



Vom Markt und den Sorgen – sollen individuelle Pflegeleistungen kommunal gesteuert werden?

Thomas Pfundstein und Marcus Bemsch

10.1 Einleitung – 150

10.2 Problemstellung – 151

10.2.1 Hohe Dynamik des soziodemographischen Wandels mit disparaten regionalen Entwicklungen – 151

10.2.2 Die Pflegeversicherung: Teilleistungen für Teilbedarfe – 152

10.2.3 Zwischen Baum und Borke – die Infrastrukturverantwortung für Alter und Pflege – 155

10.3 Handlungsoptionen – 157

10.3.1 Ebenen der kommunalen Gestaltungsoptionen – 157

10.3.2 Die Landesoptionen – zwischen Verpflichtung und Förderung – 157

10.3.3 Landkreise und kreisfreie Städte – 159

10.3.4 Orts- und Quartiersebene – 160

10.4 Fazit – 161

Literatur – 162

■ ■ Zusammenfassung

Die gesetzliche Pflegeversicherung als individuelle Teilkaskoversicherung des Risikos der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit hat sich seit der Einführung 1995 als staatlicher Beitrag zur Stärkung und Sicherung der familiären Unterstützungsleistungen verstanden. In den letzten 25 Jahren hat das System eine deutliche Ausweitung erfahren und ist inzwischen zum dominanten Sicherungssystem der Unterstützung und Hilfen im Alter geworden. Angesichts des demographischen und soziostrukturellen Wandels und der damit verbundenen steigenden Bedarfe wurde und wird die Pflegeversicherung kritisiert, mit dem wachsenden Bedarf nicht schritthalten zu können. Insbesondere die aktuelle Kritik sieht im Fachkräftemangel und den steigenden privaten Kosten der Pflege ein Versagen des Marktprinzips der Pflegeversicherung. Gefordert werden eine bessere Gesamtkoordination der sozialen Leistungen im Alter und ein stärkerer Einfluss der Kommunen. Der Beitrag analysiert die bisherigen Entwicklungen, zeigt verpasste Chancen auf und spricht sich für eine stärkere Sozialraumorientierung und kommunale Koordinati-on aus.

Since its introduction in 1995, the German statutory nursing care insurance as individual partial comprehensive insurance scheme covering the risk of need for help and long-term care has been seen as a contribution of the state to strengthening and securing family support services. The system has expanded significantly in the past 25 years and has now become the dominant social security system for support and assistance in old age. In view of the demographic and socio-structural change and the associated rising needs, nursing care insurance is criticised for not being able to keep up with the growing demand. The current criticism in particular names a shortage of skilled workers and rising private costs of care as reasons for the failure of the market principle of nursing care insurance. A better overall coordination of social benefits in old age and a stronger influence of the municipalities are called for. The article analyses previous developments, shows missed opportunities and argues

for a stronger orientation towards the social environment and municipal coordination.

10.1 Einleitung

Wer in Deutschland über die Pflege redet, kommt recht schnell auch auf die Pflegeversicherung zu sprechen. Die Pflegeversicherung ist seit ihrer Einführung 1995 eine gesellschaftliche und soziale Erfolgsgeschichte. In der historischen Betrachtung dokumentiert die Bundespflegestatistik (§ 109 SGB XI) in allen dokumentierten Parametern einen deutlichen Zuwachs. So hat sich nicht nur die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger von 2,04 auf 3,41 Mio. fast verdoppelt, auch die Zahl der Beschäftigten ist mit 1,15 Mio. in 14.100 ambulanten Diensten und 14.500 Pflegeeinrichtungen auf einen historischen Höchststand gewachsen (Statistisches Bundesamt 2003, 2018). Parallel dazu sind die Ausgaben der Pflegeversicherung gestiegen. 2018 lagen sie bei 38,2 Mrd. € (BMG 2020) mit weiter steigender Tendenz.

Begleitet wurde diese Entwicklung aber auch von einer dauerhaften politischen Debatte, inwieweit die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zur Bedarfsdeckung des Risikos der Pflegebedürftigkeit beitragen und ihren sozialen Zweck erfüllen. Schon die Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1995 ist als Ergebnis einer langen politischen Diskussion um das sich entwickelnde Risiko einer langzeitlichen Unterstützung von Menschen im Hilfebedarf im Alltag zu werten. Die familiäre Pflegebereitschaft sollte erhalten werden und die pflegebedingte Abhängigkeit von Sozialhilfe minimiert werden, ohne dass das neue System zu hohen steuerlichen oder versicherungsbedingten Mehrbelastungen führen sollte (Igl 1994; Zängl 2015).

Wie bekannt entschied sich der Bundesgesetzgeber für eine begrenzte Versichertenlösung und eine Koppelung der Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Krankenversicherung. Unangetastet blieb auch das histo-

risch gewachsene Verhältnis zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung; auch diese Differenzierung wurde auf die Pflegeversicherung übertragen.

In den letzten 25 Jahren wurde die Pflegeversicherung über mehrere Reformen weiterentwickelt und im Leistungsumfang erweitert. In ihren Grundzügen ist sie aber eine individuelle Teilleistung für Teilbedarfe mit der grundsätzlichen Wahlfreiheit zwischen Geld- und Sachleistungen geblieben. Die Entwicklung der Infrastruktur überlässt das SGB XI dem Markt oder den Partnern der „gesamtgemeinschaftlichen Verantwortung“ (§ 8, Abs. 1 SGB XI). Systemimmanent erfolgt Infrastruktursteuern im Sachleistungsbereich lediglich über die Struktur- (7. Kapitel, SGB XI) und Qualitätsanforderungen (11. Kapitel, SGB XI). Wer Leistungen der Pflegeversicherung erbringen will, ist an diese Struktur- und Qualitätsstandards gebunden. Wo und weitgehend auch wie diese Leistungen erbracht werden, ist den Anbietern überlassen. Im Ergebnis ist damit ein hoch regulierter Markt entstanden, der aber keine direkte Einflussnahme für eine territoriale Infrastruktur zulässt. „Eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten“ (§ 8, Abs. 2 SGB XI) ist zwar der Anspruch der gesetzlichen Pflegeversicherung, die Erfüllung dieser Aufgabe wird aber als „gesamtgemeinschaftliche Aufgabe“ externalisiert und den Ländern (§ 9 SGB XI), den Kommunen und der Zivilgesellschaft überantwortet.

Angesichts dieser schon im Grundsatz hybriden Systematik der gesetzlichen Pflegeversicherung fällt es schwer, den verschiedenen Akteuren konkrete infrastrukturelle Verantwortungen zuzuschreiben. Die Möglichkeit der Geldleistung individualisiert das System. Betroffenen und ihren Angehörigen bleibt immer die Alternative der Selbstorganisation. Parallel zum System der Sachleistung hat sich ein Markt der privaten Pflegearrangements entwickelt. Dieser Markt ist weit weniger geregelt

und von temporärer Arbeitsmigration gestützt und getragen. Inwieweit dieser Bereich zur Stabilität des Gesamtsystems beiträgt, ist weitgehend offen; dass er etwas dazu beiträgt, ist aber unumstritten (Arend und Klie 2016). Entsprechend ambivalent ist die Bewertung der Pflegeversicherung in der Bevölkerung. Sie wird einerseits hoch geschätzt, es fehlt aber das Vertrauen, dass die künftigen Herausforderungen vor allem in der eigenen Perspektive zu bewältigen sind.

