

# Brauchen wir eine kommunale Pflegepolitik neben der Pflegeversicherung?

– Ein Plädoyer für menschenfreundliche Pflegelandschaften und kommunale Gestaltung

GERD KÜNZEL

Gerd Künzel ist seit der Wende Ministerialdirigent im Sozialministerium des Landes Brandenburg und leitet die Abteilung für Soziales und Familie. Mit Pflege und Pflegeversicherung ist er seit den Aufbaujahren nach der deutschen Einheit und dem Vermittlungsverfahren zur Einführung der Pflegeversicherung befasst.

**Alle Parameter scheinen auf das Wachstum der stationären Pflege hinzudeuten: Demografie, Alterspyramide, weitere Wege in ländlichen Räumen, zentralere Gesundheitsversorgung und Technisierung. Die Menschen wollen das Gegenteil. Zur Erfüllung dieses Wunsches bedarf es nicht weniger als eines neuen Modelles sozialen Lebens, das nur von den Kommunen vor Ort gestaltet werden kann. Die Kassen haben Partner, die neben den sozialversicherungsrechtlichen Steuerungsmechanismen in der Zukunft eine Hauptrolle bei der humanen Gestaltung der Pflege spielen müssen.**

## 1. Wo stehen wir

Über die kommunale Rolle in der Pflege zu sprechen setzt einen Blick auf die zukünftigen Herausforderungen an die Pflege, auf veränderte Ansprüche der Menschen und die Anforderungen an die Gestaltung der Lebenswelten voraus. Gerade erst erhielt ein junger Mann, Fabian Deitelhoff, im Welt-Online Forum »Die Welt der Zukunft« den zweiten Platz für sein Essay »Altern im Jahre 2064«. Er zeichnet für das Leben im Alter das Bild eines High-Tech-Pflegeturms von 64 Stockwerken innerhalb eines Wohn- und Versorgungskomplexes für 4.000 Personen, in dem eine hocheffiziente pflegerische und gesundheitliche Betreuung organisiert wird.

Die Frage ist, ob wir so alt werden wollen und die letzte Phase unseres Lebens verbringen wollen, oder umgekehrt, wie man verhindern kann, dass diese Vision eintritt, die in anderen Gegenden dieser Welt durchaus planerisch entwickelt wird.

Das SGB XI postuliert in § 3 den Vorrang der ambulanten Pflege und hat auch durch das Pflegegeld erreicht, dass zunächst über die Hälfte der Pflegebedürftigen allein von ihren Angehörigen zu Hause versorgt wurden.

Die Frage ist, ob dies ohne weiteres so bleibt. Auf den ersten Blick scheint die weiter steigende Bedeutung der stationären Pflege unvermeidlich. Im Vergleich der Jahre 1999 und 2009 hat der Anteil der Pflege zu Hause um über 2% Punkte abgenommen, während die stationäre Pflege um fast 3 Prozentpunkte zugenommen hat<sup>1</sup>.

Das demografische Szenario ist inzwischen allgemein bewusst. Die Zahl der Alten steigt in den nächsten Jahrzehnten, vor allem die der über 80- und 90-Jährigen. Was entscheidend zu sein scheint, das Verhältnis zwischen Alten und den heute als erwerbsfähig bezeichneten Jahrgängen verschiebt sich drama-

<sup>1</sup> Berechnet nach DESTATIS Pflegestatistik 2009 Deutschlandergebnisse S23/24

Tabelle 1 Alterspyramide

|      | 20-65               | 65-80               | über 80           |
|------|---------------------|---------------------|-------------------|
| 2000 | 51,2 Mill.<br>(62%) | 10,6 Mill.<br>(13%) | 3,1 Mill.<br>(4%) |
| 2010 | 49,7 Mill.<br>(61%) | 12,5 Mill.<br>(15%) | 4,3 Mill.<br>(5%) |
| 2030 | 42,1 Mill.<br>(54%) | 15,9 Mill.<br>(20%) | 6,4 Mill.<br>(8%) |

Tabelle 2 Entwicklung Sozialhilfe und Sozialhilfeempfänger

|      | Bezieher Hilfe zur<br>Pflege<br>(pro 1000 Einw.) | pro Kopf<br>Ausgaben | Bruttogesamt-<br>ausgaben |
|------|--|----------------------|---------------------------|
| 1992 | 674.716 (8,4)                                    | 92,72 Euro           | 7.508.000                 |
| 2000 | 324.144 (3,9)                                    | 34,99 Euro           | 2.876.000                 |
| 2009 | 392.000 (4,8)                                    | 40,72 Euro           | 3.334.000                 |

tisch. Die Alterspyramide verändert ihre Proportionen.

