

# **Konzeption zur Weiterentwicklung der Altenhilfe im Ennepe-Ruhr-Kreis**

## **Bestandsaufnahme - Kosten-Nutzen-Analyse -**

Stand 29.Juni 2006

© IKOS-Consult GmbH  
Amsterdamer Strasse 84  
50735 Köln  
0221/77 88 797  
info@ikos-consult.de

Hinweis:  
Die Urheberschaft dieses Gutachtens liegt bei der IKOS-Consult GmbH.  
Vervielfältigung und Veröffentlichung – vollständig oder in Teilen - nur mit  
ausdrücklicher Genehmigung durch die IKOS-Consult GmbH.

# Inhalt

<b>1 Einführung.....</b>	<b>3</b>
<b>2 Status Quo der Altenpolitik.....</b>	<b>6</b>
2.1 Der neue gesetzliche Rahmen.....	6
2.2 Grundsätzliche Zahlen zur altenpolitischen Situation im Ennepe-Ruhr-Kreis.....	11
2.3 Unsere altenpolitische Referenzoption.....	16
<b>3 Szenarien zur altenpolitischen Versorgungsstruktur im Ennepe-Ruhr-Kreis .....</b>	<b>19</b>
3.1 Erläuterung der IKOS-Szenario-Technik .....	19
3.2 Trendextrapolation „Status Quo“.....	25
3.3 Strategie für ein Heimmoratorium.....	27
3.4 Strategie des „Laissez faire“.....	32
3.5 Strategie zu einer proaktiven Altenpolitik .....	36
3.6 Kosten und Nutzen im Überblick .....	41
<b>4 Gesamtbewertung und Empfehlung für den Ennepe-Ruhr-Kreis .....</b>	<b>45</b>
4.1 Entwicklung der individuellen Nachfrage .....	45
4.2 Nur eine individuelle Entscheidung? .....	47
4.3 Die kommunalpolitische Richtungsentscheidung .....	50
4.4 Handlungsempfehlungen .....	52

# 1 Einführung

## 1.1.1 Situation

Mit der Novellierung des Landespflegegesetzes (PfG NW) im August 2003 und dem letzten Schritt der Umsetzung des zweiten Modernisierungsgesetzes NRW im Aufgabenbereich der „Hilfe zur Pflege in Einrichtungen“ steht der Ennepe-Ruhr-Kreis vor einer neuen Situation: Auf der einen Seite steht nach wie vor die Verpflichtung, eine bedarfsgerechte pflegerische Infrastruktur sicherzustellen, andererseits ist durch den Paradigmenwechsel vom ordnungspolitischen Instrument der Bedarfsplanung für stationäre Einrichtungen zur „Pflegermarktbeobachtung“ jede traditionelle Steuerungsmöglichkeit entfallen.

Hinzu kommt, dass der Kreis nun alleiniger Kostenträger ist für Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) und dem PfG NW an Personen über 65 Jahren, die stationär untergebracht sind.

## 1.1.2 Aufgabenstellung

Die Brisanz dieser neuen Situation liegt auf der Hand. Zur nun vollumfänglichen Verantwortung des Kreises für dieses Thema kommt die allgemein bekannte demographische Entwicklung. Die Probleme rund um die Versorgung der Bürger im Alter potenzieren sich in den nächsten Jahren. Es öffnet sich eine Schere zwischen der Option der Selbsthilfe und der Nutzbarkeit der bisher vorgehaltenen professionellen Infrastruktur. Diese Versorgungslücke verdichtet die Problemstellung auf ihren Kern.

Die Aufgabenstellung dieses Gutachtens - eine **Positionsbestimmung** für den Ennepe-Ruhr-Kreis zu ermöglichen - lässt sich auf das Erarbeiten von Antworten auf folgende Kernfragen komprimieren:

- Wie konkret steigt der Versorgungsbedarf?
- Mit welchen Maßnahmen lässt sich die Versorgungslücke schließen?
- Welche Kosten für den Kreis entstehen dadurch?

## 1.1.3 Vorgehen

Diese Aufgabenstellung bearbeiten wir in diesem Gutachten über drei Abschnitte:

### **Status Quo der Altenpolitik**

Zunächst analysieren wir den Status Quo der Altenpolitik im Ennepe-Ruhr-Kreis. Zum Verständnis des normativen Hintergrunds und zur Abschätzung der Entwicklungstrends wird der aktuelle gesetzliche Rahmen vorgestellt. Anschließend quantifizieren wir die Ergebnisse der aktuellen Altenpolitik und lassen die Zahlen im Vergleich sprechen. Hierzu stellen wir im Sinne des Benchmarking zunächst den Bezug zur Landessituation und anderen Kreisen in NRW her. Diesem Status Quo im Ennepe-Ruhr-Kreis stellen wir dann ein „best practice“-Beispiel gegenüber: Der Landkreis Saarlouis. Eine Gegenüberstellung von Eckwerten (Benchmarks) macht deutlich, welche Qualitäten durch eine aktive Altenpolitik erzeugt werden können.

## Szenarien zukünftiger Entwicklungen

Im zweiten Schritt setzen wir die Szenariotechnik ein und beschreiben mögliche Entwicklungen der Versorgungsstruktur in der Zukunft. Anschließend schätzen wir die Folgewirkungen der einzelnen Szenarien. Mittels der IKOS-Pflegebilanz<sup>©</sup> werden dazu die Kosten- wie auch Nutzeneffekte berechnet. Somit lassen sich die mittelfristigen Chancen zur Kostendämpfung bei gegebener demographischer Entwicklung und verschiedenen Entwicklungsszenarien darstellen.

## Gesamtbewertung und Empfehlung

Aus dem Zusammenspiel der heutigen Situation und den konkretisierten alternativen Versorgungsoptionen leiten wir eine Gesamtbewertung ab: Wie stellt sich im Jahre 2006 eine Handlungs- bzw. Entscheidungssituation dar? Deutlich wird, dass eine Entscheidung zu treffen ist:

- Verbleibt man bei einer „Laissez faire“ Politik wie vor dem neuen Landespflegegesetz von 2003 und verwaltet nur die Folgekosten der Einzelfälle.
- Oder gestaltet man aktiv den regionalen Pflegemarkt und tritt in eine Förderung des notwendigen Infrastrukturangebots ein.

### 1.1.4 Neuer Steuerungsansatz

Zukünftig kann sich bei der Altenpolitik des Kreises neben dem sozialpolitischen Handlungsdruck auch die finanzielle Frage stark in den Vordergrund stellen. Wie viel kann und will der Kreis für eine aktive Altenpolitik zur Verfügung stellen? Die Absicherung erforderlicher Investitionsentscheidungen kann mit einem neuen Planungswerkzeug herbeigeführt werden. Zur Umsetzung der Investitionsentscheidung werden die Techniken des Marketings und der Öffentlichkeitsarbeit genutzt um die erforderlichen Kräfte bei allen beteiligten Akteuren zu aktivieren. Der Ennepe-Ruhr-Kreis wird durch eine aktive Altenpolitik nicht zum fiskalisch Getriebenen, sondern verfügt über seine Mittel frei, optimiert den Einsatz – und kontrolliert die Wirkungen.

### 1.1.5 Erwartete Ergebnisse

Die Berechnungen von IKOS weisen aus, dass angesichts der demographischen Entwicklung im Ennepe-Ruhr-Kreis und angesichts der zu erwartenden Umgestaltung des normativen Hintergrunds durch den Bundesgesetzgeber, eine Neuorientierung der kommunalen Altenpolitik dringend zu empfehlen ist. Ein Anwachsen der Gesamtkosten im Bereich kommunaler Altenpolitik ist durch die vorgegebenen und in diesem Gutachten dargestellten Entwicklungstrends nicht mehr zu verhindern.

Die besten Chancen zur Dämpfung der für den kommunalen Haushalt bedrohlichen Kostenentwicklung liegen in der aktiven Steuerung der angebotenen Versorgungsstruktur für alte und pflegebedürftige Menschen im Ennepe-Ruhr-Kreis.

Unangemessene stationäre Versorgungsangebote werden durch die reduzierte Kassenfinanzierung und durch auf die kommunalen Sozialhilfeträger durchschlagenden Folgekosten zu einer Bedrohung. Sie sind kritisch zu betrachten.

Ambulante und teilstationäre Versorgungsangebote entsprechen dem Wunsch vieler Bürger nach einem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Differenzierte professionelle ambulante Dienstleistungen fördern und er-

---

gänzen das Selbsthilfepotential der Bürger. Erhöhte ambulante Leistungsbudgets verstärken die Empfehlung, ambulante und teilstationäre Angebote im Ennepe-Ruhr-Kreis gezielt zu fördern.

Eine aktive Steuerung der altenpolitischen Versorgungsstruktur bietet zweierlei:

- Einerseits wird der Wert einer aktiven Altenpolitik für die beteiligten Akteure unmittelbar erlebbar.
- Andererseits bietet sie den ökonomischen Vorteil der Dämpfung der kommunalen Folgekosten.

Bei den allgemeinen Reformverwirrungen sorgt dieses Vorgehen für klare Orientierung und Planungssicherheit. Sei dies bei investierenden Anbietern oder bei den zahlreichen betroffenen Familien. Der einzuleitende Optimierungsprozess orientiert sich so auch an kommunalpolitischen Erfordernissen. Wie kann das begrenzte Budget so strukturiert werden, dass möglichst viele Bürger davon etwas spüren? Die Antwort lautet:

**Förderung der Selbsthilfe in der eigenen Häuslichkeit.**

## 2 Status Quo der Altenpolitik

Zur Bestimmung des Status Quo der Altenpolitik im Ennepe-Ruhr-Kreis schildern wir zunächst, wie sich der gesetzliche Rahmen in den vergangenen Jahren geändert hat und welche Änderungen absehbar sind. Anschließend zeichnen wir mit Hilfe der derzeit zugänglichen Daten ein Bild von der aktuellen Lage. Als Drittes stellen wir unseren altenpolitischen Ansatz dar, der exakt auf den neuen gesetzlichen Rahmen abgestimmt und erprobt ist. Der mittelfristige Erfolg dieses Ansatzes wird anschaulich durch den direkten Vergleich mit einem von IKOS begleiteten und vor über zehn Jahren neu ausgerichteten Referenzlandkreis.

### 2.1 Der neue gesetzliche Rahmen

Die Gestaltung kommunaler Altenpolitik vollzieht sich vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Inhaltes des gesetzlichen Rahmens. Der Rahmen der Pflegepolitik wird nach dem föderalen Aufbau aufgespannt: Der Bundesgesetzgeber erlässt ein Gesetz und das Land liefert dazu ein Ausführungsgesetz. Der Kreis kann bzw. muss sich innerhalb dieses Rahmens bewegen und konkrete Vorgaben umsetzen. Mit der Novellierung des Landespflegegesetzes NRW Mitte 2003 ist hier inhaltlich ein Paradigmenwechsel erfolgt. Das Land hat sich weitgehend aus der Steuerung zurückgezogen und damit dem Pflegemarkt weitere Entwicklungsmöglichkeiten eingeräumt. Der Kreis muss sich daher nun selbst mit der Logik des SGB XI auseinandersetzen und vor Ort für Orientierung sorgen.

Nachfolgend ordnen wir zunächst das neue Landespflegegesetz ein und beleuchten dann die aktuelle Situation des SGB XI.

#### 2.1.1 Das Landespflegegesetz 1996/2003

Mit dem Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen vom 19. März 1996 erfüllte das Land seine ordnungspolitische Umsetzungsaufgabe zum SGB XI. Im Vergleich mit allen anderen Bundesländern kann man das Landespflegegesetz NRW 1996 als **vorbildlich** werten wegen seiner

- Zeitnähe
- inhaltlichen Differenziertheit
- Zielorientierung
- Beteiligungsorientierung
- und seinem Prozesscharakter.

Besonders hervorzuheben war das Bemühen, den Kommunen den Einstieg in die Auseinandersetzung um die Umsetzung des SGB XI zu öffnen.

Mit den **neuen kommunalen Aufgabenbereichen** der Beratung (§ 4), der Pflegekonferenzen (§ 5) und der Kommunalen Pflegebedarfsplanung (§ 6) organisierte das Land ein Steuerungsverfahren, das bundesweit einmalig ist und methodisch in die richtige Richtung zielt.

Zur Novellierung des Landespflegegesetzes haben sich ein Jahr lang die Fachleute aus Parteien, Verbänden, Kommunen und dem federführenden Sozialministerium mit der Überarbeitung beschäftigt. Am 4. Juli 2003 hat der Landtag diese Novelle des Landespflegegesetzes

---

abschließend beraten und verabschiedet, am 1. August 2003 sind die Änderungen in Kraft getreten.

Die Fortschreibung des Landespflegegesetzes 2003 werten wir insofern als positiv, als hier eine klare Positionsbestimmung erfolgte, welche die Kommunalisierung<sup>1</sup> der Aufgabe klar dokumentierte. Dies erfolgte in den anderen Bundesländern in weniger transparenter und auch für die Fachöffentlichkeit nur bedingt nachvollziehbarer Form.

Die insgesamt positive Bewertung des Landesvorgehens bei der stattgefundenen Kommunalisierung erschließt sich aus den – im nachhinein - eindeutig zu verortenden Maßnahmen:

- 1996 wurde die kommunale Aufgabe vorgezeichnet und den Kommunen Hilfe zur Einführung angeboten.
- Der Übergangscharakter der Investitionsfinanzierung durch das Land war ausgewiesen.
- 2003 zieht das Land sich aus der Aufgabe soweit zurück, wie es bei dem derzeitigen föderalen Aufbau der deutschen Sozialpolitik nur irgendwie gehen kann.

Der Wechsel in der Pflegepolitik kann auch über den sukzessiven, aber konsequenten Rückzug aus der Planung – dem zentralen Instrument – nachvollzogen werden.

Mit der Verordnung zur Planungshilfe vom 4. Juni 1996 wurde noch ein Ausführungsrahmen der Steuerung verwaltungstechnisch festgeschrieben. Später, nachdem sich regionale Pflegemärkte tatsächlich entwickelten, wurde die Landesvorgabe zur Planung nicht nur in der Sache aufgehoben, sondern auch hierfür die Verordnung zurückgezogen. Kurz: Was der Kreis nun zur Steuerung und Ordnung des Pflegemarktes durchführen muss, bleibt ihm selbst überlassen. Damit kommt der ordnungspolitische Paradigmenwechsel des SGB XI beim Kreis selbst an.

---

1 Die „andere“ Kommunalisierung erfolgte durch das 2. Modernisierungsgesetz in der Hinsicht, dass die örtlichen Träger der Sozialhilfe nun im Bereich der Pflege direkt mit dem Thema voll umfänglich befasst sind. Eine Zwischeninstanz für Pflegebedürftige ab 65 durch die Landschaftsverbände besteht nicht mehr.

### 2.1.2 Das SGB XI 1995/2003

Der Paradigmenwechsel 1995<sup>2</sup> war die Einführung des Marktes innerhalb eines Bereichs der Sozialpolitik, bei dem es bislang darum ging, die Infrastruktur mittels klassischer Fachplanung zu definieren und vorzuhalten. Zahlreiche Missverständlichkeiten und Paradoxien in den Jahren 1995-2003 nähren sich aus den Widersprüchen zwischen der gesetzlichen Grundlage des SGB XI und den realen Situationen vor Ort.

Durch mangelhafte Implementation von Marktmechanismen bei der Steuerung von Versorgungsstrukturen kam es zu Fehlsteuerungen; sie sind heute empirisch nachgewiesen (s.u.). Die zwei zentralen Kommissionen – die Rürup- und die Herzog-Kommission, welche sich in 2003 mit den grundlegenden Reformen des deutschen Sozialstaates beschäftigt hatten, kamen im Prinzip zu den selben Ergebnissen. Es besteht bei den geplanten Änderungen des SGB XI parteipolitisch weitgehend Konsens.

Warum? Ohne hier auf eine fachliche Bewertung einzugehen, darf der Hinweis auf die Sinnhaftigkeit genügen. Mit der Einführung des Marktes sollte und soll eine Umkehrung von der Angebots- in eine Nachfrageorientierung eingeläutet werden. Damit hängen direkt all jene grundsätzlichen Sachpositionen zusammen, die mit den Stichworten Selbstbestimmung (§ 2 SGB XI) und Vorrang der häuslichen Pflege (§ 3 SGB XI) verbunden sind. Die Grundsätze waren nicht als Leerformel gedacht; ihre hervorragende Platzierung war Ausdruck des sachlichen Anspruchs – und der fiskalischen Notwendigkeit! Der Vollzug der Reform des SGB XI ist nur eine Frage des politisch vertretbaren Timings.

Das SGB XI als Richtschnur jeden sozialpolitischen Handelns im Bereich der Pflege hat als Auslöser wie auch nun in der laufenden Anpassung immer das Zusammenspiel von konkreten fiskalischen Notwendigkeiten und sachlichen Erfordernissen. Der gemeinsame Nenner war und ist:

- Hilfe zur Pflege innerhalb der eigenen Häuslichkeit muss möglich bleiben.
- Weil Pflege trotz knapper Kassen sozialstaatlich abgesichert werden muss, gilt es die Effektivität und Effizienz der Umsetzung zu beachten.

Man kann sich durchaus Gedanken über die Rolle der deutschen Kommunen und ihrer Spitzenverbände in den Jahren 1995-2003 und deren Haltung zur eigenständigen Umsetzung des SGB XI machen. Mit Verabschiedung des Landespflegegesetzes war auch in NRW nicht mehr zu übersehen: Jede Fehlsteuerung in der Versorgungsstruktur und deren Folgekosten trägt jede Kommune allein. Folglich sind sie unmittelbar von Änderungen des SGB XI betroffen.

<sup>2</sup> Vgl. zur Vertiefung: Asam, W.H./Altmann, U.: Geld oder Pflege. Zur Ökonomie und Reorganisation der Pflegeabsicherung. Freiburg, Lambertus 1995. In diesem Buch werden die neuen Steuerungsoptionen am Pflegemarkt analysiert. Zentrale Kapitel können kostenlos von unserer Webseite heruntergeladen werden. ([www.ikos-consult.de](http://www.ikos-consult.de))

Der Bericht der **Rürup-Kommission** bringt in voller Offenheit die kommunale Herausforderung auf den Tisch:

- Wie ist die Struktur der Versorgung der Pflegebedürftigen zu bewerten?
- An welchen Stellschrauben ist zu drehen, um die Versorgungsstruktur nachzubessern?

Zunächst zur Versorgungsstruktur: Bundesweit wurde das strategische Ziel des SGB XI, nämlich der **Vorrang der häuslichen Pflege, nicht erreicht**. Man stagniert. Damit entfällt auch das Paradigma von der neuen Kultur des Helfens. Die **Verheimung nahm zu**.

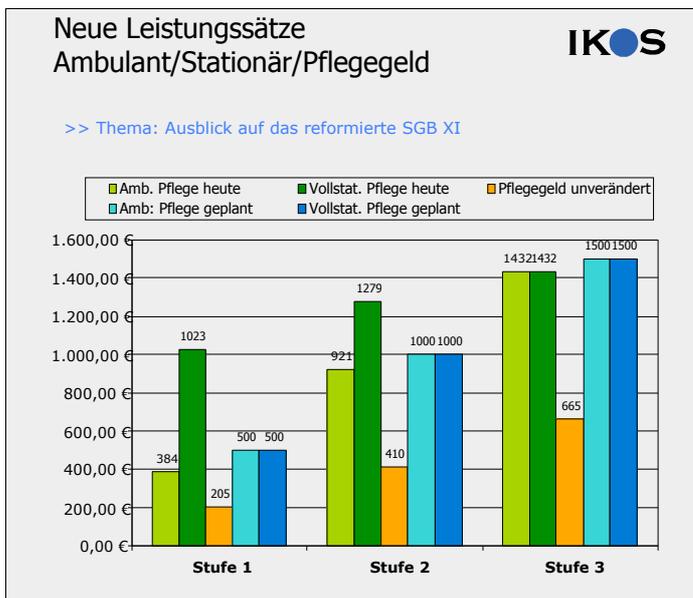
Verdeutlicht wird die Verfehlung des Ziels des ambulanten Vorrangs durch die Entwicklung der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten zwischen 1996-2005, wie sie nachfolgend abgebildet ist. (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung)

Prozentuale Entwicklung der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten zwischen 1996-2005									
Jahr	Pflegegeld	Pflegesachleistung	Kombinationsleistung	Urlaubs-pflege	Tages- und Nachtpflege	Kurzzeit-pflege	Vollstationäre Pflege	Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	insgesamt
1996	60,4%	6,8%	8,7%	0,4%	0,2%	0,4%	22,7%	0,4%	100,0%
1997	56,3%	6,9%	9,1%	0,2%	0,3%	0,3%	24,6%	2,2%	100,0%
1998	53,6%	7,5%	9,6%	0,2%	0,4%	0,3%	25,2%	3,2%	100,0%
1999	52,0%	8,1%	10,2%	0,3%	0,5%	0,4%	25,7%	2,9%	100,0%
2000	50,7%	8,5%	10,3%	0,3%	0,5%	0,4%	26,3%	3,0%	100,0%
2001	50,0%	8,4%	10,5%	0,4%	0,6%	0,4%	26,7%	3,0%	100,0%
2002	49,6%	8,4%	10,4%	0,4%	0,7%	0,4%	27,0%	3,1%	100,0%
2003	49,0%	8,6%	10,3%	0,5%	0,7%	0,5%	27,3%	3,2%	100,0%
2004	48,4%	8,5%	10,3%	0,6%	0,8%	0,5%	27,7%	3,3%	100,0%
2005	47,9%	8,5%	10,2%	0,7%	0,8%	0,6%	27,9%	3,3%	100,0%

Als **Kern der Änderung des SGB XI** sind auf der Ausgabenseite zwei Stellschrauben vorgesehen:

Die **primären Stellschrauben**, die Leistungsbudgets, werden in Richtung der häuslichen Versorgung abgeändert, und zwar in einer Weise, welche die Businessmodelle der freigemeinnützigen wie der privaten Anbieter erheblich verändern wird. Im stationären Bereich zum Negativen, im ambulanten Bereich zum Positiven.

