

Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. für eine integrierte Senior*innenpolitik: Vernetzung von Altenhilfe- und Pflege- strukturen vor Ort

Die Empfehlungen (DV 3/25) wurden am 3. Dezember 2025 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.

Inhalt

1. Einleitung: Ausgangslage, Ziele und Adressaten	3
2. Handlungsgrundlagen einer vernetzten Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur	4
2.1 Infrastrukturverantwortung, Sicherstellungsauftrag und die Rolle der Kommunen	4
2.2 Teilhabe im Alter als politischer Gestaltungsauftrag	5
2.3 Care und Case Management	6
3. Empfehlungen für die Steuerung und Gestaltung einer integrierten Senior*innenpolitik	7
3.1 Integrierte seniorenpolitische Gesamtkonzepte als zentrale Grundlage etablieren	8
3.2 Örtliche Netzwerkstrukturen für das Alter entwickeln und Care Management etablieren	11
3.3 Sorgende Gemeinschaften/Caring Communities stärken	12
3.4 Rahmenbedingungen für Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation im Alter schaffen	14
4. Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Beratungsstrukturen im kommunalen Raum	16
4.1 Dezentrale Beratungsangebote ausbauen	17
4.2 Beratungsangebote integriert denken	18
4.3 Aufsuchende und präventive Beratungsangebote ausbauen	19
5. Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen einer vernetzten Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur	19

1. Einleitung: Ausgangslage, Ziele und Adressaten

In unserer Gesellschaft des langen Lebens müssen Bedingungen guten Lebens im Alter aktiver als bisher als Aufgabe aller Verantwortlichen verstanden und gestaltet werden. Dabei ist „Alter“ in seiner Vielfalt und Vielschichtigkeit zu berücksichtigen und nicht mit Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. Der Gestaltungsauftrag muss neben der Sicherstellung bedarfs- und bedürfnisgerechter Versorgungsstrukturen für ältere Menschen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auch verstärkt die Förderung von Selbstbestimmung und Selbsthilfe sowie die Ermöglichung aktiver Teilhabe¹ älterer Menschen, so wie dies in der Altenhilfe (§ 71 SGB XII) verankert ist, beinhalten. Damit kann ebenso den Herausforderungen des demografischen Wandels, wie z.B. dem Fach- und Arbeitskräftemangel, entgegengetreten werden. Der Deutsche Verein sieht in der Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen einen wichtigen Schritt, flächendeckende Planungsgrundlagen und Netzwerkstrukturen neu zu denken, zivilgesellschaftliche und ehrenamtliche Mitverantwortung im Sinne von Sorgenden Gemeinschaften/Caring Communities² zu stärken und bessere Rahmenbedingungen für Teilhabe, Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation im Alter zu schaffen.³ Diese kann aus Sicht des Deutschen Vereins nur wirksam in den Kommunen mit einer integrierten Senior*innenpolitik⁴ erfolgen. Für die Umsetzung vor Ort sowie für notwendige Änderungen rechtlicher Regelungen werden nachstehende Empfehlungen formuliert. Der Beratung in der Kommune wird eine Schlüsselkraft für die Gestaltung einer selbstständigen Lebensführung im Alter eingeräumt, sodass darüber hinaus auch Empfehlungen für eine Weiterentwicklung entsprechender Beratungsstrukturen im kommunalen Raum abgefasst werden. Dafür ist es insbesondere erforderlich, dass dezentrale, integrierte, aufsuchende und präventive Beratungsangebote ausgebaut werden.

Mit dem vorliegenden Empfehlungspapier knüpft der Deutsche Verein an seine Empfehlungen aus dem Jahr 2024 zur Umsetzung des § 71 SGB XII an.⁵ Ein Ziel des vorliegenden Empfehlungspapiers ist es, die Schnittmengen zwischen Angeboten der Altenhilfe (SGB XII) und Pflege (SGB XI) sowie der Prävention und Gesundheitsförderung (SGB V, SGB IX, SGB XI, SGB XII) und der Eingliederungshilfe (SGB IX) sichtbar zu machen. Spezifische Weiterentwicklungsbedarfe, die ausschließlich die Pflegeversicherung betreffen, werden in den aktualisierten Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finan-

Ihre Ansprechpartnerin
im Deutschen Verein:
Nina Schwarz.

- 1 Teilhabe umfasst gemäß des Neunten Altersberichts eine Vielzahl von Handlungsfeldern und Aufgabenbereichen (materielle Teilhabe, Wohnen und Mobilität, Gesundheit und Pflege, Soziale Zugehörigkeit und Partizipation). Siehe Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2025): Neunter Altersbericht der Bundesregierung: Alt werden in Deutschland – Potenziale und Teilhabechancen, Berlin, u.a. S. 50 und 246.
- 2 Sorgende Gemeinschaften bzw. Caring Communities zielen im Kern auf eine Sorgekultur als „vorausschauende, anteilnehmende Verantwortungsübernahme für sich und andere“ ab (siehe Kapitel 3.3). Der Begriff der Sorgenden Gemeinschaft wird auch als Leitbild der Sozialraumgestaltung/Quartiersentwicklung genutzt. Vgl. Vortrag von Dr. Peter Michell-Auli (Kuratorium Deutscher Altershilfe): „Das Quartier als Basis für eine ‚Sorgende Gemeinschaft: das KDA-Quartierskonzept‘“ vom 23. April 2013, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2019): Bürgerschaftliches Engagement in einer Sorgenden Gemeinschaft – Perspektiven zur Unterstützung Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger, S. 34.
- 3 Darauf wurde u.a. auch im Siebten Altersbericht hingewiesen. Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017): Siebter Altersbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften.
- 4 Dem Neunten Altersbericht folgend meint „integrierte Senior*innenpolitik“ eine Politik der Ermöglichung von gleichberechtigter, selbstbestimmter und mitverantwortlicher Teilhabe für alle älteren Menschen in ganz Deutschland.
- 5 Siehe Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Umsetzung des § 71 SGB XII (DV 13/23).

zierung der Pflege thematisiert.⁶ Der Deutsche Verein weist ausdrücklich darauf hin, dass mit der Umsetzung der nachstehenden Empfehlungen keine Mehrbelastungen vor dem Hintergrund angespannter Haushaltslagen für Kommunen ange- dacht sind. Vielmehr sind die Kommunen stärker in die Lage zu versetzen, die Umsetzung einer integrierten Senior*innenpolitik zu ermöglichen.

Die Empfehlungen zur Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen richten sich vor allem an Landkreise und kreisfreie Städte sowie kreisangehörige Städte und Gemeinden als steuernde und koordinierende Akteure vor Ort. Explizit sind auch die Pflege- und Krankenkassen aufgefordert, die Umsetzung zu unterstützen. Übergreifend sind Bund und Länder adressiert, um notwendige Rahmenbedingungen zu schaffen. Auf der örtlichen Umsetzungsebene sind alle Akteur*innen in den Kommunen – insbesondere die Leistungserbringenden, Wohlfahrts- und Sozialverbände, private, staatliche und religiöse Organisationen, Senior*innenvertretungen – angesprochen, sich an der Umsetzung einer integrierten Senior*innenpolitik inklusive der Stärkung von Sorgenden Gemeinschaften/ Caring Communities zu beteiligen.

2. Handlungsgrundlagen einer vernetzten Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur

2.1 Infrastrukturverantwortung, Sicherstellungsauftrag und die Rolle der Kommunen

Bund, Länder und Kommunen beteiligen sich an Aufgaben der Daseinsvorsorge auf der Grundlage ihrer jeweiligen rechtlichen Verpflichtungen und politischen Gestaltungsspielräume. In einigen Sozialgesetzbüchern sind Regelungen für das Leben im Alter beschrieben: Krankenversicherung (SGB V), Rentenversicherung (SGB VI), Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX), Pflegeversicherung (SGB XI) und Sozialhilfe (SGB XII). Verpflichtungen für die Gestaltung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur ergeben sich aus dem § 71 SGB XII und u.a. den §§ 8, 9 und 12 SGB XI.

In § 71 SGB XII ist die Verantwortung zur Vorhaltung von Infrastruktur für ein gelingendes Alter(n) rechtlich gefasst.⁷ Zuständig für die Altenhilfe nach § 71 SGB XII sind die Landkreise und kreisfreien Städte als örtliche Sozialhilfeträger und zur Erfüllung dieser Aufgabe verpflichtet. Wie die örtlichen Sozialhilfeträger die Ziele des § 71 SGB XII verfolgen, welche Leistungen und Infrastrukturen sie konkret fördern oder selbst vorhalten, steht in ihrem pflichtgemäßem Ermessen (Gestaltungs- ermessen, SOLL-Vorschrift). Für die Umsetzung der Altenhilfe sind Landkreise und kreisfreie Städte jedoch nicht allein verantwortlich. So beinhaltet der § 71 Abs. 5 SGB XII eine Verzahnung der Leistungen der Altenhilfe nach § 71 SGB XII mit der

6 Siehe Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege (DV 04/25).

7 Altenhilfe als Infrastrukturverantwortung heißt dabei, Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenslagen älterer Menschen entlang der Ziele Selbstbestimmung, Teilhabe sowie Selbsthilfe zu planen, zu beschließen und die Voraussetzungen für deren Umsetzung (z.B. Engagement fördernde Strukturen, Begegnungsstätten, Beratungsstellen) zu schaffen.

