

Bundesarbeitsgemeinschaft

der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)

Bernd Finke
Geschäftsführer der BAGüS
48133 Münster

Tel.: 0251 591-6530
Fax: 0251 591-6539
E-Mail: bag@lwl.org
<http://www.bagues.de>

Dr. Eckart Bohn
stellv. Dezernent beim kommunalen
Sozialverband für Jugend und Soziales
Baden-Württemberg
70049 Stuttgart

Tel.: 0711 6375-221
Fax: 0711 6375-132
E-Mail: eckart.bohn@kvjs.de

Münster/Stuttgart, 01.02.2006

Die Sozialhilfeträger und die pflegerische Versorgung Steuerung des Finanzaufwandes angesichts der Sparabsichten, der wachsenden Nachfrage und des Wettbewerbs

**Vortrag anlässlich der Intensivveranstaltung
zur Entwicklung im Marktsegment Wohn- und Pflegeeinrichtungen für Senio-
ren – Geschäftspolitische Konsequenzen für die BFS -
der Bank für Sozialwirtschaft am 1./2. Februar 2006 in Köln**

Es gilt das gesprochene Wort

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

zunächst herzlichen Dank für Ihre Einladung an mich und Herrn Dr. Bohn zu ihrer Veranstaltung, der wir gerne gefolgt sind. Sie geben uns damit Gelegenheit, zur aktuellen Situation der pflegerischen Versorgung angesichts der schwierigen finanziellen Rahmenbedingungen und der ihnen bekannten Notwendigkeit des Sparens aus der Sicht der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Stellung zu nehmen.

Ich betone dabei *der überörtlichen Träger der Sozialhilfe*, weil ich darauf hinweisen muss, dass durch eine Reihe von landesgesetzlichen Regelungen inzwischen die örtlichen Träger der Sozialhilfe oftmals für die Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen originär zuständig sind. Dabei zeichnet sich immer mehr die Tendenz ab, die Aufgaben der Hilfe zur Pflege – zumindest für über 65jährige Menschen – in den originären Wirkungskreis der örtlichen Sozialhilfe zu verlagern.

Wir bitten deshalb um Verständnis, dass wir hier nur für die überörtlichen Träger sprechen können. In der Pflege ist – bis auf die drei Stadtstaaten – keines unserer Mitglieder auch für ambulante Pflegeleistungen zuständig.

Die finanzielle Situation ist aber auch bei den Kommunen nicht minder angespannt wie bei uns, sodass sicherlich unsere allgemeinen Ausführungen auch für die kommunale Ebene Gültigkeit haben.

I. **Allgemein** (Vortragender: Bernd Finke)

1. **Ausgangssituation: 10 (fast 11) Jahre Pflegeversicherung und ihre Entwicklung**

Zehn Jahre soziale Pflegeversicherung – so der Titel einer Presseerklärung des seinerzeitigen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 01.04.2005, in der es darauf hinweist, dass die Pflege seitdem eine eigenständige Säule der Sozialversicherung und zu einem unverzichtbaren Zweig der sozialen Sicherung geworden ist. „Sie habe sich in den vergangenen zehn Jahren bewährt. Die soziale Pflegeversicherung treffe bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen auf hohe Akzeptanz.“

Frau Ministerin Schmidt kündigte darin an, dass sie noch im Sommer 2005 Vorschläge dazu vorlegen werde, wie die Pflegeversicherung in einer Gesellschaft des längeren Lebens weiterentwickelt werden muss.

Wie sie alle wissen, haben die politischen Geschehnisse dies alles überholt. Die Themen, die die Ministerin damals nannte, sind aber nach wie vor aktuell: Sie müssen Teil eines Gesamtkonzepts zur Reform der Pflegeversicherung werden, die auch die große Koalition noch in diesem Jahr angehen will, wie sich aus der Koalitionsvereinbarung ergibt.

Themen sind neben Fragen der künftigen Finanzierung u.a.

- gesund alt werden,
- neue Wohnformen und Mobilität im Alter und damit zusammenhängend
- bürgerschaftliches Engagement in der sozialen Stadt der Zukunft.

Wir sehen - wie sicherlich auch sie - mit Spannung den konkreten Reformvorschlägen der neuen Bundesregierung entgegen, nachdem verschiedenste Arbeitsgruppen, Kommissionen, Runde Tische und Experten die unterschiedlichsten Reformvorschläge unterbreitet haben.

Die BAGüS teilt die Auffassung der Ministerin, dass sich die soziale Pflegeversicherung seit ihrer Einführung im Jahre 1995 grundsätzlich bewährt hat. Ich erinnere daran, dass die Kommunen und kommunalen Gebietskörperschaften zu diesem Zeitpunkt finanziell stark angeschlagen waren und ihre Leistungsfähigkeit u.a. dadurch wieder gewinnen konnten, dass sie von den immensen und sie erdrückenden Kosten der stationären Pflege entlastet wurden.

Ob es richtig war, diese Entlastung durch Einführung einer beitragsfinanzierten Versicherung vorzunehmen anstatt durch allgemeine Steuermittel, bleibt dahingestellt.

Für die Sozialhilfe ist wichtig: Pflege war schon vor zehn Jahren und ist angesichts der demographischen Entwicklung heute erst recht ein gesamtgesellschaftliches Problem, welches über den Verantwortungsbereich der kommunalen Daseinsvorsorge hinausgeht. Dies darf bei allen Reformüberlegungen nicht vergessen werden, sondern muss oberstes Gebot aller Überlegungen sein – egal ob steuer- oder beitragsfinanziert.