Der dramatische Anstieg der pflegerelevanten Jahrgänge lässt es aus heutiger Sicht wahrscheinlich erscheinen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen ebenso dramatisch ansteigt. Bis 2030 rechnet das Statistische Bundesamt mit einer Zunahme auf 3,4 Millionen. Gleichzeitig ist es eine aus der Demografie abgeleitete fast schon triviale Erkenntnis, dass das informelle Pflegepotential, insbesondere die Pflegekraft der Familien abnimmt<sup>2</sup>. In den großen ländlichen Räumen Deutschlands nimmt die Bevölkerungsdichte ab. Es wird immer schwieriger, soziale Infrastrukturen in der gewohnten Weise bezahlbar zu organisieren. Die Entfernungen für ambulante Dienste werden immer größer. Gleichzeitig stehen sie unter einem steigenden Kostendruck in den Verhandlungen mit den Leistungsträgern. Dieser Druck geht von Seiten der Kassen von der ambulanten Krankenpflege aus und schlägt auf die Pflege nach SGB XI durch. Der Kampf um die Vermeidung von Zusatzbeiträgen führt zu noch größerer Bemühung um Sparsamkeit, in letzter Zeit vor allem durch die Pauschalierung und Bündelung der Vergütung von Wegezügen und striktere Zeitvorgaben bei den Verrichtungen. Für Dienste und Regionalpolitik gleichermaßen wird es immer schwieriger, die Dienstleistungsstrukturen in den ländlichen Räumen mit weiten Wegen aufrechtzuerhalten.

Die ambulante Pflege steht auch strukturell vor deutlich größeren Problemen als die stationäre. Das liegt auch am unterschiedlichen gesetzgeberischen Ansatz. Während die Finanzierung der ambulanten Pflege, soweit sie nicht über das Pflegegeld pauschal strukturiert ist, sich strikt auf die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen konzentriert, erlauben die Regelungen des SGB XI über die stationäre Pflege die Finan-

zierung einer weitergehenden Betreuung. Es gilt zwar nach § 28 Absatz 4 SGB XI allgemein, dass die Bedürfnisse nach Kommunikation zu berücksichtigen sind. Das Leistungsspektrum der ambulanten Pflege bezieht sich jedoch nach § 36 SGB XI ausschließlich auf die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung, während in der sta-

### Die ambulante Pflege steht strukturell vor deutlich größeren Problemen als die stationäre.

tionären Pflege nach § 43 SGB XI die soziale Betreuung umfasst ist. Wenn es nicht gelingt, diese anderen Leistungen anderweitig zu organisieren, drohen in der ambulanten Pflege Versorgungsengpässe und sogar Risiken. Das IKOS Institut benennt in seiner Wirkungsanalyse für die Zukunftsinitiative des Kreises Siegen Wittgenstein trotz gelungener Eindämmung des stationären Sektors als Risiko, dass die ambulanten Angebote mit dem Bedarf nicht Schritt gehalten haben. Diese Erkenntnis über die Notwendigkeit verbesserter Impulse für die ambulante Betreuung stand auch Pate bei der gesetzlichen Normierung der Pflegestützpunkte im Jahre 2008, durch die stärkere Beratungselemente und Koordinierungsleistungen zwischen verschiedenen Leistungselementen, über die im SGB XI geregelte Pflege hinaus, in das System eingeführt werden sollten.

## 2. Ein Blick zurück

2.1. Die Pflege war auf Leistungsträgerseite bis 1994 kommunale Angelegenheit. Aufgrund der damals in der Sozialhilfe üblichen Zuständigkeitsaufspaltung auf örtliche und überörtliche Träger für ambulante beziehungsweise

stationäre Leistungen gab es bereits damals eine faktisch unzureichende Aufmerksamkeit für die ambulanten Strukturen. Die ambulante Versorgung nahmen die Kommunen aber als ganzheitliche Aufgabe wahr und übten dies auch so aus. Auch das Spektrum der sozialen Dienste war nicht auf die sogenannten Verrichtungen beschränkt.