10.2 Problemstellung

10.2.1 Hohe Dynamik des soziodemographischen Wandels mit disparaten regionalen Entwicklungen

Im Kern der Entwicklungen und Reformen stand und steht die gesellschaftliche Debatte um die Frage, wie Pflege organisiert und getragen wird. Im Alltag und in der Tradition der Bürgerinnen und Bürger wünschen sich die meisten eine Unterstützung durch Ehepartner, Lebensgefährten und Kinder im vertrauten Umfeld der privaten Häuslichkeit. Dies korreliert mit einer generell großen Bereitschaft zur Unterstützung im familiären und nachbarschaftlichen Umfeld. Die Pflegeversicherung wird fast uneingeschränkt positiv bewertet. Die aktiv Pflegenden wünschen sich von der Politik vor allem mehr Unterstützung und den Abbau von bürokratischen Hürden (polis/sinus 2014).

Trotz sich ändernder Lebensbedingungen ist die Bereitschaft, private Pflege zu übernehmen, stabil geblieben. Auch 2017 lag der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen bei über drei Viertel aller Pflegebedürftigen (Statistisches Bundesamt 2018). Ein Vergleich der Daten auf Kreisebene zeigt in ländlichen und wirtschaftlich weniger prosperierenden Landkreisen sogar noch deutlichere Zahlen der ambulant versorgten Pflegebedürftigen

und der Geldleistungsnehmer.¹ Historisch betrachtet wurde noch nie so viel gepflegt wie heute.

Die steigende Lebenserwartung, das Risiko der Demenz, das deutlich mit der Hochaltrigkeit korreliert, und die sozialstrukturellen Veränderungen der Familien stellt die private Pflege in der eigenen Häuslichkeit vor wachsende Herausforderungen. Vieles spricht dafür, dass vor allem die nächsten Jahre erhebliche Veränderungen bringen werden. Die Bedingungen für eine familiäre und private Unterstützung sind schon heute eher ungünstig und werden sich in Zukunft noch verschlechtern.

Unter diesen erwartbaren Entwicklungen wird das Versorgungsangebot der Pflegeversicherung weiter ausgebaut werden müssen. Die Möglichkeiten hierfür sind aber aufgrund des demographischen Wandels begrenzt. Angesichts des allgemeinen Fachkräftemangels fehlen nicht nur im Gesundheits- und Pflegebereich schon heute die erforderlichen Fach- und Hilfskräfte – ganz allgemein stehen inzwischen alle Wirtschaftsbranchen vor dieser Herausforderung. Bei steigendem Bedarf und der Aussicht, dass die hohe private familiäre Pflegebereitschaft aufgrund der ungünstigen soziostrukturellen Bedingungen sich ungünstig entwickeln wird, könnte selbst der heute unbefriedigende Status quo künftig gefährdet sein (Schwinger et al. 2019). Die aktuellen Bundesinitiativen, die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte, bessere Arbeitsbedingungen und Bezahlung (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), neue technische Lösungen und eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf werden einen kleinen Beitrag zu dieser Lücke leisten, aber mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht ausreichen.

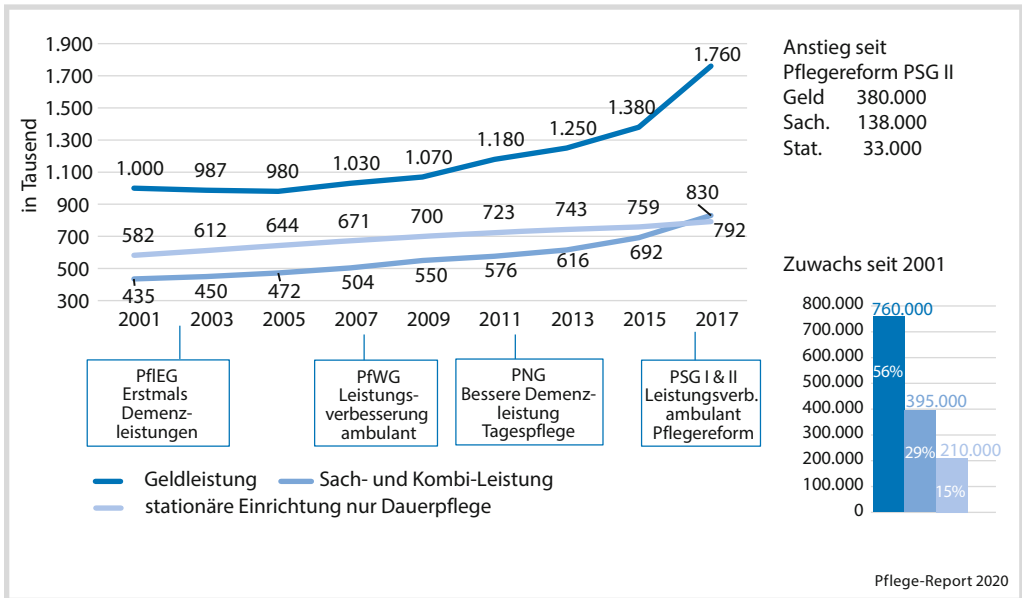
Insofern ist es nicht verwunderlich, dass eine „Revitalisierung der kommunalen Verant-

wortung (nicht nur) in der Pflege“ (Naegele 2014) gefordert wird. Gewohnt und gelebt wird vor Ort, und wenn dieser Ort wegen körperlicher und kognitiver Einschränkungen zum dominanten Lebensmittelpunkt wird, werden die Hilfen und Unterstützungsangebote an diesem Ort angeboten werden müssen. Deutlich wird unter diesem Blickwinkel, dass die Sicherung und der Ausbau von Lebensqualität und Teilhabe nicht nur eine Aufgabe der Pflegeversicherung sein kann. Es wird darauf ankommen, ein sozialräumlich gegliedertes System aufzubauen, das einerseits bessere Möglichkeiten zivilgesellschaftlichen Engagements bietet, das jeweilige soziale Umfeld einbezieht und andererseits mit professionellen Leistungen besser und effizienter verbunden wird (Engelmann et al. 2015).

10.2.2 Die Pflegeversicherung: Teilleistungen für Teilbedarfe

Mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung wurde eigens ein Pflegebedürftigkeitsbegriff geschaffen, der eng an die körperlichen Verrichtungen des Alltags gebunden war (vgl. § 14 a. F. SGB XI). Die Grundpflege im häuslichen Arrangement ließ sich damit an die Verrichtungen des Alltags binden, zeitlich begrenzen und von der Behandlungspflege und Betreuung abgrenzen. Alle anderen, auch damals schon erforderlichen Aufgaben der „Pflege“ wie die Sicherung der Teilhabe, die emotionale Begleitung und Betreuung waren dem familiären Unterstützungssystem überantwortet bzw. dem Grundsicherungssystem der Sozialhilfe überlassen. Die Kritik, dass dieses System weder bedarfsangemessen noch bedarfsdeckend ausgelegt sei, begleitete die Pflegeversicherung dauerhaft. Im Ergebnis prägte die Modularisierung und Verpreislichung der Verrichtungen den Alltag einer ganzen Generation von Kranken- und Altenpflegerinnen und -pflegern: Bezahlt wurde, was die Pflegeversicherung vorgab. Trotz veränderter Bedin-

¹ So werden z.B. im Landkreis Südwestpfalz (Rheinland-Pfalz) nur 16 % der Pflegebedürftigen in einer vollstationären Einrichtung versorgt, während 61 % die Geldleistung beziehen. Im Gegensatz dazu liegt die stationäre Versorgungsquote in der Stadt Speyer bei 46 % (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2019).