„örtlichen Altenhilfe“, die von kreisangehörigen Städten und Gemeinden im Rahmen der Daseinsvorsorge erbracht wird.⁸

Das SGB XI regelt die pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Sie wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Länder und Kommunen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes gemäß § 8 SGB XI bestimmt. Träger der sozialen Pflegeversicherung und verantwortlich für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten sind gemäß §§ 12, 69 SGB XI die Pflegekassen. Die Infrastrukturverantwortung liegt wiederum bei den Ländern. Sie sind gemäß § 9 Satz 1 SGB XI für die „Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ verantwortlich. Die Länder können frei entscheiden, wie sie ihrer Infrastrukturverantwortung aus § 9 SGB XI gerecht werden möchten. Der Infrastrukturverantwortung wird daher je nach landesrechtlicher Vorgehensweise auf unterschiedlicher Weise nachgekommen.

Kommunen, d.h. Landkreise, Städte und Gemeinden, kommt jedoch – aufgrund ihrer Nähe zu den Bürger*innen vor Ort und ihrer Kenntnisse über die lokalen Rahmenbedingungen sowie über die konkreten objektiven Bedarfe und individuellen Bedürfnisse – bei der Gestaltung von „Angelegenheiten örtlicher Gemeinschaften“ (Art. 28 GG) eine besondere Bedeutung zu. Die Umsetzung von Bedingungen für ein gutes Leben im Alter ist jedoch immer auch von der jeweiligen Haushaltsslage und politischen Prioritätensetzung abhängig. Für eine bedarfs- und bedürfnisgerechtere, vernetzte Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur sind aus Sicht des Deutschen Vereins eine neue gesamtgesellschaftliche Verantwortungswahrnehmung und neue Formen der Zusammenarbeit notwendig, die sich in klaren bundes- wie landesrechtlichen Regelungen und Rahmenbedingungen widerspiegeln und Finanzierungsfragen beinhalten.

2.2 Teilhabe im Alter als politischer Gestaltungsauftrag

In einer Gesellschaft des langen Lebens muss ein wesentlicher Fokus der Senior*innenpolitik auf der Ermöglichung von Teilhabe älterer Menschen liegen. Die Teilhabe älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben ist mithin nicht nur Ausdruck von Wertschätzung und sozialer Gerechtigkeit, sondern zentraler politischer Gestaltungsauftrag. Das Leitbild des Neunten Altersberichts einer „selbstbestimmten, gleichberechtigen und mitverantwortlichen Teilhabe“ aller älteren Menschen gilt es umzusetzen:⁹

- Teilhabe ist selbstbestimmt, wenn Menschen ihre Teilnahme am gesellschaftlichen Leben nach eigenen Vorstellungen gestalten können.
- Teilhabe ist gleichberechtigt, wenn Menschen aus allen gesellschaftlichen Gruppen vergleichbare Möglichkeiten zur Verwirklichung ihrer Ziele erhalten.
- Teilhabe ist mitverantwortlich, wenn Menschen ihren Beitrag zum Gelingen des gesellschaftlichen Miteinanders leisten können.

8 Siehe Empfehlungspapier des Deutschen Vereins zur Umsetzung des § 71 SGB XII, NDV 5/2024.

9 Siehe Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2025): Neunter Altersbericht der Bundesregierung: Alt werden in Deutschland – Potenziale und Teilhabechancen, Berlin, S. 7.

Die Vielfalt des Alters mit stark ausgeprägten Unterschieden in Bezug auf Bedürfnisse und Ressourcen sowie die häufig mit dem Alter einhergehenden Einschränkungen sind zu berücksichtigen. Dies muss sich auch in den Angeboten zur Beratung und Begleitung älterer Menschen widerspiegeln. Niedrigschwelligkeit, analoge und digitale Angebote, Wohnortsnähe sowie aufsuchende Beratung sind vor Ort zu berücksichtigen.

Die Teilhabe im Alter stärkt den sozialen Zusammenhalt und nutzt das Potenzial und die Motivation der älteren Generationen, die ihre Erfahrungen und ihre Kompetenzen einfließen lassen können, um die Gesellschaft und Umwelt mitzustalten. Gute Teilhabechancen im Alter fördern die Gesundheit und Lebensqualität. Als Grundlage ist eine bedarfs- und bedürfnisbezogene Infrastruktur vor Ort notwendig. Zudem ist eine ausreichende Kaufkraft eine wichtige Voraussetzung für die Teilnahme am sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Leben. Gleichzeitig sind ältere Menschen eine wichtige Konsumentengruppe, die wiederum einen bedeutenden Treiber für Wirtschaft und regionalen Konsum darstellt. Damit liegt in einer alter(n)sgerechten Infrastruktur vor Ort auch ein Haltefaktor, der sich für Kommunen u.a. wirtschaftlich und kulturell positiv auswirkt. Eine Politik für Teilhabe im Alter berührt somit eine Vielzahl kommunaler Handlungsfelder und Aufgabenbereiche (z.B. Wohnen, Nachbarschaft und Mobilität, Gesundheit, Prävention und Pflege, soziale Eingebundenheit, Engagement und Partizipation), die im Sinne einer integrierten Senior*innenpolitik und eines kommunalen, integrierten seniorenpolitischen Gesamtkonzepts aufeinander zu beziehen sind.

2.3 Care und Case Management

Die Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen im Rahmen einer integrierten Senior*innenpolitik setzt ein sektorenverbindendes multiprofessionelles und interdisziplinäres Vorgehen voraus. Dafür steht eine Care und Case Management-basierte Arbeitsweise. Care und Case Management sind sowohl Methodik als auch ein Organisationsprinzip, das auf ein gut abgestimmtes örtliches Regel- und Koordinationsystem gerichtet ist.¹⁰

Care Management¹¹ meint die organisierte Versorgung bzw. Gestaltung personenunabhängiger Sorgestrukturen im regionalen Versorgungsgefüge.¹² Es lebt von der Beteiligung unterschiedlicher Akteursgruppen im Sinne eines Welfare Mix.¹³ Die Steuerungsaufgabe besteht dabei vor allem in der Umsetzung von Koordinierungsmaßnahmen, die die Verzahnung und Abstimmung der Angebote und Hilfen fördert. Zudem zielt Care Management darauf ab, die Kooperation zwischen Akteur*innen verbindlich und dauerhaft zu strukturieren. Es werden dafür unterschiedliche Netzwerke (Informations-, Milieu-, Projekt- und Produktnetzwerke¹⁴)

10 Vgl. Monzer, Michael (2018): Case Management. Grundlagen. 3. korrigierte und überarbeitete Ausgabe, Heidelberg: MedHochZwei.

11 Der Begriff Care Management wird auch synonym zu den Begriffen Netzwerkmanagement und Systemmanagement verwendet.

12 Siehe Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) (Hrsg.): Was ist Case Management? Offizielle Definition der DGCC, <https://www.dgcc.de/case-management/> (letzter Abruf: 8. Juli 2025).

13 Siehe u.a. Evers, Adalbert/Olk, Thomas (1996): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft, Opladen; Klie, Thomas/Roß, Paul-Stefan (2007): Welfare Mix: Sozialpolitische Neuorientierung zwischen Beschwörung und Strategie, in: Sozialarbeitswissenschaft und angewandte Forschung in der Sozialen Arbeit, Freiburg.

14 Differenzierung nach Prof. Dr. Claus Reis (2013): Netzwerke verstehen – theoretische und praktische Zu-

gebildet und auch die Vernetzung verschiedener Netzwerke unterstützt. Ziel ist es, eine effiziente bedarfs- und bedürfnisgerechte, sozialraumorientierte¹⁵, soziale, gesundheitliche und pflegerische Unterstützung und Versorgung herzustellen sowie Fehl-, Unter- und Überversorgung zu vermeiden. Damit kann zugleich ein Beitrag zur Kostenbegrenzung geleistet werden. Care Management lebt außerdem von der Erkenntnisrückkopplung aus bearbeiteten Fällen des Case Managements. Case Management bezeichnet hingegen eine bedarfs- und ressourcenorientierte Unterstützung bei der Steuerung einer Fallsituation zur Bewältigung einer personenbezogenen Problematik, die insbesondere bei komplexen Problemlagen und kurzfristigen Interventionsbedarfen notwendig sein kann.¹⁶ Case Management ist von Information und Beratung abzugrenzen.

