

**Für eine echte Stärkung der
Kommunen in der Pflege**
Positionspapier des Deutschen Städtetages

Vorbemerkung

Die Koalition aus CDU, CSU und SPD hat sich in ihrem Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode vorgenommen zu prüfen, wie die Rolle der Kommunen bei der Pflege weiter gestärkt und ausgebaut werden kann. In einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) soll insbesondere geklärt werden, wie die Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden kann. Im Zusammenwirken mit Pflege und stadtplanerischen Instrumenten sollen Sozialräume so entwickelt werden können, dass pflegebedürftige Menschen solange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Außerdem sollen Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden.

Der Deutsche Städtetag hat die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege begrüßt. Stärkere kommunale Steuerungsmöglichkeiten sowie eine verbesserte Einbindung der Kommunen in die Entwicklung der regionalen Pflegestrukturen sind angesichts des demografischen Wandels wichtige Anliegen der Städte in Deutschland im Interesse ihrer Einwohnerschaft.

Ausgangslage der Reformüberlegungen

Die Stärkung eines Akteurs im politisch-regulatorischen Prozess ist nie Selbstzweck. Vielmehr sind damit stets konkrete Hoffnungen und Erwartungen verbunden. Mit einer Stärkung der Rolle der Kommunen ist die Absicht verbunden, die mit der Einführung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung entstandenen Defizite auszugleichen. Denn die (quasi-)marktwirtschaftlich ausgerichtete Entwicklung der Pflegeangebote und –infrastruktur führte nicht immer zu den intendierten Zielen des SGB XI. 20 Jahre nach Einführung des SGB XI ist eine Prüfung erforderlich, welche Ziele erreicht wurden und inwieweit eine stärkere kommunale Rolle zu einem verbesserten System bzw. der besseren Aufgabenerfüllung beitragen kann.

Ein Blick zurück – Rolle der Kommunen vor und nach Einführung der Pflegeversicherung 1995

Bis zur Einführung des SGB XI 1995/1996 waren die Kommunen für alle pflegebedürftigen Menschen, die nicht selbst für die Kosten ihrer Pflegeleistungen aufkommen konnten, im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) verantwortlich. Viele pflegebedürftige Menschen waren daher auf Sozialhilfeleistungen angewiesen, unterhaltsverpflichtete Verwandte wurden entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit im Rahmen des geltenden Rechts herangezogen.

Die Sozialplanung für das Thema Pflege war sowohl Teil der Altenhilfeplanung als auch spezifisch auf die Planung der Pflegeinfrastruktur gerichtet, z. B. in Bezug auf das Angebot stationärer Plätze. Ansatz der übergreifenden kommunalen Altenhilfeplanung war stets die Frage, wie vor Ort die konkrete Versorgungslage der Senioren durch (soziale) Infrastruktur abgesichert oder verbessert werden konnte. In diesem Zusammenhang lagen auch die Aufgaben der Sozialplanung (zumeist als Altenhilfeplanung bezeichnet) für diesen Personenkreis bei den Sozialämtern. Pflege wurde dabei nicht eng verstanden, sondern im Hinblick auf den demografischen Wandel sowie das gesamte Spektrum der Seniorenarbeit bzw. Altenhilfe und des ehrenamtlichen Engagements bearbeitet. Dies betraf die sog. offene bzw. niedrigschwellige Seniorenarbeit, die in den Senioren-/Altenbegegnungsstätten und -treffs realisiert wurde und bis heute eine freiwillige Aufgabe der Kommunen ist. Auch wurde die Hilfe bei Pflegebedürftigkeit nicht auf rein somatische Einschränkungen begrenzt.

Die ambulanten Hilfen wurden größtenteils in Zusammenarbeit mit den Wohlfahrtsverbänden in der Organisationsform der Sozialstationen erbracht. Stationäre Pflegeeinrichtungen gab es bis Ende 1994 nur in kommunaler und in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände.

Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung seit 1995

Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 (SGB XI) wurden mehrere Ziele verfolgt. Von zentraler Bedeutung waren folgende:

1. Unabhängigkeit der betroffenen Menschen von der Sozialhilfe

Die gesetzliche Pflegeversicherung wurde eingeführt, um die von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen von der staatlichen Fürsorgeleistung Sozialhilfe unabhängig zu machen und so auch die Angehörigen in der ohnehin schwierigen Pflegesituation zu entlasten.

Die Zahl der Menschen, die bei Pflegebedürftigkeit auf Leistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen waren, nahm ab 1995 zwar ab. Mittlerweile nähern sich die Fallzahlen jedoch wieder dem Niveau vor der Schaffung der Versicherungslösung an (1995: 574.000 Menschen, 1998: 289.000 Menschen, 2013 444.000 Menschen, vgl. Destatis).

2. Versorgung nach Angebot und Nachfrage

Pflegeleistungen sollten nach marktwirtschaftlichen Prinzipien angeboten werden, so dass sich nach den Gesetzen von Angebot und Nachfrage eine optimale Versorgung ergeben würde.

Der (Pflege-)Markt wurde für renditeorientierte Anbieter geöffnet. Ziel war die Schaffung eines Pflegemarktes nach den Gesetzen von Angebot und Nachfrage. Gleichzeitig reduzierten sich die kommunalen Einwirkungs- und Steuerungsmöglichkeiten rapide. Kommunale Planungsaufgaben wurden in den neuen Bundesländern bspw. fast vollständig beschränkt auf die Umsetzung des Investitionsprogramms im stationären Pflege-Bereich (Art. 52 PflegeVG), welches die Umwandlung der stationären kommunalen Einrichtungen bzw. ihre Privatisierung in den neuen Bundesländern betraf. Auf dem Markt gab es nun – in verringerter Anzahl – kommunale stationäre Einrichtungen, Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände sowie neue, rein privat-gewerbliche Träger. Nach Beendigung des Investitionsprogramms nach Art 52 PflegeVG im Jahr 2002 war auch diese, gesetzlich normierte kommunale Planungsaufgabe ‚beendet‘.

Einige Bundesländer, wie z. B. NRW, aktualisierten nach 2002 ihre Landes-Pflegegesetze und ordneten den Kommunen weiterhin verschiedene Planungsaufgaben zu, wie z. B. den Aufbau und die Organisation von Pflegekonferenzen. Andere Bundesländer, wie z. B. Sachsen, novellierten nach 2002 das Landes-Pflegegesetz nicht, so dass es dort seit 2002 keine normierten Aufgaben für die Kommunen in der eigentlichen Pflegeplanung mehr gibt.

Insofern entwickelte sich bundesweit ein sehr heterogenes Bild an Altenhilfe- und Pflege-landschaften, dessen Angebote und Unterstützungsstrukturen oftmals bestimmt sind durch die Haushaltssituation der jeweiligen Kommune (und der finanziellen Situation der nachfragenden Pflegebedürftigen), durch die (landes-)politischen Interessenslagen/Zuständigkeiten sowie die mehr oder weniger erfolgte Akquise und Umsetzung von Bundes- und anderen Förderprogrammen sowie Modellprojekten. Eine einheitliche (Mindest-) Angebotsstruktur ist bundesweit nicht zu erkennen.

Dies trifft auch auf die im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (01.07.2008) ab 2008 eingeführten Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI) zu, für deren Einrichtung es von Bundeseite eine geringe Anschubfinanzierung für zweieinhalb Jahre (bis 30.06.2011) gab und die nach dem Anschubzeitraum gemeinsam von den Pflegekassen und Kommunen weiter finanziert und betrieben werden (sollten). Da es den Ländern überlassen wurde, inwieweit diese eingeführt werden, gibt es in einigen Bundesländern ein mehr oder weniger breites Netz an Pflegestützpunkten, in anderen Ländern gibt es keine Pflegestützpunkte. Auch die Qualität der Aufgabenwahrnehmung erscheint sehr heterogen und von Zufälligkeiten abhängig. Bedauerlicherweise war dem damaligen Vorschlag der kommunalen Spitzenverbände,

die Verantwortung für die Einrichtung von Pflegestützpunkten in die kommunale Hand zu geben, nicht gefolgt worden, dies hätte zu einer lokalen Verortung der Pflegestützpunkte geführt.

