



DSTGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

DER AUTOR

Dr. Gerd Landsberg

ist Geschäftsführendes
Präsidialmitglied des Deutschen
Städte- und Gemeindebundes.

Der Deutsche Städte- und
Gemeindebund vertritt die Interessen
der Kommunalen Selbstverwaltung der
Städte und Gemeinden in Deutschland
und Europa. Über seine Mitglieds-
verbände repräsentiert er rund 11.000
Kommunen in Deutschland.

Mitgliedsverbände

- Bayerischer Gemeindetag
- Gemeinde- und Städtebund
Rheinland-Pfalz
- Gemeinde- und Städtebund
Thüringen
- Gemeindetag Baden-Württemberg
- Hessischer Städte- und
Gemeindebund
- Hessischer Städtetag
- Niedersächsischer Städte- und
Gemeindebund
- Niedersächsischer Städtetag
- Saarländischer Städte- und
Gemeindetag
- Sächsischer Städte- und
Gemeindetag
- Schleswig-Holsteinischer
Gemeindetag
- Städte- und Gemeindebund
Brandenburg
- Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen
- Städte- und Gemeindebund Sachsen-
Anhalt
- Städte- und Gemeindetag
Mecklenburg-Vorpommern
- Städtebund Schleswig-Holstein
- Städtetag Rheinland-Pfalz

STATEMENT ZUR PFLEGEPOLITIK

KOMMUNALE SENIOREN- UND PFLEGEPOLITIK

Mit dem demografischen Wandel werden sich auch die Lebensbedingungen älterer Menschen wandeln. Nirgendwo zeigen sich die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen so deutlich, wie in den Städten und Gemeinden, dort, wo Menschen wohnen, arbeiten und zusammenleben. Die Städte und Gemeinden sollten gemeinsam mit dem zivilgesellschaftlichen Engagement vor Ort, den Vereinen, Verbänden, Kirchen als „sorgende Gemeinschaften“ sich intensiv um die Belange älterer Mitbürgerinnen und Mitbürger mit oder ohne Pflegebedarf kümmern.

Handlungsbedarf erkennen

Die Bevölkerung in Deutschland schrumpft und altert. Alter und Pflege dürfen nicht automatisch gleich gesetzt werden. Gleichwohl ist das höhere Alter von einem höheren Risiko der Pflegebedürftigkeit geprägt. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich gestiegen. Beträgt die Zahl der Leistungsbezieher derzeit rund 2,55 Mio. werden für das Jahr 2030 über 3,4 Mio. Pflegebedürftige und für das Jahr 2050 4,5 Mio. prognostiziert.

Die Menschen wollen selbstbestimmt alt werden. Knapp 70 Prozent aller

Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, davon wiederum zwei Drittel alleine durch Angehörige, ein Drittel zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. Ziel der Pflegeversicherung (SGB XI) war, den pflegebedürftigen Menschen möglichst lange den Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Die Versorgungspotenziale in familiärer Pflege sind aber aus den unterschiedlichsten Gründen rückläufig. Pflegenden Angehörige fühlen sich zunehmend überfordert. Knapp zwei Drittel der Angehörigen müssen Pflege und Beruf vereinbaren, davon 30 Prozent in Vollzeitstellen (AOK Pflege-Report 2016).

Die Entwicklung der Alterung ist mit einem mehr an Individualisierung und Pluralisierung der Lebenswelten, an Heterogenität, mehr sozialen Unterschieden und mehr Menschen mit Migrationshintergrund verbunden. Der Anteil der Senioren mit Migrationshintergrund wird überproportional steigen.

Eine besondere Herausforderung liegt darin, dass mit der zunehmenden Zahl der Hochaltrigen die Zahl der Demenzerkrankten zunimmt. Demenzerkrankungen führen zwangsläufig zur Pflegebedürftigkeit, allerdings mit längeren Pflegezeiten und intensiveren Pflegeverläufen.



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

Städte und Infrastruktur umbauen

Die derzeitigen Strukturen können der Entwicklung nicht gerecht werden. So wie wir versuchen, in einem Kraftakt ein Kinder- und familienfreundliches Land zu werden und z.B. die Kitaplätze in den letzten Jahren massiv ausgebaut haben, werden wir uns auf die alternde Gesellschaft vorbereiten müssen. Jede Stadt und Gemeinde muss ihre Bauplanung, die Planung ihrer Verkehrswege und die Infrastruktur der Nahversorgung daran ausrichten, wie viele ältere und dann auch pflegebedürftige Menschen in den nächsten 20 bis 30 Jahren voraussichtlich in dieser Gemeinde leben werden. Dies ist schon deshalb notwendig, weil sich die Zahl der Pflegebedürftigen regional sehr unterschiedlich entwickeln wird. Schon bei der Stadtplanung müssen die zukünftig erforderlichen häuslichen Versorgungsdienste, ambulante Pflegeeinrichtungen und ein vernetztes Hilfesystem im Sozialraum bedacht und berücksichtigt werden.

