Tübingen
Universitätsstadt

Antragsskizze OrtsNahePflege BW

„Demografischer Wandel braucht lokale Antworten: Ambulante Versorgung durch kommunale Steuerung stärken“

A Ziel des Modellprojekts: stärkere häusliche Versorgung durch ganzheitlichere kommunale Regie

Durch das Projekt sollen in der Universitätsstadt Tübingen verschiedene innovative und bedarfsorientierte Lösungen einer wirkungsvoll kommunal gesteuerten integrativeren Versorgung erprobt werden, mit dem Ziel die pflegerische Versorgung vor allem im häuslichen Bereich zu stärken.

B Kurzüberblick über die Teilprojekte (TP's) und Alleinstellungsmerkmale (USP's)

Mit starker kommunaler Regie für ein Ziel
Gestärkte Pflegearrangements zuhause und gestärkte Quartierssorge durch gesicherte, koordinierte und vernetzende Fachlichkeit

3 Teilprojekte: klare Konturen, gute Synergien

1. Kommune steuert den Prozess der Gebietseinteilung der Ambulanten Pflege – bessere Pflege statt vermeidbarer Aufwände
2. Kommunale Allianz zur pflegerischen Fachkräftesicherung in sektoren-übergreifender Zusammenarbeit statt ruinösem Wettbewerb
3. Pflegearrangements in der Häuslichkeit stärken: aufsuchend Bedarfe früher erkennen und zielgenauer unterstützen – durch gestärkte Regelversorgung und eine aufs Quartier eingeschworene Sorgegemeinschaft

USP's:

- Zeigen, wie langjähriges Bekenntnis zur Regie-Verantwortung der Kommune und ihre Vernetzungsarbeit sich rentiert – für alle Seiten
- Auswahl der Teilprojekte mit Blick auf Übertragbarkeit und Regelversorgung
- Ergebnis-„Zeitraffer“ statt langsamer Projekt-Anlauf: durch hohes Versorgungs-Startniveau und schon hochaltriges Quartier
- Fokus: bei und mit bestehenden Strukturen/ Akteuren ausgewählte (aber starke) Hebel für wirkliche Fortschritte bei Versorgung und Zugänglichkeit ansetzen

C Ausgangslage Tübingen und Stadtteil Waldhäuser Ost (WHO): Herausforderungen, Stärken, USP's

Herausforderungen Tübingen – warum gerade als Modellquartier WHO?

- Als Hochschulstadt steht Tübingen vor einer besonderen demografischen Herausforderung: ausgeprägtere Lücke zwischen steigendem Pflegebedarf und sinkendem Potenzial an pflegenden Angehörigen durch hohen Bildungsstand zu erwarten. Damit einhergehend, vor allem durch die drei Kliniken, die Problematik Fachpersonal für die Langzeitpflege und die ambulante Pflege zu generieren.
- Im Quartier WHO zeigt sich bereits die demografische Zukunft der 2030er Jahre: nicht das geläufige babyboomer-Anwachsen, sondern bereits die Hochaltrigen 80+ besonders stark.
- Und auf WHO gilt dies für breite Siedlungsstruktur, Wohnformen- und Einkommenstypologie:
  - in eng umgrenztem Sozialraum gibt es die ganze städtische Siedlungs-Bandbreite, von Hochhäusern über große Mehrfamilienblocks bis zu Reihenhäusern, EFH, DHH
  - inkl. dem Spezialfall Großwohnsiedlung aus Anfang 70er Jahre);
  - in allen Kategorien je von Eigentum bis in Miete
  - sowie sozialen Mehrfach-Belastungen (Armut, Singularisierung, Mitgrationsbiografien u.a.).

