

Landesverband NRW

Erkrather Str. 343
40231 Düsseldorf
Tel. 0211 / 386 03-0
Fax: 0211 / 38 21 75
<mailto:info@sovd-nrw.de>
www.sovd-nrw.de

Rückfragen: Herr Kreuz
Durchwahl: 0211 / 386 03-13
<mailto:d.kreutz@sovd-nrw.de>

16.05.2007

Stellungnahme zu den Eckpunkten für ein Landesheimgesetz NRW

Hiermit kommt der Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD), Landesverband Nordrhein-Westfalen, der mit Übersendung der Eckpunkte für ein Landesheimgesetz NRW am 28.03.2007 ausgesprochenen Einladung des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales zu einer fachpolitischen Diskussion über die künftige Ausgestaltung des Heimrechts nach. Er verbindet damit die Hoffnung, dass diese Diskussion ergebnisoffen geführt wird und berechtigte Belange der BewohnerInnen von Heimen Berücksichtigung finden.

Zusammenfassend stellt der SoVD NRW fest:

1. Im Interesse der Sicherung bundesweit gleichwertiger Lebensbedingungen für HeimbewohnerInnen und mangels landesspezifischer Regelungsbedarfe sieht der SoVD eine vorrangige Verpflichtung der Landesregierung, ihre Möglichkeiten auszuschöpfen, um auf eine gemeinsame und einheitliche Fortentwicklung des Heimrechts durch die Länder hinzuwirken.
2. Zu großen Teilen beschränken sich die *Eckpunkte* auf allgemeine Aussagen, die konkrete Regelungsabsichten noch kaum erkennen lassen. Neben grundsätzlich begrüßenswerten Orientierungen und Regelungsgrundsätzen finden sich dabei auch solche, die aus Sicht des SoVD verfehlt sind. Teils stehen erkennbare Regelungsabsichten auch in Widerspruch zu den grundsätzlichen Zielen.

3. Der SoVD hält deshalb die vorliegenden *Eckpunkte* nicht für eine taugliche Grundlage zur Erarbeitung eines Gesetzentwurfs. **Eine grundlegende Weiterentwicklung ist erforderlich.**

Im Einzelnen geben wir die nachfolgend ausgeführten Hinweise und Anregungen zu bedenken.

Vorrang für länderübergreifende einheitliche Regelungen

Aus Sorge um nachteilige Folgen für die BewohnerInnen hatte der SoVD in der Debatte über die Föderalismusreform wiederholt und mit Nachdruck vor der Überführung des einheitlichen Heimrechts des Bundes in die Zuständigkeit der Länder gewarnt. Nach wie vor sind landesspezifische Gesichtspunkte, die unterschiedliche heimrechtliche Standardsetzungen und Regelungen in den Ländern rechtfertigen könnten, nicht bekannt und werden auch in den *Eckpunkten* nicht geltend gemacht. Es besteht die verbreitete Befürchtung, dass die Länder ihre neue Gesetzgebungskompetenz im vorrangigen Interesse Kosten senkender Deregulierungen nutzen könnten.¹ Zudem stünde eine Entwicklung, die am Ende dazu führt, dass sich die heimrechtlichen Normen von Land zu Land unterscheiden, in krassem Widerspruch zu dem allseits betonten Ziel eines „Bürokratieabbaus“.

Der SoVD sieht deshalb das Land NRW und die übrigen Bundesländer in der Verantwortung, sich im Interesse der Sicherung bundesweit gleichwertiger Lebensverhältnisse von HeimbewohnerInnen auf eine **gemeinsame und einheitliche Fortentwicklung des Heimrechts** zu verständigen.

Eingeschränkte Aussagefähigkeit der *Eckpunkte*

Eine dem Gesetzgebungsverfahren vorgeschaltete Diskussion über Eckpunkte der beabsichtigten Gesetzgebung gab es im sozialpolitischen Bereich zuletzt 2002 zur Novelle des Landespflegegesetzes (PfG NW). Ließen damals die Eckpunkte bereits die wesentlichen konkreten Regelungsabsichten erkennen, ist dies bei den vorliegenden Eckpunkten für ein Landesheimgesetz nur sehr eingeschränkt der Fall. Die zu großen Teilen allgemeinen und grundsätzlichen Ausführungen machen Rückschlüsse auf konkrete Regelungsabsichten nur selten möglich.

Dies ist in soweit verwunderlich, als mit Veröffentlichung des Abschlussberichtes der MAGS-Arbeitsgruppe „Entbürokratisierung in der Pflege“ bereits im Mai 2006 eine Reihe konkreter Vorschläge zur Änderung oder Überprüfung heimrechtlicher Regelungen vorgelegt wurde. Teils wurden sie in die Anhörung des Landtags zu den Themenkomplexen Heimrecht und „Entbürokratisierung in der Pflege“ am 13.12.2006

¹ Diese Befürchtung wird hierzulande auch durch Vorschläge der MAGS-Arbeitsgruppe „Entbürokratisierung in der Pflege“ genährt.

einbezogen. Vor diesem Hintergrund wäre von den *Eckpunkten* vor allem eine weitere Konkretisierung der Regelungsabsichten zu erwarten gewesen.

Zu I. Rahmenbedingungen

Wir merken an, dass die Verantwortung „für individuelle, passgenaue und zugleich qualitativ hochwertige Angebote“ nicht allein den Einrichtungsträgern zugeschoben werden kann. Seit Jahren ist bekannt, dass wesentliche Schwierigkeiten bei der Erreichung der hier geforderten und unverzichtbaren Angebotsqualität in **unzureichenden rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen** liegen.²

Zu II. Leitgedanken

Das Heimrecht kann und muss Wesentliches zum Schutz der Menschenwürde und der Interessen von HeimbewohnerInnen sowie zur Ermöglichung einer soweit wie möglich selbstbestimmten Lebensführung mit Teilhabe am gesellschaftlichen Leben *beitragen*. Es hieße jedoch das Heimrecht zu überfordern, wenn vom ihm erwartet würde, dies auch „sicherzustellen“.

Damit aber das Heimrecht sein Wirkungspotenzial entfalten kann, ist es konsequent an diesen Zielsetzungen auszurichten. Es ist **Besorgnis erregend**, dass in den „Leitgedanken“ formuliert wird, für das Heimrecht sei „ein gerechter Ausgleich der unterschiedlichen Verhandlungspositionen, der Rechtsstellungen und Interessenlagen der Heimträger und der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner bestimmend“³. Hier scheint sich die Absicht ausdrücken, die Ausrichtung auf die eingangs genannten Aufgaben im Interesse der Heimträger⁴ einzuschränken.