Seniorenpolitik und Pflege noch stärker ins Zentrum der Diskussion rücken

Die Weichen für eine zukunftsfähige Seniorenpolitik (der Begriff wird statt der üblichen Bezeichnung der Altenhilfepolitik verwendet) und Pflege müssen jetzt gestellt werden. Die Städte und Gemeinden sind wegen der prinzipiell größeren Nähe zu den Menschen und zu den konkreten alterspolitischen Problemen die Ebene für die Ge-

staltung der Alten- und Seniorenpolitik. Sie sollten eine langfristige Strategie zur Bewältigung der Herausforderungen des demographischen Wandels erarbeiten (vgl. DStGB Dokumentation Nr. 89: Neuausrichtung gemeindlicher Sozialpolitik – Für eine aktive Gestaltung eines Kerns gemeindlicher Daseinsvorsorge).

Zielsetzungen für ein kommunales Handeln in der Senioren- und Pflegepolitik sind:

- Förderung der selbstbestimmten Lebensführung,
- Erhaltung der menschlichen Würde und der individuellen Persönlichkeit im Alter,
- Erhalt der Häuslichkeit,
- Stärkung der Selbsthilfe,
- Ermöglichung der Teilnahme am sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Leben in den Städten und Gemeinden,
- Vermeidung der Unter- und Überversorgungen mit Diensten und Einrichtungen sowie
- Förderung von Netzwerken.

Die Städte und Gemeinden werden sich mit den Landkreisen abstimmen und koordinieren müssen, da diese als Träger der Sozialhilfe und damit der Hilfe zur Pflege, aber auch des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Betreuungsbehörden und weiterer Aufgaben mit in ein Gesamtkonzept eingebunden werden müssen. Die kreisangehörigen Gemeinden sind oft zu klein, um alle Angebote und

Versorgungsstrukturen vorhalten zu können. Auf der anderen Seite ist Seniorenpolitik mehr als Pflege. Deshalb braucht der Landkreis auch die Strukturen und die Zusammenarbeit der Städte und Gemeinden. Es empfiehlt sich deshalb eine enge Kooperation. Im Übrigen sollten die Städte und Gemeinden die Möglichkeiten der interkommunalen Zusammenarbeit stärker nutzen.

Die Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die Pflegekassen hindert die Kommunen seit Einführung der Pflegeversicherung an einer aktiven und den örtlichen Verhältnissen angemessenen Pflegepolitik. Den Kommunen sollte künftig eine verantwortliche Rolle bei der Schaffung von pflegefreundlichen Sozialräumen zukommen, die über die derzeit überwiegende Rolle als „Restkostenfinanzierer“ hinausgeht. Insgesamt wird es auch darum gehen müssen, die Organisation der Versorgungslandschaft neu zu ordnen.

Kommunen bieten vielfältige Dienstleistungen

Seniorenpolitik und Pflege findet vor Ort in den Städten, Landkreisen und Gemeinden statt. Bereits heute leisten die Kommunen wichtige Beiträge zur Pflege und Pflegevermeidung. Für ältere und alte Menschen, pflegebedürftige und/oder behinderte Menschen und ihre Familien erbringen sie umfangreiche Unterstützung, beginnend mit der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege und der Eingliede-


DStGB

 Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

rungshilfe für behinderte Menschen, über Beratungs- und Koordinierungsstellen, familienentlastende und familienunterstützende Hilfen, die kommunalen Krankenhäuser und den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie die rechtliche Betreuung bis hin zum Wohnumfeld und zur Nutzbarkeit des Öffentlichen Personennahverkehrs. Städte und Gemeinden wollen für alle Einwohner gute Lebensbedingungen schaffen. Mit Blick auf ein eigenständiges Leben im Alter gehören hierzu auch die Beratung und Unterstützung, Gesundheitsförderung und -prävention sowie die soziale Betreuung. Altenarbeit, Seniorenpolitik und Pflege sind kommunale Querschnittsaufgaben und Teil der Daseinsvorsorge.

Älterwerden als Chance ansehen

Die Tatsache, dass die Menschen älter werden, ist ein nicht nur für den Einzelnen erfreulicher Prozess. Gleichwohl wird vielfach noch ein negatives Bild älterer Menschen gezeichnet. Die Potentiale und Ressourcen, über die viele ältere Menschen verfügen, werden dagegen noch unzureichend thematisiert und angesprochen. Die grundlegende Herausforderung für Kommunen liegt darin, das Denken und die Sprache in Hinblick auf das Alter zu verändern. Wir müssen also aufhören „Alter“ automatisch mit „Defizit“ gleichzusetzen. Personen im dritten Lebensabschnitt stellen ein Potential für neue Aktivitäten, Handlungschancen und Entwick-

lungsmöglichkeiten in den Kommunen dar. Dies gilt auch für die Gewinnung Älterer für den Bundesfreiwilligendienst. Von daher sollten die Kommunen ihren Blick auf die Potentiale des Alters richten und ein seniorenfreundliches Klima in ihrer Gemeinde schaffen.

