



Die Rolle der Kommunen: Ziele, Handlungsfelder und Gestaltungsmöglichkeiten kommunaler Pflegepolitik

Antonio Brettschneider

- 18.1 Einleitung – 221**

- 18.2 Grundlagen, Ziele und Herausforderungen kommunaler Pflegepolitik – 222**
 - 18.2.1 Gesetzliche Grundlagen – 222
 - 18.2.2 Ziele – 223
 - 18.2.3 Strukturelle Herausforderungen – 224

- 18.3 Handlungs- und Gestaltungsfelder kommunaler Pflegepolitik – 225**
 - 18.3.1 Pflegerische Versorgung – 225
 - 18.3.2 Gesundheitsversorgung – 228
 - 18.3.3 Palliativversorgung – 228
 - 18.3.4 Komplementäre Unterstützungsangebote – 229
 - 18.3.5 Alternative Pflegewohnformen – 229
 - 18.3.6 Wohnraumversorgung und Quartiersgestaltung – 230
 - 18.3.7 Angebote zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger – 231
 - 18.3.8 Förderung des ehrenamtlichen Engagements – 232
 - 18.3.9 Information, Beratung und Fallmanagement – 232
 - 18.3.10 Planung, Vernetzung und Koordination – 234

18.4 Fazit – 235

Literatur – 237

■ Zusammenfassung

In den letzten Jahren mehren sich die politischen Bestrebungen, die Rolle der Kommunen in der Pflege durch stärkere eigene Steuerungsmöglichkeiten sowie eine verbesserte Einbindung in die Pflegestrukturen zu stärken. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die verschiedenen Handlungs- und Gestaltungsfelder kommunaler Pflegepolitik und diskutiert die tatsächlichen Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen auf die Ausgestaltung der lokalen pflegerischen Versorgungsstruktur. Hierbei wird auf die bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der vielfältigen Änderungen im Zusammenhang mit den Pflegestärkungsgesetzen (PSG I–III) eingegangen; die Bedeutung der landesrechtlichen Rahmenbedingungen wird am Beispiel des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen und der hier 2014 reformierten Landesgesetzgebung dargestellt.

In recent years, there have been several political efforts in Germany to strengthen the role of municipalities in long-term care by means of stronger control options and improved involvement in the nursing care structures. The article gives an overview of the various fields of action of municipal long-term care policy and discusses the actual options of the municipalities to take influence on the local care infrastructure. In this context, the author discusses the federal legal framework against the background of the manifold changes laid down in the nursing care strengthening acts (PSG I–III) and illustrates the importance of the framework conditions under state law using the example of the federal state of North Rhine-Westphalia and the state legislation reformed in 2014.

18.1 Einleitung

Die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre hat seinerzeit zu einer deutlichen finanziellen Entlastung der Sozialhilfe und damit auch der kommunalen Haushalte geführt. Im Gegenzug hat die kom-

munale Ebene im Bereich der Pflege jedoch stark an Bedeutung und an Gestaltungsmacht verloren, da mit der Einführung der Pflegeversicherung die Steuerungskompetenzen im Pflegesystem auf Bundes- und Landesebene zentralisiert wurden. Durch die Einführung der Pflegeversicherung ist zudem ein Pflegemarkt entstanden, der die Versorgung der Betroffenen innerhalb der detaillierten Regulierungen des SGB IX weitgehend durch das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage regelt. In der Konsequenz ist es im Zeitverlauf zu einer „Entpflichtung und Selbstentpflichtung der Kommunen“ (FES/KDA 2013: 11) und zu einem allgemeinen „Rückzug der Kommunen aus der pflegerischen Versorgungsverantwortung“ (Naegele 2014, S. 34) gekommen.

Vor dem Hintergrund vielfältiger Defizite und komplexer Herausforderungen des Pflegesystems wird seitens der Fachwelt indes schon seit Jahren eine „Wiederentdeckung der Rolle der Kommunen“ (FES/KDA 2013, S. 6) bzw. eine „pflegepolitische Revitalisierung der Kommunen“ (Naegele 2014, S. 43) gefordert. Die Kommunen, so der Tenor vieler Beiträge, seien aufgrund ihrer Kenntnisse der jeweiligen örtlichen Strukturen und Bedarfe, ihrer lokalen Vernetzung und ihrer grundsätzlichen Nähe zu den Bürgerinnen und Bürgern besonders gut geeignet, die Entwicklung tragfähiger Altenhilfe- und Pflegestrukturen voranzutreiben und zu steuern (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2010; Deutscher Städtetag 2015). Die empfohlene Stärkung der Gestaltungsmacht der Kommunen in der Pflege bezieht sich im Kern auf zwei eng miteinander verknüpfte Handlungs- bzw. Steuerungsebenen, nämlich die Planung und Steuerung der lokalen Pflegestruktur (strukturelle Ebene) sowie die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen (individuelle Ebene).

Die Politik hat diese Empfehlungen in der vergangenen Legislaturperiode in Teilen aufgenommen. So wurde im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien von 2013 das Ziel formuliert, die Steuerungs- und Planungskompetenz der Kommunen für die regionale Pflegestruktur zu stärken und die kommunale Ebene ins-

gesamt stärker in die Pflegepolitik „vor Ort“ einzubinden. Die 2015 veröffentlichten Empfehlungen der hierfür eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege haben Eingang in das Ende 2016 verabschiedete dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) gefunden, das zumindest dem eigenen Anspruch nach auf eine Stärkung der Rolle der Kommunen bei der Ausgestaltung der örtlichen Versorgungsstrukturen abzielt.

Auch auf der Ebene der Pflegegesetzgebung der Länder hat es in den letzten Jahren explizite Bestrebungen gegeben, die Rolle der Kommunen in der Pflege zu stärken; dies gilt u. a. für das 2014 in Nordrhein-Westfalen neu gefasste Alten- und Pflegegesetz (APG NRW), das den Kommunen an verschiedenen Stellen zusätzliche Kompetenzen zuweist.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich der vorliegende Beitrag mit der Frage, ob und inwiefern es in den letzten Jahren tatsächlich zu einer substanziellen Stärkung der Kommunen in der Pflege gekommen ist und ob die Kommunen der ihnen zugedachten, aktiv gestaltenden Rolle im lokalen Pflegegeschehen auch gerecht werden können. Im Folgenden werden hierfür zunächst die gesetzlichen Grundlagen, die wichtigsten Ziele und die Herausforderungen der kommunalen Pflegepolitik skizziert (► Abschn. 18.2), bevor die verschiedenen Bausteine der lokalen pflegerischen Versorgungsstruktur und damit auch die zentralen Handlungsfelder der kommunalen Pflegepolitik systematisch in den Blick genommen werden (► Abschn. 18.3). Abschließend werden einige Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Gestaltungspotenziale der Kommunen im Pflegebereich abgeleitet (► Abschn. 18.4).

18.2 Grundlagen, Ziele und Herausforderungen kommunaler Pflegepolitik

18.2.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Aufteilung der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zwischen Bund, Ländern, Kommunen und Sozialverwaltungsträgern im Bereich der Pflege ist historisch gewachsen und äußerst komplex (Waldhoff 2012). Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung, so der oft zitierte § 8 Abs. 1 SGB XI, ist dem Grundsatz nach eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe; es liegt demnach in der gemeinsamen Verantwortung der Länder, der Kommunen, der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekassen, eine „leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung“ zu gewährleisten (§ 8 Abs. 2 SGB XI).

Die **Pflegekassen** sind im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags nach § 69 SGB XI dazu verpflichtet, eine „bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten“ zu gewährleisten; zur Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags sollen sie nach § 12 SGB XI mit „allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten“ eng zusammenarbeiten und auf eine „Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen“ hinwirken, um eine „Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen“ zu ermöglichen.

Die **Bundesländer** sind nach § 9 SGB XI für die „Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ verantwortlich; viele Bundesländer haben ihre Infrastrukturverantwortung im Rahmen ihrer jeweiligen Landespflegegesetze jedoch weitgehend an die Kommunen weitergegeben. So ist beispielsweise im 2014 neu gefassten Alten-

und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalens (APG NRW) die „Sicherstellung und Koordinierung der Angebotsstruktur“ explizit den Kreisen und kreisfreien Städten als Pflichtaufgabe zugewiesen; diese sind „verpflichtet, eine den örtlichen Bedarfen entsprechende pflegerische Angebotsstruktur [...] sicherzustellen“ (§ 4 APG NRW).

Die **Kommunen** sind darüber hinaus als örtliche Sozialhilfeträger in vielen (jedoch nicht in allen) Bundesländern für die Hilfe zur Pflege nach dem 6. Kapitel des SGB XII zuständig; generell haben sie im Sinne der Daseinsvorsorge die Letztverantwortung für die Versorgung der örtlichen Bevölkerung.

