



Leseprobe aus Kemna, Auf dem Weg zum Netzwerkmanager?,
ISBN 978-3-7799-6809-2 © 2022 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz,
Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6809-2](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6809-2)

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	9
Tabellenverzeichnis	11
Abbildungsverzeichnis	12
Abkürzungsverzeichnis	13
1 Einleitung	15
2 Zur Rolle der Kommunen in der pflegerischen Versorgung – Aktueller Forschungsstand	21
3 Die Organisation der öffentlichen Verwaltung und die Aufgaben der Kommunalverwaltungen in Nordrhein-Westfalen	27
3.1 Die Organisationsstruktur der öffentlichen Verwaltung	27
3.2 Kommunalverwaltungen in Nordrhein-Westfalen	30
3.3 Aufgaben der Kommunalverwaltungen in NRW	32
4 Die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung in Deutschland – Finanzierung, Zuständigkeiten, Pflegebedürftigkeit und aktuelle Entwicklungen in der Pflegeversorgungsstruktur	36
4.1 Einführung, Aufbau und Struktur der Sozialen Pflegeversicherung	36
4.2 Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung	41
4.3 Definition Pflege und Pflegebedürftigkeit	45
4.4 Die pflegerische Versorgung von älteren und pflegebedürftigen Menschen in der Bundesrepublik	46
4.4.1 Familiäre und informelle Pflege	48
4.4.2 Professionelle Pflege	50
4.5 Letzte Entwicklungen und aktuelle Herausforderungen	52

5	Herausforderungen kommunaler Daseinsvorsorge	56
5.1	Demografische Herausforderung: Heterogenisierung des Alter(n)s	56
5.2	Strukturelle und finanzielle Herausforderungen auf kommunaler Ebene	61
5.3	Kommunale Demografienpolitik – Ziele, Strategien und Maßnahmen	63
5.4	Kommunale Daseinsvorsorge für ältere und pflegebedürftige Menschen und ein neues Subsidiaritäts-Verständnis	66
5.5	Leitbilder und Bausteine einer kommunalen Daseinsvorsorge für ältere Menschen: Von der Altenhilfe zur integrativen Sozialplanung fürs Älterwerden	69
5.6	(Re-)Kommunalisierung der Pflegepolitik – Netzwerkmanagement in der Pflegeversorgung?	75
6	Nordrhein-Westfalen: Demografischer Wandel und pflegerische Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen	79
6.1	Nordrhein-Westfalen: Demografische, strukturelle und ökonomische Merkmale und Veränderungen des bevölkerungsreichsten Bundeslandes	79
6.2	Pflegebedürftigkeit und pflegerische Versorgung von älteren Menschen in NRW	82
7	Der gesetzliche und institutionelle Handlungskorridor der Kreise und kreisfreien Städte in der örtlichen Pflegelandschaft in Nordrhein-Westfalen und kommunale Handlungsfelder	85
7.1	Die Landespflegegesetzgebung in Nordrhein-Westfalen	85
7.2	Aktuelle gesetzliche Entwicklungen in NRW	89
7.3	Kommunale Pflichtaufgaben in der örtlichen Pflegeversorgungsstruktur	92
7.3.1	Hilfe zur Pflege und Pflegewohngeld	92
7.3.2	Beratung und Information	95
7.3.3	Planung	99
7.3.4	Vernetzung	105
7.3.5	WTG-Behörde („Heimaufsicht“)	107
7.3.6	Komplementäre Unterstützungsleistungen	108
7.4	Kommunale Handlungsfelder der örtlichen Pflegeversorgungsstruktur	109

8	Theoretische Einbettung der Forschungsarbeit	111
8.1	Der soziologische Neo-Institutionalismus	112
8.1.1	Institution	112
8.1.2	Grundlagen und Traditionen der Organisationssoziologie	116
8.1.3	Der neue soziologische Institutionalismus: Die Grenzen der Effizienz	117
8.1.4	Mikroinstitutionalistische Ansätze	118
8.1.5	Makroinstitutionalistische Ansätze	119
8.2	Institutioneller Wandel von Organisationen	136
8.2.1	Initialkonzepte zur Verbildlichung sozialer Handlungen	137
8.2.2	Prozesse der institutionellen Isomorphie	139
8.2.3	Prozesse der Institutionalisierung, De-Institutionalisierung und Re-Institutionalisierung	141
8.2.4	Ursachen institutionellen Wandels	146
8.3	Soziologie der öffentlichen Verwaltung	147
8.3.1	Bürokratietheorie nach Weber	148
8.3.2	Skandinavische Verwaltungswissenschaft und soziologischer Neo-Institutionalismus	150
8.3.3	Governance-Regime	152
8.4	Zusammenfassung der theoretischen Annahmen und Entwicklung theoriegeleiteter Analysekatogorien	156
9	Forschungsdesign	160
9.1	Fallvergleichende Analyse sowie die strukturierte und fokussierte Fallauswahl	160
9.2	Leitfadengestützte Experteninterviews und Dokumentenanalyse	164
9.3	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	166
10	Empirische Befunde – Zum institutionellen Wandel der Kommunalverwaltungen in der örtlichen Pflegelandschaft	169
10.1	Fallstudien, Interviewpartner:innen und Dokumentenmaterial	169
10.2	Zur Beschreibung und Kontextualisierung der Fallstudien	173
10.3	Das organisationale Feld und die organisationale Umwelt	186
10.4	Bewusstsein und Reflexion	188
10.5	Institutionelle Logiken im organisationalen Feld	193
10.6	Legitimitätsmanagement	205
10.7	Accounts und Theorizing	214
10.8	Akteure	233
10.9	Institutionelle Unternehmer	240

