



FGW-Studie
Vorbeugende Sozialpolitik 05



Daniela Brüker, Simone Leiber, Sigrid Leitner
(unter Mitarbeit von Petra Kaiser)

Vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik

Herausforderungen und (kommunale)
Gestaltungspotenziale in NRW

Herausgeber



FGW – Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V.
Kronenstraße 62
40217 Düsseldorf

Telefon: 0211 99450080
E-Mail: info@fgw-nrw.de
www.fgw-nrw.de

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Prof. Dr. Till van Treeck

Themenbereich

Vorbeugende Sozialpolitik

Themenverantwortliches Vorstandsmitglied

Prof. Dr. Ute Klammer

Förderung

Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen

Erscheinungsdatum

Düsseldorf, Juli 2017

Daniela Bröker, Simone Leiber, Sigrid Leitner

(unter Mitarbeit von Petra Kaiser)

Vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik

Herausforderungen und (kommunale) Gestaltungspotenziale in NRW

Auf einen Blick

- Eine *vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik* umfasst *drei Ressourcenebenen*: pflegende Angehörige, professionelle ambulante Versorgungsstrukturen sowie alternative Ressourcen der Pflegeversorgung wie z. B. zivilgesellschaftliche Potenziale des Sozialraums.
- *Pflegende Angehörige* brauchen mehr Unterstützung durch passgenauere Dienste, Zeit- und Geldrechte sowie differenzsensible Beratungs- und Unterstützungsangebote.
- Bei den *professionellen ambulanten Versorgungsstrukturen* müssen Zugangsbarrieren abgebaut sowie Schnittstellenprobleme zwischen Leistungsgesetzen und Versorgungsbereichen gelöst werden.
- *Alternative Ressourcen der Pflegeversorgung* können die professionellen Strukturen nur ergänzen, nicht ersetzen. Prozessen der Deprofessionalisierung und der Reproduktion von Ungleichheitsstrukturen in und zwischen Sozialräumen muss entgegen-gesteuert werden.
- Die Bedeutung der *kommunalen Ebene* für die politische Steuerung der Pflegeversorgung wächst, die lokalen Voraussetzungen sind jedoch sehr heterogen. Ein Rechtsanspruch auf Altenhilfeleistungen sowie eine entsprechende Finanzausstattung der Kommunen wären notwendig.

Abstracts

Vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik: Herausforderungen und (kommunale) Gestaltungspotenziale in NRW

Idealerweise richtet sich eine vorbeugende Sozialpolitik nicht nur auf Kinder oder junge Erwachsene aus, sondern begleitet Menschen über den gesamten Lebensverlauf. In dieser Studie entwickeln wir ein Konzept einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik, das sich ausdrücklich auf pflegebedürftige ältere Menschen und die sie unterstützenden Angehörigen bezieht. Auf Basis einer systematischen Literaturstudie sowie von Gesetzesanalysen und qualitativen Experteninterviews analysieren wir den aktuellen Stand, die Herausforderungen sowie zukünftige Gestaltungspotenziale im Hinblick auf eine vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik, insbesondere in Nordrhein-Westfalen (NRW). Dabei wird auch die Rolle der Kommunen – die jüngst auf Bundesebene durch das Pflegestärkungsgesetz III neue Impulse bekam – für die Gestaltung eines solchen vorbeugenden Ansatzes kritisch in den Blick genommen.

Preventive approaches to care policy: Challenges and (local level) opportunities in NRW

Ideally, preventive social policy measures do not only target children or young adults, but complement the whole live course. This paper develops a conception of preventive care policy, particularly addressing older persons in need of care as well as their caregivers. Based on a systematic review of literature and social legislation as well as qualitative expert interviews, the authors analyze the current situation, challenges, as well as future opportunities of implementing a preventive approach to care policy, particularly in North Rhine-Westphalia (NRW). Also the role of municipalities – recently subject to political reform at the federal level by *Pflegestärkungsgesetz III* (care strengthening act III) – in supporting such a preventive approach to care provision is critically discussed.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	v
Tabellenverzeichnis	v
1 Einleitung: Herausforderungen und (kommunale) Gestaltungspotenziale für eine vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik in NRW	1
2 Konzeption einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik	3
2.1 Ressourcen pflegender Angehöriger	4
2.2 Ressourcen professioneller ambulanter Versorgungsstrukturen	5
2.3 Alternative Ressourcen der Pflegeversorgung	6
2.4 Prävention und Investition	6
2.5 Pflege und Sorge vor Ort	7
3 Die Ressourcen pflegender Angehöriger	8
3.1 Soziodemographische Merkmale	8
3.2 Soziale Risiken	10
3.3 Staatliche Unterstützungs- und Entlastungsangebote	10
3.4 Soziale Sicherung	12
3.5 Die Rolle der Betriebe	13
3.6 Beratung	13
3.7 Nutzungsbarrieren	15
3.8 Stärkung des präventiven Ansatzes	15
4 Die Ressourcen professioneller ambulanter Versorgungsstrukturen	19
4.1 Trends in der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung	20
4.2 Analyse der Versorgungssituation	20
4.2.1 Verfügbarkeit von ambulanten Leistungen	20
4.2.2 Passung von Angebot und Bedarf	21
4.2.3 Transparenz der Angebote und Versorgungsqualität	23
4.3 Zugangsbarrieren	23
4.3.1 ‚Komm-Struktur‘	23
4.3.2 Mangelnde interkulturelle Öffnung der Regeldienste	24
4.3.3 Ungleicher Zugang zu Versicherungsleistungen	24
4.3.4 Hohe finanzielle Eigenanteile für pflegerische Leistungen	25
4.4 Schnittstellenprobleme	26
4.4.1 Brüche in der Versorgungskontinuität	27
4.4.2 Schnittstellenprobleme zwischen Leistungsgesetzen	27

4.5	Stärkung des präventiven Ansatzes.....	29
5	Alternative Ressourcen der Pflegeversorgung	32
5.1	Alternative Wohnformen und Sozialraumgestaltung	32
5.2	Zivilgesellschaftliche Ressourcen der Pflegeversorgung im Sozialraum	34
5.3	Information und Kooperation im Sozialraum.....	36
5.4	Live-in-Pflegekräfte aus Mittel- und Osteuropa.....	37
5.5	Stärkung des präventiven Ansatzes.....	39
6	Die Rolle der Kommunen für eine vorbeugende Pflegepolitik	41
6.1	Zuständigkeiten der Kommunen im Bereich Pflege.....	42
6.2	Neue Handlungsspielräume der Kommunen im Sinne einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik?.....	44
6.2.1	Kommunen und die Sicherstellung von Beratungs- und Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.....	46
6.2.2	Kommunen und die Sicherstellung ambulanter Versorgungsstrukturen.....	48
6.2.3	Kommunen und die Förderung alternativer Ressourcen der Pflegeversorgung	51
6.3	Finanzielle und politische Voraussetzungen in den Kommunen.....	53
6.4	Kommunale Potenziale einer vorbeugenden Pflegepolitik stärken.....	57
7	Schlussbetrachtung.....	60
	Literatur	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zielgruppen und Ressourcenebenen einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik 4

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Handlungsempfehlungen für eine vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik 61

1 Einleitung: Herausforderungen und (kommunale) Gestaltungspotenziale für eine vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik in NRW

Der vorsorgende Sozialstaat hat sich insbesondere in Nordrhein-Westfalen (NRW) zu einem wichtigen politischen Leitbild entwickelt (vgl. Blätte/Zitzler 2014). Obwohl von den Protagonisten einer vorbeugenden Sozialpolitik (vgl. z. B. Schroeder 2014) betont wird, wie wichtig es sei, den Ansatz auf den gesamten Lebenslauf zu beziehen, wird selten konkretisiert, was dies für den Pflege- und Sorgedkontext¹ bedeutet. Die mit der Idee einer vorbeugenden Sozialpolitik verbundene Vorstellung, dass sozialpolitische Interventionen ‚so früh wie möglich‘ ansetzen sollen, lässt die meist erst gegen Ende eines Lebenslaufs relevant werdende Pflegepolitik bislang eher in den Hintergrund treten. Aufgrund des demographischen Wandels und der daraus resultierenden zunehmenden Zahl Pflegebedürftiger stellt die pflegerische Versorgung allerdings eine zentrale sozialpolitische Zukunftsaufgabe dar. Dies legitimiert die Rede von einer *vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik* zweifach: Während der Bedarf an pflegerischer Versorgung durch die gesellschaftliche Alterung wächst, nimmt das familiäre Pflegepotenzial ab. Die bisher dominierende häusliche Pflege durch Angehörige wird sich zukünftig anders darstellen als heute – aufgrund von Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt (Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit und Rückgang des Familienernährermodells) sowie als Reaktion auf gesellschaftliche Enttraditionalisierungstendenzen. Es stellt sich somit die Frage, wie eine *vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik* angesichts dieser komplexen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen konzeptionell, rechtlich sowie finanziell ausgestaltet sein müsste.

Eine besondere Rolle für eine vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik kommt auch den Kommunen zu, denen eine Schlüsselposition etwa in der Etablierung von wohnortnahen Beratungsstrukturen sowie weiteren Koordinations-, Dienstleistungs- und Sorgestrukturen vor Ort zugeschrieben wird. Deren Steuerungs- und Gestaltungspotenziale in Bezug auf die regionale pflegerische Versorgung wurden im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes (PSG) III ausgebaut und sollen künftig weiter an Bedeutung gewinnen (vgl. Engelmann et al. 2013; Deutscher Bundestag 2016; Hoberg et al. 2016).²

¹ Diesem Diskussionspapier liegt ein weites Begriffsverständnis von Pflege zugrunde. Angelehnt an den englischen Begriff *care* berücksichtigen wir neben der klassischen medizinischen und (körperbezogenen) pflegerischen Unterstützung auch Aspekte der sozialen Zuwendung und Teilhabe sowie der hauswirtschaftlichen Unterstützung. Uns interessieren somit prinzipiell Ansatzpunkte einer vorbeugenden *Pflege- und Sorgepolitik*, auch wenn zur sprachlichen Vereinfachung nicht immer beide Begriffe genannt werden.

² Eine komprimierte Fassung des konzeptionellen Rahmens sowie der Analysen zur Rolle der Kommunen erscheint auch in Brüker et al. (2017).

In dieser Expertise wird das Konzept der vorbeugenden Sozialpolitik auf die Bereiche Pflege und Sorge für ältere Menschen bezogen und damit eine Phase des Lebensverlaufs ins Zentrum gestellt, die in der Diskussion um präventive Ansätze in der Sozialpolitik bislang weniger stark beachtet wird.

Untersuchungsgegenstand sind bundes-, landes- und kommunalpolitische Ansätze für eine vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik mit besonderem Fokus auf das Land NRW. Methodisch beruht die Untersuchung auf einer umfassenden, systematischen Literaturstudie, der Analyse von Gesetzes- und anderen Dokumenten der (NRW-)Pflegepolitik sowie ausgewählten, leitfadengestützten, qualitativen Interviewgesprächen mit Expert_innen des Themenfeldes aus den Kommunen und dem Land NRW (ausführlich zu den Interviews vgl. Kap. 6, Kasten).

In einem ersten Schritt (Kap. 2) setzt die Expertise sich theoretisch-konzeptionell mit dem häufig vage und sehr unterschiedlich gefassten Begriff der Prävention³ in der Sozialpolitik auseinander und bezieht diesen auf den pflegerischen Kontext. In einem zweiten Schritt (Kap. 3-5) untersucht die Expertise, welche im vorab definierten Sinne vorbeugenden Ansätze in der (NRW-)Pflegepolitik bisher vorwiegend diskutiert werden bzw. bereits vorhanden sind. Dabei werden aktuelle bundespolitische (v. a. Pflegestärkungsgesetze) sowie landespolitische Weiterentwicklungen in der Alten- und Pflegepolitik (wie etwa das Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen (GEPA NRW)), die Verordnung über die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in Nordrhein-Westfalen (AnFöVO) oder der Masterplan altengerechte Quartiere.NRW im Hinblick auf vorbeugende Potenziale reflektiert. In einem dritten Schritt (Kap. 6) wird die besondere Rolle der Kommunen in der Gestaltung einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik analysiert. Hier sollen vorhandene gute Praktiken aufgespürt und künftige Gestaltungspotenziale diskutiert werden. Auch das Zusammenspiel von Bund, Land und Kommunen wird angesprochen. Jedes Teilkapitel der Kapitel 3-6 schließt mit der Identifizierung von zentralen Themen- und Handlungsfeldern bzw. -anforderungen für die Bundes-, Landes- oder Kommunalpolitik im Hinblick auf eine Stärkung des vorbeugenden Ansatzes, die abschließend (Kap. 7) noch einmal im Überblick dargestellt werden.

³ Die Begriffe ‚vorbeugend‘ und ‚präventiv‘ verwenden wir in diesem Beitrag synonym.

2 Konzeption einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik

In diesem Kapitel geht es darum, zu konkretisieren, was unter einer vorbeugenden oder präventiven Pflegepolitik zu verstehen ist. Unsere Perspektive ist dabei eine dezidiert sozialpolitische, d. h. der Fokus liegt nicht, etwa im Sinne von Public-Health-Ansätzen, auf der Vermeidung oder Verringerung individueller Gesundheitsrisiken, die zu Pflegebedürftigkeit im Alter führen. Stattdessen stehen die *strukturellen* Rahmenbedingungen des Pflegesystems und der Pflegepolitik, auch im Sinne einer sozialen Lebenslaufpolitik (vgl. Brettschneider/Klammer 2016), im Zentrum. Denn die pflegenden Angehörigen von heute sind die Menschen im Altenhilfe- und Pflegesystem von morgen. Eine *pflegepolitische* Präventionsperspektive umfasst daher zwei zentrale Aspekte bzw. Zielgruppen (Abb. 1):

- (1) Welche Beratungs-, Koordinations- und Versorgungsstrukturen sind vorhanden und notwendig, um es *pflegebedürftigen Personen* zu ermöglichen, so lange wie möglich im gewohnten häuslichen Umfeld zu bleiben – sofern sie dies wünschen?

Eine *vorbeugende Pflegepolitik* knüpft damit an die bereits seit längerem geführte Diskussion rund um das Prinzip *ambulant vor stationär* an. Dies ist zum einen aus der Zielsetzung der Kostendämpfung im Pflegebereich heraus sinnvoll, entspricht aber auch dem Wunsch der meisten Pflegebedürftigen, so lange wie möglich in der gewohnten Umgebung verbleiben zu können. Unser Verständnis von vorbeugender Pflegepolitik geht jedoch über den sozialrechtlich verankerten Grundsatz *ambulant vor stationär* hinaus. Denn es berücksichtigt zudem die Frage:

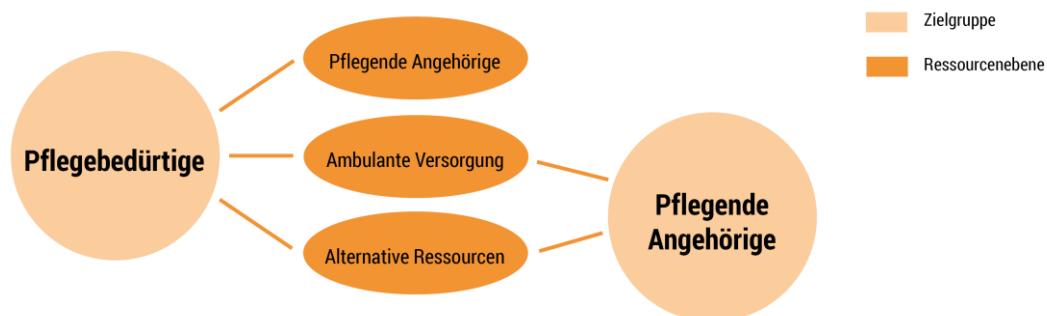
- (2) Welche Unterstützungsleistungen sind vorhanden und notwendig, um es *Pflegepersonen* zu ermöglichen, ihre Angehörigen zu pflegen und zu versorgen, ohne dabei selbst Schaden zu nehmen?

Hier geht es also darum, Angebote und Leistungen vorzuhalten, die Angehörigenpflege überhaupt ermöglichen, wie z. B. Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Pflegekurse etc. (*Ermöglichungsfunktion*). Bei bestehender Pflege geht es um den Erhalt der Pflegefähigkeit und die Stabilisierung des häuslichen Pflegearrangements, z. B. durch Betreuungs-, Entlastungs- und Austauschangebote (*Erhaltungsfunktion*). Schließlich geht es im Sinne des lebenslaufbezogenen Präventionsgedankens auch um sozialpolitische Maßnahmen zur Vermeidung zukünftiger Risiken für pflegende Angehörige. Darunter fallen Gesundheitsrisiken, die durch körperliche und seelische Belastungen entstehen, Erwerbsrisiken aufgrund einer mangelnden Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie soziale Sicherungsrisiken wie etwa künftige Altersarmut (*Sicherungsfunktion*).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Bedürfnisse beider Personengruppen nicht immer zusammenfallen. Zu einer solchen Präventionsperspektive gehört es daher auch, dem politischen Leitbild *ambulant vor stationär* nicht um jeden Preis Vorrang einzuräumen und dessen Beschränkungen mitzudenken. Vorbeugende Sozialpolitik kann in diesem Feld auch bedeuten, geeignete Wege aufzuzeigen, das ambulante Umfeld zu verlassen, wenn die Grenzen der häuslichen Pflege erreicht sind – sei es, weil die pflegende oder weil die pflegebedürftige Person überlastet ist. Für

eine vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik im oben genannten Sinne braucht es also gut auf einander abgestimmte Beratungs-, Koordinations-, Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen, für die Ressourcen auf unterschiedlichen Ebenen zur Verfügung stehen. Traditionell gehören dazu die pflegenden Angehörigen als derzeit wichtigstes Unterstützungsnetz für die Pflegebedürftigen. Ergänzend kommen bislang professionelle ambulante Beratungs-, Unterstützungs- und Versorgungsangebote hinzu, die sich sowohl an Pflegebedürftige als auch an Angehörige richten können. Neuere Entwicklungen nehmen zudem alternative Ressourcen der Pflegeversorgung wie semiprofessionelle, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Unterstützungsnetzwerke in den Blick. In jüngeren Konzepten zur Weiterentwicklung des deutschen Pflegesystems, etwa des Kuratoriums Deutsche Altershilfe und der Friedrich-Ebert-Stiftung (vgl. Engelmann et al. 2013) oder des Netzwerks Soziales neu gestalten (vgl. SONG [o.J.]), finden sich ebenfalls ressourcenorientierte Ansätze, die einen Hilfemix aus familiären, professionellen und zivilgesellschaftlichen Personalressourcen anstreben. Diese drei Ressourcenebenen (vgl. auch Abb. 1) einer präventiven Pflegepolitik sollen im Folgenden genauer ausgeführt werden.

Abbildung 1: Zielgruppen und Ressourcenebenen einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik



2.1 Ressourcen pflegender Angehöriger

Pflegende Angehörige sind bislang die tragende Säule der pflegerischen Versorgung in Deutschland und Nordrhein-Westfalen (NRW) (vgl. auch Kap. 3). Da die Zahl der Pflegebedürftigen weiter ansteigen wird, gleichzeitig – soziodemographisch bedingt – das Pflegepersonenpotenzial zurückgeht und zudem ein Fachkräftemangel in der professionellen Pflege zu erwarten ist (vgl. Ehrentraut et al. 2015; für NRW: vgl. Cicholas/Ströker 2013), wird der Stellenwert pflegender Angehöriger in Zukunft noch wichtiger werden. Im Sinne eines sozialpolitischen Präventionsgedankens ist es somit zentral, pflegende Angehörige darin zu unterstützen, häusliche Pflegearrangements möglichst lange und unter möglichst guten Bedingungen aufrechtzuerhalten. Dabei geht es einerseits um die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Pflegebedürftigen, andererseits um die Ermöglichung und Aufrechterhaltung von Angehörigenpflege sowie um die Vermeidung gesundheitsgefährdender Belastungen und (Armut-)Risiken der Pflegepersonen. Denn Pflegende sind im Vergleich zu Nichtpflegenden erhöhten Gesundheits-, Erwerbs-

und Altersarmutsrisiken ausgesetzt. Diese Risiken treffen insbesondere Frauen, da sie nach wie vor stärker als Männer in die Pflege eingebunden sind. Dennoch gilt es, das Pflegeengagement von Männern, das im Zeitverlauf zugenommen hat, gesellschaftlich wahrzunehmen und weiter zu fördern (vgl. Langehennig et al. 2012; Auth et al. 2016). Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass sich Ressourcen und Einstellungen zur familialen Pflege über verschiedene Milieus unterschiedlich verteilen (vgl. Blinkert/Klie 2004). Gemischte Pflegearrangements, in denen Angehörige gemeinsam mit ambulanten Diensten das häusliche Pflegearrangement gestalten, gelten als zukunftsweisend.

Gleichzeitig muss die Sorge um die pflegenden Angehörigen zu einem selbstverständlichen und systematisch integrierten Teil der Pflegepolitik werden. Auch Pflegepersonen brauchen Beratung und Planung ihrer eigenen Pflegesituation, Unterstützungsleistungen in Abstimmung mit ihren spezifischen Bedarfen und eine vorausschauende Entwicklung individueller Perspektiven nach der Pflege. Die Gruppe der pflegenden Angehörigen ist dabei nicht als homogen anzusehen. Je nach Geschlecht, Einkommenssituation, ethnischer Herkunft, Gesundheitszustand oder Erwerbsstatus sind unterschiedliche Unterstützungsbedarfe auszumachen. Wichtig im Sinne einer präventiven Perspektive ist, dass pflegende Angehörige möglichst früh im Pflegeverlauf bereits Kontakt zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten haben.

2.2 Ressourcen professioneller ambulanter Versorgungsstrukturen

Ambulante Versorgungsstrukturen sind seit Mitte der 1990er Jahre zunehmend ausgebaut worden und es ist damit zu rechnen, dass die Nachfrage nach ambulanten Versorgungsleistungen in Zukunft noch weiter ansteigen wird (vgl. Rothgang et al. 2012a). Ein zentrales Problem stellt dabei der Fachkräftemangel dar, der einem der Nachfrage entsprechenden Ausbau im Wege steht (vgl. Isfort et al. 2012). Neben der Schwierigkeit, ausreichende Angebote (auch im Bereich sogenannter Angebote zur Unterstützung im Alltag) flächendeckend zur Verfügung zu stellen, besteht ein Hauptproblem für das Funktionieren häuslicher Pflegearrangements in der fehlenden Koordination der unterschiedlichen ambulanten Versorgungsangebote. Es gibt wenig Transparenz über die verfügbare Angebotspalette, sodass Informationsdefizite und ein entsprechend hoher Beratungsbedarf bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bestehen. Erschwert wird die Koordination von Hilfen dadurch, dass komplexe Hilfebedarfe unterschiedliche Leistungen erfordern, denen wiederum unterschiedliche Strukturen der Finanzierung und Leistungserbringung im gegliederten deutschen Sozialsystem zugrunde liegen (ausführlich zu dieser Problematik vgl. Hoberg et al. 2013, Abschnitt 2.2). Der Vorrang von Prävention und Rehabilitation wird zudem häufig dadurch ausgebremst, dass diejenigen, die diese Leistungen finanzieren, im gegliederten, teils stark wettbewerbsorientierten Leistungssystem nicht unbedingt (materiell) davon profitieren (vgl. Hoberg et al. 2013, ausführlich Klie 2004). Dies erfordert eine Stärkung der personenbezogenen Koordination der Gesamtheit der Leistungen, wofür derzeit keine professionelle Zuständigkeit festgelegt ist. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind mit dieser Aufgabe zumeist überfordert. Vor diesem Hintergrund müsste eine vorbeugende Pflegepolitik ein integriertes und personenbezogenes Versorgungskonzept beinhalten. Oftmals entsteht

ambulanter Versorgungsbedarf im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt. Dieser Übergang von der Krankenhausversorgung in die häusliche Umgebung wird vom Krankenhaussozialdienst begleitet. Versorgungsproblemen nach der Krankenhausentlassung soll dadurch vorgebeugt werden. Aufgrund der geringen Stellenausstattung und der relativ kurzen Liegezeiten im Krankenhaus verläuft das Entlassungsmanagement nicht immer optimal, wodurch die Schaffung einer langfristig stabilen häuslichen Pflegesituation erschwert wird. Auf Case Management basierende Konzepte, die die Kooperation zwischen Krankenhaus, stationärer Reha und ambulanter Nachsorge bzw. Betreuung durch Hausärzte stärken, haben sich als besonders geeignet erwiesen, einen Verbleib in der häuslichen Umgebung nach einem Krankenhausaufenthalt längerfristig zu ermöglichen (vgl. Rothgang et al. 2012a). Die Kombination von Beratung, Koordinierung und Vernetzung wird dabei als zentral erachtet und müsste auch im Fokus einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik stehen.

2.3 Alternative Ressourcen der Pflegeversorgung

Neben der Pflege durch Angehörige und professionelle ambulante Dienste nehmen rund ein Viertel der zu Hause betreuten Pflegebedürftigen zusätzlich semiprofessionelle Dienstleistungen in Anspruch, wie z. B. Hilfen im Haushalt, bei den Mahlzeiten und bei anderen Alltagsverrichtungen. Hinzu kommen nachbarschaftliche und ehrenamtliche Hilfsnetzwerke sowie die – meist illegale und von ausbeuterischen Arbeitsbedingungen gekennzeichnete – Beschäftigung ausländischer Betreuungskräfte mit oder ohne pflegerische Ausbildung (vgl. List et al. 2009; Emunds 2016). Eine vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik, die häusliche Pflegearrangements langfristig stärken will, sollte auch alternative Ressourcen der Pflegeversorgung mit einbeziehen: zum einen zivilgesellschaftliche Potenziale für die Versorgung von Pflegebedürftigen aktivieren und zum anderen die Kooperation und Vernetzung aller Akteure im Sozialraum unterstützen.⁴ Als innovativ könnte sich hier beispielsweise eine Öffnung der stationären Pflegeeinrichtungen in den Sozialraum sowie der weitere Ausbau alternativer Wohnformen erweisen. Kritisch im Sinne einer vorbeugenden Pflegepolitik sind auch hier deren Grenzen zu thematisieren: Freiwilliges Engagement kann professionelle Versorgungsstrukturen nicht ersetzen, sondern bestenfalls sinnvoll ergänzen, und der Ressourcenzuwachs aus Kooperation und Vernetzung ist begrenzt.

2.4 Prävention und Investition

Präventions- und Investitionsgedanken gehen in konzeptionellen Arbeiten wie politischer Praxis häufig miteinander einher. *Investive Sozialpolitik* hat unseres Erachtens eine dezidiert ökonomische Ausrichtung entlang von finanzieller Rendite und Kostenersparnis (*return on investment*), welche präventive Sozialpolitik nicht zwangsläufig enthalten muss. In Bezug auf die obigen Ausführungen zu einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik wird diese Symbiose von präventi-

⁴ Dies wird derzeit auch unter dem Stichwort der Entwicklung so genannter *sorgender Gemeinschaften* bzw. *caring communities* im Bereich Pflege diskutiert (ausführlich dazu vgl. Kap. 5.2).

vem und investivem Ansatz durch den Leitgedanken *ambulant vor stationär* zum Ausdruck gebracht. Nicht immer aber ist die ökonomisch günstigere Lösung die präventiv sinnvollere, z. B. bei der Entscheidung für den Übergang in die stationäre Versorgung, und umgekehrt ist die präventive Perspektive nicht unbedingt die ökonomisch günstigere, wenn etwa eine häusliche Versorgungssituation nur durch eine hohe Dichte an professionellen Diensten aufrechterhalten werden kann. Ein Konzept vorbeugender Pflegepolitik kann sich also nicht primär dem Investitionsgedanken verschreiben, sondern ist in erster Linie ein Präventionskonzept. Gleichwohl kann es durchaus sinnvolle Verknüpfungen von Präventions- und Investitionsideen enthalten. Dieses Ins-Verhältnis-Setzen scheint insofern notwendig, als im politischen Diskurs oftmals eine Gleichsetzung von präventiver und investiver Pflegepolitik erfolgt: Präventive Pflegepolitik sei ökonomisch vorteilhaft. Diese Kausalbeziehung lässt sich allerdings nicht generell herstellen und greift als Legitimationsmuster für die Entwicklung einer präventiven Pflege- und Sorgepolitik zu kurz.

2.5 Pflege und Sorge vor Ort

In dieser Expertise soll es auch darum gehen, auszuloten, welche Rolle der kommunalen Ebene für eine vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik zukommen kann, die durch das Pflegestärkungsgesetz III bundesweit aufgegriffen wurde. Im Vorfeld hatte sich die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiierte Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege die Stärkung der kommunalen Steuerungs- und Planungskompetenz im Bereich der Pflegeversorgung zum Ziel gesetzt, um Sozialräume altersgerecht zu entwickeln und damit den Verbleib in dem gewohnten Umfeld so lange wie möglich zu gewährleisten. Investive und präventive Motivlagen mischen sich in den Empfehlungen der Arbeitsgruppe. Interessant ist, dass sich die Steuerung und Planung der Kommunen insbesondere auf folgende Handlungsfelder beziehen soll (vgl. BMG 2015a, 2015b):

- Sicherstellung einer neutralen, effizienten und wohnortnahen Beratung: Dazu gehören Information und Fallmanagement für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen;
- Sicherstellung adäquater ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen;
- Förderung eines breiten Spektrums an Wohnformen für Pflegebedürftige sowie der sozialräumlichen Vernetzung von Familie, bürgerschaftlichem Engagement, Nachbarschaftshilfe und Fachkräften.

Damit sind alle oben genannten Ressourcenebenen der Pflegeversorgung angesprochen und den Kommunen werden jeweils spezifische Aufgaben auf den unterschiedlichen Ebenen zugewiesen. Im Folgenden wird zunächst auf Forschungsbefunde entlang dieser drei Ressourcenebenen eingegangen. Kapitel 6 thematisiert dann die Rolle der Kommunen für diese Bereiche näher, auch unter Berücksichtigung aktueller gesetzlicher Entwicklungen und der Perspektiven landes- sowie kommunalpolitischer Akteure.

3 Die Ressourcen pflegender Angehöriger

Die Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017) belegt, dass im Jahr 2015 2,08 Millionen (73 Prozent) der 2,9 Millionen Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes zu Hause versorgt wurden. 1,38 Millionen wurden ausschließlich durch Angehörige gepflegt. In Nordrhein-Westfalen lebten im Jahr 2015 laut IT.NRW (2016) 638.103 pflegebedürftige Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsrechts. 322.104 von ihnen waren ausschließlich Pflegegeldempfänger_innen und wurden entsprechend von Angehörigen versorgt. Der Familie kommt in Deutschland damit eine tragende Rolle in der Pflege- und Sorgearbeit zu.