Die Wirkung der Pflegeversicherung im stationären Bereich ist mit folgenden beeindruckenden Zahlen zu belegen:

Die Zahl der Empfänger von Leistungen für vollstationäre Pflege nach dem SGB XI¹ (ohne Pflegestufe 0) betrug

- im Jahre 1996	384.561 Leistungsempfänger
- im Jahre 1997	462.607 Leistungsempfänger
- im Jahre 1998	511.403 Leistungsempfänger
- im Jahre 2002	599.817 Leistungsempfänger
- im Jahre 2003	613.274 Leistungsempfänger und
- im Jahre 2004	629.000 Leistungsempfänger.

Es zeigt sich also eine rasante Entwicklung in 9 Jahren mit einer Steigerungsrate von rd. 64 %.

Anders entwickelten sich die Zahlen der Leistungsempfänger von Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe². Erhielten im Jahre 1995 noch 361.092 Menschen Hilfe zur Pflege von der Sozialhilfe, so sank diese Zahl im Jahr 1996 – da Mitte des Jahres die 2. Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes mit der stationären Pflege einsetzte – bereits auf 330.591 Menschen und in den Folgejahren kontinuierlich auf den Tiefstand im Jahre 1998 mit 203.238.

Seit dem Jahr 2000 ist kein einheitlicher Entwicklungstrend erkennbar, die Zahlen schwanken von

- 243.370 (2000),
- 247.537 (2001),
- 226.916 (2002) zu
- 235.247 im Jahre 2003.

Ein fachlicher Grund hierfür, besonders für den Unterschied zwischen den Jahren 2001 und 2002 ist nicht ohne weiteres erkennbar.

Der Anteil der Sozialhilfeempfänger fiel also innerhalb von nur drei Jahren von rd. 86 % im Jahr 1996 auf weniger als 40 %. Im Jahre 2003 beträgt die Quote nur noch 38,4 %, obwohl die Gesamtzahl der Leistungsempfänger erheblich angestiegen ist.

¹ aus Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, Zahl aus 2004 als Vorabmeldung in Tausend

² Zahlen des Statistischen Bundesamtes, für 2004 liegen noch keine Zahlen vor

Die Kostenentwicklung verlief im Vergleich mit der Fallzahlentwicklung für die Sozialhilfeträger noch günstiger. Auch hierzu einige Zahlen:

Sozialhilfeaufwand im Jahr für die stationäre Pflege (brutto - gerundet)

- 1995 8,39 Mrd. €
- 1996 6,69 Mrd. €
- 1997 3,10 Mrd. €
- 2002 2,46 Mrd. €
- 2003 2,48 Mrd. €

Auch hier liegen noch keine aktuellen Zahlen für die Jahre 2004 und 2005 vor, es gibt jedoch Berichte aus verschiedenen Ländern (so u.a. aus Baden-Württemberg und Bayern), dass durch Standardverbesserungen und dadurch höhere Vergütungen der Anteil der Sozialhilfeempfänger und damit der Bruttoaufwand deutlich steigt.

Die moderate Entwicklung wird so lange anhalten, wie die Pflegesätze der Pflegeeinrichtungen nur geringfügig steigen und die Betroffenen bzw. ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen die Kosten und auch die Kostensteigerungen aus dem verfügbaren Einkommen und Vermögen aufbringen können.

Dies wird aber auf Dauer so nicht bleiben, da die jüngere, heute noch oder künftig erst berufstätige Generation im Rentenalter geringere Renten erhalten werden.

Auch müssen Rentner Einschnitte erwarten. Ein wichtiger Grund ist hierfür sicherlich die ständigen Korrekturen an der Rentenformel, aber auch, weil Rentner nicht mehr wie die Nachkriegsgeneration aufgrund der früheren Vollbeschäftigung weitgehend lückenlose und lange Beitragszeiten nachweisen können. Zugleich kann nicht davon ausgegangen werden, dass künftig der Sparstrumpf älterer Generationen noch so gefüllt sein wird, wie bei der heutigen älteren Nachkriegsgeneration.

2. Die Finanzprobleme der Kommunen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe angesichts überproportional steigender Sozialausgaben, besonders der Eingliederungshilfe

Aus meinen Ausführungen zur Pflege könnte man die Schlussfolgerung ziehen, dass es für die Sozialhilfeträger keinen Grund zur Klage gibt, denn Finanzprobleme durch die Leistungen für die stationäre Pflege sind aus den dargestellten Zahlen nicht ableitbar. Die Hilfe zur Pflege als eine der kommunalen Leistungen für bedürftige Menschen kann aber nicht isoliert gesehen werden; vielmehr ist die Finanzierung eingebettet in die Problematik der Gesamtfinanzierung sozialer Leistungen. Hierbei spielt die Dynamik der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen eine besondere Rolle.

Aufgrund der überproportionalen Fallzahlsteigerungen der Eingliederungshilfe stehen wir vor einer ähnlichen Diskussion, wie sie zur Einführung der Pflegeversicherung in den 80ern und zu Anfang der 90er Jahre geführt wurde. Die Kommunen und Kommunalverbände sind nämlich mit der Finanzierung der Eingliederungshilfe angesichts der überproportionalen Steigerungen und der zu erwartenden Entwicklung finanziell überfordert.

Die steigenden Ausgaben der Sozialhilfe und insbesondere der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen engen den Spielraum für die Gestaltung kommunaler Auf-

gaben erheblich ein; sie strangulieren sie quasi bis zur Handlungs- und Gestaltungsunfähigkeit.