Das Care und Case Management ist bereits im Recht des SGB XI (§ 7a und § 7c SGB XI) verankert oder auch im Sinne des Beratungsauftrages nach § 71 SGB XII relevant,¹⁷ aber dabei häufig nur auf einen Sektor (Pflege oder Altenhilfe) verengt. Es ist bislang jedoch nicht flächendeckend im Sinne integrierter, leistungsfähiger Care und Case Management-Systeme implementiert worden.¹⁸ Insofern gilt es, Care und Case Management auf kommunaler Ebene konsequenter aufeinander bezogen zu realisieren. Bundes- und Landesrecht müssen dafür die notwendigen Voraussetzungen schaffen (siehe Kapitel 5).

3. Empfehlungen für die Steuerung und Gestaltung einer integrierten Senior*innenpolitik

Die Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen im Rahmen einer integrierten Senior*innenpolitik braucht eine gezielte Steuerung durch Kommunen. Der Deutsche Verein sieht in der Planung und im Care- bzw. Netzwerkmanagement zwei wesentliche Steuerungsinstrumente, um durch eine an den Bedürfnissen und Bedarfen der Bürger*innen sowie Akteur*innen vor Ort ausgerichtete, sozialraumorientierte und aufeinander abgestimmte Infrastruktur zu gestalten sowie Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein gutes Leben im Alter ermöglichen. Sie bilden gleichzeitig eine wichtige Grundlage dafür, dass Sorgende Gemeinschaften/Caring Communities entstehen und sich gut entwickeln können, sodass sich Menschen und Organisationen gemeinsam für das Wohl und die Versorgung in ihrer Umgebung engagieren. Sorgende Gemeinschaften/Caring Communities werden aus Sicht des Deutschen Vereins einen wesentlichen Beitrag leisten, den demografisch bedingt zunehmenden Sorgebedarf zu bewältigen.

gänge. Manuskriptfassung eines Vortrages anlässlich der DGCC-Tagung „Vernetzt versorgen. Case Management in und mit Netzwerken“, https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/02/intern_2013_Reis.pdf (letzter Abruf: 24. Juli 2025).

15 Das Konzept der Sozialraumorientierung meint, dass soziale Dienstleistungen und Unterstützungsangebote nicht isoliert oder nur für Individuen gedacht sind, sondern am Lebensumfeld (Sozialraum) der Menschen ansetzen. Siehe u.a. Deutscher Verein (2022): Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 9. Auflage, Stichwort: Sozialraumorientierung, S. 860 f.

16 Siehe Offizielle Definition der DGCC.

17 Siehe Empfehlungspapier des Deutschen Vereins zur Umsetzung des § 71 SGB XII, NDV 5/2024.

18 Siehe u.a. Wolff, Julia Katharina/Pflug, Claudia/Rellecke, Julian/Rieckhoff, Sandra/Dehl, Terese/Nolting, Hans-Dieter (2020): Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI, IGES Institut GmbH, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20200331_IGES_Evaluation_Pflegeberatung_Abschlussbericht.pdf (letzter Abruf: 20. August 2025).

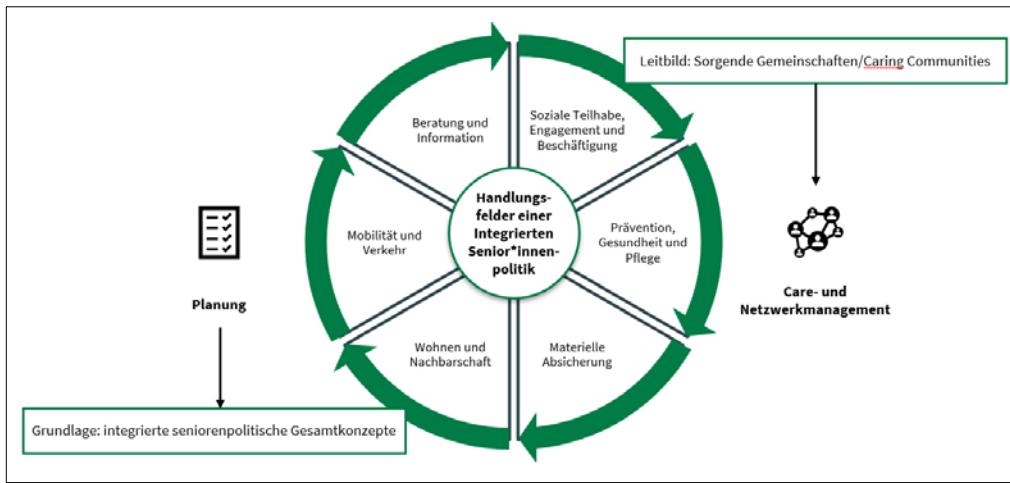


Abbildung 1: Konzept einer integrierten Senior*innenpolitik (Eigene Darstellung)

3.1 Integrierte seniorenpolitische Gesamtkonzepte als zentrale Grundlage etablieren

Planung legt die Grundlage für kommunalpolitische Entscheidungen und ermöglicht die strukturierte Umsetzung von Infrastrukturmaßnahmen sowohl in der Altenhilfe als auch in der Pflege.¹⁹ Planung ist dabei sowohl als Instrument wie auch als Prozess kommunaler Steuerung zu verstehen. Grundlage für Planungsprozesse sind oft Landesgesetze oder untergesetzliche Regelungen, die unterschiedliche Planungsaufgaben für Landkreise und kreisfreie Städte vorsehen. Diese sind oftmals weniger auf Altenhilfe, sondern eher auf den Bereich der Langzeitpflege ausgerichtet. Planungsaufgaben für Landkreise und kreisfreie Städte im Bereich der Altenhilfe sind jedoch auch aus der Infrastrukturverantwortung nach § 71 SGB XII abzuleiten.²⁰ Allerdings fehlt es hier an landesrechtlichen Grundlagen bzw. einer Klarstellung auf Bundesebene, dass die Ausgestaltung des § 71 SGB XII inkl. Planung durch Landesrecht näher zu bestimmen ist. **Der Deutsche Verein empfiehlt dem Bund, in § 71 SGB XII zu ergänzen, dass die Ausgestaltung durch Landesrecht näher zu bestimmen ist.**

Im Sinne einer integrierten Senior*innenpolitik müssen Altenhilfe und Pflege aus Sicht des Deutschen Vereins durch eine integrierte Sozialplanung stärker zusammengedacht werden.²¹ Ziel ist ein integriertes seniorenpolitisches Gesamtkonzept, welches in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt vorliegen sollte und einen communal abgestimmten Handlungsrahmen vorgibt, der Ziele, Maßnahmen und Strukturen zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen festlegt. Hierfür gibt es bundesweit bereits gute Beispiele, die es in die Flä-

19 Damit eng verbunden ist die seit Jahren von einer breiten Fachwelt und ebenso vom Deutschen Verein geforderte und dringend notwendige Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Siehe u.a. Position und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege vom 24. November 2020 (DV 3/20), S. 20 f. bzw. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege (DV 4/25).

20 Siehe hierzu näheres im Empfehlungspapier des Deutschen Vereins zur Umsetzung des § 71 SGB XII, NDV 5/2024.

21 Zu den Voraussetzung einer integrierten Sozialplanung siehe Eckpunkte des Deutschen Vereins für eine integrierte Sozial- und Finanzplanung in Kommunen vom 23. März 2011 (DV 8/11), sowie Eckpunkte des Deutschen Vereins für eine integrierte kooperative Sozialplanung vom 16. September 2020 (DV 18/19).

che zu bringen gilt.²² **Der Deutsche Verein empfiehlt den Ländern, durch Landesrecht verbindliche Grundlagen für eine integrierte Altenhilfe- und Pflegestrukturplanung²³ zu schaffen. Ebenso empfiehlt er, die Maßnahmen eines integrierten seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes resp. die Ausgestaltung von Bedingungen eines guten Lebens im Alter auch mit finanziellen Mitteln zu hinterlegen und durch fachliche Beratung zu unterstützen, um eine Umsetzung zu ermöglichen.**