Die Vielfalt der Angebote nahm in den letzten Jahrzehnten zu. Die Frage, ob diese Angebote bedarfsdeckend sind, ist jedoch noch nicht geklärt. Es fehlen insofern Indikatoren für eine bedarfsgerechte Versorgung, die für unterschiedliche Sozialräume angewendet werden können.

3. Verbleib in der häuslichen Umgebung

Ziel des SGB XI war ausweislich des § 3 SGB XI, dem pflegebedürftigen Menschen möglichst lange den Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Der größte Teil der pflegebedürftigen Menschen wird weiter zu Hause versorgt, trotz der ergriffenen Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten Versorgung ist jedoch keine wesentliche Veränderung eingetreten. Die Pflege durch Angehörige sank von 1999 bis 2009 über alle Pflegestufen hinweg um mehr als 5 % (vgl. Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, Memorandum 2014, Seite 232). Dem Rückgang der Angehörigenpflege wurde bisher nicht ausreichend gegengesteuert – die Wirkungen der zum 01.01.2015 gestärkten Pflegezeit bleiben abzuwarten. Pflegenden Angehörige sind nach einer Studie der Siemens-Betriebskrankenkasse aus dem Jahr 2011 zunehmend überfordert und deshalb häufiger krank als die übrige Bevölkerung (vgl. auch ebenda Seite 228).

Bewertung der aktuellen Situation:

In finanzieller Hinsicht führte die Pflegeversicherung als neu angelegter Zweig des deutschen Sozialversicherungssystems trotz der nicht kostendeckenden Leistungen zu Verbesserungen im System. Es gelang, viele pflegebedürftige Menschen von der Sozialhilfe unabhängig zu machen. Dies gilt jedenfalls für somatisch eingeschränkte Personen, die dem engen Pflegebedürftigkeitsbegriff der Pflegeversicherung unterfallen. Die weitere Entwicklung einer kommunalen (Pflege-)Infrastruktur mit der Ausrichtung auf das vertraute Lebensumfeld hilfebedürftiger Menschen war jedoch im neuen SGB XI weder als kommunale Planungsaufgabe bestimmt, noch wurden andere Arten der Einflussnahme für die kommunalen Gemeinschaften geschaffen. Als Folge kann festgestellt werden, dass vor Ort vorhandene Angebotsstrukturen, die sich weitestgehend ohne kommunale Einflussnahme entwickelt haben, die tatsächliche Versorgungsform wesentlich mitbestimmen. Der Barmer GEK Pflegereport 2014 weist dies sowohl für ambulante als auch stationäre Angebotsstrukturen deutlich nach. Als Folge werden vor Ort Über-, Unter- und Fehlversorgungen festgestellt. Zusätzlich fehlt es an Versorgungssettings für Personengruppen, die besondere Anforderungen für Pflegeeinrichtungen mit sich bringen (z.B. Menschen mit Sucht- und/oder psychiatrischen Erkrankungen).

Einzig im Bereich der schier unüberschaubaren Bundes-, Landes-, Förder- und Modellprogramme bis zu EU-Programmen verblieb ein kommunales Betätigungsfeld, um die jeweilige Zielgruppenperspektive insbesondere auch für die ältere Bevölkerung in der Umsetzung vor Ort zu koordinieren. Alle Programme basieren aber auf der jeweils eigenen gesetzlichen Handlungslogik und spezifischen Richtlinien, zum Teil ist eine Kopplung der Programme vor Ort nicht möglich. Die Verschneidung z. B. mit Stadt-, Quartiers-, Arbeitsmarkt- und/oder Beschäftigungsförderprogrammen ist – wenn überhaupt möglich - höchst anspruchsvoll. Viele der Modellvorhaben und –projekte insbesondere im Altenhilfe- und Pflegebereich wirken in den Städten und Gemeinden nicht nachhaltig, da – zumeist aus Ressourcengründen - nach Beendigung der Modellphase keine Weiterführung erfolgt.

