

Die Kommunen müssen mehr Verantwortung bei der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen übernehmen – aber wie?

Ralf Tebest

AUF EINEN BLICK

- Aufgrund des soziodemografischen Wandels gibt es immer mehr pflege- und hilfebedürftige Menschen mit immer komplexeren Unterstützungsbedarfen. Gleichzeitig nimmt sowohl das informelle als auch das formelle Unterstützungsangebot ab.
 - Die Versorgungslandschaft für diese Zielgruppe ist derzeit geprägt von weitestgehend parallel existierenden Realitäten.
 - Treffen diese unterschiedlichen Versorgungsrealitäten aufeinander, führt dies zu kaum überwindbaren Schnittstellenproblemen zwischen den beteiligten Personen und Organisationen.
 - Der Impuls führt aus, wie die Kommunen mithilfe der Pflegeplanung diesen Herausforderungen begegnen sollten, um zukünftig einen entscheidenden Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen leisten zu können.
-

EINLEITUNG

Durch die Folgen des soziodemografischen Wandels gibt es in Deutschland immer mehr pflege- und hilfebedürftige Menschen. Außerdem gibt es immer mehr Menschen, die gleichzeitig von einer oder mehreren Erkrankungen, einer Pflegebedürftigkeit und/oder einer Behinderung betroffen sind. Die Versorgung dieser Menschen ist inzwischen akut gefährdet. Gründe hierfür sind insbesondere die Abnahme des informellen Unterstützungspotenzials durch Pflegepersonen aus dem sozialen Umfeld sowie die negativen Auswirkungen des immer stärker werdenden Fachkräftemangels auf die formellen Unterstützungsangebote. Vor diesem Hintergrund ist es für die Aufrechterhaltung der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen überlebenswichtig, dass (1.) die Prävention

von Pflege- und Hilfebedürftigkeit möglichst gut funktioniert, (2.) bestehende Bedarfe und Bedürfnisse umfassend erfasst werden und (3.) notwendige Unterstützungsleistungen möglichst effizient erbracht werden. Aus Sicht der Betroffenen gilt es außerdem die sozialpolitische Forderung ambulant vor stationär zu beachten sowie möglichst vielfältige Wahlmöglichkeiten anzubieten.

Um diese Zielsetzungen zu erreichen, muss jemand vor Ort die Versorgungsverantwortung übernehmen und dafür sorgen, dass der Bevölkerung die benötigten Leistungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen, die Bevölkerung über alle Leistungsansprüche informiert ist und die Leistungen möglichst unbürokratisch in Anspruch genommen werden können. Hier kommen in erster

Linie die Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge, als örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger sowie mit ihren bereits bestehenden umfassenden bundes- und landesrechtlichen Beratungs- und Sicherstellungsaufträgen in Betracht. Aus diesem Grund wird in der öffentlichen Debatte derzeit auch zu Recht gefordert, dass die Kommunen hier noch mehr Verantwortung und Gestaltungsspielraum erhalten sollen. Um diese Rolle erfüllen zu können, besteht die Herausforderung der Kommunen darin, eine Pflegeplanung zu erbringen, die den genannten Anforderungen gerecht wird.

ZENTRALE HERAUSFORDERUNGEN DER PFLEGEPLANUNG

Die zentralen Herausforderungen der Pflegeplanung können direkt aus den derzeit bestehenden Unterstützungsstrukturen für pflege- und hilfebedürftige Menschen abgeleitet werden. Insgesamt betrachtet zeigt sich leider keine Versorgungslandschaft für pflege- und hilfebedürftige Menschen mit aufeinander abgestimmten Leistungen. Stattdessen gibt es verschiedene Leistungsbereiche mit überwiegend parallelen Versorgungsrealitäten und -logiken.

Die Versorgung von Menschen, die im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig sind, wird von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch Pflegefach- sowie Pflegehilfskräfte erbracht. Die Leistungsansprüche ergeben sich hier aus dem SGB XI und die Pflegekassen sind der zentrale Kostenträger. Aus Sicht der Pflegebedürftigen muss hierbei auf die Deckelung der Leistungsansprüche hingewiesen werden. Diese Deckelung bedeutet in vielen Fällen für die Bedürftigen einen Eigenanteil, der immer häufiger zu einer Sozialhilfebedürftigkeit führt.