In der Planung ist die Vielfalt des Alters zu berücksichtigen. So sollten zukünftig bedarfs- und bedürfnisgerechte Hilfe- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Pflegebedarf nicht ohne die Berücksichtigung von Angeboten der kommunalen Altenhilfe und der gesundheitlichen Versorgung geplant werden. Ältere Menschen mit Demenz, mit Behinderungen, mit Migrationsgeschichte und ältere LSBTI*-Personen²⁴ sind als besondere Bedarfsgruppen zu berücksichtigen. **Der Deutsche Verein empfiehlt, bei der Erstellung integrierter seniorenpolitischer Gesamtkonzepte Akteur*innen, Strukturen und Netzwerke der Eingliederungshilfe, der Gesundheitsversorgung²⁵, Migrantenorganisationen und weitere Interessensvertretungen besonderer Bedarfsgruppen (z.B. Menschen mit Demenz, LSBTI*-Personen) einzubeziehen.** Mindestens folgende Handlungsfelder sollten nach Ansicht des Deutschen Vereins Teil eines integrierten seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes sein:

- Beratung und Information (u.a. kommunale Dienste, Wohlfahrtsverbände, Pflege- und Krankenkassen, EUTB, Senior*innenvertretungen, Verbraucher*innen- schutz, Selbsthilfe, Migrantenorganisationen),
- Sorge und Pflege (u.a. Hilfe- und Unterstützungsangebote, Hilfen im Haushalt, Pflegeleistungen, Unterstützung pflegender Angehöriger),
- Gesundheit (u.a. Gesundheitsförderung, Prävention, Sport, Rehabilitation),
- Materielle Absicherung (u.a. finanzielle Hilfen [SGB V, IX, XI, XII] und Vergünstigungen),
- Mitwirkung und Engagement (u.a. Ehrenamt, Partizipation, Begegnung),
- Bildung und Teilhabe (u.a. Freizeit, Kultur, Bildungsangebote),
- Wohnen und Mobilität (u.a. Nachbarschaft, ÖPNV, Wohnraumversorgung).

Darüber hinaus sind Barrierefreiheit, Digitalisierung und das Miteinander der Generationen als Querschnittsthemen mit zu betrachten. Ebenso gilt es Sorgende Gemeinschaften/Caring Communities (siehe Kapitel 3.3) zu berücksichtigen, z.B. durch ein entsprechendes kommunales Leitbild, durch Erhebung lokaler Sorgebe-

²² Beispiele: Bayern (seniorenpolitische Gesamtkonzept), Mecklenburg-Vorpommern (Pflegesozialplanung/ seniorenpolitische Gesamtkonzepte); Rheinland-Pfalz (kommunale Pflegestrukturplanung mit entspr. Tools [contec]); LH Dresden (Fachplan Seniorenanarbeit und Altenhilfe).

²³ Für die Planung werden dabei insbesondere konkrete Vorgaben zu Inhalten, Indikatoren und Planungs- zeiträumen, Kompetenzstrukturen in den Kommunen, d.h. (personelle) Ressourcen sowie Daten benötigt. Siehe u.a. IGES Institut (2025): Kommunale Pflegeplanung – Gutachten, S. 141 ff.; Pflegeplanungen des ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH; Monitorings Pflegepersonalbedarf des Deut- schen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) und AGP Sozialforschung.

²⁴ LSBTI*-Personen meint lesbische, schwule und bisexuelle sowie trans* und inter*Personen.

²⁵ Im Bereich der netzwerkbildenden Gesundheitsversorgung spielen beispielweise Gesundheitsregionen eine Rolle.

ziehungen und der Engagementpotenziale sowie in der Maßnahmenplanung in Form von Nachbarschaftshilfen, Unterstützungsstrukturen, Begegnungsorten.

Teil des Planungsprozesses ist es, im Rahmen einer Bestandsaufnahme die demografische und soziale Lage sowie die Ist-Versorgung vor Ort zu analysieren sowie in einer Bedarfsanalyse Bedürfnisse und Lücken sowie Risiken der Versorgung und Risikogruppen zu identifizieren. Die dafür notwendigen quantitativen wie qualitativen Informationen und Daten müssen sich aus unterschiedlichen Quellen speisen.

Neben den vorhandenen Daten der Kommunen (z.B. Sozialberichterstattung, Überblick über Angebote vor Ort) sind Kommunen bei der Nutzung weiterer kleinerräumiger, statistischer Sozial- und Infrastrukturdaten zu unterstützen (z.B. Pflegedossiers des Landes Brandenburg²⁶, Portal Pflege 2050 des Freistaates Bayern²⁷).

Der Deutsche Verein empfiehlt, dass die Länder in Abstimmung mit den Kommunen die für sie relevanten Daten und Erkenntnisse konsequenter aufbereiten und kommunal-teilräumliche Auswertungen ermöglichen.²⁸ Hierfür braucht es verbindliche Regelungen auf Bundesebene.²⁹ Eine verbindliche Datenweitergabe von Kranken- und Pflegekassen³⁰ sowie der Träger von Pflegeeinrichtungen an regionale Gebietskörperschaften ist dabei ein ebenso notwendiger Schritt.

Aus Sicht des Deutschen Vereins sind dabei KI- und IT-unterstützte Planungstools zwingend einzubinden, die sowohl regional und lokal abbildbare Bedarfe und Bedürfnisse aufzeigen, auf Risiken von Unter- und Fehlversorgung hinweisen, besonders vulnerable Gruppen identifizierbar und die Ressourcen vor Ort sichtbar machen.³¹ Qualitative Daten sind über die Beteiligung älterer Menschen bzw. ihrer organisatorischen Vertretungen (z.B. Senior*innenvertretungen/-beiräte) am Planungsprozess selbst z.B. über aktivierende Befragungen, Zukunftswerkstätten, Bürger*innenforen oder Senior*innenbeiräte einzuholen, um die Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit der Angebote zu erhöhen. Auch ist auf die Expertise von Organisationen, Institutionen, Gremien und Netzwerke vor Ort inklusive des Case Managements (z.B. Senior*innenbüros, Pflegestützpunkte, EUTBs³², Leistungserbringende im SGB XI) als weitere qualitative Datenquelle zurückzugreifen. Hierfür

26 Die Pflegedossiers gehen aber über die Pflegestatistik hinaus: Sie enthalten neben einer Aufbereitung regionaler Daten in Form von Zeitreihen ab dem Jahr 2005 vor allem auch eine sogenannte Status-quo-Projektion bis zum Jahr 2030 unter Berücksichtigung der amtlichen Bevölkerungsvorausberechnung: <https://mgs.brandenburg.de/mgs/de/themen/soziales/pflege/daten-und-fakten-zur-pflege/> (letzter Abruf: 8. Juli 2025).

27 Auf diesem Portal können die Ist-Daten und Prognosen zu unterschiedlichen Themenbereichen bis zum Jahr 2050 abgerufen werden: <https://www.pflegebedarf2050.bayern.de/> (letzter Abruf: 8. Juli 2025).

28 Vgl. Eckpunkte des Deutschen Vereins für eine integrierte Sozial- und Finanzplanung in Kommunen vom 23. März 2011 (DV 8/11) sowie Eckpunkte des Deutschen Vereins für eine integrierte kooperative Sozialplanung vom 16. September 2020 (DV 18/19).

29 Beispielsweise in Anlehnung an die Monitoringkonzepte u.a. in Niedersachsen (Isfort, Michael/Klie, Thomas [2025]: Landesbericht Niedersachsen 2024. Schwerpunkt Regionale Perspektiven der Langzeitpflege. Hrsg. v. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Online verfügbar unter https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/pflege/landespfegebericht-bietet-ueberblick-uber-die-pflegerische-versorgungssituation-in-niedersachsen-neuer-landespfegebericht-ist-veroeffentlicht-niedersachsen-201790.html (letzter Abruf: 7. Oktober 2025) oder Mecklenburg-Vorpommern (AGP/DIP [in Erstellung, Veröffentlichung 2026]): Landesplan Pflege Mecklenburg-Vorpommern.

30 Siehe Bundesrat-Drucks. 630/25, 8. Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung durch das Präsidium des Deutschen Vereins am 3. Dezember 2025 war das Gesetz noch nicht beschlossen.

31 Beispiele hierfür sind u.a. die SAHRA-Plattform und die Kreisverwaltungs-App FOKUS PI des Landkreises Pinneberg.

32 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB).

sind geeignete Netzwerkstrukturen zentral, die relevante Akteur*innen zusammenbringen (siehe Kapitel 3.2).

