

Pflege-Report 2015

„Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /
Stefan Greß / Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 155-164



| | | |
|-----------|--|------------|
| 12 | Kooperation und Koordination auf kommunaler Ebene..... | 155 |
| | <i>Dirk Engelmann, Jürgen Gohde und Gerd Künzel</i> | |
| 12.1 | Einleitung..... | 155 |
| 12.2 | Warum brauchen wir eine umfassende Pflegereform, die über die Reform der Pflegeversicherung hinausgeht?..... | 156 |
| 12.3 | Leistungsbereiche für ein umfassendes Versorgungsangebot | 158 |
| 12.4 | Planung und Steuerung einer sozialräumlich ausgerichteten Pflege- und Versorgungslandschaft | 159 |
| 12.5 | Ausblick | 163 |

12 Kooperation und Koordination auf kommunaler Ebene

Dirk Engelmann, Jürgen Gohde und Gerd Künzel¹

Abstract

Der demografische Wandel, neue Lebenskulturen und die unzureichende pflegerische Versorgung multimorbider Menschen erfordern eine umfassende Reform der Pflege, die über die Reform der Pflegeversicherung hinausgeht. Pflege muss konsequent auf die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eigener Kompetenzen ausgerichtet werden und das soziale Umfeld einbeziehen. Dieser Wandel erfordert eine am Individuum ausgerichtete koordinierte Versorgungsplanung und eine sozialräumliche Gestaltung, die den Mix professioneller und zivilgesellschaftlicher Hilfen organisiert. Voraussetzung dafür im gegliederten System ist ein Kooperationsmodell, bei dem die Kommunen eine infrastrukturelle und koordinierende Rolle in verpflichtender Zusammenarbeit mit den Pflege- und Krankenkassen wahrnehmen. Die Rahmenbedingungen müssen durch Bundesrecht und ergänzendes Landesrecht geschaffen werden.

The demographic change, new cultural environments and inadequate care of multimorbid people call for a comprehensive reform of long-term care which goes beyond a reform of nursing care insurance. Long-term care must focus on maintaining or restoring the competencies of the persons in need of care and include their social environment. This requires an individually coordinated planning of health services and a socio-spatial design in order to organise the mix of professional and civic help. Prerequisite is a model of cooperation where the municipalities play an infrastructural and coordinating role in mandatory cooperation with nursing and health care insurance. The legal framework must be created by federal and supplementary state legislation.

12

12.1 Einleitung

Die Diskussion um eine umfassende Pflegereform hat in den vergangenen drei Jahren an Dynamik gewonnen und neue Impulse hervorgebracht. Ausgehend von den grundlegenden ersten beiden Berichten des Beirats für die Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2009 wurden insbesondere ab 2013 zunächst in Gut-

¹ Der Beitrag basiert auf einem von den Autoren weiterentwickelten Impuls für die KDA/FES-Studie „Gute Pflege vor Ort“ (Engelmann 2013). In die ursprünglichen Textbeiträge sind maßgeblich Anregungen von Mitgliedern der Arbeitsgruppe des Kuratoriums Deutscher Altershilfe (KDA) und der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) eingeflossen. Stellvertretend möchten wir hier Armin Lang und Ulrich Wendte für ihre wegweisende Mitarbeit danken.

achten der Friedrich-Ebert-Stiftung² und gleichzeitig der von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Veröffentlichung der AGP³ (Hoberg et al. 2013) neue Reformansätze hinzugefügt. In der Folge haben auch die Beiträge der Bertelsmann-Stiftung (Hackmann et al. 2014) interessante Pfade für eine Weiterentwicklung des Altenpflegesystems aufgezeigt.