Soziale und pflegerische Dienste kleinräumig verfügbar machen

Auch für die Seniorenpolitik und Pflege gilt der sozialräumliche Ansatz. Es ist davon auszugehen, dass ältere Menschen auch weiterhin so lange wie möglich selbstständig wohnen bleiben wollen, dass aber aufgrund des sich veränderten Altersaufbaus der Bevölkerung, der zunehmenden eigenen Beschäftigung und steigenden Mobilität pflegende Angehörige nicht mehr in gleicher Zahl und Bereitschaft zur Verfügung stehen werden, wie das heute noch der Fall ist. Städte und Gemeinden sollten deshalb häusliche Versorgungsdienste und ambulante Pflege stärker kleinräumig organisieren. Ein gut strukturiertes und vernetztes Hilfesystem im Sozialraum und Quartier mit verschiedenen Hilfsformen ist notwendig, um adäquat und bedarfsorientiert Angebote machen zu können. Darüber hinaus sind verstärkt Alternativen zur häuslichen Pflege zu schaffen, damit auch bei Schwerstpflege kein Wegzug aus dem Quartier notwendig wird. Kommunen können dies durch Nutzung von Spielräumen im Leistungs- und Ordnungsrecht, bei

Baugenehmigungen und Investitionsförderung unterstützen.

Sozialen Zusammenhang durch Gemeinwesenarbeit stärken

In den Städten und Gemeinden kann die Vielfalt des Engagements, mit denen sich die Bürgerinnen und Bürger den Menschen helfen, die auf alltägliche Unterstützung und Pflege angewiesen sind, genutzt aber auch gefördert werden. Der soziale Austausch der Bürgerinnen und Bürger und die Stärkung von sozialen Netzwerken können durch die Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten und die Förderung von Nachbarschaftsbeziehungen gestärkt werden. Für generationenübergreifende bzw. intergenerative Maßnahmen eignen sich hier z.B. Mehrgenerationenhäuser, Familienzentren, Lokale Bündnisse für Familien oder vernetzte Anlaufstellen. Erforderlich sind geeignete Gemeinschaftsräume sowie eine qualifizierte Gemeinwesenarbeit, welche in Kooperation von Kommunen, freigeinnützigen Trägern und weiteren Kooperationspartnern finanziert und organisiert werden sollten (siehe DStGB Dokumentation Nr. 129: Kommunale Impulse Generationenübergreifender Arbeit). Der Bundesfreiwilligendienst hat sich auch für die Pflege im Alter als Erfolgsmodell entwickelt. Viele – auch ältere Menschen – engagieren sich hier. Die Stellenzahl sollte erhöht und die Qualifizierung für das Ehrenamt weiter ausgebaut werden. Auch die Wirtschaft ist gefordert, nicht nur bei der Produktentwicklung, sondern auch bei



DSTGB

Deutscher Städte- und Gemeindebund

Position

der Gestaltung von flexiblen Arbeitszeiten Freiräume zu schaffen. In diesen Freiräumen können Angehörige ihre Familienangehörigen pflegen oder aber auch sich ehrenamtlich für Dritte engagieren.

Soziale Versorgung und Infrastrukturentwicklung integrieren

Eine konsistente Politik erfordert die Abstimmung von Sozial- und Wohnungspolitik, Quartiersplanung und Infrastrukturplanung. Neben sozialen Angeboten sind barrierefreie öffentliche Räume, Verkehrsanbindung, ortsnahe Einkaufsmöglichkeiten und Freizeitangebote entscheidend. Die Sozialplanung sollte nach Möglichkeit auf kleinteiligen Sozialraumanalysen aufbauen. Dabei sollten die Bereiche Bauen, Soziales und Stadtentwicklung übergreifend bzw. projektbezogen zusammenarbeiten.

Generationengerechte Wohnangebote vor Ort entwickeln

Grundvoraussetzung für das selbstbestimmte Leben und Wohnen im Alter ist die Bereitstellung von ausreichend altersgerechtem und – in Anbetracht der absehbar sinkenden Renteneinkommen – vor allem auch bezahlbarem Wohnraum. Dabei wird der wachsende Bedarf an seniorengerechtem Wohnraum nicht in erster Linie durch Neubaumaßnahmen gedeckt werden können, notwendig ist vor allem die Anpassung des Wohnungsbestands. Es gibt eine Vielzahl von Beispielen alternativer

Wohnformen statt der Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung oder einem Altenheim: Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen, Mehrgenerationen-Wohnen, Hausgemeinschaften, ambulante Wohngruppen oder gemeinschaftliche Wohnprojekte. Die Gemeinden können mit der Wohnungswirtschaft, Genossenschaften, Vereinen und Wohnungsunternehmen Vereinbarungen und Kooperationen über die preiswerte Bereitstellung altengerechter Wohnungen treffen bzw. die Umgestaltung in altengerechte Wohnungen ermöglichen. Vor Ort sollten Wohnberatungsstellen existieren.