Ansätze für eine stärkere Rolle der Kommunen in der Pflege

Die Bundesregierung hat sich vorgenommen, die kommunale Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur zu stärken. Kommunen soll eine verantwortliche Rolle bei der Schaffung von pflegefreundlichen Sozialräumen zukommen, die über die derzeitige überwiegende Rolle als „Restkostenfinanzierer“ weit hinausgeht. Aus unserer Sicht erscheinen insbesondere zwei Ansätze erfolgversprechend, nämlich eine starke kommunale Pflegeplanung und eine stärkere Einbindung der Kommune in die Beratungsstrukturen.

Warum eine kommunale Pflege(struktur)planung?

Pflege findet vor Ort statt, die Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen muss vor Ort erfolgen. Angesichts der zunehmenden Alterung unserer Gesellschaft wird erwartet, dass die Anzahl pflegebedürftiger Menschen bis 2030 von derzeit rd. 2,5 Mio. auf 3,37 Mio. Menschen ansteigen wird. Diese Entwicklung wird regional unterschiedlich verlaufen. Auf diese Unterschiede muss reagiert werden – eine bundeseinheitliche Lösung scheidet dabei aus, eine Reaktion auf der kommunalen Ebene erscheint erfolgversprechender.

Die Gedankenlogik in Städten und Gemeinden ist auf das Ziel ausgerichtet, gute Lebensbedingungen vor Ort zu erreichen. Dies gilt auch für eine alternde Gesellschaft, die eine öffentliche Infrastruktur benötigt, die für alle ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben im Alter ermöglicht. Hierzu gehören u.a. integrative Leistungen der Beratung, Unterstützung, Gesundheitsförderung und sozialen Betreuung im lokalen Umfeld. Es sind die Kommunen, die ob ihrer grundsätzlichen Nähe zu den Bürgerinnen und Bürgern, ihres Aufgabenspektrums in der Daseinsvorsorge sowie ihrer Netzwerkstrukturen unter Einbezug von Versorgungseinrichtungen, Verbänden, Initiativen und Akteuren die zentrale Rolle bei der Planung, Moderation und Steuerung präventiver und pflegerischer Versorgungsstrukturen spielen. Sozialraumorientierte Angebote der Beratung, Teilhabe, Prävention und Rehabilitation sowie der medizinischen Versorgung müssen mit der Pflegeinfrastruktur verzahnt werden.

Eine Versicherungslösung wie die Pflegeversicherung ist keinem derart umfassenden gesellschaftspolitischen Ziel verpflichtet. Sie denkt vom Eintritt des Versicherungsfalles her und kennt die Lebensumstände in den Quartieren nicht.

Städte und Gemeinden wissen um das Erfordernis, integrierte Konzepte für den demografischen Wandel aufzustellen und im Kontext der Pflege insbesondere die Entwicklung der älteren und unterstützungsbedürftigen Bevölkerung in den Blick zu nehmen. Wünschenswert wäre es, ganze Quartiere so auszugestalten, dass die notwendige Unterstützung gewährleistet ist, die der einzelne Mensch benötigt, um so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Hierzu gehören neben der „Pflege“ im eigentlichen Sinne auch Angebote der Wohnraumversorgung, aufsuchende Gesundheitsdienste und weitere lokale Angebote, die auch das ehrenamtliche Engagement umfassen. Beispielhaft kann auf folgende Programme verwiesen werden: niedrigschwellige Betreuungsangebote, altersgerechtes Wohnen, Altersgerechtes Umbauen, Anlaufstellen für ältere Menschen, Freiwilligendienste aller Generationen, Gesundes Altern, Aktiv im Alter, Alltagsbegleiter, Nachbarschaftshelfer, Lernen vor Ort/Lebenslanges Lernen, demenzfreundliche Kommune.

Voraussetzung für eine kommunale Pflegestrukturplanung ist die Beobachtung, Analyse und Bewertung der demografischen Entwicklungen sowie des lokalen Pflegemarktes anhand von geeigneten Kennzahlen. Insbesondere kleinräumige Daten sind hierzu erforderlich. Durch kleinere Bezugsgrößen kann gewährleistet werden, dass Problemlagen differenziert wahrgenommen werden, um daraus bedarfsgerechte, nachhaltige und sektorenübergreifende Angebote zu entwickeln, die vorrangig dem Prinzip „ambulant vor stationär“ folgen. Die Pflegestatistik enthält hierzu einige Informationen, ist jedoch kleinräumiger und detaillierter auszugestalten.

