

Pflegende An- und Zugehörige im Fokus – gesund bleiben trotz Dauerbelastung

Rita ist 59 Jahre alt und pflegt seit fünf Jahren ihre an Demenz erkrankte Mutter. Es begann ganz harmlos. Die Mutter vergaß zunehmend Absprachen, Arzttermine und Verabredungen. In der Wohnung häuften sich Erinnerungszettel: duschen, einkaufen, die Lebensmittel im Kühlschrank verbrauchen... vieles rutschte in den Hintergrund.

Inzwischen hat die Mutter Pflegegrad III. Ein Pflegedienst unterstützt sie täglich morgens bei der Körperpflege und dem Anziehen, stellt die Medikamente bereit und kümmert sich um das Frühstück. Mit dem gelieferten Mittagessen kommt sie durch den Tag. Nachmittags, nach der Arbeit kommt Rita. Sie ist für die Abendmedikamente, das Abendessen und das Zubettgehen zuständig. Sie konnte ihre Stelle in einem Pharmaunternehmen reduzieren, um täglich bei ihrer Mutter sein zu können. Aber Rita geht es nicht gut: Sie schläft schlecht, fühlt sich erschöpft, hat Schuldgefühle und chronische Rückenschmerzen.

So wie Rita geht es vielen Menschen in Deutschland: Im Dezember 2023 wurden rund 86 % der pflegebedürftigen Personen – das entspricht etwa 4,9 Millionen Menschen – im häuslichen Umfeld betreut. Die Pflege übernehmen Töchter, Söhne, Ehefrauen und -männer, Partner*innen, Nachbar*innen und Freund*innen. 67 % der Pflegenden sind weiblich. Pflegende An- und Zugehörige¹ wenden im Durchschnitt 49 Stunden pro Woche für die häusliche Pflege auf, was einer Vollzeitbelastung entspricht. Im Vergleich zu 2019 (43 Stunden) ist ein deutlicher Anstieg zu beobachten. Weitere Ergebnisse des Wldo-Monitors (Schwinger & Zok, 2024) zeichnen folgendes Bild von pflegenden An- und Zugehörigen:

- Nur 46 % der Hauptpflegepersonen im arbeitsfähigen Alter sind vollzeitbeschäftigt; 37 % arbeiten Teilzeit, 18 % sind nicht erwerbstätig. Von den Teilzeitbeschäftigten haben 52 % ihre Arbeitszeit aufgrund der Pflege reduziert.
- Etwa 26 % der Hauptpflegepersonen bewerten ihre Situation als so belastend, dass sie nur „unter Schwierigkeiten“ weitermachen können. Besonders Betroffene sind jene, die Angehörige mit Demenz oder Pflegegrad 3+ betreuen.
- Insbesondere aus stark belasteten Haushalten wird ausgeprägter Unterstützungsbedarf geäußert: 91 % der Hochbelasteten wünschen sich mehr Hilfe, darunter 69 % bei der Pflege von Menschen mit Demenz und 68 % bei Pflegegrad 3+.
- Aber: Unterstützungsangebote werden häufig zu spät, zu wenig oder gar nicht angenommen. Die Gründe hierfür liegen in persönlichen Barrieren (Werte, Konflikte)

¹ Entsprechend des weitgefassten Familienverständnisses der Arbeiterwohlfahrt (AWO) werden als sorgende und pflegende An- und Zugehörige all jene verstanden, die nicht erwerbsmäßig eine Person in deren häuslichen Umfeld unterstützen. Hierbei ist nicht von Bedeutung, ob ein Verwandtschaftsverhältnis besteht.

und/oder sind angebotsinduziert (z. B. Unkenntnis über das Angebot, zu teuer, nicht praktikabel) ([Bohnet-Joschko, 2020](#)). Weitere Aussagen lassen darauf schließen, dass es „nicht nötig“ ist. Hier stellt sich die Frage, ob tatsächlich keine Unterstützung gewünscht ist oder ob die Maßnahmen in ihrer aktuellen Ausgestaltung nicht genug auf die Bedürfnisse der Pflegenden eingehen (Ehrlich, Brünnig, Kelle 2024).

- Pflegende An- und Zugehörige berichten laut Arbeitnehmerkammer Bremen (2024) von mangelnder Akzeptanz am Arbeitsplatz, wobei die Rückkehr nach einem beruflich bedingten Ausstieg – anders als bei der Elternzeit – häufig nicht gewährleistet ist.

Wie kann man also selbst gesund bleiben, wenn das eigene Leben von der Sorge um andere bestimmt ist? Und was braucht es, damit pflegende Angehörige nicht an ihre Grenzen geraten, sondern mit Zuversicht und Würde älter werden können?