Die hier in groben Zügen skizzierte Verantwortungsverteilung durch den Bundes- bzw. die Landesgesetzgeber hat größtenteils programmatisch-deklamatorischen Charakter; von einer rechtlich klar definierten und inhaltlich konsistenten Aufgaben- und Rollenverteilung insbesondere zwischen den Pflegekassen und den Ländern bzw. Kommunen kann hier nur bedingt gesprochen werden. In der Literatur wird üblicherweise zwischen der Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung für die *Pflegeleistungen* (als Leistungsverpflichtung der Pflegekassen gegenüber ihren Versicherten) und der Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung für die *Pflegeinfrastruktur* (als Aufgabe der Länder bzw. nachgeordnet der Kommunen innerhalb ihres jeweiligen räumlichen Zuständigkeitsbereiches) unterschieden, wobei diese grobe Einteilung an vielen Stellen konkretisierungsbedürftig bleibt (Waldhoff 2012). In den politischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzungen um das PSG III hat sich erneut gezeigt, dass zwischen den verschiedenen Akteuren der Pflegepolitik im Hinblick auf die konkrete Verantwortungs- und Kompetenzabgrenzung im Mehrebenensystem der Pflege weiterhin erhebliche Interpretations- und Interessensgegensätze bestehen.

18.2.2 Ziele

Dessen ungeachtet lassen sich aus den einschlägigen Regelungen des SGB XI bzw. ergänzend des SGB XII für die kommunale Pflegepolitik im Wesentlichen drei übergreifende Ziele ableiten:

- Sicherstellung, Ausbau und Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten örtlichen pflegerischen Versorgungsstruktur,
- Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“,
- Entwicklung und Förderung einer (lokalen) Sorgekultur.

■ ■ Sicherstellung, Ausbau und Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten örtlichen pflegerischen Versorgungsstruktur

Oberstes Ziel der Pflegepolitik auf allen Ebenen ist es, pflegebedürftigen Menschen bis zum Lebensende ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben mit einer hohen Versorgungssicherheit zu ermöglichen (§ 2 Abs. 1 SGB XI). Grundvoraussetzung hierfür ist ein umfassendes lokales Unterstützungs- und Versorgungsangebot, das den Betroffenen in der höchstmöglichen Qualität, Transparenz und Erreichbarkeit zur Verfügung steht. Zur Gewährleistung von lokaler Versorgungssicherheit gehören in diesem Sinne auch die möglichst weitgehende Verwirklichung der Wunsch- und Wahlrechte der Pflegebedürftigen (§ 2 SGB XI), die Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse aufgrund von Geschlecht, Religionszugehörigkeit, sexueller Identität und ethnisch-kulturellem Hintergrund (§ 1 Abs. 5 und § 2 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI) sowie die Wahrung der Trägervielfalt (§ 11 Abs. 2 SGB XI).

■ ■ Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“

Der Vorrang der häuslichen bzw. ambulanten Pflege vor den Leistungen der vollstationären Pflege ist sowohl im Pflegeversicherungsrecht (§ 3 SGB XI) als auch im sozialhilferechtlichen Bereich der Hilfe zur Pflege explizit festge-

schrieben (§ 64 SGB XII). Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist dabei sowohl durch normative Selbstbestimmungs- als auch durch pragmatische Kostenaspekte begründet: Zum einen entspricht es den Wünschen der Betroffenen, ihren Lebensabend auch im Fall körperlicher Beeinträchtigungen möglichst lange in ihrer gewohnten Lebensumgebung verbringen zu können; zum anderen kann die Vermeidung bzw. Hinauszögerung einer vollstationären Unterbringung dazu beitragen, die Kosten sowohl für die Pflegeversicherung als auch für die (in der Regel kommunal getragene) Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zu begrenzen.

Nicht nur auf Bundesebene (PSG I–III), sondern auch in vielen Bundesländern und Kommunen lässt sich in den letzten Jahren ein eindeutiger Trend weg von der Finanzierung traditioneller stationärer Großeinrichtungen und hin zur Stärkung von ambulanten Versorgungsstrukturen und quartiersbezogenen Wohn- und Pflegearrangements beobachten.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ sollte dabei allerdings nicht im Sinne einer einfachen Dichotomie oder gar im Sinne eines „Nullsummenspiels“ verstanden werden. Im Sinne der individuellen Selbstbestimmung sollte es vielmehr darum gehen, ein graduell abgestuftes und aufeinander abgestimmtes Versorgungssystem aus niederschweligen, ambulanten, komplementären, teilstationären und stationären Versorgungsformen aufzubauen, das individuell zugeschnittene Kombinationen und passgenaue Pflegesettings ermöglicht.

■ ■ Entwicklung und Förderung einer lokalen Sorgeskultur

Eine dritte, stärker gesellschaftspolitisch fundierte Zielsetzung bezieht sich auf die Aktivierung bzw. Revitalisierung zivilgesellschaftlicher Ressourcen im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für die Pflege. Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen sind nach § 8 Abs. 2 SGB XI dazu aufgefordert, „die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie

durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen“ zu unterstützen und zu fördern und so auf eine „neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung“ hinzuwirken.

Der Aufbau und die Wiederbelebung von lokalen Unterstützungsnetzwerken und Verantwortungsgemeinschaften wird im Pflegebereich schon seit Jahren unter dem Begriff „Caring Communities“ bzw. „Sorgende Gemeinschaften“ diskutiert (Klie 2010); die Bedeutung lokaler Strukturen für die Entwicklung einer diesbezüglichen „Sorgeskultur“ (Deutscher Bundestag 2016, S. 23) ist insbesondere im siebten Altenbericht der Bundesregierung von 2016 explizit angesprochen worden.

18.2.3 Strukturelle Herausforderungen

Die (kommunale) Pflegepolitik steht vor einer Reihe von übergreifenden Veränderungen und Herausforderungen, auf die in den nächsten Jahren überzeugende Antworten gefunden werden müssen:

- Aufgrund des demografischen Wandels steigt nicht nur der Anteil älterer, sondern insbesondere auch der Anteil hochalt-riger und mit hohem Pflegerisiko behafteter Menschen; in den nächsten zwei Jahrzehnten ist daher mit einem deutlichen Anstieg der Pflegefallzahlen zu rechnen (Kochskämper 2018b).
- Dem demografisch bedingten zunehmenden Pflegebedarf steht ein tendenziell abnehmendes familiäres Pflegepotenzial gegenüber. Soziostrukturelle und kulturelle gesellschaftliche Entwicklungen (u. a. veränderte Familienformen, zunehmende Zahl der Einpersonenhaushalte, steigende Frauenerwerbsquoten, zunehmende berufliche und räumliche Mobilität) lassen einen Rückgang an Möglichkeiten der Pflege in den Familien und einen verstärkten Bedarf an professionellen Dienstleistungen erwarten.
- Der zunehmende Fachkräftemangel in den Pflegeberufen ist jedoch bereits heute vi-

rulent und wird sich in den kommenden Jahren zuspitzen. Wenn es nicht gelingt, der absehbar steigenden Nachfrage eine ausreichende Kapazität von Pflege- und Pflegefachpersonal gegenüberzustellen, werden die bereits heute punktuell zu beobachtenden Situationen der Mangelversorgung besonders in ländlichen, überalterten und strukturschwachen Räumen deutlich zunehmen.

- Von besonderer Bedeutung für die Kommunen ist der Trend zur wachsenden sozialen Ungleichheit und zur zunehmenden Altersarmut, der sich mittelfristig auch in einer steigenden Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII und einer dementsprechend stärkeren Belastung der ohnehin oftmals stark angespannten kommunalen Haushalte niederschlagen dürfte.¹

Vor dem Hintergrund dieser komplexen Problemkonstellation ist es für die kommunale Pflegepolitik umso wichtiger, die Ziele der Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur, der Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und der Förderung einer lokalen Sorgeskultur konsequent zu verfolgen. Eine ganzheitliche kommunale Pflegepolitik hat in diesem Kontext ein weites Spektrum verschiedener Handlungs- und Gestaltungsfelder zu bearbeiten, die im folgenden Abschnitt näher beschrieben werden.

18.3 Handlungs- und Gestaltungsfelder kommunaler Pflegepolitik

Wenn es um die in einer Kommune vorhandene und politisch zu gestaltende Unterstüt-

zungs- und Versorgungsstruktur für pflegebedürftige Personen (und ihre Angehörigen) geht, ist der Blick weit über den Bereich der pflegerischen Versorgung im engeren Sinne hinaus zu richten. Im Rahmen einer ganzheitlichen Perspektive umfasst die lokale Versorgungsstruktur eine Vielzahl von Feldern und Bereichen, die zugleich auch Ansatzpunkte für kommunale Gestaltungsbemühungen darstellen (■ Tab. 18.1).

Die verschiedenen Bausteine der örtlichen pflegerischen Versorgungslandschaft und die jeweiligen Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen werden im Folgenden überblicksartig (und ohne Anspruch auf Vollständigkeit) dargestellt.

18.3.1 Pflegerische Versorgung

Die Versorgung mit vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und -diensten bildet den Kern der kommunalen pflegerischen Versorgungsstruktur.