Das integrierte seniorenpolitische Gesamtkonzept sollte schließlich in relevanten Gremien und Netzwerken (siehe Kapitel 3.2) diskutiert und durch die Expertise und das Wissen lokaler Akteur*innen konkretisiert werden. Gemeinsame Handlungsempfehlungen und Maßnahmen sollten entsprechend abgeleitet sowie deren Umsetzung forciert werden. Dazu braucht es eine strategische Steuerung durch die Landkreise und kreisfreien Städte. **Der Deutsche Verein empfiehlt den Landkreisen und kreisfreien Städten auf eine Beschlussfassung integrierter seniorenpolitischer Gesamtkonzepte mit konkreter Umsetzungsempfehlung hinzuwirken.**

3.2 Örtliche Netzwerkstrukturen für das Alter entwickeln und Care Management etablieren

Eine Vernetzung der verschiedenen, vor Ort tätigen Akteur*innen ist eine zentrale Voraussetzung, um kooperativ Lösungen zu entwickeln, Synergien nutzen zu können und damit integrierte Senior*innenpolitik zu gestalten. Örtliche Netzwerke³³ und Care Management stellen deshalb neben der Planung ein weiteres zentrales Steuerungsinstrument von Kommunen bei der Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen dar, in denen sich auch Sorgende Gemeinschaften/Caring Communities sowie notwendige Strukturen für effektives Case Management entfalten können. **Der Deutsche Verein empfiehlt den Landkreisen und kreisfreien Städten, sich als Koordinatoren und Unterstützer von vernetzten Altenhilfe- und Pflegestrukturen zu verstehen und damit die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für ein gutes Leben im Alter zu fördern.** Ziel muss es sein, sektorenverbindende, interprofessionelle Kooperationen zwischen Akteur*innen vor Ort verbindlich und dauerhaft zu strukturieren. **Der Deutsche Verein empfiehlt den Ländern, die Landkreise und kreisfreien Städte in die Lage zu versetzen, den Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben zur Gestaltung eines guten Lebens im Alter adäquat nachzukommen.**

Auf Ebene der kreisangehörigen Städte und Gemeinden sollten ebenso Netzwerke vorhanden sein, die die Gestaltung eines guten Lebens im Alter ganzheitlich in den Blick nehmen. **Der Deutsche Verein empfiehlt den kreisangehörigen Städten und Gemeinden soweit vorhanden, sich in diesen Netzwerken (wie z.B. Sozialraumkonferenzen) mit dem integrierten seniorenpolitischen Gesamtkonzept und den Umsetzungsempfehlungen auseinanderzusetzen und eine Umsetzung vor Ort zu unterstützen. Sofern noch keine Netzwerke vorhanden sind, empfiehlt der Deutsche Verein solche aufzubauen.**

Eine Zusammenarbeit mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Unterstützung und Versorgung beteiligten Akteur*innen ist Grundlage für die Gewährleistung der pflegerischen Versorgung (§ 8a Abs. 2 SGB XI). Geeignete Strukturen dieser Zusammenarbeit sind die Gremien nach § 8a SGB XI, namentlich Landespflegeausschüsse, sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse und

³³ Auf Länder- und kommunaler Ebene haben sich verschiedene Netzwerke (Informations-, Milieu-, Projekt- und Produktnetzwerke nach Prof. Dr. Claus Reis [2013]) etabliert, um Zusammenarbeit, Austausch und gemeinsame Problemlösungen zu ermöglichen.

regionale Pflegekonferenzen. **Der Deutsche Verein empfiehlt den Ländern, die Gremien nach § 8a Abs. 3 SGB XI landesrechtlich auszustalten. Ebenso empfiehlt er den Kommunen, die durch die Pflegekassen geförderten Netzwerke zur strukturierten Zusammenarbeit der Akteur*innen aktiv zu nutzen (§ 45c Abs. 9 SGB XI).**

Die Vernetzung pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote wird zudem explizit als Aufgabe der Pflegestützpunkte benannt (§ 7c SGB XI). **Der Deutsche Verein empfiehlt den Pflegekassen und Kommunen, Pflegestützpunkte oder vergleichbare Strukturen zu nutzen und weiterzuentwickeln (siehe auch Kapitel 4.2).** Zugleich empfiehlt er, auch vorhandene Beratungsstrukturen für ältere und pflegebedürftige Menschen miteinander zu vernetzen und Erkenntnisse aus (Pflege-)Beratungen und dem Case Management zur Weiterentwicklung der Beratungsstruktur zu nutzen. Für die Beratung muss dabei auch die technologische Vernetzung und (rechtskreisübergreifende/sektorenübergreifende) Zusammenarbeit³⁴ sichergestellt werden, d. h. im besten Falle durch eine landeseinheitliche, zentrale Plattform, die für die Planung und Steuerung genutzt werden kann.

3.3 Sorgende Gemeinschaften/Caring Communities stärken

Die Sorgefähigkeit örtlicher Gemeinschaften sowie die Selbstorganisation der Bürger*innen wird immer mehr an Bedeutung gewinnen. Die Leitidee der Sorgenden Gemeinschaften/Caring Communities bietet tragfähige Antworten auf zentrale Herausforderungen wie der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen, der zunehmenden sozialen Isolation und der größer werdenden Kluft zwischen individuellem Bedarf und institutioneller Versorgung. Sorgende Gemeinschaften bzw. Caring Communities³⁵ zielen im Kern auf eine Sorgekultur als „vorausschauende, anteilnehmende Verantwortungsübernahme für sich und andere“³⁶ ab. Sie sind dabei kein neues Konzept. So werden Sorgeaufgaben als Verantwortungsübernahme für andere schon immer in Familien, Nachbarschaften, Freundeskreisen, Religionsgemeinschaften und gesellschaftlicher Selbstorganisation wahrgenommen sowie in den Kommunen durch Gemeinwesen- oder Quartiersarbeit initiiert, entwickelt, umgesetzt und/oder unterstützt. In Zeiten gesellschaftlicher und demografischer Transformationsprozesse gilt es, sie jetzt besonders zu würdigen, zu unterstützen und dort weiterzuentwickeln, wo sie nicht in tragfähiger Weise vorhanden sind.

Nach Ansicht des Deutschen Vereins verbinden Sorgende Gemeinschaften/Caring Communities die Strukturen der Altenhilfe mit jenen der Pflege. Sie bieten Unterstützung bei der selbstständigen Lebensführung und sozialen Teilhabe älterer Menschen. In Wechselwirkung mit professionellen Angeboten sozialer, gesundheitlicher und pflegerischer Unterstützung und Versorgung ermöglichen sie einen

34 Siehe Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Rechtsvereinfachung und Entbürokratisierung im Sozialrecht vom Mai 2025 (DV 1/25).

35 Siehe u.a. Klie, Thomas (2025): Caring Community – neue Vereinbarkeit oder restaurativer Familialismus, in: Sozialer Fortschritt, Jahrgang 74, Heft 2/3, Februar/März 2025.

36 Siehe z.B. Klie, Thomas (2014): Caring Community – leitbildfähiger Begriff für eine generationenübergreifende Sorgekultur, ISS (Hrsg.): Sorgende Gemeinschaften – Vom Leitbild zu Handlungsansätzen, Frankfurt am Main, S. 10–23.

effizienteren Ressourceneinsatz. In Sorgenden Gemeinschaften/Caring Communities werden damit Aufgaben der Sorge im Sinne eines modernen Welfare Mix professionell flankiert, in informellen Netzwerken alltäglich gestaltet, durch berufliche Hilfen und technischen Support ergänzt und stabilisiert sowie durch vielfältige Formen zivilgesellschaftlichen Engagements unterstützt. Die Stärkung von Sorgenden Gemeinschaften/Caring Communities erfordert ein klares politisches Bekenntnis, verlässliche Strukturen und Raum für Mitgestaltung.³⁷

Sorgende Gemeinschaften/Caring Communities entwickeln sich lokal unterschiedlich und sind im Zuschnitt immer abhängig von den Akteur*innen vor Ort und ihren Themen und Anliegen. **Der Deutsche Verein empfiehlt den Städten und Gemeinden, Sorgende Gemeinschaften/Caring Communities als kommunalen Handlungsansatz zu unterstützen und Maßnahmen zu deren Stärkung und Unterstützung zu ergreifen. Er empfiehlt außerdem den Städten und Gemeinden aufbauend auf vorhandene Ressourcen, eine Struktur sicherzustellen, die geeignet ist, lokale Akteur*innen miteinander zu vernetzen, lokale Aktivitäten zu fördern, Angebote sichtbar zu machen und Engagement zu fördern.** Diese Funktion kann kommunal, gemeinnützig oder durch eine Kooperation getragen werden und z.B. beim Quartiersmanagement angesiedelt sein.

Bürger*innen vor Ort sollten dabei als Mitgestaltende eingebunden werden (z.B. über Zukunftswerkstätten, Bürger*innencafés, Nachbarschaftsparlamente), um Eigenverantwortung und Identifikation zu stärken. **Der Deutsche Verein empfiehlt den Ländern, die notwendigen Rahmenbedingungen – insbesondere für die Bereitstellung personeller und finanzieller Ressourcen vor Ort – zur Stärkung und Unterstützung von Sorgenden Gemeinschaften/Caring Communities in den Kommunen zu schaffen.** Die Erfahrungen aus den Modellvorhaben nach § 123 SGB XI sollten zum weiteren Auf- und Ausbau Sorgender Gemeinschaften/Caring Communities auf kommunaler Ebene genutzt werden.

