

Die »regionalen Pflegebudgets«

Wie die Bertelsmann-Stiftung und Prognos AG die Pflege billiger machen wollen

Von Daniel Kreutz

Nach dem Anfang 2015 in Kraft getretenen Ersten Pflegestärkungsgesetz¹ und dem seit Januar dieses Jahres geltenden Zweiten Pflegestärkungsgesetz² plant die Bundesregierung in diesem Jahr noch einen dritten Baustein zur Reform der Pflege. Damit sollen die Kommunen wieder stärker in die Planung, Steuerung und Beratung der Pflege eingebunden werden. Ergänzend zu den Geld- und Sachleistungen der Kommunen sollen u. a. auch freiwillige Helfer und Spender verstärkt herangezogen werden.³ Passend dazu hat die Bertelsmann Stiftung schon 2014 ein »Konzept für ein regionales Pflegebudget«⁴ veröffentlicht, das in ihrem Auftrag von einem Autorenteam der Unternehmens- und Politikberatung Prognos AG verfasst wurde.⁵ Es ist im Kern ein sparpolitisches Modell zur strukturellen Reduzierung des Bedarfs an professionellem Pflegepersonal. Zwar blieb ihm bisher der bundespolitische Durchbruch versagt. Aber man sollte Bertelsmann (und Prognos) nicht unterschätzen.⁶ Das Modell fand auf Landesebene – zum Beispiel in NRW – bereits Beachtung. Wer weiß schon, ob es künftig nicht doch maßgeblichen Einfluss auf die Politik gewinnt?

Pflege soll billiger werden

Die Konzept-AutorInnen setzen die Zielvorgabe, den prognostizierten Bedarf an Pflegefachkräften bis 2020 um 152.000 Vollzeitäquivalente (VZÄ) zu drücken.

Zum einen seien 32.000 VZÄ einzusparen, indem 10 % aller Pflegebedürftigen in eine niedrigschwelligere Versorgungsform einmünden, die mit weniger professionellen Pflegekräften auskommt. Im Blick sind dabei Betroffene der bisherigen Pflegestufen I und II (künftig verteilen diese sich auf die neuen Pflegegrade 2 bis 4).

Zum anderen sollen weitere 120.000 VZÄ verzichtbar werden, indem vor allem der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I (künftig: Pflegegrade 2 bis 3), die in Pflegeheimen versorgt werden, um 90 % reduziert wird.⁷ Dabei wird davon ausgegangen, dass der Bedarf an professionellen Pflegekräften in der ambulanten Versorgung nur halb so hoch ist wie im Heim.⁸

Auf der Datenbasis der amtlichen Pflegestatistik von 2013 hätte dies zusammengenommen für mindestens 525.000 Betroffene (ein Fünftel aller Pflegebedürftigen) eine Versorgung mit weniger oder auch gar keinen professionellen Pflegekräften bedeutet.

Die kostensenkende Reduzierung des Bedarfs an Pflegefachkräften soll wesentlich durch einen Ausbau »informeller« Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsangebote auf kommunaler Ebene ermöglicht werden. Neben unentgeltlich pflegenden Angehörigen sollen »niedrigschwellige« Hilfen und »zivilgesellschaftlich Engagierte« zukünftig einen strukturell größeren Anteil an der pflegerischen Versorgung übernehmen. »Niedrigschwellige« Betreuungs- und Entlastungsangebote sind rechtlich definiert als ehrenamtsbasierte Dienste⁹ mit professioneller Anleitung, die in der Regel von Leistungserbringern der Pflege organisiert werden.¹⁰ Auch »zivilgesellschaftlich Engagierte« arbeiten ehrenamtlich. Ehrenamtlichkeit soll somit neben den pflegenden Angehörigen zu einer systemisch tragenden Säule der pflegerischen Versorgung entwickelt

werden. Das Bertelsmann-Papier verwendet den Begriff »niedrigschwellig(er)« aber auch zur Bezeichnung von Versorgungsformen mit einem relativ geringeren Einsatz professionellen Personals.

Das Budget als fiskalisches Steuerungsinstrument

Das Instrument, um die strukturelle Verschiebung in Richtung Entprofessionalisierung der Versorgung zu bewirken, ist das »regionale Pflegebudget«¹¹. »Regionale Einheiten«

1 vgl. dazu Rolf Winkel/Hans Nakielski: Neuregelungen bei der Pflegeversicherung ab 2015, in: SozSich 2/2015, S. 75–77

2 vgl. dazu Rolf Winkel: Neuregelungen bei der Pflegeversicherung ab 2016, S. XXX in diesem Heft; Hans Nakielski: Die große Pflegereform kommt; Marco Frank: Endlich – der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kommt; Andrea Kimmel: Das neue Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, alle in: SozSich 10/2015, S. 349–364

3 vgl. »Pflegestärkungsgesetz III, Einstieg in die Pflege-Bedarfsplanung«, auf: www.aerztezeitung.de v. 2.1.2016

4 Bertelsmann Stiftung: Pflege vor Ort gestalten und verantworten, Konzept für ein regionales Pflegebudget (Autoren: Tobias Hackmann, Daniela Müller, Michael Steiner, Jan Tiessen), Gütersloh 2014 (im Folgenden zitiert als »Bertelsmann«).