AWO-Projekte zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen und Pflegende

Genau hier setzen die Projekte der AWO an. Seit 2018 unterstützt der AWO Bundesverband in Kooperation mit ausgewählten städtischen und ländlichen AWO-Standorten vor Ort den Aufbau von Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen. Die beiden abgeschlossenen Projekte „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Quartier“ (GFP, 2018 bis 2020) und „Gesund Altern und Pflegen im Quartier“ (GAP, 2021 bis Februar 2024) sowie das aktuell laufende Projekt „Pflegende An- und Zugehörige im Quartier – Gesundheit fördern, Prävention stärken“ (PflAQ, 2024-2026) konzentrieren sich auf folgende Ziele:

- Verbesserung der Bedingungen für ein gesundes Älterwerden und Pflegen im Quartier,
- Vernetzung zentraler Akteure in einem Steuerungskreis,
- Bekanntmachung vorhandener gesundheitsfördernder Angebote,
- Konzeption und Umsetzung bedarfsorientierter gesundheitsfördernder Maßnahmen,
- nachhaltige Sicherung der aufgebauten gesundheitsfördernden Strukturen.

Seit 2021 liegt ein besonderer Fokus auf der Zielgruppe der pflegenden An- und Zugehörigen. Die Projekte wurden und werden durch den Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) im Auftrag und im Namen der Ersatzkassen gefördert. Der folgende Text legt den Fokus hauptsächlich auf die Gesundheitsförderung für und mit pflegenden An- und Zugehörigen, die häufig selbst zu den älteren Menschen gehören.

Stadtteil mit Herz: Sozialraum gestalten, Zusammenhalt stärken

Sozialraumorientierung und Quartiersarbeit setzen auf die aktive Einbindung lokaler Ressourcen und Netzwerke, um passgenaue Unterstützungsangebote dort zu schaffen, wo Menschen leben – mitten im Quartier. Dabei spielen Gesundheitsförderung und Prävention eine zentrale Rolle, insbesondere für ältere Menschen und pflegende An- und Zugehörige, die eine besonders vulnerable Zielgruppe darstellen. Die Lebenswelt „Quartier“ ist ein wichtiges Setting, in dem die AWO die Gesundheit dieser Gruppen stärkt. Durch den Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen kann Pflegebedürftigkeit vorgebeugt und ein gesundes Altern im vertrauten Umfeld ermöglicht werden. Sozialraumorientierung und Quartiersentwicklung verbessern die Gesundheitschancen für alle und sind die Grundlage, um Menschen in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen zu erreichen und zu unterstützen.

Die Projekte der AWO orientieren sich am Public Health Action Cycle und folgen einem strukturierten Ablauf – von der Ist-Analyse über den Aufbau und die Nutzung bestehender Strukturen, die Analyse der Bedarfe, die Maßnahmenplanung bis hin zur Umsetzung und ggfs. Verstärkung. Eine niedrigschwellige Evaluation der Inanspruchnahme sichert dabei die Qualität und Wirksamkeit der Angebote.

Ein besonderer Vorteil der Quartiersarbeit liegt in ihrer Anpassungsfähigkeit an regionale Besonderheiten. So konnten bundesweit bereits über 150 Standorte² mit sozialräumlichen Versorgungskonzepten und Quartiersentwicklungsprojekten etabliert werden. Dabei werden die vielfältigen Kompetenzen und Ressourcen von haupt- und ehrenamtlich Mitwirkenden, lokalen Kooperationspartner*innen sowie der Kommunen gebündelt, um den Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationsprozesse wirksam zu begegnen.

Grundlage dieses Engagements ist die Kölner Erklärung (AWO Bundesverband, 2019), in der sich die AWO verpflichtet, Ansätze der Quartiersentwicklung weiter zu fördern und nachhaltig zu implementieren. Damit knüpft sie an ihre ursprünglichen Wurzeln an und verfolgt das Ziel, Hilfe zur Selbsthilfe zu organisieren, Menschen zu befähigen, ihre Potenziale zu entfalten und Solidarität im Gemeinwesen zu stärken.

Quartiersarbeit wirkt präventiv gegen Rückzug, Vereinzelung und Einsamkeit, indem sie Räume des Miteinanders schafft und die Begegnung im Alltag aktiv gestaltet. Sie ist dabei besonders geeignet, pflegende An- und Zugehörige gezielt zu unterstützen und in das soziale Leben einzubinden (Pfundt, 2024). Somit ist die Quartiersentwicklung ein essenzieller Bestandteil zur Förderung von Gesundheitschancen und zur Stärkung von Prävention.