Zu Nr. 1 „Lebensalltag und Lebensnormalität behinderter und pflegebedürftiger Menschen in den Mittelpunkt stellen!“

Der SoVD begrüßt und unterstützt grundsätzlich die Orientierung auf eine „Normalisierung“ der Wohn- und Lebensbedingungen in Heimen, d.h. deren möglichst weitgehende Annäherung an die Selbstbestimmungs-, Selbstgestaltungs- und Teilhabemöglichkeiten des Lebens in eigener Wohnung. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass der Charakter des Heims als **Institution mit umfassendem Versorgungsauftrag** diesem Bestreben auch Grenzen setzt, die kaum überwindbar sind. Auswirkun-

² Vgl. etwa die diesbezüglichen Befunde der Pflege-Enquêtekommision des Landtags oder der vom Land geförderten, vom Landespflegeausschuss intensiv begleiteten Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ (IPW / FfG 2001).

³ Vgl. *Eckpunkte*, S. 2.

⁴ Zwar werden die Heimträger genannt, doch spricht manches dafür, dass damit nicht zuletzt Interessen der *Kostenträger* angesprochen sind.

gen betriebsorganisatorischer Abläufe auf den Lebensalltag, die als Fremdbestimmung und Einschränkung der Privatheit erlebt werden, lassen sich im Heim nicht vollständig vermeiden. Eine eigene Häuslichkeit, die zum Kern des Wohn-Begriffs gehört, ist im Heim nicht gegeben. Bei allem Bemühen um die Normalisierung der Lebensbedingungen im Heim werden sich diese auch zukünftig deutlich von einem selbstbestimmten Leben in eigener Häuslichkeit unterscheiden. Auch aus rechtlichen Gründen sind die BewohnerInnen von Heimen gegenüber Risiken, die der Einzelne bei normalem, selbstbestimmtem Wohnen selbst zu tragen hat, institutionell und regelhaft abzusichern.

Aus solchen Gründen tritt der SoVD vor allem für eine „**Ambulantisierung**“ von **Pflege** ein, für die Stärkung der häuslichen Pflege und Unterstützung in der eigenen Wohnung, einschließlich der ambulant unterstützten neuen Wohnformen. Dies erfordert auch einen deutlichen Ausbau der ambulanten, teilstationären und komplementären Infrastrukturen, deren kleinräumige Vernetzung in den Stadtteilen und Wohnquartieren, sowie entsprechende leistungsrechtliche Verbesserungen, die auch Betroffenen mit kleinsten Einkommen eine tragfähige häusliche Pflege und Unterstützung sichern. Auch die Pflege-Enquêtekommision des Landtags hat der „Ambulantisierung“ von Pflege dankenswerter Weise einen hohen Stellenwert eingeräumt.

Zu Nr. 2 „Teilhabemöglichkeiten stärken!“

Unter dieser Überschrift wird vor allem auf eine unterschiedliche Standardsetzung für Heimeinrichtungen der Altenpflege einerseits und der Behindertenhilfe andererseits orientiert. Es wird behauptet, pflegebedürftige alte Menschen und Menschen mit Behinderung hätten unterschiedliche „Bedürfnisse und Perspektiven“. Da Erstere darauf angewiesen seien, ihr Leben in „einer strukturellen und oft fremdbestimmten Abhängigkeit“ zu führen, wird die Orientierung auf die Stärkung der Teilhabemöglichkeiten auf (jüngere) behinderte Menschen beschränkt.⁵ Hiergegen erhebt der SoVD **grundsätzlichen Widerspruch**.

Offenbar liegt hier ein gravierendes Missverständnis in tatsächlicher, fachlicher und rechtlicher Hinsicht zu Grunde. Spätestens seit Inkrafttreten des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – ist das dem früheren Sozialrecht geschuldete Verständnis obsolet, in den „behinderten“ (= Eingliederungshilfe) und „pflegebedürftigen alten“ Menschen (= Altenhilfe) zwei verschiedene, voneinander abgrenzbare Zielgruppen zu sehen. Ein Abgleich der sozialrechtlichen Definitionen von Behinderung (§ 2 Abs. 1 SGB IX) und Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) lässt un schwer erkennen, dass pflegebedürftige alte Menschen im Sinne des SGB XI immer

⁵ Vgl. *Eckpunkte*, S. 3

auch in ihrer Teilhabe⁶ beeinträchtigte behinderte Menschen im Sinne des SGB IX sind. Der Behinderungsbegriff des SGB IX bezieht auch pflegebedürftige Menschen ein, denen die Anerkennung ihres Pflegebedarfs nach den restriktiven Kriterien des SGB XI bislang versagt wird - insbesondere demenziell erkrankte Menschen.⁷

Der **Landespflegeausschuss** hat in seinem Beschluss zur Priorisierung von Handlungsempfehlungen zum Bericht der Pflege-Enquête des Landtags die **Teilhabeorientierung von Pflege** darüber hinaus auch aus dem **Menschenwürdegrundsatz** der Verfassung hergeleitet und festgestellt: „Menschen z. B. von vornherein als nicht rehabilitationsfähig und als ‚reine Pflegefälle‘ einzustufen, verbietet sich vor diesem Hintergrund.“⁸ Der Schutz der Menschenwürde und der ihr entspringenden Grundrechte gilt uneingeschränkt.

Die Unterscheidung der *Eckpunkte*, nach der die Perspektive pflegebedürftiger alter Menschen in struktureller und fremdbestimmter Abhängigkeit liege, während die der Behindertenhilfe in gesellschaftlicher Eingliederung und der Ebnung des Wegs vom Heim in ein möglichst selbständiges Leben bestehe, steht auch in Widerspruch zu den grundsätzlichen Vorgaben der §§ 2 [Selbstbestimmung], 5, 31 und 32 [Rehabilitation] SGB XI.⁹ Sachlich ist nicht begründbar, warum die Träger der Pflegeversicherung bislang nicht als Rehabilitationsträger in das SGB IX aufgenommen wurden. Die Wahrung und Förderung von Selbstbestimmung, Selbständigkeit und Selbstverantwortung der BewohnerInnen ist nach dem Heimgesetz zudem Voraussetzung für die Zulässigkeit einer Heimeinrichtung (§ 11 Abs. 1 Ziff. 2 HeimG).

