Pflege vor Ort gestalten und verantworten

Konzept für ein Regionales Pflegebudget

BertelsmannStiftung

Pflege vor Ort gestalten und verantworten

Konzept für ein Regionales Pflegebudget

Dr. Tobias Hackmann
Daniela Müller
Michael Steiner
Jan Tiessen

Juristische Expertise:
Christian Grube (Rechtsanwalt)
Prof. Dr. Arndt Schmehl (Universität Hamburg)

Inhalt

Vorwort 6

Die Vision des Regionalen Pflegebudgets – Kurzfassung 8

1 Einleitung 14

2 Das Regionale Pflegebudget 16

2.1 Die Regionale Einheit (RE) 16
2.2 Der Mechanismus des Regionalen Pflegebudgets 22
2.3 Bedarfssicherung durch Schonung personeller Ressourcen 34
2.4 Die neuen Rollen der Akteure im Regionalen Pflegebudget 36

3 Die Vision wird greifbar 44

4 Umsetzung der Vision 51

4.1 Rechtliche Konsequenzen 54
4.2 Strukturelle Aspekte 56

5 Effekte/Ergebnisse nach Umsetzung der Vision 57

5.1 Gegenüberstellung der Kosten und Einsparpotenziale des Regionalen Pflegebudgets 57
5.2 Neuerungen im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets 61

6 Fazit 64

Literaturverzeichnis 66

Impressum 70

Vorwort

In der Gesundheits- und Pflegepolitik in Deutschland wird sehr viel über die Knappheit finanzieller Ressourcen gesprochen. Dabei ist lange vergessen worden, dass wir zusätzlich zur Finanzknappheit aufgrund der demographischen Entwicklung Probleme haben werden, die in Zukunft benötigten Fachkräfte zu finden und zu halten. Wenn alles so weitergeht wie bisher, fehlen bis 2030 allein in der Pflege rund 500.000 Vollzeitkräfte, wobei sich bei dieser prognostizierten Versorgungslücke starke regionale Unterschiede bemerkbar machen. Nur eine konsequente Stärkung der ambulanten Versorgung und eine Mobilisierung zivilgesellschaftlichen Engagements kann diese Situation entspannen. Dazu aber benötigen wir in Deutschland leistungsfähige und ausreichend ausgestattete kommunale Verantwortungsträger, die ihren Gestaltungsauftrag für die Versorgung der Menschen vor Ort wahrnehmen wollen und können.

Wir gehen davon aus, dass es den Kommunen nicht an Gestaltungswillen und an Verantwortungsbewusstsein fehlt. Sie haben das notwendige Know-how über Strukturen vor Ort und verfügen begrenzt auch über die Steuerungsmittel. Doch den Kommunen fehlen häufig die Mittel und mitunter auch die Kompetenzen zur Wahrnehmung ihrer Gestaltungsaufgabe im Bereich der Pflege. So hat die Einführung der Pflegeversicherung die Kommunen zwar zunächst finanziell entlastet, sie aber zugleich auch aus der Steuerungsverantwortung für die Versorgung entbunden. Der neue Kostenträger „Pflegekasse“ konnte diese Lücke nicht schließen, sondern sichert gemäß seinem gesetzlichen Auftrag im Wesentlichen die individuellen Leistungsansprüche der pflegebedürftigen Versicherten ab. Dieser Rechtsanspruch, der sich aus dem Prinzip der Pflegeversicherung ergibt, ist eine wichtige sozialpolitische Errungenschaft und muss in jedem Fall erhalten werden. Eine zentrale pflegepolitische Herausforderung besteht somit darin, die Verantwortung und Ausstattung der Kommunen strukturell und finanziell zu stärken, ohne die Grundprinzipen der Sozialversicherung in der Pflege zu verletzen.

Genau an dieser Stelle setzt das Konzept zum Regionalen Pflegebudget an. Es geht dabei im Wesentlichen darum, die Leistungsmittel der Pflegeversicherung mit der kommunalen Gestaltungsverantwortung zu verbinden, indem Kommunen entsprechend der Anzahl und Einstufung ihrer pflegebedürftigen Bürger Mittel aus der Pflegeversicherung erhalten. Die Zuweisung ist unabhängig vom gewählten Pflegesetting (informell, ambulant, stationär) und setzt somit einen finanziellen Anreiz zur Förderung ambulanter Versorgungsangebote vor Ort. Zugleich bleiben die individuellen Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen und ihre Wahlmöglichkeiten unangetastet.

Von der Umsetzung dieses Konzepts versprechen wir uns neben Effizienzgewinnen vor allem qualitative Verbesserungen in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und eine bessere Unterstützung ihrer Angehörigen. Die seit Langem diskutierten und in der Fachwelt weitgehend unstrittigen Ansätze von Case & Care Management können leichter umgesetzt und an die lokalen Gegebenheiten angepasst werden, wenn die Rahmenbedingungen für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen vor Ort besser sind. Das Regionale Pflegebudget sorgt nicht per se für kreative

regionale Lösungen, aber es schafft eine strukturelle und finanzielle Voraussetzung dafür, dass innovative Konzepte vor Ort eine bessere Chance haben, verwirklicht zu werden.

Unser Konzept zeigt auf, wie intelligente Rahmenbedingungen dafür sorgen können, dass die Verbesserung der Versorgung zugleich Ressourcen freisetzt. Wenn es gelingt, von 20 bisher stationär versorgten Menschen nur einen ambulant zu pflegen, deckt dies bereits die Kosten, die für die kommunale Steuerung und Beratung anfallen. Jede weitere Verlagerung des Leistungsgeschehens in den ambulanten Sektor setzt weitere Mittel zur Verbesserung der Pflege frei. Die Stärkung der ambulanten Versorgung führt zudem zu einer spürbaren Entlastung der Versorgungslücke bei den benötigten Fachkräften. Vor allem aber entspricht die konsequente Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ den Wünschen der Betroffenen.

Mit der Veröffentlichung des Konzepts zum Regionalen Pflegebudget will die Bertelsmann Stiftung eine pflegepolitische Diskussion anstoßen, die über die Reform der Pflegeversicherung und die Erneuerung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs – so notwendig und dringend beide Vorhaben sind – hinausgeht. Dabei stellen wir bewusst die Rolle der Kommunen ins Zentrum unserer Überlegungen, weil gute Pflege nur vor Ort gestaltet und verantwortet werden kann. Wir wollen damit die laufende Diskussion zu Fragen der Teilhabe- und Pflegepolitik um einen aus unserer Sicht wichtigen Aspekt ergänzen. Ich danke allen, die an der Erstellung und Verbesserung des Konzepts mitgewirkt haben und weiter daran mitwirken.

Dr. Brigitte Mohn

Die Vision des Regionalen Pflegebudgets – Kurzfassung

Pflege erfolgt vor Ort – Ausblick auf die nachfolgenden Inhalte

Pflege findet vor Ort statt; die Angebote zur Pflege sollen künftig auch regional besser gesteuert werden können – dazu dient das Regionale Pflegebudget. Die nachfolgenden Ausführungen geben einen zusammenfassenden Überblick über die Struktur und Funktionsweisen dieses Konzepts. Das Augenmerk richtet sich dabei nicht nur auf die Verbesserungen, die sich für Pflegebedürftige, deren Angehörige sowie die Kommunen ergeben. Auch die Auswirkungen auf die sonstigen Akteure in der Pflege (Leistungserbringer, soziale Pflegeversicherung etc.) werden dargestellt.

Solidarität, Subsidiarität und Sozialraumorientierung

Das Regionale Pflegebudget fördert …

… die passgenaue, sozialraumorientierte Versorgung Pflegebedürftiger

Im Vordergrund der Pflege sollten in erster Linie die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen selbst stehen: Eigenverantwortung und Selbstbestimmung sowie Versorgung in den eigenen vier Wänden oder zumindest im Sozialraum. Das Regionale Pflegebudget fördert die regionale und damit sozialraumnahe Versorgung Pflegebedürftiger. Die Planungs- und Steuerungsfähigkeit wird an die Kreise und kreisfreien Städte übertragen, damit diese die regionale Versorgung aktiv gestalten können, ohne dass der individuelle Rechtsanspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung eingeschränkt wird. Durch den Ausbau von innovativen und passgenauen regionalen Versorgungsstrukturen schaffen sie Anreize, dass Pflegebedürftige vermehrt ambulante niedrigschwelligere Angebote wahrnehmen. Dies erfordert insbesondere die Entwicklung eines vielschichtigen Netzes mit zielgenauen Kooperationen zwischen professionellen Leistungserbringern, niedrigschwelligen Hilfen und zivilgesellschaftlichen Engagements auf regionaler Ebene.

… deren gesellschaftliche Teilhabe

Die Stärkung regionaler Strukturen bietet älteren pflegebedürftigen Menschen zudem den Vorteil, dass sie weiterhin oder länger an der Gesellschaft teilhaben können. Dies trägt dazu bei, den Solidaritätsgedanken wieder stärker zu verankern und eine Kultur des Miteinanders zu etablieren.

… die Wahrnehmung ambulanter niedrigschwelliger Pflegeangebote

Die vermehrte Inanspruchnahme ambulanter niedrigschwelliger Angebote führt dazu, dass das vorhandene Fachpersonal sachgerecht eingesetzt werden kann. Dies kommt allen Pflegebedürftigen zugute.

Bedarfssicherung durch Schonung personeller Ressourcen

Beispiele für die Entlastung der personalintensiven Pflege …

Der sachgerechtere Einsatz des vorhandenen Fachpersonals kann zudem zu einer Entlastung der personalintensiven Pflege beitragen, indem Pflegebedürftige der Pflegestufe I oder Schwerpflegebedürftige (Pflegestufe II) verstärkt ambulant versorgt werden können. Die von Experten ermittelte Fachkräftelücke in der Pflege wird im Jahr 2020 – bei Fortschreibung der heutigen Pflegever-

sorgungsstrukturen – rund 237.000 Personen betragen. Fachleute sprechen sich dafür aus, dass die stationäre Versorgung von Pflegebedürftigen der Pflegestufe I in Pflegeheimen gänzlich vermieden werden sollte. Welche Wirkung dies auf den zukünftigen Bedarf an Pflegefachkräften hat, wird anhand von zwei Szenarien veranschaulicht:

… in Szenario I: Reduktion der Fachkräftelücke um 14 Prozent

- Wechseln rund 10 Prozent der Pflegebedürftigen im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets in bedarfsgerechtere Versorgungsformen, verringert sich die Fachkräftelücke um 32.000 auf 205.000 Personen (Reduktion um rund 14 Prozent).

… in Szenario II: Reduktion der Fachkräftelücke um ca. 50 Prozent

- Durch die zusätzliche Vermeidung (90 Prozent) der stationären Versorgung von Pflegebedürftigen der Stufe I kann die Fachkräftelücke um rund die Hälfte (120.000 Vollzeitäquivalente) geschlossen werden.

Mechanismus des Regionalen Pflegebudgets

Monatliches Pflegebudget aus der SPV für Kreise und kreisfreie Städte

Beim Regionalen Pflegebudget erhalten die Kreise und kreisfreien Städte ein monatliches Budget aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Der Umfang des Budgets bemisst sich an der Anzahl der im jeweiligen Kreis bzw. der jeweiligen kreisfreien Stadt gemeldeten Pflegebedürftigen sowie am jeweiligen Grad der Pflegebedürftigkeit. In welchem Pflegesetting die Pflegebedürftigen versorgt werden (informelle Pflege durch Angehörige, ambulant professionelle Pflege, stationäre Pflege), hat keinen Einfluss auf die Höhe des Budgets. Die Kreise und kreisfreien Städte sichern mit diesem Budget den heutigen individuellen Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen.

Freisetzung finanzieller Ressourcen für die pflegerische Versorgung in der Region

Die Pauschalvergütung nach Pflegestufen setzt finanzielle Anreize, insbesondere die teurere und personalintensive stationäre Pflege zu vermeiden. Gelingt es, die Pflegebedürftigen bedarfsgerecht – nämlich primär ambulant – zu versorgen, werden finanzielle Ressourcen für die Optimierung der pflegerischen Versorgung in der Region frei. Gelingt dies nicht, so werden nicht bedarfsadäquate regionale Pflegestrukturen für die Verantwortlichen auch finanziell spürbar.

Schrittweise Einführung (Konvergenzphase)

Um allen Kreisen und kreisfreien Städten die bedarfsgerechte Ausgestaltung der Pflegeinfrastruktur zu erleichtern, wird das Regionale Pflegebudget über eine fünfjährige Konvergenzphase schrittweise eingeführt.

Schaffung passgenauer Versorgungsstrukturen in der Region

Aufgrund ihrer Planungs- und Steuerungshoheit können Kreise und kreisfreie Städte im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets passgenaue Versorgungsstrukturen in der Region schaffen. Sie haben es in der Hand, etwa durch Versorgungsverträge oder andere Anreizsysteme, niedrigschwellige Pflegesettings (insbesondere ambulante und integrierte Versorgungssettings) zu sichern, bei denen professionelle Pflegeleistungen und niedrigschwellige Hilfen optimal ineinandergreifen. Die frei werdenden Mittel sind zweckgebunden und müssen daher im Regionalen Pflegebudget des Kreises verbleiben. Aber auch deren Verwendung für Lohnsteigerungen der Pflegekräfte sollte angesichts

Zweckgebundene Verwendung der frei werdenden Mittel

des absehbaren Mangels an qualifizierten Fachkräften und der in der Pflege zu erwartenden überproportionalen Lohnsteigerungen in Betracht gezogen werden. Denn höhere Arbeitszufriedenheit und längerer Berufsverbleib der Pflegekräfte kommen indirekt auch den Pflegebedürftigen zugute.

Die Regionale Einheit (RE) als Scharnier zwischen überregionaler Ebene und Sozialraum

Zentrale Aufgaben mit starkem Ortsbezug

Zu den Aufgaben, die im Rahmen der Umstrukturierungen hin zu einem Regionalen Pflegebudget einen starken Ortsbezug aufweisen und für die eine regionale Verankerung besonders wichtig sind, gehören:

- Pflegeplanung und -steuerung
- Pflegeberatung und Case & Care Management
- die Pflege und Betreuung selbst
- Leistungsbewilligung und Abrechnung

Planung und Steuerung vor Ort durch Regionale Einheit …

… trägt Ansatz „alles aus einer Hand“ Rechnung

Damit Entscheidungen möglichst dort getroffen und finanziert werden, wo sie letzten Endes auch umgesetzt und verantwortet werden müssen, wird für die Planung und Steuerung der Pflege vor Ort eine Regionale Einheit (RE) geschaffen. Diese kann bei der Pflegeberatung sowie dem Case & Care Management auf Strukturen zurückgreifen, die – wenn auch von Land zu Land sehr unterschiedlich – bereits existieren (z. B. Pflegestützpunkte). Durch Koordination weiterer sozialrechtlicher Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen (neben der Hilfe zur Pflege etwa der Eingliederungshilfe) würde sie dem Ansatz „alles aus einer Hand“ Rechnung tragen.

Neuerungen im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets

Das Regionale Pflegebudget bringt verschiedene Neuerungen mit sich, die, verglichen mit dem heutigen System, vor allem für die Pflegebedürftigen selbst, deren Angehörige, aber auch für die Kommunen bzw. Kreise und kreisfreien Städte eine Verbesserung darstellen.

Ausbau von Beratung und Case & Care Management

Beachtliche Varianz der Beratungsangebote je nach Bundesland

Die Bereitschaft zur längerfristigen Übernahme (informeller) ambulanter Pflege und Unterstützung ist abhängig vom Vorhandensein und dem Umfang von Unterstützungs- und Beratungsangeboten. Trotz rechtlichen Anspruchs seit dem 1. Januar 2009 auf umfassende Beratung durch die Pflegekassen variieren die Beratungsangebote je nach Bundesland beachtlich. Das Regionale Pflegebudget sieht ein flächendeckendes Beratungsangebot vor, dezentral gesteuert durch die Regionale Einheit. In der Praxis bieten Anlaufstellen im Bedarfsfall neben der Pflegeberatung auch Case & Care Management an, künftig auch flankiert durch zeitgemäße Online-Informationsangebote.

Ausreichendes qualifiziertes Personal für hochwertige Pflege im Jahr 2020

Sicherung des Bedarfs an Versorgungsleistungen durch sozialraumnahe Steuerung

Durch eine wohnortnahe Steuerung und Koordination von Pflege- und Hilfeleistungen kann auch in Zukunft der Bedarf an professionellen Versorgungsleistungen gesichert werden. Eine dauerhafte Etablierung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen kann zu einer Verringerung oder sogar gänzlichen Vermeidung der personalintensiven stationären Pflege von erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) oder Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) führen. Dadurch ließe sich die Fachkräftelücke bis zum Jahr 2020 um rund 50 Prozent schließen.

Kostenbremse bei den Ausgaben der Hilfe zur Pflege

Vorteile bedarfsgerechter Versorgung in niedrigschwelligen Pflegesettings

Bis zum Jahr 2020 wird ein Anstieg der kommunalen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege (HzP) von etwa 25 Prozent erwartet, verursacht durch vermehrte Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege bei gleichzeitig steigenden Kosten je Fall sowie Zunahme der Altersarmut. Die Planungs- und Steuerungshoheit im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets befähigt Kreise und kreisfreie Städte, die Pflegebedürftigen im Einzugsgebiet nicht nur gezielt und möglichst bedarfsgerecht in niedrigschwelligeren Pflegesettings zu versorgen, aber auch

a) durch die Förderung innovativer niedrigschwelliger Versorgungskonzepte im informellen und formellen ambulanten Bereich die steigenden Sozialausgaben in den Griff zu bekommen;

b) Überschüsse im Regionalen Pflegebudget zu reinvestieren, entweder durch Lohnerhöhungen für Pflegekräfte oder Verbesserung des Angebots an altersgerechten Wohnungen sowie der gesamten Pflegeinfrastruktur.

Finanzieller Ausgleich für zusätzliche Aufwendungen

Kreisen und Kommunen werden für die zusätzlichen Aufwendungen, die im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets für Steuerung, Planung und Beratung anfallen, Mittel in entsprechender Höhe zur Verfügung gestellt. In einigen Bundesländern, wie Nordrhein-Westfalen oder Rheinland-Pfalz, übernehmen Kommunen, Kreise und kreisfreie Städte die Pflegebedarfsplanung bereits heute.

Die Pflege bleibt finanzierbar

Zusätzlichen Kosten in Höhe von knapp 260 Mio. Euro …

Die neu geschaffenen regionalen Strukturen sind nicht kostenneutral umzusetzen. Für die regionale Planung und Steuerung der Pflege, die flächendeckende Versorgung mit Pflegeberatung sowie Case & Care Management fallen zusätzliche Kosten (Personal- und Sachkosten) in Höhe von insgesamt knapp 260 Millionen Euro pro Jahr an. Diese neuen Strukturen sind jedoch essenziell für die langfristige Finanzierbarkeit der Pflege und stellen eine wirkliche Leistungsverbesserung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen dar. Nur durch die Regionalisierung der Pflege ist eine gezielte und bedarfsgerechte Pflegeplanung und -steuerung möglich. Traditionelle und innovative Versorgungskonzepte können so effizient aufeinander abgestimmt und vernetzt werden.

… stehen mittelfristig Minderausgaben von ca. 500 Mio. Euro pro Jahr gegenüber

Wenn es gelingt, nur etwa 10 Prozent der Pflegebedürftigen in niedrigschwelligeren Angeboten zu versorgen, stehen den zusätzlichen Ausgaben aus Sicht der SPV mittelfristig Minderausgaben von etwa 500 Millionen Euro pro Jahr gegenüber. Selbst wenn sich nur ein Teil der Effekte kurzfristig realisieren lässt, werden die zusätzlichen Aufwendungen durch die optimierten Strukturen wieder ausgeglichen. Diese unterstützen eine bedarfsgerechtere Versorgung der Pflegebedürftigen und ermöglichen weitere Ausgabensenkungen für die Kommunen in Form der HzP sowie für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige selbst.

Damit schafft es das Regionale Pflegebudget,

Vorteile des Regionalen Pflegebudgets

- einen Teil des Personalbedarfs in der Pflege und
- eine qualitativ hochwertige Pflege zu sichern,
- die Pflege an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten,
- die langfristige Stabilisierung kommunaler Haushalte sowie
- die langfristige Finanzierbarkeit der Pflege zu gewährleisten.

Um die Schnittstelle zur Krankenversicherung möglichst durchlässig zu gestalten, sollten die Krankenkassen auf Landesebene jedoch in die Strukturen der jeweiligen Pflegekasse eingebunden sein. – Nimmt man stattdessen eine Grundgesetzänderung in Kauf, könnte die Zuständigkeit für die Pflegeversicherung bei den Krankenkassen verbleiben.

Die Umsetzung

Rechtliche Aspekte

Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets ohne Grundgesetzänderung

Die Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets erfordert keine Grundgesetzänderung, wenn die Pflegekassen von den Krankenkassen entkoppelt werden, gemäß Art. 87 Abs. 2 GG, der die Ausführung des SGB XI durch Körperschaften des öffentlichen Rechts vorschreibt. Diese Vorschrift des Art. 87 Abs. 2 GG begründet sich jedoch rein aus dem Bestehen von länderübergreifenden Sozialversicherungsträgern. Durch die Errichtung einer Pflegekasse für jedes Land wird eine landesweite Ausführung des SGB XI möglich, ohne gegen Art. 87 Abs. 2 GG zu verstoßen. Die Errichtung einer Pflegekasse in jedem Land entspricht dem Bedürfnis nach bundeseinheitlicher Regelung (Art. 84 Abs. 1 Satz 5 GG). Gemäß § 1 Abs. 3 SGB XI wären somit nicht länger die Krankenkassen, sondern die Pflegekassen Träger der sozialen Pflegeversicherung.

Strukturelle Aspekte

Entkopplung von Kranken- und Pflegekassen ist Ländersache

Durch die Entkopplung von Kranken- und Pflegekassen liegt es künftig im Ermessen der Länder, ob diese eine Landespflegekasse oder mehrere Pflegekassen ggf. sogar in struktureller Anlehnung an die Regionalen Einheiten errichten möchten.

Einziehungs- und Weiterleitungsmodus der Beiträge der Versicherten

Für die Versicherten ändert sich hierdurch nichts. Ihre Beiträge werden weiterhin von den Krankenkassen eingezogen, die die Beiträge in Form von Pflegebudgets an die Pflegekassen auf Landesebene weiterleiten. Letztere überweisen die entsprechenden Pflegebudgets an die Regionalen Einheiten.

Teilweise Übertragung von Aufgaben der SPV an Pflegekassen auf Landesebene

Ein Teil der den Krankenkassen obliegenden Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung wird an die Pflegekassen auf Landesebene übertragen. Folglich wird ein Teil des bei den Krankenkassen mit den Aufgaben der Pflegekassen betrauten Verwaltungspersonals auf Landesebene beschäftigt sein.

Implementierung der RE bei den Sozialämtern

Die Regionale Einheit wird in den Kreisen und kreisfreien Städten jeweils bei den Sozialämtern implementiert, wodurch die Kreise und kreisfreien Städte in der Regel zu Trägern des Regionalen Pflegebudgets werden. Dies ermöglicht, bereits bestehende Strukturen für eine möglichst unkomplizierte Einbindung der Regionalen Einheit zu nutzen.

Fazit

Pflege, die „vor Ort“ verantwortet wird, stellt die bedarfsgerechte sozialraumorientierte Versorgung in den Mittelpunkt. Daraus leiten sich Verantwortlichkeiten ab, die regional angenommen werden müssen. Die Kreise und kreisfreien Städte erhalten mehr Steuerungsfähigkeiten, um die regionale Versorgung aktiv zu gestalten, ohne dass der individuelle Rechtsanspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung eingeschränkt wird.