10.10	Isomorphie Prozesse	242
10.11	Diskussion der empirischen Ergebnisse	246
10.12	Grenzen der empirischen Auswertung	260
11	Fazit und Ausblick – Auf dem Weg zum Netzwerkmanager?	262
	Quellenverzeichnis	268
	Anhang	289

1 Einleitung

Die Auswirkungen des demografischen Wandels, die Veränderung von familiären Netzwerken und nicht zuletzt das Entstehen neuer Lebenslagen älterer Menschen stellen unsere Gesellschaft und Solidargemeinschaft vor komplexe Herausforderungen. Deutlich wird vor allem, dass unser Sozialstaat mit seinen derzeitigen institutionellen Regelungen nicht ausreichend auf die demografiebedingt wachsende Anzahl pflegebedürftiger Menschen vorbereitet ist. Erschwerend kommt hinzu, dass die Diversität der Problemlagen und der sozialen sowie gesundheitlichen Versorgungsbedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Menschen immer weiter zunimmt. Diese sind u. a. durch einen steigenden Anteil an Multimorbidität, Demenz, Pflegebedürftigkeit wie auch soziale Exklusion gekennzeichnet. Zeitgleich sind immer mehr ältere Menschen von Altersarmut bedroht und auf ergänzende Leistungen der Sozialhilfe wie die Hilfen zur Pflege (HzP) angewiesen.

In NRW sind die Kosten für die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Durchschnittlich müssen rund 2.200 Euro pro Monat für einen stationären Pflegeplatz aufgewandt werden; NRW ist damit bundesweit Spitzenreiter hinsichtlich der stationären Kosten. Insbesondere die hohen Investitionskosten für die Immobilien und die Einzelzimmerquote werden vom Sozialverband VdK dafür verantwortlich gemacht. Da pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen immer öfter nicht mehr für die hohen Kosten aufkommen können, müssen die Kommunen dies in ihrer Rolle als öffentliche Sozialhilfeträger (öSHT) auffangen (Deutschlandfunk Kultur 2019). Im Jahr 2018 gaben die Kreise und kreisfreien Städte in NRW insgesamt 6,6 Milliarden Euro (brutto) für die Sozialhilfe aus. Dies waren 3,1 % mehr als im Vorjahr 2017 (LKT NRW 2019). Im Bundesvergleich weist NRW die höchsten Ausgaben für den Bereich der HzP auf (Kochskämper 2018b, S. 9). Diese beliefen sich im Jahr 2018 auf insgesamt 9,28 Millionen Euro (brutto) für die HzP, wobei 84,73 % davon für Leistungen innerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen aufgewandt wurden (IT.NRW 2019b). Der Gesetzgeber präferiert auch aus diesen Gründen den Vorrang der vorgeblich kostengünstigeren ambulanten vor der stationären Pflege (§ 3 SGB XI).

Die Anzahl der (vorrangig älteren) pflegebedürftigen Personen wird in Deutschland bis 2050 voraussichtlich auf 4,5 Millionen steigen und sich damit nahezu verdoppeln (Rothgang et al. 2012, S. 13). Immer mehr Ältere stehen weniger junge Menschen gegenüber. In den Regionen und Kommunen der Bundesrepublik vollzieht sich diese Entwicklung sehr differenziert. Während in allen Regionen die Bevölkerung älter und heterogener wird, sind die ländlichen Räume zusätzlich von Rückgängen in der Einwohneranzahl und damit auch

Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt betroffen. Zudem werden insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Gebieten die Ausgaben für öffentliche Güter und Dienstleistungen gekürzt (Neu 2009, S. 12). Mehr denn je wird in den letzten Jahren aus diesen Gründen über den Umfang der kommunalen Daseinsvorsorge und damit einhergehend über Teilhabechancen und Versorgungsmodelle der älteren Bürger:innen diskutiert. Die Corona-Pandemie im Frühjahr 2020 und ihre Folgen haben diesen Debatten nochmal Aufwind verschafft; es wird seither verstärkt über eine sozialgerechte Entlohnung im Gesundheits- und Pflegesektor, eine neue Qualität der Pflegetätigkeiten und die Systemrelevanz einer kollektiven Daseinsvorsorge der Pflege diskutiert (bspw. Spiegel Online 2020).

Seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung 1995 und einem kodifizierten Sicherstellungsauftrag der Pflegeversorgungsstruktur durch die Pflegekassen wurde die kommunale Ebene, die vorher hauptsächlich für die Pflegeversorgungsstruktur zuständig war, zum „Restkostenfinanzierer“ (Deutscher Städtetag 2015, S. 5) für Sozialhilfeleistungen und das Pflegegeld. Da die unmittelbaren Folgen einer steigenden Pflegebedürftigkeit und die Versorgung älterer Menschen allerdings in erster Linie Gegenstand der Kommunen bzw. der Kommunalpolitik sind, stellte die Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2011 fest, dass „[d]ie Pflege der Zukunft eine Pflege im Quartier“ (ASMK 2011, S. 12) sei. Kommunale Spitzenverbände sowie freie Wohlfahrts- und Sozialverbände schlossen sich dieser Meinung an und fordern eine Revitalisierung staatlicher Interventionen in der Wohlfahrtsproduktion.

Es geht um nicht weniger als die Reform und Neujustierung einer Pflegestruktur und die Entwicklung neuer Pflegearrangements, welche nach wie vor das Paradigma ‚ambulant vor stationär‘ verfolgen, nun aber die Kommunen sowie die unmittelbaren Wohnquartiere der älteren Menschen in den Mittelpunkt stellen. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge sowie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) heben konkret die Verantwortung der Kommunen zur Entwicklung

„wohnortnaher, kleinräumiger, flexibler Pflegearrangements und die Gestaltung eines intelligenten Hilfe-Mix, die Stärkung primärer Hilfenetze und die Einbeziehung von (qualifiziertem) freiwilligem Engagement sowie eine bessere Begleitung und wirksame Entlastung pflegender Angehöriger“ (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. 2013) hervor.

Die Planung und Steuerung der „communityorientierte[n]“ (SVR 2014, S. 492) Pflegemodelle, dürfe nicht ‚top-down‘ erfolgen, sondern müsse mit allen beteiligten Akteuren in „dialogisch und partizipativ angelegten regionalen Planungsprozessen entwickelt“ (SVR 2014, S. 531) werden. Denn, es sind mit den Worten des Deutschen Städtetages, gerade

„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“ (2015, S. 5).

Der 7. Altenbericht der Bundesregierung greift diese Forderungen auf und macht deutlich, dass tragfähige und nachhaltige Strukturen auf kommunaler Ebene entwickelt werden müssen. Die Kommunen sollen koordinierend und moderierend in örtlichen Vernetzungsstrukturen agieren und die Rolle eines Netzwerkmanagers übernehmen. Dazu sei neben einer Neudefinition des Subsidiaritätsgrundsatzes auch die Entwicklung einer „Gemeinschaftsaufgabe Daseinsvorsorge“ notwendig (Deutscher Bundestag 2016). Neben Politik und Wissenschaft beschäftigten sich zuletzt auch die Medien vermehrt mit der potenziellen Ausgestaltung einer Kommunalisierung der Pflege (z. B. ZDF 2018).

Als bevölkerungsreichstes Bundesland ist Nordrhein-Westfalen im besonderen Maße von den Auswirkungen des demografischen Wandels betroffen. Immer mehr ältere und pflegebedürftige Menschen stehen immer weniger jüngeren Menschen und (potenziellen) Pflege- und Gesundheitsbeschäftigten gegenüber. Erstmals in der Geschichte des Landes Nordrhein-Westfalen ist die ‚Pflege‘ nach der Landtagswahl 2010 in einen Ministeriums- bzw. Ministertitel, dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW), aufgenommen worden. Unter der grünen Landesministerin Barbara Steffens wurden die landespflegerechtlichen Vorgaben novelliert und mit dem ‚Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen‘ (GEPA NRW) das Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW) eingeführt. Dies soll den Kommunen wie vor der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung Instrumente zur Steuerung der örtlichen Pflegestruktur an die Hand geben und die örtlichen Versorgungsstrukturen im Sinne eines lokalen Wohlfahrtsmixes neu austarieren. Mit dem Pflegestärkungsgesetz III (PSG III) wurde eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet, welche unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Möglichkeiten einer Stärkung der Rolle der Kommunen eruieren sollte, um die Planungs- und Steuerungskompetenzen der regionalen Pflegestruktur weiterzuentwickeln. Daraus resultierte in erster Linie ein Modellkonzept zur Stärkung der kommunalen Pflegeberatung.

Mit wachsenden Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen gehen steigende Anforderungen und dies bei zeitgleich stagnierenden bzw. geringer werdenden finanziellen Kommunalhaushalten und dementsprechenden Spielräumen einher. Das Dilemma der vermehrten Aufgabenwahrnehmung ohne entsprechende

Gegenfinanzierung durch Bundes- und Landesebene wird durch sozialpolitische Fragen der Armutsmigration und Arbeitslosigkeit intensiviert, sodass kein Handlungsspielraum für eine selbstverantwortete und organisierte Daseinsvorsorge möglich ist und vorrangig Pflichtaufgaben von den Kommunen wahrgenommen werden (Grohs 2015, S. 122 f.). Erschwerend kommen „Barrieren“ (Naegele 2017) für kommunales Engagement im Bereich der Pflege durch sozialversicherungsrechtliche Regelungen hinzu. Viele Kommunen hätten daher in den letzten zwei Jahrzehnten einen Prozess der „Entpflichtung und Selbstentpflichtung“ (FES und KDA 2013, S. 11) in sozialpolitischen Fragestellungen eingeleitet und damit selbst strukturelle Hemmnisse geschaffen, welche z. B. der Erprobung progressiver und innovativer Versorgungsmodelle in der Pflege entgegenstehen. Diese Kommunen führen die ‚Nicht-Zuständigkeit‘ und fehlende finanzielle Mittel der öffentlichen Haushalte als zentrale Gründe für ein passives und reaktives Agieren in der örtlichen Pflegestruktur an.

