

**Landesverband
Nordrhein-Westfalen**



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

02.11.2009

Stellungnahme zur Evaluation des Landespflegegesetzes NRW

**(Bericht der TU Dortmund zur Evaluation des zum 1.8.2003 novellierten
Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalens – PfG NW, August 2009)**

Inhalt

Vorbemerkung	3
A Grundsätzliches	
1. „Ambulant vor stationär“	3
2. Erhebliche Kommunalisierungsprobleme	7
3. Bedarfsgerechte Strukturentwicklung?	8
4. Bewertung und Forderungen der Kommunen zum PfG NW	9
B Zu einzelnen Bereichen	
1. Infrastrukturen häuslicher Pflege	9
1.1 Pflegeberatung (§ 4 PfG NW)	10
1.2. Ambulante Dienste	11
1.3 Komplementäre ambulante Dienste (KAD)	12
1.4 Neue Wohnformen	14
1.5 Tagespflege	15
1.6 Kurzzeitpflege	17
2. Pflegeheime (vollstationäre Dauerpflege)	18
2.1 Personalausstattung	18
2.2 Bauliche Standards	19
2.2.1 Einzelzimmerquote	20
2.2.2 Einrichtungsgrößen	22
2.2.3 Zimmergrößen	22
2.2.4 Badsituation	23
2.3 Heimnachfrage	23
2.4 Heimentgelte	24
3. Pflegebedingte Armut und Sozialhilfeabhängigkeit	25
Schlussbemerkung	27

Vorbemerkung

Der SoVD NRW begrüßt, dass die Landesregierung den an der pflegerischen Versorgung Beteiligten den umfangreichen Evaluationsbericht zur Stellungnahme vorgelegt hat. Allerdings hätte dieses Anhörungsverfahren nach Art. 2 der PfG NW-Novelle 2003 bereits vor Ablauf des Jahres 2008 stattfinden müssen.

Mit größter Besorgnis konstatieren wir, dass die Evaluationsdiskussion überschattet wird von Botschaften des neuen Koalitionsvertrags auf Bundesebene, die auf Absichten einer weit reichenden **Privatisierung der Pflege- und Krankenversicherung** hindeuten. Ein weiteres Mal scheint man einseitig die Arbeitgeber entlasten zu wollen, indem man den Versicherten einseitig zusätzliche Kosten auferlegt. Die Abkehr von bewährten Solidargrundsätzen der sozialstaatlichen Sozialversicherung droht sich zu beschleunigen. Bei der Pflegeversicherung ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass der Grundsatz der paritätischen Finanzierung schon von jeher nur noch formal galt, indem die Arbeitgeber für ihren Beitragsanteil durch Streichung eines gesetzlichen Feiertags entschädigt wurden. Die vollständige Aufgabe der paritätischen Finanzierung würde die Finanzierungsbasis dramatisch einengen und ließe die Möglichkeiten zur Realisierung von langjährig eingeforderten notwendigen Verbesserungen weiter in die Ferne rücken.

Zudem muss es nachgerade absurd erscheinen, wenn kurz nach einem Finanzmarktkollaps historischen Ausmaßes über einen Umstieg vom Umlageverfahren zum Kapitaldeckungsverfahren nachgedacht wird. Angesichts der hohen und weiterhin unbewältigten Risiken der internationalen Kapitalmärkte kommt dies aus Sicht des SoVD einem „Monopoly-Spiel“ bei der Absicherung der Pflegebedürftigkeit gleich.

Aus gegebenem Anlass fordert der SoVD NRW die Landesregierung auf, sich nach Kräften dafür einzusetzen, dass derartige Absichten nicht verwirklicht werden. Stattdessen muss es darum gehen, der Pflegeversicherung im Wege der Herstellung einer tatsächlichen Finanzierungsparität und der Fortentwicklung zu einer Pflege-Bürgerversicherung die Beitragsmittel zur Verfügung zu stellen, die sie zur Erfüllung ihrer sozialen Sicherungsaufgaben dringend benötigt.

A Grundsätzliches

1. „Ambulant vor stationär“

Der gesetzliche normierte Vorrang der häuslichen Pflege (§ 3 SGB XI) ist ständiger Auftrag, die öffentlich verantworteten Strukturen professioneller pflegerischer Versorgung dahingehend zu entwickeln, dass pflegebedürftige Menschen die erforderliche Pflege und Unterstützung zunehmend in ihrer eigenen Wohnung erhalten und mög-

lichst nicht mangels tragfähiger ambulanter Hilfe genötigt sind, in ein Pflegeheim umzuziehen („Ambulantisierung“ der pflegerischen Versorgung).