1 Einleitung

Erkenntnis aus dem „Pflegereport 2030“

Die Ergebnisse des Themenreports „Pflege 2030“ zeigen, dass für die Sicherung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Pflege die Kommunalisierung der Pflege im Zentrum politischer Reformbemühungen stehen muss.

Anforderungen an die Planung, Steuerung und Koordination der Pflege

Pflege findet vor Ort statt. Doch gesteuert und finanziert wird sie größtenteils auf Bundesebene. Lediglich die Pflegebedarfsplanung ist in einigen Bundesländern Aufgabe der Kommunen, Kreise und kreisfreien Städte. Um auch zukünftig bedarfsgerechte Wohn- und Versorgungskonzepte zu verwirklichen, müssen Handlungsmöglichkeiten geschaffen werden, die die Planung, Steuerung und Koordinierung der Pflege vor Ort ermöglichen. Denn nur hier ist das erforderliche Know-how über örtliche Besonderheiten, Strukturen, Leistungsanbieter von Pflege und weiteren Hilfestrukturen vorhanden.

Herausforderungen für die Kommunen durch steigende Sozialausgaben …

Auch im Hinblick auf die steigenden Sozialausgaben ist ein Paradigmenwechsel von der Durchführungs- zur Veranlassungskonnexität zu empfehlen. Die vermehrte Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege (HzP) bei gleichzeitig steigenden Kosten je Fall sowie die Zunahme der Altersarmut bringen die Kommunen zunehmend in Bedrängnis. Den Kommunen müssen die erforderlichen Steuerungsmöglichkeiten an die Hand gegeben werden, um dieser Entwicklung zu begegnen.

… und Schere zwischen steigendem Pflegebedarf und sinkender Fachkräftezahl

Doch die steigenden Kosten sind nicht die einzige Herausforderung, die es zu lösen gilt. Der wachsenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen steht zukünftig eine abnehmende Zahl an qualifiziertem Pflegepersonal gegenüber. Angesichts des Mangels an Fachkräften in der Pflege kann eine qualitativ hochwertige Pflege zukünftig mit den heutigen Versorgungsstrukturen nicht mehr sichergestellt werden. Um eine bedarfsgerechte Versorgung pflegebedürftiger Menschen auch in Zukunft zu sichern, müssen zivilgesellschaftliche Betreuungs- und Hilfestrukturen eingebunden werden. Zentral ist dabei die regionale Steuerung, Planung und Koordination der medizinischen, pflegerischen, zivilgesellschaftlichen und Beratungsstrukturen vor Ort.

Sicherstellung der Pflege durch das Regionale Pflegebudget

Mit dem Regionalen Pflegebudget wird im Folgenden eine Möglichkeit vorgestellt, die Pflege in Zukunft regional zu organisieren. Durch regionales Handeln können Ressourcen – finanzielle wie personelle – geschont werden und damit eine bedarfsgerechte Versorgung von pflegebedürftigen Menschen auch in Zukunft sichergestellt werden. Mit dem vorliegenden Konzept werden die wesentlichen Strukturelemente und Anreizmechanismen des Regionalen Pflegebudgets vorgestellt und erläutert. Ein detailliertes Umsetzungskonzept müsste mehr Expertise und Interessenträger einbeziehen, als es im Rahmen dieser ersten Konzeptentwicklung möglich war.

Ausblick auf die nachfolgenden Inhalte

In den nachfolgenden Ausführungen wird zunächst die Ausgestaltung und Funktionsweise des Regionalen Pflegebudgets erläutert (Kapitel 2). Im Fokus steht dabei zum einen, wie die Pflege zukünftig finanzierbar bleibt (Kapitel 2.2), aber vor allem auch, wie der Personalbedarf in der Pflege gedeckt werden kann, um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige

pflegerische Versorgung sicherzustellen (Kapitel 2.3). Darüber hinaus werden auch die Rollen der verschiedenen Akteure in der Pflege im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets beschrieben (Kapitel 2.4). Um die Vision des Regionalen Pflegebudgets greifbar zu machen, werden in Kapitel 3 die konkreten Auswirkungen aus Sicht von fünf Betroffenen geschildert. Kapitel 4 setzt sich schließlich mit der rechtlichen Umsetzbarkeit des vorliegenden Konzepts auseinander. Anschließend werden in Kapitel 5 die Effekte und Ergebnisse nach Umsetzung der Vision im Sinne einer Kosten-Nutzen-Aufstellung dargestellt. Kapitel 6 greift die zentralen Elemente des Regionalen Pflegebudgets nochmals zusammenfassend auf und gibt einen Ausblick.

2 Das Regionale Pflegebudget

Regionalisierung von Aufgaben mit starkem Ortsbezug

Pflege findet vor Ort statt. Aus diesem Grund weisen viele Aufgaben in der Pflege einen hohen Ortsbezug auf. Ausgangspunkt der Umstrukturierungen hin zu einem Regionalen Pflegebudget ist die Überlegung, diejenigen Aufgaben zu regionalisieren, die einen starken Ortsbezug aufweisen und für die eine regionale Verankerung besonders wichtig ist. Dieser Gedanke ist keineswegs neu. Bereits vor der Einführung der sozialen Pflegeversicherung waren die Kommunen mit Pflegeplanung und -steuerung betraut. Aus historischer Sicht handelt es sich somit nicht um eine vollständige Neustrukturierung der Pflege.

Ausblick auf die Inhalte dieses Kapitels

Im vorliegenden Kapitel wird zunächst auf die Ausgestaltung der regionalen Strukturen im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets eingegangen. In einem Zweiten Schritt werden die finanziellen Steuerungsmechanismen beschrieben, die auf regionaler Ebene bestehen, bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen zu fördern und langfristig in der Region zu etablieren. Im Hinblick auf die Fachkräfteproblematik in der Pflege wird anschließend gezeigt, dass es mit dem Regionalen Pflegebudget möglich wird, eine bedarfsgerechte Versorgung aller Pflegebedürftigen mit der notwendigen fachlichen Qualität zu sichern. Abschließend werden die Rollen der verschiedenen Akteure im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets dargestellt.

2.1 Die Regionale Einheit (RE)

Förderung einer regionalen, i. S. v. sozialraumorientierten Versorgung …

Pflege sollte sich in erster Linie an den Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen selbst orientieren. Demnach sollten Eigenverantwortung und Selbstbestimmung, aber auch der Wunsch nach der Versorgung in den eigenen vier Wänden oder zumindest im Sozialraum höchste Priorität genießen. Das Regionale Pflegebudget fördert eine regionale und damit sozialraumnahe Versorgung. Der gezielte und passgenaue Ausbau von innovativen ambulanten Versorgungsstrukturen innerhalb des Sozialraums ermöglicht pflegebedürftigen Menschen einen langen Verbleib in der vertrauten Umgebung.

… und Schaffung eines vielschichtigen Netzwerkes zielgenauer Kooperationen

Mit dem Regionalen Pflegebudget erhalten die Kreise und kreisfreien Städte mehr Steuerungsfähigkeiten, um die regionale Versorgung aktiv zu gestalten, ohne dass der individuelle Rechtsanspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung eingeschränkt wird. Ziel ist es, ein vielschichtiges Netz aus eigenverantwortlicher Selbsthilfe, familiärer, nachbarschaftlicher und ehrenamtlicher Hilfe sowie formellen Pflege- und Unterstützungssystemen zu schaffen. Nur auf regionaler Ebene können zielgenau Kooperationen zwischen professionellen Leistungserbringern, niedrigschwelligen Hilfen[1] und zivilgesellschaftlichen Engagements gefördert werden.

1 Gemäß § 45c Abs. 3 Satz 1 SGB XI sind niedrigschwellige Hilfen Betreuungsangebote, in denen Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen.

Anreize für Wahrnehmung ambulanter niedrigschwelliger Pflegeangebote

Gelingt es den Kreisen und kreisfreien Städten, über den Ausbau von innovativen und passgenauen regionalen Versorgungsstrukturen Anreize zu schaffen, dass Pflegebedürftige vermehrt ambulante niedrigschwelligere Angebote[2] wahrnehmen, kann das vorhandene Fachpersonal sachgerecht eingesetzt werden. Dies kommt allen Pflegebedürftigen zugute. Sei es über ein verbessertes Leistungsangebot oder ein mehr an Zeit für die Pflege.

Erfordernis einer RE für die Planung und Steuerung vor Ort

Da Entscheidungen möglichst dort getroffen und finanziert werden sollten, wo sie am Ende auch umgesetzt und verantwortet werden müssen, ist eine Neukonzeption der Steuerungsverantwortung in der Pflege unumgänglich. Für die Planung und Steuerung der Pflege wird vor Ort eine Regionale Einheit (RE) geschaffen. Fachliches Know-how, Praxisnähe und Budget werden zukünftig durch die Regionale Einheit verantwortet.

Zuständigkeiten und Träger der RE

Die Regionale Einheit übernimmt die regionale Zuständigkeit für sämtliche Belange rund um das Regionale Pflegebudget. Um eine optimale Einbettung des Regionalen Pflegebudgets in bestehende regionale Strukturen zu ermöglichen, ist es entscheidend, dass diese weder zu groß- noch zu kleinräumig angelegt sind.[3] Aus diesem Grund erscheint eine Einbindung der Regionalen Einheit auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte sinnvoll. In der Regel werden damit die Kreise und kreisfreien Städte Träger der Regionalen Einheit sein. Sind die örtlichen Träger der Sozialhilfe regional abweichend von den Kreisen und kreisfreien Städten organisiert oder erweist sich in einigen Bundesländern eine abweichende Struktur (z. B. Regierungsbezirke, Gebietskörperschaften oder gar die Landesebene selbst) als geeigneter, die Regionale Einheit zu implementieren und den wirtschafts- und sozialräumlichen Strukturen besser Rechnung zu tragen, können die Länder dies individuell entscheiden.[4] Auf regionaler Ebene ist die Einbindung des örtlichen Sachverstandes genauso möglich wie die Vernetzung örtlicher Sozialstrukturen, um einer weiteren Versäulung von Zuständigkeiten zu begegnen.

Implementierung der RE und Abgrenzung der Zuständigkeiten und Budgets

Die Regionale Einheit wird bei dem jeweiligen örtlichen Träger der Sozialhilfe als eigenständige Abteilung implementiert. Auf diese Weise werden bereits bestehende Strukturen genutzt, um eine möglichst unkomplizierte Einbindung der Regionalen Einheit zu ermöglichen. Dabei sind die Zuständigkeiten klar von den sonstigen Aufgabenbereichen innerhalb des Sozialamtes abzutrennen. Und auch die Regionalen Pflegebudgets sind von den Kommunalhaushalten getrennt zu halten, da es sich nach wie vor um Mittel der Sozialversicherung handelt.

2 Unter der Inanspruchnahme niedrigschwelligerer Leistungen wird hier und im Folgenden verstanden, dass bislang stationär versorgte Pflegebedürftige vermehrt professionelle ambulante Leistungen und ambulant professionell Versorgte vermehrt Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen. Eine bedeutende Rolle kommt an dieser Stelle insbesondere innovativen und integrierten Versorgungssettings zu.

3 So greifen die infrastrukturellen Möglichkeiten insbesondere bei ländlichen Gemeinden zu kurz. Bei einer Einbindung der Regionalen Einheit auf Landesebene fehlt dagegen der Bezug zu den spezifischen regionalen Gegebenheiten.

4 In den vorliegenden Ausführungen zum Regionalen Pflegebudget wird von einer Einbindung der Regionalen Einheit auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte ausgegangen, was eine abweichende Einbindung der Regionalen Einheit keineswegs ausschließen soll.

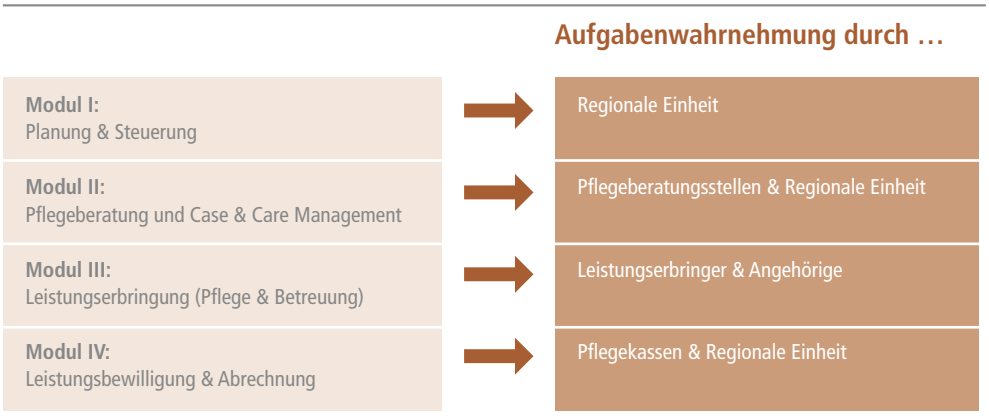
2.1.1 Die vier Aufgabenmodule der Regionalen Einheit

Im Folgenden werden die Eckpunkte für die organisatorische Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets dargestellt. Ausgangspunkt ist ein modulares Vorgehen, bei dem zunächst einzelne Aufgabengruppen gebildet und beschrieben werden.

Kennzeichen der vier Aufgabenmodule der RE

Aus den beschriebenen Anforderungen an die Regionale Einheit lassen sich vier spezifische Aufgabenmodule ableiten: Planung & Steuerung, Pflegeberatung und Case & Care Management, Pflege & Betreuung sowie Leistungsbewilligung & Abrechnung. Diese Module zeichnen sich insbesondere durch die unterschiedlichen Arten der wahrgenommen Aufgaben und damit des vorzuhaltenden Personals aus. Sie haben aber auch jeweils einen unterschiedlich starken Regionalbezug und strategische Bedeutung für das Gelingen des Gesamtvorhabens. Abbildung 2.1 stellt die vier zentralen Aufgabenmodule dar und weist diesen jeweils eine oder mehrere Institution(en) zu, die die entsprechenden Aufgaben zukünftig wahrnehmen.

Abbildung 2.1: Eckpunkte für die Ausgestaltung der Regionalen Einheit (RE) – Aufgabenwahrnehmung



Quelle: Eigene Darstellung.

BertelsmannStiftung

In den nachfolgenden Steckbriefen werden die einzelnen Module detailliert hinsichtlich Zielrichtung, Personalprofil, strategischer Bedeutung, Regionalbezug, Schnittstellen zu anderen Akteuren sowie der bisherigen Aufgabenwahrnehmung beschrieben. Alle weiteren Aufgaben verbleiben bei den bisherigen Akteuren; so werden etwa die Verhandlungen über Leistungskomplexe und Vergütungen auf Landesebene weiterhin von den Pflegekassen geführt.

Modul I: Planung & Steuerung

Beschreibung	• Langfristige Planung und Steuerung der regionalen Pflegeinfrastruktur als Kernaufgabe • Strategische Reinvestition frei werdender Mittel aus dem Regionalen Pflegebudget • Steuerung (Anreizsetzung) des Regionalen Pflegebudgets[5] • Einbringung des regionalen Sachverstandes • Einbindung örtlicher Sozialstrukturen
Zielrichtung	• Förderung und dauerhafte Etablierung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur • Auswahl von Leistungsanbietern mit innovativem und sektorenübergreifendem Ansatz, um Pflegebedürftigen ein langes selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen • Aufbau eines gut aufeinander abgestimmten Netzes aus Beratungs-, Betreuungs-, medizinisch-pflegerischen und sonstigen Hilfestrukturen • Vermeidung der personalintensiven stationären Pflege insbesondere in der Pflegestufe I zur langfristigen Sicherung des Bedarfs an qualifiziertem Fachpersonal in der Pflege
Personalprofil	• Personal für strategisch-konzeptionelle Tätigkeiten zur Umsetzung der Planungskapazität sowie Unterstützung durch Sachbearbeitung
Strategische Bedeutung	• Hoch → ist zentraler Baustein für den Erfolg des Regionalen Pflegebudgets
Regionalbezug	• Hoch → regionale Verankerung besonders wichtig die regionale Planung und Steuerung
Schnittstellen zu anderen Akteuren	• Leistungserbringer (Regionalplanung) • Land (Landesplanung) • Pflegekassen
Bisher wahrgenommen durch	• teilweise im Rahmen der Sozialplanung, größtenteils neue Aufgaben

Modul II: Pflegeberatung sowie Case & Care Management

Beschreibung	• Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen • Case & Care Management für einen individuell zusammengestellten Versorgungsmix • Koordination und Vernetzung der verschiedenen Hilfestrukturen
Zielrichtung	• Ausrichtung auf niedrigschwellige und ambulante Versorgung sowie innovative Quartierskonzepte • Aufklärung über mögliche Versorgungspfade/-settings vor Eintritt des Akutfalls • Einbindung bereits bestehender Beratungsstrukturen
Personalprofil	• Fachliche Beratung mit guten Kenntnissen der regionalen Pflegeinfrastruktur
Strategische Bedeutung	• Hoch → Beratung bietet die Möglichkeit, den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bedarfsgerechte Betreuungsangebote aufzuzeigen und einen individuellen Versorgungsmix zusammenzustellen
Regionalbezug	• Hoch → Beratung muss auf die regional vorhandene Pflegeinfrastruktur ausgerichtet sein
Schnittstelle zu anderen Akteuren	• Pflegebedürftige und ihre Angehörigen • Regionale Einheit (Pflegeplanung und -steuerung) • Anbieter informeller niedrigschwelliger und professioneller Hilfe- und Pflegeleistungen
Bisher wahrgenommen durch	• Pflegestützpunkte o. ä. Beratungseinrichtungen, teilweise neue Aufgabe

5 Im Rahmen einer Übergangszeit und bspw. für innovative Konzepte kann den Kreisen und kreisfreien Städten ein Selektivvertragsrecht eingeräumt werden. Sofern die Maßnahmen der Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung dienen, ist ein solcher Eingriff in das Wettbewerbsrecht verfassungskonform.

Modul III: Pflege & Betreuung

Beschreibung	• Leistungserbringung durch professionelle Anbieter (vornehmlich solche mit ambulanten oder innovativen und integrierten Versorgungskonzepten) • Niedrigschwellige Anbieter von Hilfe- und Betreuungsleistungen • Angehörige (Pflegegeld)
Zielrichtung	• Sicherstellung bedarfsgerechter Versorgung
Personalprofil	• Kein zusätzliches Personal aufgrund vollständiger Delegierung der Aufgaben
Strategische Bedeutung	• Mittel → Aufgaben werden vollständig an Leistungserbringer und Angehörige delegiert, jedoch ist der Auf- und Ausbau von innovativen und integrierten Versorgungskonzepten entscheidend für den Erfolg des Regionalen Pflegebudgets
Regionalbezug	• Hoch → starker Regional- und Ortsbezug aufgrund der Leistungserbringung im Sozialraum
Schnittstelle zu anderen Akteuren	• Pflegebedürftige und ihre Angehörigen • Regionale Einheit (Pflegeplanung und -steuerung) • Pflegeberatung • MDK (Einstufung und Qualitätskontrolle)
Bisher wahrgenommen durch	• professionelle Anbieter • niedrigschwellige Anbieter • Angehörige

Modul IV: Leistungsbewilligung & Abrechnung

Beschreibung	• Antragsannahme und -weiterleitung an die SPV • Leistungsbewilligung (inkl. Zusatzleistungen) nach Genehmigung durch Pflegekasse • Leistungsabrechnung bzw. Bewilligung von Unterstützungsleistungen • Berechnung der Überschüsse bzw. Fehlbeträge aus dem Regionalen Pflegebudget • Einbindung und Berücksichtigung der Ziele und Mittel der HzP[6]
Zielrichtung	• Möglichst effiziente Sachbearbeitung
Personalprofil	• Sachbearbeiter
Strategische Bedeutung	• Eher gering → reine Sachbearbeitung (Bedarfe werden im Wesentlichen durch den MDK bzw. die damit betrauten Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften festgestellt und können von den Pflegebedürftigen eingeklagt werden[7])
Regionalbezug	• Eher gering → standardisierte Fallbearbeitung • Eher hoch → finale Leistungsabrechnung und Bewilligung von Zusatzleistungen
Schnittstelle zu anderen Akteuren	• Leistungserbringer • Pflegebedürftige und ihre Angehörigen • SPV • MDK
Bisher wahrgenommen durch	• SPV • Sozialamt (HzP)

6 Siehe hierzu auch Hoberg, Klie und Künzel 2013.

7 Gemäß § 18 Abs. 7 Satz 1 SGB XI werden die Aufgaben des MDK durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen.

2.1.2 Aufgabenverteilung zwischen den Ebenen

Ausgangspunkt: Regionalisierung von Aufgaben mit starkem Ortsbezug

Aus den im Abschnitt 2.1.1 dargestellten Modulen lässt sich eine Organisationsstruktur für das Regionale Pflegebudget entwickeln. Ausgangspunkt ist dabei die Überlegung, im Sinne einer möglichst schlanken und effizienten Aufgabenerfüllung nur diejenigen Aufgaben zu regionalisieren, die einen starken Ortsbezug und eine hohe steuerungsstrategische Bedeutung besitzen. Aus diesem Grund wird die Steuerungshoheit, bei der die regionale Verankerung besonders wichtig ist, regionalisiert und in den Zuständigkeitsbereich der Kreise und kreisfreien Städte verlagert. Für die zusätzlichen Aufwendungen, die den Kreisen und kreisfreien Städten durch diese neuen Aufgaben entstehen, werden ihnen zusätzliche Mittel in entsprechender Höhe zur Verfügung gestellt. Hierauf wird im Folgenden noch vertiefend eingegangen.

Einkauf von Leistungen durch die RE …

… und Abwicklung der Abrechnung mit den Pflegekassen

Leistungen werden dann eingekauft, wenn diese durch externe Anbieter effizienter erbracht werden können. Standardisierte Abläufe (z. B. Leistungsprüfung und standardisierte Fallbearbeitung) werden weiterhin überregional organisiert. Die Regionale Einheit wird somit durch Funktionsträger auf Landes- und Bundesebene unterstützt, welche die Verwaltung aller standardisierten Abläufe übernehmen. So werden die Beiträge auch weiterhin von den Krankenkassen eingezogen. Diese leiten die Beiträge an die Pflegekassen weiter. Die Pflegekassen werden im Rahmen des Pflegebudgets von den Krankenkassen gelöst und ebenfalls in den Zuständigkeitsbereich der Länder überführt. Auf Landesebene kann dann individuell entschieden werden, ob es eine Landespflegekasse geben soll oder mehrere Pflegekassen, die gegebenenfalls auch auf Kreisebene agieren.[8] Die Pflegekassen übernehmen auch weiterhin die überregional zu erfüllenden Aufgaben (z. B. Leistungs- und Vergütungsverhandlungen) sowie die standardisierte Fallbearbeitung, während die Regionale Einheit die Leistungsbewilligung und Abrechnung übernimmt.