Auch zur Behindertenhilfe einige wesentliche Zahlen³:

Die Zahl der behinderten Menschen, die eine Werkstatt für behinderte Menschen besuchen, stieg von 158.500 im Jahre 1994 auf rund 235.700 im Jahre 2003, also in einem Zeitraum von zehn Jahren um 48,7 %. Nach den hierzu vorliegende Prognosen wird bis Ende dieses Jahrzehnts von weiteren erheblichen Zugängen (etwa 40.000) auszugehen sein, erst dann könnten sich Zugänge und altersbedingte Abgänge durch Berentung die Waage halten.

Eine ähnlich dramatische Entwicklung zeichnet sich bei den Hilfen für erwachsene behinderte Menschen ab, die in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe leben. Waren dies im Jahre 1994 erst 141.746 Personen, so stieg diese Zahl zum Ende des Jahres 2003 auf 235.377, also eine Steigerung von 66 % in 10 Jahren.

Zu den Bruttoaufwendungen der Sozialhilfe:

Insgesamt wurden nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahre 2004 insgesamt brutto 11,5 Mrd. Euro für die Eingliederungshilfe ausgegeben. Damit ist die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung die umfangreichste Position unter den Hilfearten der Sozialhilfe. Sie nimmt allein 43,6 % der gesamten Sozialhilfeaufwendungen (26,35 Mrd. Euro) in Anspruch.

Im Vergleich dazu: Die Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt machten nur noch rd. 10 Mrd. Euro, also 37,9 % der Sozialhilfeausgaben aus, die Ausgaben für die gesamte Pflege 3,142 Mrd. €, mithin 11,9 %.

3. Handlungsbedarf in der Sozialhilfe

Die Entwicklung und Perspektive der Sozialhilfe, insbesondere aber der Behindertenhilfe zeigen, dass die finanziellen Aufwendungen der Sozialhilfe künftig so nicht mehr aufzubringen sind, wenn es nicht gelingt, neue Finanzierungsquellen zu erschließen. Angesichts der Finanzsituation der öffentlichen Hand insgesamt aber auch der Finanzbelastung der Bürger – insbesondere der erwerbstätigen Mitbürger – erscheinen Steuer- oder Abgabenerhöhungen kein realistischer Weg zu sein. Deshalb ist ein Umbau des Systems erforderlich, den der Gesetzgeber seit Mitte der 90er Jahre zu gehen versucht, wenn auch nicht – oder noch nicht - mit dem notwendigen Erfolg.

Solche Mittel und Wege des Umbaus sind u.a.:

³ auch hierzu liegen noch keine aktuelleren Zahlen des Stat. Bundesamtes vor.

1. Zunehmender **Wettbewerb** und **Marktöffnung** beim Angebot, was gerade in der Pflege bereits Wirkung zeigt; aufgrund der fehlenden Selbstzahler in der Behindertenhilfe aber nicht.
2. Preiswettbewerb durch **externen Preisvergleich** unter den Anbietern, der in den Ländern mit hohem Selbstzahleranteil und großem Angebot ebenso Wirkung zeigt (u.a. Bayern, dort haben eine große Zahl von Anbietern von der Möglichkeit, verbesserte Personalschlüssel zu vereinbaren, keinen Gebrauch gemacht).
3. **Umsteuerung** von stationären **zu** teilstationären und **ambulant** und damit zu **passgenaueren Hilfen**. Hier hat mit dem SGB IX seit dem Jahre 2001 ein Paradigmenwechsel eingesetzt, dessen Prozess noch in vollem Gange ist. Nicht mehr die standardisierte Pauschalleistung der Einrichtung, sondern der individuelle Bedarf sollte im Mittelpunkt des Leistungsgeschehens stehen. Dies ist nur dann erreichbar, wenn man die starren Leistungsstrukturen, die insbesondere im Pflegeversicherungsrecht für stationäre Pflegeheime mit Versorgungsvertrag gelten, zugunsten individueller auf den einzelnen Menschen zugeschnittenen Leistungen ablöst.
4. **Erprobung** und **Weiterentwicklung** des **Budgetgedankens**. Der Gesetzgeber hat seit Einführung des SGB IX den Gedanken des trägerübergreifenden persönlichen Budgets weiter entwickelt und die gesetzlichen und verordnungsrechtlichen Grundlagen für seine Einführung und Erprobung geschaffen. Verschiedene Modelle werden derzeit erprobt, auch im Bereich der Pflege (sog. Integriertes Pflegebudget). Trägerübergreifend bedeutet, dass sich das Budget aus Geldleistungen verschiedener Leistungsträger zusammensetzt. Die Bewilligung erfolgt als „Komplexleistung“, sodass es für den Budgetnehmer „wie aus einer Hand“ empfunden wird und auch – im Gegensatz zur klassischen Sachleistung – als Geldleistung ankommt. Nach Auffassung der letzten Bundesregierung – und auch wohl der jetzigen – wird damit ein Paradigmenwechsel vollzogen. Im Mittelpunkt steht nicht mehr der behinderte und/oder pflegebedürftige Mensch als Objekt der Fürsorge, sondern der selbstbestimmte Mensch mit individuellem Anspruch auf Rehabilitation, Teilhabe und Pflege.

All dies ist aber aus Sicht der Sozialhilfeträger nicht ausreichend, weitere Veränderungen sind unverzichtbar, wie u.a.