■ **Abb. 10.1** Die gesetzliche Pflegeversicherung im Zeitvergleich (Datenquelle: Destatis Pflegestatistik 2001–2017), eigene Berechnungen

gungen prägt diese Praxis bis heute die betriebswirtschaftliche Wirklichkeit ambulanter Dienste.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) ist der Bundesgesetzgeber nach 23 Jahren und mehreren kleineren Reformen der Kritik entgegengekommen. Kognitive, psychische und krankheitsbedingte Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Unterstützungsleistungen werden bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nun berücksichtigt. In Folge dieser Reform lassen sich häusliche Pflegearrangements im Prinzip individuell passgenauer und bedarfsgerechter gestalten. Mit der Reform ist nicht nur das Leistungsspektrum der bisher Anspruchsberechtigten erweitert worden, es sind auch ca. 550.000 Leistungsberechtigte neu hinzugekommen (Statistisches Bundesamt 2018). Dieser Mehrbedarf bei gleichzeitigem Fachkräftemangel hat die Situation auf dem (regulierten) Markt der Pflegeleistungen noch einmal deutlich verschärft. Inzwischen nehmen deutlich mehr Leistungsempfänger die Geld-

leistung in Anspruch. Ob dies aus freien Stücken oder wegen fehlender Angebote geschieht, wurde bisher nicht evaluiert (siehe ■ Abb. 10.1).

Auf das PSG II folgte das PSG III. Mit dem Pflegestärkungsgesetz III wurden die erforderlichen Gesetzesänderungen vollzogen, die sich aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff für die anderen Sozial- und Gesundheitsleistungsbereiche ergaben. Dies betraf insbesondere auch das Verhältnis des SGB XI zum SGB XII. Im Vorfeld hatte die Bund-Länder-AG Empfehlungen zur Stärkung der Kommunen in der Pflege erarbeitet. Nach den Vorstellungen der Bund-Länder-AG sollten

- angemessene Steuerungsmöglichkeiten der Angebotsstrukturen vor Ort sowie
- effiziente Kooperations- und Koordinationsstrukturen inklusive einer besseren Verzahnung der kommunalen Beratung im Rahmen der Daseinsorge und im Rahmen der Rolle der Kommunen als Sozialleistungsträger mit den Beratungsangeboten und Aufgaben der Pflegekassen entstehen (BMG 2017).

Die einzelnen Empfehlungen sahen unterschiedliche Maßnahmen in verschiedenen Bereichen vor:

- Zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung empfahl die Bund-Länder-AG, kommunale Pflegestrukturplanung und regionale Pflegekonferenzen in das SGB XI aufzunehmen und die Pflegekassen zur Mitarbeit zu verpflichten. Mit dieser kooperativen Planungsverpflichtung sollte der Kontrahierungszwang der Versorgungsverträge teilweise eingeschränkt werden.
- Im Bereich der Beratung des SGB XI sollte eine Verbesserung der Zusammenarbeit und Transparenz zwischen Pflegekassen und Kommunen angestrebt werden. Zur Qualifikation der Beratenden sollten vom GKV-Spitzenverband Qualitätsstandards erarbeitet werden. Darüber hinaus wurde vorgeschlagen, neue Beratungsstrukturen in 60 kommunalen Modellkommunen zu erproben.
- Zur Weiterentwicklung der niedrigschwelligen Angebote sollte die Wissensbasis durch weitere Forschungsprojekte verbessert werden. Bund, Länder und kommunale Spitzenverbände sollten in jeweils eigener Budgetverantwortung Projekte/Maßnahmen initiieren, sich gegenseitig informieren und den Informationsaustausch stärken. Die Mittel des § 45c und d SGB XI sollten besser ausgeschöpft werden.
- Darüber hinaus wurden dem Bund und den Ländern empfohlen, die Wohnraumförderung auszubauen und die Koordination zwischen Bund und Ländern zu verbessern. Insbesondere sollten der altersgerechte und barrierefreie Wohnraum und neue Wohnformen und Quartiersmodelle gefördert werden. Hierfür wurde angeregt, die wohnraumverbessernden Maßnahmen des § 40 SGB XI zu nutzen.

Der zustimmungspflichtige Gesetzentwurf zum PSG III hat die Empfehlungen der Bund-Länder-AG nur bedingt übernommen. Der Bundesrat äußerte deutliche Bedenken hin-

sichtlich der Mehrbelastung der Sozialhilfe und sah in den Modellvorhaben nach § 123 SGB XI kein geeignetes Mittel, die ortsnahe und aufeinander abgestimmte Beratung in der Pflege umzusetzen. Der Gesetzesnovelle wurde ausdrücklich nur deshalb zugestimmt, um eine Verschiebung der Reformen des PSG II nicht verantworten zu müssen. Insbesondere die Regelungen der § 123 und 124 SGB XI (Modellvorhaben; Quelle: GKV Spitzenverband 2018) widersprächen der verfassungsrechtlichen Unabhängigkeit der Kommunen und seien eine Zumutung für die kommunale Familie (Vorholz 2017) bzw. eine Anmaßung der Kompetenz der Pflegekassen hinsichtlich der Beratung nach § 7a SGB XI. Die Bundesregierung wurde aufgefordert, die Bedenken des Bundesrates aufzunehmen und insbesondere eine Evaluierung des PSG III zu veranlassen (Bundesrat 2016).

Aus Sicht einer besseren Koordinierung und Kooperation der Pflegeversicherung mit den kommunalen Aufgaben der Daseinsorge ist mit dem PSG III eine große Chance nicht genutzt worden. Der teilhabeorientierte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zwingt regelrecht dazu, die Leistungen der Kommunen im Bereich der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege, der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung und der neuen Regelungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) mit den Leistungen der Pflegeversicherung zu koordinieren. Bei aller Würdigung individueller Leistungsansprüche der Pflegeversicherung wird auch die Pflegeversicherung nicht umhinkommen, ihren Beitrag zur Sicherung der Pflege und Teilhabe mit den anderen Leistungen zu koordinieren (Schwieger 2018).

Es wäre aber zu kurz gegriffen, die Verantwortung für verpasste Chancen allein beim Bund und der Pflegeversicherung zu sehen; auch auf Seiten der Länder und der Kommunen wurden die Möglichkeiten des PSG III wenig genutzt. Lediglich im Bereich der neuen Möglichkeiten zur „Angebote der Unterstützung im Alltag“ nach § 45a SGB XI haben inzwischen alle Bundesländer Landesverordnungen

gen zur Umsetzung erlassen.² Die Möglichkeiten einer Governance-orientierten Pflegeplanung und der Erarbeitung von gemeinsamen Planungsempfehlungen (§ 8a SGB XI) wurden bisher noch in keinem Bundesland in die Landespflegegesetze aufgenommen.

