

tiger werdenden Bedingungen weiterzuentwickeln, immer wieder auftretende Krisen in der Personalausstattung zu meistern und gleichzeitig eine unternehmerische Perspektive zu verfolgen, die auf die notwendige Transformation der Sozialwirtschaft in der Langzeitpflege ausgerichtet ist. Hierfür ist soziales Unternehmertum gefragt, für das auch Gustav Werner stand, der in den durch die Industrialisierung ausgelösten sozialen Krisen im Schwäbischen das von seinem Vater übernommene Know How als Unternehmer für soziale Aufgaben nutzte – mit hoher Risikobereitschaft. Auch Johann Hinrich Wichern mit seinem Rauhen Haus oder Friedrich von Bodelschwingh mit seinen Einrichtungen in Kaiserswerth bei Düsseldorf waren derartige Unternehmer, die sozialwirtschaftlich performativ unterwegs waren. Nun hat sich das Wissen über Managementstrategien und -methoden über betriebswirtschaftliche Risiken und Strategien deutlich erhöht. Ohne soziales Unternehmertum in dem beschriebenen Sinne, verkörpert von den exemplarisch benannten Personen, wird sich die Transformation in der Langzeitpflege nicht in guter Weise gestalten lassen. Es sind weniger Start-ups oder sogenannte Social Entrepreneurs – ein problematischer Modebegriff – gefragt. Es geht nicht so sehr um kleine Experimente, sondern um die Einlösung sozialer Verantwortung für eine der großen Fragen der Zeit: Wie wir das mit der Pflege hinbekommen.

Dem »Pflegetnotstand« politisch begegnen

Aus der Sicht der Bevölkerung tut die Politik seit Jahrzehnten zu wenig, um die Pflege in Deutschland zu sichern und dem Problem des Personalmangels in der Pflege zu begegnen. Zuwanderung ablehnen und Vollversicherung fordern, passt schon auf der Ebene der Beschäftigten in der Pflege – vor allen Dingen der Assistenzkräfte – nicht zusammen. Sicherlich ist es richtig, sich über die Finanzierung der Pflegeversicherung grundlegend Gedanken zu machen. Rentenversicherung, Krankenversicherung werden auch über einen nicht unerheblichen Steuerzuschuss mitfinanziert. Das wird auch für die Pflege gefordert. In der Pflegeversicherung finden sich jede Menge versicherungsfremde Leistungen. Hierfür muss an sich der Staat, der Bund und nicht die Versi-

cherung respektive die Versicherten selbst über ihre Beitragszahlungen eintreten. Nun hat aber Christian Lindner, der Bundesfinanzminister, zunächst mal in die Portokasse der Pflegeversicherung gegriffen, um die Ausgabensituation des Bundes zu stabilisieren – gerade in die eh schon unterfinanzierte Pflegeversicherung, deren Finanzreserven, wenn überhaupt, nur noch bis zum Ende der Legislaturperiode reichen. Neue Finanzierungsquellen für die Pflegeversicherung zu erschließen, etwa mit dem Konzept der Bürgerversicherung, in dem auch andere Einnahmen miteinbezogen werden, insbesondere auch die Trennung zwischen privater und gesetzlicher Versicherung aufgegeben wird, darüber könnte man nachdenken, wenn es dafür fiskalischen und politischen Handlungsspielraum gäbe. Grundlegende Lösungen versprechen diese insbesondere von der SPD und den Grünen verfolgten Politikansätze allerdings auch nicht. Und wenn mehr Geld ins System der Pflege investiert werden soll, dann muss man sich fragen, ob die Investition in das bestehende System der Pflegeversicherung »nachhaltige« Lösungen verspricht. Hier ist Vorsicht geboten.