Während sich die Diskussion bis dahin um den Grundcharakter der pflegerischen Versorgung (Potenzial- statt Defizitorientierung) sowie um das Leistungsgeschehen selbst drehte (Pflegebedürftigkeitsbegriff gemäß (NBA⁴), kamen seitdem zwei zentrale Aspekte neu hinzu. Zentraler Ansatzpunkt ist zum einen die sozialräumliche Ausrichtung des Pflegesystems, die eine umfassende Versorgung als weit über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehend begreift. Die von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Gutachten haben den gesamten sozialräumlichen Ansatz beschrieben. Zum anderen haben sich die Autoren der o. g. KDA/FES-Studie zum ersten Mal systematisch mit der Frage einer neuen Steuerungssystematik des Pflegesystems auseinandergesetzt.

Eine sozialräumliche (Neu-)Ausrichtung des Pflegesystems erfordert auch die Feststellung eines entsprechenden Bedarfs, Angebotsplanung und letztlich eine sozialraumbezogene Gestaltung. Daher ist es eine nahezu zwingende Konsequenz, dass die Kommunen eine neue Rolle im Pflegesystem einnehmen müssen. Wenn in der kommenden Pflegereform der sozialräumliche Bezug gestärkt werden soll, muss Kooperation und Koordination auf kommunaler Ebene ein zentraler Reformansatz sein. Bereits im Koalitionsvertrag von 2013 wurde der Gedanke aufgenommen. Eine Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege hat begonnen, dies auszuarbeiten. Der Beitrag fasst die fachliche Diskussion dazu zusammen.

12.2 Warum brauchen wir eine umfassende Pflegereform, die über die Reform der Pflegeversicherung hinausgeht?

In der Pflege in Deutschland klafft eine Lücke zwischen den Versorgungswünschen der Menschen und der Versorgungsrealität. Die Gesellschaft unterliegt einem tiefgreifenden Wandel in der Lebenskultur und in der sozialen Struktur. Darauf hat das System der Pflege bislang keine ausreichende Antwort.

Folgenden Entwicklungen muss sich eine Reform der Pflege stellen:

- Der Wunsch nach *Selbstbestimmung*
Die heutige Generation der Alten ist die erste, die nicht mehrheitlich im Familienverband alt geworden ist, sondern den modernen Lebensentwürfen der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gefolgt ist. Ihrem Wunsch nach der Sicherung

2 Ebd.

3 Alter. Gesundheit. Partizipation. Institut für angewandte Sozialforschung

4 Neues Begutachtungsassessment

eines selbstbestimmten Lebens im Alter – insbesondere, wenn durch Krankheit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit hervorgerufen wird – stehen zu wenig qualitative Angebote gegenüber, die einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen.

- *Der demografische und gesellschaftliche Wandel*
Durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft steigt der Bedarf an pflegerischen und sozialen Dienstleistungen im Alter. Gleichzeitig sinken die Unterstützungspotenziale der Familien durch Entwicklungen wie Job-bedingte Mobilität und damit räumliche Trennung der Generationen, Kinderlosigkeit sowie auch die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen, die bislang einen Großteil der häuslichen Sorge- und Pflegearbeit geleistet haben.
- *Die Multimorbidität Hochbetagter*
Die gleichzeitig auftretende Multimorbidität bei den meisten Menschen mit hohem Pflegebedarf erfordert einen über die Pflege hinausgehenden ganzheitlichen Pflege- und Versorgungsansatz der verschiedenen Versorgungs- und Sozialversicherungssysteme. Die Versäulung des Sozialversicherungssystems behindert eine bedarfsgerechte Versorgung insbesondere älterer Menschen, die dem Stand der Gesundheits- und Pflegewissenschaft entspricht.

Die falsche Ausrichtung der Pflege

Die bisherige Ausrichtung der Pflege- und Versorgungspolitik verfolgt das Ziel, Pflege- und Hilfebedürftigkeit zu vermeiden sowie Kompetenzen wiederherzustellen oder aufrechtzuerhalten, nicht konsequent. Dies muss künftig im Mittelpunkt stehen. Dazu sind bedarfsgerechte Hilfen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie bei den sozialen Leistungen und Alltagshilfen erforderlich.