² Quartierswebsite der AWO: [Sozialraumarbeit und Quartiersprojekte der AWO: Gemeinschaftsstärkung vor Ort](#)

Gesundheit strategisch denken

Die konzeptionelle Grundlage aller Gesundheitsförderungsprojekte bildet der zyklisch strukturierte „Public Health Action Cycle“.



Abb.1 Public Health Action Cycle (1988), Institute of Medicine (USA), 1988; adaptiert und weiterentwickelt in Deutschland von Rolf Rosenbrock und Susanne Hartung, eigene Darstellung

Nach der Auswahl der geeigneten bundesweit verteilten Projektstandorte aus den AWO-Landes- und Bezirksverbänden wird pro Standort eine Projektkoordinator*in eingesetzt. Ihre Aufgabe ist es, ein **Netzwerk aufzubauen** und einen projektbezogenen Steuerungskreis zu initiieren. In diesem werden zentrale Akteure und Stakeholder aus dem Quartier zum Thema Pflege und Gesundheit vernetzt. Dazu gehören vor allem sogenannte Türöffner-Institutionen und Vertrauenspersonen sowie Entscheidungsträger*innen, z. B.:

- Personen aus der kommunalen Politik oder in Leitungsfunktionen von verschiedenen Einrichtungen, z. B. Pflegeberatungsstellen, Einrichtungen der offenen Altenhilfe,
- Selbsthilfeinitiativen, Gemeindevertreter*innen,
- Nachbarschafts-, Sport- und Heimatvereine,
- Unternehmen mit Bezug zu älteren Menschen und pflegenden An- und Zugehörigen wie Apotheken, Sanitätsfachhäuser sowie Bildungseinrichtungen wie Volkshochschulen, Kitas und Schulen,
- direkt betroffene Personen oder Gruppen.

Die Projektkoordinator*innen führen am Standort eine Bestandsaufnahme in Form einer **Ist-Analyse** durch. Dabei werden soziodemografische Daten sowie die Strukturen vor Ort und das bestehende Angebot für pflegende An- und Zugehörige des jeweiligen Projektstandorts erhoben. Mithilfe von Instrumenten wie der Netzwerkkarte oder der Stakeholderanalyse werden zentrale Akteure und deren Netzwerkbeziehungen erfasst. Sie **planen und organisieren** dann eine partizipative Bedürfniserhebung in Form von Fokusgruppen-Diskussionen mit pflegenden An- und Zugehörigen. Dies erfolgt in Zusammenarbeit mit dem AWO Bundesverband. Auf Grundlage der Ergebnisse übernehmen die Projektkoordinator*innen vor Ort die konkrete Planung und **Umsetzung** von gesundheitsfördernden Maßnahmen – immer in Absprache mit den Mitgliedern des Steuerungskreises. Die Inanspruchnahme der gesundheitsfördernden Maßnahmen durch pflegende An- und Zugehörige wird **evaluiert**. Damit endet der Public-Health-Action-Cycle bzw. geht in eine neue Phase über (siehe Abb. 1). Eine Auswertung der Wirksamkeit der Maßnahmen ist aufgrund limitierter Ressourcen nicht möglich.

Die AWO-Projektkoordinator*innen stellen im Projektablauf die wichtigste Ressource dar. Meist sind sie schon langjährig im Quartier bzw. in der Einrichtung tätig, haben einen sozialarbeiterischen oder pflegerischen beruflichen Hintergrund und übernehmen eine zentrale Rolle: Sie identifizieren die relevanten Akteure, vernetzen sie und sorgen für regelmäßigen Austausch und Abstimmung des weiteren Vorgehens. Ehrenamtlich tätige Bürger*innen werden z. B. für die stundenweise Betreuung pflegebedürftiger Menschen angesprochen, um den pflegenden An- und Zugehörigen eine dringend benötigte Auszeit zu ermöglichen.

Nicht über sie, sondern mit ihnen: Partizipative Bedürfniserhebung

Ein wichtiger Meilenstein des Projekts ist die partizipative Bedürfniserhebung, mit der die Ist-Analyse ergänzt wurde. Die Realisierung dieser Aufgabe erweist sich in der Praxis als Herausforderung, da pflegende An- und Zugehörige oft nur über knappe zeitliche Ressourcen verfügen und in ihrem Alltag stark beansprucht sind. Um den Zugang zur Zielgruppe zu erreichen, wendeten die Projektbeteiligten das Zugangsmodell „**TIBaR**“ (Kammerer³, 2019) an. Es wurde im Forschungsverbund „Autonomie trotz Multimorbidität im Alter (AMA)“ erarbeitet. Es wurde ursprünglich entwickelt, um ältere Menschen für die Beteiligung an Forschungsvorhaben zu gewinnen und sieht vor, bei der Ansprache dieser Zielgruppe und bei der Stärkung ihrer Teilhabe vier Dimensionen zu berücksichtigen (vgl. Abb. 2).