Aus dieser Statistik lassen sich Zahlenangaben zu pflegenden Angehörigen nur indirekt ableiten, da es über die erfassten Pflegebedürftigen hinaus weitere Personen mit Hilfebedarf gibt und zudem die Anzahl der involvierten Helfer_innen nicht ersichtlich wird. Schätzungen kommen zu Zahlenwerten von zwischen 3 Millionen und 5 Millionen privater Pflegepersonen (vgl. Nowossadeck et al. 2016, S. 9).

Es finden sich in der Literatur sehr unterschiedliche Begriffsverständnisse und Definitionen zu pflegenden Angehörigen. So führt Meyer aus: „Die Konstrukte ‚pflegende Angehörige‘ oder ‚informelle Pflegeperson‘ sind mittlerweile fester Bestandteil des Vokabulars der Literatur zur häuslichen Pflege; aber nach wie vor besteht unter Forscher_innen, Dienstleister_innen und Politiker_innen kein Konsens darüber, wer damit gemeint ist“ (Meyer 2006, S. 14). Es lassen sich enge und weite Definitionen unterscheiden. Eine enge Definition orientiert sich an der im Sozialgesetzbuch in § 19 SGB XI vorgeschriebenen Bezeichnung: „Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen“. Ein weiteres Verständnis fasst neben Familienmitgliedern auch das soziale Umfeld (Freunde, Bekannte, Nachbarn) als pflegende Angehörige, wenn gleich diese Gruppe empirisch lediglich zwischen 8 Prozent (vgl. Schneekloth 2005) und 21,1 Prozent (vgl. Klaus/Tesch-Römer 2016, S. 191) ausmacht. Im Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) wird ein weiter Pflegepersonenbegriff zugrunde gelegt.

Entgegen der Annahme eines rückläufigen Pflegepersonenpotenzials haben die Zahlen pflegender Angehöriger im Zeitverlauf von 1996 bzw. 1998 bis 2014 absolut gesehen mit der Zahl der Pflegebedürftigen zugenommen (vgl. Klaus/Tesch-Römer 2016; Schmidt/Schneekloth 2011). Allerdings bringt der soziale Wandel, der sich in einer erhöhten Frauenerwerbstätigkeit, einer späten Elternschaft sowie einer beruflich geforderten geographischen Mobilität mit der Verbreitung „multilokaler Generationenbeziehungen“ (BMFSFJ 2012, S. 18) ausdrückt, starke Mehrfachbelastungen aus Familie, Arbeitswelt und Pflege mit sich. Demographische Prozesse wie der Anstieg der Kinderlosigkeit werden ihre Wirkungen langfristig zeigen.

3.1 Soziodemographische Merkmale

Die Altersstruktur pflegender Angehöriger zeigt über verschiedene Studien hinweg, dass die Mehrheit im mittleren Erwachsenen- bzw. jungen Seniorenalter ist (vgl. u. a.

Schmidt/Schneekloth 2011, S. 27; Nowossadeck et al. 2016, S. 3). Die Hauptverantwortung übernehmen vorwiegend nahe Familienangehörige. So sorgt die größte Gruppe der Pflegepersonen für (Schwieger-)Elternteil(e), gefolgt von der Partnerpflege (vgl. Klaus/Tesch-Römer 2016, S. 199; Schmidt/Schneekloth 2011, S. 26). Die Verteilung nach Geschlecht zeigt, dass Frauen stärker als Männer in die Pflege involviert sind; im Zeitverlauf haben die Zahlen pflegender Männer jedoch zugenommen. In Abhängigkeit des zugrunde gelegten Pflegebegriffs, der Beziehung zur pflegebedürftigen Person (z. B. Partnerpflege oder Elternpflege) und der untersuchten Altersstruktur bewegen sich die Zahlen zwischen 10 und 51 Prozent an männlichen Pflegepersonen (vgl. z. B. Rothgang et al. 2012 ; Hammer 2012). Im Durchschnitt kann von ca. 35 Prozent an männlichen Pflegepersonen ausgegangen werden. Gerade im höheren Alter ab 80 Jahren verkehrt sich das Geschlechterverhältnis aufgrund der unterschiedlichen Lebenserwartung von Frauen und Männern; in diesen Altersstufen übernehmen mehr Männer als Frauen Pflegeaufgaben (vgl. Hammer 2012; Langehennig 2012). Über die Organisation des Alltags hinaus werden auch körperbezogene Aufgaben und emotionale Unterstützung durch sie geleistet (vgl. z. B. Langehennig 2012; Klott 2010; Hammer 2014). Erwerbstätige pflegende Söhne erhalten allerdings stärker als Frauen Unterstützung durch (Ehe-)Partner_innen und greifen stärker auf Soziale Dienste zurück (vgl. Auth et al. 2016).

Zwei Drittel der informell Pflegenden unter 65 Jahren sind erwerbstätig. Der Anstieg an erwerbstätigen pflegenden Angehörigen geht nicht nur auf eine Zunahme an geringfügiger und Teilzeitbeschäftigung, sondern auch auf einen steigenden Anteil Vollzeiterwerbstätiger zurück. Dieser ist wiederum bedingt durch die zunehmenden Zahlen pflegender Männer. Laut Schmidt und Schneekloth reduzieren 34 Prozent der bei Pflegebeginn erwerbstätigen Pflegepersonen ihre Arbeitsstunden; 15 Prozent geben ihre Erwerbstätigkeit ganz auf (vgl. Schmidt/Schneekloth 2011, S. 30). Dabei setzen Männer ihre Erwerbstätigkeit eher uneingeschränkt fort, während die Aufgabe der Erwerbstätigkeit überwiegend ein Frauen betreffendes Phänomen ist.

Die Daten aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS)⁵ belegen, dass sich zwischen 1996 und 2014 der Anteil derer, die mehr als eine Person unterstützen, von 13,1 auf 23,8 Prozent erhöht hat. Der durchschnittliche Zeitaufwand der privaten Hauptpflegepersonen liegt bei 37,5 Stunden pro Woche (vgl. Schmidt/Schneekloth 2011, S. 28). Dieser hat – zumindest in den Pflegestufen I und II – über die letzten Jahre abgenommen. Erklärend können hier die Sachleistungen der Pflegeversicherung, die Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen sowie die getrennten Wohnverhältnisse herangezogen werden. Aufwendige Tätigkeiten (Hilfe im Haushalt und Pflegeaufgaben) werden zunehmend ausgelagert. Dennoch übernehmen Pflegepersonen sehr umfangreiche Pflegeaufgaben: Neben Körperpflege und Haushaltsführung versorgen sie pflegebedürftige Personen mit Mahlzeiten. Dazu kommen Behördengänge und administrative Hilfen. Nicht zu unterschätzen sind Tagesstrukturierung, die Förderung von Sozialkontakten sowie emotionale Unterstützung (vgl. Klott 2010, S. 27). Den höchsten zeitlichen Pflegeaufwand tragen diejenigen Personen, die

⁵ Dieser Befund beruht auf dem DEAS des Jahres 2014. Dabei handelt es sich um eine deutschlandweite Befragung von über 6.000 Frauen und Männern, die repräsentativ für die Wohnbevölkerung Deutschlands im Alter von 40 bis 85 Jahren sind.

in die Partnerpflege involviert sind und mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt leben. Da diese Personengruppe selbst schon in einem hohen Alter ist, ist sie starken gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Eine Metaanalyse von Pinquart und Sörensen (2003), die die Ergebnisse von 84 Studien zur psychischen und physischen Gesundheit pflegender Angehöriger zusammenfasst, stellt fest, dass Gelenkschmerzen und körperliche Erschöpfungszustände bei ihnen stärker ausgeprägt sind als in der Allgemeinbevölkerung; insgesamt sind die Unterschiede bei der Angabe körperlicher Beschwerden als Maß für die körperliche Gesundheit jedoch nicht signifikant. Bei Depressivität als Maß für die psychische Gesundheit ist der Unterschied zu Nichtpflegenden allerdings deutlich größer. Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz berichten sowohl über mehr körperliche Beschwerden als auch über ein höheres Maß an Depressivität.

3.2 Soziale Risiken

Pflegende sind im Vergleich zu Nichtpflegenden somit erhöhten Krankheits-, aber ebenfalls Erwerbs- und Armutsrisiken ausgesetzt. Auch gibt es über die verschiedenen Subgruppen pflegender Angehöriger hinweg verschiedene (objektive) Stressoren, die das Belastungserleben beeinflussen. Die Pflege demenzkranker Familienmitglieder beispielsweise erfordert eine starke Präsenz und greift stark in die Nachtruhe ein. Die Belastungen, die für pflegende Angehörige konstatiert werden, sind vielfältig: Soziale Isolation, mangelnde Regeneration, finanzielle Einschränkungen sowie familiäre Konflikte können die Pflege begleiten. Dennoch greift ein einseitiger Belastungsdiskurs zu kurz, da sich informelle Pflege auch salutogenetisch⁶ betrachten lässt (vgl. u. a. Schnepf 2002a).

In jüngerer Zeit – bspw. durch die Pflegestärkungsgesetze – wird die sozialstaatliche Verantwortung für die Unterstützung pflegender Angehöriger aufgegriffen. Der Ausbau von Beratungs- und Entlastungsangeboten sowie die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf werden politisch forciert.

3.3 Staatliche Unterstützungs- und Entlastungsangebote

Die staatlichen Angebote ergeben sich aus den Leistungen des Pflegeversicherungsrechts. Sowohl Verhinderungspflege (vgl. § 39 SGB XI) als auch Tages- und Nachtpflege (vgl. § 41 SGB XI) und Kurzzeitpflege (vgl. § 42 SGB XI) sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag (vgl. § 45a SGB XI) können Angehörigen stunden-, tage- oder wochenweise Regeneration ermöglichen. Mit den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI) sind Rentenanwartschaften und Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung verbunden. Die zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (vgl. § 44a SGB XI) sowie das Familienpflegezeitgesetz richten sich an erwerbstätige Pflegepersonen und ermöglichen Stundenreduzierungen, Freistellungen und ein Pflegeunterstützungsgeld.

⁶ Das Salutogenese-Modell, das vom israelischen Medizinsoziologen Antonovsky entwickelt wurde, beschäftigt sich im Gegensatz zum Konzept der Pathogenese mit der Entstehung von Gesundheit.

Entlang der Trias Zeit, Geld, Infrastruktur lässt sich für das Pflegesystem in Deutschland konstatieren, dass der Staat vor dem Hintergrund eines familialistischen Verständnisses lange stark auf das Pflegegeld gesetzt hat. Mittlerweile wurden die Zeitrechte und Infrastrukturleistungen ausgebaut. Wie Kehl konstatiert, „[scheinen] insbesondere Zeit- und Infrastrukturpolitik dem berufsorientierten und adaptiven Modell⁷ zuträglich zu sein [...]“ (Kehl 2016, S. 112), da sie die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erleichtern können. Dennoch lässt sich durch die geringe Inanspruchnahme von Pflege- und Familienpflegezeit schlussfolgern, dass sie nur in Kombination mit einer entsprechenden Transferpolitik ihre Wirkung entfalten können. So zeigt sich laut einer Umfrage des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP 2016)⁸, dass die Regelungen, die über das *Gesetz zur besseren Vereinbarung von Familie, Pflege und Beruf* Anfang 2015 eingeführt worden sind, ein Jahr nach Einführung vielen Erwerbstätigen unbekannt sind. 84 Prozent kennen die Familienpflegezeit und 82 Prozent die Pflegezeit nicht. Selbst unter pflegenden Erwerbstätigen weiß nicht einmal die Hälfte der Personen von den Regelungen. Die Vorbehalte, die sich unter den Befragten finden, beziehen sich stark auf finanzielle und berufliche Nachteile. Auch Reuyß et al. (2012) stellen heraus, dass Angst vor Nachteilen im Beruf weit verbreitet sind. Da viele pflegende Angehörige bereits zu den älteren Arbeitnehmern gehören – das Durchschnittsalter liegt laut Schmidt und Schneekloth bei 55 Jahren und älter (vgl. Schmidt/Schneekloth 2011, S. 27) –, fürchten sie, dass ihnen der Wiedereinstieg in den Beruf nicht gelingt.

Es bleibt zudem zu fragen, warum für Pflegepersonen lediglich ein Darlehen angeboten wird, welches sie zurückzahlen müssen, während Eltern eine Lohnersatzleistung erhalten. Beide Sorgertätigkeiten sollten gleichwertig als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anerkannt und mit entsprechender finanzieller Absicherung versehen werden. Allerdings widerspricht die durchschnittliche Pflegedauer einer zwölfmonatigen Auszeit, da sie deutlich höher ist (vgl. Runde et al. 2009). Im Gegensatz zur Kinderbetreuung ist ein Pflegeverlauf zeitlich nicht planbar. Die Auszeitpolitik muss auch insofern kritisch hinterfragt werden, als dass viele Beschäftigte den Beruf neben der Pflege beibehalten möchten (vgl. Keck 2012; Reuyß et al. 2012) und durch Auszeiten finanziell und karrierebezogen benachteiligt werden.

Auch in Bezug auf die pflegerische Infrastruktur gibt es Verbesserungsbedarf. Eine Entlastung durch tagespflegerische Angebote ist beispielsweise nur dann gewährleistet, wenn Wohnortnähe und Erreichbarkeit (bspw. über das Angebot eines Fahrdienstes) gegeben und die zeitlichen Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden. Hohe Zusatzkosten erlauben meist nur eine tage- und keine wochenweise Nutzung. Kurzzeitpflege kann im Falle eines lang geplanten Erholungsurlaubs der pflegenden Angehörigen mit einer frühzeitigen Anmeldung umgesetzt werden. Für kurzfristige Anfragen wie z. B. im Nachgang einer Krankenhausbehandlung oder aufgrund des Ausfalls der Pflegeperson stehen jedoch nicht ausreichend Plätze zur

⁷ Der adaptive Lebensstil steht für die Gleichzeitigkeit von Sorgearbeit, Berufstätigkeit und gesellschaftlicher Teilhabe außerhalb der Familie.

⁸ Vom 11. bis 24. November 2015 wurde eine repräsentative Stichprobe von 1008 berufstätigen Deutschen ab 18 Jahren in einer anonymen schriftlichen Befragung zu ihren Einstellungen aus dem Themenbereich *Vereinbarkeit von Pflege und Beruf* befragt.

Verfügung bzw. sind diese nicht flexibel genug nutzbar (vgl. Schneekloth/Wahl 2005). Zudem wird der Abbau vollstationärer Pflegeplätze zugunsten von alternativen Wohnformen, wie er explizit in Nordrhein-Westfalen angedacht ist, voraussichtlich zu einem Abbau von Kurzzeitpflegeplätzen führen. Mit dem Pflegestärkungsgesetz I, das zum 01.01.2015 in Kraft trat, wurden die Leistungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege ausgeweitet und können nun besser miteinander kombiniert werden. Tages- und Nachtpflege können seitdem ungekürzt neben den ambulanten Geld- und Sachleistungen in Anspruch genommen werden. Der Anspruch auf Verhinderungspflege wurde von vier auf sechs Wochen ausgedehnt. Bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrags können zudem für Verhinderungspflege genutzt werden. Bei letztgenannten Leistungen wird das Pflegegeld hälftig weitergezahlt. Diese Entwicklungen helfen pflegenden Angehörigen. Dennoch zeigt sich, dass die Infrastrukturpolitik der (Pflege-)Geldpolitik noch hinterherhinkt.

3.4 Soziale Sicherung

Pflegende Angehörige sind wie eingangs beschrieben erhöhten Erwerbs- und Altersarmutsrisiken ausgesetzt, wodurch die soziale Absicherung bedeutungsvoll wird. Keck (2016) untersucht – mit der Versichertenkontenstichprobe der Deutschen Rentenversicherung – die Beschäftigungsverläufe von Pflegepersonen nach Beendigung ihrer Pfl egetätigkeit. Er kann mithilfe dieser Analyse aufzeigen, dass Pflegende im Vergleich zu den Nichtpflegenden der Kontrollgruppe ein erhöhtes Risiko haben, langfristig aus dem Beruf auszusteigen. Er konstatiert, dass Beschäftigungsrisiken durch die Pflegedauer, das Alter und längere Phasen der Erwerbsunterbrechung im Lebenslauf beeinflusst werden. Untersuchungen von Stegmann und Mika (2007), Rothgang und Unger (2013) sowie von Czaplicki (2016) beschäftigen sich mit dem Alterssicherungsniveau von pflegenden Frauen. Sie konnten Selektionseffekte nachweisen, die zeigen, dass deren Rentenanwartschaften bereits vor der Pflegeübernahme unterdurchschnittlich waren und nicht ausschließlich als Resultat der Pflegeübernahme (Kausaleffekt) interpretiert werden können. Durch eine Pflegeübernahme ergeben sich nicht ausschließlich negative Effekte, sondern für Geringverdiener und Teilzeitbeschäftigte kann diese sogar positive Auswirkungen auf das Alterssicherungsniveau haben. Mit Umsetzung des PSG II wurde die soziale Sicherung für Pflegepersonen neu gestaltet: Beiträge zur Rentenversicherung werden gezahlt, wenn eine bzw. ein Pflegebedürftige_r oder mehrere Pflegebedürftige wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, gepflegt wird bzw. werden, die Pflegeperson keine Altersrente bezieht und regelmäßig nicht mehr als 30 Wochenstunden erwerbstätig ist. Durch die Absenkung der erforderlichen wöchentlichen Mindestpflege von 14 auf 10 Stunden sowie durch die Einbeziehung der bisherigen Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 (seit 01.01.2017 übergeleitet in den Pflegegrad 2) wird mit einer Ausweitung der sozial abgesicherten Pflegepersonen gerechnet. Allerdings sind Abschläge bei den jeweiligen Bezugsgrößen für die Rentenversicherungsbeiträge bei Kombinationsleistungen bzw. bei ambulanten Pflegesachleistungen einberechnet (vgl. § 166 SGB VI). Damit wird der Rückgriff auf entlastende Dienste finanziell abgestraft. Neu ist auch eine Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen mit der Idee,

dass sie nach dem Ende der Pflegetätigkeit Arbeitslosengeld beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung nutzen können. Bisher waren Arbeitnehmer_innen nur unter den Voraussetzungen des Pflegezeitgesetzes, d. h. für maximal sechs Monate, versicherungspflichtig. Für darüber hinausgehende Pflegezeiten konnten freiwillig Beiträge abgeführt werden.

3.5 Die Rolle der Betriebe

Das Thema der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist in Betrieben noch nicht so präsent wie das der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Eine Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege in Zusammenarbeit mit der Forsa GmbH zeigt, dass die steigende Bedeutung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege noch nicht ausreichend erkannt wurde. „72 Prozent der [befragten] Unternehmen haben keine betriebsinternen Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege und planen auch nicht, solche einzuführen“ (ZQP 2015, S. 6). Entsprechend unterstützt nur eine Minderheit ihre Beschäftigten mit betriebsinternen Maßnahmen. Die Kenntnisse der Beschäftigten über die gesetzlichen Regelungen sind ebenfalls sehr gering. Oft führt erst die persönliche Betroffenheit von Entscheidungsträgern zu einer Sensibilisierung für die Bedarfe pflegender Beschäftigter. Pflegesensible Betriebe bieten ihren Beschäftigten Arbeitszeitsouveränität im Sinne von Zeitkonten und Gleizeit, ermöglichen Homeoffice und Jobsharing und halten Informations-, Beratungs- und Austauschangebote vor. Studien stellen heraus, dass der Schlüssel für eine gelingende Vereinbarkeitspolitik in einer pflegesensiblen Betriebskultur liegt und Führungskräftebildungen voraussetzt, da Einzelfallregelungen und informelle Absprachen gängigere Praxis sind als kollektive Lösungen (vgl. z. B. Reuyß et al. 2012; Bold/Deußen 2013). Die Thematik wird zudem häufig noch weiblich verstanden und kommuniziert und spricht männliche Beschäftigte wenig an. Denn wie die Untersuchung *Männer zwischen Erwerbstätigkeit und Pflege* gezeigt hat, sind Männer stark daran interessiert, neben der Pflege Vollzeit zu arbeiten. Entsprechend haben betriebliche Ressourcen eine hohe Relevanz (vgl. Auth et al. 2015).

3.6 Beratung

Für viele Pflegepersonen ist die Erschließung des Leistungsrechts aufgrund seiner Fragmentierung in verschiedene Leistungsgesetze, was die Grundvoraussetzung für einen Abruf der Hilfen ist, nur mit professioneller Hilfe möglich. Die Flexibilisierung der Leistungen schafft zwar auf der einen Seite mehr Wahlfreiheit und damit passgenauere Hilfen, doch auf der anderen Seite bedarf es eines guten Überblicks, freier Zeitfenster und der Überwindung bürokratischer Hürden, um die zur Verfügung stehenden Mittel voll ausschöpfen zu können. Vielfach erleben pflegende Angehörige die administrativen Aufgaben in der Pflege als (zusätzliche) Belastung. Da viele Angehörige aus einer akuten Situation heraus in das Hilfesystem einsteigen, steht das Pflegesystem vor der Herausforderung, sie frühzeitig zu erreichen und über Leistungen und Ansprüche zu informieren.

Information, Beratung und Fallmanagement sind dabei voneinander abzugrenzen: Während Informationen zur Kenntniserweiterung dienen, richtet sich Beratung auf die Bewältigung individueller Problem- und Entscheidungssituationen und kann als Klärungshilfe verstanden werden. Case Management ist so konzipiert, dass es anstatt kurzfristig ausgerichteter und isolierter Interventionen ein stabiles Pflegearrangement unter Beteiligung verschiedener Disziplinen implementieren möchte. Zentrale Aufgaben liegen in der Organisation und Koordination. Ebenfalls muss zwischen Schulungs-, Informations- und Austauschangeboten für pflegende Angehörige differenziert werden, die auf verschiedenen Ebenen ansetzen.

Die Beratungsbedarfe von pflegenden Angehörigen verändern sich im Pflegeverlauf und sind als dynamisch zu betrachten. Während zu Beginn der Pflegeübernahme häufig Sachinformationen nachgefragt werden, wird im Weiteren eine psychosoziale Unterstützung notwendig. Auch über den Tod des Gepflegten hinaus kann Beratungsbedarf bestehen.

Mit Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes haben pflegebedürftige Menschen seit dem 01.01.2009 einen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung (vgl. § 7a SGB XI), der (formell) alle wesentlichen Charakteristika eines Case Managements aufweist. „Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person [...] erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung“ (§ 7a, Abs. 2, Satz 1 SGB XI). Die Pflegekassen wurden verpflichtet, Pflegekurse anzubieten, die Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen „Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln sollen“ (§ 45 SGB XI). Vor Einführung des PSG II waren diese eine freiwillige Leistung der Pflegekassen. Auch die Beratungseinsätze nach § 37 SGB XI dienen neben der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege der „regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden“.

Die Studie *Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz*⁹ (Schmidt/Schneekloth 2011, S. 56) zeigt auf, dass der Rechtsanspruch auf Pflegeberatung ca. einviertel Jahre nach seiner Einführung nur einer Minderheit von 30 Prozent der Befragten bekannt ist. Er wurde laut einer Studie¹⁰ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von 45 Prozent der 1.000 telefonisch befragten Pflegehaushalte abgerufen. 15 Prozent haben ein Fallmanagement und 30 Prozent eine Beratung genutzt (vgl. BMG 2011, S. 20).

Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurde zudem das Konzept der Pflegestützpunkte mit der Idee einer wohnortnahen, trägerneutralen Beratung konkretisiert. Aufgrund der Entscheidungskompetenz, die bei den Ländern lag, wurden diese allerdings nur in geringer Zahl und mit erheblichen Unterschieden zwischen den Bundesländern eingeführt:

⁹ Die Angaben stützen sich auf ca. 1.500 Telefoninterviews im Zeitraum vom 08.03.-26.05.2010.

¹⁰ Grundlage für die Evaluation waren die Auswertung der Strukturen der Pflegeberatung in den 16 Bundesländern, eine schriftliche Kurzbefragung aller Pflegekassen, eine telefonische Befragung von 1.000 Pflegehaushalten sowie Fallstudien.

„Anstelle der 1.200 geplanten Pflegestützpunkte wurden bis zum Auslaufen der Anschubfinanzierung am 30.06.2011 im gesamten Bundesgebiet lediglich 353 Stützpunkte gefördert [...]. Dabei bestehen große Unterschiede zwischen den Bundesländern: Während Rheinland-Pfalz sein zugewiesenes Budget von 2,89 Mio. Euro als einziges Land ausgeschöpft hat und (inklusive bereits bestehender Angebote) nunmehr über 135 Stützpunkte verfügt, sind in Nordrhein-Westfalen lediglich 46, in Bayern sechs und in Mecklenburg-Vorpommern keine Anlaufstellen entstanden. Sachsen und Sachsen-Anhalt haben sich grundsätzlich gegen das Konzept entschieden.“ (BMG 2011, S. 25-26)

Laut der o. g. Studie hätten die Ratsuchenden in der Regel keine ausreichende Kenntnis von den Pflegestützpunkten im Besonderen und allgemein vom Beratungsangebot (vgl. BMG 2011, S. 21). Den Pflegestützpunkten ist es bisher nicht gelungen, trägerunabhängig, neutral und wohnortnah zu beraten (vgl. auch Kap. 6).

Inwiefern die Einbindung der Kommunen in die Pflegestützpunkte zu einer stärkeren Nachfrage derselben führt, muss abgewartet werden, wird aber von kommunal- und landespolitischen Akteuren eher skeptisch betrachtet (ausführlich Kap. 6). Nordrhein-Westfalen verfügt über ein vergleichsweise umfangreiches Angebot an Pflegeberatung, das allerdings starke regionale Unterschiede bezüglich der Dichte des Beratungsnetzes, der Angebotsformen und der Trägerschaft aufweist. Größte Herausforderung ist entsprechend der Vielzahl an Beratungsdiensten die Transparenz des Angebotes. Mit § 17 APG NRW werden explizit Angebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger benannt und in kommunale Verantwortung gegeben. Als Angebote kommen Qualifizierungsangebote, Rechtsinformationen und Erfahrungsaustausch in Betracht. Durch die Einschränkung, „mindestens solche Angebote vorzuhalten, ohne deren Inanspruchnahme den pflegenden Angehörigen die Fortsetzung ihrer pflegenden Tätigkeiten nicht möglich wäre“ (§ 17, Abs. 1 APG NRW), sorgt der Paragraph allerdings auch für Rechtsunsicherheit, da dieser Nachweis nur schwer zu erbringen ist (vgl. auch Kap. 6).

3.7 Nutzungsbarrieren

Trotz einer gut ausgebauten Infrastruktur gibt es vielfältige Barrieren, die der Nutzung von Unterstützungs- und Entlastungsleistungen entgegenstehen. Analysen machen Barrieren auf der (übergeordneten) Systemebene, im Hilfesystem der Leistungserbringer (Care-Management-Ebene) sowie auf Einzelfallebene (Case-Management-Ebene) aus (vgl. Emme von der Ahe et al. 2010, S. 235-259). Die Nachfrage nach Unterstützungsleistungen wird durch „zeitliche, finanzielle, räumliche, bürokratische, informationstechnische, normative, familiäre oder auch persönliche Gründe“ verhindert. Emme von der Ahe et al. schlussfolgern entsprechend, dass für das Gelingen eines Beratungsprozesses auch entsprechende Barrieren und ihre Überwindung mitzudenken sind (vgl. Emme von der Ahe et al. 2010, S. 271-273).

3.8 Stärkung des präventiven Ansatzes

Die Politik hat auf Bundes- wie Landesebene erkannt, dass Pflegepersonen besonderen gesundheitlichen, sozialen und materiellen Risiken ausgesetzt sind. Sie hat darauf mit dem Ausbau von

Entlastungsangeboten und der sozialen Sicherung von Pflegepersonen reagiert. Ebenfalls besteht mehr Flexibilität in der Nutzung von Leistungen. Auch wenn die Wirkungen der Pflegestärkungsgesetze aufgrund des kurzen Zeitraums seit Inkrafttreten noch nicht abschließend beurteilt werden können, so zeichnet sich dennoch weiterhin Handlungsbedarf in Bezug auf eine vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik ab. Dieser könnte künftig wie folgt gestaltet werden:

Vorbeugen heißt: Teilung von Pflegeverantwortung und Pflegemix fördern

Ein Pflegemix aus Laien- und professioneller Pflege stellt sich als die Form der Pflege dar, die stabile Pflegearrangements hervorbringen und einseitigen Belastungen der pflegenden Angehörigen entgegenwirken kann. Dennoch erweisen sich die Ablehnung einer Pflege durch Fremde und das Verständnis von Pflege als Privatangelegenheit, die einer Nutzung professioneller Dienste entgegenstehen, als hartnäckig. Eine frühzeitige Sensibilisierung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen über die entlastende Wirkung solcher Dienste scheint notwendig. Intrafamiliär können beispielsweise Instrumente wie Familienkonferenzen helfen, Aufgaben zu verteilen und Rollen zu klären. Auch die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und professionellen Diensten kann sich aufgrund unterschiedlicher Denk- und Herangehensweisen (vgl. Gebhart et al. 2016) als schwierig gestalten; eine Sensibilisierung des Fachpersonals über die Kompetenzen der Pflegepersonen sowie ein regelmäßiger Austausch untereinander können vorbeugend wirken. Um Pflege geschlechtergerechter aufzuteilen, müssen Geschlechterrollenbilder gesellschaftlich korrigiert und der Beitrag pflegender Männer zur Pflege anerkannt werden. Angebote, die die Selbstsorge der Angehörigen in den Vordergrund stellen, sollten ausgebaut werden; das Projekt *Mach mal PAUSE – Ein Ausgleich zum Pflegealltag*, welches ein Teilprojekt der BARMER GEK und des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA NRW) ist, setzt z. B. mittels einer viertägigen Seminarreihe an einer Auszeit und der Stärkung der Selbstpflege an (vgl. Hetzel et al. 2016). Solche Veranstaltungen können den Lernprozess fördern, eigene Grenzen zu erkennen und Entlastung zu suchen, was wiederum die Voraussetzung dafür ist, Aufgaben abzugeben und das Helfernetz auszuweiten.