➢ *In ihrer spezifischen Kombination sind das Herausforderungen, für die so ein Modellprojekt und Transferlernen besonders wichtig sind – u.a. mit Hochaltrigkeit, breit-differenzierten Lebenslagen einerseits, der spezifisch herausfordernden Großwohnsiedlung andererseits*

- *Das ergibt eine faszinierende Projektchance mit breiter Transfer-Übertragbarkeit. Und bei guter Evaluation lassen sich für noch weitere verbreitete andere Sozialraumbedingungen übertragbare Ergebnisse erwarten*

Ressourcen Tübingen und WHO

- Seit 2018 ist Tübingen mit eigener Pflegestrategie starker kommunaler Akteur:
  bereits vielfältige nutzbare Strukturen auf den Weg gebracht; tragfähiges Netzwerk enger Zusammenarbeit der wichtigsten Akteur:innen; ganzheitlich gedachte Sorge und Versorgung
- Zentral: Sozialraumansatz von der Stadt konsequent flächendeckend ausgebaut
- Interne Kooperation Stadtverwaltung: stark zwischen Sozial- und Wohn-/Bau-Referaten
- Stakeholder Kooperation bzgl. Digitalisierung und Betroffenen-Partizipation:
  u.a. mit Lebensphasenhaus, Handwerk und Stadt- und Kreisseniorenrat (s.Kap. E: Kooperationen)
- Die o.g. breite Wohn- und Einkommenstypologie eröffnet besondere Evaluations- und Transfer-Chancen, durch die Bandbreite an Wohnformen und Lebenslagen

- *Chance auf eine Art „Zeitraffer-Effekt": die Zutaten und Akteure gibt es ähnlich überall im Land. Aber die Bedingungen für eine übertragbare „Vorausentwicklung" sind hier besonders gut. Durch (a) schon stark verankerte innovative Versorgungskonzepte, (b) bereits tragfähige bürgerschaftliche und professionelle Vernetzung und (c) fortgeschrittene Hochaltrigkeit*
- *Akteurs- und Maßnahmenkonstellation besonders aussagekräftig für Weiterentwicklung Regelversorgung*

D Integriertes Projekt mit 3 verzahnten Teilprojekten (TP)

TP1 Kommune koordiniert und steuert den Prozess der Gebietseinteilung der ambulanten Pflegedienste

Ziele	(a) Ressourcen- und zeitschonendere Verteilung der Einsätze ambulanter Dienste durch kompakte Versorgungsregionen, (b) zugleich als Basis für höhere Sozialraumorientierung
Herausforderung	umfassendere kommunale Steuerung administrativ-gesetzlich nicht vorgesehen, Gewinnung der Ambulanten Pflegedienste
Innovation	(a) Kommunale Steuerungsmodi und -praxen implementieren, die dennoch nachhaltig und konsentiert Wirkung entfalten – insbesondere durch die Erwartung einer win-win-Struktur (b) aufzeigen der Potenziale für flächendeckende Umsetzung (c) zugleich Impuls für höhere Sozialraumorientierung und mehr Zeit für Pflege
Übertragbarkeit	sehr hoch, sowohl bei aktueller freiwilliger Umsetzung als auch falls gesetzlich geregelt

Maßnahmen (M)

- Gewinnung der ambulanten Pflegedienste, sich am Prozess zu beteiligen
- Klärung rechtlicher Rahmenbedingungen, enge Absprache mit den Pflegekassen vor Ort
- Versorgungsgebiete definieren und zuordnen, in Kooperation mit Sozialplanung und ambulanten Diensten
- Bedingungen und Vereinbarungen aushandeln mit dem Ziel von Kooperationsvereinbarungen
- Durch den Sozialraumbezug wird eine Erleichterung in der Kommunikation und Kooperation für die ambulanten Dienste erwartet, da sich die Anzahl der Kooperationspartner reduziert (u.a. Kliniken, Allgemeinmediziner, Apotheken)

- Auf Basis Evaluation (u.a. zu Wirtschaftlichkeit, Versorgungsqualität, Sozialraumbezug) weiterentwickeln

TP2 Kommunale Allianz zur Versorgungs- und Fachkräftesicherung in der Pflege in sektorenübergreifender Zusammenarbeit