Prävention und Rehabilitation müssen neu bewertet und als Pflichtleistungen der Sozialleistungsträger ausgestaltet werden, damit Selbstbestimmung und Alltagskompetenzen möglichst lange erhalten bleiben. Die präventive Wirkung von weitestmöglicher Selbständigkeit, Aktivität und sozialen Kontakten muss erkannt und Bestandteil der künftigen Präventionskonzepte werden.

Das Umfeld der hilfebedürftigen Menschen braucht deshalb verbindliche Rechtsansprüche auf Beratung, Begleitung, Förderung und Unterstützung sowie flexible Formen der Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit, damit die Bereitschaft und Fähigkeit der Angehörigen, die Betroffenen zu unterstützen und – sobald erforderlich – in der eigenen Häuslichkeit zu pflegen und zu versorgen, möglichst lange erhalten bleiben.

Eine fehlende gemeinsame Verantwortung für Prävention und Versorgung

Um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. hinauszuschieben, muss das Hilfe- und Versorgungssystem frühzeitiger ansetzen und Maßnahmen vorantreiben, die Pflegebedürftigkeit vermeiden und die Gesundheit fördern. Dabei muss es insbesondere darum gehen, das Fortschreiten chronischer Erkrankungen sowie das Entstehen von Multimorbidität abzubremsen. Ebenso müssen die sozialen Lebensbedingungen so gestaltet werden, dass eine unabhängige Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit möglichst lange gesichert bleibt.

Die Sektorierung und die Fokussierung des Pflegesystems auf Hilfebedürftigkeit behindern diese Funktionalität. In der Gesamtversorgung (Medizin, Pflege, Alltagshilfen) brauchen wir verbindliche und verlässliche Kooperationen und vor allem eine institutionalisierte kooperative Gesamtverantwortung.

Ressourcen- und Hilfemix/Kooperationen fördern

Wegen der mangelnden kooperativen Gesamtverantwortung werden nicht alle Möglichkeiten genutzt, Pflege zu vermeiden, die individuellen Potenziale zu erhalten und die Hilfebereitschaft im nachbarschaftlichen Raum zu sichern. Die vorhandenen Ressourcen werden nicht zielgerichtet eingesetzt und auch oft überfordert. Deshalb brauchen wir eine (Neu-)Orientierung hin zu einem Ressourcen- und Hilfemix und müssen die zur Verfügung stehenden Potenziale stärken:

- die individuellen Ressourcen durch die Förderung von Selbstbestimmung und Alltagskompetenzen mittels Rehabilitation und Prävention,
- die Ressourcen der Umgebung und der Angehörigen, damit Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit möglichst lange erhalten bleiben, sowie
- die Ressourcen im umgebenden Sozialraum, damit häusliche Pflege und Versorgung auch bei fehlenden familiären Hilfen möglich bleiben.

12.3 Leistungsbereiche für ein umfassendes Versorgungsangebot

Diesen Entwicklungen muss ein neuer Blick auf die Leistungsbereiche, die im Gesamtsystem der Pflege und ihres Vorfeldes in Betracht kommen, Rechnung tragen. Die heutige Generation der Älteren und (potenziell) Pflegebedürftigen hat einen weit gespannten, aber im Einzelfall sehr unterschiedlichen, mithin einen sehr individuellen und differenzierten Bedarf an Unterstützungs-, Teilhabe-, medizinischen Versorgungs- und Pflegeleistungen. Diese gehen weit über das Spektrum der Pflegeversicherung hinaus und stellen vor allem die Kommunen vor neue Herausforderungen.