In diese Richtung orientieren auch die Zielbestimmungen des § 1 Abs. 1 PfG NW. Danach soll sich die Angebotsstruktur

„an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und der sie Pflegenden orientieren. Sie soll in kleinen, überschaubaren und stadtteilbezogenen Formen unter Beachtung der Grundsätze der Qualitätssicherung, der Wirtschaftlichkeit und des Wettbewerbs der Anbieter untereinander entwickelt werden. Die darauf aufbauende Versorgung soll nach dem Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Versorgung ortsnah, aufeinander abgestimmt und nach dem allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnisstand sichergestellt werden und die pflegenden Angehörigen bei der häuslichen Pflege unterstützen.“
(Hervorhebungen von uns)

Zudem formuliert die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (BRK)¹ in Artikel 19:

„Die Vertragsstaaten ... gewährleisten, dass
a) *Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;*
b) *Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist;...“.* (Hervorhebungen von uns)

Der SoVD setzt sich von jeher für die vorrangige Stärkung der häuslichen Pflege ein und unterstützt deshalb auch die **Bundesinitiative „Daheim statt Heim“**. Ausweislich der amtlichen Pflegestatistik ist jedoch tatsächlich der Anteil der HeimbewohnerInnen in vollstationärer Dauerpflege an allen Pflegebedürftigen in NRW von 26,4 % (1999) auf 29,9 % (2007) weiter angestiegen², während der Anteil der häuslich Gepflegten insgesamt zurückging. Zwar stieg auch der Anteil derer, die professionelle Unterstützung zur häuslichen Pflege erhielten, von 20,2 % (1999) auf 23,0 % (2007). Jedoch verschlechterte sich das Verhältnis von ambulant zu stationär Gepflegten von 1:1,36 auf 1:1,44. Ein Trend zur „Ambulantisierung“ der Versorgungsstrukturen ist

¹ Die BRK ist hier heranzuziehen, weil alle pflegebedürftigen Menschen zugleich behinderte Menschen im Sinne der BRK (und des SGB IX) sind.

² In den im Evaluationsbericht betrachteten Jahren 2003-2007 stieg der Anteil der HeimbewohnerInnen zunächst auf den Spitzenwert von 30,7 % (2005) und ging bis 2007 auf 29,9 % geringfügig zurück.

bislang nicht erkennbar. Vielmehr lässt der im Evaluationsbericht erwähnte Zubau von weiteren 208 Pflegeheimen mit ca. 15.000 Plätzen in den Jahren 2008 bis 2010 eher eine weitere Zementierung des „Heimvorrangs“ in der professionellen Versorgungsstruktur erwarten.

Die maßgeblichen Ursachen dafür, dass eine Annäherung an das Ambulantisierungsziel ausgeblieben ist, liegen in der **unzureichenden leistungsrechtlichen Absicherung** professioneller häuslicher Pflege und Unterstützung. Diese hat nur den Auftrag der „Ergänzung“ häuslicher Pflegearrangements, die grundsätzlich von einer (oder mehreren) unentgeltlichen Hauptpflegeperson(en) sicherzustellen sind (§ 4 Abs. 2 SGB XI), während die Heimpflege einen *umfassenden* Versorgungsauftrag hat. Wenngleich die sachleistungsbezogenen Zuschüsse der Pflegeversicherung zwischenzeitlich denen für die Heimpflege stärker angenähert wurden und jetzt in Pflegestufe III den gleichen Betrag erreichen, bleiben sie (ambulant *wie* stationär) von einer Deckung der realen pflegerischen Kosten (stationär: ohne Unterkunft und Verpflegung) deutlich entfernt. Für die Leistungsverpflichtung der Sozialhilfeträger gilt weiterhin die (mit der BRK nicht zu vereinbarende) Einschränkung, dass ambulante Hilfen nur zu gewähren sind, soweit sie die Kosten einer vollstationären Unterbringung nicht überschreiten. Für die pflegebedürftigen Menschen und ihre pflegenden Angehörigen, die im Fall der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege zu den Kosten herangezogen werden, unterscheidet sich die ambulante und stationäre Hilfe zur Pflege in der Regel dadurch, dass eine durchgreifende Entlastung von unentgeltlicher Pflegearbeit nur bei stationärer Unterbringung eintritt.³ Besonders betroffen von unzureichenden ambulanten Versorgungsmöglichkeiten sind allein stehende Menschen ohne unentgeltliche Hauptpflegeperson. Pflegebedürftige und ihre Familien, die sich dies finanziell leisten können, haben in ihrer Not den „grauen Markt“ meist osteuropäischer „Haushaltshilfen“ erschlossen, die nicht selten eine „Rund um die Uhr“-Betreuung sicherstellen müssen, sich aber teils in arbeits- und sozialrechtlicher Entrechtung bewegen.