Keine nennenswerten Änderungen beim MDK

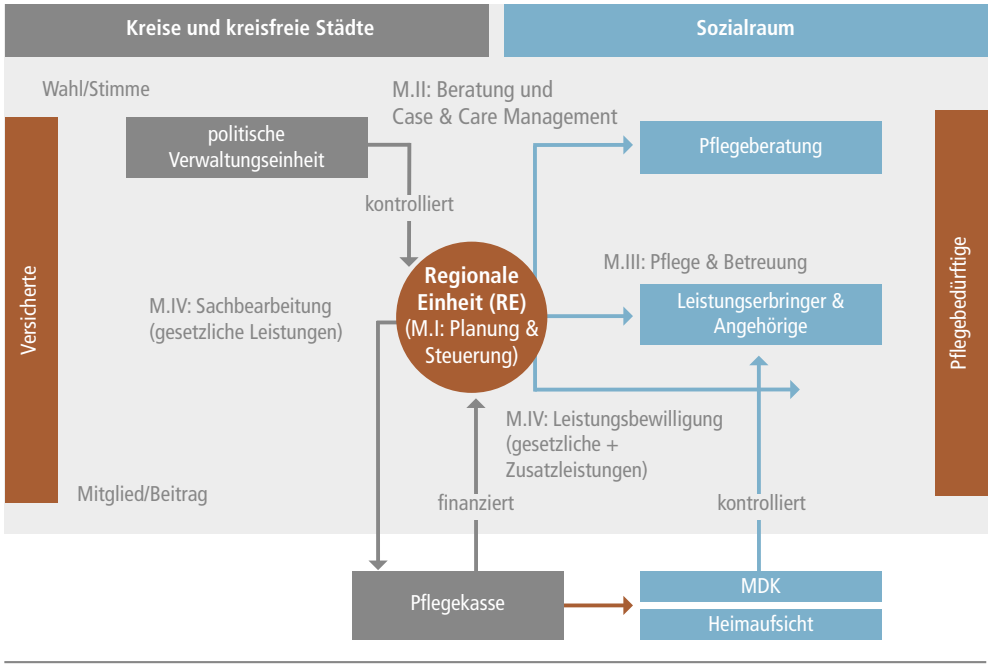
Auch die Qualitätskontrolle obliegt weiterhin dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Im stationären Bereich wird der MDK auch zukünftig durch die jeweilige Heimaufsichtsbehörde unterstützt werden. Abbildung 2.2 zeigt die gesamte Organisationsstruktur im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets und verdeutlicht die zentrale Bedeutung der RE.

Für eine organisatorische Einbindung der Hilfe zur Pflege sowie anderer Leistungsbereiche ist die RE offen.[9]

8 Auf die rechtlichen Hintergründe sowie die Ausgestaltung der Loslösung der Pflege- von den Krankenkassen wird in Kapitel 4 genauer eingegangen.

9 Bspw. Hoberg, Klie und Künzel 2013 sowie Engelmann, Gohde, Künzel und Schmidt 2013.

Abbildung 2.2: Die Regionale Einheit (RE) als Scharnier zwischen überörtlicher Ebene und Sozialraum



Quelle: Eigene Darstellung.

BertelsmannStiftung

2.2 Der Mechanismus des Regionalen Pflegebudgets

Ausblick auf die nachfolgenden Inhalte

In diesem Abschnitt wird der Mechanismus des Regionalen Pflegebudgets vorgestellt. So werden in einem ersten Schritt unter der Prämisse der Kostenneutralität die Regionalen Pflegebudgets für die einzelnen Pflegestufen ermittelt. Im darauffolgenden Abschnitt wird der finanzielle Anreizmechanismus durch die Einsparmöglichkeiten bei Verlagerung von Teilen des bisher stationären Leistungsgeschehens in ambulante niedrigschwelligere Versorgungsformen dargestellt. Abschließend wird gezeigt, wie das Regionale Pflegebudget im Rahmen einer Konvergenzphase umgesetzt werden kann.

2.2.1 Beschreibung der Finanzströme

Budget aus Mitteln der SPV für Kreise und kreisfreie Städte …

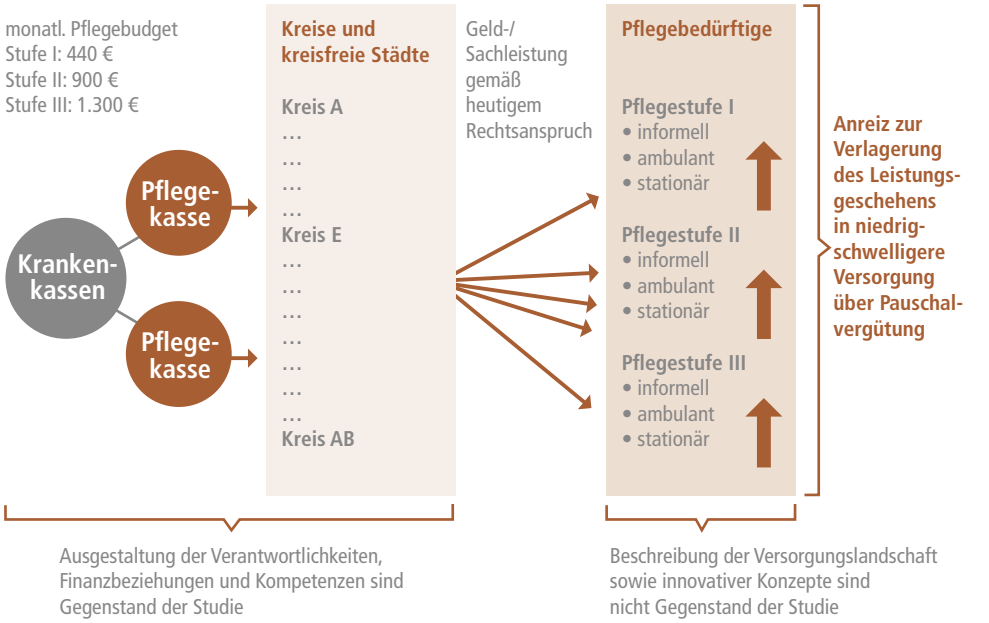
Der Mechanismus des Regionalen Pflegebudgets sieht vor, dass die Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland künftig ein Budget aus Mitteln der SPV erhalten. Der Umfang des Budgets bemisst sich an den im Geltungsbereich der im jeweiligen Kreis bzw. der jeweiligen kreisfreien Stadt

gemeldeten Pflegebedürftigen in den Pflegestufen I bis III bzw. der fünf Pflegegrade entsprechend dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.

… unabhängig vom Pflegesetting der Pflegebedürftigen

Die Konzeption sieht weiter vor, das Pflegebudget im Sinne des Ausgabenniveaus der SPV im Jahr 2012 von etwa 20,4 Milliarden Euro kostenneutral zu bestimmen. Hieraus leiten sich schließlich die in Abbildung 2.3 skizzierten monatlichen Budgetzahlungen von 440 Euro für einen Pflegebedürftigen der Stufe I, 900 Euro für einen Pflegebedürftigen der Stufe II bzw. 1.300 Euro für einen Pflegebedürftigen der Stufe III ab. Das Pflegebudget erhält der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt unabhängig davon, in welchem Pflegesetting (informelle Pflege durch Angehörige oder ehrenamtliche Helfer, ambulant professionelle Pflege, stationäre Pflege) der Pflegebedürftige versorgt wird.

Abbildung 2.3: Mechanismus des Regionalen Pflegebudgets



Quelle: Eigene Darstellung.

BertelsmannStiftung

Verwaltung der Mittel für HzP durch Kreise und kreisfreie Städte

Neben den Leistungen aus der SPV obliegt den Kreisen und kreisfreien Städten auch die Verwaltung der Mittel der Hilfe zur Pflege (HzP). Auf diese Weise kann gewährleistet werden, dass die Leistungen aus SPV und HzP zukünftig aus einer Hand kommen.[10]

Keine Änderungen aus Sicht der Pflegebedürftigen

Die Kreise und kreisfreien Städte sind verpflichtet, mit dem ihnen zugeteilten Pflegebudget den heutigen Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen weiterhin zu sichern. Insofern ändert sich aus Sicht der Pflegebedürftigen im Grunde nichts, sie erhalten ihre Leistung nunmehr allerdings nicht mehr direkt vom zuständigen Pflegeversicherungsträger, sondern von dem jeweiligen Kreis bzw. der jeweiligen kreisfreien Stadt.

2.2.2 Beschreibung der Anreizwirkungen

Anreize zur Vermeidung teurer stationärer Pflege

Die Pauschalvergütung nach Pflegestufen setzt finanzielle Anreize, insbesondere die teurere stationäre Pflege zu vermeiden. Tabelle 2.1 stellt den Leistungsanspruch im Jahr 2012 nach Pflegestufen und Versorgungssetting den Budgetzahlungen im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets gegenüber.

Tabelle 2.1: Einsparungen/Mehrausgaben des Regionalen Pflegebudgets im Jahr 2012

Versorgungsformen		Leistungsanspruch im Jahr 2012 pro Fall		
		Pflegestufen		
		I	II	III
Pflegegeld	pro Jahr	3.071	5.661	9.171
Ambulante Kombinationsleistung		3.734	9.024	12.839
Ambulante prof. Pflege		3.864	10.672	18.981
Vollstationäre Pflege		12.605	15.760	19.099
Pflegebudget	pro Jahr	5.280	10.800	15.600
	pro Monat	440	900	1.300
		Differenz zw. Pflegebudget und Leistungsanspruch		
Pflegegeld	pro Jahr	2.209	5.139	6.429
Ambulante Kombinationsleistung		1.546	1.776	2.761
Ambulante prof. Pflege		1.416	128	–3.381
Vollstationäre Pflege		–7.325	–4.960	–3.499
Anzahl Pflegebedürftige		**1.331.415**	**808.178**	**309.792**

grün: positive Differenz zwischen Regionalem Pflegebudget und Leistungsanspruch
rot: negative Differenz zwischen Regionalem Pflegebudget und Leistungsanspruch

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf BMG 2011, BMG 2013 sowie Statistisches Bundesamt 2013; eigene Darstellung.

10 Bzgl. des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Sozialhilfeträgers sei darauf hingewiesen, dass die Zuständigkeit der überörtlichen Träger im Bundeslandvergleich erhebliche Unterschiede aufweist. Dieser Tatbestand wird in den nachfolgenden Abschnitten aber nochmals ausführlicher thematisiert.

Schrittweise Berechnung der individuellen Leistungsansprüche

Die Berechnung der individuellen Leistungsansprüche erfolgte über zwei Schritte: Im ersten Schritt wurden die Leistungsansprüche über die gesetzlich garantierten Leistungssätze ermittelt. Als Produkt aus der Anzahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsform und Pflegestufe ergibt sich die Summe der Leistungsansprüche. Diese wurde in einem zweiten Schritt den in der Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (BMG 2013) ausgewiesenen Gesamtausgaben von 20,4 Milliarden Euro gegenübergestellt. Die Ausgaben der SPV wurden in diesem Zusammenhang um die Ausgaben für Pflegeurlaub, soziale Sicherung der Pflegepersonen, Pflegeberatung, die Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes sowie die Verwaltungsausgaben bereinigt, da diese Leistungen keine individuellen Ansprüche abbilden. Im Ergebnis zeigt sich zwischen der Summe der Leistungsansprüche und den Gesamtausgaben der SPV ein hohes Maß an Übereinstimmung.

Ausweisung der Leistungsansprüche …

Wie sehen die Leistungsansprüche in den Versorgungsformen aus?

- **Pflegegeld:** In dieser Leistungsform werden die Pflegegeldansprüche nach Pflegestufen sowie anteilige Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ausgewiesen. Die Inanspruchnahme der Leistungen von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz steigt nach Angabe des BMG (2011) mit zunehmendem Pflegebedarf (Stufe I: 6 Prozent, Stufe II: 7 Prozent, Stufe III: 19 Prozent).

  … nach Pflegestufen und anteilig für Personen mit erheblichen eingeschränkter Alltagskompetenz

- **Ambulante Kombinationsleistungen:** Für die Pflegebedürftigen, die diese Leistungsform in Anspruch nehmen, wird an dieser Stelle vereinfachend unterstellt, dass sich ihr Leistungsanspruch zu 50 Prozent aus Pflegegeld und zu 50 Prozent aus Pflegesachleistungen zusammensetzt.[11] Hinzu kommen die anteiligen Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz entsprechend den Angaben des BMG (2011).

  … zu 50 Prozent aus Pflegegeld und 50 Prozent aus Pflegesachleistungen

- **Ambulante professionelle Pflege:** In dieser Leistungsform wird unterstellt, dass die Inanspruchnahme der ambulanten Pflegesachleistungsansprüche mit zunehmender Pflegestufe ansteigt (Stufe I: 70 Prozent, Stufe II: 80 Prozent, Stufe III: 100 Prozent).[12] Da die Leistungserbringung durch einen professionellen Anbieter mit privaten Zuzahlungen verbunden ist, ist anzunehmen, dass die Pflegesachleistung erst in der Pflegestufe III voll ausgeschöpft wird. Hinzu kommen die anteiligen Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz entsprechend den Angaben des BMG (2011).

  … nach Maßgabe des Anstiegs mit zunehmender Pflegestufe

- **Vollstationäre Pflege:** In dieser Leistungsform werden die vollen stationären Pflegesachleistungsansprüche nach Pflegestufen ausgewiesen.

  … nach Pflegestufen

11 Im Grundsatz bleibt es jedem Kombinationsleistungsempfänger freigestellt, zu welchen Anteilen dieser Sachleistungen und Pflegegeldleistungen in Anspruch nimmt. Der Abgleich mit den Gesamtausgaben der Ausgaben gemäß der Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (BMG 2012) macht aber deutlich, dass die Kombinationsleistungsempfänger im Durchschnitt beide Leistungsformen jeweils hälftig miteinander kombinieren.

12 Unter der Annahme, dass die ambulanten Pflegesachleistungsbezieher in der Pflegestufe III die Sachleistung zu 100 Prozent in Anspruch nehmen, ergibt sich für die Pflegestufen I und II eine Inanspruchnahme von 70 bzw. 80 Prozent, damit die Gesamtausgaben mit denen der Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (BMG 2012) übereinstimmen.

Berechnungsmodus für das Pflegebudget

Die Berechnung des Pflegebudgets nach Pflegestufen erfolgt über eine Gewichtung der Anzahl der Pflegebedürftigen entsprechend ihrer heutigen Leistungsinanspruchnahme im jeweiligen Versorgungssetting. Insofern stellt das Pflegebudget einen Durchschnittsbetrag der heutigen Leistungsinanspruchnahme dar.

Differenz zwischen Pflegebudget & Leistungsanspruch am Beispiel eines Pflegebedürftigen der Stufe II …

… zeigt Höhe der frei werdenden Mittel durch Regionale Pflegebudgets auf

Aus Tabelle 2.1 geht hervor, dass die monatlichen Zahlungen im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets über (bei Pflegegeld, Kombinationsleistungen sowie formeller ambulanter Pflege in den Pflegestufen I und II), aber auch unter (bei vollstationärer Pflege sowie formeller ambulanter Versorgung in Pflegestufe III) dem individuellen Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen aus der sozialen Pflegeversicherung liegen. Entsprechend den in Tabelle 2.1 dargestellten Finanzströmen für das Jahr 2012 ergibt sich z. B. für einen Pflegebedürftigen der Stufe II eine positive Differenz in Höhe von 5.139 Euro pro Jahr, wenn dieser informell durch Angehörige (Pflegegeld) versorgt wird. Die Differenz ergibt sich über den positiven Deckungsbeitrag, den das Regionale Pflegebudget generiert, da es mit 10.800 Euro (900 Euro mal 12 Monate) deutlich über der heutigen Inanspruchnahme von Pflegegeld in Höhe von durchschnittlich etwa 5.661 Euro liegt. Ist es hingegen notwendig, neben der informellen Pflege auf einen professionellen ambulanten Pflegeanbieter (Kombinationsleistung) zurückzugreifen, werden Mittel in Höhe von 1.776 Euro pro Jahr frei. Bei einer Komplettversorgung durch einen professionellen ambulanten Anbieter werden für einen Pflegebedürftigen der Stufe II noch Mittel in Höhe von 128 Euro pro Jahr frei. Dagegen entsteht bei stationärer Versorgung eines Pflegebedürftigen der Stufe II im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets ein negativer Deckungsbeitrag in Höhe von 4.960 Euro pro Jahr, da das Pflegebudget unterhalb der durchschnittlich in Anspruch genommenen Leistungen von 15.760 Euro liegt.

Frei werdende Mittel sind zweckgebunden und verbleiben im Kreis der Versicherten

Für die Pflegebedürftigen bleibt der heutige individuelle Leistungsanspruch auch künftig erhalten. Gelingt es der Regionalen Einheit, die Pflegebedürftigen bedarfsgerecht zu versorgen, werden finanzielle Ressourcen für die Optimierung der pflegerischen Versorgung in der Region frei. Diese Mittel sind zweckgebunden und müssen daher als pflegebedingte Aufwendungen im Kreis der Versicherten verbleiben. Dennoch steht es jedem Kreis offen, in welcher Form dieser die frei werdenden Mittel für eine bedarfsgerechtere pflegerische Versorgung vor Ort einsetzen möchte.[13]

Beispiel für Reinvestition der frei werdenden Mittel

Denkbar ist beispielsweise, die Mittel in Maßnahmen der Pflegeinfrastruktur zu reinvestieren, so z. B. in Angebote der Prävention zur Vermeidung von Pflegebedarf, altersgerechte Wohnraumgestaltung, die Erprobung innovativer Pflegekonzepte (z. B. Seniorengenossenschaften) sowie die Bildung „regionaler Netze“.[14] Hierdurch ließen sich der Pflegebedarf reduzieren und der Anteil der ambulanten Pflege steigern. Angesichts des absehbaren Mangels an qualifizierten Fachkräften ist in der Pflege mit überproportionalen Lohnsteigerungen zu rechnen, die auch durch die auf die allgemeine Lohnentwicklung bezogenen Beiträge zur Pflegeversicherung nicht voll kompensiert werden. Daher sollte im Hinblick auf eine höhere Arbeitszufriedenheit und einen län-

13 Eine Beitragsrückerstattung/-senkung für Versicherte ist an dieser Stelle nicht vorgesehen.

14 Anhaltspunkte, in welcher Form die Kreise und kreisfreien Städte im Rahmen ihrer Steuerungsfunktion in die Pflegelandschaft vor Ort eingreifen können, liefern u. a. Engelmann, Gohde, Künzel und Schmidt 2013.

geren Berufsverbleib der Pflegekräfte – welche indirekt auch den Pflegebedürftigen zugutekommen – auch die Verwendung der frei werdenden Mittel für Lohnsteigerungen der Pflegekräfte in Betracht gezogen werden.

Anteil der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen und Versorgungsform

Tabelle 2.2 weist die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2012 nach Pflegestufen und Versorgungsform aus. Der Großteil der Pflegebedürftigen weist einen Versorgungsgrad der Pflegestufen I und II auf. In den Pflegestufen I und II und hier insbesondere bei den vollstationär versorgten Pflegebedürftigen liegt das größte Gestaltungspotenzial der Kommunen.

Tabelle 2.2: Anzahl Pflegebedürftiger nach Versorgungsform und Pflegestufe

Versorgungsformen	Leistungsempfänger im Jahr 2012			
	Pflegestufen			Gesamt
	I	II	III	
Pflegegeld	701.725	294.166	79.944	1.075.835
Ambulante Kombinationsleistung	198.741	136.732	44.714	380.187
Ambulante prof. Pflege	135.438	84.428	31.562	251.428
Vollstationäre Pflege	295.511	292.852	153.572	741.935
Gesamt	1.331.415	808.178	309.792	2.449.385

Quelle: BMG 2013; eigene Darstellung.

Konsequenzen nicht bedarfsadäquater regionaler Pflegestrukturen

Gelingt es der Regionalen Einheit nicht, die Pflegebedürftigen bedarfsgerecht und vermehrt in ambulanten Pflegesettings zu versorgen, werden nicht bedarfsadäquate regionale Pflegestrukturen für die Verantwortlichen auch finanziell spürbar. Etwaige Defizite in Kreisen und kreisfreien Städte werden aufgrund des Konnexitätsprinzips entsprechend der jeweiligen Landesverfassung vom Land kompensiert. Im folgenden Abschnitt wird dieser Anreizmechanismus an konkreten Beispielen erläutert.

2.2.3 Von der Konvergenz zur Realisation

Konvergenzphase

Notwendigkeit der Konvergenzphase bei der Umstellung auf das Regionale Pflegebudget

Für die Umstellung auf das Regionale Pflegebudget ist eine Konvergenzphase von fünf Jahren[15] vorgesehen. Dadurch wird berücksichtigt, dass die verschiedenen Kreise und kreisfreien Städte sehr unterschiedliche Startvoraussetzungen haben. So würden Kreise und kreisfreie Städte mit Heimquoten von deutlich über 30 Prozent Schwierigkeiten haben, gleich zu Beginn kostendeckend mit dem fixierten Regionalen Pflegebudget zu arbeiten.[16] Andere Kreise und kreisfreie

15 Sollten sich regional infolge ungleicher infrastruktureller Gegebenheiten so starke Unterschiede zeigen, dass die hier zugrunde gelegte fünfjährige Konvergenzphase als zu gering bemessen erscheint, kann diese ausgeweitet werden, um Druck von den Kommunen zu nehmen.

16 Die bundesweite Heimquote liegt im Jahr 2012 bei rund 30 Prozent.

Städte mit bereits gut ausgebauten niedrigschwelligen Pflegeangeboten werden hingegen direkt von der Einführung des Regionalen Pflegebudgets profitieren können.

Unterscheidungsmerkmale in der Konvergenzphase

In der Konvergenzphase wird daher zwischen

a) den Kreisen und kreisfreien Städten, die bei Einführung des Regionalen Pflegebudgets eine negative Differenz zu den bisherigen Leistungsansprüchen erwirtschaften, sowie
b) den Kreisen und kreisfreien Städten mit positiver Differenz zu den bisherigen Leistungsansprüchen

unterschieden.

zu a) Kreise und kreisfreie Städte mit negativer Differenz

Heranführung an Regionales Pflegebudget bei negativer Differenz

Um das Pflegebudget auch für jene Kreise und kreisfreien Städte mit einer erhöhten Heimquote handhabbar zu machen, werden diese während der Konvergenzphase über einen Zielkorridor von fünf Jahren schrittweise an das Regionale Pflegebudget herangeführt. So werden den Kreisen und kreisfreien Städten ab dem ersten Jahr der Konvergenzphase die Leistungssätze schrittweise gekürzt, sofern diese oberhalb des Pflegebudgets liegen. Innerhalb des Zeitraums von fünf Jahren wird jener Betrag, der das Pflegebudget übersteigt, in 20-Prozent-Schritten abgeschmolzen, bis nach fünf Jahren das Pflegebudget erreicht wird. Innerhalb der fünfjährigen Konvergenzphase haben die Kreise und kreisfreien Städte somit starke Anreize, bedarfsgerechte Versorgungsangebote zu schaffen, um Pflegebedürftigen vermehrt die Versorgung im informellen und formell-ambulanten Bereich zu ermöglichen. Nach fünf Jahren müssen schließlich alle Kreise und kreisfreien Städte mit dem Regionalen Pflegebudget auskommen.

Beispiel Kreis A:

Anteil an stationär versorgten Pflegebedürftigen über dem Bundesdurchschnitt

Der Kreis A soll im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets mit 10.800 Euro pro Jahr für jeden Pflegebedürftigen der Stufe II kostendeckend arbeiten können (s. Tabelle 2.3). Der Anteil an Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden, liegt in Kreis A über dem Bundesdurchschnitt. Daher erhält der Kreis für jeden Pflegebedürftigen der Stufe II im Jahr 2014 im Durchschnitt 11.800 Euro. Ab dem Jahr 2015 (Jahr 1) werden dem Kreis A nunmehr 20 Prozent der Differenz zwischen Leistungsanspruch und Regionalem Pflegebudget vonseiten der SPV nicht mehr erstattet. Insofern erhält der Kreis im Jahr 2015 11.600 Euro für jeden Pflegebedürftigen der Pflegestufe II. Pro weiterem Jahr werden dem Kreis weitere 20 Prozent entzogen, sodass dieser ab dem Jahr 2019 (Jahr 5) mit dem Regionalen Pflegebudget in Höhe von 10.800 Euro auskommen muss. Da es dem Kreis in diesem Beispiel aber erst ab dem vierten Jahr gelingt, die durchschnittlichen Ausgaben auf 11.600 Euro bzw. 11.000 Euro (Jahr 5) zu reduzieren, entsteht dem Kreis während der Konvergenzphase ein Defizit (hell rot hinterlegt).