1. **Verbesserung** der **Präventions-** und **Rehabilitationsleistungen** (Rehabilitation vor Pflege),
2. **Flexibilisierung** der **Angebotsformen** und **Entwicklung neuer Wohnformen** entsprechend dem individuellen Bedarf. Anbieter müssen ihre Leistungen stärker am Bedarf der nachfragenden Personen ausrichten. Quartierbezogene Wohnkonzepte gilt es zu entwickeln, um zu gewährleisten, dass auch im Alter Wohnen stets in einem konkreten kommunalen Sozialraum der Gemeinde (dem Dorf), dem Stadtteil oder dem Quartier stattfinden kann. Quartierkonzepte beinhalten die kleinräumige Organisation und Vernetzung von alters- und behinderten- und damit auch pflegegerechten Wohn-, Betreuungs- und Teilhabemöglichkeiten.

3. Abwenden (also „weg“) vom „Vollversorgungsdenken“ im stationären Bereich und **Einbeziehung** von **Angehörigen** und **ehrenamtlichen Helfern**. Es muss künftig mehr als heute – vor allem bei stationären Leistungen in Pflege- und Behinderteneinrichtungen - möglich sein, Angehörige und ehrenamtliche Helfer in die professionelle Arbeit einzubinden, was dann auch zu reduzierten Vergütungen führen muss. Es ist nicht einzusehen, warum es heute nicht möglich sein soll, dass Angehörige einen bestimmten Teil des Angebotes einer Einrichtungen im Heimvertrag ausschließen, weil sie dies selbst übernehmen. Die soziale Betreuung bietet sich hierfür besonders an.
4. **Weiterentwicklung** des **Vereinbarungsrechts** (Vergütungen und Preise). Das heutige Vereinbarungsrecht ist zu kompliziert, schwerfällig und streitbefangen. Es bedarf klarerer Regelungen, wobei wir für eine Stärkung der Position der Leistungsträger eintreten, da ihnen letztlich auch die Finanzverantwortung für die Steuer- und Versicherungsgelder der von Pflegebedarf betroffenen Menschen obliegt.
5. Ein **durchgreifender Bürokratieabbau**, der auch endlich in die Tat umgesetzt werden muss, ist überfällig. Vorschläge hierzu gibt es viele.

Des weiteren fordern die Sozialhilfeträger – trotz aller Rücksicht und allem Verständnis für die Finanzsituation der Pflegeversicherung und der Grenzen der Finanzierung durch die jüngere Generation– zumindest

- die **Dynamisierung der Leistungen**,
- eine bedarfsgerechtere **Einbeziehung Demenzkranker** und Berücksichtigung ihrer spezifischen Beeinträchtigungen bei der Einstufung in die jeweilige Pflegestufe,
- die sach- und systemgerechte **(Wieder)Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege** in das **SGB V**, die allein aus systematischen Gründen zwingend ist, will man die starren Grenzen zwischen ambulant, teilstationär und stationär auf Dauer auflösen.

Ebenso fordert die BAGÜS seit langem die **Abschaffung der Benachteiligung pflegebedürftiger behinderter Menschen in Behinderteneinrichtungen**, für die bis heute nur eingeschränkte und einheitliche Geldleistungen von 256 € monatlich gezahlt werden anstelle der Pauschalen entsprechend den jeweiligen Pflegestufen.

Eine erste Aussage zur Weiterentwicklung der Behindertenhilfe hat der neue Bundesminister für Arbeit und Soziales, Franz Müntefering, am 18. Januar im Arbeits- und Sozialausschuss des Deutschen Bundestages getroffen. Er hat ausgeführt; dass „Bund, Länder, Kommunen und andere dem Problem der in den nächsten Jahren zu erwartenden Ausgabensteigerungen durch Weiterentwicklung der Leistungsstrukturen der Eingliederungshilfe begegnen wollen, damit auch künftig ein effizientes und leistungsfähiges Hilfesystem zur Verfügung steht“. Dies bedeutet vereinfacht nichts anderes, als dass die Bundesregierung darauf setzt, künftig die unvermeidbaren Steigerungen durch die Fallzahlentwicklung durch Weiterentwicklung des Angebotes aber mit gleichen Finanzmitteln zu bewältigen. Hierauf müssen sich die Träger von

sozialen Diensten, insbesondere aber die Einrichtungsträger einrichten; dies wird in der Pflege gleichermaßen gelten, auch wenn eine vergleichbare Äußerung aus dem für die Pflege zuständigen Ministerium bzw. von der Ministerin noch nicht bekannt geworden ist.

4. Konzepte und Überlegungen für ältere behinderte pflegebedürftige Menschen.

Mehr als die Hälfte aller schwerbehinderten Menschen in Deutschland ist bereits über 65 Jahre alt; nicht nur der Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung wächst, sondern mit ihm auch die Zahl an betagten kranken, pflegebedürftigen und behinderten Menschen. Es zeigt sich, dass die Gruppen der schwerbehinderten und der älteren Menschen bzw. die Zielgruppen der Behinderten- und der Altenhilfe und Pflege bereits heute eine erhebliche Schnittmenge aufweisen, z.B. beim Hilfe- und Betreuungsbedarf von geistig behinderten und altersverwirrten Menschen.

Ein großer Teil der alternden behinderten Menschen lebt bereits in stationären Behinderteneinrichtungen mit festen Versorgungsstrukturen in den Lebensfeldern Wohnen, Beschäftigung, Freizeit. Bei ihnen kommt mit zunehmendem Alter ein teils neuer, teilweise aber bereits seit Jahren bestehender und wachsender Pflegebedarf hinzu.

Diese Menschen sind in der Regel nach langjährigem Aufenthalt in „ihrer“ Einrichtung bereits dort beheimatet und sollten nach Möglichkeit dort wohnen bleiben können.