Eine weitere wesentliche Ursache für den Fortbestand des „Heimvorrangs“ liegt darin, dass die öffentliche (Landes-)Aufgabe der „Planung“ der Versorgungsstrukturen (§ 9 SGB XI) hinter den „**Marktvorrang**“ zurück getreten ist. Wirksame Instrumente, mit denen das Land und/oder die Kommunen eine Ambulantisierung ihrer Versorgungsstrukturen herbeiführen könnten, sind dem Gebot „wettbewerbsneutraler“ Förderung zum Opfer gefallen. Die Steuerungshoheit ist auf die Marktkräfte übergegangen. Worin die im Evaluationsbericht wiederholt angedeutete „angebotsinduzierende“ Steuerungsmöglichkeit der Kommunen in Zeiten defizitärer Haushalte tatsächlich bestehen soll, erschließt sich uns nicht.

³ Pflegende Angehörige werden durch die Pflegearbeit nicht selten über vertretbare Grenzen hinaus in Anspruch genommen. Allerdings ist zu befürchten, dass auch die Pflegeheime bei fortdauernder personeller Unterausstattung zunehmend nur durch Einbindung ehrenamtlicher Kräfte in der Lage sind, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Ein bedeutsames Erschwernis für die Konstruktion tragfähiger Pflegearrangements auch bei relativ entwickelter örtlicher Angebotsstruktur und im Einzelfall gegebener Finanzierbarkeit besteht darüber hinaus in den teils schwierigen **Organisations-, Koordinierungs- und Managementaufgaben**, die sich mit dem Einsatz einer Mehrzahl beteiligter Dienste und Einrichtungen verbinden. Zu einer Leistungserbringung nach SGB XI (ambulant, teilstationär) müssen häufig Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der Hilfsmittelversorgung (SGB V), komplementärer ambulanter Dienste (KAD), ggf. auch der Wohnraumanpassung und/oder eines „niedrigschwelligen Betreuungsangebots“ für Demenzkranke in Anspruch genommen werden. Langjährige Diskussionen über die Dringlichkeit eines **Case- und Care-Managements** durch Beratungseinrichtungen haben bislang kaum zu greifbaren Ergebnissen geführt.

Die Angaben des Berichts zu den kommunalen Förderausgaben für die Infrastrukturen offenbaren nochmals die unterschiedliche „Wertschätzung“ häuslicher und vollstationärer Versorgung. Fasst man alle Ausgaben rund um die häusliche Pflege zusammen⁴, errechnen sich durchschnittliche Ausgaben je Einwohner von 10,20 Euro. Für Pflegeheime (Pflegewohngeld und Hilfe zur Pflege in Einrichtungen) wird dagegen ein Betrag von 47,67 Euro je Einwohner – fast das Fünffache – aufgewendet.⁵

Es mag dem auf die Veränderungen der PfG NW-Novelle von 2003 fokussierten Auftrag der Evaluation geschuldet sein, dass sie der Frage der notwendigen Ambulantisierung der professionellen Strukturen nicht gezielt nachgeht. Allerdings ist der Evaluationsbericht erkennbar von einer **strukturkonservativen Grundhaltung** geprägt. In seiner Darstellung der Qualitätskriterien des § 1 PfG NW für die vorzuhaltende Versorgungsstruktur nimmt er auf den Vorrang der häuslichen Versorgung keinerlei Bezug, obwohl dieser einen zentralen Aspekt der „Bedürfnisorientierung“ gegenüber Pflegebedürftigen wie pflegenden Angehörigen gleichermaßen darstellt.⁶ Die Feststellung im Fazit, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ durch die Freigabe des Marktes „offensichtlich nicht konterkariert“ worden sei⁷, deutet darauf hin, dass nach dem Verständnis der Verfasser diesem Grundsatz Rechnung getragen wäre, so lange sich die Relation zwischen häuslicher und stationärer Versorgung nicht noch deutlich stärker zugunsten der Heime verschiebt.

Es hätte nahe gelegen, die verfügbaren Daten so aufzubereiten, dass **vergleichende Betrachtungen von häuslicher und vollstationärer Pflege** möglich werden. Die Darstellungen zu den verschiedenen Versorgungsformen sind jedoch in soweit nicht

⁴ Investitionsförderung ambulante Dienste, Tages- und Kurzzeitpflege, Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen (SGB XII), Wohnberatung und Pflegeberatung. Bezüglich komplementärer ambulanter Dienste kann der Bericht keine landesweit aussagefähigen Angaben machen.

⁵ Auch der vergleichsweise „hoch“ erscheinende Betrag für Heime reicht zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Pflege im Heim meist nicht aus.