Folgende Struktur- und Dienstleistungsbedarfe, die der verbindlichen Vernetzung bedürfen, werden in der heutigen Diskussion allgemein beschrieben:

- Assessment/Begutachtung der vorhandenen Potenziale der Alltagskompetenzen der Betroffenen, der Unterstützungsbedarfe der Angehörigen, der präventiven Gesundheitsleistungen, der Rehabilitationsbedürftigkeit sowie der Pflege- und Versorgungsbedarfe
- Persönliche (zugehende) Beratung mit einem die individuellen und die regionalen Ressourcen einbeziehenden und aktivierenden professionellen Case- und Care-Management
- Integrierte medizinische Versorgung, Prävention, Rehabilitation, Hilfsmiteinsatz und Koordination der Einzelleistungen, damit diese sich gegenseitig stützen und nicht behindern, sowie bei Bedarf die Sicherung einer palliativen Versorgung in der eigenen Häuslichkeit
- Vielfältige Formen neuen Wohnens, auch in gemeinschaftlichen, genossenschaftlichen und generationenübergreifenden Formen/nachbarschaftlich und

bürgerschaftlich orientierte Wohnquartiere inklusive der Sicherung technischer Unterstützungssysteme

- Haushaltsnahe Dienstleistungen (Haushaltführung, Nahrungszubereitung, Besorgungen)
- Unterstützung einer selbstbestimmten Alltagsgestaltung, insbesondere für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen (Nacht-/Tagesbegleitung, Tagesstrukturierung bei eingeschränkter Alltagskompetenz)
- Unterstützung und Ermöglichung von Mobilität
- Kulturelle und soziale Teilhabe
- Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie Entlastung pflegender Angehöriger
- Sicherheit und Grundpflege (Körperpflege, Ankleiden, Nahrungsaufnahme)
- Medizinische und pflegerische Unterstützung (Medikamenteneinnahme, Messwerte-Erfassung und -Überprüfung, Behandlungspflege auch zur Vermeidung oder Verkürzung von Klinikaufenthalten, mobile Rehabilitation u. a.)

Diese Leistungen sind zwar heute schon alle grundsätzlich verfügbar, für den Einzelnen aber nicht immer und häufig nicht rechtzeitig zugänglich. Sie sind in der Regel nicht in diesem umfassenden Spektrum sichtbar und werden – selten umfassend – unkoordiniert von einzelnen, nicht vernetzten und verbindlich kooperierenden Akteuren nach und nach festgestellt und erbracht. Dadurch entstehen verspätete Interventionen und immer größer werdende Hilfe- und Versorgungslücken mit negativen Folgewirkungen und vermeidbaren Kosten.

12.4 Planung und Steuerung einer sozialräumlich ausgerichteten Pflege- und Versorgungslandschaft

Die Pflege- und Versorgungslandschaft in Deutschland ist von historisch gewachsenen Rechtsgrundlagen geprägt, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten Antworten auf aktuelle Probleme und Herausforderungen gaben. Dabei entstanden die bekannten Zuständigkeitssysteme, beitragsfinanzierte, teils bundesunmittelbare Sozialversicherungen und steuerfinanzierte kommunale Sozialleistungen. An den Schnittstellen widersprechen und behindern sie sich inzwischen gegenseitig, nicht zuletzt wegen der sich unterschiedlich entwickelnden Institutionenlogiken. Die wettbewerbliche Orientierung des SGB XI konkurriert z. B. mit der kommunalen Planungsverantwortung für das örtliche Leben und harmoniert wenig mit der individuellen Fürsorgeorientierung der Sozialhilfe. Der Gesetzgeber hat dies zudem an einigen Stellen durch nicht am Versorgungsbedarf, sondern an Finanzblöcken orientierte diskretionäre Schnittstellen verstärkt: Es fehlt eine Rechtsgrundlage für eine planerische Gesamtverantwortung für örtlich zu erbringende Leistungen, Rechtsansprüche des Einzelnen sind nicht einheitlich (Beispiel Beratungsansprüche) und zum Teil nicht durchsetzbar, die leistungsrechtliche Koordination funktioniert in der Pflege nicht, weil sie nicht mit den Kooperationsvorschriften des SGB IX verbunden ist und es im SGB XI selbst nur unvollständige Regelungen gibt, die von keiner Aufsicht durchgesetzt werden können. Pflege-

