

19/2016

STÄRKUNG DER KOMMUNEN IN DER PFLEGE UND DIE MODELLKOMMUNEN

Vorschläge zur Umsetzung der jüngsten Reformen

AUF EINEN BLICK

Mit dem Pflegestärkungsgesetz (PSG) III soll der Weg für sogenannte Modellkommunen eröffnet werden, indem Aufgaben der Pflegekassen im Zusammenhang mit dem Care und Case Management (Pflegeberatung) in die Regie der Kommunen übertragen werden. Wie das in detail geschehen kann, welche (unter)gesetzlichen Regelungen für die Modellkommunen erforderlich sind und welche Voraussetzungen für eine aussagekräftige Evaluation geschaffen werden müssen, wird nachfolgend erörtert.

EINLEITUNG

In der Koalitionsvereinbarung der schwarz-roten Bundesregierung wurde ein vorsichtiger Schritt in Richtung Stärkung der Kommune in der Langzeitpflege gemacht. Trotz vorliegender Politikvorschläge und fachlichem Konsens über die Notwendigkeit, die Kommunen in der Langzeitpflege zu stärken, hatte man sich – nicht zuletzt mit Rücksicht auf die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen – lediglich auf die Installierung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe verständigt. Deren Ergebnisse liegen seit Mai 2015 vor. Im PSG III sollen die dort erzielten Verständigungen auf Maßnahmen zur Stärkung der Kommunen in der Langzeitpflege gesetzlich umgesetzt werden. Ein wesentlicher Baustein ist die Einrichtung von Modellkommunen, in denen Aufgaben der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte gemeinsam mit anderen Beratungsansätzen, die im SGB XI geregelt sind, den Kommunen federführend zugeordnet werden sollen.

Damit wird die Notwendigkeit, Care und Case Management auf lokaler Ebene anzusiedeln, ebenso angesprochen wie die Hoffnung, dass Kommunen stärker ihre Steuerungsfunktion in Langzeitpflege und Altenhilfe entfalten. Verbunden mit kommunalen Planungsaktivitäten, einer bedarfsgerechten Infrastrukturentwicklung, der Verschränkung mit sozialraumorientierten Ansätzen in der Langzeitpflege (Quartiersmanagement), einer

wesentlichen Verbesserung der Kooperations- und Koordinationsstrukturen können dann die Beratungsansätze im Sinne eines Case und Care Managements ihre für die Bürger_innen hilfreichen und für die Region strategische Bedeutung entfalten (Klie et al. 2015: 32ff.).

Wie nun aber das „Experiment“ der Verlagerung von Beratungsaufgaben in die Regie der Kommunen in den vorgesehenen 60 Modellkommunen gestalten, gesetzlich flankieren respektive ermöglichen und operativ umsetzen? Mit diesen Fragen setzt sich dieser Text auseinander, der zugleich die Erträge eines mehrmonatigen Diskussionsprozesses mit Vertreter_innen zuständiger Ministerien, der Bundesländer und der kommunalen Spitzenverbände kondensiert.¹ Die Umsetzung von Modellkommunen in der Pflege bedarf neben den bundesrechtlichen Regelungen eines PSG III, eines koordinierenden Vorgehens der Länder und schlussendlich konkreter Verfahrensabstimmungen in Vertragsform zwischen Kommune und Pflegekassen. Im Folgenden werden die Regelungserfordernisse für die jeweilige Ebene beschrieben.

REGELUNGEN AUF BUNDESEBENE

Bei der Überführung von Beratungs- und Fallsteuerungsaufgaben in der Pflege in die Regie der Kommunen, sollen mit den Modellkommunen folgende Erprobungsziele verfolgt und auf ihre Erreichung hin überprüft werden.

Integration diverser Konzepte

Effektivere und effizientere Beratung und Case Management in Fragen der Sorge und Pflege verlangen nach Vernetzung von Kommunen und Pflegekassen sowie anderen Akteuren und gehören in kommunaler Regie.

>

Voraussetzung dafür ist die systemische Verbindung von Sozialplanung, Beratung, Case und Care Management unter Einbeziehung von Ansätzen des Quartiersmanagements und der Förderung des Engagements in Pflegekontexten.