Mit den Pflegestärkungsreformen I–III hat die Pflegeversicherung einige neue Möglichkeiten für eine sozialräumlich gegliederte und mit den Initiativen der Zivilgesellschaft verbundene Leistungserbringung eröffnet. Bisher fehlt es aber noch an dem Willen und der Konsequenz, diese Möglichkeiten auch umzusetzen. Dies gilt für die Länder, Kommunen, Pflegekassen und ambulanten Dienste gleichermaßen. Die Routine langjähriger Praxis ist vielerorts wirkungsmächtiger als die Möglichkeit zur Innovation.

10.2.3 Zwischen Baum und Borke – die Infrastrukturverantwortung für Alter und Pflege

Bei Einführung der Pflegeversicherung lag die Verantwortung für die Infrastruktur der Pflege noch bei den Ländern (vgl. § 8 a. F. SGB XI). Die Pflegeversicherung nahm damit die Tradition der Länder auf, die vor Einführung der Pflegeversicherung meist über eine institutionelle Förderung von Pflegeeinrichtungen verfügten. Zum überwiegenden Teil vollzogen die Länder diese Förderung als Objektförderung, indem die Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen gefördert wurden. Gesteuert und begrenzt wurden die Förderungen anhand von landesspezifischen Bedarfsindikatoren (Klie und Pfund-

stein 2010). In den Beitrittsländern wurde zudem nach Artikel 52 SGB XI die Modernisierung der stationären Einrichtungen aus Mitteln der Pflegeversicherung gefördert. Einige Bundesländer förderten darüber hinaus die Struktur der Sozialstationen mit pauschalen Zuschüssen. Zu Beginn der 2000er Jahre wurden diese Förderungen in allen Bundesländern eingestellt. Lediglich Nordrhein-Westfalen fördert im Wege der Subjektförderung indirekt die stationären Investitionskosten. Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Pflegewohngeld (APG NW).³

Den Pflegekassen obliegt nach § 69 SGB XI „im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen (§ 71) und sonstigen Leistungserbringern.“ Theoretisch wäre nach den Bestimmungen des § 8 SGB XI auch ein direktes Engagement der Kommunen und Länder für die pflegerische Infrastruktur möglich. Das EU-Beihilferecht und das verfassungsrechtliche Subsidiaritätsgebot sowie der Wettbewerbscharakter des SGB XI setzen einer entsprechenden Initiative allerdings enge Grenzen. In der Praxis ist eher das Gegenteil zu beobachten: Der Anteil ambulanter Dienste und stationärer Pflegeeinrichtungen in kommunaler und frei-gemeinnütziger Trägerschaft ist rückläufig.

Entsprechend ambivalent ist das Verhältnis der Länder und Kommunen zur Pflegestrukturplanung. Sozialberichtserstattung auf Landes- oder kommunaler Ebene begegnet immer wieder dem Vorbehalt, dass das Primat der Marktorientierung Bedarfsplanung nicht

² Auf Grundlage des § 45a SGB XI können die Länder im Zuge einer Verordnungsermächtigung die Bedingungen für Angebote der Unterstützung im Alltag regeln. Sofern vorhanden, haben Pflegebedürftige einen Umwandlungsanspruch von bis zu 40 % des Sachleistungsbetrags. Nordrhein-Westfalen finanziert über die Regelungen des § 45a–d SGB XI gemeinsam mit den Pflegekassen die Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz, Bayern die Fachstellen für Demenz und Brandenburg die Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ).

³ Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflege-rechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen – APG NRW).

zulässt. In den Landespflegegesetzen sind deshalb nur wenige Anforderungen an die Pflegestrukturplanung zu finden. Am deutlichsten – seit 2014 noch einmal verstärkt – verpflichtet Nordrhein-Westfalen die Kommunen zur kommunalen Pflegestrukturplanung (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen – PFG NW). In ähnlicher, etwas weniger differenzierter Weise sieht Rheinland-Pfalz (LPflegeASG)⁴ die kommunale Pflegestrukturplanung vor und Brandenburg verpflichtet die Kommunen zur Beobachtung (Landespflegegesetz LPflegeG).

Die Ansicht, dass Planung nur dort erforderlich ist, wo auch direkte Interventionen erfolgen, ist allerdings nicht mehr zeitgemäß. Auch Märkte erfordern Beobachtung und Regelung. Eine gute sozialräumlich orientierte Pflegestrukturplanung, die Investoren, Dienstleister und Bürgerinnen und Bürger in die Planungsüberlegungen und Handlungsempfehlungen einbezieht, kann sehr wohl infrastrukturelle Entwicklungen befördern und vor Unter-, Fehl- und Überversorgung bewahren. Mit dem Instrument der kommunalen Pflegestrukturberichtserstattung und den kommunalen Pflegekonferenzen ist dem Grunde nach eine kooperative, abgestimmte Entwicklung möglich und mit dem § 8a SGB XI kann diese Kooperation auch von den Pflegekassen unterstützt werden.

Bisher ist es (leider) bei der unpräzisen Definition der „Pflege als gemeinsame gesellschaftliche Verantwortung“ (§ 8, Abs. 1 SGB XI) geblieben. Koordinierte, integrierte Sozialplanung ist nur teilweise vorzufinden; in großen Städten eher, im ländlichen Raum und in den Landkreisen fast kaum. In der Sache verschieben sich zudem die Verantwortlichkeiten. Mit der Öffnung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu Teilhabeleistungen leistet die Pflegeversicherung einen Teilbeitrag für die Daseinsorge. Schon kleine Änderungen, z. B. die parallele Finanzierung der Tagespflege und der ambulanten Leistungen, können sich für

die Pflegeversicherung zum Ausgabenproblem auswachsen. Bei den Kommunen hingegen bestehen große Befürchtungen, dass angesichts des demographischen Wandels die Finanzierung der sozialen Daseinsorge grundlegend an ihre Grenzen stößt (Bundesrat 2016). Die auf Hilfe Angewiesenen stehen vor dem Problem, wie Unterstützung überhaupt gestaltet und finanziert werden soll.

Angesichts dieses bundespolitischen Nebeneinanders der verschiedenen Leistungssysteme wird die bisherige Struktur der sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Sicherung in Frage gestellt. Etwa dahingehend, dass zwischen CURE (medizinische Pflege) und CARE (Sorge – soziale Unterstützung) differenziert wird und die medizinischen Leistungen der Pflegeversicherung (CURE) der Krankenversicherung⁵ zugeschlagen werden, während die Sorgeleistungen (CARE) in einem neuen eigenständigen Leistungsgesetz zum Bundesteilhabegesetz (SGB IX) geregelt werden sollen (Hoberg et al. 2013). Etwas systemimmanenter wird im sogenannten „Sockel-Spitze-Tausch“ zur Pflegeversicherung argumentiert (Rothgang und Kalwitzki 2019). Hier sollen die wachsenden Kosten der Pflege durch ein Deckelungsmodell für die Pflegebedürftigen begrenzt und die Pflegeleistungen ab dieser Obergrenze durch einen Steuerzuschuss zur Pflegeversicherung übernommen werden.⁶ Beiden Reformen gemeinsam wäre die Sicherung einer verbindlichen Infrastruktur. Für ihre Umsetzung müssten ein Bedarfsfeststellungsinstrument und eine Infrastruktur zur Gewährleistung dieser Bedarfe geschaffen werden. Ohne ein Case- und Care-Management auf kommunaler Ebene ist dies nicht zu erreichen. Die finanzielle und personelle Situation der Kommunen ist leider weit davon entfernt, dies leisten zu können. Der Siebte Altenbericht der Bundes-

⁴ Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur.

