



Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern!

Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur¹

Inhaltsverzeichnis

I.	Präambel	3
II.	Potenziale, rechtliche Rahmenbedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten für eine wohnortnahe Infrastruktur für Pflegebedürftige	4
1.	Potenziale einer pflegegerechten Infrastruktur	4
2.	Bundes- und landesrechtliche Rahmenbedingungen der Pflegeinfrastrukturentwicklung	5
3.	Kommunale Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur	7
4.	Gestaltungs- und Kooperationsmöglichkeiten der Leistungserbringer im Bereich der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur	8
5.	Zwischenfazit	9
III.	Gestaltungsgrundsätze	10
1.	Sicherung der Selbstbestimmung	10
2.	Verbleib in eigener Häuslichkeit	11
3.	Sicherung sozialer Teilhabe	11

¹ Verantwortlich im Deutschen Verein: Heike Hoffer. Die Stellungnahme wurde in der Arbeitsgruppe „Lokale Pflegeinfrastruktur“ erarbeitet und vom Präsidium des Deutschen Vereins am 8. Dezember 2010 verabschiedet.

IV. Empfehlungen für die Gestaltung einer nachhaltigen lokalen Pflegeinfrastruktur	12
	12
1. Kommunale Gestaltungsverantwortung	
2. Moderne Pflegeinfrastrukturplanung als Teil einer integrierten Sozialplanung	13
3. Zielgruppen und vergleichbare Bedarfslagen	14
4. Sozialraumorientierte Bedarfs- und Bestandsanalysen und integriertes, kontinuierliches Monitoring	16
5. Nutzung kommunaler Steuerungsinstrumente	19
6. Kooperation und Vernetzung	20
7. Integrierte, präventionsorientierte Beratung	21
8. Kooperatives Case Management	24
9. Potenziale der Pflegestützpunkte nutzen und weiter entwickeln	25
10. Ziel „Barrierefreie Kommune“	26
11. Stärkung der Pflege- und Unterstützungs- sowie der Selbsthilfepotenziale	27
12. Qualität und Transparenz der Leistungsangebote	30
V. Empfehlungen zur Gestaltung der Rahmenbedingungen der lokalen Pflegeinfrastruktur	31
	31
1. Dauerhafte Stärkung der finanziellen Gestaltungskraft der Kommunen für eine präventiv orientierte Pflegeinfrastruktur	31
2. Quartiersbezug und Gemeinwesenorientierung	32
3. Verbindliche Kooperation und Qualitätssicherung bei Beratung und Versorgungsmanagement	34
4. Pflegestützpunkte aufgabengerecht ausgestalten und ausstatten	36
5. Bessere Abstimmung der Gesundheits-, Pflege- und sozialen Infrastrukturplanung	37
6. Kooperative Abstimmung zwischen Verwaltungsebenen	38
7. Weiterentwicklung der Landespflegegesetze	39
8. Altenhilfe nach § 71 SGB XII modernisieren	40
9. Bauleit- und Verkehrs(leit)planung	40
10. Barrierefreiheit	41
11. Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung mit Blick auf die lokale Pflegeinfrastruktur	42
VI. Fazit	44

I. Präambel

Mit dem Anstieg des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt auch der Anteil und die Zahl der Pflegebedürftigen. Prognosen rechnen bis zum Jahr 2050 mit einer nahezu Verdoppelung der Zahl der Pflegebedürftigen. Das stellt für die Kommunen eine zentrale Herausforderung bei der Gestaltung der lokalen Infrastruktur dar. Mit diesen Empfehlungen möchte der Deutsche Verein die Kommunen dabei unterstützen, die wohnortnahe Infrastruktur aktiv zu gestalten, und die Zusammenarbeit aller an der wohnortnahen Infrastruktur beteiligten Akteure befördern. Auch die Gestaltungs- und Kooperationsmöglichkeiten der Leistungserbringer, insbesondere der Träger der freien Wohlfahrtspflege, im Bereich der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur (vgl. II.4) sind vielfältig.

Die vorliegenden Empfehlungen bauen auf den Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung aus dem Jahre 2006 auf.² Schwerpunkt dieser Empfehlungen war die soziale Infrastruktur für ältere Menschen in der Kommune. Die vorliegenden Empfehlungen sollen vorrangig die Handlungsmöglichkeiten der Kommunen bei der Gestaltung der Infrastruktur insbesondere für pflegebedürftige, chronisch kranke und behinderte Menschen und ihre Unterstützungspersonen, aber auch im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit, darstellen. Dabei liegt der Fokus der Empfehlungen auf der (Sozial-)Planung und Steuerung der Infrastrukturentwicklung durch die Kommunen. Zudem werden die Gestaltungsmöglichkeiten und -grenzen, die sich aus den bundes- und landesrechtlichen Rahmenbedingungen ergeben, untersucht und Empfehlungen zu ihrer möglichen Veränderung gegeben.

Die in Teil IV. enthaltenen Empfehlungen zur Gestaltung der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur durch die Kommunen richten sich daher vorrangig an Entscheider/innen sowie Planer/innen in den Kommunen;

² NDV 2006, 529 ff.

während die in Teil V. formulierten Empfehlungen zu den Rahmenbedingungen einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur vorrangig an den Bundes- und die Landesgesetzgeber adressiert sind.

II. Potenziale, rechtliche Rahmenbedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten für eine wohnortnahe Infrastruktur für Pflegebedürftige

1. Potenziale einer pflegegerechten Infrastruktur

Ziel der aktiven Gestaltung senior/innen-, behinderten- und pflegegerechter Kommunen ist, dass die Kommune auch für ältere, behinderte, chronisch kranke und pflegebedürftige Bürger/innen attraktiv bleibt. Senior/innen-, behinderten- und pflegegerechte Kommunen ermöglichen den Bürger/innen auch im Alter, bei Krankheit und/oder Behinderung eine möglichst selbstbestimmte Lebensweise. Diese gelingt jedoch nur, wenn die tägliche Alltagsversorgung ebenso sichergestellt ist wie die medizinische und pflegerische Versorgung und die soziale Teilhabe. Dabei sollte aktives Altern für alle Bürger/innen in der Kommune möglich sein, nicht nur für Menschen, die über überdurchschnittliche finanzielle Ressourcen verfügen.

Selbstbestimmung

Senior/innen-, behinderten- und pflegegerecht zu sein, bedeutet zugleich familiengerecht zu sein. Dies gilt in mehrfacher Hinsicht: Einerseits profitieren auch andere Familienmitglieder von einer pflegegerechten Infrastruktur, entweder unmittelbar oder mittelbar, z.B. weil sie bei der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger entlastet werden. Dadurch wird die Kommune attraktiver auch für junge Familien. Umgekehrt profitieren Pflegebedürftige von einer familiengerechten Infrastruktur, weil dadurch generationenübergreifende Unterstützungsnetzwerke ermöglicht werden. Schließlich sind Senior/innen, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen Teil der Familie und daher selbstverständliche Zielgruppe auch der kommunalen Familienpolitik.

Familienfreundlichkeit

Kommunen attraktiv für ältere und pflegebedürftige Bürger/innen zu gestalten, ist auch wirtschaftlich sinnvoll: Eine pflegegerechte Infra-

Wirtschaftlichkeit

struktur kann eine Kommune für jüngere Arbeitskräfte, aber auch für Investoren und Arbeitgeber attraktiver machen, weil z.B. die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtert wird. Kaufkraft und Arbeitsplätze im Pflege- und Dienstleistungsbereich werden gefördert, auch auf die Bevölkerungszahl bezogene Landeszuschüsse sollten bedacht werden.

Ein wesentliches Ziel für die kommunale Pflegeinfrastrukturgestaltung sollte auch die Stärkung der Selbsthilfepotenziale und der Möglichkeit des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit sein. Erfahrungen aus der Praxis zeigen zudem, dass in Stadtteilen, in denen es einen hohen Anteil an SGB II- und SGB XII-Leistungsbezieher/innen gibt, oft auch ein höherer Anteil an Pflegebedürftigen lebt. Daher empfiehlt es sich, eine längerfristig ausgerichtete sozialökonomische Gesamtrechnung aufzustellen. Damit können auch längerfristige und mittelbare Folgen einer mangelnden infrastrukturellen Unterstützung insbesondere von Gruppen mit einem hohen Risiko, pflegebedürftig zu werden, einbezogen werden. In die Gesamtrechnung sind auch die Folgen eines zeitweisen Erwerbsausstiegs von Familienangehörigen für die Pflege von Angehörigen mit einzubeziehen.

**Selbsthilfe-
potenziale**

2. Rahmenbedingungen der Pflegeinfrastrukturentwicklung

Eine im Sinne dieser Empfehlungen gestaltete pflegegerechte Infrastruktur erfordert zwar mehr als die Sicherstellung einer hinreichenden Anzahl an Pflegeeinrichtungen. Dennoch ist die pflegerische Versorgungsinfrastruktur ein wichtiger Bestandteil einer pflegegerechten Infrastruktur.

**Pflegerische Ver-
sorgungsstruktur**

Für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur sind die Bundesländer verantwortlich; das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt (§ 9 SGB XI). Kommunale Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen wird – soweit gesetzlich vorgesehen – durch die jeweiligen Landespflegegesetze geregelt. Zudem sind auch die Kommunen in § 8 Abs. 2 SGB XI aufgefordert, gemeinsam mit den anderen Akteuren eng zusammen zu wirken, um eine leistungsfähige, regional gegliederte,

ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Eine Bedarfsplanung durch die Länder und Kommunen, die das Verhältnis von ambulanten zu stationären Angeboten, z.B. durch das Vorhandensein eines Bedarfs als Förderbedingung von Investitionskosten, steuern könnte, ist rechtlich seit Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes nicht mehr zulässig.³

Die Gewährleistung einer bedarfsgerechten, gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechenden pflegerischen Versorgung der Versicherten obliegt in erster Linie den Pflegekassen im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung (§ 69 SGB XI, Sicherstellungsauftrag). Der Sicherstellungsauftrag wird durch den Abschluss von Versorgungsverträgen umgesetzt und ist im Sinne einer Mindestausstattung mit Pflegeeinrichtungen zu verstehen. Versorgungsverträge sind grundsätzlich mit allen Pflegeeinrichtungen abzuschließen, die die Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 SGB XI erfüllen. In diesem Rahmen wirken die Pflegekassen auch darauf hin, dem Vorrang der häuslichen Versorgung (§ 3 SGB XI) Geltung zu verschaffen.

Trotz der beschriebenen Steuerungsmechanismen und der Bemühungen der genannten Akteure entstehen manchmal vor Ort nicht die Pflegeangebote, die den Präferenzen der Pflegebedürftigen oder den sozialpolitischen Zielsetzungen einer Kommune entsprechen. Ist z.B. die Erhöhung des Anteils von Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, sozialpolitisches Ziel der Kommune, existieren hierfür aber vor Ort nicht genügend passgenaue Angebote, kann das Ziel nur teilweise erreicht werden.

3. Kommunale Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der woh-

³ Vgl. das Urteil des Bundessozialgerichts zur Förderpraxis im ambulanten Versorgungsbereich vom 28. Juni 2001, Az. B 3 P 9/00.

nortnahen Pflegeinfrastruktur

Für die Gestaltung einer lokalen Pflegeinfrastruktur haben die Kommunen vielfältige Handlungsmöglichkeiten. Insbesondere können sie planen, steuern, entscheiden, initiieren und sich beteiligen.

