



Erste Überlegungen für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behin- deter und alter Menschen und ihrer Teilhabe am Le- ben in der Gesellschaft

–jif– Die nachstehenden Überlegungen wurden nach Vorüberlegungen und auf Anregung der Arbeitsgruppe des Präsidiums des Deutschen Vereins zur Reform der Pflegeversicherung von der Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept – Rehabilitation und Pflege“ bei ihrer Sitzung am 24. April 2006 beraten. Ziel des Papiers ist es, der Bundesregierung und dem Gesetzgeber noch vor der geplanten Reform der Pflegeversicherung Anhaltspunkte für eine gesamtkonzeptionelle Sichtweise auf das Sozialleistungsrecht an die Hand zu geben und somit einen Beitrag zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag festgeschriebenen Absicht, ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen zu entwickeln, zu leisten. Die ersten Überlegungen wurden vom Vorstand in seiner Sitzung am 3. Mai 2006 verabschiedet.

Präambel

Der Deutsche Verein begrüßt die Feststellung der Regierungskoalition¹, dass für die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen ein Gesamtkonzept notwendig ist. Die hierin zum Ausdruck kommende Erkenntnis, dass Sozialreformen in den einzelnen Leistungsbereichen des Sozialrechts nicht ohne Folgen auf und Abstimmungen mit anderen Leistungsbereichen erfolgen sollten, ist in den jüngeren Sozialreformen nicht immer beachtet worden.

¹ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005, Zeile 4203–4204.

Ausgangspunkt aller Reformüberlegungen muss der behinderte, pflegedürftige oder alte Mensch sein. Seine Lebenswelten und Bedürfnisse muss ein Gesamtkonzept insbesondere im Hinblick auf die demografische Entwicklung in Deutschland berücksichtigen und gestalten. Notwendig sind nachhaltige Sozialreformen: eine konsequente Rehabilitation und Prävention, die Belebung des bürgerschaftlichen ehrenamtlichen Engagements und die Betonung der Eigenverantwortung vor der Gemeinverantwortung.

Der Deutsche Verein versteht unter dem im Koalitionsvertrag verwandten Begriff „Gesamtkonzept“ im Kontext der übrigen Verlautbarungen der Bundesregierung nicht das Ziel, ein einheitliches Leistungsrecht für behinderte, pflegebedürftige und alte Menschen zu schaffen, sondern vielmehr eine Perspektive, die der Gesetzgeber einnehmen möchte, um zusammengehörende und in gegenseitiger Abhängigkeit existierende Sicherungssysteme als Ganzes zu betrachten und diese nur unter Berücksichtigung möglicher Wechselwirkungen zu reformieren. Die Aufgabe des Gesamtkonzeptes besteht also darin, die Leistungen für pflegebedürftige, behinderte und alte Menschen auf einander zu beziehen, Versorgungslücken zu schließen und die Übergänge zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen zu erleichtern. Das Gesamtkonzept erfordert darüber hinaus, dass die Prämissen der verschiedenen Leistungsbereiche insgesamt berücksichtigt werden. Teilhabe und Selbstbestimmung müssen mithin als Leitmotive des Gesamtkonzeptes anerkannt werden.

Die nachstehenden Überlegungen zu einem „Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen“ begreift der Deutsche Verein als einen ersten Schritt. In Anbetracht der anstehenden Reform der Pflegeversicherung werden Hinweise erteilt, wie eine gesamtkonzeptionelle Sichtweise bei der Entwicklung der notwendigen Reformschritte in der Pflegeversicherung gewahrt werden kann. Eine Reform der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung und auch die angekündigte Reform der Eingliederungshilfe wird sich an den im Koalitionsvertrag mit dem Hinweis auf eine gesamtkonzeptionelle Einbindung gesetzten Maßstäben messen lassen müssen.

Der Deutsche Verein sieht in der Vorstellung eines Gesamtkonzeptes auch die Chance, abgestimmte und einer soliden Gesetzgebungstechnik folgende Novellierungen vorzu-

nehmen, damit die Rechtsanwendung verständlich, in sich schlüssig und nachhaltig wird. Mit dem Hinweis auf eine gesamtkonzeptionelle Lösung verbindet der Deutsche Verein auch die Erwartung, dass die Regierungskoalition in ihre Reformen den Sachverstand der Fachverbände, ihre Hinweise und Anregungen für grundsätzliche Lösungen und ihre Problemanzeigen einbezieht.