Vorbeugen heißt: Zeitrechte und armutsfeste Sicherung für Pflegepersonen gewährleisten

Inwiefern die Arbeitslosenversicherung und die neue Systematik der Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen die Erwerbs- und Altersarmutsrisiken von Pflegepersonen abmildern werden, bleibt abzuwarten. Eine eigenständig existenzsichernde Transferleistung könnte die Entscheidung, familiäre Pflege zu leisten, positiv beeinflussen und Armutsrisiken weiter eingrenzen. Der Vorschlag eines „1.000-Stundenbudgets“ von Stiegler und Engelmann (2011, S. 4) greift auf, dass Angehörige sowohl Zeit- als auch Geldrechte benötigen. Er sieht neben einer zehntägigen Freistellung bei Eintritt des Pflegefalls sowie einer Freistellung in der Sterbephase ein 1.000-stündiges Zeitbudget vor, das entsprechend der oft unberechenbaren Notwendigkeiten der Pflegesituation flexibel genutzt werden kann. Es wird in seiner Konzeption mit einem Rechtsanspruch auf Inanspruchnahme und Rückkehr auf den Arbeitsplatz abgesichert und mit einer Lohnersatzleistung analog zum Elterngeld unterlegt. Viele Pflegepersonen haben keinen Anspruch

auf Rentenversicherungsbeiträge während der Pflegephase, da sie selbst eine Altersrente beziehen, was ein Ausschlusskriterium ist. Da es sich hierbei größtenteils um Frauen handelt, die unterdurchschnittliche Altersbezüge haben, schlägt Hesse vor, dass „auch diese Personen [...] die Möglichkeit einer Aufbesserung ihrer Bezüge erhalten [sollten]“ (Hesse 2016, S. 105). Ein weiterer Vorschlag für eine bessere Anerkennung der Pflegetätigkeit könnte laut dem Ersten Gleichstellungsbericht in der *additiven* Anerkennung von Rentenansprüchen für Pflegepersonen liegen – analog zur Anrechnung von Kindererziehungszeiten. Die Sachverständigenkommission spricht sich dafür unabhängig von Erwerbsstatus und Alter aus (vgl. Deutscher Bundestag 2011, S. 245). Projekte, die den beruflichen Wiedereinstieg älterer Arbeitnehmer_innen nach einer Pflegephase fördern, könnten eine weitere Hilfe sein.

Vorbeugen heißt: Betriebe in die Verantwortung nehmen

Unternehmen sind aufgefordert, Mitverantwortung für diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu tragen und sich stärker auf die Bedürfnisse pflegender Beschäftigter einzustellen. Analog zu gleichstellungspolitischen Ansätzen sollte die Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen pflegender Beschäftigter verpflichtend zur Personalpolitik von Unternehmen gehören und sich in entsprechenden Konzepten und Maßnahmen systematisch wiederfinden. Unabhängig von der Größe oder der Branche eines Betriebes lassen sich vielfältige entlastende Maßnahmen umsetzen, die bei einem pflegesensiblen Klima die Weiterbeschäftigung pflegender Mitarbeiter ermöglichen können. Die Handlungsfelder sind vielseitig und erstrecken sich von flexiblen Arbeitszeiten und Telearbeit/Homeoffice über Informations-, Beratungs- und Vermittlungsleistungen bis hin zu geldwerten Leistungen. Geringere Krankenstände, eine hohe Mitarbeiterbindung und eine geringere Personalfuktuation wirken in die Unternehmen zurück.

Vorbeugen heißt: frühzeitig effektiv begleiten/Case Management für Angehörige

Beratung sollte möglichst niederschwellig organisiert sein und früher als bei der Beantragung einer Pflegestufe oder gar erst bei anerkannter Pflegebedürftigkeit ansetzen. Da in vielen Fällen die Angehörigen die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen vertreten, weil diese beispielsweise in ihrer Artikulationsfähigkeit beeinträchtigt oder mit der Situation überfordert sind, sind sie unbedingt in den Beratungsprozess mit einzubeziehen. Aber auch darüber hinaus sollte Beratung für alle Interessierten geöffnet sein, um häusliche Pflegesettings frühzeitig zu stärken. Laut Allwicher „[muss] neben einem expliziten [...] auch ein impliziter Beratungsauftrag formuliert werden“ (Allwicher 2009, S. 89). Während ein Ratsuchender im ersten Fall die Beratung aktiv einfordert, liegt ein impliziter Beratungsauftrag vor, wenn das Angebot an potenzielle Ratsuchende herangetragen wird. Hierzu eignen sich beispielsweise unverbindliche Informationsveranstaltungen. Auch schwerer zugängliche Gruppen wie Familien mit Migrationshintergrund müssen über atypische Zugangswege mit entsprechenden Aufklärungsveranstaltungen adressiert werden. Da sich die Bedarfe pflegender Angehöriger insbesondere entlang des sozioökonomischen

Status und des Erwerbsstatus unterscheiden, müssen Beratungsangebote differenzsensibel¹¹ und vielfältig ausgestaltet sein, um ihre Wirkung entfalten zu können. Beratung sollte über unterschiedliche Medien (Telefon, Internet, persönliches Gespräch) möglich sein. Aufgrund von Zeitknappheit oder räumlicher Entfernung gewinnen die neuen Medien an Bedeutung. Neben einer ‚Komm-Struktur‘ sollten auch Hausbesuche oder Formen der mobilen Beratung möglich sein; letztere eignen sich insbesondere für den ländlichen Raum. Zeitlich und räumlich flexible Beratungskonzepte gelten als zukunftsweisend. Aufgrund der verschiedenen Pflegephasen, die in einem Pflegefall durchlaufen werden, scheint eine kontinuierliche Begleitung im Sinne eines Fallmanagements als hilfreich. Die Niederlande bieten z. B. mit ihrem Konzept der *preventieve ondersteuning mantelzorgers*¹² zugehende präventive Hausbesuche in Form eines Case Managements an. In Deutschland übertragen erste Projekte (z. B. *Der Angehörigenlotse – ein innovatives Beratungskonzept für Angehörige von Schlaganfallpatienten*¹³ oder *Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG*¹⁴) Fallmanagementkonzepte auf die Zielgruppe pflegender Angehöriger.

¹¹ In diese Richtung forscht auch das vom FGW geförderte Projekt *Pflegende Angehörige als Adressat_innen einer vorbeugenden Pflegepolitik: Eine intersektionale Analyse (PflegeIntersek)*, vgl. <https://www.projekt-pflegeintersek.de> (Zugriff: 20. Feb. 2017).

¹² Nähere Informationen: vgl. <https://www.movisie.nl/esi/preventieve-ondersteuning-mantelzorgers> (Zugriff: 28. Feb. 2017).

¹³ Nähere Informationen: vgl. <https://www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute-der-katho-nrw/igsp/igsp-aachen/aktuelle-forschungsprojekte-der-abteilung-aachen/der-angehoerigen-lotse-beratung-fuer-angehoerige-von-schlaganfallpatienten/> (Zugriff: 28. Feb. 2017).

¹⁴ Nähere Informationen: vgl. http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pfleger/aktuelles.html (Zugriff: 28. Feb. 2017).

4 Die Ressourcen professioneller ambulanter Versorgungsstrukturen

Das ambulante Altenhilfe- und Pflegesystem in Deutschland zeichnet sich durch eine Vielzahl an Leistungen aus. Sie beziehen sich auf Beratung, Sachleistungen, finanzielle Erstattungen (Pflegegeld, Pflegehilfsmittel, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen), tagesstrukturierende Angebote sowie niedrigschwellige Hilfen.

Der Lebensbereich Pflege wird leistungsrechtlich von der Krankenversicherung (SGB V), den Rehabilitations- und Teilhabeleistungen (SGB IX), der Pflegeversicherung (SGB XI) und der Sozialhilfe (SGB XII) gestaltet. Aus der unterschiedlichen Organisation folgen divergierende Interessen bei der Leistungsgewährung. Die Pflegeversicherung ist eine Teilleistungsversicherung, die Krankenversicherung dem Grundsatz nach nicht. Das Wettbewerbsprinzip der Krankenversicherung und das Fürsorgeprinzip der steuerfinanzierten Sozialhilfe sind nicht nur verschieden, sondern schaffen auch Abgrenzungsdanken und Versorgungslücken. Eine teilhabeorientierte Pflege lässt sich zudem von der Eingliederungshilfe nur schwer abgrenzen (vgl. Hoberg/Klie 2015, S. 28-29).

Die Pflegestärkungsgesetze I und II weiten die Leistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen aus. Mit der Leistungsdynamisierung stehen jetzt höhere Beträge an Pflegegeld, Pflegesachleistungen und teilstationären Hilfen zur Verfügung; die Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sowie zum Verbrauch von Pflegehilfsmitteln wurden ebenfalls erhöht. Mit dem PSG II wurden ab 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt. Damit werden die drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade abgelöst und die Einstufung orientiert sich nun nicht mehr am Zeitbedarf, sondern am Grad der Selbständigkeit. Mit der Neuausrichtung des § 45a SGB XI wird insbesondere mit den Angeboten zur Entlastung im Alltag der Bedarf an haushaltsnahen Dienstleistungen aufgegriffen. Ambulante Pflegedienste müssen zukünftig neben grundpflegerischen Leistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen anbieten.

Die Landesgesetzgebung in NRW forciert den Ausbau von Beratungsangeboten (vgl. § 6 APG NRW), komplementären Diensten (vgl. § 16 APG NRW) und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige (vgl. § 17 APG). Neben pflegebedürftigen Menschen gehören also auch Menschen, die sich auf das Alter vorbereiten, sowie das nahe Umfeld zur Zielgruppe. Die ggf. unterschiedlich gelagerten Belange von Frauen und Männern, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung sollen in Planung und Angebotsstruktur berücksichtigt werden. Auch Armut und sozialer Ausgrenzung soll begegnet werden.

4.1 Trends in der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung

Nach wie vor ist das Pflegegeld die Leistung, die am stärksten von Pflegebedürftigen abgerufen wird. Es zeigt sich eine leichte Zunahme in der Nutzung von Sachleistungen und teilstationären Hilfen im Zeitverlauf von 1998-2010; Angebote der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege machen im Vergleich mit anderen Leistungen aber nur einen geringen Part aus. Ebenso werden zusätzliche Betreuungsleistungen nur von einem geringen Anteil genutzt. Der Personenanteil, der Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Anspruch nimmt, ist gestiegen; Verhinderungspflege wird ebenfalls häufiger abgerufen (vgl. Schmidt/Schneekloth 2011, S. 36; BMG 2011, S. 47). Die Pflegestatistik in NRW zeigt einen ähnlichen Befund zur Nutzung teilstationärer Hilfen: Im Jahr 2013 nutzten von 421.168 Pflegebedürftigen, die in der Häuslichkeit versorgt wurden, 9.631 Personen Tagespflege, 4.592 Kurzzeitpflege sowie lediglich 23 Personen Nachtpflege (vgl. IT.NRW 2016). Als Gründe für den ausschließlichen Bezug von Pflegegeld werden vor allem die Deckung pflegebedingter Ausgaben sowie die Ablehnung der Pflege durch Fremde genannt (vgl. Schmidt/Schneekloth 2011, S. 38). Mit einer höheren Pflegestufe verschieben sich die Hilfen verstärkt zu Kombinationsleistungen und der Nutzung von Tages- und Kurzzeitpflege, was darauf hindeutet, dass mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit der Bedarf an professioneller Unterstützung wächst. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass auch in Pflegestufe III noch 59 Prozent der Betroffenen ausschließlich durch Angehörige gepflegt werden (vgl. Schmidt/Schneekloth 2011, S. 38).

Trotz vielseitiger Angebote kommt es zu Unter-, Über- und Fehlversorgungen. Es scheitert an der Verfügbarkeit, der Passgenauigkeit, der Transparenz und der Qualität der Angebote.

4.2 Analyse der Versorgungssituation

4.2.1 Verfügbarkeit von ambulanten Leistungen

Gerade in *ländlichen Räumen* kann es zu Unterversorgungen kommen. „[...] Durch das Zusammentreffen von Alterung, Schrumpfung der Bevölkerung und wirtschaftlicher Strukturschwäche ist oft die gesamte gesundheitliche und soziale Infrastruktur einer Region oder Kommune tangiert“ (Hämel et al. 2013, S. 326). Aufgrund der geringeren Bevölkerungsdichte und Siedlungsstruktur ist der ländliche Raum ohnehin infrastrukturell benachteiligt; die weiten Distanzen, die zur Nutzung von gesundheitlichen und sozialen Diensten zu überwinden sind, stellen für ältere und/oder immobile Personen eine besondere Herausforderung dar. Der Haus- und Facharztmangel kann sich negativ auf den Gesundheitszustand und das Pflegebedürftigkeitsrisiko auswirken. Laut Garms-Homolová und Korte „ist die Bereitschaft zur Ausdifferenzierung des Leistungsangebots [auf dem Land] geringer als in den Städten“ (Garms-Homolová/Korte 1993, S. 223). In einigen Ländern, z. B. Kanada oder Finnland, die vor ähnlichen Herausforderungen stehen, werden verstärkt *mobile Versorgungseinrichtungen* zur Primärversorgung der Bevölkerung eingesetzt. Darunter lassen sich fahrbare Behandlungszimmer oder mobile Container verstehen,

die temporär an verschiedenen Orten einer Region stationiert werden. Hämel et al. (2015) analysieren entsprechende Konzepte und arbeiten Implementationsanforderungen heraus. Als Implementationsprobleme zeigen sich Akzeptanzprobleme auf Seiten der Nutzer_innen und niedergelassener Ärzt_innen, eine mangelnde Nutzer_innenorientierung sowie fehlende Refinanzierungsmöglichkeiten und Probleme der Personalgewinnung. In Deutschland werden entsprechende Konzepte in Ansätzen erprobt, die Entwicklungen stehen jedoch am Anfang. Auch bei den einzelnen Leistungen zeigen sich Lücken. So werden z. B. trotz des hohen Bedarfs *komplementäre Dienste* nicht ausreichend vorgehalten. Während für die Anbieter_innen die Refinanzierung teils unsicher ist, sind für die Nutzer_innen unter Umständen hohe Kosten damit verbunden. Unter komplementäre Dienste lassen sich solche Hilfen fassen, die den Verbleib in der Häuslichkeit sichern können und im Vorfeld oder ergänzend zur Pflege eingesetzt werden; dazu zählen z. B. Mahlzeitendienste, Einkaufshilfen und Begleitdienste. In Nordrhein-Westfalen besteht bereits seit Einführung des Landespflegegesetzes (1996) ein Sicherstellungsauftrag der Kommunen für diese Leistungsform. Dieser wurde jedoch laut Kreutz (2013) auf breiter Front missachtet, ohne dass dies eine Rechtsfolge hatte.¹⁵ In den skandinavischen Ländern sind beispielsweise solche sogenannten *Home-Help-Leistungen* viel stärker ausgebaut und erreichen aufgrund geringerer Zugangsvoraussetzungen¹⁶ deutlich mehr ältere Menschen als in Deutschland (vgl. Heintze 2015).

4.2.2 Passung von Angebot und Bedarf

Die Bedarfe pflegebedürftiger Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen sind vielfältig und können je nach Geschlecht, Ethnie, Schicht oder sexueller Orientierung variieren. Auch erwerbstätige Pflegepersonen benötigen besondere Hilfen. Dadurch müssen Angebote immer wieder überdacht und weiterentwickelt werden. Gerade bezüglich der Nutzung ambulanter Dienste zeigt sich, dass die zeitlichen Rhythmen und Wünsche der Pflegebedürftigen nicht immer berücksichtigt werden können. Des Weiteren wird die personelle Diskontinuität beklagt, die eine Bezugspflege erschwert. Auch bei den zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen stehen den Diensten oft nicht genügend freiwillige Helfer_innen zur Verfügung, um zeitnah auf Nachfragen nach Unterstützung im häuslichen Umfeld reagieren zu können. Die Nutzung von Tagespflege oder Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz scheitert an Fahrdiensten oder eingeschränkten Öffnungszeiten (vgl. Plazek/Schnitger 2016). Auch die Nachfrage nach gleichgeschlechtlicher Pflege und mehrsprachigen Informations- und Beratungsangeboten kann nicht durchgängig durch Anbieter_innen bedient werden (vgl. u. a. Tezcan-Güntekin et al. 2015, S. 20-21).

In Diskussionen um passgenaue Hilfen wird immer wieder das Konzept von *persönlichen Budgets* besprochen. Bei dieser Leistungsform werden Sachleistungen von Geldleistungen oder Gut-

¹⁵ Zu aktuellen Entwicklungen vgl. Kap. 6.

¹⁶ Die Leistungsgewährung setzt in den skandinavischen Ländern keinen täglichen Mindestpflegebedarf voraus, es sind auch Leistungen von wenigen Wochenstunden möglich (vgl. Heintze 2015, S. 40).

scheinsystemen abgelöst und damit dem Budgetnehmer die Eigenverantwortung für die Organisation seiner Hilfen zugesprochen. Das sozialstaatliche Dreieck aus Leistungsfinanzier, Leistungsempfänger_innen und Leistungserbringer_innen wird zugunsten einer zweiseitigen Konstellation aus Anbieter_innen und Nachfrager_innen abgelöst. Mit dem Konzept des persönlichen Budgets sind Ideen von Wunsch- und Wahlfreiheit und Bedarfsgerechtigkeit verbunden. Seit 2008 besteht für Menschen mit Behinderung im § 17 SGB IX ein Rechtsanspruch auf ein persönliches Budget, welches auch als Komplexleistung trägerübergreifend genutzt werden kann. In der Sozialen Pflegeversicherung ist eine solche Leistung bisher nicht verankert. Allerdings sieht § 8 Abs. 3 SGB XI die Erprobung personenbezogener Budgets vor. Hoberg et al. befürworten in der von ihnen skizzierten Strukturreform *Pflege und Teilhabe*, dass die Leistungsform des persönlichen Budgets auch für Leistungen der Pflegeversicherung geöffnet wird (vgl. Hoberg et al. 2013, S. 563). Und zwar derart, dass „die als Sachleistung ausgestalteten Leistungsansprüche [...] wertgleich in Geldbudgets (Sachleistungsbudgets) umgewandelt [werden]“. Auch der Deutsche Bundestag führt persönliche Budgets als eine Leistungsform an, die einen Beitrag zu einer veränderten Pflegekultur leisten kann (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 189). Das Modellprojekt *Das Pflegebudget* im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen (GKV) hat von 2003-2008 in sieben Regionen in Deutschland die Einführung des personenbezogenen Pflegebudgets erprobt. Anstelle der Sachleistungen der häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI konnten die Teilnehmer_innen die pflegestufenabhängigen Beträge zum Einkauf von pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen frei wählbarer Dienstleister_innen legaler Art nutzen. Die Budgetnehmer_innen wurden durch Case Management begleitet. Das Projekt hatte sich mit vielen Vorbehalten und einer geringen Teilnahmebereitschaft auseinanderzusetzen. Die begrenzte Resonanz auf das Angebot macht deutlich, dass Budgets nicht für alle Menschen mit Pflegebedarf eine attraktive Leistungsform darstellen. „Zwischen 10 und 30 Prozent der Pflegebedürftigen (im häuslichen Bereich) dürften zu der Gruppe zählen, die an der Leistungsform Budget in hohem Maße interessiert sind und für die sie die Versorgungssituation qualifizierende und stabilisierende Wirkung entfalten können“ (Klie/Blinkert 2008, S. 21). Es zeigt sich, dass Pflegebedürftige mit einem für die häusliche Versorgung ungünstigen Umfeld stärker am persönlichen Budget interessiert sind als solche mit einem stabilen Umfeld¹⁷. Eine positive Wirkung des Budgets lässt sich für die Anzahl und die Zusammensetzung der Helfer_innen feststellen, sodass Pflege stärker in gemischten Arrangements bewältigt und damit auch die Angehörigen entlastet wurden. Es wurden Leistungen eingekauft, die bis dato nicht im Sachleistungskatalog der Pflegeversicherung vorgesehen waren: nämlich betreuerische Tätigkeiten und solche, die Teilhabe ermöglichen. An dieser Stelle zeigt sich eine Lücke im Leistungskatalog der Pflegeversicherung. Dem höheren Maß an Selbstbestimmung stehen Qualitätsfragen sowie der Umgang mit Budgets bei denjenigen Personen, die in ihrer Geschäftsfähigkeit eingeschränkt sind (bspw. Menschen mit Demenz oder psychisch kranke ältere Menschen), argumentativ gegenüber.

¹⁷ In einem ungünstigen Umfeld fehlen Angehörige, die die Pflegeverpflichtung übernehmen können oder wollen.

4.2.3 Transparenz der Angebote und Versorgungsqualität

Bei Beratungsangeboten lässt sich (in Städten) eher ein Überangebot feststellen. Damit gehen Unübersichtlichkeit und eine fehlende Transparenz einher.

Insgesamt ist die Versorgungsqualität zu bemängeln. Durch den engen Pflegebegriff, der in Deutschland vorherrschte, wurden Qualitätsmaßstäbe lange stark an Körperpflege angelegt; soziale Betreuung, Anleitung, Alltagsunterstützung und Tagesstrukturierung finden sich bisher nicht durchgängig in Einrichtungs- und Personalkonzepten wieder. Krankenhäuser und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind beispielsweise häufig nicht auf demenzkranke Menschen eingestellt. Wie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in Konzepten und Angebotsstrukturen umgesetzt wird, muss sich zeigen. Der 4. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS 2014) weist die Ergebnisse der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) in ambulanten und stationären Einrichtungen aus. Es zeigen sich zwar Verbesserungen der Pflegequalität im Vergleich zu den Vorjahren; dennoch werden Defizite beispielsweise hinsichtlich Wundversorgung und Medikamentengaben deutlich. Auch mit dem pflegerischen Fachkräftemangel gehen Qualitätsfragen einher. Es gibt unterschiedliche Szenarien zur Entwicklung der Arbeitskräfte in der Pflege, die zu verschiedenen Aussagen kommen (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 198-200) Ein Faktorenbündel beeinflusst den zukünftigen Pflegekräftemangel: Dazu zählen z. B. die Verweildauer im Beruf, das Verhältnis von Fach- zu Hilfskräften oder mögliche Entlastungen durch Digitalisierung. Einigkeit besteht darüber, dass die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen stark verbesserungsbedürftig sind.

4.3 Zugangsbarrieren

Es lassen sich sowohl auf institutioneller Seite als auch auf Seiten der Nutzer_innen Barrieren feststellen. Die Barrieren auf Nutzerseite ähneln den Barrieren, die bereits im vorangegangenen Kapitel auf Seiten der pflegenden Angehörigen ausgemacht wurden.

4.3.1 ‚Komm-Struktur‘

Viele Angebote der Altenhilfe und viele Leistungen der Pflegeversicherung sind als ‚Komm-Struktur‘ aufgebaut und bergen damit Hemmnisse, die von älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen zunächst überwunden werden müssen: Gerade den immobilen Senior_innen kann der Weg in eine Einrichtung schwerfallen; aber auch Schwellenängste und bürokratische Hürden stehen dem entgegen. Entsprechend werden zugehende Angebote verstärkt diskutiert. Das Konzept präventiver Hausbesuche findet immer stärker Beachtung, zumal es bereits in einigen Ländern (z. B. Dänemark, Australien, Japan) zur Regelversorgung bzw. zum integralen Bestandteil der Alten- und Gesundheitsversorgung gehört. In Dänemark beispielsweise gehören solche Angebote zu den kommunalen Pflichtaufgaben. Präventive Hausbesuche haben das Ziel, die Mortalität zu reduzieren, Krankenhaus- und Pflegeheimaufnahmen zu vermeiden sowie den funktionalen Status und das Wohlbefinden zu verbessern (vgl. Meinck et al. 2004, S. 732). Studien zu den Effekten von präventiven Hausbesuchen kommen allerdings zu unterschiedlichen Aussagen

über die Wirksamkeit dieses Instruments. Metaanalysen machen deutlich, dass „ein sehr unspezifischer Wirksamkeitsnachweis bei weitgehend ungeklärten Erfolgsdeterminanten [vorliegt]“ (Meinck et al. 2004, S. 733). Für drei in Deutschland durchgeführte Studien konnten für das häufigste Ziel der Vermeidung von Pflegeheimaufnahme keine signifikanten Belege gefunden werden (vgl. ZQP 2013, S. 11). Die Akzeptanz eines solchen Angebotes scheint gering. Ablehnungsgründe liegen laut Profener et al. in einer beeinträchtigten gesundheitlichen und/oder seelischen Verfassung, fehlendem Interesse, ausreichender Betreuung durch Arzt und/oder Pflege sowie einer befürchteten Störung der Privatsphäre (vgl. Profener et al. 2016, S. 599). Ebenfalls zeigen sich geschlechts- und schichtspezifische Unterschiede in der Nutzung eines solchen Angebots: Frauen sind eher als Männer mit diesem Angebot erreichbar und es wird vorwiegend von Mittelschichtangehörigen in Anspruch genommen (vgl. Profener et al. 2016, S. 603). Der Erkenntnisstand zur geeigneten Zielgruppe ist unklar, denn es herrscht Uneinigkeit darüber, ob ein unselektierter oder risikoselektierter Teilnehmereinschluss und/oder eine Altersgrenze sinnvoll sind. Auch bleiben Fragen über die Gesamtdauer des Interventionsprogramms und die Anzahl der Hausbesuche sowie über die Qualifikation der Hausbesucher offen. Laut Meinck et al. sind die Erfahrungen anderer Länder mit dem Konzept nicht unbedingt auf Deutschland übertragbar, da es zu berücksichtigen gilt, welche präventiven Wirkungen von der Standardversorgung im jeweiligen Land ausgehen (vgl. Meinck et al. 2004, S. 737).

4.3.2 Mangelnde interkulturelle Öffnung der Regeldienste

Vielen Institutionen fehlt es an einer Auseinandersetzung mit kultursensibler Pflege und ihre Angebote werden von (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund wenig genutzt. Darunter lassen sich u. a. eine mangelnde interkulturelle Kompetenz des Fachpersonals, die Unübersichtlichkeit des Hilfsangebotes und bürokratische Hürden fassen (vgl. u. a. Tezcan-Güntekin et al. 2015). Auf individueller Ebene zeigen Studien, die in der türkischen und russischen Bevölkerung durchgeführt wurden, dass Sprach- und Informationsdefizite sowie finanzielle und kulturelle Barrieren eine Nutzung hemmen (vgl. Schnepf 2002b). Beispielsweise können kulturbedingte Unterschiede in der Wahrnehmung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit dazu führen, dass ein Hilfebedarf unterschiedlich beurteilt wird. Gerade unter der türkischstämmigen Bevölkerung wirkt das Krankheitsbild Demenz stark stigmatisierend und wird entsprechend tabuisiert (vgl. Tezcan-Güntekin et al. 2015, S. 26).

4.3.3 Ungleichem Zugang zu Versicherungsleistungen

Studien belegen, dass der Zugang zu Versicherungsleistungen sozialen Einflüssen unterliegt. So wirken in Begutachtungen durch den MDK aufgrund des „sozialen Aushandlungs- und Interaktionsprozess“ (Nikelski/Nauerth 2015, S. 3) Werthaltungen, Rollenerwartungen und Deutungsmuster der Gutachter_innen und Antragstellenden hinein. Es gibt Befunde, dass der Begutachtungsprozess von der *sozialen Schicht* der Antragstellenden beeinflusst wird. Als Erklärung hierfür wird herangezogen, dass die Angehörigen höherer Sozialschichten ein höheres Anspruchsverhalten haben und eher die Fähigkeit besitzen, ihre Interessen und Leistungsansprüche durchzusetzen (vgl. Pritzkuleit/Erben 2001). „Wenn diese Fähigkeit sozial ungleich verteilt ist, kann

dies auch zu einer sozial ungleichen Verteilung von Leistungen führen“ (Simon 2004, S. 224). Auch *Personen mit türkischem Migrationshintergrund* werden laut Okken et al. (2008) im Begutachtungsprozess im Vergleich zu nichttürkischen Antragstellenden benachteiligt und erhalten seltener eine Pflegestufe bzw. tendenziell niedrigere Pflegestufen. Zur Erklärung hierfür sind Sprachbarrieren naheliegend; hinzu kommen unterschiedliche Selbstwahrnehmungen und Mentalitätsunterschiede. Die Studie von Simon (2004) zeigt auf, dass die Bewilligung und Höhe der Pflegestufe auch von der *Geschlechtszugehörigkeit der bzw. des Antragstellenden* abhängig ist. Er kann belegen, dass die Anträge von Frauen über alle Altersgruppen hinweg häufiger abgelehnt wurden als die von Männern und dass sie niedrigere Pflegestufen als Männer zugewiesen bekommen haben. Dies sei nicht mit einem geringeren Hilfebedarf, sondern mit dem Selbstbild und dem Auskunftsverhalten älterer Frauen zu interpretieren. Aber auch außerhalb von Begutachtungen durch den MDK zeigen sich entsprechende Wirkmechanismen: Ein niedriger *Bildungsstand* kann sich negativ auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen auswirken, da die Beantragung pflegerischer Leistungen eine Hürde darstellen kann. So bleiben diesem Personenkreis trotz Bedarfs ohne Hilfestellung von außen Leistungen vorenthalten.

Laut Fuchs (2016) drohen auch für *behinderte Menschen mit Pflegebedarf* erhebliche Versorgungslücken. Bereits nach bisherigem Recht macht er eine Ungleichbehandlung aus, die sich durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch verstärken wird. Abhängig von der Wohnform behinderter Menschen werden Leistungen zur Pflege in unterschiedlicher Höhe gewährt. Lebt ein behinderter Mensch in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe, erhält er lediglich zehn Prozent (maximal 266 Euro) des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts; lebt er in einer stationären Pflegeeinrichtung, erhält er die Zuschüsse zur pflegerischen Versorgung in voller Höhe. Dies wird damit begründet, dass qua Gesetz die pflegerischen Leistungen im Leistungskatalog der Eingliederungshilfe (vgl. §§ 53, 54 SGB XII) vorgesehen sind; allerdings scheint die Eingliederungshilfe die Kosten für die pflegerische Versorgung nicht ausreichend zu berücksichtigen (vgl. Fuchs 2016, S. 346). Damit werden behinderte Menschen mit Pflegebedarf in Einrichtungen der Behindertenhilfe von den vollen Zuschüssen ausgeschlossen, obwohl sie wie alle Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung ihrer Verpflichtung zur Zahlung des Pflegebeitrags aus eigenem Einkommen nachkommen.