⁶ Vgl. Evaluationsbericht, S. 187.

⁷ Vgl. ebd. S. 262.

vergleichbar und teils auch missverständlich, als der Kontrastierung „hoher“, „mittlerer“ und „niedriger“ Werte unterschiedliche Parameter zu Grunde gelegt sind. Ein „hoher“ Anteil von ambulant Versorgten (25 % und mehr) kann bereits niedriger liegen als ein „niedriger“ Anteil von HeimbewohnerInnen (unter 27 %). Zur besseren Vergleichbarkeit hätte auch beigetragen, die Darstellungen zur Tages- und Kurzzeitpflege auf den jeweiligen Anteil an den Pflegebedürftigen zu beziehen. Stattdessen wurden teils sehr unterschiedliche Maßstäbe gewählt, in einem Fall sogar für die gleiche Angebotsart.⁸

Vertiefende Untersuchungen hätten dem **Entwicklungsstand kleinräumig vernetzter Infrastrukturen häuslicher Pflege (Quartiersorientierung)** gelten sollen, um Aufschlüsse über deren Tragfähigkeit auch bei hohem Pflege- und Hilfebedarf zu gewinnen. Leider wurden vertiefende Untersuchungen zu einzelnen Aspekten nur für die Pflegeheime angestellt, was den **Evaluationsbericht insgesamt „heimlastig“** erscheinen lässt.

2. Erhebliche Kommunalisierungsprobleme

Der Bericht offenbart **vielfach erschreckende Lücken in den kommunalen Datenbeständen**, die valide Aussagen zu wichtigen Aspekten für zahlreiche Kommunen sowie landesweit nicht ermöglichen. Gravierende Defizite bestehen insbesondere in den Bereichen Neue Wohnformen, Tages- und Kurzzeitpflege, Wohn- und Pflegeberatung sowie komplementäre ambulante Dienste, obwohl in diesen für den Vorrang der häuslichen Pflege bedeutsamen Bereichen kommunale Verpflichtungen nach dem PfG NW bestehen. Erst recht nicht nachvollziehbar ist, dass Kommunen selbst im Bereich ihrer Pflichtaufgaben als Sozialhilfeträger (Hilfe zur Pflege, nachschüssige Investitionsförderung) häufig keine oder keine aussagefähigen Daten zur Verfügung stellen konnten.

Da der Sicherstellungsaustrag für die pflegerischen Versorgungsstrukturen dem Land obliegt (§ 9 SGB XI), hätte das Land bei der Kommunalisierung der Verantwortungswahrnehmung dafür Sorge tragen müssen, dass ihm auf Basis landeseinheitlicher Verfahren der Datenerhebung möglich bleibt, jederzeit ein realitätsnahes Bild vom tatsächlichen Stand der Entwicklung zu gewinnen. Es ist keinesfalls hinnehmbar, dass die Versorgungsrealitäten in NRW zu Teilen in kommunalen „black boxes“ verschwinden.

Noch Besorgnis erregender sind die Befunde des Evaluationsberichts über die **kommunale Anwendung und Umsetzung des PfG NW**. 43 % der Kreise und kreis-

⁸ Zur Darstellung von Versorgungsquoten wurden bei den Heimen einerseits Anteile in vH der Pflegebedürftigen, andererseits Plätze je 100 Einwohner im Alter von 80 und mehr Jahren gewählt. Für die Tages- und Kurzzeitpflege finden sich keine Anteile in vH der Pflegebedürftigen, sondern in Plätzen je 10.000 über 65-Jährige, bei der Tagespflege abweichend auch je 10.000 Einwohner. Auf Einwohner bezogene Relationen sind weniger aussagefähig als auf Pflegebedürftige bezogene.

freien Städte haben seit 2003 noch keine Pflegeplanung (§ 6) vorgelegt „und beabsichtigen dies auch nicht in näherer Zukunft“.⁹ Mag dies noch in soweit verständlich erscheinen, als eine solche „Planung“ ohne wirksame Steuerungsinstrumente vielfach als bürokratischer Selbstzweck wahrgenommen werden könnte, ist der Befund, dass 20% der Kommunen auch noch keine Bewertung der örtlichen Versorgungsangebots vorgenommen haben, deutlich strenger zu bewerten. Denn ohne eine solche qualifizierte Bestandsaufnahme dürften die Aufgaben der Pflegeberatung nach § 4 kaum sachgerecht wahrgenommen werden können.