Welche „Kostenpolitik“ die **Pflegekassen** praktizieren, wenn die Differenz von Pflegesachleistung und Pflegegeld noch größer ausfällt als bislang, ist ein eigenes Thema für sich. Es sollte aber zukünftig kommunalpolitisch besonders berücksichtigt werden.



Als **sekundäre Stellschraube** wird ein methodisches Steuerungsman-ko beseitigt. Aus den individuellen Leistungsbudgets sollen tatsächlich freidisponierbare „**personenbezogene Budgets**“ werden. Die Betroffenen sind nicht mehr an den **SGB-XI-Leistungskatalog der Pflegekassen** gebunden, sondern können mit ihrem Budget frei jene Dienstleistungen einkaufen, von denen sie sich die effektivste Hilfe und Entlastung versprechen.

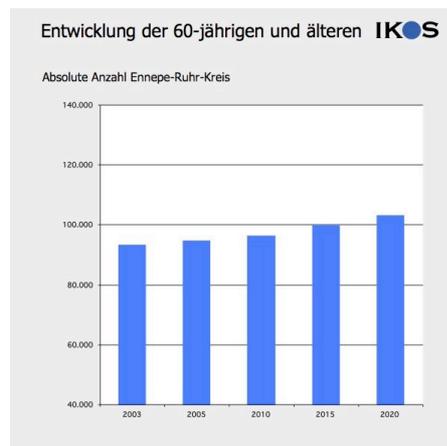
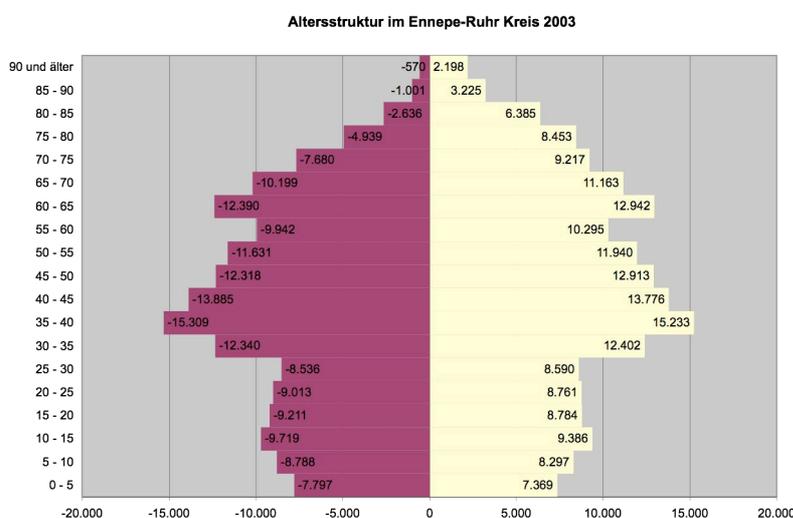
Zusammenfassend kann man festhalten:

- Die Zielsetzung des SGB XI, tragfähige **Pflege zu Hause** zu ermöglichen, wird demographisch bedingt immer notwendiger. Gleichwohl greift die sozialstaatliche Absicherung dieses Sachverhaltes **noch nicht**. Weil der Budgetrahmen tendenziell abschmilzt, wird die Steuerung hin zu genau dieser selbsthilfe-orientierten Versorgungsstruktur immer notwendiger.
- Die Landesebene fällt als Vermittler zwischen der Angebotsrealität vor Ort und der Familie aus, weil sie keine Planungsvorgaben mehr macht. Die **Kommunen allein** sind mit der Ordnung der Pflegeversorgung auf **regionalen Pflegemärkten** konfrontiert.
- Der **gesetzliche Rahmen** und seine Änderungen werden immer klarer, fiskalisch konsequenter und bedrohlicher für die Kommunen.
- Der **Kreis** muss eine völlig eigenständige Strategie zum Umgang mit der Thematik und zur Durchsetzung der Zielsetzung des SGB XI erarbeiten.

## 2.2 Grundsätzliche Zahlen zur altenpolitischen Situation im Ennepe-Ruhr-Kreis

### 2.2.1 Demographie<sup>3</sup>

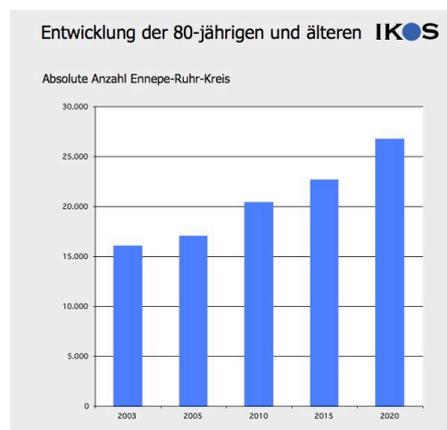
Grundsätzlich bekannt ist, dass Deutschland in den nächsten Jahrzehnten dramatisch altert. Wie stellt sich dies konkret im Ennepe-Ruhr-Kreis dar? Ausgangspunkt ist die Alterstruktur 2003. Bevölkerungsprognosen im Alter sind relativ sicher, weil die Jahrgangskohorten bekannt sind. Unwägbarkeiten, wie in den ersten Lebensjahren (vgl. Geburtenrate), treten in diesen Jahrgangskohorten nicht auf.



Im Einzelnen betrachtet und hervorzuheben sind folgende Aspekte:

- Die Anzahl der Senioren, also der 60-jährigen und älteren steigt gleichmäßig an.
- Bedeutsam sind vor allem die Hochbetagten mit 80 und mehr Jahren. Hier konzentriert sich die Pflegebedürftigkeit. Es findet in den nächsten fünfzehn Jahren eine Erhöhung von 77% statt!

Noch deutlicher wird die Relevanz der Altenpolitik, wenn man den relativen Bevölkerungsanteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung betrachtet. Was sich bei den Absolutwerten schon abzeichnet, tritt bei den Relativwerten klar hervor:



<sup>3</sup> Die gemeindespezifische Ausarbeitung der demographischen Rahmenbedingungen wird in den nächsten Wochen als Anlage nachgeliefert. Wegen des Streiks im öffentlichen Dienst wurden die notwendigen 10 Bevölkerungsprognosen vom LDS mit erheblicher Verzögerung geliefert.

- Haben die Hochbetagten im Ennepe-Ruhr-Kreis in 2003 noch einen Bevölkerungsanteil von 4,6% so erhöht sich dieser im Jahr 2020 auf 8,2%.
- Die Senioren insgesamt vergrößern ihren Bevölkerungsanteil im Ennepe-Ruhr-Kreis in derselben Zeit „nur“ von 26,6% auf 31,5%.

### Ergebnis demographische Entwicklung

Auch im Ennepe-Ruhr-Kreis wird die relative Bedeutung der Senioren in der Bevölkerungsstruktur erheblich zunehmen. Quantitativ werden die „Neuen Senioren“ zu beachten sein. Qualitativ werden, rein demographisch bedingt, Versorgungsfragen im hohen Alter, also die konkrete Absicherung der Hilfe- und Pflegebedürftigen, an Bedeutung zunehmen. Die demographischen Eckwerte sagen aus, dass man sich im Ennepe-Ruhr-Kreis auf eine erhebliche Verschärfung der Probleme rund um das Themenfeld Altenpolitik einstellen muss.

## 2.2.2 Die Pflegesituation im Ennepe-Ruhr-Kreis

Seit 1999 wird alle zwei Jahre die Pflegestatistik erhoben. Sie schildert die Situation der Leistungsberechtigten der Pflegeversicherung im Detail. Für den Ennepe-Ruhr-Kreis zeichnet die Pflegestatistik zum 15.12. 2003 folgendes Bild von der IST-Situation:

- Zum Stichtag waren 9.576 Personen als pflegebedürftig anerkannt. Dies entspricht 28 Personen je 1.000 Einwohner.
- Von den Pflegebedürftigen nahmen 1.807 ambulante Pflege in Anspruch. In der stationären Pflege hielten sich am Stichtag 3.493 leistungsberechtigte Personen auf.
- Pflegegeld bezogen 4.276 Personen.
- Für die 1.807 ambulant Versorgten waren 41 Pflegedienste tätig; diese verfügten insgesamt über ein Personal von 888 Personen.
- Im stationären Bereich standen 3.836 Plätze zur Verfügung. Das gesamte Personal belief sich im stationären Bereich auf 2.956 Personen.

## 2.2.3 Neue Vergleichswerte (Benchmarks)

### Der alte Richtwert „Pflegeplätze“

Bisher stellte in der Planung sozialer Infrastruktur die Relation von Plätzen pro Einwohner den klassischen Richtwert dar. Konkret in der Altenhilfe bedeutete dies: XY Plätze pro 1.000 Einwohner. Diese Bezugsgröße alleine ist für eine moderne Altenpolitik nicht ausreichend!

### Entwicklung der Datenbasen

Mit der Pflegedürftigkeitsprüfung im Zuge des SGB XI und den alle 2 Jahre vorliegenden Pflegestatistiken verbessert sich die Datenlage für das Benchmarking. Es liegen nun **harte und differenzierte Aussagen zum Pflegebedarf** vor, sowohl auf der Bundes- und Landesebene wie auch auf der Kreisebene.

Aussagen zum vorgehaltenen **Bestand** werden ergänzt durch Angaben zur **Nutzung**. Die Inanspruchnahme von (ambulanten) Dienstleistungen kann jetzt, wie bereits im stationären Bereich, konkretisiert und verglichen werden.

Die Nutzung dieser verbesserten Datenlage ist der Ausgangspunkt für die Konkretisierung des **Paradigmenwechsels** in der Planung. Mit der neuen Vergleichsbasis schwenkt der gesamte Blickwinkel der Altenplanung: Von der Perspektive der Angebotsseite über die tatsächlich durchgeführte Inanspruchnahme hin zum Blickwinkel der Nachfrageseite.

### **Neue Benchmarks zur Bewertung kommunaler Altenpolitik**

Zahlen sprechen im Vergleich! Effekte kommunaler Altenpolitik lassen sich quantifizieren und im Vergleich bewerten. Der traditionelle Vergleichswert Pflegeplätze kann abgelöst werden durch ein einfaches und robustes Kennzahlensystem mit den folgenden 6 wesentlichen Kennzahlen:

#### **Definitionen für das Benchmarking regionaler Pflegemärkte:**

**Pflegebedarf:** Die Kennzahl Pflegebedarf wird definiert als die absolute Anzahl der Pflegebedürftigen, also der Leistungsempfänger nach SGB XI, je 1000 Einwohner.

**Heimquote:** Der Anteil der Heimbewohner an den Pflegebedürftigen insgesamt.

**Häusliche Quote:** Die Häusliche Quote beschreibt den Anteil der Nutzer von ambulanten Diensten und teilstationären Einrichtungen, die noch in ihrer Häuslichkeit wohnen, an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen.

**Geldquote:** Die Geldquote beschreibt den Anteil der Pflegegeldbezieher, die ohne eine ambulante Dienstleistung in ihrer Häuslichkeit wohnen, an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen. Rechnerisch ergänzen sich Heimquote, Häusliche Quote und Geldquote zu 100 Prozent.

**Selbsthilfequote:** Die Selbsthilfequote beschreibt den Anteil der Zu Hause lebenden Pflegebedürftigen an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen. Sie besagt, welcher Anteil der Leistungsberechtigten trotz Pflegebedürftigkeit zu Hause leben kann. Rechnerisch ergibt sich die Selbsthilfequote auch aus der Addition von Geldquote und Häuslicher Quote.

**Vorrangquote:** Entsprechend der Intention des Gesetzgebers beschreibt die Vorrangquote, ob Pflegebedürftige vorrangig noch Zu Hause bleiben können oder ob sie in ein Heim müssen, wenn sie pflegebedürftig werden. Die Vorrangquote errechnet sich aus der Division der Häuslichen Quote durch die Heimquote. Ist sie größer als 1, dann ist ambulanter Vorrang erreicht. Die Vorrangquote misst in komprimiertester Form, ob die Zielsetzung des SGB XI erreicht wurde.

## 2.2.4 Ennepe-Ruhr-Kreis im Vergleich mit anderen Kreisen in NRW

Der **Pflegebedarf** im Ennepe-Ruhr-Kreis ist im Vergleich zum Durchschnitt der Kreise<sup>4</sup> in NRW überdurchschnittlich. Mit **28 Pflegebedürftigen<sup>5</sup> pro 1.000 Einwohner** liegt er deutlich über dem NRW-Durchschnittswert von 24.

Die Bandbreite des ermittelten Pflegebedarfs ist hoch. In vier Kreisen steigt er bis auf über 30, am niedrigsten liegt der Pflegebedarf in Paderborn mit 19 Pflegebedürftigen pro 1000 Einwohner.

Bereits diese erheblichen Unterschiede in der Ausgangslage unterstreichen die Notwendigkeit eines kreisspezifischen Vorgehens in der Alten- und Pflegepolitik.

Die **Heimquote** von **35,2%** im Ennepe-Ruhr-Kreis liegt deutlich über dem NRW-Durchschnittswert von 29,6%. Nur in vier anderen Kreisen liegt die Heimquote höher. Landesweit ist sie in den vergangenen zwei Jahren um 1,4 Prozentpunkte gestiegen; im Ennepe-Ruhr-Kreis noch um 1,9 Prozentpunkte.

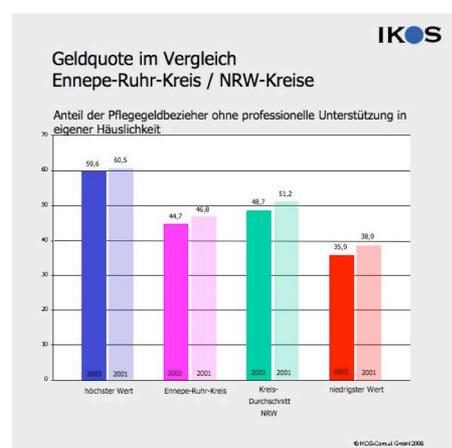
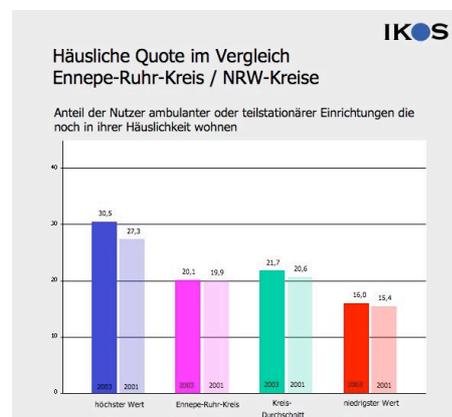
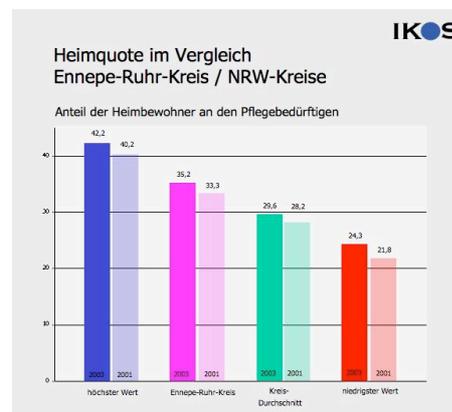
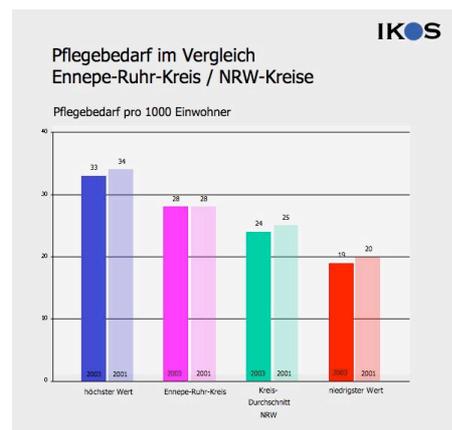
In der **Häuslichen Quote** bewegt sich der Ennepe-Ruhr-Kreis mit **20,1%** unter dem NRW-Durchschnittswert von 21,7%. In der Spitze reicht die Häusliche Quote hoch bis zu 30,5% in Gütersloh. Während landesweit die Häusliche Quote klar um 1,1 Prozentpunkte anstieg, stagniert sie im Ennepe-Ruhr-Kreis (Veränderung + 0,2).

Mit einer **Geldquote** von **44,7%** liegt der Ennepe-Ruhr-Kreis in der unteren Hälfte im Kreisvergleich! Der NRW-Durchschnittswert liegt hier bei 48,7%.

Mit einer **Selbsthilfequote** (Häusliche Quote plus Geldquote) von **64,8%** befindet sich der Ennepe-Ruhr-Kreis auf den hinteren Plätzen im Kreisvergleich!

Als konzentrierteste Kennzahl zur Bewertung der Versorgungsstruktur dient die **Vorrangquote**. Sie beschreibt den tatsächlich erreichten Vorrang der ambulanten Versorgung. Rechnerisch wird die Häusliche Quote ins Verhältnis zur Heimquote gesetzt. Der Ennepe-Ruhr-Kreis liegt mit **0,57 deutlich unter** dem NRW-Durchschnittswert von 0,73. Nur drei Landkreise haben eine noch geringere Vorrangquote.

Innerhalb von NRW schwankt die Vorrangquote in den Kreisen von 0,52 bis 1,15. Insgesamt haben nur zwei Kreise in NRW einen Wert größer 1,0 also ein positives Vorrangverhältnis!



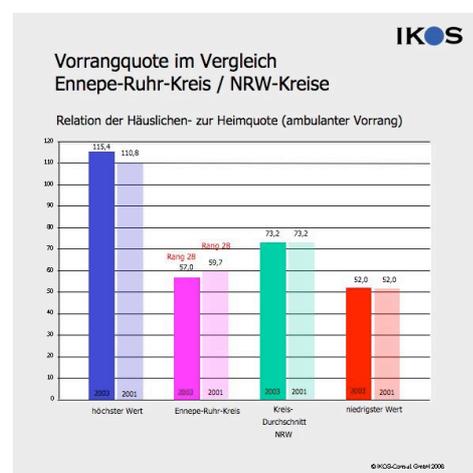
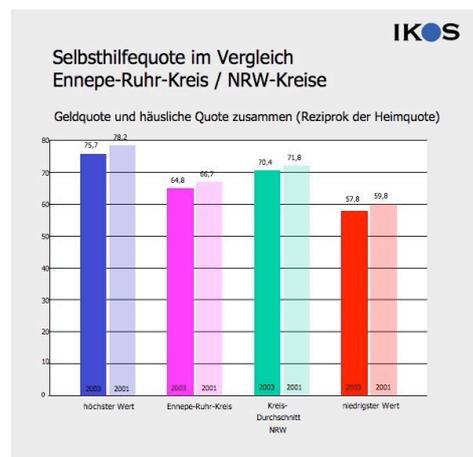
<sup>4</sup> Der Ennepe-Ruhr-Kreis wird nur mit anderen Kreisen in NRW verglichen, nicht mit kreisfreien Städten.

<sup>5</sup> Als „Pflegebedürftigen“ betrachten wir die als Leistungsberechtigte der Pflegeversicherung anerkannten Personen.

In der Vorrangquote konzentriert sich die gesamte infrastrukturelle Voraussetzung, innerhalb derer die Pflegebedürftigen ihre Versorgung organisieren müssen: Sie verdichtet die Bewertung, ob in einem Kreis die Pflegebedürftigen eine Wahl haben, ob sie vor allem „ins Heim“ müssen oder ob sie, trotz Notwendigkeit von professioneller Hilfe, weiterhin Zu Hause leben können.

- Betrachtet man auch die Unterschiede in den einzelnen Indikatorenbereichen, so dürfte die Schwankungsbreite der Ergebnisse nicht nur in der mit den benachbarten Großstädten tendenziell vergleichbaren Sozialstruktur begründet sein, sondern auch als Hinweis auf die Gestaltbarkeit der Struktur des Pflegeangebots gewertet werden.

Weiter bestätigt und in seiner Umsetzung verständlich wird diese Steuerbarkeit von Versorgungsstrukturen in regionalen Pflegemärkten, wenn man auf unsere abschließend dargestellte Referenz Bezug nimmt.

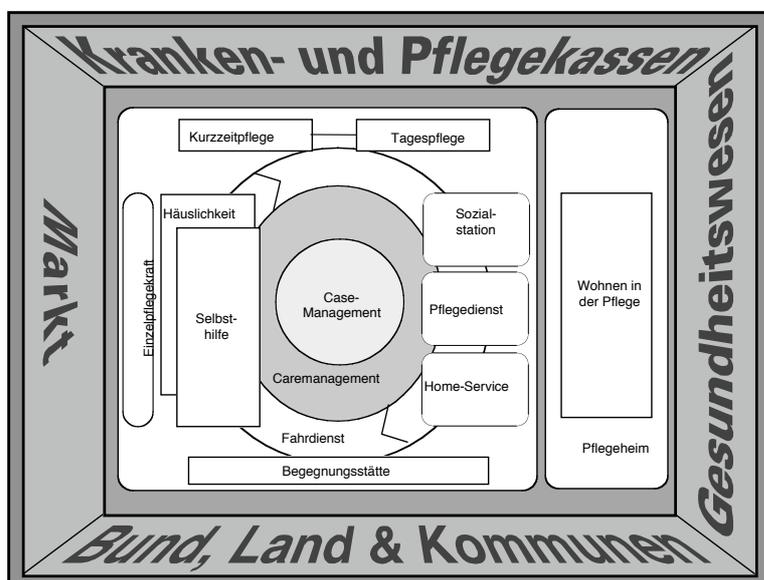


## 2.3 Unsere altenpolitische Referenzoption

### 2.3.1 Die Struktur: Einrichtungs- versus Gemeinde-Modell

Vor gut ein bis zwei Generationen dachte man nur an das Altenheim, wenn man von der Altenhilfe sprach. Inzwischen haben sich vielfältige Angebotsoptionen herausgebildet. Wir fassen das derzeitig denkbare Versorgungssystem unter dem Begriff IKOS-Gemeinde-Modell<sup>6</sup> zusammen. Es konkretisiert diejenigen Angebotsformen, welche auf der Gemeindeebene vorgehalten werden sollten, um in ihrer Gesamtsystematik eine subsidiäre Versorgung von Hilfe- und Pflegebedürftigen im Alter zu gewährleisten.