Demgegenüber stehen zahlreiche, gut besuchte Veranstaltungen zu den gesetzlichen Reformen auf Landes- und Bundesebene in der Pflege in den letzten Jahren, welche von freien Wohlfahrtsverbänden, wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und Beratungsunternehmen organisiert wurden. Diese unterstreichen, dass immer mehr Kommunen sich auf den Weg machen (möchten), um eine aktivere Rolle in der lokalen Pflegelandschaft einzunehmen. Die wissenschaftliche Forschung zur Rolle der Kommunen in der Pflege zeigt, dass die Kommunen ihre Aktivitäten vorrangig in den Bereichen der Information und Beratung älterer Menschen sowie im präventiven Bereich und der Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements verorten. Um die Aufgabe des Netzwerkmanagements zu übernehmen, sei jedoch eine vielgeforderte politische „Rekommunalisierung“ (Künzel 2013; Naegele 2014, S. 43 f.) der Pflege notwendig.

An dieser Stelle setzt die vorliegende Studie an. Zentral für das Forschungsinteresse ist die Frage nach einem institutionellen Wandel der Kommunalverwaltungen in Nordrhein-Westfalen in Bezug auf die örtliche Pflegeversorgungsstruktur insbesondere vor dem Hintergrund der politischen Verlautbarungen nach einer ordnungs- und steuerungsrechtlichen Stärkung der kommunalen Ebene sowie jüngsten Gesetzesänderungen auf Bundes- und Landesebene. Davon ausgehend werden folgende Teil-Forschungsfragen abgeleitet, die zur Beantwortung der zentralen Forschungsfrage beitragen sollen:

- Welche Probleme nehmen die Kommunalverwaltungen in Nordrhein-Westfalen aktuell in der Sicherstellung der Pflegeversorgungsstruktur wahr?
- Wie verändert sich das Themenfeld ‚Pflege‘ in den Kommunalverwaltungen in Nordrhein-Westfalen?
- Wie wird das Verhalten der Kommunalverwaltungen im Bereich der Pflegeversorgungsstruktur geformt und welche Absichten werden damit verfolgt?

- Welche Begründungen werden für bzw. gegen die Implementierung von bestimmten Praktiken der Kommunalverwaltungen angeführt?
- Wer sind die maßgeblichen Akteure, die die Implementierung bestimmter Praktiken unterstützen bzw. diesen entgegen stehen oder sie gezielt forcieren?
- Was sind die Gründe dafür, dass viele Kommunalverwaltungen ähnliche Aktivitäten im Bereich der örtlichen Pflegeversorgung aufweisen?

Diese Arbeit soll zur Bearbeitung eines sozialpolitischen und verwaltungswissenschaftlichen Forschungsdesiderats im Hinblick auf die sich verändernde kommunale Aufgabenwahrnehmung im Bereich der Pflege und einer (Re-)Kommunalisierung der Pflege beitragen.

Im Anschluss an die Einleitung wird im zweiten Kapitel der Arbeit der aktuelle Forschungsstand zur Rolle der Kommunen in der Pflegeversorgungsstruktur sowie die Forderung nach einer Pflegestrukturereform und daraus folgende Implikationen für die kommunale Ebene wiedergegeben. Auf dieser Grundlage wird eine Forschungslücke identifiziert, welche den Ausgangspunkt der vorliegenden Studie darstellt. Daran anschließend werden die Organisation der öffentlichen Verwaltung sowie die Aufgaben und Zuständigkeiten der Kommunalverwaltungen in NRW dargestellt. Im vierten Kapitel werden der Aufbau und die Struktur der Sozialen Pflegeversicherung erläutert. Im Fokus stehen die pflegerische Versorgung älterer Menschen und jüngste gesetzliche Entwicklung in der Bundesrepublik. Aus der demografischen Entwicklung der letzten Jahre ergeben sich vielfältige und komplexe sozialpolitische Herausforderungen für die Kommunen, welche im fünften Kapitel eingehend skizziert werden. In der Diskussion der kommunalen Daseinsvorsorge im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung wird die zunehmende Relevanz der Pflege für eine nachhaltige Demografiepolitik deutlich. Im sechsten Kapitel liegt der Schwerpunkt auf der Skizzierung der Rahmenbedingungen des Bundeslandes NRW, welches den geographischen Rahmen der Studie bildet. Die landesrechtlichen Regelungen des Bundeslandes sowie die gesetzlichen Zuständigkeiten und Aufgaben der Kommunen werden im siebten Kapitel besprochen. Den Abschluss des Kapitels bildet die Identifizierung kommunaler Gestaltungs- und Handlungsfelder im Bereich der Pflege. Zur Beantwortung der oben genannten Fragen bedarf es einer theoretischen Rahmung, welche in Kapitel Acht ausführlich erläutert wird und Erklärungsansätze für institutionelle Wandlungsprozesse bereitstellt. Diesem Anspruch kann der soziologische Neo-Institutionalismus gerecht werden, denn dieser erklärt die Verbreitung und Diffusion sowie den Wandel von bestimmten Praktiken nicht allein aufgrund zweckrationaler Gründe, sondern vielmehr durch eine Logik der Angemessenheit und der Zuschreibung von Legitimität. Es werden theoriegeleitete Analysekategorien herausgearbeitet, die die Deskription und Erklärung des institutionellen Wandels der Organisation der Kommunalverwaltungen und ihrer Praktiken und Handlungen zum Ziel haben.