- Planung erfolgt im Bereich der Pflegeinfrastruktur vorrangig durch die Sozialplanung. Dabei hat sich das Planungsverständnis der Sozialplanung verändert. Moderne Sozialplanung bezieht andere Bereiche in der Kommune (z.B. Wohnungswirtschaft, Wirtschaftsförderung, ÖPNV, Bauleitplanung) regelhaft mit ein und hat als Ziel die integrierte Sozialplanung.
- Für die Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur relevante Entscheidungen können insbesondere auf Verwaltungs- und Rats-ebene getroffen werden. Politisch ist eine Entscheidung für die aktive Gestaltung einer demografiefesten Pflegeinfrastruktur erforderlich. Auf Verwaltungsebene (z.B. bei der Ausführung des Bauordnungs- oder Gewerbebereichs) sind Entscheidungen an diesem Ziel auszurichten.
- Steuerung geschieht im Pflegeinfrastrukturbereich vorrangig durch die aktive Gestaltung einer sozialen Infrastruktur im Vorfeld von und bei Pflegebedürftigkeit. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass im SGB XI keine und in den Landespflegegesetzen sowie insgesamt im Bereich der Altenhilfe nur wenige inhaltliche Vorgaben für die Kommunen existieren. Die Gestaltungsspielräume sind also insgesamt groß.
- Das Initiieren von Angeboten und Kooperationen ist insbesondere dort, wo sich passgenaue Angebote oder Kooperationsstrukturen nicht entwickelt haben, erforderlich. Kommunen sollten sich nicht zurückziehen, wenn andere Akteure (z.B. Pflegekassen, Leistungserbringer, bürgerschaftliches Engagement) bereits tätig geworden sind oder für Teilbereiche keine Finanzierungszuständigkeit besteht, sondern sollten gemeinsam mit den anderen Akteuren die Entwicklung passgenauer Angebote oder Kooperationen initiieren und begleiten.
- Beteiligung der Kommune ist im Sinne einer aktiven Kooperation

Kommunale Handlungsmöglichkeiten:

Planen

Entscheiden

Steuern

Initiieren

Aktiv kooperieren

mit allen Akteuren in der Kommune (örtlich wie überörtlich) und einer Vernetzung mit Akteuren in der Region zu verstehen. Diese Kooperationen sind vor Ort verbindlich zu gestalten.

Handlungsebenen für die Kommunen sind insbesondere die Ebene der Einzelfallsteuerung (Case Management) und die Ebene der Infrastruktursteuerung, also der Steuerung der Angebote einschließlich ihrer Koordination und Vernetzung (Care Management).

Kommunale Handlungsebenen

4. Gestaltungs- und Kooperationsmöglichkeiten der Leistungserbringer im Bereich der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur

Bei der Gestaltung der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur nehmen die Leistungserbringer, insbesondere die freien Träger der Wohlfahrtspflege, eine zentrale Rolle ein. Dabei wirken die Leistungserbringer und die Kommunen partnerschaftlich zusammen (vgl. § 5 SGB XII – Verhältnis zur freien Wohlfahrtspflege – sowie § 8 Abs. 2 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung).

Rolle der Leistungserbringer

Die Tätigkeit der Leistungserbringer besteht insbesondere in der Zurverfügungstellung, Konzeption und qualitativen Weiterentwicklung von Leistungsangeboten im (vor-)pflegerischen und pflegeergänzenden Bereich. Insbesondere bei der wettbewerblich geprägten pflegerischen Versorgungsinfrastruktur übernehmen sie besondere wirtschaftliche Risiken. Die wettbewerbliche Orientierung kann der Qualitätsentwicklung und Ausdifferenzierung im Sinne personen- und gemeinwesenorientierter Angebote dienen. Im vorpflegerischen und pflegeergänzenden Bereich werden Angebote der Beratung und sozialen Teilhabe vorgehalten und weiterentwickelt.

Um eine partnerschaftliche Zusammenarbeit bei der Weiterentwicklung der lokalen Pflegeinfrastruktur zu gewährleisten, haben auch die Leistungserbringer vielfältige Möglichkeiten. Insbesondere können sie durch aktive Kooperation mit Kommunen (und Pflege- und Krankenkassen) und anderen Leistungserbringern lokale und regionale Pflegeinfrastrukturgestaltung unterstützen und eine Gemeinwesenorientierung ihrer

Angebote konzeptionell befördern.

5. Zwischenfazit

Auch wenn die pflegerische und gesundheitliche Versorgungsinfrastruktur ein wichtiger Bestandteil der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur ist, ist seit dem Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes auf kommunaler Ebene teilweise der Eindruck entstanden, den Kommunen verblieben im Bereich der Pflegeinfrastrukturgestaltung kaum Gestaltungsspielräume. Dabei ist die aktive Planung und Steuerung der lokalen Pflegeinfrastruktur ein wichtiges Feld für alle Kommunen.⁴ Da die für die Gestaltung der Pflegeinfrastruktur erforderlichen Aufgaben nicht allein den Kommunen, sondern auch anderen Akteuren obliegen, kann die Entwicklung einer pflegegerechten Infrastruktur jedoch nur gelingen, wenn alle Akteure in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich aktiv werden, ihre Aufgaben erfüllen und kooperativ zusammen arbeiten.

**Aktives Handeln
aller Akteure in
ihrem Verantwortungsbereich**

Angesichts der demografischen Entwicklung sieht der Deutsche Verein es als Chance für die Kommunen, die kooperative Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur stärker als bisher auch als kommunale Verantwortung zu betrachten und aktiv wahrzunehmen. Damit dies gelingt, müssen alle an der Pflegeinfrastruktur beteiligten Akteure in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich tätig werden und intensiv zusammen arbeiten. Um die Entwicklung einer pflegegerechten Infrastruktur im Sinne dieser Empfehlungen zu befördern, empfiehlt der Deutsche Verein, auch die bundes- und landesgesetzlichen Rahmenbedingungen konsequent auf dieses Ziel auszurichten.

⁴ Auch der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Sondergutachten 2009 eine stärkere Verantwortungsübernahme der Kommunen für die Absicherung einer bedarfsdeckenden Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter, eine vorausschauende kommunale Steuerung des Versorgungsmixes sowie eine zugehende Unterstützung und Beratung für ältere und alte Anwohner. Siehe Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Langfassung), S. 522.

III. Gestaltungsgrundsätze

Die Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur und die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen auf lokaler, Landes- und Bundesebene sollten sich nach Auffassung des Deutschen Vereins insbesondere an den folgenden, gleichrangig zu beachtenden Grundsätzen orientieren:

1. Sicherung der Selbstbestimmung

Menschen, die in ihrer Fähigkeit zur Selbstsorge und zur sozialen Teilhabe beeinträchtigt sind oder bei denen eine entsprechende Beeinträchtigung zukünftig wahrscheinlich ist, brauchen zur Sicherung ihrer Selbstbestimmung

Sicherung der Selbstbestimmung

- barrierefreie Wohnangebote und Angebote für technische Hilfen,
- verstärkte Unterstützung in Alltagsangelegenheiten (Wohnen, Haushalt, Ernährung, inner- und außerhäusliche Mobilität, physische und psychische Selbstsorge, soziale Teilhabe),
- eine wohnortnahe, qualitätsgesicherte haus- und fachärztliche, rehabilitative und pflegerische Versorgung,
- eine personenorientierte Koordination der Versorgungs-, Unterstützungs- und Teilhabeleistungen,
- eine hinreichende Information über Leistungsangebote (Angebots- und Leistungstransparenz),
- qualitätsgesicherte Beratungsangebote zu allen Aspekten des selbstbestimmten Alterns einschließlich der verfügbaren Versorgungs- und Unterstützungsangebote sowie
- Stärkung von Eigeninitiative und der Potenziale der Selbsthilfe für Pflegebedürftige.

Selbstbestimmung zu sichern erfordert, auch den Schutz von Menschen (z.B. vor inner- und außerhäuslicher Gewalt, Vernachlässigung und vermeidbarer Verschlechterung der Situation) unter Beachtung des grundsätzlichen Rechts auf Selbstgefährdung. Erforderlich ist schließlich die Möglichkeit zu politischer Partizipation und Gestaltung der Rahmenbedingungen der Versorgungs- und Unterstützungssituation.

2. Verbleib in eigener Häuslichkeit

Damit Menschen im Alter, bei chronischer Krankheit, bei Behinderung oder bei Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können, ist eine verbesserte Koordination von informellen und professionellen Angeboten, auch sektorübergreifend, die weitere Stärkung familialer und anderer Pflege- und Unterstützungsnetzwerke und die Stärkung von Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege durch rechtzeitige, zugehende Angebote erforderlich. Die Rechtzeitigkeit ist insbesondere deswegen wichtig, weil aus der Praxis berichtet wird, dass ambulante Hilfen oft zu spät eingebunden werden und dann ein Heimaufenthalt unvermeidbar wird. Dies schließt barrierefreie Wohnangebote und die barrierearme Ausgestaltung des öffentlichen Raums sowie Mobilitätsunterstützung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ein. Angebote für ein differenziertes, nutzerorientiertes Angebot an neuen Wohn- und Betreuungsformen (z.B. Hausgemeinschaften, betreute Wohngruppen, Servicewohnen) sollten weiter ausgebaut werden; Einrichtungen mit innovativen Wohn- und Versorgungskonzepten, die gemeinwesenorientiert arbeiten, sollten besonders unterstützt werden.

Verbleib in eigener Häuslichkeit

3. Sicherung sozialer Teilhabe

Menschen mit durch chronische Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten muss soziale Teilhabe ermöglicht werden. Sozialer Isolation und Vereinsamung ist entgegen zu wirken. Soziale Teilhabe ist auch für Pflege- und Unterstützungspersonen wichtig. Sie erfordert den rechtzeitigen Zugang zu den erforderlichen Unterstützungs- und Teilhabemöglichkeiten sowie gemeinwesen- und sozialraumorientierte partizipatorische Ansätze.

Sicherung sozialer Teilhabe

Alle Grundsätze sollen möglichst flächendeckend und regional ausgewogen verwirklicht werden. Bei der Verwirklichung sollte ein besonderes Augenmerk auf die Vermeidung sozial bedingter ungleicher Zugangs- und damit Selbstbestimmungs- und Teilhabemöglichkeiten von Personen mit Pflegebedürftigkeit und ihren Unterstützungspersonen

gelegt werden.

IV. Empfehlungen für die Gestaltung einer nachhaltigen lokalen Pflegeinfrastruktur

1. Kommunale Gestaltungsverantwortung

Die Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur wird durch viele Akteure im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben mit beeinflusst. Die Gestaltung einer Pflegeinfrastruktur ist jedoch nach Auffassung des Deutschen Vereins vordringlich eine kommunale Aufgabe.

Eine behinderten- und pflegegerechte sowie präventionsorientierte Pflegeinfrastruktur erfordert Maßnahmen, die die Selbstbestimmung und soziale Teilhabe der Menschen mit und ohne Pflege- und Unterstützungsbedarf – auch mit Blick auf sozial ungleiche Zugangs- und Teilhabechancen – fördern. Dazu gehört, dass Angebote der sozialen Teilhabe z.B. im Rahmen der Altenhilfe durch die Kommune angeboten, initiiert oder koordiniert werden. Angebote des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe sollten ebenfalls initiiert und kommunal unterstützt werden, und zwar sowohl das bürgerschaftliche Engagement älterer Menschen, das für die soziale Teilhabe große Bedeutung hat, als auch das bürgerschaftliche Engagement für ältere Menschen. Weiterhin sind Beratungsangebote zum selbstbestimmten Leben, wie Wohn(anpassungs)beratung, Beratung über Angebote der Präventions- und Gesundheitsförderung und Beratung über Angebote der sozialen Teilhabe, des Bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe, von großer Wichtigkeit.

Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe durch die Kommunen

Die Kommunen stehen angesichts der angespannten Haushaltslage vor dem Problem, die sog. freiwilligen Leistungen und Pflichtleistungen, die im pflichtgemäßen Ermessen der Kommunen stehen (z.B. die Altenhilfe, § 71 SGB XII), zu finanzieren. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass präventionsorientierte Angebote langfristig Pflegeverläufe positiv beeinflussen und damit höhere Folgekosten für die Sozialhilfeträger,

Folgekosten für Sozialhilfeträger vermeiden

z.B. im Rahmen der Hilfe zur Pflege, vermeiden können. Kommunale Haushaltspolitik sollte daher im Rahmen des Möglichen präventionsorientiert ausgerichtet werden.

Der Deutsche Verein empfiehlt angesichts des demografischen Wandels die Gestaltung behinderten- und pflegegerechter Kommunen und die Stärkung der Selbsthilfepotenziale. Kommunale Entscheidungs- und Planungsprozesse sollten auf diese Ziele ausgerichtet werden. Selbstbestimmung und soziale Teilhabe von Menschen mit und ohne Pflege- und Unterstützungsbedarf sollten gefördert werden.