Die Behandlung von Menschen mit akuten und chronischen Erkrankungen erbringen überwiegend niedergelassene Ärzt*innen und Krankenhäuser. Diese Versorgungsleistungen werden überwiegend von Ärzt*innen gesteuert, die von Pflegefach- und Pflegehilfskräften unterstützt werden. Die Leistungsansprüche ergeben sich hier aus dem SGB V und die Krankenkassen sind der zentrale Kostenträger. Im Gegensatz zum SGB XI führt das Bedarfsdeckungsprinzip dazu, dass für die Patient*innen nur sehr geringe Eigenanteile an der Finanzierung entstehen. Allerdings gibt es in diesem Leistungsbereich immer wieder Hinweise auf (verdeckte) Rationierung sowie Über-, Unter- und

Fehlversorgung.

Die Versorgung von Menschen mit einer wesentlichen Behinderung erbringen Dienste der Eingliederungshilfe. Die Leistungsansprüche ergeben sich aus dem SGB IX und Kostenträger sind die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. In dieser Versorgungsstruktur steht die Teilhabe-Unterstützung im Vordergrund. Die Unterstützung wird überwiegend von Sozialpädagog*innen, Sozialarbeiter*innen und Heilerziehungspfleger*innen erbracht. Allerdings gehören auch andere Berufsgruppen, u. a. auch dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte, zu den möglichen Fachkräften. Bei den Hilfskräften finden sich sehr viele Quereinsteiger*innen aus den unterschiedlichsten Sektoren. Die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention durch das Bundesteilhabegesetz führt dazu, dass es in der Eingliederungshilfe offiziell keine stationären Wohnangebote mehr gibt. Die ehemals stationären Angebote werden nun als ‚besondere Wohnformen‘ bezeichnet, auch wenn sich hier bisher kaum etwas an dem Angebot verändert hat. Im Vergleich zur Pflege, bei der stationäre Pflegeeinrichtungen in der Regel mindestens über 80 Plätze verfügen, sind die besonderen Wohnformen deutlich kleiner. Hier wohnen in der Regel höchstens 24 Personen. Aus diesem Grund ist auch die Versorgung von Menschen in besonderen Wohnformen deutlich kostenintensiver als in der stationären Pflege.

Unterschiedliche Versorgungsrealitäten sind dann kein Problem, wenn eine Zusammenarbeit nicht erforderlich oder eine erforderliche Zusammenarbeit hinreichend geregelt ist. An dieser Stelle soll zunächst darauf hingewiesen werden, dass sowohl in der Pflege als auch in der Behindertenhilfe der Begriff der ‚Hilfebedürftigkeit‘ in den letzten Jahren überarbeitet wurde und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI) sowie auch der neue Begriff von Behinderung (§ 2 SGB IX) in ihren Definitionen fast deckungsgleich sind. Außerdem haben alle pflegebedürftigen Menschen sowie auch alle Menschen mit Behinderung mindestens eine Grunderkrankung. Daher ist eine Zusammenarbeit der unterschiedlichen Versorgungsbereiche in vielen Situationen zwingend. Treffen die oben beschriebenen unterschiedlichen Versorgungsrealitäten allerdings aufeinander, führt dies zu kaum überwindbaren Schnittstellenproblemen zwischen den beteiligten Personen und Organisationen:

- Die Planung und Finanzierung von Angeboten für Menschen mit Bedarfen aus verschiedenen Lei-

stungsbereichen (z. B. pflegebedürftige Menschen mit Behinderung) wird durch viele Barrieren behindert. Hierzu gehören insbesondere unterschiedliche Zuständigkeiten, Finanzierungssystematiken und Trägerinteressen.