Abbildung: IKOS-Gemeinde-Modell



Analytisch geht es aus von der Selbsthilfe und der eigenen Häuslichkeit. Es enthält alle relevanten Hilfeangebote bis zu jenem Punkt, an dem die Selbständigkeit aufgegeben werden muss und der Weg in ein Heim beschritten wird.

Folgende Überlegungen sind zentral für die adäquate Versorgung der Hilfe- und Pflegebedürftigen:

- Welche **Produkte** sollten am Markt angeboten werden, damit die Betroffenen möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können?

<sup>6</sup> Vgl. Asam, W.H. u.a. (Hrsg.): Wohnen und Pflegen. Neue Wege zur gemeindeorientierten Altenpolitik. Freiburg, Lambertus 1995

- In welchen optimalen **Businessmodellen** können diese Produkte bzw. Dienstleistungen vorgehalten werden?

Zentrale Überlegung dabei ist, ob und wie man die unterschiedlichen Bedarfslagen wie

- Hilfebedarf,
- Pflegebedarf und
- Krankheit

in einem einzigen Geschäftsmodell – Stichwort: Heim oder früher Sozialstation - integriert oder ob man hier zu einer differenzierten Angebotsform kommt.

Zur Lösung dieser Aufgabenstellung gibt es zwei Herangehensweisen: Die Sichtweise der Anbieter prägt selbstverständlich die Organisation und alles, was zur Umsetzung wichtig ist. Die andere Herangehensweise ist die Sicht der Nachfrager. Wie kann der einzelne Betroffene den für ihn optimalen Versorgungsmix in Anspruch nehmen? So, dass der jeweilige Dienst – bei Nachfrage zu einem spezifischen Bedarf - in die Häuslichkeit kommt, oder der Bürger die teilstationären Angebote aus seiner Häuslichkeit heraus erreichen kann. Diese grundsätzlichen, logistischen Fragen führen uns zurück zur Aufgabe der kommunalen Steuerung. Welcher Rahmen ist zu schaffen, dass passgenaue häusliche Versorgungsstrukturen entstehen und von den Einzelnen optimal genutzt werden können? Dies ist die Aufgabe der Steuerung.

### 2.3.2 Die Steuerung - Dynamik

Unter Steuerung verstehen wir all jene Bemühungen der öffentlichen Seite, die zur Vorhaltung und subsidiären Umsetzung des „Gemeinde-Modells“ notwendig sind. Dazu gehören in erster Linie all jene Maßnahmen, welche die Produktentwicklung vorantreiben und die Organisation des Marktes ermöglichen. Diese Gestaltung von regionalen Pflegemärkten bezeichnen wir als Marketing im ursprünglichen Sinne. Diese Gestaltungsaufgabe nutzt Instrumente des **Dienstleistungs-marketings**.

Darüber hinaus gehören zur Steuerung all jene Maßnahmen die zur optimalen Nutzung des Marktangebotes durch den einzelnen Betroffenen beitragen können. Also Maßnahmen, die dafür Sorge tragen, dass der Betroffene mit seinem Leistungsbudget einen optimalen Pflegemix zusammenstellen und mit seiner Selbsthilfe abstimmen kann. In Fortentwicklung der sogenannten „trägerunabhängigen Beratung“ (§4) wird im neuen Landespflegegesetz der Fachbegriff „**Case-management**“ (Steuerung der Einzelfälle) ins Spiel gebracht. Wir ergänzen dies noch um die Dimension des „**Caremanagements**“ (Steuerung der Versorgungsketten), welche die Koordination des vielfältigen örtlichen Angebots ermöglicht.

Die Steuerung regionaler Pflegemärkte konkretisiert sich budgetmäßig im wesentlichen über Personaleinsatz. Im Zuge der Diskussion zur **Neuen Steuerung** und der von uns durchgeführten Kosten-Nutzen-Analyse stellen wir diesen neuen Investitionen auch die bestehenden Personaleinsätze der Verwaltung gegenüber. Die Abwicklung der Sozialhilfe in der Pflege bezieht sich fast ausschließlich auf die Zahlung der individuellen Sozialhilfeansprüche, ergänzt um die Unterhaltsheranziehung bei den Angehörigen. Weil diese reaktiv ansetzt und ausschließlich etwas mit der Abwicklung des fallbezogenen Zahlungsverkehrs zu tun hat, kann man die Abwicklung der Sozialhilfe direkt auf die Fallkosten zurechnen.

Steuerung bedeutet insbesondere, den Übergang von der bisherigen Pflegebedarfsplanung in ein neues **kommunales Steuerungssystem** zu schaffen, welches den Gegebenheiten des SGB XI und damit des Marktes gerecht wird. Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, damit sich die Versorgung der Hilfe- und Pflegebedürftigen über den Markt darstellen läßt? Dabei kommen immer zwei Dimensionen zum Tragen, die auch die Geschichte der ökonomischen Entwicklung Deutschlands prägen:

- Zentral sind die rein ökonomischen Voraussetzungen, wie Transparenz, atomistische Marktstruktur usw., aber auch die infrastrukturellen Voraussetzungen.
- Zusätzlich zu beachten ist die ausgleichende Dimension, wenn der Markt nicht greift: Dies ist der soziale Teil der Sozialen Marktwirtschaft.

### 2.3.3 Das Ergebnis in der Praxis: die Referenz

Sowohl für die Umsetzung des Strukturmodells wie auch des Steuerungsmodells existiert in Deutschland ein Referenzmodell, welches die Tragfähigkeit über Jahre und auf der Basis der Pflegestatistik belegt.

Bislang ist in Deutschland kein anderer Landkreis bekannt, der die gesamte Stoßrichtung der Pflegeversicherung von Norbert Blüm in beiden Dimensionen derart konsequent umgesetzt hat: Investitionen in die häusliche Infrastruktur bei gleichzeitiger Beachtung der fiskalischen Effekte. Wir ziehen den Landkreis Saarlouis aus mehreren Gesichtspunkten als Referenz heran:

- Der Landkreis Saarlouis verfügte bis 2001 über die mit Abstand höchste Vorrangquote in Deutschland.
- Es wurde bewusst gesteuert und umgesetzt und zwar über die kompletten 90er Jahre; der gesamte Prozess wurde weitestgehend dokumentiert.
- IKOS hat den Gestaltungsprozess dort inhaltlich initiiert, konzipiert und über Jahre in der Umsetzung begleitet.

So präsentieren wir die Referenz als klare **Handlungsoption**, was ein Kreis durch aktive Altenpolitik erreichen kann.

Gerade durch den Vergleich der Ex Ante-Planung, beginnend 1987/89, mit den Ex Post IST-Werten der Pflegestatistik 2001 bekommt das Modell Saarlouis einen besonderen Aussagegehalt zur Theorie und Praxis. Die Altenpolitik des Landkreises Saarlouis stellt eine konkrete **Machbarkeitsstudie** dar.

Die äußeren Umstände, insbesondere der gesetzliche Rahmen, erleichtern, ja fordern eine derartige Steuerung und Altenpolitik. Die Erfahrungen im Landkreis Saarlouis liefern die Basis für einen sinnvollen „Masterplan“ zur Umsetzung des SGB XI in einem Kreis.

Die Pflegestatistik **2003** weist nun das Ende dieser Politik aus: Zwischen 2001 und 2003 wuchs das Heimplatzangebot von 991 auf 1440 Plätze; dies entspricht 45,3%. So macht unsere Referenz auch deutlich, was geschieht, wenn eine proaktive Altenpolitik eingestellt wird und den - für sich genommen, berechtigten Gewinnerwartungen der Heimanbieter - nicht positiv entgegeng gehalten wird.

Vergleich Ennepe-Ruhr-Kreis/Saarlouis 2001

Benchmarks im Vergleich		Ennepe-Ruhr-Kreis	Kreis Saarlouis
Leistungs empfänger	insgesamt	9.737	5.547
	davon vollstationäre Dauerpflege	3.242	899
	davon Pflegegeld	4.559	3.065
	davon häusliche Pflege	1.936	1.583
	je 1000 Einwohner	28	26
Benchmark	Heimquote	33,3%	16,2%
	Häusliche Quote	19,9%	28,5%
	Geldquote	46,8%	55,3%
	Selbsthilfequote	66,7%	83,8%
	Vorrangquote	0,60%	1,76%

Vergleich Ennepe-Ruhr-Kreis/Saarlouis 2003

Benchmarks im Vergleich		Ennepe-Ruhr-Kreis	Kreis Saarlouis
Leistungs empfänger	insgesamt	9.576	5.974
	davon vollstationäre Dauerpflege	3.375	1.254
	davon Pflegegeld	4.276	3.321
	davon häusliche Pflege	1.807	1.336
	je 1000 Einwohner	28	28
Benchmark	Heimquote	35,2%	21,0%
	Häusliche Quote	20,1%	23,4%
	Geldquote	44,7%	55,6%
	Selbsthilfequote	64,8%	79,0%
	Vorrangquote	0,57%	1,16%

## 3 Szenarien zur altenpolitischen Versorgungsstruktur im Ennepe-Ruhr-Kreis

Zur Darstellung alternativer Versorgungsoptionen im Ennepe-Ruhr-Kreis verwenden wir die Szenariotechnik; zur Nachvollziehbarkeit der Methode erläutern wir diese eingangs. In den beiden folgenden Abschnitten stellen wir die drei grundsätzlichen Entwicklungslinien im Ennepe-Ruhr-Kreis dar. Hierzu differenzieren wir jeweils drei Szenarien. Mittels der IKOS-Pflegebilanz<sup>®</sup> werden dazu die jeweiligen Kosten-Nutzen-Effekte berechnet. Abschließend fassen wir die Szenarien zu einem Gesamtbild der Kosten-Nutzen-Analyse zusammen.

### 3.1 Erläuterung der IKOS-Szenario-Technik

#### 3.1.1 Was sind Szenarios?

Ein Szenario ist eine strukturierte Gesamtschau einer möglichen Entwicklung in der Zukunft. Es ist keine Handlungsempfehlung! Unseren Entwicklungsprognosen zum Pflegemarkt liegen nachvollziehbare Einflussfaktoren über gesellschaftliche, gesetzliche, medizinische und weitere Einflussbereiche (Trends) und Einflussfaktoren (Treiber) zugrunde.

Mit der Szenario-Technik werden quantitative Daten und Informationen mit qualitativen Informationen, Einschätzungen und Meinungen verknüpft, so dass als Ergebnis detaillierte Beschreibungen einer bzw. mehrerer möglicher Zukunftssituationen unter ganzheitlichem Aspekt entstehen. Es werden in der Regel drei Grundtypen von Szenarien entwickelt:

- Ein positives Extremszenario: Es bezeichnet die günstigstmögliche Zukunftsentwicklung (best-case-scenario)
- Ein negatives Extremszenario: Es bezeichnet den schlechtestmöglichen Entwicklungsverlauf (worst-case-scenario)
- Ein Trend-Szenario: Es beinhaltet die Fortschreibung der heutigen Situation in die Zukunft (Trend-Extrapolation). In diesem Fall entspricht das dem Szenario „Status Quo“.

#### 3.1.2 Grundsätzlicher Ansatz

Basis für die Erarbeitung der altenpolitischen Szenarien für den Ennepe-Ruhr-Kreis ist die mehr als 20-jährige Branchenerfahrung von IKOS und unser Know-how in der empirischen Datenanalyse. Hieraus können wir absehen, welche strukturellen Marktentwicklungen unter welchen Annahmen in den nächsten 5 bis 20 Jahren denkbar sind. Im direkten Vergleich der Szenarien und durch Elastizitätsanalysen lassen sich die Stimmigkeit und Quantitäten kontrollieren und erhärten.

Die Aufstellung und Konkretisierung der Szenarien für den Ennepe-Ruhr-Kreis erfolgte in iterativen Prozessen der Präzisierung und in wechselseitigen Plausibilitätsüberprüfungen. Hierzu wurden die einzelnen Eckwerte der Szenarien ins Verhältnis zu Vergleichswerten in NRW und zu Entwicklungen im Bund gesetzt. Abschließend wurden diese wiederum mit den eigenen Erfahrungen und der best practice Referenz verglichen.

Der Nutzen der Szenarien für eine spätere altenpolitische Handlungsempfehlung liegt in ihrer Funktion als noch umsetzungsneutrale Arbeitshypothese für die später darauf aufbauenden Kosten-Nutzen-Analysen.

Szenarien sind die Arbeitsgrundlage für die Berechnung und Bewertung von Kosten- und Nutzeneffekten.

### **3.1.3 Phasenweise Erarbeitung von Szenarios**

#### **Phase I - Aufgaben- und Problemanalyse**

Ausgangspunkt jedes Szenarios ist ein gesellschaftliches Problem, d.h. ein von einer größeren Anzahl von Gesellschaftsmitgliedern als unbefriedigend angesehenen Sachverhalt, der als dringend lösungsbedürftig angesehen wird und zu dem unterschiedliche wissenschaftliche und/oder politische Lösungsansätze angeboten werden (Kontroversität). Das Problemfeld muss sachlich, zeitlich und räumlich eingegrenzt werden.

Sachlich grenzen wir das Problemfeld auf die strukturelle Ausgestaltung der drei Versorgungsdimensionen (ambulant, teilstationär und vollstationär) der Altenhilfe und -pflege ein; zeitlich betrachten wir den Zeitraum zwischen 2003 und 2020; räumlich konzentrieren wir uns auf den Ennepe-Ruhr-Kreis, ziehen aber für die Erhärtung von Wirkungszusammenhängen Referenzzahlen aus NRW und Deutschland hinzu.

#### **Phase II - Einflussanalyse und Deskriptorenbestimmung**

Nunmehr sind Einflussbereiche zu identifizieren, die auf das Untersuchungsfeld unmittelbar einwirken. Diese Einflussbereiche werden durch die Bestimmung von Einflussfaktoren für jeden Bereich weiter ausdifferenziert. Um die Entwicklungsdynamik der Einflussfaktoren beschreiben zu können, sind sogenannte Deskriptoren bzw. „Kenngrößen“ zu bestimmen. Es sind quantitative und qualitative Deskriptoren möglich:

- quantitativer Deskriptor, z. B. Anzahl der Hochbetagten
- qualitativer Deskriptor, z. B. Einstellung der Bevölkerung zur Selbsthilfe.

#### **Phase III - Trendprojektionen und Faktorenbündelung**

Für jeden Einflussfaktor müssen jetzt anhand der Deskriptoren Trendprojektionen für die einzelnen Einflussfaktoren nach den Zeithorizonten kurz-, mittel- und langfristig vorgenommen werden. Die Faktoren müssen dann, je nach den Entwicklungstrends, zu zwei Bündeln zusammengefasst werden; und zwar je ein Bündel für alle Faktoren, die sich gegenseitig stützen und verstärken, d.h. einen positiven bzw. negativen Entwicklungstrend bedingen.

#### **Phase IV - Szenarioentwicklung und Szenariointerpretation**

Diese Phase kann als Kern der Szenario-Technik bezeichnet werden. Aus den gewonnenen Umfeldanalysen werden abgestimmte ausführliche Szenarien, d.h. „ganzheitliche Zukunftsbilder“ erstellt, die in anschaulicher und sinnfälliger Weise mögliche Zukunftsentwicklungen und ihre Konsequenzen sichtbar machen. In die Szenarien sollen alle in den vorangegangenen Phasen entwickelten Einflussfaktoren, Deskriptoren sowie Trendprojektionen eingehen. Aus diesen Elementen werden stimmige Situationsbeschreibungen dreier möglicher Zukünfte, nämlich einer bestmöglichen sowie einer schlechtestmöglichen Zukunft (Extrem-szenarien) entwickelt. Eventuell kann auch noch ein Trendszenario

(wahrscheinlichste Zukunft) erstellt werden. Kosten- und Nutzeneffekte eines Szenarios werden dargestellt.

### **Phase V - Maßnahmen und Handlungsmöglichkeiten**

In dieser abschließenden Phase wird an die Problemanalyse der Ausgangssituation angeknüpft. Aufgabenstellung ist nun, die Konsequenzen aus den entwickelten Szenarien zu ziehen und Handlungs- bzw. Gestaltungsstrategien zu entwickeln. Dies dient dazu, gewünschte Entwicklungslinien zu unterstützen, zu verstärken sowie unerwünschten Entwicklungen entgegenzuwirken bzw. sie abzuschwächen.

**Vorweg:** Die Gegenüberstellung der 9 nachfolgend dargestellten Szenarien schält drei generelle Strategieoptionen heraus:

- Eine bremsende Politik „Heimmoratorium“,
- ein „Worst Case“ und
- eine „proaktive Steuerung“ der Versorgungsstrukturen.

Mit Hilfe der Szenariotechnik werden Umsetzungsstrategien verdeutlicht und präzisiert.

Um die Unterscheidung zwischen der eher technischen Umsetzung einer (Szenario)Technik und der bewertenden Interpretation deutlich zu machen ziehen wir die Schlüsse aus den Szenarien in einem getrennten, anschließenden Kapitel.

### **3.1.4 Erläuterungen zu Begriffen und Methodik**

Nachfolgend werden die zum Verständnis der später dargestellten Szenarien erforderlichen Begriffe erläutert.

#### **Versorgungsdimensionen**

Die Operationalisierung der Entwicklungsprognosen erfolgt über die möglichen Ausgestaltungen der Versorgungsstruktur für regionale Pflegemärkte. Im folgenden Berechnungsmodell setzt sich die Versorgungsstruktur aus den Anteilen der Mischung von 3 relevanten Versorgungsdimensionen und der Pflegegeldleistung zusammen.

- Stationäre Einrichtungen
- Teilstationäre Einrichtungen (v.a. Kurzzeitpflege)
- Pflegedienste
- Pflegegeldleistungen

Diese Versorgungsdimensionen sind robust und praktikabel. Von bundesweiten Gesamtschauen mit Hilfe der Daten der Pflegestatistik bis hin zur konkreten Umsetzung vor Ort auf Gemeindeebene sind diese Dimensionen praktisch skalierbar.

Ein Szenario stellt die prozentuale Ausweitung oder Einschränkung jeder dieser Versorgungsdimensionen zwischen 2003 und 2020 dar. Ausgangspunkt und 100% Index ist der Status Quo des Jahres 2003.

Auf einem regionalen Pflegemarkt beeinflusst der Ausbau des Angebots in einer Versorgungsdimension durch Wechselwirkung auch die Marktchancen anderer Versorgungsdimensionen. Zum Beispiel bremst ein Ausbau der stationären Einrichtungen die Entwicklung der Pflegedienste. Andererseits bremst ein verstärktes Angebot zur Pflege in der Häuslichkeit die Entwicklung von stationären Einrichtungen.

## Nutzer

Unter Nutzer verstehen wir alle „Benutzer“ des Pflegesystems. Das sind alle SGB-XI–Leistungsempfänger, die professionelle Hilfe, egal welcher Form, in Anspruch nehmen. Mit anderen Worten: Es sind alle SGB-XI-Leistungsempfänger abzüglich der Geldleistungsempfänger (dies entspricht dem „Pflegebedarf“ abzüglich der „Geldquote“ bei den Benchmarks).

Die Zahl der Nutzer zu einem Zeitpunkt ist in allen **Szenarien 1-9** gleich und beruht auf der Annahme, dass die Selbsthilfefähigkeit der SGB-XI-Leistungsempfänger die wesentliche Determinante für die Geldleistungsquote ist. Nur wer sich ganz selbst organisieren kann, kann auf professionelle Hilfe Dritter verzichten und die Geldleistung beanspruchen. Diese **Selbsthilfefähigkeit** wird aber in gleichem Maße wie der Pflegequotient abnehmen.

Der **Pflegequotient** (s.u.) ist eine Kennzahl, welche die Risikogruppe der Hochbetagten (alle 80-jährigen und älter) ins Verhältnis zur Gruppe der potentiell pflegenden Angehörigen (Frauen zwischen 40 und 60 Jahren) setzt. Lässt im Jahr 2003 ein Pflegequotient von 3,05 noch 4.276 Geldleistungsempfänger zu, so kann man davon ausgehen, dass der Pflegequotient von 1,83 in 2020 entsprechend weniger (nämlich nur noch 3.482) Geldleistungsempfänger erlaubt. Alle anderen SGB-XI-Leistungsempfänger müssen in irgend einer Form professionelle Hilfe in Anspruch nehmen – werden also zu „Nutzern“.

Einzig im **Szenario 8 „häusliche Investitionen“** und **Szenario 9 „häusliche Investitionen & ambulantes Marketing“** wird angenommen, dass die Anzahl der Geldleistungsempfänger nicht so weit abnimmt. Durch den gezielten Ausbau der teilstationären Hilfsangebote kann die Selbsthilfefähigkeit über den zu erwartenden Wert hinaus erhalten bzw. gefördert werden. Daher steht zu erwarten, dass die Anzahl der Geldleistungsempfänger, die dann einmal im Jahr in die Kurzzeitpflege gehen, und ansonsten die Geldleistung beanspruchen, zunehmen wird. Hier kommt eine Besonderheit der zugrunde gelegten Pflegestatistik ins Spiel. Gezählt werden bei der Kurzzeitpflege effektiv Plätze, nicht Personen (da es sich um eine Stichtagsstatistik handelt) – ein Kurzzeitpflegeplatz versorgt aber übers Jahr hinweg je nach Auslastung und Verweildauer ca. 11-13 Pflegebedürftige.

Es ist zu erwarten, dass die Anzahl der Geldleistungsempfänger, die dann einmal im Jahr in die Kurzzeitpflege gehen, und ansonsten die Geldleistung beanspruchen, nicht so stark abnimmt.