2.2. Die Pflegeversicherung war – nach bald 20-jähriger Diskussion – vor allem auch eine Antwort auf die Sozialhilfeabhängigkeit der Menschen in Heimpflege. An diesem Punkt war die Pflegeversicherung sehr erfolgreich. Die Zahl der Sozialhilfeempfänger ging ebenso drastisch zurück wie die Ausgaben der Sozialhilfeträger.

Dass Pflege nicht allein von der Pflegeversicherung bewältigt werden kann, war auch den Vätern und Müttern der Pflegeversicherung bewusst. Nach § 8 ist die Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und nach § 9 sind die Länder für die Sicherung der Infrastruktur verantwortlich. Entsprechend dem damaligen Zeitgeist war allerdings der § 9 der Krankenhausfinanzierung nachempfunden. Die Länder sollen – im Gegensatz zu dem sonstigen Marktsteuerungsansatz des SGB XI – die Pflegeeinrichtungen planen sowie die Investitionskosten tragen und die Kassen die Leistungen erbringen. Eine Nebenwirkung dessen war allerdings, dass sich die vorrangige Aufmerksamkeit auf die stationären Einrichtungen richtete, bei den ambulanten Diensten spielen Investitionskosten eine eher untergeordnete Rolle. Diese Fixierung der Aufmerksamkeit war aufgrund des Investitionsprogramms nach Artikel 52 Pflegever-

<sup>2</sup> Vgl. Thomas Klie These 1 der Expertise: Sozialpolitische Neuorientierung und Neuaufbau rechtlicher Steuerung

sicherungsgesetz in den neuen Ländern besonders ausgeprägt. Gleichwohl hatte die Einführung der Pflegeversicherung auch auf dem Bereich des ambulanten Marktes deutliche Mengeneffekte. Die Zahl der der Pflegedienste stieg z. B. von 1999 bis 2009 von 10.820 auf 12.026.

Die ganzheitliche Sicht auf den ambulanten Bereich verschwand allerdings bei den Leistungserbringern ebenso schnell wie bei den Kommunen. Sie konzentrierten sich auf die von der Pflegeversicherung finanzierten Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Im Gegensatz zur stationären Leistung, bei der je nach Pflegestufe bundesdurchschnittlich zwischen ca. 2000 und 2900 Euro für Wohnen, Hotelkosten und zunehmende überschießende Beträge der Pflege mit einer gewissen Selbstverständlichkeit geleistet werden müssen, gelang es nicht, eine Zugzahlungsbereitschaft der Betroffenen bei ambulanten Diensten zu wecken.

Die Dienste – zumindest bei den gemeinnützigen Trägern – haben eher in einem gewissen Umfang Zusatzleistungen kostenlos erbracht, als sie gegen Entgelt anzubieten und dazu Vergütungsspielräume genutzt. Das wird aber zunehmend durch den beschriebenen Kostendruck schwieriger. Die Folge war, dass in der ambulanten Versorgung nur die über SGB XI finanzierbaren Leistungen abgerufen werden und die Peripherie in der ambulanten Pflege sich nicht im erforderlichen Umfang weiterentwickelte.

### 3. Der Demographie Schock führt zum Umdenken

3.1. Inzwischen steigen die Sozialhilfekosten wieder; die Zahl der Sozialhilfeempfänger ebenso wie der Anteil der Sozialhilfe an den Pflegekosten. Die Zahl der Empfänger der Hilfe zur Pflege hat sich absolut und relativ von 200 bis 2009 um 20 % erhöht, die pro Kopf Ausgaben sind im selben Zeitraum mehr als 16% angestiegen. (s. Tabelle 2). Es gilt parteiübergreifend als sicher, dass der Pflegeversicherungsbeitrag allein schon aus demographischen Gründen deutlich ansteigen muss. Der Teilkaschokarakter des SGB XI wird dabei vorausgesetzt.

