



Hinweise des Deutschen Vereins zur Arbeit der gemäß Koalitionsvertrag geplanten Bund-Länder-Arbeitsgruppe betreffend die Rolle der Kommunen in der Pflege¹

I. Vorbemerkung

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD heißt es auf Seite 85 f.:

„Wir werden in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit klären, wie die Rolle der Kommunen bei der Pflege noch weiter gestärkt und ausgebaut werden kann. Insbesondere soll geklärt werden, wie die Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden kann. Im Zusammenwirken mit städteplanerischen Instrumenten sollen Sozialräume so entwickelt werden, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Außerdem sollen Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden. Hierfür kommen auf Grund ihres hohen sozialräumlichen Bezuges aufsuchende und begleitende Pflegeberatung insbesondere in Pflegestützpunkten, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Engagierte, die laufende Beratung der Empfänger von Pflegegeld sowie die Beteiligung bei der Leistungsgewährung für Infrastruktur fördernde Maßnahmen in Betracht.“

Der Koalitionsvertrag lässt weitestgehend offen, welche Inhalte bzw. Fragen in der Arbeitsgruppe aufgegriffen bzw. erörtert werden sollen. Der Deutsche Verein nimmt diesen Umstand zum Anlass für die folgenden Hinweise, mit denen er die Arbeit des Gremiums unterstützen möchte.

¹Verantwortliche Referentin im Deutschen Verein: Jana Henneberger. Die Hinweise wurden in der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins entworfen und am 11. Februar 2014 im Fachausschuss Alter und Pflege sowie am 13. März 2014 durch eine Redaktionsgruppe aus Vertreter/innen des Fachausschusses beraten.

Der Deutsche Verein hat wiederholt – zuletzt in seinen Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflege vom 11. Juni 2013 – auf die Bedeutung der kommunalen Ebene bei der Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur und die damit einhergehenden (gesetzlichen) Anforderungen hingewiesen.² Auf seine entsprechenden Ausführungen nimmt er ergänzend Bezug. Er unterstreicht insbesondere die Forderung nach einer hinreichenden Finanzausstattung der Kommunen.

Vorweg betont der Deutsche Verein, dass die für die Gestaltung einer lokalen Pflegeinfrastruktur erforderlichen Aufgaben nicht allein den Kommunen obliegen. Zum Gelingen bedarf es der Anstrengung aller Akteure im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten. Auf bewährte Strukturen ist aufzubauen.

II. Hinweise zur inhaltlichen Arbeit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe

Im Fokus der Arbeit müssen die Stärkung der kommunalen Handlungsmöglichkeiten bei der Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur und die Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und Unterstützung im Alter und bei Pflegebedürftigkeit stehen. Viele Kommunen haben sich hierzu im Rahmen ihrer derzeitigen Möglichkeiten bereits auf den Weg gemacht. Dabei stoßen sie jedoch vielfach aufgrund ihrer begrenzten Zuständigkeiten an Grenzen. In diesem Zusammenhang regt der Deutsche Verein an, in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe insbesondere folgende Fragestellungen zu thematisieren:

1. Quartiers-/Sozialraumorientierung

Ältere und pflegebedürftige Menschen wünschen sich ein würdevolles und möglichst selbstbestimmtes Leben und möchten meist möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit bleiben. Hierfür müssen geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden. Anzustreben ist ein weitgehend barrierefreies Lebensumfeld, das alle Menschen mit und ohne Behinderungen, alte und junge Menschen, ungeachtet ihrer Herkunft

² Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur, in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, S. 7–49; Pflegesystem den gesellschaftlichen Strukturen anpassen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Pflege vom 11. Juni 2013, NDV 2013, S. 385–390.

selbstbestimmt gemeinsam nutzen und mitgestalten können.³ Mit einer älter werdenden Gesellschaft gehen neue Herausforderungen einher, die es zu meistern gilt. Insbesondere der Grundsatz „ambulant vor stationär“ kann noch besser umgesetzt werden, wenn sich die Ressourcen der Kommunen bestmöglich entfalten können. Es bedarf der Klärung, ob durch eine **Neuzuordnung von Zuständigkeiten zwischen Pflegekassen und Kommunen** den Kommunen Aufgaben mit besonderem Sozialraumbezug zugeordnet werden können und welche Neuverteilung gegebenenfalls zielführend ist. Der Koalitionsvertrag erwähnt hier beispielhaft die Beratung, Begleitung und Schulung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

Der Deutsche Verein hat in seinen Eckpunkten für einen inklusiven Sozialraum⁴ sowie den Empfehlungen zur lokalen Pflegeinfrastruktur⁵ deutlich gemacht, dass zur **Sozialraumorientierung** aber noch wesentlich mehr gehört:

Erforderlich ist insbesondere die **barrierefreie Gestaltung** sowohl des privaten Wohnumfelds als auch des öffentlichen Raums sowie ein **kooperatives Fallmanagement**.⁶ Die Bedeutung der Beseitigung von Barrieren betrifft nicht nur den Bereich des Wohnens, sondern ebenso die Verkehrswegeplanung, den öffentlichen Personennahverkehr und die Zugänglichkeit von Einrichtungen und Diensten. Das Thema Barrierefreiheit wird in einigen Bereichen nicht ausreichend beachtet. Damit auch auf kommunaler Ebene eine noch stärkere Berücksichtigung erfolgt, sind **gesetzliche Anpassungen auf der Bundes- und Landesebene** erforderlich. Zudem sollte das Thema Barrierefreiheit in den Landesbauordnungen eine viel größere Bedeutung erhalten z.B. durch eine **Beratungspflicht im Rahmen des Baugenehmigungsverfahrens**. Auf der Basis aller aktuell diskutierten Vorschläge ist in der Bund-Länder-AG zu klären, durch welche konkreten Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene die Etablierung einer stärkeren **Quartiers- und Gemeinwesenorientierung** unterstützt werden kann.

³ Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum vom 7. Dezember 2011, NDV 2012, S. 15–19.

⁴ Ebenda.

⁵ Siehe Fußn. 2: Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern!, S. 7 ff., 29, 31 f.

⁶ Ebenda, S. 29.

2. **Moderne Pflegeinfrastrukturplanung/Integrierte Sozialplanung**

Für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen **pflegerischen Versorgungsstruktur** sind die **Bundesländer** verantwortlich; das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt (§ 9 SGB XI). Kommunale Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen wird – soweit gesetzlich vorgesehen – durch die jeweiligen **Landespflegegesetze** geregelt. Zudem sind auch die Kommunen in § 8 Abs. 2 SGB XI aufgefordert, gemeinsam mit den anderen Akteuren eng zusammenzuwirken, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Die Gewährleistung der pflegerischen Versorgung der Versicherten obliegt allerdings in erster Linie den **Pflegekassen** im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung (§ 69 SGB XI, Sicherstellungsauftrag).

Die besondere Stellung der Kommunen aufgrund ihrer Kleinräumigkeit und Ortsbezogenheit sollte bei der Infrastrukturgestaltung stärkere Berücksichtigung finden. Entscheidungs- und Planungsprozesse müssen auf das Ziel der **Gestaltung teilhabe- und pflegerechter Kommunen** ausgerichtet werden. Dies erfordert eine **Infrastrukturplanung unter Federführung der Kommunen**, die integriert erfolgen sollte. Zudem sollten Menschen mit Behinderungen, Pflege- oder Betreuungsbedarf (bzw. ihre Verbände) regelhaft daran beteiligt werden. Dafür ist zu klären, welche konkreten **bundes- und landesgesetzlichen Regelungen** (Landespflegegesetze etc.) **einer Anpassung bedürfen**, um zum einen die Möglichkeit einer wirksamen Pflegeinfrastrukturplanung auf örtlicher Ebene zu schaffen und zum anderen ein entsprechendes kommunales Tätigwerden zu gewährleisten. So sollten beispielsweise die Aufgaben im Rahmen des § 71 SGB XII anhand der Ziele Selbstbestimmung, soziale Teilhabe und Verbleib in der eigenen Häuslichkeit modernisiert und qualifiziert beschrieben werden. Ferner ist zu klären, wie die **Versorgung in strukturschwachen Regionen** gesichert werden kann und ob es hierfür besonderer Strukturanforderungen bedarf (z.B. zur Ermöglichung von Tagespflege in stationären Einrichtungen ohne gesonderten Versorgungsvertrag).

Eine gelingende Pflegeinfrastruktur erfordert Kooperationen auf lokaler und regionaler Ebene sowie die Vernetzung zwischen allen pflegerelevanten Akteuren. Die Kommunen

haben die Aufgabe, Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten zu initiieren und zu fördern.⁷ Insofern sind auch Fragen der rechtlichen Betreuung einzubeziehen.

3. Beratung

Eine frühzeitige – und auf Wunsch der Betroffenen auch zugehende – Beratung im Vorfeld von und bei Pflegebedürftigkeit (auch bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz) fördert den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Erforderlich ist ein Angebot, das **auf vernetzte Strukturen zurückgreifen** und zusätzlich zur Beratung auch eine **Leistungskoordination** übernehmen kann. Es sind vornehmlich folgende Fragen zu klären:

- Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen, Kommunen und Anbietern (auch den medizinischen) verbessert bzw. (neu) gestaltet werden?
- Welche Instrumente können für eine höhere Verbindlichkeit der Zusammenarbeit eingesetzt werden?
- Wer soll für die Koordinierung der Beratungsangebote und die Leistungskoordination verantwortlich sein? Wie kann eine stärkere Verantwortung der Kommunen in Bezug auf die Koordinierung der Beratungsangebote und die Leistungsgewährung und Leistungserbringung erfolgen?
- Wie müssen Pflegestützpunkte ausgestaltet und ausgestattet sein, um ihren Aufgaben gerecht zu werden?
- Wie kann eine stärkere kommunale Zuständigkeit in Bezug auf Pflegestützpunkte aussehen?

Der Deutsche Verein erwartet durch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe konkrete Ergebnisse und Maßnahmen, die (gesetzgeberisch) – möglichst noch in dieser Legislaturperiode – umgesetzt werden, um die Rolle der Kommunen im Bereich der Pflege nachhaltig zu stärken. Der Deutsche Verein steht dem Gremium mit seiner Expertise als Dialogpartner zur Verfügung.

⁷ Siehe Fußn. 2.