Würde man den Anspruch auf Rehabilitation und Teilhabe von einer Prognose abhängig machen, ob im Einzelfall das Ziel eines selbständigen Lebens außerhalb einer Heimeinrichtung tatsächlich erreichbar ist, wie dies die Formulierung der *Eckpunkte* nahe legt, hätte dies umgekehrt weit reichende Folgen für die Eingliederungshilfe. Denn auch hier bleibt ein Teil der Betroffenen voraussichtlich dauerhaft auf ein Leben mit fremder Hilfe angewiesen.

⁶ Eine anerkannte Definition des Teilhabebegriffs liefert das System der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

⁷ Vgl. hierzu auch die Ausführungen von Prof. Dr. Gerhard Igl in der Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 13.12.05; APr 14/321, S. 4.

⁸ Landespflegeausschuss NRW, Priorisierung von Handlungsempfehlungen zum Bericht der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ unter Berücksichtigung fachlich gegliederter Versorgungsnotwendigkeiten, Beschluss vom 23.06.2006, S. 5.

⁹ Die Pflege-Enquêtekommission hat in ihrem Abschlussbericht darauf hingewiesen, dass die Formulierung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ (Überschrift § 31 SGB XI) – entgegen den Regelungen von § 5 Abs. 2, § 31 Abs. 1, § 32 Abs. 1 - dem Missverständnis Vorschub leiste, dass Pflege erst dann in Betracht komme, wenn die Möglichkeiten der Rehabilitation erschöpft seien (vgl. Enquête-Bericht S. 418, 430). Die Kommission stellt fest: „Ressourcen fördernde Maßnahmen in der Pflege können ... nicht als abgegrenzte rehabilitative Maßnahmen eingesetzt werden, sondern ‚jegliche Pflege, wo auch immer sie stattfindet, ist per Definition rehabilitativ.“ (ebd., S. 413)

In der „Altenhilfe“ wie in der „Behindertenhilfe“ muss es gleichermaßen darum gehen, Selbstbestimmung, Teilhabe und eine möglichst normale Lebensführung nicht nur „trotz“ eines Unterstützungsbedarfs zu realisieren, sondern die Hilfe gerade so zu gestalten, dass sie ein Instrument zur Erreichung dieser Ziele sein kann. Daraus ergibt sich u. a. für beide Bereiche die vorrangige Notwendigkeit, die Hilfesysteme nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ so weit wie möglich zu ambulantisieren.

Auch die (verbleibende) vollstationäre Versorgung behinderter wie pflegebedürftiger alter Menschen ist an den gleichen Zielsetzungen der **Teilhabe, Selbstbestimmung und „Normalisierung“** auszurichten. Ein Kurs auf unterschiedliche Standardsetzungen für Heimeinrichtungen der Alten- bzw. der Behindertenhilfe wäre insoweit nicht nachvollziehbar.¹⁰ Grundsätzlich sind Bedingungen, die für behinderte Menschen nicht zumutbar sind, auch für pflegebedürftige alte Menschen nicht zumutbar (und umgekehrt ebenso), denn pflegebedürftige alte Menschen sind ebenfalls behinderte Menschen.

Handlungsbedarf besteht in diesem Zusammenhang allerdings mit Blick darauf, dass jüngere Menschen mit hohem Pflegebedarf immer noch in Pflegeheimen unter ansonsten alten BewohnerInnen untergebracht werden können. Die Unterbringungs- und Lebenssituation der betroffenen Menschen muss **altersgerecht** gestaltet werden.

Zu Nr. 3 „Entbürokratisierungspotentiale ausschöpfen!“

Der Eckpunkt zielt darauf, durch Entbürokratisierung „die Qualität der Pflege zu verbessern und die vorhandenen personellen und sachlichen Ressourcen wirtschaftlich einzusetzen“.¹¹ In diesem Zusammenhang sollen insbesondere die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Entbürokratisierung in der Pflege“ einbezogen werden. Hinsichtlich ihres erklärten Zieles, „*durch Vermeiden von bürokratischem Aufwand ‚Zeitreserven‘ für die Pflegekräfte zu mobilisieren, die den Pflegebedürftigen zu Gute kommen und die Qualität der Pflege in Einrichtungen und Diensten verbessern sollen*“¹², war die AG indes kaum erfolgreich.¹³

¹⁰ Es sei darauf hingewiesen, dass bereits das bestehende Heimrecht besonderen Belangen von Einrichtungen der Behindertenhilfe mittels Ausnahme- und Flexibilisierungsklauseln Rechnung trägt.

¹¹ Vgl. *Eckpunkte*, S. 3

¹² Abschlussbericht der AG „Entbürokratisierung in der Pflege“ des MAGS, Mai 2006, S. 4

¹³ Dies räumt der Bericht auch dem Grunde nach ein, wenn es dort heißt: „Ein wesentliches Ergebnis der bisherigen Beratungen ist, dass Entbürokratisierung und das Erschließen von Entbürokratisierungspotenzialen mit dem Ziel von Zeitgewinn für die konkrete Pflege nicht allein durch Anpassung oder Novellierung der gesetzlichen Vorgaben zu erreichen ist.“ Ebd., S. 12

Die 38 Änderungs- und Deregulierungsvorschläge der Arbeitsgruppe zu pflegespezifischen bundes- und landesrechtliche Vorschriften - darunter 10 zum Heimrecht – beziehen sich ganz überwiegend auf Fragen, die wirtschaftliche Belange der Einrichtungsträger bzw. potentieller Investoren betreffen, Potenziale zur Mobilisierung von „mehr Zeit für Pflege“ aber nicht erkennen lassen. Allein die Empfehlung zur Pflegedokumentation befasst sich mit einem Thema, das offensichtlich für das tägliche Pflegehandeln bedeutsam ist und seit längerer Zeit mit Hoffnungen auf eine Erschließung von Zeitreserven für die Pflege verbunden wurde. Die Handlungsempfehlung bleibt jedoch ähnlich vage wie die anderer Expertengremien zuvor.

Im Ergebnis ist aus dem Bericht die Schlussfolgerung zu ziehen, dass zuvor gehegte Hoffnungen auf eine zeitnahe Mobilisierung nennenswerter zusätzlicher Zeitreserven für die Pflege durch „Entbürokratisierung“ unter den gegebenen Bedingungen einer marktförmigen, vertragsrechtlich ausgestalteten Organisation der pflegerischen Versorgung kaum begründet sind. Umso mehr muss dem als wesentliche Ursache von Qualitätsmängeln in der vollstationären Pflege allgemein anerkannten Problem zu geringer zeitlicher Ressourcen für das Pflegehandeln im Wege der Gewährleistung einer auch quantitativ ausreichenden Personalausstattung der Einrichtungen begegnet werden.