⁵ Bzw. aktuell auch als Pflegeversicherungsleistungen bestehen bleiben könnten.

⁶ Die Länder Berlin, Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein haben hierzu einen Entschließungsantrag im Bundesrat eingebracht (Br-Drucks. 106/19 v. 01.03.2019).

regierung hat angesichts der demographischen Entwicklung und der ungleichen Lebensbedingungen in der Bundesrepublik ein Leitgesetz zur Stärkung einer Politik für ältere und mit älteren Menschen empfohlen, das die Kommunen auf Basis des § 71 SGB XII (Altenhilfe) in ihrer Kompetenz zur Gestaltung von Infrastrukturen durch die Übertragung konkreter Planungs- und Koordinierungsaufgaben befähigen soll (BMFFSJ 2016).

In neuerer Zeit kommt auch Bewegung hinsichtlich einer umfassenderen Beratung von Pflegebedürftigen in häuslicher Versorgung. So etwa mit dem Vorschlag eines unabhängigen „Pflege-Ko-Piloten“ im Rahmen des Entlastungsbudgets (Westerfellhaus 2020) oder dem weitergehenden Vorschlag des BKK Dachverbandes für die Schaffung von „Kommunalen pflegerischen Versorgungszentren (KpVZ)“ auf Basis des § 63 Abs. 3b und c SGB V (BKK Dachverband 2020).

10.3 Handlungsoptionen

Der Siebte Altenbericht hat mit dem Bericht zur „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ ein Leitbild integrierter Entwicklung vorgelegt. Es bietet mit der Differenzierung zwischen Leitgedanken, Handlungsfeldern und grundsätzlichen Überlegungen eine Orientierung für die Entwicklung (siehe [Abb. 10.2](#)).

Der Aufbau und die Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften aller Generationen wird darin als Querschnittsaufgabe kommunaler Politik betrachtet. Als Ordnungsrahmen sieht der Siebte Altenbericht das Subsidiaritätsprinzip und die kommunale Selbstverwaltung. Die Kommunen sind der Ort, an dem die Infrastruktur der Gesundheit, Pflege und des Wohnens ihre Ausgestaltung und Konkretisierung erfährt. Den Kommunen kommt für diese integrierende Aufgabe eine Moderations- und Koordinationsfunktion zu.

10.3.1 Ebenen der kommunalen Gestaltungsoptionen

Akzeptiert man den differenzierten Blick des Siebten Altenberichts, ist die Herausforderung des demographischen Wandels und der steigenden Zahl von Menschen mit Unterstützungsbedarf nicht allein durch den Staat und den Markt zu lösen. Eine dem Grundprinzip der Subsidiarität verpflichtete Sozialpolitik wird auf Sozialraumorientierung (Merten 2002) und den Welfare Mix (Evers und Olk 1996) bauen müssen. In der Praxis wird es darauf ankommen, auf den verschiedenen Ebenen des politischen Handelns einen Willen zur Gestaltung zu entwickeln.

10.3.2 Die Landesoptionen – zwischen Verpflichtung und Förderung

Der Föderalismus lässt den Ländern einige Möglichkeiten der Gestaltung offen. Für den Ausbau der Infrastruktur der Pflege und der Unterstützung im Alter sind vor allem die Landespflegegesetze und die Landesheimgesetze⁷ maßgeblich. Hier bestehen derzeit deutliche Unterschiede zwischen den Ländern. Verbesserungen der Kooperation sind zu erwarten, wenn in den Landespflegegesetzen:

- Die kommunale Pflegestrukturplanung und die regionalen Pflegekonferenzen unter Beteiligung der Pflegekassen verpflichtend gemacht werden. Bisher ist dies nur in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz der Fall.
- Die Länder die Landkreise und kreisfreien Städte⁸ fachlich und methodisch bei die-

⁷ Im Zuge der Föderalismusreform 2006 wurde der ordnungsrechtliche Teil des Bundesheimgesetzes an die Länder übertragen. Inzwischen haben alle Länder ordnungsrechtliche Gesetze zu den Wohnformen und Teilhabe erlassen.

⁸ Bzw. Bezirke in den Stadtstaaten.

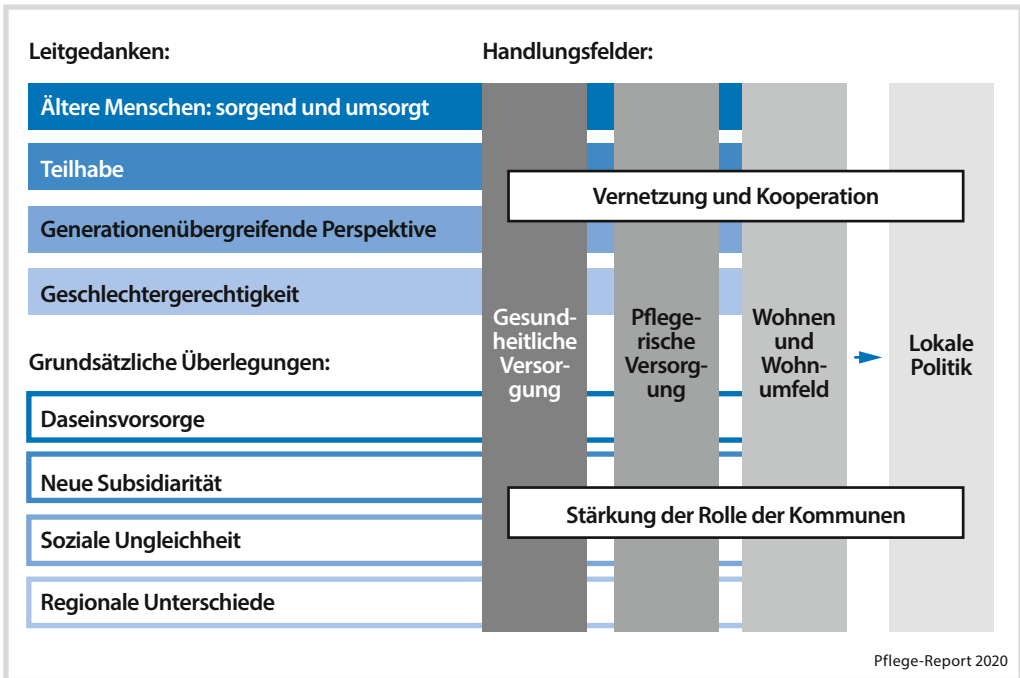


Abb. 10.2 Themen und Struktur des Siebten Altenberichts (Quelle: Berner F, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA))

ser Aufgabe unterstützen. Beispielhaft sind hier die teilweise gemeinsam mit den Pflegekassen getragenen Initiativen von Bayern (Fachstellen für Demenz), Brandenburg (FAPIQ-Fachstelle für Alter und Pflege im Quartier), Nordrhein-Westfalen (Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz) oder Rheinland-Pfalz (Netzwerk für Demenz und Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung).