Tabelle 2.3: Konvergenzphase zur Realisation des Regionalen Pflegebudgets für einen Pflegebedürftigen der Stufe II

Kreise	Basisjahr	Jahre				
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Kreis A	11.800 €	11.800 €	11.800 €	11.800 €		
					11.600 €	
		11.600 €				
			11.400 €		**Defizit**	
				11.200 €		11.000 €
					11.000 €	
Zielgröße Pflegebudget	10.800 €					10.800 €
Kreis B					10.600 €	
				10.400 €		
			10.200 €			
		10.000 €			**Überschuss**	
	9.800 €	9.800 €				
			9.600 €	9.600 €		
					9.400 €	9.400 €

Legende
- hellgrau: Erhaltenes Pflegebudget für Stufe-II-Fall in Kreis A
- grau: Erhaltenes Pflegebudget für Stufe-II-Fall in Kreis B
- rot: Tatsächliche Ausgaben für Stufe-II-Fall in Kreis A
- grün: Tatsächliche Ausgaben für Stufe-II-Fall in Kreis B

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf BMG 2011 sowie Statistisches Bundesamt (2013); eigene Darstellung.

zu b) Kreise und kreisfreie Städte mit positiver Differenz

Heranführung an Regionales Pflegebudget bei positiver Differenz

Jene Kreise und kreisfreien Städte, die bereits während der Konvergenzphase Überschüsse über das Regionale Pflegebudget erwirtschaften, dürfen diese frei werdenden Mittel – analog zu den Kreisen und kreisfreien Städten, die zunächst Verluste machen – in 20-Prozent-Schritten mit wachsender Tendenz einbehalten bzw. sind dazu angehalten, diese Mittel den Pflegebedürftigen über erhöhte Zuweisungen bzw. verbesserte Leistungsangebote zukommen zu lassen. Entsprechend den Kreisen und kreisfreien Städten mit negativer Differenz erhalten die Kreise und kreisfreien Städte mit positiver Differenz erst nach der Konvergenzphase das volle Regionale Pflegebudget und können damit auch die frei werdenden Mittel in vollem Umfang in eine bedarfsgerechtere Pflege vor Ort investieren.

Beispiel Kreis B:

Anteil an stationär versorgten Pflegebedürftigen unter dem Bundesdurchschnitt

Der Kreis B weist bereits im Basisjahr eine deutlich geringere Heimquote als der Bundesdurchschnitt auf. Mit durchschnittlich 9.800 Euro an Leistungsausgaben für jeden Pflegebedürftigen der Pflegestufe II würde der Kreis B bereits im ersten Jahr deutlich unter dem Anspruch aus dem Regionalen Pflegebudget in Höhe von 10.800 Euro pro Jahr liegen (s. Tabelle 2.3). Während der Konvergenzphase darf der Kreis B im Jahr 2015 (Jahr 1) nunmehr 20 Prozent seiner Einsparungen behalten. Insofern erhält der Kreis im Jahr 2015 10.000 Euro pro Pflegebedürftigem der Stufe II. Pro weiterem Jahr werden dem Kreis weitere 20 Prozent erstattet, sodass dieser ab dem Jahr 2019 (Jahr 5) mit 10.800 Euro aus dem Regionalen Pflegebudget die Möglichkeit hat, den vollen Differenzbetrag in Höhe von 1.000 Euro pro Pflegebedürftigem der Stufe II in eine bedarfsgerechte Versorgung zu investieren. Die grün hinterlegten Flächen in Tabelle 2.3 bilden die positive Differenz zum Regionalen Pflegebudget über die Konvergenzphase hinweg ab. Diese ergeben sich aus der Differenz von ausgezahltem Regionalen Pflegebudget und dem tatsächlichen Ausgabenniveau.

Berechnung der Leistungsausgaben in der Konvergenzphase

Nachdem anhand der zuvor beschriebenen fiktiven Beispielkreise die Budgetentwicklungen während der Konvergenzphase dargestellt wurden, sollen nun die finanziellen Effekte des Regionalen Pflegebudgets vor und nach der Konvergenzphase dargestellt werden. Dabei werden zwei Szenarien der Wirkung des Regionalen Pflegebudgets zugrunde gelegt:

Szenario I:

Verbleib von 10 Prozent der Pflegebedürftigen in bedarfsgerechten Versorgungsformen

Im ersten Szenario wird davon ausgegangen, dass rund 10 Prozent der Pflegebedürftigen im Zuge der Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets in bedarfsgerechteren Versorgungsformen verbleiben oder dahin wechseln (10 Prozent stationär in professionell ambulant; 10 Prozent professionell ambulant in ambulante Kombinationsleistungen und niemand in rein informelle Pflege).

Szenario II:

Nahezu vollständige Vermeidung stationärer Versorgung in Pflegestufe 1

Im zweiten Szenario wird neben dem Anstieg der Inanspruchnahme bedarfsgerechterer Versorgungsformen um 10 Prozentpunkte (s. Szenario I) darüber hinaus eine nahezu vollständige Vermeidung (90 Prozent) der stationären Versorgung von Pflegebedürftigen der Stufe I zugrunde gelegt. Tabelle 2.4 zeigt diese Effekte exemplarisch an ausgewählten Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen. Die dargestellten Kreise und kreisfreien Städte lassen sich in drei Gruppen einteilen:

Tabelle 2.4: Effekte des Regionalen Pflegebudgets an ausgewählten Beispielkreisen

	Überschuss/Defizit vor Wirkung des Budgets	Überschuss/Defizit nach Wirkung des Budgets (Szenario I)	Überschuss/Defizit nach Wirkung des Budgets (Szenario II)
Gruppe I: Kreise mit günstiger Ausgangslage			
Kreis Heinsberg	+3,7 Mio. Euro/Jahr	+5,0 Mio. Euro/Jahr	+10,8 Mio. Euro/Jahr
Kreis Recklinghausen	+6,5 Mio. Euro/Jahr	+10,0 Mio. Euro/Jahr	+24,5 Mio. Euro/Jahr
Rhein-Sieg-Kreis	+9,2 Mio. Euro/Jahr	+11,5 Mio. Euro/Jahr	+22,0 Mio. Euro/Jahr
Gruppe II: Kreise mit durchschnittlicher Ausgangslage			
Stadt Köln	–1,7 Mio. Euro/Jahr	+2,5 Mio. Euro/Jahr	+21,9 Mio. Euro/Jahr
Kreis Steinfurt	–0,4 Mio. Euro/Jahr	+1,7 Mio. Euro/Jahr	+10,7 Mio. Euro/Jahr
Stadt Dortmund	–1,8 Mio. Euro/Jahr	+1,3 Mio. Euro/Jahr	+14,9 Mio. Euro/Jahr
Gruppe III: Kreise mit ungünstiger Ausgangslage			
Stadt Münster	–6,1 Mio. Euro/Jahr	–4,6 Mio. Euro/Jahr	+2,3 Mio. Euro/Jahr
Märkischer Kreis	–4,4 Mio. Euro/Jahr	–2,0 Mio. Euro/Jahr	+8,3 Mio. Euro/Jahr
Kreis Soest	–8,0 Mio. Euro/Jahr	–6,0 Mio. Euro/Jahr	+3,6 Mio. Euro/Jahr

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf IT.NRW (2011); eigene Darstellung.

Gruppe I: Kreise mit günstiger Ausgangslage

Reinvestitionen in bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen

Diese Kreise (z. B. Heinsberg, Recklinghausen und Rhein-Sieg-Kreis) erzielen bereits im Einführungsjahr des Regionalen Pflegebudgets Überschüsse, die sie beispielsweise in eine bedarfsgerechtere Versorgungsstruktur reinvestieren können.

Gruppe II: Kreise mit durchschnittlicher Ausgangslage

Überschüsse nach Ablauf der Konvergenzphase

Diese Kreise und kreisfreien Städte (z. B. Köln, Steinfurt und Dortmund) fahren in der ersten Zeit nach Einführung des Regionalen Pflegebudgets noch ein Defizit ein. Gelingt es den Kreisen jedoch, entsprechende Anreize für die Pflegebedürftigen zu schaffen, dass etwa 10 Prozent der Pflegebedürftigen niedrigschwelligere Versorgungsformen wählen (ohne jedoch die rein informelle Pflege zu fördern), erzielen diese bereits nach Ablauf der Konvergenzphase Überschüsse.

Gruppe III: Kreise mit ungünstiger Ausgangslage

Defizite trotz Anstiegs niedrigschwelliger Versorgungsangebote

Diese Kreise und kreisfreien Städte (z. B. Münster, Märkischer Kreis und Soest) fahren aufgrund ihrer ungünstigen Versorgungsstruktur (z. B. Heimquoten über 35 Prozent) sowohl während als auch nach der Konvergenzphase trotz des 10-prozentigen Anstiegs der niedrigschwelligen Versor-

17 In den ausgewiesenen Überschüssen und Defiziten ist die schrittweise Einführung des Regionalen Pflegebudgets im Rahmen der Konvergenzphase nicht einberechnet. Das heißt die Überschüsse und Defizite werden in vollem Umfang und nicht als 20-prozentige Anteile im Einführungsjahr ausgewiesen.

gungsangebote durch das Regionale Pflegebudget Defizite ein. Allerdings weisen die Kreise und kreisfreien Städte mit überdurchschnittlich hohen Heimquoten auch die größten Gestaltungspotenziale im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets auf.

Gruppenzugehörigkeit abhängig von der Versorgungsstruktur der Pflegebedürftigen

Welcher Gruppe ein Kreis bzw. eine kreisfreie Stadt in der Einführungsphase des Regionalen Pflegebudgets zuzuordnen ist, hängt stark von der Versorgungsstruktur der Pflegebedürftigen ab. So erzielen Kreise und kreisfreie Städte mit Heimquoten von 30 Prozent und weniger mit großer Wahrscheinlichkeit bereits im Einführungsjahr Überschüsse. Dagegen erzielen Kreise und kreisfreie Städte mit Heimquoten über 35 Prozent mit großer Wahrscheinlichkeit anfänglich zunächst Verluste. Allerdings spielen in diesem Zusammenhang neben der Heimquote noch weitere Faktoren eine Rolle. Auf mögliche Ausgleichsmechanismen, um Ungleichheiten u. a. in der Versorgungsstruktur auszugleichen, wird im folgenden Abschnitt näher eingegangen.

2.2.4 Zuschläge und Abschläge auf das Regionale Pflegebudget

Zusammenhang zwischen Bevölkerungsdichte und Heimquote

Die Analyse der Pflegestrukturen der Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland macht deutlich, dass zwischen der Bevölkerungsdichte und der Heimquote ein statistisch signifikanter positiver Zusammenhang besteht. Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) definiert gemäß deren Raumabgrenzung in diesem Zusammenhang die vier Kreistypen:

a) Kreisfreie Großstädte[18]
b) Städtische Kreise[19]
c) Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen[20]
d) Dünn besiedelte ländliche Kreise[21]

Abweichungen zwischen Bevölkerungsdichte und Heimquote vom Bundesdurchschnitt

Die statistische Analyse macht deutlich, dass die kreisfreien Großstädte eine um etwa 7 Prozentpunkte höhere Heimquote aufweisen als der Bundesdurchschnitt. Demgegenüber liegt die Heimquote der dünn besiedelten ländlichen Kreise etwa 5 Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt. Für die städtischen und ländlichen Kreise mit Verdichtungsansätzen ergeben sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zum Bundesdurchschnitt.

Aufkommensneutrale Berechnung der Zu- und Abschläge

Diese Ergebnisse rechtfertigen schließlich die in Tabelle 2.5 aufgeführten Zu- bzw. Abschläge für den jeweiligen Kreistyp nach Pflegestufen. Das Verfahren berücksichtigt den Tatbestand, dass es in Großstädten sehr viel schwieriger ist, informelle familiäre bzw. nachbarschaftliche Pflegestrukturen

18 Kreisfreie Städte mit mindestens 100.000 Einwohnern.

19 Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 Prozent und einer Einwohnerdichte von mindestens 150 Einwohnern pro Quadratkilometer sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 150 Einwohnern pro Quadratkilometer.

20 Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 Prozent, aber einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohnern pro Quadratkilometer, sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 100 Einwohnern pro Quadratkilometer.

21 Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 Einwohnern pro Quadratkilometer.

zu erhalten, wohingegen dies in dünn besiedelten ländlichen Kreisen deutlich häufiger gelingt. Die Berechnung der Zu- und Abschläge erfolgt insgesamt aufkommensneutral.

Beispielberechnung für Ausgleichszahlungen und Abschläge

Insofern würde eine Großstadt wie Hamburg durch entsprechende Ausgleichszahlungen für jeden Pflegebedürftigen der Stufe II statt 10.800 Euro etwa 11.560 Euro pro Jahr erhalten, während ein dünn besiedelter Landkreis wie Uckermark in Brandenburg mit einem Abschlag und damit mit 10.260 Euro für einen Pflegebedürftigen der Stufe II pro Jahr auskommen müsste.

Tabelle 2.5: Zu- und Abschläge für verschiedene Kreistypen

	Leistungsniveau im Jahr 2012 pro Fall		
	Pflegestufen		
	I	II	III
Pflegebudget	5.280	10.800	15.600
Zuschlag Großstadt (+7 %)	370	756	1.092
Abschlag Dünn besiedelte ländliche Kreise (–5 %)	–264	–540	–780

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf BMG 2011, Statistisches Bundesamt 2012a, Statistisches Bundesamt 2013 sowie BBSR 2013; eigene Darstellung.

Die hier ausgewiesenen Zu- und Abschläge gegenüber dem Regionalen Pflegebudget bleiben sowohl während der Konvergenz- als auch der nachfolgenden Realisationsphase bestehen.

Ergänzung des Ausgleichsmechanismus um weitere Faktoren

Neben dem an dieser Stelle berücksichtigten Ausgleichsmechanismus für die unterschiedlichen Heimquoten in den verschiedenen Kreistypen könnte ein Ausgleichsmechanismus um weitere Faktoren ergänzt werden. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang ein Länderausgleich, der die unterschiedlichen Preisniveaus der Bundesländer für professionelle Pflegeleistungen berücksichtigt. Darüber hinaus fällt entgegen der hier unterstellten geringeren Ausgabenbelastung in dünn besiedelten Kreisen die ambulante Pflege durch einen professionellen Anbieter in ländlichen Regionen aufgrund der größeren Fahrdistanzen deutlich höher aus. Auch Faktoren wie die Altersstruktur der Pflegebedürftigen in einer Kommune und die Arbeitslosenquote wirken sich auf den Anteil der stationären Versorgung aus. Diese Tatbestände könnten in Zukunft in einem Ausgleichsmechanismus ergänzend berücksichtigt werden (siehe auch Kapitel 4).[22]

Realisationsphase

Anreize für Kreise und kreisfreie Städte in Realisationsphase

Nach Abschluss der Konvergenz- und dem Start der Realisationsphase erhalten die Kreise und kreisfreien Städte die entsprechenden Budgetzahlungen des Regionalen Pflegebudgets nach wie vor aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung. Die Kreise und kreisfreien Städte müssen mit

22 Die Frage der Verfeinerung der Risikoindikatoren wird an dieser Stelle der weiteren Diskussion überlassen, da eine detaillierte Berechnung im Rahmen des vorliegenden Konzeptentwurfs noch nicht erbracht werden kann.

den zugewiesenen Mitteln haushalten. Daraus ergibt sich für diese ein starker Anreiz, bereits während der Konvergenzphase bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen aufzubauen und damit optimale Voraussetzungen für die Realisationsphase zu schaffen. Gelingt es dem Kreis bzw. der kreisfreien Stadt, die Pflegebedürftigen bedarfsgerecht zu versorgen, werden finanzielle Ressourcen für eine weitere Optimierung der pflegerischen Versorgung in der Region frei. Gelingt dies nicht, so werden nicht bedarfsadäquate regionale Pflegestrukturen für die Verantwortlichen auch finanziell spürbar.

2.3 Bedarfssicherung durch Schonung personeller Ressourcen

Durch attraktivere Gestaltung des Pflege- und Betreuungsmarktes …

Die alleinige Betrachtung der Pflegeproblematik unter finanziellen Gesichtspunkten greift zu kurz. Vor wesentlich größere Herausforderungen wird die Pflege zukünftig aufgrund des zunehmenden Mangels an qualifiziertem Fachpersonal gestellt. Der steigenden Zahl an pflege- und hilfebedürftigen Menschen steht zukünftig eine sinkende Zahl von Pflegepersonal gegenüber. Um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Pflege aller Pflegebedürftigen zu gewährleisten, ist es zwingend erforderlich, dass der Pflege- und Betreuungsmarkt attraktiver wird und mit dem realisierbaren Personalbestand möglichst effizient die Menschen pflegt.

… und Vermeidung nicht bedarfsadäquater Versorgungskonzepte …

Insbesondere die Versorgung in der stationären Pflege ist sehr personalintensiv. Dabei bindet die stationäre – nicht bedarfsadäquate – Versorgung von Pflegebedürftigen der Stufen I und II hohe personelle Ressourcen. Dies kann durch bedarfsadäquate Versorgungskonzepte vermieden werden. Gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamtes[23] wird im stationären Bereich ein Personaleinsatz von etwa 1,5 Pflegebedürftigen je Vollzeitkraft und im professionell ambulanten Bereich von etwa drei Pflegebedürftigen je Vollzeitkraft unterstellt. Nachfolgend werden die Personaleinsparungen durch den Wechsel der Pflegebedürftigen von stationärer in professionell ambulante Pflege quantifiziert.

… dem Fachkräftemangel entgegenwirken

Abbildung 2.4 zeigt die Entwicklung des Personalbedarfs und des Personalangebots ausgehend vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2020 im Status quo. Aufgrund der demographischen Entwicklung muss davon ausgegangen werden, dass am Pflegemarkt bis zum Jahr 2020 über 237.000 Fachkräfte (in Vollzeitäquivalenten) fehlen.[24] Wie zuvor bereits beschrieben, wird durch die regionale Steuerung und Koordination von Pflege- und Hilfeleistungen eine Etablierung bedarfsgerechter niedrigschwelligerer Versorgungsstrukturen angeregt, wodurch ein effizienterer Einsatz der zukünftig knappen Ressource der Pflegefachkräfte möglich wird. Die Potenziale, die sich durch das Regionale Pflegebudget für die Bedarfssicherung in der Pflege zukünftig ergeben, werden ebenfalls anhand der beiden Szenarien (vgl. Kapitel 2.2.3) veranschaulicht:

23 Statistisches Bundesamt 2013.

24 Eigene Berechnungen basierend auf Prognos 2012 sowie Statistisches Bundesamt 2013.

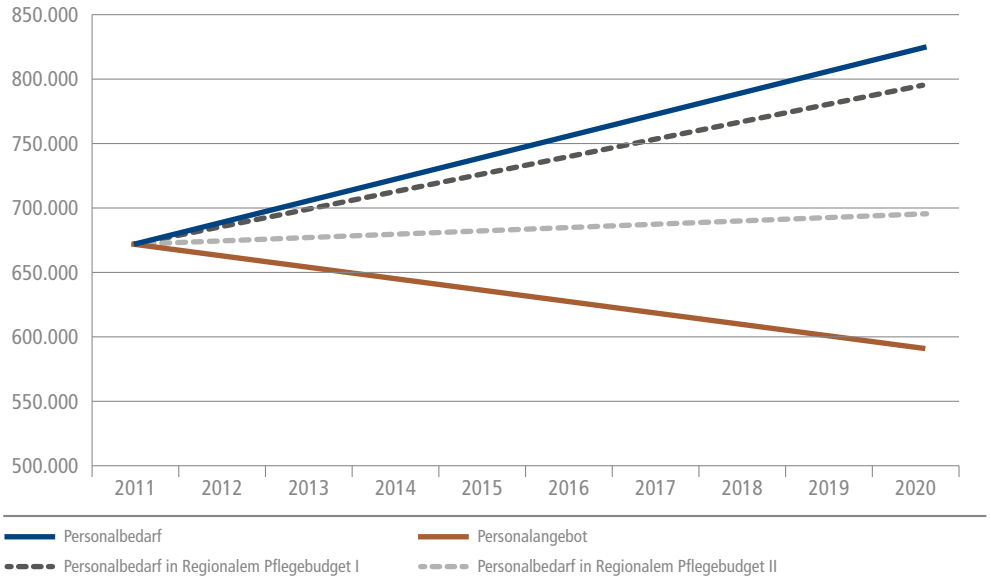
Szenario I: Reduktion der Fachkräftelücke um ca. 14 Prozent

Durch einen Wechsel von rund 10 Prozent der Pflegebedürftigen in bedarfsgerechtere Versorgungsformen (Szenario I) ließe sich die Fachkräftelücke um 32.000 auf 205.000 Vollzeitäquivalente verringern. Dies entspricht einer Reduktion der Fachkräftelücke um rund 14 Prozent.

Szenario II: Reduktion der Fachkräftelücke um ca. 50 Prozent

Die Fachkräftelücke ließe sich noch weiter reduzieren, wenn darüber hinaus die stationäre Versorgung von Pflegebedürftigen der Stufe I nahezu vollständig (90 Prozent) vermieden wird (Szenario II). In den vorangegangenen Ausführungen wurde bereits gezeigt, dass für die Regionale Einheit in der stationären Versorgung der Stufen I und II sowohl zahlenmäßig wie auch im Hinblick auf eine bedarfsgerechtere Versorgung der größte Gestaltungsspielraum besteht. Abbildung 2.4 zeigt, dass auch in Hinblick auf einen schonenden personellen Ressourceneinsatz erhebliche Potenziale bestehen. So ließe sich die Fachkräftelücke im Szenario II um rund 120.000 auf rund 118.000 Vollzeitäquivalente verringern. Dies entspricht einer Reduktion der Fachkräftelücke um rund 50 Prozent.

Abbildung 2.4: Reduktion der Fachkräftelücke im Regionalen Pflegebudget



Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Prognos 2012 sowie Statistisches Bundesamt 2013; eigene Darstellung.

BertelsmannStiftung

Etablierung von Versorgungssettings mit zivilgesellschaftlichem Engagement

Durch eine wohnortnahe Steuerung und Koordination von Pflege- und Hilfeleistungen können wirtschafts- und sozialräumliche Strukturen in die pflegerische Versorgung eingebunden und zu einem bedarfsgerechten Hilfemix im Sozialraum und in den Quartieren gebündelt werden. Gelingt es auf regionaler Ebene vermehrt, Versorgungssettings mit verlässlicher Einbindung zivilgesellschaftlichen Engagements zu etablieren, können knappe Ressourcen im Bereich des Pflegefachpersonals geschont werden, ohne dass hierdurch Qualitätsverluste in der Versorgung der Pflege-

bedürftigen entstehen. Denn im Gegensatz zu der abnehmenden Zahl an Fachkräften nimmt die Zahl der Rentner und damit das Potenzial zivilgesellschaftlichen Engagements zukünftig stark zu. Dieses Potenzial lässt sich durch kluge Rahmenbedingungen vor Ort (z. B. Quartiersmanagement) noch besser nutzen.

2.4 Die neuen Rollen der Akteure im Regionalen Pflegebudget

Ausblick auf die folgenden Inhalte

Im Folgenden werden die Änderungen und Aufgaben bei einer Umstellung auf das Regionale Pflegebudget für die verschiedenen Akteure in der Pflege dargestellt. Dabei wird zwischen Akteuren auf Seiten des Staates sowie zwischen Akteuren der Anbieter- und Nachfrageseite unterschieden.

2.4.1 Akteure auf Seiten des Staates

Bund

Rahmenbedingungen für die Umsetzung auf Bundesebene …

Auf Bundesebene muss die erforderliche Rahmengesetzgebung für die Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets geschaffen werden. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang insbesondere die vollständige Übertragung der Aufgabenbereiche der Pflegeplanung und -steuerung an die Länder. Des Weiteren muss der rechtliche Rahmen für die Loslösung der Pflegekassen von den Krankenkassen geschaffen werden. Diese Anpassungen müssen schließlich auch in den Ausführungen des SGB XI verankert werden.[25]

… und politische Zuständigkeiten

Die Pflege wird auf Bundesebene durch das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vertreten. Im Rahmen der Aufgabenübertragung an die Länder empfiehlt es sich, eine Art „Pflegeministerkonferenz der Länder“[26] zu gründen, die die Interessen der einzelnen Bundesländer im Bundesrat vertritt.