³ Das TIBaR-Modell diente als Arbeitshilfe im Projekt GAP (Gesund Altern und Pflegen). Eine unveröffentlichte Handreichung „Zugänge zu isoliert lebenden und sozial benachteiligten älteren Menschen“ wurde vom Institut für gerontologische Forschung erarbeitet und ist auf Wunsch beim AWO Bundesverband erhältlich.

Von unten nach oben lesen: laut dem TIBaR-Modell entsteht Partizipation durch:



Abb. 2: Das **TIBaR**- Modell zur Stärkung der Partizipation:

- Be **R**esponsive/Responsiv sein
- Identify individual **B**arriers/Individuelle Barrieren identifizieren
- Offer **I**ncentives/Anreize bieten
- Build up **T**rust/Vertrauen aufbauen

→ **TIBaR**: Trust; Incentives, **B**arriers, **R**esponsive

Die erste Dimension besteht darin, Vertrauen zur Zielgruppe aufzubauen („Build up Trust“). Der Vertrauensaufbau ist grundlegend, um Zugang zur Zielgruppe zu erlangen und mit pflegenden An- und Zuhörigen in Kontakt zu treten. In einem zweiten Schritt gilt es, der Zielgruppe Anreize zu bieten, sich auf das Anliegen des Projekts einzulassen und an Aktivitäten, beispielsweise einem Bürger*innendialog oder einer Fokusgruppen-Diskussion, teilzunehmen („Offer Incentives“). Gleichzeitig sollten die individuellen Barrieren identifiziert werden, die An- und Zugehörige davon abhalten, Angebote des Projekts in Anspruch zu nehmen oder sich an Aktivitäten zu beteiligen.

Um das Projekt erfolgreich umsetzen zu können, sollten diese Barrieren adressiert bzw. abgebaut werden („Be Responsive“). Es empfiehlt sich, ausreichend Zeit und Geduld einzuplanen, eine Stigmatisierung unbedingt zu vermeiden und keine zu schnellen Erfolge zu erwarten. An den Projektstandorten wurden folgende Kommunikationswege genutzt, um die Zielgruppe zu erreichen:

- Vertrauen und Bezüge über Nachbar*innen, Freund*innen, Bekannte und An- und Zugehörige herstellen
- Kirchengemeinden einbinden
- Besuchsdienste, z. B. über Wohlfahrtsverbände, nutzen
- Bürgermeister*innen und Ortsvorsteher*innen (z. B. bei Geburtstagsgratulationen)

- Friedhöfe als wichtige Orte, die aufgesucht werden
- Bäckereien, Cafés
- Ärzt*innen
- Tafeln
- Veranstaltungen (z. B. Bürgerversammlungen, Gemeindefeste)
- kostengünstige Angebote und Transfer zu Angeboten sicherstellen

In den ersten beiden Projekten (GFP und GAP, die von 2018 bis 2024 liefen) wurden Bürger*innendialoge durchgeführt. Dieses Format hat sich für die pflegenden An- und Zugehörigen jedoch als ungeeignet erwiesen, da bei den Veranstaltungen teilweise sehr persönliche Aspekte der Pflege zur Sprache kamen. Zur Bedürfnisanalyse wurden daher Fokusgruppen-Diskussionen durchgeführt. Es hat sich als vorteilhaft erwiesen, vorab ein Gespräch oder Interview mit den Teilnehmenden zu führen, um Vertrauen aufzubauen. In der darauffolgenden Fokusgruppen-Diskussion konnten Erkenntnisse zu den Hauptbelastungsmerkmalen gewonnen werden.

Zu Beginn der Diskussion wurde den Teilnehmer*innen anhand des Regenbogenmodells von Dahlgren & Whitehead (1991) ein einheitliches Verständnis über den Begriff „Gesundheit“ hergestellt und vor diesem Hintergrund die Situation pflegender An- und Zugehöriger diskutiert. Das Modell veranschaulicht den Einfluss individueller Faktoren und externer Bedingungen auf die Gesundheit. Neben Alter, Geschlecht, Ernährung und Bewegungsverhalten spielen auch Kontextfaktoren wie Umgebung, Bildungsangebot, Umwelt, Lebensstil und Möglichkeiten des sozialen Miteinanders eine bedeutende Rolle.