Anlass/Auslöser	(a) Kliniken: nicht gesicherte Anschlussversorgung im ambulanten Bereich bei künftig früheren und vermehrten Entlassungen im Kontext des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG). (b) gesamtes Versorgungssystem: Fachkräftemangel in der Pflege und resultierend ruinöser Wettbewerb um zu wenige Mitarbeitende
Ziele	Durch gezielte Bündelung der Ressourcen zur Anwerbung von Fachkräften durch Einrichtungen der Akutmedizin, ambulanten und stationären Pflege gelingt es effektiver und effizienter, Fachkräfte für Tübingen zu gewinnen. Ein koordiniertes Verfahren verhindert negativen Kampf um zu wenige Kräfte und stärkt den Personalpool für die ambulanten Pflegedienste.
Herausforderung	Abwerbe- und Überbietungswettbewerbe verhindern. Verteilung geeigneter Kräfte und Erfahrungen auf je passende Einsatzprofile. Evaluation muss u.a. klären, inwiefern ambulante vs. stationäre (Pol: Intensivmedizin) Erfahrungen/ Kompetenzen je anderswo sinnvoll einsetzbar sind.
Innovation	Träger- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei der Personalgewinnung aus dem Ausland. Auf Basis gemeinsam geteilten Ziels (gestärkte Häuslichkeit). Unterstützung von kleinen ambulanten Diensten.
Übertragbarkeit	Prinzipiell stellt sich die Herausforderung in jeder Region – auch dort, wo die Krankenhäuser nicht auf Maximal- oder Spezialversorgung gepolt sind. Durch Verhinderung von Doppelspurigkeiten und konkurrenzierendem Anwerbeaufwand prinzipiell überall attraktiv.

Maßnahmen (M)

- Erarbeitung von „Agreements", bspw. keine aktive Abwerbung von Pflegekräften
- Universitätsklinikum Tübingen stellt Ressourcen für Fachkräfteanwerbung für ambulante Pflegedienste zur Verfügung
- Erprobung einer kommunalen Allianz aus:
    - den drei Kliniken der Maximal-/Spezialversorgung (UKT, PLK, BG)
    - ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen
- Anlassbezogene Einbindung weiterer Akteure
    - Landesstelle für Zuwanderung
    - Triple Win
    - Agentur für Arbeit

TP3 Pflegearrangements in der Häuslichkeit stärken

Ziele	Vermeidung/Verzögerung von Langzeitpflege insbesondere für alleinlebende ältere Menschen – durch aufsuchende Beratungskampagne und ganzheitlich ausgebautes Unterstützungsmanagement. Durch ein integriertes Maßnahmenbündel sollen die Pflegeprävalenz und der Verbleib in der Häuslichkeit positiv beeinflusst werden. Dies soll zudem die Kosten für „Hilfe zur Pflege" in der Langzeitpflege eindämmen.
Herausforderung	Gerade alleinlebende Ältere nehmen Hilfen spät oder nicht in Anspruch. Selbst bei – wie in Tübingen – besonders differenziertem Hilfeangebot ist die Gesamtwirkung nicht optimal. Träger der ambulanten Pflege auf freiwilliger Basis für Zusammenarbeit gewinnen.

Innovation	Indem durch gezielte Hebel-Maßnahmen (a) das zeitliche Einsetzen der Interventionen, (b) ihre Zugänglichkeit und (c) ihre integrative Vernetzung optimiert wird, steigt die Wirksamkeit und Kosteneffizienz eines bestehenden differenzierten Angebots überproportional
Übertragbarkeit	hoch bzgl. Weiterentwicklung bestehender Versorgungsstrukturen: Bei M1 und M2 Erprobung bzgl. Überführung in die Regelversorgung im Vordergrund (Nutzung §37-Beratungen, Ausbau Pflegestützpunkte)

Maßnahmen (M) Ausbau Unterstützungsmanagement mit sozialraumorientiertem Ansatz

1. Zweipolige Beratungskampagne
   (a) Einmalige aufsuchende Beratungskampagne für alle 812 Haushalte mit mind. 1 Person ab 65 Jahren und dauerhaftes Beratungsangebot für ältere Menschen ab 65, um diese auch in die Teilgabe Funktion in die Sorgegemeinschaft zu bringen – vorhandenes Ehrenamt stärken und neue Engagierte gewinnen.
   (b) Beratungen nach § 37
   Zunächst sollen die Beratungen qualitativ ausgewertet werden. Die Ergebnisse sollen inhaltlich Hinweise geben, ob eine integriertere bedarfsgerechtere Unterstützung der Pflegebedürftigen im Quartier möglich ist.
   Die Ergebnisse sollen zugleich für die Weiterentwicklung der § 37 Beratung genutzt werden. Perspektive: Durchführung in kommunaler Verantwortung oder in enger Absprache mit den Pflegediensten.
   Mit (a) und (b) wird gemeinsames Ziel verfolgt: Identifizierte nicht oder nicht ausreichend funktionierende Pflegearrangements werden aktiv und bedarfsgerecht in das bestehende Hilfenetzwerk vermittelt. Bedarfslücken werden erkannt und entsprechende Angebote/ Vernetzungen aufgebaut.