Kommunale Pflegestrukturplanung geht jedoch weit über die Analyse pflegebezogener Zahlen hinaus. Denn die Planungsprozesse vor Ort müssen mehr als das Thema Pflege und mehr als den Personenkreis pflegebedürftiger Menschen bedenken. Beispielhaft sei auf den Personenkreis verwiesen, der einen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt, aber vom Medizinischen Dienst als nicht pflegebedürftig eingestuft wurde. Ihr Hilfebedarf liegt entweder unter 90 Minuten am Tag oder beschränkt sich auf den hauswirtschaftlichen Bereich. Schätzungen zufolge handelt es sich um rd. 3 Mio. Menschen, die an der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit stehen. Dabei wird von der kommunalen Ebene ein präventiver Ansatz bevorzugt: Es kann gelingen, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder seine Folgen zu verringern, indem auch Themenfelder wie körperliche Aktivitäten, Ernährung, Mobilität, Teilhabe am Leben oder barrierearmes Wohnen in den Fokus der kommunalen Pflegestrukturplanung rücken bzw. in eine integrierte Sozialplanung eingebettet werden.

Vor dem geschilderten Hintergrund ist es offensichtlich, dass es angesichts der immensen Anforderungen durch den demographischen Wandel nicht ausreicht, die Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur allein dem Marktgeschehen zu überlassen. Es müssen Regelungen systematisch und sektorenübergreifend entwickelt werden, damit Kommunen, denen faktisch die Letztverantwortung im Rahmen ihrer kommunalen Daseinsvorsorge zukommt, ihre Aufgabe im Rahmen ihres grundgesetzlichen Auftrages auch wahrnehmen können.

Der Deutsche Städtetag stellt die bisherige mehrstufige Gewährleistungs- und Sicherstellungssystematik für die pflegerische Versorgung in Deutschland nicht infrage. Dies gilt auch für die Grundentscheidung, Angebot und Nachfrage nach Sorgeleistungen durch Individualentscheidungen von Leistungsanbietern und Sorgebedürftigen über einen Markt zum Ausgleich zu bringen. Jedoch bedarf es ordnungspolitisch zu rechtfertigender Eingriffe in dieses Marktgeschehen, um oben genannte Fehlentwicklungen zu korrigieren und rechts- und sozialstaatlicher Verantwortung entsprechen zu können.

Für die sinnvolle und nachhaltige Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur ist es unabdingbar, die Einflussnahmemöglichkeiten der Kommune auf die Versorgungsstrukturen zu stärken, damit ein integrierter Planungsansatz realisiert werden kann.

Hierzu bedarf es nicht nur einer gesetzlichen Verankerung des Planungsauftrags mit den notwendigen Instrumenten, die Planung auch umzusetzen, ebenfalls ist eine auskömmliche Finanzierung der Aufgabe notwendig.

Kommunale Planung auch umsetzen

Planung ist jedoch kein Selbstzweck. Ist eine Planung mangels Durchsetzbarkeit nur eine Ideenskizze ohne Realisierungsmöglichkeit, so ist sie überflüssig. Kommunale Pflegestrukturplanung und Steuerung müssen Hand in Hand gehen, wofür es echte Entscheidungskompetenzen braucht. Diese fehlen den Kommunen aber bislang. Nach den derzeitigen Rahmenbedingungen spielen die Kommunen im System des SGB XI nur eine unbedeutende Rolle und es stehen auch kaum andere Instrumente zur Verfügung, um die Angebots- oder Nachfragestruktur zu beeinflussen.

Transparenz schaffende Maßnahmen verbessern zwar den Informationsstand über regionale Angebotsstrukturen und aktuelle bzw. zukünftige Bedarfe, jedoch reichen sie nicht aus, um kommunalpolitisches Wollen quartiersbezogen auch umfassend umsetzen zu können.