Weiter kommen folgende Maßnahmen in Betracht:

- Barrierefreiheit sowohl in Wohnungen als auch im Wohnumfeld,
- zukunftsorientierte Bau- und Infrastrukturplanung,
- Erhaltung bzw. Schaffung einer altengerechten Infrastruktur im Wohnumfeld (zum Beispiel Einkaufsmöglichkeiten, pflegerischer Versorgung, usw.),
- Erhaltung der Mobilität älterer Menschen,
- Förderung betreuter Wohnformen,
- Freizeitangebote, die älteren Menschen soziale Kontakte ermöglichen,
- Förderung der bürgerschaftlichen Identität und sozialen Verwurzelung.

Neben dem altengerechten Umbau ganzer Mietwohnungsgebäude kommen auch individuelle Anpassungsmaßnahmen an einzelnen Mietwohnungen bzw. von Eigentumswohnungen oder Einfamilienhäusern in Betracht. Hierbei hat sich die Arbeit der – vielerorts kommunal getragenen – Wohnberatungsstellen als hilfreich erwiesen: Durch individuelle Beratungsangebote vor Ort können sie die ratsuchenden Seniorinnen und Senioren umfassend über individuelle Anpassungsmaßnahmen, die dabei entstehenden Kosten und bestehende Förderangebote informieren.

Um der in den letzten Jahren stetig wachsenden Zahl von Interessenten für gemeinschaftliche Wohnprojekte Rechnung zu tragen, ist darüber hinaus die Beratung, Moderation und Unterstützung alternativer und gemeinschaftlicher Wohnformen durch die kommunale Ebene zu fördern.

Gesundheitsprävention

Die Gemeinden gestalten das unmittelbare Lebensumfeld der Menschen, dazu gehören auch die Gesundheitsprävention und die Gesundheitsförderung. So spielt der systematische Ausbau von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation eine wichtige Rolle für die eigenständige Lebensführung. Es bietet sich hier eine enge Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst an, der ebenfalls Maßnahmen zur Gesundheitsförderung anbietet.



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

Die Städte und Gemeinden können zum Beispiel gemeinsam mit Sportvereinen und anderen Trägern Projekte zur Stärkung der Gesundheitsprävention entwickeln. Die Gemeinden

- vernetzen Angebote der Altenhilfe und des Gesundheitswesens und
- unterstützen Projekte zur Entlastung pflegender Angehöriger, zum Beispiel Nachbarschaftsnetzwerke.

Zu den primär präventiven Maßnahmen des Handlungsfeldes Gesundheit zählen:

- Vernetzung der Akteure des Gesundheits- und Pflegewesens, soziale Dienste, ambulante und stationäre Versorgung,
- Ausbau zielgruppenspezifischer Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention,
- Unterstützung von Selbsthilfeangeboten,
- Gesundheitsberatung (z.B. in Volkshochschulen oder Mehrgenerationenhäuser),
- Einbindung Dritter, zum Beispiel Sportvereine, in präventive Angebote,
- Maßnahmen der Stadtentwicklung und öffentliche Bauvorhaben werden hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Bewegung im Alltag geprüft.

Die Kommunen stoßen aber an Zuständigkeits- und Kapazitätsgrenzen. Im Gesundheitswesen sind Politik und Selbstverwaltung,

die Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen, gefordert, für eine ausreichend ärztliche Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen zu sorgen. Derzeit ist eine flächendeckende Versorgung in einigen Regionen nicht mehr gewährleistet und es besteht dringender Handlungsbedarf (siehe Positionspapier des DStGB: Ärztliche Versorgung flächendeckend sicherstellen).

Wenn Ärztinnen und Ärzte eine zunehmend knappe Ressource werden, müssen Modelle gefördert werden, wie man die vorhandenen medizinischen Kapazitäten optimaler nutzen kann. Ein Schritt ist, die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen weiter zu fördern. Unter den Kürzeln „AGNES“, „VERA“, „MVA“ oder „EVA“ gibt es in einzelnen Regionen verschiedene Ausprägungen dieser Delegationsmodelle. Gemeindeschwestern besuchen die Patientinnen und Patienten in der Regel zu Hause. Denkbar wäre auch, dass diese in einer verwaisten ländlichen Arztpraxis einen Anlaufpunkt für Patienten bekommen, indem sie selbst kleinere Krankheiten nach entsprechender Aus- und Fortbildung behandeln können. Bei komplizierteren Fällen können sie dann Ärzte hinzuziehen, die dann qualifiziert entscheiden, ob der Patient vor Ort versorgt werden kann oder in eine Fachpraxis oder Klinik überwiesen wird. Auch sollte überlegt werden, ob ein neues Berufsbild des Arztassistenten oder der Arztassistentin eingeführt wird. Dies würde sich bei der ärztlichen Versorgung entlastend auswirken, ohne dass die

Qualität der Versorgung beeinträchtigt wird.