Die Mehrheit der 36 Kommunen, die auf Basis einer Bewertung des Versorgungsangebots zu vorläufig abschließenden Ergebnissen gekommen sind, hat **gar kein Förderprojekt für KAD**¹⁰ - ein starkes Indiz dafür, dass sie ihrem Sicherstellungsauftrag nach § 14 nicht nachkommen. Fast zwei Drittel der Kommunen (63 %) haben bislang den gesetzlichen Auftrag, bei der Weiterentwicklung des Beratungsauftrags auf die Entwicklung von Fallmanagement hinzuwirken, nicht erkennbar umgesetzt.¹¹ „Einige“ (nicht bezifferte) Kommunen gaben gar an, „nur einen geringen Teil“ ihrer Pflegeheime daraufhin zu überprüfen, ob sie die Voraussetzungen für die Investitionsförderung aus kommunalen Mitteln nach dem PfG NW erfüllen.

Insgesamt ergibt sich das Bild, dass Umgang und Qualität der kommunalen Aufgabenwahrnehmung sehr unterschiedlich, insgesamt aber höchst unbefriedigend ausfallen. Zwischen Rechtsanspruch und Rechtswirklichkeit des PfG NW hat sich eine teils tiefe Kluft geöffnet, die dringend geschlossen werden muss. Um eine **landeseinheitliche Rechtsanwendung** und **gleichwertige Lebensverhältnisse** in allen Regionen des Landes sicherzustellen, sollte die Aufgabenwahrnehmung nach dem PfG NW zumindest als „**Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung**“ ausgestaltet werden.

3. Bedarfsgerechte Strukturentwicklung?

Der Bericht verzichtet darauf, aus den verfügbaren Daten Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob und in wieweit die weitestgehend dem Markt überantwortete Strukturentwicklung der Entwicklung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in quantitativer wie in qualitativer (ambulant vor stationär) Hinsicht Rechnung trägt. Dabei wäre mit Blick auf das Gebot der Gewährleistung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Lande zu fragen, ob in allen Städten und Gemeinden der Zugang zu vorrangig häuslicher Pflege und Unterstützung (ambulante Dienste, Tages- und Kurzzeitpflege, komplementäre Angebote) gleichermaßen gewährleistet ist, oder ob in soweit öffentliche Handlungsbedarfe im Sinne des Sicherstellungsauftrags nach § 9 SGB XII be-

⁹ Vgl. Evaluationsbericht S. 138.

¹⁰ Zudem ist ein Teil der im Bericht skizzierten KAD-Förderprojekte kaum ersthaft im Sinne von § 14 PfG NW darstellbar.

¹¹ Vgl. Evaluationsbericht, S. 127.

stehen oder sich abzeichnen. Wir vermuten, dass eine entsprechende Auswertung des Datenbestands durchaus Aussagen hierzu erlauben würde. **Grundsätzlich ist zu gewährleisten, dass die Wahrung des Grundrechts auf ein selbstbestimmtes Leben in eigener Häuslichkeit nicht vom Wohnort abhängt.**

Das Erfordernis einer Evaluation in dieser Hinsicht ergibt sich auch, dass der Markt sich für soziale (pflegerische) Bedürfnisse und Bedarfe an sich nicht interessiert, sondern nur in soweit, als sich diese in *zahlungsfähige Nachfrage* übersetzen lassen. Der dem Verständnis von Pflege als Teil öffentlicher Daseinsvor- und -fürsorge entspringende Sicherstellungsauftrag von § 9 SGB XII steht deshalb in einem grundsätzlichen Spannungsverhältnis zum Markt.

Allerdings liefern die Befunde für die baulichen Qualitäten von Pflegeheimen bereits unmissverständliche Hinweise, dass die Unterschreitung von Standards des PfG NW bei privaten, auf Gewinnerzielung ausgerichteten Trägern besonders ausgeprägt ist. Dennoch werden offenbar auch solche „Substandardeinrichtungen“ aus öffentlichen Mitteln „wettbewerbsneutral“ gefördert.

4. Bewertung und Forderungen der Kommunen zum PfG NW

Wenngleich nicht wenige der im Bericht wiedergegebenen Bewertungen und Änderungsvorschläge der Kommunen zu Regelungen des PfG NW durchaus konstruktiv erscheinen, kritisiert der SoVD NRW aus grundsätzlichen Erwägungen, dass von allen an der pflegerischen Versorgung Beteiligten ausschließlich und einseitig maßgebliche Kostenträgern im Rahmen der Evaluation Gelegenheit zur Stellungnahme erhielten. Die häufig beklagenswerten kommunalen Leistungen der Zuarbeit durch Bereitstellung aussagefähiger Daten rechtfertigen eine solche Privilegierung jedenfalls nicht.

