

20/2016

PFLEGE IN SOZIALRÄUMEN

Was muss eine Strukturreform Pflege und Teilhabe leisten?

AUF EINEN BLICK

Der Fokus der anstehenden Pflegereform liegt auf der Stärkung der Kommunen. Eine Bund-Länder-AG hat sich mit Optionen beschäftigt, wie die Kommunen in ihrer Bedeutung für die Sicherung der Pflege und Teilhabe gestärkt werden können. Das kann nur mit einer größeren Reform gelingen, die auf der Basis einer belastbaren Analyse der aktuellen Versorgungssituation auf ein konsistentes Gesamtsystem hinsteuert, das nicht Halt macht vor bislang „gepflegten“ Segmentierungen und Zuständigkeitsgrenzen.

- die Pflegeversicherung mit einem Teilleistungsanspruch bei Pflegebedürftigkeit;
- die Krankenversicherung mit einem umfassenden Sachleistungsanspruch bei Krankheit und Behinderung;
- die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen mit Leistungen zur Teilhabe als steuerfinanzierter Anspruch, der zum Teil nach Bedürftigkeitskriterien eingelöst wird;
- freiwillige kommunale Leistungen und die Gestaltung des örtlichen Umfeldes, die ein Pflegesetting häufig erst „rund“ machen.

Diese Leistungsvielfalt ist für die betroffenen Menschen gerade in komplexen Fällen oftmals nicht überschaubar und hat gerade bei hohem Hilfebedarf zur Folge, dass notwendige Leistungen zum Teil gar nicht oder häufig zu spät und unkoordiniert nebeneinander erbracht werden. Damit werden Chancen vertan, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen präventiv und rehabilitativ darin zu unterstützen, ihr Leben im gewohnten sozialen Umfeld aufrechtzuerhalten.

1. REFORMBEDARF DER PFLEGEVERSICHERUNG

In der pflegerischen Langzeitversorgung wurden in den vergangenen Jahren viele Reformschritte angestoßen, aber nur ein Teil der bestehenden Herausforderungen beantwortet. Das gilt auch nach der „großen Pflegereform“, die im Kern die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes beinhaltet. Notwendig bleibt eine auf die Architektur der pflegerischen Versorgung und Pflege zielende Strukturreform, die eine Perspektive einer bedarfsgerechten und integrierten pflegerischen Gesamtversorgung sowie einer qualifizierten Pflege zugrunde liegt und die auf Stärkung der Teilhabe und Gemeinwesen-/ Quartiersorientierung setzt, so fordert es auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2014).

Die alltäglichen Probleme, mit denen alte, behinderte und pflegebedürftige Menschen zu kämpfen haben, lassen sich – angesichts des demografischen und sozialen Wandels – allein mit einer Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nicht lösen. Der Grund liegt im gegliederten System der sozialen Sicherung: Die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf ist segmentiert in Leistungen der gesundheitlichen, hauswirtschaftlichen und pflegerischen Unterstützung sowie der sozialen Teilhabe. Die gesetzlichen Leistungsansprüche verteilen sich weithin unabgestimmt auf

2. NEUE BEDEUTUNG LOKALER ANTWORTEN

Nach übereinstimmender Expertenmeinung verlangen die Herausforderungen des demografischen und sozialen Wandels nach einer Initiative für mehr Selbstbestimmung, Selbstorganisation und Selbstständigkeit vor Ort (Siebte Altenberichtscommission 2016). Unter Betonung der familiären und zivilgesellschaftlichen Ressourcen und als Teil einer zukunftsorientierten Pflegepolitik müssen professionelle Pflege, persönliche Hilfen und Beratung das selbstbestimmte Wohnen in der gewählten Umgebung unterstützen, dem Ziel der Sicherung von Autonomie folgen und

>

präventiv ausgerichtet sein. Es sind Versorgungskonzepte und Modelle gefragt, die regional unterschiedlich ausfallen müssen, um den jeweils unterschiedlichen „Gesichtern“ des demografischen Wandels, den unterschiedlichen Strukturen und Kulturen gerecht zu werden und besonders in ländlichen Gemeinden und Regionen drohende Unterversorgungserscheinungen zu vermeiden (Rothgang/Müller 2012). Es gilt eine bedarfsgerechte Langzeitversorgung sicherzustellen – und zwar im Mix aus familiären, nachbarschaftlichen, professionellen, anderen beruflichen Hilfen und Freiwilliger – und dies sektorübergreifend, unter Beachtung der jeweiligen Lebenswelt. Dies gelingt nur oder regelhaft am besten und effektivsten vor Ort, wohnort-/quartiersnah sowie unter Beachtung des regionalen und kommunalen Bedingungsgefüges (SVR 2014).