## Kosten

Hier spielen im wesentlichen die Kosten für den (örtlichen) Sozialhilfeträger eine Rolle. Es ergaben sich, auf Basis der gemeinsam mit dem Fachbereich II – Abteilung Soziales vorgenommenen Abstimmungen zum Stand 31. 12. 2003, folgende Kosten beim Kreis:

Erläuterungen zur nebenstehenden Tabelle:

- Es handelt sich nicht um die Kosten pro Fall (=BSHG-Leistungsempfänger), sondern um die Kosten umgelegt auf alle SGB-XI-Leistungsempfänger der genannten Versorgungsart und Pflegestufe: Kosten pro Nutzer des Versorgungsystems
- Am Beispiel der vollstationären Pflege erklärt, gibt der Kreis ca. 11,7 Millionen Euro pro Jahr für Sachbearbeitung und Sozialhilfe aus, hinzu kommen ca. 6,4 Millionen Euro pro Jahr für Pflegegeld und ca. 960.000 Euro für Grundsicherung. Dies macht zusammen ca. 19,1 Millionen Euro Ausgaben für 3.371 Pflegebedürftige die vollstationär versorgt werden.
- Von den ca 19,1 Millionen Euro werden 1 Million Euro Einnahmen abgezogen. Der resultierende Wert von 18,1 Millionen Euro wird durch die Anzahl der Kalendermonate pro Jahr (12) und die Anzahl der Pflegebedürftigen im vollstationären Bereich (3371) dividiert. Ergebnis sind die in der nebenstehenden Tabelle aufgeführten monatlichen Kosten von 447,02 Euro pro SGB-XI-Leistungsempfänger in der vollstationären Pflege.

Zukünftig möglicherweise sich ergebende Einflüsse, wie verbesserte Heranziehung von Vermögen durch die Möglichkeiten des neuen Landespflegegesetzes, Erhöhung des durchschnittlichen Pflegegeldes durch Modernisierungsinvestitionen oder Neubauten, Veränderung der Pflegesätze in der Pflegeversicherung u.v.m. wurden nicht eingerechnet. Insofern handelt es sich um sehr konservative (optimistische) Kostenschätzungen, da diese Effekte insgesamt zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Kosten pro Nutzer für den Kreis führen dürften.

Alles in allem geben diese Zahlen einen Anhaltspunkt, was zur Zeit ein SGB-XI-Leistungsempfänger beim Kreis durchschnittlich an monatlichen Kosten verursacht. Die absolute Höhe des Betrages ist letztlich nur eine gute Schätzung. Die Verhältnisse der Werte untereinander – die ja die entscheidende Größe beim Vergleich verschiedener Szenarien sein wird – können als zutreffend betrachtet werden.

Alle Kostenangaben im Bereich des Gutachtens beziehen sich als Basis auf diese Beträge. Es findet keine Anpassung an Inflation für in der Zukunft liegende Beträge statt, d. h. alle Beträge sind zur Basis 2003 dargestellt.

### Kosten je Nutzer

Dies sind die am jeweiligen Punkt anfallenden Kosten, geteilt durch die Anzahl der Nutzer (s. o.). Dieser Wert wird oft als aussagefähiger betrachtet als die reine Höhe der Kosten. Er stellt meist die Basis für Hochrechnungen dar.

### Nutzen

Der Gesamtnutzen eines bestimmten Versorgungssystems bzw. Szenarios zu einem bestimmten Zeitpunkt kann dadurch beschrieben werden, dass jedem Betroffenen des Systems (hier also jedem SGB-XI-Leistungsempfänger) in Abhängigkeit von seiner Versorgungsform ein bestimmter (wahrgenommener) **Nutzwert** zugeordnet wird. Dieser Nutzwert soll **unabhängig von den Kosten** den erzielten bzw. wahrgenommenen Nutzen dieser Versorgungsform im Vergleich zu den anderen beschreiben. Der Nutzwert einer Versorgungsform wird z.B. dadurch beeinflusst,

Kosten SGB XI	
Monatliche Kosten beim Ennepe-Ruhr-Kreis pro durchschnittlichen SGB-XI-Leistungsempfänger	
Ambulante Pflege	94,18 €
Vollstationäre Pflege	447,02 €
Kurzzeitpflege	74,07 €
Tagespflege	36,80 €
Pflegegeld	8,14 €

Ermittlung des Nutzens	
Die einzelnen Versorgungsdimensionen im Modell der Szenarien haben folgende Nutzwert-Faktoren:	
Versorgungsdimension	Nutzwert-Faktor
Vollstationär	1
Teilstationär	24
Ambulant	2
Geldleistung	0

dass individuellen Präferenzen besser Rechnung getragen wird oder die Lebensführung nicht mehr als unbedingt notwendig beeinträchtigt wird.

Die Summe aller Einzel-Nutzenwerte aller Betroffenen ergibt den **Gesamtnutzen** eines Versorgungssystems. Hierbei handelt es sich um eine subjektive Größe, die den – letztlich auch politischen – Nutzen einer bestimmten Lösung greifbar machen soll.

Im vorliegenden Gutachten erfolgt die Nutzwert-**Zuweisung** durchgängig wie folgt:

- Jeder Nutzer in stationärer Versorgung wird mit einem Nutzwert von 1 bewertet
- jeder Nutzer im ambulanten Bereich mit einem Nutzwert von 2
- jeder Nutzer im teilstationären (= Kurzzeitpflege-) Bereich mit einem Nutzwert von 24<sup>7</sup>
- Geldleistungsempfängern wird kein Nutzwert zugeordnet

### Nutzen/Kosten

Die Kennzahl „Nutzen pro Kosten“ eines bestimmten Szenarios zu einem bestimmten Zeitpunkt gibt an, wie viel Nutzwert in diesem Szenario mit einem Euro „gekauft“ wird. Je höher er ist, desto mehr „Nutzen für sein Geld“ hat man mit dieser Struktur erreicht. Dieser Wert kann völlig unabhängig von der Anzahl der Nutzer oder den absoluten Kosten eines Szenarios sein.

Die Nutzen/Kosten-Relation liefert die Berechnungsbasis, wenn man

- bei gegebenem Budget
- den Nutzen maximieren will.

### Vorrangquote

Die Vorrangquote ist das Verhältnis der ambulant zu der Anzahl der stationär versorgten Nutzer. Ein Wert größer als 1 sagt somit aus, dass mehr Personen durch ambulante Dienste versorgt werden als in stationären Einrichtungen – eine Grundforderung des SGB XI (§ 3) und steht in der Tradition des BSHG (hier § 3a).

Die Vorrangquote ist der zentrale Indikator zur sozialpolitischen Bewertung eines Versorgungssystems: hier fließen sachliche wie fiskalische Anforderungen zusammen.

<sup>7</sup> Das entspricht einem nutzerbezogenen Nutzen von 2 wie bei den ambulanten Nutzern. Da aus den schon oben genannten statistischen Gründen ein Kurzzeitpflegeplatz ca. 12 Nutzer abdeckt, muss er hier aber nicht den Nutzen 2 sondern 2\*12, also 24, erhalten.

### 3.2 Trendextrapolation „Status Quo“

Zielwertmatrix für Szenario 1: Status Quo						
Wert/Jahr		2003	2005	2010	2015	2020
Leistungsempfänger gesamt		9.569	9.936	10.847	12.135	12.987
Folgekosten in Mio €		20,62	21,92	25,74	31,07	36,82
Prozentuale Verteilung der Leistungsempfänger	vollstationär	35,2%	36,1%	38,9%	42,2%	46,9%
	ambulant	18,9%	19,3%	20,8%	22,6%	25,1%
	teilstationär	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
	Geldleistung	44,7%	43%	39%	34%	27%
Angebotskapazität relativ zu 2003	vollstationär	100 %	106%	125%	152%	181%
	ambulant	100 %	106%	125%	152%	181%
	teilstationär	100 %	104%	113%	127%	136%
Anzahl Leistungsempfänger	vollstationär	3.371	3.587	4.219	5.121	6.087
	ambulant	1.807	1.921	2.254	2.744	3.262
	teilstationär	115	119	130	146	156
	Geldleistung	4.276	4.309	4.243	4.125	3.482

Dieses Szenario entspricht der Fortschreibung der bisherigen Pflegeinfrastruktur in ihren bisherigen Anteilen bzw. Wachstumsraten und in Anlehnung an die Bevölkerungsentwicklung.

Dies bedeutet, dass bis zum Jahr 2020 der stationäre Bereich auf 46,9% und der ambulante auf 25,1% ansteigen wird, da die Selbsthilfefähigkeit, wie oben bereits ausgeführt, ja zurückgehen wird.

Umgerechnet zu derzeitigen Angebotskapazitäten heißt dies: Sowohl der stationäre wie der ambulante Anteil wächst um rund 81% auf 181%.

Im Jahr 2020 wird demnach die Heimnutzung von 3.371 Plätzen auf 6.087 Plätze angestiegen sein; die Anzahl der von ambulanten Diensten Versorgten wächst von 1.807 auf 3.262.

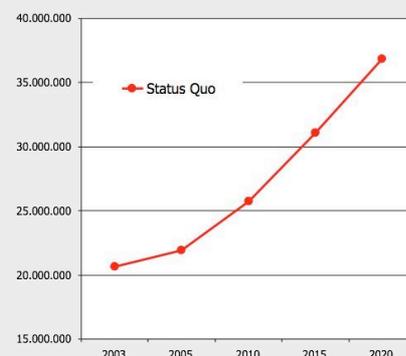
#### Einflussfaktoren und Deskriptoren

- Weitere Rahmenbedingungen haben keinen Einfluss auf das Geschehen.
- Es wird ein ceteris-paribus<sup>8</sup>-Verhalten unterstellt.

<sup>8</sup> Ceteris paribus ist eine in Zusammenhang mit Experimenten und Modellrechnungen gebrauchte Formulierung (auch *Ceteris-paribus-Klausel* genannt). Sie bedeutet so viel wie: „Unter der Annahme, dass alle außer den genannten Rahmenbedingungen gleich bleiben.“

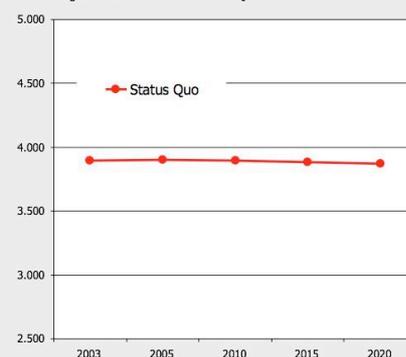
#### Szenario 1: Kosten total

Zu welchen Gesamtkosten (in €) für den örtlichen Sozialhilfeträger führt das Szenario 1: Status Quo



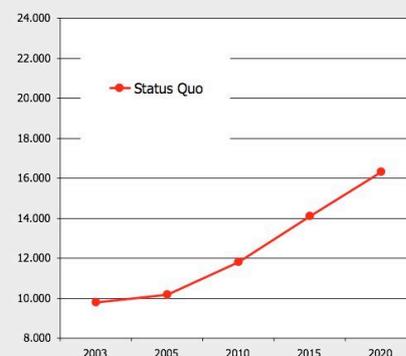
#### Szenario 1: Kosten je Nutzer

Welche Kosten in € entstehen pro Nutzer und Jahr dem örtlichen Sozialhilfeträger beim Szenario 1: Status Quo



#### Szenario 1: Nutzen

Welchen quantifizierten Nutzen erzeugt das Szenario 1 Status Quo?

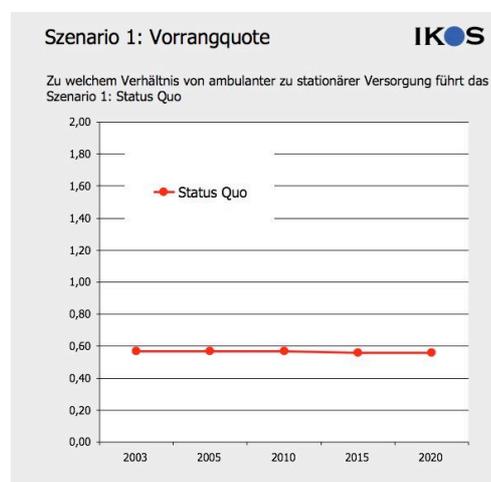
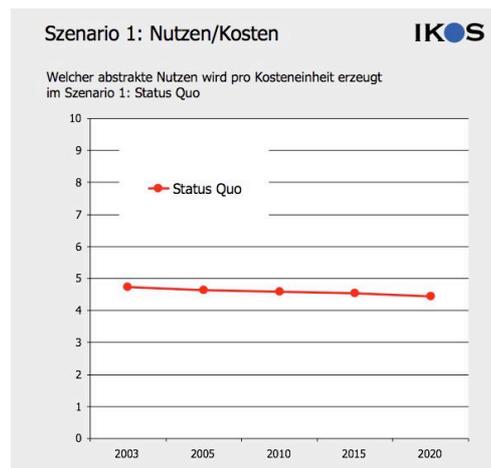


**Bedeutung**

Das Szenario „Status Quo“ ist das Trendszenario und dient als **Ausgangsthese**. Die beiden Basisstellgrößen, die demographische Entwicklung und die Selbsthilfepotentiale, verdeutlichen ihre singulären Effekte. Die Kostenentwicklung dieses Szenarios liefert die Bezugsgröße für Kostendämpfungseffekte alternativer Szenarien. Das Szenario demonstriert, dass unter Status Quo Bedingungen sich sowohl die stationäre wie auch die ambulante Versorgung entwickeln müssen bzw. werden, um eine absolute Versorgungslücke zu vermeiden (was ja aber an einem Markt nie der Fall ist: Durch „Angebote zu jedem Preis“ werden Versorgungslücken bzw. Nachfrageüberhänge immer geschlossen).

**Kosten & Nutzen**

Wie die Berechnung demonstriert, wäre es ein Trugschluss zu glauben, dass bei einer Fortschreibung des Status Quo sich nicht erhebliche Veränderungen in der absoluten Situation einstellen würden! Das Anwachsen der Versorgungsstruktur auf 181% hat erhebliche Auswirkungen auf die Kosten!



### 3.3 Strategie für ein Heimmoratorium

Aktive kommunale Altenpolitik begann in NRW, indem man sich mit der Landesvorgabe der Planungshilfe auseinander setzte und zu einem bewusst abweichenden Weg fand. Dies beginnt paradoxerweise in der Unterlassung – nämlich Unterlassung der Status Quo Fortschreibung im stationären Bereich.

Bereits die status-quo-Überlegung lässt Zweifel an der „finanziellen Verträglichkeit“ durch die fast Verdoppelung der Heimplätze antizipieren. Die Frage wäre, wie kann eine Entwicklung aussehen, die nicht zu einer Verdoppelung der Heime führt?

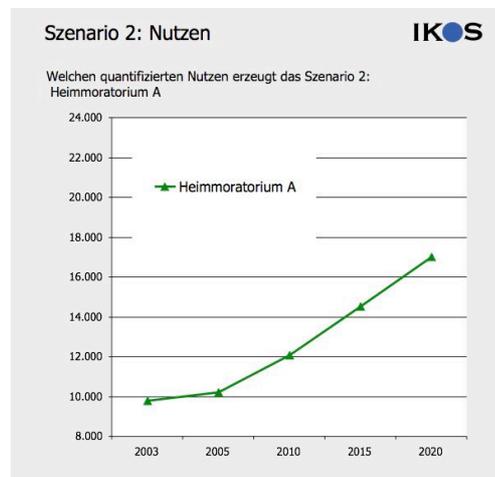
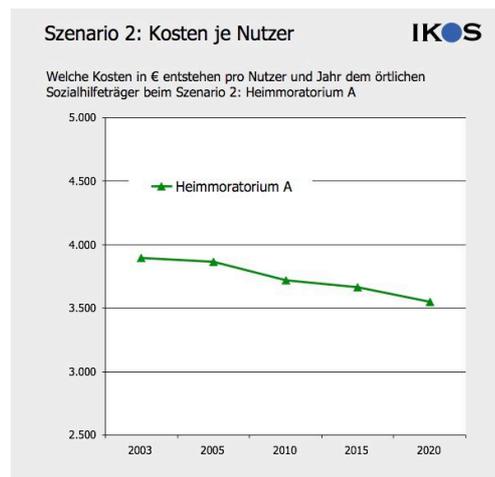
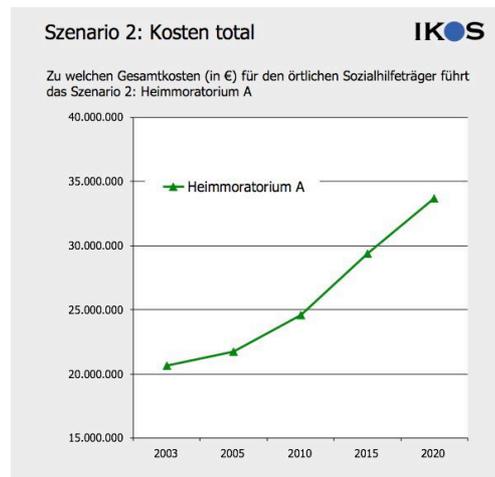
Konkret: Wir variieren die Heimentwicklung – und tun also so, als ob wir diese unabhängig von anderen Dingen **bremsen** könnten – und schauen, wie sich dann die abhängige Größe, nämlich die Nutzung der Pflegedienste, verändern würde bzw. müsste. Dies bedeutet: wir gehen nicht darauf ein, wie die Alternative, nämlich die ambulante Versorgung erreicht werden kann! Wir tun so, als ob die Voraussetzung eines funktionierenden Marktes in der Pflege bereits geschaffen wären.

An diesen Strategieszennarien erlebt man den zwingenden Zusammenhang von unabhängiger Größe – unserer angenommenen Stellgröße Heimangebot und der abhängigen Größe Pflegedienste.

Dazu simulieren wir drei taktische Varianten.

#### 3.3.1 Szenario 2 „Heimmoratorium A“

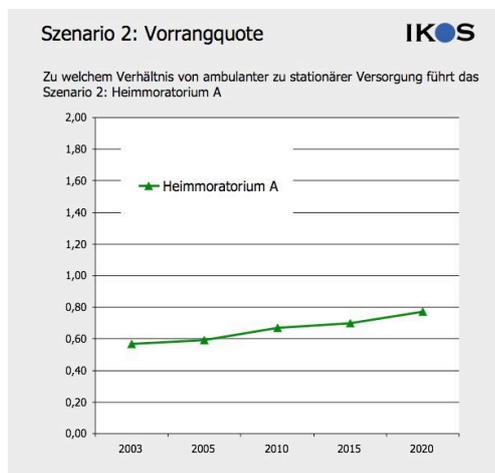
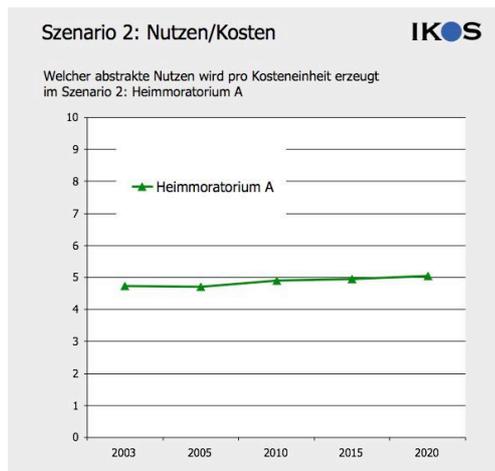
Zielwertmatrix für Szenario 2: Heimmoratorium A						
Wert/Jahr		2003	2005	2010	2015	2020
Leistungsempfänger gesamt		9.569	9.936	10.847	12.135	12.987
Folgekosten in Mio €		20,62	21,73	24,59	29,36	33,72
Prozentuale Verteilung der Leistungsempfänger	vollstationär	35,2%	35,6%	36,4%	38,8%	41,3%
	ambulant	18,9%	19,8%	23,3%	26,0%	30,7%
	teilstationär	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
	Geldleistung	44,7%	43%	39%	34%	27%
Angebotskapazität relativ zu 2003	vollstationär	100 %	105%	117%	140%	159%
	ambulant	100 %	109%	140%	175%	221%
	teilstationär	100 %	104%	113%	127%	136%
Anzahl Leistungsempfänger	vollstationär	3.371	3.537	3.948	4.708	5.364
	ambulant	1.807	1.971	2.525	3.156	3.986
	teilstationär	115	119	130	146	156
	Geldleistung	4.276	4.309	4.243	4.125	3.482



Zentrale Stellgröße dieses Szenarios ist das Ziel, das Heimwachstum zu bremsen,

In der ersten Stufe orientieren wir uns an **prozentualer Verteilung der Leistungsempfänger**. Und gehen davon aus, dass die Wachstumsrate nur **halb** so groß wie im Status-quo-Fall ist.

