

Handlungsmöglichkeiten der Kommunen bei der Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur

—

Ergebnisse der Studie „Pflege kommunal gestalten

Lokales Fachforum zum 7. Altenbericht
Moritz Schnitger

Dietzenbach, 09. November 2017

Basis der folgenden Ausführungen sind Ergebnisse der bundesweit durchgeführten Studie „Pflege kommunal gestalten“.

Universität Potsdam, Potsdam Centrum für Politik und Management:

- Projektleitung/-durchführung:
Michael Plazek, Moritz Schnitger
- Projektbetreuung:
Prof. Reichard, Prof. Proeller

Auftraggeber: Bertelsmann Stiftung

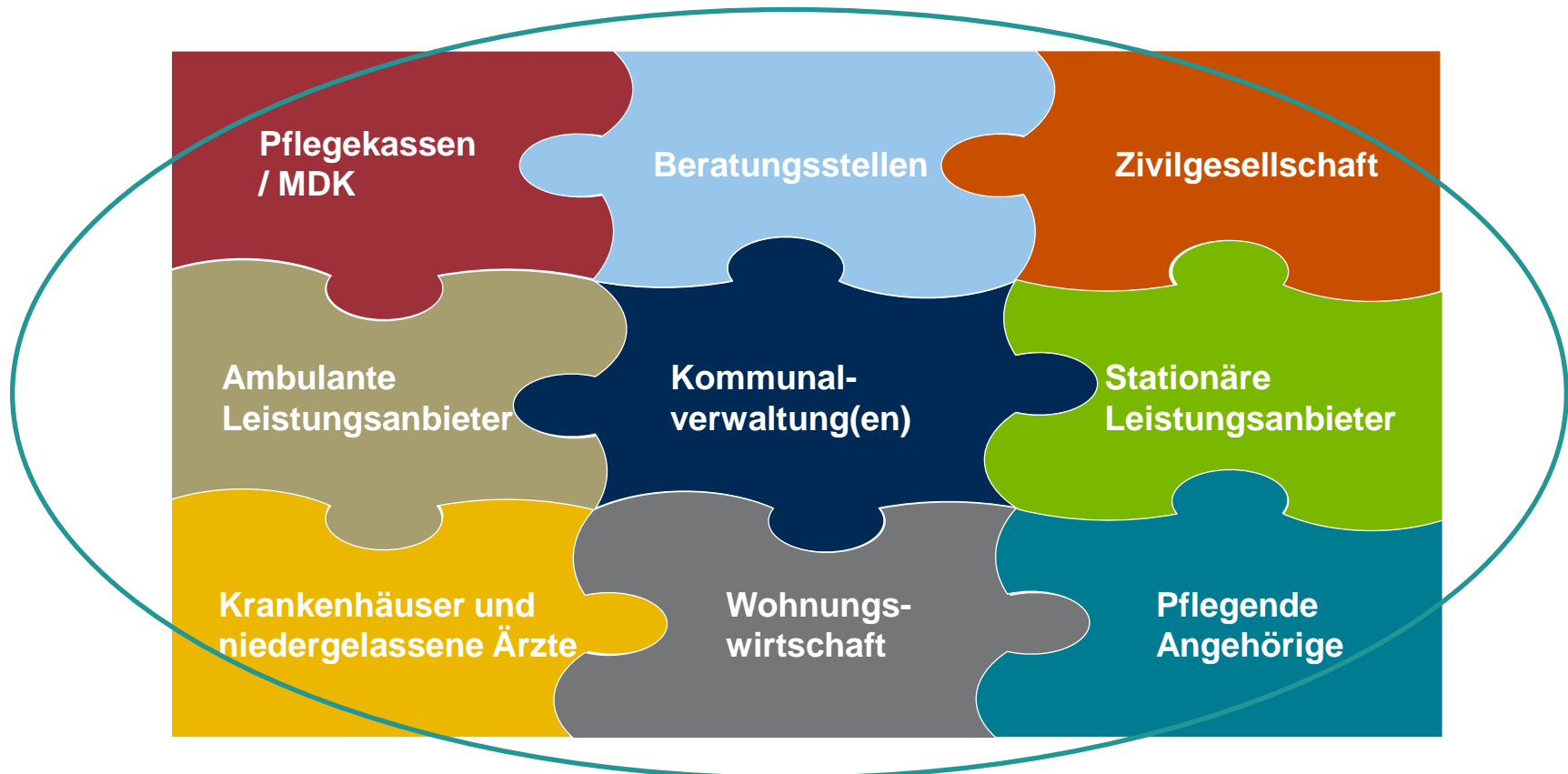
Unterstützung: Deutscher Verein

Zeitraum: Oktober 2013 – April 2015

Studienbericht: „Demografie konkret – Pflege kommunal gestalten“ inkl. Praxisbeispielen im Verlag der Bertelsmann Stiftung erschienen.



Kommunen als einer von zahlreichen Akteuren in den lokalen Pflegemärkten, deren Rahmenbedingungen sehr weitgehend durch Bundes- und Landesgesetzgeber vorgegeben werden.



Ausgangslage 1: Bei den Versorgungsanteilen gibt es starke Unterschiede zwischen den Kommunen.

Statischer Vergleich (Basisjahr 2011)

	Anteil Pflegegeld	Anteil Ambulant	Anteil Stationär
Deutschland ø	47,3%	23,0%	29,7%

Beispielhafte Kommunen	Anteil Pflegegeld	Anteil Ambulant	Anteil Stationär
Elbe-Elster (LK)	42,1%	39,6%	18,3%
Frankfurt am Main	50,4%	27,8%	21,8%
...
Neumünster	43,1%	16,5%	40,4%
