

# SOZIALRAUM DER ZUKUNFT JETZT VERBINDLICH GESTALTEN



## FÜR GLEICHWERTIGE PFLEGERISCHE VERSORGUNG

[www.liga-hessen.de](http://www.liga-hessen.de)



Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.

## Einführung



**„Pflege darf in Hessen nicht zur Frage der Postleitzahl werden. Wer gleichwertige Lebensverhältnisse ernst nimmt, muss jetzt verbindliche Strukturen für Beratung, Prävention, Pflegeplanung und Versorgungssicherung schaffen.“**

Hessen steht vor einer pflegepolitischen Richtungsentscheidung: Entweder gelingt es, Pflege, Beratung, Prävention, Wohnen, Ehrenamt, professionelle Pflege und Gesundheitsversorgung vor Ort verbindlich zusammenzuführen – oder regionale Unterschiede werden weiter wachsen. Gute Unterstützung im Alter darf aber nicht davon abhängen, ob eine Kommune über ausreichend Personal, Daten, Geld oder Kooperationsstrukturen verfügt.

Als Liga Hessen vertreten wir sowohl die Interessen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen als auch die der Träger und Dienste der Pflege und Altenhilfe. Sozialraumorientierung kann nur gelingen, wenn die Akteure vor Ort – insbesondere professionelle Pflege, Kommunen, Medizin, Beratung, Ehrenamt, Zivilgesellschaft, Betroffene und Kostenträger – verbindlich in Planung, Steuerung und Umsetzung einbezogen werden. Die Liga Hessen fordert deshalb eine sozialraumorientierte Pflegestrukturpolitik mit fünf Weichenstellungen: handlungsfähige Kommunen, Versorgung nach Lebenslagen, Pflegekompetenzzentren als Knotenpunkte, verlässliche Daten und regelhaft finanzierte Prävention.

Die Unterschiede zwischen den Kommunen sind bereits heute erheblich. Sie betreffen finanzielle Spielräume, Datenlagen, Steuerungskompetenzen und die Fähigkeit, Versorgungslücken gemeinsam mit den Akteuren vor Ort zu schließen. Wer Pflege als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge versteht, muss Kommunen mit verbindlichen Aufgaben, wirksamen Gesundheits- und Pflegekonferenzen sowie ausreichenden Planungs-, Per-

sonal- und Finanzmitteln ausstatten. Diese Konferenzen müssen die professionelle Pflege und ihre Träger systematisch einbeziehen, damit Planung an den praktischen Bedingungen der Versorgung ausgerichtet wird.

Zugleich muss Versorgung vom Menschen gedacht werden. Pflegebedürftige Menschen, Angehörige und ältere Bürger\*innen leben nicht in Sektoren. Sie brauchen Beratung, Unterstützung, Pflege, Rehabilitation, Wohnen, Teilhabe und Entlastung aus einem Guss. Dafür braucht Hessen sektorenübergreifende Versorgungsmodelle und flexible Finanzierungen, die Schnittstellen abbauen, professionelle Pflege verlässlich einbinden und bedarfsgerechte Angebote im Quartier ermöglichen. Nur gemeinsam mit Kommunen, Trägern, Diensten, Kostenträgern und weiteren lokalen Akteuren lässt sich Versorgung dauerhaft sichern.

Pflegestützpunkte können dabei zentrale Knotenpunkte im Sozialraum sein. Sie bündeln Beratung, Koordination, Case Management, Quartiersarbeit, Ehrenamt, Prävention und professionelle Pflege. So machen sie Unterstützung für die Menschen niedrigschwellig erreichbar, stärken lokale Sorgestrukturen und schaffen verbindliche Schnittstellen zu den verschiedenen Akteuren, die Versorgung konkret leisten.