Kommune als Trägerin

Auf dem Gebiet einer Modellkommune übernimmt die Kommune die Trägerschaft der Pflegestützpunkte und das gesamte Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte, die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI sowie die Beratungsaufgaben gemäß § 37 Abs. 3 und die Pflegekurse gemäß § 45 SGB XI. Dies geschieht gegen Kostenerstattung durch die gesetzliche und (ggf.) private Pflegeversicherung oder durch Personalgestaltung der bisher in diesem Aufgabenfeld tätigen Mitarbeiter_innen. Um die Erprobungsziele, insbesondere eine abgestimmte Vorgehensweise bei Bedarfsfeststellung, Hilfeplanung und Leistungsgewährung sicherzustellen, sollen auf dem Gebiet der Modellkommunen die Zusammenarbeitsvorschriften des SGB IX Anwendung auf alle beteiligten Leistungsträger finden, auch und gerade auf die Pflegekassen. Die Umsetzung erfolgt vor Ort durch einen Vertrag zwischen Modellkommune und Pflegekassen.

Auswahl der Modellkommunen

Die Auswahl der Modellkommunen liegt bei den Ländern, wobei die Verteilung auf die Länder dem Königsberger Schlüssel folgt. Sollten nicht alle Länder Modellkommunen vorsehen respektive sich an dem Modellvorhaben beteiligen wollen, ist eine Umverteilung nicht genutzter Möglichkeiten zwischen den Ländern vorzusehen.

Es sollte Verfahrensvorgaben für die Länder geben, um die Vergleichbarkeit der Modellkommunen sicherzustellen, die Berücksichtigung unterschiedlicher Typen der Stadt- und Landkreise zu garantieren, die Fragen der räumlichen Verteilung zu klären und Kriterien für den jeweils erreichten Leistungsstand in den Modellkommunen festzulegen.

Einheitlichkeit der Modellansätze

Je nach Bundesland, aber auch auf kommunaler Ebene unterscheiden sich die Strukturen und Arbeitsansätze in der Pflegeberatung und in den Pflegestützpunkten zum Teil grundlegend. Insofern trifft das Anliegen, in Modellkommunen eine stärkere Rolle der Kommunen zu testen, auf höchst unterschiedliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen. Gleichzeitig gilt es, die Einheitlichkeit der Vorgehensweise der Modellkommunen im Kern zu garantieren. Ansonsten lassen sich keine für eine weitere gesetzliche und konzeptionelle Ausgestaltung des Rechts der sozialen Pflegeversicherung relevante und in verantwortlicher Weise gestaltete Reformen aus den Modellkommunen ableiten. Insofern müssen die Kernvertragsinhalte, die zwischen Kommunen und Pflegekassen in den Modellkommunen geregelt werden, auf der Bundesebene einheitlich gestaltet werden, ohne damit die Modellkommunen zu reglementieren, ohne Spezifitäten in den Ländern und bestimmte Strukturen infrage zu stellen oder grundlegend zu verändern.

Musterverträge

Ein von einer Expertengruppe formulierter Mustervertrag dient als geeignetes Instrument zur Gewährleistung der Einheitlichkeit der Vertragsinhalte. Andere Ansätze, wie eine Steuerung über Fördermittel, Rahmenverträge auf Landes- oder Bundesebene

erscheinen nicht als zielführend, da sie viel zu lange Vorläufe kennen, die die Realisierung der Modellkommunen in dem politisch vorgegebenen Zeitrahmen infrage stellen würden. Zu den Vertragsinhalten gehören u.a. Anhaltzahlen für die Personalausstattung der Pflegestützpunkte und der Pflegeberatung. Die bundeseinheitliche Festlegung von Kernelementen soll regionalspezifische Erprobungsziele nicht behindern. Sie sollen vielmehr von den Ländern in einer die landespolitischen Rahmenbedingungen reflektierenden Weise ergänzend festgelegt werden können. Hierzu sollen die Länder ermächtigt werden. Die regionalspezifischen Ausformungen der Erprobungsziele wären durch entsprechende ggf. sektorübergreifende Gremien auf Landesebene und eventuell Gremien auf der regionalen Ebene zu begleiten.

Kommt es auf der Landesebene nicht zu der notwendigen vertraglichen Einigung zwischen Kommunen und Pflegekassen, ist eine Schiedsstelle vorzusehen, zusammengesetzt aus den Landesverbänden der Pflegekassen und den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene.

Zeitachse und Evaluation

Die Umsetzung in den Modellkommunen und die experimentelle Erprobung der Stärken der Regiefunktion der Kommunen sind im Hinblick auf die Dauer einer Legislaturperiode zeitkritisch. Insofern bedarf es der Festlegung von Fristen, innerhalb derer die Auswahl der geeigneten Modellkommunen durch das Land zu erfolgen hat, in denen die Vertragsverhandlungen abgeschlossen oder eine Schiedsstellenentscheidung getroffen worden sein muss. Hierfür wären jeweils drei Monate vorzusehen. Um die Ergebnisse aus den Modellkommunen für die laufende Pflegepolitik auf Bundesebene nutzbar zu machen, sollte auch ein Zwischenbericht rechtzeitig vorliegen, und dies vor Ablauf der vorgesehenen fünf Jahre Laufzeit des Experiments.