Gerade in ländlichen Regionen sind Gemeinschaftspraxen, Ärztehäusern oder lokale Gesundheitszentren dahingehend weiterzuentwickeln, dass Hausärzte und Fachärzte, medizinische Fachangestellte oder Arztassistenten und Pflegekräfte gemeinsam Leistungen anbieten. Dort könnten z. B. auch angestellte Ärztinnen und Ärzte tageweise arbeiten. Die Gesundheitszentren könnten mit den Kliniken und Pflegeeinrichtungen gerade für die älter werdende Gesellschaft integrierte Versorgungskonzepte anbieten. Notwendig sind allerdings neue gemeinsame Finanzierungswege durch Krankenkassen, Pflegekassen, Kassenärztliche Vereinigungen sowie weitere Institutionen im Gesundheitswesen.

Fachkräftegewinnung ausbauen

Der wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen steht ein zu erwartender Mangel an Pflegekräften gegenüber. Für das Jahr 2025 wird dieser auf über 150.000 Pflegekräfte geschätzt. Um das erforderliche qualifizierte Personal für die Pflege zu gewinnen, ist es erforderlich, die Aus- und Weiterbildung der Altenpflege zu stärken und die Attraktivität des Beschäftigungsfeldes zu steigern. Die in einem breiten öffentlichen Diskurs Ende 2012 zwischen Bund, Ländern und Verbänden vereinbarte "Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege" kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Es sollte ge-



DSTGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

zielt bei den zuwandernden Menschen mit Migrationshintergrund für den Pflegeberuf geworben werden. Damit könnte auch der zunehmenden kultursensiblen Pflege Rechnung getragen werden. Zur Verbesserung der Pflegesituation sollte auch überlegt werden, ein neues Berufsbild des Arztassistenten oder der Arztassistentin mit dem Schwerpunkt „Pflege- bzw. Altersmedizin“ einzuführen. Die geplante neue Pflegeberufsausbildung ist ein richtiger Schritt, um die Pflege moderner, professioneller und attraktiver zu machen.

Innovative Technologien weiterentwickeln

Von der vollautomatischen Toilette über den Airbag-Gürtel, der beim Sturz den Oberschenkelhalsbruch verhindert, bis zu Umbettungsaktivitäten können technische Einrichtungen die Pflege erleichtern. Technische Assistenzsysteme („Ambient Assisted Living“) können die Selbstständigkeit im Alter erleichtern

Pflegende Angehörige und professionelle Pflegekräfte können durch innovative Technologien unterstützt und entlastet werden. Primäres Ziel bei der Unterstützung hilfsbedürftiger Personen ist es, deren Selbstständigkeit zu steigern und Abhängigkeiten von Dritten zu verringern bzw. zu vermeiden. Dabei werden insbesondere die folgenden Bereiche unterschieden (näheres unter aal.fraunhofer.de):

- Gesundheit und Wohlbefinden: Kompensation sensorischer, physischer oder kognitiver Beeinträchtigungen bzw. Training zur Vermeidung entsprechender Defizite;
- Sicherheit und Privatsphäre: Automatische Aufzeichnung und ggf. auch Auswertung von Vitalparametern, Erkennung von Not-situationen wie z.B. Stürzen;
- Häusliches Umfeld: Unterstützung bei Alltagsaufgaben durch intelligente Haustechnik oder Assistenzroboter;
- Soziales Umfeld: Kommunikationsunterstützung, Unterstützung von Mobilität, bei der Arbeit etc.

Die Unterstützung pflegender Personen zielt insbesondere darauf ab, diese bei ihrer oftmals körperlich anstrengenden Arbeit zu entlasten. Der Einsatz technischer Assistenzsysteme soll dabei zu einer Reduktion der nicht-pflegerischen Arbeiten ermöglichen (z.B. Routine- und Dokumentationstätigkeiten), so dass den Pflegekräften mehr Zeit für eigentliche Pflegeleistungen zur Verfügung steht. Zum anderen sollen die Assistenzsysteme eingesetzt werden, um Gesundheitsschäden zu vermeiden und somit die Arbeit in der Pflege attraktiver zu gestalten. Dabei sind sowohl professionelle Pflegekräfte im stationären und ambulanten Umfeld betroffen als auch nicht-professionelle Pfleger wie z.B. pflegende Angehörige. Telecare und E-Health in Pflegehaushalten müssen zwingend

ausgebaut werden. Das E-Health Gesetz ist nur ein erster Schritt.

Individuelle strategische Konzepte entwickeln

Die Situation vor Ort gestaltet sich von Gemeinde zu Gemeinde, von Stadt zu Stadt sehr unterschiedlich. Daraus folgt zwangsläufig, dass es keinen Königsweg bei der Konzeption und der Umsetzung von strategischen Konzeptionen sowie deren Umsetzung geben kann. Vielmehr muss jede Stadt und jede Gemeinde Handlungsoptionen, Strategien und Perspektiven selbst entwickeln,

Notwendig ist eine kommunale Pflegeplanung, eine stärkere Einbindung der Kommune in die Beratungsstrukturen sowie eine Kostenbeteiligung der Pflegeversicherung an präventiven Angeboten des vorpflegerischen Hilfebedarfs zum Zweck des Hinausschiebens des Eintretens der Pflegebedürftigkeit.