Sozialversicherung

Abrechnungsmodus der Beiträge der Versicherten

Die Krankenversicherungen ziehen weiterhin die Beiträge der Versicherten ein und überweisen entsprechende Pflegebudgets an die Pflegekassen auf Landesebene. Die Pflegekassen überweisen wiederum die Regionalen Pflegebudgets an die Regionalen Einheiten. Die Höhe der Budgets richtet sich nach Anzahl und Pflegegrad der Pflegebedürftigen in der Region. Für die Pflegekassen auf Landesebene sind die Regionalen Pflegebudgets lediglich ein durchlaufender Posten. Durch eine bedarfsgerechte Versorgung entstehen Überschüsse bei der Regionalen Einheit. Diese sind zweck-

25 Auf die erforderlichen Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen wird in Kapitel 4 vertiefend eingegangen.

26 In Anlehnung an die Kultusministerkonferenz.

gebunden und dürfen folglich nicht für andere Zwecke eingesetzt werden, sondern müssen in der Pflege verbleiben (z. B. Investition in eine verbesserte Pflegeinfrastruktur).

Aufgaben des MDK im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) wird auch weiterhin mit der Qualitätssicherung und -kontrolle betraut sein. Des Weiteren nimmt der MDK auch künftig die Einstufung gemäß dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit vor. Um einen Flickenteppich in der Versorgung zu vermeiden, zeigt sich der MDK im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets für die Sicherung und ständige Überprüfung des gesetzlichen Leistungsanspruchs verantwortlich.

Länder

Organisation und Voraussetzungen auf Landesebene

Bei der Kompetenzübertragung im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets von der Bundesebene auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte werden die Länder zwischengeschaltet. Zwar legen die vorliegenden Ausführungen die Implementierung der Regionalen Einheit auf Kreisebene zugrunde, allerdings bleibt es letztlich jedem Bundesland selbst überlassen, auf welcher Ebene dieses die Regionalen Einheiten implementiert (denkbar sind auch Regierungsbezirke, Gebietskörperschaften oder in kleinen Bundesländern die Länder selbst). Somit müssen auch auf Landesebene die rechtlichen Voraussetzungen für die regionalen Planungs- und Verwaltungsverpflichtungen geschaffen werden. Diese Regelungen sollten neben der Entwicklung und Förderung der regionalen Hilfestrukturen auch eine konkrete Aufgabenverteilung der Akteure im Pflegemarkt umfassen.

Aufgaben der Länder im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets

Gemäß § 9 SGB XI haben die Länder für die „Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ Sorge zu tragen. Die nähere Pflegebedarfsplanung ist im jeweiligen Landesrecht geregelt; je nach Landesrecht sind die Länder selbst, die Kreise und kreisfreien Städte oder andere Instanzen für die Pflegebedarfsplanung zuständig.

Aufgaben der Pflegekassen auf Landesebene

Im Zuge der Abkopplung der Pflege- von den Krankenkassen werden auf Landesebene eine bzw. mehrere Pflegekassen errichtet. Die Pflegekassen übernehmen als überregionale Funktionsträger (vgl. Modul IV in Kapitel 2.1) die überregional zu erfüllenden Aufgaben (z. B. Leistungs- und Vergütungsverhandlungen) sowie die standardisierte Fallbearbeitung.

Kreise und kreisfreie Städte

Aufgaben der Kreise und kreisfreien Städte im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets

Die Rolle der Kreise und kreisfreien Städte wird in der Pflege mit der Einführung des Regionalen Pflegebudgets stark an Bedeutung gewinnen. Alle Aufgaben der Pflegeplanung und -steuerung (Pflegebedarfs- und Pflegestrukturplanung, Pflegeberatung, Case & Care Management etc.) werden in den Geltungsbereich der Kreise und kreisfreien Städte übertragen. Beim Regionalen Pflegebudget übernehmen die Kreise und kreisfreien Städte die verbindliche Planungskompetenz. Auf diese Weise wird eine enge Verknüpfung von Kundensouveränität, Vernetzung

sowie infrastruktureller Weiterentwicklung ermöglicht (vgl. Klie 2009: 28). In diesem Zusammenhang ist es entscheidend, der Regionalen Einheit entsprechende Förderinstrumente in die Hand zu geben.

Vorteile der Verlagerung der Steuerhoheit auf Kreise und kreisfreie Städte

Neben diesen planerischen Tätigkeiten übernehmen die Kreise und kreisfreien Städte in erster Linie die Steuerung des Regionalen Pflegebudgets. Durch die Verlagerung der Steuerungshoheit sowie der Zuständigkeit für die Pflegestrukturplanung auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte ist zukünftig eine sehr viel zielgenauere und auf den regionalen Bedarf zugeschnittene pflegerische Versorgung möglich.

Zuständigkeit für Modul IV …

Modul IV (Leistungsbewilligung und Abrechnung) fällt beim Regionalen Pflegebudget ebenfalls zu großen Teilen in den Zuständigkeitsbereich der Regionalen Einheit und damit der Kreise und kreisfreien Städte.

… und Mittelzuweisungen für zusätzliche Aufgaben

Für die zusätzlichen Aufgaben, die auf Kreisebene im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets anfallen, werden den Kreisen und kreisfreien Städten Mittel in entsprechender Höhe zur Verfügung gestellt (s. Kapitel 5.1).

Gemeinden bzw. Bezirke

Aufgaben der Gemeinden und Bezirke im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets

Die Gemeinden bzw. Bezirke haben die Aufgabe, die Hilfestrukturen auf kommunaler Ebene sicherzustellen. Zu diesem Zweck gilt es, die Vernetzung, die Kooperation und den Austausch zwischen den Institutionen im Sozialraum systematisch zu fördern und weiterzuentwickeln. Von zentraler Bedeutung sind in diesem Zusammenhang insbesondere ausgeprägte soziale Strukturen sowie die Einbindung und Unterstützung zivilgesellschaftlich engagierter Personen. Die Gemeinden bzw. Bezirke unterstützen die Kreise und kreisfreien Städte bzw. die Regionale Einheit, die angestrebte Umsteuerung des Pflegepfads „vor Ort“ zu erreichen.

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)/Heimaufsicht

Zuständigkeiten des MDK im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) ist auch im Rahmen des Pflegebudgets für die Kontrolle und Sicherung der Qualität in der Pflege zuständig. Im stationären Bereich wird der MDK auch zukünftig durch die jeweilige Heimaufsichtsbehörde unterstützt werden. Darüber hinaus obliegen auch die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Einstufung der Pflegebedürftigen in die entsprechenden Pflegestufen weiterhin dem MDK.

2.4.2 Akteure der Anbieterseite

Abrechnung der Leistungserbringer mit der RE

Eine rein verwaltungstechnische Änderung ergibt sich für die Leistungserbringer dadurch, dass diese die erbrachten Leistungen nicht länger mit der SPV, sondern mit der Regionalen Einheit abrechnen.

Folgen für Leistungserbringer aufgrund veränderter Wettbewerbsstruktur

Wesentlich stärker sind die Leistungserbringer dagegen von der veränderten Wettbewerbsstruktur am Pflegemarkt betroffen. Diese ergibt sich aus den integrierten Anreizmechanismen des Regionalen Pflegebudgets. Neu ist, dass nicht mehr allein die Pflegebedürftigen Pflegeleistungen nachfragen, sondern die Regionale Einheit in der Lage ist, die Nachfrage regional zu bündeln und so bedarfsgerechte Versorgungskonzepte gezielt zu fördern. Um im Wettbewerb bestehen zu können, sind die Leistungserbringer angehalten, integrierte und innovative Versorgungskonzepte in ihr Leistungsportfolio aufzunehmen. Die Leistungserbringer haben erstmals den finanziellen Anreiz, auf die örtlichen Gegebenheiten, aber vor allem auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen einzugehen und bedarfsgerechte Leistungen anzubieten.

Stationäre Einrichtungen

Zusätzliche Anforderungen an die stationären Einrichtungen

Die stationären Einrichtungen sind wie bisher für die Sicherstellung der stationären Versorgung gemäß § 11 SGB XI (Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen) zuständig. Die verschiedenen Einrichtungen stehen nach wie vor im Wettbewerb um die Pflegebedürftigen, denen auch weiterhin die freie Wahl des Leistungsanbieters offen steht. Als Neuerung besteht für die Regionale Einheit aber nun die Möglichkeit, über Planung, Steuerung und Beratung (Module I und III) Anreize für bedarfsgerechte Versorgungskonzepte zu setzen und diese zu fördern. Die Leistungserbringer sind somit angehalten, im Sinne des sektorenübergreifenden Ansatzes niedrigschwellige und ambulante Versorgungsstrukturen zu kombinieren und damit eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen.

Ambulante Pflegedienste

Weiterhin für Sicherstellung der ambulanten Versorgung zuständig

Die ambulanten Pflegedienste sind wie bisher für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung gemäß § 11 SGB XI (Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen) zuständig. Sie stehen nach wie vor im Wettbewerb um die Pflegebedürftigen, denen auch weiterhin die freie Wahl des Leistungsanbieters offensteht. Ebenso wie bei stationären Einrichtungen hat die Regionale Einheit die Möglichkeit, über Modul I: „Planung & Steuerung“ präferierte Leistungserbringer zu empfehlen, die entsprechend dem sektorenübergreifenden Versorgungsansatz an einer bedarfsgerechten Versorgung der Pflegebedürftigen in niedrigschwelligen ambulanten Versorgungsstrukturen mitwirken. Die Zielsetzung der Regionalen Einheit besteht im Falle der ambulanten Pflegedienste darin, die professionellen Pflegekräfte durch die sektorenübergreifenden und niedrigschwelligen Anbieter sowie zivilgesellschaftlich Engagierte in ihrer Arbeit zu unterstützen und zu entlasten.

Sektorenübergreifende Anbieter

Möglichkeiten der Realisierung neuer gemischter, nicht stationärer Versorgungsformen

Die durch das Regionale Pflegebudget geförderten neuen gemischten, nicht stationären Versorgungsformen werden sektorenübergreifend im Sinne integrierter Versorgungskonzepte auf Quartiersebene realisiert. Dabei soll die Unterstützungsinfrastruktur rund um die zentrale Frage des Leistungszugangs auch im Vor- und Umfeld des Hilfebedarfs leicht zugänglich und in lokale Netz-

werke eingebunden sein. Gesundheitsförderung und Präventionspotenziale müssen einbezogen werden. Kooperationen zwischen Berufsgruppen und Institutionen müssen etabliert werden. Beispielsweise können haushaltsnahe Dienstleister, die keine pflegerischen Aufgaben ausführen, die Angehörigen bzw. ambulanten Pflegedienste entlasten.

Niedrigschwellige Anbieter

Beispiele für Inanspruchnahme niedrigschwelliger Angebote

In Deutschland existieren bereits Ansätze niedrigschwelliger Leistungsangebote. Durch das Regionale Pflegebudget erhalten die Kreise und kreisfreien Städte nunmehr einen erhöhten Anreiz, ambulante Pflegeformen ergänzt durch niedrigschwellige Angebote zu fördern bzw. zu finanzieren. Nach § 45c Abs. 3 SGB XI umfassen niedrigschwellige Angebote Leistungen der Betreuung und Beaufsichtigung, die stundenweise durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer erbracht werden und die organisatorisch in der Regel z. B. den freigemeinnützigen Trägern oder weiteren Einrichtungen der Lebens- oder Nachbarschaftshilfe angegliedert sind. Die Helferinnen und Helfer werden bei ihrer Tätigkeit durch Fachkräfte pflegefachlich angeleitet und ermöglichen eine (zeitweise) Entlastung pflegender Angehöriger. Durch die Betreuungs- und Hilfeangebote niedrigschwelliger Leistungsanbieter können Pflegebedürftige auch dann noch ein selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Umgebung führen, wenn die Angehörigen nicht in der direkten Umgebung wohnen und sich folglich nicht selbst um die Pflege und Betreuung kümmern können.

Zivilgesellschaftlich Engagierte

Einbindung in ein Gesamtnetz aus medizinisch-pflegerischen Versorgungsstrukturen

Bereits heute bestehen in den Kommunen und Quartieren zahlreiche Initiativen zivilgesellschaftlichen Engagements. Diese Strukturen sollen in ein Gesamtnetz aus medizinisch-pflegerischen sowie Betreuungs- und Hilfestrukturen eingebunden werden. Zivilgesellschaftliches Engagement kann ebenfalls dazu beitragen, pflegende Angehörige zu entlasten und somit zu einer Stabilisierung ambulanter Pflegearrangements beitragen.

Innovative Pflegekonzepte

Ergänzung neuer Versorgungskonzepte um innovative Pflegekonzepte

Das bereits in den §§ 45c bis 45f SGB XI geregelte Initiativprogamm zur Förderung neuer Versorgungskonzepte und Wohnformen soll ausgebaut und um weitere innovative Pflegekonzepte ergänzt werden. Unterstützt wird der Ausbau zukünftig außerdem vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der gemäß § 125 SGB XI in den Jahren 2013 und 2014 bis zu 5 Millionen Euro aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste investieren kann. Das Regionale Pflegebudget bietet den Beteiligten mehr Anreize, diese neuen Versorgungskonzepte und Wohnformen voranzutreiben und dauerhaft in der Region zu etablieren.

Pflegeberatung

Das Regionale Pflegebudget sieht den flächendeckenden Ausbau der Pflegeberatung vor. Dabei sollen bereits bestehende gewachsene Beratungsstrukturen (z. B. Pflegestützpunkte) keinesfalls ersetzt, sondern vielmehr in das regionale Versorgungsnetz integriert werden.

Integration bestehender Beratungsstrukturen in regionales Versorgungsnetz

Entscheidend ist auch hier die dezentrale Steuerung der Pflegeberatung durch die Regionale Einheit. Nur regional ist das erforderliche Wissen über die unterschiedlichen Pflege- und Hilfeangebote sowie sonstige regionale Gegebenheiten vorhanden. Daher wird auch die Pflegeberatung im Zuge der Umstrukturierung regionalisiert und von der Regionalen Einheit organisiert und gesteuert. Der Rechtsanspruch auf umfassende Beratung besteht auch beim Regionalen Pflegebudget, allerdings nicht länger gegenüber den Pflegekassen, sondern gegenüber der Regionalen Einheit.

Dezentrale Steuerung der Pflegeberatung durch RE

Neben der Pflegeberatung bieten die Anlaufstellen im Bedarfsfall auch Case & Care Management an. Eine umfassende und passgenaue Pflegeberatung gibt pflegenden Angehörigen die nötige Sicherheit im Umgang mit dem meist plötzlich eintretenden Pflegefall und fördert damit die Bereitschaft zur informellen Pflege. Information, Beratung und Case & Care Management sind wesentliche Bestandteile des Regionalen Pflegebudgets. Eine regionalisierte Pflegeberatung ermöglicht ein optimales Ineinandergreifen örtlicher Versorgungsstrukturen.

Bei Bedarf Angebot von Case & Care Management

2.4.3 Akteure auf der Nachfrageseite

Pflegebedürftige

Den Pflegebedürftigen bleibt ihr heutiger Leistungsanspruch erhalten. Allerdings beantragen und erhalten sie ihre Leistung beim Regionalen Pflegebudget nicht länger vom zuständigen Pflegeversicherungsträger, sondern von der Regionalen Einheit. Sie können weiterhin Pflegeleistungen im Rahmen des ihnen zustehenden Leistungsbudgets gemäß ihrer persönlichen Präferenzen nachfragen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, regionale Zusatzleistungen in Anspruch zu nehmen. Durch die flächendeckende Verbreitung der Pflegeberatungsstellen erhalten Pflegebedürftige auf ihre Region maßgeschneiderte Beratungsangebote direkt vor Ort.

Vorteile des Regionalen Pflegebudgets: Versorgung nach Maß …

Die Stärkung regionaler Strukturen soll darüber hinaus die gesellschaftliche Teilhabe älterer vor allem pflegebedürftiger Menschen erhalten und erhöhen. Nur auf regionaler Ebene, im Sozialraum, ist es möglich, den Solidaritätsgedanken wieder stärker zu verankern und eine Kultur des Miteinanders zu etablieren. Die Einbindung und Aktivierung älterer Menschen trägt dazu bei, Pflegebedürftigkeit zu verzögern oder gänzlich zu vermeiden.

… sowie Erhalt und Steigerung der gesellschaftlichen Teilhabe

Angehörige

Antragstellung auf Leistungen künftig bei der RE

Der Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung wird im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets nicht länger bei der Pflegeversicherung selbst, sondern bei der Regionalen Einheit gestellt.

Vorteile des Regionalen Pflegebudgets für Angehörige der Pflegebedürftigen

Häufig wählen Angehörige und Pflegebedürftige gemeinsam die gewünschte Pflegeform sowie den entsprechenden Leistungsanbieter aus. Sowohl Pflegebedürftige als auch ihre Angehörigen wünschen sich in den meisten Fällen, dass der Pflegebedürftige so lange wie möglich zu Hause in seiner gewohnten Umgebung gepflegt werden kann. Dabei übernehmen die Angehörigen gegebenenfalls sogar selbst die Pflege und Betreuung des Pflegebedürftigen oder werden über regional bewilligte Zusatzleistungen in der Pflege entlastet. Das Regionale Pflegebudget bietet Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eine quartiersnahe individuelle Pflegeberatung sowie auf Wunsch auch Case oder Care Management.

Entlastung durch Ausbau niedrigschwelliger Angebote und Vernetzung von Pflegestrukturen

Der Ausbau niedrigschwelliger Hilfen bei gleichzeitiger Vernetzung mit medizinisch-pflegerischen Versorgungsstrukturen ermöglicht pflegenden Angehörigen eine (zeitweise) Entlastung. Wohnen die Angehörigen nicht in greifbarer Nähe zum Pflegebedürftigen, können niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsleistungen die ergänzende informelle Betreuung durch Angehörige ersetzen und damit zur Vermeidung der stationären Pflege beitragen. Dies entspricht nicht nur den Wünschen der Pflegebedürftigen, sondern auch dem Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Zukünftig Pflegebedürftige

Möglichkeiten zur Mitgestaltung des Pflegeprozesses

Die zukünftigen Pflegebedürftigen haben die Möglichkeit, den Reformprozess heute mitzugestalten, indem sie sich z. B. als Ehrenamtliche zur Verfügung stellen, um den Ausbau der ambulanten Betreuungsmöglichkeiten in den Kommunen zu ermöglichen. Werden sie eines Tages selbst pflegebedürftig, so stehen ihnen im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets die gleichen Leistungen zu wie den heutigen Pflegebedürftigen. Über die Möglichkeit der Pflegeberatung können sich diese rechtzeitig vor Eintreten des Akutpflegefalls über mögliche Versorgungsformen sowie ausgewählte Anbieter informieren.

Tabelle 2.6 stellt die oben beschriebenen Aufgaben und Kompetenzen der verschiedenen Akteure in der Pflege bei einer Neustrukturierung hin zum Regionalen Pflegebudget den Aufgaben und Kompetenzen im Status quo gegenüber.

Tabelle 2.6: Aufgaben und Kompetenzen der Akteure in der Pflege

		Kompetenzen/Aufgaben		Beziehung zu der RE
		Status quo	Regionales Pflegebudget	
I Betroffene	Pflegebedürftige	Nachfrage gemäß persönlicher Präferenz	Nachfrage gemäß persönlicher Präferenz; Wahl des Pflegeanbieters (nun auch unter den „präferierten"); Leistungsbeantragung und -empfang direkt bzw. indirekt über RE	Gesetz
	Angehörige	Informelle Pflege; Wahl des Pflegeanbieters	Informelle Pflege; Wahl des Pflegeanbieters (nun auch unter den „präferierten"); Leistungsbeantragung und -empfang direkt bzw. indirekt über RE	Gesetz
	zukünftig Pflegebedürftige	Mitgestaltung des Reformprozesses	Stärkere Einbindung bei der Mitgestaltung des Reformprozesses als Ehrenamtliche; Vorabinformation vor Akutpflege durch Pflegeberatung	informell
II Anbieter am Pflegemarkt	Stationäre Einrichtungen	Sicherstellung der stationären Versorgung	Sicherstellung der stationären Versorgung; Kostenerstattung indirekt über RE; Zertifikat als „präferierte Leistungsanbieter", wenn sektorenübergreifender Versorgungsansatz verfolgt wird	Zulassung, Selektivvertrag
	Ambulante Pflegedienste	Sicherstellung der ambulanten Versorgung	Sicherstellung der ambulanten Versorgung; Kostenerstattung indirekt über RE; Zertifikat als „präferierte Leistungsanbieter", wenn sektorenübergreifender Versorgungsansatz verfolgt wird; Entlastung durch Ehrenamtliche und niedrigschwellige Versorgung	Zulassung, Selektivvertrag
	Sektorenübergreifende Anbieter	Erste Ansätze, aber geringe Anreize	Deutlicher Ausbau aufgrund gestiegener Anreize: integrierte Versorgung auf Quartiersebene durch Kooperation zwischen Berufsgruppen und Institutionen	Zulassung, Selektivvertrag
	Niedrigschwellige Anbieter	Erste Ansätze, aber geringe Anreize	Deutlicher Ausbau aufgrund gestiegener Anreize zur Nutzung ambulanter Pflegeformen und niedrigschwelliger Angebote; Entlastung der ambulanten Pflegedienste	ggf. selektiv
	Zivilgesellschaftlich Engagierte	Unterstützung bei informeller Pflege	Stärkere Einbindung zur Stabilisierung ambulanter Pflegearrangements; Entlastung der ambulanten Pflegedienste	ggf. selektiv
	Innovative Pflegekonzepte	Erste Ansätze, aber geringe Anreize	Deutlicher Ausbau auf Grund gestiegener Anreize zur Förderung und Umsetzung neuer Wohnformen und sonstiger neuer Versorgungskonzepte und -strukturen	ggf. selektiv
	Pflegeberatung (Pflegestützpunkte)	Beratung der Betroffenen bei Wahl der Pflegeform; unterstehen den Pflegekassen	Verstärkte Einbindung in die Pflegeplanung (Case & Care Management, Fokus auf niedrigschwellige Versorgung und innovative Quartierskonzepte) über die Kommunen; unterstehen der RE	Dienst- und Fachaufsicht
III Staat	Bund/ Sozialversicherung	Zuweisung der Finanzmittel an die Pflegekassen auf Landesebene, Rahmengesetzgebung	Schaffung der Voraussetzungen im Sozialrecht (Entkopplung der Pflegekassen von den Krankenkassen & Übertragung der Verantwortung auf die Länder)	Rahmengesetzgebung, Vertragspartner
	MDK	Kontrolle/Sicherung der Qualität; Pflegebedarfsprüfung	Kontrolle/Sicherung der Qualität (im stationären Bereich unterstützt durch die Heimaufsicht); Pflegebedarfsprüfung	Gesetz
	Länder	Investionsfinanzierung im stationären Bereich; z.T. Pflegebedarfsplanung	Schaffung von Kompetenzstrukturen, eines rechtlichen Rahmens für die RE auf der Kreisebene; Übernahme von Verwaltungsaufgaben (Sachbearbeitung)	Aufsicht
	Kreise bzw. Kommunen	geringe Kompetenzen, z.T. Einbindung in Infrastruktur- und Pflegebedarfsplanung; Zahlung der HzP; einzelne Leuchtturmprojekte	Verbindliche Planungs- und Steuerungskompetenz; Verknüpfung von Kundensouveränität, Netzwerkbildung sowie kultureller und infrastruktureller Weiterentwicklung inkl. Förderungsinstrumenten	Dienstaufsicht
	Kommunen	Geringe Kompetenzen	Sicherung kommunaler Hilfestrukturen; Förderung und Weiterentwicklung von Vernetzung, Kooperation und Austausch zwischen Institutionen im Sozialraum; Einbindung und Unterstützung zivilgesellschaftlich engagierter Personen; Gestaltung der Umsteuerung des Pflegepfads vor Ort	Kooperationspartner; indirekt über Kreisverwaltung

Quelle: Eigene Darstellung.