2. Moderne Pflegeinfrastrukturplanung als Teil einer integrierten Sozialplanung

Sozialplanung muss als sozialraum- und gemeinwesenorientierter Prozess organisiert werden, der der Gestaltung der sozialen Lebensbedingungen vor Ort dient. Sie ist ein wesentliches Instrument zur Umsetzung einer kommunalen Pflegeinfrastrukturpolitik. Vielerorts wird die kommunale Pflegeplanung auf die zahlenmäßige Erfassung von Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege beschränkt. Dem gegenüber erweitert sich bei einer modernen kommunalen Pflegeinfrastrukturplanung der Fokus von der reinen Bestandserfassung stationärer und ambulanter Einrichtungen („Pflegeinfrastrukturplanung alter Prägung“) in doppelter Hinsicht:

Sozialraum- und gemeinwesenorientierter Prozess

Als erweiterte Zielgruppen werden neben Pflegebedürftigen auch Personengruppen mit dem Risiko, pflegebedürftig zu werden, sowie Menschen, die zu ihrem Unterstützungsnetzwerk gehören (siehe zu den Zielgruppen im Einzelnen unter IV. 4.), angesehen. Erweitertes Planungsziel ist die Gestaltung insbesondere der Alltagsinfrastruktur, der Unterstützungsinfrastruktur vor und bei Pflegebedürftigkeit und der Infrastruktur zur Stärkung der Selbsthilfepotenziale.

Erweiterte Zielgruppen und Planungsziele

Integrierte Sozialplanung bedeutet methodisch, dass die fachplaneri-

Integrierte Sozial-

schen Aktivitäten für die Planungsräume (Sozialräume) koordiniert und auf Verwaltungsebene integriert werden, sodass die Planung nur unter Beteiligung aller relevanten anderen Planungsbereiche (hier insbesondere: Altenhilfeplanung, Bauleitplanung, Verkehrsinfrastrukturplanung etc.) auf der örtlichen sowie überörtlichen Ebene erfolgt. Die notwendige Abstimmung der Pflegeinfrastrukturplanung (einschließlich der Pflegestützpunktplanung) mit anderen Sozialplanungsprozessen kann innerhalb der Verwaltung auf unterschiedliche Art und Weise unterstützt werden, z.B. durch hierfür eingerichtete Koordinierungsstellen oder -personen. Konzeptionell sollten für bestimmte örtliche Bereiche integrierte Stadtentwicklungskonzepte erstellt werden, die als Leitbild für alle anderen Sozialplanungsbereiche und ein entsprechendes Quartiersmanagement dienen können. Perspektivisch sollte die integrierte Sozialplanung in qualitativer Hinsicht zu einer umfassenden Teilhabe- oder Inklusionsplanung weiter entwickelt werden.

planung

**Integrierte Stadt-
entwicklungskonzepte**

Bei der integrierten Sozial- und Pflegeinfrastrukturplanung ist in allen Phasen ein möglichst hoher Grad an Partizipation der Bürgerinnen und Bürger sowie die Beteiligung insbesondere von Anbietern der Freien Wohlfahrtspflege und anderen Akteuren (Kostenträger, wie z.B. die Pflege- und Krankenkassen, Gemeinsame Servicestellen, Pflegestützpunkte, Freiwilligenagenturen, Ehrenamtsnetzwerke, Organisationen der Selbsthilfe, andere Ämter, Stadtteil-, Gesundheits- und/oder Pflegekonferenzen) selbstverständlich vorzusehen.

Hoher Grad an Partizipation

Nach Auffassung des Deutschen Vereins ist die integrierte Sozialplanung gegenwärtig als best verfügbarer fachlicher Standard für die Sozialplanung zu betrachten. Moderne kommunale Pflegeinfrastrukturplanung nimmt daher erweiterte Zielgruppen und Themenfelder in den Blick.

3. Zielgruppen und vergleichbare Bedarfslagen

Zielgruppen einer lokalen Pflegeinfrastrukturplanung sind nicht nur die gegenwärtig, sondern auch die zukünftig Pflegebedürftigen. Moderne Pflegeinfrastrukturplanung nimmt auch die relevante Alltags- und Unterstützungsinfrastruktur in den Blick. Daher gehören auch Angehörige, Nachbar/innen und Ehrenamtliche als Unterstützungspersonen sowie alle Anbieter und Kostenträger der für diese Gruppen relevanten Beratungs- und weiteren Dienstleistungen zu den Zielgruppen.

Zukünftig Pflegebedürftige

Im Sinne einer integrierten, ressourcenschonenden Planung ist darauf zu achten, vergleichbare Bedarfslagen (z.B. von Menschen mit Behinderungen, chronisch Kranken und Pflegebedürftigen, wie z.B. Menschen mit Demenzerkrankungen⁵) zu identifizieren, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Als häufig übergreifende Bedarfe dieser Zielgruppen sind zu nennen:

Vergleichbare Bedarfslagen

- Barrierefreie Gestaltung des privaten Wohnumfelds (Wohnraumanpassung im Bestand) und des öffentlichen Raums,
- Möglichkeit zur Erhaltung bestehender und Schaffung neuer (sozialer) Netzwerke,
- Quartiersnah verfügbare und zugängliche Informations-, Beratungs- und Leistungsangebote in allen für diese Zielgruppen relevanten Alltags- und Versorgungsbereichen (Wohnen, Haushalt, Ernährung, inner- und außerhäusliche Mobilität, physische und psychische Selbstsorge und soziale Teilhabe),
- Einzelfallbezogene, personenorientierte Koordination der Alltags-, Versorgungs- und Unterstützungsleistungen (Case Management),
- Angebots- und Leistungstransparenz sowie Verbraucherschutz.

Aus planerischer Sicht ist zudem wichtig, auch die möglichen Zielgruppen

Anbieter und

⁵ In diesen Empfehlungen wird nicht Bezug genommen auf die spezifischen Bedarfssituationen verschiedener besonderer Personengruppen, wie bspw. Menschen mit Demenzerkrankungen oder Menschen mit Migrationshintergrund und die daraus erwachsenen besonderen Anforderungen an die kommunale Infrastruktur bzw. wohnortnahe Unterstützungsangebote. Der Deutsche Verein wird in naher Zukunft gesonderte Empfehlungen im Hinblick auf die Bedarfslagen und Angebote für diese Personengruppen erarbeiten.

pen auf Seiten der Anbieter (Marktanalyse) und weiterer Kooperationspartner zu erheben. Soweit diese überörtlich/regional organisiert sind, setzt dies auch überörtliche Kooperationsformen voraus. Zu berücksichtigen sind neben den Anbietern der pflegerischen, medizinischen und sozialen Versorgungs- und Unterstützungsinfrastruktur und ihren Trägern Akteure aus folgenden Bereichen: Prävention und Gesundheitsförderung, Anbieter haushaltsnaher Dienstleistungen, Wohnungswirtschaft, Kultur- und Sporteinrichtungen und Arbeitgeber. Auch Banken als Finanzgeber für Investitionen im Pflegebereich können Zielgruppe sein.

weitere Kooperationspartner

Der Deutsche Verein empfiehlt, auch Menschen, die ein erhöhtes Risiko haben, pflegebedürftig zu werden, sowie Unterstützungspersonen und Anbieter der Alltags-, Versorgungs- und Unterstützungsinfrastruktur als Zielgruppen von Pflegeinfrastrukturplanung zu berücksichtigen.

4. Sozialraumorientierte Bedarfs- und Bestandsanalysen und integriertes, kontinuierliches Monitoring

Die Bedarfe der genannten Zielgruppen und die vorhandenen Angebote sind möglichst differenziert zu erheben und abzugleichen. Dabei ist der Bedarf der Maßstab zur Bewertung des Bestands. Bedarfs- und Bestandsanalysen sollten bezogen auf Sozialräume (z.B. Quartier, Stadtteil/Stadtbezirk) sowie für weitere relevante Planungsräume (z.B. Stadt/Landkreis und die jeweils relevante „Region“) erfolgen. Letzteres gilt insbesondere für manchmal nicht in allen Sozialräumen gleichermaßen vorhandene Angebote z.B. der Gesundheitsversorgung oder der medizinischen Rehabilitation. Zu beachten ist, dass bei der Bedarfs- sowie der Bestandserfassung häufig das Betreute Wohnen sowie weitere neue Formen betreuten gemeinschaftlichen Wohnens nicht berücksichtigt werden, was zu Fehlplanungen entgegen der sozialpolitischen Zielsetzungen führen kann.

Sozialraumbezogene Analysen

Dabei kann der Bedarf insbesondere durch eine integrierte Berichter-

Integrierte

stattung, ggf. ergänzt durch Indikatoren für soziale Inklusion, erfasst werden. Ergänzt werden können die auf kommunaler, Landes- und Bundesebene im Rahmen der Gesundheits-, Pflege-, Sozial- und sonstigen Berichterstattung vorhandenen Daten durch eigene Erhebungen, z.B. Bedarfsanalysen durch Bürgerbefragungen oder Abfragen in Senior/innen-Ausschüssen. Die Aktivitäten bürgerschaftlich Engagierter können seismografisch auf Bedarfe in bestimmten Bereichen hinweisen. Die Bedarfs- und Bestandsanalysen sollten auch den Beratungs- und Koordinationsstellen/Pflegestützpunkten zur Verfügung gestellt werden. Im Gegenzug sollten auch anonymisierte und aggregierte Daten und Erfahrungsberichte aus den Pflegestützpunkten oder vergleichbaren Beratungs- und Koordinierungsstellen in die lokale Bedarfs- und Bestandserhebung einfließen.

**Berichterstattung
und eigene
Erhebungen**

Eine integrierte Sozialplanung erfordert ein integriertes, kontinuierliches Monitoring. Die Aktualität, fachliche Qualität und Verfügbarkeit relevanter Daten und Indikatoren ist Voraussetzung für eine differenzierte Bestands- und Bedarfserfassung sowie die Einleitung der notwendigen Entwicklungsschritte. Gegenwärtig bildet die Pflegestatistik als Stichtagsstatistik nicht alle für die Beurteilung der pflegerischen Versorgungsinfrastruktur erforderlichen Daten ab (z.B. wird die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI nicht gut abgebildet).

**Integriertes,
kontinuierliches
Monitoring**

Zudem ist der auf bestimmte Planungs- oder Versorgungsräume bezogene Versorgungsgrad (Verhältnis pflegebedürftige Einwohner/innen zu pflegerelevanten Versorgungs- und Unterstützungsangeboten), der mit Hilfe valider Indikatoren auch vergleichend festgestellt werden kann, zu erheben. Damit können die Auswirkungen sozialpolitischer Entscheidungen der Kommune auf die Pflegeinfrastruktur evaluiert werden. Als ein quantitativer Erfolgsparameter für die Sozialplanung bietet sich neben dem Versorgungsgrad die „Vorrangquote“ ambulant vor stationär an. Dabei ist zu beachten, dass quantitative Indikatoren nur ein Mittel zur Bewertung der Erreichung des qualitativen Ziels sind. Entsprechende quantitative und qualitative Kriterien für die Messung des Erfolgs der sozialen Inklusion sind politisch und fachlich noch zu entwickeln.