Wirkungen der Pflegeversicherung

Die Einführung der Pflegeversicherung wurde von den kommunalen Spitzenverbänden seinerzeit uneingeschränkt begrüßt. Schließlich sollte dieser neue Zweig der Sozialversicherung die von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen von der staatlichen Fürsorgeleistung Sozialhilfe unabhängig machen, aber auch die Kommunen von den enormen Kosten der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz entlasten. Beides


DStGB

 Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

gelang jedenfalls in Teilen. Bis heute ist aber nicht jedem bewusst geworden, dass die Pflegeversicherung eine „Teilkaskoversicherung“ ist. Allerdings mussten sich die Kommunen diese Entlastung mehrfach gegenrechnen lassen. Darüber hinaus nähern sich die Fallzahlen und Ausgaben wieder dem Niveau vor der Einführung der Pflegeversicherung an.

Genauso bedeutsam war aber der Verlust der Steuerungsmöglichkeiten. Die Kommunen waren für alle pflegebedürftigen Menschen, die nicht selbst für die Kosten ihrer Pflegeleistungen tragen konnten, im Rahmen der Hilfe zur Pflege zuständig. Auf der kommunalen Ebene fand eine Altenhilfeplanung sowie eine Planung der notwendigen Pflegeinfrastruktur statt. Die Planung umfasste in der Regel das gesamte Spektrum der Seniorenarbeit einschließlich des ehrenamtlichen Engagements.

Die Pflegeversicherung führte dazu, dass Pflegeleistungen nach marktwirtschaftlichen Prinzipien angeboten werden. Man hoffte, dass sich nach den Gesetzen von Angebot und Nachfrage eine optimale Versorgung ergeben würde. Tatsächlich finden wir heute vor Ort Über-, Unter- und Fehlversorgungen. Der Barmer GEK Pflegebericht 2014 weist nach, dass die Angebotsstrukturen die Versorgungsformen bestimmen und nicht umgekehrt. Die Frage, ob diese Angebote bedarfsdeckend sind, spielte keine Rolle mehr. Unter- und Fehlversorgungen lassen sich

nicht mit Mitteln des Marktes korrigieren.

Mit dem Pflegeeneuausrichtungsgesetz, den Pflegestärkungsgesetzen I und II hat der Bundesgesetzgeber die größten Reformen der Pflegeversicherung seit ihrer Gründung beschlossen. Insbesondere das Pflegestärkungsgesetz II beseitigt mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einen Geburtsfehler der Pflegeversicherung, die zu engen Leistungsvoraussetzungen. Neuer Maßstab für die Pflegebedürftigkeit ist nicht mehr der Zeitaufwand des Hilfebedarfs sondern der Grad der Selbständigkeit. Andererseits werden nicht alle Probleme der Pflegeversicherung gelöst, insbesondere mehr Quartiers- und Sozialraumorientierung, die Stärkung kommunaler Gestaltungsmöglichkeiten und eine wirksame Präventionsmaßnahmen- und Rehabilitationsoffensive sowie eine Stärkung der Finanzierungsbasis der Pflegeversicherung.

Kommunale Gestaltungsmöglichkeiten wieder stärken

Die Kommunen stellen für ältere, pflegebedürftige oder behinderte Menschen und ihre Familien ein umfassendes Leistungsangebot zur Verfügung. Pflege und Assistenz müssen vor Ort gestaltbar sein, da dort der demografische Wandel und das soziale Zusammenleben stattfinden. Die Gestaltungskompetenz der Kommunen muss gestärkt werden, da die Pflege vor Ort geschieht und nur hier wirksam Netzwerke der unterschiedlichen Akteure geknüpft

werden können. Auf der kommunalen Ebene kann es gelingen, die unterschiedlichen Leistungen der Pflegeversicherung, der Krankenkassen und sonstiger Fürsorgeleistungen mit der kommunalen Daseinsvorsorge zu koordinieren und zu verbinden. Bei der gemeinsamen Entwicklung sektorenübergreifender und integrierter regionaler Sorgestrukturen muss die kommunale Verantwortung gestärkt werden. Besonders hinzuweisen ist dabei auf die wichtige Rolle kreisangehöriger Städte aufgrund ihrer Nähe zu den Sozialräumen.

Dies setzt aber voraus, dass zum einen die Planungshoheit der Kommunen gestärkt wird, zum anderen auch die Finanzkraft der Kommunen, um die künftigen Aufgaben der sozialen Daseinsvorsorge wahrnehmen zu können. Neben lokaler Beratung und Hilfeplanung ist eine abgestimmte kommunale Steuerung von Wohnangebot, Begegnungsmöglichkeiten, Verkehr, Nahversorgung, Barrierefreiheit, Beratungs- und Pflegeinfrastruktur erforderlich. Dabei geht es nicht um ein Zurück in die Planwirtschaft, sondern um eine stärkere Rolle der Kommunen bei der Infrastrukturentwicklung und der Gestaltung von Gesamtkonzepten der „Lebensräume zum Älterwerden“ (DStGB Dokumentation Nr. 110: Lebensräume zum Älterwerden).