- Der **Heimanteil steigt von 35,2% nicht auf 46,9%, sondern nur auf 41,3 % an!**



### 3.3.2 Szenario 3 „Heimmoratorium B“

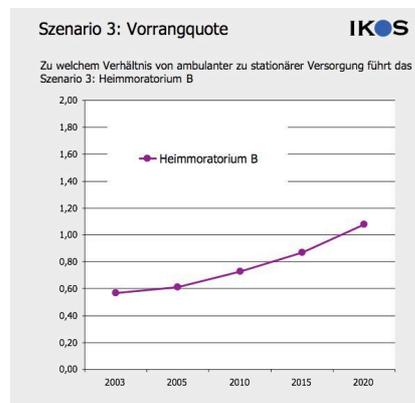
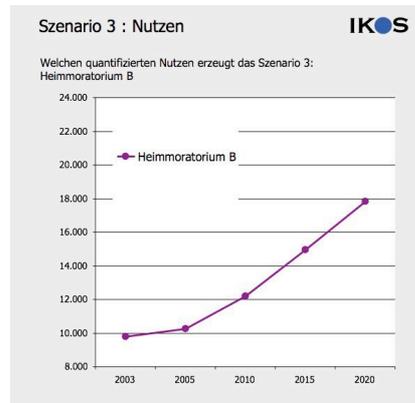
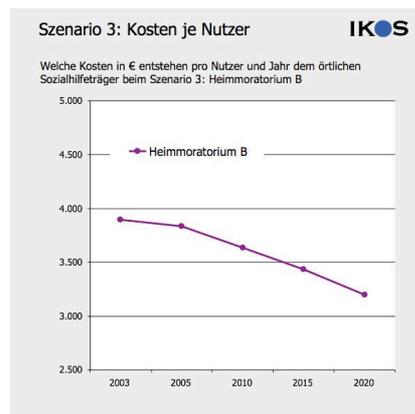
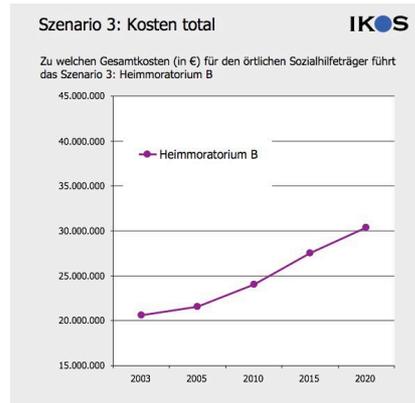
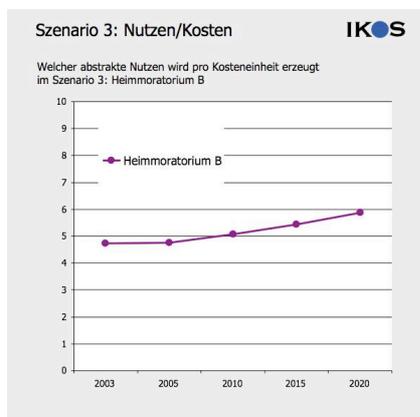
Zielwert-Matrix für Szenario 3: Heimmoratorium B						
Wert/Jahr		2003	2005	2010	2015	2020
Leistungsempfänger gesamt		9.569	9.936	10.847	12.135	12.987
Folgekosten in Mio €		20,62	21,58	24,01	27,50	30,26
Prozentuale Verteilung der Leistungsempfänger	vollstationär	35,2%	35,2%	35,2%	35,2%	35,2%
	ambulant	18,9%	20,2%	24,5%	29,6%	36,8%
	teilstationär	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
	Geldleistung	44,7%	43%	39%	34%	27%
Angebotskapazität relativ zu 2003	vollstationär	100 %	104%	113%	127%	136%
	ambulant	100 %	111%	147%	199%	264%
	teilstationär	100 %	104%	113%	127%	136%
Anzahl Leistungsempfänger	vollstationär	3.371	3.497	3.818	4.272	4.571
	ambulant	1.807	2.010	2.656	3.593	4.778
	teilstationär	115	119	130	146	156
	Geldleistung	4.276	4.309	4.243	4.125	3.482

Im zweiten Schritt halten wir den Heimanteil der Leistungsempfänger stabil:

- der **Heimanteil der Leistungsempfänger bleibt bei 35,2%.**

Die Nutzer der ambulanten Dienste müssen dabei von 1.807 auf 4.778 ansteigen können. Sie überholen damit diejenige der Heime (4.571) Was wiederum bedeutet, dass Heimbewohner immer noch um um 36% ansteigen würden.

Ein erster Blick auf die Kosten zeigt, dass sich hier schon erhebliche andere Folgekosten für den Kreis ergeben würden.



In den Zahlen und Auswirkungen ist das Szenario 3 identisch mit Szenario 7; zu weiteren Ausführungen: vergleiche dort.

### 3.3.3 Szenario 4 „Heimmoratorium C“

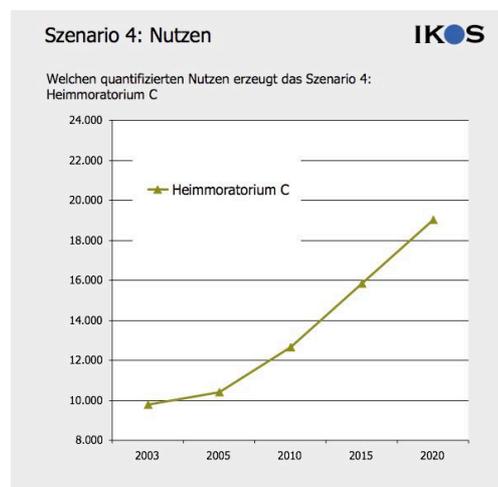
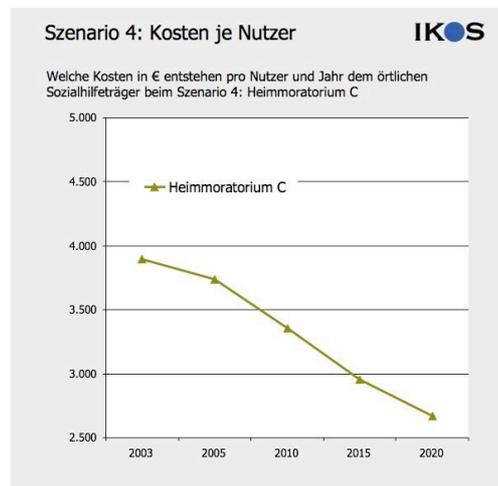
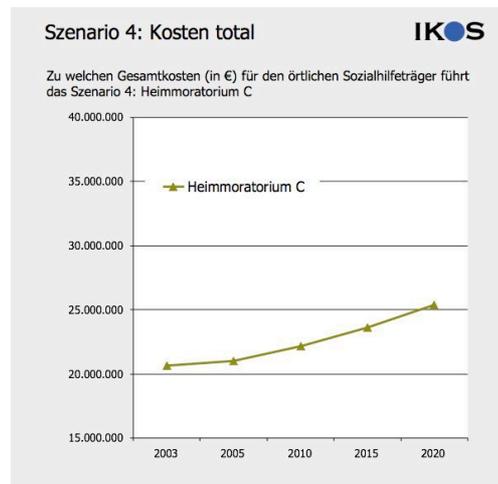
Zielwert-Matrix für Szenario : Heimmoratorium C						
Wert/Jahr		2003	2005	2010	2015	2020
Leistungsempfänger gesamt		9.569	9.936	10.847	12.135	12.987
Folgekosten in Mio €		20,62	21,01	22,18	23,63	25,37
Prozentuale Verteilung der Leistungsempfänger	vollstationär	35,2%	33,9%	31,2%	27,7%	26,0%
	ambulant	18,9%	21,5%	28,5%	37,1%	46,0%
	teilstationär	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
	Geldleistung	44,7%	43%	39%	34%	27%
Angebotskapazität relativ zu 2003	vollstationär	100 %	100%	100%	100%	100%
	ambulant	100 %	118%	171%	249%	331%
	teilstationär	100 %	104%	113%	127%	136%
Anzahl Leistungsempfänger	vollstationär	3.371	3.368	3.384	3.361	3.377
	ambulant	1.807	2.139	3.089	4.503	5.973
	teilstationär	115	119	130	146	156
	Geldleistung	4.276	4.309	4.243	4.125	3.482

Im letzten Schritt beziehen wir die Bremswirkung auf die Kapazitäten selber: Wir gehen davon aus,

- dass **absolut kein weiterer Heimplatz entsteht**.

Dies bedeutet, dass der Heimanteil der Leistungsempfänger deutlich sinkt: von 35,2% auf 26,0%. Die Pflegedienstnutzer steigen parallel von 1.807 auf 5.973! Im Jahr 2020 würden somit den 3.377 Heimbewohnern 5.973 Nutzer von Pflegediensten gegenüberstehen.

Schauen wir nun auf die Kosten, so ergeben sich völlig andere Folgekosten als beim Status-quo-Szenario!



## Zwischenfazit

Unter rein fiskalischen Gesichtspunkten könnte man auf die Idee kommen, durch dirigistische Maßnahmen, quasi im tradierten Planungsverständnis, den Ausbau der stationären Angebotskapazitäten bremsen zu können.

Unabhängig von ordnungspolitischen Überlegungen, die keinen gesetzlichen Pack´an liefern, lässt der dazu notwendige Ausbau an ambulanten Kapazitäten Zweifel anmelden.

Vor dem Hintergrund der Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen und unter der Annahme, dass die Selbsthilfefähigkeit konstant bleibt und nur demographisch bedingt (quantitativ) absinkt, müsste die **Nutzung der Pflegedienste** wie folgt ansteigen (können):

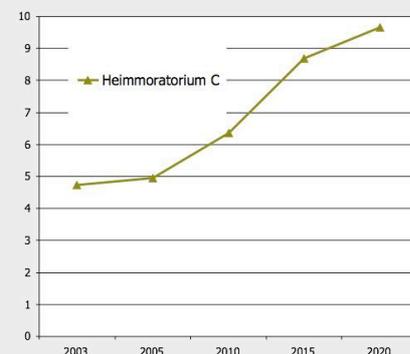
- Heimmoratorium A >> 221%
- Heimmoratorium B >> 264%
- Heimmoratorium B >> 331%

Ob bzw. wie derartige Nutzungszahlen erreichbar sind, diskutieren wir unter den proaktiven Szenarien.

Zunächst wenden wir uns jedoch noch den Szenarien zu, die als Ergebnis einer „Laissez faire“ Altenpolitik entstehen.

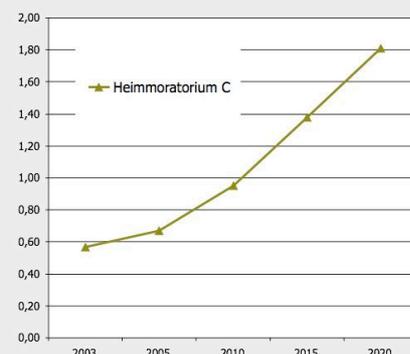
### Szenario 4: Nutzen/Kosten

Welcher abstrakte Nutzen wird pro Kosteneinheit erzeugt im Szenario 4: Heimmoratorium C



### Szenario 4: Vorrangquote

Zu welchem Verhältnis von ambulanter zu stationärer Versorgung führt das Szenario 4: Heimmoratorium C



### 3.4 Strategie des „Laissez faire“

Der Ennepe-Ruhr-Kreis hat sich bisher in der Altenpolitik abwartend verhalten, also relativ passiv. Dies bedeutet, dass er weder bewusst steuernd noch im nennenswerten Umfang durch eine Förderung in das Geschehen am neuen Pflegemarkt eingegriffen hat.

Unter dem Oberbegriff „Laissez faire-Strategien“ werden zwei Szenarien ausgeführt, welche als gemeinsamen Nenner das bisherige passive Verhalten zu Grunde legen. Variiert wird das Verhalten und Agieren der anderen Marktteilnehmer; vor allem das der Anbieter und Investoren im Pflegemarkt.

Als **negatives Extremszenario** skizzieren wir im Folgenden den schlechtestmöglichen Entwicklungsverlauf. Gleichwohl auch diese zunächst nur klassische Simulationsrechnungen beinhalten, warnen wir jedoch vor voreiligen Derivationen: Beide – das Szenario Heiminvestoren, als auch das DRG-Szenario – sind u.E. nicht unrealistisch!

#### 3.4.1 Szenario 5 „Heiminvestoren“

Zielwert-Matrix für Szenario5: Heiminvestoren						
Wert/Jahr		2003	2005	2010	2015	2020
Leistungsempfänger gesamt		9.569	9.936	10.847	12.135	12.987
Folgekosten in Mio €		20,62	22,11	26,55	33,00	40,21
Prozentuale Verteilung der Leistungsempfänger	vollstationär	35,2%	36,5%	40,8%	45,9%	53,1%
	ambulant	18,9%	18,9%	18,9%	18,9%	18,9%
	teilstationär	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
	Geldleistung	44,7%	43%	39%	34%	27%
Angebotskapazität relativ zu 2003	vollstationär	100 %	108%	131%	165%	205%
	ambulant	100 %	104%	113%	127%	136%
	teilstationär	100 %	104%	113%	127%	136%
Anzahl Leistungsempfänger	vollstationär	3.371	3.627	4.426	5.570	6.896
	ambulant	1.807	1.881	2.048	2.295	2.453
	teilstationär	115	119	130	146	156
	Geldleistung	4.276	4.309	4.243	4.125	3.482

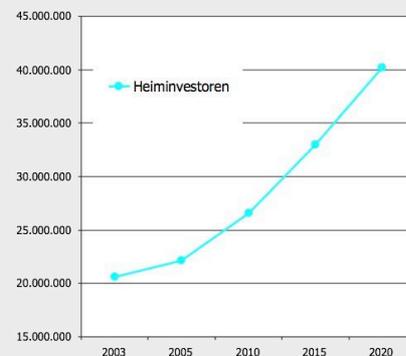
Im Szenario 5 „Heiminvestoren“ nutzen Privatinvestoren den Problemdruck in der Pflege und die fehlende Steuerung. Sie bauen das Heimangebot zügig aus. Dem Ziel der Gewinnmaximierung in der Pflege steht entgegen, dass das Bedürfnis der Nachfrager nach Selbständigkeit in der eigenen Häuslichkeit nicht berücksichtigt wird. Vermeintliche Nachfrage schafft Angebot; geschaffenes Angebot erzeugt mangels Alternativen reale Nachfrage. Kurz: **Angebot schafft Nachfrage!**

#### Einflussfaktoren & Deskriptoren

- Sobald die Planungshilfe eingestellt bzw. die Planung nicht fortgesetzt wird, können die Bedarfszahlen dahingehend interpretiert werden, dass sich Investitionen in Heime jederzeit lohnen.

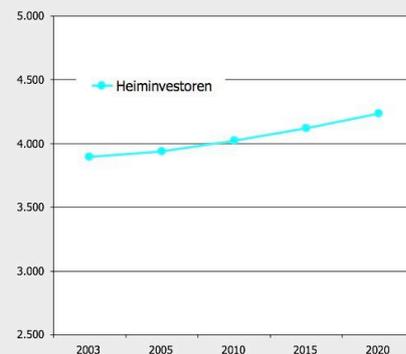
Szenario 5: Kosten total

Zu welchen Gesamtkosten (in €) für den örtlichen Sozialhilfeträger führt das Szenario 5: Heiminvestoren



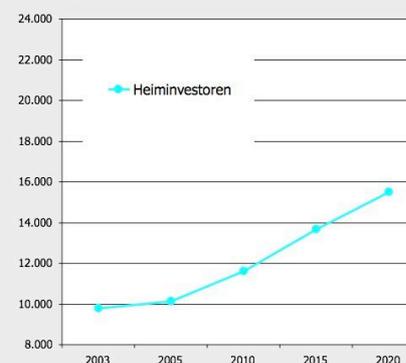
Szenario 5: Kosten je Nutzer

Welche Kosten in € entstehen pro Nutzer und Jahr dem örtlichen Sozialhilfeträger beim Szenario 5: Heiminvestoren



Szenario 5: Nutzen

Welchen quantifizierten Nutzen erzeugt das Szenario 5: Heiminvestoren



- In der Bevölkerungsentwicklung macht sich bemerkbar, dass die Weltkriegsdelle vorüber ist und die Überalterung nun voll durchschlägt.
- Die laufende Pflegestatistik macht den vermeintlichen Bedarf öffentlich. Privatinvestoren können die Grundlogik, vor allem das Versagen der häuslichen Pflege, erkennen und nutzen es aus.
- Die Privatinvestoren können ihre Businesspläne mit den Banken bei fördernder Kapitalmarktsituation klären. Das Anlaufen wird durch Marketingmaßnahmen gepusht. Das Angebot schafft sich seine Nachfrage.
- Treiber dieses Szenarios ist neben dem ungedeckten Bedarf v.a. die Orientierungslosigkeit der Kommunen.
- Die **Quote der ambulanten Leistungsempfänger stagniert.**
  - Dies bedeutet aber immer noch eine Ausweitung der Pflegekapazitäten auf 136%

### Bedeutung

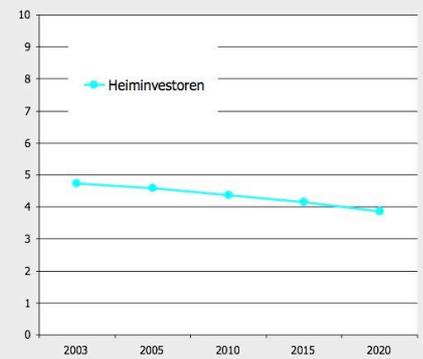
Das Szenario nutzt Privatinvestoren in Heimen und Seniorenresidenzen. Daneben sind nachgezogene private Investitionen in Kuppelprodukte wie Heil- und Hilfsmittel oder z. B. Seniorenreisen zu erwarten.

Eine „Heimpolitik“, bei der Städte ihre Grundstücke verkaufen können und vermeintliche Arbeitsmarkteffekte erwarten, wirken auf die Kommunalpolitik „attraktiv“.

Nachteil dieses Szenarios ist, dass „gebaute Sozialpolitik“, wenn Sie begonnen wurde, politisch nur schwer revidiert werden kann. Bei Eintreten der Effekte des Rürup-Konzeptes entsteht ein Chaos in der Pflegepolitik. Die Kommunen werden von den Folgekosten stationärer Unterbringungen stark betroffen.

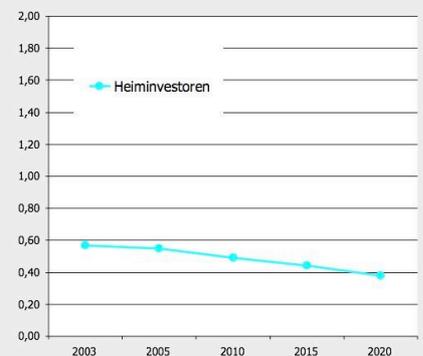
### Szenario 5: Nutzen/Kosten

Welcher abstrakte Nutzen wird pro Kosteneinheit erzeugt im Szenario 5: Heiminvestoren



### Szenario 5: Vorrangquote

Zu welchem Verhältnis von ambulanter zu stationärer Versorgung führt das Szenario 5: Heiminvestoren



### 3.4.2 Szenario 6 „DRG“

Zielwert-Matrix für Szenario 6: DRG						
Wert/Jahr		2003	2005	2010	2015	2020
Leistungsempfänger gesamt		9.569	9.936	10.847	12.135	12.987
Folgekosten in Mio €		20,62	22,43	27,62	35,08	42,99
Prozentuale Verteilung der Leistungsempfänger	vollstationär	35,2%	37,3%	43,0%	49,9%	58,1%
	ambulant	18,9%	18,1%	16,7%	14,9%	13,9%
	teilstationär	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
	Geldleistung	44,7%	43%	39%	34%	27%
Angebotskapazität relativ zu 2001	vollstationär	100 %	110%	138%	180%	224%
	ambulant	100 %	100%	100%	100%	100%
	teilstationär	100 %	104%	113%	127%	136%
Anzahl Leistungsempfänger	vollstationär	3.371	3.706	4.664	6.055	7.545
	ambulant	1.807	1.802	1.809	1.809	1.804
	teilstationär	115	119	130	146	156
	Geldleistung	4.276	4.309	4.243	4.125	3.482

Das Szenario 6 „DRG“ ist ein Beispiel für die nicht immer glücklich gelöste Abhängigkeit zwischen SGB V und XI, von Kranken- und Pflegeversicherung bzw. Gesundheits- und Altenpolitik. Mit dem Verfahren der Diagnosis Related Groups (DRG) sind **Fallpauschalen im Krankenhaus** ab dem Jahr 2004 eingeführt worden. Das gesundheitspolitische Ziel dabei deckt sich mit dem des SGB XI: Das stationäre Angebot soll reduziert und die Nutzer möglichst rasch in die ambulante Versorgung geschleust werden.

Aus der Sicht des SGB XI wird in diesem Szenario die medizinisch-stationäre Versorgungskette „rückwärts“ geschlossen. Die Politik der Fallpauschalen setzt in Krankenhäusern Bettenkapazitäten frei, die in Richtung stationäre Pflege umgewidmet werden. Die Zunahme stationärer Einrichtungen wird durch Wechselwirkungen beschleunigt.

Im Jahr 2020 werden 7.545 Heimnutzern nur 1.804 Nutzer von Pflegediensten gegenüberstehen!

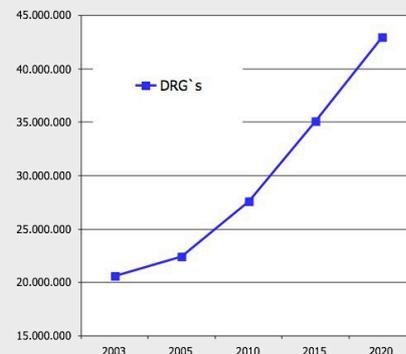
#### Einflussfaktoren & Deskriptoren

- Umwidmung der Krankenhäuser in Heime bzw. Modifizierung der Businessmodelle der Heimträger.
- Die DRG-Politik im Krankenhauswesen zieht in einem limitierten Arbeitsmarkt die Beschäftigten aus der häuslichen Pflege des SGB XI ab und konzentriert diese auf ambulante Funktionen im SGB V.
- Eine zügige Ausbildungsausweitung ist beim derzeitigen Bildungsmarkt nicht absehbar.
- Wenn die Fachkräfte in den Pflegediensten fehlen, dann sinkt die Versorgungsqualität. Dies trifft vor allem die Pflegestufen II & III, in denen Fachpflege besonders gewährleistet sein muss.