Den Handelnden ist bewusst, dass die Vollversorgung in einer Heimorganisation selbst bei bestem Willen der

Fachmitarbeiter die verbliebenen Kompetenzen der Pflegebedürftigen schneller abbaut, als dies unter den Bedingungen des häuslichen Lebens der Fall ist. Die Projektionen, in welchem Ausmaß sich stationäre Unterbringungen vermehren könnten und welche gesellschaftlichen Kosten das zur Folge hat, regen auf allen Ebenen neues Denken an. Denken über neue Versorgungsformen, neue Pflegesettings, den Hilfemix, die Pflege im Quartier, sozialräumliche Gestaltung und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Hilfselementen von der Gesundheit über die Pflege bis zu den sozialen Dienstleistungen.

3.2. Mittlerweile trifft daher auch die These, dass Pflege nicht durch die Pflegeversicherung allein organisiert werden kann, allenthalben auf Zustimmung. Es müssen Dienste der Essensversorgung, für die Teilhabe und soziale Kommunikation, das Leben in der Gemeinschaft, der sozialen und gesundheitlichen Betreuung hinzukommen. Insbesondere bei dem neuen im Fokus angekommenen Personenkreis der Demenzen geht es um Aufsicht über den Tag lang, um Anregungen und Maßnahmen, die verbleibenden Kompetenzen zu erhalten. Neue Wohnformen, Wohngemeinschaften, Quartiersmodelle haben zwar noch nicht das Feld erobert, sie zeigen aber, dass eine neue Entwicklung zu neuen sozialen Gestaltungsformen im Gange ist.

### 4. Ein neues Bild von Pflege

Schwerer als das Kostenargument wiegt allerdings der Wunsch der Menschen, solange wie möglich selbstständig und solange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben. Es ist offensichtlich, dass ein neues Bild vom Alter entsteht, das auch vor der Phase der Pflege nicht halt macht. Der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs schreibt in seinem Umsetzungsbericht vom 9. Mai 2009: «Überlegungen zur Sicherstellung der Infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen der Pflege sind zunehmend einbezogen in Konzepte eines aktiven Alterns, das immer stärker durch eine Vielfalt von Altersbildern gekennzeichnet ist.» Wir sind auf dem Wege zu einer Gesellschaft des langen Lebens, das Altersbild ist von den Merk-

malen Aktivität, Teilhabe und Selbständigkeit geprägt, und auch die Wünsche an Phasen der Hilfebedürftigkeit ändern sich dementsprechend. Dieses neue Bild und die neuen Ansprüche der Menschen machen neue Gestaltungsideen erforder-

## Das neue Altersbild und die neuen Ansprüche der Menschen machen neue Gestaltungsideen erforderlich.

lich, die auch alle Chancen für eine längere Erhaltung der Selbständigkeit, auch bei eintretenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen nutzen sollen. An dieser Stelle überschneidet sich das neue Denken für die Pflege mit dem Anspruch auf Inklusion, wie er in der UN Konvention für behinderte Menschen formuliert ist. Das auf dem Sachleistungsprinzip beruhende relativ starre Leistungsrecht des SGB XI gerät hierzu ohne Reform in Widerspruch.

### 4.1. Ambulante Infrastruktur statt (stationärer) Institutionenlogik

Praktisch geht es als erstes darum, den Anteil der stationären Betreuung auf das unbedingt erforderliche Minimum zu reduzieren, und gegenläufig zur Demografie diesen Bereich nicht mehr wachsen zu lassen, sondern im Gegenteil zu verkleinern. Die Mittel sind der Ausbau der ambulanten Infrastruktur, Beratung, Prävention, Reha, Wohngemeinschaften und mehr noch Quartiersmodelle. Im ländlichen Raum sind die Voraussetzungen für das, was das Quartiersmodell anstrebt am ehesten schon traditionell vorhanden. Ein passendes Schlagwort für die dörfliche Struktur ist noch zu finden (Dorfgemeinschaft?). Gefragt wird, ob diese Quartiersmodelle realistisch sind. Vor allem das von der Bertelsmann-Stiftung und der Bank für Sozialwirtschaft geförderte und von vier großen Heimträgern getragene Projekt Song (Soziales neu gestalten) versucht darauf eine positive Antwort zu geben und Möglichkeiten der Realisierung aufzuzeigen. Wenn die Modellberichte übertragbar sind, liegt hier ein humaneres Modell der Unterstützung von Hilfsbedürftigen vor uns, das Selbsthilfekräfte aktiviert, aufrechterhält und im Endeffekt kostengünstiger ist als der

andere Weg. Nach einer Darstellung des Centrum für soziale Investitionen und Innovationen der Universität Heidelberg zeigen die Modelle substantielle Kostensenkungen (30 bis 50%), mehr Lebensqualität, eine verbesserte gesundheitliche Situation, deutlich mehr soziale Kontakte und erhöhten sozialen Zusammenhalt.<sup>3</sup>