Die Kommunen stellen für ältere, pflegebedürftige oder behinderte Menschen und ihre Familien ein umfassendes Leistungsangebot mit erheblichen finanziellen Folgen für die Kommunalhaushalte zur Verfügung. Diese reichen von der kommunalen Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe über Beratungs- und Koordinierungsstellen, familienunterstützende Hilfen bis zu kommunalen Gesundheitsdienstleistungen, Angeboten des öffentlichen Nahverkehrs und der rechtlichen Beratung. Demgegenüber haben sie nur geringe Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten. Es bedarf daher planerischer Kompetenzen der Kommunen, um in bestimmten Bedarfs- und Angebotssituationen planerische Vorgaben zu

formulieren, die für alle Marktteilnehmer verbindlich sind. Es muss dabei die Frage beantwortet werden, welchen Verbindlichkeitsgrad die kommunale Pflegestrukturplanung erhalten soll und in wie weit Zulassungsvoraussetzungen definiert werden können, die unter bestimmten Bedingungen Anbieter vom Markt ausschließen.

Konkrete Vorschläge zur Stärkung der Kompetenzen der Kommunen:

- Die kommunale Pflegestrukturplanung und regionale Pflegekonferenzen sind im SGB XI und XII sowie den jeweiligen Landesgesetzen als verpflichtende Instrumente zu benennen. Die Pflegekassen sind zu verpflichten, in regionalen Pflegekonferenzen mitzuwirken.
- Es sind geeignete Indikatoren (mit einer Bandbreite) für eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur zu ermitteln.
- Analog der Förderung von Selbsthilfestrukturen in § 45 d Abs. 2 SGB XI ist ein Förderbudget aus Pflegeversicherungsmitteln zu bilden, mit dem kommunale Maßnahmen der Pflegestrukturplanung, der Steuerung und Koordinierung von Angebotsstrukturen und des Quartiersmanagements unterstützt werden.
- Statistische Planungsgrundlagen schaffen:
Die Pflegekassen sind zur Lieferung von aktuellen, kleinräumigen Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI an eine zentrale Bundesbehörde zu verpflichten, soweit die Pflicht nicht bereits besteht. Die Länder sind zu ermächtigen, die Daten abzurufen und an die Kommunen weiterzugeben.
Die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI ist um die Erfassung des Wohnortes pflegebedürftiger Menschen vor dem Umzug in eine vollstationäre Einrichtung zu ergänzen.
- Das Pflegeversicherungsrecht ist um die Ermächtigung der Länder zu ergänzen, ein Landesgremium zu über den Pflegesektor hinausgehenden Versorgungsfragen bzw. zur Sicherstellung der sektorenübergreifenden Versorgung analog § 90 a SGB V unter Einbeziehung der Kommunen einzurichten.
- Für die Zulassung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI soll es Voraussetzung sein, dass spezifische, in einer kommunalen Planung festgelegte Anforderungen erfüllt werden. Diese Anforderungen müssen sich aus der regionalen Versorgungsstruktur und dem gesetzlichen Ziel eines Verbleibs der Pflegebedürftigen im gewohnten sozialen Umfeld (§ 3 SGB XI) ergeben. Die §§ 9 und 72 SGB XI sind entsprechend anzupassen.

Innovationspotentiale fördern

Notwendige bedarfsgerechte Angebotsstrukturen können sich derzeit nicht entwickeln, weil zum einen die leistungsrechtlichen Konstrukte der verschiedenen Sozialgesetzbücher voneinander abgeschottet sind. Zum anderen verschärfen institutionelle Barrieren auf Kosten- und Leistungsträgerseite dies und behindern oft eine sektorenübergreifende Versorgung. Kommunen müssen Wege und Gestaltungsmöglichkeiten finden, vor allem dann, wenn sie noch Träger von Krankenhäusern, Altenpflegeheimen oder ambulanten Diensten sind. Bei der gemeinsamen Entwicklung sektorenübergreifender und integrierter regionaler Sorgestrukturen muss die kommunale Verantwortung gestärkt werden. Es ist daher erforderlich, die vorhandene Modellklausel zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in § 8 Abs. 3 SGB XI um sektorenübergreifende Ansätze zu erweitern.