Szenario 6: Kosten total



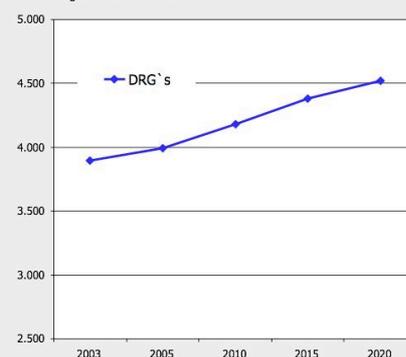
Zu welchen Gesamtkosten (in €) für den örtlichen Sozialhilfeträger führt das Szenario 6: DRG's



Szenario 6: Kosten je Nutzer



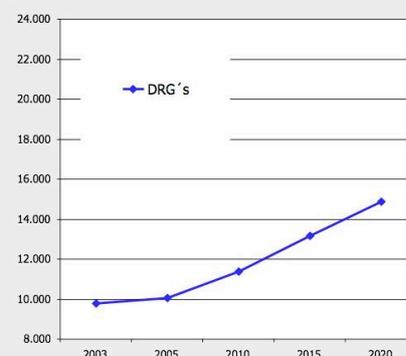
Welche Kosten in € entstehen pro Nutzer und Jahr dem örtlichen Sozialhilfeträger beim Szenario 6: DRG's



Szenario 6: Nutzen



Welchen quantifizierten Nutzen erzeugt das Szenario 6: DRG's



- Auf den häuslichen Angebotsausfall reagieren die Heiminvestoren und kommen dieser induzierten Nachfrage nach. Die Versorgungsdimension „stationäre Einrichtungen“ steigt extrem.
- Durch die Thematik der Fallpauschalen im Krankenhaus kann eine eigene **negative Dynamik** entfacht werden, die nur schwer zu stoppen ist!
- Die **ambulanten Angebotskapazitäten stagnieren!**

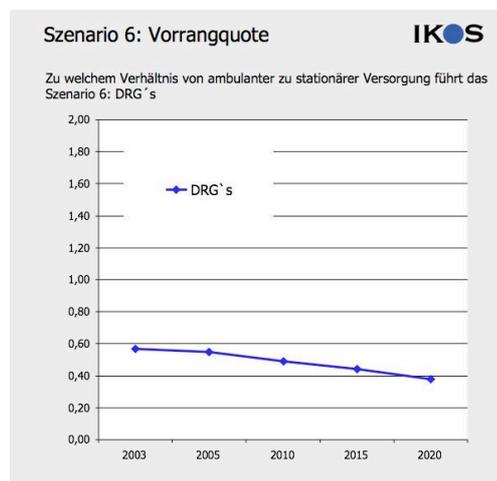
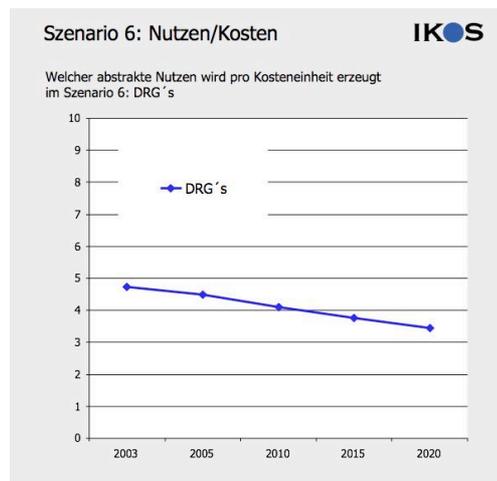
**Bedeutung**

Das Szenario 6 „DRG“ ist das negative Extremszenario, der altenpolitische „**worst case**“.

Treiber dieses Szenarios sind Krankenhausträger, indirekt aber auch Krankenkassen. Bremsende Akteure dieser Entwicklung sind nicht in Sicht.

Das Szenario 6 „DRG“ birgt die Gefahr, dass durch die Umwidmung stationärer Kapazitäten aus dem Krankenhausbereich das vergrößerte Angebot stationärer Altenhilfe sich seine eigene Nachfrage schafft und bindet und gleichzeitig dem ambulanten Pflegeangebot die personelle Grundlage entzogen wird. Dies behindert den Auf- und Ausbau ambulanter Angebote.

Ein Vorteil dieser – gedanklichen - dramatischen Entwicklung ist, dass die **Limitiertheit des Arbeitsmarkts für Pflegefachkräfte** deutlich wird.



### 3.5 Strategie zu einer proaktiven Altenpolitik

Vor zwanzig, dreißig Jahren, als die Pflegebedürftigkeit nicht ein derartiges Massenphänomen war wie heute, konnte man es sich kommunalpolitisch leisten nach dem Kurzschluss zu verfahren: Altenpolitik ist, wenn man vor Ort ein Heim baut. Dies hatte den großen Vorteil: Man konnte es gut sehen.

Die Politik der häuslichen Pflege leidet darunter, dass die personenbezogenen Dienstleistungen bei den Betroffenen zu Hause für Außenstehende nicht sichtbar sind; die alltägliche kommunalpolitische „Wirksamkeit des Sehens“ trat nicht ein.

Aktive kommunale Altenpolitik kommt nicht drumherum gerade dort anzusetzen, wo das Gros der Pflegebedürftigen nach wie vor lebt – und leben will: Zu Hause. Folglich bedarf es hochintelligenter öffentlicher Investitionen in die unsichtbaren Dienstleistungen zu Hause.

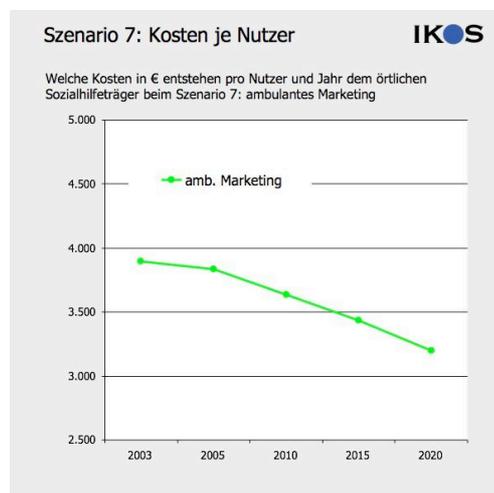
Dafür stellen wir drei Szenarien vor: Zunächst kommt man ohne bauliche Investitionen aus und fördert nur die ambulanten Dienste. Im zweiten Schritt werden neue bauliche Investitionen im teilstationären Bereich durchgespielt und im letzten Schritt rechnen wir eine vollumfängliche Synthese beider denkbaren Zugänge.

#### 3.5.1 Szenario 7 „Ambulantes Marketing“

Zielwert-Matrix für Szenario 5 : ambulantes Marketing						
Wert/Jahr		2003	2005	2010	2015	2020
Leistungsempfänger gesamt		9.569	9.936	10.847	12.135	12.987
Folgekosten in Mio €		20,62	21,58	24,01	27,50	30,26
Prozentuale Verteilung der Leistungsempfänger	vollstationär	35,2%	35,2%	35,2%	35,2%	35,2%
	ambulant	18,9%	20,2%	24,5%	29,6%	36,8%
	teilstationär	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
	Geldleistung	44,7%	43%	39%	34%	27%
Angebotskapazität relativ zu 2003	vollstationär	100 %	104%	113%	127%	136%
	ambulant	100 %	111%	147%	199%	264%
	teilstationär	100 %	104%	113%	127%	136%
Anzahl Leistungsempfänger	vollstationär	3.371	3.497	3.818	4.272	4.571
	ambulant	1.807	2.010	2.656	3.593	4.778
	teilstationär	115	119	130	146	156
	Geldleistung	4.276	4.309	4.243	4.125	3.482

Das Szenario 7 „Ambulantes Marketing“ betont die Chance, durch aktives altenpolitisches Handeln regionale Pflegemärkte zu gestalten und deren Entwicklung zu beeinflussen.

Durch aktive Marketingmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit wird ein Milieu geschaffen, das den Auf- und Ausbau ambulanter Versorgung



erleichtert. Professionelle ambulante Altenpflege wird gezielt und nachhaltig gefördert.

- **Das Szenario 7 entspricht in seinen Auswirkungen/Zahlen dem Heimmoratorium B**

**Einflussfaktoren & Deskriptoren**

- Selbstständigkeitsinteresse und mögliche Gewinnerzielung sind bewährte marktwirtschaftliche Motive. Diese können auch im ambulanten Bereich gefördert werden.
- Geschäftsmodelle für professionelle ambulante Versorgung müssen sich mittelfristig wirtschaftlich selbst tragen. Eine wirtschaftliche Tragfähigkeit entsteht in der Regel durch die Auslastung der vorgehaltenen Kapazitäten durch genügend Kunden. In der Anlaufphase fördert die Kommune den Aufbau von ambulanten Versorgungen durch geeignete Subventionen der Geschäftsmodelle.
- Die Altenpflege wird sich tendenziell von der Krankenpflege emanzipieren (vgl. Altenpflegeausbildung). Damit sinkt die Anfälligkeit gegenüber den SGB V-Effekten.
- Ausbau der Steuerung in Richtung aktives Marketing.
- **Heimnutzer stagnieren anteilig**

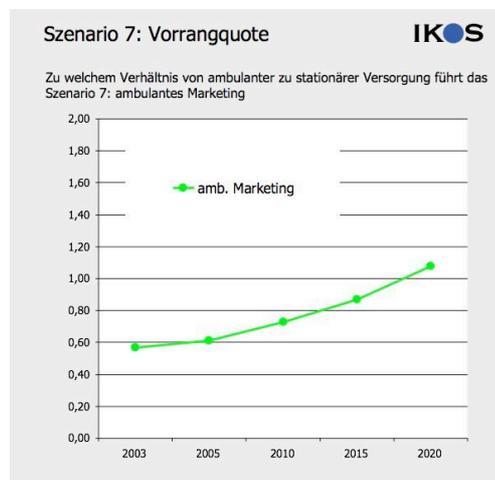
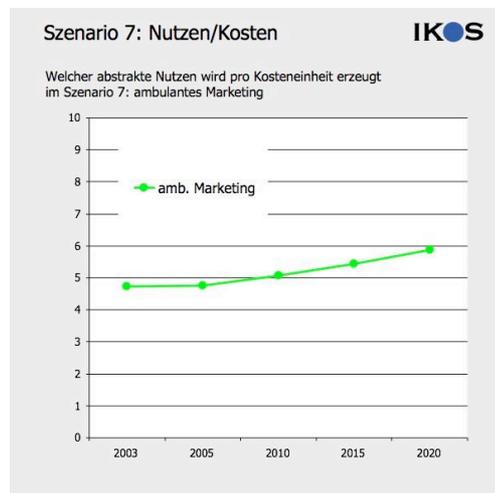
**Bedeutung**

Dieses Szenario bedient den **gesetzlich verankerten Vorrang ambulanter Versorgung**. Dies geschieht durch eine Professionalisierung der Altenpflege und die Herausbildung eigenständiger hauswirtschaftlicher Angebote (z. B. mittels des im SGB II angelegten Instrumentariums). Die Diversifikation ambulanter Angebote wird griffig und bringt eigene Arbeitsmarkteffekte mit sich. Grundsätzlich ist die Schwelle niedrig, sich mit einem Dienstleistungsbetrieb und ohne größeren Kapitaleinsatz selbstständig zu machen.

Die Förderung der ambulanten Versorgungsdimensionen erlaubt eine sichere Entlastung der stationären Einrichtungen. Freiwerdende stationäre Kapazitäten erlauben eine Konzentration auf die „Zeitbombe Gerontopsychiatrie“.

Eine konstante Heimquote bedeutet nicht, dass das stationäre Angebot absolut gleich bleibt. Wegen des insgesamt wachsenden Volumens des regionalen Pflegemarkts bedeutet eine konstante Heimquote immer noch einen absoluten Ausbau auf 136% der heutigen Platz- bzw. Nutzerzahlen!

Bremsend auf diese Entwicklungsprognose wirkt, dass der bisherige SGB- XI-Leistungskatalog der Pflegekassen tragfähige Geschäftsmodelle für ambulante Versorgungen erschwert. Mit Einführung des personenbezogenen Pflegebudgets wird diese Hürde entfallen.



### 3.5.2 Szenario 8 „Häusliche Investitionen“

Zielwert-Matrix für Szenario 8: Häusliche Investitionen						
Wert/Jahr		2003	2005	2010	2015	2020
Leistungsempfänger gesamt		9.569	9.936	10.847	12.135	12.987
Folgekosten in Mio €		20,62	21,52	23,69	26,80	29,12
Prozentuale Verteilung der Leistungsempfänger	vollstationär	35,2%	35,2%	35,2%	35,2%	35,2%
	ambulant	18,9%	19,6%	21,3%	22,3%	25,6%
	teilstationär	1,2%	1,6%	1,2%	3,2%	3,6%
	Geldleistung	44,7%	44%	42%	39%	36%
Angebotskapazität relativ zu 2003	vollstationär	100 %	104%	113%	127%	136%
	ambulant	100 %	108%	128%	149%	184%
	teilstationär	100 %	104%	151%	338%	395%
Anzahl Leistungsempfänger	vollstationär	3.371	3.497	3.818	4.272	4.571
	ambulant	1.807	1.945	2.310	2.701	3.318
	teilstationär	115	119	174	388	455
	Geldleistung	4.276	4.374	4.545	4.774	4.643

Das Szenario 8 „Häusliche Investition“ beschreibt die Entwicklung des Pflegemarktes, wenn man sich durch konsequentes Marketing der Umsetzung der Ziele des SGB XI verpflichtet. Dies konkretisiert sich, indem im teilstationären Bereich hinreichende Angebotskapazitäten geschaffen werden.

- Im Kern würde das im Ennepe-Ruhr-Kreis die **Einrichtung 300 dezentraler und solitärer Kurzzeitpflegeplätze** bedeuten.

Mit der Option „Urlaub von der Pflege“ können die Pflegegeldbezieher, die sonst ohne professionelle Hilfe auskommen, soweit unterstützt werden, dass die **Selbsthilfefähigkeit** real gestärkt wird. Konkrete Folge:

- Das Absinken der anderen zentralen Stellgröße „Pflegegeldquote“ kann gebremst werden! Die **Pflegegeldquote sinkt nur halb** so schnell wie der Pflegequotient

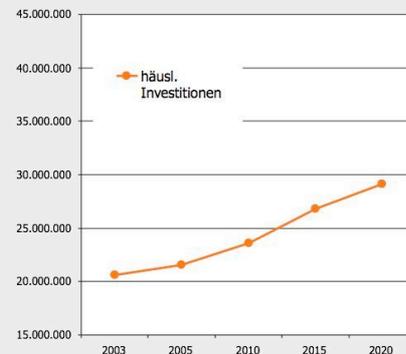
#### Einflussfaktoren & Deskriptoren

- Investitionen erfolgen im teilstationären Bereich.
- Unterstützung der Umsetzungen in den Gemeinden vor Ort.
- Zielorientiertes Einbinden von Privatinvestoren.

Szenario 8: Kosten total



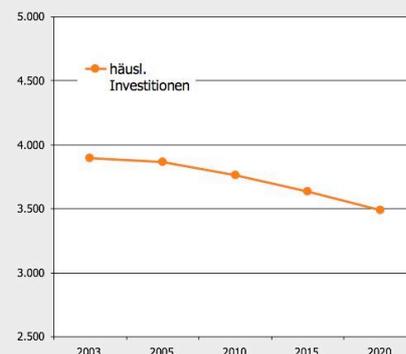
Zu welchen Gesamtkosten (in €) für den örtlichen Sozialhilfeträger führt das Szenario 8: häusliche Investitionen



Szenario 8: Kosten je Nutzer



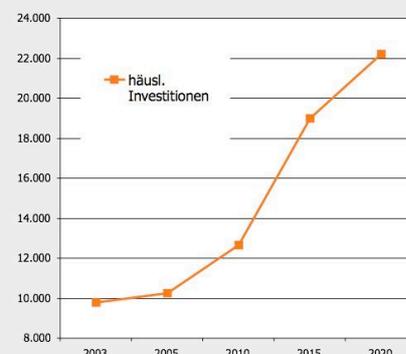
Welche Kosten in € entstehen pro Nutzer und Jahr dem örtlichen Sozialhilfeträger beim Szenario 8: häusliche Investitionen



Szenario 8: Nutzen

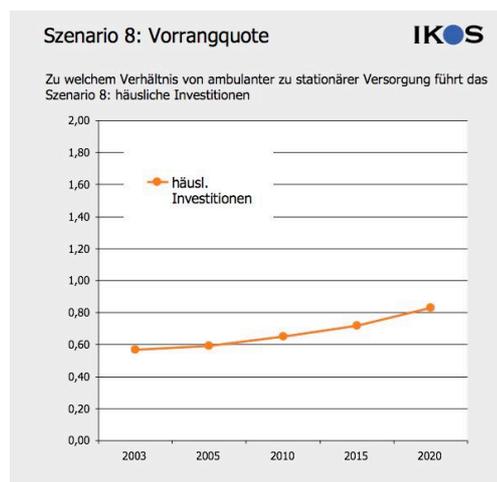
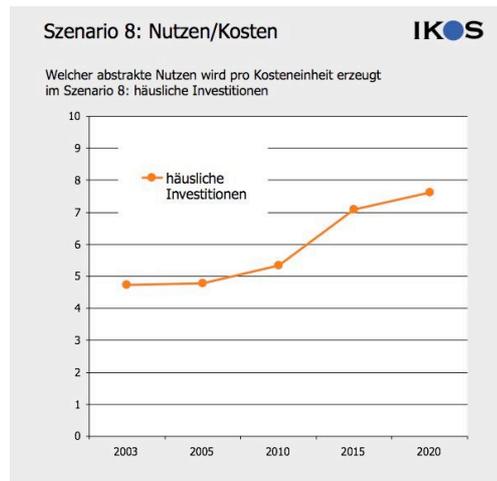


Welchen quantifizierten Nutzen erzeugt das Szenario 8: häusliche Investitionen



**Bedeutung**

Das Szenario „häusliche Investitionen“ setzt das „ambulante Marketing“ teilweise voraus. Es rundet es durch eigene bauliche Investitionen im teilstationären Bereich ab. Wenn die teilstationären Angebote rasch greifen, und dadurch die Selbsthilfe im Bereich der Pflegegeldbezieher gestärkt wird, dann genügt der Ausbau der Pflegedienste auf einem deutlich geringeren Niveau. Während im Szenario 7 „Ambulantes Marketing“ noch 4.778 Leistungsberechtigte die Pflegedienste nutzen müssen um eine Heimquote von 35,2% zu halten, würde man mit 300 zusätzlichen teilstationären Plätzen die Pflegedienstnutzer bei 3.318 belassen können, also um 1.460 reduzieren können.



### 3.5.3 Szenario 9 „Häusliche Investitionen und ambulantes Marketing“

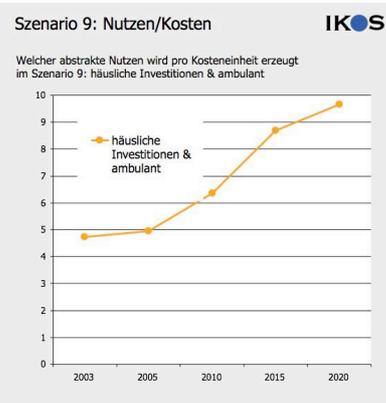
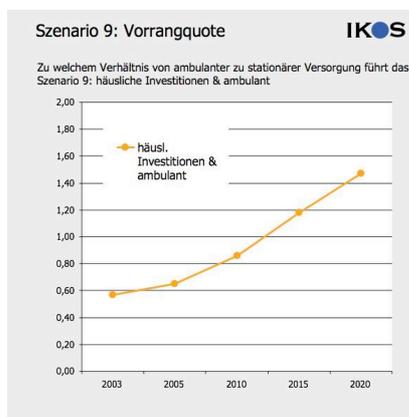
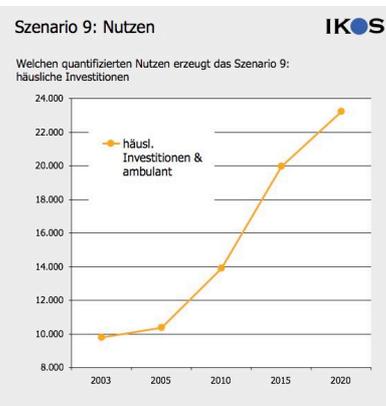
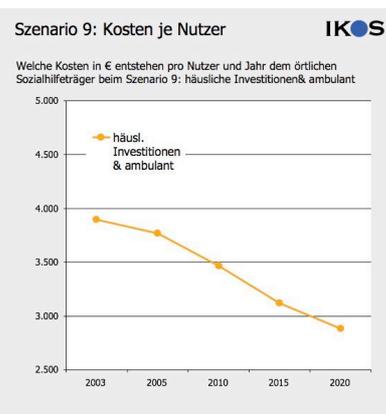
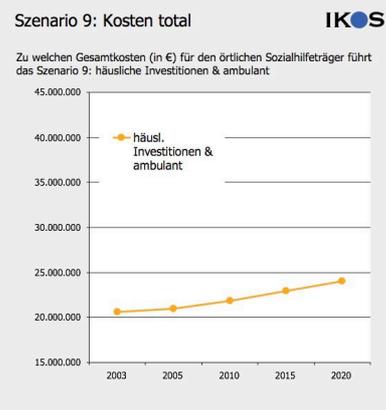
Zielwert-Matrix für Szenario 9: Häusliche Investitionen & ambulantes Marketing						
Wert/Jahr		2003	2005	2010	2015	2020
Leistungsempfänger gesamt		9.569	9.936	10.847	12.135	12.987
Folgekosten in Mio €		20,62	20,97	21,83	22,96	24,06
Prozentuale Verteilung der Leistungsempfänger	vollstationär	35,2%	34,0%	31,2%	27,8%	26,0%
	ambulant	18,9%	20,8%	24,9%	29,7%	34,8%
	teilstationär	1,2%	1,2%	2,0%	3,2%	3,5%
	Geldleistung	44,7%	44%	42%	39%	36%
Angebotskapazität relativ zu 2003	vollstationär	100 %	100%	100%	100%	100%
	ambulant	100 %	114%	149%	199%	250%
	teilstationär	100 %	105%	189%	338%	395%
Anzahl Leistungsempfänger	vollstationär	3.371	3.378	3.384	3.374	3.377
	ambulant	1.807	2.062	2.701	3.599	4.513
	teilstationär	115	119	174	388	455
	Geldleistung	4.276	4.374	4.545	4.774	4.643

Mit einer Mischung aus den besagten häuslichen Investitionen und einem vollumfänglich professionellen ambulanten Marketing, könnte man sich vorstellen, dass

- die **stationären Kapazitäten bei 100% verbleiben** könnten.