Pflegeversicherung baut auf Familialismus und eine neoliberale Politik

Die Konzeption der Pflegeversicherung ist mit sehr grundsätzlichen Limitierungen konfrontiert, die in ihrer Architektur liegen. Sie geht zunächst in Anlehnung an das Konzept und die Tradition der Krankenversicherung davon aus, dass Pflegebedürftigkeit fachlicher Begleitung, aber eben auch fachlicher Pflege bedarf. Im Recht der Pflegeversicherung finden wir die sogenannten Sachleistungen, d. h. den Einsatz von Pflegefachkräften in Pflegediensten den Leistungen des Pflegegeldes vorangestellt. Soweit also An- und Zugehörige oder Partner*innen die Pflege in einer Weise sicherstellen können, die auch fachlichen Ansprüchen genügt, kann das Pflegegeld eingesetzt werden. Der Gesetzgeber spricht von »in geeigneter Weise selbstorganisiert und -gestaltet«, also: Pflegebedürftigkeit wird schon als eine Gesundheitssituation interpretiert, die der fachlichen Begleitung und auch Intervention bedarf. »Pflegen kann jeder« stimmt insofern, als man sich an der Begleitung und Unterstüt-

zung von Pflegebedürftigen beteiligen kann, so wie wir das auch in der Begleitung und Erziehung unserer Kinder tun. Aber bei Pflegebedürftigkeit, die vielfach mit chronischen Erkrankungen verbunden ist, die auch bestimmte pflegfachliche Standards als Voraussetzung für gute Pflege und Gesunderhaltung kennt, geht das nicht, ohne dass auch die Pflegefachlichkeit mitbeachtet und mitgedacht und gewährleistet werden muss. Nun ist aber diese professionelle Ausrichtung, die die Pflegeversicherung kennzeichnet, eingebunden in ein Konzept der Infrastrukturentwicklung, das neoliberal geprägt ist. Der Markt soll es richten. Der Markt ist per se unmoralisch. Hier geht es um Rendite. Hier geht es um Amortisation von eingesetzten Geldmitteln. Wenn gewerbliche Anbieter im Bereich der Pflege tätig werden, können sie gute Arbeit leisten, aber es muss sich eben für sie auch rechnen. Bei kleinen gewerblichen Anbietern, bei Familienbetrieben reicht diesen zumeist schon eine vernünftige Gewinnquote von drei bis sechs Prozent. Davon kann man leben, das ist für mittelständige Unternehmen okay. Nun wird aber der Pflegemarkt in Deutschland immer mehr dominiert von Anlegern, von Investoren, von private equity fonds, die deutlich andere Gewinnerwartungen und Renditekalküle verfolgen. Deren Rechnung geht nicht mehr ohne weiteres auf. Und es zeigt sich, wenn Pflegekräfte knapp werden, wenn alles teurer wird, dann wird möglicherweise auch der Markt der Pflege an Attraktivität für die, die dort Geld verdienen wollen, verlieren. Das wird momentan gerade spürbar. Nun kann es nicht sein, dass dieses neoliberale Modell, dem die Pflegeversicherung im Leistungserbringungsrecht folgt, das Marktmodell durch staatliche Subventionen, durch Steuerzuschüsse oder durch eine Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge auch noch am Leben gehalten wird. Es wird eben gerade in Knappheitssituationen, dort wo das Wirtschaftswachstum nicht mehr die Triebkraft für die Infrastrukturentwicklung darstellt, die Herausforderung der Zukunft nicht meistern können. Das funktioniert schlicht nicht. Insofern ist es letztlich unverantwortlich, mehr Geld in ein an sich den Herausforderungen nicht mehr gewachsenes System zu investieren. Letztlich führen die Limitationen, die Leistungsgrenzen des Marktsystems, dazu, dass Pflegebedürftige unterversorgt sind – manche Heime nehmen Pflegebe-