Im Hinblick auf **vollstationäre Pflegeeinrichtungen** lassen sich in den letzten Jahren auf Landes- wie auch auf kommunaler Ebene verstärkte Bestrebungen beobachten, den quantitativen Anstieg des stationären Angebots nach dem Motto „so wenig wie möglich – so viel wie nötig“ zu begrenzen und insbesondere ein über dem lokalen Bedarf liegendes Angebot an stationären Plätzen nach Möglichkeit zu verhindern. Dahinter steckt die Befürchtung, dass ein quantitatives Überangebot an stationären Plätzen die Nachfrage im stationären Bereich übermäßig anregt und eine „Sogwirkung“ zulasten häuslicher bzw. ambulanter Versorgungsformen entfaltet (Naegele 2014, S. 35).

Die Kommunen haben indes keine rechtliche Handhabe, den über den lokalen Bedarf hinausgehenden Neubau bzw. die Erweiterung von stationären Einrichtungen in ihrem räumlichen Gebiet zu verhindern, sofern die gesetzlichen Auflagen erfüllt sind. In einzelnen Bundesländern können die Kommunen allerdings begrenzten Einfluss auf die Investitions-

¹ Der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an den Pflegebedürftigen insgesamt lag 2015 bundesweit bei 12,2 % (Kochskämper 2018a); auf kommunaler Ebene variierte er indes zwischen 29 % in Lübeck und 4 % in einzelnen Landkreisen in Thüringen. Insbesondere in größeren Städten sowie in stationären Einrichtungen beziehen überproportional viele Pflegebedürftige die Hilfe zur Pflege.

■ Tabelle 18.1 Bausteine der örtlichen Versorgungsstruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen

Pflegerische Versorgung	Gesundheitsversorgung
<ul style="list-style-type: none"> – Ambulante Pflegedienste – Tagespflege, Kurzzeitpflege, Nachtpflege – Stationäre Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> – Ambulante Gesundheitsversorgung (Ärzte, Apotheken) – Stationäre Gesundheitsversorgung (Krankenhäuser)
Palliativversorgung	Komplementäre Unterstützungsangebote
<ul style="list-style-type: none"> – Palliativmedizinische Betreuung durch niedergelassene Ärzte und Kliniken – Palliativpflege durch ambulante Pflegedienste und ambulante Hospizdienste – Stationäre Hospize 	<ul style="list-style-type: none"> – Haushaltsnahe Dienstleistungen (Mahlzeitservice, Fahrdienste, Haushaltsdienste, Hausnotruf, persönliche Assistenz)
Alternative Pflegewohnformen	Wohnraumversorgung und Quartiersgestaltung
<ul style="list-style-type: none"> – Ambulant betreute Wohngemeinschaften (selbst- vs. anbieterverantwortet) – Betreutes Wohnen, „Servicewohnen“ 	<ul style="list-style-type: none"> – Barrierefreier/barrierearmer Wohnraum – Sozialraum: altengerechte Quartiersstrukturen – Sonstige wohnortnahe Angebote, u. a. Seniorenbegegnungsstätten
Angebote zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger	Förderung ehrenamtlichen Engagements
<ul style="list-style-type: none"> – Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, insbesondere für Angehörige von Demenzkranken 	<ul style="list-style-type: none"> – Förderung, Ermöglichung, Unterstützung, Koordination von Zivilgesellschaft, bürgerliches Engagement, Ehrenamt, Nachbarschaftshilfe
Information, Beratung und Fallmanagement	Planung, Vernetzung und Koordination
<ul style="list-style-type: none"> – Öffentlichkeitsarbeit, Informationsbroschüren/ Onlineportale – Trägerunabhängige Beratung – Individuelles Fallmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> – Regelmäßiges kleinräumiges Monitoring (Pflegeplanung) – Aufbau kommunaler Vernetzungsgremien
Pflege-Report 2019	

bedingungen für stationäre Einrichtungen nehmen. So haben beispielsweise die Kommunen in NRW seit 2014 die Option, ihre örtliche Pflegeplanung in Form einer sog. „verbindlichen Bedarfsplanung“ auszugestalten, um ein Überangebot von stationären Pflegeplätzen zu vermeiden (§ 7 Abs. 6 APG NRW). Im Rahmen der verbindlichen Bedarfsplanung bestimmt der örtliche Träger der Sozialhilfe, dass teil- oder vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die innerhalb seines örtlichen Zuständigkeitsbereiches neu entstehen und zusätzliche Pflegeplätze schaffen sollen, nur dann eine Investitionskostenförderung in Form des Pflegewohnungsgeldes erhalten, wenn für diese Einrichtungen auf der Grundlage der örtlichen Bedarfsplanung ein bestehender Bedarf bestätigt wird. Anbieter,

denen aufgrund der fehlenden Bedarfsbestätigung die Investitionskostenförderung versagt wird, sind zwar *formal* nicht vom Marktzugang ausgeschlossen, haben aber *de facto* einen erheblichen Wettbewerbsnachteil.

Einfluss auf das lokale Angebot an vollstationären Plätzen können im Übrigen auch die jeweiligen Pflegeheimgesetze der Bundesländer haben. Die Einführung verbindlicher Einzelzimmerquoten (75 % in Bayern seit 2016, 80 % in NRW seit August 2018, 100 % in Baden-Württemberg ab September 2019) kann zu einer spürbaren Verknappung des Platzangebots führen; hier liegt es zum Teil auch im Ermessen der örtlichen Heimaufsicht, wie die jeweiligen landesrechtlichen Übergangs- und Ausnahmeregelungen ausgelegt und angewendet werden.

Anders als bei der vollstationären Dauerpflege wird bei der **Kurzzeitpflege** keine Begrenzung, sondern vielmehr ein substanzieller Ausbau angestrebt, da die Möglichkeit der vorübergehenden Pflege und Betreuung einer pflegebedürftigen Person in einer vollstationären Einrichtung auch dazu beitragen kann, pflegende Angehörige zu entlasten und häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren.

Der steigenden Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen² steht in vielen Kommunen jedoch bislang kein ausreichendes und verlässliches Angebot gegenüber; so sehen über die Hälfte der Kreise und kreisfreien Städte in NRW den aktuellen Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen nicht gedeckt (Braeseke et al. 2017). Zudem verschlechtert sich im Zeitverlauf das Verhältnis von „fixen“ und „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätzen mit dem Ergebnis, dass ein Teil der in den Einrichtungen eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze mit Dauergepflegten belegt sind und daher faktisch für die Kurzzeitpflege nicht zur Verfügung stehen.

Die Einflussmöglichkeiten der Kommunen sind hier sehr begrenzt. Nach wie vor rentiert es sich für stationäre Pflegeeinrichtungen aufgrund der schwierigen Refinanzierungsbedingungen kaum, ein substanzielles Maß an „fixen“ Pflegeplätzen vorzuhalten; solitäre Einrichtungen der Kurztagespflege können oftmals nicht wirtschaftlich arbeiten. Einzelne Bundesländer sind daher dazu übergegangen, finanzielle Anreize für die Umwandlung von eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen in fixe Plätze zu setzen, so beispielsweise in NRW mit der sogenannten „Fix/Flex-Regelung“ (Tillmann und Sloane 2018).

Ebenso wie die Kurzzeitpflege kann auch die **Tagespflege** dazu beitragen, pflegende Angehörige zu entlasten und insbesondere auch demenzkranken Seniorinnen und Senioren einen längeren Verbleib in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Es zeigen sich Hinweise, dass die mit dem PSG I eingeführten leistungsrechtlichen Verbesserungen bei den teilstationären Leistungen der Tages- und Nachtpflege³ zumindest in einzelnen Kommunen zu einer spürbaren Ausweitung sowohl der Nachfrage als auch des Angebots an Tagespflegeplätzen geführt haben. Aus Sicht der kommunalen Pflegeplanung ist nicht nur eine Erhöhung der allgemeinen Versorgungsdichte, sondern auch eine möglichst bedarfsgerechte geografische Verteilung der Angebote anzustreben; potenzielle Investoren oder Betreiber können dahingehend beraten werden, dass sie zusätzliche Plätze möglichst in denjenigen Sozialräumen einrichten, in denen ein Bedarf festgestellt wurde.

Besonders heterogen stellt sich die Versorgungssituation im **ambulanten** Sektor dar: Hier mehren sich die Hinweise aus verschiedenen Kommunen sowie seitens der Anbieterverbände, dass sich der Fachkräftemangel zuspitzt und zunehmend zu lokalen Versorgungsproblemen führt. Viele ambulante Pflegedienste nehmen aufgrund mangelnder Personalkapazitäten derzeit keine neuen Patienten mehr an und sehen sich zum Teil sogar dazu gezwungen, bestehende Versorgungsverträge zu kündigen.

Auch hier sind die Einflussmöglichkeiten der Kommune sehr begrenzt: Als eigener Träger von ambulanten Pflegediensten sind Kommunen völlig unbedeutend,⁴ und die kommunale Pflegeplanung kann lediglich unver-

² Zur Nachfragesteigerung könnte auch das am 01.01.2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) beitragen, das als neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen Patienten, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation außerhalb eines Krankenhauses vorübergehend weiter versorgt werden müssen, auch bei fehlender Pflegebedürftigkeit die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege einräumt (§ 39c SGB V „Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit“).