Hierzu müsste aber selbstverständlich noch einmal die qualitative Seite der gesamten Entwicklung angesprochen werden: Gleichwohl wir bei den Szenarien uns praktisch nur in quantitativen Dimensionen bewegen, wäre für die Praxis immer auch anzuraten, dass gerade im stationären Bereich aktive Maßnahmen zum Qualitätsmanagement Sinn machen würden.

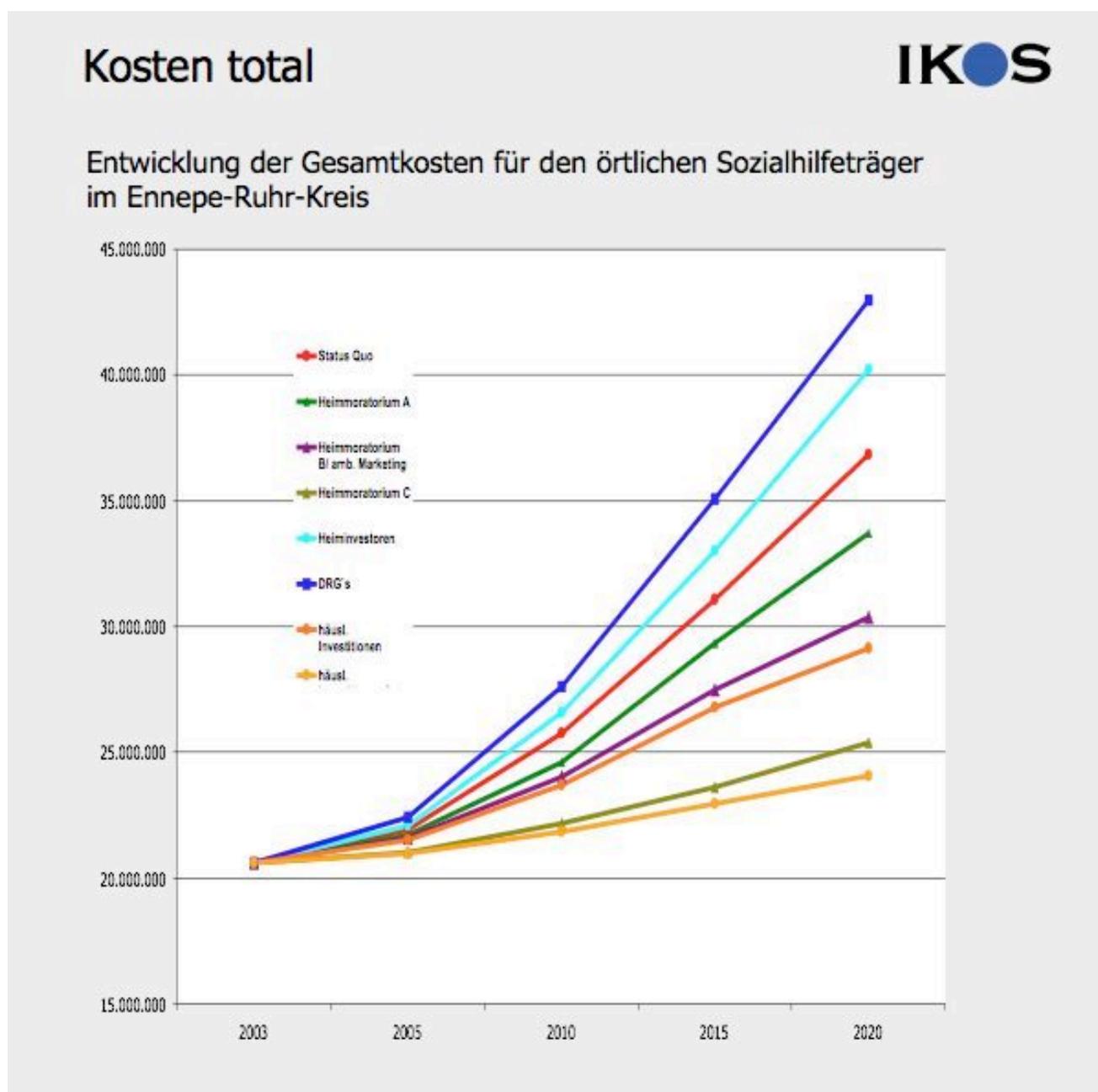
- Das Szenario 9 ist damit unser positives Extremszenario: Es bezeichnet die günstigstmögliche Zukunftsentwicklung (**Best Case-Scenario**)



### 3.6 Kosten und Nutzen im Überblick

Ausgangspunkt unserer Analyse mit der Szenariotechnik stellte die Trendextrapolation mit dem Szenario 1 „Status Quo“ dar. Es beschreibt eine Entwicklungslinie, bei der die derzeitige Versorgungsstruktur beibehalten und in die Zukunft fortgeschrieben wird.

Drei verschiedenste Strategien werden danach durchgespielt, wodurch die Folgeeffekte unterschiedlichster Verständnisse von Altenpolitik aufgezeigt werden können. Die Frage lautet, wie viel Einfluss auf die zukünftige Entwicklung genommen werden soll.



- **Strategie Heimmoratorium:** In der Politik denkt man noch in der Vorstellungswelt vor dem SGB XI: Durch tradierte Planung könnte man – auch – begrenzenden Einfluß auf die Entwicklung bei der Pflegeinfrastruktur nehmen. Man glaubt immer noch, man könnte die Entwicklung der Verheimung allein schon durch hoheitliche Maßnahmen bremsen, und zwar auch im dem Umfang, wie es politisch gewollt ist.
- **Strategie Laissez faire:** Der Kreis nimmt keinen steuernden, aktiven Einfluss auf den Pflegemarkt. Die Heiminvestoren greifen die Nachfrage auf und decken diese mit neuen Investitionen. Heiminvestoren werden zu Treibern der Gesamtentwicklung. In unterschiedlicher Schärfe tritt ein worst case ein.
- **Strategie Aktive Steuerung:** Der Kreis beginnt mit einer neuen Steuerung und setzt auch in der Sache Zeichen für die Ausweitung der häuslichen Infrastruktur; der Kreis wird selber zum Treiber der Marktentwicklung. Mit zeitgemäßem Marketing und Qualitätsmanagement fördert er nachhaltig die Entwicklung in der häuslichen Pflege.

Übersicht der Endwerte						
	Szenario	Kosten in Mio €	Kosten je Nutzer	Nutzen	Nutzen Kosten	Vorrangquote
1	Status Quo	36,82 €	3.874 €	16.321	4,4	0,56
2	Heimmoratorium A	33,72 €	3.552 €	17.024	5,0	0,77
3	Heimmoratorium B	30,26 €	3.237 €	14.130	4,7	1,05
4	Heimmoratorium C	25,37 €	2.666 €	19.035	7,5	1,81
5	Heiminvestoren	40,21 €	4.233 €	15.503	3,9	0,38
6	DRG´s	42,99 €	4.522 €	14.863	3,5	0,26
7	Amb. Marketing	30,26 €	3.237 €	14.130	5,0	1,05
8	Häusl. Invest.	29,12 €	3.488 €	22.210	7,6	0,83
9	Häusl. I. & amb. M.	24,06 €	2.883 €	23.219	9,6	1,47

### 3.6.1 Die Kostenseite

#### Kosten absolut

Die **Kosten des Kreises** als örtlicher Träger der Sozialhilfe und als Kostenträger der Leistungen nach dem PfG NW werden – unter Annahme der gegenwärtigen Kostenstruktur – **auf jeden Fall deutlich ansteigen**.

Die Frage ist die Größenordnung: Verdoppeln sie sich lediglich oder kommt es sogar zu einer Verdreifachung?

Der **Zielkorridor** der Kostenplanung liegt zwischen ca. 24 und ca. 43 Mio. € im Jahr, beinhaltet also **Steuerungseffekte von ca. 19 Mio. € jährlich** (ab 2020).

#### Kosten je Strategie

Die Simulation der drei **Heimmoratorium** Szenarien dokumentieren vor allem, dass man trotz des vermeintlichen Versuchs, die Heimausweitung irgendwie bremsen zu können, auf jeden Fall mit steigenden Kosten rechnen muss.

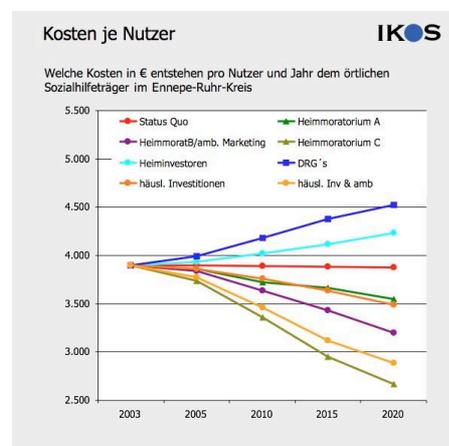
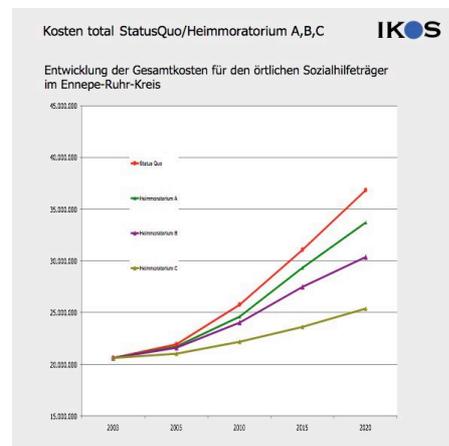
Für den Fall, dass der Kreis einer **Laissez faire Strategie** nachgeht tritt der **finanzpolitische worst case** ein. Die bereits erheblichen Folgekosten des Status Quo Szenario von ca. 37 Mio € werden noch um ca. 3 Mio € bzw ca. 6 Mio € überschritten. Wenn zugelassen wird, dass sich **Heiminvestoren** als Treiber der Gesamtentwicklung herausbilden können, hängt es von der Entwicklung bei den ambulanten Diensten ab, wie stark die „Verheimung“ voranschreiten wird. Die ambulante Versorgung ist gleichsam die Restoption. Deren autonome Entwicklung beeinflusst indirekt, ob sich die stationäre Versorgung bis auf ein Niveau von über 200% des heutigen Niveaus oder sogar darüber hinaus entwickelt.

Positioniert sich der **Kreis als Trendsetzer und beginnt eine aktive Steuerung** dann hängt es von der Geschwindigkeit und Intensität ab, wie rasch die häuslichen Angebote bei den Betroffenen ankommen. Bei einem sehr aktiven Vorgehen - inklusive eigener Bauinvestitionen und einem angenommenen günstigen Gesamtverlauf der Produktentwicklung „häusliche Pflege“ - besteht die Möglichkeit, die Expansion des stationären Angebotes auf einen Prozentsatz von unter 50% einzudämmen.

- Den real möglichen **best practise-Effekt** vermuten wir im Bereich zwischen 20-30% Expansion bei den Heimen.

#### Kosten je Nutzer

Legt man die Kosten auf den einzelnen Nutzer um, so schlagen sich diese unterschiedlichen Entwicklungslinien auch hier nieder: Im günstigsten Fall kommt man auf 2.883,- € pro Nutzer im Jahr. Im ungünstigsten Fall kostet ein Nutzer der Pflegeinfrastruktur den Kreis 4.522,- €.



### 3.6.2 Die Nutzenseite

#### Nutzer

Die Anzahl der versorgten Personen unterscheidet sich methodisch bedingt nicht in den Szenarien 1 bis 7, sondern ändert sich lediglich in den Szenarien 8 und 9. Die Nutzer der teilstationären Einrichtungen, vornehmlich der Kurzzeitpflege finden sich statistisch gesehen in elf der zwölf Monate bei den Pflegegeldbeziehern wieder. (Entsprechend wurde bei der Berechnung des Nutzens für die Versorgungsform „Teilstationär“ ein hoher Nutzwert Faktor gesetzt.)

#### Nutzen

So bedeutsam die Kostenfrage ist, so wichtig ist die umgekehrte Betrachtungsweise: Wie viel Nutzen kann bei den eingesetzten Kosten erzielt werden?

Hier unterscheiden sich die Szenarien noch nicht besonders. Dies liegt vor allem an unserer vorsichtigen Nutzenbewertung. Der Gesamtnutzen über alle Nutzer hinweg schwankt je nach Szenario aber immer noch zwischen 14.130 und 23.219 Nutzeinheiten.

#### Nutzen/Kosten

Als Effizienzkriterium kann nun jedoch die **Nutzen-Kosten-Relation** der Szenarien betrachtet werden. Hier steigen die Unterschiede von 3,5 bis 9,6. Dies bedeutet, die Nutzen-Kosten-Relation unterscheidet sich zwischen den verschiedenen Szenarien erheblich, nämlich fast um das dreifache.

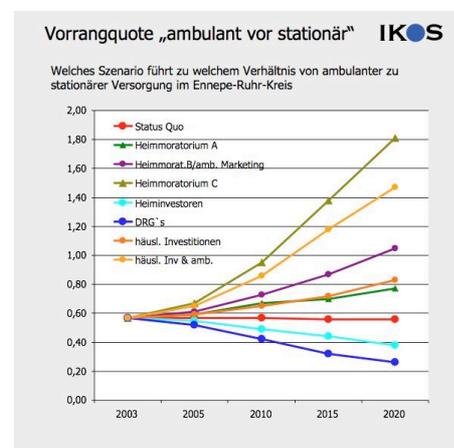
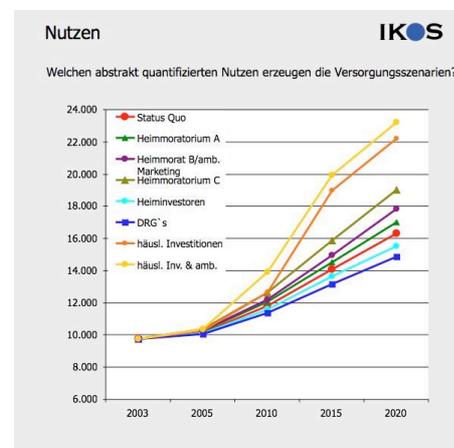
Dies bedeutet nichts anderes für die **Kommunalpolitik**, als dass man bei gleich bleibenden Kosten je nach Handlungsstrategie fast die dreifache Menge an wahrgenommen Nutzen erzielen kann.

### 3.6.3 Das gesetzliche Ziel: der häusliche Vorrang

Wenden wir uns zuletzt dem konzentriertesten Benchmark kommunaler Altenpolitik zu - der Vorrangquote. Hier öffnet sich über den Zeitverlauf eine klare Schere zwischen den Szenarien. Ausgangspunkt ist die derzeitige Vorrangquote von 0,57.

Bei den beiden Laissez faire-Szenarien entwickelt sich kein ambulanter Vorrang. Vielmehr würden die Werte weiter absinken – auf Endwerte zwischen **0,38 % und 0,26 %**

Um den gesetzlichen Vorrang der häuslichen Pflege gegenüber der stationären Pflege zu erreichen, müsste mindestens der Entwicklungs-pfad des ambulanten Marketings besritten werden. Dies korrespondiert mit einer jährlichen Einsparungseffekt gegenüber der Status Quo-Entwicklung von ca. 7 Mio €.



## 4 Gesamtbewertung und Empfehlung für den Ennepe-Ruhr-Kreis

Bei den Strategien und Szenarien haben wir aus dem Blickwinkel des Angebots argumentiert. Im Kapitel Gesamtbewertung wenden wir uns zunächst den Entscheidungsmöglichkeiten des individuellen Nutzers auf dem Pflegemarkt im Ennepe-Ruhr-Kreis zu. Dies ist der **Blickwinkel der Nachfrage**.

Die Frage der Vereinbarkeit des Blickwinkels der Angebotsstruktur mit dem der individuellen Nachfrageentscheidung führt zum zentralen Aspekt: Die Kommunalpolitik ist durch die Gesetzgebung gezwungen, dies zu balancieren und zu entscheiden. Die Kommunalpolitik muss sich darüber klar werden, in welcher Richtung Zeichen gesetzt werden sollen und welche zwangsläufigen Folgekosten man tragen bzw. „investieren“ will. Der Kreis sollte sich zeitnah entscheiden, **welche kommunale Politik** er für **seine Senioren** macht.

### 4.1 Entwicklung der individuellen Nachfrage

Eine Entwicklungslinie im Pflegemarkt setzt sich letztlich aus der Summe zahlreicher Einzelentscheidungen der betroffenen Akteure zusammen. Mit Öffnung bzw. Einführung des Marktes bekommt diese Betrachtungsweise besonderes Gewicht. Die Bedeutung der Nachfrager im Akteursgefüge wächst.

#### 4.1.1 Die Pflegegeldquote und der Pflegequotient

##### Zur Situation

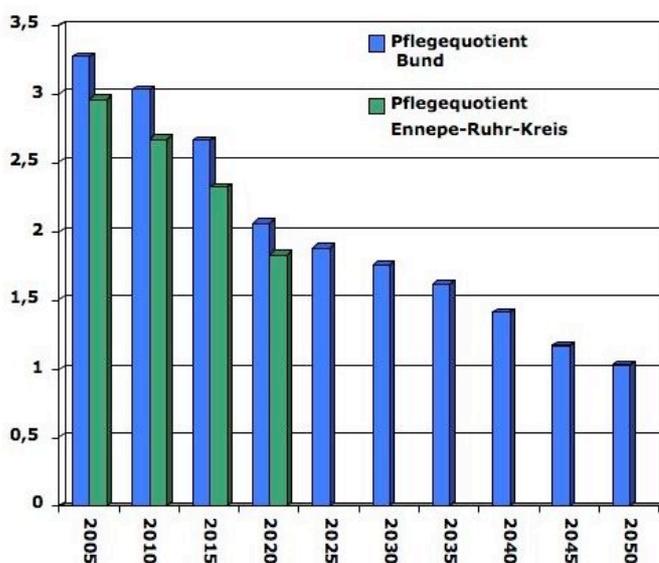
Die Quote der SGB-XI-Leistungsempfänger im Ennepe-Ruhr-Kreis, also die Personen welche nur die Geldleistung beziehen – also die Pflegegeldquote – gehört zu den niedrigen im Bundesland. Nachfolgend einige Erläuterungen, was die Pflegegeldquote aussagt und welche Entwicklungstrends denkbar sind.

- Zunächst benennt die **Pflegegeldquote** die Familien, die ohne jegliche professionelle Hilfe ihre Angehörigen pflegen können.

Bislang haben wir den Pflegebedarf aus der demographischen Entwicklung abgeleitet. Vor allem die Zunahme der Gruppe der Hochbetagten erhöht den Pflegebedarf.

Eine differenziertere demographische Analyse zum professionellen Pflegebedarf muss die Entwicklung des Selbsthilfepotentials in der Bevölkerung mit einbeziehen. Hierzu setzen wir die Risikogruppe der Hochbetagten (Anzahl aller 80-jährigen und älteren) ins Verhältnis zur Gruppe der potentiell pflegenden Angehörigen (Anzahl der Frauen zwischen 40 und 60 Jahren). Diese Abschätzung des zukünftigen Selbsthilfepotentials bezeichnen wir als **Pflegequotienten**. Dieser sagt konkret aus, dass z. B. im Jahr 2005 noch knapp drei Frauen zwischen 40 und 60 für jeden Hochbetagten zur Verfügung stehen. Im Jahr 2020 sind es nicht mal mehr zwei pro Hochbetagtem. Tendenz: Weiterhin fallend!

- Konkret: Das **Selbsthilfepotential halbiert sich** nahezu im betrachteten Zeitraum!



Daten: Ennepe-Ruhr-Kreis/LDS NW/Statistisches Bundesamt

Noch eine methodische Anmerkung: Der Pflegequotient ist im IKOS Modell zur Analyse der Pflegemärkte eine quantitative Beschreibungsgröße. Er sagt noch nichts Qualitatives aus, z. B. über die Hilfe- und *Pflegebereitschaft* als solches. Erkenntnisse hierüber können nur repräsentative Erhebungen liefern. Andere gesellschaftliche Entwicklungen, wie die Zunahme der Erwerbstätigkeit (nicht zuletzt wegen der wirtschaftlichen Entwicklung), sprechen sicherlich nicht für eine höhere Pflegebereitschaft.

#### 4.1.2 Entscheidungsoptionen der Betroffenen?

Wie werden sich die einzelnen Pflegebedürftigen und deren pflegende Angehörige zukünftig verhalten, wenn es mehr Pflegebedarf pro potentiell Pflegenden geben wird?

Der selbsthilfebereite Angehörige kann sich derzeit über verschiedene Trassen eine Unterstützung beschaffen:

- Ein Pflegedienst kommt je nach Bedarf und regelmäßig in die Häuslichkeit.
- Man gibt den Pflegebedürftigen in eine Tagespflege, ebenfalls mit einer gewissen Regelmäßigkeit.
- Man versucht sich selber in der sogenannten Urlaubspflege zu regenerieren, also zwischenzeitlich die Pflegebedürftigen in einer Kurzzeitpflege unterzubringen.
- Oder aber man beschafft sich auf dem Schwarzmarkt eine „graue Pflegehilfe“ und finanziert sie mit Hilfe des Pflegegelds.

All dies besagt aber auch: Hier trägt nach wie vor der pflegende Angehörige die Hauptlast der Pflege selbst! Die Frage, wie der selbsthilfeorientierte Angehörige sich dauerhaft entscheidet, hängt im Wesentlichen davon ab, welche dieser Entlastungsoptionen vor Ort verfügbar sind. Dies bedeutet, dass die Frage,

- wie sich die Selbsthilfe in der Pflege entwickeln kann,

- wesentlich durch das häusliche Pflegeangebot bestimmt wird.

Im Vergleich der Pflegestatistiken 2001/2003 kann man das **Entscheidungsverhalten** der Betroffenen nachverfolgen:

- Die Pflegegeldquote sank von 46,8 % auf 44,7 % ab,
- parallel stagnierte die Häusliche Quote praktisch bei 20,1 % (19,9 %).
- Gleichzeitig stieg die Heimquote weiterhin an, nämlich von 40,2 % bzw. 42,2%.
- Im Gesamtergebnis sank somit die Selbsthilfequote noch weiter ab, und zwar von 66,7 % auf 64,8 %!