Um entsprechende Erfahrungen aus den Modellkommunen für die Pflegepolitik auf der Bundes-, auf der Landes- und auf der kommunalen Ebene sammeln zu können, bedarf es einer Evaluation, die unter gleichberechtigter Beteiligung von Bund, Ländern, Pflegekassen und kommunalen Spitzenverbänden durch ein geeignetes Forschungsinstitut durchzuführen wären. Sinnvollerweise sind auf der Bundesebene nicht nur das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), sondern auch das Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) sowie ggf. das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zu beteiligen. Zu finanzieren wäre die Evaluation aus dem Pflegeversicherungsfonds, die Abwicklung sollte sinnvollerweise dem Bundesversicherungsamt anvertraut werden. Die Vorbereitungen für die Ausschreibung des Evaluationsauftrages sollten parallel zum Gesetzgebungsverfahren laufen, um keine Zeit zu verlieren.

Damit die Modellkommunen errichtet und die Pflegeberatung den Versicherten in geeigneter Weise angeboten werden können, bedarf es einer entsprechenden Unterstützung durch die Pflegekassen – durch Anpassung der Datenhaltung und Datenlieferung sowie die Information ihrer Versicherten.

REGELUNGEN AUF DER LANDESEBENE

Auch auf Landesebene bedarf es entsprechender Anstrengungen, um die Modellkommunen auf den Weg zu bringen. Die Länder haben die Möglichkeit, in den genannten Grenzen landesspezifische Ausformungen der Erprobungsziele vor dem

Hintergrund der jeweiligen Gegebenheiten im Land zu formulieren und in das Evaluationskonzept mit einzubeziehen. Es ist wichtig, dass die Länder das Anliegen der Modellkommunen landespolitisch flankieren und den vorgesehenen Verfahrensplan in landesrechtliche und -politische Vorgaben mit entsprechenden Fristen überführen. Dazu bedarf es der Einrichtung und Beauftragung von Gremien gemäß § 8a Abs. 4 SGB XI zur Begleitung der Modellkommunen, der Einrichtung von Schiedsstellen, der Durchführung der Ausschreibungsverfahren für die Modellkommunen sowie einer flankierenden Unterstützung auch durch entsprechende Ressourcen durch das Land.

REGELUNGEN AUF LOKALER UND REGIONALER EBENE

Das Interesse auf kommunaler Ebene, eine Modellkommune zu werden, ist groß. Die Performance der Kommunen, ihr jeweiliges pflegepolitisches Profil, aber auch die Priorität der Pflegepolitik sind sehr unterschiedlich. Um die Potenziale der Kommunen in der Regiefunktion (die auch die Siebte Altenberichtscommission der Bundesregierung stark betont) zu testen, müssen die beteiligten Kommunen über eine gewisse Basis-Performance verfügen. Es geht um good practice, die es zu evaluieren gilt. Dabei wird nicht nur an die pflegepolitisch gut aufgestellten Kommunen gedacht, sondern auch an diejenigen, die sich auf den Weg machen und über bestimmte Grundvoraussetzungen für die Regiefunktion in der Langzeitpflege verfügen. Da die Strukturen auf der kommunalen Ebene zwischen den Bundesländern höchst unterschiedlich sind, die Größenordnungen für die Landkreise und Stadtkreise sehr variieren, muss es den Ländern offenstehen, in unterschiedlicher Weise Modellkommunen zu konfigurieren. Dabei kann in großen Bundesländern mit großen Kommunen auch an die verantwortliche Einbeziehung von kreisangehörigen Städten gedacht werden.

Verträge zwischen Kommunen und Pflegekassen

Auf dieser Ebene sind die Verträge zwischen der kommunalen Gebietskörperschaft und den Pflegekassen zu schließen. Alternativ käme auch ein Vertrag zwischen Kommune und den Landesverbänden der Pflegekassen in Frage – der relativen Ortsferne dieser Lösung stehen die bessere Vergleichbarkeit im Land und die einheitliche Landesaufsicht gegenüber. Alle Pflegekassen haben sich an der Finanzierung der Beratungsaufgaben in den Modellkommunen zu beteiligen, an den Vertragsverhandlungen sind allerdings nur die mit einem nennenswerten Versicherungsanteil beteiligt.