Sorgende Gemeinschaften/Caring Communities leben von realen Orten, an denen Austausch, Hilfe und Gemeinschaft möglich sind. **Der Deutsche Verein empfiehlt den Kommunen, öffentliche Räume für gemeinschaftliche Nutzung³⁸ als zentrale Infrastruktur vorzuhalten, die als Orte der Begegnung und als Orte der Entstehung und Entwicklung von Sorgenden Gemeinschaften/Caring Communities dienen können (z.B. Mehrgenerationenhäuser, Quartierzentren, Freiwilligen- oder Familienzentren, Dorfgemeinschaftshäuser, Senior*innenbüros, Nachbarschaftshäuser).** Darüber hinaus zeigen bereits einige Beispiele von stationären Einrichtungen in der Pflege, dass Öffnungen der Institution zum Wohn- und Lebensumfeld der Menschen vor Ort auch zu mehr Lebensqualität sowohl für die Bewohner*innen in den Einrichtungen als auch für die Menschen vor Ort/im Quartier/ Sozialraum führen kann. **Der Deutsche Verein empfiehlt, auch Pflegeeinrichtungen als Orte der Entstehung und Entwicklung von Sorgenden Gemeinschaften/Caring Communities einzubeziehen.**

37 Eine Grundlage für politisches Handeln kann das Konzept der „Age-friendly cities“ (Deutsch: Altersfreundliche Städte) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder der „demenzfreundlichen Kommune“ bieten.

38 Siehe u.a. auch Empfehlungen des Vierten Engagementberichts, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2024): Vierter Engagementbericht – Zugangschancen zum freiwilligen Engagement sowie Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2024): Engagementstrategie des Bundes, Berlin.

3.4 Rahmenbedingungen für Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation im Alter schaffen

Für ein gutes Leben im Alter müssen Altenhilfe- und Pflegestrukturen auch mit Angeboten der Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation besser verknüpft werden, um die allgemeinen Gesundheitsressourcen und die Resilienz im Lebensverlauf zu stärken und zu erhalten. Nicht zuletzt kann damit auch Pflegebedürftigkeit hinausgezögert bzw. die physischen und/oder psychischen Fähigkeiten gestärkt und wiederhergestellt werden. Dabei spielen Angebote eine Rolle, die Menschen dazu befähigen, ihr Verhalten zu verändern, um Krankheitsrisiken zu vermeiden oder Gesundheit zu fördern (Verhaltensprävention). Hier fehlt es oftmals an Angeboten, die ältere Menschen adressieren. **Der Deutsche Verein empfiehlt den Kranken- und Pflegekassen, die Präventionsangebote stärker auch auf ältere Menschen zuzuschneiden, um damit deren Gesundheit zu unterstützen, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und das Gesundheits- und Pflegesystem zu entlasten.**³⁹ Insbesondere das Potenzial präventiver Maßnahmen nach § 5 SGB XI und § 3 SGB IX sollte stärker genutzt und besser mit bestehenden Angeboten im Bereich der Altenhilfe und Teilhabe verknüpft werden. Die mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege geplante Ausweitung dieser Angebote auf den häuslichen Bereich bietet die Chance, ihre präventive Wirkung gezielter in der Lebenswelt älterer Menschen zu entfalten.

Pflegende und unterstützende An- und Zugehörige bilden eine besonders wichtige Dialoggruppe⁴⁰, die sowohl in der Altenhilfe als auch in der Pflege stärker beachtet werden sollte. Sie bewegen sich in beiden Systemen und sollten idealerweise von den Strukturen und Angeboten beider Bereiche profitieren. **Der Deutsche Verein empfiehlt, sowohl Angebote als auch Strukturen der Altenhilfe und Pflege bei der Gestaltung von Entlastungsmöglichkeiten für pflegende und unterstützende An- und Zugehörige zu berücksichtigen.** Durch ihre Verantwortung, die sie in der Pflege und Unterstützung übernehmen, schränken sie häufig ihr Berufs- und Privatleben und ihre sozialen Aktivitäten ein. Das erhöht ihr Risiko, gesundheitliche Einschränkungen, soziale Isolation zu erfahren und in Altersarmut abzuleiten. Deshalb werden Angebote und Unterstützungsstrukturen benötigt, die gewährleisten, dass trotz der Pflege- und Unterstützungsauflagen eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben weiterhin möglich ist – etwa durch Sorgende Gemeinschaften/Caring Communities sowie Alltagsbetreuungs-, Entlastungs- und Freizeitangebote.

39 Siehe dazu u.a. Studien zur Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich: figus GmbH (2024): Aktueller Forschungsstand: Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich. Herausgegeben von Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Aktueller_Forschungsstand_Praevention_von_Pflegebeduerftigkeit.pdf (letzter Abruf: 6. November 2025) und IGES Institut GmbH (2025): Prävention von Pflegebedürftigkeit – Dokumentation von Fachgesprächen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2025-05-05 - Fachgespraech_Praevention_Abschlussbericht_bf.pdf (letzter Abruf: 6. November 2025).

40 Im Bereich des Public Health wird zunehmend der Begriff der „Dialoggruppe“ statt „Zielgruppe“ verwendet, um den partizipativen Charakter von Public-Health-Maßnahmen hervorzuheben. Siehe u.a. BZgA/BlÖG (o. J.): Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Glossar zu Leitbegriffen der Gesundheitsförderung und Prävention. Online verfügbar unter: <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/zielgruppen-multiplikatorinnen-und-multiplikatoren/> (letzter Abruf: 29. August 2025).

Prävention und Gesundheitsförderung sollte direkt in den Lebenswelten älterer Menschen ansetzen. Dazu müssen vor Ort die strukturellen, sozialen und räumlichen Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass sie gesundheitsförderlich im Sinne der Verhältnisprävention sind. Damit werden Umgebungen geschaffen, die gesundes, selbstbestimmtes Leben ermöglichen und erleichtern. **Der Deutsche Verein empfiehlt, die präventiven Zielsetzungen des § 71 SGB XII zu berücksichtigen, der Maßnahmen und Leistungen benennt, die dazu geeignet sind, die Lebensqualität und Selbstständigkeit älterer Menschen zu erhalten und zu verbessern.**

Entscheidend ist dabei ein koordiniertes Zusammenwirken der Akteur*innen vor Ort – wie bspw. auf Bundesebene im Rahmen der Nationalen Präventions-Initiative.⁴¹ **Der Deutsche Verein empfiehlt den Kommunen, über integrierte seniorenpolitische Gesamtkonzepte Infrastrukturen bzw. Angebote zu steuern und diese im Sinne des Health in All Policies-Ansatzes⁴² ressortübergreifend umzusetzen, sodass alle notwendigen Politikbereiche in der Umsetzung beteiligt sowie die Gestaltung über kommunale Gesundheitskonferenzen, Kooperationsnetzwerke⁴³ oder ähnliche Strukturen im Sinne von Präventionsnetzwerken im Alter⁴⁴ koordiniert werden.** Auf diese Weise können die verschiedenen Akteur*innen und Institutionen ihre Maßnahmen besser aufeinander abstimmen und gemeinsam eine wirksame Unterstützung für ältere Menschen bieten. **Zudem bekräftigt der Deutsche Verein seine Empfehlung, die Finanzausstattung der Kommunen dahingehend zu verbessern, dass Prävention und Gesundheitsförderung in den Kommunen⁴⁵ adäquat umgesetzt werden können.**⁴⁶⁴⁷

Um entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, sollten zum einen physische und soziale Barrieren abgebaut und Zugänge zu Angeboten und Leistungen (z.B. mit Blick auf den steigenden Anteil von Menschen mit Demenz) erleichtert werden. **Der Deutsche Verein empfiehlt, niedrigschwellige Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen, in dem diese an Orten der Altenhilfe, Pflege und Teilhabe angeboten werden. Zudem sollten Orte der sozialen Teilhabe und Begegnung (z.B. Nachbarschaftszentren, Vereine, Senior*innenbüros, Mehrgenerationenhäuser), die bereits als Orte zur Stärkung von Sorgenden Gemeinschaften/Caring Communities fungieren, für Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. um Einsamkeit vorzubeugen)**

41 Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (2018): Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf (letzter Abruf: 16. September 2025).

42 Gesundheit in allen Politikfeldern zu verankern, ist eine von der WHO verfolgte Strategie, die unter dem Begriff Health in All Policies (HiAP) eingeführt wurde und ressort- sowie politikfeldübergreifende Zusammenarbeit im Sinne einer Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verfolgt, siehe u.a. hier: <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit-in-allen-politikfeldern-health-in-all-policies-hiap/> (letzter Abruf: 14. Oktober 2025).