Voraussetzung für wirksame Steuerung ist eine belastbare Datengrundlage. Viel zu häufig fehlt vor Ort ein aktuelles Bild der gegenwärtigen und künftigen Versorgungssituation: Wo fehlen ambulante Dienste? Wo entstehen Beratungslücken? Wo werden Angehörige überlastet? Wo braucht es al-

tersgerechtes Wohnen, Tagespflege, Kurzzeitpflege oder niedrigschwellige Unterstützungsangebote? Ohne einen gemeinsamen Datenpool, einen aktuellen Versorgungsatlas und klare Verantwortlichkeiten bleibt Pflegepolitik reaktiv und kommt für viele Menschen zu spät.

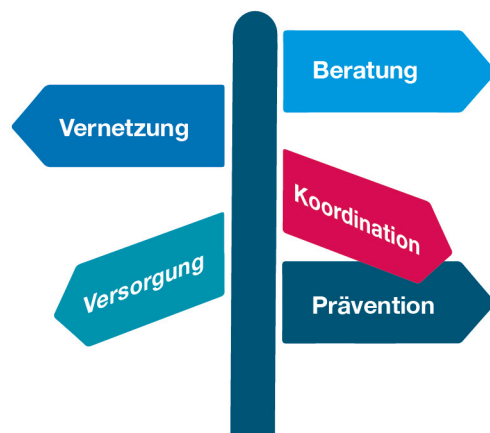
Prävention ist der fünfte zentrale Hebel. Maßnahmen zur Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit, zur Stärkung pflegender Angehöriger und zur Aktivierung nachbarschaftlicher Ressourcen sichern Selbstständigkeit, entlasten Versorgungssysteme und vermeiden Folgekosten. Sie müssen als regelhafter Bestandteil sozialraumorientierter Versorgung verlässlich über SGB XI und SGB V refinanziert werden. (Erläuterung siehe S. 13)

Die Liga Hessen fordert deshalb: handlungsfähige Kommunen mit verbindlicher Alten- und Sozialplanung, regionalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen und ausreichenden Ressourcen; verbindliche Beteiligung der professionellen Pflege, ihrer Träger und weiterer Akteure vor Ort; Versorgung nach Lebenslagen statt nach Sektorengrenzen; Pflegekompetenzzentren als zentrale Anlauf- und Koordinierungsstellen; datenbasierte Planung mit Versorgungsatlas und gemeinsamem Datenpool; sowie regelhaft finanzierte Prävention mit präventiven Hausbesuchen und sozialraumbezogenen Präventionsketten. Kurz: Hessen braucht verbindliche Pflegestrukturpolitik mit klaren Zuständigkeiten, sicherer Finanzierung, breiter Beteiligung und Umsetzungskraft.



Fünf politische Weichenstellungen für eine zukunftsfeste Pflege in Hessen

## Kurzüberblick:



### 1 Stärkung der Vernetzung und Kooperation im Gesundheitswesen

- Verbindliche, integrierte und partizipative Alten- und Sozialplanung in allen Landkreisen und Kommunen.
- Regelmäßige regionale Gesundheits- und Pflegekonferenzen, deren Ergebnisse verbindlich in Planungs-, Entscheidungs- und Haushaltsprozesse einfließen.
- Einbindung von Medizin, Pflege, Kommunen, Wirtschaft, Infrastruktur, Beratung, Ehrenamt und Betroffenen.
- Ausreichende Planungs-, Personal- und Finanzmittel für tragfähige Versorgungsstrukturen vor Ort.

### 2 Sektorenübergreifende Versorgung vom Menschen her denken und gestalten

- Quartiersbezogene Angebote unabhängig von ambulanten, stationären oder rehabilitativen Grenzen entwickeln.
- Versorgungsstrukturen bedarfsbezogen gestalten und Schnittstellen abbauen.
- Flexible sektorenübergreifende Finanzierungsmodelle.
- Digitale, einfache Abrechnung zur Entlastung von Pflegebedürftigen und Leistungserbringern.
- Projektförderung nutzen und erfolgreiche Modelle in die Regelversorgung überführen.