1. Der umfassende Charakter des Gesamtkonzeptes

Das Gesamtkonzept beginnt im Vorfeld von Hilfebedürftigkeit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Alter. Es umfasst die gesamte Phase der Rehabilitation und Pflege und schließt erst mit der Beendigung des Hilfe- oder Betreuungsbedarfes. Ein Ziel des Gesamtkonzeptes neben der möglichst reibungslosen Gestaltung von Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungssystemen ist für die betroffene Person die Leistungserbringung aus einer Hand.²

In ein Gesamtkonzept sind auch die Leistungen der Behandlungspflege, der medizinischen Rehabilitation und der Prävention einzubeziehen. Denn auch diese Leistungsbereiche sind eng mit dem Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit verknüpft, leistungsrechtlich vorgelagert und führen bei unzureichendem Einsatz zur Ausweitung des Leistungsvolumens in der Pflegeversicherung. Kritisch ist insbesondere die defizitorientierte Herangehensweise der genannten Leistungsbereiche, welche häufig der Lebenssituation der betroffenen Menschen nicht gerecht wird, da sie die mögliche Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die Wiedergewinnung von Selbstständigkeit und den Erhalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht in wünschenswertem Umfang berücksichtigt. Minderleistungen vorgelagerter Sicherungssysteme können die Lebenssituation insbesondere älterer Menschen unwiederbringlich beeinträchtigen.

² Vgl. Koalitionsvertrag (Fußn. 1), Zeile 4128.

2. Prävention

Ein Gesamtkonzept muss sicherstellen, dass die Leistungen der Akutversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend und umfassend sind. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (und soweit betroffen die der Renten- und der Unfallversicherung) müssen darauf ausgerichtet sein, Behinderungen, chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Dies bedeutet neben einer umfassenden Akutversorgung insbesondere die Nutzung der Mittel der Prävention. Diese ist im deutschen Sozialversicherungsrecht nach wie vor unzureichend gesichert, bietet aber nach Auffassung des Deutschen Vereins eine Vielzahl von Möglichkeiten, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit und Behinderungen zu vermeiden, hinauszuzögern oder zu mildern. Nach Ansicht des Deutschen Vereins dürfen Präventionsleistungen jedoch nicht auf die Sozialleistungsträger begrenzt werden. Vielmehr müssen Angebote im Bereich der Bildung, der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Prophylaxe und Vorsorge sowie der Teilhabe und Versorgung verstärkt werden. Es ist des Weiteren erforderlich, Prävention an der Lebenswelt orientiert zu betrachten. Eine solche Lebenslaufperspektive bedeutet, dass Faktoren wie körperliche und seelische Gesundheit, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung, Widerstandsfähigkeit und Offenheit sowie Techniken sozialer und kultureller Teilhabe nebeneinander beachtet werden.

Ein Gesamtkonzept muss die Mittel der Prävention berücksichtigen. Präventionsleistungen müssen vor und während der Pflege erbracht werden.

3. Rehabilitation vor und in der Pflege

Aktuelle wissenschaftliche Untersuchungen führen zu der Erkenntnis, dass trotz der Anstrengungen der Krankenkassen, den Zugang zur Rehabilitation in der Geriatrie zu vereinfachen, die Bewilligungspraxis der Krankenkassen zu Gunsten älterer Menschen häufig rückläufig ist. Im Hinblick auf die eingetretene oder drohende Pflegebedürftigkeit werden in der Praxis zu häufig die Rehabilitationsfähigkeit in Frage gestellt und Leistungen der medizinischen Rehabilitation versagt. Einer der Gründe hierfür liegt darin, dass die Leistungen der medizinischen Rehabilitation im weiten Umfang Ermessensleistungen der Krankenkasse darstellen und kein verpflichtender Rechtsanspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder Anschlussheilbehandlung besteht. Ein wesentlicher

