

# Kurzbeitrag

Frank Schulz-Nieswandt

## Analyse und Diskussion zur Sozialraumorientierten Pflegepolitik im Rahmen kommunaler Daseinsvorsorge im Koalitionsvertrag 2018<sup>1</sup>

*Man wird den pflegepolitischen Gehalt des Koalitionsvertrages nicht aus dem Gesamttext herausgelöst isoliert betrachten und verstehen können. Pflegepolitik ist Teil der Sozialpolitik und Sozialpolitik ist Teil der Gesellschaftsgestaltungspolitik.*

### Diskussion ausgewählter, aber zentraler Dimensionen des Koalitionsvertrages

Dazu kann die Analyse durchaus mit dem Europabezug gleich zu Beginn des Koalitionsvertrages starten. Die Präambel beginnt (Zeile 6) mit dem europarechtlich vollständig richtigen Tatbestand, dass die EU eine Wertegemeinschaft ist. Diese Wertestruktur ist die der modernen Satzzeit von 1789: Freiheit, Gleichheit und Solidarität. In diesem Sinne ist in Kapitel X. mit dem „Pakt für den Rechtsstaat“ (Zeile 5764) ein Fundamentalpunkt des europäischen Zivilisationsprojektes angesprochen (Schulz-Nieswandt 2016).

Im GG materialisiert sich nun die Rechtsstaatsidee in der Figur des sozialen Rechtsstaates in Art. 20 GG. Damit ist das Zusammenspiel der Sozialschutzsysteme der Sozialpolitik im System der SGB, die soziale Daseinsvorsorge der Kommunen (im Sinne von Art. 28 GG) und des Gewährleistungsauftrages der Länder im Lichte des auch völkerrechtlich gestärkten Art. 1 GG sowie des Grundrechts auf freie Persönlichkeitsentwicklung im Lebenslauf im Sinne von Art. 2 GG mit Blick auf den fundamentalkonstitutiven § 1 SGB I der unübergehbar normativ-rechtliche Hintergrund der gesamten Handlungssituation der bundesdeutschen Politik hier und heute und in Zukunft (Schulz-Nieswandt 2017 b).

Freiheit der Person und Gleichheit der Chancen zu dieser Freiheit setzt Solidarität voraus, die im Abschnitt zu „Gesundheit und Pflege“ in Zeile 4430 f. betont wird.

Europa stärkt unionsbürgerschaftlich diese Sicht mit Art. 3 (3) EUV (Axiom der – zugleich wettbewerbsfähigen – sozialen Marktwirtschaft). Das Grundrecht auf freien Zugang zu den

---

<sup>1</sup> Überarbeitete Fassung meiner Keynote als Vorstandsvorsitzender des Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) zur Eröffnung der Altenpflegemesse in Hannover am 6.3.2018.

Dienstleistungen von allgemeinem Interesse (DAI) des Art. 36 der Grundrechtscharta ist im EUV und AEUV primärrechtlich – und zwar als ein Strukturwert der EU – verankert.

Der Koalitionsvertrag lässt diesen normativ-rechtlichen Hintergrund durchgängig aufscheinen. In der hermeneutischen Tradition von Schleichermacher und Dilthey lautet es bekanntlich: Man könne manchmal den Autor (oder die Autorin) besser verstehen als er (oder sie) sich selbst versteht.

Die sozialen Teilhaberechte (Zeile 2234) allgemein, aber insbesondere auch die völkerrechtlich, also UN-rechtskonventionell verpflichtenden Teilhaberechte von Menschen mit Behinderungen (Zeile 495, Zeilen 4341 ff.), hier z. B. die Herausstellung der Problematik der Barrierefreiheit, werden ebenso betont wie die Kindergrundrechte und ihre beabsichtigte Verankerung im GG (Zeile 801ff.).

Einige wichtige Kernüberlegungen des Koalitionsvertrages sind in diesem Lichte – sozusagen „zwischen den Zeilen“ mit Blick auf das Potenzial latenter Sinnstrukturen gelesen (Schulz-Nieswandt 2018 b) – rechtshermeneutisch und politikbezogen besser zu verstehen.

Ich lasse einige angedeutete leistungsrechtliche Verbesserungen u. a. im SGB V zur Seite und gehe vor allem auf ein Themenfeld ein: die Stärkung der Kommunen in der Gewährleistung der Sicherstellung bedarfsgerechter integrierter Versorgungslandschaften im Gesundheits- und Sozialwesen.