### 3 Stärkung der Beratung – Ausbau von Pflegekompetenzzentren und präventiven Hausbesuchen

- Pflegestützpunkte flächendeckend zu Pflegekompetenzzentren als zentrale Anlaufstellen weiterentwickeln.
- Beratung, Koordination, Case Management, Quartiersmanagement und Ehrenamt bündeln.
- Leistungen der Pflegeversicherung proaktiv und niedrighschwellig zugänglich machen.
- Soziale Träger, z. B. Sozialstationen, verbindlich in die Umsetzung einbeziehen.

### 4 Notwendige Koordination der pflegerischen Bedarfsplanung in Hessen

- Koordination der pflegerischen Versorgung als verbindliche kommunale Aufgabe.
- Alten- und Sozialplanung mit einem gemeinsamen Datenpool und aktuellem Versorgungsatlas.
- Unter- und Überversorgung mit einem transparenten, kriterienbasierten Steuerungsinstrument begegnen.

### 5 Prävention im Sozialraum regelhaft finanzieren und strukturell absichern

- Risiken für Benachteiligung, Krankheit, Isolation und Pflegebedürftigkeit früh erkennen.
- Präventive Hausbesuche als wirksames kommunales Instrument regelhaft ermöglichen.
- Information, Beratung und Öffentlichkeitsarbeit zur Stärkung von Gesundheits- und Vorsorgekompetenz ausbauen.
- Kommunale Präventionsketten mit Daseinsvorsorge, Pflegekompetenzzentren und Sozialraumentwicklung verbinden.
- Individuelle, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Ressourcen gezielt aktivieren.
- Prävention in allen Versorgungsbereichen mitdenken und pflegende Angehörige entlasten.





1

*Gute Pflege im Sozialraum entsteht nicht durch Appelle, sondern durch verbindliche Planung, klare Zuständigkeiten und verlässliche Finanzierung. Regionale Gesundheits- und Pflegekonferenzen müssen deshalb mehr sein als Austauschformate: Ihre Ergebnisse müssen in politische Beschlüsse, Haushalte und konkrete Umsetzung führen.*

## Stärkung der Vernetzung und Kooperation im Gesundheitswesen

- Moderne, integrative und partizipative Alten- und Sozialplanung in jedem Landkreis und jeder Kommune.
- Etablierung regelmäßiger regionaler Gesundheits- und Pflegekonferenzen mit verbindlichen Entscheidungsbefugnissen (Governancestrukturen).
- Konferenzen mit relevanten Akteuren aus Medizin, Pflege, Wirtschaft, Infrastruktur, Beratung, Ehrenamt und Betroffenen, um bedarfsorientierte Versorgungsstrategien zu entwickeln und umzusetzen.
- Nachhaltiger und finanziell ausreichender Rahmen für eine funktionierende Versorgungsstruktur in Landkreisen und Kommunen, inkl. Planungsmittel.

Kommunen müssen Pflege strukturell koordinieren können – mit Wissen, Personal, Planungsinstrumenten und finanzieller Ausstattung. Fort- und Weiterbildungen sowie Fachstellen für Pflegeplanung in den Verwaltungen sind keine freiwillige Kür, sondern Voraussetzung für handlungsfähige kommunale Pflegepolitik. Die pflegerische Infrastruktur und die Förderung eines zukunftsfähigen Gemeinwesens sollten als kommunale Pflichtaufgaben verankert werden.

Ganzheitliche Versorgung älterer Menschen erfordert die Verzahnung von Pflege, Gesundheitswesen, sozialen Diensten und zivilgesellschaftlichem Engagement. Integrierte Versorgungsmodelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit sind entscheidend, um eine ganzheitliche Unterstützung aus einer Hand zu gewährleisten.