Der Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages sieht eine Stärkung der Rolle der Kommunen in der



DSTGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

Pflege vor. Unter Leitung des Bundesgesundheitsministeriums hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände zahlreiche Vorschläge unterbreitet, die nun durch den Gesetzgeber umgesetzt werden müssen.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe empfiehlt u.a.:

- Die Länder können Gremien, an denen die Kommunen maßgeblich beteiligt sind, auf Landes- und regionaler Ebene einrichten oder vorhandene beauftragen, Empfehlungen zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Versorgung auszusprechen, die die Pflegekassen bei Vertragsverhandlungen einbeziehen;
- es können sektoren- und bereichsübergreifende Gremien auf Landesebene eingerichtet werden, die Empfehlungen zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung sowie zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung aussprechen;
- auf Landesebene sollen Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit bei der Beratung von pflegebedürftigen Menschen vereinbart werden;
- ein Initiativrecht von Kommunen bei deren finanzieller Beteiligung zur Erprobung von Pflegestützpunkten;
- Erprobung neuer Beratungsstrukturen etwa doch das von den Kommunalen Spitzenverbänden vorgeschlagenen Konzept der „Modellkommune Pflege“.

Der Bundesgesetzgeber ist aufgerufen, diese Empfehlungen zeitnah in einem Pflegestärkungsgesetz III umzusetzen. Darüber muss in diesem Gesetz auch die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe (SGB XII) an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst werden. Die Einführung wird zu einer höheren Belastung der Sozialhilfe führen.

Die Länder sind aufgefordert, ihre bestehenden gesetzlichen und untergesetzlichen Möglichkeiten zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege auszuschöpfen.

Wirkungsvolle kommunale Pflegeplanung

Pflegeplanung ist kein Selbstzweck, sondern sie soll sich am tatsächlichen Bedarf vor Ort orientieren. Eine kommunale Pflegeplanung muss Einfluss auf die Versorgungslandschaft nehmen können, um die beschriebenen Über-, Fehl- und Unterversorgungen zu vermeiden. Nicht die Angebote dürfen den Bedarf bestimmen, sondern umgekehrt. Die notwendigen bedarfsgerechten Angebotsstrukturen können sich derzeit nicht entwickeln. Das Bundessozialgericht hat mehrfach entschieden, dass für ambulante und stationäre Pflegeleistungen alle Leistungserbringer zuzulassen sind, die geeignet und wirtschaftlich sind, unabhängig davon, wo eine Pflegeeinrichtung in einem überversorgten Gebiet errichtet werden soll. Erschwerend kommt die Abschottung der leistungsrechtlichen

Konstrukte der verschiedenen Sozialgesetzbücher und die institutionellen Barrieren auf Kosten- und Leistungsträgerseite hinzu, die eine sektorenübergreifende Versorgung behindern.

Die kommunale Pflegeplanung muss maßgeblichen Einfluss auf die Gestaltung der Versorgungslandschaft vor Ort nehmen können. Es bedarf planerischer Kompetenzen der Kommunen, um in bestimmten Bedarfs- und Angebotsituationen Vorgaben zu formulieren, die für alle Marktteilnehmer verbindlich sind. Dafür ist folgendes notwendig:

- Die kommunale Pflegestrukturplanung und regionale Pflegekonferenzen sind als verpflichtende Instrumente zu benennen.
- Die Pflegekassen sind zu verpflichten, in regionalen Pflegekonferenzen mitzuwirken.
- Die kommunale Pflegeplanung muss durch die verpflichtende Berücksichtigung bei der Zulassung von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten Einfluss nehmen können. Die Kommunen müssen so über die Zulassung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen für eine bedarfsgerechte Versorgung mitentscheiden können.
- Im Vertragsgeschehen sind die Kommunen gleichberechtigt zu den Pflegekassen einzubeziehen.
- Die vorhandene Modellklausel zur Weiterentwicklung der Pflege



DSTGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

geversicherung ist um sektoren-
übergreifende Ansätze zu erwei-
tern.

Stärkung der Rolle der Kommunen in der Beratung

Die von Pflege betroffenen Men-
schen und ihre Angehörige brau-
chen eine ganzheitliche Beratung.
Diese geht weit über den lediglich
Teilbedarfe abdeckenden Pflege-
versicherungsbereich hinaus. Die
Betroffenen und ihre Angehörigen
benötigen zeitnahe und umfassende
Informationen, insbesondere
hinsichtlich einer vernetzten Unter-
stützung, Entlastung und Stabili-
sierung häuslicher Pflegearrange-
ments. Dies erfordert eine umfas-
sende Beratung aller potentiell
Anspruchsberechtigten über die
möglichen Leistungen der Versi-
cherungssysteme, aber auch an-
derer Unterstützungssysteme. Es
ist daher notwendig, dass die
Kommunen hier eine stärkere Rol-
le übernehmen können, da sie
über die Strukturen vor Ort am
besten informiert sind. Aufgrund
der Kenntnis zu originär kommuna-
len Aufgaben wie z.B. der Senio-
renberatung, der Wohnanpassung,
der Wohnraumberatung, der all-
gemeinen Sozialberatung, der
Altenhilfe etc. liegt in einem Ber-
atungsansatz in kommunaler Ver-
antwortung der Schlüssel zu einer
neutralen, den Bedürfnissen und
Wünschen der Menschen vor Ort
entsprechenden umfassenden
Beratung.