Bei der Diskussion in den Fokusgruppen wurde das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell zugrunde gelegt. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie die Teilnehmer*innen beim Pflegen und Betreuen ihrer Angehörigen gesund bleiben können. Entsprechend ihrer Natur wurden die Belastungen und Ressourcen den jeweiligen Kategorien (bio-psycho-sozial) zugeordnet (siehe Abb. 3).

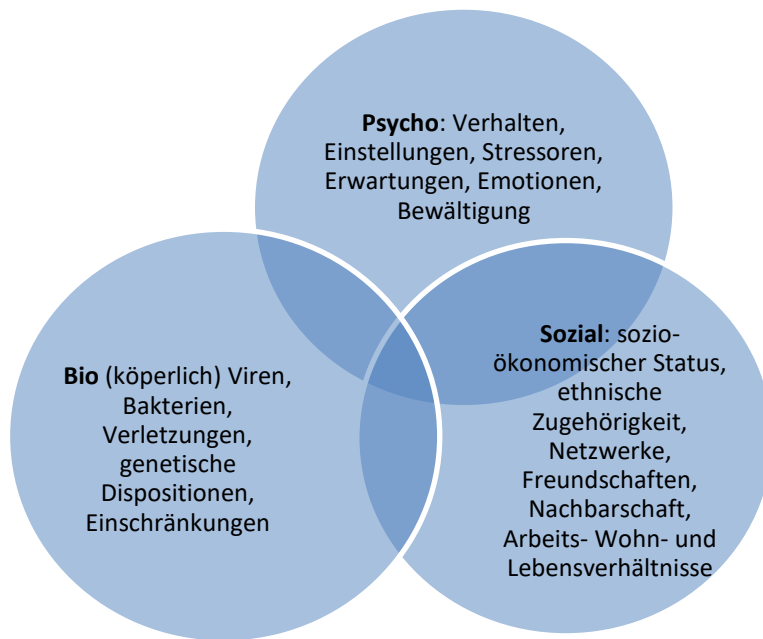


Abb. 3: bio-psycho-soziales Modell zum Verständnis von Krankheit und Gesundheit, 1977, George Engel, eigene Darstellung

Erhoben wurde außerdem, welche Unterstützungsansätze hilfreich sein könnten und welche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung aus Sicht der Teilnehmenden vor Ort geeignet wären. Als belastend wurde in der Fokusgruppen-Diskussion die zunehmende Einsamkeit und soziale Isolation genannt, so dass auch hierfür präventive Maßnahmen gewünscht wurden.

Hinhören und Verstehen: Was uns die Menschen wirklich sagen

Die Gespräche in den Fokusgruppen waren eindrücklich und bewegend. Die geäußerten Erfahrungen und Wünsche der pflegenden An- und Zugehörigen gingen unter die Haut – sie waren ehrlich, unverstellt und zutiefst menschlich. Immer wieder wurde deutlich: Wer sich um andere kümmert, stellt die eigene Gesundheit oft hinten an.

Die Teilnehmenden berichteten von Erschöpfung, Schlafmangel, Rückenschmerzen, Schuldgefühlen, Überforderung, sozialer Isolation, Zeitmangel und Zukunftsängsten. Die ständige Erreichbarkeit und das Fehlen von Regenerationsphasen führten bei vielen zu einem Gefühl des Ausgebrannt-Seins. Die eigene Gesundheit – körperlich wie seelisch – gerät dabei zunehmend aus dem Blick.

Doch trotz aller Belastungen wurden auch Ressourcen und Kraftquellen benannt: Zeit mit der Familie, mit Enkeln oder Kindern, Bewegung an der frischen Luft, Gartenarbeit, Handarbeiten, Singen im Chor oder der Austausch mit Gleichgesinnten. Auch die berufliche Tätigkeit

wurde von einigen als stabilisierender Ausgleich zur Pflege erlebt – ein Raum, in dem sie wieder als eigenständige Person wahrgenommen werden.

Vor diesem Hintergrund wurden klare Wünsche formuliert, wie sich die Situation pflegender An- und Zugehöriger verbessern ließe. Im Mittelpunkt steht der soziale Austausch – etwa in Form von Stammtischen, Selbsthilfegruppen oder einem Sorgentelefon. Ebenso gewünscht sind Angebote zur Resilienzstärkung, Entspannungsformate sowie eine vereinfachte und verlässlichere Betreuung der pflegebedürftigen Person.

Pflegende An- und Zugehörige: die eigene Gesundheit als Nebensache

Um pflegende An- und Zugehörige wirksam zu entlasten, müssen gesundheitsförderliche Angebote niedrigschwellig, alltagsnah und zielgruppengerecht sein. Zentral ist es, die tatsächlichen Bedürfnisse der pflegenden Zielgruppe zu erkennen und ernst zu nehmen. Dazu gehören z. B. die zeitweise Betreuung der pflegebedürftigen Person in der Häuslichkeit durch ehrenamtliche Helfer*innen oder die Möglichkeit des Mitbringens des Pflegebedürftigen zu einem Angebot.