³ Pflegebedürftige Personen können seit 2015 teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

⁴ Nach den Daten der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes gab es 2017 rund 14.000 ambulante Pflegedienste; davon waren gerade einmal 192 Pflegedienste (1,4%) in öffentlicher (kommunaler) Trägerschaft.

bindliche Empfehlungen formulieren. Sicherlich können Kommunen im Rahmen der kommunalen Investoren- und Trägerberatung private und wohlfahrtsverbandliche Träger gezielt auf ermittelte Bedarfe bzw. auf ungedeckte Nachfrage hinweisen, um auf diese Weise Neugründungen bzw. Angebotsausweitungen anzuregen (Plazek und Schnitger 2016); ein Großteil der Grundsatzprobleme, vor denen die ambulante Pflege steht, lässt sich aber nicht unmittelbar durch die Kommunen beeinflussen, sondern nur durch den Bundesgesetzgeber bzw. die Pflegekassen.

18.3.2 Gesundheitsversorgung

Neben der pflegerischen Versorgung im engeren Sinne ist für Seniorinnen und Senioren auch die allgemeine Gesundheitsversorgung sehr relevant. Dies betrifft zunächst einmal die Verfügbarkeit und wohnortnahe Erreichbarkeit von Ärzten und Apotheken sowie von Krankenhäusern; gerade in ländlichen Regionen kann die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung eine ernsthafte Herausforderung darstellen.

Kommunen können insbesondere dort, wo als Gesellschafter von kommunalen Krankenhäusern fungieren, gezielt Einfluss auf die Schnittstellen zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung nehmen. Hierzu gehört u. a. die Entwicklung eines Pflegeüberleitungsmanagements, um in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Sozialdiensten eine möglichst reibungsfreie Überleitung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen vom Krankenhaus in die eigene Häuslichkeit bzw. in einen Kurzzeitpflegeplatz zu unterstützen.

Zur allgemeinen Gesundheitsversorgung zählen schließlich auch Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Der Ausbau Individueller Gesundheitsberatung sowie zielgruppenspezifischer Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für Senioren durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) kann dazu beitra-

gen, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern.⁵

18.3.3 Palliativversorgung

Neben der pflegerischen Versorgung und der allgemeinen Gesundheitsversorgung ist die Palliativversorgung ein weiterer wesentlicher Bestandteil der kommunalen Versorgungsstruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen. Mit dem 2015 verabschiedeten Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) ist die Palliativversorgung ausdrücklich Bestandteil der Regelversorgung in der GKV geworden; zu den Leistungen gehören u. a. die palliativmedizinische Betreuung durch niedergelassene Ärzte und Kliniken, die Palliativpflege durch ambulante Pflegedienste und ambulante Hospizdienste sowie stationäre Hospize.

Der lokalen Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren und Berufsgruppen kommt gerade auch in diesem Bereich eine besondere Bedeutung zu; in vielen Kommunen haben sich daher örtliche Palliativ- und Hospiznetze bzw. entsprechende Arbeitskreise herausgebildet, in deren Rahmen sich die ambulanten Dienste, Ärzte und Einrichtungen, die schwer kranke und sterbende Menschen ärztlich versorgen und pflegerisch, psychosozial oder seelsorgerlich betreuen, regelmäßig austauschen und miteinander abstimmen.

Ehrenamtliche Strukturen wie beispielsweise Hospizvereine und Hospizgemeinschaften, in denen ehrenamtliche Hospizhelfer/-innen unter der fachlichen Anleitung von hauptamtlichen Fachkräften tätig sind, können eine wichtige ergänzende Rolle spielen; die Förderung, Unterstützung und Einbindung solcher Initiativen und Netzwerke ist eine freiwillige Aufgabe

⁵ Die Landesgesundheitsministerkonferenz hat im Juni 2018 ein neues Leitbild für den ÖGD verabschiedet, das einen verstärkten Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention und damit verbunden auch auf die koordinierende Rolle des ÖGD für das vernetzte Handeln im Gesundheitswesen vor Ort legt (GMK 2018).

der Kommunen (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2017).

18.3.4 Komplementäre Unterstützungsangebote

In Ergänzung zu den pflegerischen Angeboten stellen Angebote zur Unterstützung und Entlastung im Alltag nach § 45a SGB XI einen wesentlichen Baustein der kommunalen Versorgungsstruktur dar. Hierzu gehören diverse haushaltsnahe Dienstleistungen, u. a. Mahlzeitendienste wie „Essen auf Rädern“, Fahrdienste, Haushaltsdienste, Hausnotruf oder persönliche Assistenz. Aufgrund der Leistungsausweitungen des PSG II ist mit einer steigenden Nachfrage nach niedrigschwelligen Unterstützungsdiensten zu rechnen.⁶

Die Anerkennungsvoraussetzungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag werden auf Landesebene geregelt (in NRW durch die „Anerkennungs- und Förderungsverordnung“ – AnFöVO); zuständig für die Anerkennungen sind die Kreise und kreisfreien Städte. Hierfür haben die Kommunen (i. d. R. im Sozialamt) entsprechende Fachstellen bzw. Kompetenzteams eingerichtet. Um den Auf- und Ausbau alltagsunterstützender Angebote zu erleichtern, ist es hilfreich, wenn die entsprechenden landesrechtlichen Regelungen möglichst niedrigschwellig ausgestaltet und die Anerkennungsverfahren auf kommunaler Ebene möglichst unbürokratisch und „serviceorientiert“ gehandhabt werden.

Die Vorhaltung alltagsunterstützender Angebote, Dienstleistungen und Infrastrukturen für ältere Menschen mit und ohne Pflegebe-

darf ist im Übrigen auch Aufgabe der kommunalen Altenhilfe nach § 71 SGB XII. Die konkrete Ausgestaltung der Altenhilfe ist nicht rechtsverbindlich normiert, sondern bleibt im Wesentlichen der einzelnen Kommune überlassen; als mögliche Leistungen nennt § 71 Abs. 2 beispielhaft Leistungen zu einer Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement, zur Beschaffung und zur Erhaltung einer bedürfnisgerechten Wohnung, zur Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege und zur Inanspruchnahme altersgerechter Dienste sowie zur kulturellen und sozialen Teilhabe.

Angeichts der vielfältigen Überschneidungen und der möglichen Synergieeffekte wäre eine stärkere konzeptionelle und planerische Verknüpfung von kommunaler Pflege- und Altenhilfepolitik dringend zu empfehlen (VSOP 2015); der mit dem PSG III neu in § 71 SGB XII eingeführte Abs. 5 sieht ganz in diesem Sinne explizit eine Verzahnung der Leistungen der Altenhilfe mit der „kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit“ vor. Als „freiwillige“ Leistung (genauer: als Leistung ohne individuellen Rechtsanspruch) steht die Altenhilfe jedoch stets unter dem Vorbehalt ausreichender finanzieller Ressourcen (sowie ausreichender sozialpolitischer Motivation) der Kommune; im Ergebnis fristet die Altenhilfe in vielen Kommunen schon seit Jahren ein Schattendasein.

18.3.5 Alternative Pflegewohnformen

Gemeinschaftliche Wohnformen wie z. B. ambulant betreute Wohngemeinschaften können in vielen Fällen sinnvolle Alternativen zum klassischen Pflegeheim darstellen. Eine nachhaltige Ausweitung des Angebots und der Vielfalt an alternativen Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen in der Kommune ist gerade auch unter dem Aspekt der Selbstbestimmung und der Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen erstrebenswert.

⁶ Seit dem 01.01.2017 haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege nach § 45b SGB XI Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 € monatlich, mit dem sie u. a. auch Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag finanzieren können. Darüber hinaus haben sie die Möglichkeit, bis zu 40 % ihres ambulanten Pflegesachleistungsanspruchs für diese Unterstützungsangebote umzuwidmen.

Das SGB XI enthält eine Reihe von sozialrechtlichen Fördertatbeständen für ambulant betreute (selbstorganisierte oder anbieterverantwortete) Wohngruppen;⁷ die mindestens ebenso relevanten heimrechtlichen Rahmenbedingungen werden indes auf Länderebene festgelegt. Insbesondere für trägerverantwortete, von ambulanten Pflegediensten betriebene Wohngemeinschaften macht es dabei einen erheblichen Unterschied, ob sie hinsichtlich der heimrechtlichen Auflagen, Qualitäts- und Sicherheitsvorschriften quasi wie „kleine Pflegeheime“ behandelt werden oder ob es hier erleichterte, an die Spezifika von Wohngemeinschaften angepasste Kriterien gibt. Zwischen den Bundesländern bestehen in diesem Bereich offensichtlich erhebliche Unterschiede sowohl hinsichtlich der Rechtslage als auch hinsichtlich der Rechtspraxis (Klie et al. 2017).