Dies alles unter dem Vorbehalt des Erfahrungswertes: „Vor der Wahl ist nicht nach der Wahl“. Und dies auch unter dem Vorbehalt, dass es sich, dies durchaus verständlich, oftmals um Leerformeln handelt, aber um produktive Leerformeln, weil sie zwingen zu einem Auslegungsdiskurs, der allerdings seinen eigenen Logiken der politischen Arena und der Diskursordnungen folgen wird.

Die weitere Stärkung der Kommunen bei der Bewältigung des demographischen Wandels (Zeile 1984) ist hier, gerade angesichts des mehr als fraglichen Ertrages des PSG III, zu betonen. Ich verweise hier auf die Idee des präventiven Hausbesuchs in den Zeilen 4501ff. Das Präventionsgesetz bietet hier in der Tat gute Möglichkeiten, sofern der politische Wille (ich meine eine echte Haltungsfrage) zur angemessenen Rechtsauslegung vorhanden ist. Die Länder werden m. E. aber unabhängig vom unklaren Schicksal dieser Idee ihre eigengesetzlichen Wege vor dem Hintergrund von § 9 SGB XI vorantreiben müssen. Entscheidend wird sein (Schulz-Nieswandt 2018 b), ob sich auch die SGB V- und SGB XI-Kassen sich als Akteure der Mitfinanzierung von lokalen Strukturen der kommunalen Daseinsvorsorge verstehen werden.

Ich werde am Ende meines Kommentars die notwendige Psychodynamik der politischen Akteure nochmals kritisch ansprechen.

Ohne im Detail auf die Bedeutung der angesprochenen Bausteine in den Zeilen 1089ff. („Demografiewerkstatt Kommune“, Rolle von Mehrgenerationenhäusern, Bundesaltenplan mit partizipativer Öffnung hin zu den Seniorenorganisationen, soziale Anbindung in der medizinischen Versorgung, „Agenda ‚Gemeinsam für Menschen mit Demenz‘“ etc.) eingehen zu können: Es geht dem Koalitionsvertrag offensichtlich nicht nur um personenzentrierte Einzelleistungsrechtsentwicklung, sondern um Investitionen in lokale und regionale soziale Infrastrukturen in *mittelbarer Unmittelbarkeit* für den Menschen und seinen sozialen Netzen (z. B. der Angehörigen, u. a. in Zeile 4486) im Lebenszyklus. Das kann eigentlich, wie ich meine, nur mehr Steuern.

## Analyse und Diskussion zur Sozialraumorientierten Pflegepolitik

rung bedeuten. Aber ist dies auch wirklich gemeint? Was ist, und wie marktkonform kann und will politische Steuerung in einem Post-Planungs-Zeitalter sein?

Dabei ist die Betonung der Schaffung „flächendeckend gute(r) Gesundheitsversorgung“ (Zeile 506) problemangemessen. Mit der mehrfachen Betonung der Rolle der Angehörigenarbeit und der Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements und des Ehrenamtes (u. a. Zeile 579) wird einerseits das Subsidiaritätsprinzip wiederholt, andererseits aber eben auch die Hilfe zur Selbsthilfe infrastrukturpolitisch und somit gewährleistungsstaatlich im Rahmen der (z. B. in Art. 8 SGB XI verankerten) Idee des Hilfe-Mix betont.

Dies meint eine Idee, die der 7. Altenbericht (BMFSFJ 2016) fortentwickelt hat zur Politik der Generierung nachhaltiger lokaler sorgender Gemeinschaften im Kontext regionaler Pflegestrukturplanung im Lichte der kommunalen Daseinsvorsorge gemäß Art. 20 in Verbindung mit Art. 72 GG (etwa mit Blick auf ländliche Räume u. a. in Zeile 4482 f.). Dazu gehören eben auch Kontexte wie die Entwicklung „Lebenswerte(r) Städte, attraktiv(r) Regionen“ und ein „bezahlbares Wohnen“ (Zeile 560 mit Blick auf Kapitel XI).

An verschiedenen Stellen wird der Bedarf vernetzter, integrierter, transsektoraler und multi-disziplinärer Versorgungslandschaften (vgl. die Zeilen 4515ff.) betont.