weiterer Grund für die zurückhaltende Praxis im Bereich der medizinischen Rehabilitation Älterer liegt darin, dass die positiven Folgen der medizinischen Rehabilitation sich in einer Vermeidung von Pflegebedürftigkeit niederschlagen und mithin einem anderen Sozialleistungssystem zugute kommen als dem primär leistenden der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch wenn Kranken- und Pflegeversicherung organisatorisch verbunden sind und damit eine Schnittstelle gelöst sein könnte, zeigt sich, dass Sozialleistungsträger sich zunächst an ihren Pflichtaufgaben und sodann daran orientieren, ob durch diese Leistungen weiterer Leistungsbezug vermieden werden kann. Erweist es sich, dass die Leistungen nicht dem eigenen Leistungssystem zugute kommen, so entspricht es der betriebswirtschaftlichen Vernunft, solche Leistungen, von denen lediglich andere profitieren, zur Schonung der eigenen Haushalte zu unterlassen. Im Sinne der Betroffenen und einer Gesamtbetrachtung der Sozialausgaben ist ein solches Verhalten allerdings, wie das Beispiel medizinischer Rehabilitation zeigt, nicht hinnehmbar.

Des Weiteren ist festzustellen, dass sowohl die ambulante als auch die stationäre geriatrische Infrastruktur zur Rehabilitation weiteren Entwicklungsbedarf haben. Um Rehabilitation in der Geriatrie in einem angemessenem Umfang zu ermöglichen, sollte vermehrt in den Aufbau geriatrischer Infrastruktur investiert werden.

Außerdem verweist der Deutsche Verein auf seine ausführlichen Stellungnahmen zu den Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes,³ mit der Mahnung, die zum Teil unzureichende Hilfsmittelversorgung insbesondere behinderter und alter Menschen im Rahmen des Gesamtkonzeptes nicht unberücksichtigt zu lassen.

Ein Gesamtkonzept muss dem Grundsatz Rehabilitation vor und in der Pflege Rechnung tragen. Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind in erster Linie die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Deutsche Verein schließt sich der Forderung aus dem Koalitionsvertrag an, dass Pflegebedürftigkeit nicht dazu führen darf, dass erforderliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe nicht erbracht werden. Er fordert den Gesetzgeber auf, im Rahmen der Pflegereform diese Forderung durch die

³ Empfehlung des Deutschen Vereins zur sozialverträglichen Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes, NDV 2005, 402 ff.; Stellungnahme des Deutschen Vereins zu den Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) auf Personen, die Leistungen nach dem SGB II und dem SGB XII erhalten, NDV 2004, 265 ff.

entsprechende Ausgestaltung der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung umzusetzen.

4. Bedeutung und Stellung der medizinischen Behandlungspflege

Nach Auffassung der Bundesregierung soll die Finanzierung der Behandlungspflege als Daueraufgabe bei der Pflegeversicherung verbleiben.⁴ Der Deutsche Verein hat jedoch bereits in seiner Stellungnahme 2004⁵ deutlich gemacht, dass er die Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 43 b SGB XI) für systemgerecht hält. Dem Deutschen Verein ist dabei bewusst, dass dadurch Beitragssatzsteigerungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung möglicherweise nicht ausgeschlossen werden können. Er hält es jedoch für sozialstaatlich kaum vertretbar, dass Beitragssatzsteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Folge vermieden werden, dass die notwendige Versorgung mit behandlungspflegerischen Maßnahmen in der stationären Versorgung unzureichend bleibt. Der Deutsche Verein sieht die Notwendigkeit, dass zur Sicherstellung der Versorgungskette in stationären Pflegeeinrichtungen (Prävention, Rehabilitation, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung und Entlassungsmanagement) neue Konzepte erarbeitet und erprobt werden müssen.

Das Problemfeld der Behandlungspflege krankt im Übrigen an dem unklaren für die Rechtsprechung und die Praxis schwer handhabbaren Tatbestandsmerkmal der eigenen Häuslichkeit. Dieses Tatbestandsmerkmal muss im Hinblick auf die Entwicklung neuer Wohn- und Betreuungsformen und wegen der gewünschten Durchlässigkeit der Versorgungsstrukturen zwischen stationär, teilstationär und ambulant entfallen. Anknüpfungspunkt für die Leistungsverantwortung der Krankenversicherung muss ein funktionales Kriterium sein, das die vorzunehmende Pflege bei dem betroffenen Menschen als leistungsauslösenden Bedarf beschreibt, nicht die Anknüpfung an eine bestimmte Räumlichkeit.

⁴ Vgl. Koalitionsvertrag (Fußn. 1), Zeile 4493–4494.

⁵ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Reformbedarf in der Pflegeversicherung, NDV 2004, 261, 262.