#### 4.2. Die kommunale Rolle

Die Modelle zeigen, dass die neue Pflege einen Hilfemix zwischen professionellen und zivilgesellschaftlichen Leistungen braucht. Dafür müssen familiäre und informelle Potentiale erhalten und wiedererweckt werden. Für die Förderung der Solidarität und die Wahrnehmung der Sorgeaufgaben ist zunächst eine qualifizierte Unterstützungsstruktur erforderlich, um Einzelpersonen, Familien und zivilgesellschaftliche Assoziationen dabei zu unterstützen, eigene Lösungen zu finden, zu qualifizieren und zu stabilisieren<sup>4</sup>

Das Denken in sozialräumlichen Gestaltungen ist zur Durchsetzung des Vorranges ambulanter Hilfsmöglichkeiten unverzichtbar. Neben den Sozialversicherungsleistungen ist hierfür ein ganzes Bündel von Parametern erfolgsentscheidend. Es geht darum, das Leben in der örtlichen Gemeinschaft neu zu gestalten, den Wohnungsbau und die Bauleitplanung darauf auszurichten und die Wohnumfeldgestaltung dafür passfähig zu machen. Deutlich wird durch die Modelle, dass diese Aufgabe sich keineswegs auf eine bestimmte Hilfeart beschränkt. Ein funktionierender Sozialraum konzentriert sich nicht nur auf Pflege, er schafft bessere Lebensmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche, für Familien, für Ältere für Behinderte und schafft in einer Gesellschaft, die sich gewandelt hat, neue Möglichkeiten des sozialen Lebens. Ein interessantes Projekt hierzu ist das Teilhabezentrum der Region Adenau im Kreis Ahrweiler (RP), das den Pflegestützpunkt mit Beratungen für Behinderte, Vernetzung und Steuerungsaufgaben verknüpft.<sup>5</sup>

Die dafür unabdingbare Koordination können nur die Kommunen leisten. Die Sozialversicherungen können dies fördern, indem sie ihren Beitrag zur Pflege in diese kommunale Koordinierungsaufgabe gewissermaßen hineinhängen. Nur auf kommunaler Ebene erscheint

es möglich, die Akteure innerhalb eines Marktsystems so zusammenzubringen, dass Pflege in die gewünschte Richtung gesteuert werden kann. Gewachsen ist eine segregierende Struktur sozialer Hilfen<sup>6</sup>, deren Institutionenlogik von den Marktprinzipien profitiert und sich ohne Steuerungsimpulse nicht ohne weiteres verändert. Da, wo Kommunen sich dieser Steuerungsaufgabe dezidiert widmen, scheint dies auch erfolgreich zu sein. Ein gut dokumentiertes Beispiel ist der Modellversuch des Kreises Siegen Wittgenstein in Nordrhein-Westfalen. Die Wirkungsanalyse des IKOS Institutes (s.o. 1.) bescheinigt dem Kreis als Erfolg das Einfrieren der Zahl der Heimplätze trotz günstiger Marktbedingungen für expandierende Investitionen.

#### 5. Neue Rollenverteilung

Waren zwischenzeitlich »die Kommunen raus«, so werden sie nunmehr wieder als entscheidender Koordinator der sozialräumlichen Gestaltung gebraucht. Sie müssen die Pflegelandschaft vor Ort im Zusammenhang mit der Entwicklung der Wohngebiete und des Wohnumfeldes steuern, das Gemeinwesen organisieren und den Hilfemix zwischen professionellen und freiwilligen Hilfen organisieren. Letzteres ist der erfolgskritische Faktor schlechthin in einer Gesellschaft, in der die Familien kleiner werden und nicht mehr unbedingt an einem Ort zusammenbleiben. Angesichts der Mobilität brauchen diejenigen, denen keine familiäre Unterstützung vor Ort mehr

### *Die Kommunen werden wieder als entscheidender Koordinator der sozialräumlichen Gestaltung gebraucht.*

zur Verfügung steht, neue soziale Formen des Helfens. Das Caremanagement muss eine kommunale Aufgabe werden, im Gegensatz zum Cure Management, das u. a. nach SGB XI § 7a SGB XI Kasenaufgabe ist.

