

Irene Vorholz

Pflegestärkungsgesetz III verfehlt Stärkung der Kommunen

Der Beitrag prüft, inwieweit das Pflegestärkungsgesetz III (PSG III) die Forderung nach einer Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umsetzt. Er kommt zu dem Ergebnis, dass die diesbezüglichen Regelungen des PSG III marginal sind und an den Belangen der Praxis vorbeigehen.¹

1. Forderungen der Fachwelt

Eine stärkere Rolle der Kommunen in der Pflege wird in Deutschland seit Jahren diskutiert. Internationale Vergleiche und erfolgreiche Modellprojekte zeigen, dass die Versorgungsqualität und die Stärkung ambulanter Pflegesettings von einer starken Rolle der Kommunen positiv beeinflusst werden können. Bereits heute leisten die Kommunen, insbesondere die Landkreise und kreisfreien Städte als örtliche Träger der Sozialhilfe, wichtige Beiträge zur Pflege und zur 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 Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, über Beratungs- und Koordinierungsstellen, familienentlastende und familienunterstützende Hilfen, das bürgerschaftliche Engagement, die kommunalen Krankenhäuser und den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie die rechtliche Betreuung bis hin zur Gestaltung des Wohnumfelds und zur Nutzbarkeit des Öffentlichen Personennahverkehrs.

Dem stehen im Bereich Pflege nur geringe Gestaltungsmöglichkeiten gegenüber. Die Kommunen sind unzureichend in Planung, Beratung und Entscheidung eingebunden. Vielmehr wird durch die Proklamation der Versorgung pflegebedürftiger Menschen als „gesamtgemeinschaftliche Aufgabe“ in § 8 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) die Zuordnung konkreter Verantwortlichkeiten vermieden. Wegen der Verantwortung für die kommunale Infrastruktur und der finanziellen Letztverantwortlichkeit der Sozialhilfe für die Bürger/innen bedarf es einer gesetzgeberischen Umgestaltung.²

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. erarbeitete bereits im Jahr 2010 im großen Konsens

der kommunalen Seite und der Wohlfahrtspflege „Empfehlungen zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur“³, die das Erfordernis einer Steuerung durch die Kommune aufbereiteten. Es wurden Steuerungselemente gefordert, die der Kommune eine Beeinflussung der örtlichen Angebotsstruktur über den gegebenen Rahmen hinaus ermöglichen. Pflegeinfrastrukturgestaltung sollte präventionsorientiert sein und das Alltagsleben bei Pflegebedürftigkeit sowie die Versorgung in der Häuslichkeit im Fokus haben.

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz befasste sich wiederholt⁴ mit den Anforderungen an eine „Pflege im Quartier“ und sprach sich dafür aus, die Rolle der Kommunen in der Pflege zu stärken. Dazu gehören aus Sicht der Länder insbesondere die Implementierung kleinräumiger, alltagsbezogener und nachhaltiger Pflegearrangements, flankiert von einem Mix niederschwelliger Beratungs-, Unterstützungs-, Entlastungs- und Hilfsangebote im Quartier (Sozialraumorientierung), eine systematische Vernetzung der Beratungs-, Unterstützungs- und Hilfsangebote in der

1) Ausführlicher zu den Regelungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen im PSG III sowie den Anforderungen für die Kommunen durch das PSG III insgesamt, also auch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Sozialhilfe und die Neukonzeption des Kapitels zur Hilfe zur Pflege im SGB XII, vgl. Vorholz, I.: Das PSG III als Herausforderung für die Kommunen?, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR) 2017, Heft 4 (im Erscheinen).

2) Voraussetzung für ein kommunales Tätigwerden ist eine entsprechende Finanzausstattung. Werden den Kommunen neue Aufgaben oder Verpflichtungen übertragen – was unabhängig von der Sachregelungsbefugnis des Bundes seit dem Jahr 2006 nur noch durch die Länder erfolgen kann –, kommen die landesverfassungsrechtlichen Mehrbelastungsausgleichsregelungen zum Tragen.

3) Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort – Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur vom 8. Dezember 2010, in: NDV 2011, S. 14 ff., 72 ff.