Neben das Ziel der Verbesserung der Pflegequalität stellen die *Eckpunkte* das zweite Ziel des wirtschaftlichen Einsatzes *vorhandener Ressourcen*. Dabei geht es nicht darum – wie man angesichts der *Eckpunkte*-Formulierung annehmen könnte -, im administrativen Bereich eingesparte Ressourcen für pflegerische Zwecke zur Verfügung zu stellen. Den Pflegeheimen wird von den Kostenträgern kein Budget zur Verfügung gestellt, innerhalb dessen eine solche Umleitung von Ressourcen möglich wäre. Da sich die Heimträger mit dem Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur Erbringung des dort beschriebenen Leistungsumfangs verpflichtet haben und dieser als durch die vereinbarten Vergütungen refinanziert gilt, dürften die Kostenträger Einsparungen im administrativen Bereich für sich beanspruchen, solange ihre Leistungsverpflichtungen nach dem SGB XI nicht erweitert werden bzw. es den Heimträgern nicht gelingt, in den Vergütungsverhandlungen eine den vertraglichen Leistungsumfang tatsächlich deckende Refinanzierung zu erreichen.

Einsparungen bei den Kostenträgern dürfen jedoch keine negativen Auswirkungen auf die Situation der BewohnerInnen haben und notwendigen Qualitätsverbesserungen nicht entgegenstehen. In Eckpunkt 3 wird eine Reduzierung der Anzeige- und Berichtspflichten der Heime gegenüber der Heimaufsicht angekündigt. In Anlehnung an den entsprechenden Vorschlag der AG „Entbürokratisierung“ führte Minister Laumann als Beispiel hierfür die Anzeigeverpflichtung bei personellen Veränderungen (§ 12 Abs. 1, bzw. Abs. 3 HeimG) an. Diese sei insoweit kritikwürdig, als sie sich nicht nur auf die Heimleitung und die Pflegedienstleitung beschränke, sondern sich auf

jede personelle Veränderung erstrecke.¹⁴ Für die HeimbewohnerInnen sowie zur Sicherung und Kontrolle der Fachkraftquote durch die Heimaufsicht dürfte aber beispielsweise eine Vermehrung oder Verminderung (Kündigung, Neueinstellung) des Pflegepersonals bedeutsamer sein als ein Wechsel der Heim- oder Pflegedienstleitung. Unter den Vorschlägen der AG „Entbürokratisierung“ finden sich manche, bei denen die Erwartung besserer Wirtschaftlichkeit mit Risiken für die Bewohnerschaft verbunden ist.

Zu Nr. 4 „Einheitliche Rechtsanwendung garantieren!“

Der SoVD NRW begrüßt, dass die Landesregierung hier endlich Handlungsbedarf sieht, um die bisherige Unterschiedlichkeit bei der Rechtsanwendung durch die kommunalen Heimaufsichten und damit verbundene Rechtsunsicherheiten zu überwinden. Ob es ausreichend ist, die Heimaufsicht in Trägerschaft der Kommunen zu belassen, sie aber künftig als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung auszuführen, erscheint jedoch fraglich.

Bisherige Probleme bei der Rechtsanwendung hängen damit zusammen, dass die Kommunen als Träger der Heimaufsicht zugleich im Rahmen der Sozialhilfe Kostenträger der Heimversorgung und teils auch noch selbst Heimträger sind. Sich daraus ergebende strukturelle Interessenkonflikte führen dazu, dass die Ressourcen mancher Heimaufsichten zur umfassenden Aufgabenwahrnehmung (z. B. jährliche Kontrolle jedes Heims) nicht ausreichen. Nach § 23 Abs. 3 HeimG sind die Landesregierungen verpflichtet „sicherzustellen, dass die Aufgabenwahrnehmung durch die zuständigen Behörden nicht durch Interessenkollisionen gefährdet oder beeinträchtigt wird“. Es besteht die Gefahr, dass die bisherige Ansiedlung der Heimaufsicht in NRW in Trägerschaft der Kommunen mit dieser Vorgabe kollidiert.

Weisungen der obersten Landesbehörde können weder den strukturellen Interessenkonflikt beheben noch das Personal der kommunalen Heimaufsicht vermehren, wo dies erforderlich wäre. Würde sich die Wahrnehmung des Weisungsrechts an einem Maß der Aufgabenwahrnehmung orientieren, das auch für schwächer ausgestattete Heimaufsichten leistbar ist, könnte sich dies auf gut ausgestattete und engagierte Heimaufsichten nachteilig auswirken. Zudem ist die weisungsbefugte oberste Landesbehörde keine ständige Anleitungsinstanz für die heimaufsichtliche Praxis. Sie wirkt Rahmen setzend und wird reaktiv tätig, wenn (erhebliche) Probleme auftreten. Auch unter Bedingungen der Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung kann die Praxis der Heimaufsicht noch von den Interessenkonflikten beeinflusst werden.

Der SoVD bekräftigt daher seine Forderung, **die Heimaufsicht bei einem Träger anzusiedeln, der von Interessen der Kostenträger wie der Heimträger gleicher-**

¹⁴ Vgl. Sprechzettel MAGS anlässlich der Vorstellung der „Eckpunkte für ein Landesheimgesetz NRW“ – Pressefrühstück am 02. April 2007.

maßen unabhängig ist. Prädestiniert hierzu wäre die Sozialverwaltung des Landes – die Versorgungsverwaltung, für deren Fortbestehen sich der SoVD NRW aktuell mit großem Engagement einsetzt.

Zu Nr. 5 „Eigenverantwortung der Träger unterstützen!“

Der einleitenden Feststellung „bestmögliche Qualität kann in die Einrichtungen nicht durch die Heimaufsicht ‚hineingeprüft‘ werden“ – was gleichermaßen für den MDK gilt – schließt sich der SoVD NRW an. Ob aber Pflegequalität „von innen heraus, aus dem Selbstverständnis und in der Eigenverantwortung der Träger und Einrichtungen entwickelt werden“ kann, ist nach vielfältigen Befunden maßgeblich auch eine Frage ausreichender Ressourcenausstattung, insbesondere was das Pflegepersonal angeht.¹⁵ Unter den Bedingungen strukturell unzureichender Ressourcenausstattung und Refinanzierung erscheint das Vorhaben, eine bestmögliche Pflegequalität durch Stärkung der Eigenverantwortung der Heimträger erreichen zu wollen, kaum aussichtsreicher als ein „Hineinprüfen“ von Pflegequalität.