Die Qualifizierung einer Kommune als Modellkommune setzt einen entwickelten Stand der Sozialplanung, eine gut vorbereitete Kooperation und Koordination sowie die Vernetzung der beteiligten Akteure vor Ort ebenso voraus wie eine leistungsfähige Pflegeberatung. In dem Vertragsangebot an die Pflegekassen respektive bei der Bewerbung der Kommunen auf Landesebene sind diese Qualitäten nachzuweisen.

In Modellkommunen sollen bewährte Strukturen weiterentwickelt werden. Fehler, die bei der Einführung der Pflegeberatung in verschiedenen Bundesländern gemacht wurden, sollten nicht wiederholt werden. So sollen vorhandene Strukturen und Gremien einer Sozialplanung und das Care Management gleichermaßen genutzt werden, vorhandene Berater_innen der Pflegekassen und

Dritter sollen kooperativ in die Beratungsaufgaben einbezogen werden, evtl. durch Personalleihe oder auf andere Art und Weise. Auch gilt es, internetgestützte Formen des Zusammenwirkens zu nutzen. Die (Nach-)Qualifizierung für eine einheitliche Beratungskompetenz der Pflegeberater_innen in den weiter auszubauenden Pflegestützpunkten wird eine notwendige Begleitmaßnahme darstellen. Auf regionaler Ebene sind auch die spezifischen Erprobungsziele zu präzisieren. Da die Ausgangslagen verschieden sind, ist die in kommunaler Regie zu übernehmende Beratung in die kommunale Pflegeinfrastruktur zu integrieren und die Weiterentwicklung in abgestimmte Planungsprozesse einzubinden.

Verknüpfung mit Versorgungs- bzw. Hilfeplänen und Leistungen

Vor Ort gilt es sicherzustellen, dass sich nicht nur die Beratung, sondern auch die Leistungen und Leistungsentscheidungen miteinander verknüpfen lassen und damit die Zielvorgaben der §§ 4 ff. SGB IX verfolgt werden. Die Mitwirkungsverpflichtungen in den gemeinsamen (individuellen) Hilfeplänen müssen verbindlich geregelt und mit verbindlichen Leistungs- und Finanzierungszusagen verknüpft werden. Wie die kommunale Regie bei unterschiedlichen Optionen der Organisation der Pflegeberatung zu bestimmen ist, gilt es regional zu klären. Hier finden sich bereits Pflegestützpunkte mit obligatorisch integrierter Pflegeberatung – und dies in der Trägerschaft von Leistungserbringern (wie in Rheinland-Pfalz): Dort wurden Aufgaben der Pflegeberatung und Pflegestützpunkte bislang streng getrennt (Baden-Württemberg), in anderen Bundesländern fanden sich Integrationsversuche von Aufgaben der Pflegeberatung in Pflegestützpunkte in der Trägerschaft von Kommunen hier und Pflegekassen dort. All diese Spezifitäten vor Ort gilt es zu berücksichtigen, in die Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen einzubeziehen und für die übergreifende Evaluation in ihren Vor- und Nachteilen nachvollziehbar zu machen.

Transparente Finanzierung

Damit in den Modellkommunen die Kommunen nicht verführt werden, Mittel der Pflegekassen für Aufgaben zu nutzen, die sie bisher allein finanziert haben, ist vorzusehen, dass die Ressourcenbeiträge von Kommunen und von Pflegekassen transparent gemacht und dokumentiert werden.

Mit Blick auf die zeitliche zunächst vorgesehene Befristung, müssen bei Personalleihe oder -stellung Fragen der Rücknahme der Bediensteten ebenso geregelt werden wie die Option, dass die Modellkommunen und der dort eingeschlagene Weg unbefristet fortgeführt werden.

Modellkommunen brauchen für die den Kommunen neu zugeordnete Regiefunktion eine gesicherte Finanzierung. Diese kann nur durch prospektive Budgetierung der Beratungsleistung erfolgen, aus der sich die Finanzierungsbeiträge der Pflegekassen ergeben. Eine ex-post-Finanzierung nach Inanspruchnahme der Pflegeberatung scheidet aus, da auf dieser Basis keine suffiziente Infrastruktur aufgebaut werden kann.