4) Zum Beispiel 88. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2011 vom 23./24. November 2011, Beschluss zu TOP 5.1 b) „Reform der Pflegepolitik“, S. 91; Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2014 vom 26./27. November 2014, Beschluss zu TOP 5.4 „Gesamtgemeinschaftliche Verantwortung ernst nehmen: Reformtempo beibehalten – Pflege im Quartier“ sowie Beschluss zu TOP 5.9 „Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Pflege“. Die Beschlüsse sind abrufbar unter <https://asmkintern.rlp.de/de/beschluesse/>.

Dr. Irene Vorholz ist Sozialbeigeordnete des Deutschen Landkreistages, Berlin.

Stadt und im ländlichen Raum, der Ausbau des Case- und Care-Managements in der Pflege- und Wohnberatung und eine verbesserte Überleitung und Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zwischen stationärer Versorgung (Krankenhaus, Reha-Einrichtung, Kurzzeitpflegeeinrichtung) und ambulanter Versorgung in den eigenen vier Wänden.⁵

Auch die kommunalrechtliche Wissenschaft diskutiert die Thematik. Der Deutsche Landkreistag widmete sein alljährlich stattfindendes Professorengespräch im Jahr 2012 der Ausleuchtung der kommunalen Verantwortung für Gesundheit und Pflege.⁶ Ein funktionierendes Gesundheits- und Pflegewesen bildet einen zentralen Faktor im Zusammenleben der Menschen in der örtlichen Gemeinschaft. Daher wurden insbesondere Fragen nach der gegenwärtigen und künftigen Verantwortung der Kommunen für Gesundheit und Pflege erörtert. Im Auftrag der Robert Bosch Stiftung verfasste Martin Burgi im Jahr 2013 ein viel beachtetes Gutachten zur kommunalen Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung.⁷ Leitidee ist es, innerhalb der Felder Prävention, kurative Medizin, Rehabilitation und Pflege de lege lata und de lege ferenda Spielräume für kommunale und landesbezogene Gestaltungen zu öffnen. Felderübergreifend wird die strukturelle Verzahnung als eine künftige Aufgabe koordinierenden Charakters beschrieben und vorgeschlagen, diese Aufgabe den Kommunen auf der Stadt- und Landkreisebene anzuvertrauen.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe beschrieb im Jahr 2013 zusammen mit der Friedrich-Ebert-Stiftung im Positionspapier „Gute Pflege vor Ort – Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter“⁸ ein Modell, das eine verbindliche Kooperation zwischen Pflegekassen und Kommunen ebenso vorsieht wie die Stärkung kommunaler Handlungsfähigkeit.

Und schließlich erhielt auch die Siebte Altenberichtscommission unter Leitung von Andreas Kruse den Auftrag, Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Seniorenpolitik in den Kommunen zu erarbeiten. In ihrem im Jahr 2015 veröffentlichten Bericht „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ untersuchten die Sachverständigen, welche Beiträge die kommunale Politik und örtliche Gemeinschaften leisten können, um die soziale, politische und kulturelle Teilhabe und eine möglichst lange selbstständige Lebensführung älter werdender Menschen sowie ein aktives Altern in Selbst- und Mitverantwortung sicherzustellen.⁹ Der „Sorge und Pflege“ ist ein eigenes Kapitel gewidmet, das wiederum eine Stärkung der Kommunen einfordert.¹⁰

2. Die Regelungen im PSG III

Die Forderung nach einer stärkeren kommunalen Verantwortung für die Pflege fand so dann auch Eingang in den Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages, allerdings nicht als konkreter Auftrag, sondern in Gestalt einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter

Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände, die im Sommer 2014 ihre Arbeit aufnahm.