Ein Gesamtkonzept muss auch die Bedeutung und Stellung der medizinischen Behandlungspflege würdigen. In konsequenter Umsetzung der vorstehenden Maßstäbe, wonach die Verantwortlichkeit am materiellrechtlichen Anspruch ansetzen muss, muss auch die Durchführungsverantwortung eindeutig zugeordnet werden.

5. Zuständigkeiten konkretisieren

Grundelemente des Pflegeversicherungsrechts wie sein Teilleistungscharakter machen es notwendig, scharfe und tragfähige Abgrenzungen der sachlichen Leistungszuständigkeit zu bestimmen. Ein Gesamtkonzept lebt davon, dass einerseits die Bezogenheit der unterschiedlichen Rechtsmaterien aufeinander stets mitgedacht und andererseits die Leistungsbereiche klar von einander abgegrenzt werden. Auf die Notwendigkeit, eine eindeutige gesetzliche Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen zu schaffen, hat der Deutsche Verein bereits hingewiesen.⁶ Die Abgrenzung der unterschiedlichen Leistungsbereiche ist Aufgabe des materiellen Rechts. Der Deutsche Verein ist auf Grund der Erfahrungen mit den Regelungen des SGB IX davon überzeugt, dass verfahrensrechtliche Regelungen zur Zusammenarbeit und Zuständigkeitsklärung nicht ausreichend sind. Appelle an die Zusammenarbeit, auch wenn sie in institutionalisierter Form etwa durch Empfehlungen, Richtlinien oder Rahmenvereinbarungen unterstützt werden, haben sich bisher nur in Teilbereichen und Einzelfällen als erfolgreich erwiesen. Vielmehr ist bereits in der leistungsrechtlichen Ausgestaltung im jeweiligen Sozialleistungsbereich sicherzustellen, dass sich die sachliche Zuständigkeit des jeweiligen Leistungsträgers zweifelsfrei aus dem für den jeweils verantwortlichen Leistungsträger geltenden Gesetz ergibt. Dies kann im Einzelfall einen größeren gesetzgeberischen Aufwand, etwa auch im Sinne von Abgrenzungsverordnungen, notwendig machen.

Die Versuche des Gesetzgebers, sowohl mit der Komplexleistung Frühförderung (§ 30 SGB IX) als auch mit dem persönlichen Budget nach § 17 SGB IX und dem personenbezogenen Pflegebudget nach § 8 Abs. 3 SGB XI eine Gesamtverantwortung von Leistungsträgern im gegliederten System durch trägerübergreifende Komplexleistungen herzustellen und somit die Grenzen des gegliederten Systems aufzubrechen, waren bislang

⁶ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Weiterentwicklungsbedarf des SGB XI und verwandter Gesetze, NDV 1999, 181, 183.

noch nicht sehr erfolgreich. Im Sinne eines Gesamtkonzeptes sollte statt der Fiktion einer Gesamtzuständigkeit eher ein Ineinandergreifen der verschiedenen Leistungssysteme durch klare Leistungsanpassungen und Zuständigkeitsregelungen ermöglicht werden. Hinsichtlich einer besseren Verzahnung des persönlichen Budgets nach SGB IX und SGB XI regt der Deutsche Verein außerdem an, die beiden oben genannten Budgetformen zu vereinheitlichen. Hierfür wird es auch erforderlich sein, die derzeit vom Gesetz vorgeschriebene Erbringung von Pflegesachleistungen im persönlichen Budget nach SGB IX mittels Gutscheinen abzuschaffen und eine Übernahme der Pflegeleistung im Budget in Form einer echten Geldleistung zu ermöglichen.

Ein Gesamtkonzept muss Zuständigkeiten so konkretisieren, dass Überschneidungen oder Zuständigkeitslücken möglichst vermieden werden. Ein Gesamtkonzept muss die verantwortlichen Träger für den Erfolg ihrer Leistungen in die Pflicht nehmen. Der Leistungsträger muss sicherstellen, dass die Leistungen des jeweils verantwortlichen Sozialleistungsträgers wirksam und im notwendigen Umfang erbracht werden.