Kooperation und Vernetzung

Die Länder tun gut daran, die von ihnen geförderten Strukturen systematisch in die Netzwerke und die Aufgaben der Pflegeberatung zu integrieren, seien es Seniorenvertretungen, Freiwilligenagenturen, Seniorenbüros. Man kann durch die Ressourcen Dritter die Leistungsfähigkeit örtlicher Case und Care Managementstrukturen deutlich erhöhen, wie aus zahlreichen

Modellprojekten bekannt ist. Gerade das BMFSFJ hat ein großes Interesse daran, dass im Rahmen von Modellprogrammen erprobte, neue Infrastrukturen wie die Mehrgenerationenhäuser mit in die Arbeit der Modellkommunen einbezogen werden.

Es ist keineswegs sicher, dass die neue Kooperation zwischen der Vielzahl von Pflegekassen, die nur zum Teil örtlich präsent sind, und den auf kommunaler Ebene zum Teil neu zu entwickelnden Pflegeberatungsstrukturen rund läuft. Insofern gilt es, vor Ort Abstimmungs- und Beratungsgremien einzurichten, die in der Lage sind, in Konflikten oder bei auftretenden Problemen gemeinsame Lösungen zu erarbeiten.

Die verpflichtende Mitwirkung an der Evaluation sowie die Ausräumung datenschutzrechtlicher Probleme gehören schließlich ebenso als notwendige Bausteine für die Umsetzung der Modellkommunen dazu wie eine offensive Informationspolitik zugunsten der Bürger_innen und Versicherten. Auch eine kommunalpolitische Flankierung der Ansätze der Modellkommunen wird als notwendig erachtet, gilt es doch, Pflegepolitik auch als prioritär zu behandelnde kommunalpolitische Aufgabe für die kommunalpolitischen Agenden neu zu profilieren. Will man den Weg in Richtung Caring Communities, in einen neuen Hilfemix, in die Vermeidung unnötiger Heimübersiedlungen und zugunsten einer Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen einleiten, bedarf dies einerseits einer intelligenten Governance und andererseits kommunalpolitischer Aufmerksamkeit. Das Thema Langzeitpflege ist kein Selbstläufer und stets von gesellschaftlichen Ambivalenzen begleitet. Modellkommunen können die neuen Regiefunktionen dafür nutzen, das Thema Langzeitpflege zu einem kommunalpolitisch attraktiven und mit stärkerer Gestaltungsmacht ausgestatteten Thema werden zu lassen. Dass an einer Stärkung der kommunalen Handlungsebene kein Weg vorbeiführt, ist inzwischen Allgemeingut auf der Expertenebene. Vor Ort entwickeln sich Sorge- und Pflegekultur, vor Ort gelingende Kooperationen oder scheitern sie, vor Ort kann auf Ressourcen nachbarschaftlicher und bürgerschaftlicher Unterstützung gesetzt werden – oder eben auch nicht. Mit den Modellkommunen können die Kommunen dokumentieren, dass und wie sie diesen Gestaltungsnotwendigkeiten und -chancen gerecht werden.

NACHBEMERKUNG

Die Organisation der Pflegeberatung aus einer Hand stellt auch in dem umfassenderen Konzept der Autoren für eine zukunfts-festere Sicherung der Pflege einen wichtigen Baustein dar. Gleichwohl sei auch an dieser Stelle daran erinnert, dass wichtige Punkte weiterhin der Umsetzung harren: die Anerkennung der Gleichartigkeit und Gleichrangigkeit von Behinderung und Pflege, die Einebnung von Leistungsunterschieden zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der Pflege, die eigenständige und gleichrangige berufliche Profilierung von care-Aufgaben neben cure-Aufgaben (Hoberg/Klie 2013).

Autoren

Rolf Hoberg, seit 2011 Ruhestand, davor Sozialministerium Baden-Württemberg, 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.

Anmerkung

1 – Dieser Diskussionsprozess wurde von Prof. Dr. Thomas Klie moderiert und vom AGP Sozialforschung dokumentiert. Der Prozess wurde in Kooperation mit der Friedrich-Ebert-Stiftung durchgeführt. Die Autoren haben initiativ an der Diskussion mitgewirkt und seine Erträge kondensiert.

Literatur

Hoberg, Rolf; Klie, Thomas 2013: Strukturreform PFLEGE und TEILHABE. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe, Freiburg im Breisgau, http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf (31.3.2016).

Klie, Thomas; Künzel, Gerd 2015: Case Managementstärkungsgesetz? Konzeptionelle und gesetzgeberische Optionen für die Verankerung der Pflegeberatung auf kommunaler Ebene im PSG II: Wichtige Bausteine für eine Strukturreform, in: Case Management 12, 1 (2015), S. 32-40.

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: 978-3-95861-573-1