Die Idee der integrierten Versorgung ist zwingend mit Blick auf den komplexen sozialen Wandel. Nachdem die lange Geschichte des § 140a-h, sodann a-d und nunmehr 140a SGB V weitgehend enttäuschend blieb, ist auch die systemtransformative Vitalkraft des Innovationsfonds skeptisch abzuwarten. Wird die in Zeile 4522 angedeutete (akteurserweiterte) Bund-Länder-Arbeitsgruppe einen Durchbruch bewirken? Skepsis ist nicht zufällig die notwendige wissenschaftliche Haltung.

Davon unberührt bleibt auch der Bedarf der angedeuteten Stärkung der Zentrenbildung (Zeile 4623ff.) als „interdisziplinäre Behandlungsteams“ für „schwerwiegende, komplexe oder seltene Erkrankungen“ eine Notwendigkeit. Die Akteure der diesbezüglichen Selbsthilfeorganisationen können hierzu das soziale Drama problemlos narrativ darlegen.

Ich betone (Schulz-Nieswandt 2018 a) in aller Kürze nur die komplexe Vulnerabilität in der Hochaltrigkeit unter den Bedingungen von Netzwerklücken, der dominante Risikofaktor zur Übersiedlung in stationäre Settings der Langzeitpflege und der No Care-Zonen-Problematik im prekären Krankenhausentlassungsmanagement gemäß § 11 (4) SGB V. Ich bin gespannt, was aus der Formulierung „ergänzende(r) niedrigschwellige(r) Versorgungsangebote z. B. in der Nachsorge“ (Zeile 4635 f.) werden könnte. Im Kontext der dort angesprochenen Weiterentwicklung des DRG-Regimes zugunsten einer Optimierung der Finanzierung der Pflegepersonalkosten wäre auch auf die Frage der Transformation klinikinterner Sozialarbeit zur Sicherung von Brückenfunktionen im Entlassungsmanagement und deren Rolle an der oftmals brüchigen Schnittstelle zur Alltagsbegleitung im häuslichen Kontext zu sprechen. Hier spielen sich oftmals soziale Dramen ab. Geheimnisvoll – ich könnte mir hier leicht eine Anknüpfung an ältere Diskurse zur Modernisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes vorstellen – bleibt in Zeile 4684 die „Stärkung“ des ÖGD. Insgesamt fehlt mir hier terminologiestrategisch die Idee der Sozialraumorientierung (Schulz-Nieswandt 2017 a) in diesen relevanten Abschnitten des Koalitionsvertrages.

Die angeführten Bausteine aus dem Vertragswerks verweisen auf Aspekte des Marktversagens: Die quantitative Angebotsverbesserung war eine Folge der Einführung der Pflegeversicherung.

Märkte für personenbezogene soziale Dienstleistungen müssen aber nicht nur im Sinne des Ordnungsrechts (Qualitätsmanagement) reguliert werden. Ein solches Qualitätsmanagement spricht der Koalitionsvertrag an verschiedenen Stellen im Rahmen des Verbraucherschutzes an. Aber Märkte müssen auch zur Kooperation, Vernetzung, Integration hin choreographiert werden. Hier fehlt es im deutschen Sozialrecht an kommunalen effektiven Governancestrukturen im Kontext der Gesetzgebung von Bund und Ländern. Die Unterversorgungsprobleme im räumlichen Kontext sind ein damit eng verknüpftes Thema. So wie der Vertrag das Krankenhausbedarfsplanungsrecht der Länder betont (Zeile 4614), so ist nun auch die Frage nach den Perspektiven des § 9 SGB XI verstärkt und überaus deutlich zu stellen. Wie können Kommunen im föderalen Gewährleistungsstaatsgefüge von Bund und Länder in der regionalen Pflegestrukturplanung ermächtigt werden? Wie kann eine kommunale Choreographie sozialer Innovationen in Wohnen und Care z. B. durch Einbau in Rahmenverträgen der Kostenträger mit den Leistungsanbietern trotz und entgegen des obligatorischen Kontrahierungzwanges ermöglicht werden? Auch der nun folgende Punkt zur Förderung der Pflegefachkräfteentwicklung hat etwas mit Marktordnungspolitik zu tun.