In der Regel ist die häusliche Pflege in Familienkonstellationen eingebettet. Pflegende An- und Zugehörige sind in erster Linie Ehefrauen oder -männer sowie (Schwieger-)Töchter oder -Söhne, die die Pflege ihres Familienmitglieds als verantwortungsvolle Aufgabe übernehmen. Durch die Pflegesituation kann sich das Verhältnis zwischen pflegender und gepflegter Person jedoch grundlegend ändern. Über die Jahre entwickelte, ausgehandelte oder eingeschlifene Rollenmuster und Zuständigkeiten können sich dann verändern. Tabus können berührt und Schamgrenzen überschritten werden. Auch Paar- oder Generationenkonflikte und -erfahrungen können sich in der Pflegesituation widerspiegeln bzw. diese beeinflussen. Familiäre Spannungen und Auseinandersetzungen können sich negativ auf das Pflegearrangement auswirken (Büscher, 2020).

Aus der Praxis lernen: Reflexion und Erkenntnisse der Projektbeteiligten

Im Anschluss an die Fokusgruppen-Diskussionen reflektierten die beteiligten Projektkoordinator*innen gemeinsam mit den Verantwortlichen des AWO Bundesverbands die gewonnenen Erkenntnisse. Daraus wurden zentrale **Lessons Learned abgeleitet**, die sowohl für die Weiterentwicklung bestehender Angebote als auch für zukünftige Projekte richtungsweisend sind.

- Um pflegende An- und Zugehörige für die Fokusgruppen-Diskussionen zu gewinnen, ist viel Vorlaufzeit nötig. Es gilt, über unterschiedliche Kanäle Zugang zu finden, Vertrauen aufzubauen und die Teilnehmenden auf das Thema vorzubereiten.

- Die Interviews im Vorfeld können hilfreich sein, um in das Thema einzuleiten, den Teilnehmenden Denkipulse zu geben und sie dazu anzuregen, sich bereits im Vorfeld Gedanken zu ihren Belastungen, Ressourcen etc. zu machen.
- Manchen pflegenden An- und Zugehörigen fällt es schwer, den Fokus auf die eigenen Bedürfnisse zu lenken. Es wird oft zuerst über die pflegebedürftige Person gesprochen. Hier ist es Aufgabe der Moderation, immer wieder den Fokus auf die pflegende An- und Zugehörige zu lenken.
- Das Mitteilungsbedürfnis ist bereits in der Vorstellungsrunde sehr groß, weshalb diese Phase gut moderiert werden muss.
- Emotionen wie Traurigkeit, Wut oder Ärger, die bei den Teilnehmenden durch belastende Erfahrungen und Situationen ausgelöst werden, können nur schwer aufgefangen werden. An dieser Stelle ist es wichtig, am Ende der Fokusgruppen-Diskussion auf Beratungsangebote hinzuweisen.
- Die meisten Teilnehmenden konnten sich während der Diskussion öffnen und es fand ein sehr vertrauter Austausch über ihre Situation, Sorgen, Belastungen und Wünsche statt, obwohl sie die anderen Teilnehmenden nicht kannten.
- Das Mitteilungsbedürfnis und der Bedarf nach Austausch mit anderen pflegenden An- und Zugehörigen waren sehr groß, da dies das Gefühl vermittelt, „nicht allein in der Situation zu sein“.
- Es wurde der Wunsch geäußert, die Gruppe und die Gesprächsrunde weiterzuführen.
- Die Wertschätzung und der Dank an die AWO-Projektverantwortlichen für die Durchführung waren groß, was die Wichtigkeit des sozialen Austausches verdeutlicht.

Vom Wunsch zur Wirklichkeit: So werden Bedarfe in konkrete Angebote übersetzt

Auf Grundlage der systematischen Bedarfs- und Bedürfnisermittlung wurden in den beiden abgeschlossenen Projekten „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Quartier“ (GFP) und „Gesund Altern und Pflegen im Quartier“ (GAP) zahlreiche gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt. Die Planung der Maßnahmen im aktuell laufenden Projekt PflAQ⁴ läuft gerade. Die Finanzierung erfolgte über § 20 SGB V gemäß dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands (2024).