Im neunten Kapitel wird das Forschungsdesign, welches sich aufgrund der zentralen Forschungsfrage aus qualitativen Methoden der Erhebung und Auswertung ergibt, dargestellt. Die Auswertung der empirischen Daten erfolgt im zehnten Kapitel entlang der theoriegeleiteten Analysekatgorien. Den Abschluss des Kapitels bildet die Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund der Forschungsinteresses und der Teilforschungsfragen. Abschließend werden ein zusammenfassendes Fazit gezogen und offene Forschungsdesiderate identifiziert.

2 Zur Rolle der Kommunen in der pflegerischen Versorgung – Aktueller Forschungsstand

Die öffentlich politischen Verlautbarungen der letzten Jahren auf Bundes- und Landesebene fordern mehrheitlich eine Stärkung der Rolle der Kommunen in der örtlichen Pflegelandschaft. Veränderte Zuständigkeiten in der Pflege werden als Lösung für Probleme, wie steigende kommunale Sozialhilfeausgaben, Unter-, Fehl- und Überversorgung und eine hohe Fragmentierung des Gesundheits- und Pflegewesens angesehen. Die wissenschaftliche Forschung hat sich daher in jüngsten Studien mit der Rolle der Kommunen in der pflegerischen Versorgung aus verschiedenen Perspektiven genähert und beschäftigt. Im Folgenden werden zentrale Untersuchungen und ihre Ergebnisse dargestellt.

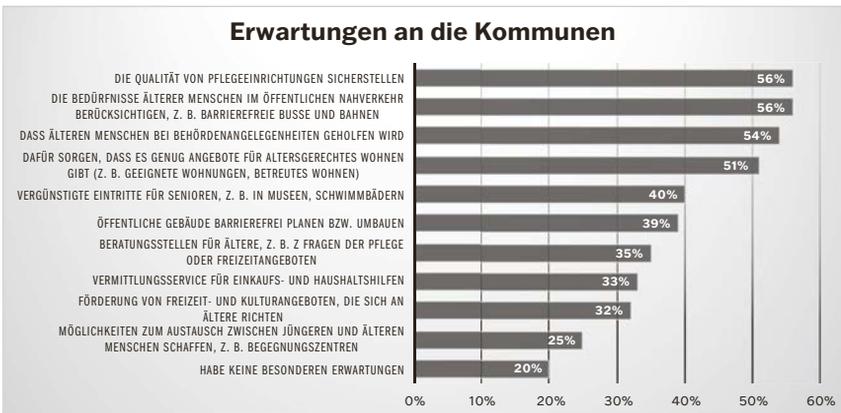
In einer standardisierten Befragung¹ aus dem Jahr 2015 zum Umgang mit den Herausforderungen des demografischen Wandels gaben weit über die Hälfte der Städte und Gemeinden der Region Südwestfalen in NRW an, dass die hausärztliche (81,4 %) und fachärztliche (64,3 %) Versorgung ab 2020 gefährdet sei. Die pflegerische Versorgung, ambulant wie auch stationär, wird trotz des steigenden Anteils der pflegebedürftigen Personen dagegen nur von 27,9 % der Kommunen perspektivisch als gefährdet bewertet. Dennoch sind 90,9 % der befragten Städte und Gemeinden der Ansicht, dass der Bereich der ambulanten Pflege quantitativ stärker ausgebaut werden muss. Ebenso müssten komplementäre Angebote und bedarfsgerechte Wohnräume weiter gestärkt werden. In Bereichen, in denen die Städte und Gemeinden unmittelbar oder mittelbar Einfluss auf die Pflegeversorgungsstruktur nehmen, bspw. durch Beratung, Öffentlichkeitsarbeit, Koordination der (damaligen) Pflegekonferenz und Pflege-Monitoring sind die Anforderungen nach eigener Aussage lediglich bei einem Teil der Städte und Gemeinden gestiegen (Goldmann et al. 2015; Tippel et al. 2015).