4.3.4 Hohe finanzielle Eigenanteile für pflegerische Leistungen

Das PSG II zielt auf einen verbesserten Zugang zu Versicherungsleistungen. Erstmals werden Pflegebedürftige unabhängig von einer körperlichen, geistigen oder psychischen Erkrankung die gleichen Leistungen erhalten sowie auch diejenigen in die Versicherungsleistungen einbezogen, die ausschließlich einen hauswirtschaftlichen Hilfebedarf und damit bisher keine Pflegestufe zugesprochen bekommen haben. Die Hilfen setzen früher ein und verteilen sich gerechter über den Pflegeverlauf (u. a. auch dadurch, dass es ab 2017 in den vollstationären Pflegeeinrichtungen einen einheitlichen pflegebedingten Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5 gibt). Dennoch werden trotz der verbesserten finanziellen Leistungen aufgrund der Konzeption der Pflegeversicherung immer noch Eigenbeteiligungen für bestimmte pflegerische Leistungen anfallen. Ihr Teilleistungsprinzip wird als ungleichheitsgenerierend diskutiert, da es diejenigen begünstigt,

die über die Finanzkraft verfügen, zusätzliche Hilfen einzukaufen, und diejenigen vernachlässigt, die nicht so einkommensstark sind. Von Altersarmut sind insbesondere Frauen, Migrant_innen und auch Menschen mit Behinderungen betroffen. Schmidt und Schneekloth zeigen in ihrer Studie, dass im Jahr 2010 17 Prozent der Pflegebedürftigen selbst finanzierte professionelle Hilfen in Anspruch nehmen (vgl. Schmidt/Schneekloth 2011, S. 47-48). Je höher die Pflegestufe, desto höher ist der Anteil an Personen, die zusätzliche Dienstleistungen einkaufen. Differenziert nach Leistungsart ist zu sehen, dass Pflegebedürftige, die Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen, am häufigsten selbst finanzierte Hilfen nutzen. Daran schließen sich diejenigen an, die Sachleistungen in Anspruch nehmen. Die geringste Nutzung ist bei Pflegegeldempfänger_innen zu finden. Am häufigsten werden Leistungen der Grundpflege, gefolgt von Haushaltshilfen und Hilfen bei der Tagesgestaltung/Betreuung, aus Eigenmitteln gezahlt. Durchschnittlich würden monatlich 247 Euro selbst getragen, wobei diese Summe nicht nur für den Einkauf professioneller, sondern auch sonstiger Art stehen kann. Im internationalen/europäischen Vergleich zeigt die OECD-Studie *Help wanted? Providing and Paying for long term care*, dass Deutschland 2007 im Vergleich mit 22 weiteren Ländern an dritter Stelle des *out of pocket spending* steht. Nur in der Schweiz und in Portugal zahlen pflegebedürftige Personen mehr dazu. Die Statistik der Sozialhilfe (Statistisches Bundesamt 2015) zeigt, dass nach dem starken Rückgang der Empfängerzahlen von Hilfe zur Pflege aufgrund der Einführung des Pflegeversicherungsrechts erneut ein Anstieg zu verzeichnen ist. Im Jahre 2013 haben in absoluten Zahlen 444.000 Personen Hilfe zur Pflege erhalten. Während 71 Prozent Hilfe in Einrichtungen erhielten, wurden 28 Prozent der Hilfeempfänger_innen im häuslichen Umfeld unterstützt. Die Leistungen außerhalb der Einrichtungen betrafen mit 17 Prozent vor allem die Kostenübernahme für die Heranziehung ‚besonderer Pflegefachkräfte‘. 8 Prozent entfielen auf die Gewährung von Pflegegeld, 7 Prozent auf Aufwendungen für Pflegepersonen (u. a. Alterssicherung) und 2 Prozent auf die Kostenübernahme für Hilfsmittel (vgl. Statistisches Bundesamt 2015, S. 12).

Neben den aufgeführten Zugangsbarrieren tragen Schnittstellenprobleme dazu bei, dass Unterstützungs- und Pflegeleistungen nicht voll ausgeschöpft werden.

4.4 Schnittstellenprobleme

Wie Adolph und Ulrich konstatieren,

„treten ältere Menschen in allen Settings als Nutzer des Gesundheitswesens und der pflegerischen Versorgung auf. Typisch sind im höheren Alter das Wechseln zwischen den Sektoren, d.h. es werden sowohl ambulante medizinische als auch wiederkehrend stationäre Aufenthalte in Akutkliniken oder geriatrischer Rehabilitation in Anspruch genommen“ (Adolph/Ulrich 2015, S. 21).

Auch Braun et al. führen aus, dass „Schnittstellen oder Übergänge in fast allen und besonders in den höheren Altersgruppen alltäglich sind“ (Braun et al. 2011, S. 4).

4.4.1 Brüche in der Versorgungskontinuität

Durch den Grundsatz *ambulant vor stationär* und die Vorrangstellung der häuslichen Versorgung muss für die Pflegekasse bei Beantragung einer vollstationären Pflege ein Nachweis erbracht werden, dass eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. Damit wird eine Hürde für die Menschen geschaffen, die frühzeitig und vorsorgend in eine vollstationäre Einrichtung ziehen möchten, und zudem der Übergang vom ambulanten in den stationären Sektor erschwert. Im Übergang von einer Krankenhausbehandlung in die Häuslichkeit wird sehr häufig eine Kurzzeitpflege als teilstationäre Leistung in Anspruch genommen. Allerdings gibt es eine Tendenz zur frühzeitigen Entlassung von schwer kranken Pflegebedürftigen, denn von ihrer Konzeption und personellen und räumlichen Ausstattung ist die Kurzzeitpflege auf diese nicht ausgerichtet. Neben grundpflegerischen Tätigkeiten fallen in diesen Fällen gehäuft Maßnahmen der Behandlungspflege an, die zeitintensiv sind und bestimmte Qualifikationen erfordern. Ein Krankenhausaufenthalt stellt oft den Ausgangspunkt einer Pflegebedürftigkeit dar. Ein Krankenhaus ist bei sich abzeichnender oder eingetretener Pflegebedürftigkeit verpflichtet, unverzüglich die Pflegekasse zu benachrichtigen, die wiederum den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit zu beauftragen hat. Der MDK hat die Begutachtung innerhalb einer Woche nach Eingang der Information bei der Pflegekasse noch im Krankenhaus vorzunehmen, wenn dies zur „Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung erforderlich ist“ (§ 18 Abs. 3, Satz 3 SGB XI). In vielen Fällen findet die Begutachtung jedoch erst verspätet im häuslichen Umfeld statt, wodurch Finanzierungslücken entstehen können.

4.4.2 Schnittstellenprobleme zwischen Leistungsgesetzen

Doch sind nicht nur Übergänge von einer Versorgungsform in die andere schwierig, sondern auch die Klärung der Finanzverantwortung. Es lässt sich ein Schnittstellenproblem zwischen Eingliederungshilfe und Pflege feststellen, das sich aus der Gleichrangigkeit der Leistungen und entsprechenden Versuchen, die Kosten dem jeweils anderen Träger zuzuschieben, ergibt. Diese Schnittstellenproblematik wurde im Rahmen der Novellierung des Bundesteilhabegesetzes nicht angegangen und besteht damit weiterhin. Auch für die *Hilfe zur Pflege* ergeben sich möglicherweise neue Auslegungsschwierigkeiten, wenn der pflegerische Bedarf unterhalb von sechs Monaten liegt (ausführlich vgl. Fuchs 2016). Dazu kommt, dass der Anspruch auf Hilfe zur Pflege mit Einführung des Neuen Begutachtungsassessments ab 2017 nicht mehr gilt, wenn finanziell bedürftige Personen weniger als 12,5 Gesamtpunkte erzielen (vgl. Fuchs 2016). Durch diese Neuregelungen ergeben sich finanzielle Risiken – ggf. in der Folge mit weiteren Risiken – für die Personen, die auf ihren Hilfebedarf nicht mit dem privaten Einkauf von Diensten reagieren können.

Ebenfalls lassen sich bezogen auf Rehabilitationsleistungen zur Verhinderung oder Verminderung von Pflegebedarf Schnittstellenprobleme zwischen SGB V, SGB IV und SGB XI identifizieren. Der Grundsatz *Rehabilitation vor Pflege* ist sowohl im SGB V als auch im SGB XI verankert. Die Krankenkassen haben jedoch keinen Anreiz, in Rehabilitationsleistungen für ihre Versicherten

zu investieren, wenn die Einsparungen in der Pflegeversicherung anfallen. Die Pflegeversicherung kann lediglich Rehabilitationsempfehlungen aussprechen und leitet diese an den zuständigen Rehaträger weiter. Dieser entscheidet über den Antrag. Unterschiedliche Interessenslagen erschweren die Realisierung dieser Leistungen. Die Pflegeversicherung hat Schwierigkeiten damit, ihre Rehabilitationsverantwortung umzusetzen (vgl. Klie 2004; Deutscher Bundestag 2016, S. 175).

Auch in anderen EU-Staaten zeigen sich die Schwierigkeiten, die aus der unterschiedlichen Finanzierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen resultieren. Das Projekt *Procare – Providing integrated health and social care for older persons* resümiert: „The lack of joint budgets and the differences in financing health and long-term care are generally named as the most significant problems towards integration of service provision in all countries“ (Leichsenring 2003, S. 8).¹⁸

Zur Überwindung von Schnittstellenproblemen, die sich nachteilig auf pflegebedürftige Menschen (und ihre pflegenden Angehörigen) auswirken können, werden *Konzepte der Integrierten Versorgung* diskutiert. Eine integrierte Versorgungsleistung orientiert sich an dem Aufbau eines ganzheitlichen Hilfeeinrichtungen unter Beteiligung verschiedener Disziplinen und losgelöst von finanziellen Zuständigkeiten. Es geht sowohl um einen Richtungswechsel von der Angebotsorientierung hin zur Orientierung am Bedarf der Menschen als auch um die Überwindung der Segmentierung des Versorgungssystems. Die Aktion Psychisch Kranke e. V., die dieses Konzept für Deutschland entwickelt hat, schlägt vor, in kooperativen Steuerungsgremien, wie bspw. Hilfeplankonferenzen, verstärkt auch die Pflege einzubeziehen (vgl. Aktion Psychisch Kranke e. V. 2011, S. 36). Sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene werden zwar neue Formen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit forciert, aber diese verfolgen stärker den Ansatz eines Care Managements als eines einzelfallbezogenen Case Managements. So sind mit Umsetzung des PSG III nach § 8 a SGB XI sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einzurichten, um Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung zu lösen und eine bessere Verzahnung im Sinne der Pflegebedürftigen zu erreichen (vgl. auch Kap. 6). Neben den Leistungsträgern sollen insbesondere die Kostenträger einbezogen und zur Teilnahme verpflichtet werden. Die Pflegeausschüsse können Empfehlungen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur abgeben (Pflegestrukturplanungsempfehlungen), die von den Pflegekassen und ihren Verbänden bei Vertragsverhandlungen berücksichtigt werden sollen.

Eine Expertengruppe hat bereits vor einigen Jahren einen Vorschlag für eine *Strukturreform Pflege und Teilhabe* vorgelegt. Sie schlagen eine Differenzierung von Pflege in *Cure- und Care-Leistungen* (vgl. Hoberg et al. 2013, 2016; Hoberg/Klie 2015) vor, die mit einer Neuordnung des Leistungsrechts in den Sozialgesetzbüchern V, IX, XI und XII sowie einer veränderten Finanzierungstechnik einhergeht. Eine weitere *Strukturinnovation* wird aktuell in dem Modellprojekt

¹⁸ Das Projekt trägt Daten aus Österreich, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Italien, Niederlande und UK zusammen.

*Vifa – Vielfalt aus einer Hand*¹⁹ erprobt. Der im § 72 Abs. 2 SGB XI vorgesehene *Gesamtversorgungsvertrag* ermöglicht es stationären Einrichtungen, sowohl ambulante, teilstationäre als auch stationäre Leistungen anzubieten und damit erstmals auch Hilfe- und Pflegebedürftige aus dem Quartier in der Häuslichkeit zu versorgen. Das Projekt zielt auf eine integrierte, aufeinander abgestimmte Versorgung, die zudem bedürfnis- und bedarfsgerecht ausgerichtet ist.

4.5 Stärkung des präventiven Ansatzes

Bei den professionellen ambulanten Versorgungsstrukturen zeigen sich ebenfalls trotz Verbesserungen durch die Pflegestärkungsgesetze noch Handlungsbedarfe hinsichtlich des Abbaus von Zugangsbarrieren und Schnittstellenproblemen, die sich zu Lasten von älteren und/oder pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen auswirken (können). Unterschiedliche Lebenslagen und Versorgungsbedarfe sind verstärkt zu berücksichtigen. Neue Versorgungskonzepte sind zu entwickeln und ihr Nutzen zu prüfen. Eine vorbeugende Perspektive könnte durch die nachfolgenden Ansatzpunkte weiter gestärkt werden.

Vorbeugen heißt: Zugangsbarrieren abbauen

„Komm-Strukturen“ sollten in zugehende (Beratungs-)Strukturen verlagert und mit entsprechenden zeitlichen und personellen Ressourcen versehen werden. Flexible Öffnungszeiten und Orte können einen verbesserten Zugang zu älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund herstellen. Über interkulturelle oder Diversitytrainings könnten die Fachkräfte in Bezug auf die Heterogenität der Altenbevölkerung geschult werden. Auch die Klientel in Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen muss für eine Öffnung hin zu bisher wenig vertretenen Bevölkerungsgruppen (Senior_innen mit Migrationshintergrund, ältere Menschen mit geistiger Behinderung) sensibilisiert werden, um Vorbehalte abzubauen. Ebenfalls könnten Ansätze zur Stärkung der Nutzerkompetenz für diejenigen Pflegebedürftigen hilfreich sein, die nicht über die Erfahrung verfügen, ihre Interessen und Ansprüche durchzusetzen. Über verschiedene Controllinginstrumente (z. B. Nutzerbefragungen, Bedarfsanalysen) sind die Träger der Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen befähigt, Nutzungsbarrieren ausfindig zu machen und mit entsprechenden Modifizierungen ihrer Angebotsstruktur zu reagieren.

¹⁹ Nähere Informationen: vgl. <https://www.dzne.de/standorte/witten/projekte/vifa.html> (Zugriff: 20. Feb. 2017).

Vorbeugen heißt: ambulante Versorgungsangebote ausbauen und flexibilisieren

Es ist zu begrüßen, dass haushaltsnahe Dienstleistungen mit Umsetzung der „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ (§ 45a SGB XI) verstärkt refinanziert werden. Weitere komplementäre Dienste wie Mobilitätshilfen sollten aber ebenfalls in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufgenommen werden und nicht ausschließlich als befristete Projekte – häufig kombiniert mit arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen – realisiert oder ausschließlich als zivilgesellschaftliche Aufgaben verstanden werden. Persönliche Budgets gilt es weiter zu erproben und auch mobile Angebote in ländlichen Räumen sind weiter zu entwickeln.

Generell sollten die öffentlichen (Infrastruktur-)Ausgaben für Pflege ausgebaut werden und sich laut Berechnungen von Heintze bei einer Größenordnung von über zwei Prozent des Bruttoinlandsprodukts einreihen (vgl. Heintze 2015, S. 52). Bisher wird in Deutschland nur knapp ein Prozent der Wirtschaftsleistung für diesen Sektor ausgegeben, was im Vergleich zu anderen OECD-Ländern wenig ist.

Vorbeugen heißt: Schnittstellenprobleme entschärfen

Laut Plazek und Schnitger (2016) wirkt sich eine stark institutionalisierte Vernetzung der Krankenhaussozialdienste bzw. Pflegeüberleitungen der Krankenhäuser mit den Pflegediensten und Pflegeberatungsstellen positiv aus, da sich so der Kenntnisstand über Pflegeangebote in der Kommune erhöht und Probleme bei der Überleitung thematisiert werden können. Gerade vor dem Hintergrund, dass Krankenhäusern beim Entlassungsmanagement eine bedeutende Rolle bei der Organisation der häuslichen Versorgung zukommt, liegen dort entsprechende Ressourcen; hier können frühzeitig professionelle Dienste eingeschaltet und die Ausrichtung des Pflegearrangements beeinflusst werden. Solche Gremien sind ebenfalls für die Zusammenarbeit von Sozialer Altenarbeit und Migrationssozialarbeit als auch für weitere Soziale Dienste vorstellbar. Auf Anbieterseite bietet es sich an, verstärkt Versorgungsketten aufzubauen, um Klient_innen langfristig begleiten und unterstützen zu können. Das heißt, dass solche Institutionen von komplementären Diensten über offene Altenhilfe, ambulante Dienste und teilstationäre Hilfen bis hin zu stationären Einrichtungen alle Strukturen vorhalten. Dieser Anreiz kann aber sicherlich nur bei entsprechender Refinanzierung gegeben werden. Im Sinne des Konzeptes integrierter Versorgungsleistungen wäre es überlegenswert, die Idee und Struktur von Hilfeplankonferenzen, die aus der Behindertenhilfe bekannt sind, auch auf die Altenhilfe und die Pflege zu übertragen. Der im Case-Management-Prozess etablierte Hilfeplan würde so eine Fortführung in einem institutionalisierten Rahmen finden. Nach Evaluation des Modellprojekts zu Gesamtversorgungsverträgen sind die eruierten Potenziale und Herausforderungen für die Leistungserbringer und das Versorgungssystem abzuwägen und ggf. als Strukturinnovation flächendeckend zu implementieren. Auf Ebene der Sozialgesetzgebung müssen finanzielle Fehlanreize, welche die Ausschöpfung von Präventions- und Rehabilitationspotenzialen ausbremsen, abgebaut werden. Auch der umfassende Ansatz der Strukturreform Pflege und Teilhabe (vgl. Hoberg et al. 2013) trägt zu einer klareren Abgrenzung von Zuständigkeiten, insbesondere zwischen dem SGB V und dem SGB XI, bei. Gleichzeitig ist jedoch anzumerken, dass die Unterscheidung der Bereiche *Care*

und *Cure* in dem Ansatz ambivalent erscheint, weil für den Sorgebereich vor allem eine Stärkung gesellschaftlich-ehrenamtlicher Strukturen betont wird, während die Rolle professioneller Sorgearbeitender, bspw. aus der Sozialen Arbeit, unterbelichtet bleibt. Die angestrebte lokale Entwicklung einer (auch vorbeugenden) Sorgeskultur entsteht aus unserer Sicht jedoch nicht automatisch, sondern braucht professionelle Rahmung und Begleitung. *Care* kann nicht nur ehrenamtlich organisiert werden, der Sozialen Arbeit kommt hier als Care-Profession eine tragende Rolle zu.

Vorbeugen heißt: Pflegebedürftige frühzeitig erreichen

Möglichweise stellt die Anwendung eines geriatrischen Screenings in der Hausarztpraxis und die Implementation von Beratungsstrukturen in ein hausärztliches Setting aufgrund des hohen Vertrauens in den Hausarzt (vgl. Meinck et al. 2004, S. 737) für einen Teil der älteren Menschen eine Alternative zu präventiven Hausbesuchen dar. Ein abgestuftes Beratungssystem, das auch auf Multiplikatoren, Mittler und Lotsen zurückgreift, kann einen breiteren Kreis von älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen erreichen. Der Anspruch auf Pflegeberatung muss weiter publik gemacht werden, damit er auch genutzt wird. Case Management kann dabei insbesondere diejenigen hilfe- und pflegebedürftigen Menschen unterstützen, die über wenige familiäre, soziale und finanziellen Ressourcen verfügen. Die Qualifizierung der Pflegeberater sollte ebenfalls ein Ziel sein, wenn sie zunehmend leistungsintegriert beraten sollen.

5 Alternative Ressourcen der Pflegeversorgung

Eine vorbeugende Pflegepolitik, die häusliche Pflegearrangements langfristig stärken will, ist darauf angewiesen, die gesamte Bandbreite möglicher Ressourcen der Pflegeversorgung kritisch in den Blick zu nehmen und auf ihre Funktionalität zu überprüfen. Neben den professionellen Ressourcen der Pflegeversorgung müssen deshalb auch Ressourcen, die sich außerhalb des ‚regulären‘ Hilfesystems befinden, betrachtet werden. Dazu gehören die Versorgung durch alternative Wohn- und Betreuungsformen im Alter, die Nutzung zivilgesellschaftlicher Potentiale für die Versorgung von Pflegebedürftigen sowie der politische Umgang mit dem steigenden Einsatz von Live-in-Pflegekräften aus Mittel- und Osteuropa. Darüber hinaus besteht aus sozialplanerischer Perspektive ein Interesse daran, die vorhandenen Ressourcen im Sinne eines Care Managements möglichst effizient zu nutzen. Dazu müssen nicht nur Kooperations- und Vernetzungsstrukturen der mit dem Thema Pflegeversorgung befassten Akteure, Angebote und Dienste in den Blick genommen werden (vgl. Kap. 4), sondern auch neue innovative Ansätze der Kooperation und Vernetzung im Quartier. Kritisch im Sinne einer vorbeugenden Pflegepolitik sind auch hier die Grenzen alternativer Ressourcen der Pflegeversorgung zu thematisieren: Alternative Wohnformen und zivilgesellschaftliche Strukturen können professionelle Versorgung nicht ersetzen, sondern bestenfalls sinnvoll ergänzen, der Zugewinn an Versorgungsqualität aus Kooperation und Vernetzung ist begrenzt und das Pflegeverhältnis in der sogenannten 24-Stunden-Pflege beinhaltet Fragen nach Lohn- und Arbeitsbedingungen sowie nach Qualitätsstandards.

5.1 Alternative Wohnformen und Sozialraumgestaltung

Die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, bundesweite Modellförderprojekte sowie das Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalens verdeutlichen die wichtige Rolle der Kommunen im Bereich Wohnen im Alter (ausführlich vgl. Kap. 6).

Der Großteil der älteren Menschen möchte so lange wie möglich in der eigenen Wohnung verbleiben. Die Anpassung des bestehenden Wohnraums an die Bedürfnisse älterer Menschen, insbesondere in Bezug auf Barrierefreiheit, kann diesen Wunsch unterstützen. Oftmals ist eine bauliche Anpassung jedoch nicht möglich oder zu kostspielig oder auch nicht ausreichend. Das Konzept des *Aging in Place* kann jedoch auch in einer erweiterten Version gedacht werden, denn in vielen Fällen ist es nicht so sehr die gewohnte Wohnung, sondern das lieb gewonnene Quartier, das ältere Menschen nicht missen wollen, denn Quartiere sind Orte der sozialen Teilhabe. Vor dem Hintergrund zunehmender Beeinträchtigungen im Alter wird für ältere Menschen die unmittelbare sozialräumliche Umgebung sogar tendenziell wichtiger. Es stellt sich dann die Frage, wie älteren Menschen der Verbleib im gewohnten Sozialraum ermöglicht werden kann.

Dazu braucht es altengerechte Wohn- und Versorgungsformen im Quartier, die zwischen der selbstständig bewirtschafteten Wohnung und der stationären Pflegeeinrichtung (die sich oftmals nicht in der unmittelbaren Wohnumgebung befindet) angesiedelt sind. Haus- oder Wohngemeinschaften, in denen die Bewohner_innen sich gegenseitig Hilfe leisten und bei Bedarf auch

soziale Dienste von außen hinzugezogen werden können, sind hier richtungsweisend. Dazu gehören Projekte des Mehrgenerationenwohnens ebenso wie Pflegewohngemeinschaften (für Menschen mit Demenz), wobei bei letzteren zumeist auch die Mithilfe von pflegenden Angehörigen, die nicht unmittelbar in der Wohngemeinschaft leben, mit zum Programm gehört. Quantitativ sind diese alternativen Wohn- und Versorgungsformen noch nicht sehr verbreitet: Nur 1 Prozent der über 65-Jährigen nimmt sie in Anspruch. Im Siebten Altenbericht wird eine Förderung von alternativen Wohnformen empfohlen. Der Zugang zu diesen ist jedoch voraussetzungs- voll: Planungs-, Organisations- und Aushandlungsprozesse der Bewohnerschaft sind aufwendig, und die Umsetzungskosten sind für einkommensschwächere ältere Menschen nur schwer realisierbar (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 224-225).

Der Verbleib im gewohnten Sozialraum erfordert darüber hinaus eine entsprechende altengerechte Gestaltung desselben: Ältere Menschen haben spezielle Barrieren zu überwinden, wenn sie sich in ihrem Wohnumfeld bewegen. Sie brauchen abgeschrägte Bürgersteige (Stichwort: Rollator), Sitzgelegenheiten auf Plätzen oder im Park, längere Ampelphasen und sichere Fußgängerbereiche. Auch Einkaufswagen mit Vergrößerungsglas, entschleunigte Möglichkeiten des Einkaufens sowie niedrigschwellige Gelegenheiten für Gesprächsanlässe und eine ausreichende nahräumliche Versorgung werden benötigt (vgl. Leitner/Vukoman i. E.).

Der Ansatz einer ganzheitlichen Entwicklung altengerechter Quartiere findet sich auch im *Masterplan altengerechte Quartiere.NRW* (2013) des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Der Masterplan will Kommunen in der Entwicklung altengerechter Quartiere mithilfe eines Methoden- und Instrumentenkastens unterstützen²⁰ (vgl. MGEPA NRW 2013, S. 23-28): Das Konzept empfiehlt, Strukturen der nahräumlichen Versorgung so zu vernetzen, dass zum einen ausreichend viele Angebote zur Verfügung stehen und zum anderen Doppelstrukturen vermieden werden. Dazu gehört einerseits die Versorgung mit Lebensmitteln und Verbrauchsgütern, Handwerksleistungen, Banken und Sparkassen, andererseits die Versorgung mit Gesundheits- und Pflegedienstleistungen sowie mit Angeboten der Beratung und sozialen Betreuung. Weiterhin sollen bauliche Veränderungen älteren Menschen den Verbleib in ihrer eigenen Wohnung ermöglichen und neue Wohn- und Pflegeformen vor Ort entstehen. Nachbarschaftshilfe soll ebenso gefördert werden wie die Teilhabe älterer Menschen an der Quartiersgestaltung.

Das Konzept der demenzfreundlichen Kommune geht noch einen Schritt weiter. Es fordert die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Bedarfe von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen, indem sozialräumliche Rahmenbedingungen ihren Bedürfnissen entsprechend gestaltet werden und Formen der gemeinsamen Verantwortungsübernahme durch alle Akteure der lokalen Gemeinschaft entwickelt werden.²¹ Hierbei spielt auch die Nachbarschaftshilfe eine große Rolle.

²⁰ Vgl. <http://www.aq-nrw.de> (Zugriff: 04. Jan. 2017).

²¹ Vgl. www.demenzfreundliche-kommunen.de (Zugriff: 03. Jan. 2017).

5.2 Zivilgesellschaftliche Ressourcen der Pflegeversorgung im Sozialraum

Hand in Hand mit der Einführung des Verwaltungsmodernisierungskonzepts *Neues Steuerungsmodell*, das zu einer effizienteren Gestaltung des Verwaltungshandelns der Kommunen führen soll, erfolgte eine Dezentralisierung der sozialpolitischen Steuerung von der kommunalen auf die subkommunale Ebene (vgl. Backes/Amrhein 2013, S. 243). Dadurch sollen lokale Akteur_innen und Organisationen zum einen stärker in konkrete Entscheidungsprozesse einbezogen und zum anderen zivilgesellschaftliche Ressourcen für sozialpolitische Zielsetzungen erschlossen werden. Die kommunale Altenhilfeplanung fokussiert folgerichtig nicht den Einzelfall, sondern territoriale sozialräumliche Planungseinheiten wie Quartiere oder Stadtbezirke mit ihren konkreten Rahmenbedingungen für ältere Menschen. Dabei geht es im Sinne eines Pflegemixes nicht nur um die Frage, wie die Versorgungslage mit Betreuungs- und Pflegediensten sichergestellt werden kann, sondern auch darum, welche Unterstützungsmöglichkeiten die lokale Gemeinschaft bieten kann und inwiefern diese Ressource (z. B. über Kirchengemeinden oder Vereine oder Nachbarschaften) zu erschließen wäre. Bislang brach liegendes soziales und kulturelles Kapital des Sozialraums soll gehoben werden mit dem Ziel, eine bessere (und gleichzeitig kostengünstige) Versorgung älterer Menschen herzustellen (vgl. Leitner/Vukoman i. E.).

Klie (2014, 2015) spricht diesbezüglich von der *caring community* oder der sorgenden Gemeinschaft. Ausgangspunkt ist dabei die grundlegende kommunitaristische Annahme, dass Gemeinschaften konstitutiv für das Funktionieren der Gesellschaft und Menschen grundsätzlich bereit sind, Verantwortung für andere zu übernehmen. In diesem Konzept sind die Kommunen (vgl. ausführlich dazu Kap. 6) Orte, in denen tragfähige Sorgestrukturen und -kulturen aufgebaut werden können. „Sorge“ wird dabei als „vorausschauende und teilnehmende Verantwortungsübernahme für sich selbst und andere“ (Klie 2015, S. 140) verstanden. Dieser Sorgebereitschaft liegt ein reziprokes Verständnis von Gegenseitigkeit zugrunde: Es geht um ein Geben und Nehmen, um die Sorge für andere und um das Empfangen von Sorge durch andere. Diese sorgende Gemeinschaft, die auf der operativen Ebene nur sozialräumlich gedacht werden kann, manifestiert sich unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen mehr oder weniger stark. Das Wirken der *caring community* ist demnach voraussetzungsvoll und erfordert Unterstützung in Form von Infrastruktur und professionellem Back-up.

Der Freiwilligensurvey 2014 liefert Daten zu informellen Unterstützungsleistungen im außerfamilialen sozialen Nahraum (vgl. Vogel/Tesch-Römer 2017). Sie sind Ausdruck von Solidarität zwischen Nachbar_innen, Freund_innen und Bekannten und können somit eine Einschätzung über die Potenziale einer sorgenden Gemeinschaft geben. Ein gutes Viertel der Bevölkerung (26,3 Prozent) leistet instrumentelle Hilfen (wie z. B. Einkäufe erledigen, Reparaturen im Haushalt, Gartenarbeit etc.) für den außerfamilialen sozialen Nahraum, wobei die Jüngeren häufiger Hilfe leisten als die Älteren. Im Durchschnitt werden von den Engagierten zwei Stunden pro Woche für instrumentelle Hilfen aufgewendet. Weniger verbreitet ist die informelle Unterstützung von

pflegebedürftigen Menschen im außerfamilialen sozialen Nahraum: 3,4 Prozent der Bevölkerung sind hier (vor allem in Form von Betreuungsleistungen) engagiert, wobei mit zunehmendem Alter häufiger Betreuungs- und Pflegearbeiten übernommen werden. Der Zeitaufwand beträgt im Durchschnitt vier bis sechs Stunden pro Woche.

Die Bedeutung von nachbarschaftlichen und freundschaftlichen Beziehungen für die Versorgung im Alter ist somit empirisch dokumentiert, es stellt sich allerdings die Frage, welchen Stellenwert diese informellen sozialen Netzwerke im Sinne von Verantwortungsgemeinschaften einnehmen können und ob bzw. wie ihre Potenziale noch stärker innerhalb eines Pflegemixes in Anschlag gebracht werden können. Die Initiierung und Stärkung lebendiger Nachbarschaften kann einen Verbleib in der gewohnten Umgebung ermöglichen. Dazu braucht es Gelegenheiten zum Austausch und Räume für Begegnung sowie professionelle Unterstützungsstrukturen. Die Gemeinwesenarbeit kann derartige Prozesse unterstützen, z. B. durch Sozialraumanalysen und aktivierende Befragungen (vgl. Kricheldorf 2015). Dennoch sind Nachbarschaften nur begrenzt von außen gestaltbar, sie müssen aus sich heraus über einen längeren Zeitraum wachsen und sind deshalb auf eine lange Wohndauer der Menschen angewiesen (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 265). Eher ländliche Sozialräume könnten hierbei bessere Voraussetzungen für eine gelingende Nachbarschaftshilfe bieten, wie das Beispiel der Bürgergemeinschaft Eichstetten²² zeigt: Die Dorfgemeinschaft hat sich in einem Verein zusammengeschlossen und eine Unterstützungsstruktur im semiprofessionellen Bereich aufgebaut, die hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfen anbietet. Positive Beispiele finden sich aber auch in Großstädten, wie etwa das Gelsenkirchener Projekt QuartiersNETZ²³, in dem unter Beteiligung der Bevölkerung in vier Stadtteilen nachhaltige Quartiersnetzwerke aufgebaut werden, die ein gutes Leben im Quartier bis ins hohe Alter gewährleisten sollen. Das Herzstück bei der Planung sind partizipative Stadtteilkonferenzen, in denen die Bedarfe der Bewohner_innen zur Sprache kommen und gemeinsame Projekte angeschoben werden. Das Management der Quartiersnetze liegt dabei in professionellen Händen.