dürftige des Pflegegrades 5 nicht mehr auf, da sie dafür Personal vorhalten müssten, das sie nicht haben. Es bleiben die besonders Vulnerablen unversorgt. Das führt zu dramatischen Situationen, von denen bereits berichtet wurde. Wenn Pflegedienste, wenn Angebote in Krisensituationen nicht mehr zur Verfügung stehen, dann geht das auf Kosten der An- und Zugehörigen, die dann verstärkt ihre Erwerbsarbeit einschränken müssen, belastet sind und sich letztlich nicht mehr in einer Weise an einer den ganzen Menschen in den Blick nehmenden Pflege und Unterstützung beteiligen können, wie sie das eigentlich wünschen. Wenn auch noch zunehmend Sozialhilfebedürftigkeit droht, wird der Zwang mit einem Mal für viele unerträglich und diese Wahrnehmung, die Pflegeversicherung, die doch alles sicherstellen soll, funktioniert nicht mehr, sie führt uns sogar in die Sozialhilfeabhängigkeit, wir verlieren das mühsam erworbene oder das in Tradition zum Familienbesitz gehörende Eigentum, das Haus oder was auch immer, dann eben schwindet das Systemvertrauen. Und das wissen sich die zunutze zu machen, die den demokratischen Staat in der Ausprägung der Bundesrepublik insgesamt in Frage stellen, die die Demokratie nicht mehr als die beste Lebens- und Gesellschaftsform empfinden, die mit rechtspopulistischen Parolen die Apokalypse herbeireden. Sie suchen sich immer neue Projektionsflächen: sei es die Wärmepumpe, sei es die Unterstützung der Ukraine im Krieg, sei es die Unterstützung von Israel in der Auseinandersetzung mit der Hamas und Hisbollah. Die Projektionsfläche kann auch sehr gut die Pflegeversicherung und die fehlende Pflegesicherung sein. Das spürt man, wenn man in Thüringen oder in Sachsen ist. Das Systemvertrauen den nach der Wende vielfältigen Disruptionen (Arbeitsplatzverlust, Umschulungen) ausgesetzten ehemaligen DDR-Bürgerinnen und -Bürgern wird neuerlich irritiert – mit Folgen für die Demokratie. Insofern müssen wir die Konzeption der Pflegeversicherung insgesamt überdenken, die inzwischen so kompliziert ist, dass 60 Prozent der Bevölkerung noch nicht einmal wissen, was sie alles an Leistungen anbietet, auch diejenigen oft nicht, die schon Pflegeerfahrung haben. Die Pflegeversicherung ist so bürokratisch geworden, dass man die Leistungsansprüche nicht realisieren kann, die einem eigentlich zustehen. Das ist Zerstörung von Vertrau-

en in eine sorgende Gesellschaft und in einen insofern auch sorgenden Staat. Insofern ist das Thema hochpolitisch und muss die Krise, in die wir hineinsteuern, die vor allen Dingen eine Krise der Demokratie ist, genutzt werden für eine Kraftanstrengung, die Pflegeversicherung und die Pflegesicherung insgesamt auf neue Beine zu stellen. Das berührt viele Interessen, das wird nicht von heute auf morgen funktionieren. Aber eine Alternative zu einer grundlegenden Strukturreform wird es kaum geben. Die Bevölkerung wird nicht akzeptieren, dass sie im Falle der Pflegebedürftigkeit insgesamt in das Armutsrisiko getrieben wird. Hier gilt es gegenzusteuern, und zwar nicht indem wir das bisherige System, das genau diese Dynamik und vor allen Dingen die Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages nicht hinbekommt, dass wir dieses noch durch Steuerzuschüsse oder erhöhte Pflegeversicherungsbeiträge künstlich stabilisieren.