- Durch eine gute, umfassende Beratung könnten Bedarfe frühzeitig erkannt und die erforderlichen Maßnahmen geplant und angestoßen werden. In der Regel erfolgt die Beratung allerdings ebenfalls aus einer bestimmten Perspektive (z. B. Pflege, Behinderung, Medizin). Die Berater*innen kennen im Regelfall die Leistungsansprüche und vorhandenen (lokalen) Angebote aus den anderen Versorgungsrealitäten nicht. Aus diesem Grund kann meistens auch keine*r der Berater*innen die Fallverantwortung übernehmen.
- Kostenträger „streiten“ häufig lange über Zuständigkeiten, bevor Entscheidungen getroffen werden. Durch diese oftmals vermeidbaren Verzögerungen steigt die Gefahr, dass eine ambulante Versorgung nicht mehr aufrechterhalten werden kann.
- Die unterschiedlichen Leistungsbereiche behindern bei sehr knappen Ressourcen einen effizienten Personaleinsatz. Fachkräfte werden einrichtungs- und zielgruppenbezogen, aber nicht raumbezogen eingesetzt.
- Reformen des Gesetzgebers verändern oftmals nur einen einzelnen Leistungsbereich, ohne wichtige Verflechtungen mit anderen Bereichen ausreichend zu berücksichtigen. So wurde beispielsweise bei der generalistischen Pflegeausbildung die Behindertenhilfe völlig vergessen.
- Ein anderes Problem besteht darin, dass es in der Vergangenheit nicht oder zumindest nicht zufriedenstellend gelungen ist, vielversprechende Gesetzesvorhaben in die Praxis umzusetzen. Hierzu gehören beispielsweise die Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI und die Modellvorhaben nach §§ 123, 124 SGB XI.

DIE NEUE ROLLE DER KOMMUNEN IN DER PFLEGEPLANUNG

Eine mögliche Lösung der Schnittstellenproblematik innerhalb der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen besteht darin, dass die Kommunen durch eine Pflegeplanung eine größere Versorgungsverantwortung in ihrem Einflussbereich übernehmen und dafür sorgen, dass der Bevölkerung die benötigten Leistungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen, die Menschen über

alle Leistungsansprüche informiert sind und die Leistungen möglichst unbürokratisch in Anspruch genommen werden können.

Bei der Pflegeplanung sind an erster Stelle die Kreise und kreisfreien Städte angesprochen, die teilweise, wie in Nordrhein-Westfalen (siehe § 7 Alten- und Pflegegesetz NRW), bereits einen gesetzlichen Planungsauftrag haben. Ein erstes Ziel besteht darin, dass die Kreise und kreisfreien Städte das Thema Pflegeplanung als Aufgabe verstehen, die zum einen große zeitliche Ressourcen und zum anderen eine sehr hohe fachliche Expertise der beteiligten Personen erfordert. Im Gegensatz zur Jugendhilfeplanung stand allerdings in der Vergangenheit die Planung von Angeboten für pflege- und hilfebedürftige Menschen oftmals nicht im kommunalen Fokus. Das Gleiche gilt auch für den Allgemeinen Sozialen Dienst für Senioren.

Ein weiteres Ziel besteht darin, dass Pflegeplanung nicht als reines Monitoring und Berichtswesen verstanden und durchgeführt wird. Auch wenn eine gute Datenbasis Grundlage der Arbeit sein muss, sollte die Pflegeplanung auch als Initiator, Moderator und Impulsgeber auftreten. Hierbei kann es je nach Bedarf um sehr viele unterschiedliche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen gehen, bei denen die Pflegeplanung möglichst alle beteiligten Akteure (Kostenträger, Leistungserbringer und Bürger*innen) mit einbezieht. Auch hier sollten in Anbetracht der beschriebenen Herausforderungen innovative und vor allem integrierte Angebote der Pflege, Medizin und Eingliederungshilfe geplant werden. Die Akteure sind meist schon vor Ort und oftmals auch durchaus bereit für Neuerungen. Hier gilt es auch bereits vorhandene Möglichkeiten wie Gesamtversorgungsverträge, das Bündeln von Leistungen sowie eine Vielzahl von Modellansätzen in den unterschiedlichen Büchern des SGB zu nutzen. Schließlich sollte es Wohnangebote geben, die bei vernünftiger Planung bedarfsgerecht sind und sich trotzdem für Investoren lohnen.