stützpunkte sind ein begrüßenswerter Ansatz, aber noch keine ausreichende Lösung. Hinzu kommt, dass die Durchsetzungsrechte der Aufsichten zu schwach ausgebildet, praktisch auch durch die organisatorische Verknüpfung mit den Leistungsträgern eingeschränkt und dem Ziel der integrierten Versorgung rechtlich nicht verpflichtet sind.

Aber es geht nicht nur um die Kooperation der Leistungsträger. Das zweite Element ist das Verhältnis von Markt und staatlicher Steuerung. Die Gestaltung wurde zu stark an den Pflegemarkt abgegeben und die Leistungsanbieter folgen in ihrem Verhalten überwiegend den vorgegebenen gesetzlichen Schemata, den materiellen Anreizen und den wettbewerblichen Ansprüchen.

Schließlich ist der Blick auf die Impulse für den professionell-gesellschaftlichen Hilfemix zu richten. Pflege liegt heute überwiegend in der Verantwortung der Familien. Die Gefahren der Überforderung werden auf verschiedenen Wegen thematisiert und sind für keinen Verantwortlichen mehr zu übersehen. Auch wenn das erste Pflegestärkungsgesetz versucht, darauf zu reagieren: Die Unterstützung für Familien und ambulante häusliche Settings ist noch unterentwickelt. Dies ist – neben den ökonomischen Anreizen für Betreiber – ein Grund dafür, dass der Weg zur vollstationären Pflege viel früher und viel häufiger gegangen wird, als es die Betroffenen eigentlich wollen (Schaeffer und Kuhlmei 2012).

Pflegebedürftige und multimorbide Menschen brauchen aber zur Sicherstellung einer präventiv orientierten Gesamtversorgung in der eigenen Häuslichkeit adäquate, bedarfsgerechte Hilfen, die vorhandene Ressourcen aktivieren. Deshalb muss familiäre, ehrenamtliche und professionelle Unterstützung wirksam miteinander verbunden werden. Es sind niedrigschwellig zugängliche Versorgungsstrukturen notwendig.

Dieses System, das die vorhandenen Potenziale des Betroffenen und seines Umfeld nutzt und aktiviert sowie Medizin, Pflege und Versorgung abgestimmt zur Verfügung stellt, ist nur in einem kleinräumigen sozialen Nahraum organisierbar. Deshalb müssen die Kommunen bzw. die kommunalen Gebietskörperschaften in einer zukünftigen Pflege- und Versorgungslandschaft eine herausgehobene koordinierende und gestaltende Funktion haben.

Im Ergebnis ist aber festzustellen, dass die gegenwärtigen gesetzlichen Rahmenbedingungen belastbare Strukturen einer flächendeckenden quartiersbezogenen Pflege und Versorgung von der Prävention und Rehabilitation bis hin zur Sicherung des Wohnens unzureichend fördern. U. E. mangelt es vor allem wegen der ungeklärten Gesamtverantwortlichkeit an einer bedarfsgerechten, flächendeckenden Ausgestaltung inklusiver Sozialräume mit professioneller Beratung und Begleitung.

Die Rolle der Kommunen in regionalen, integrierten Pflege- und Versorgungslandschaften

Um eine koordinierende und gestaltende Funktion in einer regionalen, integrierten Versorgungslandschaft auszuüben, müssen Kommunen in Zukunft drei Fähigkeiten ausbilden und die rechtlichen Möglichkeiten dazu erhalten: Bedarfsplanung, Steuerung der Angebotsentwicklung sowie integrierte Beratungsleistungen.