- Die regionalen Pflegestützpunkte zu einer landeseinheitlichen Infrastruktur der integrierten Beratung der Kommunen und der Pflegekassen gesetzlich umgesetzt werden. Zunehmend wird dabei auch das Vorfeld der Pflege in den Blick genommen. Angesichts der zunehmenden Zahl der Ein-Personen-Haushalte gewinnt der präventive Hausbesuch an Bedeutung.⁹

- Die Förderung der Angebote zur Unterstützung im Alltag ausgebaut werden und die Initiativen des Ehrenamtes besser finanziell und fachlich begleitet werden.

Landesrechtlich geregelt kann auch das Verhältnis der Teilhabe- und Pflegestrukturplanung werden. Derzeit sind die Planungen weder sozialräumlich noch inhaltlich koordiniert. Speziell im Bereich der Angebote des Wohnens sind deutliche Schnittmengen zu erwarten. Die gerade umgesetzte Reform des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) bietet deutliche Synergieeffekte. Hinsichtlich der Neuen Wohnformen sind vor allen die Regelungen der Landesheimgesetze und die Förderung des sozialen Wohnungsbaus eine entscheidende Stellenschraube für die weitere Entwicklung. Regelungen in den Landesbauverordnungen zur Förderung kollektiver barrierefreier Wohnformen

⁹ Rheinland-Pfalz setzt in Modellkommunen den präventiven Hausbesuch mit der Landesförderung der Gemeindegewerkschaft^{plus} um; Hamburg führt ab 2020

den „Hamburger Hausbesuch“ für Hochaltrige in allen Bezirken ein.

können wesentliche Impulse für die Weiterentwicklung bieten.

Landesrechtlich regeln lässt sich auch die bisher unzureichende Datenlage im Bereich der Pflegestatistik und der Wohnraumentwicklung. Mit dem PSG III wurde auch die Pflegestatistik erweitert (§ 109 SGB XI). So haben die ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen nun auch die Postleitzahl¹⁰ der Pflegebedürftigen anzugeben. Dies gilt auch für den Wohnort vor der Übersiedlung ins Heim. Damit ist erstmals auch eine räumliche Analyse unterhalb der Kreisebene möglich.

Über die statistischen Landesämter steht es den Ländern zudem frei, über die geforderte Bundeseinheitlichkeit hinaus weitere Daten zu erheben. Bisher ist es in vielen Teilbereichen der Statistik immer noch üblich, die Lebenssituation der 65-Jährigen und älteren nicht weiter zu differenzieren. Hier wäre eine weitere Altersdifferenzierung für analytische Zwecke sehr sinnvoll.

10.3.3 Landkreise und kreisfreie Städte

Die Landkreise und kreisfreien Städte stehen vor der Aufgabe, eine Sozialberichtserstattung und Infrastruktur des Alters und des Alterns aufzubauen. Nach § 71 SGB XI (Altenhilfe) haben sie dazu einen eigenständigen Gestaltungsauftrag. *„Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken“* (§ 71 Abs. 1 SGB XI). Im Konkreten können die kommunalen Träger der Sozialhilfe über den § 71 SGB XI einkommensunabhängige Maßnahmen zur Ermöglichung des gesellschaftlichen Engagements, der Sicher-

ung altersgerechten Wohnraums, der Beratung und des Besuchs von Bildungs- und Gesundheitsveranstaltungen schaffen. Bisher wurde von dieser Norm allerdings wenig Gebrauch gemacht. Eine Sozialberichtserstattung des Alters, die die Erfahrungen der Jugendhilfeplanung (SGB VIII) aufgreifen könnte und die Aufgaben der Daseinssorge skizziert, ist damit mehr als eine Pflegestrukturplanung. Sie sichert auch die erforderlichen Leistungen im Umfeld der Pflege und versteht sich als integrierte Sozialplanung. Methodische Konzepte für die praktische Umsetzung einer integrierten Sozialplanung für die Versorgung im Alter sind inzwischen entwickelt (Schubert 2019). Zu berücksichtigen ist dabei die Unterschiedlichkeit der Ausgangslagen von Landkreisen und Städten:

- Als untere Landesbehörden ist die Stellung der Landkreise eine andere als die der Städte. Landkreise haben in besonderem Maße auf die Entwicklung und Unabhängigkeit der kreisangehörigen Städte und Kommunen zu achten. Deutlich wird dies z. B. im Bundesbaurecht. Die Bauleitplanung liegt auf Kreisebene, die Bauausführung obliegt den Kommunen.
- In kreisfreien Städten fallen die kommunale Selbstverwaltung und die Funktion als untere Landesbehörde zusammen. Hier ist der Handlungsspielraum des Gemeinderates größer. Gleichwohl gilt es auch hier, infrastrukturell die gewachsenen Quartiere und eingemeindeten Ortsteile sozialräumlich differenziert zu betrachten und zu berücksichtigen.
- Nicht zuletzt bleiben die Stadtstaaten. Ihre Stellung ist im Föderalismus der Bundesrepublik eine ganz besondere, da hier Stadt- und Landesrechte sowie Pflichten zusammenfallen.

Das Planungsverständnis ist vor allem in den Landkreisen nicht auf dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Planung wird allzu oft noch als öffentliche Verwaltungsplanung und nicht als beteiligungsorientierte Steuerung (Public Governance) verstanden (Schu-

¹⁰ Leider ist die PLZ in statistischer Hinsicht kein gutes Merkmal. Es fehlt zumindest teilweise an der erforderlichen Trennschärfe. Eine Vergleichbarkeit mit anderen Daten ist dadurch eingeschränkt.

bert 2020). Governance-orientierte Planung setzt auf Moderation und Beteiligung. Dies ermöglicht den Akteuren, im sozialen Raum durch Bereitstellung von Daten und einen wertgeleiteten Diskurs um deren Bedeutung zur Veränderung beizutragen. Die Landkreise und kreisfreien Städte haben in diesem Kontext die Rolle der Moderation und Koordination und die regionalen Pflegekonferenzen können hier ein Instrument der Kooperation und Zielfindung sein. Als Verwaltungsinstanz der kommunalen Selbstverwaltung haben die Landkreise aber auch in besonderem Maße auf die Beteiligung der kreisangehörigen Kommunen zu achten.

10.3.4 Orts- und Quartiersebene

Den Orts- und Verbandsgemeinden und kreisangehörigen Städten kommt in der Weiterentwicklung der Infrastruktur des Alters und des Alterns eine besondere Bedeutung zu. Hier ist der Ort, an dem sich Wohnen und Leben konkretisieren und materialisieren. Hier wird im Rahmen der verfassungsrechtlichen Selbstverwaltung (Art. 28 Abs. 2 GG) über die Belange der örtlichen Gemeinschaft entschieden. Für die Planung und Sicherung der Daseinsorge ist hier der Ort demokratischer Aushandlung. Dies gilt für die Fragen der Mobilität, die Wohnraumsicherung und die Infrastruktur des täglichen Bedarfs gleichermaßen wie für die soziale und gesundheitliche Infrastruktur. Und hier ist der Ort, an dem sich abstrakte Politik in alltägliche Lebenspraxis wandelt. Hier zeigen sich durch das kulturelle und soziale Angebot die Möglichkeiten und die Bedingungen zur Partizipation.