Amberg-Sulzbach (LK)	44,6%	15,3%	40,1%

Ausgangslage 2: Große Unterschiede zeigen sich ebenso in der Entwicklung der Versorgungsanteile.

Dynamischer Vergleich im Zeitverlauf (Basisjahre 1999-2011)

	Anteil Pflegegeld	Anteil Ambulant	Anteil Stationär
Deutschland ø	-3,7 %	+2,4%	+1,3%

Beispielhafte Kommunen	Anteil Pflegegeld	Anteil Ambulant	Anteil Stationär
Weimar	-5,3%	+16,0%	-10,7%
Kreis Gütersloh (LK)	-3,1%	+10,0%	-6,9%
...
Harburg (LK)	-4,6%	-3,4%	+8,0%
Fürth	-3,1%	-10,9%	+14,0%

Es wurden in 10 Landkreisen und 6 kreisfreien Städten Fallstudien durchgeführt. Hierbei wurden ca. 250 Vertreter der verschiedenen lokalen Pflegeakteursgruppen interviewt.

Untersuchungsgruppen

- UG1** 5 Kommunen mit höchstem Anteil ambulanter Versorgung in 2011
- UG2** 5 Kommunen mit stärkster Anteilssteigerung der ambulanten Versorgung (1999-2011)
- KG1** 3 Kommunen mit geringstem Anteil ambulanter Versorgung in 2011
- KG2** 3 Kommunen mit negativster Entwicklung des Anteils ambulanter Versorgung (1999-2011)

Kontrollierte Variablen / Weitere Auswahlkriterien

- Anteil Pflegebedürftige 85+
- Pflegegeldanteil
- Entwicklung der pflegerischen Versorgung in den Nachbarkommunen
- Möglichst regionale Ausgewogenheit

Es wurden *vier primäre Steuerungsansätze* identifiziert, bei denen sich die stärksten Unterschiede zwischen den Kommunen der Untersuchungs- und Kontrollgruppen zeigten.