Zur Schaffung einer regionalen, integrierten Pflege und Versorgung durch die verschiedenen Akteure werden im Wesentlichen zwei Gestaltungsvorschläge diskutiert:

- **Verpflichtendes Kooperationsmodell**

Die verschiedenen Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträger werden unter Federführung der kommunalen Gebietskörperschaften zur gleichberechtigten Kooperation verpflichtet und müssen sich lokal ausgerichtet institutionell organisieren.

- **Modell der kommunalen Vollverantwortung**

Die kommunalen Gebietskörperschaften erhalten die alleinige Verantwortung, regionale integrierte Pflege- und Versorgungslandschaften zu gestalten und entsprechende Leistungen zu bewilligen. Die Pflege- und Krankenversicherung agiert als Zahlerin für ihre Leistungsbereiche.

Die Autoren sprechen sich für die erstgenannte Lösungsvariante eines verpflichtenden Kooperationsmodells aus. Es bietet gegenüber dem Modell der alleinigen Verantwortungsübernahme durch die Kommunen mehrere Vorteile. Zum einen ist dieser Weg eine pfadabhängige Weiterentwicklung des Pflegesystems, wie sie in der Systematik der deutschen Sozialversicherungsreformen angelegt ist, und damit anschlussfähiger. Die Umsteuerung auf eine kommunale Vollverantwortung würde dagegen zu bruchhaften Veränderungen führen, die mit großer Unsicherheit im Versorgungsgeschehen verbunden wären. Zudem ist eine regional sehr unterschiedliche Qualität des Versorgungssystems zu erwarten. Eine nicht zu gering zu schätzende Anzahl von Kommunen könnte mit der Aufgabe schlicht überfordert sein. Dies gilt es angesichts der Wichtigkeit der Aufgabe zu vermeiden.

Das Kooperationsmodell bietet zum anderen eine Reihe von Vorteilen: Die Kompetenzen und Erfahrungen der Sozialversicherungsträger werden genutzt und in die Versorgungsplanung und Steuerung eingebracht. Außerdem können die Kommunen ihren Ortsbezug einbringen und in die neue Rolle hineinwachsen.

Ein Kooperationsmodell ist schon deshalb fast zwingend notwendig, weil den Gestaltungsmöglichkeiten der jeweiligen Akteure Grenzen gesetzt sind. Den Kranken- und Pflegekassen fehlt der Ortsbezug, da die Entwicklung hin zu immer größeren regionalen und zunehmend überregionalen Einheiten geht. Sie könnten ihn allenfalls einheitlich und gemeinsam herstellen. Die Pflegestützpunkte sind ein Versuch, den fehlenden Ortsbezug auch auf der Kassenseite auszugleichen. Das mit den Interessen der Krankenversicherung zusammenhängende Wettbewerbsdenken und die damit einhergehende Beitragsatzorientierung stehen dem aber im Wege. Entscheidend dürfte sein, dass die Kassen weniger an der Gestaltung örtlicher Versorgungskonzepte als an der Organisation der Einheitlichkeit und Qualität der im SGB XI geregelten Leistungen interessiert sind. Hinzu kommt die Sektorisierung der Sozialversicherung in verschiedene Leistungssysteme (Pflege, Gesundheit), die es im Zusammenhang mit der Beitragsatzorientierung erschwert, die Fälle und die Hilfeplanung in sozialräumlichen Bezügen ganzheitlich zu sehen.

Die Kommunen stehen vor dem Problem, dass sie unterschiedlich mit Geldern ausgestattet und unterschiedlich mit Aufgaben belastet sind. Der Themenreport „Pflege 2030“ der Bertelsmann Stiftung belegt am Beispiel der Pflege eindrucksvoll, wie sehr – neben den bekannten Faktoren wirtschaftliche Lage, Arbeitslosigkeit und Steuerkraft – einzelne Sozialleistungen die kommunale Handlungsfähigkeit beeinflussen können. Das sich aus dem Prinzip der kommunalen Selbstverwaltung ergebende Recht, sachliche und finanzielle Schwerpunkte zu setzen, wird zutreffend als Stärke