Eigene Angebote bereitstellen

Die Grundversorgung einer Bevölkerung darf nicht nur einem freien Markt überlassen werden, sondern ist durch den Rechts- und Sozialstaat durch weitere flankierende Maßnahmen zu gewährleisten. Eine Möglichkeit ist es, die Daseinsvorsorge auch durch eigene kommunale Betriebe sicherzustellen. Zwar sieht das SGB XI die Vorrangigkeit privater Träger der Leistungserstellung vor, es ist jedoch im Hinblick auf regionale bzw. zielgruppenspezifische Angebotslücken dringend erforderlich, dass die entsprechende soziale Infrastruktur für alle Nutzerinnen und Nutzer auch verfügbar, erreichbar und zugänglich ist. Vorausschauende kommunale Sozialpolitik muss die Möglichkeit besitzen, schnell und effizient Gestaltungskraft zu entwickeln.

Stärkung der Rolle der Kommunen in der Beratung

Die komplexe Pflegesituation erfordert eine umfängliche und gute Information und Beratung der Leistungsberechtigten, die über den lediglich Teilbedarfe abdeckenden Pflegeversicherungsbereich weit hinausgeht. Die Betroffenen und ihre Angehörigen benötigen zeitnahe und umfassende Informationen, insbesondere hinsichtlich einer vernetzten Unterstützung, Entlastung und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements. Es gilt die Bedarfe nach Selbstbestimmung, Teilhabe, Versorgungssicherheit und verantwortbarer Qualität abzudecken.

In einem marktwirtschaftlichen System wird ein Bedarf nur wahrgenommen, wenn die Nachfrage groß genug ist und der Nachfragende über ausreichende finanzielle Mittel verfügt, um die Leistungen zur Bedarfsdeckung einzukaufen. Dies erfordert eine umfassende Beratung aller potentiell Anspruchsberechtigten über die möglichen Leistungen der Versicherungssysteme, aber auch anderer Unterstützungssysteme. Andernfalls drohen gerade bei schwächeren, ausgegrenzten, bildungsferneren Bevölkerungsgruppen nicht akzeptable Lebenssituationen mit noch nicht abschätzbaren Folgewirkungen für die kommunale Gemeinschaft. Bislang sieht § 92 c SGB XI vor, dass die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte einrichten, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Die Länder können dabei keine inhaltlichen Vorgaben zur Organisation der Pflegestützpunkte machen. Es hat sich gezeigt, dass ein integriertes Beratungsangebot unter diesen Voraussetzungen nur bei höchster Kooperationsbereitschaft von Pflegekassen und Kommunen zustande kommt.

Es ist sinnvoll, dass die Kommunen in Deutschland in diesem wichtigen Feld eine stärkere Rolle übernehmen können, da sie über die Strukturen vor Ort am besten informiert sind. Aufgrund der vielfältigen Bezüge zu originär kommunalen Aufgaben wie z.B. der Seniorenberatung, der Wohnanpassungs-/raumberatung, der allgemeinen Sozialberatung, der Altenhilfe etc. liegt in einem integrierten Beratungsansatz in kommunaler Verantwortung der Schlüssel zu einer neutralen, den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen vor Ort entsprechenden umfassenden Beratung. Erst mit einer umfassenden Beratung kann sichergestellt werden, dass die notwendigen Leistungen in Anspruch genommen werden können. Sie stellt damit einen guten Steuerungsansatz dar, ohne dass tief in das eigentliche Marktgeschehen eingegriffen werden muss.

Zur Verbesserung der Beratungsstrukturen sollte daher modellhaft für interessierte Kommunen die Möglichkeit eröffnet werden, auf vertraglicher Basis weitere Schritte zur Verzahnung der kommunalen Leistungen mit der Sozialversicherung zu gehen. Besonders hinzuweisen ist dabei auf die wichtige Rolle kreisangehöriger Städte aufgrund ihrer Nähe zu den Sozialräumen. Zur Finanzierung der Modellvorhaben stellen die gesetzlichen und privaten Pflegeversicherungen die Mittel bereit, die auf den durch das SGB XI zu finanzierenden Beratungsauftrag entfallen.