5 Während die Bertelsmann-Veröffentlichung über die Rolle der Prognos AG schweigt, reklamiert diese sie auf www.prognos.com als »unser Projekt« für den Kunden Bertelsmann-Stiftung.

6 Ihren Kritikern gilt die Bertelsmann Stiftung als eine der mächtigsten Denkfabriken im Land, wenn es um den neoliberalen Umbau des öffentlichen Sektors geht. »Die soziale Umverteilung von unten nach oben wie Hartz IV, die Gesundheitsreform, die Einführung von Studiengebühren und Studienkonten, Abwälzung gesellschaftlicher Kosten auf die Einzelnen, Unterstützung von undemokratischen kostenträchtigen Privatisierungsvorgängen sind von der Bertelsmann-Stiftung mitentwickelt worden«, heißt es etwa auf www.bertelsmannkritik.de (vgl. zu den Vorarbeiten der Bertelsmann Stiftung zu den Hartz-Gesetzen auch Christoph Butterwegge: Wie es zu Hartz IV kam, in: SozSich 12/2014, S. 429 ff.).

7 vgl. Bertelsmann, S. 9 und (ausführlicher) 35

8 vgl. Bertelsmann, S. 34

9 vgl. § 45 c Abs. 3 und 3 a SGB XI sowie § 3 Abs. 1 der nordrhein-westfälischen Verordnung über niedrigschwellige Hilfs- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige (HBPFVO).

10 vgl. zum »Pflege-Ehrenamt« auch Peter Kleuter: Freiwilligendienste und »Pflege-Ehrenamt«, in: SozSich 11/2015, S. 420 ff.

11 Zur nachfolgenden zusammenfassenden Beschreibung der Funktionsweise des regionalen Budgets vgl. insbesondere das Kapitel 2.2 »Der Mechanismus des Regionalen Pflegebudgets«, Bertelsmann, S. 22 ff.

(RE) – in der Regel eine kreisfreie Stadt oder ein Kreis, ggf. auch interkommunale Kooperationen – erhalten dabei von den Pflegekassen der sozialen (öffentlich-rechtlichen) Pflegeversicherung pauschalierte Zuweisungen für die Pflegebedürftigen in ihrem Bereich. Die Möglichkeit einer Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung findet nur ganz am Rande Erwähnung, um für diesen Fall die Notwendigkeit eines getrennten Budgets für die Privaten hervorzuheben.¹²

Die sozialrechtlich definierten individuellen Leistungsansprüche bleiben unberührt, jedoch richten sie sich nicht mehr an die Pflegekassen, sondern an die kommunale RE. Die Pauschalen werden nach Pflegestufen (künftig: Pflegegraden) berechnet, gewichtet mit der Anzahl der Pflegebedürftigen im jeweiligen Versorgungssetting (z. B. informell, ambulant, vollstationär). Im ambulanten Bereich liegt die Pauschale – je Fall nach Pflegestufe – umso mehr über dem durchschnittlichen individuellen Leistungsanspruch, je niedrigschwelliger die Versorgungsform ist. Bei vollstationärer Versorgung sowie bei professioneller ambulanter Versorgung in Pflegestufe III liegt sie dagegen unter dem Leistungsanspruch des SGB XI (Pflegeversicherung).

Die Kommunen erhielten damit – zusätzlich zur Hilfe zur Pflege (HzP) nach dem Sozialhilferecht (SGB XII) – auch die Verantwortung für die SGB-XI-Leistungen. Die RE soll in der Regel beim Sozialamt angesiedelt sein. Die Aufwendungen für Pflegebedürftige nach dem SGB XI und XII sind der Höhe nach abhängig von der individuellen Versorgungsform. In dem Maße, wie es der RE gelingt, den Personalbedarf in der Versorgung durch den Ausbau »innovativer niedrigschwelliger Versorgungskonzepte im informellen und formellen ambulanten Bereich«¹³ zu reduzieren und damit die Versorgungskosten insgesamt zu drücken, erwirtschaftet sie aus dem Budget Überschüsse, die wiederum zweckgebunden für den Pflegebereich – insbesondere für die Weiterentwicklung der niedrigschwelligen Versorgungsstrukturen – einzusetzen sind.