Ich gehöre zu denjenigen, die für Kooperationsmodelle zwischen den Kommunen und der Sozialversicherung werben. Die Aufgaben der Kassen bei der Bereitstellung der Leistungen bleiben unverzichtbar. Dazu gehört auch, dass sie sich um die Qualitätssicherung der

Pflegeleistungen kümmern müssen, dass sie die Verantwortung für die Verknüpfung von gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen und für den Vorrang der Rehabilitation haben. Prävention erfordert gesundheitliche und pflegerische ebenso wie soziale und sozialpolitische Leistungen und ist demzufolge auf beiden Seiten anzusiedeln.

#### 6. Gesetzlicher Handlungsbedarf

Gegenüber der Forderung nach einer stärkeren kommunalen Rolle wird eingewandt, dass dies nach dem SGB XI, insbesondere nach § 8 immer schon möglich war und nicht ausreichend wahrgenommen wurde. Richtig daran ist, dass kommunale Steuerungsaktivitäten nicht verboten waren, und dass die Landesgesetze von Ausnahmen wie dem Landespflegegesetz NW abgesehen dies im vergangenen Jahrzehnt nicht unterstützt haben. Ebenso richtig ist aber, dass die geltende Rechtslage dazu teilweise gegenläufige Impulse enthält und die Kassen Überlegungen zu einer kommunalen Steuerung nicht unbedingt ermutigt haben. Es ist daher offensichtlich, dass dieses Zukunftsmodell der Gestaltung einer sozialen und pflegerischen Infrastruktur gesetzgeberisch unterstützt werden muss. Zunächst ist festzustellen, dass der Einführung der Pflegestützpunkte im Jahre 2008 bereits die Erkenntnis zugrunde lag, dass die Menschen einen ganzheitlichen Hilfebedarf an sozialen, medizinischen und pflegerischen Hilfen haben, der von

verschiedenen Agenturen erbracht wird. Der Gesetzgeber sah, dass dies in unserem gegliederten Sozialsystem bestimmte auf Koordination ausgerichtete Agenturen und Beratungshilfen braucht und dass es zudem einen hohen

Vernetzungs- und Koordinierungsbedarf für die gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Leistungen gibt.

Das Problem liegt darin, dass vor allen Dingen nach der Föderalismusre-

3 Dr. Volker Then auf der Netzwerk Song Fachtagung am 13.9.2011 in Berlin

4 Thomas Klie ebenda

5 Darstellung von Theo Lassau im Internet

6 Dr. Johannes Schädler auf der Fachtagung »Teilhabe und Pflege des Deutschen Vereins am 19/20. April 2010 in Berlin

form die Steuerungsmöglichkeiten für ein solches Sozialsystem auf mehrere Schultern verteilt sind. Die Bundesebene kann vor allem über die Sozialversicherungsträger und die Sozialversicherungsgesetze steuern. Das tut sie denn auch unter Inkaufnahme erheblicher Verzerrungen dadurch, dass damit die anderen Ebenen nicht ohne weiteres einbezogen werden. In der politischen Praxis werden – in letzter Zeit häufiger – bundesrechtliche Steuerungsmöglichkeiten nicht wahrgenommen, um ein Gesetz zustimmungsfrei zu halten. Landesrechtliche Ergänzungsregelungen sind daher erforderlich, diese werden aber durch das zurzeit vorherrschende Konnexitäts-Tabu deutlich erschwert. Letztlich gibt es unabhängig von Föderalismusreform und Konnexität Teile des kommunalen Handelns, die unter dem Prinzip der kommunalen Selbstverwaltung durch übergeordnete Gesetze nicht vorgeprägt werden können.