Bausteine für eine Reform der Pflegeversicherung

Über eine Weiterentwicklung und Strukturreform der Pflegeversicherung wird schon lange diskutiert und eine Reihe zum Teil sehr unterschiedlicher Vorschläge liegen auf dem Tisch. Die Diakonie Deutschland etwa hat ein Konzept für eine grundlegende Pflegereform vorgelegt. Es ist dem Vorschlag der Initiative Pro-Pflegereform sehr nahe, die einen sogenannten Sockel-Spitze-Tausch verlangen. Das heißt, den schon erwähnten Vorschlag aufgreifen, die Pflegeversicherung nicht als Sockelfinanzierung weiterzuführen, sondern den Sockel durch die Bürger*innen zahlen zu lassen, die dann im Fall besonders hoher Bedarfe auf eine bedarfsdeckende Leistung setzen können sollen.⁴¹ Der Vorschlag greift letztlich auch die Zielsetzung der ursprünglichen Pflegeversicherung auf, Sozialhilfebedürftigkeit nach Möglichkeit zu vermeiden. Georg Cremer ist gegenüber derartigen Lösungen eher skeptisch und vertritt die Auffassung, gegebenenfalls müsste man mit einer modifizierten Sozialhilfelösung dem künftigen Problem der Pflegeversicherung begegnen: mit erhöhten Einkommens- und Vermögensgrenzen und einer aus der Grundsicherung schon bekannten Finanzierung der Sozialhilfekosten durch den Bund. Das würde insgesamt

billiger kommen, als eine unabhängig von Einkommen und Vermögen der Pflegebedürftigen Erweiterung der Leistungen der Pflegeversicherung. Nach bisherigen Berechnungen der AOK weist die Pflegeversicherung auch bei moderater Anhebung des Beitragssatzes im Jahre 2035 bereits einen jährlichen Fehlbetrag von etwa 20 Milliarden Euro und im Jahr 2050 von 50 Milliarden Euro aus. Sicher wird man die Frage der Finanzierung der Pflegesicherung unabhängig von der Pflegeversicherung intensiv (weiter) diskutieren müssen. Die Frage der Finanzierung der Pflegeversicherung wurde in einer interministeriellen Arbeitsgruppe beraten, die bis Ende April 2024 ihre Ergebnisse vorlegen sollte. Ein Konsens konnte nicht erzielt werden. An einer Beitragssatzanhebung wird man nicht vorbeikommen. Die Pflegeversicherung ist finanziell unterausgestattet. Nur ist die Frage, welche Pflegeversicherung wollen wir denn? Welche Pflegeversicherung ist geeignet, den bevorstehenden Herausforderungen am ehesten gewachsen zu sein?

Sechs Bausteine müssen meines Erachtens bei einer Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und einer Strukturreform aufgegriffen werden. An ihnen lässt sich ablesen, ob die Politik ihrerseits wirklich etwas gegen den »Pflegenotstand« tut.

Baustein 1: Eigenständigkeit der Pflege stärken

Es ist ausgeführt worden, wie wichtig es ist, die professionelle Pflege in ihrer Eigenständigkeit zu stärken. Investitionen in die Ausbildung sind wichtig. Eine geordnete Weiterbildung ist Voraussetzung dafür, dass die professionelle Pflege auch in der Zukunft in der Lage ist, die komplexe Herausforderung in der Begleitung von Pflegebedürftigen meistern zu können. Auch die Akademisierung der Pflege ist aus verschiedenen Gründen unausweichlich. Professionelle Pflege übernimmt Verantwortung nicht nur für den jeweiligen Patienten oder Pflegebedürftigen, sondern auch für die jeweilige Organisation oder die Versorgungsregion. Hier sind akademisch ausgebildete Pflegekräfte schlicht gefragt. Und ein weiterer Grund lässt sich anführen. Wenn etwa in Hamburg 50 Prozent der Absolvent*innen der allgemeinbildenden Schulen Abitur vorweisen, muss die Pflege auch für sie als attraktive und aufstiegsorientierte Per-