Sollte das Regionalbudget nicht ausreichen, um die Summe der (unveränderten) individuellen SGB-XI-Leistungsansprüche zu decken, müsste das Defizit nach dem Konnexitätsprinzip vom jeweiligen Bundesland ausgeglichen werden, da die Aufgabenübertragung auf die Kommunen maßgeblich auf Landesrecht beruhen würde.¹⁴

Die genannten Verwendungszwecke von Budgetüberschüssen – wie etwa der Ausbau von Pflege-Versorgungsstrukturen – beziehen sich auf Förderbedarfe jenseits des

Leistungsrechts des SGB XI, die insoweit eigentlich aus Steuer- und nicht aus Beitragsmitteln zu finanzieren wären. Beitragsmittel der Pflegeversicherung würden so zur Deckung öffentlicher Ausgaben umgeleitet und gleichsam zweckentfremdet. Für Leistungsverbesserungen im SGB XI stünden die Überschüsse nicht mehr zur Verfügung, so dass hierfür ggf. Erhöhungen des Beitragssatzes der Pflegeversicherung erforderlich würden. Eine solche Verschiebung von der Steuer- zur Beitragsfinanzierung liegt indes durchaus »im Trend« – in großem Stil zuletzt praktiziert bei der so genannten Mütterrente.¹⁵

Neben kommunalen Investitionen in pflegepräventive und niedrigschwellige Angebote sowie pflegetauglichen Wohnraum sieht das Modell noch einen zweiten Verwendungszweck für Budgetüberschüsse vor, nämlich Lohnerhöhungen für Pflegekräfte. Wegen des Fachkräftemangels erwarten die Modell-AutorInnen, dass es zu »überproportionalen« Lohnsteigerungen für Pflegekräfte kommen werde, die von der Pflegeversicherung nicht aufgefangen werden könnten.¹⁶ Möglichkeiten einer durchgreifenden finanziellen Stärkung der Pflegeversicherung zur Refinanzierung dringend notwendiger Verbesserungen der Arbeitsbedingungen professionell Pflegenden werden gar nicht erst erwogen.

Ausgeblendet bleibt auch, dass bessere, den Aufgaben angemessene Arbeitsbedingungen nicht nur Entgeltverbesserungen erfordern, sondern insbesondere im vollstationären Bereich vor allem auch erhebliche Verbesserungen der Personalausstattung. Stattdessen wird mit der Finanzierung von Lohnerhöhungen aus Budgetüberschüssen ein Weg vorgeschlagen, der die Personalkostenrefinanzierung in der kommunalen Landschaft auseinanderdriften lässt. Es hinge dann von der Höhe der örtlichen Budgetüberschüsse und ihrer Aufteilung auf infrastrukturelle Maßnahmen und Lohnkostenzuschüsse ab, in welcher Höhe Kosten, die weder von den SGB-XI-Zuschüssen noch aus Budgetüberschüssen gedeckt sind, von den Pflegebedürftigen (oder von den Sozialämtern) zu tragen wären. Die Unterschiede der von den Betroffenen verschiedener Kommunen für den gleichen Leistungsumfang zu tragenden Kosten würden voraussichtlich erheblich verstärkt, womit sich ungleichwertige Lebensverhältnisse weiter ausbreiten.

Verstärkung kommunaler Ungleichheit

Während einer fünfjährigen »Konvergenzphase« sollen degressive Zu- und Abschläge unterschiedliche örtliche Ausgangsbedingungen berücksichtigen und die Anpassung an das anschließende Standardbudget erleichtern.¹⁷ Dennoch können zu Beginn nur Kommunen mit »günstiger« Ausgangslage (unterdurchschnittlicher Heimquote) reinvestierbare Überschüsse erzielen. Bei »durchschnittlicher« oder »ungünstiger« Kostenstruktur der Versorgung entstehen dagegen zumindest anfangs Defizite.¹⁸ Selbst wenn diese Defizite nach dem Konnexitätsprinzip vom Land (ggf. auch vom Bund) ausgeglichen würden – wie es das Modell verspricht –, bleibt die Frage offen, woher die Defizitkommunen je nach ihrer Haushaltslage die Mittel nehmen sollen, um die gewünschten niedrigschwellige-

12 vgl. Bertelsmann, S. 54

13 Vgl. Bertelsmann, S. 11; auf S. 26 werden erläuternd genannt: »Angebote der Prävention zur Vermeidung von Pflegebedarf, altersgerechte Wohnraumgestaltung, die Erprobung innovativer Pflegekonzepte (z. B. Senioren-genossenschaften) sowie die Bildung ›regionaler Netze«.

14 vgl. Bertelsmann, S. 55

15 vgl. dazu »Für die ›schwarze Null‹ nicht in die Sozialkassen greifen«. DGB-Vorstandsmitglied Annelie Buntentbach zur Zweckentfremdung von Sozialbeiträgen, in: SozSich 5/2015, S. 189–192; Maria Wersig: Verfassungsrechtliches Problem: Mütterrenten für berufsständisch Versicherte aus Beiträgen der gesetzlichen Rentenversicherung, in: SozSich 2/2014, S. 44; Hans Nakielski: Finanzierung höherer Mütterrenten: Systemfrage mit viel Sprengstoff, in: SozSich 11/2013, S. 378 f.

16 vgl. Bertelsmann, S. 9 und 26

17 vgl. Bertelsmann, S. 27 ff.