- (1) Den Aufbau effektiver Vernetzungsgremien vorantreiben**
- (2) Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunalverwaltung aktiv nutzen**
- (3) Die kommunale Investoren- und Trägerberatung strategisch ausrichten**
- (4) Auszeiten für pflegende Angehörige durch Tagespflege ermöglichen**

Primärer Steuerungsansatz 1: Den Aufbau effektiver Vernetzungsgremien vorantreiben

Ergebnisse und „Good Practice“

Mittelbare Ergebnisse:

- Verstärkte Zusammenarbeit
- Fundierter Wissensaufbau zur Weiterentwicklung des lokalen Pflegemarkts
- Gemeinsame Vereinbarung grundlegender Zielstellungen

Unmittelbare Ergebnisse (Auswahl):

- Rahmenvereinbarungen zur Weiterentwicklung der lokalen Versorgungsstrukturen
- Entwicklung von Qualitätsstandards zum Überleitungsmanagement zwischen Kliniken und Pflegeanbietern
- Initiierung ehrenamtlicher Fahrt- und Besuchsdienste

Good Practice: Stadt Potsdam und Kreis Marburg-Biedenkopf

Primärer Steuerungsansatz 1: Den Aufbau effektiver Vernetzungsgremien vorantreiben

Erfolgsfaktoren

- Offene, inklusive Netzwerkstruktur
- Bildung Arbeitsgremien mit klaren Arbeitsaufträgen
- Netzwerkmanagement durch Sozialverwaltung
- Hohe Kooperationsbereitschaft der Wohlfahrtsverbände vor Ort

Primärer Steuerungsansatz 2: *Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunalverwaltung aktiv nutzen*

Ergebnisse und „Good Practise“

- Initiierung von umfassenden partizipativen Planungsprozessen
- Initiierung und Förderung von ehrenamtlichen Initiativen sowie Aktivitäten auf Gemeindeebene

Good Practice:

Kreis Haßberge und Initiative „Bürger helfen Bürgern“ in Oberaurach

Primärer Steuerungsansatz 2: *Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunalverwaltung aktiv nutzen*

Erfolgsfaktoren

- Steuerungsinteresse und Aktivitätsgrad der Sozialverwaltung
- Entwicklung der kommunalen Personalressourcen mit ausgewiesenen koordinierenden und planerischen Aufgaben

Primärer Steuerungsansatz 3: Die *kommunale Investoren- und Trägerberatung strategisch ausrichten*

Ergebnisse und „Good Practise“

- Unterstützung des Aufbaus ambulant betreuter Pflege-WGs
- Unterstützung des Aufbaus von Tagespflegeeinrichtungen
- Verhinderung eines „überdimensionierten stationären Baubooms“

Good Practice: Kreis Gütersloh

Primärer Steuerungsansatz 3: Die *kommunale Investoren- und Trägerberatung strategisch ausrichten*

Erfolgsfaktoren – Förderung ambulanter / teilstationärer Versorgungsstrukturen

- Fundierte Beratung zu wirtschaftlichen Herausforderungen + rechtlichen Anforderungen
- Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Immobilien/ Grundstücken und Fördermöglichkeiten
- Austausch mit anderen Kommunalverwaltungen, in denen alternative ambulante Angebote bereits existieren
- „Angebotsermöglichende Interpretation“ der rechtlichen Anforderungen bei Fragen des Baurechts, etc.

Primärer Steuerungsansatz 3: Die *kommunale Investoren- und Trägerberatung strategisch ausrichten*

Erfolgsfaktoren – Verhinderung überdimensionierter stationärer Zubau

- Klare Außenkommunikation („ambulant vor stationär“) mit guten Argumentationsgrundlagen (z.B. stationäre Auslastungsquoten)
- Koordination innerhalb der Kreisverwaltung und mit den kreisangehörigen Gemeinden
- Wenig attraktive Gestaltung der Investitionsbedingungen für (klassisch) stationäre Einrichtungen

Zusätzlich spielten *sechs sekundäre Steuerungsansätze* in einzelnen der ambulant geprägten Kommunen eine wichtige Rolle.

- (1) Ambulante Betreuungsstrukturen für Demenzerkrankte und Angehörige aufbauen
- (2) Wirksame Beratungs- und Case-Management-Strukturen installieren
- (3) Innovationsklima schaffen
- (4) Überleitungsmanagement zwischen Kliniken und häuslicher Pflege intensivieren
- (5) Geriatriische und gerontopsychiatrische Akteure in die kommunalen Pflegemärkte einbinden
- (6) Pflegekassen für lokale Prozesse aktivieren