Das Personalbemessungsproblem wird, völlig richtig, angesprochen. Die diesbezüglichen Ergebnisse bleiben abzuwarten. Aus Sicht der internationalen Forschung wird man aber jetzt schon skeptisch sein müssen: Die Wirkungen von Personalschlüsselquoten und auch die Wirkungen der Idee multi-disziplinärer Teams und die eines pyramidal aufgebauten Qualifikationsmix auf die Ergebnisqualität der Pflege als Interaktionsarbeit und auf die Lebensqualität in verschiedenen Settings sind weitgehend unklar. Das ist kein Argument für die Freigabe regulativer Standards als Qualitätsdumping im Marktwettbewerb! Aber aus der Forschung wissen wir um die Multi-Kausalität des sozialen Geschehens.

Und dies betrifft auch das Verstehen und Erklären der Pflegekraftmangelsituation heute und vor allem zunehmend in naher Zukunft. Hier ist die anvisierte Schaffung von neuen Fachpflegekraftstellen eine grandiose Fehleinschätzung des Problems. Schon die bestehenden freien Stellen können ja nicht besetzt werden. Wir haben kein Erkenntnisproblem: Die Determinanten und somit die ganze Klaviatur des unternehmerischen Demographiemanagements zur Problembewältigung im Sozialsektor sind bekannt. Die Pflege steckt mitten in einer dramatischen Gratifikationskrise. Dabei spielt schlechte Unternehmensführung oftmals eine bedeutsame Rolle.

Eine flächendeckende Tarifpflicht wäre wettbewerbsordnungspolitisch sinnvoll: Der Markt muss faire Wettbewerbsbedingungen für alle Marktteilnehmer in gleichbehandelter und transparenter Weise verordnet bekommen. Die moderne ökonomische Theorie ist hier in ihrer Designforschung eindeutig: Faire generalisierte, auch arbeitssozialrechtliche Rahmenbedingungen sind die Voraussetzung für Effizienz der Märkte und letztendlich für die Kosten-Effektivität der Sozialunternehmen.

Viele andere relevante Punkte werden im Koalitionsvertrag nicht thematisiert. Dazu gehört der bauliche Modernisierungsstau im stationären Sektor, vergleichbar mit Krankenhäusern, Schulen und (auch exzellenten) Universitäten. Längst ist die international so wettbewerbsstarke deutsche Volkswirtschaft in eine nachhaltige Unterentwicklung der Infrastrukturen der *public utilities* geraten.

Was der Gesetzgeber – aber das beschäftigt längst die Arbeit einiger Länder an ihren WTGs – sehen muss, ist die schleichende gebildemorphologische Veralterung des § 3 SGB XI: „ambu-

## Analyse und Diskussion zur Sozialraumorientierten Pflegepolitik

lant vor stationär“. Längst ist die dichotome, binäre Logik in eine Verflüssigung geraten, die Grenzen verschwimmen, neue, hybride Gebilde in einem Übergangsraum erobern die Märkte. Nur zum Teil sind es authentische soziale Innovationen, die bei einer Inklusionsskalierung positiv beurteilt werden würden. Viele Beispiele sind Chimären einer Pseudo-Modernisierung.

Der Vertrag spricht an anderer Stelle auch den Mittelstand an. Die Einbindung der Wohnungswirtschaft – und gerade hier ist an die wiederum an anderer Stelle betonte Förderung der Genossenschaften anzuknüpfen – in die gelingende Sozialraumentwicklung ist möglich, wenn gleich schwer, aber eben doch noch möglich mit regional verantwortlich verankerten Unternehmen. Trans-regionale Investmentgesellschaften, mental organisiert um den Kult von 15%-Renditen, lassen sich kaum kulturell einbetten in die notwendigen Innovationskulturen inklusiver Gemeinden, in denen die Lebensqualität der Menschen im Mittelpunkt stehen soll.

Aber auch jenseits dieser Frage der Wohnungswirtschaft gilt mit Blick auf alle Akteure des sozialen Wandels: Das Ziel sei definiert als kommunale Räume, nahe am Menschen und daher vom Menschen personal erlebbar, um ihnen teilhabende Selbstbestimmung im Generationenengenfuge und in der ganzen sozialen Diversität zu gewährleisten.