43 Zum Beispiel Gesundheitsregionen, Demenznetzwerke.

44 Siehe u.a. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Nds. (2021): Präventionsnetze im Alter, https://www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Projekte/KGC-NDS/Themenhefte_KGC_Praeventionsnetze-im-Alter_2021-08-18.pdf (letzter Abruf: 8. Juli 2025).

45 Siehe u.a. §§ 20 ff. SGB V, öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) gemäß Gesundheitsdienstgesetze der Länder.

46 Vgl. Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, 2011.

47 Prävention und Gesundheitsförderung bleiben originäre Aufgabe der Kranken- und Pflegekassen gemäß SGB V und SGB XI.

stärker berücksichtigt und deren Ausbau gefördert werden. Von Bedeutung ist, dass vor allem vulnerable Gruppen, wie z.B. Menschen in schwierigen Lebenssituationen oder mit geringem Einkommen, hiervon profitieren, da sie ein hohes Präventionspotenzial haben. **Der Deutsche Verein empfiehlt den Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden, den Leistungserbringenden und Kommunen, sich in den Bereichen Gesundheit, Sport, Altenhilfe und Quartiersentwicklung für den Ausbau niedrigschwelliger Angebote und Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu engagieren und diese deutlich sichtbarer zu machen.**

Im Bereich der Rehabilitation fehlt es an geriatrischen bzw. spezifisch mobilen geriatrischen Rehabilitationsangeboten (z.B. MoGeRa⁴⁸). Mobile geriatrische Rehabilitationsangebote ermöglichen insbesondere pflegebedürftigen Menschen nach einem Akutereignis oder einer fortschreitenden chronischen Erkrankung, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben bzw. ihre verbliebene Selbstständigkeit zu erhalten. **Der Deutsche Verein empfiehlt Rehabilitationsanbietern und Leistungsträgern wie etwa Kranken- und Pflegekassen, mobile Rehabilitationsangebote im Allgemeinen und mobile geriatrische Rehabilitationsangebote im Besonderen auszubauen.** Darüber hinaus sollten rehabilitative Angebote besser auch in stationäre Settings⁴⁹ integriert werden, um therapeutische Impulse in die Pflege bzw. Behandlung einfließen zu lassen, die die Gesundheit der Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf sowie von Menschen mit Beeinträchtigungen verbessern.⁵⁰

4. Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Beratungsstrukturen im kommunalen Raum

Der Beratung kommt eine Schlüsselrolle für die Gestaltung einer selbstständigen Lebensführung und eines gelingenden Alters zu. Sie stellt eine wesentliche Voraussetzung zur (frühzeitigen) Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen dar. Allgemeine Informationen unterschiedlicher Akteure in analoger wie digitaler Form stehen vielfältig zur Verfügung, sind jedoch nicht für alle älteren Menschen ausreichend.⁵¹ Benötigt werden insbesondere wohnortnahe Beratungsangebote, die eine an den Bedarfen und Bedürfnissen des älteren Menschen ausgerichtete Beratung sicherstellen. Im Sinne einer Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen gilt es, dezentrale, integrierte sowie aufsuchende und präventive Beratungsangebote auszubauen bzw. bestehende Beratungsangebote dahingehend weiterzuentwickeln.

48 Zum Konzept siehe Roigk, Patrick (2025): Mobile Geriatrische Rehabilitation – Ein zukunftsweisender Baustein in der Rehabilitation älterer Menschen, in: ProAlter 1/25: Alter(n) und Rehabilitation, S. 28–31.

49 Siehe Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege (DV 4/25).

50 Erste Erfahrungen werden dazu im Projekt „SGB Reha“ gemacht: <https://www.aok.de/pk/rh/sgb-reha/> (letzter Abruf: 8. Juli 2025).

51 U.a. sieht es der Deutsche Verein als erforderlich an, dass bereits im Vorfeld einer Beantragung von Sozialleistungen niedrigschwellige barrierefreie Informationsmöglichkeiten auch in digitaler Form zur Verfügung stehen und dass sich die Beratung der Behörden an den Lebenslagen der Ratsuchenden ausrichtet. Siehe Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Rechtsvereinfachung und Entbürokratisierung im Sozialrecht vom Mai 2025 (DV 1/25).

4.1 Dezentrale Beratungsangebote ausbauen

Eine zentrale Herausforderung für Ratsuchende stellt der oftmals fehlende wohnortnahe, bedarfsgerechte und niedrigschwellige Zugang zu den Beratungsstrukturen dar. **Der Deutsche Verein empfiehlt, einen dezentralen wohnortnahen Auf- und Ausbau von Beratungsangeboten sicherzustellen, indem bestehende lokale Angebote z.B. für Beratungssprechstunden genutzt werden bzw. ein lokales Beratungsnetzwerk durch die Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren (z.B. Kommunen, Wohlfahrtsverbänden, Hausärzt*innen) aufgebaut wird (siehe auch Kapitel 3.2).**

Insbesondere die Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen muss gestärkt werden. Sie bilden eine wichtige Schnittstelle im Versorgungssystem, da sich soziale Probleme häufig in Erkrankungen manifestieren bzw. die Menschen nicht wissen, wohin sie sich wenden sollen. **Der Deutsche Verein appelliert an die Kassenärztlichen Vereinigungen, auf eine Zusammenarbeit der Hausärzt*innen mit den lokal ansässigen Beratungsangeboten hinzuwirken, um den Zugang insbesondere für allein lebende ältere Menschen zu nicht-klinischen, sozialen Unterstützungsangeboten zu verbessern.**⁵²

Die Zusammenarbeit im Beratungsnetzwerk sollte eine qualitätsgesicherte, transparente und anbieterneutrale Beratung für die Bürger*innen sicherstellen. **Der Deutsche Verein empfiehlt, in Kooperation mit den Netzwerkpartner*innen des zu etablierenden Beratungsnetzwerkes für ältere Menschen Qualitätsstandards zu entwickeln, sodass Ratsuchende im Sinne einer „Beratung aus einer Hand“ nach einem Erstkontakt mit einem beliebigen Netzwerkpartner an die für ihre Anfrage qualifizierte Stelle vermittelt werden und dort eine Beratung erhalten.**⁵³

Eine wohnortnahe Beratung sollte im Besonderen für die Pflegeberatung der Kassen gelten. Diese wird häufig jedoch ohne lokale Anbindung und Vernetzung erbracht. Jene, die Pflegeberatung nutzen, zeigen sich zufrieden mit der Beratung.⁵⁴ Dennoch wird Pflegeberatung von der Bevölkerung immer noch zu wenig in Anspruch genommen.⁵⁵ **Der Deutsche Verein empfiehlt daher dem Bund, die Aufgaben der Pflegeberatung der Kassen (§ 7a SGB XI) konsequent in bestehende regionale und lokale Beratungsstrukturen zu integrieren.** Dabei gilt es u.a., die Schnittstellen zur Altenhilfe, Prävention und Gesundheitsförderung sowie Eingliederungshilfe zu berücksichtigen (siehe Kapitel 4.2).

Neben analogen Angeboten ist der Ausbau bzw. die Einbindung digitaler Beratungsformen wie Video-Sprechstunden oder Online-Plattformen zentral, um zusätzlich Barrieren abzubauen und flexible Zugänge zu schaffen. So entsteht ein

⁵² Insbesondere Studienerkenntnisse zum „Social Prescribing“ (deutsch: Soziales Rezept) sollten genutzt werden. Eine EU-weite Studie der Charité untersucht aktuell die Wirksamkeit von „Social Prescribing“ sowie dessen nachhaltige Implementierung in verschiedene nationale Gesundheitssysteme. Weitere Informationen finden Sie hier: https://allgemeinmedizin.charite.de/forschung/arbeitsgruppen/arbeitsgruppe_stadtmedizin/social_prescribing_eu (letzter Abruf: 15. September 2025). Beispiel: Die Stadt Hannover hat dies in Kooperation mit dem Nds. Hausärzteverband am 17. September 2025 eingeführt.

⁵³ Siehe bspw. Pflegenetzwerk Vogtlandkreis: Qualitätshandbuch Pflegeberatungsprozess: https://pflegenetz-vogtland.de/media/custom/2772_60_1.PDF?1731058258 (letzter Abruf: 8. Juli 2025).

⁵⁴ Siehe u.a. GKV-Spitzenverband (2024): Evaluation der Pflegeberatung: Ergebnisse, Entwicklungen und perspektiven, Band 21, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung oder DAK-Pflegereport 2025: Pflege vor Ort – zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Perspektiven für ein verlässliches Pflegesystem.