Für die Gewährleistung von adäquaten Versorgungs- und Dienstleistungsstrukturen wäre eine zu starke Fokussierung auf sozialräumliche informelle Unterstützungspotenziale jedoch eher hinderlich und könnte zur „Schließung benachteiligter Sozialräume“ und zur „sozialräumlichen Einschließung“ der Akteure führen (Kessl et al. 2012, S. 157). Zur Vermeidung von sozialer Ungleichheit zwischen älteren Menschen in unterschiedlichen Sozialräumen ist ihr Anspruch auf gleichwertige soziale Standards unabhängig von ihrer sozialräumlichen Verortung einzufordern.

Außerdem kann es innerhalb eines Sozialraums zur Reproduktion von Ungleichheitsstrukturen kommen: Bei der Aktivierung von sozialräumlichen Netzwerken werden oftmals bestehende Netzwerke reproduziert. Wenn beispielsweise der Karnevalsverein des Viertels beschließt, seine Mitglieder im Seniorenalter durch ehrenamtliche Besuchsdienste zu beglücken, bleiben diejeni-

²² Vgl. www.buergergemeinschaft-eichstetten.de (Zugriff: 06. Feb. 2017).

²³ Vgl. www.quartiersnetz.de (Zugriff: 06. Feb. 2017).

gen älteren Menschen im Viertel, die keine Vereinsmitglieder sind, außen vor. Die vormalig Ausgeschlossenen bleiben weiterhin ausgeschlossen. Kessler und Reutlinger sprechen vom „Vernetzungsdilemma“ (vgl. Kessler/Reutlinger 2010, S. 130).

Die Grenzen der Versorgung durch Nachbar_innen, Freund_innen und Bekannte zeigen sich dann, wenn die Lösung von strukturellen sozialen Problemen (wie z. B. ein Mangel an Fachkräften und professionellen Versorgungsstrukturen) auf dem Rücken der freiwillig Engagierten und letztlich auch auf dem Rücken der versorgungsbedürftigen älteren Menschen stattfinden soll. Zivilgesellschaftliches Engagement kann professionelle Versorgung nicht ersetzen, sondern höchstens ergänzen. Und: Informelle Strukturen brauchen professionelle Unterstützung (vgl. auch Kap. 6.2.3 zu den Perspektiven kommunalpolitischer Akteur_innen).

5.3 Information und Kooperation im Sozialraum

Eine spezielle Form des Einsatzes nichtprofessioneller Akteure des Sozialraums findet sich im Kölner Modellprojekt ÖFFNA (*Öffnung des Wohnquartiers für das Alter*): Im Stadtteil Ehrenfeld wurden Akteur_innen des Alltags für die Fragen des Alterns sensibilisiert. Grundanliegen war es, Informationen über Beratungsangebote an sehr zurückgezogen lebende Senior_innen zu übermitteln. Dazu wurden Orte bzw. ‚Gelegenheiten‘ im Alltag der Senior_innen identifiziert, an denen es zu persönlichen Gesprächen auf Basis einer längerfristigen Beziehung zwischen Kund_innen/Patient_innen (sprich: den älteren Menschen) und den Alltagsakteuren kommt. Ärzt_innen, Apotheker_innen, Friseurgeschäfte, Bäckereien, Freizeiteinrichtungen, kleine Lebensmittelgeschäfte, Kioske, Buchhandlungen und gastronomische Betriebe sind potenzielle Partner in einem innovativen ehrenamtlichen Infrastrukturnetzwerk, das älteren Menschen Informationen über Seniorenberatungsstellen zukommen lässt. Sie fungieren als Vermittler und Wegweiser in das Hilfesystem (vgl. Schubert et al. 2015).

Innovative Informations- und Vermittlungsstrukturen entstehen auch durch aufsuchende Strukturen im Sinne von *Streetwork* für ältere Menschen. Dies kann z. B. durch freiwillig Engagierte – oft ältere Menschen, die selbst im Stadtteil wohnen – erfolgen, die von professionellen Sozialarbeiter_innen begleitet werden. Sie zeigen Präsenz im Quartier, sprechen ältere Menschen aktiv an und geben bei Bedarf Informationen über Angebote der Altenhilfe weiter (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 261).

Mit einem ähnlichen Ansatz arbeitet aktuell das Kölner Modellprojekt *Seniorenfreundliche Quartiere – Ehrenfeld* des Caritasverbandes Köln. Ehrenamtliche Veedelslotsen erkunden – unterstützt von einer hauptamtlichen Quartiersmanagerin – kleinräumig den Stadtteil und suchen nach Orten, die für betreuungsbedürftige ältere Menschen und ihre Angehörigen/Begleiter_innen interessante Gelegenheiten des Aufenthalts bieten könnten. Ziel ist es, ältere Menschen mit Betreuungsbedarf wieder stärker in ihrem Sozialraum zu verankern. Dabei sollen nicht nur bereits bestehende Angebote, die sich speziell an ältere Menschen richten, genutzt werden, sondern auch ‚andere Orte‘ wie z. B. der Wollladen, der Handwerksladen, Urban Gardening etc. als neue Ressourcen erschlossen werden. Die Veedelslotsen fungieren als ‚Türöffner‘ und stellen

eine Dokumentation dieser ‚Orte für Senior_innen im Quartier‘ zusammen, um so neue Anreize zur aktiven Rückeroberung des Sozialraums für betreuungsbedürftige ältere Menschen zu setzen. Gleichzeitig werden die ermittelten ‚Orte‘ für die Zielgruppe sensibilisiert.²⁴

Auf die Erschließung von bereits vorhandenen Ressourcen zielt auch die Forderung nach einer stärkeren Sozialraumorientierung stationärer Pflegeeinrichtungen. Stationäre Pflege kann eine wertvolle Ressource für die Quartiersbewohner_innen darstellen, wenn sie sich als Institution gegenüber dem Sozialraum öffnet. Dazu müssten Angebote und Veranstaltungen für ältere Menschen des Quartiers und ihre Angehörigen frei zugänglich sein, die stationäre Einrichtung könnte auch als Anlaufstelle für Informationen über das Altenhilfesystem fungieren oder die eigenen Räumlichkeiten für externe Veranstaltungen und Angebote nutzbar machen.²⁵ Die Gesamtversorgungsverträge könnten hier zukünftig als Modellstruktur dienen.

5.4 Live-in-Pflegekräfte aus Mittel- und Osteuropa

Insbesondere seit der EU-Osterweiterung greifen Haushalte in Deutschland verstärkt auf migrantische Pflegekräfte aus Mittel- und Osteuropa zurück, die bei der pflegebedürftigen Person im Haushalt leben (Live-in-Arrangement) und eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung bzw. eine sogenannte 24-Stunden-Pflege gewährleisten sollen. Da die Pflegeversicherung von Beginn an nicht bedarfsdeckend konzipiert war und, insbesondere im Falle zeitintensiver professioneller Betreuung, erhebliche finanzielle Eigenleistungen der Haushalte erbracht werden müssen (vgl. auch Kap. 4.3.4), entstehen Lücken in der pflegerischen Versorgung im deutschen System. Diese wurden traditionell – und werden es noch immer – v. a. über die familiäre Pflege abgedeckt. Dies ist angesichts demographischer Verschiebungen, zunehmender Frauenerwerbstätigkeit sowie gesteigener beruflicher Anforderungen an die räumliche Mobilität und zeitliche Flexibilität jedoch schwieriger geworden. Diese Lücken werden nun – vergleichsweise kostengünstig sowohl für den Staat, der diesem Phänomen bislang kaum regulative Beachtung schenkt, als auch für die deutschen Haushalte – durch migrantische Pflegekräfte gefüllt.

Schätzungen gehen derzeit von zwischen 100.000 und 200.000 Live-in-Pflegekräften in Deutschland aus (vgl. Emunds 2016, S. 12) und es ist ein neues boomendes Geschäftsfeld für Agenturen entstanden, die Migrant_innen für die sogenannte 24-Stunden-Pflege in deutsche Haushalte vermitteln (ausführlich vgl. Rossow/Leiber 2017). Durch die EU-Osterweiterung und die damit verbundene Liberalisierung des grenzüberschreitenden Personen- und Dienstleistungsverkehrs hat diese Entwicklung einen zusätzlichen An Schub erfahren. Vereinzelt setzen auch Wohlfahrtsverbände auf die Vermittlung von ausländischen Betreuungskräften in Privathaushalte und stützen sich dabei auf das Arbeitgeber-Vertragsmodell, bei dem die Pflegehaushalte die Migrant_innen direkt anstellen (vgl. Diakonisches Werk Württemberg 2014; Verbraucherzentrale NRW

²⁴ <http://caritas.erzbistum-koeln.de/koeln-cv/aktuelles/Seniorenfreundliches-Quartier-Ehrenfeld-Ehrenamtliche-Quartierslotsen-gesucht/> (Zugriff: 03. Jan. 2017).

²⁵ Vgl. dazu Ergebnisse des Forschungsprojekts *Sozialräumliche Bezüge in der stationären Altenhilfe* von Reinhold Knopp, Christian Bleck und Anne van Rießen: <http://soz-kult.hs-duesseldorf.de/personen/bleck/forschungsprojekte> (Zugriff: 04. Jan. 2017).

2016). Auch wenn Haushalte oder Vermittlungsagenturen sich seit den jüngsten EU-Erweiterungen häufig auf den EU-Rechtsrahmen der Dienstleistungsfreiheit oder Arbeitnehmerfreizügigkeit bzw. -entsendung berufen und dieser Art der Tätigkeit damit einen legalen Anschein verleihen: Fehlende oder unklare Rechtsprechungen in der Kopplung von häuslicher Arbeit mit sogenannter 24-Stunden-Pflege und/oder Betreuungsarbeit sowie die unkontrollierte Anwendung bzw. Umgehung von Rechtsvorschriften (z. B. Scheinselbständigkeit; Unterlaufen von Sozialversicherungsbeiträgen im Herkunftsland) führen dazu, dass ein Bereich mit umfänglichen Rechtsunsicherheiten, Regulierungs- sowie Kontrolldefiziten – ein sogenannter ‚grauer‘ Markt - entsteht. Auch wenn diese Konstellationen individuell häufig als Win-win-Situation für Migrant_innen und Pflegebedürftige bzw. deren Familien dargestellt werden, so zeigen Studien doch, dass die Arrangements nicht selten mit dem Unterlaufen minimaler Schutz- und Qualitätsstandards sowie Überforderungen der Beteiligten einhergehen, die weder für die Migrant_innen noch für die pflegebedürftige Person zuträglich sind (ausführlich zu Rechtsfragen, Rechtsbrüchen und negativen Begleiterscheinungen vgl. z. B. Böning/Steffen 2014; Emunds 2016). Dieser ‚graue‘ Markt migrantischer Pflegearbeit stellt somit keine alternative Ressource der Pflegeversorgung dar, die in dieser Expertise explizit beworben werden soll. Eine auf dem Schwarzmarkt oder über eine Agentur vermittelte migrantische Pflegekraft stellt jedoch heutzutage faktisch eine alternative Pflegeressource dar, die für eine zunehmende Zahl deutscher Pflegehaushalte relevant ist. In NRW können migrantische Live-in-Pflegekräfte neuerdings unter bestimmten Umständen sogar über die Leistungen der Pflegeversicherung zur Unterstützung im Alltag teilfinanziert werden (vgl. Kap. 6.2.2).

Es ist unseres Erachtens also nicht möglich, vor dem Phänomen die Augen zu verschließen. Zwei Ansatzpunkte erscheinen uns diesbezüglich wichtig: Einerseits ist es notwendig, Vorstellungen von (regulativen) politischen Optionen zum Thema Live-in-Pflegekräfte zu entwickeln. Konkrete Vorschläge dazu unterbreitet z. B. Emunds (2016, Kap. 7). Geht man jedoch davon aus, dass die migrantischen Pflegekräfte in eine Versorgungslücke des aktuellen Pflegesystems stoßen, die auf anderem Wege politisch in absehbarer Zukunft eher nicht geschlossen wird, muss andererseits zumindest mit den realen Bedarfen der Familien, die in den kommunalen Versorgungs- und Beratungszentren anfallen, umgegangen werden. Es gilt, diese besser zu kanalisieren und die relevanten lokalen Akteur_innen zu dem Thema besser zu vernetzen. Der Umgang mit dem Phänomen 24-Stunden-Pflege sollte also systematischer in die Pflegeberatung einbezogen werden und Aufklärungsarbeit hierzu verstärkt werden. Eine kleinere Untersuchung im Rahmen einer Bachelorarbeit an der Hochschule Düsseldorf (Kaiser 2015) hat gezeigt, dass im Raum Düsseldorf die Pflegeberatungsstellen zwar mit dem Thema konfrontiert sind, es aber bislang kaum einen (pro-)aktiven Umgang oder etwa systematische Schulungen in Bezug auf den Umgang mit der ‚Versorgungsform Live-in-Pflegekraft‘ in der Beratungsarbeit gibt. Wichtige Aufklärungsansätze dazu sind etwa über Broschüren und Publikationen, wie die der Verbraucherzentrale NRW (2016) und des Projektes *Zu Hause rundum versorgt* der HS Niederrhein (vgl. Neukirch/Krewer 2015; Neukirch et al. 2015), vorhanden. Die lokalen Beratungsstellen haben bislang jedoch kaum eine Handhabe oder gar Konzepte, um verlässliche Informationen bereit zu stellen, um systematisch z. B. auch über Alternativen bzw. Ergänzungen zur Unterstützung durch migrantische

Pflegekräfte bzw. ‚faire Beschäftigungspraktiken‘ aufzuklären. Das Thema ist politisch sehr sensibel, daher wird häufig eher ganz weggeschaut. Die Vermittlung der Migrant_innen läuft also teils gänzlich ohne professionelle Beratung oder Prüfung der Lage, vermittelt über persönliche Kontakte, (mehr oder weniger seriöse) Vermittlungsagenturen oder das Internet. Aufgrund der bestehenden Rechtsunsicherheit wird meist an die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit verwiesen. Dementsprechend herrscht keine Beratungsstruktur zu diesem Thema vor.

5.5 Stärkung des präventiven Ansatzes

Bei der Ausschöpfung von alternativen Ressourcen für die Pflege und Sorge im Alter geht es zusammenfassend um die Frage, wie älteren Menschen der Verbleib in der gewohnten Wohnung und/oder Wohnumgebung in einem ambulanten Setting ermöglicht werden kann – unter Einbeziehung der Ressourcen des Sozialraums. Dies umfasst sowohl die altengerechte Gestaltung von Wohn- und Sozialraum als auch das Heben von zivilgesellschaftlichen Ressourcen der Nachbarschaft bzw. des Quartiers, die Pflege- und Versorgungsleistungen übernehmen können oder auch als ‚Lotsen‘ im Quartier oder in das Hilfesystem wirken. Kritisch ist der bisherige Umgang mit der sogenannten 24-Stunden-Pflege zu bewerten, die als spezifische Form einer alternativen Ressource zunehmend an Bedeutung gewinnt. Die folgenden Handlungsempfehlungen fokussieren zentrale Aspekte einer vorsorgenden Pflege- und Sorgepolitik mittels alternativer Ressourcen.

Vorbeugen heißt: Alternative Wohn- und Versorgungsformen im Quartier fördern

Die Polarisierung der Wohnformen im Alter zwischen eigener Wohnung und stationärer Unterbringung ist zu durchbrechen. Alternative Wohn- und Versorgungsformen unterstützen den Grundsatz *ambulant vor stationär* unter Einbeziehung von nachbarschaftlichen und familialen Hilfestrukturen. Um eine größere Verbreitung dieser Wohnformen zu ermöglichen, ist kommunale Unterstützung bei der Planung und Umsetzung notwendig.

Vorbeugen heißt: Quartiere altengerecht gestalten

Der Verbleib im gewohnten Sozialraum sowie die Aufrechterhaltung der sozialen Teilhabe im Sozialraum erfordern zum einen eine barrierefreie Gestaltung desselben. Zum anderen müssen nahräumliche Versorgungsstrukturen gewährleistet sein. Dies ist jedoch ohne eine Verlagerung entsprechender (finanzieller) Ressourcen auf die kommunale Ebene nur begrenzt zu leisten (vgl. Kap. 6).

Vorbeugen heißt: Professionelles Back-up für zivilgesellschaftliche Ressourcen

Die Förderung von lebendigen Nachbarschaften erfordert die Schaffung von Gelegenheiten zur Begegnung und von Räumen für Kommunikation, die Initiierung von Kommunikation sowie die nachhaltige Bindung der Akteure. Methoden der Gemeinwesenarbeit können diese Prozesse unterstützen und sollten entsprechend gefördert werden. Insbesondere zur Aufrechterhaltung

von zivilgesellschaftlichen Unterstützungsstrukturen ist eine dauerhafte professionelle sozialarbeiterische Begleitung unumgänglich.

Vorbeugen heißt: Die Beratung für Live-in-Pflegearrangements sensibilisieren

Die Sensibilisierung und die Vernetzung von Pflegeberatenden vor Ort sind vor dem Hintergrund der Zunahme von Pflegearrangements mit migrantischen Pflegekräften, die häufig unter schwierigen Bedingungen beschäftigt sind, ein wichtiger Bestandteil von Vorbeugung. Die Beratung sollte stärker systematisch darauf abzielen, auf die Probleme dieser Konstellationen aufmerksam zu machen, Möglichkeiten für gemischte Pflegearrangements gemeinsam mit den Angehörigen auszuloten, ggf. auf eine legale und geregelte Beschäftigung einer migrantischen Pflegekraft hinzuwirken sowie im Hinblick auf eine faire Beschäftigung von Pflegekräften zu unterstützen. Gesamtgesellschaftlich betrachtet geht es um die Herauslösung der häuslichen Pflegearbeit aus der Illegalität unter besonderer Einbeziehung der in dem Feld bereits tätigen Akteur_innen.

6 Die Rolle der Kommunen für eine vorbeugende Pflegepolitik

Nicht erst seit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, die 2015 ihre Ergebnisse vorlegte (vgl. BMG 2015a), liegen hohe Erwartungen auf dem Beitrag der Kommunen hinsichtlich der Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur. Den Kommunen wird in öffentlichen politischen Verlautbarungen eine Schlüsselrolle etwa in der Etablierung von wohnortnahen Beratungsstrukturen sowie weiteren Koordinations-, Dienstleistungs- und Sorgestrukturen vor Ort zugeschrieben. Ihre Steuerungs- und Gestaltungspotenziale in Bezug auf die regionale pflegerische Versorgung wurden mit dem Pflegestärkungsgesetz III erstmals bundeseinheitlich gesetzlich thematisiert und sollen explizit ausgebaut werden.

Auch in der wissenschaftlichen Debatte um Zukunftskonzepte der Pflegepolitik ist die Kommune als zentraler Ort politischer Gestaltung in jüngerer Zeit sehr präsent (vgl. z. B. Bäuerle/Scherzer 2009; Hoberg et al. 2016). Eine Neujustierung der ‚Pflege vor Ort‘ ist ein zunehmend wichtiger Leitgedanke, der mit der Forderung nach einer Stärkung dezentraler Einheiten gegenüber dem zentralisierten Pflegeversicherungssystem verbunden ist.

„Pflege ist vor Ort neu zu denken, die kommunale und regionale Ebene ist dazu zu stärken. Eine wohnortnahe, personensorientierte, beteiligungsorientierte Versorgung lässt sich nur im örtlichen Verbund organisieren. Die Zukunft der Pflege liegt im städtischen Quartier und in der dörflichen Gemeinschaft. Ziel ist der möglichst lange Verbleib in der häuslichen Umgebung mit Hilfe von verlässlichen sozialen Netzwerken.“ (Engelmann et al. 2013, S. 8)

Unter dem Stichwort der Entwicklung sogenannter *sorgender Gemeinschaften/caring communities* im Bereich Pflege skizziert etwa Klie (2014; vgl. auch Hoberg/Klie 2015) einen Entwurf, der Familien-, Gesundheits-, Teilhabe- und Pflegepolitik miteinander verbindet und auf (zivil-)gesellschaftliche Unterstützungspotenziale im Nahraum baut (wie in Kap. 5 bereits beschrieben). Und auch der Siebte Altenbericht hat sich diesem Thema unter dem Titel *Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften* ausführlich zugewandt (vgl. Deutscher Bundestag 2016).

Diese politischen und wissenschaftlichen Debatten um die Rolle der Kommunen in der Pflege möchten wir in der vorliegenden Expertise aufgreifen und explizit auf die Situation in NRW sowie auf den von uns entwickelten Ansatz einer vorbeugenden Pflegepolitik beziehen. Denn verbunden ist mit der Forderung einer Stärkung der kommunalen Ebene häufig auch der Gedanke, durch vorbeugende bzw. investive Maßnahmen die Entstehung oder Verschärfung von Versorgungsproblemen und -kosten zu verhindern bzw. abzumildern. Andererseits ist zu fragen, welche Rolle die Kommunen, etwa vor dem Hintergrund kommunalpolitischer Finanzkrisen und sich wandelnder Steuerungsansätze und -anforderungen, hier überhaupt spielen (können). Auf Handlungspotenziale und -grenzen der Kommunen im Bereich Pflege (in NRW) sowie das Zusammenspiel von Bund, Ländern und Kommunen soll daher in dieser Expertise ein besonderes Augenmerk gerichtet werden.

Nach einem kurzen Überblick über die prinzipiellen Zuständigkeiten der Kommunen im Themenfeld Pflege werden aktuelle bundes- und landesgesetzliche Entwicklungen analysiert, die sich auf die Rolle der Kommunen in den drei in Kapitel 2 entwickelten Handlungsfeldern einer vorbeugenden Pflegepolitik (Ressourcen pflegender Angehöriger, Ressourcen professioneller ambulanter Strukturen sowie alternative Versorgungsressourcen) beziehen. Dabei werden auch Perspektiven von landes- und kommunalpolitischen Akteur_innen in NRW auf diese Entwicklungen einbezogen. Im Anschluss setzen wir uns mit dem Forschungsstand zu lokalen sozialpolitischen Handlungsspielräumen vor dem Hintergrund der schwierigen Finanzsituation auf kommunaler Ebene auseinander. Abschließend beschreiben wir Ansatzpunkte zur Stärkung einer vorbeugenden Pflegepolitik auf kommunaler Ebene.

6.1 Zuständigkeiten der Kommunen im Bereich Pflege

In Deutschland ergibt sich die Selbstverwaltung der Kommunen aus Art. 28 GG: „Den Gemeinden muss das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln.“ Hinter der Aufgabenübertragung von Bund und Land an die Kommunen steht die Auffassung, dass dort die besseren Möglichkeiten für eine dezentrale und bürgernahe Versorgung liegen. Dies gilt auch für den Bereich der Pflegeversorgung:

„Es sind die Kommunen, die ob ihrer grundsätzlichen Nähe zu den Bürgerinnen und Bürgern, ihres Aufgabenspektrums in der Daseinsvorsorge sowie ihrer Netzwerkstrukturen unter Einbezug von Versorgungseinrichtungen, Verbänden, Initiativen und Akteuren die zentrale Rolle bei der Planung, Moderation und Steuerung präventiver und pflegerischer Versorgungsstrukturen spielen.“ (Deutscher Städtetag 2015)

Starke regionale Unterschiede bezüglich Bevölkerungszusammensetzung und Infrastrukturausstattung sprechen zudem für lokale, d. h. passgenaue Lösungen des sozialen und demographischen Wandels. Für eine umfassende Systementwicklung in der Altenhilfe kommen als übergeordnete Akteure des Lokalen lediglich die Kommunen infrage. Die Wohlfahrtsverbände oder die Sozialversicherungsträger (resp. die Pflegekassen) können dies nicht leisten. Erstere, weil sie in Konkurrenz zueinander stehen und verbandseigene Interessen verfolgen. Letztere, weil ihre Zuständigkeit rechtlich und fachlich primär auf die eigene Leistungszuständigkeit bezogen und keinem derart umfassenden gesellschaftspolitischen Ziel verpflichtet ist. Zudem nehmen im Wettbewerbsmodell des Kranken- und Pflegeversicherungsmarktes lokale Verankerungen etwa der traditionellen Ortskranken- und Pflegekassen tendenziell ab. Diese Einwirkungsmöglichkeiten der Kommunen auf die pflegerische Infrastruktur bleiben auf der Ebene der gesetzlichen Verpflichtungen bisher jedoch relativ unkonkret:

„Für alle bundes- und landesgesetzlichen Vorschriften gilt, dass sie neben der grundsätzlichen Leistungsverpflichtung zumeist nur den organisatorischen Rahmen für die Hilfestellung vorgeben (also das ‚ob‘), die konkrete Gewährleistungspraxis (d.h. das ‚wie‘) jedoch weitgehend den jeweiligen Durchführungsorganen überlassen [wird]. [...] Der/die einzelne BürgerIn hat zwar Ansprüche auf soziale Dienste dem Grunde nach, nicht jedoch auf ein bestimmtes Versorgungsniveau und eine bestimmte Art der Ausführung.“ (Bäcker et al. 2010, S. 524)

Dadurch gestalten sich pflegerische Versorgungsstrukturen über Kommunen hinweg aufgrund unterschiedlicher Ausgangs- und Interessenslagen sehr verschieden. Je nach Haushaltslage und priorisierten Handlungsfeldern lässt sich zudem ein Rückzug aus Leistungstatbeständen feststellen, für die keine zwingende gesetzliche Verpflichtung besteht.

Kommunen haben ein komplexes Funktionsprofil und agieren als *Kostenträger, Leistungserbringer und planendes Organ*. Bezogen auf das Politikfeld Alter und Pflege treten sie als *Kostenträger der freiwilligen Leistung* Altenhilfe sowie der *pflichtigen Aufgaben* Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Hilfe zur Pflege auf, welche jeweils im SGB XII geregelt sind. Zudem sind sie im Rahmen der Pflichtaufgaben zuständig für die Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII. Die *Leistungserbringung* nimmt innerhalb dieser drei Aufgabenbereiche nur einen geringen Anteil ein. Als Erklärung dafür kann das Subsidiaritätsprinzip herangezogen werden. Dies regelt auf institutioneller Ebene das Verhältnis zwischen öffentlichen und frei-gemeinnützigen Trägern und besagt, dass die Kommunen von der Bereitstellung eigener Dienste und Einrichtungen abzusehen haben, wenn geeignete Angebote der freien Träger vorhanden sind, ausgebaut oder geschaffen werden können (vgl. Bäcker et al. 2010). Der *bedingte Vorrang der Leistungserbringung* wurde mit Einführung der Pflegeversicherung auch auf private, erwerbswirtschaftliche Anbieter_innen ausgeweitet, sodass die kommunalen Dienste im besagten Politikfeld noch stärker zurückgefahren wurden. So treten die öffentlichen Träger Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Sinne der institutionellen Subsidiarität an Dritte – die Freie Wohlfahrtspflege und privatgewerbliche Anbieter_innen – ab und unterstützen diese finanziell über Zuwendungen. Kommunen fungieren noch häufig als Gesellschafter kommunaler Krankenhäuser oder Wohnungsbauengesellschaften und können so Einfluss auf die Schnittstellen zur medizinischen Versorgung bzw. auf das Angebot an barrierearmen und -freien Wohnungen nehmen. Als Prüfbehörde (in NRW die WTG-Behörde, ehemals Heimaufsicht) sind die Kreise und kreisfreien Städte für die Einrichtungen am Pflegemarkt zuständig.

Bereits vor Einführung der Pflegeversicherung waren Kommunen mit *Pflegeplanung und -steuerung* betraut. Diese Aufgabe war traditionell bei den Sozialämtern angesiedelt und mit der Vorstellung verbunden, einheitliche Lebensverhältnisse über die gesamte Kommune hinweg zu schaffen. Aus heutiger Sicht verlässt man die Perspektive einer „räumlichen Standardisierung“ und nimmt die einer „sozialräumlichen Differenzierung“ (Schubert et al. 2015, S. 133) ein. Ein modernes Planungsverständnis orientiert sich an den Ausgangsbedingungen eines Sozialraums und passt Maßnahmen an die örtlichen Gegebenheiten an. Pflegeplanung zielt auf die Bestandsaufnahme vorhandener Angebote, auf die Prüfung ausreichend zur Verfügung stehender quantitativer und qualitativer Angebote sowie auf die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund differenzierter Bedarfslagen (vgl. z. B. § 7 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW)). Voraussetzung für eine derartige strategische Planung ist die kommunale *Sozialberichterstattung*, die sich mit der sozialen Lage der Bevölkerung entlang verschiedener Bevölkerungsgruppen und Lebenslagen beschäftigt und entsprechende regionale Daten analysiert und aufbereitet.

Seit Einführung der Pflegeversicherung mit dem Ziel, einen Pflegemarkt zu schaffen, der nach den Gesetzen von Angebot und Nachfrage funktioniert, sind den Kommunen wenige hierarchische Steuerungsinstrumente geblieben. Diese Einschränkung soll nun im Zuge der letzten Gesetzesreformen (PSG III) reaktiviert werden, um die durch das Marktprinzip entstandenen Über-, Unter- und Fehlversorgungen zu korrigieren.

Mit der seit 2014 geltenden Option zur verbindlichen Bedarfsplanung (vgl. § 7, Abs. 6 APG NRW) ist NRW hier zwar vorangegangen, aber diese wirkt vor allem bei einem Angebotsüberhang. Da selektive Förderungen zusätzlicher Angebote selbst bei vorhandenen finanziellen Möglichkeiten nur eingeschränkt erfolgen können, kann Versorgungsengpässen auf kommunaler Ebene auf der Basis landesgesetzlicher Regelungen nur eingeschränkt entgegengewirkt werden.