Eine zunehmende Bedeutung wird deshalb die Zulassung der Wohneinrichtung als Pflegeeinrichtung seitens der Pflegekassen im Benehmen mit dem Sozialhilfeträger darstellen, denn bei wachsendem Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner tritt die Notwendigkeit qualifizierter Pflege gegenüber der pädagogischen Betreuung zunehmend in den Vordergrund. Dabei schließt die Erschließung der vollen stationären Pflegekassenleistungen gleichzeitig ergänzende Eingliederungshilfe nicht aus, sie wird mitunter sogar notwendig sein.

Die Behinderteneinrichtungen werden auf Dauer nämlich nur dann dem wachsenden Bedarf an Pflege entsprechen können, wenn sie künftig auch über die notwendigen pflegerischen Ressourcen verfügen. Dies wird nur der Fall sein sein, wenn der Gesetzgeber endlich anerkennt, dass behinderte pflegebedürftige Menschen im Pflegeversicherungsrecht nicht anders behandelt werden können, wie pflegebedürftige Menschen, bei denen die Ursache der Pflegebedürftigkeit ebenso eine Behinderung – also eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung - ist.

Die Alternative, nämlich die Verlegung pflegebedürftiger alter behinderter Menschen in stationäre Pflegeeinrichtungen ist nicht nur fiskalisch keine Alternative.

II. Die Entwicklung der Wohn- und Pflegeangebote für Senioren in den Ländern (Vortragender: Dr. Eckart Bohn)

1. Stand und Entwicklung der öffentlichen Förderung

Die Objektförderung findet weiterhin in den Bundesländern Berlin, Saarland, Baden-Württemberg und Bayern statt. In Baden-Württemberg und Bayern ist allerdings vorgesehen, diese auslaufen zu lassen. In Baden-Württemberg ist das Jahr 2010 avisiert, ein konkretes in Bayern ist noch nicht bekannt. In den übrigen Bundesländern

(aus Hessen liegen keine Erkenntnisse vor) ist die Objektförderung stationärer Pflegeeinrichtungen bereits abgeschlossen bzw. so gut wie ausgelaufen. In Hamburg werden lediglich noch innovative Projekte gefördert.

2. Bedarfssituation

Die Bedarfssituation ist in Deutschland sehr unübersichtlich. Dies liegt insbesondere daran, dass – wenn überhaupt – nur auf kommunaler Ebene eine Pflegeplanung erfolgt. Die Pflegeplanung vor Ort gestaltet sich im Übrigen aufgrund der höchstgerichtlichen Rechtsprechung (BSG-Urteil vom 28.06.2001 zur Zulassung eines ambulanten Pflegedienstes) schwierig, denn darin ist festgestellt, dass alle mit Versorgungsvertrag zugelassenen Pflegeeinrichtungen einen Anspruch auf Investitionsförderung hatten, und zwar auch dann, wenn sie nicht in einen Bedarfsplan aufgenommen sind. Das BSG hat ausgeführt, dass die Förderung wettbewerbsneutral ausgestaltet werden müsse.

Im Saarland gibt es noch einen Landespflegeplan mit entsprechenden Vorgaben, gegen den auch noch kein Träger geklagt hat.

In Sachsen besteht der politische Auftrag einen solchen zu entwickeln, der jedoch dann keine Verbindlichkeit erlangen kann.

Im Landespflegeplan Baden-Württemberg wurden quantitative Bedarfskorridore der stationären Grundversorgung auf Kreisebene errechnet. Die gesetzliche Planungsverantwortung liegt bei den Stadt- und Landkreisen, die die erwünschten regionalen Versorgungsstrukturen politisch festschreiben.

Im Übrigen wird berichtet, dass insbesondere in Bayern und Baden-Württemberg kein weiterer Bedarf gesehen wird und die Nachfrage dort rückläufig ist. Anders in Mecklenburg-Vorpommern, wo man nach wie vor von einer Steigerung der Fallzahlen von 4 bis 6 % ausgeht.

3. Mittel und Instrumente der Sozialhilfeträger, die steigenden Aufwendungen für die Förderung der Pflegeeinrichtungen zu begrenzen

Mangels Liquidität in den öffentlichen Kassen verabschieden sich immer mehr Länder aus der Investitionsförderung, obwohl zumindest die qualitativen Ziele noch nicht erreicht sind, d. h. immer noch ein hoher Sanierungs- und Qualifizierungsbedarf besteht. Mit Schlagworten seien die Ziele kurz gekennzeichnet: „vom Altenheim zum Altenpflegeheim“ oder „vom Zentralstandort zur wohnortnahen, fußläufig erreichbaren Versorgung“.

Der Ausstieg aus der Förderung ist die totale Begrenzung mit einer Hypothek auf die Zukunft, die vermutlich sowohl eine qualitative wie auch eine finanzielle Komponente haben dürfte.

Eine Veränderung, sprich eine Absenkung der Förderquote ist das zunächst weichere Instrument. So hat Baden-Württemberg die Förderquoten so angeglichen, dass eine Mehrbelastung in der investiven Förderung des Landeshaushalts nicht eingetreten ist und dennoch die Zahl der jährlich geförderten Projekte erhalten werden konnte. Ein direkter administrativer oder politischer Eingriff in den Bedarf findet nicht statt bzw. kann nicht stattfinden, auch wenn dies politisch ab und an noch gewünscht oder angestrebt wird.

Das SGB XI will nach meinem Verständnis Markt, und dieser greift derzeit deshalb, weil die frühere Mangelverwaltung einer gewissen Wahlfreiheit der Nachfrager gewichen ist. Die früheren langen Wartelisten auf einen Pflegeheimplatz sind weg, manche Leerstände beobachtbar, wobei ich bereits beim nächsten Thema angelangt wäre.