des kommunalen Systems angesehen. Damit geht jedoch der Nachteil einher, dass es die „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet“ (Art. 72 Grundgesetz) allein nicht gewährleisten kann. Ein häufig unbeachteter Stolperstein ist der Umstand, dass sich die kommunalen Aufgaben auf die Kreis- und Gemeindeebene verteilen. Ohne spezifische landesrechtliche Regulierungen gelingt die Verbindung dieser beiden Ebenen zu einem einheitlichen Konzept häufig nicht. Die Stärken der jeweiligen Akteure leiten sich daraus spiegelbildlich ab. Dies sind bei der Sozialversicherung die bundesweit oder zumindest regional einheitliche Gestaltung von Leistungsvoraussetzungen sowie Verfahren, Leistungen und Qualitätssicherung. Bei den Kommunen ist es die ortsbezogene Organisation der Hilfen.

Durch die Kooperationsverpflichtung können institutionelle Blockaden, die das Zusammenwirken der deutschen Sozialleistungsträger behindern, Schritt für Schritt überwunden werden. Das Modell der alleinigen kommunalen Gesamtverantwortung, das den skandinavischen steuerfinanzierten Systemen entlehnt ist, würde dagegen vor dem Hintergrund der deutschen sozialstaatlichen Organisation die Blockadehaltungen möglicherweise vertiefen. Zudem besteht im Kooperationsmodell die Chance, dass die notwendigen Institutionen gemeinsam von den beteiligten Akteuren finanziert werden.

In einer gesetzlich vorgeschriebenen Kooperation zwischen Kommunen und Sozialleistungsträgern müssen die folgenden drei Aufgabenbereiche verbindlich geregelt werden:

Bedarfs- und Angebotsplanung

- Einrichtung einer lokalen Versorgungs- und Planungskonferenz unter Federführung der Kommune und mit Beteiligung aller lokalen Akteure – vergleichbar den Gremien nach § 90a SGB V
- Formulierung von lokalen Eignungskriterien zur Deckung des lokalen Bedarfs bei der Zulassung von Leistungsanbietern
- Sicherstellung einer quartiersbezogenen Beratungs- und Begleitungsinfrastruktur für multimorbide und pflegebedürftige Menschen

Steuerung der Angebotsentwicklung

Um die Versorgungslandschaft bedarfsgerecht weiterzuentwickeln, braucht es konkrete Steuerungsinstrumente. An dieser Stelle nehmen wir daher zwei Vorschläge auf, die derzeit auf Länderebene diskutiert werden. Wir weisen allerdings darauf hin, dass eine konzeptionelle Ausformulierung weiterer Diskussion bedarf.

- Analog zu den Zulassungsverfahren im Gesundheitsbereich könnten mittelfristig die Kriterien für die Zulassung von Pflegeeinrichtungen und -diensten um dem Gesichtspunkte erweitert werden, ob die Einrichtungen sich für die Deckung der lokalen Bedarfe eignen, sodass eine Überversorgung im stationären Bereich und Angebote von nicht bedarfsgerechter Qualität vermieden werden können.
- Um die Versorgung besser an die lokalen Bedarfe anpassen zu können, sollte die im SGB XI bestehende Möglichkeit, Gesamtversorgungsverträge abzuschließen, von allen Beteiligten offensiv genutzt werden. Darüber hinaus muss auch im Rahmen dieser Verträge das Zusammenwirken medizinischer und pflegerischer Versorgung verbessert werden, mit dem Ziel, innovative, integrierte Versorgungsangebote zu schaffen.