6.2 Neue Handlungsspielräume der Kommunen im Sinne einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik?

Welche politischen Weichenstellungen für die Kommunen wurden nun in jüngeren Reformprozessen vorgenommen, die eine vorbeugende Pflegepolitik begünstigen oder auch hemmen könnten? In Debatten zur Zukunft des Pflegesystems setzt sich verstärkt das Leitbild durch, dass Pflegepolitik mehr sein müsse als Pflegeversicherungspolitik (vgl. Engelmann et al. 2013; Deutscher Bundestag 2016, S. 217). Im Rahmen dieser Diskussionen richten sich politische Erwartungen stärker als bislang an die Kommunen als Trägerinnen der Daseinsvorsorge und der Altenhilfe. Gemeinsam mit den Pflegekassen und anderen an der Pflege Beteiligten sollen sie im Rahmen eines Kooperationsmodells (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 217) konstruktiv zusammenarbeiten und neue Kooperationsstrukturen und -instrumente erproben. Von den bundesgesetzlichen Reformen als Akteure adressiert wird dabei vor allem die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte, denen eine wichtige Koordinierungsfunktion gegenüber den zugehörigen Städten und Gemeinden zugesprochen wird. Doch auch unterhalb dieser Ebenen können sublokale Einheiten wie Sozialräume, Quartiere, Stadtregionen oder Stadtteile für die Politik für und mit älteren Menschen bedeutsam sein. Kommunale Alten- und Pflegepolitik kann darüber hinaus in interkommunaler Zusammenarbeit, Verbandsgemeinden, Zweck- oder anderen Kommunalverbänden zum Tragen kommen (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 274). Die Dynamik zwischen den zentralen und dezentralen Akteuren des Pflegesystems ist dabei nicht frei von Spannungen, wie auch der Aushandlungsprozess des Pflegestärkungsgesetzes III zeigte (vgl. exemplarisch Deutscher Bundesrat 2016). Denn auf zentraler Ebene des Pflegeversicherungssystems stößt eine weit reichende Abgabe von Steuerungskompetenz und -ressourcen tendenziell auf Widerstand, während die dezentralen Einheiten eine größere Handlungsautonomie anstreben, die auch mit entsprechenden Ressourcen hinterlegt sein soll (vgl. Deutscher Landkreistag/Deutscher Städtetag 2016). Während sich zentral im Bereich Pflege ein ‚Wohlfahrtsmarkt‘²⁶ par excellence (vgl. z.

²⁶ Nach Blank handelt es sich dabei um Märkte, die „funktional in einem Zusammenhang mit den klassischen Sozialversicherungen und ihren Sicherungszielen stehen, [...] auf denen die Nutzer (Versicherte, Patienten, Pflegebedürftige etc.) als Nachfrager auftreten, und [...] die einer sozialpolitischen Regulierung unterliegen.“ (Blank 2011, S. 12)

B. Bode 2008) herausgebildet hat, der Anbieterwettbewerb, Effizienzgedanken und Kundenorientierung fördern soll, werden für die lokale Ebene Konzepte der Gemeinschaftsbildung ins Zentrum gestellt: Gemeinschaft im Sinne des Konzepts der *sorgenden Gemeinschaft/caring community* bedeutet gerade „mehr als wohlfahrtspluralistische Arrangements. Gemeinschaften sind geprägt durch Zugehörigkeit, durch gemeinsame Werte, durch Reziprozität, durch Verantwortungsbeziehungen“ (Klie 2015, S. 142). Auch diesbezüglich wohnt den Kooperationsanforderungen von bundes-, landes- und kommunaler Ebene ein gewisses Spannungsverhältnis inne, das nicht einfach aufzulösen ist.

Es sind auf Landesebene in NRW vor allem das GEPA²⁷ und auf Bundesebene die Pflegestärkungsgesetze (PSG I bis III), die eine Weiterentwicklung demographiefester Strukturen sowie einen Paradigmenwechsel in Definition und Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (vgl. §§ 14,15 SGB XI) eingeleitet haben. Pflegerische Versorgung soll auf Basis dieser Reformen individuell, lokal und wohnortnah vor allem in häuslichen Pflegearrangements umgesetzt werden. Was bedeuteten diese Entwicklungen für die drei in Kapitel 2 vorgestellten Handlungsbereiche einer vorbeugenden Pflegepolitik? Und welche Sichtweise haben landespolitische sowie kommunalpolitische Akteure darauf? (zur Erhebungsmethode vgl. Kasten Exkurs)

Exkurs: Methodisches Vorgehen

Methodisch wurden für diese explorative Kurzstudie qualitative leitfadengestützte Experteninterviews mit vier kommunalen Vertreter_innen (jew. 2 Personen pro Interview, Sommer 2016) sowie drei Mitarbeiter_innen des MGEPA NRW (Gruppeninterview, Anfang 2017) geführt, transkribiert und strukturierend-inhaltsanalytisch (vgl. Kuckartz 2016, Kap. 5) ausgewertet. Kernergebnisse der Studie wurden den Interviewten vor Veröffentlichung zudem rückgespiegelt (kommunikative Validierung). Die kommunalen Akteur_innen arbeiten in einer Stadt- (SV) sowie in einer Kreisverwaltung (KV) in NRW. Im Sinne einer *bewussten Fallauswahl* wurden somit zwei *extreme Fälle (besonders aktive Kommunen im Bereich Seniorenarbeit und Pflege)*, von denen eine im städtischen und eine eher im ländlichen Raum angesiedelt ist, aufgesucht. Auf diese Weise sollten *gute Praktiken*, aber auch *Grenzen kommunaler Pflegeverantwortung selbst unter möglichst förderlichen Rahmenbedingungen* erkundet werden. Die Ergebnisse sind aufgrund des qualitativen Zugangs nicht repräsentativ, sie geben jedoch wichtige Hinweise darauf, *was mögliche Erfolgsfaktoren* sein können und *wo künftige Herausforderungen* auch an den Stellen liegen, an denen die kommunalen Entwicklungen im Themenbereich schon vergleichsweise vorangeschritten sind.

²⁷ Das GEPA NRW (Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen) bündelt das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) und das Alten- und Pflegegesetz (APG).

6.2.1 Kommunen und die Sicherstellung von Beratungs- und Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen

Den Kommunen wird eine Schlüsselrolle für die Planung und Durchführung einer lokalen und wohnortnahen *Beratung aus einer Hand* zugesprochen, um die benötigten Hilfe- und Unterstützungsangebote passgenau, zügig und bedarfsgerecht an die Betroffenen und ihre Angehörigen²⁸ im Sinne eines *Case und Care Managements* zu vermitteln (BMG 2015a). Ein *Initiativrecht* soll Kommunen laut § 7c Abs. 1a SGB XI die *Einrichtung von Pflegestützpunkten* ermöglichen. Unter Beteiligung der Pflegekassen sowie den in der Kommune ansässigen, nichtgewerblichen Einrichtungen (Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser, lokale Allianzen für Menschen mit Demenz, Einrichtungen der Selbsthilfe u. a.) soll so ein breites, sich den jeweiligen Erfordernissen flexibel anpassendes Beratungsspektrum angestrebt werden. Darüber hinaus können die Kommunen künftig *Beratungsgutscheine* der Versicherten für eine Pflegeberatung nach § 7a Abs. 1 SGB XI einlösen. Steuerungs- und Mitwirkungsorgan für die Sicherung und Weiterentwicklung der örtlichen Beratungsangebote sind in NRW die *Kommunalen Konferenzen Alter und Pflege* (vgl. § 8 APG NRW), an denen alle an der Pflege beteiligten Akteure mitwirken (u. a. Behörden, Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen).

Das PSG III sieht mit § 123 SGB XI zudem vor, dass im Rahmen der Erprobung neuer Beratungsstrukturen bundesweit 60 durch das Land geförderte *Modellkommunen Pflege* in einer fünfjährigen Projektlaufzeit die Beratungsansprüche/-pflichten nach dem SGB XI (vgl. § 7a-c, § 37, § 45) zusammen mit Beratungsansprüchen und -pflichten zu Sozialleistungen der anderen Gesetzbücher in ein Gesamtkonzept integrieren. Diese integrierten Beratungsleistungen können die Kommunen wahlweise eigenverantwortlich oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Organisationen erbringen.

Perspektiven landes- und kommunalpolitischer Akteure

Der Blick auf die *Pflegestützpunkte* als Ankerpunkt für eine effektive Beratungslandschaft ist regional sehr unterschiedlich und vor dem Hintergrund des eingangs beschriebenen Spannungsfeldes zwischen zentralen und dezentralen Interessen, Ressourcen und Handlungslogiken im Pflegesystem zu betrachten. Vom Deutschen Städte- und Landkreistag wird bemängelt, dass für die Einrichtung neuer Pflegestützpunkte eine Anschubfinanzierung vorgesehen werden sollte (vgl. Deutscher Landkreistag/Deutscher Städtetag 2016). Auch wenn der Anspruch der staatlichen Gewährleistung einer trägerneutralen Beratung, Versorgungscoordination und Vernetzung berechtigt ist, so wird das Modell Pflegestützpunkt aus der kommunalpolitischen Perspektive tendenziell als von oben übergestülptes Modell wahrgenommen, das auf gut funktionierende, lokale Lösungen nicht hinreichend Rücksicht nimmt:

²⁸ Pflegepersonen sind nach § 19 SGB XI Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen, und müssen nicht zwingend Familienangehörige sein. Der Begriff ‚Angehörige‘ wird in diesem Beitrag im Sinne dieses erweiterten Verständnisses verwendet.

„Oder können wir nicht irgendwie sagen, wir möchten jetzt ... dann Modelle ..., die finanziert werden würden, dann etwas offener halten, zu sagen, wir machen nicht den Pflegestützpunkt, der muss das und das machen, sondern wir ermöglichen ihnen je nachdem, welche Strukturen sie vor Ort haben, noch komplementäre Strukturen zu entwickeln, wo noch Lücken sind.“ (Interview 1, Z. 1028-1034; vgl. auch I 3, Z. 615-621)

Anstelle des politischen Strebens nach einer einheitlichen Struktur über alle Kommunen hinweg wird in Zusammenhang mit passgenauen Hilfen der Bedarf geäußert, an flexiblen Strukturen festzuhalten. Zudem werden die Koordinierungs- und Aushandlungsprozesse als zu mühsam beschrieben:

„Es ist, anstatt Schnittstellen zu reduzieren und die Logiken und Systematiken zu vereinfachen, eigentlich das genaue Gegenteil. Wir schaffen mehr Schnittstellen eben durch noch mehr koordinierende Koordinierungsstellen, die was koordinieren. Und irgendwann koordinieren wir uns dann selbst.“ (Interview 1, Z. 610-616)

Die Befragten auf kommunaler Ebene schlussfolgern aus der Neustrukturierung der Pflegestützpunkte, dass diese in ihrer originären Form nicht gegriffen hätten. Sie teilen die Kritik, dass man über diese Struktur den Anspruch an eine neutrale Beratung in der Alltagspraxis nicht erfüllen könne:

„Allerdings ist so ein Pflegestützpunkt, der ja so dachte, trägerunabhängige Beratung, und da rufen die Leute mal eben an, auch wenn sie einer anderen Versicherung angehören – ist Quatsch eigentlich, funktioniert nicht.“ (Interview 1, Z. 584-586)

Es werden die Komm-Strukturen und die Zentralität beklagt, die sich auch in der neuen Konzeption der Pflegestützpunkte wiederfinden würden. Die Öffnung für Einrichtungen der Selbsthilfe wird kritisch gesehen, da zu einer Fallsteuerung eine „gewisse Grundausbildung und eine gewisse Fachlichkeit“ (Interview 2, Z. 1072-1073) gehörten. Die Expert_innen können sich nicht vorstellen, dass in ihrem Landkreis/ihrer Stadt vom Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten Gebrauch gemacht wird, da sie bereits quartiersnahe und zugehende Beratungsstrukturen aufgebaut hätten, die ebenfalls in der Lage seien, ‚Beratung aus einer Hand‘ anzubieten. Es wird weniger ein Unterangebot als ein Überangebot an Beratungsangeboten festgestellt. Dabei wird zum einen die Fachlichkeit einiger Anbieter_innen bezweifelt als auch die Marktdominanz großer Träger kritisiert, die konträr zu Trägervielfalt und Wahlfreiheit steht.

Die Kernherausforderungen, die die Beratenden vor Ort beschäftigten, insbesondere die Frage, wie man bürgernahe Beratung gestalten sowie die Zielgruppen besser erreichen könne, blieben von den Reformen weitgehend unberührt. Es wird die grundsätzliche Schwierigkeit benannt, Beratungsangebote und Hilfen in der Zielgruppe bekannt zu machen und präsent zu halten. Auch müssen Zugangswege immer wieder überdacht werden. Ebenfalls gestalte es sich schwer, solche Personengruppen für Beteiligungsstrukturen zu erreichen, die entsprechende Partizipationsprozesse nicht gewohnt seien (z. B. Migrant_innen).²⁹ Aus fachlicher Perspektive sei daher

²⁹ Die im Siebten Altenbericht (Deutscher Bundestag 2016) erneut hervorgehobenen, großen regionalen und sozialen Disparitäten in Bezug auf die soziale Lage und Versorgung alter Menschen verleiht dieser Herausforderung besonderes Gewicht.

die Stärkung zugehender (Beratungs-)Strukturen zur Ergänzung der vorhandenen Komm-Strukturen notwendig (vgl. Interview 1, 610-616, 648-652), was jedoch sehr ressourcenaufwändig sei.

In NRW wurden die Pflegestützpunkte stets als eine Beratungsstruktur unter anderen, lokal bereits als gut funktionierend betrachteten Strukturen gesehen. Bisher ist dem Land NRW noch nicht bekannt, ob und in welchem Umfang Kommunen von dem neuen Initiativrecht Gebrauch machen wollen, und es wird eher nicht erwartet, dass hier viel weitere Bewegung entsteht (vgl. Interview 3, Z. 578-586, 602-616).

Die Ermöglichung von *Modellkommunen* nach § 123, 124 SGB XI wird dagegen grundsätzlich positiv aufgenommen und hier gibt es auch bereits verschiedene Interessenbekundungen von Kommunen in NRW. Es wird davon ausgegangen, dass NRW die ihm zustehenden zwölf Modellkommunen ausschöpfen, wenn nicht (falls andere Bundesländer dies nicht wahrnehmen) sogar überschreiten wird. Das Land beabsichtigt, im Rahmen des Landesförderplans Alter und Pflege flankierend Fördermittel zur Verfügung zu stellen. Hier setzt auch die *Landesinitiative KoNAP* des MGEPA NRW an, die die Einrichtung eines *KompetenzNetzwerks Angehörigenunterstützung und Pflegeberatung* vorsieht. Im Rahmen dieses Modellvorhabens sollen in einer landesweiten Koordinationsstelle sowie in fünf Regionalstellen in NRW Transparenz über die vorhandene Beratungs- und Selbsthilfelandchaft hergestellt, lokale Strukturen der Beratung und der Selbsthilfe unterstützt, Informationsmaterialien bereitgestellt und die Netzwerkarbeit intensiviert werden³⁰.

Allerdings wird auch zu bedenken gegeben, dass der Modellkommunenprozess, d. h. bis hierzu einmal Ergebnisse vorliegen, um auf Basis dieser ggf. Ansätze in die Regelhaftigkeit zu überführen, sehr langfristig angelegt ist (vgl. Interview 3, Z. 367-386; Z. 340-348). Zudem seien die Kommunen mit der im PSG III vorgesehenen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Sozialhilfe sehr stark gefordert, was zunächst Priorität haben dürfte. Hier werden von kommunaler Seite auch negative Auswirkungen auf die Finanzlage der Kommunen befürchtet (vgl. Interview 3, Z. 397-406; Deutscher Landkreistag/Deutscher Städtetag 2016). Zudem hätten sich die Länder und Kommunen auch an dieser Stelle mehr Freiraum für die lokale Verwirklichung sozialräumlicher Beratungsansätze erhofft, wie es ursprünglich von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Kommunen in der Pflege an dieser Stelle vorgesehen war. Sie fordern in Bezug auf § 123 und 124 SGB XI daher Nachbesserungen vom Bund. Im Bundesrat war diese (vorläufige) Kompromisslösung zu den Modellkommunen lediglich deshalb in Kauf genommen worden, um die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XII nicht zu gefährden (vgl. Deutscher Bundesrat 2016; Deutscher Landkreistag/Deutscher Städtetag 2016).

6.2.2 Kommunen und die Sicherstellung ambulanter Versorgungsstrukturen

Die Bundesländer sind für die Gewährleistung einer leistungsfähigen, ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgungsinfrastruktur in der Pflege verantwortlich. Sie haben auf der Grundlage

³⁰ Für nähere Informationen vgl. https://www.mgepa.nrw.de/pflege/Ratgeber/unterstuetzung_pflegender_Angehoeriger/index.php (Zugriff: 24. Apr. 2017).

des PSG III jedoch die Möglichkeit („nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften“), sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse und regionale Pflegeausschüsse einzurichten, um Schnittstellenprobleme zu lösen und Versorgungsstrukturen zu verbessern. Die Landesverbände der Pflegekassen werden dann verpflichtet, sich an diesen Ausschüssen zu beteiligen. Sie sollen Empfehlungen der Ausschüsse zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlungen) in ihre Vertragsverhandlungen mit einbeziehen.

Der Sicherstellungsauftrag der Kommunen für eine leistungsfähige und nachhaltige Unterstützungsstruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige durch die Förderung und Entwicklung qualitativ hochwertiger (ambulanter und komplementärer³¹) Dienstleistungen, Beratungsangebote, Pflegeeinrichtungen und alternativer Wohnformen erstreckt sich in NRW auch auf alle nicht pflegerischen Angebote für den betroffenen Personenkreis,

„[...] wenn diese Angebote nachweisbar dazu beitragen, den aktuellen oder späteren Bedarf an pflegerischen Angeboten zu vermeiden oder zu verringern. Dies gilt nur, soweit der den Kreisen und kreisfreien Städten für diese Angebote entstehende Aufwand höchstens dem Aufwand entspricht, den sie zur Sicherstellung der durch diese Angebote entbehrlich werdenden pflegerischen Angebote hätten aufwenden müssen.“ (§ 4, Abs. 2 APG NRW)

In Bezug auf pflegende Angehörige, die in § 17 APG NRW ausdrücklich Zielgruppe sind, ist in ähnlicher Weise vorgesehen, dass „mindestens solche Angebote vorzuhalten [sind], ohne deren Inanspruchnahme den pflegenden Angehörigen die Fortsetzung ihrer pflegenden Tätigkeiten nicht möglich wäre“. (vgl. § 17 APG NRW)

Das Land NRW hat an dieser Stelle somit ausdrücklich ein präventives – auf Kosteneffizienz zielendes – Element in die Gesetzgebung aufgenommen, das zudem pflegende Angehörige mit in den Blick nimmt. In der Praxis erweist sich der Nachweis eines solchen Präventionseffektes jedoch als nur schwer handhabbar.

In Ergänzung zu den bisherigen Förderkonditionen haben Kommunen mit den Änderungen des PSG III die Möglichkeit, sich an Maßnahmen zum Auf- und Ausbau der Angebote zur Unterstützung im Alltag auch in Form von Personal- oder Sachmitteln zu beteiligen. Für den *Auf- und Ausbau solcher Angebote zur Unterstützung im Alltag* stellt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 45c SGB XI des Ausgleichsfonds 25 Mio. Euro jährlich für eine 50-prozentige Anteilsfinanzierung bereit. Diese Angebote zur Unterstützung im Alltag richten sich nicht nur an Pflegebedürftige, sondern dienen auch der Entlastung pflegender Angehöriger.

In NRW wird im Rahmen der *Verordnung über die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in Nordrhein-Westfalen (AnFöVO)*, die zum 01.01.2017 in Kraft trat, auch die Anerkennung dieser Angebote

³¹ In NRW sind Kommunen nach § 16 APG zur Umsetzung des Vorrangs häuslicher Pflege sogar verpflichtet, komplementäre ambulante Dienste (hauswirtschaftliche Hilfen, Beratungsdienste zur Wohnraumanpassung, Hausbetreuungsdienste, Hausnotrufdienste und andere ergänzende ambulante Hilfen wie persönliche Assistenz für ältere und pflegebedürftige Menschen und Angehörige) bereitzustellen.

neu geregelt. Dabei steht im Zentrum, wer diese erbringen darf und welche Qualifikationsvoraussetzungen dafür notwendig sind. Anders als andere Bundesländer, die vorrangig auf das Ehrenamt setzten, hat NRW dabei bereits seit längerem in Ergänzung zu ehrenamtlich getragenen Angeboten auch gewerbliche Angebote (auch durch einzelne Personen) zugelassen; dies insbesondere vor dem Hintergrund der durch die Pflegereform ausgeweiteten Finanzierungsmöglichkeiten für die Leistungserbringung und der Erweiterung der Angebotspalette. Auch für migran-tische Betreuungskräfte aus Mittel- und Osteuropa in Live-in-Arrangements (ausführlich zu diesem rechtlichen ‚Graubereich‘ vgl. Kap. 5.4) öffnet sich unter Berücksichtigung bestimmter Vorgaben im Rahmen der Verordnung (Mindestqualifikationsanforderungen, fachliche Begleitung durch anerkannte Koordinierungsstellen) der Zugang zu diesem wachsenden ‚Marktsegment‘ der Pflegeversicherung. Mit der neuen Verordnung wird in NRW – als einem von zwei Bundeslän- dern neben Baden-Württemberg – gleichzeitig die behördliche Zuständigkeit für die Angebote im Sinne einer Stärkung kommunaler Verantwortung bewusst von der Bezirksregierung Düssel- dorf auf die Kreise und kreisfreien Städte übertragen.

Perspektiven landes- und kommunalpolitischer Akteure

Die Arbeit des Landesausschuss Pflege und Alter in NRW ist in neuer Zusammensetzung ange- laufen. Der Konstituierung liegt ein „intensiver Prozess“ zugrunde (Interview 3, kommunikative Validierung). Bezüglich dessen Tätigkeiten sowie der durch das PSG III vorgesehenen Möglichkeit von Pflegestrukturplanungsempfehlungen wird jedoch erwartet, dass das in den bundesrechtli- chen Vorgaben vorgesehene Einstimmigkeitsprinzip eine hohe Hürde bei der Entscheidungsfin- dung darstellt und die Steuerungsmöglichkeiten einschränkt (vgl. Interview 3, Z. 1029-1038). Insgesamt und vor dem Hintergrund des oben beschriebenen Spannungsfeldes zwischen zent- ralen und dezentralen Interessen betrachtet hätte aus Sicht landes- und kommunalpolitischer Akteure in NRW auch in diesem Bereich die Übertragung von Verantwortung auf die Kommunen noch weitreichender sein können, als es im PSG III-Kompromiss der Fall war. So hatte das Land NRW etwa einen Pflegefonds für die Kommunen vorgeschlagen, um vor Ort Infrastrukturmaß- namen im Quartier zu unterstützen und zu finanzieren (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 217). Es verbleibt zudem das Problem, dass den Kommunen nur begrenzt Möglichkeiten übertragen wurden, tatsächlich steuernd in die Gestaltung von Versorgungsverträgen in Bezug auf beste- hende Unter- oder Überversorgung einzugreifen, u. a. aufgrund des weiterhin bestehenden Kon- trahierungszwangs des SGB XI. Generell seien zwar im leistungsrechtlichen Bereich zahlreiche Anpassungen vorgenommen worden, denen jedoch keine adäquaten Veränderungen im ver- tragsrechtlichen Bereich gegenüberstünden (vgl. Interview 3, Z. 228-245, 1188-1195). Der star- ren Trennung von ambulant und stationär im deutschen Pflegesystem sei so nur schwer zu be- gegnen. Die Schaffung der Grundlagen quartiersbezogener und sektorenübergreifender Ge-

samtversorgungskonzepte unter Weiterentwicklung des Instruments der Gesamtversorgungsverträge (nach § 72, Abs. 2 SGB XI) wird als ein zentrales Zukunftsthema betrachtet (vgl. Interview 3, Z. 1105-1135).³²

Bezüglich der Angebote zur Unterstützung im Alltag ist NRW hier den Weg gegangen, sich neben den ehrenamtlich getragenen und gewerblich organisierten Angeboten auch dem sensiblen Phänomen migrantischer Betreuungskräfte, die in Pflegehaushalten wohnen, nicht zu verschließen. Da die Regelungen dazu erst seit Anfang 2017 in Kraft sind, ist es für eine Beurteilung der Umsetzung und der damit möglicherweise verbundenen Probleme jedoch noch zu früh.

Die Interviewten aus den Kommunen sehen in der Altenhilfe und Pflege durchaus präventive Potenziale. Der Nachweis an Einsparungen, wie es die §§ 4 und 17 APG NRW fordern, wird allerdings als schwierig erachtet: „Also wenn wir Prävention nachweisen müssen, hat das immer eine Problematik“ (Interview 1, Z. 932-933). Die befragten Expert_innen können ad hoc alle keine entsprechenden Instrumente benennen, die ausschlaggebende Prognosen liefern würden. Zudem sei ein solcher Nachweis, sollte er überhaupt gelingen „[...] total zeitintensiv“ (Interview 1, Z. 970). Grundsätzlich wird von allen Interviewpartner_innen die Schwierigkeit gesehen, lineare Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge aufzuzeigen: „Eine direkte Ableitung von der Stärkung des niederschweligen Sektors zur Vermeidung professioneller ambulanter Angebote zu schlagen, puh, weiß ich nicht, wie man das...“ (Interview 2, Z. 1256-1259). Als wichtig wird erachtet, auch qualitative Maßstäbe an Messverfahren anzulegen. Die Kommunalen Spitzenverbände führen derzeit eine Umfrage über die mögliche ‚Präventionsrendite‘ bei ihren Mitgliedern durch und haben angekündigt, dem Landesausschuss Alter und Pflege darüber voraussichtlich im Herbst 2017 zu berichten.

6.2.3 Kommunen und die Förderung alternativer Ressourcen der Pflegeversorgung

Nach den Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe kommt den Kommunen die Aufgabe zu, sich regelmäßig mit der Ausweitung des Angebotes alternativer Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen zu befassen. Die kommunal gesteuerte Bündelung der Zuständigkeiten von Wohnungswirtschaft, Dienstleistungsanbieter_innen, Behörden und Förderinstitutionen sowie ein vorausschauender Blick auf das Leben im Sozialraum auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit soll in die Entwicklung von altengerechten Quartieren eingehen.

Auf Bundesebene sind im November 2010 eine Reihe von Modellförderprojekten des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) unter dem Dachprogramm *Soziales Wohnen im Alter*³³ gestartet. In mehreren Förderlinien können bundesweit insgesamt 29

³² Ein Modellprojekt zu diesem Thema, das durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW gefördert wird, wird derzeit in der Stadt Krefeld durchgeführt; nähere Informationen: vgl. <https://www.dzne.de/standorte/witten/projekte/vifa.html> (Zugriff: 16. Feb. 2017).

³³ Informationen zum *Dachprogramm Soziales Wohnen im Alter*: vgl. <http://wohnprogramm.fgw-ev.de/> (Zugriff: 12. Sept. 2016).

Kommunen bzw. Kommunen in Verbundprojekten bis 2019 als Antragsteller und Entwickler lokaler Strukturen (*Gemeinschaftlich wohnen, Selbstbestimmt leben; Anlaufstellen für ältere Menschen; Nachbarschaftshilfe und soziale Dienstleistungen*) teilnehmen.

Auf Landesebene hat das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) für den Bereich Wohnen und Quartiersentwicklung im Rahmen eines Masterplans mit dem Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW sowie zwei weiteren Landesbüros innovative Wohnformen.NRW eine Plattform als konkretes Unterstützungsangebot für die lokalen Akteur_innen zur Entwicklung altengerechter Quartiere bereitgestellt, die sowohl dem Austausch gelingender Praxiserfahrungen dienen als auch der Beratung und Information (vgl. MGEPA NRW 2016b). Mit dem Landesförderplan (§ 19 APG NRW), der jeweils für die Dauer einer Legislaturperiode erstellt wird, soll hier eine verlässliche und transparente Fördergrundlage geschaffen werden.

Im neuen Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalens (WTG) sind für eine kommunal gesteuerte nachhaltige Quartiersentwicklung Mindeststandards für Pflege- und Wohnangebote verabschiedet worden, um die Gründung alternativer Wohnformen wie z. B. ‚Alten-WGs‘ zu fördern. Zur Erleichterung innovativer Wohn- und -Betreuungsformen werden gewisse Abweichungen von Qualitäts- und Sicherheitsvorschriften eingeräumt (vgl. MGEPA NRW 2015, S. 188-189). Dies gilt auch für Betreuungskonzepte von stationären Großeinrichtungen (z. B. kleinere Wohneinheiten) mit Öffnung zum Sozialraum.

Eine sozialräumliche Vernetzung von strukturellen und zivilgesellschaftlichen Ressourcen wird auf Grundlage der im Landespflegegesetz NRW erweiterten Begriffsdefinition von Pflegepersonen gefördert, die noch über den in § 19 SGB XI neu definierten Angehörigenbegriff hinausgeht. Demnach sind unter Pflegepersonen im Sinne des APG NRW (§ 1 Abs. 3) diejenigen gefasst, „die auf der Basis von Selbstverpflichtung, ohne kommerzielle Interessen, verlässlich und auf eine bestimmte Dauer Verantwortung für andere Menschen, denen sie sich zugehörig fühlen, übernehmen“ (MGEPA NRW 2014). Die Bund-Länder-AG fordert eine aktive Öffentlichkeitsarbeit der Kommunen sowie die Entwicklung von Konzepten für die Gewinnung, den Erhalt und die Begleitung zum Engagement bereiter Menschen im Pflegesektor. Angebote zur Unterstützung im Alltag aus Initiativen des regionalen bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe (§ 45c-d SGB XI) mit dem Ziel einer Verzahnung von Haupt- und Ehrenamt sollen in die Gestaltung häuslicher Pflegearrangements eingebunden werden (vgl. BMG 2015a). Diesem Ansatz folgt das Land NRW mit der Förderung eines Landesnetzes Pflegeselbsthilfe (Fördervolumen 3 Mio. Euro von Land und Pflegekassen). Unter kommunaler Steuerung – etwa in Form von Kontaktbüros – sollen sowohl die Pflegeselbsthilfestruktur vor Ort entwickelt als auch vorhandene Selbsthilfegruppen in die kommunalen Netzwerke eingebunden werden (vgl. MGEPA NRW 2016c).

Perspektiven landes- und kommunalpolitischer Akteure

Sozialräumliche Ansätze scheinen den Gesprächspartner_innen auf kommunaler Ebene insofern vielversprechend, als dass sie die Bedarfe vor Ort aufgreifen und passgenaue Hilfen entwickeln

können. Unter Einbezug von Akteur_innen im Quartier und mithilfe von Bürgerbeteiligungsverfahren stoßen Angebote auf Akzeptanz und Resonanz: „Also, da entsteht dann so was wie ein neuer Wohlfahrtsmix, ganz lokal und ganz angepasst, was im Quartier geht“ (Interview 1, Z. 516-517).

Es wurden positive Erfahrungen damit gemacht, nicht nur die Senior_innen und/oder pflegebedürftigen Menschen, sondern auch die (erwachsene) Kindergeneration mit Informationsveranstaltungen und Angeboten zu adressieren. Diese stellt zum einen die Gruppe der Pflegenden und trägt zum anderen die Informationen an die Elterngeneration weiter. Insbesondere bei Menschen mit Migrationshintergrund greife dieses Prinzip. Auch ein abgestuftes Beratungsangebot zeige Erfolg: „Unterschiedliche Kaskaden der Informationsweitergabe und -aufnahme“ (Interview 1, Z. 809-810) eignen sich für verschiedene Problemlagen und Nutzergruppen. Je nach erforderlichen Kompetenzen informieren und vermitteln Freiwillige, beraten Fachkräfte oder steuern Case Manager. So ergeben sich verschiedene Zugangswege und Informationsflüsse.