B Zu einzelnen Bereichen

1. Infrastrukturen häuslicher Pflege

Wie bereits erwähnt, bedürfen tragfähige häusliche Pflegearrangements vielfach des „modularen“ Zusammenwirkens unterschiedlicher pflegerischer und pflegeergänzender Angebote. Dazu ist eine kleinräumig vernetzte Infrastruktur in den Wohnquartieren einschließlich Beratung mit Case- und Care-Management erforderlich. Zudem muss geeigneter Wohnraum vorhanden sein. Leider liefert der Bericht keine Zusammenschau der infrastrukturellen Voraussetzungen, sondern beschränkt sich auf die fragmentierende Darstellung der verschiedenen Segmente.

1.1 Pflegeberatung (§ 4 PfG NW)

Wenngleich Pflegeberatung die vollstationäre Versorgung einschließen muss und in manchen Fällen eine Beratung zum Umzug ins Heim aus Gründen des Schutzes pflegender Angehöriger vor Überlastung und Überforderung dringend geboten sein kann, ordnen wir die Beratung hier der häuslichen Pflege zu. Der Grund ist die im Vergleich zur vollstationären Versorgung deutlich größere Unübersichtlichkeit der Unterstützungsangebote, deren Kombination zu möglichst tragfähigen Arrangements meist eine deutlich intensivere Beratung erfordert.

Seit dem „Bestimmungserlass“ der Landesregierung auf Basis der Landesrahmenvereinbarung über Pflegestützpunkte nach § 92 c i. V. mit § 7 a SGB XI befindet sich die **Beratungslandschaft in NRW im Umbruch**. Die Rahmenvereinbarung zielt auf eine Neustrukturierung aller Beratungshilfen rund um Pflege unter Kontrolle der beiden großen Kostenträger (Pflegekassen und Sozialhilfeträger), die auch die Pflegeberatung nach § 4 PfG NW einbezieht.

Da die Verpflichtung zur Vorhaltung einer „§ 4-Beratung“ bereits seit 1996 besteht, ist es schon erstaunlich, dass es zwölf Jahre später immer noch einen Landkreis gibt, der dieser gar nicht nachkommt. Von den 31 Kreisen verfügen 14 (45 %) nur über ein zentrales Beratungsangebot, so dass die Inanspruchnahme für einen Teil der Kreisbevölkerung wegen weiter Entfernungen nur schwer praktikabel sein dürfte. Der Unterstützungsauftrag des § 4 kann hier nur unzureichend umgesetzt werden. Zumindest bei den sechs Kreisen, die ihre singuläre Beratungsstelle mit maximal einem Vollzeitäquivalent betreiben, dürfte eine „bloß formale“ Aufgabenwahrnehmung vorliegen. Dies gilt auch für kreisfreie Städte, die ebenfalls nur eine singuläre Beratungsstelle mit maximal einem Vollzeitäquivalent unterhalten. Äußerst fraglich ist auch die „Lösung“ eines Kreises, der seine *Heimaufsicht* mit der Beratung beauftragt hat, obwohl dieser entwickelte Kenntnisse der häuslichen Unterstützungsstrukturen nicht unbedingt unterstellt werden können. Darüber hinaus hielten 63 % der Kommunen kein Personal vor, mit dem die vom PfG NW geforderte Entwicklung eines Case-Managements hätte in Angriff genommen werden können. Mit einer *landesweit* insgesamt 32 Vollzeitstellen entsprechenden Personalausstattung kann von einem tragfähigen Fallmanagement in NRW noch nicht ansatzweise die Rede sein.¹² Die landesweit enorme Spreizungsbreite von Anzahl (ohne die „Ausreißer“ Kleve und Köln: 1 – 17) und personeller Ausstattung (0,3 – 5,0 Vollzeitäquivalente) der Beratungsstellen deutet insgesamt auf **beträchtliche Qualitätsunterschiede** hin, die kaum akzeptabel sein können.¹³

Unbefriedigend ist, dass nur eine Minderheit der Kommunen Angaben über die **finanzielle Förderung** der Pflegeberatung im Untersuchungszeitraum machen kann.

¹² Vgl. Evaluationsbericht, S. 127

¹³ Vgl. ebd., Tabellenteil, S. 127 f.

Wegen der zu schmalen Datenbasis sind landesweite Aussagen, insbesondere zur Entwicklung der Förderung, nicht möglich.¹⁴

Die gesetzlich geforderte **Trägerunabhängigkeit** ist weder bei (weit überwiegender) kommunaler Trägerschaft, noch bei (vereinzelter) Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege gegeben. Als Sozialhilfeträger sind die Kommunen stets Kostenträger der Pflege und teils sind sie zudem noch Träger von Pflegeeinrichtungen. Die Freie Wohlfahrtspflege ist hauptsächlich als Leistungserbringer tätig. „Trägerunabhängige“ Beratung kann nicht „neutral“ sein, vielmehr muss sie **parteilich im Interesse der Ratsuchenden** und daher unbeeinflusst von wirtschaftlichen Interessen der Kostenträger und Leistungserbringer gleichermaßen stattfinden.