spektive erscheinen. Daher sind etwa duale Studiengänge in der Pflege, in der Studium und Grundausbildung in der Pflege verbunden werden, der richtige Weg. Die Eigenständigkeit der Pflege gilt es auch über berufsständische Selbstorganisation zu unterstützen – wobei es hier noch keinen Königsweg gibt. Und die Pflege ist als Profession zu beteiligen an den Verhandlungen im Leistungserbringungsrecht, an der Definition von Qualitätsvorgaben, an den Aushandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss des Gesundheitswesens, wo die zentralen Entscheidungen fallen, wie Einfluss und Geld verteilt wird. Der Pflege sind vor allem im Recht der Krankenversicherung eigenständige Aufgaben und Leistungsansprüche zuzuordnen – einer der Knackpunkte in der Diskussion um das Pflegekompetenzgesetz. Auch der Deutsche Pflegerat fordert dies zu Recht und beteiligt sich an den Diskussionen, wobei auch der Deutsche Pflegerat nicht über die Legitimation verfügt, die eine eigenständige Pflege braucht. In allen Bundesgesetzen, auch aktuell in den Gesetzen zur Krankenhausreform, ist die Eigenständigkeit der Pflegefachpersonen zu berücksichtigen. Das geschieht durchaus auch in Ansätzen, etwa wenn das Thema Vorbehaltsaufgaben auch für die neu vorgesehenen Kleinkrankenhäuser, die Krankenhäuser des Levels Ii, berücksichtigt werden. Das gilt aber auch für die Heime. Es kann nicht angehen, dass Heimaufsichtsbehörden die fachlichen Vorgaben für die Fachpflege formulieren. Das gehört in die Hand der Profession der Pflege und nicht in die Zuständigkeit von administrativen Einheiten. Die Ärzt*innen würden sich auch von Aufsichtsbehörden nicht vorschreiben lassen, was gute ärztliche Behandlung ist. Karl Lauterbach hat das erkannt.

Baustein 2: Sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen

Wir können uns das Nebeneinander von gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsstrukturen in der Zukunft nicht mehr leisten. Pflegeversicherung wird gern als die »Resterampe« der gesetzlichen Krankenversicherung bezeichnet: Die Krankenkassen verschieben (bisweilen) Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung in die Pflegeversicherung. Am Beispiel der häuslichen Krankenpflege kann man dies auch in der Praxis gut nachvollziehen, obwohl es sich um einen ver-

gleichsweise kleinen Ausgaben- und Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Wie ausgeführt, führt eine pflegefachliche Unterversorgung zu vermehrten Krankenhausaufnahmen. Das ist nicht nur belastend für die Patient*innen, sondern das ist auch teuer für die Krankenkassen. Insofern brauchen wir sektorenübergreifende Versorgungskonzepte zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Hierfür gibt es Beispiele – etwa das regionale Pflegekompetenzzentrum in der Grafschaft Bentheim und im Emsland. Die neuen Krankenhäuser mit einem örtlich begrenzten Versorgungsauftrag, der den in der DDR verbreiteten Polykliniken am ehesten entsprechen, bieten die Chance für derartige sektorenübergreifende Versorgungsansätze. Sie gilt es zu stärken. Sie und die regionalen Gesundheitsversorgungsstrategien und die Finanzierung von regionalen Gesundheitszentren weisen in die richtige Richtung, wenn sie denn auch die Langzeitpflege mit einbeziehen. Sektorenübergreifende Versorgungsformen lassen sich nicht durchgehend gesetzlich regeln. Es wird immer unterschiedliche Versorgungslogiken und Aufgaben für bestimmte Institutionen und Berufsgruppen geben. Sie müssen nur vernetzt miteinander zusammenarbeiten – und dies auch und gerade dort, wo es um besonders komplizierte Fallkonstellationen geht. Hierfür ist das Care und Case Management der Ansatz, der sektorenübergreifende Versorgung im Einzelfall gewährleistet und zugleich dafür sorgt, dass die Zusammenarbeit etwa zwischen Kliniken und ambulanten Diensten, zwischen Rehabilitation und Langzeitpflege strukturell und vor Ort verbessert werden. Das ist kein neues Thema. Bisher entfalten allerdings die Care und Case Management-Ansätze nicht die Wirkung, die sie entfalten könnten, wenn sie verbindlicher und auf die Gesamtversorgung einer Region hin ausgerichtet werden würden. Care und Case Management in Pflegestützpunkten, gegebenenfalls verbunden mit Aufgaben der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst: Hierin könnten Lösungen liegen.