Kommunen können versuchen, ein investitionsfreundliches Klima für alternative Pflegewohnformen zu schaffen, indem sie gerade im Bereich neuer Wohnformen eine aktive Investoren- und Trägerberatung betreiben. Die innerhalb der landesrechtlichen Regelungen bestehenden Ermessensspielräume der kommunalen Aufsichtsbehörden (Heimaufsicht, Bauaufsicht, ggf. auch Sozialamt) können dabei im Sinne einer eher „wohlwollenden“ Auslegung von Vorschriften und einer möglichst unbürokratischen Ausgestaltung der Genehmigungs- und Prüfverfahren genutzt werden. Kommunen können Pflege-Wohngemeinschaften zudem auch städtebaulich fördern, indem beispielsweise öffentliche Grundstücke für

WG-Bauvorhaben reserviert werden. Bereits bestehende Wohngruppen, insbesondere selbstverantwortete WGs, können (etwa durch kommunal finanzierte „WG-Begleiter“ wie in Hamburg) gezielt bei der Selbstorganisation beraten und unterstützt werden.

18.3.6 Wohnraumversorgung und Quartiersgestaltung

Die Wohnsituation älterer und pflegebedürftiger Menschen ist ein entscheidender Faktor für die Möglichkeit, einen eigenen Haushalt und ein selbstbestimmtes Leben im vertrauten Umfeld führen zu können. Wie die Entwicklung der letzten Jahre gezeigt hat, ist der Zugang zu bezahlbarem Wohnraum mittlerweile in vielen Kommunen und Regionen zu einer zentralen sozialen Frage geworden; hierzu hat sicherlich auch beigetragen, dass die soziale Wohnraumförderung, die seit 2006 in der ausschließlichen Kompetenz der Länder liegt, über Jahrzehnte hinweg sträflich vernachlässigt worden ist. Dort, wo die Kommunen noch selbst als Gesellschafter von kommunalen Wohnungsbau-Gesellschaften fungieren, können sie am ehesten Einfluss auf das Angebot an barrierearmen bzw. barrierefreien Wohnungen nehmen – ggf. auch in Zusammenarbeit mit gemeinnützigen oder genossenschaftlichen Wohnungsgesellschaften.

Um das Angebot an barrierefreiem Wohnraum zu erhöhen, kommt neben der Förderung von Neubaumaßnahmen auch die Förderung des alters- und pflegerechten Umbaus von Bestandswohnungen (Wohnanpassung) in Betracht. Nach § 40 Abs. 4 SGB XI können die Pflegekassen finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person gewähren, wenn diese dazu beitragen, die häusliche Pflege und die selbstständige Lebensführung der Betroffenen zu erleichtern.

Um die damit verbundenen Potenziale auszuschöpfen, ist der Zugang der Betroffenen zu einer spezialisierten und neutralen Beratung

⁷ Hierzu gehören u. a. der Wohngruppenzuschuss nach § 38a SGB XI, die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e SGB XI sowie die Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes nach § 40 Abs. 4 SGB XI. Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) ist über den § 45f SGB XI zudem ein mit 10 Mio. € dotiertes Modellprogramm zum Thema „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ auf den Weg gebracht worden, in dem zwischen 2015 und 2018 insgesamt 53 Einzelprojekte gefördert worden sind (vgl. GKV-Spitzenverband 2018).

durch anerkannte Wohnberatungsstellen sehr wichtig. Die Förderung von Wohnberatungsstellen obliegt den Ländern bzw. (je nach Bundesland) den Kommunen; bei der Versorgung mit Wohnberatung gibt es dementsprechend sowohl hinsichtlich des Umfangs und der Spezialisierung als auch hinsichtlich der inhaltlichen Ausrichtung erhebliche regionale Unterschiede (Hackmann et al. 2014).

Deutlich größer als bei der allgemeinen Wohnraumversorgung ist das Gestaltungspotenzial der Kommunen bei der altengerechten Weiterentwicklung von Nachbarschaften bzw. Quartieren (Bleck et al. 2018). Von zentraler Bedeutung für ältere Menschen ist dabei die Schaffung von Versorgungssicherheit durch die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raumes und die Gewährleistung wohnortnaher Versorgungsstrukturen. Die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raumes kann je nach Quartiersstruktur eine Vielzahl von Einzelaspekten umfassen (z. B. ausreichende Straßenbeleuchtung, öffentliche Toiletten, Ruhezonen und Bänke, abgesenkte Bordsteinkanten oder altengerechte Ampeltaktungen). Ziel ist, dass im jeweiligen Quartier möglichst viele Nahversorgungs-, Gesundheits-, Bildungs- und Freizeitangebote vorhanden und für mobilitätseingeschränkte Menschen auch tatsächlich erreichbar und nutzbar sind. Dies betrifft sowohl die unterstützende Infrastruktur des täglichen Lebens (Arzt, Apotheke, Einzelhandel, Post, Bank) als auch das Vorhandensein von seniorenrechtlichen Sport-, Kultur-, Freizeit-, Bildungs- und Begegnungsangeboten sowie ein bedarfsgerechtes Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln.

Für die erfolgreiche Entwicklung eines altengerechten Quartiers ist die aktivierende Einbindung und Vernetzung unterschiedlichster Akteure im Quartier (Einzelhandel, Kirchengemeinden, Vereine, Pflegeheime etc.) unverzichtbar. Notwendig im Sinne einer integrierten Strategie sind zudem ressort- und fachbereichsübergreifende Abstimmungsprozesse innerhalb der Kommunalverwaltung, etwa zwischen der Pflege- bzw. Sozialplanung, der Stadtentwicklungsplanung, der Bauleitpla-

nung und ggf. auch der kommunalen Verkehrsplanung. Auf Bundes- wie auch auf Landesebene existieren verschiedene Förderprogramme, die bei der Implementierung integrierter Quartiers- und Sozialraumentwicklungsprozesse finanziell und/oder ideell unterstützen sollen.⁸

18.3.7 Angebote zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger

Die zum Teil erheblichen gesundheitlichen, psychischen und ggf. auch finanziellen Belastungen (und die drohende Überforderung) pflegender Angehöriger im Rahmen der häuslichen Pflege sind in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt (Wetzstein et al. 2015; Auth et al. 2018; Rothgang und Müller 2018). Es besteht ein übergreifender Konsens, dass der Erhalt der Gesundheit, der Leistungsfähigkeit und der Pflegebereitschaft der pflegenden Angehörigen eine zentrale Aufgabe der Pflegepolitik darstellt.

Während der Schwerpunkt der spezifisch auf pflegende Angehörige ausgerichteten Angebote bislang eher auf der Beratung und Schulung liegt (etwa durch kostenlose Pflegekurse der Pflegekassen), weisen viele Studien darauf hin, dass ein verstärkter Ausbau von psychosozialen Angeboten zur Stärkung der sozialen Integration und zur emotionalen Unterstützung pflegender Angehöriger notwendig wäre.

Selbsthilfegruppen und -organisationen können hierzu einen Beitrag leisten, indem sie einen Raum schaffen, in dem sich Angehörige nicht nur informieren und austauschen, sondern auch ihre spezifischen Sorgen und Probleme miteinander teilen können. Die Pflegekassen fördern den Auf- und Ausbau von

⁸ Als Beispiel sei hier das Handlungskonzept „Masterplan altengerechte Quartiere“ in NRW genannt (MGPEA NRW 2013, www.aq-nrw.de).

lokalen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nach § 45d SGB XI mit jährlich 15 Cent je Versicherten. Die Förderung wird als 50-prozentige Anteilsfinanzierung gewährt, wenn ein Bundesland oder eine kommunale Gebietskörperschaft Fördermittel in gleicher Höhe einbringt; der kommunale Förderanteil kann dabei auch in Form von Personal- oder Sachmitteln (z. B. die Überlassung von Räumlichkeiten) geleistet werden.

Für die Koordination und Weiterentwicklung von lokalen Selbsthilfestrukturen für pflegende Angehörige werden in einigen Bundesländern auch zusätzliche Landesmittel bereitgestellt. So wird beispielsweise in NRW die Einrichtung von kommunalen „Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe“ gefördert, die in kommunaler oder frei-gemeinnütziger Trägerschaft über bestehende Selbsthilfegruppen informieren, diese begleiten und unterstützen und ihre Einbindung in die kommunalen Netzwerke vorantreiben sollen.

18.3.8 Förderung des ehrenamtlichen Engagements

Neben dem Einsatz pflegender Familienangehöriger ist das ehrenamtliche Engagement eine unverzichtbare Ressource der pflegerischen und pflegeergänzenden Versorgung. Hierzu gehören nachbarschaftliche und ehrenamtliche Hilfsnetzwerke, Seniorenbesuchsdienste, Fahrdienste und viele weitere Initiativen des regionalen bürgerschaftlichen Engagements.

Um das nachbarschaftliche und ehrenamtliche Pflegepotenzial zu fördern, können Kommunen erstens eine aktive Öffentlichkeitsarbeit zu regionalen Angeboten des bürgerschaftlichen Engagements betreiben und Konzepte zur Gewinnung engagementbereiter Menschen im Pflegebereich entwickeln, etwa durch den Betrieb bzw. die Förderung von kommunalen Ehrenamtsbörsen und die gezielte Einbindung von Vereinen und Kirchengemeinden. In diesem Rahmen sind zweitens auch materielle

Vergünstigungen für Ehrenamtliche denkbar, etwa in Form der Zahlung von Aufwandsentschädigungen, der Übernahme von Fahrkosten und der Gewährleistung von Unfallversicherungsschutz. Im Sinne der Qualitätssicherung sind drittens auch geeignete Qualifizierungs- und Fortbildungsangebote sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden durch hauptamtliche Koordinatoren notwendig. Eine besondere Herausforderung liegt in der lokalen Verzahnung von ehrenamtlichen und professionellen Strukturen.