2. Bestehende Beratungsinfrastruktur: quantitativ weiterentwickeln
   Die bestehenden Beratungsstrukturen werden weiter ausgebaut, aktiver zugänglich gemacht (auch durch o.g. M1) und Leistungen gestärkt (insbesondere Pflegestützpunkt sowie Gerontopsychiatrische Beratungsstellen):
   (a) sehr guten pflegezentrierten Beratungsfokus sozialräumlich ausweiten (u.a. ganzheitliches Assessment, ressourcenorientierte Arbeit)
   (b) aufsuchende Beratungskampagne (M1) wird eine verstärkte Nachfrage nach Fachberatung hervorrufen, diese muss sozialräumlich im Quartier bedient werden (und kennt auch die Ressourcen).

3. Stärkung der Sorgegemeinschaft im Quartier,
   durch Fokussierung auf daheim wohnen bleiben zu können, durch
   (a) Stärkung, Entwicklung, Befähigung und Vernetzung vielfältiger Angebote im Quartier (u.a. Telefonketten; Kümmer:innen in großen Wohnhäusern, vh. Projekt SELMA–Selbständig Leben im Alter; Stadtteilsozialarbeit/ GWA; div. Initiativen)
   (b) Konzept der Einzelhelfer strukturiert einbinden
   (c) auch hier soll die Stadt zunächst Regie führen, aber die Partner perspektivisch maximal zu einem selbständigen Prozess empowern

4. Integrierte Digitalstrategie im gesamten Quartier – mit Ziel Stärkung resilienter Versorgung im Privathaushalt im Rahmen sorgender Gemeinschaft:
   - Auswahl und Erprobung ausgewählter AAL-Systeme
   - Auswahl und Erprobung einer ganzheitlichen Quartiers-Helfer-App
   - Einführung als Quartiersstrategie mit dem Ziel, dass die wirklich passenden Anwendungen tatsächlich in die Haushalte kommen und mit niedrigschwelligem Vor-Ort-Support Akzeptanz und adäquate Nutzung finden

- Sorgfältige Auswahl unter Beachtung und ggf. Verknüpfung mit bestehenden Anwendungen (bspw. nebenan.de)
- Quartiersbezogen integrative Zielgruppen: sowohl (a) die privaten Haushalte, (b) die zivilgesellschaftlichen und (c) die professionellen Akteure
- fachliche Kooperation mit dem Lebensphasenhaus, mit der Kreishandwerkerschaft sowie dem Kreisseniorenrat

E Kooperationen – langjährig gepflegt & dadurch tragfähig für – auch freiwillige – Projektkooperation

Fachdienste
- Ambulante & stationäre Träger der Altenhilfe
- Pflegestützpunkt
- Gerontopsychiatrische Beratungsstelle
- Tübinger Familien und Altershilfe e.V.
- Beratungsstelle für Ältere & deren Angehörige

Die drei Kliniken
- Universitätsklinikum Tübingen UKT
- Paul-Lechler-Krankenhaus
- Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik BG

Weitere Akteure
- Pflegekassen
- Landkreis Tübingen
- Lebensphasenhaus
- Kreisseniorenrat Tübingen e.V.
- Stadtseniorenrat e.V.
- Stadtteiltreff WHO
- In TP3/M2+M3 genannte Akteure

F Vorläufige Forschungsfragen (Auswahl)

TP1 Kommune koordiniert und steuert den Prozess der Gebietseinteilung der ambulanten Pflegedienste

Inwiefern führt die Regionalisierung (a) zu einem gezielteren Einsatz von personellen und finanziellen Ressourcen und damit (b) zu einer effizienteren Versorgung von pflegebedürftigen Personen, (c) zu einer höheren Sozialraum- bzw. Quartiersorientierung der Fachkräfte, und damit (d) zu verbesserten Pflegeergebnissen durch ganzheitlicheres, ressourcenorientierteres professionelles Wirken? (e) Evaluation der Rahmenbedingung der freiwilligen Koordination, (f) Abschätzung möglicher Effekte einer gesetzlichen Aufgabenübertragung an die Kommune?

