Datenschutz, Übergaben, Rückmeldungen, Konflikte und Eskalation?
- Sind Koordination, Datenpflege, Zugänge und Finanzierung als dauerhafte Aufgaben abgesichert?

Schritt 6: Maßnahmen umsetzen

- Gestalten wir Versorgungspfade und Angebote aus Sicht der Menschen oder aus Sicht einzelner Organisationen?
- Prüfen und verbinden wir vorhandene Ressourcen, bevor wir neue Angebote schaffen?
- Funktionieren Zugänge persönlich, telefonisch, aufsuchend und digital – auch bei Sprach-, Mobilitäts- oder Verständnishürden?
- Sind Personal, Kapazität, Qualität, Termine und Anschlussfinanzierung realistisch geplant?
- Wissen alle Beteiligten, wie bei Entlassungen, Krisen und akutem Unterstützungsbedarf vorzugehen ist?

Schritt 7: Verstetigen und lernen

- Messen wir Veränderungen für die Menschen oder vor allem unsere eigenen Aktivitäten?
- Wissen wir, welche Gruppen wir nicht erreichen und warum?
- Nutzen wir Erfahrungen, Wartezeiten, Abbrüche und Beschwerden tatsächlich für Entscheidungen?
- Sind Koordination, Finanzierung, Wissen und Vertretung über einzelne Projekte und Personen hinaus gesichert?

Reflexion bedeutet nicht, auf jede Frage bereits eine Antwort zu haben. Entscheidend ist zu erkennen, welche Frage als Nächstes gemeinsam beantwortet werden muss.

8. Ein letzter persönlicher Impuls von Anne

In Neulausitz habe ich gelernt, dass Versorgungslücken selten dort beginnen, wo gar nichts vorhanden ist. Häufig beginnen sie zwischen zwei Angeboten. Eine Stelle weiß nicht, was die andere tut. Ein Mensch erhält eine Telefonnummer, aber keine Begleitung. Eine Angehörige hält noch ein paar Wochen durch, weil niemand rechtzeitig fragt, wie es ihr geht. Und manchmal steht eine gute Hilfe ganz in der Nähe, doch niemand kennt den Weg dorthin.

Deshalb denke ich bei Versorgungsstrukturen nicht zuerst an Gebäude oder Organigramme. Ich denke an Verbindungen. Wer bemerkt, dass sich etwas verändert? Wer hört zu? Wer übernimmt den nächsten Schritt? Und wer bleibt erreichbar, wenn eine Situation nicht in die üblichen Zuständigkeiten passt?

Ein Quartier kann nicht jede Leistung selbst bereitstellen. Das muss es auch nicht. Aber es kann dafür sorgen, dass Menschen nicht allein durch ein kompliziertes System finden müssen. Es kann Orte schaffen, an denen Fragen erlaubt sind, Beziehungen wachsen und Hilfe früh beginnt. Es kann Fachkräfte, Angehörige, Nachbarschaft und Kommune so miteinander verbinden, dass jede Seite ihre eigene Verantwortung wahrnimmt.

Vielleicht liegt genau darin die wichtigste Aufgabe: nicht immer sofort etwas Neues zu gründen, sondern zunächst genauer hinzusehen, besser zuzuhören und die vorhandenen Kräfte so zu verbinden, dass aus vielen einzelnen Angeboten ein verlässliches Netz wird. Ein Netz trägt nicht, weil jeder Knoten alles kann. Es trägt, weil die Verbindungen halten.

Mit Anne weiterarbeiten

Sie möchten eine Sorgende Gemeinschaft in Ihrem Sozialraum gestalten? Sie suchen eine individuelle Beratung, die Ihre konkrete Ausgangslage berücksichtigt?

Unser KI-Coach Anne unterstützt Sie bei Ihrem Vorhaben. Anne bündelt das für Ihr Vorhaben relevante Wissen zu politischen Rahmenbedingungen, Förderprogrammen, guten Praxisbeispielen, Methoden und Werkzeugen – und begleitet Sie und Ihr Quartier Schritt für Schritt bei der Entwicklung passender Lösungen.