**Versorgungsgrad/
„Vorrangquote“ als
Erfolgsparameter**

Für eine integrierte Planung der kommunalen Pflegeinfrastruktur sind daher auch die Daten aus anderen Planungsbereichen (ggf. entsprechend aufbereitet) verfügbar zu machen. Wichtig für die Pflegeinfrastrukturplanung sind Daten der Gesundheitsberichterstattung, der Sozialberichterstattung, der Bau- und Verkehrsplanung sowie Daten, aus denen Rückschlüsse auf die Entwicklung der Selbsthilfepotenziale für die häusliche Versorgung gezogen werden können. Dies sind z.B. Daten über Familienstrukturen, demografische Strukturen sowie Daten zur Beschäftigungssituation von Frauen und Männern und zu infrastrukturellen Rahmenbedingungen. Erst aufgrund dieser umfassenden Betrachtung lässt sich feststellen, ob und – wenn ja – welche Versorgungslücken bestehen. Ein gutes Beispiel hierfür ist das Sozialmonitoring-Konzept der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt).⁶

Ergänzende Daten

Auf der Basis des Monitoring kann auch eine Wirkungsanalyse anhand der genannten Indikatoren, aber auch bezüglich der Ausgaben und Einsparungen durchgeführt werden. Hierdurch können Steuerungspotenziale erschlossen und die Kommunalfinanzen zielgerichtet gestärkt werden. Weitere Einsparpotenziale, z.B. durch Konsolidierung des Beratungsangebots bei gleichzeitiger Erhöhung des Grades an Koordination und Vernetzung bei der Beratung, sind auszuloten. Weiterhin sind die Einsparpotenziale, die sich aus der Stärkung der Selbsthilfepotenziale und daraus möglicher positiver Beeinflussung von Pflegeverläufen ergeben können, zu evaluieren.

Wirkungsanalyse

Auch bei der Evaluation der Ziele der Pflegeinfrastruktur- bzw. integrierten Sozialplanung ist eine Partizipation der Bürgerinnen und Bürger des jeweiligen Planungsgebiets vorzusehen (z.B. über Senior/innen- oder Stadtteilbeiräte). Lokale Beratungs- und Koordinierungsstellen, z.B. kommunale Pflegebüros, Pflegestützpunkte u.a., können bei der Evaluation von Nutzen sein.

Partizipative Evaluation

Bei Bedarfs- und Bestandserhebungen ist nach Auffassung des

⁶ Vgl. www.kgst.de: Materialien: Sozialmonitoring (M 4/2009) (Zugriff am 20. Juli 2010).

Deutschen Vereins eine differenzierte Erfassung, bezogen auf den Sozialraum und unter Berücksichtigung eines integrierten Ansatzes, sinnvoll. Dabei sind auch neue Wege der Informationsgewinnung, z.B. über eigene Erhebungen, eine aggregierte und anonymisierte Auswertung der Rückmeldungen bürgerschaftlich Engagierter oder der Daten z.B. aus den Pflegestützpunkten, möglich. Ein kontinuierliches, integriertes Monitoring erlaubt die qualitative und finanzielle Wirkungsanalyse der kommunalen Pflegeinfrastrukturpolitik über einen längeren Zeitraum und dient der vom Deutschen Verein empfohlenen Evaluation.

5. Nutzung kommunaler Steuerungsinstrumente

Im Gesundheitsbereich erfolgt Steuerung häufig über Gesundheitsziele. Diese gibt es auf kommunaler, Landes- und Bundesebene. Auf ähnliche Weise könnten auf kommunaler Ebene auch „Pflegeziele“ vereinbart werden. So könnte z.B. ein lokales/regionales Ziel „Stärkung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit“ lauten. Quantifiziert werden könnte dieses Ziel z.B. über eine „Vorrangquote“, also das Maß, in welchem ambulante Angebote vorrangig vorhanden sind und genutzt werden. Es kann auch ein Zielkatalog mit dem Ziel der Vermeidung oder Herausforderung von Pflegebedürftigkeit entwickelt werden, z.B. unter dem Leitbild „Gesundes Altern in der Stadt/Region“. Auch Zielvereinbarungen z.B. mit lokalen und regionalen Anbietern können ein Steuerungsinstrument für die Gestaltung der Versorgungs- und Unterstützungsinfrastruktur darstellen. Zu beachten ist, wie weit die beteiligten Akteure sich rechtlich binden können.

Zieleprozesse und Zielvereinbarungen

Für die Umsetzung sozialplanerischer Aktivitäten sollte politischer Rückhalt insbesondere in den zentralen Planungsbereichen Gesundheit, Pflege, Soziales und Wohnen organisiert werden. Pflege- und Gesundheitskonferenzen auf lokaler und Landesebene können hier Ansprechpartner sein. In die Pflege- und Gesundheitskonferenzen sollten auch Organisationen der Selbsthilfe einbezogen werden.

Pflege- und Gesundheitskonferenzen

Der Deutsche Verein empfiehlt, bestehende Steuerungsinstrumente

te auf lokaler Ebene (z.B. „Pflegeziele“, Zielvereinbarungen oder Pflege- und Gesundheitskonferenzen) auch für die Planung und Evaluation der Pflegeinfrastruktur zu nutzen.

6. Kooperation und Vernetzung

Eine gelingende Pflegeinfrastruktur erfordert Kooperation und Vernetzung zwischen allen pflegerelevanten Akteuren. Kommunen können sowohl Kooperationspartner und Teil von Netzwerken als auch Initiator und Förderer von Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten sein. Es gibt bereits vielerorts Beispiele für gelungene Kooperation und Vernetzung.

Aufgabe aller pflegerelevanten Akteure

Kooperation setzt voraus, dass kompetente, fachlich zuständige und entscheidungsbefugte Kooperationspartner existieren, die zur Kooperation motiviert sind. Für Kommunen bedeutet dies zunächst, dass sie selbst als langfristig verfügbarer, verbindlich handelnder und engagierter Kooperationspartner auftreten (z.B. in der Kooperation mit Pflege- und Krankenkassen bei der Ausgestaltung der Pflegestützpunkte). Eine langfristig orientierte Sozialplanung (und Finanzpolitik) ist hierfür hilfreich.

Kommunen als Kooperationspartner

Gelingende Kooperation braucht funktionierende Netzwerke. Netzwerkarbeit muss daher als wichtige Aufgabe begriffen werden, die Bestandteil jeder fachlichen Arbeit sein sollte. Ziel von Netzwerkarbeit sollte es sein, einen Mehrwert für alle beteiligten Akteure zu schaffen. Daher sollten gemeinsam mit den Kooperations- und Netzwerkpartnern Qualitätsstandards für Kooperation und Vernetzung entwickelt und transparent gemacht werden. Sie können auch zum Bestandteil von Kooperationsverträgen der Kommune gemacht werden. Bestehende Modelle der Kooperation und Vernetzung (z.B. gemeindepsychiatrische Verbundstrukturen oder Strukturen der integrierten Versorgung im Gesundheitsbereich) können als Vorbilder dienen oder als Netzwerks- und Kooperationspartner konzeptionell mit eingebunden werden.

Netzwerkarbeit als wichtige Aufgabe

Die hier empfohlene integrierte Pflegeinfrastrukturplanung erfordert

Kommunale

auch eine verstärkte Kooperation zwischen Kreisen, kreisfreien Städten und Gemeinden. Dies gilt insbesondere dort, wo für die Pflegeinfrastrukturplanung relevante Zuständigkeiten auf verschiedenen Ebenen (Kreise, Gemeinden) angesiedelt sind, sowie für die Abstimmung der gemeindlichen Sozialplanung mit der der Kreise und kreisfreien Städte. Kooperationen sind nicht nur innerhalb der Kommune, sondern auch auf regionaler Ebene notwendig. Gerade im Bereich der Gesundheitsversorgung sind Angebote häufig zwar in der Region, nicht aber auf kommunaler Ebene vorhanden.

Kooperationen und Kooperationen die Region

Der Deutsche Verein empfiehlt, Kooperationen auf lokaler Ebene und in die Region zu intensivieren und verbindlich zu gestalten.

7. Integrierte, präventionsorientierte Beratung

Beratung ist ein Schlüsselangebot für Betroffene bei der Frage der eigenen Lebensgestaltung und des gelingenden Alterns. Insbesondere in den Pflegestützpunkten sollen diese Angebote vorhanden sein. Aber auch hier können Kommunen eine wichtige Rolle bei der Steuerung des Beratungsangebots und der Kooperation mit Trägern von Beratungsangeboten spielen. Beratung ist von bloßer Zurverfügungstellung von Informationen (z.B. Schauräume für Wohnungsanpassungen, Musterwohnungen) zu unterscheiden. Sie hat – im Gegensatz zur reinen Information – die fachlich kompetente Begleitung der Klient/innen bei Entscheidungen bezüglich seiner gegenwärtigen und zukünftigen Lebenssituation zum Ziel.

Beratung = Begleitung beim Entscheidungsprozess

Ziel der Beratung ist es auch, die Klient/innen zu befähigen, das im Sozialleistungsrecht vorgesehene Wunsch- und Wahlrecht tatsächlich ausüben zu können. Leitbild ist der/die mündige Verbraucher/in. Dies erfordert eine hohe Transparenz der lokal verfügbaren Leistungsangebote; die Beratung sollte anbieter- und kostenträgerneutral erfolgen.

Transparenz und Neutralität

Um die tatsächlichen Zugangsmöglichkeiten zu sichern, sollte auch

Zugehende Bera-

Beratung zu Hause bzw. zugehende Beratung möglich sein und der Bedarf hierfür anhand von Kriterien definiert werden. Zugehende Sozialarbeit (z.B. Bezirkssozialdienste, Bezirkshelfer/innen) kann wegen des umfassenden Blicks auf die Lebenssituation der Betroffenen den Erstzugang zur Beratungsinfrastruktur vermitteln. Wichtig ist, dass die Person oder Institution, die den ersten Kontakt zum Ratsuchenden hatte, klärt, wer zuständig ist. Beratungs- und Koordinierungsstellen können ihr Komm-Struktur-Angebot durch zugehende Angebote erweitern, z.B. durch den Abschluss von integrierten Versorgungsverträgen mit Pflegekräften oder mit Hausärzten, die präventive Hausbesuche durchführen.

tung

Beratungs- und Koordinierungsstellen brauchen, um die relevanten Personengruppen frühzeitig zu erreichen, auch Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer aktiven Kommunikationsstrategie (z.B. durch Senior/innenmessen, bei denen die Angebote örtlicher Dienstleister für diesen Personenkreis vorgestellt werden können oder „Demenzwochen“ als ein Schwerpunktangebot). Durch Kooperationen mit lokalen Arbeitgebern können auch betriebliche Beratungs- und Informationsangebote realisiert werden.

**Frühzeitige
Beratung**

Eine moderne Pflegeinfrastruktur erfordert einen Perspektivwechsel auch bei der Beratung. Es gibt wichtige Beratungsfelder, die bisher noch nicht flächendeckend angeboten werden und z.B. auch in den Pflegestützpunkten angeboten oder von diesen vermittelt werden könnten. Dazu gehören die Wohn- und Wohnraumanpassungsberatung, die Beratung zu barrierefreiem Bauen (z.B. im Rahmen des Baugenehmigungsverfahrens), die Beratung beim Aufbau neuer Wohn- und Betreuungsformen. Für die Verbraucher kann eine Erläuterung der Pflege-Transparenzberichte und ggf. der Transparenzberichte auf Landesebene hilfreich sein. Eine Beratung über Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der sozialen Teilhabe (im Sinne einer Lotsenfunktion) dient auch der Stärkung der Selbsthilfepotenziale, ebenso wie die Beratung von Initiativen der Selbst- und Nachbarschaftshilfe, auch durch Unterstützung z.B. bei der Gründung von Vereinen.

**Wichtige Bera-
tungsfelder**

Schließlich eröffnet die Information und Beratung über Pflege als Beruf und andere pflegerelevante Qualifizierungsmöglichkeiten, auch in Kooperation mit der Arbeitsagentur und IHK, die Möglichkeit, den örtlichen Fachkräftearbeitsmarkt positiv zu beeinflussen.

Über die Beratung von Anbietern (Investoren) stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der örtlichen Verteilung und fachlicher Anforderungen, der (Bedingungen für die) Wirtschaftlichkeit von Angeboten, Konzepten zur Gemeinwesenorientierung und Kooperation und Einbindung von Ehrenamtlichen sowie kultursensibler Pflege kann Einfluss auch auf die pflegerische Versorgungsinfrastruktur i.e.S. genommen werden.