Damit komme ich zum Ende: Ich sagte weiter oben: „Ich werde am Ende meines Kommentars die notwendige Psychodynamik der politischen Akteure nochmals kritisch ansprechen.“

Was ist gemeint? Politik ist maßgeblich mitverantwortlich für die Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen und ökonomischer Anreizstrukturen als notwendige Voraussetzungen dafür, dass sich die Akteure bewegen. Hinreichende Bedingung für ein kulturelles Change Management als Selbsttransformation unserer Gesellschaft ist aber eine vitale Psychodynamik: Es geht um Haltungen, also um Charakter, um soziale Phantasie und Empathie, Weltoffenheit und Vertrauen, Mut, langem Atem und Frustrationstoleranz, um Selbstmanagement mit Blick auf die je eigenen Unsicherheiten und Ängste. Vor allem: Die ökonomischen Interessen der Märkte müssen sich von einer kollektiv geteilten Idee orientieren und sodann im Handeln bahnen lassen: nämlich die bundesdeutsche Gesellschaft in einem solidarischen Europa zu einer inklusiven Gesellschaft der selbstbestimmten Teilhabe zu mutieren.

Die Idee ist also klar. Das Drehbuch ist aber noch nicht vollständig geschrieben, jedoch in seinen Konturen bereits definiert. Die Rollen sind klar. Die Bühne ist gegeben. Es muss nun gelingen, dass der Film ablaufen kann.

Aber in diesem Sinne ist die Politik als Akteur der Wohlfahrtsstaatlichkeit ebenso gefordert wie die Bürgerschaft als Akteur der Wohlfahrtsgesellschaft. Gute Pflege ist – so das SGB XI (vgl. dort § 8) – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das geht eben nur durch Selbsttranszendenz im Dienste des gelingenden sozialen Miteinanders, an der auch die je eigene Selbstverwirklichung unhintergehbar gebunden, eingebunden bleibt.

## **Was ist die über die Fragmente des Koalitionsvertrages kohärent hinausgehende notwendige Perspektive?**

Die Länder, sofern sie, wie z. B. Rheinland-Pfalz, sozialraumorientiert innovativ sein wollen, werden nicht auf die – unsichere – Umsetzung des präventiven Hausbesuchs durch Nutzung des

Präventionsgesetzes, wie es im Koalitionsvertrag angedacht wird, warten könne. Die Länder haben gemäß § 9 SGB XI die im § 8 SGB XI angedachte Hilfe-Mix-Idee sozialraumorientiert weiter voranzutragen, um die Kommunen zur sozialen Daseinsvorsorge zu ermächtigen, der Idee der lokalen sorgenden Gemeinschaften im Rahmen regionaler Pflegestrukturentwicklungen im 7. Altenbericht (BMFSFJ 2016) konzeptionell folgend. Dabei fehlt es nicht an Rechtsgrundlagen, die die Idee fundieren. Erinnert werden darf nochmals an das unionsbürgerschaftliche Grundrecht auf freien Zugang zu den Dienstleistungen von allgemeinem Interesse (DAI) in Art. 36 der Grundrechtscharta, seit Lissabon primärrechtlich als Strukturwert der EU im EUV und AEUV komplex verankert, den bundesdeutschen Art. 28 GG im Rahmen der Sozialstaatszielbestimmung Art. 20 GG vor dem Hintergrund von Art. 2 GG stärkend. Art. 2 GG stellt den verfassungsrechtlichen Verankerungsbezug des § 1 SGB I und auch z. B. des Art. 71 SGB XII dar. Das Ganze ist mit Bezug auf Art. 1 GG auch völkerrechtlich durch die relevanten Resolutionen der UN nochmals tiefer verankert.

Vor diesem Hintergrund muss die Auffassung stärker vertreten werden, dass auch die Sozialversicherungen (hier die SGB V- und die SGB XI-Kassen) daran erinnert werden müssen, dass sich zwar staatsmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts in Selbstverwaltung sind, aber eben in diesem parafiskalischen Status nur relativ autonom sind. Sie haben öffentliche Aufgaben, die der Gewährleistungsstaat an den staatsmittelbaren Sektor delegiert hat, zu erfüllen. Die Sozialversicherungen müssen sich als Akteure der kommunalen Daseinsvorsorge verstehen lernen. Sie haben sich an der Sicherstellung der lokalen/regionalen Versorgungslandschaften in einer trans-sektoral integrierten Entwicklung zu beteiligen.