Nach den genannten Voten der pflege- und kommunalpolitischen und -wissenschaftlichen Fachwelt wären eine starke kommunale Position in den Bereichen der Planung und Steuerung, also auf struktureller Ebene, und ein Case- und Care-Management in kommunaler Hand, also auf individueller Ebene, erforderlich. Treibende Kraft in diesem Sinne waren in der Arbeitsgruppe aber nur Länder und Kommunen. Das Bundesgesundheitsministerium dagegen verhielt sich zurückhaltend bis abwehrend. Da in der Arbeitsgruppe ein Konsens gefunden werden musste, finden sich in den im Mai 2015 vorgelegten Empfehlungen der Arbeitsgruppe keine grundlegenden Vorschläge.¹¹ Es handelt sich überwiegend um kleinteilige Vorschläge wie zum Beispiel die stärkere Zusammenarbeit in bestimmten Gremien, ein verbesserter Informationsfluss oder die Verbesserung der Wissensbasis durch Forschungsprojekte.

Auf dieser Grundlage entstand das PSG III. In den essenziellen Bereichen der Planung, Steuerung und Leistung gewährt das PSG III den Kommunen keine Kompetenzen. Vielmehr nimmt es die Beratung in den Blick und lässt Kommunen in kleinen Bereichen als Leistungserbringer zu.

Im Folgenden werden die wenigen Regelungen aufbereitet, die der Gesetzgeber der „Stärkung der Rolle der Kommune in der Pflege“ zugedacht hat.

2.1 Einlösen von Beratungsgutscheinen

§ 7b Abs. 2a Satz 1 HS 1 SGB XI sieht vor, dass kommunale Gebietskörperschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen, die für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe oder für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII Pflegeberatung im Sinne von § 7a SGB XI erbringen, Beratungsstellen sind, bei denen Pflegebedürftige Beratungsgutscheine einlösen können.

Die Vorschrift ermöglicht es den Kommunen somit, als Leistungserbringer aufzutreten. Sie werden verpflichtet, die entsprechenden Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes sowie dessen Pflegeberatungs-Richtlinien zu beachten. Zudem schließt die Pflegekasse mit der Kommune eine vertragliche Vereinbarung über die Vergütung ab. Eine zusätzliche Konkurrenz auf Seiten der Leistungsanbieter mag zwar sinnvoll sein, um Pluralität zu gewährleisten,

5) 91. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2014 (Fn. 4), Beschluss zu TOP 5.4.

6) Henneke, H.-G. (Hrsg.): Kommunale Verantwortung für Gesundheit und Pflege, Stuttgart 2012.

7) Burgi, M.: Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 2013.

8) Gute Pflege vor Ort – Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter, Positionspapier des Kuratoriums Deutsche Altershilfe und der Friedrich-Ebert-Stiftung, 2013.

9) Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, in: BT-Drs. 18/10210.

10) In diesem Sinne auch: Künzel, G./Klie, Th./Hoberg, R.: Pflege in Sozialräumen – Stärkung der kommunalen Verantwortung: Was muss eine Strukturreform von Pflege und Teilhabe leisten?, in: Der Landkreis 2015, S. 713 ff.

11) Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege vom 12. Mai 2015, <http://www.landkreistag.de/presseforum/pressemitteilungen/1660-12-5-2015-iii.html> (17. August 2017).

stellt aber keine ernsthafte Stärkung der Rolle der Kommunen dar.

Zudem sind die „nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen“, die für die Hilfe zur Pflege zuständig sind, auch überörtliche Träger der Sozialhilfe, also die Länder oder Höhere Kommunalverbände (zum Beispiel die Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen oder die bayerischen Bezirke). Beide werden landläufig nicht mit „Kommunen“ assoziiert.

2.2 Beratungsbesuche in der Häuslichkeit

Auch Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI können nun von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, durchgeführt werden. Die kommunalen Berater haben dann die von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI beschlossenen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche zu beachten und müssen auch die sonstigen Pflichten der Leistungsanbieter übernehmen. Immerhin wird die Beratungsleistung vergütet. Im Regierungsentwurf des PSG III war die Vergütung noch explizit ausgeschlossen worden. Eine solche Benachteiligung kommunaler Anbieter wurde vom Bundesrat abgelehnt und über einen Änderungsantrag der Regierungsfractionen korrigiert.