Es ist eine verbreitete Haltung, angesichts dieser Lage das Unterfangen als aussichtslos darzustellen und im klassischen Regelungsrahmen zu bleiben. Erforderlich scheint mir demgegenüber eine konzertierte Aktion, ein Dialog zwischen den verschiedenen Ebenen des Bundes, der Sozialversicherung der Länder, der Kommunen, um zu einer koordinierten Rollenverteilung zu kommen. Die Änderung einiger konkreter gesetzlicher Ansätze, die allerdings auch mit liebgewordenen Vorstellungen brechen, kann und muss diesen Prozess unterstützen. Positiv ist, dass der Erfolg im Interesse aller liegt und es auch deutliche kommunale Eigeninteressen an der pflegerischen Steuerung gibt.

Die ASMK fordert in ihrem (allerdings mehrheitlichen) Beschluss vom 23./24.11.2011, die Verantwortung und Gestaltungsmöglichkeit der Kommunen zu stärken und stellt fest: «Die Pflege der Zukunft ist eine Pflege im Quartier». Sie regt an, die Verantwortung für präventive, niedrigschwellige und familienunterstützende Leistungen auf die Kommunen zu übertragen und hierfür die durch eine neue Schnittstellenregelung zwischen SGB XI und Eingliederungshilfe nach dem SGB XII (§ 43a SGBXI) entstehenden Kostenverlagerungseffekte zu nutzen.

6.1. Die Regelungen der §§ 8 und 9 des SGB XI genügen der beschriebenen Aufgabe nicht mehr. § 8 ist ein gesetzge-

berischer Appell an alle Beteiligten zur Zusammenarbeit und Mitwirkung, ohne dass darin unterschiedliche Rolle beschrieben werden. Die Vorschrift hat bis zur Einfügung von § 93c in das SGB XI noch nicht einmal eine Zusammenarbeit zwischen Kassen und Kommunen bewirkt. Wie beschrieben ist § 9 SGB XI zu sehr vom Modell der Krankenhausfinanzierung geprägt, das zur Gestaltung einer ambulanten Pflegelandschaft nicht tauglich ist. Als sinnvoller Weg erscheint, die Pflege im SGB I oder besser noch ähnlich wie die Rehabilitation in einem SGB IX a zu definieren und die grundlegenden Rollen der Sozialversicherungsträger, der Sozialhilfeträger und der Kommunen zu beschreiben. In solch einem Einweisungsgesetz könnte stehen, dass einer Kommune die Rolle der sozialräumlichen Gestaltung und der Organisation und Koordination von Pflegelandschaften und Pflege settings zukommt. Die unter 5. beschriebenen Rollen der Kassen wären hier ebenfalls zu definieren. Es wäre zu überlegen, die Kooperationsverpflichtungen, die sich zum einen in § 91 c SGB XI (Pflegestützpunkte) und zum anderen in § 4 SGB XII für den Sozialhilfeträger finden, in einem solchen Einweisungsgesetz zu beschreiben und dort festzulegen, dass die federführende Koordination eine kommunale Aufgabe ist.

In den Sozialgesetzbüchern XI und XII wären auf dieser Grundlage die konkreten Aufgaben der Pflegekassen einerseits und der Sozialhilfeträger andererseits zu beschreiben.

6.2. Im SGB XI erscheint eine Änderung verschiedener Steuerungsimpulse erforderlich. Dazu gehört vor allem die Angleichung der Finanzausstattung ambulanter und stationärer Leistungen. Ein Wandel von einem eher institutionenbezogenen Leistungssystem hin zu einem personenbezogenen Leistungssystem, wie es seit Jahren von der ASMK für die Reform der Eingliederungshilfe diskutiert wird, ist ebenfalls erforderlich. Dies muss mit einer Flexibilisierung des Leistungsrechts verbunden werden.

6.3. Bundesrechtliche Aufgaben können nach der Föderalismusreform nur den Ländern zugewiesen werden. Landesrechtliche Umsetzungsvorschriften sind dabei unverzichtbar. Es ist Aufgabe der Länder, die kommunalen Aufgaben, soweit sie diese nicht bereits schon aufgrund bestehenden Rechtes haben,