Eine aktuelle Studie des *ceres* (cologne center for ethics, rights, economics, and social sciences of health) der Universität zu Köln kommt im Rahmen einer Untersuchung des Normenwandels im Gesundheitssystem zu einem ähnlichen Ergebnis. Befragt wurden Stakeholder aus unterschiedlichen Bereichen (Wissenschaft, Politik, Wirtschaft, Verwaltung, Gesundheit, Pflege, Recht und Technikentwicklung) mit einem unmittelbaren Bezug zum Gesundheitswesen. Die

1 Im Rahmen des BMBF-Projektes ‚Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Innovative Strategien durch Vernetzung‘ (StrateGIN) wurden alle 59 Kommunen in der Region Südwestfalen befragt. Die hohe Ausschöpfungsquote von fast 75 % spricht für die Aktualität und hohe Relevanz der Thematik.

Unterstützung durch die Kommunen bei Lebensübergängen wie in die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wird von 87 % der Stakeholder als ‚wichtig‘ angesehen. Ebenso werden von drei Viertel der Befragten zugehende Beratungsbesuche durch die Kommunen bei älteren Menschen zur frühzeitigen Erkennung von Beeinträchtigungen der Eigenständigkeit befürwortet. Diese Ergebnisse verdeutlichen den breiten Konsens über die Verantwortung und Kompetenz der Kommune im Bereich der Pflege für die Daseinsvorsorge (Woopen et al. 2019). Die Generali Altersstudie 2013 belegt, dass auch die Zivilbevölkerung diese Erwartungseinstellung teilt. Über die Hälfte der älteren Bürger:innen sehen die Kommunen in der Pflicht, eine bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur sicherzustellen (s. Abb. 1).

Abb. 1: Erwartungen an die Kommunen



Quelle: Generali Zukunftsfonds 2012, S. 331

Als einer der Ersten hat Klie sich mit dem Leitbild der ‚Caring Community‘ und seinen Merkmalen beschäftigt (2010). Im Zentrum steht eine Neukonzeption der Steuerungsverantwortung in der Pflege. Der überwiegende Teil der pflegebedürftigen Menschen wird im häuslichen Umfeld versorgt, daher müsse die Unterstützung und Pflege im häuslichen Pflegesetting im Rahmen eines „Hilfemixes“ (ebd., S. 193; Hervorh. im Orig.) erfolgen. Angehörige, welche das Gros der Hilfe- und Betreuungsleistungen übernehmen, werden durch ambulante Pflegedienste sowie andere professionelle Dienste (medizinische, therapeutische Leistungen o. Ä.) unterstützt. Darüber hinaus bringen sich oftmals Nachbar:innen und Freund:innen sowie ehrenamtliche Helfer:innen in die Versorgung mit ein. Um den aktuellen Herausforderung in der Pflege und dem Anspruch der sozialen Teilhabe vulnerabler Personengruppen in der Gesellschaft gerecht zu werden, bedarf es mehr als die klassische Versorgung durch die Familienpflege oder die stationäre Einrichtung. Vielmehr seien ein koordiniertes Zusammenspiel der

relevanten Akteure, eine „bürgerschaftliche Verantwortungsübernahme“ (2010, S. 199) und ein neues Verständnis vom Grundsatz der Subsidiarität unabdingbar.

Basierend auf Klies Vision der ‚Caring Community‘ förderte das Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg von 2012 bis 2014 das Projekt ‚Pfleagemix in Lokalen Verantwortungsgemeinschaften‘. Ausgehend von der Prämisse, dass „die Sicherung der Pflege zur Gemeinschaftsaufgabe“ (Kricheldorf et al. 2015, S. 409) wird, wurden in vier Pilotkommunen Konzepte erprobt, um lokale Verantwortungsgemeinschaften aufzubauen und dem steigenden Bedarf der pflegebedürftigen Menschen an Begleitung, Unterstützung und Versorgung gerecht zu werden. Dies sollte insbesondere durch einen abgestimmten Pfleagemix aus pflegenden Angehörigen, professionellen sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Diensten und freiwilligem Engagement ermöglicht werden: bspw. durch die Überwindung der Schnittstellenproblematik, welche oftmals erschwerend auf einen stetigen Versorgungsprozess wirkt, die Verkürzung der Hilfeverläufe sowie die Aktivierung der Bürger:innen zur aktiven Gestaltung ihres Quartiers und nachhaltigen, selbstorganisierten Strukturen (ebd., S. 409 f.).

Hoffer spricht in diesem Zusammenhang von einer „Wiederentdeckung“ der Kommunen in der Gestaltung integrativer und wohnortnaher kommunaler Gesundheitslandschaften (Hoffer 2013, S. 405). Naegele geht darüber hinaus von einer „erweiterten Verantwortlichkeit der Kommunen in der Pflegepolitik (...) [aus]. Sie betrifft auch weniger die konkrete Leistungserbringung als vielmehr die *Organisation* sozialer und/oder pflegerischer Dienste und Angebote“ (2011, S. 412; Hervorh. im Orig.).