18 vgl. Bertelsmann, S. 31 f.

mit Versorgungsstrukturen zu entwickeln und dadurch die »Gewinnzone« zu erreichen. Budgetüberschüsse stünden ihnen jedenfalls nicht zur Verfügung. Im Übrigen dürfte der Konnexitätsausgleich davon abhängig gemacht werden, dass die Kommune alle Möglichkeiten zur Defizitvermeidung ausgeschöpft und diese nicht etwa fahrlässig herbeigeführt hat – eine Frage, die voraussichtlich Quelle ausgedehnter und nicht selten gerichtlicher Auseinandersetzungen wäre. Das Budgetmodell scheint geradezu systematisch die aus Modellsicht »guten« und finanzstärkeren Kommunen zu begünstigen und die »schlechten« sowie die finanzschwachen zu benachteiligen.

Steuerung durch den Kostenträger

Mit dem regionalen Pflegebudget würden den kommunalen RE zwei Aufgabenbereiche zugewiesen, denen das Modell ausdrücklich eine »hohe« strategische Bedeutung zuerkennt:

- die Planungs- und Steuerungsverantwortung für die pflegerische Infrastruktur
- und die Pflegeberatung mit Fallmanagement.¹⁹

Grundsätzlich hat sich mit dem SGB XI ein weitgehender Rückzug der öffentlichen, demokratisch legitimierten Steuerungshoheit über die Infrastrukturentwicklung zugunsten des Marktes vollzogen. Welche (ambulanten, teil- und vollstationären) Pflegeeinrichtungen wo und in welchem Umfang geschaffen werden, wird seither maßgeblich von den Investitionsentscheidungen privater (freigemeinnütziger oder kommerzieller) Leistungserbringer bestimmt, die sich in der Regel nicht an Bedarfen, sondern an Rentabilitätsersparungen orientieren. Eine Rückgewinnung öffentlicher Steuerungshoheit und deren Nutzung zu einer bedarfsgerechten Versorgungsgestaltung erscheinen insoweit höchst wünschenswert.

Das Bertelsmann-Modell lehnt indes eine Beschränkung des Wettbewerbsmarktes zugunsten einer kommunalen Steuerung, die die Zulassung von Pflegeeinrichtungen am örtlichen Bedarf ausrichtet, ausdrücklich ab. Lediglich für eine Übergangszeit könne den Kommunen ein Recht zum Abschluss von Selektivverträgen mit Leistungserbringern eingeräumt werden. Ansonsten sei eine Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen nur über die »Bewilligungsentscheidung« des Leistungsträgers (also der RE) gegenüber dem Leistungsberechtigten, in gewissem Umfang auch durch dessen Beratung möglich.²⁰ Das Steuerungspotenzial der »Bewilligungsentscheidung« wird nicht näher ausgeführt. Deshalb kann hier lediglich vermutet werden, dass dabei das Wunsch- und Wahlrecht des Pflegebedürftigen eingeschränkt werden könnte, um diesen ggf. auf andere, aus Sicht der RE gleichwertige (oder »zumutbare«?), aber kostengünstigere Angebote zu verweisen.²¹

Die der Pflegeberatung mit Fallmanagement zuerkannte »hohe« strategische Bedeutung beruht auf ihrem Potenzial, die Entscheidungen der Ratsuchenden in einer gewünschten Richtung zu beeinflussen. Aus den Reihen der Betroffenenvertretungen wird deshalb immer wieder die Forderung erhoben, die Pflegeberatung von Kostenträgern

und Leistungserbringern gleichermaßen unabhängig zu organisieren, damit sachfremde (fiskalische, wirtschaftliche) Einflüsse auf die Beratungspraxis ausgeschlossen bleiben und diese sich ausschließlich an den berechtigten Interessen und Bedürfnissen orientieren kann.

Nach dem Modell der Bertelsmann Stiftung soll die Aufgabe der Pflegeberatung mit Fallmanagement (§ 7 a SGB XI) von den Kranken- und Pflegekassen auf die RE übertragen werden. Der gleichermaßen für Pflegeleistungen nach SGB XII und SGB XI zuständige Kostenträger erhalte damit ein Instrument zur Beeinflussung der individuellen Versorgungsorganisation im Sinne vorrangiger Inanspruchnahme billigerer niedrigrschwelligerer Settings. So betont das Konzept die Bedeutung von Beratung für die Bereitschaft zur längerfristigen Übernahme unentgeltlicher Pflege und Unterstützung.²²

Vermeintliche Sachzwänge

Im Konzept der Bertelsmann Stiftung heißt es: »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. 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 Hilfsstrukturen eingebunden werden.«²³

Dies – der erwartete Kostenanstieg und der Mangel an Pflegefachkräften – soll die Notwendigkeit des regionalen Pflegebudgets gleichsam sachzwanghaft begründen. Entsprechend werden die Wirkungen als »Kostenbremse« und »Sicherstellung des Personalbedarfs« hervorgehoben. Dass die Kommunen nicht durch einen Anstieg der Sozialausgaben²⁴ in Bedrängnis geraten, sondern durch verteilungspolitisch herbeigeführte »öffentliche Armut«, kommt