Ordnungs- und Leistungsrecht flexibel gestalten

Neue gemeinwesenintegrierte
Wohn- und Betreuungsmodelle
dürfen in der Realisierung nicht
durch das Leistungs-, Förder- und
Ordnungsrecht benachteiligt oder
erschwert werden. Eine flexible
Leistungsgewährung durch die
Sozialkassen ist daher ebenso wie
ein flexibles und ermöglichendes
Heimrecht in den Bundesländern
für die Umsetzung innovativer
Wohnformen und neuer Versor-
gungssettings unabdingbar.

Kommunale Angebote bereitstellen

Insbesondere in den struktur-
schwachen Regionen können not-
wendige Angebote über den freien
Markt nicht sichergestellt werden.
Es widerspricht aber u.a. dem
Sozialstaatsprinzip, wenn Bürge-
rinnen und Bürger von notwendi-
gen Dienstleistungen ausge-
schlossen sind. Soziale Infrastruk-
tur muss für alle verfügbar, er-
reichbar und zugänglich sein, auch
durch eigene kommunale Einrich-
tungen. (vgl. DStGB Dokumentati-
on Nr. 116: Städte und Gemeinden
gestalten den demografischen
Wandel). Dies muss rechtlich mög-
lich und finanzierbar sein.

Prävention und Rehabilitation fördern, Zuständigkeiten neu ordnen

Es müssen systematisch alle Opti-
onen der Prävention und Rehabili-
tation zur Vermeidung von Pflege-
bedürftigkeit ausgeschöpft werden.
Um dies zu erreichen, muss der
Bruch zwischen Pflege- und Kran-
kenversicherung beseitigt werden,

der bislang dazu führte, dass die
Pflegeversicherung von Rehabilita-
tionsleistungen finanziell profitiert,
während die Krankenversicherung
die Kosten trägt. Ferner sollten
künftig im Kranken- und im Pflege-
versicherungsrecht gleiche Lei-
stungen unabhängig von Lebensort
beziehungsweise Wohnform ge-
währt werden.

Eine grundlegende Überprüfung
und Neuordnung der Zuständigkei-
ten im Sozialsystem ist dahinge-
hend angezeigt, dass die starren
Systemgrenzen zwischen den
einzelnen Leistungstöpfen über-
wunden und Leistungen der sozia-
len Sorge, insbesondere aus Sozi-
alversicherung, Hilfe zur Pflege
und Eingliederungshilfe auf lokaler
Ebene gebündelt und vernetzt
werden. Es bedarf einer größeren
Durchlässigkeit der Versorgungs-
formen.

Nachhaltige Finanzierung sicherstellen

Da die Pflegeversicherung von
Beginn an nur als „Teilkaskoversi-
cherung“ ausgestaltet ist, müssen
steigende Pflegekosten zunächst
durch die Pflegebedürftigen selbst
bzw. bei fehlenden Einkünften
durch die Träger der Sozialhilfe
(Hilfe zur Pflege nach dem SGB
XII) übernommen werden. Der
Kostenanstieg dieses Leistungsbe-
reichs hat in den vergangenen
Jahren wieder erheblich an Dyna-
mik gewonnen. Beliefen sich die
Bruttoausgaben im Jahr 2002 noch
auf 2,9 Mrd. Euro sind diese im
Jahr 2012 bereits auf 3,7 Mrd.
Euro angestiegen.



DStGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

Angesichts dieser Entwicklung ist insbesondere in diesem Bereich mit steigenden Fallzahlen und damit steigenden Kosten zu rechnen. Qualitativ gute Pflege gibt es nicht zum Nulltarif. Dies bedeutet konkret, dass entsprechend der Alterung der Bevölkerung auch der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung wird steigen müssen,

einhergehend mit einer Dynamisierung der Pflegeleistungen.

Eine stärkere Verantwortung und umfänglichere Aufgaben für Kommunen gehen mit Mehrkosten einher, die ausgeglichen werden müssen. Soweit die Kommunen weitere Aufgaben der Pflege übernehmen, z.B. um eine umfassen-

dere Beratung zu gewährleisten, ist eine Kostenbeteiligung der Pflegeversicherung notwendig. Es darf keine Aufgaben- und Verantwortungsverlagerung auf die kommunale Ebene stattfinden, die nicht mit entsprechenden finanziellen Ressourcen einhergeht.

Berlin, 8. März 2016