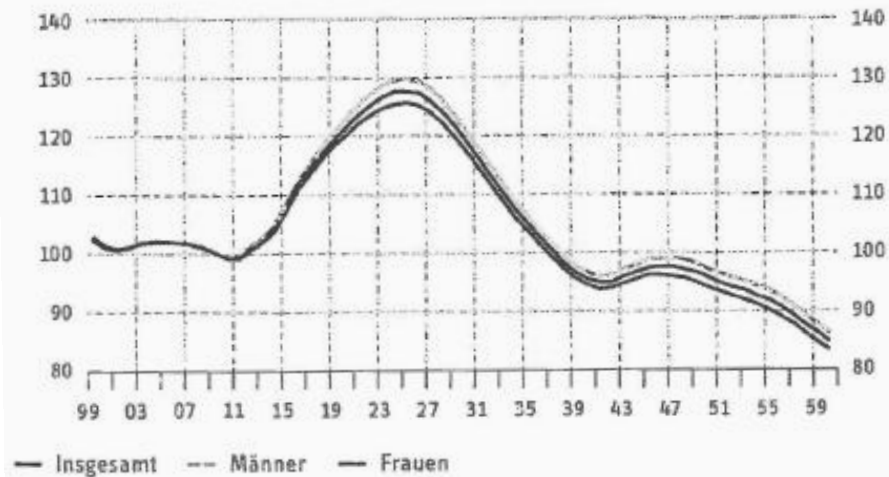
Resümee

- Unter den bestehenden Rahmenbedingungen bestehen offensichtlich Steuerungsmöglichkeiten für kommunale Pflegeakteure zur Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen.
- Dabei gibt es sehr individuelle Kombinationen von Steuerungsansätzen, welche die Entwicklung in Kommunen mit starken ambulanten Pflegestrukturen geprägt haben.
- Generell kommt der Kommune eine entscheidende Rolle als Initiatorin und Moderatorin von kommunalen Steuerungsprozessen zu.

Ausblick: Der demografische Wandel gewährt ein Zeitfenster von 10-15 Jahren zur Entwicklung zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen.

Ein kurz- und mittelfristiger Anstieg des familialen Pflegepotentials...

Schaubild 6
Bevölkerung im Alter von 55 bis 69 Jahren
2009 bis 2060; 2009 = 100



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (Genesis 2011).

...öffnet ein Zeitfenster für strukturelle Anpassungsmaßnahmen.

Diskussionsfragen

- Stellen die im Rahmen der bundesweiten Studie identifizierten Erklärungsfaktoren auch zielführende Handlungsansätze für den Kreis Offenbach dar?
- Können entsprechende Handlungsansätze durch Beschlüsse des PSG III besser umgesetzt werden (z.B. in einer Modellkommune Pflege oder durch den erweiterten kommunalen Anspruch auf Pflegekassendaten gem. §8a, Abs. 4, SGB XI)?



Potsdam Centrum für Politik und Management
Universität Potsdam
August-Bebel-Straße 89
14482 Potsdam

Kontakt:

Moritz Schnitger
Tel. 0175 7124533
moritz.schnitger@uni-potsdam.de

Anhang



Steigende Pflegebedürftigenzahlen bei langfristig sinkendem familialen Pflegepotential bedeuten einen wachsenden professionellen Pflegebedarf.

Steigende Anzahl Pflegebedürftiger

- Entwicklung 2010 bis 2050:
 - „Status-Quo“-Szenario: 2,4 Mio. → 4,5 Mio. (+ 88%)
 - Szenario „Sinkende Pflegequoten“: 2,4 Mio. → 3,8 Mio. (+ 58%)

+ Sinkendes familiales Pflegepotential

- Niedrige Geburtenrate
- Zunehmende räumliche Distanz Eltern / Kinder
- Steigende Frauenerwerbsquoten
- Steigender Anteil Ein-Personen-Haushalte
- Abnehmende „Pflicht“ zu pflegen

= Steigender Bedarf an professioneller Pflege



Zahlreiche Argumente sprechen dabei für eine primäre Stärkung des ambulanten Sektors.

1 Bedürfnis-
perspektive



2 Finanz-
perspektive



3 Fachkräfte-
perspektive



4 Gesetzliche
Vorgabe



Voranalysen zeigten: Soziodemografische Faktoren können die Unterschiede nicht hinreichend erklären.