Eine große Herausforderung besteht außerdem darin, innerhalb der kommunalen Verwaltung die gleichen Hürden zu überwinden, die auch schon für die Versorgungslandschaft skizziert wurden. Oftmals gibt es auch in der Verwaltung unterschiedliche Zuständigkeiten für Gesundheit, Pflege und Behinderung sowie auch für unterschiedliche Funktionen (z. B. Beratung und Leistungsgewährung), die sinnvoll und möglichst effizient miteinander verknüpft werden sollten. Dies betrifft sowohl

die Erhebung und Darstellung der benötigten Daten als auch die gemeinsame Erarbeitung und Umsetzung daraus abgeleiteter Maßnahmen.

Auch wenn Pflegeplanung in der Hauptsache eine Aufgabe der Kreise und kreisfreien Städte ist, ist die Vernetzung mit den kreisangehörigen Städten und Gemeinden bzw. den Bezirksrathäusern von sehr großer Wichtigkeit. Hier geht es insbesondere um die Verknüpfung mit der Altenhilfeplanung und anderen Aufgaben der Kommunen vor Ort. Wichtig ist beispielsweise, dass bei der Planung neuer Wohnquartiere auch die Pflegeplanung möglichst frühzeitig mit einbezogen wird, um die Perspektive pflege- und hilfebedürftiger Menschen sowie auch bestehende Bedarfe für Leistungsangebote in den Planungsprozess mit einzubeziehen.

Am Ende wird der Erfolg der Pflegeplanung davon abhängen, dass die Einflussmöglichkeiten der Kommunen auf die Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen zukünftig möglichst flächendeckend richtig eingeschätzt und auf dieser Grundlage die richtigen Schritte eingeleitet werden. Das bedeutet auch, dass in Deutschland ein Prozess benötigt wird, in dessen Verlauf ein einheitliches Verständnis von einer qualitativ guten Pflegeplanung, einschließlich der benötigten Kompetenzen und Methoden, entwickelt wird. Auch muss die Aufgabe der Pflegeplanung in Studiengängen sowie auch in Fort- und Weiterbildungen eine größere Rolle spielen. Bei der Umsetzung der Pflegeplanung ist es essenziell, von den Kommunen zu lernen, die sich bereits auf den Weg zu einer verbesserten Pflegeplanung gemacht haben und dabei viele wertvolle Erfahrungen gesammelt haben. Da es im Kontext der Pflegeplanung viele Fragestellungen gibt, die für jede Kommune relevant sind, sollte außerdem ein Austauschforum für die bereits tätigen Pflegeplaner*innen etabliert werden, über das die Pflegeplanung auch von dieser Seite konzeptionell weiterentwickelt werden kann.

Als gutes Vorbild kann die integrierte Sozialplanung dienen, für die derzeit in immer mehr Kommunen fachliche Stabsstellen errichtet werden. Allerdings kann auch die Sozialplanung die Pflegeplanung nicht ersetzen. Vielmehr muss die Pflegeplanung als Fachplanung mit der integrierten Sozialplanung konzeptionell verknüpft werden.

Über den Autor

Dr. Ralf Tebest ist examinierter Krankenpfleger und promovierter Gesundheitsökonom. Herr Dr. Tebest arbeitet als Pflegeplaner beim Kreis Wesel und ist außerdem nebenberuflich im Bereich Forschung und Lehre tätig.

Für die Inhalte der vorliegenden Publikation ist ausschließlich der Verfasser verantwortlich.

Impressum

DIFIS - Deutsches Institut für Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung
 Direktorin: Prof. Dr. Ute Klammer (Universität Duisburg-Essen) Stellv. Direktor: Prof. Dr. Frank Nullmeier (Universität Bremen) Standort Duisburg: Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Forsthaus-weg 2, 47057 Duisburg Standort Bremen: SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Mary-Somerville-Straße 5, 28359 Bremen
 Homepage: www.difis.org

Erscheinungsort und -datum: Duisburg/Bremen, Oktober 2022

Inhaltliche Betreuung: Dr. Rebecca Schrader

Betreuung der Publikationsreihe: Dr. Miruna Bacali

Satz: Simon Rickel

ISSN: 2748-680X