Der Bericht sieht angesichts zunehmender Komplexität des pflegerischen Versorgungssystems eine wachsende Bedeutung individueller Beratung, konstatiert aber zugleich ein „**Beratungsdickicht**“, das wiederum Wegweiser zur Orientierung erfordert.¹⁵ Ob die zukünftige Entwicklung von Pflegestützpunkten dieses Dickicht etwas lichten wird, oder ob es (auch) zu Kahlschlägen bei bisherigen dezentralen Beratungsangeboten kommt, bleibt zurzeit abzuwarten.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die „zunehmende Komplexität“ der Versorgungsstrukturen vor allem mit der **Unübersichtlichkeit des Marktes** verknüpft ist und vor allem für häusliche Pflegearrangements besondere Erschwernisse schafft. Am Markt entstehende Versorgungs- und Qualitätsrisiken schaffen einen Bedarf für Orientierungshilfen. Der Markt hat darauf mit einem kaum noch überschaubaren Angebot an Ratgebern und Beratungsangeboten reagiert. Wird die Bereitstellung von Orientierungshilfen auf dem Beratungsmarkt erneut dem Markt überlassen, droht die Eröffnung eines weiteren Marktes, dessen Angebote am Ende gleichfalls der Orientierungshilfen bedürfen. Aus der Nutzerperspektive ist diese Entwicklung absurd. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen benötigen nicht „Markttransparenz“, sondern die Gewähr, dass eine bedarfsgerechte und differenzierte Versorgungsstruktur von gesicherter, durchgängig hoher Qualität zur Verfügung steht. Diese Gewährleistung ist allerdings nur möglich, wenn Pflege umfassend in die öffentlich steuerbare und demokratisch verantwortete **Daseinsvorsorge** einbezogen wird.

1.2. Ambulante Dienste

Der Bericht vermutet, dass sich bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen im Zeitverlauf die Betreuungsrelation (Verhältnis Pflegebedürftige/Beschäftigte) verbessert und weniger Stress und mehr Zuwendung ermöglicht habe. Eine solche Entwicklung wäre zweifellos begrüßenswert.

¹⁴ Vgl. Evaluationsbericht, S. 154 f.

¹⁵ Vgl. ebd., S. 124.

Nach den ausgewiesenen Daten ist die Betreuungsrelation im landesweiten Durchschnitt von 2,4 (1999) auf 2,2 (2007) leicht verbessert. Allerdings weisen 29 Kommunen (54 %) eine überdurchschnittliche (schlechtere) und nur 13 (24 %) eine unterdurchschnittliche (bessere) Relation auf. Der Abstand zwischen dem besten und dem schlechtesten Wert hat sich seit 1999 vergrößert. Zudem weist die Entwicklung häufig ein „auf und ab“ auf. Nach unserem Eindruck könnte die leichte Verbesserung des landesweiten Durchschnittswerts einhergehen mit einer instabilen und zunehmend unterschiedlichen Entwicklung in den Kommunen, so dass sich für 2009 auch wieder leicht ungünstigere Durchschnittswerte ergeben könnten.

Darüber hinaus scheint die Betreuungsrelation hier nur nach Köpfen, nicht aber nach Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ermittelt worden zu sein. Daher könnte es sein, dass vermehrte Teilzeitbeschäftigung – ähnlich wie im vollstationären Bereich – die ermittelten Werte verzerrt. Valide Aussagen scheinen auch hier nur auf Basis von VZÄ möglich.

1.3 Komplementäre ambulante Dienste (KAD)

Der SoVD NRW begrüßt, dass der Evaluationsbericht den KAD eine „hohe pflegepolitische Bedeutung“ beimisst.¹⁶ Es handelt sich um eine **unverzichtbare „dritte Säule“ häuslicher Pflege** neben ambulanten Diensten, Tages- und Kurzzeitpflege – nicht zuletzt mit Blick auf die Gewährleistungspflichten des Art. 19 BRK. Der Bericht bestätigt zunächst nochmals den Befund der Evaluation von 2000, wonach mit dem Ende der Landesförderung oftmals auch die kommunale Förderung eingestellt wurde, obwohl das PfG NW den Kommunen hier seit 1996 gleichsam einen „Sicherstellungsauftrag“ auferlegte.¹⁷ Der SoVD NRW hat bereits bei der Evaluation 2000 eindringlich auf die Gefährdung dieser zuvor unter Einsatz erheblicher Landesmittel errichteten „dritten Säule“ hingewiesen und – leider ohne Erfolg – wirksame Maßnahmen zu ihrer bedarfsgerechten und verlässlichen Sicherung eingefordert.