Beratung von Anbietern

Bei der Beratungsinfrastruktur besteht mancherorts eine große Vielfalt der Angebote in unterschiedlicher Kostenträgerschaft. Damit sich mündige Verbraucher/innen orientieren können, bedarf es einer Koordinierung der Beratungsinfrastruktur. Dabei sind das jeweilige Beratungsverständnis und die Rolle unterschiedlicher Anbieter zu berücksichtigen. Auf kommunaler Ebene sind zudem die Heimaufsichten, deren Beratungsauftrag z.B. gegenüber Investoren in vielen Landesheimgesetzen ausgebaut wurde, mit einzubeziehen.

Koordinierung der Beratungsinfrastruktur

Für die Zentrierung und Fokussierung der Beratungsinfrastruktur ist zu erfassen, welche Beratungsangebote es gibt und welche Zielgruppen und Themenfelder diese abdecken. Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, in welcher Rangfolge seitens der potenziellen Zielgruppen Hilfe organisiert wird. Erfahrungsgemäß werden ambulante Hilfen häufig zu spät eingebunden, sodass zugehender Beratung über ambulante Hilfen eine besondere Bedeutung zukommt. Um das Beratungsangebot zielgerichtet zu organisieren, können Bedarfsanalysen durch Befragungen erfolgen. Dabei kann auch erfasst werden, welche qualitativen Informationen über die Pflegeinfrastruktur seitens der potenziellen Nutzer/innen gewünscht werden.

Wichtig: Beratung über ambulante Angebote

Ziel einer Beratungsinfrastruktur sollte die Bildung von integrierten Beratungszentren mit Schwerpunktbereichen sein, die wohnortnah und zugehend/mobil beraten. Dabei sollte weniger nach speziellen Hilfeformen oder Gruppen von Hilfeempfängern differenziert werden, sondern stärker am Beratungsbedarf in einer bestimmten Lebenslage angeknüpft werden, damit in vergleichbaren Lebenslagen umfassende Beratungsangebote für alle Zielgruppen existieren. Pflegestützpunkte könnten, soweit sie einen Quartiersbezug aufweisen, zu solchen integrierten Beratungszentren weiterentwickelt werden. Für Flächenlandkreise kann ein Beratungszentrum/Hauptpflegestützpunkt mit regionalen, ggf. mobilen „Unterstützpunkten“ effizient und wirtschaftlich sein.

**Ziel: Integrierte
Beratungszentren**

Der Deutsche Verein empfiehlt, die lokale Beratungsinfrastruktur inhaltlich auch auf den vorpflegerischen, pflegeergänzenden und Infrastrukturbereich zu erstrecken und zu integrierten Beratungszentren mit Schwerpunktbereichen weiter zu entwickeln.

8. Kooperatives Case Management

Mit der Einführung der Pflegeberatung in § 7 a SGB XI wurde auch ein Rechtsanspruch auf ein Versorgungsmanagement durch die Pflegekassen geschaffen. Ziel dieses Versorgungsmanagements ist die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans auf der Basis einer systematischen Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs. Zusätzlich erhält der Ratsuchende Unterstützung bei der Umsetzung des Versorgungsplans. Dieser im Grundsatz zu begrüßende Ansatz eines Case Managements für Pflegebedürftige ist dann optimal umsetzbar, wenn Pflegekasse und Kommune gemeinsam kooperative Strategien für die Umsetzung entwickeln.

**Kooperative
Umsetzungs-
strategie**

Der Deutsche Verein hält ein Versorgungsmanagement für Pflegebedürftige für eine sinnvolle Weiterentwicklung von der nur pflegerischen Versorgung hin zu einem lokal verankerten Hilfemix. Hierfür ist die Kooperation der betroffenen Sozialleistungsträger erforderlich.

9. Potenziale der Pflegestützpunkte nutzen und weiter entwickeln

Im Kontext einer zukunftsgerichteten Beratungs- und Case Management-Infrastruktur (s.o.) verdienen die Pflegestützpunkte eine besondere Betrachtung. Aus Sicht des Deutschen Vereins sind Pflegestützpunkte eine grundsätzlich sinnvolle Idee, wenn sie so ausgestaltet sind, dass sie ihre eigentliche Aufgabe, Beratung und Versorgungsmanagement durchzuführen, erfüllen können. Dies setzt – anders als im Gesetz bislang vorgesehen – grundsätzlich eine verbindliche, im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben möglichst gleichrangige Zusammenarbeit zwischen Kranken- und Pflegekassen, den Kommunen und Anbietern sowie einen Austausch und eine Abstimmung über das jeweilige Verständnis von Beratung und Case Management voraus. Auch private Kassen sollten einbezogen werden.⁷

Verbindliche, gleichrangige Zusammenarbeit

Soweit Pflegestützpunkte existieren, sollten sie als Anknüpfungspunkte für die Koordination und Vernetzung von Angeboten der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, der Gesundheitsförderung und Prävention, der Beratung und Leistungskoordination sowie der Vernetzung mit Strukturen der Selbsthilfe immer in Betracht gezogen werden. Die Ergebnisse aus der Erprobungsphase sollten bei der Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte oder vergleichbarer Angebotsstrukturen berücksichtigt werden. Dazu können Aufgaben wie die Ermittlung der Unterstützungsbedarfe für pflegende Angehörige oder der Aufbau von Netzwerken insbesondere mit Hausarzt/innen gehören.

Pflegestützpunkte als vorrangige Anknüpfungspunkte

Der Deutsche Verein hält Pflegestützpunkte für ihrer Idee nach sinnvolle Strukturen. Wichtig ist, dass eine gute Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Pflege- und Krankenkassen, Kommunen und Anbietern erfolgt. Nur dann bergen sie Potenziale für eine

⁷ Siehe hierzu auch die Anforderungen in der Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses: „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“, 2.a) Bedarfsgerechte Steuerung, Koordination und Vernetzung der Angebote zur Unterstützung und Teilhabe, NDV 2007, 341 ff. sowie Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), NDV 2008, 1 ff., dort unter I. Pflegestützpunkte (§ 92 c SGB XI-E) und Pflegebegleitung (§ 7 a SGB XI-E).

bessere Beratung und stärkere Koordination und Vernetzung von Angeboten der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, der Gesundheitsförderung und Prävention, der Beratung und Leistungskoordination. Der Aufbau von Parallelstrukturen, d.h. weiteren Koordinierungs- und Vernetzungsstellen für vergleichbare Zielgruppen, ist zu vermeiden.

10. Ziel „Barrierefreie Kommune“

Barrierefreie Kommunen sind unabdingbar für eine funktionierende Pflegeinfrastruktur. Die barrierefreie Kommune ist daher als Ziel in allen kommunalen Planungen mit enthalten. Barrierefreiheit bedeutet die uneingeschränkte Nutzung von Gegenständen, Gebrauchsgütern und Objekten durch alle Menschen über denselben Zugangsweg. Eine Zugänglichkeit über alternative Zugangswege gilt dabei nicht als barrierefrei (vgl. auch § 4 BGG). Barrierefreie Kommunen sind nicht nur im öffentlichen Raum (z.B. Verkehrswege, öffentlicher Personennahverkehr, öffentlich zugängliche Gebäude, Kultur- und Sportanlagen) barrierefrei, sondern fördern auch die Barrierefreiheit privaten Wohnraums.

Denn gerade entsprechend ge- oder umgebauter barrierefreier Wohnraum (ggf. ergänzt durch ein Notrufsystem oder andere technische Hilfen) erlaubt es einem großen Teil der Pflegebedürftigen, deutlich länger in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Auch Stürze, die häufige Ursache für Pflegebedürftigkeit sind, können so oft vermieden werden.

Dabei ist zu bedenken, dass Barrierefreiheit langfristig auch wirtschaftlich ist. So werden z.B., wenn Neubauten von Anfang an barrierefrei sind, spätere Umbau- und Umzugskosten gespart. Damit dies erreicht werden kann, sollen Bauträger, Wohnungsbaugenossenschaften und private Bauleute frühzeitig hinsichtlich der Wichtigkeit und Wirtschaftlichkeit von barrierefreiem Wohnraum beraten werden. Auch die Barrierefreiheit des ÖPNV ist wirtschaftlich, so können hierdurch mittelfristig Sozialhilfekosten für Sonderfahrdienste eingespart werden. Dabei ist zu beachten, dass Barrieren auch in langen Wegen bestehen können. Zu empfehlen ist daher eine Strategie der „kurzen Wege“ (z.B. bei der Erreichbarkeit von Bushaltestellen).

**Barrierefreie
Kommune**

**Barrierefreiheit
fördert Selbstbe-
stimmung**

**Barrierefreiheit ist
wirtschaftlich**

Für den Bereich der Barrierefreiheit werden gegenwärtig neue DIN-Standards geschaffen, die einen hilfreichen Referenzrahmen darstellen. Die DIN 18040:1 (Barrierefreies Bauen – Teil 1 – Öffentlich zugängliche Gebäude) wurde als erster von mehreren neuen Standards für den Bereich des barrierefreien Bauens konsentiert.⁸ Dieser – und die noch folgenden Standards – sollten bei der Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur, insbesondere beim Umbau im Bestand, konsequent Berücksichtigung finden. Auch bei der Beratung von Bauträgern, Wohnungsbaugesellschaften, Baugenossenschaften sowie bei der Beratung von Investoren von Pflegeeinrichtungen sollten die entsprechenden Normen Beachtung finden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Begriffe „barrierefrei“ oder „barrierearm“ nicht zu einer negativen Wahrnehmung führen sollten.⁹ Hier kann ein auch kommunales Sozialmarketing helfen, indem es die Vorzüge barrierefreien Wohnraums nicht nur für ältere, pflegebedürftige oder behinderte Menschen herausstreicht, sondern den Mehrwert für alle Gruppen in der Wohnbevölkerung.

Neue DIN- Standards für Bar- rierefreiheit

Barrierefreiheit sollte auch auf der kommunalen Steuerungsebene berücksichtigt werden. Bei der Aufstellung von Bauleitplänen oder Bebauungsplänen, aber auch bei Entscheidungen über die Weiterentwicklung des ÖPVN sollten Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung bzw. ihre Verbände beteiligt werden. Bei der kommunalen Infrastruktur- oder Angebotsförderung (z.B. kommunale Wohnungsbauförderung) sollten sie Vertragsbedingung sein; bei städtebaulichen und anderen Wettbewerben als Kriterium aufgenommen werden

Barrierefreiheit als Steuerungsaufga- be

Der Deutsche Verein empfiehlt, das Ziel der barrierefreien Kommune bei allen kommunalen Entscheidungen und Maßnahmen zu berücksichtigen. Die Anforderungen an Barrierefreiheit der DIN 18040-1 (und der noch folgenden DIN 18040-2 und DIN 18070) soll-

⁸ Mit der DIN 18040-1 (Barrierefreies Bauen – Teil 1 – Öffentlich zugängliche Gebäude) ist die erste Norm im Rahmen der Neuordnung der Normen im Bereich Barrierefreiheit fertig gestellt und konsentiert worden. Als weitere für den Bereich der Barrierefreiheit relevante Normen werden gegenwärtig die DIN 18040-2 (Barrierefreies Bauen – Teil 2 – Wohnraum) sowie die DIN 18070 (Öffentlicher Verkehrs- und Freiraum) entwickelt, siehe <http://www.din18040.de/> (Zugriff am 20. Juli 2010).

⁹ Entsprechend sind auch die Begriffe „senioren-, alten- oder behindertengerecht“ vor ihrer Verwendung zu prüfen, da sie stigmatisierend wirken können und potenzielle Interessenten davon abhalten, sich für barrierefreien Wohnraum zu interessieren.

ten umgesetzt bzw. ihre Umsetzung befördert werden.

11. Stärkung der Pflege- und Unterstützungs- sowie der Selbsthilfepotenziale

Um einen gewünschten Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und eine Pflegeprävention zu unterstützen, sind das Selbsthilfe- und familiäre Pflegepotenzial ebenso wie professionelle Pflege- und Unterstützungsangebote kommunal zu befördern. Wichtig ist daher, die Selbsthilfe und Selbstorganisationsfähigkeit älterer Menschen durch wohnortnahe Alltagsunterstützung (haushaltsnahe Dienstleistungen, aber auch neue Formen der Informations- und Kommunikationstechnologie und technische Hilfen, Städtebau) und Angebote der gesundheitlichen Prävention (z.B. Sport) und sozialen Teilhabe zu unterstützen.¹⁰ Angebote, auch des bürgerschaftlichen Engagements, sollten nicht nur auf die Unterstützung Pflegebedürftiger, sondern auch ihrer Pflege- und Unterstützungspersonen ausgerichtet werden. Auch lokale Arbeitgeber sollten in die Unterstützungsnetzwerke für Pflege- und Unterstützungspersonen aufgenommen werden.