Kommunen haben angemessene Steuerungsmechanismen zu gewährleisten, damit die geforderte und erforderliche gemeinsame Verantwortung relevanter Sozialleistungsträger, Einrichtungen und professioneller Anbieter vor Ort auch systematisch umgesetzt wird. Diese Koordinationsfunktion der Kommunen erfordert die Ausstattung mit finanziellen Ressourcen,

um die notwendigen fachlichen Kompetenzen und Verwaltungsstrukturen aufbauen zu können.

Finanzierung

Eine stärkere Verantwortung und umfänglichere Aufgaben für Kommunen gehen mit Mehrkosten einher, die ausgeglichen werden müssen. In dem vorliegenden Positionspapier werden die Vorteile einer Stärkung der Kommunen in der Pflege ausführlich dargelegt. Soweit die Kommunen Aufgaben der Pflegeversicherung übernehmen, um eine umfassendere Beratung zu gewährleisten, ist eine Kostenbeteiligung der Pflegeversicherung notwendig. Darüber hinaus müssen die (landes-)verfassungsrechtlichen Schutzmechanismen greifen, wenn den Kommunen neue Aufgaben übertragen werden. Eine Aufgaben- und Verantwortungsverlagerung auf die kommunale Ebene, die nicht mit einer Verlagerung der entsprechenden Finanzmittel einhergeht, wird abgelehnt.

Schlussbemerkung:

Eine stärkere Rolle der Kommunen bei der Steuerung und Planung der regionalen Pflegestruktur und der Anpassung der Sozialräume an die Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft erscheint dringend geboten. Die notwendigen gesetzlichen Änderungen sollten noch in dieser Legislaturperiode auf den Weg gebracht werden. Der Deutsche Städtetag hat in dem vorliegenden Positionspapier sowohl die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen aufgezeigt als auch konkrete Vorschläge unterbreitet. Er ist gerne bereit, den Diskussions- und Umsetzungsprozess weiter konstruktiv zu begleiten.

Beschluss des Hauptausschusses des Deutschen Städtetages zum vorliegenden Positionspapier (9. Juni 2015 – 213. Sitzung in Dresden)

1. Der Hauptausschuss des Deutschen Städtetages bekräftigt die Forderung nach einer Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Insbesondere in der Beratung pflegebedürftiger Menschen erscheint dies aufgrund der engen Verzahnung mit vielen weiteren kommunalen Beratungs- und Dienstleistungsangeboten ausgesprochen sinnvoll. Von zentraler Bedeutung ist auch, dass die Städte eine stärkere Bedeutung bei der Entwicklung der regionalen Pflegeinfrastruktur erhalten, um vor Ort eine optimale Versorgung für die Bevölkerung zu erreichen.
2. Der Hauptausschuss des Deutschen Städtetages stellt fest, dass die Bund-Länder-Arbeitsgruppe "Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege" konstruktiv und umfassend alle relevanten Themen diskutiert hat. Die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe bleiben jedoch hinter den Erwartungen der Städte zurück. Positiv hervorzuheben ist das vereinbarte Modellprojekt zu einer stärkeren Rolle der Kommunen bei der Beratung.
3. Der Hauptausschuss des Deutschen Städtetages begrüßt und beschließt das Positionspapier "Für eine echte Stärkung der Kommunen in der Pflege!", das von einer städtetagsinternen Arbeitsgruppe parallel zu den Beratungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet wurden. Er dankt den Mitgliedern der Arbeitsgruppe für die engagierte und kompetente Begleitung des Diskussionsprozesses.

Herausgeber
Deutscher Städtetag

Ansprechpartnerin in der Hauptgeschäftsstelle
Dr. Uda Bastians, Tel.: 030/37711-420, uda.bastians@staedtetag.de

© Deutscher Städtetag Berlin und Köln, Juni 2015

Hauptgeschäftsstelle Berlin, Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin, Tel. 030/37711-0, Fax 030/37711-139
Hauptgeschäftsstelle Köln, Gereonstraße 18 - 32, 50670 Köln, Tel. 0221/3771-0, Fax 0221/3771-128
Internet: www.staedtetag.de, E-Mail: post@staedtetag.de