¹⁹ vgl. Bertelsmann, S. 19

²⁰ vgl. Bertelsmann, S. 54

²¹ Bei der Heimauswahl im Rahmen der Hilfe zur Pflege (SGB XII) hatte es in Duisburg bereits Verweise auf billigere Angebote gegeben. Hier dürften die Kosten für einen Platz in einer Wunschrichtung des Sozialhilfeempfängers die örtlich durchschnittlichen Pflegesätze bei gleicher Pflegestufe in vergleichbaren Einrichtungen nur um 5 % überschreiten, meinte die Stadt Duisburg. Diese Praxis wurde jedoch vom Sozialgericht (SG) Duisburg am 16. 4. 2012 (Az.: S 2 SO 55/11) verworfen. In der Rechtsprechung und Literatur nehme man eine Unverhältnismäßigkeit regelmäßig erst bei Kosten von 20–30 % über denen der Vergleichsgruppe an (vgl. dazu auch SG Karlsruhe v. 28. 11. 2014, Az.: S 1 SO 750/14).

²² vgl. Bertelsmann, S. 10

²³ vgl. Bertelsmann, S. 14

²⁴ Das Argument des kommunalen Kostendrucks findet bekanntlich längst »universelle« Verwendung, etwa bei der Eingliederungshilfe, bei den Unterkunftskosten von Hartz IV, bei der Versorgung von Flüchtlingen oder bei der schulischen Inklusion von Kindern mit besonderen Förderbedarfen o. ä.

den Konzept-AutorInnen der Prognos AG nicht in den Sinn. Alternative Möglichkeiten, diesen Problemen zu begegnen – etwa eine substanzielle Steigerung der für Pflege verfügbaren (auch kommunalen) Finanzmittel im Wege einer anderen, die hohe Verteilungsungleichheit begrenzende Steuer- und Abgabepolitik und die durchgreifende Stärkung der Ausbildungskapazitäten bei Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs – werden daher erst gar nicht erwogen.

Dass ein wachsender Bedarf an Pflegeleistungen mit der demografischen Entwicklung korreliert, ist allgemein bekannt. Origineller ist eher, dass auch der Fachkräftemangel in der Pflege im Bertelsmann-Papier umstandslos allein auf die demografische Entwicklung zurückgeführt wird²⁵, obwohl er gänzlich hausgemacht ist. Er ist maßgeblich Folge langjährig unzureichender Ausbildungskapazitäten und -bedingungen, mangelnder Attraktivität («Wettbewerbsfähigkeit») des Berufsfelds im Vergleich zu anderen Berufen sowie eines auch im Vergleich mit ähnlichen »Frauenberufen« übermäßig hohen Teilzeitanteils, der teils auf ein individuelles Schutzbedürfnis vor schlechten Arbeitsbedingungen und teils auf eine strategische Nutzung von Teilzeit durch die Pflege-Arbeitgeber zurückgeht. Allein durch die Umlagefinanzierung der betrieblichen Ausbildungskosten durch alle Pflege-Einrichtungen konnte die Zahl der AltenpflegeschülerInnen in NRW von 2012 bis 2015 drastisch (um rund 70 %) gesteigert werden. Doch all dies spielt für die Bertelsmann Stiftung und die Prognos-AutorInnen offensichtlich keine Rolle.

Lockversprechen für Betroffene

An die Pflegebedürftigen adressiert ist das Versprechen, die mit dem regionalen Pflegebudget zu erreichende billigere Versorgung sei zugleich – und vor allem – bedarfsgerechter. Angeknüpft wird an ebenso bekannte wie berechnete Kritiken an den herkömmlichen Versorgungsstrukturen und Rahmenbedingungen: Die relativ hohe Heimquote steht in scharfem Kontrast zum Wunsch der meisten Menschen, auch bei Pflegebedürftigkeit selbstbestimmt in der eigenen Häuslichkeit verbleiben zu können,

weshalb schon seit Jahrzehnten ein verstärkter Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen gefordert wird.

Es mangelt an Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige, die sich häufig mit teils unzumutbar überfordernden Pflegebedingungen allein gelassen fühlen. Es mangelt an Umsetzung des sozialrechtsübergreifenden Beratungsauftrags mit Fallmanagement (§ 7 a SGB XI). Es mangelt an pflegetauglichem (barrierefreiem) Wohnraum und an neuen Formen selbstbestimmten Wohnens für Pflegebedürftige als Alternative zum Heim. Und nicht zuletzt drücken die oft sehr hohen privat zu tragenden Versorgungskosten, die pflegebedingte Armut und Sozialhilfeabhängigkeit stetig ansteigen lassen.²⁶ In all diesen Fragen scheint das Bertelsmann-Modell wenn nicht Abhilfe, so doch deutliche Linderung zu versprechen und somit als klassisches Win-Win-Konzept für Betroffene und Kostenträger gleichermaßen aufzutreten.