2.3 Einrichtung weiterer Pflegestützpunkte

§ 7c Abs. 1a SGB XI ermöglicht die Einrichtung weiterer Pflegestützpunkte vor. Die in der Begründung des Regierungsentwurfs mit „Initiativrecht“ für die Kommunen bezeichnete Vorschrift sieht vor, dass die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe – dies sind wie dargestellt nicht nur die Kommunen, sondern auch Länder und Höhere Kommunalverbände – bis zum 31. Dezember 2021 aufgrund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes verlangen können.

In der Praxis wird in denjenigen Ländern, in denen Pflegestützpunkte nicht entstanden sind, weil andere Beratungsstrukturen vorhanden sind, zum Beispiel in Sachsen und Sachsen-Anhalt, oder in denen umfangreiche Beratungs- und Koordinierungsstellen wie zum Beispiel in Rheinland-Pfalz bestehen, kaum Bedarf hierfür bestehen. Hilfreich wird die Regelung sein, wenn zum Beispiel wie in Baden-Württemberg das Zusammenwirken von Pflegekasse und Landkreis/kreisfreier Stadt in der Vergangenheit nicht funktionierte und die Pflegekasse nun verpflichtet wird mitzumachen. Eine Anschubfinanzierung wie bei der erstmaligen Einführung der Pflegestützpunkte im Jahr 2008 ist allerdings nicht vorgesehen.

2.4 Empfehlungen des sektorenübergreifenden Landespflegeausschusses

§ 8a Abs. 2 SGB XI sieht vor, dass in einen nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften eingerichteten Ausschuss zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegebedürftigen („sektorenübergreifender Landespflegeausschuss“) Vertreter der

Pflegekassen zu entsenden sind und diese an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mitwirken. Gleiches gilt, sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften regionale Ausschüsse insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet worden sind, § 8a Abs. 3 SGB XI.



© Uta Herbert/pixelio.de

Augenfällig ist, dass die Kommunen in dieser Vorschrift nicht erwähnt werden, weder als kommunale Gebietskörperschaften noch als für die Hilfe zur Pflege zuständige Sozialhilfeträger. Dies ist insofern richtig, als die Besetzung der Landesausschüsse und der regionalen Ausschüsse nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften erfolgt und die kommunale Seite vom Land einbezogen werden kann bzw. muss.

Unbeschadet dessen hat die Regelung nicht die Stärkung der Kommunen zum Ziel. Dies wäre der Fall gewesen, wenn die Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung in kommunale Hand gelegt worden wären oder wenn die Umsetzung der Kreispflegeplanung für die Pflegekassen verbindlich geworden wäre. Stattdessen handelt es sich zum einen um „gemeinsame“ Empfehlungen, also unter Beteiligung verschiedener weiterer Partner, die sich zu einem einvernehmlichen Votum zusammenfinden müssen, und zum anderen eben um Empfehlungen, denen naturgemäß ein bestimmter Bindungsgrad fehlt. Nach § 8a Abs. 5 SGB XI sollen die Empfehlungen von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel SGB XI beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel SGB XI beim Abschluss der Vergütungsverträge lediglich „einbezogen“ werden. Eine rechtlich verbindliche Wirkung ist damit nicht verbunden.

2.5 Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

Die interessantesten Regelungen des PSG III in diesem Kontext finden sich in den §§ 123, 124 SGB XI, die Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen (sog. Modellkommunen Pflege).¹²

¹² Zum Folgenden ausführlicher Vorholz, in: Udsching/Schütze (Hrsg.), SGB XI, Soziale Pflegeversicherung, Kommentar, §§ 123 f., 5. Aufl. 2017 (im Erscheinen).

Obleich es sich nur um befristete Modellvorhaben handelt, also keine flächendeckende Umsetzung vorgesehen ist, und das auch nur im Bereich Beratung, nicht in den Bereichen Planung, Steuerung oder Leistung, lösten die Regelungen heftige Diskussionen zwischen Pflegekassen und Kommunen aus. Der GKV-Spitzenverband positionierte sich klar ablehnend und forderte eine Streichung der Vorschriften. Bei den kommunalen Spitzenverbänden dagegen, die die Modelle ursprünglich befürwortet hatten, erweckte die Ausgestaltung der Regelungen den Eindruck, als seien die Modellvorhaben vom Gesetzgeber nicht wirklich gewollt.