Dennoch wendet sich der SoVD mit Nachdruck **gegen einen Abbau der Kontrollen durch die öffentliche Heimaufsicht** zugunsten interner Qualitätsentwicklung und externer Zertifizierungsverfahren. Die Umwandlung des Pflegebereichs in einen wirtschaftlichen Wettbewerbsmarkt, auf dem die Leistungserbringer als „Unternehmen“ und teils mit dem vorrangigen Ziel der Gewinnerzielung tätig sind, hat die Qualitätsrisiken für die NutzerInnen eher vermehrt. Der Bedarf an öffentlicher, sachbezogener und von wirtschaftlichen Interessen der Kostenträger wie der Leistungserbringer unabhängiger Überprüfung und Kontrolle ist gewachsen. Nicht die Reduzierung, sondern eher **eine Stärkung der Kontrollkompetenzen der Heimaufsicht ist geboten.**

In diesem Zusammenhang begrüßt und unterstützt der SoVD die Absicht, **unangemeldete Kontrollen** zur Regel werden zu lassen. Durch eine Schwächung der Kontrollkompetenzen der Heimaufsicht an anderen Stellen würde dieser Fortschritt allerdings entwertet.

Zu Nr. 6 „Mehr Transparenz bei Heimdienstleistungen!“

¹⁵ Schon die in personell *überdurchschnittlich gut* ausgestatteten Heimen durchgeführte Studie „Pflegetbedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ (IPW / FfG 2001) kam zu dem Ergebnis: „Aus den Untersuchungsergebnissen lässt sich folgern, dass spürbare Qualitätsverbesserungen eine Erhöhung des Leistungsumfanges und damit eine bessere Personalausstattung voraussetzen.“ (S. 135).

Der Befund mangelnder personeller Ressourcen insbesondere im vollstationären Bereich zieht sich wie ein roter Faden auch durch die Befunde der Pflege-Enquête, die in den Handlungsempfehlungen feststellt: „Um den heutigen Qualitätsstandard in der Pflege zu halten oder ihn sogar zu verbessern, besteht deshalb die zwingende Notwendigkeit, sich auf ein wesentlich höheres, zur Absicherung des großen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit erforderliches Finanzvolumen vorzubereiten.“ (S. 542)

Hier wird die Hoffnung ausgedrückt, „Image und Akzeptanz“ der Heimunterbringung verbessern zu können, indem die Stellung der NutzerInnen als „Kunden und Konsumenten“ aufgewertet wird. Nach Überzeugung des SoVD sind jedoch Image- und Akzeptanzprobleme der Heimunterbringung vor allem Folge davon, dass

- sie mit dem Verlust der eigenen Häuslichkeit als ein „Leben in einer strukturellen und oft fremdbestimmten Abhängigkeit“ unter teils erheblichen Einschränkungen der Privatsphäre und damit als gleichsam finaler Verlust der selbstbestimmten persönlichen Lebensgestaltung erlebt wird, und zudem
- trotz der hohen privaten Kostenbelastung der BewohnerInnen und ihrer Angehörigen die notwendige menschenwürdige und hochwertige Pflegequalität teilweise wegen mangelnder Ressourcen nicht sichergestellt werden kann.

Eine „Aufwertung“ (Stärkung) der Stellung der Pflegebedürftigen als „Kunden“ am Pflegemarkt erscheint kaum möglich. Das Kundenparadigma ist auf hilfe- und pflegebedürftige Menschen, aber auch auf ihre Angehörigen nicht anwendbar.

Zum einen mangelt es ihnen an der erforderlichen „Kundensouveränität“. Häufig muss die Wahl eines Heimes unter hohem Zeitdruck erfolgen. Insbesondere bei demenzkranken Menschen, für die die Stabilität ihrer räumlichen und personellen Umgebung einen wichtigen Faktor für den Krankheitsverlauf darstellt, ist die Bindungswirkung einer Entscheidung für eine Einrichtung außerordentlich hoch. Es sollte den Pflegebedürftigen, die in einer sehr verletzlichen Lebenssituation mangels tragfähiger ambulanter Hilfen auf eine Heimunterbringung angewiesen sind, aber auch ihren Angehörigen, die diese oft kurzfristig und unter fortdauernder Belastung durch häusliche Pflegearbeit organisieren müssen, grundsätzlich erspart bleiben, sich mittels eines „Markts der Orientierungshilfen“ (Ratgeber, Zertifizierungen, Gütesiegel, etc.) auf einem Markt teils risikobehafteter Angebote orientieren zu müssen. Vielmehr sollte in öffentlicher Verantwortung sichergestellt sein, dass die Betroffenen auch bei Wahl des „nächstbesten“ Angebots stets gut bedient sind.

Zum anderen fällt die Kundenrolle am Markt immer demjenigen zu, der die Rechnung bezahlt. Der Pflegemarkt hat vorrangig die Marktmacht der Sozialhilfeträger und Pflegekassen als „Großkunden“ gestärkt, die auch unmittelbar mit den Einrichtungen die „Preise“ aushandeln. Das Machtgefälle zwischen diesen „Großkunden“ und dem einzelnen Pflegebedürftigen (auch wenn dieser Selbstzahler ist) ist mit Marktinstrumenten kaum auszugleichen.

Gleichwohl würde der SoVD eine **Veröffentlichung der Ergebnisse heimaufsichtlicher Prüfungen** in geeigneter Form begrüßen. Insbesondere die BewohnerInnen und ihre Angehörigen haben ein Recht, zu erfahren, ob und ggf. welche Beanstandungen vorliegen. Dabei bleibt zu berücksichtigen, dass die Befunde Momentaufnahmen darstellen. Änderungen der Angebotsqualität (zum Guten wie zum Schlechten) bleiben auch kurzfristig möglich. Im Falle veröffentlichter Beanstandungen sind Verbesserungen - nicht zuletzt mit Hilfe heimaufsichtlicher Beratung - wahrscheinlich.

Zu Nr. 7 „Rechtssicherheit für neue Wohnformen schaffen!“

Der SoVD begrüßt und unterstützt nachdrücklich, dass selbst bestimmte ambulant betreute Wohnformen, die gerade als Alternative zum Heim entwickelt wurden, nicht dem Heimrecht unterliegen sollen. Instrumente zur Qualitätssicherung bei neuen Wohnformen müssen außerhalb des Heimrechts entwickelt werden. Der Landespflegeausschuss hat hierzu Grundsätze verabschiedet, die von seiner neu geschaffenen Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ operationalisiert werden sollen.