Aber nicht nur bleibt offen, wie denn die wünschbaren Effekte in »Defizitkommunen« realisiert werden können und welche Risiken die »Bewilligungsentscheidung« als Steuerungsinstrument für das Wunsch- und Wahlrecht hätte, sondern das Modell hat zudem den »Preis« einer stärkeren Entprofessionalisierung von Pflege.²⁷ Mehr denn je soll sich die Versorgung Pflegebedürftiger auf pflegefachliche Laien stützen, die ihren »Herzensdienst« unentgeltlich verrichten: auf Angehörige und Ehrenamtliche. Strukturen mit geringerer Stabilität und Verlässlichkeit träten vermehrt an die Stelle professionell organisierter Dienstleistungen. Für die Versorgungs- und Infrastrukturqualität birgt dies unzweifelhaft Risiken.

Tatsächlich geht der Wunsch in der Bevölkerung aber eher in Richtung einer zunehmenden Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen, vor allem in der häuslichen Versorgung. Eine aktuelle repräsentative Studie der Deutschen Gesellschaft für Qualität zeigt eine klare Präferenz in der Bevölkerung für professionell getragene ambulante Pflegearrangements, während die häusliche Versorgung durch Angehörige mit Rang 6 vergleichsweise schlecht abschneidet (Heim: Rang 8).²⁸ Gerade angesichts der erwarteten nicht nur quantitativen, sondern auch qualitativen²⁹ Steigerung des Pflegebedarfs kann ein Festhalten an einem maßgeblich auf unentgeltlicher Laienpflege beruhendes Versorgungssystem keine tragfähige Perspektive bieten. Vielmehr scheint ein Pfadwechsel vom herkömmlichen »familienbasierten« auf ein professionell getragenes System erforderlich³⁰, um die Tragfähigkeit und Qualität ambulanter Versorgung in selbstbestimmten (individuellen und gemeinschaftlichen) Wohnformen auch bei hohen Pflege- und Hilfebedarfen durchgreifend zu stärken. Pflege und »Betreuung« (Unterstützung und Hilfe) alter Menschen kann nicht länger als vorrangig private bzw. »informell« zu bewältigende Aufgabe gelten, sondern muss – wie die Krankenversorgung, Kinderbetreuung oder Behindertenhilfe – wesentlich als sozialstaatlich sicherzustellende Aufgabe angenommen werden. Höchst dringlich ist überdies eine durchgreifende Verbesserung der Personalausstattung der Heime, um dort eine menschenwürdige, rehabilitativ ausgerichtete Versorgung sowie anständige Arbeitsbedingungen zu ermöglichen. Die Mobilisierung

25 »Der steigenden Zahl an Pflegebedürftigen steht zukünftig eine sinkende Zahl von Pflegepersonal gegenüber. [...] Aufgrund der demographischen Entwicklung muss davon ausgegangen werden, dass am Pflegemarkt bis zum Jahr 2020 über 237.000 Fachkräfte (in Vollzeitäquivalenten) fehlen« (vgl. Bertelsmann, S. 34).

26 vgl. auch »20 Jahre Pflegeversicherung: Immer mehr brauchen Sozialhilfe«, in: SozSich 1/2015, S. 7

27 Nach der amtlichen Pflegestatistik wurden Ende 2013 genau 47,4 % aller Pflegebedürftigen ohne professionelle Unterstützung nur von Angehörigen versorgt, darunter fast 424.000 in den Pflegestufen II und III. Bei weiteren 23,5 % waren Angehörige als Pflegepersonen maßgeblich beteiligt.

28 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Qualität (DGQ): DGQ-Studie: Senioren-WG statt Altersheim, Meldung vom 28. 7. 2015 unter <http://www.dgq.de/aktuelles/news/dgq-studie-senioren-wg-statt-altersheim/>. Eine kritische Bewertung der Validität dieser Studie ist hier nicht möglich.

29 Mit der quantitativen Zunahme der Hochaltrigen wird allgemein auch eine Zunahme der von demenziellen Einschränkungen Betroffenen erwartet.

30 vgl. hierzu grundsätzlich Cornelia Heintze: Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland, erschienen in der Reihe WISO-Diskurs der Friedrich-Ebert-Stiftung, Juli 2012; dieselbe: Die Straße des Erfolgs, Rahmenbedingungen, Umfang und Finanzierung kommunaler Dienste im deutsch-skandinavischen Vergleich, Marburg 2013, Kapitel 6 Dienstleistungen für Senioren, S. 373 ff.

der dazu benötigten erheblich höheren Finanzmittel und die Gewinnung des entsprechenden Personals wären im reichen Deutschland durchaus zu bewältigende Herausforderungen – die Bereitschaft zur Veränderung der gesellschaftlichen Verteilungsverhältnisse vorausgesetzt.