Dieser Befund ruft nach einer starken kommunalen Rolle, die die Phase der „Entpflichtung und Selbstentpflichtung der Kommunen“ (Gohde 2013: 10 – 15) auf diesem Politikfeld endgültig in die Geschichtsbücher verbannt. Aber ein solcher Politikentwurf verlangt Augenmaß. Die Errungenschaft, dass das Lebensrisiko Pflege in der Sozialversicherung abgesichert wird, soll nicht aufgegeben werden. Geht man von einer Weiterentwicklung des bestehenden Systems und nicht von einem radikalen Systemwechsel aus, so hat man es mit zwei maßgeblichen Akteuren zu tun, die ihre spezifischen Stärken und Schwächen aufweisen. Den Kassen fehlt aufgrund der Entwicklung zu immer größeren regionalen und zunehmend überregionalen Einheiten der Ortsbezug. Ein Kooperationsmodell erscheint daher als eine realistische Reformoption, möglicherweise sogar die Einzige, die das Problem der Kooperationsmängel und Versorgungslücken wirksam beheben kann. Beide Akteure können ihre spezifischen Stärken zur Geltung bringen.

Bei den Kommunen ist dies die ortsbezogene Planung, Gestaltung und Organisation der Hilfen. Die Rolle der Kommunen verbindet die originäre infrastrukturelle Rolle, die Bebauungsplanung, Siedlungsgestaltung, die Beeinflussung von Wohnformen, Verkehrsplanung mit der kommunalen Pflegestrukturplanung. Das Care Management muss eine kommunale Aufgabe werden. Kommunale Aufgabe ist es, Lebensweltbezüge und örtlich kulturelle Bezüge herzustellen, soziale Eingebundenheit zu organisieren, die Hilfen durch Nachbarschaft, Freundeskreise und ehrenamtliche Dienste zu unterstützen und zu fördern und so zu einem gelingenden Alltag beizutragen. Ihnen fällt es zu, den Hilfe-Mix zwischen professionellen und freiwilligen Hilfen zu organisieren. Dies 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 zur Verfügung steht, neue soziale Formen der Unterstützung. Die Aufgaben der Kommunen als Sozialleistungsträger verbinden sich damit und erleichtern es, Verbundkonzepte wirksam werden zu lassen, wenn diese Aufgaben als gestalterische Chance begriffen werden.

3. REFORMPAKET

Wie muss nun aber ein Reformpaket aussehen, das die lokale Gestaltung vor Ort ermöglicht, fördert und den Ansprüchen der betroffenen Menschen gerecht wird (Hoberg et al. 2013a)? Es muss der Tatsache ins Auge sehen, dass Pflege nicht alleine in einem

Sozialversicherungsgesetz geregelt werden kann und sicherlich über kleinteilige Leistungsergänzungen (SVR 2014) hinausgehen muss. Es darf nicht dem Irrtum verfallen, mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hätten die gesetzgeberischen Instanzen ihr Soll erfüllt. Der neue Begriff ist wichtig, er schlägt gewissermaßen die Schneise für das Verständnis von Care- und Teilhabeorientierung, aber er leistet für sich genommen noch nicht die notwendigen Impulse für Koordination und örtliche Verbundlösungen. Neben der Verbindung von Pflege und Teilhabe muss die Reform auch das Zusammenspiel gesundheitlicher und pflegerischer Leistungen umfassen. Unser Reformkonzept hat daher, über die Reform des Begriffs hinaus, mehrere Elemente, die ihre Durchschlagskraft erst im Zusammenwirken der Bestandteile erreichen. Es sind dies:

- Die Neubestimmung der Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung, Krankenversicherung und steuerfinanzierten Teilhabeleistungen (Eingliederungshilfe) mit Hilfe der Abgrenzung von Cure- und Carebestandteilen in der Lebenswelt der Pflege.
- Die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in dem gegliederten System der sozialen Sicherung kennt Leistungen der gesundheitlichen, hauswirtschaftlichen, pflegerischen Unterstützung und sozialen Teilhabe. Als Cure werden medizinische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen verstanden, die von professionellen Akteuren im Gesundheitswesen zur Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation verantwortet werden.
- Zu Care zählen alle Formen der Sorge und Versorgung, die für den Lebensalltag erforderlich sind – personenbezogene Leistungen zur unterstützenden Alltagsgestaltung, hauswirtschaftlichen Basisversorgung. Während Cure-Leistungen stärker den begleitenden und fachlich steuernden Aspekt einbeziehen, sollen Care-Leistungen konsequent auf die Ressourcensituation der jeweiligen Haushalte ausgerichtet werden, primär die Sorgefähigkeit erhalten und qualifizieren, sie jedoch nicht ersetzen.
- Änderungen der Finanzierungstechniken, welche die neu gezogenen Schnittstellen unterstützen und dazu passende Anpassungen des Leistungsrechts.
- Je nach Steuerungsfunktion der Leistungen ist eine andere Finanzierungstechnik gefragt: Im Cure-Bereich das Sachleistungsprinzip mit Vollfinanzierung und mit einer Ergänzung der Leistungsfinanzierung von Tätigkeiten und Zeiten mit Steuerungsfunktionen (Pflege- und Hilfeplanung, Anleitung, Monitoring, Aushandlung). Der Bereich der Care-Leistungen soll nicht weiter als Sachleistung ausgestaltet werden (Näheres unter Punkt 4). Der beträchtliche Unterstützungsbedarf muss im Sozialgesetzbuch (SGB) XI leistungrechtlich besser ausgestattet werden. Demgegenüber sind Eigenleistungen einschließlich einer Sockelfinanzierung mit Basis-eigenleistung vorzusehen. Dies muss mit der anstehenden Reform des Leistungsrechts der Teilhabe, abgestimmt werden, da Pflege bei einem teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff zu den Teilhabeleistungen gehört.
- Die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für die Durchsetzung einer integrierten Steuerung vor Ort, die von den Kommunen im Zusammenwirken mit den anderen Beteiligten moderiert wird (Care und Case Management).
- Ein Hilfesystem muss den Defiziten begegnen, die seine Effizienz unterlaufen. Die Mängel, um die es derzeit in der

Praxis geht, zeigen sich in den Bereichen Aufmerksamkeit (für den Pflegeverlauf), Abklärung und Koordination. Cure und Care brauchen daher leistungsträgerübergreifend sowohl ein verändertes Begutachtungswesen (unter Einschluss des neuen Begutachtungsassessments) als auch eine Infrastruktur für den Aufbau von Care und Case Management.

4. REFORMSTRATEGIE

Für die Umsetzung dieser drei Reformansätze braucht es ein Bündel an Verbesserungen und neuen Maßnahmen, die auch die Frage berücksichtigen, warum die in den Leistungsgesetzen teilweise bereits vorhandenen Impulse von den zuständigen Stellen bislang nicht umgesetzt werden.

Leistungsrechtliche Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Leistungen provozieren Strategien, die nicht am Bedarf der Betroffenen orientiert sind. Gleiche Maßstäbe und Verfahren müssen bei der Krankenpflege, der Finanzierung der Pflegehilfsmittel, der Finanzierung der Pflegeprozesssteuerung in ambulanten und stationären Settings und der Leistungen der Pflegeversicherung für behinderte Menschen in ambulanten und stationären Wohnformen gelten. Bei allen gibt es derzeit unterschiedliche Finanzierungen und sogar Kostenträgerschaft, je nachdem, ob der Betroffene zu Hause oder in einer Einrichtung wohnt.

Den Durchbruch schafft ein Umbau der leistungsrechtlichen Architektur des SGB XI. Die als Sachleistung ausgestalteten Leistungsansprüche sollten wertgleich in Geldbudgets (Sachleistungsbudgets) umgewandelt werden. Diese erlauben es Pflegebedürftigen, frei zwischen lizenzierten und qualitätsgesicherten Dienstleistern zu wählen. Das setzt eine Hilfe- bzw. Versorgungsplanung voraus und ist das entscheidende Instrument, um eine am Einzelfall orientierte Kombination aller Leistungen verschiedener Kostenträger zu erreichen. Die Höhe des Budgets ist so auszugestalten, dass die Eigenbeteiligung bei zunehmendem Hilfebedarf prinzipiell gleich bleibt. Die Möglichkeit, die Gesamtleistung der Pflegeversicherung bei Bedarf für bestimmte Leistungskombinationen angemessen zu erhöhen, muss allerdings erhalten bleiben. Die unterschiedliche Höhe von Pflegegeldleistungen und Pflegesachleistungen kann unberührt bleiben.