Es handelt sich hierbei um freiwillige Leistungen der Kommune, die unter dem Vorbehalt ausreichender Finanzmittel stehen; Maßnahmen und Initiativen zum Auf- und Ausbau lokaler ehrenamtlicher Strukturen und zur professionellen Unterstützung von ehrenamtlich Tätigen können allerdings auch im Rahmen des § 45c SGB XI (anteilig) durch die Pflegekassen gefördert werden.

18.3.9 Information, Beratung und Fallmanagement

Die Information und Aufklärung der Versicherten und ihrer Angehörigen in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen obliegt nach § 7 SGB XI grundsätzlich den Pflegekassen. In Ergänzung zu der Auskunft und Aufklärung durch die Pflegekassen geben mittlerweile die meisten Kommunen Senioren- bzw. Pflegewegweiser in Broschürenform heraus und betreiben entsprechende Online-Portale („Angebotsfinder“, „Pflegeatlas“ etc.), die eine Übersicht über die örtlich vorhandenen pflegerischen und pflegeergänzenden Angebote geben.

Über diese allgemeine Information hinaus brauchen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen jedoch in der Regel auch stärker individualisierte, auf ihren konkreten Einzelfall bezogene Beratungsleistungen. Seit dem 01.01.2009 besteht daher ein individueller Rechtsanspruch

auf individuelle Pflegeberatung und individuelles Fallmanagement (§ 7a SGB XI).

Um eine möglichst flächendeckende Infrastruktur von wohnortnahen Beratungsstellen zu schaffen, sind mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 zudem die sogenannten Pflegestützpunkte eingeführt worden; diese sollen von den Pflege- und Krankenkassen (ggf. unter Beteiligung der Kommunen bzw. des Landes) eingerichtet werden, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte zählen nach § 7c SGB XI Abs. 2 insbesondere die Aufklärung nach § 7 SGB XI und die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, aber auch die „Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote“ im Sinne eines *Care Managements* (Kirchen-Peters et al. 2016).

Das Konzept der Pflegestützpunkte ist in den einzelnen Bundesländern allerdings sehr unterschiedlich angenommen worden; die Bandbreite der (Nicht-)Umsetzung reicht dabei von Rheinland-Pfalz, wo insgesamt 135 Pflegestützpunkte eingerichtet worden sind, bis Sachsen und Sachsen-Anhalt, wo kein einziger Stützpunkt geschaffen worden ist. Im Ergebnis sind von den ursprünglich bis zu 1.200 geplanten Pflegestützpunkten bis Ende 2015 nur rund ein Drittel (416 PSP) tatsächlich geschaffen worden (BMG 2016, S. 163/164). Im Rahmen des PSG III sind vor diesem Hintergrund einige kleinere Neuregelungen eingeführt worden, die dem Anspruch nach darauf abzielen, die Rolle der Kommunen im Bereich der Pflegeberatung zu stärken:

- Erstens werden die Möglichkeiten der Kommunen verbessert, als (durch die Pflegekassen zu vergütende) Anbieter auf dem „Pflegeberatungsmarkt“ aufzutreten. Zum einen werden durch § 7b Abs. 2a SGB XI nunmehr unter bestimmten Auflagen auch kommunale Gebietskörperschaften als Beratungsstellen anerkannt, bei denen die von den Pflegekassen ausgestellten Beratungsgutscheine der Versicherten für eine Pflegeberatung nach § 7a Abs. 1 SGB XI eingelöst werden können; zum anderen

können kommunale Berater nunmehr auch vergütete Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen.

- Zweitens erhalten die Kommunen (sofern sie als örtlicher Sozialhilfeträger für die Hilfe zur Pflege zuständig sind) durch § 7c Abs. 1a SGB XI das Recht, von den Pflege- bzw. Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur gemeinsamen Einrichtung eines Pflegestützpunktes zu verlangen. Durch die Teilnahmeverpflichtung der Pflegekassen soll der Aufbau weiterer Pflegestützpunkte insbesondere dort erleichtert werden, wo dies bislang an Kooperationschwierigkeiten zwischen Pflegekasse und Kommune gescheitert ist. Eine Anschubfinanzierung für die Einrichtung neuer Pflegestützpunkte ist in diesem Rahmen allerdings nicht vorgesehen.

Beide Änderungen stellen aus kommunaler Sicht jedoch allenfalls geringfügige Verbesserungen dar, von denen in der Praxis keine größeren Wirkungen zu erwarten sind (Wilcken und Bastians 2017; Vorholz 2017a, 2017b).

Eine besondere politische Aufmerksamkeit bei der Verabschiedung des PSG III lag auf den sogenannten „Modellkommunen Pflege“, deren Einführung bereits von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege im Juni 2015 empfohlen worden war (vgl. BMG 2015). So sieht § 123 SGB XI vor, dass im Rahmen eines auf zunächst auf fünf Jahre befristeten Modellvorhabens in bundesweit 60 Modellkommunen neue Beratungsstrukturen unter kommunaler Federführung erprobt werden. Die Beratungsleistungen nach dem SGB XI (§ 7a–c, § 37, § 45) sollen dabei mit den Beratungsleistungen zu Sozialleistungen der anderen Gesetzbücher zu einer integrierten Gesamtberatungsleistung zusammengeführt werden, die die Kommunen wahlweise eigenverantwortlich oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Organisationen erbringen können (Hoberg et al. 2016).

Die aus kommunaler Sicht eher restriktive und unattraktive Ausgestaltung des Modellpro-

gramms ist seitens der kommunalen Spitzenverbände indes stark kritisiert worden (Wilcken und Bastians 2017; Vorholz 2017a, 2017b). Anträge zur Durchführung von Modellvorhaben können bis zum 31. Dezember 2019 gestellt werden (§ 124 Abs. 1 SGB XI). Der Prozess scheint bislang allerdings eher zäh und mühselig in Gang zu kommen; nach derzeitigem Stand ist daher zu befürchten, dass die „Modellkommunen Pflege“-Initiative, die ja im Hinblick auf die Stärkung der Kommunen gewissermaßen das Aushängeschild des PSG III darstellt, in ihrer jetzigen Form auf breiter Front scheitern könnte.

Eine Stärkung der Rolle der Kommunen bei der Pflegeberatung könnte sich indes im Zusammenhang mit der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben: Durch das PSG II wurde das Begutachtungsverfahren in der Pflege auch dahingehend geändert, dass der MDK im Rahmen seiner Begutachtung keine Aussage zur sogenannten „Heimnotwendigkeit“ mehr trifft. Im Falle des abzusehenden Bezugs von Leistungen der Hilfe zur Pflege muss nach § 63a SGB XII nunmehr der Sozialhilfeträger im Rahmen einer pflegefachlichen Begutachtung prüfen und entscheiden, ob eine Heimpflege notwendig oder stattdessen eine häusliche bzw. teilstationäre Pflege möglich und ausreichend ist (§ 63a SGB XII). Da hierzu bislang keine bundeseinheitliche Regelung (etwa in Form von Verfahrens- oder Begutachtungsrichtlinien) existiert, wird die Heimnotwendigkeitsprüfung von den Sozialhilfeträgern regional höchst unterschiedlich gehandhabt (Richter 2017).

Die Kommunen haben im Kontext dieser Clearingfunktion die Möglichkeit, zumindest für die Teilgruppe der Empfänger/-innen der Hilfe zur Pflege (und hier insbesondere für die Betroffenen mit einem Pflegegrad von 2 oder 3) eine individuelle Fall- und Zugangssteuerung im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ vorzunehmen. So werden die im Rahmen der Heimnotwendigkeitsüberprüfung stattfindenden Hausbesuche und Einzelfallgespräche in einigen Kommunen proaktiv dazu genutzt, ein individuel-

les Fallmanagement durch multiprofessionelle Teams (Pflegefachkräfte und Sozialarbeiter/-innen) zu etablieren. Einzelne Kommunen sind vor dem Hintergrund des hohen Beratungsbedarfs in der Gesamtbevölkerung sogar dazu übergegangen, die aufsuchende individuelle Intensivberatung als kommunales Serviceangebot auf alle Pflegebedürftigen innerhalb ihres Gebiets auszudehnen und hierfür aus eigenen Haushaltsmitteln zusätzliche Sozialarbeiter/-innen bzw. Pflegefachkräfte einzustellen (für ein kommunales Fallbeispiel aus NRW vergl. Kemna 2015; Kemna und Goldmann 2016).

18.3.10 Planung, Vernetzung und Koordination

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten örtlichen pflegerischen Versorgungsstruktur erfordert ein koordiniertes Zusammenwirken der lokalen bzw. lokal agierenden Akteure. Gefordert sind „regionale und lokale Planungsprozesse, die tragfähige Kooperations- und Vernetzungsstrukturen und -kulturen befördern, eine bedarfsangemessene Infrastruktur zum Gegenstand haben, einen regional und lokal angemessenen und effizienten Welfare-Mix ermöglichen sowie die Effizienz einer sektorenübergreifenden Versorgung anstreben“ (Rothgang et al. 2012, S. 80).