Wohnortnahe Alltagsunterstützung

Einbeziehung lokaler Arbeitgeber

Ein überdurchschnittlich hohes Risiko, im Alter oder auch früher pflegebedürftig zu werden, haben insbesondere Menschen mit chronischen körperlichen und psychischen Erkrankungen, multimorbide Menschen und Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Daher sind alle präventiv wirkenden Maßnahmen (Maßnahmen der Verhältnisprävention, aber auch z.B. Angebote der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention) besonders auf diese Zielgruppen auszurichten, da hier die größten Präventionspotenziale liegen. Die für viele der vorgenannten Angebote zur Verfügung stehenden Infrastrukturleistungen der §§ 45 c und 45 d SGB XI werden nach gegenwärtigem Stand von den Antragsberechtigten nicht voll ausgeschöpft. Es sollte geprüft werden, inwieweit diese Leistungen und Angebote zukünftig verstärkt genutzt werden können.

Besondere Präventionspotenziale

Infrastrukturleistungen nach §§ 45c, 45d SGB XI

¹⁰ Pflegebedürftigkeit wird zwar ein alterstypisches Risiko bleiben, kann jedoch durch geeignete Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung stärker als bisher verhindert, verringert bzw. hinausgezögert werden, vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens: Sondergutachten 2009, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, www.svr-gesundheit.de (Zugriff am 20. Juli 2010).

Ambulante und teilstationäre Pflegeangebote können durch Beratungsangebote der Kommune, z.B. im Rahmen der lokalen Wirtschaftsförderung beim Aufbau nachhaltiger und wirtschaftlicher Geschäftsmodelle (z.B. auch Mehrgenerationenwohnen mit Pflegeservice) unterstützt werden. Ziel sollte sein, dass ambulante Dienste qualitativ arbeiten und nicht zu schnell wieder „vom Markt verschwinden“, um den Anbieterwechsel gering zu halten. Die lokal spezifischen Gründe für Geschäftsaufgaben ambulanter Dienste sind, soweit nicht bekannt, zu analysieren. Es sollte berücksichtigt werden, dass sich die Versorgung im ambulanten Bereich im ländlichen Raum gerade unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit für die Anbieter wesentlich schwieriger gestaltet als bspw. in der Großstadt.

Stärkung ambulanter Pflegeangebote

Zur Stärkung ambulanter Anbieter ist auch ausreichend aufgabenbezogen qualifiziertes Personal erforderlich. Mit lokalen Initiativen (unter Einbindung z.B. von Anbietern, der Arbeitsagentur, den Industrie- und Handelskammern etc.) können mehr Ausbildungsplätze in der Pflege geschaffen, offene Ausbildungsplätze besser besetzt und Auszubildende in der Pflege bei der Ausbildung unterstützt werden. Die Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen (z.B. Ganztags schulbetreuung und andere Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von familiärer Sorgearbeit und Beruf¹¹) und lokaler beruflicher Weiterentwicklungsmöglichkeiten für Pflegekräfte und andere am Hilfemix beteiligten Arbeitskräfte kann ebenfalls lokal unterstützt werden. So kann die Beratung ambulanter Dienste oder Qualitätszirkel z.B. in Kooperation mit regionalen Ausbildungsstätten und akademischen Institutionen in der Pflege stattfinden. Denkbar sind auch finanzielle Anreize für Pflegekräfte und Ärzte durch Kommunen und Länder schon in der Ausbildung, um die Bereitschaft zu erhöhen, sich (später) in unterversorgten Gebieten nieder zu lassen.

Initiativen für lokalen Pflege- arbeitsmarkt

Der Deutsche Verein weist auf die hohe Bedeutung von Angeboten des täglichen Bedarfs und die Unterstützung der Selbsthilfe- und Präventionspotenziale für den Verbleib älterer Menschen in der

¹¹ Vgl. hierzu auch die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben, NDV 2009, 513 ff.

eigenen Häuslichkeit hin. Er empfiehlt, entsprechende Angebote zu stärken, ggf. auch über die Infrastrukturleistungen nach §§ 45 c, 45 d SGB XI. Möglichkeiten zur Stärkung ambulanter Pflegeangebote und die Erschließung lokaler Fachkräftepotenziale sind auszuloten.

12. Qualität und Transparenz der Leistungsangebote

Die Qualität der häuslichen Versorgung ist selbst dort, wo die Heimaufsicht im ambulanten Bereich prüfbefugt ist, nicht allein Aufgabe der Heimaufsicht. Gerade die Qualität der häuslichen Versorgung kann und sollte durch kommunale Initiative gesteigert werden, z.B. auf Wunsch der Betroffenen, durch die (kommunal initiierte) Einbindung bürgerschaftlich Engagierter oder durch lokale Kooperationen.¹² Kommunen können zudem Qualitätszirkel mit professionellen und informellen Pflegekräften (unter Einbeziehung von Trägern) initiieren. Schließlich können qualitätssichernde und unterstützende Beratungsbesuche des SGB XII-Kostenträgers (z.B. durch einen „Fachdienst Pflege“) dazu beitragen, die Qualität der häuslichen Versorgung zu stärken.

**Kommunale
Qualitätsstrategie**

Kommunen können auch gemeinwesenorientierte Netzwerke initiieren, die der sozialen Isolation und Vereinsamung von Pflegebedürftigen entgegenwirken können. Der Verbesserung der sozialen Teilhabe dient ferner die Beratung von Investoren insbesondere im stationären Bereich hinsichtlich einer gemeinwesenorientierten Ausgestaltung von Pflegeeinrichtungen. Ansätze zur stärkeren Gemeinwesenorientierung in den Landesheimgesetzen, z.B. durch Einbindung von Senior/innen- oder Stadtteilräten in die Heimmitwirkung, können – soweit nicht gesetzlich bereits vorgesehen – auch sozialplanerisch entwickelt und z.B. über Pflegestützpunkte oder vergleichbare Strukturen organisiert werden. Die Möglichkeiten von Kultureinrichtungen bei der Vernetzung und bei der Organisation des Zugangs zu bestimmten Personengruppen sind hierbei zu prüfen.

**Gemeinwesen-
orientierte
Netzwerke**

¹² Z.B. zwischen ambulanten Pflegediensten und anderen Strukturen, wie dem Allgemeinen Sozialdienst (ASD), Beratungs- und Begegnungsstätten (wie z.B. die Zentren *plus* in Düsseldorf), oder die Pflegestützpunkte, aber auch mit Hausärzt/innen, Gemeindegewestern oder Familiengesundheitspfleger/innen.

Durch kommunal initiierte Veröffentlichungen im Internet oder kommunale Beratung über Leistungsangebote kann ein besserer individueller Hilfemix erzielt werden. Die Passgenauigkeit des Hilfemixes ist ein weiterer Qualitätsaspekt, der durch die Kommune mit beeinflusst werden kann.

**Passgenauer
Hilfemix**

Der Deutsche Verein weist darauf hin, dass Qualitätssicherung in der Pflege auch durch kommunale Aktivitäten mit gestaltet werden kann und sollte.

V. Empfehlungen zur Gestaltung der Rahmenbedingungen der lokalen Pflegeinfrastruktur

Ausgehend von den drei Kernzielen Selbstbestimmung, Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und soziale Teilhabe sind nach Auffassung des Deutschen Vereins auch die gesetzlichen und weiteren Rahmenbedingungen, die sich unmittelbar und mittelbar auf die Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur auswirken, anzupassen. Die nachfolgenden Empfehlungen richten sich dabei vorrangig an die Landes- und den Bundesgesetzgeber. Zentrale Ziele sind die Stärkung der kommunalen Handlungsmöglichkeiten bei der Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur sowie eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und Unterstützung im Alter und bei Pflegebedürftigkeit.

Stärkung kommunaler Handlungsmöglichkeiten

1. Dauerhafte Stärkung der finanziellen Gestaltungskraft der Kommunen für eine präventiv orientierte Pflegeinfrastrukturpolitik

Um eine präventiv orientierte Pflegeinfrastruktur zu gestalten und den Herausforderungen des demografischen Wandels vor Ort begegnen zu können, brauchen Kommunen eine hinreichende Finanzausstattung. Integrierte Sozialplanung, Angebote der Altenhilfe im Sinne des § 71 SGB XII und alle anderen kommunalen Beratungs- und Leistungsangebote, die Schaffung von Barrierefreiheit, die Unterstützung von Initiativen

Finanzausstattung der Kommunen

der Selbsthilfe – all dies erfordert dauerhaft verfügbare Finanzmittel.

Der Deutsche Verein fordert, bei der Reform der Gemeindefinanzen die Finanzausstattung der Kommunen so zu verbessern, dass eine langfristige, präventiv orientierte Pflegeinfrastrukturpolitik möglich ist. Nur bei besserer Finanzausstattung können die Kommunen Präventionspotenziale erschließen, die auch den anderen sozialen Sicherungssystemen zugutekommen, und ihre Aufgaben bei der Mitgestaltung einer demografisch gewandelten Gesellschaft erfüllen. Die Präventionsaktivitäten der Kommunen müssen durch die Sozialversicherungen und den Bund finanziell ergänzt werden. Entsprechende Maßnahmen sollten in die geplante Präventionsstrategie des Bundes aufgenommen werden.

2. Quartiersbezug und Gemeinwesenorientierung

Alle pflegerelevanten Angebote und Maßnahmen, insbesondere der Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste, sollten quartiersbezogen sein. Durch die Einführung der Pflegeberatung und eines Versorgungsmanagements (§ 7 a SGB XI) sind die Mitarbeiter/innen der Kranken- und Pflegekassen ihrem gesetzlichen Auftrag zufolge verpflichtet, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen, der auch die erforderlichen medizinischen, pflegerischen oder sozialen Hilfen (mit Hinweisen auf das dazu vorhandene örtliche Leistungsangebot) beinhaltet, und auf die Durchführung des Versorgungsplans hinzuwirken.

Ein solcher Versorgungsplan kann nur dann sinnvoll umgesetzt werden, wenn die Pflegeberater/innen mit anderen Akteuren im Quartier, insbesondere den Kommunen und den Anbietern, kooperieren. Die Pflegekassen haben nach Auffassung des Deutschen Vereins daher den gesetzlichen Auftrag, die Pflegeberatung quartiersorientiert und auf lokale Kooperation ausgerichtet zu organisieren. Soweit dies gegenwärtig nicht hinreichend umgesetzt wird, ist eine gesetzliche Konkretisierung sinnvoll. Kranken- und Pflegekassen haben aufgrund von Fusionen eher überregionale Strukturen, teilweise mit regionalen fachlichen Schwerpunkten. Dies behindert eine lokale Kooperation und Quartiersorientierung. Ohne

**Quartiersorientierte
Pflegeberatung/
Versorgungs-
management**

**Gesetzlicher Auf-
trag der Pflegekas-
sen**

**Lokale Koopera-
tionsfähigkeit der
Pflege- und Kran-**

eine entsprechende Struktur und Binnenorganisation sind Pflege- und Krankenkassen keine optimalen Kooperationspartner für die lokale Ebene. Um die Entscheidungsbefugnisse und Kompetenzen für die Kooperationsfähigkeit vor Ort zu sichern, sollte der Gesetzgeber im Rahmen der anstehenden Reformen im Gesundheits- und Pflegebereich auch die Organisation des Kassenwesens in den Blick nehmen. In jedem Fall sollte sichergestellt werden, dass Pflege- und Krankenkassen lokal als kompetente und entscheidungsbefugte Kooperationspartner agieren können.

kenkassen

§ 69 SGB XI (Sicherstellungsauftrag) verpflichtet die Pflegekassen ferner dazu, im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Bedarfsgerecht sind in einer altersgewandelten Gesellschaft nur solche Angebote, die den individuellen Pflegebedarf der Versicherten erfüllen. Dies sind vorrangig Angebote, die quartiersbezogen sind. Insofern sollte der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen dahingehend konkretisiert werden, dass die Pflegekassen auch die Aufgabe haben, auf eine quartiersbezogene Versorgung hinzuwirken. Diese Aufgabe kann, nachdem sich die Pflegekassen mit den vorhandenen kommunalen Strukturen auseinandergesetzt haben, z.B. im Rahmen der Versorgungs- und Vergütungsverträge mit den Leistungserbringern und in Abstimmung mit den Kommunen erfüllt werden, auch z.B. durch qualitative Anforderungen an den „Quartiersbezug“. Eine ähnliche Konkretisierung ist auch für den Sicherstellungsauftrag in § 70 SGB V denkbar.