6. Schnittstellenprobleme vermeiden

In erfreulicher Klarheit stellt der Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 dar, dass vielfache Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung, die von der Definition der jeweiligen Bedarfstatbestände bis hin zu Finanzierungs- und Leistungserbringungsfragen reichen, überwunden werden müssten. Auch zwischen der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung sowie zwischen Pflegeversicherung und den leistungsrechtlichen Sicherungen für behinderte Menschen bestehen eine Reihe von Schnittstellen. Zur Behebung dieser Schnittstellen hat der Gesetzgeber bereits mit dem Ersten SGB XI-Änderungsgesetz vom 24. Mai 1994 eine pauschale Abgeltung von Leistungen der Pflegeversicherung in Einrichtungen der Behindertenhilfe ins Gesetz aufgenommen (§ 43 a SGB XI). Im Hinblick auf die demografische Entwicklung in Deutschland und den zu erwartenden Anstieg der Zahl pflegebedürftiger behinderter Menschen stellt die Abgeltung der pflegerischen Bedarfe behinderter Menschen insbesondere in stationären Einrichtungen jedoch nach wie vor ein Problem dar.

Eine weitere Schnittstelle betrifft die Gleichbehandlung pflegebedürftiger nicht-behinderter und pflegebedürftiger behinderter Menschen. Der Deutsche Verein hatte be-

reits im Jahr 1999⁷ darauf aufmerksam gemacht, dass auch für behinderte Menschen im Falle der Pflegebedürftigkeit Leistungen der Pflegeversicherung erbracht werden sollten. Pflegebedürftige, die eine Pflegestufe im Sinne des SGB XI erreichen, sind im Grundsatz auch wesentlich behindert.⁸ Ein Gesamtkonzept muss deshalb zunächst berücksichtigen, dass behinderte und pflegebedürftige Menschen ähnliche oder vergleichbare Bedarfe haben können. Im Interesse von Rechtsklarheit und Rechtssicherheit ist jedoch erforderlich, dass das Leistungsrecht eindeutige Zuordnungen für die Gewährung von Leistungen festlegt. Die Gemengelage vergleichbarer Bedarfe führt zu einer Bezogenheit unterschiedlicher Leistungsbereiche auf einander, die bei jeder Änderung eines Rechtsbereichs zu berücksichtigen ist. Jede Änderung hat potenziell Auswirkungen auf die Gewährung von Leistungen in anderen Rechtsbereichen. Änderungen in der Pflegeversicherung ziehen zwangsläufig die Frage nach einer Abstimmung mit den Leistungen zur Prävention, Rehabilitation und Teilhabe – mithin insgesamt zu den Regelungen zur Versorgung und Betreuung älterer, behinderter und pflegebedürftiger Menschen – nach sich.

Schnittstellenprobleme können des Weiteren vermieden werden, indem die Versorgung bestimmter Personengruppen, die Leistungen aus verschiedenen Leistungssystemen beziehen, aufeinander abgestimmt wird. Es besteht daher Einigkeit, dass die Leistungen zur Versorgung demenziell erkrankter Personen verbessert werden müssen⁹ und dass, der Begriff der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung einer Prüfung zu unterziehen ist.¹⁰

Ein Gesamtkonzept muss Schnittstellenprobleme zwischen Kranken-, Pflegeversicherung und Sozialhilfe beheben oder zumindest abmildern. Es muss eine ineinander greifende, insbesondere nahtlose Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen sicherstellen.

⁷ DV (Fußn. 6), S. 181, 182.

⁸ DV (Fußn. 6), S. 182.

⁹ Vgl. Koalitionsvertrag (Fußn.1) Zeile 4519–4520.

¹⁰ Vgl. Koalitionsvertrag (Fußn.1) Zeile 4521–4522.

7. Durchlässigkeit der Versorgungsformen

Der Deutsche Verein mahnt an, die unterschiedlichen Versorgungsformen von ambulant und stationär zu überwinden. Pflegebedürftigen älteren Menschen muss der Zugang zu der für sie gewünschten optimalen Versorgungsform offen stehen, ohne dass es auf eine ambulante oder stationäre Gestaltung im Einzelnen ankäme. Zwingend erforderlich ist die Durchlässigkeit der Versorgungsformen, das heißt der Wechsel von der einen in die andere und zurück.

Durch ein Gesamtkonzept muss für alle Leistungsbereiche in der Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen die Trennung der Versorgungsformen ambulant, teilstationär, stationär zugunsten einer Durchlässigkeit der Versorgungsformen aufgehoben werden.