- Beispiele für getestete Prädiktoren im Rahmen von Regressionsanalysen mit insgesamt mehr als 50 Variablen:
 - Alters- und Geschlechtsverteilung der Pflegebedürftigen
 - Pflegestufenverteilung
 - Durchschnittliches Haushaltseinkommen
 - Steuereinnahmen pro Einwohner
 - Arbeitslosenquote
 - Siedlungsdichte
 - Anteil 1-Personen-Haushalte
- **Erklärungskraft der soziodemografischen Faktoren:**
ca. 20% der Varianz beim Anteil der ambulanten Versorgung

Auf Basis dieser Erkenntnisse wurde folgende zentrale Studenthese abgeleitet.

„Durch verschiedene angebots- und nachfrageorientierte Instrumente und Maßnahmen ist es auf kommunaler Ebene möglich, eine bedürfnisorientierte ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen zu stärken.“

Es wurden innerhalb von vier Steuerungsbereichen Hypothesen formuliert, welche Instrumente und Maßnahmen ambulante Versorgungsstrukturen in den Kommunen stärken können.

I) Steigerung der Attraktivität des ambulanten Angebots

- z.B. durch eine bedürfnisorientierte Differenzierung der ambulanten Angebote (Wohnformen, Dienstleistungsangebote wie Tagespflege, etc.)
- z.B. durch die Entwicklung ergänzender niedrigschwelliger Betreuungsangebote für Demente

II) Steuerung der Wahl des Pflegearrangements

- **a) Nachfragesteuerung**, z.B. durch den Aufbau qualitativ hochwertiger Pflegeberatungs- und Case-Management-Strukturen
- **b) Angebotssteuerung**, z.B. durch gemeinsames Care-Management der lok. Pflegeakteure / Aufzeigen von Versorgungslücken (Pflegekonferenz)

III) Stützung des familialen Pflegepotentials

- z.B. durch die Stärkung ehrenamtlicher Unterstützungs- bzw. Entlastungsstrukturen
- z.B. durch die Erweiterung der Möglichkeiten für Angehörige zur Vereinbarung von Pflege und Beruf (lokale Initiativen)

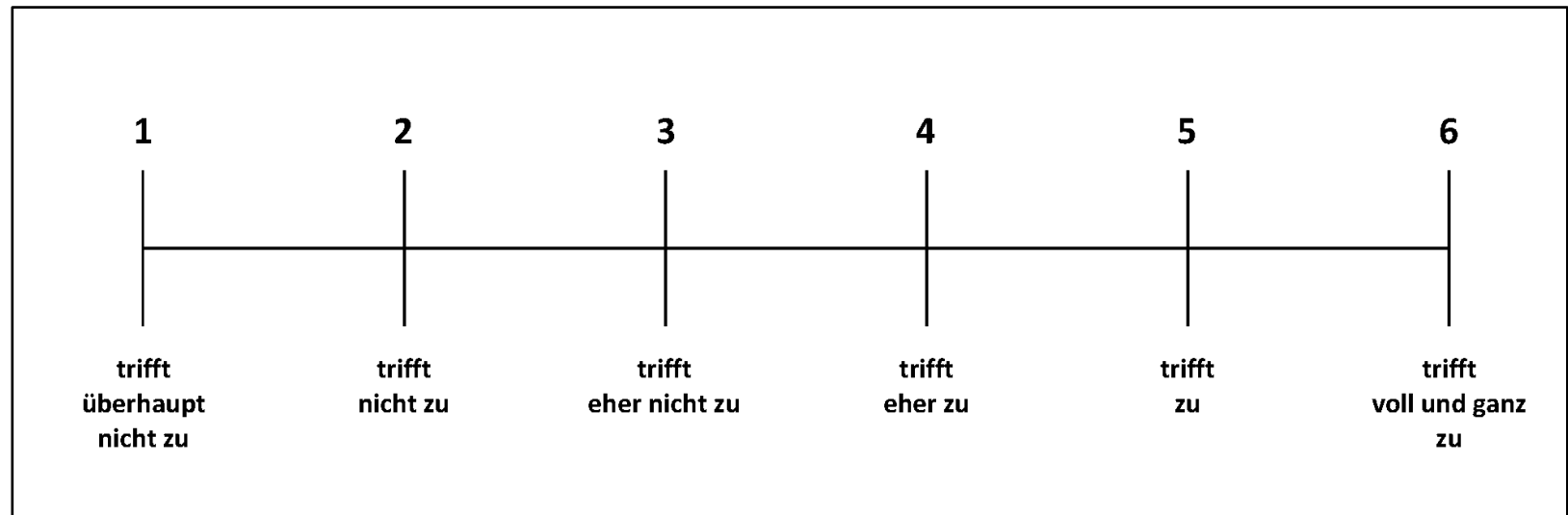
IV) Stärkung integrierter Versorgungsstrukturen