**Konkretisierung
des Sicher-
stellungsauftrags**

Auf Landesebene werden qualitative Anforderungen wie z.B. eine Gemeinwesenorientierung der Angebote teilweise in den Landespflegegesetzen, teilweise in den neuen Landesheimgesetzen gestellt. Dies ist aus Sicht des Deutschen Vereins zu begrüßen. Dem gegenüber sind die Möglichkeiten des Vertragsrechts nach Auffassung des Deutschen Vereins bislang noch kaum für eine örtliche Angebotssteuerung genutzt worden: So könnten Qualitätsmerkmale mit örtlichem Bezug, z.B. das Bestehen wirksamer lokaler Kooperations- und Vernetzungsstrukturen, im Rahmen der Empfehlungen und Landesrahmenverträge nach § 75

**Landespflege- und
-heimgesetze**

**Vertrags- und Ver-
gütungsrecht**

SGB XI stärker berücksichtigt werden. Zudem könnten zusätzliche Vergütungsregelungen (also gesetzgebungstechnisch vergleichbar der Regelung des § 87 b SGB XI) für besonders komplexe oder aufwendige Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten vorgesehen werden. Damit diese Ziele nicht nur unverbindliche Absichtserklärungen bleiben, ist es erforderlich, dass die jeweiligen qualitativen Anforderungen an Kooperation und Vernetzung, insbesondere der Grad der gewünschten Verbindlichkeit, definiert werden.

Der Deutsche Verein fordert die Kranken- und Pflegekassen auf, ihr Handeln entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag stärker quartiersbezogen auszurichten und auf lokaler Ebene entsprechende Kooperationen einzugehen. Er hält es für sinnvoll, im Rahmen des Landesrechts, aber auch des Bundesrechts und in den darauf beruhenden Vereinbarungen eine stärkere Quartiers- und Gemeinwesenorientierung zu etablieren.

3. Verbindliche Kooperation und Qualitätssicherung bei Beratung und Versorgungsmanagement

Die Beratung im Vorfeld von und bei Pflegebedürftigkeit und in vergleichbaren Lebenslagen fördert den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und unterstützt die Ratsuchenden in ihrer Rolle als Verbraucher/innen. Um diese Funktion zu erfüllen, ist ein Angebot, das auf vernetzte Strukturen zurückgreifen und zusätzlich zur Beratung auch eine Leistungskoordination übernehmen kann, aus Sicht des Deutschen Vereins erforderlich. Hierfür müssen Kommunen, Anbieter sowie Kranken- und Pflegekassen in Pflegestützpunkten oder anderen Kooperationsstrukturen auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Probleme bei der Kooperation bereiten die unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen sowie die aktuell ungleich verteilte Verhandlungsmacht.

**Verbindliche
Zusammenarbeit**

Aus Sicht des Deutschen Vereins ist es daher erforderlich, die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen, Kommunen und Anbietern im Rahmen der Pflegestützpunkte neu zu gestalten. Die Erfahrung aus der integrierten Versorgung zeigt, dass Kooperation und Koordination im Dienste der Nutzer/innen nur dort funktionieren, wo diese verbindlich ausgestaltet sind. §§ 7 a und 92 c SGB XI sehen allgemeine Kooperationsverpflichtungen vor, die allerdings nicht konkretisiert sind.

Zudem zeigt die Erfahrung aus der integrierten Versorgung, dass der Mehrwert von Beratung und Leistungskoordination in einem Netzwerk je nach konkreter Ausgestaltung und Selbstverständnis sehr unterschiedlich ausfallen kann. Damit Pflegeberatung und Versorgungsmanagement gelingen können, sollten Qualitäts- und Leistungsstandards für Pflegeberatung und Versorgungsmanagement entwickelt und im SGB XI festgeschrieben oder durch Vereinbarungen vorgesehen werden. Hierfür gibt es auf kommunaler und Landesebene bereits gute Beispiele. Ein wesentliches Qualitätskriterium für die Pflegeberatung ebenso wie andere Formen der Beratung ist eine tatsächliche Anbieter- und Kostenträgerneutralität.

Qualitäts- und Leistungsstandards

Auf lokaler Ebene gibt es viele Beratungsangebote unterschiedlicher Träger mit unterschiedlichen Zielsetzungen; die Inhalte können sich überschneiden. Beratungsangebote, die unmittelbar pflegerelevant sind, sollten nach Auffassung des Deutschen Vereins vorrangig bei den jeweiligen Pflegestützpunkten oder vergleichbaren Beratungs- und Koordinationsstellen, z.B. den kommunalen Pflegebüros, gebündelt werden. Wenn dies nicht möglich ist, sollten entsprechende Kooperationen mit Koordinationsstellen wie z.B. den Pflegestützpunkten geschaffen werden. Die Förderbedingungen aller pflegerelevanten Beratungsangebote (außerhalb der Pflegestützpunkte) sollten ebenfalls eine entsprechende Kooperations- und Vernetzungsverpflichtung mit den Pflegestützpunkten enthalten. Nur so kann die gewünschte Lotsenfunktion durch eine Koordinationsstelle (z.B. den Pflegestützpunkt) bezüglich der übrigen pflege-

Bündelung pflegerelevanter Beratungsangebote

relevanten Beratungsinfrastruktur erfolgen.

Gerade die Vernetzung mit den Hausärzt/innen funktioniert nach den Erfahrungen vieler Beratungs- und Koordinationsstellen noch nicht hinreichend. Für Hausärzt/innen sollten Anreize für eine aktive Vernetzung im Quartier und insbesondere mit den wohnortnahen Beratungs- und Koordinationsstellen überlegt werden. Netzwerkarbeit sollte zudem für alle beteiligten Berufsgruppen ausbildungsrelevant werden.

Vernetzung mit Hausärzt/innen

Der Deutsche Verein empfiehlt, die Kooperation von Kranken- und Pflegekassen, Kommunen und Anbietern bei Beratung und Versorgungsmanagement gesetzlich so auszugestalten, dass diese für die Beteiligten verbindlich ist, und eine gemeinsame Qualitätsentwicklung zu befördern.

4. Pflegestützpunkte aufgabengerecht ausgestalten und ausstatten

Nach Auffassung des Deutschen Vereins können Pflegestützpunkte nur dann sinnvolle Strukturen sein, wenn sie aufgabengerecht ausgestattet und ausgestaltet sind. Dies ist nach Auffassung des Deutschen Vereins dann der Fall, wenn sie auch als zugehende Struktur organisiert sind, frühzeitig eingeschaltet werden, trägerübergreifend wirken und die dort tätigen Mitarbeiter/innen für Menschen mit komplexen individuellen Unterstützungsbedarfen ein Case Management durchführen können.

Aufgabengerechte Ausgestaltung und Ausstattung

Auch die Erstellung eines Versorgungsplans durch die Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten wird – unter dem Vorbehalt der Berücksichtigung der übrigen Empfehlungen – befürwortet. Der Deutsche Verein bekräftigt in diesem Zusammenhang seine schon früher geäußerte Auffassung, dass Mehrfachbegutachtungen wegen des Verwaltungsaufwands und der damit verbundenen Belastung der Betroffenen vermieden werden sollten. Ziel sollte ein einheitliches, umfassendes Assessment sein, das physische, psychische und soziale Rehabilitationsbedarfe erfasst. Auf der Basis der Einführung eines Neuen Begutachtungsassessments (NBA) könnte für das Assessment in den Pflegestützpunkten und ande-

Einheitliches, umfassendes Assessment

ren Beratungs- und Koordinierungsstellen ein verkürztes Eingangsassessment vorgesehen werden zur Feststellung, in welchen Bereichen ein vertieftes Assessment erforderlich ist.

Die Ergebnisse des Bundesmodellprojektes Werkstatt Pflegestützpunkte zeigen, dass die Inanspruchnahme von Pflegestützpunkten – auch in Abhängigkeit von den jeweiligen Ressourcen, vom Marketing und vom Grad der Vernetzung – sehr unterschiedlich ist. Bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen werden Pflegestützpunkte von den Rat- und Hilfesuchenden angenommen, allerdings haben nur wenige Pflegestützpunkte mehr als 1.000 Kontakte im Monat. Vor dem Hintergrund der mit den Pflegestützpunkten verbundenen Zielvorstellungen – insbesondere die Weiterentwicklung einer abgestimmten, integrierten Leistungserbringung – sind jedoch längere Betrachtungszeiträume erforderlich (mindestens zehn Jahre).

Längerer Evaluationszeitraum für Pflegestützpunkte

Um gerade ältere und pflegebedürftige Menschen zu erreichen, sollte ein Rechtsanspruch auf zugehende Beratung auch im Rahmen der Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI eingeführt werden.

Rechtsanspruch auf zugehende Beratung

Die Finanzierung der Pflegestützpunkte muss durch Fortführen der Anschubfinanzierung gesichert bleiben. Sie sollte nach Auffassung des Deutschen Vereins aufgrund der umfassenden, auch präventiven Aufgaben, langfristig gesamtgesellschaftlich und durch alle von den Aufgaben und Wirkungen betroffenen Sozialleistungsträger erfolgen. Auch private Kassen sollten (insbesondere auch in die Finanzierung) verpflichtend einbezogen werden.

5. Bessere Abstimmung der Gesundheits-, Pflege- und sozialen Infrastrukturplanung

Anders als bei der pflegerischen Versorgungsstruktur wird die für Pflegebedürftige ebenfalls wichtige medizinische Versorgungsinfrastruktur in der Regel über (bundes- oder landesrechtlich geprägte) Bedarfsplanungsmechanismen gesteuert. Insbesondere auf die Niederlassung der Haus- und Fachärzt/innen hat die Kommune kaum Einfluss. Für die Pfl-

Unterschiedliche Planungsmechanismen

gebedürftigen bedeutet dies, dass medizinische Versorgungsangebote ggf. nicht (oder nicht mit der gewünschten fachlichen Ausrichtung) in Wohnortnähe zur Verfügung stehen. Für die Kommune bedeutet dies, dass wichtige Partner für die Kooperation und Vernetzung auf lokaler und regionaler Ebene fehlen können.

Um die lokale Angebotsstruktur im Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegebereich besser aufeinander abzustimmen, sind auch die unterschiedlichen Bedarfsplanungen insbesondere im Gesundheits- und Rehabilitationsbereich aufeinander abzustimmen. Hierzu sollten entsprechende landesgesetzliche Regelungen verankert und entsprechende Verfahren etabliert werden.

**Abstimmung der
Bedarfsplanung**

Im Gesundheitsbereich wird vielfach die Region als Koordinierungsraum der Zukunft¹³ betrachtet, regional abgestimmte Versorgungsinitiativen wie z.B. das „Gesunde Kinzigtal“¹⁴ gelten als Vorbilder für eine zukünftige, integrierte Versorgungsstruktur. Die regionalen Planungsaktivitäten sollten daher mit den Bedürfnissen, die sich aus einer quartiersnahen Versorgung ergeben, harmonisiert werden. Um auch eine Abstimmung mit der Pflegeinfrastrukturplanung und der Sozialplanung zu ermöglichen, sind entsprechende Koordinierungsverfahren auf Landesebene vorzusehen.