Zwei dieser Elemente werden von der Cure/Care Überlegung berührt und betreffen Abgrenzung und Zusammenspiel pflegerischer und gesundheitlicher Versorgung, die eine Fülle von Problemzonen aufweist. Mangelnde Prävention und Reha, um einen Problemschwerpunkt herauszugreifen, sind ein Dauerthema (Rothgang et al. 2013: 204 ff.). Verlagert man die medizinische Krankenpflege in stationären Einrichtungen aus dem SGB XI ins SGB V, wird die Fachpflege (neben „Behandlungspflege“ vor allem die Steuerung des Pflegeprozesses) einheitlich dem Cure-Bereich und damit konsequent als Sachleistung dem SGB V zugeordnet (Hoberg et al. 2013: 15). Dadurch werden einerseits vor allem Hürden bei der flexiblen Gestaltung unterschiedlicher Formen der Pflege in Gruppen (in Quartier, Wohngemeinschaft, Heim) beseitigt und andererseits ein finanzielles Interesse der Krankenkassen an stationären Versorgungsformen aufgehoben. Dies kann beitragsatz- und wettbewerbsneutral organisiert werden. Derselbe Gedanke gilt für die Finanzierung der Steuerung der medizinisch-pflegerischen Prozesse durch die Fachkräfte, die einheitliche GKV-Leistung werden sollte.

Ein wesentlicher Kern der Reform ist – last but not least – die rechtliche und tatsächliche Absicherung der Kooperation zwischen den Sozialleistungsträgern, um die personenbezogene integrierte Hilfeplanung und Leistungserbringung zu erreichen. Dazu müssen die Kooperationsnormen im SGB IX gebündelt werden, nicht nur für Eingliederungshilfe und Rehabilitation, sondern auch für die Pflege. Teilhabeorientierte Pflege gehört mit zu den Reha-Leistungen. Wenn dies nicht gesetzlich normiert wird, werden die Bemühungen um Reha vor Pflege weiterhin nicht wirklich erfolgreich bleiben. Gleichzeitig sind eine inhaltliche Weiterentwicklung und vor allem die Schaffung von mehr Verbindlichkeit der Normen erforderlich. Die einzelnen Elemente sind die folgenden:

Vor allen Normierungen steht die Verbesserung der sozialen Aufmerksamkeit, eine Aufgabe, die unmittelbar die kommunale Koordinierung anspricht. Es bedarf sowohl zivilgesellschaftlicher Akteure als auch einer verfügbaren lokalen Infrastruktur von fachlich ausgerichteten Agenturen, die Wissen, Haltung und Kultur vermitteln, an die aber auch Handlungsbedarf im Sinne „öffentlicher Hilfen“ adressiert werden kann, wie beispielsweise in der Kinder- und Jugendhilfe.

Die Gleichzeitigkeit eines Neuen Begutachtungsassessments (NBA) in der Pflege mit dem Impuls einer Bedarfsfeststellung nach bundeseinheitlichen Kriterien in der Eingliederungshilfe legt die Forderung nach einer übergreifenden Assessment-Agentur auf Landesebene nahe, in der Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), Bundesagentur für Arbeit (BA), Deutsche Rentenversicherung (DRV) und kommunale Arbeitsgemeinschaften zusammenwirken, um den Bedarf an Pflege, medizinischer Rehabilitation und den Bedarf an Teilhabe sowie Teilhabe am Arbeitsleben jenseits der Schemata leistungsrechtlicher Zuständigkeiten festzustellen und auch die verfügbaren Ressourcen und Netzwerke auszuschöpfen.

Dies ist die Basis für eine gemeinsame Hilfeplanung mit klarer Federführung des überwiegend Zuständigen. Nach im SGB X und IX vorhandenen gesetzlichen Mustern sollte dieser gegenüber dem Betroffenen als Beauftragter in der Phase der Hilfeplanung und Bewilligung auftreten. Die eigentlich „Zuständigen“ müssen dabei im Innenverhältnis zur „Zuarbeit“ verpflichtet werden. Zur Achtung der Selbstbestimmung der Betroffenen, ihrer Präferenzen und individuellen Bedarfe gehört die partizipative Aushandlung von Zielen, Maßnahmen, Hilfen und einer Einwilligung nach erfolgter Aufklärung. Individuelle Ansprüche auf Fallabklärung, Beratung, Leistungen eines Piloten im SGB V, XI und dem Bundes-teilhabegesetz / SGB XII müssen dies gesetzlich absichern.

Die Koordination der Leistungen muss Dienststellen/Dienstleister, Partner, Angehörige und Nachbarn einbeziehen und ist nur nahe am Klienten effektiv. Dazu ist auf individueller Ebene eine „Pilotfunktion“ erforderlich, die die Betroffenen im unüberschaubaren Wald der Akteure auf den richtigen Pfaden zu den Leistungen führt, die er braucht.