Quartiers- und Dorfentwicklung wird damit zum Schlüssel für die weitere Entwicklung der Daseinsorge in den Kommunen. Dabei müssen die Bürgerinnen und Bürger in die Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse eingebunden werden. Der Ruf nach einer partizipativen Quartiers- und Kommunalentwicklung ist nicht neu. Seit 1999 fördert das jeweilige Bundesbauministerium im Rahmen der

Städtebauförderung Projekte der Sozialen Stadt in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf und koppelt regelhaft die Bauprojekte mit einem partizipativen Quartiersmanagement (BMI 2020). Mit bisher 533 beteiligten Kommunen (Stand 2018; Langenbrinck 2010) ist die „Soziale Stadt“ das größte Projekt der Quartiersentwicklung. Häufig werden dabei inzwischen generationsübergreifende Wohnprojekte realisiert. Auch das Deutsche Hilfswerk fördert Quartiersprojekte aus Mitteln der Fernsehlotterie (Deutsches Hilfswerk Quartiersförderung). Methodisch wurde ebenfalls schon vieles erarbeitet, z. B. im Projekt NAIS – Neues Altern in der Stadt (Bertelsmann-Stiftung 2006) und dem SONG-Projekt (SONG 2008) oder dem Kuratorium Deutsche Altershilfe für den Bereich der Quartiersentwicklung (KDA 2006; Kremer-Preiß und Mehnert 2016). Für die kommunale Wohnungswirtschaft in den Städten werden Quartierskonzepte für die Sicherung der Teilhabe und sozialen Unterstützung im Quartier immer bedeutender, z. B. nach dem „Bielefelder Modell“ (Klingenberg 2018).

Inzwischen gibt es auch eine Vielzahl von Beispielen aus dem ländlichen Raum, wie Kommunen den Herausforderungen des demographischen Wandels und den damit verbundenen Bedarfen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und Unterstützung begegnen. So z. B. die Bürgergemeinschaft Eichstetten e. V., die in Eichstetten am Kaiserstuhl schon 1998 den „Generationsvertrag“ übernommen hat und seit 22 Jahren weitgehend im Stillen umfassende Leistungen im bürgerschaftlichen Engagement erbringt (Bürgergemeinschaft Eichstetten e. V.), oder die Seniorenengossenschaft Riedlingen, die sich schon 1988 gegründet hat und inzwischen ein wesentlicher Akteur des betreuten Wohnens und der ambulanten Hilfen in Riedlingen geworden ist (Seniorenengossenschaft Riedlingen 2020). Viele weitere Projekte ließen sich nennen, bisher fehlt es aber an einer Strategie, die den Herausforderungen angemessen ist. Neben gelungenen Leuchtturmprojekten, sind manche geförderten Projekte nach der Förderphase

nicht mehr weitergeführt worden. Teils konnten die hohen Erwartungen an das Engagement der Bürgerinnen und Bürger nicht erfüllt werden, teils fehlte schlicht der Wille oder es mangelte an finanziellen Ressourcen auf örtlicher Ebene.

Dabei sind die Bedingungen für die Umsetzung von Projekten der Daseinsvorsorge auch in kleinen Gemeinden des ländlichen Raums grundsätzlich nicht schlecht. In der Regel unterstützen die Flächenländer die Entwicklung im ländlichen Raum mit eigenständigen Förderprogrammen, die meist an die Förderung des Bundes und der Europäischen Union gekoppelt sind. Was im Bereich der Städte die Programme der Städtebauförderung übernehmen, ist im ländlichen Raum über die Strukturförderung des ländlichen Raums möglich. Viele dieser Programme wurden in den letzten Jahren ausgeweitet und sehen ausdrücklich Förderungen der Daseinsvorsorge und der Selbsthilfe vor (BMEL 2016).

Rheinland-Pfalz macht mit dem Projekt „WohnPunkt RLP – Wohnen mit Teilhabe“ gute Erfahrungen in der Begleitung von Kommunen im ländlichen Raum bei der Umsetzung von Projekten des barrierefreien Wohnens mit Bürgerbeteiligung. Die Kommunen müssen sich bewerben und werden bei der Umsetzung begleitet. Dies umfasst die Suche nach Investoren, die Zusammenarbeit mit professionellen Dienstleistern und die Beteiligung der Bürgerschaft (LZG 2020).

Auch die Pflegeversicherung hat mit dem Umwandlungsanspruch und der Verordnungsmächtigung (§ 45a–d SGB XI) einen wesentlichen Beitrag für die Umsetzung von wohnortnahen Entlastungsleistungen von Ehrenamtlichen und Nachbarschaftsinitiativen geschaffen, die es zulassen, Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen von Nachbarschaftshilfen und Bürgervereinen (mit)zufinanzieren.

10.4 Fazit

Die Pflegeversicherung leistet einen erheblichen Beitrag zur Bewältigung der demographischen Risiken des Alters. Mit den Reformen der letzten Jahre ist eine bedarfsgerechtere Struktur entwickelt worden. Vieles ist heute möglich, was in den vergangenen Jahren an Systemgrenzen gescheitert ist. Die Marktorientierung der Pflegeversicherung hat mit ihrem Struktur- und Qualitätsanspruch aber auch einen Blick geschaffen, der ohne die Pflegeversicherung so nicht entstanden wäre. Die ambulante und stationäre Praxis könnte sich ändern, verharrt aber weitgehend in den gewohnten Mustern.

Dies gilt auch für die Partner der gesetzlichen Pflegeversicherung: die Länder, die Kommunen und die Bürgerinnen und Bürger selbst. In der Gewissheit, die Pflegeversicherung würde es richten, ist hier angesichts der veränderten Lebensbedingungen allzu viel Zuversicht entstanden. Eine bessere kommunale Koordination im Bereich des Wohnens, des Ausbaus der Barrierefreiheit und der Sicherung der Teilhabe mit den Leistungen der Pflegeversicherung ist dringend erforderlich. Mit dem PSG III wurde hier eine Chance verpasst.

Auf der Mikroebene der ländlichen Kommunen und der städtischen Quartiere wird die Einbindung der Bürgerinnen und Bürger für eine „neue Subsidiarität“ entscheidend sein. Die Botschaft für einen aktiven Dialog ist längst überfällig: Wie wollt ihr (im Alter) leben und was seid ihr bereit beizutragen!

Sofern diese Botschaft angenommen wird, wird die Pflegeversicherung sich ändern. Ändern werden sich aber auch unsere Kommunen und die Möglichkeiten, die das Leben vor Ort bietet. Mehr Geld im System ist sicher nötig; Geld und individuelle Leistungen allein werden die Herausforderungen aber nicht bewältigen.