Zu Nr. 8 „Zahl und Qualifikation der MitarbeiterInnen am Hilfebedarf der Bewohner ausrichten!“

Die in der Überschrift ausgedrückte Orientierung entspricht langjährigen Forderungen des SoVD und findet *grundsätzlich* Zustimmung und Unterstützung. Allerdings ist nach unserer Überzeugung das ordnungsrechtlich ausgerichtete **Instrumentarium des Heimrechts hierzu in keiner Weise geeignet**.

Um das formulierte Ziel zu erreichen, sind vielmehr **fachlich tragfähige und verbindliche Instrumente** erforderlich

1. zur Beurteilung des tatsächlichen **individuellen Pflege- und Hilfebedarfs**;
2. zur Definition der **Versorgungsqualität** (Pflege, soziale Betreuung, Ausgleich von Teilhabebeeinträchtigungen, rehabilitative und therapeutische Maßnahmen), die bezogen auf den Bedarf des Einzelfalls zu gewährleisten ist;
3. zur **Personalbedarfsbemessung**.

Regelungen zur Schaffung solcher Instrumentarien sind im SGB XI zwar vorgesehen, bislang aber gar nicht oder nur unzureichend umgesetzt. Die **Begutachtungsrichtlinien** des MDK sind auch nach Auffassung des Landespflegeausschusses kein valides Instrument zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs. Der Landespflegeausschuss sprach sich daher bereits 2005 für „die Einführung evidenzbasierter Erhebungsinstrumente zur Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und eine verbindliche Regelung zur Ermittlung der Pflegebedarfe, auch des Nachts und bei demenziell Erkrankten, sowie eine Anpassung der Bewertungskriterien an die Arbeit einer professionellen Pflege“ aus.¹⁶

§ 80 SGB XI verpflichtet die Kostenträger und Leistungserbringer, auf Bundesebene Grundsätze und **Maßstäbe für die Qualität** und die Qualitätssicherung in der Pflege zu vereinbaren. Nachdem die Vereinbarung von 1996 gekündigt worden war, kam

¹⁶ Vgl. Begutachtungsergebnisse zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI in den Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe, Beschluss des Landespflegeausschusses vom 22.09.2005

eine neue, deren Inkrafttreten für Anfang 2004 vorgesehen war, wegen fehlender Zustimmung der Kostenträger bislang nicht zu Stande. Auch hat die Bundesregierung von ihrer für diesen Fall vorgesehenen Verordnungsermächtigung (§ 80 Abs. 3 SGB XI) keinen Gebrauch gemacht. Zudem bliebe die Validität einer solchen Vereinbarung in soweit zweifelhaft, als sie an die unzureichenden Kriterien des SGB XI gebunden bliebe.

Nach § 75 SGB XI sind in den Landesrahmenverträgen auch entweder landesweite Verfahren zur **Ermittlung des Personalbedarfs** bzw. zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren, wobei der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf von Pflegebedürftigen mit demenzbedingten oder anderweitigen geistigen Einschränkungen zu beachten ist (§ 75 Abs. 3 SGB XI). Auch die Umsetzung dieser Vorgabe scheiterte bislang am Konflikt über Fragen der Finanzierung.

Mit dem NRW-Projekt „Referenzmodelle in der vollstationären Pflege“ verband sich die Hoffnung, Fortschritte bei der Entwicklung von Qualitätsmaßstäben zu erzielen und möglicherweise auch Grundlagen für die Entwicklung eines Personalbedarfsbemessungsverfahrens legen zu können. Ob sich diese Hoffnung erfüllt, bleibt indes auch deshalb zweifelhaft, weil die Ausrichtung an den vorhandenen Ressourcen zu den maßgeblichen Vorgaben zählt.

Eine Lösung der hier angesprochenen Probleme, die Voraussetzung für eine Ausrichtung von Zahl und Qualifikation des Pflegepersonals am Hilfebedarf der BewohnerInnen wäre, ist offensichtlich nicht im Wege heimrechtlicher Regelungen möglich. Zumindest so lange, wie diese Fragen nicht zur Gänze beantwortet sind, **ist die bisherige Mindestquote für Pflegefachkräfte unverändert zu erhalten**. Dies schließt ein, dass Hilfskräfte keine Fachkräfte sind. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass § 75 Abs. 3 SGB XI eine Unterschreitung der heimrechtlichen Fachkraftquote durch vertragliche Regelungen der Personalbedarfsbemessung aus guten Gründen ausdrücklich ausgeschlossen hat.

Der SoVD begrüßt und unterstützt die Auffassung des MAGS, dass neben den Pflegefachkräften auch andere Berufsfelder – etwa aus sozialen, betreuerischen oder therapeutischen Bereichen – nicht minder wichtig für das Leben im Heim sind.¹⁷ Deshalb ist **neben** der Mindestfachkraftquote eine Regelung zu treffen, mit der die Präsenz der benötigten **anderen Fachkräfte** sichergestellt werden kann.

Zu Nr. 9 „Zusammenarbeit der Prüfbehörden verbessern“

Aussagen, die Hinweise auf Regelungsabsichten im Heimrecht geben könnten, finden sich hier nicht. In diesem Zusammenhang unterstreichen wir unsere Forderung,

¹⁷ Vgl. Sprechzettel MAGS zum Pressefrühstück am 02.04.07.

keine Schwächung der Prüfkompetenzen und –verpflichtungen der öffentlichen Heimaufsicht eintreten zu lassen.

Zu Nr. 10 „Bauliche Abforderungen für Heime modernisieren!“

Beabsichtigt ist, eine „doppelte Regelung“ von baulichen Anforderungen - in den Förderbestimmungen des Landespflegegesetzes einerseits und im Heimrecht (Heimmindestbauverordnung / HeimMindBauV) andererseits - durch Zusammenführung in einer Rechtsgrundlage zu vermeiden. Dies vermögen wir nicht nachzuvollziehen. Es handelt sich nicht um eine „doppelte Regelung“, sondern um Regelungen, mit denen in zwei **verschiedenen Rechtsbereichen** (Förderrecht und Ordnungsrecht) **unterschiedliche Zwecke** verfolgt werden. Die HeimMindBauV definiert Mindestanforderungen, ohne deren Erfüllung der Betrieb von Heimen nicht zulässig ist. Mit der Verordnung über die allgemeinen Grundsätze der Förderung von Pflegeeinrichtungen (AllgFörderPflegeVO) nach dem Landespflegegesetz werden dagegen **Entwicklungsziele** für die Infrastruktur verfolgt. Dazu müssen die Anforderungen der AllgFörderPflegeVO substantiell über die Mindeststandards der HeimMindBauV hinausgehen. Unterschiedliche Normsetzungen im Förderrecht und im Heimrecht erscheinen daher **notwendig und unverzichtbar**

Eine „Zusammenführung“ der baulichen Anforderungen in der HeimMindBauV käme dem Verzicht auf die Nutzung der Förderpolitik für Ziele der Weiterentwicklung der baulichen Gegebenheiten gleich. Bei „Zusammenführung“ in der AllgFörderPflegeVO blieben zum einen die Heime der Eingliederungshilfe, die nicht nach dem PfG NW gefördert werden, außen vor. Zum anderen würden sie keine Wirkung für den Altbestand mehr haben. Wir gehen nicht davon aus, dass dies die Absicht der Landesregierung ist.