Die „Spinne im Netz“ und gleichzeitig das Instrument kommunaler Moderation und Koordination sind nach unserem Vorschlag „Servicestellen für Pflege und Teilhabe“, zu denen die Pflegestützpunkte einerseits und die SGB IX Beratungsstellen andererseits weiterentwickelt werden könnten, um ihre strukturellen Probleme zu überwinden. Sie sollen eine Vermittlungs- und Weiterleitungsfunktion haben, je nach Konstellation und Bedarf auf ein Assessment hinwirken, Einzelfallbegleiter_innen (sogenannte Pilot_innen) oder ein umfassendes Case-Management vermitteln. Dies soll durch eine Regelung im SGB IX und

die oben genannten Ansprüche auf Beratung abgesichert werden. Ein wichtiges Element ist auch die Zusammenarbeit zwischen diesen Stellen und dem Krankenhausentlassmanagement.

Auf institutioneller Ebene müssen Beratung und Koordination in der Region (Kreis- und Landesebene) zusammengeführt und in die kommunale Daseinsvorsorge als Pflichtaufgabe eingebettet werden, damit die Cure- und Care-Aufgaben übergreifend bearbeitet werden.

Nur in kommunaler Verantwortung können die widersprüchlichen Steuerungen von wettbewerbsorientierter Krankenversicherung, einheitlich und gemeinsam handelnder Sozialer Pflegeversicherung, wettbewerbsorientierten Leistungserbringern und einheitlichen Fürsorgeleistungen überwunden werden. Zusätzlich zu den unter 3. beschriebenen kommunalen Handlungsaufgaben geht es um die sozialräumliche Koordination in Dörfern, Quartieren und Stadtteilen, bei der alle Lebensbereiche und Infrastrukturen in ihrem Zusammenhang gebündelt werden können.

Das betrifft die Handlungsfelder von

- SGB V – ambulante und stationäre Krankenversorgung;
- SGB IX – Assistenzdienste, Teilhabesachleistungen;
- SGB XI – Pflegedienste, stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, Wohngruppen, Freiwilligendienste;
- SGB XII – Altenhilfe, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts.

Unterstützt werden muss dies durch Abstimmungen auf Landesebene im Rahmen der Zuständigkeiten bei Planung und Förderungen, zum Beispiel der Landeskrankenhausplanung, der Landespflegeplanung (u.a. Pflegestützpunkte), der Koordination Freiwilligendienste sowie im Rahmen der Stadt- und Dorfentwicklung. Die kommunale Federführung muss bei ausbleibenden Selbstverwaltungslösungen als Auffangzuständigkeit geschaffen werden.

5. GESTALTUNGSWILLEN VON BUND, LÄNDERN UND KOMMUNEN

Das beschriebene Reformpaket würde einen außerordentlichen Gestaltungswillen nicht nur in der Bundesregierung, sondern auch bei Ländern, Kommunen und den anderen Akteuren erfordern. Die Neigung, die Dinge zunächst ressortbezogen zu sehen und in kleinen Schritten anzugehen, ist bei den hauptsächlich betroffenen Ressorts groß. Das Reformpapier macht daher auch den Vorschlag, mit Innovationsförderungen die integrierte Steuerung und Koordination zu unterstützen.

Autoren

Rolf Hoberg, seit 2011 Ruhestand, Vorstand AOK-Bundesverband, Verwaltungsrat Wohlfahrtswerk Baden-Württemberg.

Thomas Klie, EH Freiburg, Leiter AGP Sozialforschung, Privatdozent AAU Klagenfurt.

Gerd Künzel, Präsidium DRK Landesverband Brandenburg, bis 2012 Sozialministerium Brandenburg.

Literatur

Gohde, Jürgen 2013: In Würde alt werden: Herausforderungen für das Zusammenleben, in: Pro Alter 45 (2013), S. 10-15.

Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd et al. 2013a: Strukturreform Pflege und Teilhabe, Freiburg.

Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd 2013b: Eckpunktepapier Strukturreform Pflege und Teilhabe, Freiburg.

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer 2013: Barmer GEK Pflegereport 2013, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 23, Siegburg.

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf 2012: Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten – was ist zu tun?, Gütersloh.

Siebte Altenberichtscommission, Bundesregierung (Hrsg.) 2015: Siebter Altenbericht – Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, Berlin.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten (Kurzfassung), Bonn/ Berlin.

Impressum

© 2016

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeberin: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
Fax 0228 883 9205, www.fes.de/wiso

Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich:
Severin Schmidt, Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung.
Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-95861-574-8