4. Sozialhilfeträger und Marktfreiheit – Mittel der Steuerung, der Kostenbegrenzung oder steigender Aufwand.

Die Nachfrager - und das sind die Pflegebedürftigen und immer mehr oder insbesondere die Angehörigen - sind

- vor allem kostenbewusst
- mit gleichzeitigem Qualitätsbewusstsein
- verbunden mit der Erwartung einer guten Erreichbarkeit der Pflegeeinrichtung.

Das Kostenbewusstsein richtet sich selbstverständlich nach dem Gesamtpreis und nicht nach einzelnen Teilen, etwa dem der Höhe nach ohnehin nachrangigen Investitionskostenanteil. Einsparpotentiale sind in einer Gesamtpreisbetrachtung überwiegend im Personalbereich. Immerhin schwankt der Personalkostenanteil des Pflegesatzes zwischen 70 % und 80 %, abhängig vom realisierten Personalschlüssel und den Durchschnittspersonalkosten.

Gleichwohl wird bei aufflammender politischer Standarddiskussion stets das Zweibettzimmer thematisiert, Vergleiche mit Krankenhäusern versinnbildlicht, also meist Raumsituation und Gebäude ins Visier genommen. Der Grund ist ganz einfach: Das lässt sich politisch besser transportieren, verkennend, dass das Pflegeheim kein Krankenhaus ist, sondern dauerhaftes Wohnen in einer besonderen, nämlich in der letzten Lebenssituation, in der aber Privatheit unabdingbar ist und ein wichtiges Merkmal der letzten Lebensqualität. Im Übrigen ist es überwiegend eine Schein- bzw. Alibidiskussion, weil die Häuser ja da sind.

Personalschlüsseldiskussionen sind dagegen politisch viel schwieriger zu führen. Da sorgt schon die geballte Macht der öffentlichen und veröffentlichten Meinung für Gegenwind, der die Knie gehörig weich macht.

Fazit: Im Grundsatz verneinen alle Bundesländer einen Zusammenhang zwischen Sozialhilfeaufwand und Marktfreiheit.

Im Detail könnten sich bei einem Ausstieg aus der Investitionsförderung in etwa die Investitionskostenanteile verdoppeln für solche Einrichtungen, die ungefordert (mit vergleichbarer Qualität) entstehen oder saniert werden (Fördermodell Baden-Württemberg), wobei der Sprung nach oben – etwa in Rheinland-Pfalz – mit ehemaligen Förderquoten von 40 % Landesmitteln und 40 % kommunalen Mitteln noch gewaltiger war bzw. ist. Die Einrichtungsträger sehen den Rückzug aus der Sanierungsbeteiligung als wesentlich problematischer an als die betrieblichen Auswirkungen eines nicht öffentlich geförderten Neubaus. Sanierungskosten sind wesentlich schwieriger im Investitionskostenanteil des Pflegesatzes unterzubringen.

Ein kleiner Exkurs zur Belastung des Sozialhilfeträgers im Bereich der Hilfe zur Pflege: In Baden-Württemberg sind wir in der glücklichen Lage, jedes Jahr für die örtlichen Träger der Sozialhilfe mit einem Bericht über die „Hilfe zur Pflege in vollstatio-

nären Einrichtungen“ beauftragt zu werden. Deshalb kann ich für Baden-Württemberg ein paar Kernaussagen hierzu treffen und Folgerungen durchaus auch für andere Bundesländer ziehen.

Nach unseren Erhebungen liegt – nahezu gleich bleibend in den letzten Jahren – die Quote der Sozialhilfeempfänger in den stationären Einrichtungen landesweit bei rund 25 %. Der jährliche Nettoaufwand pro Fall beträgt durchschnittlich - und auch über Jahre in etwa stabil - 11 000 Euro pro Jahr, also knapp ein Drittel einer monatlichen Pflegeheimrechnung. Der Sozialhilfeanteil ist abhängig vom Einkommen und vom Vermögen des stationär Pflegebedürftigen, aber noch entscheidender von der Verweildauer im Heim. Diese war in der Vergangenheit rückläufig bis zu 1 ¼ Jahren durchschnittlich bei Neuaufnahmen. Der Einzug ins Heim erfolgte lange Zeit erst bei völliger Unvermeidbarkeit, das Eintrittsalter lag bei 85 Jahren und älter.

Die Rückläufigkeit ist allerdings gebremst – die mittlere Verweildauer beträgt inzwischen 2 Jahre - , weil schwere Demenz um sich greift und diese nicht nur Hochaltrige erfasst.

Der Sozialhilfeanteil wird in den einzelnen Bundesländern je nach Einkommens- und Vermögenssituation und der Versorgungsstruktur für pflegebedürftige Menschen unterschiedlich sein. Ich gehe aber davon aus, dass die Belegungsveränderung durchaus vergleichbar sein dürfte. Allzu dramatische Veränderungen sind nicht beobachtbar. Deshalb liegt der Focus der aktuellen politischen Diskussion nicht bei den Ausgaben der „Hilfe zur Pflege“, sondern eindeutig bei den dramatischen Steigerungen der „Eingliederungshilfe“, also der Hilfe für wesentlich behinderte Menschen.

Diese Schlussfolgerung korrespondiert auch mit der Erkenntnis von Prof. Andreas Kruse, dass „keine Altersgruppe in Deutschland (diese Aussage gilt für die alten und neuen Länder) eine so geringe Sozialhilfedichte wie über 60-jährige Menschen hat“, wobei zu berücksichtigen ist, dass ältere Menschen – obwohl berechtigt – die Sozialhilfe oft nicht beanspruchen.