- z. B. durch den Aufbau eines einheitlichen Überleitungsmanagements zwischen Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten
- z.B. durch die Erhöhung der Hausarztkontakte in der ambulanten Pflege zur Vermeidung unnötiger Krankenseinweisungen

Die Studie fand bundesweit in Kommunen aus zehn verschiedenen Bundesländern statt. Es wurden 200 Interviews mit 247 Personen geführt.

Bundesland	Anzahl
Bayern	4
Nordrhein-Westfalen	3
Hessen	2
Baden-Württemberg	1
Niedersachsen	1
Rheinland-Pfalz	1
Thüringen	1
Brandenburg	1
Sachsen-Anhalt	1
Schleswig Holstein	1

Auswertung: Für 34 Steuerungsansätze und Erfolgsfaktoren konnten in allen 16 Kommunen ausreichend Informationen für eine vergleichende Bewertung erhoben werden.



„Steuerungsansatz/Erfolgsfaktor X hat nach den Erkenntnissen aus der Studierhebung in Kommune Y eine positive Wirkung im Hinblick auf die Stützung ambulanter Versorgungssettings gehabt.“

Primärer Steuerungsansatz 4: *Auszeiten für pflegende Angehörige durch Tagespflege ermöglichen*

Erfolgsfaktoren Betrieb

- Anbindung an einen ambulanten Pflegedienst
- Orientierung des Angebots an Entlastungsbedürfnissen der pflegenden Angehörigen
- Einbindung tagespflegerischer Angebote in ambulante Versorgungsketten
- Aufbau solch kompletter ambulanter Versorgungsketten gerade für Wohlfahrtsverbände als große Wettbewerbschance
- **Good Practice:** Daheim e.V. (Kreis Gütersloh) und AurA gGmbH (Kreis Marburg-Biedenkopf)

In einigen weiteren untersuchten Steuerungsansätzen konnten keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Kommunen der Untersuchungs- und Kontrollgruppen festgestellt werden.

- Kurzzeitpflege
- Sicherstellung Fachkräftebasis in amb. Pflege
- Quartiersansätze

- Verfügbarkeit barrierearmer Wohnraum
- Kommunale Personal- und Sachausgaben (gesamt)

- Lokale Initiativen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

- Einbindung von niedergelassenen Ärzten

Sekundärer Steuerungsansatz 1: *Ambulante Betreuungsstrukturen für Demenzerkrankte und Angehörige aufbauen*

- **Niedrigschwellige Betreuungsangebote in einzelnen Kommunen mit starker Entlastungswirkung für pflegende Angehörige demenzerkrankter Pflegebedürftiger**
- **Existenz einer zentralen Koordinierungsstelle und enge Vernetzung mit den professionellen Pflegeakteuren förderlich für Aufbau und die Wirksamkeit niedrigschwelliger Betreuungsangebote**

Sekundärer Steuerungsansatz 2: *Wirksame Beratungs- und Case-Management-Strukturen installieren*

- Entwicklung stark abhängig von Rahmenbedingungen im Bundesland
- Wirkung stark abhängig vom vorhandenen Leistungsangebot
- Individuelle Qualitätskriterien für Beratungseinrichtungen:
 - Strukturelle Ausstattung (Personalstärke, Qualifizierung, etc.)
 - Umfang an Hausbesuchen
 - Vernetzungsgrad mit anderen Beratungsstellen / Krankenhaussozialdiensten