3 Die Vision wird greifbar

Ausblick auf die nachfolgenden Berichte

Wie wirkt sich das Regionale Pflegebudget konkret auf die verschiedenen Akteure in der Pflege aus? Um die Vision greifbar zu machen, berichten im Folgenden eine Pflegekraft, ein Sozialdezernent, eine Angehörige, eine Pflegebedürftige und eine Einrichtungsleiterin aus dem Landkreis Friklingen über ihre ganz persönlichen Erfahrungen mit dem Regionalen Pflegebudget.

Monika S. (42 Jahre, Angehörige) berichtet über die erste Zeit, nachdem ihre Mutter infolge eines Schlaganfalls von einem Tag auf den anderen zum Pflegefall wurde:

Als meine Mutter nach einem Schlaganfall von einem Tag auf den anderen zum Pflegefall wurde, waren wir Kinder mit dieser Situation zunächst vollkommen überfordert. Durch ihre halbseitige Lähmung würde sie zukünftig im Alltag auf Unterstützung angewiesen sein. Die Fragen überschlugen sich förmlich in unseren Köpfen: Was ist als Erstes zu tun? An wen können wir uns wenden? Können wir Mutti zu Hause pflegen? Brauchen wir professionelle Unterstützung? Und so weiter. Über allem schwebte die Angst, wir könnten etwas falsch machen.

Keine fünf Jahre zuvor war unser Vater an Leukämie erkrankt. Wir erinnerten uns mit Schrecken an die anfänglichen Versuche meiner Mutter, unseren Vater zu Hause zu versorgen. Auch mit unserer Unterstützung war es ihr kaum möglich, meinen Vater zu pflegen, weitere Hilfen zu organisieren und sich zugleich um die verschiedenen Anträge und den Schriftwechsel zu kümmern. Schließlich waren wir bereits nach zwei Monaten gezwungen, unseren Vater in einem Pflegeheim versorgen zu lassen. Beide Eltern kamen nur schwer mit dieser Situation zurecht. Nachdem unser Vater nach weiteren acht Monaten im Heim verstarb, äußerte unsere Mutter einen Wunsch immer wieder und mit Nachdruck: „Sollte ich einmal pflegebedürftig sein, möchte ich, wenn es nur irgendwie möglich ist, zu Hause in meiner Wohnung versorgt werden."

Zu gerne wollten wir ihr diesen Wunsch erfüllen. Allerdings wohnten weder meine Schwester noch ich in greifbarer Nähe. Beide hatten wir Familie und Beruf. Um Antworten auf unsere vielen Fragen zu finden, beschlossen wir, uns bei dem Pflegestützpunkt beraten zu lassen, der vor Kurzem ganz in der Nähe der Wohnung meiner Mutter eingerichtet worden war.

Bereits nach dem ersten Beratungsgespräch mit Frau K. vom Pflegestützpunkt „Weserstraße" hatten sich unsere Nerven schon merklich beruhigt. Nachdem wir die damalige Situation unseres Vaters und die Krankheitsgeschichte meiner Mutter geschildert hatten, stellten wir die für uns alles entscheidende Frage: Besteht die Möglichkeit, dass meine Mutter zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung versorgt werden kann, ohne dass eine von uns Schwestern dort einzieht? Insgeheim rechneten wir mit einem klaren „Nein" der Pflegeberaterin, doch im Gegenteil: Frau K. informierte uns darüber, dass sich mit der Einführung des Regionalen Pflegebudgets vor gut einem Jahr Einiges getan hatte. Friklingen verfügte inzwischen über ein gut ausgebautes Netz aus formellen und informellen Versorgungs- und Hilfestrukturen. Durch das Zusammenwirken von Hausarzt, ambu-

lantem Pflegedienst und Nachbarschaftshilfe wird eine Versorgung in den eigenen vier Wänden möglich. Und auch um die Kosten müssen wir uns keine Gedanken machen, so Frau K. Die Nachbarschaftshilfe wird vollständig vom Landkreis finanziert.

Anschließend ging Frau K. mit uns in aller Ruhe die weiteren Schritte durch: Wir vereinbarten einen Termin für einen Hausbesuch, bei dem sich Frau K. ein Bild der Wohnverhältnisse meiner Mutter machen konnte. Mit Einwilligung meiner Mutter bekam die Pflegeberaterin Einsicht in das MDK-Gutachten und konnte sich so bis zu unserem nächsten Treffen ein genaues Bild des Hilfebedarfs meiner Mutter machen. Darüber hinaus informierte sie uns über das ehrenamtliche und professionelle Leistungsangebot in der Umgebung sowie das Vorgehen bei der Antragsstellung auf Pflegeleistungen.

Im Anschluss an den Hausbesuch hat uns Frau K. empfohlen, einige Umbaumaßnahmen in der Wohnung meiner Mutter vorzunehmen. Dies würde ihr den Alltag deutlich erleichtern. Auch die erforderlichen Hilfsmittel zeigte sie uns auf. Schließlich erarbeiteten wir gemeinsam einen individuellen Pflegeplan nach den Wünschen und Bedürfnissen meiner Mutter.

Natürlich fragten wir uns, wie das möglich war. Lediglich fünf Jahre lagen zwischen der Pflegebedürftigkeit unseres Vaters und der unserer Mutter. Allerdings konnte man das angesichts der Veränderungen im Hinblick auf Beratung, Betreuung und Versorgung, die uns und vor allem unserer Mutter hier zuteil wurde, kaum glauben. Was der Landkreis Friklingen im Rahmen der Umstellung auf das Regionale Pflegebudget auf die Beine gestellt hatte, war beeindruckend. Weder für die Beratung und Koordination noch für die Betreuung durch die Nachbarschaftshilfe fielen für uns zusätzliche Kosten an.

Durch die Beratung und Unterstützung von Frau K. vom Pflegestützpunkt „Weserstraße“ haben wir mehr Sicherheit im Umgang mit den täglichen Herausforderungen, die die Versorgung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds mit sich bringt, gewonnen. Für die pflegerische Versorgung kommt zweimal täglich eine Pflegekraft des Pflegedienstes, den unsere Mutter ausgewählt hat. Außerdem kommt für die weitere Betreuung nahezu täglich jemand von der Nachbarschaftshilfe und unterstützt Mutti in alltäglichen Aufgaben. Unsere Mutter schwärmt geradezu von der Dame von der Nachbarschaftshilfe – sie hatte mit ihrem Einstieg in die Rente eine neue sinnvolle Aufgabe gesucht und kümmert sich rührend um Mutti. Für meine Schwester und mich ist es sehr beruhigend zu wissen, dass unsere Mutter in guten Händen ist und dass es ihr an nichts fehlt. Frau K. steht uns weiterhin mit Rat und Tat zur Seite und koordiniert, wenn nötig, die verschiedenen Hilfen.

Katja P. (47 Jahre, Altenpflegerin in einem ambulanten Pflegedienst in Friklingen) berichtet über die Veränderungen, die sich seit Einführung des Regionalen Pflegebudgets in ihrem Arbeitsalltag ergeben haben:

Zwei Jahre sind nun seit der vollständigen Einführung des Regionalen Pflegebudgets vergangen. In einigen Bereichen waren schon bald nach der Einführung erste Erfolge zu verbuchen, die aus der Umstrukturierung in der Pflege resultierten. Leider war für uns Pflegekräfte zunächst keine Verbesserung erkennbar. Dies führte nicht nur bei mir, sondern auch bei vielen Kolleginnen und Kollegen zu Unmut. Wieder einmal hatten „die da oben" an alles gedacht, allein wir Pflegekräfte wurden – wie schon so oft – vergessen. Doch dem ist nicht mehr so: Inzwischen sind auch bei uns Pflegekräften erste Verbesserungen im Arbeitsalltag erkennbar.

Ich denke, alle meine Kolleginnen und Kollegen aus der ambulanten Altenhilfe kennen die Situation noch: Man kommt zu einem Patienten nach Hause und wirkt eher als Stressfaktor, anstatt sich auch nur ein bisschen Zeit für den Menschen nehmen zu können – drei Worte wechseln, eine Hinwendung geben. Wir waren gezwungen „zack, zack, zack" minutengenau unsere Aufgaben abzuarbeiten und schnell weiter zum nächsten Patienten zu fahren. Für uns Pflegerinnen und Pfleger war dies oft eine starke psychische Belastung und für die meist älteren Pflegebedürftigen auch. Haben wir unseren Beruf doch gewählt, um mit Menschen zu arbeiten und Menschen zu helfen. Zu oft waren wir gezwungen, Patienten enttäuscht und alleine zurückzulassen.

Heute, nach zwei Jahren mit dem Regionalen Pflegebudget, hat sich die Situation für uns, aber vor allem für unsere Patienten merklich verbessert. Für uns Pflegerinnen und Pfleger zeigt sich langsam eine leichte Entspannung bei der Minutenpflege. Im Hinblick auf bessere Rahmen- und Beschäftigungsbedingungen in der Pflege sind wir damit sicherlich noch lange nicht am Ziel, es ist jedoch ein Anfang, der uns hoffen lässt.

Eine merkliche Verbesserung ist jedoch im Hinblick auf die sozialen Teilhabemöglichkeiten der pflegebedürftigen Menschen eingetreten. Die finanzielle Förderung der Nachbarschaftshilfe durch den Landkreis Friklingen hat dazu beigetragen, dass Pflegebedürftige wieder mehr am sozialen Leben teilnehmen können. Zu wissen, dass wir nicht der einzige soziale Kontakt im Tagesablauf unserer Patienten sind, stellt für uns eine große Entlastung dar. Die Veränderung bei unseren Patienten ist unübersehbar – sie nehmen wieder am Leben teil.

Und auch bei mir bemerkte ich eines Tages eine Veränderung: Lange Jahre war mein Arbeitsalltag von dem Bewusstsein geprägt gewesen, mich nicht in dem Maße um meine Patienten kümmern zu können, wie ich es eigentlich für richtig und notwendig erachtet hätte. Ohne die dauernden Gewissensbisse übe ich meinen Beruf wieder mit mehr Freude aus. Ich weiß wieder genau, warum ich mich für diesen Beruf entschieden habe. Das Regionale Pflegebudget ermöglicht eine bessere Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Gleichzeitig trägt es aber auch dazu bei, dass der Pflegeberuf wieder attraktiver wird.

Helmut R. (54 Jahre, Sozialdezernent von Friklingen) berichtet von seinen Erfahrungen mit dem Regionalen Pflegebudget:

In meiner Funktion als Sozialdezernent von Friklingen beschäftige ich mich nun bereits seit fast acht Jahren mit den kommunalen Sozialausgaben. Während dieser Zeit ist der Kostendruck auf die kommunalen Haushalte stetig angestiegen, gleichzeitig wurden die Handlungsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene immer geringer. Ich gebe zu, als ich zum ersten Mal von der Idee eines Regionalen Pflegebudgets hörte, war ich alles andere als begeistert. Ich konnte mir nicht vorstellen, dass wir auf diese Weise auch nur im Ansatz etwas an der Grundproblematik würden ändern können. Im Endeffekt würde dies doch wieder einmal zusätzlichen Aufwand für die Kommunen, Kreise und kreisfreien Städte bedeuten. Zwar wurde immer wieder betont, dass den Kommunen keine zusätzlichen Kosten entstehen, doch daran glaubte bei uns im Landkreis Friklingen niemand.

Heute, gut ein Jahr nach der endgültigen Einführung des Regionalen Pflegebudgets, hat sich meine Einstellung geändert. Hinter uns liegt eine intensive Umstellungsphase. Während der fünfjährigen Konvergenzphase arbeitete das Team der Regionalen Einheit mit Hochdruck an dem Aufbau und der Vernetzung der regionalen Versorgungs- und Hilfestrukturen. Dabei mussten wir feststellen, dass bereits viel Potenzial vorhanden war, auf dem wir aufbauen bzw. welches wir einbinden konnten. Auf der anderen Seite hatten wir zeitweise aber auch mit erheblichen Widerständen zu kämpfen. Auch die Leistungserbringer in der Region mussten sich verändern. Die sektoralen Grenzen zwischen den bestehenden ambulanten und stationären Strukturen mussten überwunden werden, um einen vielschichtigen Versorgungsmix aus medizinisch-pflegerischen und Betreuungsleistungen zu schaffen. Innovative und integrierte Versorgungskonzepte sollen zukünftig zu einer wohnortnahen, bedarfsgerechten Versorgung unserer Bürgerinnen und Bürger beitragen. Zahlreiche Verhandlungen und Besprechungen, in denen wir immer wieder nachjustieren mussten, haben uns schließlich dorthin gebracht, wo wir heute stehen:

Der Landkreis Friklingen verfügt über ein gut funktionierendes Netzwerk aus Teilhabe-, Hilfe- und Pflegestrukturen im informellen wie auch im formellen Bereich. Dank den sechs neu eingerichteten Pflegestützpunkten sowie der Einbindung des bereits bestehenden Pflegestützpunktes kann allen Bürgerinnen und Bürgern ein einfacher Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung ermöglicht werden. Besonders stolz sind wir vom Landkreis Friklingen darauf, dass unseren Bürgerinnen und Bürgern mit der Nachbarschaftshilfe Friklingen ein kostenfreies Teilhabe- und Betreuungsangebot zur Verfügung steht. Durch die Schaffung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen konnte der Landkreis Friklingen bereits nach einem Jahr frei werdende Mittel des Regionalen Pflegebudgets in eine bessere Versorgungslandschaft reinvestieren. Seit Anfang dieses Jahres fließen diese Mittel in das Teilhabe- und Betreuungsangebot der Nachbarschaftshilfe Friklingen.

Rückblickend kann ich sagen, dass die Versprechungen keine leeren Phrasen waren: Dem Landkreis Friklingen sind durch die Umstellung auf das Regionale Pflegebudget keine zusätzlichen

Kosten entstanden. Im Hinblick auf die Ausgaben der Hilfe zur Pflege konnten wir bereits einen leichten, wenn auch sehr geringen Rückgang verzeichnen. Der größte Erfolg sind für uns jedoch die vielen positiven Rückmeldungen von Pflegebedürftigen, Angehörigen und auch Pflegekräften aus dem Landkreis. Dies ist für uns der Beweis, dass sich die Mühe gelohnt hat. Es war sicher ein Vorteil, dass wir unsere anfänglichen Vorbehalte rasch aufgegeben und uns schon in der Konvergenzphase ganz auf das Pflegebudget eingelassen haben.

Hilde M. (83 Jahre, Pflegebedürftige der Stufe I) berichtet über ihre Erfahrungen vor und nach der Einführung des Regionalen Pflegebudgets:

Als bei meinem Mann, Günther, vor etwa fünf Jahren Leukämie diagnostiziert wurde, stand für mich fest, dass ich ihn hier zu Hause in unserer Wohnung versorgen würde. Über 50 Jahre waren wir verheiratet gewesen. Wir waren ein eingespieltes Team an jedem Tag und würden auch diese schwere Zeit gemeinsam durchstehen.

Doch Günthers Zustand verschlechterte sich schneller als erwartet. Und bald musste ich feststellen, dass ich der Situation nicht mehr gewachsen war: Die vielen Antragsformulare für die Versicherung, die Organisation der verschiedenen Hilfen und die Pflege meines Mannes überforderten mich zunehmend. Das alles war so plötzlich gekommen und niemand konnte mir genau sagen, was wie zu tun war. Ich wollte alles richtig machen, stellte aber schnell fest, dass ich mit der Situation vollkommen überfordert war. Meine Töchter standen mir zwar mit Rat und Tat zur Seite, doch mussten auch sie sich um ihre Familien kümmern und konnten nicht ständig die weite Fahrt auf sich nehmen. Bereits nach zwei Monaten war ich mit meinen Kräften am Ende. Schweren Herzens suchten wir für Günther einen Platz in einem Pflegeheim. Hier verbrachte er die letzten acht Monate seines Lebens. Wir beide litten sehr unter der Situation. Nie hätte mir Günther Vorwürfe gemacht, dennoch fühlte ich mich, als ob ich ihn abgeschoben hätte.

Nach einem Schlaganfall war nun auch ich auf Unterstützung angewiesen. Direkt kamen mir die Bilder meines Mannes in den Kopf, wie er einsam in seinem Zimmer im Pflegeheim gelegen hatte. Ich hatte große Angst davor, ins Heim zu müssen und dadurch auch noch die letzten spärlichen Kontakte zu Freunden und Nachbarn zu verlieren. Mir war klar, dass mich meine Töchter nicht pflegen können und ich hätte auch nicht gewollt, dass sie ihre Leben für mich auf den Kopf stellten. Ich erinnere mich noch gut, wie geknickt sie an meinem Krankenbett saßen – wir alle hatten die gleichen Gedanken. Doch nach dem Gespräch mit Frau K. von der Pflegeberatung berichteten mir meine Töchter, dass es vielleicht doch eine Möglichkeit gibt, dass ich in meiner Wohnung bleiben konnte.

Und so war es dann auch. Seitdem wir die von Frau K. empfohlenen Umbauarbeiten in meiner Wohnung vorgenommen haben, kann ich mich darin mit dem Rollstuhl frei fortbewegen. Beim Aufstehen, Waschen und Zubettgehen bekomme ich Unterstützung von einem Pflegedienst, mittags eine warme Mahlzeit von Essen auf Rädern und beinahe täglich kommt Birgitt, die nette

Dame von der Nachbarschaftshilfe. Birgitt unterstützt mich tatkräftig bei den alltäglichen Dingen und ist auch immer für einen Plausch zu haben. Ich bin so glücklich, dass ich in meinem gewohnten Umfeld bleiben konnte und nicht meinen Töchtern zur Last falle. Auch die gelegentlichen Kaffeekränzchen mit Freundinnen oder Nachbarn konnte ich beibehalten.

Isabell F. (51 Jahre, Leiterin eines beispielhaften Quartierkonzepts) berichtet ihre Erfahrungen bei der Etablierung eines neuen Versorgungskonzepts vor und mit dem Regionalen Pflegebudget:

Vor meinem Studienabschluss zur Pflegewissenschaftlerin war ich lange Jahre als Pflegekraft zunächst in einem Pflegeheim und später bei einem ambulanten Dienst tätig. Aus dieser Erfahrung heraus weiß ich, dass eine gute Versorgung pflegebedürftiger Menschen mehr ausmacht als die reine medizinisch-pflegerische Versorgung. Relevant sind eben auch die psychische und emotionale Gesundheit sowie die soziale Teilhabe der Pflegebedürftigen. In der Versorgung älterer Menschen spielte dies bislang keine Rolle. Aus diesem Grund beschloss ich nach fast siebenjähriger Erfahrung als Leiterin eines ambulanten Pflegedienstes, gemeinsam mit einer langjährigen Kollegin ein innovatives Versorgungsmodell für die bedarfsorientierte ambulante Versorgung von pflegebedürftigen und an Demenz erkrankten Menschen ins Leben zu rufen.

Im März 2009 war es dann soweit, wir gründeten die Genossenschaft „Alt im Quartier“. „Alt im Quartier“ bietet neben der Grundpflege ebenfalls Betreuung und haushaltnahe Dienstleistungen an. Ergänzt werden diese Angebote durch individuelle Beratungsgespräche sowie den Aufbau eines Quartiermanagements, das ganz gezielt auf freiwilliges Engagement in der Nachbarschaft setzt. „Alt im Quartier“ ermöglicht damit eine bedarfsgerechte wohnortnahe Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen. Insbesondere demenziell erkrankten Menschen kann auf diesem Wege noch lange ein selbstbestimmtes Leben und der Verbleib im gewohnten sozialen Umfeld ermöglicht werden.

Mithilfe der Projektförderung gemäß § 45c Abs. 1 SGB XI war es uns möglich, bislang nicht marktfähige Dienstleistungen anzubieten. Darunter fielen insbesondere die Betreuungs- und Teilhabeleistungen, aber auch die Unterstützung unserer Freiwilligen. Als die Projektförderung schließlich nach fünf Jahren auslief, kamen wir zunehmend in finanzielle Bedrängnis. Zwar war unser Konzept in den vergangenen Jahren von politischer Seite als beispielhaftes Versorgungskonzept gelobt worden – und auch unsere Kunden waren voll des Lobes, dies änderte jedoch nichts an unserer finanziellen Situation. Unser Leistungsangebot, das über die medizinisch-pflegerischen Leistungen hinausging, wurde durch die Pflegeversicherung nicht bezahlt. Auch die Einführung der zusätzlichen Leistungen für Versicherte in der häuslichen Versorgung mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf zum 1. Januar 2013 im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) hatten keine nennenswerten Auswirkungen.

Ende 2015 waren wir drauf und dran – entgegen unseren Überzeugungen – unser Projekt aufzugeben und zu herkömmlichen Versorgungskonzepten zurückzukehren, als mich eines Tages Herr R., der Sozialdezernent von Friklingen anrief. Herr R. war von Anfang an ein bekennender Fan unseres Projekts gewesen. Nun teilte mir Herr R. mit, dass der Landkreis im Rahmen des sich noch in der Startphase befindenden Regionalen Pflegebudgets auf der Suche nach unterstützungswürdigen Versorgungskonzepten war. Unterstützungswürdig waren aus Sicht des Landkreises Konzepte, die eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung pflegebedürftiger Menschen ermöglichten und das Potenzial hatten, stationäre Pflege zu vermeiden (insbesondere bei Pflegebedürftigen der Stufe I) oder zumindest zu verzögern. Der Landkreis Friklingen hatte es bereits in den ersten beiden Jahren der Startphase geschafft, dass Mittel aus dem Regionalen Pflegebudget frei geworden waren. Herr R. war der Auffassung, dass nicht zuletzt die Genossenschaft „Alt im Quartier“ ihren Beitrag dazu geleistet hatte. Daher würde der Landkreis Friklingen ab diesem Jahr einen bestimmten Anteil der frei gewordenen Mittel in die Unterstützung unseres Projekts investieren. Das war unsere Rettung.

Was früher kaum möglich war, hat das Regionale Pflegebudget geschafft: Innovative bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen können auch nach Ablauf der Projektförderung fortbestehen. Zwar haben wir unser Beratungsangebot nach dem flächendeckenden Ausbau der Pflegestützpunkte aufgegeben. Die übrigen Angebote erfreuen sich nach wie vor großer Beliebtheit. Wir konnten die Kommune auch überzeugen, die Unterstützung von Freiwilligen in ihr Förderkonzept aufzunehmen, sodass diese Leistungen nun auch aus dem Pflegebudget finanziert werden können. Wir freuen uns und sind dankbar, unseren Kunden auch weiterhin Pflege und Betreuung nach ihren Wünschen und Bedürfnissen bieten zu können. Unser Ziel ist es nun, mit den neu geschaffenen Strukturen Pflegebedürftigen ein langes selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Dazu gehört für uns auch, dass nahezu allen Pflegebedürftigen mit erheblichem Pflegebedarf (Stufe I), die bislang noch stationär gepflegt werden, diese Selbstständigkeit zurückgegeben wird.

4 Umsetzung der Vision

Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets ohne Grundgesetzänderung

Die Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets ist ohne Grundgesetzänderung möglich. Dazu müssen die Pflegekassen von den Krankenkassen entkoppelt werden.[27] Somit wären gemäß § 1 Abs. 3 SGB XI nicht länger die Krankenkassen, sondern die Pflegekassen auf Landesebene Träger der sozialen Pflegeversicherung.