TP2 Kommunale Allianz zur Versorgungs- und Fachkräftesicherung in der Pflege in sektorenübergreifender Zusammenarbeit

(a) Wieviel angeworbenes Personal aus dem Ausland konnte in die Langzeitpflege und die ambulanten Dienste vermittelt werden?
(b) Welche Rahmenbedingungen sind zu klären, damit kommunale Steuerung funktionieren kann? Abschätzung möglicher Effekte einer Überführung in Regelversorgung?
(c) Kann durch bessere Kooperation und mehr Personal im ambulanten Bereich der Drehtüreffekt vermieden werden sowie?
(d) Führt die Zusammenarbeit zu (d1) qualitativer und stabilerer Versorgung insbesondere in der Häuslichkeit, (d2) zu einer passgenauen aufgaben- und settingadäquaten Allokation spezifischer Kompetenzen (bspw. große Unterschiede zwischen ambulant-stationär-intensivmedizinisch), (d3) durch all diese Faktoren bzgl. höherer Mitarbeitendenzufriedenheit, geringerer Fluktuation?

TP3 Pflegearrangements in der Häuslichkeit stärken

(a) Wie beeinflusst die Gestaltung von Quartiersarrangements und sozialen Nachbarschaften die Gesundheit und Pflegeprävalenz und Pflegekosten im Quartier?
(b) Wie verändern sich durch das Projekt Muster von gemischter Wohlfahrtsproduktion bzw. Mehrschulternarrangements geteilter Sorgeverantwortung?
(c) In welchem Maß gelingt es, den Anteil pflegebedürftiger Menschen mit einem höheren Pflegegrad in der Häuslichkeit zu erhöhen?
(d) In welchem Maß werden die Aufwände für Hilfe zur Pflege bei stationärer Unterbringung durch die Projektmaßnahmen – einzeln und in Kombination – modifiziert?

Benötigte Ressourcen

Kosten für den gesamten Projektzeitraum (01.01.2026 – 31.12.2028)	**Euro**
Sachkosten	
Aufwand Erstausstattung Büro (Stellenausschreibung aus kommunalem Budget für Teilprojekt (TP) 3 Anmietung Büro im Quartier Waldhäuser-Ost (WHO) für TP 3 (Raumnutzung für Personal aus TP 1 und 2 in kommunalen Räumen möglich)	8.000 43.200
Verpflegungskosten (Netzwerktreffen, Veranstaltungen mit Sorgegemeinschaft), alle TP	3.000
Material- und Verbrauchskosten, alle TP	4.500
Öffentlichkeitsarbeitsarbeit und Kommunikation (Informationsmaterialen, Maßnahme zur Bekanntmachung, Internet, Porto, Webseiten, etc.), alle TP	9.000
Digitale Quartiers App (Kostenlose Bereitstellung für Teilnehmende), alle TP	18.000
AAL Systeme für Beratung und Erprobung, TP 3	15.000
Fortbildungs, Reise-und Fahrtkosten, alle TP	6.000
Dienstleistungen von Dritten (Honorare für externe Projektberatung: alle TP, Honorarkraft Lebensphasenhaus für digitale Beratung: TP 3)	60.000
Zusätzliche Personalressourcen für 8 ambulante Pflegedienste je (0,2 VK) für Aufwand Projektmitarbeit, Beratungstätigkeit, Koordination im Quartier und Netzwerkarbeit, TP 1	240.000
Finanzieller Ausgleich wirtschaftliches Defizit für die beteiligten ambulanten Pflegedienste, TP 1	300.000
Personalkosten	
100 % Gesamtprojektleitung, E11, alle TP	240.000
50 % Sachbearbeitung, E10 , alle TP	105.000
Teilprojekt 3: Dienstsitz im Quartier WHO	
2 x 100 % Projektmitarbeiter:innen, E 10	420.000
Kosten für Evaluation	
Projektevaluation (muss noch verhandelt werden, wenn Projekt genauer definiert ist, ggf. gerne Beteiligung an zentraler Evaluation), grobe Schätzung (anpassen je nach Umfang und Design)	240.000
Gesamt (mit Evaluation)	**1.711.700**

Tübingen, den 08.05.2025

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Kommune