8. Lebenswelten gestalten

Aufgrund des demografischen Wandels zeichnet sich mehr und mehr eine Entwicklung ab, in der Hilfe- und Betreuungsbedarfe nicht mehr ausschließlich durch die Versorgungssysteme des Staates erfüllt werden können. Der Deutsche Verein weist daher darauf hin, dass Lebenswelten gestaltet werden müssen. Eine Differenzierung der Wohn- und Betreuungsformen und die Aufgabe der Dreiteilung ambulant, teilstationär, vollstationär zieht auch die Frage nach dem optimalen professionellen Setting für die Betreuung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen, aber insbesondere solcher Menschen mit demenziellen Erkrankungen nach sich. Die Weiterentwicklung der Anforderungen der Heimpersonalverordnung, die Gestaltung bürgerschaftlichen Engagements in einem Personalmix bei der Versorgung zuhause und in der Familie sowie das Zusammenwirken unterschiedlicher Berufsgruppen und Qualifikationen sind nach Auffassung des Deutschen Vereins die Prüfsteine, anhand derer sich eine optimale Versorgungsform für Menschen mit Hilfebedarf zu orientieren hat.

So erweist sich etwa in der Praxis, dass Angehörige und ihre Familien zur Bewältigung von demenziellen Erkrankungen zumindest im fortgeschrittenen Stadium häufig nicht mehr in der Lage sind und der professionellen Unterstützung bedürfen. Ähnliches trifft auf schwerst körper- und mehrfach- oder geistigbehinderte Menschen zu, für die in der

Familie zum Teil nicht mehr die erforderlichen Förderungs- und Unterstützungsleistungen erbracht werden können. Im Verlauf der Weiterentwicklung der Versorgungsformen muss deshalb die Hilfe im Einklang mit dem familiären und persönlichen Umfeld der pflegebedürftigen oder behinderten Person gestaltet werden. Professionelle, ehrenamtliche und familiäre Hilfen müssen ineinander greifen.

Ein Gesamtkonzept muss neben leistungsrechtlichen Verantwortlichkeiten auch die Schnittstellen zum Engagement der Familien und des sozialen Umfeldes, der Infrastrukturen hinsichtlich Einrichtungen, Diensten und Begegnungsstätten und die Möglichkeiten zur Organisation und Gestaltung des sozialen Umfelds in der Kommune oder im Stadtviertel einbeziehen.

9. Die Finanzierung der Sozialleistungsträger

Der Deutsche Verein fordert die Dynamisierung der Leistungen. Durch die mangelnde Dynamisierung der Leistungen ergibt sich der Effekt, dass die Leistungen der Pflegeversicherung im Verhältnis zu denen der Sozialhilfe abnehmen, obwohl die Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten der Träger der Sozialhilfe auf das Leistungsgeschehen gleichbleibend niedrig sind. Die mangelnde Dynamisierung führt dazu, dass die eingangs beschriebene Minderleistung in der Pflegeversicherung von der Sozialhilfe ausgeglichen werden muss.

Es bestehen derzeit nur geringe Anreize für Länder und Kommunen, durch die Finanzierung präventiver Angebote Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben bzw. deren Ausmaß zu verringern. Derartige Leistungen kommen den Kommunen als Sozialhilfeträgern nur insoweit zugute, als sie ansonsten Hilfe zur Pflege leisten müssten. In erheblichem Maße kommen sie aber den Pflegekassen zugute, was wiederum keine Anreizwirkung auf Länder und Kommunen hat.

Die vollständige Aufgabenerfüllung, die wirksame und im notwendigen Umfang gewährte Leistungen beinhaltet, kann nur gelingen, wenn die jeweiligen Leistungsbereiche finanziell nachhaltig gesichert sind. Die Finanzsituation der Sozialversicherungsträger und der Kommunen muss die Wahrnehmung der Verantwortungen erlauben. Ein Gesamtkonzept

im vorgeschlagenen Sinne muss deshalb auch die Sicherung der Einnahmen und Ausgaben der Sozialleistungsträger umfassen.

Nachhaltig ist im Übrigen nicht lediglich die Verbreiterung der Einnahmehasis, sondern vielmehr die Bekämpfung der ohne Intervention eintretenden Wirkungen der alternden Gesellschaft. Nachhaltig wäre eine konsequente Rehabilitation und Prävention, die Belebung des bürgerschaftlichen ehrenamtlichen Engagements und die Betonung der Eigenverantwortung vor der Gemeinverantwortung.