Der Beitrag der Kommunen besteht in diesem Kontext zum einen in der Schaffung und regelmäßigen Aktualisierung von Daten- und Planungsgrundlagen in Form einer kommunalen Pflegeberichterstattung (Klie und Pfundstein 2010). Eine kommunale Pflegeplanung ist bislang nur in einigen Bundesländern gesetzlich vorgeschrieben (u. a. in NRW, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern); in anderen Bundesländern handelt es sich um eine freiwillige Aufgabe der Kommunen. Typisch für den vorgeschriebenen Aufbau kommunaler Pflegeplanungsberichte ist (analog zur Vorgehensweise der kommunalen Jugendhilfeplanung nach § 80 SGB VIII) ein

planerischer Dreischritt aus Bestandsaufnahme, Bedarfs(deckungs-)analyse und Ableitung von notwendigen Maßnahmen zur Bedarfsabdeckung.⁹

Die Kommunen sind zum anderen dafür verantwortlich, eine örtliche Gremienstruktur vorzuhalten, innerhalb derer ein regelmäßiger fachlicher Austausch sowie eine organisatorische Abstimmung und Koordination der lokalen Akteure stattfinden kann. In NRW sind die Kommunen gemäß § 8 des Alten- und Pflegegesetzes (APG NRW) gesetzlich dazu verpflichtet, eine sogenannte „Kommunale Konferenz Alter und Pflege“ einzurichten und deren Geschäftsführung zu übernehmen.

Die Etablierung und Koordination lokaler Akteursnetzwerke, die in der Regel auf dem Prinzip der freiwilligen Teilnahme beruhen, ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Damit alle relevanten Akteure vor Ort tatsächlich „Hand in Hand“ arbeiten und die pflegerische Versorgung kontinuierlich im Interesse der betroffenen Bürgerinnen und Bürger optimiert wird, müssen die Kommunen hier eine aktive Moderations- und Koordinationsrolle übernehmen. Sie verfügen dabei über keine hierarchische Verpflichtungsmacht; nur wenn die beteiligten Akteure eine funktionierende lokale Diskurs- und Vereinbarungskultur entwickeln, kann es gelingen, „möglichst viele Akteure über innere Überzeugung zur Mitwirkung gemeinsam definierter und verfolgter Ziele zu bewegen“ (Klie und McGovern 2010, S. 39).

Weder die Empfehlungen der kommunalen Pflegeplanung noch die Beschlüsse der kommunalen Pflegekonferenz haben einen rechtsverbindlichen Charakter. Nichtsdestotrotz können kollektive Selbstverpflich-

tungen, gemeinsam erarbeitete Leitbilder und Qualitätskriterien vor Ort eine wichtige Orientierungsfunktion und eine faktische Bindungswirkung entwickeln, wenn sie auf einer breiten fachlichen und demokratischen Legitimationsbasis beruhen.

18.4 Fazit

Der in den vorangegangenen Abschnitten vorgenommene Durchgang durch die verschiedenen Handlungsfelder der kommunalen Pflegepolitik ermöglicht eine Reihe von Schlussfolgerungen hinsichtlich der Gestaltungspotenziale der Kommunen in der Pflegepolitik.

Erstens ist deutlich geworden, dass die sozial- und kommunalpolitische Absicherung von Pflegebedürftigkeit deutlich mehr umfasst als die Pflegeversicherung. Zur örtlichen pflegerischen Versorgungsstruktur in einem umfassenden Sinne gehören vielmehr eine ganze Reihe von Bausteinen bzw. Teilbereichen, die im Idealfall eng miteinander verzahnt sind und sich wechselseitig ergänzen. Der Ausbau und die Weiterentwicklung der kommunalen Pflegelandschaft kann insofern unmöglich von einem einzelnen Akteur oder einer einzelnen Institution geleistet werden, sondern erfordert das koordinierte Zusammenwirken einer Vielzahl von Akteuren.

Zweitens zeigt sich, dass es auf kommunaler Ebene trotz der eingeschränkten formalen Kompetenzen durchaus Möglichkeiten gibt, (begrenzten) Einfluss auf die lokale Pflegelandschaft zu nehmen. Die Kommunen verfügen zwar über keine größeren Hebel, aber zumindest über eine Vielzahl von kleineren Schrauben, mit denen sie versuchen können, die lokale Versorgungsstruktur und den lokalen Pflegemarkt in ihrem Sinne zu beeinflussen. Im Hinblick auf die Ziele der Sicherstellung und Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur, der Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und der Förderung einer lokalen Sorgeskultur sind in einzelnen engagierten Kommunen über die

⁹ In NRW soll die Pflegeplanung der Kreise und kreisfreien Städte gemäß § 7 APG NRW drei Elemente umfassen: die Bestandsaufnahme der Angebote, die Feststellung, ob qualitativ und quantitativ ausreichend Angebote zur Verfügung stehen und die Klärung der Frage, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen zur Herstellung, Sicherung oder Weiterentwicklung von Angeboten erforderlich sind. Ähnliche Vorgaben finden sich beispielsweise auch in Rheinland-Pfalz.

Jahre hinweg kumulative Fortschritte erzielt worden (Plazek und Schnitger 2016).

Drittens hat sich herausgestellt, dass neben den bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen auch und gerade die Ausgestaltung der jeweiligen Landesgesetze einen signifikanten Einfluss auf die Handlungs- und Gestaltungsmacht der Kommunen haben kann. Die jeweiligen „Pflegetraditionen“ der einzelnen Bundesländer und die konkrete pflegepolitische Ausrichtung der jeweils amtierenden Landesregierungen weisen erhebliche Unterschiede auf; wie am Beispiel Nordrhein-Westfalens aufgezeigt wurde, lassen sich in einzelnen Bundesländern substanzielle Bemühungen feststellen, die Einflussmöglichkeiten der Kommunen auf die lokale Pflegestruktur zu stärken.

Viertens ist jedoch festzuhalten, dass die Gestaltungsmöglichkeiten der kommunalen Pflegepolitik gerade in den Kernbereichen der pflegerischen Versorgung nach wie vor sehr begrenzt bleiben. Die umfassenden Pflegereformen der letzten Jahre haben viele Verbesserungen für die Versicherten gebracht; an der generellen Kompetenz- und Ressourcenverteilung im Pflegesystem und der nachrangigen Rolle der Kommunen haben sie jedoch nichts Wesentliches geändert. Insbesondere das dritte Pflegestärkungsgesetz, das ja explizit auf die Stärkung der Kommunen abzielen sollte, ist in dieser Hinsicht weit hinter den Möglichkeiten und Erwartungen zurückgeblieben, da es den Kommunen weder im Hinblick auf die Planung und Ausgestaltung der regionalen Pflegestruktur noch im Hinblick auf die Organisation der Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wesentliche neue Instrumente oder Kompetenzen an die Hand gegeben hat (Vorholz 2017a, 2017b; Wilcken und Bastians 2017; Brüker et al. 2017).

Es ist somit eine durchaus paradoxe Situation, vor der die Kommunen in der Pflege stehen: Die Kreise und kreisfreien Städte sind dem Grundsatz nach dafür verantwortlich (und werden im politischen Diskurs auch zunehmend dafür verantwortlich gemacht), dass in ihrem jeweiligen örtlichen Zuständigkeitsbereich eine leistungsfähige und bedarfsge-

rechte Pflegeinfrastruktur zur Verfügung steht. Sie sind aber weder mit den notwendigen finanziellen Ressourcen noch mit den gesetzgeberischen Kompetenzen und Steuerungsinstrumenten ausgestattet, um diesen sozialpolitischen Gestaltungsauftrag zufriedenstellend erfüllen zu können. Und so gilt im Pflegebereich wie in vielen anderen Bereichen der kommunalen Sozialpolitik auch: Ohne eine substanzielle Übertragung von Kompetenzen und Ressourcen werden die Kommunen auch in Zukunft nur eine mehr oder weniger hilfreiche Nebenrolle, zuweilen sogar nur eine Zuschauerrolle spielen können.

Es kann allerdings keinesfalls als ausgemacht gelten, dass eine Übertragung zusätzlicher Kompetenzen bei der Pflegestrukturplanung und der individuellen Beratung und Fallsteuerung an die Kommunen unter allen Umständen zu einer tatsächlichen Verbesserung der Selbstbestimmung, Versorgungssicherheit und Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen führen würde. Hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen einer verbindlichen kommunalen Bedarfsplanung legen die Erfahrungen der Vergangenheit jedenfalls eine eher nüchterne Einschätzung nahe (Rothgang 2000). Bezüglich der (grundsätzlich sinnvollen) Stärkung der Rolle der Kommunen bei der Pflegeberatung und dem individuellen Fallmanagement ist einschränkend anzumerken, dass natürlich nicht nur die Pflegekassen und die Pflegeanbieter, sondern auch die Kommunen als Sozialhilfeträger handfeste materielle und institutionelle Eigeninteressen haben und insofern auch eine Beratung und Fallsteuerung durch die Kommune nur bedingt „trägerneutral“ wäre.