Der einleitend schon erwähnte 7. Altenbericht der Bundesregierung hatte u. a. zum Ziel, aufzuzeigen, wie tragfähige Sorgestrukturen in Quartieren und Kommunen aufgebaut werden können (2016). Vor dem Hintergrund eines neuen Verständnisses des Subsidiarität-Grundsatzes – wie bei Klie – sollte ein gewandeltes Menschen- und Altersbild Berücksichtigung finden, um die Heterogenität des Alter(n)s sowie das Bedürfnis der Menschen, eine Mitverantwortung für die Ausgestaltung ihres unmittelbaren sozialen Umfeldes zu übernehmen, zum Ausdruck zu bringen. Strukturell spricht sich der Altenbericht für die Überwindung von institutionellen Schnittstellen der sozialen, pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung aus, um Hilfe- und Unterstützungsverläufe zu verkürzen. Die Kommunen sollen aber nicht nur hinsichtlich ihrer Aufgabenzuständigkeiten gestärkt, sondern auch finanziell entlastet werden. Die Kommission empfiehlt daher die Entwicklung einer „Gemeinschaftsaufgabe Daseinsvorsorge“ (ebd., S. 43). Die Bundesregierung ist dieser Empfehlung bisher nicht nachgekommen, möchte aber, vor dem Hintergrund einer Sicherstellung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse nach Art. 72 Abs. 2 GG, Möglichkeiten zur Verbesserung finanzschwacher Kommunen eruieren und diskutieren (ebd., S. VII).

Eine strukturelle Pflegereform wird seit vielen Jahren gefordert, eine Integration der gesetzlichen Pflegeversicherung in die Krankenversicherung wird jedoch abgelehnt. Diese könne zwar Schnittstellenproblematiken beseitigen, die Konzeption und Finanzstruktur der Versicherungen seien jedoch verschiedenartig und nicht kompatibel (Teilkasko- vs. Vollkaskoprinzip). Darüber hinaus stünden verschiedene Risiken im Raum, so ist das Risiko der Pflegebedürftigkeit viel stärker altersabhängig als ein Krankheitsrisiko (vgl. Bäcker et al. 2010, S. 196).

Hoberg, Klie und Künzel (2013, 2015, 2016a) entwickelten eine umfassende Konzeption einer Strukturreform Pflege und Teilhabe, welche von den bisherigen Zuständigkeiten und Segmentierungen gelöst eine Neustrukturierung der Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung, Krankenversicherung und Sozialhilfeleistungen im Sinne einer bedarfsgerechten und integrierten Gesamtversorgung fordert. Ausgehend von einer Betonung der kommunalen Verantwortung wird eine Abgrenzung von Cure- und Care-Maßnahmen gefordert. Während Cure gesundheitliche, pflegerische und therapeutische Leistungen von professionellen Dienstleistern umfasst, zählen Formen der Versorgung im alltäglichen Leben, wie hauswirtschaftliche Dienstleistungen und Betreuung zu Care-Maßnahmen. Neben neuen Finanzstrukturen (Vollversicherung im Cure-Bereich und Sachleistungsbudget im Care-Bereich) sind die Kommunen für die integrierte Steuerung und die Kooperation der örtlichen Akteure zuständig. Dazu könnten bspw. „Servicestellen“ (2016a, S. 3), welche gemeinsam mit Pflegestützpunkten im Rahmen eines Assessments eine umfangreiche Beratung und Begleitung anbieten, implementiert werden. Auf struktureller Ebene werden die relevanten Instanzen, wie Krankenhaus-Entlassmanagement, professionelle Pflegedienste, Einrichtungen der Altenhilfe usw. miteinander vernetzt, um die Gesamtheit der Cure- und Care-Leistungen zu steuern. Sie sprechen sich gegen eine ressortbezogene Bearbeitung der Leistungen aus; Hoberg, Klie und Künzel sehen demgegenüber Innovationspotenzial in der integrierten Steuerung durch die öffentliche Verwaltung auf kommunaler Ebene.

Hackmann et al. haben in ihrer Studie (2014) ein Konzept für ein Regionales Pflege-budget vorgelegt. Ausgehend von Klies Verständnis eines lokalen Hilfe- und Pflegemixes, beabsichtigen sie darüber hinausgehend eine Neujustierung der Steuerungsverantwortungen in der Pflege. Auf Kreisebene wird die Implementierung einer ‚Regionalen Einheit‘ in die öffentliche Verwaltung vorgeschlagen, welche vier Aufgabenmodule umfasst (Planung und Steuerung, Pflegeberatung sowie Case und Care Management, Pflege und Betreuung sowie Leitungsbewilligung und Abrechnung). Vorgesehen ist an dieser Stelle die ausdifferenzierte Aufgabenwahrnehmung durch entsprechendes qualifiziertes Personal. Eine organisatorische Einbindung der HzP und weiterer Leistungsbereiche sind möglich. Die WTG-Behörde soll im stationären Bereich für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) unterstützend tätig werden.