Durch die Etablierung **regelmäßiger regionaler Gesundheits- und Pflegekonferenzen** kann die kommunale Koordination im Bereich der Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Diese sollen alle relevanten Akteure zusammenbringen, um gemeinsam bedarfsorientierte Versorgungsstrategien zu entwickeln und umzusetzen. Als Vorbild dafür kann das Land Niedersachsen dienen.

Entscheidend sind Regelungen und Strukturen, die Wirkung entfalten. Pflegekonferenzen dürfen keine Endstation des Dialogs sein. Sie müssen Beratung, Planung und Entscheidung verbindlich miteinander verzahnen. Eine Pflegekonferenz, deren Ergebnisse folgenlos bleiben, schafft Beteiligung ohne Effekt. Notwendig sind klare Verfahren,

Zuständigkeiten, Rückkopplungen in politische Gremien und eine verbindliche Wirkung auf Haushalts- und Planungsentscheidungen.

Pflegekonferenzen benötigen außerdem die Beteiligung von Wirtschaft und Bürgerschaft. Unternehmen aus Wohnungswirtschaft, Handel, Mobilität, Technik oder lokalen Dienstleistungen beeinflussen unmittelbar, ob barrierefreie Wohnungen, alltagsnahe Unterstützungsangebote, innovative Technik oder betriebliche Entlastungsangebote entstehen. In Zeiten von Personalengpässen sind auch Arbeitgeber betroffen, wenn Beschäftigte aufgrund der Pflege von Angehörigen ausfallen. Ältere Bürger\*innen und Familien sollten systematisch zu ihrer Situation befragt werden, etwa mithilfe des WHO-Fragebogens zu „Age-friendly Cities“.

Ziel ist der Aufbau lokaler Sorgestrukturen aus familiärem, nachbarschaftlichem und bürgerschaftlichem Engagement, ergänzt durch professionelle Unterstützung. Davon profitieren Bürger\*innen, Kommunen und Versorgungssysteme gleichermaßen: Dialog und gemeinsame Gestaltung fördern Teilhabe, Selbstbestimmung und gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Auf diese Weise gewachsene Strukturen können auch auf andere soziale Themen reagieren, z. B. wenn im Sozialraum ein gewachsener Unterstützungsbedarf für junge Familien, Kinder oder Jugendlichen sichtbar wird.

Ein aktiver Sozialraum kann darauf reagieren und vorhandene Ressourcen nutzen.





2

*Menschen leben nicht in Sektoren. Sie brauchen Unterstützung, die sich an Lebenslagen orientiert – zu Hause, im Quartier, in Einrichtungen, in Beratung, Rehabilitation und Pflege. Wer Versorgung an Zuständigkeiten statt an Bedarfen ausrichtet, produziert Brüche, Bürokratie und vermeidbare Belastungen.*

## Sektorenübergreifende Versorgung vom Menschen planen und gestalten

- Innovative quartiersbezogene Angebote für eine Betreuung unabhängig unabhängig vom Versorgungssektor.
- Neue Versorgungsstrukturen bedarfsbezogen gestalten und Versorgungsgrenzen auflösen.
- Flexible sektorenübergreifende Finanzierungsmodelle.
- Vereinfachte, digitale Abrechnung, um die Komplexität zu reduzieren.
- Finanzierungen für Umsetzungsvorhaben sichern.



Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und soziale Teilhabe setzen verlässliche Unterstützung im Alltag voraus. Viele Menschen möchten auch bei Pflegebedarf möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit oder im vertrauten Quartier leben. Dafür braucht es Angebote, die ambulante, stationäre, rehabilitative und soziale Unterstützung besser miteinander verbinden.

Die Trennung von ambulant, stationär, rehabilitativ und sozialer Unterstützung passt immer weniger zu den Lebensrealitäten pflegebedürftiger Menschen. Sie führt zu Brüchen, Doppelstrukturen, Zuständigkeitsproblemen und bürokratischen Hürden. Versorgung muss vom Bedarf der Menschen gedacht werden – nicht von institutionellen Grenzen oder Finanzierungslogiken.