Zum **Inhalt der beabsichtigten Modernisierung** enthält der Eckpunkt leider keine weiteren Hinweise. Der SoVD sieht hier insbesondere folgende Handlungsbedarfe:

a) Stärkere Reduzierung der Heimgrößen

Ein wichtiges Kriterium ist die **Überschaubarkeit** der Einrichtung für die BewohnerInnen. Diese hängt nicht allein von einer entsprechenden Binnendifferenzierung (kleine Wohngruppen) ab, sondern auch von der Größe der Einrichtung. Zudem korrespondiert die Größe mit dem Einzugsbereich. Das allgemein anerkannte Ziel einer kleinräumig auf Ebene der Stadtteile und Wohnquartiere vernetzen, **dezentral organisierten** Infrastruktur von Pflege- und Hilfeangeboten setzt **kleine Einrichtungen** voraus, die auf den Bedarf ihres Stadtteils oder Wohnquartiers ausgerichtet sind. Dies würde auch zu der geforderten Annäherung an normale Wohnbedingungen beitragen.

Die zunächst 1996 mit dem Landespflegegesetz eingeführte grundsätzliche Begrenzung von förderfähigen Neubaumaßnahmen auf höchstens 80 Pflegeplätze, die sich in § 2 Satz 1 der Verordnung über die allgemeinen Grundsätze der Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AllgFörderPflegeVO; 2003) in abgeschwächter Form¹⁸ erhalten hat, war aus Sicht des SoVD ein Schritt in die richtige Richtung. Daher haben wir mit Sorge zur Kenntnis genommen, dass bereits diese Begrenzung im Abschlussbericht der AG „Entbürokratisierung“ erneut als „betriebswirtschaftlich suboptimal“ angegriffen wird¹⁹. Da gleichwohl die durchschnittliche Einrichtungsgröße in NRW weiterhin deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt²⁰, sollte in jedem Fall im Wege des Förderrechts auf eine deutlich stärkere Reduzierung der Heimgrößen hingewirkt werden. Darüber hinaus wäre zu prüfen, in wieweit dies durch Regelungen in der HeimMindBauV unterstützt werden kann.

Zur **Modernisierung der AllgFörderPflegeVO** schlägt der SoVD vor, die maximale Platzzahl förderfähiger Neubauten und die mit Erweiterungsbauten erreichbare Gesamtplatzzahl zumindest auf die bundesdurchschnittliche Größe von Heimen in privater Trägerschaft von **60 Plätzen**²¹ zu reduzieren. Zudem sollten Maßnahmen zur **Reduzierung der Heimgrößen im Bestand** (etwa Verteilung der bisherigen Platzzahl auf mehrere dezentrale Standorte) und insbesondere die **Angebotsumstellung vom Heim auf Wohnen mit ambulanter häuslicher Pflege** förderpolitisch unterstützt werden.

Bei der **Modernisierung der HeimMindBauV** sollte geprüft werden, ob nicht die gleichen Zielsetzungen dadurch unterstützt werden können, dass eine angemessene Übergangsfrist vorgesehen wird, nach der die Platzzahl die bisherige Obergrenze der AllgFörderPflegeVO von 80 Plätzen nicht mehr überschreiten darf. Für besonders große Einrichtungen könnten ggf. Ausnahmeregelungen (längere Übergangsfristen) getroffen werden.

¹⁸ § 2 Satz 2 AllgFörderPflegeVO weist nunmehr ausdrücklich auf die Möglichkeit hin, auf Antrag des Trägers von dieser Vorgabe abzuweichen.

¹⁹ Vgl. Abschlussbericht der AG „Entbürokratisierung“, Vorschlagstableau, S. 23

²⁰ Vgl. Abschlussbericht der Pflege-Enquêtekommission, S. 167, 233 f. Nach dem Ersten Heimbericht der Bundesregierung (BMSFSJ 2006) beträgt die Heimgröße im Bundesdurchschnitt 73 Plätze, in NRW 81,6 Plätze. Die jüngste Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts beziffert die durchschnittliche Zahl der BewohnerInnen bundesweit mit 64,9 und in NRW mit 73,6. Dies ist der zweithöchste Landeswert. In Niedersachsen (56,2) und Schleswig-Holstein (49,5) liegt sie deutlich unter 60, in drei weiteren Ländern nur knapp darüber. (Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2005, 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime, S. 8)

²¹ Vg. Erster Heimbericht BMSFSJ, S. 45. Wenn privat-gewerbliche Träger diese Durchschnittsgröße erreichen, kann sie kaum „unwirtschaftlich“ sein.

b) Bedarfsgerechtes Angebot an Einzelzimmern

Die Pflege-Enquêtekommission hat in ihrem Abschlussbericht das zu geringe Angebot an Einzelzimmern mit Blick auf die Selbstbestimmung und Selbsterhaltung der Pflegebedürftigen als „nach wie vor prekär“ kritisiert. Nach Feststellung der Kommission befand sich nur knapp die Hälfte der Pflegeplätze in Einzelzimmern, bei privaten Trägern nur ein Drittel.²² Rund 1.500 Plätze (ein Prozent) befinden sich gar noch in 3-Bett-Zimmern.²³

Der SoVD sieht hier dringenden Handlungsbedarf, um sicherzustellen, dass keine Heimbewohnerin das Zimmer – und damit die intime Privatsphäre - mit einer anderen Person teilen muss - es sei denn, dies ist ihr erklärter Wunsch. Dies ist auch im Interesse einer Normalisierung der Wohnbedingungen geboten. Daher sind im Heimrecht

- 3-Bett-Zimmer zu **untersagen**, und
- Unterbringungen in Doppelzimmern nur auf **schriftlich erklärten Wunsch** beider Betroffener zuzulassen.