Der Bundesrat, der sowohl während des Gesetzgebungsverfahrens zum PSG III als auch im vorausgegangenen Verfahren zum PSG II eine praktikable Ausgestaltung der Modellvorhaben eingefordert und konkrete Formulierungsvorschläge eingebracht hatte,¹³ forderte parallel zu seiner Zustimmung zum PSG III in einer Entschließung die Bundesregierung auf, schnellstmöglich einen weiteren Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die vom Bundesrat vorgeschlagene Formulierung zu den Modellvorhaben in §§ 123, 124 SGB XI neu übernommen wird.¹⁴ Eine solche gesetzgeberische Korrektur hatte der Bund den Ländern am Rande der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2016 zugesagt, nachdem die Länder in Aussicht gestellt hatten, andernfalls ihre Zustimmung zum PSG III zu überdenken.

Kurz nach Inkrafttreten des PSG III gab es daher bereits die erste Nachbesserung der §§ 123, 124 SGB XI, allerdings wiederum nur in kleinen Punkten und keineswegs die Kritikpunkte von Ländern und Kommunen aufgreifend. Das Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebesubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften, dessen Artikel 9 das SGB XI ändert, ist am 29. Juli 2017 in Kraft getreten.¹⁵

2.5.1 Ziel

Die Modellkommunen Pflege gehen auf einen Vorschlag zurück, den die kommunalen Spitzenverbände in die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege eingebracht hatten.¹⁶ Die Ausgestaltung im PSG III ist jedoch eine andere.

Welchem Ziel die fünfjährigen Modellvorhaben dienen sollen, nennt § 123 SGB XI nicht. Dies erschließt sich nur aus der Begründung des Regierungsentwurfs: Ziel ist es, die Beratung zu verbessern, indem sie zusammengeführt oder verzahnt wird mit kommunalen Beratungsangeboten und kommunalen Leistungen.¹⁷ Aus atmosphärischen Gründen sei angemerkt, dass es nicht darum geht, etwas besser zu machen als die Pflegekassen, oder darum, dass die Beratung der Pflegekassen nicht überall gut umgesetzt würde.¹⁸ Vielmehr soll ein Aliud ermöglicht werden, sollen die Beratungsaufgaben der Pflegekasse mit dem vielfältigen kommunalen Spektrum im Interesse der Betroffenen zusammengebracht werden – ein ganzheitlicher und sozialräumlicher Ansatz, der nur in kommunaler Hand umgesetzt werden kann, da nur die Kommune ein so breites Portfolio hat.

2.5.2 Übernahme von Aufgaben der Pflegekassen

Die Modellkommune übernimmt auf dem Vereinbarungswege bestimmte Aufgaben von den Pflegekassen. § 123 Abs. 1 Satz 5 SGB XI zählt drei Aufgaben auf: die Pflegeberatung nach §§ 7a bis 7c SGB XI, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI und Pflegekurse nach § 45 SGB XI. Zwar handelt es sich um eine Insbesondere-Aufzählung, so dass anscheinend auch weitere Aufgaben übernommen werden können. Allerdings fehlt es für diese an der gesetzlichen Überleitung der Verantwortung auf die Modellkommune. § 123 Abs. 6 Satz 1 SGB XI, der den Übergang der Verantwortung kraft Gesetzes normiert, umfasst nur die zuvor genannten, nicht auch weitere Aufgaben.

Eine Kooperation zwischen Modellkommune und Pflegekasse dergestalt, dass die Aufgaben bei der Pflegekasse verbleiben, aber im Wege der Zusammenarbeit und Abstimmung in das Modellvorhaben einbezogen werden, ist in der Regel ausgeschlossen. Die Übernahme der Aufgaben ist zwingend vorgegeben mit Ausnahme der Pflegeberatung nach §§ 7a bis 7c SGB XI. Diese kann bei den Pflegekassen verbleiben, soweit die Zusammenarbeit in der Beratung für den örtlichen Geltungsbereich des Modellvorhabens in einer ergänzenden Vereinbarung gewährleistet wird. Für die anderen Aufgaben bedeutet das, dass die Angebote der Pflegekassen beendet und von der Modellkommune aufgebaut werden müssen. Sinnvoller wäre es, eine sozialräumliche Einbeziehung zu ermöglichen. Von den wiederholten konkreten Vorschlägen des Bundesrats, die die Länder eingebracht haben, um eine praxistaugliche Ausgestaltung der Modellvorhaben zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber in diesem und in weiteren Punkten jedoch abgesehen.