**Es braucht flexible, bedarfsgerechte und selbstbestimmte Versorgungsarrangements, die Leistungen dort erbringen, wo sie tatsächlich benötigt werden** – orientiert an den Bedarfen der Menschen.

Sektorenübergreifende Versorgung ist entscheidend für ein integratives und bedarfsgerechtes Gesundheitssystem. Dafür braucht es Gesamtversorgungsverträge und flexible Finanzierungsmodelle statt starrer Einzelbudgets. Digitale Abrechnung und persönliche Budgets für Pflegebedürftige können Transparenz schaffen und Leistungserbringer entlasten. Entscheidend ist, Modelle daran zu messen, ob sie eine funktionierende, sektorenübergreifende und am Bedarf orientierte Versorgung ermöglichen – nicht daran, ob sie bestehende Zuständigkeiten fortschreiben.

Langfristig braucht es ein Versorgungssystem, das sich an Lebenslagen orientiert und nicht an Versorgungszuständigkeiten. Nur so gelingt eine gerechte, durchlässige und effektive Versorgung im Sinne der Menschen.

Der Weg zu neuen Versorgungsformen führt über einfache, bürokratiearme Verabredungen mit den Kassen und über gezielte Anreize des Landes für Innovationen in der Versorgung. Erfolgreiche Modelle dürfen nicht dauerhaft im Projektstatus verharren. Sie müssen in die Regelversorgung überführt werden können. Wir haben kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem. Dafür braucht es klare gesetzliche Rahmenbedingungen, die Einbindung der Zivilgesellschaft und eine koordinierte Steuerung von Bund und Ländern mit Raum für regionale Anpassungen. Neue Modellvorhaben müssen an bestehende Strukturen andocken; Doppelstrukturen sind zu vermeiden.

Sozialraumorientierung darf nicht zur Chiffre für Rückzug der Pflegeversicherung werden. Nachbarschaft, Ehrenamt und Angehörige sind tragende Ressourcen – aber sie ersetzen keine professionelle Pflege, keine verlässliche Beratung und keine gesicherte Finanzierung.





3

*Pflegekompetenzzentren dürfen nicht als neue Etiketten für alte Zuständigkeiten missverstanden werden. Sie sollen vorhandene Beratungs-, Pflege-, Präventions- und Unterstützungsangebote bündeln und für Menschen im Sozialraum tatsächlich erreichbar machen.*

## Stärkung der Beratung – Ausbau von Pflegekompetenzzentren und präventiven Hausbesuchen

- Flächendeckende Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten in Pflegekompetenzzentren als Dreh- und Angelpunkte der Versorgung.
- Beratungsangebote sowie Koordinations- und Moderationsaufgaben in einem Quartiersmanagement bündeln.
- Leistungen der Pflegeversicherung anspruchsberechtigten Personen proaktiv und niedrigschwellig zugänglich machen.
- Aufbau und Sicherung von ehrenamtlichen und zivilgesellschaftlichen Strukturen.
- Case Management und Quartiersmanagement als zentrale Funktionen im Sozialraum sichern und soziale Träger, z. B. Sozialstationen, verbindlich in die Umsetzung einbeziehen.

**Unsere Vision:**

Pflegekompetenzzentren sind die Knotenpunkte einer sozialraumorientierten Pflegepolitik. Sie verbinden Beratung, Case Management, Quartiersentwicklung, Ehrenamt, Prävention und professionelle Pflege. Sie machen Unterstützung sichtbar, zugänglich und koordinierbar – für ältere Menschen, Angehörige, Kommunen und Leistungserbringer. Dafür brauchen sie pflegerisches Know-how ebenso wie Expertise in Sorgestrukturen, Quartiersentwicklung und Sozialplanung.