Baustein 3: Pflegeinfrastrukturplanung

Die Langzeitpflege kennt anders als die (kassen-)ärztliche Versorgung und der Krankenhaussektor keine bedarfsorientierte Planung. Wo Pfl-

gedienste tätig werden, wo sie gegründet werden, wo Heime gebaut werden: Das wird dem Markt überlassen. Die Pflegeversicherung nimmt in keiner Weise Einfluss. Länder und Kommunen obliegt die Aufgabe der Daseinsvorsorge – nur über taugliche Instrumente für die Planung einer bedarfsgerechten Infrastruktur verfügen sie nach geltendem Recht kaum. Insofern braucht es verbindliche Planungszuständigkeiten und Kompetenzen für Länder und Kommunen. Hier ist der Bund gefragt: Hier gibt es Änderungsnotwendigkeiten sowohl im Krankenversicherungs- als auch im Recht der Pflegeversicherung. Hier sind dann aber auch die Länder gefragt, die verbindlich eine Pflegeplanung in ihren Bundesländern und auf kommunaler Ebene vorsehen und regeln müssen. Manche Bundesländer sind mit Landespflegegesetzen hier vorbildlich vorangegangen. Von einer bedarfsorientierten Zulassung von Pflegeeinrichtungen und Diensten ist man allerdings derzeit noch recht weit entfernt. Das muss sich ändern. Hierüber wird etwa im Land Berlin diskutiert. Insgesamt fordern die Länder und Kommunen mehr Einfluss in der Langzeitpflege, der aber bisher insbesondere vom GKV-Spitzenverband weitgehend blockiert wird und gerade auch in den vergangenen Jahren blockiert wurde. Will man bedarfsorientierte Pflegeplanung verbindlich verankern, braucht man Zahlen, braucht man Prognosen, braucht man Informationen darüber, wie es mit den Arbeitskräften in der Pflege und insbesondere mit den Fachpflegekräften aussieht. Und versteht man die Pflegeversicherung als einen Teil eines subsidiär ausgerichteten sozialen Sicherungssystems, wird man notwendigerweise an der Planung auch und gerade die Bürgerinnen und Bürger beteiligen müssen, und zwar im Sinne von Care Democracy, im Sinne von demokratischer Aushandlung: Wie wollen wir künftig vor Ort für uns sorgen und welche Strukturen brauchen wir dafür? Das ist mit dem Leitbild der Caring Community angesprochen: die Demokratisierung der Pflegefragen mit Handlungsoptionen vor Ort.

Baustein 4: Neues Leistungsrecht

Die Kollegen Bernzen et al. haben den Vorschlag unterbreitet, das Leistungsrecht der Pflegeversicherung zu vereinfachen, weiter zu entwi-

ckeln. In den Papieren zur Strukturreform PFLEGE und TEILHABE wurden entsprechende Vorschläge formuliert. Die Ansätze sind sicherlich richtig, das Leistungsrecht ist viel zu kompliziert. Ob man mit Fachleistungsstunden und anderen vorgeschlagenen Vereinfachungen wirklich weiter kommt, wird man sehen. Auch die Vorschläge von Bernzen et al. sind noch sehr auf den Bereich der stationären Pflege hin ausgerichtet. Hier liegt eine der Schwächen des insgesamt interessanten Vorschlages. Die Mitautoren stammen eben auch, ebenso wie die von der Initiative Pro-Pflegereform, aus dem stationären Versorgungssektor – und gehören hier wie dort sicherlich zu den aufgeschlossenen. Zu den unseres Erachtens notwendigen Reformschritten im Leistungsrecht gehört zum einen, dass man den Fachpflegepersonen für ihre ihnen vorbehaltenen Leistungen einen eigenen sozialleistungsrechtlichen Anspruch einräumt, so wie der Ärzteschaft das Recht auf Krankenbehandlung gemäß § 28 SGB V. Ein solcher Anspruch kann systematisch (eigentlich) nur im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung verortet werden. Fachpflege findet nicht nur bei (schon) Pflegebedürftigen statt. Fachpflegerische Begleitung ist überall dort erforderlich, wo Menschen (auch) der Fachpflege bedürfen. Das fängt bei kleinen Kindern an und hört bei der Begleitung Sterbender auf. Insofern wäre es richtig, den Professionellen der Pflege einen eigenständigen und nicht vom Verwaltungsrecht der Ärzt*innen abhängenden Leistungsanspruch einzuräumen, wie er ansatzweise schon in der häuslichen Krankenpflege verankert ist. Das löst Widerstände bei den Ärzt*innen aus. Das ist auch nicht ganz trivial, wenn man daran geht, einen solchen Anspruch auszubuchstabieren und die Leistungen zu finanzieren. Aber nur über einen solchen eigenständigen Leistungsanspruch der Fachpflege wird man die Augenhöhe zwischen Ärzteschaft und Fachpflege herstellen und den Fachpflegekräften die Verantwortung übertragen, mit der sie die größtmögliche Wirkung ihres fachlichen Handelns entfalten können. In dem Diskussionsprozess um ein Pflegekompetenzgesetz wird genau um diese Frage gerungen. In dem Vorschlag von Care Share 13, der vom Institut für Pflege, Altern und Gesundheit vorgelegt wurde, wird ein eigenes Sozialgesetzbuch für die Pflege vorgeschlagen. In der