⁵⁵ Siehe ebenda.

dezentrales Beratungssystem, das persönliche und digitale, ortsunabhängige Unterstützung kombiniert.

4.2 Beratungsangebote integriert denken

Um unterschiedliche Anlaufstellen für ältere Menschen zu vermeiden und eine koordinierte und ganzheitliche Form der Beratung zu gewährleisten, sind die in den Sozialgesetzbüchern und Kommunen „verstreut“ vorhandenen Beratungsansprüche und Beratungsstellen miteinander zu verzähnen.⁵⁶ **Der Deutsche Verein empfiehlt den Ländern, integrierte Beratungsansätze auszubauen, die gutes Leben im Alter ganzheitlicher denken.** Beispiele hierfür sind u. a. die Seniorenpflegestützpunkte Niedersachsen oder Alten- und Servicezentren München.

Weitere Beratungsangebote ließen sich dort integrieren (z.B. Wohnberatung, Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung) bzw. Ratsuchende an die entsprechenden wohnortnahmen Beratungsstellen weitervermitteln. **Der Deutsche Verein empfiehlt, in bewährten lokal verankerten Strukturen weitere Case Management-Ansätze sowie Beratungsansprüche und -angebote im Sinne einer integrierten Beratung zu verschränken und dies durch Anpassung bestehender Regelungen zu vereinfachen. Er empfiehlt zudem, die Erkenntnisse aus den Beratungen für die Weiterentwicklung der Altenhilfe- und Pflegestruktur im Sinne des Care Managements zu nutzen (siehe auch Kapitel 3.2).** Integrierte Beratungsstellen können sich so als Care und Case Management-Organisationen etablieren und zugleich örtliche Ankerpunkte eines integrierten seniorenpolitischen Gesamtkonzepts sein. Gleichzeitig könnte von dort auch eine pflegefachliche Begleitung im Sinne einer Stärkung der häuslichen Pflege flankiert werden.

Integrierte Beratung erfordert zudem eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Personalausstattung in den Beratungsstellen. Benötigt werden sozialarbeiterische, sozialversicherungsrechtliche und pflegefachliche Kompetenzen. **Der Deutsche Verein empfiehlt den Ländern und Kommunen, auf einen entsprechenden Kompetenzaufbau hinzuwirken, um den unterschiedlichen Beratungsbedarfen älterer Menschen (nach Information, Beratung, Case Management) gerecht zu werden.** Damit lassen sich auch Formen der Unterstützung (analog zum § 106 SGB IX) besser in bestehende Beratungsstrukturen integrieren. Unterstützung sollte sowohl klärende, vorbereitende Hilfen (z.B. Klärung von Zuständigkeiten, Möglichkeiten der Selbsthilfe, Teilhabe und des Engagements) und konkrete handlungsbezogene Hilfen (z.B. Kontaktaufnahme zu weiterführenden Stellen, Terminvereinbarung, Begleitung, Hilfe bei Antragsstellung) umfassen. Von besonderer Relevanz sind dabei auch eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Begleitung von institutionellen Übergängen (z.B. nach Entlassung aus dem Krankenhaus in Pflegearrangements) sowie die hierfür erforderliche sektorenübergreifende und interprofessionelle Zusammenarbeit.

56 U.a. §§ 7a und c SGB XI, §§ 11 und 71 SGB XII, §§ 12, 32 und 106 SGB IX.

4.3 Aufsuchende und präventive Beratungsangebote ausbauen

Nicht alle älteren Menschen werden durch anlassbezogene und standortgebundene Beratungsangebote erreicht. Um allen älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben und Teilhabe im Alter zu ermöglichen, sind frühzeitige, niedrigschwellige und aufsuchende Angebote zentral. Dabei haben sich präventive Hausbesuche oder vergleichbare Angebote bewährt, die ältere Menschen in ihrer Häuslichkeit erreichen und über Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten im Alter informieren bzw. beraten. Darüber können Notlagen und Risiken frühzeitig erkannt und älteren Menschen rechtzeitig bestehende Hilfe- und Unterstützungsnetzwerke vermittelt werden. Sie schaffen zudem Orientierung in einer oftmals unübersichtlichen Angebotslandschaft. Präventive Hausbesuche oder vergleichbare Angebote können damit einen wichtigen Beitrag zur Gesundheits- wie Einsamkeitsprävention, Teilhabe und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit im Alter leisten.

Der Deutsche Verein empfiehlt den Ländern und Kommunen, präventive Hausbesuche oder vergleichbare Angebote als flächendeckendes Angebot auszubauen und mit bestehenden Beratungsstrukturen zu verzähnen, wobei die regionalen Gegebenheiten zu berücksichtigen sind. Neben den aufsuchenden Angeboten in der Häuslichkeit werden in einigen Kommunen auch neue Ansätze der Sozialen Arbeit wie etwa Streetwork für Senior*innen⁵⁷ erprobt. **Der Deutsche Verein empfiehlt den Trägern der Sozialen Arbeit, vergleichbare aufsuchende Angebote zu entwickeln und auszubauen, um neue Zugangswege insbesondere zu vulnerablen und schwer erreichbaren älteren Menschen zu erproben.**

5. Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen einer vernetzten Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur

Die Empfehlungen zur Steuerung und Gestaltung einer integrierten Senior*innenpolitik sowie Weiterentwicklung von Beratungsstrukturen im kommunalen Raum entfalten ihre Wirkung, wenn gleichzeitig die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen bzw. bestehende Regelungen weiterentwickelt werden. In den Kapiteln 3 und 4 wurden dazu spezifische Empfehlungen an den Bund, die Kassen und die Länder formuliert. Voraussetzung für die wirksame Vernetzung von Altenhilfe- und Pflegestrukturen muss sein, dass sich die Strukturförderung vereinfachen ließe. **Der Deutsche Verein empfiehlt dem Bund und den Ländern, neue gesetzliche Grundlagen zu schaffen, die es Kommunen ermöglichen, ein gutes Leben im Alter vor Ort zu gestalten und Altenhilfe und Pflege in Verbindung mit Prävention und Gesundheitsförderung zusammenzudenken.** Kranken- und Pflegekassen, die für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung sowie Prävention zuständig sind, sind finanziell als auch als kommunal agierende Akteure einzubeziehen.

Bezogen auf die Weiterentwicklung von Beratungsstrukturen im kommunalen Raum gilt es, bestehende Strukturen und Angebote zu nutzen bzw. auszubauen. Die Pflegestützpunkte gemäß § 7c SGB XI stehen für eine regionsübergreifend vorhandene Beratungsstruktur, die es nach Ansicht des Deutschen Vereins weiterzuentwickeln gilt. **Der Deutsche Verein empfiehlt dem Bund, die Beratungsan-**

⁵⁷ Beispiele lassen sich u.a. in München, Berlin oder Hannover finden.

sprüche nach SGB XI (§§ 7a, 7c, 45 SGB XI) zu novellieren, um die Beratung in der Pflege einfacher und flexibler zu gestalten und damit die Umsetzung einer ganzheitlichen Beratungs- und ggf. auch Angebotsstruktur zu ermöglichen. Dabei gilt es auch die bisherige Diskrepanz zwischen den gesetzlichen Vorgaben und der wirklichen Umsetzung zu überwinden.⁵⁸ **Konkret empfiehlt der Deutsche Verein dem Bund, § 7a rechtlich neu zu fassen und damit die Verantwortung und den Anspruch der Pflegeberatung auf kommunaler Ebene neu zu denken.** Der Beratungsauftrag nach § 71 SGB XII sollte dabei miteinfließen.⁵⁹ **Der Deutsche Verein empfiehlt, dass sich die Pflegekassen sowie die Länder an der Finanzierung beteiligen, insbesondere hinsichtlich des Auf- und Ausbaus erforderlicher Infrastrukturen.** Ebenso müssen Möglichkeiten einer integrierten Finanzierung von Beratungs- und Care und Case Management-Strukturen ausgebaut werden.

⁵⁸ So ist die Ausgestaltung der Pflegeberatung und Pflegestützpunkten in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich. Siehe u.a. Klie et al. (2018), Braeseke et al. (2018), DAK-Pflegereport 2025.

⁵⁹ Z.B. in Form eines Budgets oder einer Finanzierung pro Einwohner*in 60plus Jahre.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 140 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer, der privatgewerblichen sozialen Dienste und der Wissenschaft für alle Bereiche der Sozialen Arbeit, der Sozialpolitik und des Sozialrechts. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation sowie der Migration und Integration.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private
Fürsorge e.V.
Dr. Verena Staats, Vorständin
Michaelkirchstr. 17/18
10179 Berlin
www.deutscher-verein.de
E-Mail info@deutscher-verein.de

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Bildung, Familie, Senioren,
Frauen und Jugend