2.5.3 Zusammenarbeit mit kommunalen (Beratungs-)Aufgaben

In den Modellvorhaben muss eine Zusammenarbeit mit kommunalen Beratungsaufgaben nach dem SGB XII und weiteren Gesetzen erfolgen. Wiederum im Wege der „Insbesondere-Aufzählung“ nennt § 123 Abs. 1 Satz 7 SGB XI die Altenhilfe nach dem SGB XII sowie die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII und die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem SGB IX in der Fassung des Bundesteilhabegesetzes. Bei den beiden letztgenannten Leistungen kommt es auf die sachliche Zuständigkeit an. Während alle Landkreise und kreisfreien Städte

13) Zum PSG II: BR-Drs. 354/15 (Beschluss), Nr. 7 S. 7 ff.; zum PSG III: BR-Drs. 410/16 (Beschluss), Nr. 27, S. 40 ff.

14) BR-Drs. 720/16 (Beschluss).

15) BGBl. 2017 I S. 2757.

16) Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände: Sozialraumorientierte Pflege stärken durch wirkungsvolle Einbeziehung der Kommunen – Vorschlag vom 23. Februar 2015 für die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, Download unter www.landkreistag.de > Themen > Senioren.

17) BR-Drucks. 410/16 S. 71.

18) Auch wenn die Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI eine Reihe von Defiziten aufzeigt, vgl. den Bericht des GKV-Spitzenverbandes „Evaluation der Pflegeberatung nach § 7 a Abs. 7 Satz 1 SGB XI“ und den Evaluationsbericht „Evaluation der Pflegeberatung nach § 7 a Abs. 7 Satz 1 SGB XI“, verfasst von Klie, T. (Gesamtleitung, AGP Freiburg) u.a., in der Schriftenreihe des GKV-Spitzenverbandes „Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ Band 10: Pflegeberatung, 2012.

als örtliche Sozialhilfeträger für die Altenhilfe zuständig sind, liegt die Zuständigkeit für die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe nach Landesrecht unterschiedlich bei örtlichen und überörtlichen Trägern. Zugleich muss eine Zusammenarbeit mit der Beratung zu weiteren kommunalen Leistungen erfolgen, nämlich des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zur rechtlichen Betreuung, zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum Öffentlichen Personennahverkehr und zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sichergestellt werden. Dies deckt das kommunale Portfolio weitgehend ab.

2.5.4 Antragsteller und Vereinbarungspartner

Als Antragsteller nennt § 123 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zunächst die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Sozialhilfeträger. Die Bestimmung der sachlichen Zuständigkeit für die Hilfe zur Pflege ist von allen Bundesländern in den Landesausführungsgesetzen zum SGB XII vorgenommen worden. Dies können die Landkreise und kreisfreien Städte als örtliche Sozialhilfeträger sein, aber – anders als die Bezeichnung „Modellvorhaben zur kommunalen Beratung“ nahelegt – wiederum auch die überörtlichen Träger. Ist das Land überörtlicher Träger, bestimmt § 123 Abs. 1 Satz 2 SGB XI, dass zugleich auch die örtlichen Träger Antragsteller sein können, wenn sie vom Land zur Durchführung der Hilfe zur Pflege herangezogen worden sind, um eine ortsnahe Leistungsgewährung zu ermöglichen. Beantragt der überörtliche Träger ein Modellvorhaben, soll dieses sich nicht auf sein gesamtes Gebiet erstrecken, sondern auf einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt beschränken, § 123 Abs. 1 Satz 3 SGB XI. Kreisangehörige Städte und Gemeinden können nicht Antragsteller sein, aber von den antragstellenden Landkreisen im Wege der Zusammenarbeit berücksichtigt werden. Für Stadtstaaten gibt es eine Sonderregelung.