Im Ergebnis müssten die Heimträger die Vorhaltung von Doppelzimmern auf das Maß begrenzen, in dem sie von Paaren nachgefragt werden.

Anpassungsbedürftig sind auch die Mindestgrößen der HeimMindBauV für Einzel- und Doppelzimmer (12 bzw. 18 qm). Zu prüfen wäre, ob nicht – ggf. mit Übergangsfrist - die Mindestgrößen der AllgFörderPflegeVO (14 bzw. 24 qm) übernommen werden können. Von weiteren Darlegungen offensichtlicher Modernisierungsbedarfe sehen wir hier ab.²⁴

Zu Nr. 11 „Beratungsauftrag der Heimaufsichten stärken!“

Die Formulierungen können so verstanden werden, dass mit einer „Präzisierung“ des bestehenden Aufgabenkatalogs der Heimaufsicht tatsächlich ein **Abbau** ihrer Prüfungskompetenzen gemeint ist. Wie bereits oben erklärt, lehnt der SoVD einen Kompetenzabbau bei der Heimaufsicht ab. Um die Beratungsfunktion von Heimaufsichten zu stärken, die ihr bislang noch nicht umfassend nachkommen, dürfte deren personelle Verstärkung unerlässlich sein.

²² Vgl Abschlussbericht der Pflege-Enquêtekommission, S. 234

²³ Erster Heimbericht BMFSFJ, S. 63

²⁴ Z. B. „Waschtisch“ oder gemeinschaftliche Sanitäreinrichtungen

Zu Nr. 12 „Doppelzuständigkeiten vermeiden – Zusammenarbeit von Heimaufsichten und MDK unterstützen!“

Die beabsichtigte Beschränkung der Prüfkompetenzen der Heimaufsicht bezüglich der Pflegequalität auf Fälle der „Gefahrenabwehr“ (anlassbezogene Prüfungen), wird unter Verweis auf unsere Forderung nach Stärkung der öffentlichen Heimaufsicht abgelehnt. Das vorrangig zu lösende Problem besteht weniger in der Vermeidung von „Doppelkontrollen“, sondern in der Schaffung tragfähiger **Maßstäbe für Pflegequalität** sowie entsprechender Prüfkriterien und –verfahren.²⁵

Zu Nr. 13 „Mitwirkung von Heimbewohnerinnen und –bewohnern vereinfachen!“

Die Formulierungen erwecken den Eindruck, dass zu „bürokratische“ Regelungen der Heimmitwirkungsverordnung (HeimMitwirkungsV) einer stärkeren Nutzung der Mitwirkungsrechte entgegenstünden. Sozialminister Laumann bezog sich erläuternd darauf, dass es in Heimen mit ganz überwiegend demenzkranken BewohnerInnen faktisch unmöglich sei, einen Heimbeirat zu wählen.²⁶

Wir erinnern daran, dass in der geltenden Fassung der HeimMitwirkungsV dieser Problematik zum einen dadurch Rechnung getragen ist, dass neben BewohnerInnen und ihren Angehörigen auch „sonstige Vertrauenspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner, Mitglieder von örtlichen Seniorenvertretungen und von örtlichen Behindertenorganisationen sowie von der zuständigen Behörde [d.h. der Heimaufsicht] vorgeschlagene Personen“ wählbar sind.²⁷ Darüber hinaus kann die Heimaufsicht Abweichungen von der regelhaft vorgegebenen Zahl der Beiratsmitglieder sowie der zu beachtenden Fristen zulassen, wenn dadurch die Bildung eines Heimbeirats ermöglicht wird.²⁸ Kann dennoch ein Beirat nicht gebildet werden, sieht § 10 Abs. 4 HeimG die unverzügliche Berufung von HeimfürsprecherInnen zur Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte vor. Schließlich ist auch die Schaffung eines nicht näher definierten „Ersatzgremiums“ anstelle von Beirat bzw. FürsprecherInnen möglich.²⁹ Dass hier zu hochschwellige „bürokratische“ Regelungen die Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte erschweren, können wir nicht erkennen. Stattdessen könnte das Erfordernis bestehen, die Gewinnung geeigneter externer Personen für die Mitwirkung in Beiräten oder als FürsprecherInnen durch eine **Verbesserung der Anreize** und institutionali-

²⁵ So verweisen die Regelungen zu Prüfinhalten und –umfang in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) des MDS vom November 2005 als Basis der Prüfungen auf die Vereinbarungen über die Qualitätsmaßstäbe gem. § 80 SGB XI (Ziffer 6 Abs. 3 QPR), die bislang nicht existieren.

²⁶ Vgl. Sprechzettel MAGS zum Pressefrühstück am 02.04.07.

²⁷ Vgl. § 3 Abs. 2 HeimMitwirkungsV.

²⁸ Vgl. § 11a HeimMitwirkungsV.

²⁹ Vgl. § 28 a HeimMitwirkungsV.

sierte Angebote zum regelmäßigen einrichtungsübergreifenden Erfahrungsaustausch zu erleichtern.

In dem Eckpunkt wird positiv Bezug genommen auf Vorschläge der AG „Entbürokratisierung“ zur Vereinfachung von Regelungen der Heimmitwirkung.³⁰ Nach unserem Eindruck dienen diese Vorschläge jedoch nicht einer Erleichterung der Heimmitwirkung, sondern eher den Interessen der Träger bzw. Investoren. Ihre Umsetzung würde zu einem **Abbau von Mitwirkungsrechten** und von Kostentragungsverpflichtungen des Trägers führen. Statt die Heimmitwirkung angesichts der von Herrn Minister angedeuteten Probleme zu erleichtern, würden bestehende funktionsfähige Beiräte in ihren Rechten beschnitten. Der Vorschlag, in der Regelung über die Wählbarkeit zum Heimbeirat (§ 3 Abs. 2 HeimMitwirkungsV) einen ausdrücklichen Vorrang für KandidatInnen aus der Bewohnerschaft festzuschreiben, würde vielfach die Schwierigkeiten bei der Gewährleistung einer qualifizierten Interessenvertretung eher noch vergrößern.

Der SoVD fordert deshalb, die **Rechte der Heimmitwirkung und Interessenvertretung der BewohnerInnen uneingeschränkt zu sichern und möglichst zu stärken.**

³⁰ Vgl. Abschlussbericht der AG „Entbürokratisierung“, Vorschlagstableau, S 16 f.