Einige Angebote richteten sich gezielt an pflegende An- und Zugehörige, wie etwa das Gesprächsangebot für pflegende An- und Zugehörige „Café Auszeit“ oder „Café Achtsam“. Andere Maßnahmen waren zielgruppenübergreifend konzipiert und sprachen ältere

⁴ Pflegende An- und Zugehörige im Quartier – Gesundheit fördern, Prävention stärken

Menschen insgesamt an – beispielsweise Bewegungsangebote im öffentlichen Raum wie seniorengerechte Spaziergänge, Trittsicher-Bewegungskurse oder Nordic Walking.

Der inhaltliche Fokus lag auf den im Leitfaden Prävention definierten Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung sowie Stress- und Ressourcenmanagement. Ziel war es, sowohl verhaltenspräventive Maßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung als auch verhältnispräventive Maßnahmen zum gesundheitsfördernden Strukturaufbau im Quartier umzusetzen.

Beispiele für Bewegungsförderung für ältere Menschen:

- Nordic Walking
- Seniorengerechte Spaziergänge
- Trittsicher - Bewegungskurse
- Seniorengymnastik im Freien
- Bewegungsbesuche zu Hause durch geschulte Ehrenamtliche

Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung:

- Vortragsreihe zur seniorengerechten Ernährung
- Gemeinsamer Mittagstisch
- Seniorencafé

Weitere gesundheitsfördernde Angebote:

- Zentrale Treffpunkte für Austausch und Veranstaltungen
- Ehrenamtsbörse zur gegenseitigen Unterstützung
- Handarbeitstreff und Erzählnachmittage
- Gehirnjogging-Kurse

Spezifische Angebote für pflegende An- und Zugehörige im Bereich Stress- und Ressourcenmanagement:

- Achtsamkeitskurse
- Progressive Muskelentspannung (PMR)
- Gesprächskreise wie „Café Achtsam“ und „Café Auszeit“
- Pflege-Sprechstunden und Informationsveranstaltungen

Vom Projekt zur Praxis – Verstetigung sichern

Zum Ende der Projektlaufzeit laden die AWO-Projekt Koordinator*innen den Steuerungskreis sowie weitere zentrale regionale Akteure zu einer **Nachhaltigkeitswerkstatt** ein. Ziel dieses

Treffens ist es, die im Projekt entstandenen Strukturen, Angebote und Maßnahmen langfristig zu sichern und in die regionale Praxis zu überführen. Die Teilnehmer*innen erhalten zunächst einen Überblick über die aktuelle IST-Situation sowie die im Projektverlauf aufgebauten gesundheitsfördernden Strukturen. In einem praxisnahen Austausch wird gemeinsam erarbeitet, **wie die Nachhaltigkeit dieser Angebote und Netzwerke gewährleistet werden kann**. Dabei stehen insbesondere folgende Fragen im Fokus:

- Welche Personen und Ressourcen werden für die Verstetigung benötigt?
- Wie können diese gewonnen bzw. bereitgestellt werden?
- Welche konkreten Vereinbarungen und Zuständigkeiten sind notwendig?

Besonders wichtig ist dabei, **verbindliche Commitments** mit kommunalen Vertreter*innen, Kirchengemeinden, Nachbarschaftsvereinen und weiteren relevanten Akteuren zu treffen, um die nachhaltige Verankerung der Maßnahmen sicherzustellen.

Ein zentrales Element der Werkstatt bildet die Leitfrage: „**Wenn Sie sich vorstellen, dass in [Ort XY] gesundheitsfördernde Strukturen aufgebaut sind – was ist dann anders?**“

Diese Frage dient als Impuls, um gemeinsam Visionen zu entwickeln und realistische Schritte zur Umsetzung zu definieren. Zur Stärkung der Verbindlichkeit erhalten alle Teilnehmenden ein Protokoll mit den Ergebnissen und Vereinbarungen des Treffens. Der Projektabschluss wird durch lokale Öffentlichkeitsarbeit begleitet, in der das Engagement der Projektunterstützer*innen und Beteiligten gewürdigt wird. Dies ist der Auftakt in eine neue Phase der Verstetigung.

Auch kleine Erfolge zählen – Gelingensfaktoren der Projekte

In Laufe der Projekte konnten Gelingensfaktoren identifiziert werden, die zur erfolgreichen Umsetzung und Inanspruchnahme Maßnahmen beigetragen haben.

Ein zentraler Erfolgsfaktor war die **partizipative Bedürfniserhebung**. Durch die aktive Einbindung der Zielgruppen konnten Bedarfe realistisch erfasst und passgenaue Angebote entwickelt werden. Die Beteiligung förderte nicht nur die Akzeptanz, sondern auch das Vertrauen in die Maßnahmen.

