

Stärkung der kommunalen Verantwortung in der Pflegeversicherung

Mit diesem Papier will der sog. Kollegiale Kreis, bestehend aus Vertretern von Kommunen, sozialen Organisationen, Wohlfahrtsverbänden und wissenschaftlichen Bereichen, Impulse für eine nachhaltige kommunalpolitische Gemeinwesenarbeit setzen. Der Kollegiale Kreis wird unterstützt durch die Landesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros (LaS) und den Regionalverband Ruhr (RVR).

Der Vorschlag basiert auf der Forderung nach einer bisher ausstehenden Leistungsgewährung für eine sozialräumliche Ausrichtung im SGB XI.

Vorschlag

Neben den Pflegekassen werden die Kommunen Träger der sozialen Pflegeversicherung (§ 1 (3) SGB XI). Für die Umsetzung und Steuerung sozialraumorientierter Aufgaben aus der Pflegeversicherung erhalten sie pauschal 1 % der Gesamteinnahmen (= ca. 4,44 €/Versicherter). Das Gesamtvolumen beläuft sich (nach den Zahlen von 2017) auf ca. 360 Mill. €.¹

Zu den Aufgaben gehören im Einzelnen:

- Bildung und Moderation kommunaler Netzwerke zu Pflege, Gesundheit und sozialer Teilhabe,
- Nachhaltige Altenplanung in rhythmischen Intervallen,
- Fokussierung auf kleinräumige und achtsame Strukturen in Nachbarschaften oder Quartieren,
- Berücksichtigung prekärer Lebenslagen von Menschen mit Demenz, geringem Einkommen, sozialer Teilhabe, erschwerten Zugängen zu Angeboten des Wohnens, der Bildung und zu Ansprüchen aus der Kranken- und Pflegeversicherung.

Die Städte und Gemeinden legen dafür einen Plan gemeinwesenorientierter Seniorenarbeit vor, der von der jeweiligen Vertretungskörperschaft verabschiedet und dessen jeweiliger Stand jährlich im Rat diskutiert, modifiziert und mit einer Jahresplanung versehen wird.

Die Zuständigkeit für die Verwendung und deren Aufsicht wird ähnlich dem Baurecht subsidiär ausgerichtet: Vorbehaltlich der landesrechtlichen Umsetzung liegt die Zuständigkeit grundsätzlich auf der Kreisebene. Mittlere kreisangehörige Gemeinden ab 25.000 Einwohner können die Aufgaben selbst übernehmen. Der zuständige örtliche Träger (Kreis) kann

¹ Mit diesem plakativen Wert soll die Untergrenze beschrieben werden, mit der die Pflegeversicherung ihrem gesetzlichen Auftrag nachkommt und zu einer aktiven und aktivierenden kommunalen Gemeinwesenarbeit beitragen soll.

die übrigen kreisangehörigen Gemeinden zur Durchführung der ihnen obliegenden Aufgaben² durch Satzung heranziehen. Diese entscheiden das Verfahren in eigenem Namen. In den Satzungen ist zu bestimmen, welche Aufgaben ganz oder teilweise zu erfüllen sind. Grundsätzlich werden die Gemeinden in die Lage versetzt, selbstständig Strategien für ein Älterwerden in den gewohnten Strukturen zu entwickeln. Die Mittel aus der Pflegeversicherung werden entsprechend aufgeteilt. Fachaufsicht ist die jeweils übergeordnete Behörde. Die Erfahrungen werden regelmäßig in der Kommunalen Konferenz für Alter und Pflege ausgetauscht.

Die Ausgangslage:

Die Pflegeversicherung hat sich als feste Säule im deutschen Sozialversicherungssystem etabliert. Nach den letzten Reformen wird der individuelle Anspruch vor allem durch den Grad der persönlichen Selbstständigkeit definiert. Gleichzeitig sind die Leistungen für die häusliche Pflege und die pflegenden Angehörigen erneut ausgeweitet worden.

Viele Kommunen haben sich seit der Einführung der Pflegeversicherung, spätestens seit der Abschaffung der bedarfsorientierten Planung vor etwa 15 Jahren aus ihrer Verantwortung für die Gestaltung einer pflegerischen Versorgungslandschaft weitgehend zurückgezogen und beschränken sich auf Funktionen der Bau- und Heimaufsicht.