Vereinbarungspartner für die Modellkommune ist nicht die einzelne Pflegekasse vor Ort oder eine örtliche Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen, sondern sind die Landesverbände der Pflegekassen. Dies ist zum einen eine organisatorische Schieflage. Zum anderen ist in der Sache problematisch, dass die Vereinbarungen „gemeinsam und einheitlich“ abgeschlossen werden müssen, § 123 Abs. 5 Satz 1 SGB XI. Kommunale Modelle müssen nach den konkreten Gegebenheiten und den unterschiedlichen Erfordernissen im Landkreis und der Stadt ausgestaltet werden können. Sie müssen daher zwangsläufig örtlich unterschiedlich sein dürfen. Eine „einheitliche“ Vereinbarung mit einer Vereinigung auf Landesebene läuft dem zuwider und verhindert die Berücksichtigung der örtlichen Unterschiede.

2.5.5 Finanzierung

Für den von den Pflegekassen in die Modellvorhaben einzubringenden Finanzbeitrag sieht § 123 Abs. 5 Satz 2 und 3 SGB XI eine Obergrenze vor. Der Beitrag darf den Aufwand nicht überschreiten, der entstehen würde, wenn die Pflegekassen die Aufgaben im selben Umfang selbst erbringen würden. Grundlage sind die bisherigen Ausgaben der Pflegekassen für die Erfüllung der übernommenen Aufgaben. Alternativ sowie kumulativ zu einem Finanzbeitrag kommen auch Personalgestellungen der Pflegekassen

in Betracht. Kommt es im Laufe des Modellvorhabens zu einer verstärkten Nachfrage nach Beratung – sei es durch einen Erfolg des Modellvorhabens, sei es aus demografischen Gründen –, muss eine Verständigung über die Finanzierung erfolgen. Ziehen sich die Pflegekassen auf den Gesetzeswortlaut zurück, der nur auf ihre bisherigen Ausgaben abstellt, gehen höhere Aufwendungen zulasten der Modellkommune. Dies kann aber nicht Sinn der Regelung sein. Es bedarf vielmehr einer Teilung der Finanzen.

Für den Beitrag der Modellkommune sieht § 123 Abs. 7 Satz 2 SGB XI keine Obergrenze, sondern eine Untergrenze vor. Ihr Beitrag darf die durchschnittlich aufgewendeten Verwaltungsausgaben für die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe bezogen auf den einzelnen Empfänger und für die Altenhilfe bezogen auf alte Menschen im Haushaltsjahr vor Beginn des Modellvorhabens nicht unterschreiten. Dies wären sämtliche Verwaltungsausgaben nicht nur für die Beratung, sondern auch für die Leistungsgewährung, die unbeschadet des Modells weiterhin aufgebracht werden müssen. Lediglich Einsparungen bei sachlichen Mitteln, die sich aus der Zusammenlegung der Beratungsaufgaben für den Antragsteller ergeben, können in Abzug gebracht werden. Der im Vergleich zum Finanzbeitrag der Pflegekassen überproportional hohe Finanzbeitrag der Modellkommune verstärkt den Eindruck, dass der Gesetzgeber die Anforderungen für die Modellvorhaben gezielt hoch gelegt hat. Nur der Begründung zu § 123 Abs. 7 SGB XI im Regierungsentwurf des PSG III ist eine Beschränkung auf die Aufwendungen für Beratung zu entnehmen.¹⁹

2.5.6 Rolle des GKV-Spitzenverbandes

Während die kommunalen Spitzenverbände in der gesetzlichen Ausgestaltung der Modellvorhaben so gut wie keine Rolle spielen, schreibt das PSG III ihrem Pendant auf Seite der Pflegekassen, dem GKV-Spitzenverband, eine größere Rolle zu. Der GKV-Spitzenverband beschließt Empfehlungen zu Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und Durchführung der Modellvorhaben (§ 123 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB XI). Auch wenn die Empfehlungen der (bei Redaktionsschluss noch ausstehenden) Zustimmung der Länder und des Bundesgesundheitsministeriums bedürfen, sind sie angesichts der erklärten Ablehnung der Modellvorhaben durch den GKV-Spitzenverband zumindest fragwürdig. Die Empfehlungen sind nicht verbindlich, insbesondere nicht für die Modellkommunen. Sie mögen aber für die Pflegekassen eine faktische Bindungswirkung entfalten.