5. Renditeerwartungen der Marktanbieter versus öffentliche Finanzierung

Zu diesem Themenkomplex lassen Sie mich eine Vorbemerkung machen:

Wenn über Renditeerwartung gesprochen wird, kann sich dies nur auf nicht gemeinnützige Einrichtungen beziehen. Diese waren in der Vergangenheit vollständig frei finanziert. Heute nehmen sie nur punktuell die mögliche öffentliche Investitionsförderung an.

Frei finanzierte Einrichtungen erreichen nach meinen Erfahrungen in Baden-Württemberg in aller Regel nicht die Qualität öffentlich geförderter Häuser, weil sie dann zu teuer würden. Bindende Rahmenbedingungen öffentlicher Förderung ist ein definiertes Raumkonzept einschließlich baulicher Ausführung. Ziel der öffentlichen Förderung ist es – und nur dann ist diese neben der Folgekostenreduzierung sinnvoll – Einfluss auf die Versorgungsstruktur zu nehmen, und zwar in Standortfragen, Quantität und Qualität. Im Umkehrschluss gilt für den Sozialhilfeträger der Förderrahmen auch für das nicht geförderte Haus als Maximalstandard. Der Preiswettbewerb lässt allerdings, wie bereits ausgeführt, diese nicht geförderte Maximalvariante kaum zu.

Insofern spielt nach meiner Beobachtung zurzeit für die Investitionskosten-Preisbildung die Marktgängigkeit eine viel größere Rolle als das unbedingte Unterbringen sämtlicher Bestandteile der inneren Kalkulation. Nicht zu vergessen ist die Tatsache, dass nicht gemeinnützige Träger bei konventionellem Vorgehen höhere steuerliche Vorteile haben gegenüber ihren gemeinnützigen Kollegen.

Der gesonderte Investitionsbetrag bedarf nach § 82 Abs. 3 SGB XI der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde. Das ist in den Bundesländern nach Form und Inhalt gesondert geregelt oder auch nicht.

Ein ausdrückliches Prüfungsrecht ist gesetzlich nicht normiert und wird überwiegend auch nicht praktiziert. Praktiziert wird zumeist die Methode des externen Vergleichs. Die Aussage aus Sachsen „einzelne Kostenbestandteile sind nicht Gegenstand der Vereinbarung“ ist repräsentativ für das ganze Bundesgebiet. Gleichwohl werden auch hier geförderte und nicht geförderte Einrichtungen gleichgestellt. Nach den Regelungen und Vereinbarungen wird das eingesetzte Eigenkapital verzinst, und zwar – von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich – zwischen 2,5 % bis maximal 4 % in Anlehnung an den Basiszinssatz nach § 247 BGB.

Nochmals: Entscheidend für die Festsetzung bzw. für die Vereinbarung des Investitionskostensatzes frei finanzieller Einrichtungen ist letztlich die Durchsetzungsfähigkeit auf dem Markt.

Der mit dem Sozialhilfeträger vereinbarte Satz darf wegen des Verbots der Quersubventionierung nicht höher sein als der mit Selbstzahlern vereinbarte und realisierte Satz.

In Baden-Württemberg kostet ein neu erstellter öffentlicher Pflegeheimplatz zwischen 10 und 12 € pro Tag, nicht gefördert könnte gut das Doppelte dargestellt werden. Tatsächlich ist aber eine Investitionskostenanteil von über 20 € am Markt derzeit nicht unterzubringen.

6. Konsequenzen aus der Reduzierung bzw. Begrenzung des Sozialhilfeaufwandes für das Wohn- und Pflegeangebot (Standarddiskussion)

Die Thematik möchte ich gerne etwas verbreitern, ansonsten wird man dem Gesamtgeschehen nicht gerecht. Der Markt endet nicht an der Pflegeheimpforte.

Konsequenzen sind bei besonderen Lebens- und Finanzlagen hinsichtlich der Gebäudekosten von folgenden Akteuren bzw. Aktivitäten erwartbar:

- von den Sozialhilfeträgern:

Zwar hat die Politik in keinem Bundesland die Reduzierung von Baustandards (z.B. mehr oder nur noch Doppelzimmer) zum Programm erklärt, gleichwohl gilt: Das Einziehen einer Obergrenze für den Investitionskostenanteil, in dem ein Grobstandard und seine Kosten limitiert werden (Einzelzimmer kontra Doppelzimmer, Anzahl der Nasszellen, Fläche pro Platz, Investitionskosten pro Quadratmeter, Begrenzung der Einrichtungskosten), kann sich sehr wohl auf den baulichen Standard auswirken. Dabei hat allerdings die Praxis gezeigt, dass nicht die Quadratmeterzahl je Bewohner für die Wohn- und Lebensqualität der Bewohner entscheidend ist, sondern vielmehr eine gute Bauplanung, geschickte Raumaufteilung und wohnliche Atmosphäre.

- durch eine Steuerung der Belegung mit Sozialhilfeempfängern:

Nur preisgünstige Häuser werden belegt. Steuerungsmaßnahmen sind in der Regel nur bei Neuaufnahmen praktikabel. Die meisten Sozialhilfeempfänger wachsen jedoch erst mit zunehmender Dauer des Pflegeheimaufenthalts in die Sozialhilfebedürftigkeit hinein. Eine Verlegung zu diesem Zeitpunkt in ein preiswerteres Heim ist in der Regel dann kaum noch zumutbar.

- durch Standardreduzierungen im baulichen Bereich:

Diese Maßnahme kann nur ganz allmählich Wirkung zeigen. Die Grundversorgung an Pflegeheimplätzen existiert bereits mit einem bis heute üblichen, akzeptierten und der Investitionsförderung zugrunde gelegten Maßstab. Eine überzeugende Alternative ist nach unserer Erfahrung ein kostensparendes Bauen mit Einsparungsvolumen von bis zu 20 % oder mehr ohne Qualitätseinbuße im Raumkonzept.