Die Expert_innen zeigen ebenfalls auf, dass zivilgesellschaftliches Engagement im Bereich der Altenhilfe und Pflege möglich ist und eine Ressource darstellen kann; sie betonen aber auch, dass Ehrenamt auf Hauptamt und entsprechende Personalmittel angewiesen ist. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass man solche Prozesse nur anzustoßen braucht und dann die professionelle Begleitung beendet werden kann: „Aber ich sage mal so, ohne Personalmittel geht es auch nicht. Das ist ein hehres Ziel [...] uns da in jedem Quartier am Ende des Projekts überflüssig gemacht zu haben [...]“ (Interview 1, Z. 517-520). Insgesamt wird Engagementförderung aus Sicht der Interviewten zu selten (re-)finanziert.

Aus Sicht des Landes wird v. a. die Bedeutung der alternativen Wohnformen als Versorgungsform mehrfach betont, die im SGB XI jedoch noch nicht ausreichend als eigenständige Versorgungsform abgebildet seien. Für NRW stellen diese einen wichtigen Versorgungsbestandteil zur Ergänzung der ambulanten und stationären Angebote dar (vgl. Interview 3, Z. 950, Z. 992-1003).

6.3 Finanzielle und politische Voraussetzungen in den Kommunen

Wie deutlich wird, liegt bereits eine ganze Reihe von Kompetenzen im Bereich Pflege auf der kommunalen Ebene, die auf der Grundlage des PSG III weiter ausgebaut werden sollen. Im Rahmen politischer Verlautbarungen werden hohe Erwartungen an eine verbesserte Versorgung durch kommunale Mitverantwortung geweckt und viele aktuelle Studien zur Weiterentwicklung des Pflegesystems stellen die Kommunen ins Zentrum (vgl. exemplarisch Engelmann et al. 2013; Hoberg/Klie 2015; Hoberg et al. 2016; Deutscher Bundestag 2016). Gleichwohl ist zu konstatieren, dass bislang vor allem neue, gesetzlich vorgegebene Koordinierungsanforderungen an die Kommunen herangetragen werden (vgl. Grohs/Reiter 2014). Auf diese Weise soll den Gegebenheiten vor Ort und gleichzeitig dem hohen Grad an Unterschiedlichkeit lokaler Bedingungen Rechnung getragen werden. Zusätzliche Finanzressourcen für die Kommunen zur Bewältigung der demographischen Anforderungen sind damit jedoch nur sehr bedingt – wenn, dann über-

wiegend in Form von Modellprojekten – verbunden. Damit sind die lokalen, vorbeugenden Potenziale im pflegerischen Bereich stark abhängig von der Finanzsituation vor Ort sowie – angesichts begrenzter Ressourcen – von den politischen Prioritäten lokaler Politik.

Die krisenhafte Haushaltslage und die damit schrumpfenden (sozial-)politischen Spielräume in vielen deutschen Kommunen werden seit Jahren kritisch diskutiert (vgl. auch Deutscher Bundestag 2016, Kapitel 1.8). Dabei lässt sich auch ein Trend zur Polarisierung zwischen boomenden westlichen Metropolregionen einerseits sowie schrumpfenden östlichen Stadtgebieten und ärmeren nördlichen und westlichen Regionen im Strukturwandel andererseits beobachten (vgl. z. B. Grohs/Reiter 2013, S. 198). Einbrüche auf der Einnahmenseite, verstärkt durch politische Steuerreformen, bei gleichzeitigem Anwachsen der Verschuldung³⁴ und dem Rückgang kommunaler Investitionstätigkeit (ausführlich, auch für NRW, vgl. Eicker-Wolf/Truger 2015) haben dazu geführt, dass mit Blick auf die Kommunen von einer „strukturellen Unterfinanzierung der öffentlichen Hand“ (Eicker-Wolf/Truger 2015, S. 27) die Rede ist.

Der Blick auf die Entwicklung der Ausgaben für kommunale Sozialleistungen zeigt, dass diese in den letzten Jahren konjunkturunabhängig deutlich angestiegen sind. Nach einem Rückgang Mitte der 1990er Jahre, der durch die Einführung der Pflegeversicherung und entsprechende Entlastungen in der Hilfe zur Pflege mit bedingt wurde, stiegen sowohl die absoluten Ausgaben als auch die kommunalen Sozialleistungsquoten seitdem wieder deutlich an: Lagen die absoluten Ausgaben um die Jahrtausendwende noch zwischen 25 und 30 Mrd. Euro, wurde 2009 bereits die 40-Mrd.-Grenze überschritten. Die Anzahl der kommunal Beschäftigten im Bereich *Soziales und Jugend* stieg seit der Jahrtausendwende ebenfalls an, während bereichsübergreifend im selben Zeitraum die kommunalen Beschäftigungszahlen deutlich rückläufig sind (vgl. Grohs/Reiter 2014). Im Jahr 2013 liegen die Sozialausgaben der Flächenländer bei über 45 Mrd. Euro (vgl. Eicker-Wolf/Truger 2015, S. 23). Dies ist zu einem guten Teil auf politische Reformen wie insbesondere steigende Kosten der Unterkunft nach Einführung des SGB II sowie den Ausbau der Kindertagesbetreuung zurückzuführen (ausführlich vgl. Eicker-Wolf/Truger, S. 199-200).

Grohs und Reiter weisen jedoch auch darauf hin, dass eine Sichtweise, welche diese durchschnittlichen Entwicklungen in den kommunalen Sozialausgaben ausschließlich als von außen auferlegte Belastungen („Opferthese“) der Kommunen interpretiert, zu kurz greift (vgl. Grohs/Reiter 2013). Eine differenzierte Betrachtung zeigt eine erhebliche Varianz zwischen den Kommunen mit Blick auf die Steigerung oder Reduktion von Sozialausgaben, die sich nur zu einem geringen Teil über die örtlichen Belastungsfaktoren (wie etwa Arbeitslosigkeit, SGB-II-Bezug, Migrantanteil oder Jugend- bzw. Altenquotient) erklären lässt. Auf der Basis qualitativer Fallstudien zu Kommunen mit unterschiedlichen ökonomischen, sozialen und politischen Rahmenbedingungen arbeiten die Autor_innen drei idealtypische kommunale Strategien im Spannungsfeld fiskalischer Konsolidierung und sozialpolitischer Herausforderungen heraus (vgl. Grohs/Reiter 2013, S. 209-210):

³⁴ Dies gilt insbesondere für NRW.

- (1) Strategie der „hierarchischen Konsolidierung“: Unabhängig vom tatsächlichen politischen Problemdruck wird eine Strategie der Haushaltskonsolidierung per ‚Rasenmäherprinzip‘ von oben politisch durchgesetzt.
- (2) „Managementstrategie“: Diese zielt auf eine Verbesserung der Wirksamkeit vorhandener Politiken und die Priorisierung von Zielen. Sozialpolitik hat dabei Priorität, soll aber über managerialistische Ansätze im Ausgabenwachstum gebremst werden.
- (3) „fachliche Verbesserungsstrategie“: Hier wird innerhalb sozialpolitischer Felder gezielt investiv vorgegangen und es werden diejenigen Bereiche gestärkt, die als zukunftsweisend identifiziert wurden (etwa Kinderbetreuung oder frühkindliche Bildung).³⁵

Die Autor_innen vertreten daher die Ansicht, dass durchaus kommunalpolitische Handlungsspielräume für den Umgang mit sozialpolitischen Herausforderungen bestehen können. Diese hängen jedoch sehr stark von den lokalen (partei-)politischen Prioritäten sowie dem Zusammenspiel der Arenen „Fachpolitik“ und übergreifender kommunaler „Steuerungspolitik“ ab, d. h. von dem jeweiligen Spannungsverhältnis „Kämmerer versus Kümmerer“ (Grohs/Reiter 2013, S. 211). Dies stellt nicht die Tatsache in Abrede, dass angesichts knapper kommunaler Finanzressourcen Herausforderungen des demographischen Wandels lokal insgesamt nur unter schwierigen Bedingungen bewältigt werden können. Unter bestimmten politischen Voraussetzungen scheint dies im Hinblick auf besonders priorisierte Aufgaben zu gelingen. Insgesamt stellt sich die Situation je nach Kommune jedoch sehr unterschiedlich dar.

Perspektiven landes- und kommunalpolitischer Akteure

Auch für die interviewten Expert_innen aus den Kommunen war die Frage der (finanziellen) Ressourcen und politischen Rahmenbedingungen zentral. Es wurde als wichtige Herausforderung benannt, wie auf der kommunalen Ebene überhaupt eine nachhaltige Finanzierung und Personalpolitik im Themenfeld Alter und Pflege ermöglicht werden könne. Die Finanzierung kommunaler Initiativen, insbesondere im Bereich freiwilliger Leistungen der Altenhilfe, funktioniere häufig vor allem über befristete Projekte. Bezüglich Projektausschreibungen wird beklagt, dass sie den verwaltungstechnischen Aufwand nicht mit einberechnen und dieser alleine den Kommunen überlassen würden. Auch werden eine Abkehr von Anschubfinanzierungen und eine entsprechende Überführung von Projekten in den Regelbetrieb gewünscht, damit nachhaltige Strukturen geschaffen werden können:

„Und dann sucht man natürlich abseits der Pfade irgendwelche Möglichkeiten, stampft dann wieder Projekte aus dem Boden, die eben diese Lücke schließen, sind aber auch nur Projekte. [...] und wenn die dann wegfallen.... Ja, und auch selbst, wenn man Nachhaltigkeit gepredigt hat vorher, es ist illusorisch, da wirklich Nachhaltigkeit in solchen Bereichen dann wirklich zu schaffen.“ (Interview 1, Z. 473-485)

³⁵ Als viertes Handlungsmuster gleichsam ohne Strategie beobachten die Autor_innen zudem die sogenannte „inkrementelle Fortschreibung des Status quo“ (Grohs/Reiter 2013, S. 210).

Viele kleine und mittlere kreisangehörige Gemeinden mit kleinem Personalkörper könnten, wenn überhaupt, nur geringe Stellenanteile für die Bearbeitung des Themenfeldes bereitstellen. Ebenfalls wird thematisiert, dass das Fachpersonal, das dringend benötigt und gewollt ist, sehr viel leisten müsse und dafür häufig sehr schlecht bezahlt werde. Aufgrund des Projektcharakters sähen Mitarbeiter_innen möglicherweise keine langfristige Perspektive in dem Arbeitsfeld. Gerade die Netzwerkarbeit, die im Sinne einer Moderationsrolle angedacht ist, wird als sehr voraussetzungsvoll beschrieben: „Und da sind diese Aushandlungsprozesse, die natürlich sehr zeitintensiv und kostenintensiv sind, das sind die, die eine erfolgreiche Netzwerkarbeit ausmachen. Aber auch in der Lebenswelt der Menschen dann positive Effekte hervorrufen“ (Interview 1, Z. 693-696). Wenn keine Mittel zur Verfügung gestellt würden, um die örtlichen Strukturen zu refinanzieren, werde bei steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen und damit einhergehendem erhöhtem Beratungsbedarf keine Möglichkeit gesehen, Personal aufzustocken.

Aus Sicht des Kreises wird zudem die Beobachtung gemacht, dass Kommunen das Politikfeld Alter und Pflege sehr unterschiedlich angehen. Es gebe sehr aktive Städte und Gemeinden und wiederum solche, die sich weniger einbringen. Teilweise seien sie stark von eigenen Interessen geleitet. Auch ließen bestimmte Leistungen, die vereinbart worden seien, mit der Zeit nach. Dadurch sähe sich die Kreisverwaltung immer wieder in der Rolle nachzusteuern.

Es wird herausgestellt, dass es vor dem Hintergrund der Freiwilligkeit der Leistung Altenhilfe stark von der Verwaltungsspitze und der politischen Lage abhängt, inwiefern das Politikfeld forciert und gefördert werde. Eine öffentliche Positionierung seitens der Verwaltung und Politik sei erforderlich. Die Erfolgsabhängigkeit innovativer Initiativen vom Engagement einzelner, lokaler (politischer) Persönlichkeiten, die eine Nähe zu dem Thema hätten und es besonders verfolgten, wird deutlich. Als Voraussetzung für erfolgreiches Handeln wird beschrieben, dass sich in der Kommune Akteur_innen finden und zusammenschließen, die gemeinsame Ideen umsetzen und dabei nicht auf ihren eigenen Vorteil bedacht seien, sondern an dem Ziel einer Verbesserung der Versorgungssituation der älteren Bevölkerung festhielten. Neben dem Findungsprozess, der am Anfang stehe und viel Aushandlungsgeschick und Energie koste, wird die Arbeit in einem solchen Verbund letztendlich als sehr hilfreich und zielführend beschrieben.

Auch sei die Positionierung innerhalb der Verwaltung häufig wechselnd oder unklar, aber entscheidend für die Steuerungskompetenz. Eine Stabsstelle wird als sinnvoll erachtet: „Also, es müsste wirklich jemand sein, der jetzt wie wir vor Ort nicht in die tägliche Arbeit eingebunden ist, sondern explizit dafür zuständig ist“ (Interview 2, Z. 700-702). Denn wie die Expert_innen berichten, ist es sehr schwer, aus der Aufgabenvielfalt und Praxis heraus eine solche Aufgabe zu übernehmen. Auch wird es als förderlich angesehen, wenn der bzw. die Stelleninhaber_in die Legitimation aller Kolleg_innen für die Steuerung hat.

Es wird in beiden Kommunen die Überlegung angestellt, Altenhilfe als Pflichtaufgabe der Kommunen einzuführen. Damit wäre eine finanzielle Förderung unabhängig von politischer Lage und Projekten gegeben und die Sorge um „Existenz und Wegfall von Strukturen“ (Interview 1, Z. 423) aufgelöst. Allerdings wird auch hinterfragt, inwiefern das zielführend ist: „Also vorschreiben,

Gesetzestext ist das eine. Aber die Umsetzung ist das andere“ (Interview 2, Z. 257). Wenn mit der Aufgabenübertragung keine hinreichende finanzielle Förderung verbunden ist, wird angenommen, dass es immer eine finanzielle Entscheidung der Kommunen sein wird, welcher Aufgaben sie sich wirklich annehmen. Zusätzlich zu einer entsprechenden Finanzausstattung scheint das ideelle Verständnis wichtig: „Also ich muss auch die Notwendigkeit der Sachen sehen. [...] Wenn ich das trotz finanzieller und personeller Ressourcen nicht sehe, dann werde ich ja auch nicht geneigt sein, das gestalten zu wollen“ (Interview 2, Z. 1374-1378).

6.4 Kommunale Potenziale einer vorbeugenden Pflegepolitik stärken

Zusammenfassend hat sich gezeigt, dass die Bedeutung der Kommunen in den Bereichen Altenhilfe und Pflege mit den Reformen des PSG III gestiegen ist. Bundes- und landespolitisch richten sich Vorgaben und politische Erwartungen insbesondere auf neue Beratungs- und Koordinierungsfunktionen kommunaler Akteur_innen, die Bereitstellung komplementärer ambulanter Angebote sowie Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige durch die Kommunen, um gleichsam präventiv eine stationäre Unterbringung zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern. Die Politik stärkt somit die Zielrichtung, Kommunen im Bereich der pflegerischen Beratungs- und Versorgungsstrukturen stärker einzubinden. Dies kann auch grundsätzlich als ein zielführender Weg angesehen werden, um eine niedrigschwellig zugängliche und an lokale Bedürfnisse angepasste Versorgung sicherzustellen – auch unter Berücksichtigung der für die vorbeugende Perspektive zentralen Angehörigenperspektive.

Gleichzeitig wird jedoch auch offenbar, dass das Spannungsverhältnis zwischen zentralen und lokalen Akteuren und Ressourcen im von der Sozialversicherung stark geprägten System nicht einfach aufzulösen ist. Das PSG III ist hier einem Kompromissweg gefolgt, der auf Kooperation zwischen den Akteur_innen und auf Modellvorhaben setzt, welcher in Teilen jedoch zu zögerlich erscheint, wenn man es ernst meint mit der kommunalen Verantwortungsübernahme und den realen Gestaltungsoptionen. Lokale Freiräume für individuelle Beratungskonzeptionen, die tatsächliche Abgabe von Steuerungskompetenz sowie Möglichkeiten einer adäquaten Vertragsgestaltung hinken der Rhetorik zum Leitbild ‚Pflege vor Ort‘ hinterher.

Des Weiteren zeigt die nähere Betrachtung, dass mit den politischen Erwartungen und Aufgaben im Bereich Altenhilfe und Pflege nicht zwingend auch die dafür notwendigen, insbesondere dauerhaft angelegten Ressourcen auf die kommunale Ebene transferiert werden (vgl. auch Deutscher Bundestag 2016, S. 285). Ob – vor allem im Bereich der freiwilligen Aufgaben liegende – vorbeugende Ansatzpunkte der Altenhilfe sowie Beratung und Unterstützung pflegender Angehöriger in den Kommunen Nachhall finden (können), scheint nach wie vor stark von den politischen Gegebenheiten und Prioritäten vor Ort abzuhängen. Zudem beruht dies in exemplarisch betrachteten *Good-Practice*-Kommunen auf dem besonderen Engagement von Einzelpersonen oder Netzwerken, denen das Thema ältere Menschen besonders wichtig ist bzw. die dieses als Zukunftsthema und Standortvorteil erkannt haben. In (Pilot-)Kommunen, in denen diese beson-

deren Voraussetzungen zusammenkommen, liegen durchaus wichtige Potenziale einer vorbeugenden Pflegepolitik. Diese lassen sich jedoch unter aktuellen Bedingungen allenfalls punktuell umsetzen und selbst in den als vorbildlich geltenden Kommunen bestehen ersthafte Sorgen um die Nachhaltigkeit der bestehenden Initiativen. Ehrenamtliche Strukturen werden zwar als eine wichtige ergänzende Ressource angesehen und auch genutzt. Diese können jedoch den Aufbau hauptamtlicher Strukturen, welche längerfristige Perspektiven und eine Bindung von Expertise gewährleisten und die die stetig steigenden Koordinationsanforderungen begleiten, nicht ersetzen. Von der Einrichtung nennenswerter Stellenkapazitäten für das Themenfeld Alter und Pflege sind viele Kommunen jedoch, auch vor dem Hintergrund ihrer beschriebenen strukturellen Unterfinanzierung, weit entfernt. Um das in der Politik häufig gezeichnete Ideal wohnortnaher, bedürfnis- und gemeinwesenorientierter Unterstützungsstrukturen in breiter Fläche sowie insbesondere dort, wo viele arme und benachteiligte ältere Menschen leben, verwirklichen zu können – auch in politisch nicht dezidiert auf das Thema fokussierten Kommunen –, sind solche Ressourcen allerdings als eine zentrale (Mindest-) Voraussetzung anzusehen.

Kommunale Potenziale einer vorbeugenden Pflegepolitik stärken heißt:

- Wenn man auf die lokale Gestaltung des demographischen Wandels baut, muss die Altenhilfe in ihrer Bedeutung gestärkt werden, da ihr eine wichtige vorbeugende Funktion bei der Verhinderung bzw. abfedernden Begleitung von Pflegebedürftigkeit zukommt. Als freiwillige Aufgabe der Kommunen sieht das lokale Angebot vor dem Hintergrund knapper Finanzspielräume hierzu sehr unterschiedlich aus. Analog, etwa zum einheitlichen Rechtsanspruch auf Kinderbetreuung für unter Dreijährige, sollten die *Rechtsansprüche älterer Menschen auf Unterstützungsleistungen ausgebaut* und der dominierende Charakter einer Fürsorgeleistung in diesem Bereich überwunden werden. Auch wenn die kompetenzrechtlichen Implikationen komplex sind, sollten ältere Diskussionen etwa um ein Altenhilfestrukturengesetz wiederbelebt und Vorhaben wie ein spezifisches „Leitgesetz zur Stärkung einer Politik für und mit älteren Menschen“ (Deutscher Bundesrat 2016, S. 294) geprüft werden.
- Mit weiterreichenden Aufgaben im Bereich Altenhilfe und Pflege müssen *auch die dafür notwendigen, langfristig tragbaren finanziellen Ressourcen auf die kommunale Ebene transferiert werden*. Der Siebte Altenbericht stellt diesbezüglich jüngst einige Konzepte zur Diskussion (vgl. Deutscher Bundestag 2016). Dabei sind allgemeine Maßnahmen zur Stärkung der Daseinsvorsorge in den Kommunen (z. B. in Form eines speziellen Daseinsvorsorgeprogramms von Bund und Ländern, vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 293), bei denen es den politischen Prioritäten vor Ort überlassen bliebe, inwiefern vorbeugende Ansätze im Bereich Alter und Pflege Berücksichtigung finden oder nicht, von spezifischen Maßnahmen im Bereich Sorge- und Pflege zu unterscheiden. Zu letzteren zählen

etwa das von der Bertelsmann-Stiftung und der Prognos AG entwickelte „regionale Pflegebudget“ (Hackmann et al. 2014) oder darauf aufbauend das vom Land NRW³⁶ vorgeschlagene, fondsbasierte ‚kommunale Pflegebudget‘. Bei diesen Lösungen besteht jedoch auch die Gefahr, lokale soziale Ungleichheiten zu verstärken (ausführlich vgl. Kreutz 2016), sodass die Ausgestaltung solcher Budgets im Detail sehr kritisch daraufhin zu prüfen wäre.

- Die *Stärkung von Care- und Case-Management-Kompetenz* sowie diesbezüglicher Ressourcen in den Kommunen sollte – unter Wahrung möglichst großer Spielräume für individuell passförmige Lösungen vor Ort – weiter vorangetrieben werden. Dabei sollten stets die pflegenden Angehörigen als eigenständige Zielgruppe mit im Fokus stehen.
- Zur adäquaten Umsetzung und Steuerung von Versorgungszielen vor Ort *müssen auch die vertragsrechtlichen Rahmenbedingungen* an die sich wandelnden leistungsrechtlichen Kontexte *angepasst werden*.
- *Stärkung quartiers- und sozialraumbezogener Ansätze*, ohne jedoch soziale Ungleichheiten zwischen Sozialräumen damit festzuschreiben und zentrale Verantwortung etwa für die Einheitlichkeit von Lebensverhältnissen gänzlich an die dezentralen Einheiten abzugeben (vgl. auch Kap. 5).
- *Überwindung der simplen Dichotomie von ambulant und stationär* insbesondere durch die weitere Förderung alternativer Wohnformen und die stärkere Öffnung von Einrichtungen ins Quartier. Auch die Loslösung von Tagespflegeangeboten aus der engen Anbindung an den stationären Kontext (z. B. in Form von ambulant betreuten Tages(-pflege-)angeboten und -programmen für Senior_innen, die stärker den Charakter von sozialer Begegnung, anregender Förderung und Freizeitgestaltung als den der pflegerischen Betreuung durch eine Einrichtung ins Zentrum stellen) ist denkbar. Optimalerweise wären hier die Übergänge zwischen Angeboten der offenen Altenhilfe und der Tagespflege fließend und aus einer Hand erbringbar.

³⁶ Vgl. http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressethemen/20141229a_Mut_in_der_Pflege/index.php (Zugriff: 16. Feb. 2016).

7 Schlussbetrachtung

Die vorliegende Expertise setzte bei den beiden Zielgruppen einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik an: den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen. Untersucht wurden auf der Basis einer umfassenden Literaturstudie, Gesetzesanalysen sowie Experteninterviews drei Arten von Ressourcen für die Pflege und Sorge im Alter: die Ressourcen der pflegenden Angehörigen, die Ressourcen der professionellen ambulanten Versorgungsstrukturen und alternative Ressourcen der Pflege und Sorge. Nur in der Zusammenschau der Ressourcen und der beiden Zielgruppen ergibt sich das Gesamtbild einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik. Dabei wurde insbesondere auch die (mögliche) Rolle der Kommunen in den Blick genommen.

Aus der Perspektive der Pflegebedürftigen stellen die pflegenden Angehörigen nach wie vor die wichtigste Ressource der Pflege und Sorge im Alter dar. Diese sind jedoch sozialen Risiken wie Krankheit, Erwerbslosigkeit und Armut ausgesetzt, die ihre nachhaltige Verfügbarkeit für die Pflege- und Sorgearbeit gefährden. Pflegenden Angehörige müssen deshalb besondere Berücksichtigung bei der Konzeption von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten finden, damit sie langfristig als Ressource zur Verfügung stehen können. Dazu gehört, dass Pflegeverantwortung nicht nur auf einer Person lastet, sondern ein Pflegemix aus Laien- und professioneller Pflege gefördert wird. Auch muss es bessere Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie eine armutsfeste Sicherung für pflegende Angehörige geben. Im Sinne eines Case Managements können pflegende Angehörige bereits frühzeitig beraten und begleitet werden, um Unterstützung und Entlastung zu organisieren. Dabei sollte die Heterogenität der Zielgruppe im Sinne differenzsensibler Ansätze beachtet werden. Zudem sollen auch die Betriebe stärker in die Verantwortung genommen werden, insbesondere bezüglich der Maßnahmen zur Vereinbarkeit und Angeboten der Beratung.

Für beide Zielgruppen einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik sind die professionellen ambulanten Versorgungsstrukturen von hoher Bedeutung. Hierbei geht es zum einen um die prinzipielle Verfügbarkeit von ambulanten Leistungen und die Passung von Angebot und Bedarf, zum anderen aber auch um die Transparenz über die Angebote und die Versorgungsqualität. Insgesamt müssen ambulante Versorgungsangebote, auch im Bereich der Maßnahmen zur Unterstützung im Alltag, weiter ausgebaut und flexibilisiert werden. Oftmals geht es aber auch darum, Zugangsbarrieren abzubauen, um möglichst alle Pflegebedürftigen frühzeitig zu erreichen. Dies kann durch die Etablierung einer zugehenden (Beratungs-)Struktur oder die interkulturelle Öffnung der Regeldienste erreicht werden. Viel diskutiert sind im Bereich der ambulanten Versorgung Schnittstellenprobleme. Dabei geht es sowohl um Übergänge vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung, die durch ein besseres Entlassungsmanagement gelöst werden können, als auch um die Finanzierungszuständigkeit unterschiedlicher Leistungsträger, die ‚Leistungen aus einer Hand‘ unmöglich machen und ein integriertes Versorgungskonzept erfordern.

Alternative Ressourcen der Pflege und Sorge im Alter sind schließlich als Ergänzung zu den beiden vorgenannten Ressourcenarten zu sehen. Hier geht es um die enge Anbindung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen an die im Sozialraum oder Quartier vorhandenen

Vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik

Herausforderungen und (kommunale) Gestaltungspotenziale in NRW

Möglichkeiten der Unterstützung. Dazu gehört zum einen die Gestaltung von Wohnraum und Wohnumgebung, aber auch die Nutzung von ehrenamtlichen Hilfen und Sorgestrukturen im Quartier. Als alternative Ressource sind auch Live-in-Pflegekräfte zu benennen, die häufig unter schwierigen Bedingungen beschäftigt sind und für die vertretbare Legalisierungskonzepte entwickelt werden müssten.

Tabelle 1 fasst die in den Kapiteln 3-6 entwickelten Handlungsempfehlungen für eine vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik entlang der drei genannten Ressourcenebenen im Überblick zusammen:

Tabelle 1: Handlungsempfehlungen für eine vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik

Ressourcenebene pflegende Angehörige	Teilung von Pflegeverantwortung und Pflegemix fördern
	Zeitrechte und armutsfeste Sicherung für Pflegepersonen gewährleisten
	Betriebe in die Verantwortung nehmen
	Frühzeitig effektiv begleiten/Case Management für pflegende Angehörige
Ressourcenebene professionelle ambulante Versorgungsstrukturen	Zugangsbarrieren abbauen
	Ambulante Versorgungsangebote ausbauen und flexibilisieren
	Schnittstellenprobleme entschärfen
	Pflegebedürftige frühzeitig erreichen
Alternative Ressourcen der Pflege und Sorge	Alternative Wohn- und Versorgungsformen im Quartier fördern
	Quartiere altengerecht gestalten
	Professionelles Back-up für zivilgesellschaftliche Ressourcen
	Die Beratung für Live-in-Pflegearrangements sensibilisieren
Stärkung kommunaler Gestaltungsspielräume	Rechtsansprüche älterer Menschen auf Unterstützungsleistungen der Altenhilfe ausbauen
	Transfer nachhaltiger Finanzressourcen auf die kommunale Ebene
	Stärkung lokaler Case- und Care-Management-Kompetenz
	Anpassung des Vertragsrechts
	Abbau der Dichotomie <i>ambulant vs. stationär</i>

Insgesamt wird den Kommunen eine zunehmende Verantwortung für die Bewältigung des demographischen Wandels und damit auch für die Pflege- und Sorgepolitik zugesprochen. Lösungen sollen am besten ‚vor Ort‘ entwickelt werden und die Rede von den ‚sorgenden Gemeinschaften‘ legt kleinräumige Lösungsansätze nahe. Die Expertise beschäftigte sich deshalb auch mit der Frage nach den Handlungspotenzialen und -grenzen der NRW-Kommunen im Bereich Pflege (vgl. auch Tabelle 1). Bislang sind die Leistungen der Altenhilfe als freiwillige Leistungen der Kommune (im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge) konzipiert und damit stark abhängig von lokalen Themenkonjunkturen und Finanzspielräumen. Ein Rechtsanspruch Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger auf Unterstützungsleistungen (wie er beispielsweise im Bereich Beratung bereits angelegt ist) könnte hier zur kommunalen Strukturentwicklung beitragen. Allerdings müssten dazu auch entsprechend finanzielle Ressourcen auf die kommunale Ebene transferiert werden.

Kommunale Pflegepolitik sollte eng mit den Konzepten des Care und Case Managements verbunden sein, die auf die Ebene von Sozialräumen heruntergebrochen werden müssen. Eine koordinierte Bereitstellung von Angeboten, die am lokalen Bedarf ausgerichtet sind, und die fallbezogene Koordination der einzelnen Angebote sind das Herzstück einer gelungenen Versorgungspolitik. Gleichzeitig muss dabei aber die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse innerhalb der Kommune gewahrt bleiben, um soziale Ungleichheiten zwischen Sozialräumen nicht zu reproduzieren. Schließlich wäre anzuraten, die simple Dichotomie von ambulant und stationär zu überwinden, etwa durch die Förderung alternativer Wohn- und Versorgungsformen im Alter oder die stärkere Öffnung stationärer Einrichtungen in das Quartier.

Eine vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik muss somit aus unterschiedlichen Perspektiven konzipiert werden: Vom Standpunkt der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen aus stellen sich eine Reihe von Problematiken, die in dieser Expertise nach unterschiedlichen Ressourcenarten aufgegliedert wurden. Die kommunale Politik muss diesen Problemen mit (innovativen) Lösungen begegnen, kann dies aber nicht nur aus eigener Kraft heraus stemmen. Gefordert ist letztlich eine adäquate Finanzierungsgrundlage für die Pflege- und Sorgepolitik vor Ort.