Koordinierte individuelle Versorgungsplanung

- Sicherstellung der individuellen Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen
- Eine Gesamtverantwortung für das frühzeitige gemeinsame Assessment, das Case- und Care-Management und die Versorgungsplanung
- Gemeinsame Feststellung des gesamten Hilfebedarfs der betroffenen Personen
- Eindeutige Zuständigkeiten zur Koordinierung ineinandergreifender, abgestimmter Leistungsentscheidungen im Einzelfall
- Prüfung der Übertragung von weiteren Leistungsansprüchen, bei denen ein enger Zusammenhang mit der Gestaltung des inklusiven Sozialraums besteht bzw. erforderlich ist, in die Zuständigkeit der Kommunen (z. B. Rechtsansprüche auf Altenhilfe und Hilfe zur Weiterführung des Haushalts)

Eine solche Aufgabenwahrnehmung erfordert sozialrechtliche Rahmenbedingungen, die von den Bundes- und Landesgesetzgebern geschaffen werden müssten. Diese umfassen folgende Regelungsbereiche:

- Verpflichtung der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft zu einer barrierefreien und sozialen Quartiersgestaltung
- Entsprechende Verpflichtung der beteiligten Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträger zur verbindlichen Kooperation
- Gewährleistung eines umfassenden Zugangs zu versorgungsrelevanten Daten – z. B. der Sozialleistungsträger – für die lokalen Versorgungs- und Planungskonferenzen
- Schaffung eines Initiativrechts zum Abschluss von Verträgen über integrierte medizinische, pflegerische und rehabilitative Versorgung
- Erstattung der Kosten pflegevermeidender bzw. -mindernder Rehabilitation durch die Pflegekassen an die Krankenkassen
- Finanzierung der gesamten Behandlungspflege in stationären Einrichtungen durch die Krankenversicherung
- Schaffung eines eigenständigen Rechtsanspruchs auf präventive Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit (z. B. präventiver Hausbesuch)

Die Aufgaben der Sozialleistungsträger sollten allgemein im SGB I und konkret als Pflichtaufgaben in den jeweiligen sozialrechtlichen Vorschriften gefasst werden. In diesen Leistungsgesetzen sollten auch die Rechtsansprüche der Betroffenen verankert werden. Um die Koordination rechtlich verbindlich zu machen, müssen die Pflegekassen in die Kooperationsvorschriften des SGB IX aufgenommen werden, wobei diese Vorschriften gleichzeitig weiterentwickelt werden müssen.

12.5 Ausblick

Mit einem solchen sozialrechtlichen und institutionellen Versorgungsmodell kann die Sackgasse, in die das heute stark institutionen- und trägerzentrierte Pflegesystem zu geraten droht, vermieden werden. Es geht darum, mittelfristig für die Betroffenen integrierte und bedarfsgerechte Versorgungslösungen aus einer Hand bereit-

stellen zu können, die einem zeitgemäßen Versorgungsauftrag entsprechen. Damit werden der oder die Betroffene und seine Bedarfe wieder ins Zentrum des Leistungsgeschehens gerückt. Außerdem geht es darum, den inklusiven Sozialraum als Gestaltungsraum für die Kommunen zurückzugewinnen. Es ist zu hoffen, dass die beteiligten Akteure die Kraft finden, diesen Schritt einer echten Versorgungsinnovation gemeinsam mit den betroffenen Bürgerinnen und Bürgern gestalten.

Literatur

- Engelmann D, Gohde J, Künzel G, Schmidt S. Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Bonn 2013.
- Hackmann T, Müller D, Steiner M, Thiessen J. Pflege vor Ort gestalten und verantworten. Konzept für ein Regionales Pflegebudget. Gütersloh 2014.
- Hoberg R, Klie T, Künzel G. Strukturreform Pflege und Teilhabe. AGP – Alter. Gesundheit. Partizipation. Institut für angewandte Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg. November 2013.
- Schaeffer D, Kuhlmei A. Neue Modelle für die pflegerische Versorgung alter Menschen – Herausforderungen in der ambulanten Pflege. In: Günster C, Klose J, Schmacke N. Versorgungs-Report 2012. Stuttgart: Schattauer 2012; 177–92.