auf die Kommunen zu übertragen. Es ist nicht zu verkennen, dass für diese Aufgabe bestimmte Zuspitzungen und Blockaden der Konnexitätsdebatte überwunden werden müssen. Aber es ist nicht der einzige Gestaltungsbereich, bei dem ein konstruktiver Umgang mit der Gemeindefinanzierung gefunden werden muss. Wenn den Kommunen Aufgaben zugewiesen werden, gehören dazu auch die notwendigen Finanzierungsmöglichkeiten. Zu überwinden wäre allerdings die vielfach anzutreffende Systematik von Spitzabrechnungen von Aufgaben, die inhaltlich und kostenmäßig gestaltbar sind. Es müssen Wege gefunden werden, wie die erforderliche Finanzausstattung der Kommunen mit Eigenverantwortung und finanziellem Eigeninteresse verbunden werden kann. In Brandenburg ist dies beispielsweise jüngst durch eine Anteilfinanzierung der gesamten Eingliederungshilfe durch das Land bei einer hinreichend hohen Interessensquote der Kommunen gelungen.

Nur Landesgesetze können die Koordinationserfordernisse konkretisieren und die bundesrechtlichen Impulse hinreichend verstärken. Nordrhein-Westfalen hat schon vor einer Reihe von Jahren durch die Normen über kommunale Pflegeplanung und Pflegekonferenzen ein Beispiel gegeben, das das Land Brandenburg jetzt in allgemeinerer Form in einer Vorschrift über Lokale Pflegestrukturen (§ 4 Landespflegegesetz BrB) nachgeahmt hat. Ein weiteres Beispiel ist die Regelung zur sozialräumlichen Gestaltung, die sich neuerdings in Brandenburg im Landespflegegesetz und im Gesetz zur Ausführung des SGB XII findet. In § 3 Abs. 2 Landespflegegesetz BrB heißt es:

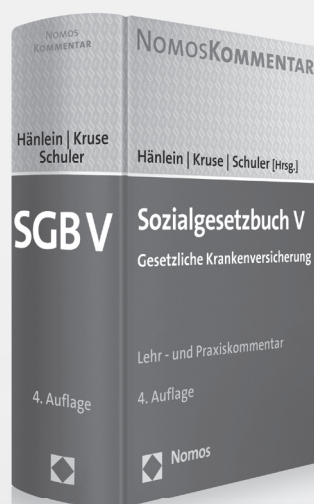
**Die gegensätzlichen Strukturen von Sozialversicherungen und Gebietskörperschaften eröffnen auch Chancen, aber sie müssen gestaltet werden.**

»(2) Die Verantwortlichen wirken im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung auf eine sozialräumliche Entwicklung hin. Dies geschieht

1. unter Berücksichtigung der Stärkung des Ehrenamtes, der sozialen Aufmerksamkeit und der Transparenz der vorhandenen Hilfsangebote sowie der Einbindung von Einrichtungen in die Gemeinde und
2. durch ein abgestimmtes und vernetztes Versorgungssystem einschließlich einer unabhängigen wohnortnahen Beratung und Betreuung, insbesondere zu Maßnahmen und Hilfen, die einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit sichern sowie der Förderung individueller Wohn- und Betreuungsformen.«

Kommunale Gestaltung der örtlichen Infrastruktur, eingebettet in einen Bundes- und landesrechtlichen Rahmen, der dies mit den Aufgaben der Kassen verknüpft, die Verbindung eines neuen Modells sozialen Lebens mit flexiblen Leistungen der Sozialversicherung, das sind erfolgskritische Faktoren für die Bewältigung der Zukunftsaufgabe der Pflege. Die gegensätzlichen Strukturen von Sozialversicherungen und Gebietskörperschaften eröffnen auch Chancen, aber sie müssen gestaltet werden.

## Reformauflage zum Krankenversicherungsrecht



»Das ideale Werk für Entscheidungsträger und deren Mitarbeiter bei den Kostenträgern des SGB XII, bei Krankenkassen, Verbänden und anderen mit der Materie Befassten.«

Ulrich Harmening, ZfF 6/09, zur Voraufgabe

Weitere Informationen: [www.nomos-shop.de/12548](http://www.nomos-shop.de/12548)

### Sozialgesetzbuch V

Gesetzliche Krankenversicherung  
Lehr- und Praxiskommentar

Herausgegeben von Prof. Dr. Andreas Hänlein, RA Prof. Dr. Jürgen Kruse und VRiLSG Rolf Schuler

4. Auflage 2012, ca. 1.500 S.,  
geb., 118,- €

ISBN 978-3-8329-5642-4

Erscheint ca. April 2012



**Nomos**