- durch Reaktionen der Nachfrager:

Er ist rein quantitativ zweifellos der wichtigere Marktpartner im Vergleich zum Sozialhilfeträger. Das Motto und das Handlungsschema des Nachfragers sind nach unserer Erfahrung ganz einfach und entspricht einem normalen Handlungsmuster des täglichen Lebens, nämlich „preiswert und gut“. Er strebt mehrheitlich zum preisgünstigen Anbieter, wenn der ein (noch) akzeptiertes Qualitätsniveau anbietet. Wobei guter Ruf und bekannte gute Qualität auch die Akzeptanz eines höheren Preises fördert. Kirchliche Häuser und Häuser anderer bekannter Verbände der freien Wohlfahrtspflege haben nach unserer Erfahrung Wettbewerbsvorteile, wobei auch dort Preise hinterfragt werden.

- durch Veränderungen der Versorgungsstruktur:

In den vergangenen Jahrzehnten ist im Lebensbereich Altersvorsorge und Altersversorgung ein bemerkenswerter gesellschaftlicher Wandel eingetreten. Bis in die 80er Jahre hinein ist das Altenheim ganz normaler und gesuchter Lebens- und Aufenthaltsort für die ältere Bevölkerung gewesen. Heute wird ein Heim nur noch aufgesucht, wenn keine andere Möglichkeit übrig bleibt. Das Altenheim ist tot, das Pflegeheim wurde zum Sterbeort und neuerdings durch die rasante Zunahme schwer demenziell Erkrankter zur lang- oder längerfristigen Pflegestation.

III. Schlussbemerkungen

Die Entwicklung der Pflegelandschaft und Veränderung der Heimsituation und deren Rahmenbedingungen gehen weiter und können durch mehrere Faktoren begünstigt werden:

Der Gesetzgeber hat das Ziel „ambulant vor stationär“ gesetzlich fest normiert, aber eben überwiegend nur verbal und wenig praktisch in der täglichen Umsetzung. Ich bin überzeugt, sobald der Gesetzgeber die ambulanten Leistungen der Höhe nach mit den stationären Leistungen etwa in der Form einer einheitlichen Geldleistung

nach Pflegestufen umwandelt, würde dies einen Schub in Richtung Ambulantisierung auslösen.

Die Nachfrager, d. h. ältere und älter werdende Bevölkerung, schauen sich immer mehr nach Wohn- und Versorgungsalternativen um. Stichworte wie Betreutes Wohnen, Mehrgenerationenwohnen, Wohngemeinschaften und Hausgemeinschaften, Wohnen und Versorgung im Quartier, Wohngemeinschaften für Demenzzranke, integrative Pflege gewinnen an Bedeutung.

Integrative Pflege hat zwei Varianten, nämlich die Pflege im Quartier und Kleinpflegeheime in jeder Gemeinde. Letztere haben sich in Baden-Württemberg durchgesetzt. Die sog. Kleeblatt-Pflegeheime sind Kleinheime zwischen 24 und 30 Plätzen, eingebunden in eine ambulante Versorgungsstruktur (betreutes Wohnen, Sozialstation), eingebunden in die Gemeinde-Infrastruktur (multi-genutzter Versammlungsraum, Kindergarten u. a.). Wirtschaftlich funktioniert das Kleinheim in einer Verbund- oder Dependance-Lösung.

Eine weitere Variante ist die quartiersbezogene Qualifizierung zur Versorgung betreuungs- und pflegebedürftiger Menschen. Auslöser hierfür war nicht die zunehmende Pflegebedürftigkeit, sondern waren drohende Leerstände als Folge einer alternden Bevölkerung in einem nicht altersgemäß ausgestatteten Quartier.

Befragungen zeigen, dass ältere Menschen vor dem Heimeintritt eine wesentlich schlechtere Wohnungsausstattung haben als beim Durchschnitt der Bevölkerung. Das Fehlen eines Bades (17%), eines WCs innerhalb der Wohnung (12%) sowie einer Etagenheizung (31%) können vielfach mit dazu beitragen, dass ein weiterer Aufenthalt in der alten Umgebung im Pflegefall nicht mehr möglich ist.

Deshalb haben sich die Wohnungsbaugesellschaften und –genossenschaften etwas einfallen lassen: barrierefreie Wohnungen und Wohnumfeld, Gemeinschaftsräume, Installierung eines Quartiersmanagers, Ansiedelung eines quartierbezogenen Pflegedienstes: Der Erfolg: Verbleib oder zumindest längerer Verbleib in der eigenen Wohnung, Vermeidung oder Hinauszögern von teuren Pflegeheimaufenthalten und – der Kleeblattidee folgend – Verbleib im gewohnten Umfeld, Förderung der Nachbarschaftshilfe, Bildung eines ständigen und unkonventionellen ehrenamtlichen Hilfefpotentials.

Dennoch sind wir überzeugt:

Alle Alternativen werden nach heutigem Stand die Zahl notwendiger Pflegeplätze nicht verringern. Eine Massenerscheinung werden die Alternativen so schnell nicht werden, zumal noch manche bürokratischen Hürden zu nehmen sind. Aber sie können – und müssen - den vorhersehbaren Zusatzbedarf aufgrund der demografischen Entwicklung mehr oder weniger abmildern, Wahlmöglichkeiten schaffen und eine breitere Finanzierbarkeit des Alterns absichern.

Wir danken Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.