Autorenschaft finden sich auch den gesetzlichen Krankenkassen nahestehende Expert*innen. Die Überlegungen sind nachvollziehbar. Sie reflektieren auch die eigenständige Stellung der Pflegefachperson in der gesundheitlichen Versorgung – insbesondere vor Ort. Auch sind sie anschlussfähig an die Überlegungen zu Community Health Nurse. Gleichwohl haben sie kaum eine Chance auf Umsetzung, da die Systematik der Sozialgesetzbücher in Deutschland nicht Berufsgruppen bedient, sondern Felder der sozialen Sicherung regelt. In ihnen gibt es, wie im Gesundheitswesen, Berufsgruppen, die dort absolut dominant sind. Das ändert allerdings nichts daran, dass die Sozialgesetzbücher in Deutschland sich nach Regelungsfeldern und nicht nach Berufsgruppen richten. Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung gilt es ebenso weiterzuentwickeln und zwar auch hier sektorenübergreifend im Sinne von ambulant und stationär. Die Finanzierung von Heimen darf sich nicht grundsätzlich unterscheiden von der ambulanten Versorgung. Das ist allerdings aktuell der Fall. In den letzten Jahren wurden die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung – durchaus interessengeleitet – noch schärfer gezogen. Das ist nicht gut. Insofern wird man das Leistungsrecht, das sich im Wesentlichen auf Care Leistungen zu beziehen hat, auf Leistungen der hauswirtschaftlichen und grundpflegerischen Versorgung, sektorenübergreifend vereinheitlichen müssen. Das schlagen auch Bernzen et al. vor. Darüber hinaus ist dringend eine Flexibilisierung der Leistungen gefragt. Was nützt Pflegebedürftigen ein Rechtsanspruch auf einen ambulanten Dienst, wenn sie keinen finden? Man wird den Sicherstellungsauftrag scharf stellen müssen und das Leistungsrecht flexibilisieren, etwa dadurch, dass man auch wie in der Eingliederungshilfe bekannt, die Leistungsform des Persönlichen Budgets zulässt, was bisher untersagt wird.

Baustein 5: Pflege als Teil der Familienpolitik

Pflegebedürftige werden ganz überwiegend von ihren An- und Zugehörigen und in Nachbarschaften begleitet und versorgt. Das wird und das soll in gewisser Weise auch so bleiben. Wenn dem so ist, wird man ähnlich wie bei der Kindererziehung familienpolitische Maßnahmen zu