Das Bertelsmann-Modell für eine vermehrte, Personal und Kosten einsparende »Verehrenamtlichung« von Pflege weist indes in eine entgegengesetzte Richtung, die an den neoliberalen Bestrebungen zur Verbilligung und Schrumpfung der sozialen Sicherung anknüpft. Es beschreibt ein rein fiskalisches Steuerungsmodell zur Kostenreduzierung, völlig frei von Bezugnahmen auf tatsächliche Versorgungsbedarfe Betroffener, auf die zu ihrer Deckung erforderlichen Rahmenbedingungen (auch) professioneller ambulanter Leistungserbringung sowie deren Erschwinglichkeit auch für BezieherInnen kleinerer Einkommen. Hochwertige Pflege-Wohngemeinschaften, die eine reelle Alternative zu herkömmlichen Heimen bieten, sind z. B. nicht billiger als eine Heimversorgung. Ein Ausbau von Pflege-WGs zum Zweck der Verbilligung der Versorgung wäre dagegen mit Verlusten bei Versorgungsqualität und Tragfähigkeit verbunden.³¹

Der federführende Autor des Bertelsmann-Papiers, der Ökonom Tobias Hackmann, arbeitet seit 2012 als Projektleiter im Bereich »Gesundheit, Soziales und Familie« der Unternehmens- und Politikberatung Prognos AG. Im Bertelsmann-Auftrag verfasste er auch eine Studie über den »Pfleagemix der Zukunft«.³² Darin macht er eine gewisse strukturelle Überversorgung mit professioneller Pflege aus, ganz ohne nach entsprechender Unterversorgung zu fragen. Unter ausdrücklicher Bezugnahme auf das kommunale Pflegebudget tritt er auch hier für eine Strukturentwicklung in Richtung Niedrigschwelligkeit ein, die im Ergebnis mit Personal- und Kosteneinsparungen winkt. Mittlerweile hat die Prognos AG auch für die Friedrich-Ebert-Stiftung eine Pflege-Studie verfasst³³, in der ebenfalls ihre bisherigen Ansätze aufgegriffen werden und u. a. aufgezeigt wird, wie durch den stärkeren altersgerechten Umbau von Wohnungen professionelle Pflegekräfte eingespart werden könnten.

Politischer Einfluss trotz Utopieüberschuss

Wie das Bertelsmann-Papier selbst einräumt, würde eine Umsetzung des regionalen Pflegebudgets weitreichende Rechtsänderungen – am besten gleich Verfassungsänderungen – voraussetzen.³⁴ Ohne Grundgesetzänderung müssten zunächst die Pflegekassen bundesrechtlich von den gesetzlichen Krankenkassen entkoppelt und die Kompetenz zur Reorganisation der Pflegekassen auf die Bundesländer übertragen werden. Sodann müssten die Länder landesrechtlich eine oder mehrere Landes-Pflegekasse(n) bilden und die Kommunen als Träger der sozialen Pflegeversicherung bestimmen. Die Bertelsmann Stiftung »empfiehlt«, dass sich dann die Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse nach dem Wohnort richtet. Zugleich wären sämtliche Zuständigkeiten der Pflegekassen im SGB XI zu streichen und entsprechend in den jeweiligen Landesgesetzen (bisherige Landespflegegesetze) zu regeln.

Solche Umbauprozesse in 16 Bundesländern zu synchronisieren, erscheint allerdings utopisch, weshalb die Modell-AutorInnen eine Präferenz für eine verfassungsrechtliche Neuordnung erkennen lassen. Demnach sollte per Grundgesetzänderung entweder die Ausführung der sozialen Pflegeversicherung direkt auf die Kommunen übertragen werden, womit »das regionale Pflegebudget eins zu eins verwirklicht werden« könne (»radikale« Variante). Oder die Kommunen könnten im Grundgesetz als ausführende Gebietskörperschaften bestimmt werden, während die Ausführung des SGB XI durch Herausnahme der sozialen Pflegeversicherung aus Art. 87 Abs. 2 GG den Ländern als eigene Angelegenheit überlassen würde (»gemäßigte« Variante).³⁵

Es dürfte vor allem diesen in jeder Variante sehr hohen politischen und rechtlichen Hürden geschuldet sein, dass die Modell-AutorInnen selbst immer wieder von einer »Vision« sprechen. Im Vergleich hierzu erscheint die Fortentwicklung zu einer Pflege-Bürgerversicherung, die den absurden Separatismus des besser verdienenden Klientels der privaten Pflegeversicherung (bei gleichem Leistungsrecht!) von den gesetzlichen Pflegekassen für Normalsterbliche überwindet, um die finanzkräftigen »besseren Risiken« in die Solidargemeinschaft einzubeziehen, als eher pragmatische Orientierung.