Dieser Vergleich hinterfragt die derzeitige – ausstehende - Entwicklung der Pflegedienste und lässt keine strukturelle Stabilisierung der zukünftigen Selbsthilfe von sich aus erwarten!

## 4.2 Nur eine individuelle Entscheidung?

### 4.2.1 Grundsätzlich entscheidend: Selbsthilfe ermöglichen

Im Ergebnis korrespondiert die gesamtwirtschaftliche, kostenträchtige Entscheidungssituation zunehmend mit einer individuell schwerwiegenden Entscheidung:

- Können wir unsere pflegebedürftigen Angehörigen noch selber pflegen?
- Welche Hilfen stehen uns ambulant zur Verfügung oder schaffen wir es trotz allem nicht mehr?
- Muss die Häuslichkeit aufgegeben werden?

Die demographischen Zahlen sprechen eindeutig dafür, dass sich ein rasch zunehmender Teil der Bevölkerung im Ennepe-Ruhr-Kreis mit dieser Kernfrage auseinandersetzen muss. Beachtet man die quantitativen und qualitativen Faktoren, dann kommt es in den nächsten Jahren zu einer Verdoppelung derartiger Entscheidungssituationen.

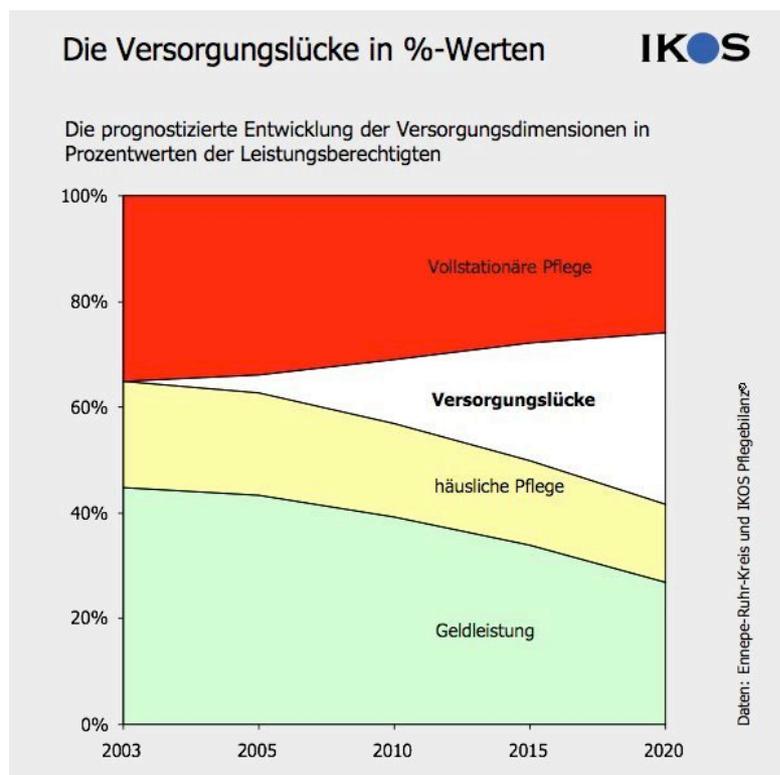
Bedenkt man, dass sich die traditionelle Selbsthilfepraxis, ganz ohne fremde Hilfe auszukommen, bereits gegenwärtig auflöst und aktuell eine Vielzahl von Betroffenen genau vor jener Entscheidung des Aufgebens stehen, dann wird sich bei den zunehmend ungünstigeren quantitativen Relationen von pflegenden Angehörigen zu Pflegebedürftigen die **Ausfallerscheinung** beim Selbsthilfepotential exponentiell beschleunigen.

## 4.2.2 Brisanz der Entscheidungssituation

Die Frage, die sich für jeden der ca. 4.300 Pflegegeldbezieher im Ennepe-Ruhr-Kreis stellt, lässt sich insgesamt wie folgt zusammenfassen:

Die annähernde Halbierung des Pflegequotienten (Rückgang von 3,05% auf 1,83% - und damit auf 60% des heutigen Wertes) bis zum Jahr 2020 wird einhergehen mit einem mindestens so großen Rückgang des reinen Pflegegeldbezuges.

- Die **Pflegegeldquote<sup>9</sup>** wird von derzeit **44,7 %** auf rund **26,8 %** absinken.

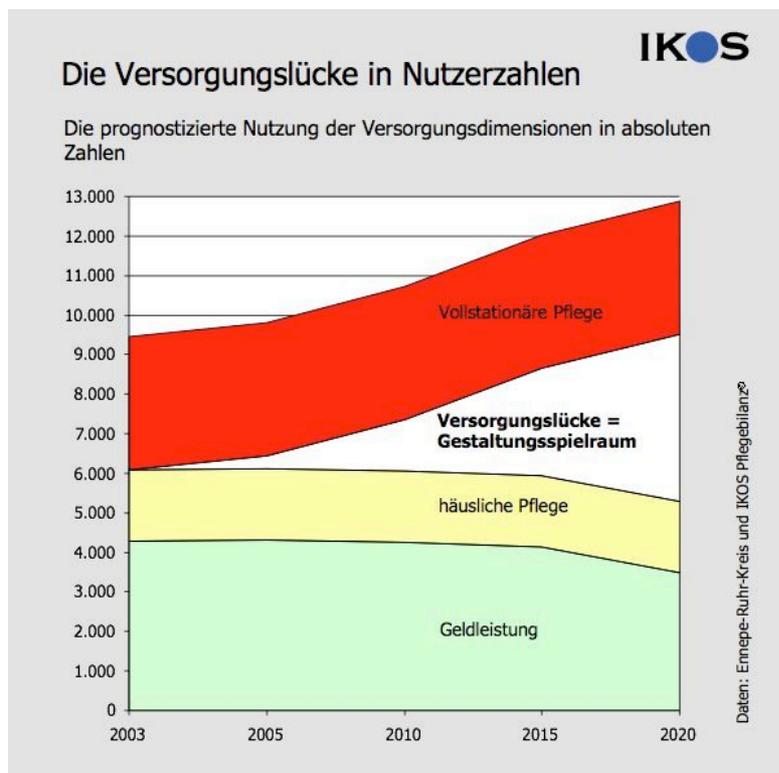


Denken wir nun im Rahmen des Szenarios 1 „Status Quo“ und unterstellen, dass sich am realen Angebot bzw. den absoluten Angebotskapazitäten bis 2020 nichts geändert hat. Dann führt dies zu einer **Versorgungslücke für 4.212 Personen mit Leistungsanspruch**. Diese fragen sich: In welcher Form kann ich meinen Hilfebedarf und Leistungsanspruch decken?

Zum Vergleich: Die heutige Angebotsstruktur wird von 5.293 Personen genutzt; die Versorgungslücke ist **80 % größer** als das gesamte gegenwärtig genutzte Angebot!

<sup>9</sup> In den folgenden Ausführungen halten wir die Pflegegeldquote konstant und variieren sie nicht wie in den Szenarien 8 & 9

Zur Konkretisierung und Quantifizierung wechseln wir nun den Bezugsrahmen und stellen diesen Sachverhalt in Absolutwerten bzw. Nutzerzahlen dar:

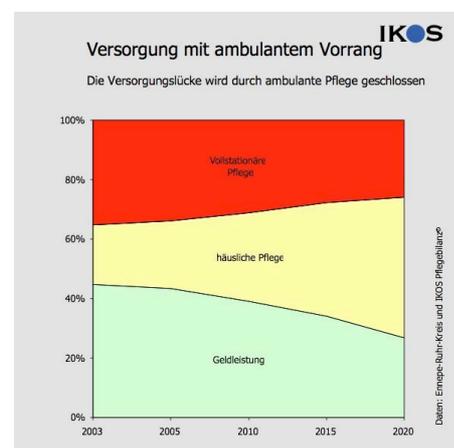
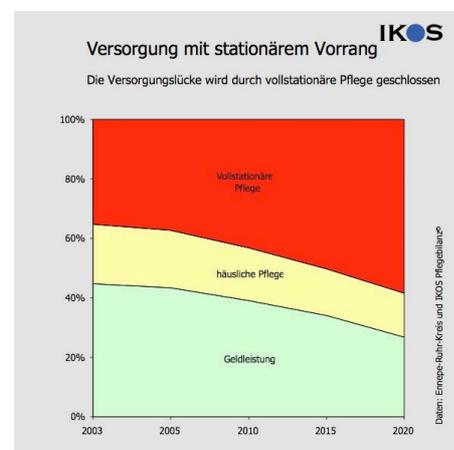


Hier wiederum der Ausgangswert:

- 2003 leben **9.569** Leistungsberechtigte im Ennepe-Ruhr-Kreis
- 2020 werden es **12.987** Leistungsberechtigte sein.

Die **politische Grundfrage** in dieser brisanten Entscheidungssituation für den Ennepe-Ruhr-Kreis lautet:

- Soll die Versorgungslücke von über 4.200 Personen mit Leistungsanspruch durch den **Gang in ein Heim** gedeckt werden? Der stationäre Weg bedeutet in unserer Abbildung rechts oben, dass die Versorgungslücke entsprechend der Laissez Faire-Strategie mit den Heiminvestoren geschlossen wird.
- Oder können diese Leistungsberechtigten ihren Hilfebedarf in der **eigenen Häuslichkeit** durch ergänzende ambulante Dienste decken? Soll also entsprechend der Strategie der proaktiven Altenpolitik die Versorgungslücke durch häusliche Angebote geschlossen werden?



## 4.3 Die kommunalpolitische Richtungsentscheidung

### 4.3.1 Ergebnis und Gestaltungsoption

Aus der Szenarienlogik heraus darf die Ausgangssituation als völlig offen bezeichnet werden. Gleichwohl die Heimauslastung in der letzten Zeit rückgängig ist, wäre es ein Trugschluss, den Markt für Heime als gesättigt zu betrachten.

- **Der Trend spricht eindeutig für eine weitere Verheimung!**

Als Handlungsstrategie bietet sich an:

- Durch steuernde Kommunikation und **Marketing** kann die noch offene Zukunft im eigenen Interesse geprägt werden: Die kommunale Altenpolitik positioniert sich als die Kraft, welche die Marktordnung setzt und die Marktentwicklung steuert.
- In der Sache kann man indirekt **finanzielle Zeichen** setzen, indem man die gezielte Förderung fehlender Aspekte der Pflegedienste sofort merklich erhöht. Dies wird wahrgenommen; kostenmäßig wird dies aber erst später und nur bei positivem Ergebnis relevant.
- **Investoren** brauchen aber nicht abgewiesen werden; vielmehr kann man sie in den zukunftssträchtigen teilstationären Bereich begleiten.

### 4.3.2 Grundsätzliche Richtung: Planungssicherheit durch Marktordnung

Die Antwort auf die Frage nach „Selbsthilfe oder Heim“ führt unmittelbar zur Rolle des Ennepe-Ruhr-Kreises bei diesem Thema. Aus der Sicht der Ökonomie und der Finanzwissenschaft kann man die Frage wie folgt positiv beantworten:

#### **Gestaltungsaufgabe annehmen**

Der Markt ist eine staatliche Veranstaltung; innerhalb einer Marktordnung treffen sich Nachfrage und Angebot zum Austausch. Sowohl Anbieter wie auch Nachfrager wünschen für Ihre Investitionen Planungssicherheit. Sie wollen wissen, wohin sich der Markt wahrscheinlich entwickeln wird. Erforderliche Planungssicherheit wird über Transparenz von Marktdaten geschaffen, welche Trends und Treiber am Markt erkennen lassen und einen stabilen Ordnungsrahmen ermöglicht.

Entscheidet sich der Ennepe-Ruhr-Kreis für eine proaktive Rolle in der Alten- und Pflegepolitik, muss der erste Schritt sein, eine Basis für die notwendige Marktentwicklung und -beobachtung zu schaffen.

### **Information und Kommunikation fördern**

Was mit diesem Gutachten begonnen wurde, kann auf eine kontinuierliche Basis gestellt werden. Daten- und Informationsbasen zur Versorgungsstruktur und deren Kosten müssen aufgebaut und laufend verfeinert werden. In praktisch allen Bereichen des regionalen Pflegemarktes entsteht Dynamik. Der Bedarf an aktueller Information wächst. Information ist auch in der Altenpolitik das zentrale Steuerungsmedium. Voraussetzung eines funktionierenden Marktes, der sich an der Nachfrage orientiert, ist Transparenz.

- Der ordnungspolitische Anspruch der kommunalen Marktgestaltung wirkt, wenn er unmissverständlich verdeutlicht und so auch von den Marktteilnehmern zur Kenntnis genommen wird.
- Dazu muss der politische Willensbildungsprozess als solcher durchlaufen werden und in einer klaren Aussage auf den Punkt gebracht werden: Was will man? Selbsthilfe in der eigenen Häuslichkeit oder Heim?
- Anschließend helfen die Techniken des Marketings und der Öffentlichkeitsarbeit, um den ordnungspolitischen Anspruch deutlich zu verankern.

### **Umsetzungsprozess starten**

Wie eine politische Entscheidung in ein Handlungskonzept überführt werden kann, ist Inhalt eines Masterplans.

Das Ziel dabei ist es, das Gemeinde-Modell einer Alten- und Pflegepolitik möglichst rasch so zu implementieren, dass es die konkrete, stabile Entscheidungsbasis für alle betroffenen Akteure werden kann. Praktisch bedeutet dies, die Städte für ein zeitgemäßes Caremanagement zu gewinnen und selber als Sozialhilfeträger ein neues Casemanagement zu installieren

Entscheidend dabei bleiben die Auswirkungen auf die Anbieter. Der Investitionswille wird aufgegriffen und in die richtigen Angebotssegmente geleitet. Gerade im Bereich der teilstationären Angebote oder der qualifizierten Unterbringung dementiell erkrankter Senioren können stationäre Investitionen sinnvoll angelegt werden.

Alle Akteure sind vom Paradigmenwechsel in der Altenhilfe betroffen. Alle Anbieter müssen sich mit einer neuen Refinanzierung über den Kapitalmarkt vertraut machen. Für den Kreis gilt, dass er Wege aus dem Teufelskreis der nachschüssigen – und dann eben ungelenkten und ungebremsten – Folgekostenproblematik findet.

Natürlich spielt hierbei der traditionelle „goldene Zügel“ der öffentlichen Hand eine Rolle – zukünftig aber eine völlig neue. Im laufenden und prognostizierbaren Marktgeschehen rückt der Zeitwert des investierten Geldes in den Mittelpunkt. Absehbare Folgekosten in den nächsten Jahren kann man nur verhindern durch hinreichende und rasche Investitionen in die gewünschten Strukturen und eine intelligente Steuerung.

Der Ennepe-Ruhr-Kreis hat die Chance, sich mit seinem Gestaltungswillen klar zu positionieren. Unmissverständlichen Investitionswillen verstehen Investoren am besten! Wenn es um irgendeine Sachfrage zur Altenpolitik und Pflege geht, kann man sich an den Kreis wenden. So wird der **Kreis zur grundsätzlichen Informationsdrehscheibe**. Wer fördert, kann auch harte Rückmeldungen über die Wirkungen der Förderung erwarten. Mit einem Berichts- bzw. Controllingsystem wird der skizzierte Handlungskreislauf geschlossen.

Durch Neue Steuerung in der Altenpolitik kann der Ennepe-Ruhr-Kreis nicht nur die richtigen Zeichen am regionalen Pflegemarkt setzen, sondern auch zukünftig den Erfolg seiner Entscheidung sicherstellen.

### Zeit ist Geld

## 4.4 Handlungsempfehlungen

Zusammenfassend konkretisieren wir Handlungsempfehlungen. Sie benennen, in welche Richtung ein Masterplan für die zukünftige Altenpolitik im Ennepe-Ruhr-Kreis gehen soll.

Unsere Handlungsempfehlungen beziehen sich auf

- zeitliche
- sachliche
- fachliche, wie
- kommunalpolitische

**Dimensionen**, die jede für sich eine **notwendige Voraussetzung** des Gelingens darstellen.

Bei der **Zeit** markieren extrem unterschiedliche Eckwerte die Situation. Einerseits haben die Kommunen - im Ennepe-Ruhr-Kreis, wie bundesweit - die zehn Jahre seit der Verabschiedung des SGB XI verstreichen lassen, ohne die Chance des neuen Leistungsgesetzes für ihre kommunale Altenhilfe zu nutzen. Gleichzeitig darf man eine landespolitische Relativierung einräumen: Innerhalb der Kommunen in NRW steht der Ennepe-Ruhr-Kreis nicht allein. Im Kreisvergleich wäre der Ennepe-Ruhr-Kreis noch relativ „zeitnah“, würde er sich zu einer aktiven kommunalen Altenpolitik entschließen.

Unter dem Anspruch einer neuen Steuerung in der Altenpolitik empfehlen wir, vorgesehene Maßnahmen auf einen Zeitrahmen von drei bis vier Jahren auszurichten und entsprechend in der Budgetplanung zu integrieren.

**In der Sache**, wie Planung und Steuerung zukünftig sinnvollerweise praktiziert werden kann, besteht sicherlich noch erheblicher Klärungsbedarf. Wir vertreten aber die Position, dass es zunächst absolut entscheidend ist, **dass** der Kreis aktiv wird und sich der Steuerung des Geschehens am Pflegemarkt annimmt. Nachdem die traditionelle Pflegebedarfsplanung sich unter den neuen Rahmenbedingungen überholt hat und ins Leere laufen würde, sollte man die "neue Planung" unter den Oberbegriff eines **Pflege-marketings** stellen.

Das bedeutet, dass der Kreis im Rahmen seiner rechtlichen Möglichkeiten dem regionalen Pflegemarkt einen klaren ordnungspolitischen Rahmen setzen muss. Dazu gehören

- eine klare und eindeutige Positionierung, was zukünftig Altenpolitisch im Kreis "gewollt" ist im Sinne des Vorrangs "ambulant vor stationär",
- Kommunikation dieses Standpunktes an die Akteure des Pflegemarktes und deutliche Signale der Ernsthaftigkeit des Umsetzwillens durch gezielte Förderung von Alternativen zur stationären Unterbringung und
- das nachhaltige Hinwirken auf eine Fortentwicklung der Produktstruktur bei den Anbietern, soweit die Angebotsstruktur nicht dem Bedarf der Hilfe- und Pflegebedürftigen in deren Häuslichkeit entspricht.

**Bei der fachlichen Überlegung**, welche Versorgungsstruktur vorgehalten und wie diese organisiert werden soll, gäbe es selbstverständlich viel zu sagen; weil dies jedoch wesentlicher Inhalt eines Masterplanes wäre, soll hier lediglich ein Hinweis auf die zentralen Engpässe gegeben werden. Ohne einer detaillierten Bestandsanalyse vorzugreifen, sprechen die Indikatoren aus der aktuellen Pflegestatistik dafür, dass - auch im Ennepe-Ruhr-Kreis - all jene neuen Dienstleistungsangebote, die seit 1995 finanziert sein könnten, nicht annähernd in ihren Wirkungsoptionen zur Verfügung stehen. Positiv formuliert: Sowohl was die Pflegedienste betrifft, wie auch alle teilstationären Angebote, die Selbsthilfe und Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige, schlummern im Ennepe-Ruhr-Kreis noch Verbesserungspotentiale.

Last not least zeichnet sich als wirkungsvoller fachlicher Fortschritt die konsequente Hinwendung der Heimaufsicht vom Kontrollgedanken zum modernen Qualitätsmanagement-Verständnis ab. Selbiges **Qualitätsmanagement** bräuchte sich nicht auf den stationären Bereich beschränken, sondern könnte auch im teilstationären wie gesamten häuslichen Bereich zur Anwendung kommen.

**Kommunalpolitik:** Was wir Altenpolitisch in Deutschland immer wieder feststellen und gerade im Vergleich mit den "gerontologischen Vorbildländern" wie Dänemark betonen können: Die großen Altenpolitischen Fortschritte entstanden in Deutschland weniger aus der Fachdiskussion, sondern leiten sich aus einer richtigen Intonation der kommunalpolitischen Struktur ab. Konkret: Altenpolitik, verstanden als die soziale Infrastruktur und Daseinsvorsorge, die eine Antwort vor Ort auf die Demographie geben kann, sollte als Regionalmarkt gedacht werden. Vor allem der Denkzugang innerhalb eines Kreises mit seinen Kommunen erlaubt die Umsetzung einer transparenten Marktordnung. Indem vor Ort ein Ausgleich von Angebot und Nachfrage - vor allem durch Markttransparenz - geschaffen wird, können die Betroffenen in ihrer Häuslichkeit verbleiben.

Was sich oftmals aus fachlicher Sicht als Erschwernis erweist, nämlich in den komplexen kommunalen Strukturen in einem Kreis zu arbeiten, kann sich aus unserer kommunalen Erfahrung heraus als ausgesprochener Vorteil erweisen. Ein partnerschaftliches Zusammenwirken von Kreis und

Städten würde auch im Ennepe-Ruhr-Kreis zu unmittelbaren Gewinnen führen. Eine erste Klausurtagung des Kreises mit den Städten hat hier bereits ein großes Maß an Übereinstimmung in den altenpolitischen Grundsatzfragen gezeigt. Wir vermuten, dass vor allem die Anwendung eines gemeinsamen Steuerungsinstrumentariums zu positiven Effekten führen würde. Die Ausdifferenzierung der drei notwendigen Steuerungsebenen - Einzelfall, Gemeinde und Kreis - mit den Elementen des Case-managements, des Caremanagements und der Rahmenplanung, bedarf der gegenläufigen Integration. Die laufende IT-Entwicklung liefert hier interessante, aber einfache Optionen, die aufgegriffen und für die spezifischen Bedingungen im Ennepe-Ruhr-Kreis angepasst werden können.