Sozialraum und lokale Kooperationen sind zentral, um demografische Veränderungen zu bewältigen. Ohne steuernde Strukturen auf kommunaler Ebene wird dies nicht gelingen. Notwendig ist eine verbindliche Bündelung von Beratung, Koordination und Moderation in einem Quartiersmanagement, das vorhandene Strukturen stärkt, statt neue Parallelstrukturen aufzubauen. Pflegefachpersonen werden immer mehr Kompetenzen zugesprochen, diese müssen nun auch im Sozialraum ankommen – in Pflegekompetenzzentren, Gemeindepflege, Case Management und sektorübergreifenden Versorgungsmodellen.

**Wir empfehlen den flächendeckenden Ausbau von Pflegestützpunkten und ihre Weiterentwicklung zu Pflegekompetenzzentren.**

Aufsuchende Beratung von älteren Menschen kann Bedarfe frühzeitig erkennen, noch bevor ein Pflegegrad vorliegt. Pflegekompetenzzentren aktivieren soziale Netzwerke, initiieren Projekte, machen Unterstützungsangebote bekannt und

berücksichtigen auch Risiken wie Einsamkeit, fehlende Mobilität oder Versorgungslücken in ländlichen Räumen.

Zu klären ist, welche übergeordnete Rolle Pflegekompetenzzentren in einer Region übernehmen sollen. Versorgungsberatung ist dabei eine zentrale, aber nicht die einzige Aufgabe. Pflegekompetenzzentren sollten als niedrigschwellige Anlaufstellen im Landkreis etabliert werden, damit Unterstützungsangebote für ältere Menschen, Angehörige, Kommunen und Leistungserbringer übersichtlich zugänglich sind.

Notwendig ist die Bündelung aller Angebote und Initiativen für ältere Menschen und Menschen mit Unterstützungsbedarf. So können parallele Strukturen schrittweise reduziert und Ressourcen wirksamer eingesetzt werden. Pflegekompetenzzentren koordinieren die Angebote im Sozialraum; dazu kann auch die Verantwortung für Gemeindepflege vor Ort gehören. Der Pflegestützpunkt bleibt Beratungsinstanz, Sammelpunkt für Beratende und Ort aufsuchender Beratung.





4

*Wer Versorgung sichern will, muss wissen, wo sie fehlt. Kommunen brauchen aktuelle Daten, vergleichbare Kennzahlen und ein transparentes Steuerungsinstrument, mit dem Versorgungslücken sichtbar und politisch bearbeitbar werden.*

## Notwendige Koordination der pflegerischen Bedarfsplanung in Hessen

- Die Koordination der pflegerischen Versorgung ist Aufgabe der Kommune.
- Grundlage für eine verpflichtende Alten- und Sozialplanung muss ein allen zur Verfügung stehender Datenpool sowie ein aktueller Versorgungsatlas sein.
- Um auf Unter- und Überversorgung gezielt reagieren zu können, braucht es ein transparentes, kriterien-basiertes Steuerungsinstrument.

Kommunen mit fortschrittlicher Altenhilfeplanung zeigen, wie wichtig das Erkennen, die Analyse und Steuerung von Versorgungslücken ist. Damit diese Aufgabe flächendeckend wahrgenommen werden kann, brauchen alle Kommunen personelle und finanzielle Unterstützung des Landes, insbesondere Planungsmittel, Fachpersonal und Investitionsförderung. Digitale Angebote wie KI-gestützte Fallberatung zu Leistungen unter anderem nach SGB V und SGB XI können die Arbeit ergänzend unterstützen – sie ersetzen aber keine politische Verantwortung für Planung und Steuerung.

Grundlage einer wirksamen Versorgungsplanung müssen verlässliche Daten sein: der Landespflegerbericht, ein regional abrufbarer und aktueller Versorgungsatlas sowie ein gemeinsamer Datenpool. Dieser Datenpool soll relevanten Akteuren aus Politik, Verwaltung, Wissenschaft, Leistungserbringung und Kostenträgerschaft zur Verfügung stehen und als strategisches Instrument für die Ausrichtung der pflegerischen Versorgung dienen.