Seinem utopischen Charakter zum Trotz hat das Bertelsmann-Konzept bereits begonnen, politische Wirkungsmacht zu entfalten. Das von Barbara Steffens (Grüne) geführte Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGPEA NRW) beschrieb es Anfang 2015 in einem Bericht an den Landtag über »altengerechte Quartiersentwicklung«³⁶ als »überzeugenden Weg aus der Präventionsfalle«³⁷ und fügte gleich ein entsprechendes Werbeblatt der Bertelsmann-Stiftung mit einer Kurzbeschreibung des Konzepts bei. Die »Präventionsfalle« sieht das NRW-Ministerium darin, dass die durch eine altengerechte Quartiersentwicklung realisierbaren Einsparungen bei den unmittelbar pflegebezogenen Ausgaben überwiegend bei den Pflegekassen anfallen, während den Kommunen das Geld (teils auch die rechtliche Möglichkeit) fehlt, um in Prävention und altengerechte Quartiersentwicklung zu investieren. Daher müsse es auch in der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege darum gehen, kommunale Finanzierungsspielräume durch »Nutzung der Einsparpotentiale aus der Pflegeversicherung«³⁸ zu schaffen.

31 vgl. auch Daniel Kreutz: Die »anbieterverantwortete Wohngemeinschaft«. Abbau von Mindeststandards für Bewohner nach der Pflegereform in NRW?, in: SozSich 4/2014, S. 151–156

32 Pognos AG: Pfleagemix der Zukunft, Basel 8. 5. 2014

33 vgl. Oliver Ehrentraut/Tobias Hackmann/Lisa Krämer/Sabrina Schmutz: Zukunft der Pflegepolitik – Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen, Hrsg.: Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bonn 2015

34 vgl. Bertelsmann, S. 51 ff.

35 vgl. Bertelsmann, S. 53

36 vgl. »Altengerechte Quartiersentwicklung und die Rolle der Kommunen in der Pflege«, Bericht des MGPEA NRW vom 16. 1. 2015 an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Landtagsvorlage 16/2621

37 vgl. ebenda, S. 6

38 vgl. ebenda

Die Einrichtung der genannten Bund-Länder-AG war bereits 2013 im Koalitionsvertrag der Berliner Großen Koalition vorgesehen. Daher könnte man vermuten, dass die Bertelsmann Stiftung und Prognos AG gezielt auf deren Meinungsbildung Einfluss nehmen wollten. Das hätte dann allerdings nicht wirklich funktioniert. Die AG wurde im September 2014 eingerichtet und legte im Mai 2015 ihre Ergebnisse vor³⁹, die jetzt als Grundlage für das geplante neue Gesetz zur (wieder) stärkeren Einbeziehung der Kommunen in die Pflege dienen sollen.

Aus Sicht des MGEPA NRW fielen die Ergebnisse der Bund-Länder-AG eher dünn aus. Zwar finden sich einige anschlussfähige Versatzstücke zum Bertelsmann-Konzept, doch diese bleiben eher im Bereich symbolischer Erfolge. Ein bundespolitischer Durchbruch blieb der Bertelsmann/Prognos-Vision bisher (noch?) versagt. Und ein isolierter Vorstoß von NRW in dieser Richtung erscheint wenig wahrscheinlich, obwohl auch Steffens' rheinland-pfälzische Amtskollegin Bätzing-Lichtenthäler (SPD) eher Enttäuschung über die Bund-Länder-Ergebnisse erkennen ließ, was darauf hindeuten könnte, dass man auch in Rheinland-Pfalz Sympathien für das Bertelsmann-Konzept hegt.

Die Pflege-Enquête des NRW-Landtags konstatierte 2005 die »zwingende Notwendigkeit, sich auf ein wesent-

lich höheres, zur Absicherung des großen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit erforderliches Finanzvolumen vorzubereiten. Der weitreichende Handlungsbedarf in der Pflegeversicherung erfordert [...] vor allem aber die Antwort auf die Frage, ob und in welchem Umfang die Gesellschaft bereit ist, für die Pflege künftig mehr Finanzmittel zur Verfügung zu stellen.«⁴⁰

Seither – binnen eines Jahrzehnts – stieg der Beitragssatz zur Pflegeversicherung nur um bescheidene 0,65 Prozentpunkte. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wird der Beitragssatz ab 2017 um weitere 0,2 Prozentpunkte angehoben und soll dann bis 2022 stabil bleiben. Über Bundeszuschüsse finanzierte »beitragsungedekte« Leistungen sind in der Pflegeversicherung bislang kein Thema. Die Frage, ob und in welchem Umfang der Pflege mehr Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden sollen, beantwortet die Politik bislang gleichsam mit »grundsätzlich nicht, und wenn, dann nur in geringstmöglichem Umfang«. Bertelsmann/Prognos wollen ihr offenbar dabei helfen, auch auf längere Sicht an diesem Kurs festhalten zu können, um den ansonsten sich aufdrängenden Umverteilungsfragen weiterhin auszuweichen. ■

39 vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/BL-AG-Pflege-Empfehlungen

40 vgl. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Situation und Zukunft der Pflege in NRW, Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2005, S. 542



Daniel Kreutz

ist Vorsitzender des Sozialpolitischen Ausschusses beim Landesverband NRW des Sozialverbands Deutschland (SoVD) und Mitglied des Landesausschusses Alter und Pflege in NRW