Generell wäre bei einer substanziellen Kompetenzübertragung auf die kommunale Ebene zu bedenken, dass die individuelle pflegerische Versorgungsqualität dadurch stärker als bisher von den Gegebenheiten des jeweiligen Wohnorts und der jeweiligen „Performance“ der kommunalen Pflegepolitik abhängen würde. Angesichts der höchst ungleichen finanziellen, personellen und fachlichen Ressourcenausstattung der Kommunen müsste daher sichergestellt werden, dass eine

stärkere Kommunalisierung der Pflege nicht zulasten der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse geht und bestehende Ungleichheiten verstärkt.

Ein vielversprechender Ansatz zur Stärkung der Kommunen in der Senioren- und Pflegepolitik wäre sicherlich die Revitalisierung der Altenhilfe nach § 71 SGB XII, die aktuell in vielen Kommunen ein Schattendasein führt. Seitens verschiedener Verbände wird schon seit längerem (und zu Recht) gefordert, die Altenhilfe zu einer kommunalen Pflichtaufgabe zu machen und mit einem entsprechenden Budget auszustatten (AWO 2016). Auf diese Weise könnte es Kommunen erleichtert werden, ihre Rolle in der Daseinsvorsorge wieder aktiv zu übernehmen und gezielte soziale Dienstleistungsangebote zur Verbesserung der Teilhabe älterer Menschen auszubauen. Angesichts der vielfältigen demografischen Herausforderungen, vor der die Kommunen stehen, wäre die Stärkung der Altenhilfe als kommunale Pflichtaufgabe allerdings nur einer von vielen notwendigen Bausteinen bei der Etablierung einer ganzheitlichen und bereichsübergreifenden kommunalen *Demografiepolitik* (Bogumil et al. 2013; Kühnel et al. 2016).

Literatur

- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (2016) AWO fordert: Altenhilfe zur Pflichtleistung machen. AWO, Berlin (Pressemitteilung vom 02.11.2016)
- Auth D, Discher K, Kaiser P, Leiber S, Leitner S, Varnholt A (2018) Sorgende Angehörige als Adressat_innen einer vorbeugenden Pflegepolitik – Eine intersektionale Analyse. FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik 15. Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung, Düsseldorf
- Bleck C, van Rießen A, Knopp R (Hrsg) (2018) Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen. Springer VS, Wiesbaden
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015) Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2016) Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
- Bogumil J, Gerber S, Schickentanz M (2013) Handlungsmöglichkeiten kommunaler Demografiepolitik. In: Hüther M, Naegele G (Hrsg) Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder. Springer VS, Wiesbaden, S 259–281
- Braeseke G, Nauen K, Pflug C, Meyer-Rötz SH, Pisarek P (2017) Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW. Abschlussbericht für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. IGES, Berlin
- Brüker D, Kaiser P, Leiber S, Leitner S (2017) Die Rolle der Kommunen in der Pflegepolitik – Chancen und Grenzen einer vorbeugenden Perspektive. FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik 05. Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung, Düsseldorf
- Deutscher Bundestag (2016) Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ und Stellungnahme der Bundesregierung. BT-Drs. 18/10210
- Deutscher Städtetag (2015) Für eine echte Stärkung der Kommunen in der Pflege. Positionspapier des Deutschen Städtetages
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2010) Selbstbestimmung und Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Berlin
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2017) Würde und Selbstbestimmung älterer Menschen in der letzten Lebensphase – Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Stärkung der hospizlichen Begleitung und Palliativversorgung (DV 08/16). Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Berlin
- FES/KDA – Friedrich-Ebert-Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe (2013) Gute Pflege vor Ort – Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. WISO Diskurs, September 2013. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Gesundheitsministerkonferenz GMK (2018) Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Public Health vor Ort“. Beschluss der 91. Gesundheitsministerkonferenz, Düsseldorf, 20.–21.06.2018
- GKV-Spitzenverband (2018) Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen – Das Modellprogramm nach § 45f SGB XI – Die Projekte. GKV-Spitzenverband, Berlin
- Hackmann T, Schüssler R, Schmutz S (2014) Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, Bonn

- Hoberg R, Klie T, Künzel G (2016) Pflege in Sozialräumen – Was muss eine Strukturreform Pflege und Teilhabe leisten? WISO direkt 20/2016. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Kemna K (2015) Kommunale Steuerungsinstrumente zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsinfrastruktur – Ergebnisse einer Fallstudie. Kölner J 2:109–117
- Kemna K, Goldmann M (2016) Soziale Innovationen zur Sicherstellung der kommunalen pflegerischen Versorgungsstruktur. In: Naegele G, Olbermann E, Kuhlmann A (Hrsg) Teilhabe im Alter gestalten: Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie. Springer VS, Wiesbaden, S 435–448
- Kirchen-Peters S, Nock L, Baumeister P, Mickley B (2016) Pflegestützpunkte in Deutschland. Die Sicht der Mitarbeitenden – Der rechtliche Rahmen – Die politische Intention. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn (WISO Diskurs 07/2016)
- Klie T (2010) Leitbild "Caring Community" – Perspektiven für die Praxis kommunaler Pflegepolitik. In: Bischof C, Weigl B (Hrsg) Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen. Lambertus, Berlin, S 185–203
- Klie T, McGovern K (2010) Planung, Steuerung und Finanzierung kommunaler Politik für das Leben im Alter. In: Bischof C, Weigl B (Hrsg) Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen. Lambertus, Berlin, S 37–55
- Klie T, Pfundstein T (2010) Kommunale Pflegeplanung zwischen Wettbewerbsneutralität und Bedarfsorientierung. Z Gerontol Geriatr 43(2):91–97
- Klie T, Heislbetz C, Schuhmacher B, Keilhauer A, Rischard P, Bruker C (2017) Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht. In: AGP Sozialforschung und Hans-Weinberger-Akademie (Hrsg) Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. AGP Sozialforschung und Hans-Weinberger-Akademie, Berlin
- Kochskämper S (2018a) Wo Pflegebedürftige häufig Sozialhilfe brauchen. Hilfe zur Pflege in den einzelnen Regionen. IW-Report 23/18. Institut der Deutschen Wirtschaft, Köln
- Kochskämper S (2018b) Die Entwicklung der Pflegefallzahlen in den Bundesländern. Eine Simulation bis 2035. IW-Report 33/18. Institut der Deutschen Wirtschaft, Köln
- Kühnel M, Naegele G, Strünck C (2016) Kommunale Demografiepolitik und Demografiekonzepte aus sozialgerontologischer Perspektive. In: Naegele G, Olbermann E, Kuhlmann A (Hrsg) Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie. Springer VS, Wiesbaden, S 373–388
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013) Masterplan altengerechte Quartiere. MGEPA NRW, Düsseldorf
- Naegele G (2014) 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung – Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht. WISO Diskurs. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Plazek M, Schnitger (2016) Demographie konkret – Pflege kommunal gestalten. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Richter R (2017) Heimpflegebedürftigkeit: Wer prüft und entscheidet darüber? Altenheim 7:28–29
- Rothgang H (2000) Pflegebedarfsplanung in Deutschland – Gegenstand, Bilanz und Perspektiven. Z Sozialreform 46(11):1003–1021
- Rothgang H, Müller R (2018) BARMER Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 12. Barmer, Berlin
- Rothgang H, Müller R, Unger R (2012) Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Tillmann R, Sloane K (2018) Fix/Flex-Regelung für eingestreuete Kurzzeitpflege in Nordrhein-Westfalen – Wann sich die Umsetzung für Heime lohnt. CARE-konkret 21/2018:6
- Vorholz I (2017a) Pflegestärkungsgesetz III verfehlt Stärkung der Kommunen, S 391–396 (NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V., September 2017)
- Vorholz I (2017b) Das PSG III als Herausforderung für die Kommunen? Vierteljahresschr Für Sozialr (VSSR) 4:263–280
- VSOP (2015) Ein Konzept für Kommunale Pflege- und Altenhilfeplanung, Diskussionspapier herausgegeben von der Fachgruppe „Alter und Pflege“ des Vereines für Sozialplanung (VSOP). https://www.vso.de/download/dokumente_allgemeine_hinweise/alter_und_pflege/konzept_zur_kommunalen_altenhilfeplanung_2015.pdf. Zugriffen: 4. Apr. 2019
- Waldhoff C (2012) Kompetenzverteilung und Finanzierungsverantwortung zwischen Bund, Ländern, Kommunen und Sozialverwaltungsträgern im Bereich der Pflege. In: Henneke H-G (Hrsg) Kommunale Verantwortung für Gesundheit und Pflege. Boorberg, Stuttgart, S 69–85
- Wetzstein M, Rommel A, Lange C (2015) Pflegenden Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. BGE kompakt 03/2015. Robert Koch-Institut, Berlin
- Wilcken C, Bastians U (2017) Die Pflegereform aus kommunaler Sicht. Arch Für Wissenschaft Prax Sozialen Arb 3:30–39

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