Ebenso entscheidend war die **Beachtung regionaler Besonderheiten**. Die Maßnahmen wurden nicht „von der Stange“ umgesetzt, sondern orientierten sich an den lokalen Gegebenheiten, Ressourcen und sozialen Strukturen. Insbesondere die Einbeziehung regionaler Akteure und Netzwerke wie (Sport)vereine, Kirchengemeinden und Quartierseinrichtungen stärkte die Anschlussfähigkeit und Chance auf Verstetigung.

Mit Blick auf die Zukunft wurde frühzeitig eine **Strategie zur Nachhaltigkeit** entwickelt. Die Durchführung von **Nachhaltigkeitswerkstätten** ermöglichte es, gemeinsam mit lokalen Akteuren Perspektiven für die Verstetigung zu erarbeiten, Ressourcen zu identifizieren und konkrete Vereinbarungen zu treffen.

Und: Auch kleine Erfolge sind wertvoll. So zeigt etwa die geringe Teilnehmendenzahl von fünf bis sechs Personen bei einem Yoga-Angebot nicht mangelndes Interesse, sondern vielmehr den Bedarf an weiterer Bekanntmachung und Etablierung solcher Angebote im Quartier. Immer wieder wurde deutlich: Wichtig ist die Beteiligung der Menschen, damit Strukturen nachhaltig etabliert und Nachhaltigkeit gesichert werden können.

Dank gilt dem Verband der Ersatzkassen (vdek), mit dem durch lang bewährte Zusammenarbeit die Projekte realisiert werden konnten und der durch die Förderung die Umsetzung ermöglicht.

Im Rahmen der Projekte entstanden im AWO Bundesverband die Praxisleitfäden

„Gesund älter werden im ländlichen Raum“ sowie



„Gesund Altern und Pflegen im ländlichen Raum

Die praktische Arbeitshilfe richtet sich an Praktiker*innen und Entscheidungsträger*innen, die eine gesundheitsfördernde Quartiersentwicklung für ältere Menschen und pflegende An- und Zugehörige anstoßen wollen.



Darüber hinaus werden für alle Kolleg*innen in der AWO digitale Transfer-Workshops angeboten, um den Auf- und Ausbau gesundheitsfördernder Strukturen in den Quartieren zu befördern.

Literatur:

- AWO Bundesverband (2029). Kölner Erklärung AWO aktiv im Quartier – Ehrenamt und Hauptamt – Hand in Hand. Vorgelegt zur 9. Sozialkonferenz der AWO am 04. Mai 2019. [9-Sozialkonferenz.pdf](#) (22.07.2025).
- Bohnet-Joschko, S. (2020). Transferbericht. Zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige (ZipA), Witten. [Transferbericht: Angehörigenpflege \(angehoerigenpflege.info\)](#) (24.07.2025).

- Büscher, A. (2020): Bedarfslagen in der häuslichen Pflege. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. (Hg.): Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Berlin: Springer, S. 55–64
- Bremer Arbeitnehmerkammer (2024). Beruf und Pflege vereinbaren, Infoblatt Oktober 2024 [AKB-24-010 Arbeit-und-Gesundheit Infoblatt-A4 Beruf-und-Pflege_RZ_04_web.pdf](#) (24.07.2025).
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute für Future Studies.
- Dräger, D., Blüher, S., Kummer, K., Budnick, A. (2013). Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. In: *Pflege & Gesellschaft* (1), S. 50–64. DOI: 10.3262/P&G1301050.
- Ehrlich, U., Brünnig, M., Kelle, N. (2024). Doppelbelastung ohne Entlastung? Herausforderungen und gesetzliche Maßnahmen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in einer alternden Gesellschaft [DZA Aktuell 03/2024]. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. [DZA](#) (24.07.2025)
- GKV-Spitzenverband (2024). Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 19. Dezember 2024, [Leitfaden Prävention](#) (29.07.2025)
- Kammerer, K., Falk K., Herzog A. & Fuchs J. (2019). How to reach ‘hard-to-reach’ older people for research: The TIBaR model of recruitment. *Survey Methods: Insights from the Field*.
- Pfundt, K. (2024). Quartiersarbeit in der AWO. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. & Kompetenznetz Einsamkeit. <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/download/8593/?tmstv=1729770010> (25.07.2024).
- Schwinger, A. & Zok, K. (2024). Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände (WIdO-Monitor 1/2024). Wissenschaftliches Institut der AOK. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/WIdOmonitor/wido-monitor_1_2024_pflegehaushalte.pdf (25.07.2025).

Andrea Weskamm

Projektleitung PflAQ; der Artikel ist in der Zeitschrift TUP (Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit) 76. Jg. Heft 4/2025 erschienen.