Rechtliche Voraussetzungen zur Bestimmung der Trägerschaft

Nach der Abkopplung der Pflegekassen von den Krankenkassen hat der Bundesgesetzgeber die Möglichkeit, nach Art. 84 Abs. 1 Satz 2 GG die Einrichtung der Behörden und das Verwaltungsverfahren zu regeln.[28] Demnach müsste im SGB XI (entsprechend Art. 84 Abs. 1 Satz 1 GG) geregelt sein, dass die Träger der sozialen Pflegeversicherung von den Ländern bestimmt werden, wobei es den Ländern überlassen bleibt, ob diese eine oder mehrere Pflegekassen auf Landesebene errichten. Im Übrigen sind die Kreise und kreisfreien Städte als Träger der sozialen Pflegeversicherung zu bestimmen.[29] Für die Trennung von Pflege- und Krankenkassen wäre lediglich § 1 Abs. 3 SGB XI zu ändern (sowie die zahlreichen Vorschriften im SGB XI, in denen von „Pflegekassen“ die Rede ist).

Vorteil der landesweiten Ausführung des SGB XI

Durch die Ausgestaltungsmöglichkeit der Errichtung einer oder mehrerer Pflegekassen auf Landesebene wird die landesweite Ausführung des SGB XI möglich. Dabei ist es durchaus sinnvoll, dass die Länder die Organisationsentscheidung entsprechend der vorhandenen wirtschafts- und sozialräumlichen Zusammenhänge treffen. Verglichen mit den Zuständigkeitsbereichen der Krankenkassen, die eben nicht systematisch wirtschafts- und sozialräumlich angelegt sind, kann sich dies als großer Vorteil erweisen. Um die Schnittstelle zur Krankenversicherung möglichst durchlässig zu gestalten, empfiehlt es sich jedoch, die Krankenkassen auf Landesebene in die Strukturen der jeweiligen Pflegekasse einzubinden.

Sicherstellung der Leistungsfähigkeit durch Art. 104 a Abs. 3 GG

Die finanzielle Leistungsfähigkeit der kommunalen Träger, die die soziale Pflegeversicherung ausführen, wir durch Art. 104 a Abs. 3 GG sichergestellt. Dieser besagt, dass Bundesgesetze, die Geldleistungen gewähren und von den Ländern ausgeführt werden, bestimmen können, dass die Geldleistungen ganz oder teilweise vom Bund getragen werden.

27 Dies ist erforderlich, da Art. 87 Abs. 2 GG die Ausführung des SGB XI durch Körperschaften des öffentlichen Rechts vorschreibt. Diese Vorschrift des Art. 87 Abs. 2 GG begründet sich jedoch rein aus dem Bestehen von länderübergreifenden Sozialversicherungsträgern. Durch die Errichtung der Pflegekassen auf Landesebene wird eine landesweite Ausführung des SGB XI möglich, ohne gegen Art. 87 Abs. 2 GG zu verstoßen.

28 Neben der Abkopplung der Pflege- von den Krankenkassen wurden alternative Konstruktionen der Zusammenarbeit zwischen Pflegekasse und Regionaler Einheit geprüft: Organleihe (das entliehene Organ (hier RE) wird als Organ des Entleihers (hier SPV) tätig, dessen Weisungen es unterworfen ist und dem die von diesem Organ getroffenen Maßnahmen und Entscheidungen zugerechnet werden), Amtshilfe (Unterstützung einer Behörde (hier SPV) durch eine andere Behörde (hier RE) bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben), Beleihung (dabei werden einem Privatrechtssubjekt (hier RE) hoheitliche Aufgaben übertragen; der Beliehene kann hierbei nicht zu einer Körperschaft des öffentlichen Rechts mutieren), die Regionale Einheit als Leistungserbringer (die RE agiert als einziger Leistungserbringer im örtlichen Bereich, die ihrerseits mit den Leistungserbringern die notwendigen Verträge abschließt). Im Ergebnis lassen sich bei allen Varianten erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken festhalten, sodass diese keine Alternative zu der hier aufgeführten Variante bzw. einer Änderung des Grundgesetzes darstellen.

29 Vgl. z. B. § 3 Abs. 2 SGB XII für die Sozialhilfe, wo allerdings bundesrechtlich geregelt ist, dass Träger der Sozialhilfe die kreisfreien Städte und Kreise sind; die Regelung ist nur aufgrund Art. 125a Abs. 1 GG verfassungsgemäß.

Führen die Länder die soziale Pflegeversicherung als eigene Angelegenheit aus und bestimmen dabei, dass kommunale Träger zuständig sein sollen, hängt es von der jeweiligen Landesverfassung ab, ob dabei das Konnexitätsprinzip greift.[30]

Implementierung der RE bei den Sozialämtern

Die Regionale Einheit wird in den Kreisen und kreisfreien Städten jeweils bei den Sozialämtern implementiert. In der Regel werden damit die Kreise und kreisfreien Städte Träger des Regionalen Pflegebudgets sein. Aber auch abweichende Organisationsformen sind denkbar. Auf diese Weise sollen bereits bestehende Strukturen genutzt werden, um eine möglichst unkomplizierte Einbindung der Regionalen Einheit zu ermöglichen.[31] Die Regionalen Pflegebudgets sind jedoch von den jeweiligen Kommunalhaushalten getrennt zu halten, da es sich nach wie vor um Mittel der Sozialversicherung handelt. Die Trennung entspricht dem Versicherungsprinzip.

Selbstverwaltung der Pflegekassen im Regionalen Pflegebudget gewährleistet

Die Selbstverwaltung der Pflegekassen ist auch im Regionalen Pflegebudget gewährleistet. Damit die Pflegekassen die Interessen ihrer Mitglieder wahrnehmen können, empfiehlt es sich jedoch, dass sich die Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse nach dem Wohnsitz bestimmt. Folglich bedarf es des Aufbaus einer Selbstverwaltung bei den Pflegekassen mit Einfluss auf die Träger der Regionalen Einheit.

Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets mit Grundgesetzänderung

Die Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets ist auch mit Grundgesetzänderung möglich: Gemäß Art. 87 Abs. 2 Satz 1 GG werden soziale Versicherungsträger, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Landes erstreckt, als landesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts geführt. Hier liegt das Kernproblem: Bleibt es bei den bisherigen Regelungen, wonach die Träger der sozialen Pflegeversicherung die Pflegekassen sind (§ 1 Abs. 3 SGB XI) und ihre Aufgaben von den Krankenkassen (§ 4 SGB V) wahrgenommen werden, deren Zuständigkeit sich zumeist über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, ist die soziale Pflegeversicherung durch bundesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts auszuführen (mittelbare Bundesverwaltung). Die Verlagerung der Verwaltungskompetenz auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte ist damit verfassungswidrig.

Bei der Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets mit Grundgesetzänderung sind zwei Varianten denkbar: eine mit „radikaler“ Änderung des Grundgesetzes und eine „gemäßigte“ Variante.

30 Siehe hierzu bspw. VerfGH NRW, Urt. v. 12.10.2010 – 12/09 – DVBl 2010, 1561.

31 In Regionen, in denen die örtlichen Träger der Sozialhilfe abweichend von den Kreisen und kreisfreien Städten organisiert sind, wird auch die Regionale Einheit entsprechend den bestehenden Strukturen abweichend eingebunden.

„Radikale“ Grundgesetzänderung

Durch eine „radikale“ Grundgesetzänderung kann eine kommunale Verwaltungszuständigkeit für die Ausführung der sozialen Pflegeversicherung geschaffen werden. Dies wäre (theoretisch) möglich; für den Verfassungsgesetzgeber bestehen insoweit keine Beschränkungen.[32] Die Organisationsstruktur der Sozialversicherung, wie sie in Art. 87 Abs. 2 GG normiert ist, ist weder explizit noch implizit verfassungsrechtlich geschützt.[33] Durch eine Grundgesetzänderung könnte das Regionale Pflegebudget damit eins zu eins verwirklicht werden. Auch Art. 85 Abs. 1 Satz 2 GG, wonach Gemeinden und Gemeindeverbänden durch Bundesgesetz Aufgaben nicht übertragen werden dürfen, stünde demnach einer Grundgesetzänderung nicht mehr entgegen.

„Gemäßigte“ Grundgesetzänderung

Abgesehen von einer „radikalen“ Grundgesetzänderung mit einer vollständigen Übernahme des Regionalen Pflegebudgets in das Grundgesetz, könnte eine Grundgesetzänderung an unterschiedlichen Punkten ansetzen:

1. Die kommunalen Träger können unmittelbar durch das Grundgesetz als ausführende Gebietskörperschaften bestimmt werden.

2. Die Ausführung der sozialen Pflegeversicherung ist den Ländern als eigene Angelegenheit überlassen (Art. 84 Abs. 1 Satz 1 GG). Dazu müsste die soziale Pflegeversicherung durch eine Grundgesetzänderung des Art. 87 aus Art. 87 Abs. 2 GG herausgenommen werden. Nach Art. 84 Abs. 1 Satz 2 GG könnte der (einfache) Bundesgesetzgeber sodann auch die Einrichtung der Behörden und das Verwaltungsverfahren regeln. Wie bereits bei der Variante ohne Grundgesetzänderung steht es den Ländern auch hier offen, ob diese eine oder mehrere Pflegekassen auf Landesebene errichten (Art. 84 Abs. 1 Satz 2 GG).[34]

32 Vgl. bspw. BVerfG, Beschl. v. 18.07.2005 – 2 BvF 2/01 – BVerfGE 113, 167, Rn. 147 – Risikostrukturausgleich; Ibler in Maunz/Dürig, GG – Stand 2013 – Art. 87 Rn. 201, 206.

33 Vgl. Burgi 2013: 35; Kirchhof 2010: 65 ff.; Papier 1995: 241 ff.

34 Die Vorschrift von Art. 84 Abs. 1 Satz 5 GG, wonach der Bund ausnahmsweise ohne Abweichungsmöglichkeit der Länder Regelungen treffen kann, bezieht sich nur auf das Verwaltungsverfahren, aber nicht auf die Einrichtung der Behörden („Verwaltungsverfahren“ betrifft das „Wie“, nicht das „Wer“, s. BVerfG, Beschl. v. 13.09.2005 -2 BvF 2/03 –BVerfGE 114, 196 Rn 159).

4.1 Rechtliche Konsequenzen

Änderungsbedarf der Zuständigkeiten für die Pflegekassen im SGB I und SGB XI …

Zunächst einmal sind sämtliche Zuständigkeiten für die „Pflegekassen“, die nach heutiger Rechtslage zu den Krankenkassen gehören, aus dem SGB XI zu streichen. Ebenfalls zu ändern ist § 21a Abs. 2 SGB I. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) kann weiterhin mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragt werden (§ 18 SGB XI), da es sich insoweit nur um eine Zuarbeit für die Leistungsträger handelt.

Die heute schon bestehenden Landespflegegesetze, die nach § 9 SGB XI notwendig waren,[35] können entsprechend der neuen Rechtslage erweitert werden.

… sowie des Leistungserbringungsrechts im SGB XI

Ein Kernbereich des SGB XI ist das Leistungserbringungsrecht (Kapitel 7 und 8). Die dort geregelten (öffentlich-rechtlichen) Vertragsbeziehungen müssen umfassend angepasst werden. Die Grundstrukturen des Vertragsrechts müssen aus Gründen der Wettbewerbsfreiheit der privaten Leistungserbringer unangetastet bleiben. Versorgungsverträge nach §§ 72, 73 SGB XI sind mit allen Pflegeeinrichtungen abzuschließen, die die Anforderungen des § 72 Abs. 3 SGB XI erfüllen. Dabei ist es kein zulässiges Kriterium, ob ein Bedarf an weiteren Pflegeeinrichtungen besteht. Eine Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ist nur über die Bewilligungsentscheidung des Leistungsträgers gegenüber dem Leistungsberechtigten möglich. Darüber hinaus kann durch eine entsprechende Beratung des Leistungsberechtigten eine gewisse Steuerung erreicht werden.

Modell der Integrierten Versorgung nach § 92b SGB XI

Das Modell der integrierten Versorgung nach § 92b SGB XI ändert an dieser Rechtslage nicht viel, da alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen daran teilnehmen können. Auch die wohnortnahe integrierte Versorgung nach § 92c Abs. 3 SGB XI steht allen Leistungserbringern zur Teilnahme grundsätzlich offen. Darüber hinaus kann der Regionalen Einheit für die Umsetzung innovativer Pflegekonzepte ein Selektivvertragsrecht eingeräumt werden. Da dies einen Eingriff in die Wettbewerbsfreiheit darstellt, bedarf es einer gesetzlichen Ermächtigung, solche Verträge abzuschließen.[36] Im Rahmen einer Übergangszeit und für innovative Konzepte kann ein solcher Eingriff verfassungskonform vorgenommen werden, insbesondere weil dieser der Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung dient.

Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung

Umgang mit Budgets von privat und gesetzlich Versicherten

Wie im bisherigen System folgt die private Pflegeversicherung der gesetzlichen. Im Falle, dass die Regionale Einheit auch für die Sicherstellung der Pflege bei privat Versicherten zuständig wird, müssen die Budgets für die privat und gesetzlich Versicherten jedoch buchhalterisch getrennt werden.

35 Siehe die Aufzählung bei Baierl in: jurisPK-SGB XI, § 9 Rn 21.

36 Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung sind ebenfalls Selektivverträge verankert. Der Eingriff in die Wettbewerbsfreiheit ist verfassungsgemäß, da dieser dem System der gesetzlichen Krankenversicherung dient und dem System ein gewisser Verfassungsrang zukommt, da es die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen aufrechterhält.

Behandlung von Überschüssen bei der Regionalen Einheit

Regelung der Landesgesetze zum Verbleib von Überschüssen in der Pflege

Ist das für den jeweiligen Leistungsberechtigten vorgesehene pauschale Budget höher als die für ihn letztlich aufzubringenden Mittel der Pflege, werden bei der Regionalen Einheit Mittel frei. Diese Mittel sind zweckgebunden und müssen daher in der Pflege verbleiben. Es ist landesgesetzlich zu regeln, dass die Überschüsse nur für Zwecke der Pflegeversicherung einzusetzen sind. Insofern kann geregelt werden, dass die frei gewordenen Mittel für allgemeine Infrastrukturverbesserungen eingesetzt werden dürfen (z. B. für die Schaffung von altersgerechtem Wohnraum). Hierunter sind vornehmlich langfristige Investitionen bzw. zumindest Strukturverbesserungen zu fassen, wodurch auch dem Gedanken der Generationengerechtigkeit Rechnung getragen werden könnte. Bei der rechtlichen Ausarbeitung könnte in diesem Zusammenhang die Kooperation mehrerer Regionaler Einheiten bei der Überschussverwendung berücksichtigt werden. Auf diese Weise könnten auch überregional wirksame Maßnahmen angestoßen werden.

Bemessung der Höhe der Ausgaben für Infrastrukturmaßnahmen

Im Sinne einer überregionalen Solidarität sollte die Bemessung des Umfangs von Ausgaben für Infrastrukturmaßnahmen und Leistungsausschüttungen in einer Abwägung mit anderen Belangen, wie den budget- und/oder den kassenübergreifenden Solidaritätsbedarfen, begrenzt werden.

Behandlung von Defiziten bei der Regionalen Einheit

Defizite werden vom Land kompensiert

Muss die Regionale Einheit mehr ausgeben, als sie aus den Budgets erhält, entstehen Defizite, die aufgrund des Konnexitätsprinzips entsprechend der jeweiligen Landesverfassung vom Land kompensiert werden.

Etwaige regionale Unterschiede können darüber hinaus im Rahmen eines Finanzausgleichs abgemildert werden. Dies wird im folgenden Abschnitt näher ausgeführt.

Finanzausgleich und Risikostrukturausgleich

Berücksichtigung regionaler Unterschiede durch Ausgleichsmechanismus

Bisher besteht in der sozialen Pflegeversicherung ein vollständiger Finanzausgleich (§66 SGB XI). Mit dem Regionalen Pflegebudget bekommen die einzelnen Regionen risikopauschalierte Zuweisungen, die von den drei Pflegestufen und der Zahl der Pflegebedürftigen abhängen. Zwar kann es bei einer ortsgebundenen Zuordnung der Pflegeversicherung nicht zu einer Risikoselektion im engeren Sinne kommen, allerdings bestehen regional doch erhebliche Unterschiede, z. B. in Hinblick auf Preisniveau, Altersstruktur oder auch städtische und ländliche Versorgungsstrukturen. Diese und weitere Tatbestände können in Zukunft in einem Ausgleichsmechanismus ergänzend berücksichtigt werden. Die Frage der Verfeinerung der Risikoindikatoren wird an dieser Stelle der weiteren Diskussion überlassen, da eine detaillierte Berechnung im Rahmen des vorliegenden Konzeptentwurfs nicht erbracht werden kann.

4.2 Strukturelle Aspekte

Einziehungs- und Weiterleitungsmodus der Beiträge der Versicherten

Für die Versicherten ändert sich durch die Abkopplung der Pflegekassen von den Krankenkassen nichts. Ihre Beiträge werden weiterhin von einer der derzeit 132 Krankenkassen eingezogen. Diese leiten die Beiträge in Form von Pflegebudgets an die Pflegekassen auf Landesebene weiter. Die Pflegekassen überweisen wiederum die entsprechenden Pflegebudgets an die Regionalen Einheiten. Auch die regional erheblichen Unterschiede bei der ortsgebundenen Zuordnung der Pflegeversicherung sind in einem Ausgleichsmechanismus ergänzend zu berücksichtigen (siehe oben).

Teilweise Übertragung von Verwaltungsaufgaben der SPV an Pflegekassen auf Landesebene

Für die Krankenkassen heißt dies, dass alle Verwaltungsaufgaben der Pflegekassen – mit Ausnahme des Beitragseinzugs – an die Pflegekassen auf Landesebene übertragen werden. Folglich wird auch das Verwaltungspersonal, welches heute bei den Krankenkassen die Aufgaben der Pflegekassen übernimmt, im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets auf Landesebene beschäftigt sein.

Implementierung der RE bei jeweiligen örtlichen Trägern

Die Regionale Einheit wird bei dem jeweiligen örtlichen Träger der Sozialhilfe als eigenständige Abteilung implementiert. Auf diese Weise werden bereits bestehende Strukturen genutzt, um eine möglichst unkomplizierte Einbindung der Regionalen Einheit zu ermöglichen.[37] In der Regel werden damit die Kreise und kreisfreien Städte Träger der Regionalen Einheit sein. Die Aufgaben und Regionalen Pflegebudgets sind dabei klar von den bestehenden Aufgaben und Haushalten der Kommunen zu trennen.

37 Die organisatorische Offenheit der Strukturen im Regionalen Pflegebudget ermöglicht die Einbindung anderer Reformansätze in der Pflege. So wäre bspw. die Einbindung der Ansätze von Hoberg, Klie und Künzel 2013 sowie von Engelmann, Gohde, Künzel und Schmidt 2013 durchaus zielführend.

5 Effekte/Ergebnisse nach Umsetzung der Vision

Befragte Experten zur Bewertung des Konzepts

Zur allfälligen Bewertung und ersten Einschätzung des Konzepts „Regionales Pflegebudget“ wurden fünf individuelle Fachgespräche mit ausgewählten Experten aus den verschiedenen betroffenen Sektoren der Pflege geführt:

- **Jürgen Gohde** (Vorstandsvorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe – KDA)
- **Dieter Hackler** (Abteilungsleiter „Ältere Menschen, Wohlfahrtspflege, Engagementpolitik“, BMFSFJ)
- **Prof. Dr. Thomas Klie** (Professor der Rechts- und Verwaltungswissenschaften und Gerontologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg)
- **Alexander Künzel** (Vorstandsvorsitzender der Bremer Heimstiftung)
- **Gerd Künzel** (ehemals Abteilungsleiter Soziales und Familie, MASGF Brandenburg)

Erläuterungen zu den Expertengesprächen

Im Rahmen der Fachgespräche wurde den Experten das Konzept des Regionalen Pflegebudgets in seinen Grundzügen erläutert. Dieser erste Praxistest der Vision des Regionalen Pflegebudgets wurde dafür herangezogen, verbliebene Risiken der Vision zu minimieren und unentdeckte Potenziale aufzudecken. Auf Grundlage der Fachgespräche konnte die Vision weiter geschärft werden.[38] Nachfolgend werden die Neuerungen beschrieben, die sich durch das Regionale Pflegebudget ergeben.

5.1 Gegenüberstellung der Kosten und Einsparpotenziale des Regionalen Pflegebudgets

Ausblick auf die folgenden Inhalte

Die im Kapitel 2.1 beschriebene regionale Ausgestaltung der Pflege geht – zumindest zum Teil – mit anfänglichen Mehrkosten einher. Nachfolgend werden die Finanzierung sowie etwaige zusätzliche Kosten der vier Module der Regionalen Einheit beschrieben.

Modul I: Planung & Steuerung

Steigerung der strategischen Planungskapazität und Unterstützung durch Sachbearbeiter

Für die Planung und Steuerung ist bei den Kreisen und kreisfreien Städten von einer Erhöhung der strategischen Planungskapazität sowie Unterstützung durch eine Sachbearbeiterin oder einen Sachbearbeiter auszugehen. Da auf Kreisebene bislang noch kaum Strukturen für die regionale Planung und Steuerung vorhanden sind, wird von insgesamt zwei neu einzurichtenden Vollzeitstellen pro Kreis und kreisfreier Stadt ausgegangen:

38 Darüber hinaus wurden in einem gemeinsamen Expertentreffen die Konzepte Strukturreform Pflege und Teilhabe (Hoberg, Klie und Künzel 2013), Gute Pflege vor Ort – Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter (Engelmann, Gohde, Künzel und Schmidt 2013) sowie die Überlegungen des Netzwerkes SONG (Soziales Neu Gestalten) mit der Vision des Regionalen Pflegebudgets abgeglichen. Bei dem Treffen wurde einstimmig festgestellt, dass die verschiedenen Konzepte unterschiedliche Aspekte herausarbeiten und keinesfalls gegeneinander konkurrieren, sondern sich vielmehr sinnvollerweise ergänzen.

- 1 Vollzeitstelle für die strategische Planung und Steuerung (höherer Dienst)
- 1 Vollzeitstelle zur Unterstützung in der Sachbearbeitung (gehobener Dienst)

Vollumfänglicher Ersatz zusätzliche entstandener Mehrkosten

Hinzu kommen Sachkosten (Raumkosten, laufende Sachkosten, Kapitalkosten für Büroausstattung sowie ein Zuschlag für deren Unterhaltung und sonstige jährliche Investitionskosten) in Höhe von rund 12.200 Euro pro Jahr und Stelle (vgl. Bundesministerium der Finanzen 2012: 2 ff.). Ausgehend von 402 Kreisen und kreisfreien Städten in Deutschland fallen für Modul I Mehrkosten von insgesamt knapp 60 Millionen Euro an. Diese Kosten entstehen zusätzlich und werden den Kreisen und kreisfreien Städten vollumfänglich ersetzt. Im Falle, dass ein Kreis oder eine kreisfreie Stadt bereits vor der Einführung des Regionalen Pflegebudgets Aufgaben der Pflegeplanung übernommen hat, werden Kosten eingespart bzw. durch die Pflegekasse vergütet.