„Good Practise“ Beratung und Case Management im HzP-Bereich: *Das Projekt „ambulant vor stationär“ im Hochsauerlandkreis*

- Empfehlung durch Gemeindeprüfungsanstalt NRW: Erhöhung des amb. HzP-Anteils durch gezieltere Hilfs- und Leistungssteuerung
- Start des 3-jährigen Pilotprojekts „ambulant vor stationär“ mit 3 Personalstellen und Fördertopf für innovative Pflegeprojekte (insgesamt 390 TEuro p.a.):
 - Kostenlose Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen, die Alternative zur stationären Pflege suchen
 - Empfehlungen bzgl. ambulanter Unterstützungsmöglichkeiten
 - Inaugenscheinnahme der Wohnsituation vor Ort
 - Case-Management bei Bedarf
 - Fokus-Zielgruppen: PS 0 und PS1 (nicht nur HzP-Empfänger)
- 2015 wurden nach erfolgreicher externer Evaluation (bzgl. Inanspruchnahme, Zufriedenheit, HzP-Einsparungen) Stellen entfristet.

Sekundärer Steuerungsansatz 3: *Innovationsklima schaffen*

- Kenntnisse der lokalen Pflegeakteure über Forschungsstände, nationale und internationale Vorreiterprojekte sowie etwaige Fördermöglichkeiten unterschiedlich ausgeprägt.
- In zwei amb. Untersuchungskommunen große Aktivitäten zur Förderung innovativer ambulanter Versorgung, z.B. durch:
 - Regelmäßige überregionale Erfahrungsaustausche
 - Intensive Erfahrungsaustausche mit Akteuren der Behindertenhilfe
 - Exkursionen zu nat./int. Vorreiterprojekten
 - Durchführung von Modell- und Pilotprojekten
 - Einwerben verschiedenster Fördermittel

Sekundärer Steuerungsansatz 4: *Überleitungsmanagement zwischen Kliniken und häuslicher Pflege intensivieren*

- Stark institutionalisierte Vernetzung der Sozialdienste bzw. Pflegeüberleitungen mit den Pflegeanbietern und Beratungsstellen
- Vereinbarung von Qualitätsstandards für das Überleitungsmanagement (z.B. Entwicklung einheitlicher Überleitungsbögen)
- Schaffung von Case-Management-Stellen in Krankenhäusern zur Unterstützung der Krankenhaussozialdienste

Sekundärer Steuerungsansatz 5: Geriatrische und Gerontopsychiatrische Akteure in kommunale Pflegemärkte einbinden

- Aufbau spezialisierter gerontopsychiatrischer Ambulanzen
- Einbindung in lokale Pflegeversorgungsstrukturen durch fallbezogene und konzeptionelle Beratung von ambulanten und teilstationären Pflegeanbietern
- Einbindung Fachärzte in lokale Vernetzungsstrukturen

Sekundärer Steuerungsansatz 6: *Pflegekassen für lokale Prozesse aktivieren*

- Bis auf wenige Ausnahmen Pflegekassen vor Ort mit nur schwach ausgeprägtem Gestaltungsanspruch und begrenztem Vernetzungsgrad mit übrigen kommunalen Pflegeakteuren
- In manchen Kommunen durch Aufbau eines Pflegestützpunktes leicht verbesserte Integration der federführenden Pflegekasse
- Nur in drei Untersuchungskommunen umfangreichere Aktivitäten der Pflegekassen zur Stärkung des AvS-Grundsatzes

Empfehlungen

- Die verschiedenen kommunalen Pflegeakteure sollten das dargestellte Zeitfenster gemeinsam nutzen, um zukunftsfähige Versorgungsstrukturen vor Ort zu entwickeln.
- Die Steuerungsakteure auf Bundes- und Landesebene sollten die kommunalen Pflegeakteure hierbei unterstützen. Hilfreich können z.B. Optionsrechte und finanzielle Anreize für Kommunen sein.
- Die im Regierungsentwurf des PSG III abgebildeten Maßnahmen sind dabei aus unserer Sicht nicht ausreichend.