Dazu gehört die Erkenntnis, dass sie als Versicherungen nicht nur Leistungsrecht im Sinne personenzentrierter Einzelleistungsgewährung zu finanzieren haben. Sie haben sich auch an den Investitionen in lokalen Strukturen der Sozialraumgenerierung zu beteiligen, eben auch in den Zwischenraum zwischen ICD- und ICF-Welten, also mit Blick auf die Sorgearbeit in der Alltagsbegleitung der vulnerablen Menschen im Lebenszyklus. Die Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI sind ja bereits Beispiele. Die anvisierte stärkere Rollenverpflichtung der Kassen in dem potenziellen und durchaus zum Scheitern fähigen Steuerungsgeschehen in kommunalen Konferenzen im PSG III ist ein weiteres Beispiel der langsamem Emergenz dieser Idee. Ein paradigmatisches Beispiel ist die Finanzierung der Kontaktstellen zur Förderung von Selbsthilfeaktivitäten gemäß § 20h SGB V, wie an anderer Stelle (Schulz-Nieswandt 2018b) dargelegt. Die Mischfinanzierung von Kontaktstellen zur Förderung der Angehörigen-Selbsthilfe gemäß § 45d SGB X durch Kassen und Land z.B. in NRW verweisen auf die allmähliche Herausbildung einer Parallele der Förderung der Gesundheits- und der Pflegeselbsthilfe.

Baden-Württemberg hat ja einen möglichen Weg gezeigt: nämlich die kommunale Trägerschaft der Pflegestützpunkte, mitfinanziert von Kranken- und Pflegeversicherung. Solche Partnerschaften sind nicht verfassungswidrig, sondern geradezu verfassungskonform. Durch die Förderung lokaler Strukturen der Generierung von Sozialkapital als der Wesenskern eines Sozialraums kommen Kommunen wie Sozialversicherungen der Verfassungsaufgabe des Art. 20 GG vor dem Hintergrund des in Art. 2 GG verankerten § 1 SGB I nach. Mit solchen Investitionen sind Kommunen und Kassen in *mittelbarer Unmittelbarkeit* nah am Menschen, so wie der Mensch umgekehrt die Kommune wieder als seine Gemeinde im Lichte seiner Geborgenheits- und Sicherheitsbedürfnisse im Sinne seines personalen Kohärenzerlebens erfährt. Der vulnera-

ble Mensch fühlt sich angesprochen, er erlebt ein Interesse der Gemeinde an seinem Dasein, eine konstitutive personale MICH-Erfahrung. Das fördert die Selbstaktualisierung des alten Menschen, öffnet ihn hin zum öffentlichen Raum, seine private Häuslichkeit teilhabeorientiert überschreitend hin zur Partizipation am Gemeinwesen (Kruse 2017). Somit kommen auch seine Bedürfnisse nach Generativität zur Wirkung.

Kommunen und Sozialversicherungen müssen eigene Wege der nachhaltigen Finanzierung niedrigschwelliger lokaler Strukturen der teilhabeorientierten Förderung der Selbstbestimmung finden. Eine solche nachhaltige Politik ist eine Haltungsfrage der Politik. Der politische Wille dazu muss sich authentisch bilden. Das Land kann hierzu Rahmenbedingungen schaffen, eben auch durch Anschubfinanzierung des Erlernens von Blaupausen. Aber die nachhaltige Verstetigung muss auf der kommunalen Ebene erfolgen.

## Literaturverzeichnis

- BMFSFJ (Hrsg.) (2016). Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Berlin: BMFSFJ.
- Kruse, A. (2017): Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife. Berlin: Springer.
- Schulz-Nieswandt, F. (2016): Inclusion and Local Community Building in the Context of European Social Policy and International Human Social Right. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, F. (2017 a): Kommunale Daseinsvorsorge und sozialraumorientiertes Altern. Zur theoretischen Ordnung empirischer Befunde. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, F. (2017b): Menschenwürde als heilige Ordnung. Eine dichte Re-Konstruktion der sozialen Exklusion im Lichte der Sakralität der personalen Würde. Bielefeld: transcript.
- Schulz-Nieswandt, F. (2018 a): Biberacher „Unsere Brücke e. V.“ Redundanz im bunten Flickenteppich der Beratung, Fallsteuerung und Netzwerkbildung oder Modell der Lückenschließung? Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, F. (2018 b): Lokale generische Strukturen der Sozialraumbildung. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, F. (2018 c): Zur Metaphysikbedürftigkeit empirischer Alter(n)ssozialforschung. Baden-Baden: Nomos.