Modul II: Pflegeberatung und Case & Care Management

Aufbau und Kostenstellen des Pflegeberatungsangebots

Dem Beispiel von Rheinland-Pfalz folgend, sieht das Regionale Pflegebudget ein flächendeckendes Beratungsangebot durch Pflegeberatungsstellen vor.[39] Um Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ein speziell auf ihre Region ausgerichtetes Beratungsangebot zu ermöglichen, wird deutschlandweit ein Netz von rund 3.000 Pflegeberatungsstellen aufgebaut bzw. ausgebaut. Pro Beratungsstelle wird von 1,5 Vollzeitstellen ausgegangen. Folglich gilt es, rund 4.500 Vollzeitstellen durch professionelle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zu besetzen.[40] Hierdurch entstehen Personalkosten in Höhe von rund 215 Millionen Euro. Hinzu kommen Sachkosten (Raumkosten, laufende Sachkosten, Kapitalkosten für Büroausstattung sowie Zuschlag für deren Unterhaltung und sonstige jährliche Investitionskosten) in Höhe von rund 12.200 Euro pro Jahr und Stelle (vgl. Bundesministerium der Finanzen 2012: 2 ff.). An Personal und Sachkosten fallen somit rund 270 Millionen Euro für die rund 3.000 Pflegeberatungsstellen an.

Finanzentwicklung der SPV für die Pflegeberatung im Jahre 2012

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung weist für das Jahr 2012 Ausgaben für die Pflegeberatung in Höhe von 70 Millionen Euro aus (BMG 2013). Zieht man die bereits bestehenden Ausgaben der SPV für Pflegeberatung von den 270 Millionen Euro ab, bleibt ein Restbetrag von rund 200 Millionen Euro. Damit fallen in Modul II rund 200 Millionen Euro an Mehrkosten für den flächendeckenden Ausbau der Pflegeberatung an.

39 Während Rheinland-Pfalz ein gut ausgebautes Netz von insgesamt 135 Pflegestützpunkten aufweist, gibt es in anderen Bundesländern keinen einzigen (z. B. Sachsen und Sachsen-Anhalt).

40 Den Berechnungen liegen die Anzahl der Pflegestützpunkte und die Personalausstattung von Rheinland-Pfalz zugrunde (vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) 2011). Die vorliegende Betrachtung des ZQP berücksichtigt ausschließlich Pflegeberatungsangebote nach § 7a SGB XI in Pflegestützpunkten, d. h. andere Beratungsangebote der Altenhilfe sind hier ausgenommen.

Modul III: Pflege und Betreuung

Für Modul III, Pflege und Betreuung, fallen keine zusätzlichen Kosten an.

Modul IV: Leistungsbewilligung & Abrechnung

Berechnung des zusätzlichen Verwaltungsaufwands auf Kreisebene

Durch die Übernahme der Leistungsbewilligung und Abrechnung sowie der Budgetverwaltung entsteht auf Kreisebene zusätzlicher Verwaltungsaufwand. Unter der (großzügigen) Annahme, dass für jeden Pflegebedürftigen pro Monat ein Verwaltungsaufwand von einer Stunde entsteht, sind für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt durchschnittlich 3,4 Sachbearbeiterstellen (gehobener Dienst) zu kalkulieren. Dies bedeutet zusammengenommen für alle Kreise zusätzliche Verwaltungsausgaben in Höhe von rund 90 Millionen Euro.

Finanzentwicklung der SPV für Verwaltungsaufgaben im Jahre 2012

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung weist für das Jahr 2012 Verwaltungsausgaben in Höhe von 750 Millionen Euro aus (BMG 2012). Da auf Bundes- bzw. Landesebene durch die Verlagerung auf die Kreisebene der entsprechende Verwaltungsaufwand wegfällt, können die Mittel für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vollständig aus den bestehenden Verwaltungsausgaben der SPV kostenneutral finanziert werden.

Abbildung 5.1 fasst die Kostenkalkulation für die Ausgestaltung der Regionalen Einheit nochmals zusammen.

Abbildung 5.1: Kosten für die Ausgestaltung der Regionalen Einheit (RE) nach Modulen

Modul I: Planung & Steuerung	**+60 Mio. Euro pro Jahr** (402 Kreise mit je zwei VZ-Stellen)	**+260 Mio. Euro pro Jahr**
Modul II: Pflegeberatung und Case & Care Management	+270 Mio. Euro pro Jahr (Übertragung der Struktur in Rheinland-Pfalz mit je 1,5 VZ-Stellen pro Pflegestützpunkt auf den Bund) –70 Mio. Euro pro Jahr (heutige Ausgaben der SPV) **= +200 Mio. Euro pro Jahr**	
Modul III: Leistungserbringung (Pflege & Betreuung)	keine zusätzlichen Ausgaben	
Modul IV: Leistungsbewilligung & Abrechnung	+90 Mio. Euro pro Jahr (402 Kreise mit je 3,4 VZ-Stellen; wird über bestehende Verwaltungsausgaben der SPV kostenneutral finanziert)	

Quelle: Eigene Darstellung.

BertelsmannStiftung

Kostenaufkommen der RE bei Wahrnehmung der Module I und IV

Zur Wahrnehmung der Module I und IV auf Ebene der Regionalen Einheit werden künftig etwa 5,4 Vollzeitkräfte mit den Aufgaben der Planung und Steuerung sowie der Leistungsbewilligung und Abrechnung betraut sein. Von den hierfür veranschlagten Gesamtausgaben von 150 Millionen Euro pro Jahr entfallen etwa 27 Millionen Euro für Sachkosten. Im Rahmen der Umsetzung von Modul II (Pflegeberatung und Case & Care Management) entstehen für die Beschäftigung von 1,5 Pflegeberatern pro Pflegeberatungsstelle bundesweit Gesamtkosten von 270 Millionen Euro pro Jahr. Dieser Betrag umfasst Sachkosten in Höhe von rund 55 Millionen Euro pro Jahr.

Finanzierung der Anfangsinvestitionen für notwendige Sachmittel

Vor dem Hintergrund dieser bereits einkalkulierten Sachkosten von etwa 18 bis 20 Prozent der laufenden Gesamtkosten pro Jahr wird von weiteren Kosten für eine mögliche Anschubfinanzierung im Rahmen der Neugründung der Regionalen Einheiten sowie dem Aufbau bzw. Ausbau der Pflegeberatungsstellen Abstand genommen. Es wird unterstellt, dass sämtliche Anfangsinvestitionen für die notwenigen Sachmittel (bauliche Anpassungen der Räumlichkeiten, Inventar etc.) über laufende Abschreibungen aus den Sachmitteln finanziert werden.

Einsparpotenziale und Minderausgaben in Modulen I und II

Den zusätzlichen Ausgaben stehen erhebliche Einsparpotenziale gegenüber. Durch die in Abschnitt 2.1 beschriebenen integrierten Anreizmechanismen des Regionalen Pflegebudgets ist davon auszugehen, dass den Ausgaben aus Sicht der SPV mittelfristig Minderausgaben in Höhe von etwa 500 Millionen Euro pro Jahr gegenüberstehen, wenn es gelingt, nur etwa 10 Prozent der Pflegebedürftigen in niedrigschwelligeren Angeboten zu versorgen (Szenario I).[41] Gelingt es dagegen zusätzlich, die stationäre Pflege von Pflegebedürftigen der Stufe I fast vollständig (um 90 Prozent zu verringern) zu vermeiden, würde dies sogar Minderausgaben von etwa 4,4 Milliarden Euro pro Jahr für die SPV bedeuten. In Summe ergibt sich ein Nettoeinsparpotenzial von etwa 240 Millionen Euro pro Jahr in Szenario I sowie von rund 4,1 Milliarden Euro pro Jahr in Szenario II. Gerade in den Pflegestufen I und II bietet sich den Kreisen und kreisfreien Städten erheblicher bislang ungenutzter Gestaltungsspielraum.

Entlastung kommunaler Haushalte durch Ausgabensenkungen

Darüber hinaus können auch die kommunalen Haushalte durch Ausgabensenkungen bei der Hilfe zur Pflege (HzP) deutlich entlastet werden. Durch die Etablierung bedarfsgerechter und innovativer Versorgungskonzepte können die Kommunen ihre Sozialausgaben bei der HzP deutlich reduzieren. Demnach sinken die Ausgaben der HzP in Szenario I um rund 145 Millionen Euro pro Jahr und um 450 Millionen Euro pro Jahr in Szenario II.

41 Bei der Annahme einer vermehrten Inanspruchnahme niedrigschwelligerer Versorgungssettings wurde eine entsprechende Verlagerung von Pflegebedürftigen der stationären in professionelle ambulante Pflege sowie von professionell ambulanter Pflege in ambulante Kombileistungen unterstellt. Von einer weiteren Verlagerung in informelle Pflege (Pflegegeld) wurde hingegen abgesehen.

5.2 Neuerungen im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets

Ausblick auf die nachfolgenden Inhalte

Das Regionale Pflegebudget bringt verschiedene Neuerungen mit sich, die vor allem für die Pflegebedürftigen selbst, deren Angehörige aber auch für die Kommunen bzw. Kreise und kreisfreie Städte eine Verbesserung, verglichen mit dem heutigen System, darstellen.

5.2.1 Innovationsförderung und Etablierung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen

Etablierung innovativer bedarfsgerechter Versorgungskonzepte auch nach Projektablauf

Die integrierten Anreizmechanismen des Regionalen Pflegebudgets bewirken, dass sich die Leistungserbringer einer veränderten Wettbewerbsstruktur am Pflegemarkt gegenübersehen. Neu ist, dass nicht mehr allein die Pflegebedürftigen Pflegeleistungen nachfragen, sondern die Regionale Einheit in der Lage ist, die Nachfrage regional zu bündeln und so bedarfsgerechte Versorgungskonzepte gezielt zu fördern. Leistungserbringer ohne integrierte und innovative Versorgungskonzepte in ihrem Angebot laufen Gefahr, ihre Wettbewerbsfähigkeit zu verlieren. Sie haben erstmals den finanziellen Anreiz, bedarfsgerechte Leistungen anzubieten, die auf die örtlichen Gegebenheiten, insbesondere aber auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingehen. Das Regionale Pflegebudget bietet erstmals auch die Möglichkeit, innovative bedarfsgerechte Versorgungskonzepte auch nach Ablauf der Projektförderung dauerhaft am Pflegemarkt zu etablieren.

5.2.2 Mit Sicherheit gut beraten

Zentrale Steuerung der Pflegeberatung durch RE …

Das Vorhandensein sowie der Umfang von Unterstützungs- und Beratungsangeboten sind von zentraler Bedeutung für die Bereitschaft zur längerfristigen Übernahme (informeller) ambulanter Pflege und Unterstützung (Klie 2009). Zwar haben Pflegebedürftige und Antragsteller gemäß § 7a SBG XI bereits seit dem 1. Januar 2009 einen rechtlichen Anspruch auf umfassende Beratung der Pflegekassen, jedoch lassen die Beratungsangebote in der Praxis vielfach zu wünschen übrig. Während Rheinland-Pfalz ein gut ausgebautes Netz von insgesamt 135 Pflegestützpunkten aufweist, gibt es in anderen Bundesländern keinen einzigen (z. B. Sachsen und Sachsen-Anhalt).[42] Die Umstrukturierungen im Zuge des Regionalen Pflegebudgets sehen ein flächendeckendes Beratungsangebot durch Pflegeberatungsstellen vor. Entscheidend ist auch hier die dezentrale Steuerung der Pflegeberatung durch die Regionale Einheit. Nur regional ist das erforderliche Wissen über die unterschiedlichen Pflege- und Hilfeangebote sowie sonstige regionale Gegebenheiten vorhanden. Neben der Pflegeberatung bieten die Anlaufstellen im Bedarfsfall auch Case & Care Management an. Darüber hinaus werden die Beratungsangebote künftig durch zeitgemäße Online-Informationsangebote flankiert. Eine umfassende und passgenaue Pflegeberatung gibt pflegenden

… bietet pflegenden Angehörigen Sicherheit und fördert informelle Pflege

42 Vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) 2011. Die vorliegende Betrachtung des ZQP berücksichtigt ausschließlich Pflegeberatungsangebote nach § 7a SGB XI in Pflegestützpunkten, d. h. andere Beratungsangebote der Altenhilfe sind hier ausgenommen.

Angehörigen die nötige Sicherheit im Umgang mit dem meist plötzlich eintretenden Pflegefall und fördert damit die Bereitschaft zur informellen Pflege.

5.2.3 Kostenbremse bei den Ausgaben der Hilfe zur Pflege

Bedarfsgerechte Versorgung in niedrigschwelligen Pflegesettings befähigt Kommunen …

Steigende Sozialausgaben bringen die Kommunen immer häufiger in Bedrängnis. Bis zum Jahr 2020 ist mit einem Anstieg der kommunalen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege (HzP) von etwa 25 Prozent zu rechnen.[43] Die vermehrte Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege bei gleichzeitig steigenden Kosten je Fall sowie die Zunahme der Altersarmut sind hier wesentliche Kostentreiber. Mit der Umstellung auf ein Regionales Pflegebudget kommen die Leistungen aus SPV und HzP aus einer Hand. Durch die gewonnene Steuerungshoheit im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets sind den Kreisen und kreisfreien Städten nicht länger die Hände gebunden. Sie können nun gezielt Anreize schaffen, die Pflegebedürftigen im Einzugsgebiet möglichst bedarfsgerecht, d. h. in der Regel in niedrigschwelligeren Pflegesettings zu versorgen. Das Regionale Pflegebudget ist für die Kreise lediglich ein durchlaufender Posten, da die Mittel zweckgebunden sind. Allerdings können über günstigere Versorgungsstrukturen in der Pflege auch Ausgaben der HzP reduziert werden, was eine Entlastung der kommunalen Haushalte nach sich zieht.

Mit dem Regionalen Pflegebudget haben es die Kommunen selbst in der Hand:

… steigende Sozialausgaben in den Griff zu bekommen …

a) Durch die Förderung von innovativen niedrigschwelligen Versorgungskonzepten im informellen wie auch formellen ambulanten Bereich können sie ihre steigenden Sozialausgaben in den Griff bekommen. Dies entspricht nicht nur dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, sondern auch den Präferenzen der Betroffenen.

… und Überschüsse in bedarfsgerechte Versorgung zu reinvestieren

b) Überschüsse im Regionalen Pflegebudget werden in der Kommune reinvestiert: Entweder durch Lohnerhöhungen für Pflegekräfte oder indem das Angebot an altersgerechten Wohnungen sowie die gesamte Pflegeinfrastruktur verbessert werden. Bedarfsgerechte Versorgung wird zukünftig vor Ort belohnt. Fest steht, dass die Kreise und kreisfreien Städte im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets nicht nur besser auf die Bedürfnisse ihrer Gemeindemitglieder eingehen, sondern auch über bedarfsgerechte Leistungsvergütungen eine bessere Versorgung ihrer Pflegebedürftigen sicherstellen können.

Vorteile der Neustrukturierung für Kreise und kreisfreie Städte

Durch die Regionalisierung im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets übernehmen die Kreise und kreisfreien Städte neue Aufgaben. Für die zusätzlichen Aufwendungen für Steuerung, Planung und Beratung werden den Kreisen Mittel in entsprechender Höhe zugeteilt. Die Kreise und kreisfreien Städte profitieren von der Neustrukturierung. Denn in einigen Bundesländern (z. B. Nordrhein-West-

43 Eigene Berechnungen basierend auf Statistisches Bundesamt 2009, Statistisches Bundesamt 2012b, Statistisches Bundesamt 2013, Prognos 2013 sowie Statistisches Bundesamt 2008. Den Berechnungen liegen die Annahmen zur demographischen Entwicklung sowie zum realen Pflegekostenanstieg zugrunde. Heimsog und Altersarmut sind nicht berücksichtigt. Unter Berücksichtigung aller vier Faktoren ist mit einem Anstieg der kommunalen Sozialausgaben von bis zu 40 Prozent bis zum Jahr 2020 zu rechnen.

falen, Rheinland-Pfalz) übernehmen die Kommunen, Kreise und kreisfreien Städte bereits heute die Pflegebedarfsplanung. Darüber hinaus fallen auch Pflegestützpunkte zumindest teilweise in die finanzielle Zuständigkeit der Kommunen.[44] Das Regionale Pflegebudget gibt den Kommunen die Mittel in die Hand, die Bedarfsplanung auch finanziell zu gestalten. Die meisten Kommunen bekommen dabei einen Teil der Leistungen finanziert, die sie bisher aus eigenen Mitteln tragen mussten.

Abbildung 5.2: Die Betroffenen profitieren

Quelle: Eigene Darstellung.

BertelsmannStiftung

5.2.4 Sicherstellung des Personalbedarfs in der Pflege

Sicherung des Bedarfs an Versorgungsleistungen durch sozialraumnahe Steuerung

Durch eine wohnortnahe Steuerung und Koordination von Pflege- und Hilfeleistungen kann auch in Zukunft der Bedarf an professionellen Versorgungsleistungen gesichert werden. Denn mehr noch als durch die finanziellen Aspekte gerät die Pflege angesichts der zunehmend knapper werdenden personellen Ressourcen unter Druck. Das Regionale Pflegebudget bindet wirtschafts- und sozialräumliche Strukturen in die pflegerische Versorgung ein und bündelt professionelle Pflegeleistungen und zivilgesellschaftliches Engagement zu einem bedarfsgerechten Hilfemix vor Ort. Gelingt es, bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen auf Dauer zu etablieren, kann die personalintensive stationäre Pflege von erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) oder Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) verringert oder sogar beinahe zur Gänze vermieden werden. Auf diese Weise können durch die sozialraumnahe Steuerung im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets rund 50 Prozent der Fachkräftelücke bis zum Jahr 2020 geschlossen und damit der Personalbedarf in der Pflege sichergestellt werden.

44 Verbreitet ist z. B. eine paritätische Finanzierung durch die Kranken- und Pflegekassen und die jeweiligen Kommunen.

6 Fazit

Dass die Pflege in Deutschland auf ein neues – stabiles – Fundament gestellt werden muss, ist unbestritten. Das vorgestellte Konzept gibt erstmals eine Antwort darauf, welche Kriterien eine Reform der Pflege im Sinne der Pflegebedürftigen erfüllen sollte und mit welchen ökonomischen Anreizen die Umsetzung in die Praxis unterstützt werden kann.

Vorteile regionaler Strukturen für ältere und pflegebedürftige Menschen

Das Regionale Pflegebudget ermöglicht es, ein bedarfsgerechtes, den Wünschen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen entsprechendes Leistungsangebot zu schaffen. Dabei steht den Angehörigen ein flächendeckendes Beratungsangebot mit Case & Care Management-Angeboten zur Seite. Die regionalen Strukturen fördern die Vernetzung und ermöglichen bessere Teilhabemöglichkeiten für ältere und pflegebedürftige Menschen.

Aufgaben der Kreise und kreisfreien Städte

Die Kreise und kreisfreien Städte übernehmen die Planungs- und Steuerungshoheit. Entscheidungen werden wieder dort getroffen und finanziert, wo sie am Ende auch umgesetzt und verantwortet werden müssen. Zum ersten Mal bekommen die Kreise und kreisfreien Städte dafür auch die entsprechenden finanziellen Mittel in die Hand, um regional bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen zu schaffen. Durch die Nutzung von wirtschafts- und sozialräumlichen Strukturen können im Regionalen Pflegebudget bedarfsgerechte Versorgungskonzepte gefördert und etabliert werden. Wohnortnahe Steuerung und Koordination von Pflege- und Hilfeleistungen kann sowohl die Ressourcen- als auch die Qualitätssicherung in der Pflege gewährleisten und damit auch den Bedarf sicherstellen. Die Leistungserbringer sind angehalten, integrierte und innovative Versorgungskonzepte in ihr Leistungsportfolio aufzunehmen, um sich im Wettbewerb behaupten zu können.

Auswirkungen auf die SPV

Die soziale Pflegeversicherung wird von den Krankenkassen entkoppelt und besteht als eigenständiger Player auf Landesebene weiter.

Finanzieller Ausgleich für zusätzliche Aufgaben der Kreise und kreisfreien Städte

Die optimierte Versorgung führt dazu, dass die zusätzlichen Kosten für die neu geschaffenen regionalen Strukturen mehr als ausgeglichen werden. Darüber hinaus können die Kreise und kreisfreien Städte durch gutes Wirtschaften und eine bedarfsgerechte Versorgung Mittel generieren, die in eine bessere pflegerische Versorgung reinvestiert werden können. Ferner sind auch bei den Ausgaben der Hilfe zur Pflege Einsparungen möglich. Andererseits werden erstmals aber auch nicht bedarfsadäquate regionale Pflegestrukturen für die Verantwortlichen finanziell spürbar.

Ausblick in die Zukunft

Für die Pflegebedürftigen ändert sich nichts. Ihr Leistungsanspruch aus der sozialen Pflegeversicherung bleibt bestehen.

Das Regionale Pflegebudget ist nicht nur bedarfsgerecht, sondern schont auch die knappe Ressource Fachpersonal und sichert damit eine qualitativ angemessene Versorgung für alle Pflegebedürftigen in der Zukunft. Es kann einen wichtigen Beitrag leisten, um der Vielzahl vorhandener sozialraumorientierter Pflegekonzepte zum Durchbruch zu verhelfen.

Literaturverzeichnis

Bertelsmann Stiftung. Themenreport „Pflege 2030“ Was ist zu erwarten – was ist zu tun? (Autoren: Heinz Rothgang et al.). Gütersloh 2012.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Laufende Raumbeobachtung – Raumabgrenzungen. Laufende Raumbeobachtungen des BBSR. Bonn 2013.

Bundesministerium der Finanzen (BMF). Sachkostenpauschale eines Arbeitsplatzes in der Bundesverwaltung für Kostenberechnungen/Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen. Berlin 2012.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Berlin 2011.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Berlin 2013.

Burgi, Martin. Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. Baden-Baden 2013.

Engelmann, Dirk, Jürgen Gohde, Gerd Künzel und Severin Schmidt. Gute Pflege vor Ort – Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin 2013.

Hoberg, Rolf, Thomas Klie und Gerd Künzel. Eckpunktepapier: Strukturreform Pflege und Teilhabe – Kurzfassung. Hrsg. AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Freiburg 2013.

Information und Technik NRW (IT.NRW). Pflegestatistik NRW 2007. Düsseldorf 2011.

Kirchhof, Ferdinand. „Die neuen Organisationsregelungen der Föderalismusreform 2006“. NZS 2010. 65 ff.

Klie, Thomas. Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Expertise von Professor Dr. Thomas Klie: Sozialpolitische Neuorientierung und Neuakzentuierung rechtlicher Steuerung. Hrsg. Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG). Gütersloh 2009.

Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) (Hrsg.). Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Themenheft 5: Innovationen ermöglichen – Wirkungsorientiert steuern. Gütersloh 2008.

Papier, Hans-Jürgen. „Die Regionalisierung der gesetzlichen Rentenversicherung aus verfassungsrechtlicher Sicht“. NZS 1995. 241 ff.

Prognos. Pflegelandschaft 2030. Hrsg. Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V. München 2012.

Prognos. Prognos World Report. Basel 2013.

Statistisches Bundesamt. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS). Wiesbaden 2008.

Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. Wiesbaden 2009.

Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich. Wiesbaden 2012a.

Statistisches Bundesamt. Sozialleistungen: Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe. Fachserie 13 Reihe 2.1. Wiesbaden 2012b.

Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2013.

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Verteilung und Dichte der Pflegestützpunkte in Deutschland. Berlin 2011 (online unter http://www.zqp.de/upload/content.000/id00099/attachment00.pdf, Download 21.8.2013).

Impressum

© 2014 Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich

Dr. Stefan Etgeton
Uwe Schwenk

Kontakt

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert
Telefon +49 5241 81-81478
Fax +49 5241 81-681478
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

Autoren

Dr. Tobias Hackmann
Daniela Müller
Michael Steiner
Jan Tiessen

Juristische Expertise

Christian Grube (Rechtsanwalt)
Prof. Dr. Arndt Schmehl (Universität Hamburg)

Gestaltung

Nicole Meyerholz, Bielefeld

Lektorat

Rudolf Jan Gajdacz, München

Foto

© Arne Weychardt

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert
Programm Versorgung verbessern – Patienten informieren
Telefon +49 5241 81-81478
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de