Die vom Bund und den Ländern aufgelegten Projektausschreibungen je nach gerade angesagter thematischer Ausrichtung fördern zeitlich und regional eingeschränkt Projekte nach den Zielsetzungen von Bund und Ländern. Sie sind aufgrund der zeitlichen Begrenztheit weder nachhaltig noch in der Fläche wirksam. Sie unterhöhlen sogar den verfassungsrechtlichen Auftrag der Kommunen, ihre Anliegen selbst zu definieren und zu gestalten, weil die Kommunen sich nicht mehr danach richten, was sie selbst für notwendig erachten, sondern ihre Kapazitäten darauf ausrichten, an entsprechende (fremddefinierte) Projektmittel zu gelangen.

Auch die Kassen verlieren aufgrund zunehmender Zentralisierung jeglichen kommunalen Gestaltungswillen. In dem Bestreben, eine möglichst effektive Leistungsabwicklung zu gewährleisten, geraten einige Fragen in den Hintergrund:

- Erreichen die Leistungen auch alle Anspruchsberechtigten?
(Menschen mit geringer Bildung/Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund etc.)
- Werden die Leistungen in einem für die Betroffenen optimalen Mix gewährt (und nicht in erster Linie für die Dienstleister)? Dazu braucht es ein enges Beratungsangebot bis hin zum Fallmanagement, das immer wieder auf Veränderungen reagiert. Die Beratungsangebote der Kassen können das nicht leisten, weil sie die kleinräumigen Lebensfelder gar nicht kennen.

² Die unterschiedlichen Aufgaben der Angebots- und Versorgungsleistungen für Ältere sind dabei von sehr unterschiedlicher regionaler Ausdehnung: Kleinere Gemeinden sollten z. B. kleinräumige Quartiers- und Nachbarschaftsstrukturen selbstständig entwickeln. Dagegen verlangt die kommunale Planung und Koordination von Einrichtungen der stationären Pflege u. ä. eine größere regionale Ausrichtung.

- Was ist der Beitrag der Kassen an der Entwicklung der jeweiligen kommunalen Versorgungslandschaften?
- Wie können Menschen so unterstützt werden, dass sie möglichst nicht pflegebedürftig werden und möglichst selbstständig und selbstbestimmt leben können?

Es wird deutlich, dass die Kassen auf einen individuellen Leistungsanspruch orientiert sind, nicht aber auf vielfältige Lebensräume. Eine sozialräumlich ausgerichtete Leistungsgewährung ist in der Pflegeversicherung bisher ausgeblieben, obwohl sie im SGB XI ausdrücklich benannt wird. Immerhin können mit dem neu geschaffenen § 45c Abs. 9 zum ersten Mal regionale Netzwerke bis zu einem Gesamtvolumen von 25 Mill. € gefördert werden.

Kommunale Sozialraumorientierung und Daseinsvorsorge

Der individuelle Rechtsanspruch auf Hilfe im Bedarfsfall muss durch eine sozialräumliche Orientierung ergänzt werden. Auch finden sich in den Sozialversicherungen Aufgaben, die ohne eine sozialräumliche Orientierung gar nicht umgesetzt werden können. Dazu gehören viele allgemeine Rechte im SGB I, die „gemeinsame Verantwortung“ im § 8 SGB XI etc.³ Versuche, diese Inhalte träger- und gesetzesübergreifend zu gestalten, sind bis auf wenige Ausnahmen kläglich gescheitert oder drohen zu scheitern (einschließlich der geplanten Modellkommunen).