Literatur

- Arend S, Klie T (2016) Wer pflegt Deutschland. Vinzenz, Hannover
- Bertelsmann-Stiftung (2006) NAIS – Neues Altern in der Stadt. https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Neues_Altern_in_der_Stadt.pdf. Zugegriffen: 30. Jan. 2020
- BKK Dachverband (2020) Kommunale pflegerische Versorgungszentren (KpVZ) für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung. Impuls des BKK Dachverbands. https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/Kommunale_pflegerische_Versorgungszentren_KpVZ_002_.pdf. Zugegriffen: 16. März 2020
- BMEL – Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2016) Bericht der Bundesregierung zur Entwicklung der ländlichen Räume 2016. Eigendruck BMEL. https://www.zukunftsforum-laendliche-entwicklung.de/fileadmin/SITE_MASTER/content/Dokumente/Downloads2017/Regierungsbericht-LR-2016.pdf. Zugegriffen: 12. Dez. 2019
- BMFFSJ – Ministerium für Familie Frauen Senioren und Jugend (2016) Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. BT-Drucks 18/10210, S 279–284
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017) Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf. Zugegriffen: 30. Jan. 2020
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2018) Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. Zahlen und Fakten der Pflegeversicherung, ihre Leistungen, ihre Versicherten und die Entwicklung ihrer Finanzen seit 1995. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2018.pdf. Zugegriffen: 15. Jan. 2020
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020) Zahlen und Fakten zur sozialen Pflegeversicherung, S 5. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_17.Februar_2020_barr.pdf. Zugegriffen: 20. März 2020
- BMI – Bundesministerium des Inneren, für Bau und Heimat (2020) Städtebauförderung Soziale Stadt. https://www.staedtebaufoerderung.info/StBauf/DE/Programm/SozialeStadt/soziale_stadt_node.html. Zugegriffen: 12. Dez. 2019
- Bundesrat (2016) Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III): Beschluss BR-Durcks 720/16. [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0701-0800/720-16\(B\).pdf?__blob=publicationFile&v=5](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0701-0800/720-16(B).pdf?__blob=publicationFile&v=5). Zugegriffen: 20. Jan. 2020
- Bürgergemeinschaft Eichstetten e.V. <https://www.buergergemeinschaft-eichstetten.de/site/buergergemeinschaft.html>. Zugegriffen: 30. Jan. 2020
- Deutsches Hilfswerk Quartiersförderung <https://www.fernsehlotterie.de/foerdern-engagieren/stark-im-quartier>. Zugegriffen: 25. Dez. 2019
- Engelmann D, Gohde J, Künzel G (2015) Kooperation und Koordination auf kommunaler Ebene. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2015. Schattauer, Stuttgart, S 155–164
- Evers A, Olk T (1996) Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Westdeutscher Verlag, Opladen
- GKV-Spitzenverband (2018) Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen nach § 123 Abs. 4 SGB XI. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/2018_01_26_Pflege_Empfehlungen_nach_123_IV_SGB_XI.pdf. Zugegriffen: 20. Jan. 2020
- Hoberg R, Klie T, Künzel G (2013) Eckpunkte Strukturreform Pflege und Teilhabe. AGP Sozialforschung. https://agp-freiburg.de/downloads/pflegeteilhabe/Eckpunkte_Strukturreform_PFLEGE_TELIHABE_Kurzfassung.pdf. Zugegriffen: 20. Jan. 2020
- Igl G (1994) Entstehungsgeschichte der sozialen Pflegeversicherung. Vierteljahrszeitschrift Für Sozial 49:261–264
- KDA (2006) Wohnen im Alter. Strukturen und Herausforderungen für kommunales Handeln. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung der Landkreise und kreisfreien Städte. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familien, Frauen, Senioren und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/blob/79334/82df71ea1a0daf8a6146d7d174cc5fcf/wohnen-im-alter-data.pdf>. Zugegriffen: 25. Jan. 2020
- Klie T, Pfundstein T (2010) Kommunale Pflegeplanung zwischen Wettbewerb und Bedarfsorientierung. Z Gerontol Geriatr 43(2):91–97
- Klingenberg O (2018) Das Bielefelder Modell – Ein bewährtes Konzept für ein selbstbestimmtes Wohnen mit Versorgungssicherheit im Alter. Pro Alter 3/2018:21

- Kremer-Preiß U, Mehnert T (2016) Handreichung Quartiersentwicklung: praktische Umsetzung sozialraumorientierter Ansätze in der Altenhilfe. Kuratorium Deutsche Altenhilfe, Köln
- Langenbrinck G (2010) Stadtquartiere für Jung und Alt: Bilanz zum ExWoSt-Forschungsfeld Innovationen für familien- und altengerechte Stadtquartiere. Bundesamt für Bau- Stadt- und Raumforschung, Bonn
- LZG – Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. (2020) WohnPunkt RLP – Wohnen mit Teilhabe. Homepage der LZG. <https://www.lzg-rlp.de/de/wohnpunkt-rheinland-pfalz.html>. Zugegriffen: 30. Jan. 2020
- Merten R (2002) Sozialraumorientierung – Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit. Juventa, Weinheim
- Naeegele G (2014) 20 Jahre Verabschiedung der gesetzlichen Pflegeversicherung – Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht. Wiso Diskurs Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung S 43–44
- polis/sinus Gesellschaft für Sozial- und Marktforschung GmbH (2014) Pflege und Pflegeversicherung aus Sicht der Bevölkerung. Ergebnisse einer Repräsentativuntersuchung im Auftrag des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung. <https://dbk.gesis.org/dbksearch/download.asp?db=D&id=58189>. Zugegriffen: 2. Febr. 2020
- Rothgang H, Kalwitzki T (2019) Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Aufbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Initiative Pro-Pflegereform. https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf. Zugegriffen: 5. Jan. 2020
- Schubert H (2019) Von der Altenhilfeplanung zur integrierten Sozialplanung. In: Schubert H (Hrsg) Integrierte Sozialplanung für die Versorgung im Alter. Grundlagen Baustein Praxisbeispiele. Springer VS, Wiesbaden, S 43–74
- Schubert H (2020) Integrierte Sozialplanung in Kreisen und kreisangehörigen Kommunen. In: Schubert H, Nutz A (Hrsg) Integrierte Sozialplanung in Landkreisen und Kommunen. Kohlhammer, Stuttgart, S XIII–XX
- Schwieger D (2018) Bedarfsdeckung allenfalls noch auf Umwegen? Die reformierte Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Soziale Sicherh 67(10):376–382
- Schwinger A, Klauber J, Tsiasioti C (2019) Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege, aber woher? Springer, Berlin Heidelberg, S 3–23
- Seniorengenossenschaft Riedlingen (2020) <http://www.martin-riedlingen.de/seniorengenossenschaft.php>. Zugegriffen: 29. Jan. 2020
- SONG – Netzwerk: Soziales neu gestalten (2008) Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Bertelsmann, Gütersloh (2008 und 2009 Bd. 1–3)
- Statistisches Bundesamt (2003) Pflegestatistik 2001 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, S 8
- Statistisches Bundesamt (2018) Pflegestatistik 2017 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, S 16
- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2019) Statistische Berichte Pflegestatistik 2017, S 14
- Vorholz I (2017) Pflegestärkungsgesetz III verfehlt Stärkung der Kommunen. NDV 9/2017:391–397
- Westerfellhaus A (2020) Leistungsdschungel in der häuslichen Pflege auflösen. Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege. <https://www.pflegebevollmaechtigter.de/details/leistungsdschungel-in-der-haeuslichen-pflege-aufloesen.html>. Zugegriffen: 16. März 2020
- Zängl P (2015) Eine kurze Retrospektive auf die lange Entwicklungsgeschichte der Pflegeversicherung. In: Zängl P (Hrsg) Zukunft der Pflege. Springer VS, Wiesbaden, S 233–252

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.