**Koordination in der
Region**

Der Deutsche Verein fordert, rechtliche Verfahren zu etablieren, die sicherstellen, dass eine Abstimmung der lokalen Planungsaktivitäten auch mit relevanten Planungen für größere Räume (insbesondere der Bedarfsplanung im Gesundheitsbereich) erfolgt.

6. Kooperative Abstimmung zwischen Verwaltungsebenen

Integrierte Sozialplanung, insbesondere eine Integration der Fachplanungen für ältere (Altenhilfeplanung), behinderte und chronisch kranke Menschen, wird durch die teilweise unterschiedlichen Zuständigkeiten in

**Kooperation der
Träger der Eingliederungshilfe und**

¹³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, (Langfassung), S. 815 ff.

¹⁴ <http://www.gesundes-kinzigtal.de/> (Zugriff am 20. Juli 2010).

der Eingliederungshilfe für stationäre und ambulante Leistungen erschwert. Schwierigkeiten können sich auch aus unterschiedlichen Zuständigkeiten von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege ergeben. Auch die Kooperation und kooperative Aufgabenwahrnehmung zwischen örtlicher und überörtlicher Ebene sind allgemein zu verbessern.

Hilfe zur Pflege

Der Deutsche Verein empfiehlt, die Zuständigkeiten für die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe dort, wo sie auseinander fallen, wenn möglich auf einer Ebene anzusiedeln. Um in diesem Bereich, aber auch allgemein eine verbesserte Kooperation und kooperative Aufgabenwahrnehmung zwischen örtlicher und überörtlicher Ebene zu erzielen, sollte diese gesetzlich verankert werden.

7. Weiterentwicklung Landespflegegesetze

Auch in den Landespflegegesetzen sind umfassende, moderne Visionen von Pflegeinfrastruktur zu entwickeln. Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren ist im Sinne dieser Empfehlungen zu regeln und die Gesetze sind bezüglich ihrer Wirksamkeit zu evaluieren, auch bezüglich der Wirksamkeit der Kooperationen und Netzwerkarbeit. Als Instrument der stärkeren Zielorientierung in der Pflegepolitik und zur Evaluation der Wirkungen können auf Bundes- und Länderebene auch „Pflegeziele“ (vergleichbar den Gesundheitszielen) entwickelt werden. Diese sind mindestens teilweise zu quantifizieren und nach einem festgelegten Zeitraum zu evaluieren.

**Modernisierung,
Zieleorientierung
und Evaluation**

Moderne Pflegeinfrastrukturpolitik muss auch auf Landesebene, insbesondere in den Landespflegegesetzen umgesetzt werden. Eine stärkere Zieleorientierung kann zudem durch „Pflegezieleprozesse“ vorgesehen werden. Die Wirksamkeit ist jeweils zu evaluieren.

8. Altenhilfe nach § 71 SGB XII modernisieren

Die Entwicklung einer modernen Pflegeinfrastruktur und kommunalen

Qualitative

Strategie für Senior/innen wird in § 71 SGB XII nicht mehr hinreichend reflektiert. Ziel eines neuen § 71 SGB XII sollte nach Auffassung des Deutschen Vereins die Schaffung einer altersgerechten Infrastruktur, die Selbstbestimmung, soziale Teilhabe und den möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit sichert, sein. Insbesondere sollten die Ziele der Norm und qualitative Anforderungen, z.B. auch Kooperationsverpflichtungen, festgelegt werden.

Anforderungen und Kooperationsverpflichtungen

Die Aufgaben im Rahmen des § 71 SGB XII sollten nach Auffassung des Deutschen Vereins anhand der Ziele Selbstbestimmung, soziale Teilhabe und Verbleib in der eigenen Häuslichkeit modernisiert und qualifiziert beschrieben werden.

9. Bauleit- und Verkehrs(leit)planung

Menschen mit Behinderungen, Pflege- oder Betreuungsbedarf (bzw. ihre Verbände) sollen regelhaft an Planungen beteiligt werden.

Für die Gestaltung einer demografiefesten Pflegeinfrastruktur spielt die Bebauungsinfrastruktur eine große Rolle. Daher ist es wichtig, dass auch im Rahmen der Bauleitplanung die Belange behinderter und pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen aktiv mit bedacht und in die Abwägungsentscheidung tatsächlich mit einbezogen werden. Insbesondere bei der Ausweisung von Neubaugebieten sollte vorab geklärt werden, wie die örtliche Versorgung langfristig gesichert und gestaltet werden kann.

Abwägungsbelange

Auch die Verkehrs(leit)planung sollte die Belange von Menschen mit Behinderungen und pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen regelhaft einbeziehen und sich an den Grundsätzen der barrierefreien Mobilität orientieren.

Barrierefreie Mobilität

Der Deutsche Verein schlägt vor, § 1 Abs. 6 BauGB (Aufgabe, Begriff und Grundsätze der Bauleitplanung) stärker mit Blick auf die

Pflegeinfrastruktur zu akzentuieren und wie folgt zu ändern:

(6) Bei der Aufstellung der Bauleitpläne sind insbesondere zu berücksichtigen:

[...]

3. die sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Bevölkerung, insbesondere die Bedürfnisse der Familien, der jungen, alten, **pflegebedürftigen** und behinderten Menschen, unterschiedliche Auswirkungen auf Frauen und Männer sowie die Belange des Bildungswesens und von Sport, Freizeit und Erholung,

[...]

10. Barrierefreiheit

Barrierefreiheit ist zentraler Bestandteil der Pflegeinfrastruktur. Daher sollten sich gesetzliche Bauvorschriften (z.B. Landesbauordnungen/Musterbauordnung, zukünftige „Heimmindestbauverordnungen“) an den jeweils geltenden DIN-Normen (DIN 18040 bzw. DIN 18070, soweit bereits entwickelt und konsentiert bzw. an den jeweiligen Vorgängernormen) orientieren. Bisher sind die Vorgaben für die Errichtung von barrierefreien Wohnungen in den Landesbauordnungen nicht konkret genug. Auch im Rahmen der Wohnungs(bau)förderung (z.B. Förderprogramme für Wohnungsgenossenschaften) sollte Barrierefreiheit zur Förderbedingung werden.

Gesetzliche und tatsächliche Orientierung an DIN 18040 und DIN 18070

Zur Schaffung einer barrierefreien Kommune bedarf es überdies stärkerer Impulse aus dem Städtebau, gerade im Kontext von Stadtumbau und Stadterneuerung, im Sinne eines gesamtstädtebaulichen Ansatzes. Barrierefreiheit kann in städtebaulichen Satzungen und Verträgen und städtebaurechtlichen Geboten berücksichtigt werden. Auch die Förderung des Städtebaus muss mit Blick auf soziale und barrierefreie Stadtentwicklung erfolgen: So bedarf es eines gezielten Einsatzes von Landes- und Bundesmitteln im Bereich Wohnungs- und Städtebau. Die Zugänglichkeit dieser Mittel ist auch für kleinere Städte und Kommunen zu gewährleisten.

Um auch bei anderen genehmigungspflichtigen Vorhaben (Neubauten ebenso wie Umbauten) die Barrierefreiheit weiter zu fördern, sollten die Bauordnungen der Länder für das Baugenehmigungsverfahren gesetzlich eine Beratungspflicht der Bauherr/innen im Hinblick auf barrierefreies Bauen vorsehen. Alternativ könnte das Bauamt gesetzlich verpflichtet werden, an ein entsprechendes Beratungsangebot zu verweisen. Insbesondere jüngere Bauherr/innen können so frühzeitig auf die Vorzüge barrierefreien Bauens hingewiesen werden; zudem können Informationen über örtliche Anbieter für eine barrierefreie Gestaltung des Wohnraums vermittelt werden.

**Beratungspflicht
bei Neu- und Um-
bauten in LBauO**

Auch das Wohnungseigentumsgesetz sollte klarstellen, dass die Herstellung von Barrierefreiheit sowohl von im Sondereigentum der Wohnungseigentümer stehenden Teile als auch der im Gemeinschaftseigentum stehenden Teile von den anderen Wohnungseigentümern jedenfalls geduldet werden muss.

Anpassung WEG

Zudem sollte das barrierefreie Bauen stärker in den Ausbildungscurricula der Baufachberufe und anderer relevanter Berufsgruppen (Stadtplaner etc.) verankert werden

**Ausbildungs-
relevanz**

Der Deutsche Verein fordert, die DIN 18040 und DIN 18070 bzw. übergangsweise entsprechende Vorgängernormen in den Landesbauordnungen und anderen Baugesetzen in Bezug zu nehmen. Im Rahmen des Baugenehmigungsverfahrens sollte gesetzlich eine Beratung über Barrierefreiheit vorgesehen werden.

11. Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung mit Blick auf die lokale Pflegeinfrastruktur

Eine konsequente Orientierung an einer Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und eine präventive Ausrichtung der Pflegepolitik erfordern einen Paradigmenwechsel. Das SGB XI muss sich stärker an den Bedürfnissen Pflegebedürftiger in der häuslichen Versorgung orientieren. Auch die Leistungen zur Unterstützung und Betreuung im Haushalt im SGB XI und in anderen Sozialleistungsgesetzen sind daraufhin zu über-

**Paradigmenwech-
sel in Richtung
häusliche Versor-
gung**

prüfen, ob sie dem Grundsatz des Vorrangs der eigenen Häuslichkeit hinreichend Rechnung tragen. Soweit – z.B. im ländlichen Raum – eine strukturelle Unterfinanzierung ambulanter Dienste besteht, sollten diese behoben werden.

Bei der Weiterentwicklung der Transparenzberichte (§ 115 Abs. 1 a SGB XI) sollte geprüft werden, welche Informationen über die Einrichtung für die Nutzer/innen von besonderem Interesse sind (z.B. Anzahl der Fachkräfte und Hilfskräfte und ihre Qualifikationen, insbesondere bezogen auf Schwerpunktbereiche). Ziel muss eine umfassende Transparenz über Leistungsorganisation und Leistungsangebot sein. Angegebene Spezialisierungen sollten, um einen echten Leistungswettbewerb zu befördern, mit Qualitätsanforderungen belegt werden, wenn diese veröffentlicht werden sollen (z.B. vergleichbar der Regulierung der fachlichen Spezialisierungen bei den Rechtsanwälten).

**Weiterentwicklung
Transparenz-
berichte**

Die Qualitätsberichterstattung in den Ländern, die in einigen Landesheimgesetzen vorgesehen ist, könnte auf Landesebene auf die lokal besonders relevanten Aspekte, z.B. die Gemeinwesenorientierung von Einrichtungen, fokussiert werden. So könnten die Transparenzberichte nach dem SGB XI sinnvoll ergänzt werden.

**Landesqualitätsbe-
richte als Ergän-
zung**

Der Deutsche Verein fordert, den Vorrang der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit im Rahmen einer pflegepolitischen Gesamtstrategie auch durch eine entsprechende Ausgestaltung des Leistungsrechts zu ermöglichen. Der Deutsche Verein hat zudem bereits mehrfach angemahnt, die Frage der finanziellen Nachhaltigkeit der Pflegeversicherung zu lösen. Änderungen bei der Finanzierungsstruktur der Kranken- oder Pflegeversicherung dürfen jedoch nicht dazu führen, dass die in diesen Empfehlungen geforderten Kooperationsmöglichkeiten für Kranken- oder Pflegekassen begrenzt werden.

VI. Fazit

Damit die Kommune die Steuerung der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur befördern kann, sind Steuerungselemente erforderlich, die eine Beeinflussung der örtlichen Angebotsstruktur durch die Kommune über den gegebenen Rahmen hinaus ermöglichen. Pflegeinfrastrukturgestaltung sollte präventionsorientiert sein und das Alltagsleben bei Pflegebedürftigkeit sowie die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit im Fokus haben.

Wesentliche Mittel hierfür sind Kooperation und Vernetzung, sowohl auf lokaler Ebene als auch zwischen den Akteuren verschiedener Ebenen. Damit alle an der pflegerischen und medizinischen Versorgung und dem sozialen Unterstützungssystem Beteiligten im Sinne einer kooperativen Strategie zusammenwirken können, müssen auch die Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen, insbesondere im Pflege- und Gesundheitssystem, quartiersbezogen ausgerichtet werden.