Die Sozial- und Altenhilfeplanung muss verbindlich werden und daher in Kreisen und Kommunen verpflichtend sein. Sie muss die Vernetzung regionaler Akteure über Gesundheits- und Pflegekonferenzen sicherstellen (§ 71 SGB XII).

Um auf Unter- und Überversorgung gezielt reagieren zu können, braucht es ein transparentes Steuerungsinstrument. Die Entwicklung entsprechender Strukturen muss Bedarfe nachvollziehbar aufgreifen, relevante Akteure einbezie-

hen und Maßnahmen gegen Versorgungsdefizite verbindlich umsetzen. Bei festgestellter Unterversorgung braucht es klare Verantwortungsübernahme – nicht nur Problembeschreibung.

Ein zentraler Aspekt der Altenhilfeplanung ist die Frage nach altersgerechtem und bedarfsgerechtem Wohnen. Dies umfasst die gesamte Bandbreite von geeigneten Privatwohnungen über Mehrgenerationenwohnen und Pflege-Wohngemeinschaften bis hin zur vollstationären Pflege.

#### **Erläuterungen:**

- SGB V (gesetzliche Krankenversicherung): Erhalt, Wiederherstellung und Verbesserung der Gesundheit.
- SGB XI (gesetzliche Pflegeversicherung): Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie Finanzierung der Pflege.
- § 71 SGB XII (Altenhilfe): Unterstützung älterer Menschen für Teilhabe und selbstständige Lebensführung.





5

*Prävention ist keine Zusatzleistung, sondern Voraussetzung für ein tragfähiges Versorgungssystem. Sie muss beginnen, bevor Pflegebedürftigkeit entsteht oder sich verschärft – in Beratung, Pflege, Rehabilitation, Quartiersarbeit und Angehörigenunterstützung.*

## Prävention im Sozialraum regelhaft finanzieren und strukturell absichern

- Prävention im Sozialraum muss Risiken für Benachteiligung, Krankheit, Isolation und Pflegebedürftigkeit früh erkennen, Ressourcen stärken und pflegende Angehörige entlasten.
- Präventive Hausbesuche, Information, Beratung und Öffentlichkeitsarbeit sind regelhaft zu ermöglichen und niedrigschwellig auszugestalten.
- Kommunale Präventionsketten müssen an Daseinsvorsorge, Pflegekompetenzzentren und Sozialraumentwicklung angebunden werden.
- Individuelle, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Ressourcen sind gezielt zu aktivieren.
- Prävention muss in allen Versorgungsbereichen mitgedacht und verlässlich über SGB V und SGB XI refinanziert werden. (Erläuterung siehe S. 13)

Im Sinne des Grundsatzes „**Prävention und Rehabilitation vor Pflege**“ darf pflegerische Versorgung nicht erst einsetzen, wenn Unterstützungsbedarfe bereits verfestigt sind. Sozialraumbezogene Prävention braucht verbindliche Strukturen, langfristige Finanzierung und koordinierende Anlaufstellen vor Ort. Sie verbindet frühe Ansprache, Beratung, Gesundheitsförderung, soziale Teilhabe und Entlastung pflegender Angehöriger und verhindert damit vermeidbare Folgekosten für Pflege, Gesundheit und soziale Sicherung.

Die durch das *Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)* gestärkte Präventionsorientierung in der häuslichen Pflege braucht kommunale Andockpunkte. Prävention bleibt wirkungslos, wenn sie allein als Beratungspflicht der Pflegekassen ausgestaltet wird, aber vor Ort keine Strukturen existieren, die Menschen erreichen, begleiten und passende Angebote vermitteln.