Auch die Beauftragung mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben erfolgt durch den GKV-Spitzenverband, gemeinsam mit den zuständigen obersten Landesbehörden und im Einvernehmen mit dem Bundesgesundheitsministerium, § 123 Abs. 3 SGB XI. Akzeptanz hätte nur eine neutrale Stelle ohne eigene Interessen gefunden.

Anträge auf Zulassung als Modellkommune Pflege können bei den Ländern erst gestellt werden, wenn die landes-

19) BR-Drs. 410/16 S. 75.

Soziale Kompetenzen trainieren



Mit diesem Werk wird ein empirisch erprobtes Manual für die Förderung sozialer Kompetenzen von Jugendlichen in der Praxis vorgelegt. Ausgehend von der sozialkognitiven Lerntheorie und dem Modell der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung werden für soziale Fertigkeiten und Entwicklungsaufgaben Module vorgelegt, die ein Kompetenztraining ermöglichen. Für die Umsetzung des Trainingsprogramms bestehen gestaltete Kopiervorlagen.

Folgende Themen werden im Training bearbeitet

- Motivation
- Selbstsicherheit
- Kommunikation
- Lebensplanung
- Fit für Konflikte
- Lob und Kritik
- Feedback
- Selbstmanagement
- Körpersprache
- Beruf und Zukunft
- Einfühlungsvermögen
- Kooperation, Teamfähigkeit

Mit 105 Seiten Online-Materialien

Reihe: Pädagogisches Training
11., überarbeitete Auflage 2017
220 Seiten, broschiert, € 29,95
ISBN 978-3-7799-3202-4

www.juventa.de

BELTZ JUVENTA

rechtlichen Voraussetzungen geschaffen wurden. Diese müssen bis 31. Dezember 2018 vorliegen, § 123 Abs. 2 Satz 3 SGB XI. Angesichts der Ausgestaltung im PSG III ist das Interesse der Landkreise und Städte derzeit gering.

3. Fazit

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Sozialhilfe und der Neugestaltung des Kapitels zur Hilfe zur Pflege im SGB XII stellt das PSG III die Kommunen vor neue fachliche Anforderungen. Die politisch aufgeladenen Regelungen zur Rolle der Kommunen in der Pflege dagegen betreffen nur kleinteilige Bereiche und bleiben hinter den Erwartungen der Fachwelt weit zurück. Weder ist eine Planungs- noch eine Steuerungskompetenz vorgesehen. Lediglich im Bereich der Beratung gibt es kleinere Änderungen.

Im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, die in einem sozialräumlichen Kontext in der Kommune wohnen und leben, vor Ort Unterstützung brauchen und die kommunale Infrastruktur nutzen, wäre eine stärkere Rolle der Kommunen hilfreich. Pflege ist mehr als Pflegeversicherung. Eine – vom Gesetzgeber zu ermöglichende – stärkere Rolle der Landkreise und Städte in der Pflege würde zu einer bedarfsgerechteren und vor allem sozialraumorientierten Versorgung beitragen.

Daher werden die verpflichtende Berücksichtigung der Kreispflegeplanung bei der Zulassung von Pflegeheimen und ambulanten Diensten, die vollständige Gleichberechtigung von (kommunalem) Sozialhilfeträger und Pflegekasse im Vertragsgeschehen, eine Verantwortung für Pflegestützpunkte oder vergleichbare Beratungsangebote bei den Landkreisen und Städten und ein federführendes Fallmanagement auf der Agenda bleiben müssen. ■

SCHULKIND STATT EHEFRAU

**BILDUNG MACHT
MÄDCHEN STARK!**

WERDEN SIE PATE!

www.plan.de



PLAN
INTERNATIONAL