ergreifen haben: Tagespflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige analog den Kindertagesstätten, Pflegegeld wie ein Elterngeld zur Unterstützung der Pflegebereitschaft auch der Männer, Beratungs- und Entlastungsstrukturen vor Ort, Investitionen in die Quartiers- und Dorfentwicklung, Förderung von Engagement, ein wirksamer Erwachsenenschutz dort, wo Pflegebedürftige in ihren Menschenrechten bedroht und Opfer von Gewalt wurden oder selbst gewalttätig werden. Aus dem Kinderschutz sind die hier gebotenen Instrumente und Regelungen bekannt. Mit dem Forschungsinstitut SOCLES und dort Dr. Thomas Meysen, einem der Experten der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, wurden entsprechende Überlegungen angestellt, was die Pflege aus der Jugendhilfe lernen kann. Das ist viel. Auch Fragen der Vereinbarkeit gilt es stärker zu betonen als in der Vergangenheit. Bis hin zum Thema Gastfamilien lassen sich aus der Kinder- und Jugendhilfe, wie etwa in Frankreich geschehen, viele Anregungen aufnehmen und Regelungen gegebenenfalls angepasst übernehmen. Nochmals: Eigentlich gehört die Pflegeversicherung, gehört das SGB XI in das Ressort Familienpolitik und sollte nicht weiter sein Dasein als Annex der Gesundheitspolitik fristen.

Baustein 6: Stärkung der Kommunen

Gepflegt wird vor Ort. Ob ein Leben mit Pflegebedürftigkeit gelingt, ob die Bedingungen guten Lebens gegeben sind oder nicht, das hängt von dem jeweiligen Ort ab, an dem ich lebe. Pflege ist eine Aufgabe der Daseinsvorsorge. Hierüber ist in diesem Buch viel gesagt und geschrieben worden. Daseinsvorsorge ist eine Aufgabe im kommunalen Wirkungskreis. Auch wenn viele Bürgermeister*innen das Thema Pflege nicht besonders attraktiv finden, die Bürger*innen berührt es. Es hängt ganz wesentlich davon ab, ob die Kommunen, sowohl die Landkreise als auch die Städte und Gemeinden, sich des Themas annehmen, ob vor Ort die pflegerische Infrastruktur vorhanden ist, ob eine Kultur gegenseitiger Unterstützung gelebt wird, ob junge Menschen für soziale Berufe gewonnen werden oder nicht. Den Kommunen sind mehr Kompetenzen zuzuordnen, durch die Länder können sie wie etwa im Pakt für Pflege

in Brandenburg mit finanzieller und professioneller Unterstützung motiviert werden, sich dem Thema stärker als in der Vergangenheit anzunehmen. Immerhin 80 Prozent der Gemeinden in Brandenburg haben sich am Pakt für Pflege beteiligt. Die Stärkung der Kommunen muss sich auch in der Finanzierung und in der Kompetenzzuordnung innerhalb der Pflegeversicherung widerspiegeln. Dazu bedarf es auch Änderungen im Sozialgesetzbuch XI. Hier sind aber auch und gerade die Länder gefragt, ihre landespolitischen und rechtlichen Möglichkeiten auszuschöpfen. Und wenn der Markt, mit dem wir es auch in der Langzeitpflege noch länger zu tun haben werden, der mit seiner Kreativität durchaus auch Impulsgeber sein kann (gut gesteuert und reguliert), die entsprechenden Infrastrukturen nicht zur Verfügung stellt, dann kann und muss gegebenenfalls die Kommune selber einspringen. Früher war es üblich, dass Landkreise ihre eigenen Krankenhäuser hatten. Die Pflege verlangt nach einer Renaissance kommunalwirtschaftlicher Betätigung der Kommunen auch im Bereich der Pflege. Die kann ganz unterschiedlich aussehen. Es muss nicht gleich der Betrieb eines Pflegeheims sein, wenn man das denn überhaupt noch will. Das kann die Unterstützung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften sein, das kann die Vorhaltung von Kurzzeitpflegeplätzen sein. Viele Variationen sind denkbar. Und jede Gemeinde, jede Stadt muss ihre eigenen Antworten auf den demografischen Wandel und die Herausforderung der Pflege finden.