#### Dafür braucht es:

- **Präventive Hausbesuche:**  
Sie erkennen Unterstützungsbedarfe frühzeitig, vermitteln Hilfen, beugen Isolation vor und sollten regelhaft kommunal verankert werden.
- **Information und Bürgernähe:**  
Öffentlichkeitsarbeit, Informationsveranstaltungen und Beratung vor Ort nah am Menschen stärken Gesundheits- und Vorsorgekompetenz und machen Angebote im Sozialraum bekannt.

- **Kommunale Präventionsketten:**  
Prävention muss an Daseinsvorsorge anknüpfen, in kommunales Handeln integriert und mit Pflege, Gesundheit, Teilhabe und Engagement verbunden werden.
- **Hilfe zur Selbsthilfe:**  
Nachbarschaftsnetzwerke, Selbsthilfegruppen, Peer-Angebote und Ehrenamt stärken Selbstwirksamkeit und entlasten professionelle Systeme.
- **Tertiärprävention und Rehabilitation:**  
Ambulante Rehabilitation, Angebote für Menschen mit Demenz und rehabilitative Kurzzeitpflege können Pflegebedürftigkeit vermeiden oder ihr Fortschreiten verlangsamen.
- **Verlässliche Refinanzierung:**  
Präventive Leistungen müssen auch vor Eintritt eines Pflegegrades regelhaft über SGB V und SGB XI finanziert werden; dazu gehört eine Weiterentwicklung bestehender landesrechtlicher Förderinstrumente wie der Pflegeunterstützungsverordnung.  
(Erläuterung siehe S. 13)



# Hessen braucht jetzt eine verbindliche sozialraumorientierte Pflegestrategie

***Gute Versorgung darf nicht davon abhängen, ob eine Kommune über ausreichend Personal, Daten, Geld oder Kooperationsstrukturen verfügt. Das Land Hessen muss Kommunen in die Lage versetzen, Pflegeplanung, Prävention, Beratung und Versorgungssicherung verbindlich zu gestalten. Wer gleichwertige Lebensverhältnisse will, muss Pflege im Sozialraum planen, finanzieren und steuern. Alles andere bedeutet, regionale Ungleichheit sehenden Auges hinzunehmen.***

Die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. ist der Zusammenschluss der sechs hessischen Wohlfahrtsverbände. Sie vertritt die Interessen der hilfebedürftigen und benachteiligten Menschen gegenüber der Politik ebenso, wie die Interessen ihrer Mitgliedsverbände. Mit ca. 7.300 Einrichtungen und Diensten sind die Mitgliedsverbände ein bedeutender Faktor für die Menschen, für eine soziale Infrastruktur und für die Wirtschaft in Hessen. Nah an den Menschen und ihren Bedürfnissen wissen die rund 113.000 beruflich Beschäftigten und rund 160.000 ehrenamtlichen Mitarbeiter\*innen in Pflegeeinrichtungen, Behinderteneinrichtungen, Werkstätten, Tagesstätten, Bildungsstätten, Beratungsstellen, in den Frühförderstellen, ambulanten Diensten und anderen Einrichtungen um die sozialen Belange und die realen Rahmenbedingungen in Hessen. Diese Kenntnisse bringt die Liga in die politischen Gespräche auf Landesebene und mit Verhandlungspartnern und Kostenträgern ein.

## **Kontakt für Rückfragen zum Liga-Arbeitskreis 3 GESUNDHEIT, PFLEGE UND SENIOREN:**

**Tim Helfert**, stellv. Liga-Vorstandsvorsitzender  
und AK 3 Vorsitzender  
[tim.helfert@awo-nordhessen.de](mailto:tim.helfert@awo-nordhessen.de)

**Sonja Driebold**, AK 3 Mitglied  
[sonja.driebold@diakonie-hessen.de](mailto:sonja.driebold@diakonie-hessen.de)

**Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.**

**Luisenstraße 26 | 65185 Wiesbaden | Telefon 0611 3081434 | [info@liga-hessen.de](mailto:info@liga-hessen.de)**



[www.liga-hessen.de](http://www.liga-hessen.de)



**Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.**