Die Kommunen erhalten für das Regionale Pflegebudget bemessen an den pflegebedürftigen Personen und ihrem Pflegebedarf finanzielle Mittel aus der Sozialen Pflegeversicherung. Eine Pauschalvergütung soll einen Anreiz dafür schaffen, dass das Leistungsgeschehen vorrangig in das ambulante Versorgungssetting verlagert wird. Freibleibende Mittel kann die Kommune zur Stärkung der Pflegeinfrastruktur, z. B. im präventiven Bereich oder zur Stärkung des Sozialraums, reinvestieren. Durch dieses Steuerungsinstrument ließen sich vorhandenes Personal koordinierter einsetzen, die ambulanten Strukturen und Sozialräume stärken und die Versorgungsangebote an die regionalen Besonderheiten angepasst.

Eine Untersuchung zur Kommunalisierung der vorbeugenden Pflegepolitik in NRW zeigt, dass durch die jüngsten Gesetzesänderungen auf Bundes- und Landesebene (GEPA NRW, PSG III) stärker auf eine Beratungs- und Koordinationsfunktion der Kommunen zur Förderung der präventiven Angebote gesetzt wird, um eine Heimunterbringung hinauszuzögern. Anhand von vier explorativen Experteninterviews wurden u. a. Kommunalverwaltungen, deren Aktivitäten zu Good-Practice gezählt werden, analysiert. Wenngleich die Betonung der kommunalen Verantwortung ein zielführender Weg in eine Neuordnung der Versorgungsstrukturen sei, fehle es am Transfer dauerhafter finanzieller Ressourcen, um eine präventive Pflegepolitik sowie niedrigschwellige Unterstützungs- und Beratungsleistungen langfristig zu implementieren (vgl. Brüker et al. 2017, S. 327 f.).

Mit dem Fokus auf kommunale Gestaltungsmöglichkeiten in der ambulanten Pflege untersuchte eine Studie der Bertelsmann Stiftung anhand von bundesweit zehn Kreisen und sechs kreisfreien Städten primäre und sekundäre Steuerungsansätze. Insbesondere der Aufbau effektiver Vernetzungsgremien, die strategische Ausrichtung kommunaler Investoren- und Trägerberatungen sowie die Förderung der teilstationären Pflege zur Unterstützung pflegender Angehöriger können den Kommunen Steuerungsmöglichkeiten eröffnen. Unabdingbar scheint die Aktivierung der zuständigen Pflegekassen für die lokalen Prozesse (Plazek und Schnitger 2016).

Im Pflege-Report 2019 beschreibt Brettschneider der Rolle der Kreise und kreisfreien Städte in der kommunalen Pflegepolitik. Er skizziert darin die zentralen Ziele und Handlungsfelder der Kommunalverwaltungen in der Bundesrepublik und geht exemplarisch auf die seit 2014 bestehenden landesrechtlichen Rahmenbedingungen in Nordrhein-Westfalen ein. Der Beitrag zeigt deutlich, dass es in einigen Bundesländern in Deutschland zwar zu einer gesetzlichen Ausweitung der kommunalen Gestaltungspotenziale in den letzten Jahren gekommen ist, das „koordinierte Zusammenwirken einer Vielzahl von Akteuren“ (2020, S. 235) jedoch notwendig sei, um eine bedarfsgerechte und nachhaltige Pflegelandschaft zu gewährleisten.

Aus normativer Perspektive sind sich Politik und Wissenschaft weitgehend einig, dass eine Stärkung der gesetzlichen Steuerungsmöglichkeiten für die

Kreise und kreisfreien Städte hin zur Übernahme des Netzwerkmanagements unabdingbar ist, um eine kommunale pflegerische Versorgungsstruktur sicherzustellen. Die jüngsten Untersuchungen zeigen, dass die Aufgaben und Zuständigkeiten der Kommunen vor allem im präventiven und ambulanten Bereich liegen. Ebenso zeigen Konzepte einer Pflegestrukturreform selten Steuerungsmöglichkeiten des stationären Pflegebereichs (ausgenommen einer ‚Hinauszögerungsstrategie‘) auf. In NRW ist die rot-grüne Landesregierung (2010 bis 2017) auf die Forderung u. a. der kommunalen Spitzenverbände eingegangen und hat mit dem APG NRW und dem WTG sowie den dazugehörigen Durchführungsverordnungen die landesrechtlichen Rahmenbedingungen für die Pflege reformiert. Bundesweit wurde damit erstmalig (wieder) ein Steuerungsinstrument für den Versorgungsbereich der stationären Pflege implementiert.

An dieser Stelle setzt die vorliegende Forschungsarbeit an. Die bisherige Forschung und Debatte zur Rolle der Kommunen und einer Kommunalisierung der Pflegepolitik können als Ausgangspunkt verstanden werden. Neue Erkenntnisse, welche der sogenannten Steuerungsinstrumente von den Kommunen in NRW zur Wahrnehmung der Aufgabe des Netzwerkmanagements genutzt werden und ob ein institutioneller Wandel im neo-institutionalistischen Sinne der Kommunalverwaltungen und ihrer Praktiken vorliegt, liefert die qualitative Auswertung der im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Daten.