Das Land NRW ist in der Pflege- und Sorgepolitik, insbesondere in Bezug auf die Unterstützung pflegender Angehöriger über das Alten- und Pflegegesetz aus dem Jahr 2014 sowie eine relativ weitreichende Verantwortungsübertragung auf die Kommunen (etwa im Bereich der Unterstützungsangebote im Alltag), bereits vergleichsweise gut aufgestellt. Das Land verfügt schon seit längerer Zeit über spezifische Gesetzesgrundlagen (Landespflegegesetz seit 1996), die allerdings in Bezug auf den im APG geforderten Nachweis präventiver Effekte auch gewisse Unsicherheiten in der Umsetzung mit sich bringen. An diese positiven Erfahrungen und Ansatzpunkte kann das Land gut anknüpfen, um diese künftig im Sinne eines umfassenden und verzahnten Ansatzes vorbeugender Pflege- und Sorgepolitik weiterzuentwickeln.

Literatur

- Adolph, Holger/Ulrich, Heike (2015): Soziale Benachteiligung im Alter und gesundheitsbezogene Beratung durch Soziale Arbeit. Fehlende Vernetzung der Beratungsstrukturen verschärft die Folgen sozialer Ungleichheit. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) 42, Nr. 5, S. 21-25.
- Aktion Psychisch Kranke e. V. (2011): Entwicklung eines Konzeptes quartiersorientierter integrierter Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz, Bonn, http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Aberi_Netz_120423.pdf (Zugriff: 16. Feb. 2017).
- Allwicher, Volker (2009): Welche Beratung brauchen pflegende Angehörige? Konzeption einer bedürfnisorientierten Angehörigenberatung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive, Nordestedt: Books on Demand.
- Auth, Diana/Brüker, Daniela/Dierkes, Mirjam/Leiber, Simone/Leitner, Sigrid/Vukoman, Marina (2015): Wenn Mitarbeiter Angehörige pflegen. Betriebliche Wege zum Erfolg. Ergebnisse des Projektes "Männer zwischen Erwerbstätigkeit und Pflege" (MÄNNEP), Hans-Böckler-Stiftung, http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2012-611-4-2.pdf (Zugriff: 29. Aug. 2016).
- Auth, Diana/Dierkes, Mirjam/Leiber, Simone/Leitner, Sigrid (2016): Trotz Pflege kein Vereinbarkeitsproblem? Typische Arrangements und Ressourcen erwerbstätiger pflegender Söhne. In: Zeitschrift für Sozialreform 62, Nr. 1, S. 79-110.
- Bäcker, Gerhard/Naegele, Gerhard/Bispinck, Reinhard/Hofemann, Klaus/Neubauer, Jennifer (Hrsg.) (2010): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste, 5. durchgesehene Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Backes, Gertrud/Amrhein, Ludwig (2011): Kommunale Alten- und Seniorenpolitik. In: Dahme, Wohlfahrt (Hrsg.): Handbuch Kommunale Sozialpolitik, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 243-253.
- Bäuerle, Dorothea/Scherzer, Ulrike (2009): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Hilfe-Mix – Ältere Menschen in Balance zwischen Selbsthilfe und (professioneller) Unterstützung, Bertelsmann Stiftung, http://www.netzwerk-song.de/fileadmin/user_upload/Themenheft1.pdf (Zugriff: 20. Feb. 2017).
- Blank, Florian (2011): Wohlfahrtsmärkte in Deutschland. Eine voraussetzungsvolle Form der Sozialpolitik. In: WSI Mitteilungen 1/2011, S. 11-18.
- Blätte, Andreas/Zitzler, Stephan (2014): Vorsorgende Sozialpolitik als sozialpolitisches Leitbild der SPD. In: Schaal, Gary S./Ritzi, Claudia/Lemke, Matthias (Hrsg.): Die Ökonomisierung der Politik in Deutschland. Eine vergleichende Politikfeldanalyse, Wiesbaden: Springer VS, S. 69-95.

- Blinkert, Baldo/Klie, Thomas (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel; die "Kasseler Studie", Hannover: Vincentz Network.
- Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2012): Generationenbeziehungen. Herausforderungen und Potenziale, Berlin, <https://www.bmfsfj.de/blob/93952/0346b5357fa3fcf576b7e9e06a48a661/generationenbeziehungen-herausforderungen-und-potenziale-gutachen-data.pdf> (Zugriff: 20. Feb. 2017).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011): Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/5.Pflegebericht.pdf (Zugriff: 20. Feb. 2017).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015a): Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, Berlin, <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf> (Zugriff: 30. Aug. 2016).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015b): Erläuterungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen durch "Modellkommunen Pflege", Berlin, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Erklaerungen/Erlaeterungen_Modellkommunen_Pflege.pdf (Zugriff: 30. Aug. 2016).
- Bode, Ingo (2008): The culture of welfare markets. The international recasting of pension and care systems, New York: Routledge.
- Bold, Stefanie/Deußen, Marina (2013): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Mering/München: Hampp.
- Böning, Marta/Steffen, Margret (2014): Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten. Problemstellungen und politische Herausforderungen, ver.di, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++535fb14baa698e28660007a6/download/2014-05-Migrantinnen-in-Privathaushalten.pdf> (Zugriff: 21. Feb. 2017).
- Braun, Bernard/Marstedt, Gerd/Sievers, Christoph (2011): Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem, Bertelsmann Stiftung und Barmer GEK, http://web-902.webs.iquer.net/uploads/tx_itaioarticles/201112-NL_Beitrag.pdf (Zugriff: 16. Feb. 2017).
- Brüker, Daniela/Kaiser, Petra/Leiber, Simone/Leitner, Sigrid (i. E.): Die Rolle der Kommunen in der Pflegepolitik. Chancen und Grenzen einer vorbeugenden Perspektive. In: Zeitschrift für Sozialreform.

- Cicholas, Ulrich/Ströker, Kerstin (2013): Auswirkungen des demografischen Wandels. Modellrechnungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen, Information und Technik Nordrhein-Westfalen, https://www.it.nrw.de/statistik/analysen/stat_studien/2013/band_76/z089201351.pdf (Zugriff: 29. Aug. 2016).
- Czaplicki, Christin (2016): Pflege zahlt sich aus. Der Beitrag nichterwerbsmäßiger Pflege zur Alterssicherung. In: Sozialer Fortschritt 65, Nr. 5, S. 105-112.
- Deutscher Bundesrat (2016): Beschluss "Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (PSG III)", Drucksache 720/16, Berlin.
- Deutscher Bundestag (2011): Erster Gleichstellungsbericht. Neue Wege - Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf, Berlin, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/062/1706240.pdf> (Zugriff: 16. Feb. 2017).
- Deutscher Bundestag (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung, BT Drucksache 18/10210 vom 02. Nov. 2016, Berlin, https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?elD=tx_nawsecured&u=0&g=0&t=1487335741&hash=bb94ae0f34cfc739cb6b1b4d5bce13c375203224&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf (Zugriff: 16. Feb. 2017).
- Deutscher Landkreistag/Deutscher Städtetag (2016): Öffentliche Anhörung zu: Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum PSG III, Ausschussdrucksache 18(14)0204(8), Berlin.
- Deutscher Städtetag (2015): Für eine echte Stärkung der Kommunen in der Pflege. Positionspapier des Deutschen Städtetages, Berlin/Köln, http://www.staedtetag.de/imperia/md/content/dst/siteuebergreifend/2015/positionspapier_pflege_staerkung_kommunen_juni_2015.pdf (Zugriff: 18. Juli 2016).
- Diakonisches Werk Württemberg (2014): FairCare. Abschlussbericht, Stuttgart, <https://www.diakonie-wuerttemberg.de/fileadmin/Medien/Pdf/Abschlussbericht-FairCare-Stand-April2014.pdf> (Zugriff: 21. Feb. 2017).
- Ehrentraut, Oliver/Hackmann, Tobias/Krämer, Lisa/Schmutz, Sabrina (2015): Zukunft der Pflegepolitik. Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen, Friedrich-Ebert-Stiftung, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12275.pdf> (Zugriff: 29. Aug. 2016).
- Eicker-Wolf, Kai/Truger, Achim (2015): Kommunalfinanzbericht. Perspektiven der Kommunalfinanzen in Nordrhein-Westfalen: Anforderungen an die Bundes- und die Landespolitik. Eine Studie im Auftrag von ver.di NRW, https://gemeinden-nrw.verdi.de/++file++54b6be2cba949b0601000780/download/verdi_kommunen_2015_internet.pdf (Zugriff: 03. Aug. 2016).
- Emme von der Ahe, Hartmut/Meyer, Sinja Henrike/Weidner, Frank/Laag, Ursula/Isfort, Michael (2010): EDE - Entlastungsprogramm bei Demenz. "Optimierung der Unterstützung für De-

menzerkrankte und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze", http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Endbericht_EDe_Enlastungsprogramm_bei_Demenz.pdf (Zugriff: 16. Feb. 2017).

Emunds, Bernhard (2016): *Damit es Oma gutgeht*, Frankfurt: Westend Verlag GmbH.

Engelmann, Dirk/Gohde, Jürgen/Künzel, Gerd/Schmidt, Severin (2013): *Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter*, Friedrich-Ebert-Stiftung, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10170.pdf> (Zugriff: 20. Feb. 2017).

Fuchs, Harry (2016): *Neue Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe. Es drohen erhebliche Versorgungslücken für behinderte Menschen*. In: *Soziale Sicherheit* 8/2016, S. 345-353.

Garms-Homolová, Vjenka/Korte, Werner (1993): *Altern in der Stadt und auf dem Lande — Unterschiede oder Angleichung?* In: Naegele, Gerhard/Tews, Hans Peter (Hrsg.): *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft - Folgen für die Politik*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 215-233.

Gebhart, Verena/Klotz, Isabella/Perkhofer, Susanne (2016): *Perspektiven „guter Pflege“. Bedingungen für eine Unterstützung und Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger. Eine qualitative Studie. 126 – Gesundheitliche Chancengerechtigkeit – Brücken bilden für Gesundheit und Lebensqualität vulnerabler Gruppen im österreichischen Kontext*, Forschungsforum der Österreichischen Fachhochschulen (FFH), http://ffhoarep.fh-ooe.at/bitstream/123456789/692/1/126_223_Gebhart_FullPaper_dt_Final.pdf (Zugriff: 20. Feb. 2017).

Grohs, Stephan/Reiter, Renate (2014): *Kommunale Sozialpolitik. Handlungsoptionen bei engen Spielräumen. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, WISO-Diskurs*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Grohs, Stephan/Reiter, Renate (2013): *Kommunale Sozialpolitik in der Haushaltskrise. Handlungsfelder und Handlungsstrategien*. In: Haus, Michael/Kuhlmann, Sabine (Hrsg.): *Lokale Politik und Verwaltung im Zeichen der Krise?*, Wiesbaden: Springer VS, S. 196-214.

Hackmann, Tobias/Müller, Daniela/Steiner, Michael/Tiessen, Jan (2014): *Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Konzept für ein Regionales Pflegebudget*, Bertelsmann Stiftung, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Pflege_vor_Ort_gestalten_und_verantworten.pdf (Zugriff: 20. Feb. 2017).

Hämel, Kerstin/Ewers, Michael/Schaeffer, Doris (2013): *Versorgungsgestaltung angesichts regionaler Unterschiede*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46, Nr. 4, S. 323-328.

Hämel, Kerstin/Kutzner, Janina/Vorderwulbecke, Jonas (2015): *Mobile Versorgungseinrichtungen zur Stärkung der Versorgungssicherheit im ländlichen Raum? Eine Analyse von Konzepten und Implementationsanforderungen*. In: *Das Gesundheitswesen*, epub, doi, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-110677> (Zugriff: 20. Feb. 2017).

- Hammer, Eckart (2012): Schlaglichter auf eine Politik für alte(rnde) Männer. In: Theunert, Markus (Hrsg.): Männerpolitik. Was Jungen, Männer und Väter stark macht, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 187-212.
- Hammer, Eckart (2014): Unterschätzt: Männer in der Angehörigenpflege. Was sie leisten und welche Unterstützung sie brauchen, Freiburg im Breisgau: Kreuz.
- Heintze, Cornelia (2015): Auf der Highroad. Der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland, Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik, WISO-Diskurs, 2. akt. u. inh. überarb. Auflage, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Hesse, Werner (2016): Soziale Situation der Pflegepersonen. Was bleibt nach den Pflegestärkungsgesetzen I und II zu tun? In: Sozialer Fortschritt 65, Nr. 5, S. 103-105.
- Hetzel, Christian/Opfermann-Kersten, Martina/Holzer, Michael (2016): Das subjektive Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen nach einer Trainings- und Erholungswoche. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 24, Nr. 1, S. 13-28.
- Hoberg, Rolf/Klie, Thomas (2015): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Erster Teil. Zwischen Cure und Care, Kommunen und Sozialversicherung. In: Sozialer Fortschritt 64, Nr. 1/2, S. 27-33.
- Hoberg, Rolf/Klie, Thomas/Künzel, Gerd (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. [Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe.] Freiburg Br.: FEL, http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf (Zugriff: 28. Feb. 2017).
- Hoberg, Rolf/Klie, Thomas/Künzel, Gerd (2016): Pflege in Sozialräumen. Was muss eine Strukturreform Pflege und Teilhabe leisten? WISO-Direkt, Friedrich-Ebert-Stiftung, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12735.pdf> (Zugriff: 16. Feb. 2017).
- Isfort, Michael/Weidner, Frank/Malsburg, Andrea von der/Lüngen, Markus (2012): Mehr als nur Minutenpflege. Was brauchen ältere Menschen, um ein selbstbestimmtes Leben in ihrer eigenen Häuslichkeit zu führen? WISO Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09559-20130123.pdf> (Zugriff: 16. Feb. 2017).
- IT.NRW (2016): Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) - Ergebnisse der Pflegestatistik, <https://www.it.nrw.de/statistik/e/daten/eckdaten/r512pflege.html> (Zugriff: 28. Juli 2017).
- Kaiser, Petra (2015): PflegeberaterInnen als FallmanagerInnen in der Versorgungsplanung häuslicher Pflegearrangements. Umgang mit der Nachfrage nach einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch osteuropäische Haushaltshilfen und Betreuungskräfte, Bachelorthesis (unveröffentlicht), Hochschule Düsseldorf.

- Keck, Wolfgang (2012): Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf. Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Bern: Hans Huber.
- Keck, Wolfgang (2016): Was kommt nach der Pflege? Die Pflege eines Angehörigen senkt Beschäftigungschancen von Pflegepersonen nachhaltig. In: Sozialer Fortschritt 65, Nr. 5, S. 112-119.
- Kehl, Konstantin (2016): Sozialinvestive Pflegepolitik in Deutschland, Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (2010): Reflexive räumliche Haltung. In: Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (Hrsg.): Sozialraum. Eine Einführung, 2. durchges. Auflage, Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 125-133.
- Kessl, Fabian/Otto, Hans-Uwe/Ziegler, Holger (2012): Der Raum, sein Kapital und seine Nutzer. In: Riege, Marlo/Schubert, Herbert (Hrsg.): Sozialraumanalyse. Grundlagen – Methoden – Praxis, 3. Auflage, Köln: Verlag Sozial-Raum-Management, S. 152-164.
- Klaus, Daniela/Tesch-Römer, Clemens (2016): Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen. Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere? In: Mahne, Katharina/Wolff, Julia K./Simonson, Julia/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), S. 191-207, https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/DEAS2014_Langfassung.pdf (Zugriff: 30. Jan. 2017).
- Klie, Thomas (2004): Der Vorrang von Rehabilitation vor Pflege. Rechtlicher Rahmen. In: Zeitschrift für Sozialreform 50, Nr. 4-5, S. 503-524.
- Klie, Thomas (2014): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft, München: Pattloch.
- Klie, Thomas (2015): Wege in eine sorgende Gesellschaft? In: Der Bürger im Staat 2-3/2015, S. 138-146.
- Klie, Thomas/Blinkert, Baldo (2008): Das Pflegebudget. Zusammenfassung der Abschlussberichte zum Projekt Pflegebudget, Freiburg: AGP.
- Klott, Stefanie (2010): "Ich wollte für sie sorgen". Die Situation pflegender Söhne. Motivation, Herausforderungen und Bedürfnisse, Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kreutz, Daniel (2013): Große grüne Pflegereform in Nordrhein-Westfalen. GEPA-Pflegereform, http://pflege-prisma.de/wp-content/uploads/2013/07/GEPA-Pflegereform-Daniel-Kreutz_072013.pdf (Zugriff: 16. Feb. 2017).
- Kreutz, Daniel (2016): Die "regionalen Pflegebudgets". Wie die Bertelsmann-Stiftung und Prognos AG die Pflege billiger machen wollen. In: Soziale Sicherheit 1/2016, S. 15-20.

- Kricheldorf, Cornelia (2015): Altern im Gemeinwesen aus sozialgerontologischer Perspektive. In: van Rießen, Anne/Bleck, Christian/Knopp, Reinhold (Hrsg.): Sozialer Raum und Altern, Wiesbaden: Springer VS.
- Kuckartz, Udo (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, Weinheim/Basel: Beltz.
- Langehennig, Manfred (2012): Genderkonstruierte Angehörigenpflege: Wenn Männer „männlich“ pflegen. In: Informationsdienst Altersfragen 39, Nr. 4, S. 5-11.
- Langehennig, Manfred/Betz, Detlef/Dosch, Erna (2012): Männer in der Angehörigenpflege, Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Leichsenring, Kai (2003): Providing integrated health and social care for older persons. A European overview, Procure.
- Leitner, Sigrid/ Vukoman, Marina (i. E.): Altenarbeit als sozialraumbezogenes Handlungsfeld. In: Kessl, Fabian/ Reutlinger, Christian (Hrsg.): Handbuch Sozialraum, Wiesbaden: Springer VS.
- List, Sabine Maria/Ryl, Livia/Schelhase, Torsten (2009): Angebote der ambulanten und stationären Versorgung. In: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert-Koch-Institut, S. 167-193, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0257-1002569> (Zugriff: 30. Aug. 2016).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2014): 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Essen, https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/MDS_Vierter__Pflege_Qualitaetsbericht.pdf.pdf (Zugriff: 20. Feb. 2017).
- Meinck, Matthias/Lübke, Norbert/Lauterberg, Jörg/Robra, Bernt-Peter (2004): Präventive Hausbesuche im Alter. Eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. In: Das Gesundheitswesen 66, Nr. 11, S. 732-738.
- Meyer, Martha (2006): Pflegenden Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen, Hamburg: Lit.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2013): Masterplan Altengerechte Quartiere. Strategie und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter, Düsseldorf, <http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/alter/AltengerechteQuartiere.pdf> (Zugriff: 03. Aug. 2016).
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2014): Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen – APG NRW) einschließlich Gesetzes-Begründung. Nicht amtliche Fassung, Düsseldorf, http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/APG_nicht_amtlich_Begrueundung.pdf (Zugriff: 30. Aug. 2016).

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2015): Bericht der Landesregierung "Altengerechte Quartiersentwicklung und die Rolle der Kommunen in der Pflege", Düsseldorf, <https://www.landtag.nrw.de/porta/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV16-2621.pdf> (Zugriff: 04. Juli 2016).

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2016a): Begründung zur AnFöVO (Verordnung über die Anerkennung zur Unterstützung im Alltag), Düsseldorf, http://www.mgepa.nrw.de/linearisiert/pflege/rechtsgrundlagen_2014/Angebote-zur-Unterstuetzung-im-Alltag/AnFoeVO_Text_Entwurf_2016_09.pdf (Zugriff: 20. Feb. 2017).

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2016b): Masterplan Altengerechte Quartiere. Strategie und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter, Veröffentlichung Nr. 146, <http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/alter/AltengerechteQuartiere.pdf> (Zugriff: 10. Aug. 2016).

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2016c): Land fördert erstmals Selbsthilfe von Pflegebedürftigen und Angehörigen. MGEPA NRW, Düsseldorf, <http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressemitteilungsarchiv/pm2016/pm20160212a/index.php> (Zugriff: 05. Aug. 2016).

Neukirch, Sabine/Krewer, Ann-Marie (2015): Qualitätsmängel befürchtet – Fachkräfte diskutieren Einsatz ausländischer Betreuungskräfte in Privathaushalten kritisch. In: Häusliche Pflege 24, Nr. 5, S. 16.

Neukirch, Sabine/Nebauer, Flavia/Krewer, Ann-Marie (2015): Zwischen Nähe und Distanz. Ausländische Betreuungskräfte. In: Pro Alter 47, Nr. 3, S. 50-53.

Nikelski, Angela/Nauerth, Annette (2015): Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung. Ergebnisse einer Literaturanalyse. Dokumentation 20. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin, http://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Kongress_A_G/A_G_15/Doku_A_G_2015/Beitraege_neu/Nikelski_A_Nauerth_A_AEltere_Menschen.pdf (Zugriff: 29. Nov. 2016).

Nowossadeck, Sonja/Engstler, Heribert/Klaus, Daniela (2016): Pflege und Unterstützung durch Angehörige. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report_Altersdaten_Heft_1_2016.pdf (Zugriff: 29. Aug. 2016).

Okken, Petra-Karin/Spallek, Jacob/Razum, Oliver (2008): Pflege türkischer Migranten. In: Bauer, Ullrich/Büscher, Andreas (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 396-422.

- Pinquart, Martin/Sörensen, Silvia (2003): Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta- analysis. In: *Psychology and aging* 18, Nr. 2, S. 250-267.
- Plazek, Michael/Schnitger, Moritz (2016): *Demographie konkret. Pflege kommunal gestalten*, Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Pritzkeleit, Ron/Erben, C. M. (2001): Antragsverhalten und Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege nach dem SGB XI. Ein siedlungsstruktureller Ansatz. In: *Das Gesundheitswesen* 63, Nr. 4, S. 200-204.
- Pröfener, F./Anders, J./Dapp, U./Minder, C. E./Golgert, S./von Renteln-Kruse, W. (2016): Akzeptanz des präventiven Hausbesuchs bei älteren Personen mit Frailty. Teilnehmende und Nichtteilnehmende im Zwei- und Vierjahres-Follow-up im Rahmen der LUCAS-Langzeitstudie. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 49, Nr. 7, S. 596-605.
- Reuyß, Stefan/Pfahl, Svenja/Rinderspacher, Jürgen/Menke, Katrin (2012): *Pflegesensible Arbeitszeiten. Perspektiven der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*, Berlin: Edition Sigma.
- Rossow, Verena/Leiber, Simone (i. E.): Regulierungs- und Kontrolllücken im europäisierten Pflegemarkt: Vermittlungsagenturen für Live-In-Pflegekräfte aus Mittel- und Osteuropa und ihre Nutzer_innen. In: *Sozialer Fortschritt*.
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Unger, Rainer (2012a): Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten - Was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf (Zugriff: 30. Aug. 2016).
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Unger, Rainer/Weiß, Christian/Wolter, Annika (2012b): *BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit*, Siegburg: Asgard.
- Rothgang, Heinz/Unger, Rainer (2013): Auswirkungen einer informellen Pflege Tätigkeit auf das Alterssicherungsniveau von Frauen. FNA Forschungsnetzwerk Alterssicherung, http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Kontrovers/Pflegereform/FNA-Journal%202013-04.pdf (Zugriff: 29. Aug. 2016).
- Runde, P./Giese, R./Kaphengst, C./Hess, J. (2009): *AOK-Trendbericht Pflege II. Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung*, Hamburg, <http://www.wir-pflegen.net/wp-content/medien/AOK-Trendbericht-Pflege-II1.pdf> (Zugriff: 20. Feb. 2017).
- Schmidt, Manuela/Schneekloth, Ulrich (2011): Abschlussbericht zur Studie "Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin, http://www.tns-infratest.com/SoFo/_pdf/2011_Abschlussbericht_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf (Zugriff: 29. Aug. 2016).

- Schneekloth, Ulrich/Wahl, Hans-Werner (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten, München und Heidelberg: TNS und DZA (Zugriff: 20. Feb. 2017).
- Schnepp, Wilfried (2002a): Angehörige pflegen, Bern [u.a]: Huber.
- Schnepp, Wilfried (2002b): Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler. Funktion und Gestaltung, Bern: Huber.
- Schroeder, Wolfgang (2014): Vorbeugende Sozialpolitik weiter entwickeln, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, Landesbüro NRW.
- Schubert, Herbert/Abels, Stephanie/Papenfuß, Karin/Spieckermann, Holger/Veil, Katrin (2015): Neuer Infrastrukturansatz für die sozialräumliche Altenhilfe. In: Bleck, Christian/Knopp, Reinhold/van Rießen, Anne (Hrsg.): Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung, Wiesbaden: Springer VS, S. 131-155.
- Simon, Michael (2004): Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. Kritische Anmerkungen zur Validität der Ergebnisse. In: Journal of Public Health 12, Nr. 3, S.218-228.
- SONG - Netzwerk Soziales Neu Gestalten. SONG Reformpaket zur Zukunft von Pflege und Teilhabe, http://www.netzwerk-song.de/fileadmin/user_upload/SONG_Reformpaket_KA7_-_Endfassung.pdf (Zugriff: 15. Feb. 2017).
- Statistisches Bundesamt (2015): Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege, Wiesbaden, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfezurPflege5221020137004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 09. Aug. 2016).
- Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, Wiesbaden, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 15. Feb. 2015).
- Stegmann, Michael/Mika, Tatjana (2007): Ehrenamtliche Pflege in den Versicherungsbiografien. In: Deutsche Rentenversicherung 62, Nr. 11/12, S. 771-789.
- Stiegler, Barbara/Engelmann, Dirk (2011): Zeit und Geld für pflegende Angehörige. Eckpunkte für eine geschlechtergerechte Gestaltung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, WiSo Direkt, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Tezcan-Güntekin, Hürrem/Breckenkamp, Jürgen/Razum, Oliver (2015): Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin, https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Integrationsgipfel/Integrationsgipfel-2015/2015-11-16-svr-studie.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (Zugriff: 16. Feb. 2017).

Verbraucherzentrale NRW (2016). Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Privathaushalten, Düsseldorf.

Vogel, Claudia/Tesch-Römer, Clemens (2017): Informelle Unterstützung außerhalb des Engagements: Instrumentelle Hilfen, Kinderbetreuung und Pflege im sozialen Nahraum. In: Simonson, Julia/Vogel, Claudia/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014, Wiesbaden: Springer VS, S. 253-283.

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2013): Präventive Hausbesuche. Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts für Präventive Hausbesuche, Berlin, https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Paeventive_Hausbesuche.pdf (Zugriff: 28. Feb. 2017)

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2015): ZQP-Unternehmensbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“, Berlin, https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Analyse_Vereinbarkeit_Beruf_Pflege_Unternehmenssicht_2015.pdf (Zugriff: 20. Feb. 2017).

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2016): ZQP-Studie. Regelungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege kommen nicht an. Die 2015 in Kraft getretenen gesetzlichen Änderungen sind vielen Erwerbstätigen unbekannt, Berlin, https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2016_01_05_PI_ZQP-Studie_Regelungen_zur_Vereinbarkeit_von_Beruf_und_Pflege_kommen_nicht_an.pdf (Zugriff: 20. Feb. 2017).

Über die Autorinnen



Daniela Brüker

Daniela Brüker, Dipl. Sozialgerontologin/Dipl. Heilpädagogin, ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften der Hochschule Düsseldorf und ist dort in Forschung und Lehre tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Alten- und Pflegepolitik, Demenz, demographischer Wandel, pflegende Angehörige, soziale Ungleichheit, Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.



Prof. Dr. Simone Leiber

Prof. Dr. Simone Leiber ist Professorin für Politikwissenschaften, insbesondere Sozialpolitik am Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften der Hochschule Düsseldorf. In Forschung und Lehre beschäftigt sie sich mit der Transformation des Sozialstaats, mit dem Schwerpunkt auf Prozessen der Vermarktlichung und Europäisierung in den Feldern Gesundheitspolitik, Pflege und Alterssicherung. Sie ist Vorstandsmitglied der Sektion Sozialpolitik der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS).



Prof. Dr. Sigrid Leitner

Prof. Dr. Sigrid Leitner ist seit 2008 Professorin für Sozialpolitik an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Technischen Hochschule Köln. 2008 habilitierte sie sich in Politikwissenschaft an der Georg-August-Universität Göttingen mit einer Arbeit zu *Varianten des Familialismus*. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Kinderbetreuungs-, Pflege- und Rentenpolitik im internationalen Vergleich, Gender und Sozialpolitik sowie Soziale Arbeit und Sozialpolitik. Seit 2011 ist sie Prodekanin der Fakultät mit dem Aufgabengebiet *Diversity/Inklusion* und seit 2016 Sprecherin der Fachgruppe *Soziales und Gesundheit* des Graduierteninstituts NRW.

Das Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW)

Das Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW) wurde mit Unterstützung des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen im September 2014 als eigenständiger, gemeinnütziger Verein mit Sitz in Düsseldorf gegründet. Aufgabe und Ziel des FGW ist es, in Zeiten unübersichtlicher sozialer und ökonomischer Veränderungen neue interdisziplinäre Impulse zur gesellschaftlichen Weiterentwicklung zu geben und politische Gestaltungsoptionen für die Gewährleistung sozialer Teilhabe in einer sozial integrierten Gesellschaft zu entwickeln. Durch die Organisation innovativer Dialogformate und die Förderung zukunftsorientierter Forschungsprojekte will die neue Forschungsstelle die Vernetzung von Wissenschaft, Politik und zivilgesellschaftlichen Akteur_innen vorantreiben und den zielgruppengerechten Transfer neuer Forschungsergebnisse gewährleisten.

Weitere Informationen zum FGW finden Sie unter: www.fgw-nrw.de

Der Themenbereich „Vorbeugende Sozialpolitik“

Vorbeugende Sozialpolitik zielt darauf ab, die Entstehung und Verfestigung sozialer Problemlagen durch wirkungsorientierte Interventionen, den Aufbau von „Präventionsketten“ und eine bessere Verzahnung der Regelsysteme nach Möglichkeit bereits im Vorfeld zu verhindern, anstatt die daraus resultierenden Defizite nachträglich zu kompensieren. Zentrale Aufgabe des Themenbereichs „Vorbeugende Sozialpolitik“ des FGW ist es, das in den verschiedenen Handlungsfeldern vorhandene Handlungs- und Erfahrungswissen systematisch zu bündeln und aufzubereiten, die konkreten Spannungsfelder und Dilemmata zu analysieren, innerhalb derer sich vorbeugende Sozialpolitik bewegt, und die Ergebnisse dieser Arbeit in einen fruchtbaren Dialog zwischen Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft einzuspeisen. Durch die Förderung kleinerer und größerer Forschungsprojekte sowie durch geeignete Dialogformate will der Themenbereich dazu beitragen, für die verschiedenen beteiligten Akteure und Professionen eine gesicherte Wissensgrundlage und einen gemeinsamen Orientierungs- und Bezugsrahmen zu schaffen.

Weitere Informationen zum Profil und zu den aktuellen Aktivitäten des Themenbereichs finden Sie unter: www.fgw-nrw.de/sozialpolitik