Tatsächlich zeigen die sozialräumlich orientierten Inhalte eine große Schnittmenge mit der zentralen kommunalen Aufgabe der Daseinsvorsorge. Die Städte und Gemeinden bilden die Ebene mit der größten Identifikationskraft („wir in ...“). Nur in den selbstständigen Städten und Gemeinden finden wir die Organisations- und Managementkompetenz, Netzwerke und Strukturen für eine flächendeckende pflegerische Versorgung (gepaart mit den anliegenden Politikbereichen Wohnen, Bildung, Teilhabe etc.) zu entwickeln, die ein Zusammenwirken von Bürgerinnen und Bürgern, von fachlicher Expertise und einer Investitionsbereitschaft im Sinne des Gemeinwohls einschließt. In einem kommunalen Setting könnten Steuerungsprozesse im Sinne einer breit aufgestellten Stadtentwicklungsplanung organisiert werden, in dem mit der Beteiligung vieler Akteure das nachhaltige Gemeinwohl sowohl in finanzieller als auch in lebensweltlicher Hinsicht unter dem Dach eines kommunalen „Wir“ in den Blick gerät. Aus diesem Grund betonen auch sämtliche Expertinnen und Experten der verschiedenen Alterswissenschaften, dass die Kommunen von entscheidender Bedeutung sind, um zukunftsfähige Gemeinschaften in geteilter Verantwortung zu bilden (siehe 7. Altenbericht der Bundesregierung!). Mit geteilter Verantwortung ist gemeint, dass sich das Individuum, dessen Familie, dessen nachbarschaftliche Netzwerke, bürgerschaftlich Engagierte, Wohlfahrtsverbände, private Dienstleister und Kommunen Aufgaben teilen, das heißt – aufeinander abgestimmt – Verantwortung übernehmen. Nur so ist Pflege in Zukunft denkbar.

³ Auch in der Krankenversicherung finden wir Aufgaben, die ohne eine sozialräumliche Orientierung nicht einzulösen sind, beispielhaft § 11 Entlassungsmanagement, § 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung, § 140 Integrierte Versorgungsverträge

Darüber hinaus: Alle vorliegenden Studien weisen auf den Zusammenhang von Gesundheit und einer aktiven und sozial eingebundenen Lebensweise hin und darauf, dass gesundheitsbewusstes Verhalten von der Selbstwirksamkeitserfahrung abhängt. Insofern ist die kommunale Ermöglichung von Kontakten und Engagement im Alter von herausragender Bedeutung zur Gesunderhaltung und Pflegeprävention.

Erwünschte Effekte

- Die Ausrichtung auf ein kommunales „Wir“ fördert das Miteinander der kommunalen Gemeinschaft. Die Steuerungsintention verlagert sich vom individuellen „Leistungsgrund Pflege“ zu einer gemeinschaftlichen Aufgabe der Erhaltung anhaltender Teilhabe in einer für alle überschaubaren Region.
- Wesentliche Synergieeffekte treten mit der Aufgabe zur kommunalen Daseinsvorsorge auf. Die Kommunen erhalten einen finanziellen Rahmen für Aufgaben, die aktuell und zukunftsgerichtet die Pflege betreffen und losgelöst von anderen Politikbereichen (wie Wohnen, Teilhabe, Bildung etc.) auch gar nicht einzulösen sind. Ein anfänglich belastender Impuls wird bei den Kassen schnell zu entlastenden Effekten führen.
- Die kommunale Politik hat wieder in einem umfassenden Sinn mit Fragen der Daseinsvorsorge zu tun. Die pflegerische Versorgung gerät wieder als Gestaltungsaufgabe in den Blick und verlässt das negative Image des möglichst klein zu haltenden Kostenverursachers.
- Pflege geht alle an. Viele Aktive können viel bewirken und haben gleichzeitig das Gefühl dazuzugehören. Die Veränderung der Steuerungslogik führt zu Kosteneinsparungen im System.
- Investoren, denen das Gemeinwohl wenig am Herzen liegt, haben in gemeinsam entwickelten Versorgungskonzepten wenig Chancen.
- Die Finanzierung von Arbeitszeit und anspruchsvollem Management für Netzwerkentwicklung und Bürgerbeteiligungsstrategien findet Eingang in den Leistungskatalog der Sozialversicherungen.
- Die Kommunen richten sich nicht mehr nach fremdbestimmten Bedingungen einer Landes- und Bundesförderung, sondern entwickeln selbstständige und nachhaltige Strategien. Dies hat notwendigerweise einen Kontrollverlust höherer Ebenen zur Folge, der bei konsequenter subsidiärer Haltung aber auch gewollt werden kann.

Wir laden alle Akteure in der Seniorenarbeit dazu ein - Betroffenenverbände, Sozialverbände, Kommunen, Pflegekassen und das Land NRW, mit uns in eine lebhaftige Diskussion über diesen Finanzierungsvorschlag zur Gemeinwesenarbeit einzutreten.“