Nach § 6 Abs. 1 PfG NW sollen die Angebote der KAD im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung „aufgezeigt“ und bei der Weiterentwicklung der Infrastruktur „einbezogen“ werden. Hiergegen verstößt die große Mehrheit der Kommunen, die es bereits unterlässt, die KAD in die Bestandsaufnahme der örtlichen Infrastrukturen einzubeziehen.¹⁸ Daher ermöglicht die Datenlage auch noch heute weder eine landesweite Darstellung der Angebotsentwicklung im Zeitverlauf noch valide Aussagen zur Versorgungsstruktur und -qualität. Da die Kommunen ihre Förderverantwortung für KAD

¹⁶ Vgl. ebd., S. 78.

¹⁷ „Die Kreise und kreisfreien Städte sind für die zur Umsetzung des Vorranges der häuslichen Versorgung erforderlichen komplementären ambulanten Dienste verantwortlich.“ (§ 14. Abs. 2 PfG NW; wortgleich mit § 10 Abs. 2 PfG NW 1996)

¹⁸ Dies hat u. a. die Folge, dass Grundlagen einer qualifizierten Beratung (§ 4) in diesem Bereich in der Regel fehlen.

als „freiwillige Leistung“ interpretieren, befürchtet der Bericht zu Recht, dass noch bestehende Ansätze unter dem aktuellen Druck öffentlicher Armut der kommunalen Haushaltskonsolidierung zum Opfer fallen könnten.¹⁹ Der SoVD NRW erneuert daher seine Forderung aus der Evaluationsdiskussion 2000/2001, **die Förderung von KAD unverzüglich rechtsverbindlich zu verankern** und sie zweifelsfrei aus dem besonders gefährdeten Bereich der „freiwilligen“ kommunalen Leistungen herauszunehmen.

Bei den Kommunen, die Angaben über die Förderung einzelner Angebotsarten der KAD machen konnten, zeigen sich auch im Vergleich der Jahre 2007 und 2003 noch teils massive Einbrüche in der pauschalen Förderung, während positive Entwicklungen seltener sind.

Eher beschönigend wirkt die Einbeziehung der „Einzelfallförderung“ nach § 71 SGB XII in die Darstellungen des Berichts. Der „Sicherstellungsauftrag“ von § 14 PfG NW gilt der *Vorhaltung* einer Infrastruktur von KAD.²⁰ Die Bewilligung individueller Leistungsansprüche nach dem Sozialhilferecht (Altenhilfe) setzt das Vorhandensein entsprechender Angebote voraus und ist *keine* Infrastrukturförderung.

In der landespolitischen Diskussion der vergangenen Jahre haben KAD kaum noch eine eigenständige Rolle gespielt, sondern wurden meist als ein Aspekt dem Markt „haushaltsnaher Dienstleistungen“ zugeordnet. Ausgeschlossen von vorrangigen Absicherungssystemen und ohne wirksame öffentliche Gewährleistungsverpflichtung ist die „dritte Säule“ häuslicher Pflege vollständig dem freien Markt überantwortet, der sich allein an rentierlicher zahlungsfähiger Nachfrage orientiert. Um den Grundsatz „ambulant vor stationär“ mit Leben zu füllen, bleibt eine durchgreifende Stärkung der KAD notwendig.

Die **Wohnberatung**, die im Bericht zusammen mit der „§ 4-Beratung“ behandelt wird, wird üblicherweise ebenfalls zu den komplementären Angeboten gezählt. Der SoVD NRW begrüßt die Wertschätzung der Wohnberatung als „eminent wichtiges Instrument präventiver Senioren- und Pflegepolitik“, das durch Vermeidung oder zeitliches Hinausschieben von Heimunterbringungen auch beachtliche Kosteneinsparungen ermöglicht.²¹ Umso unverständlicher ist, dass sechs Kommunen (11 %) immer noch auf dieses Instrument verzichten.

Den „niedrigschwelligen“ (eher: freiwillig-unbezahlten) Hilfen nach § 45 c SGB XI, insbesondere der **Landesinitiative Demenz-Service**, widmet der Bericht im KAD-Kapitel einen ausführlichen Exkurs. Der SoVD NRW hebt hervor, dass es sich bei

¹⁹ Vgl. Evaluationsbericht, S. 83.

²⁰ Ob es sinnvoll ist, die „Behindertenfahrdienste“ in die pflegeergänzenden KAD einzubeziehen, mag hier dahingestellt bleiben. Die Fahrdienste erfüllen zweifellos – und besonders in Ermangelung eines barrierefreien ÖPNV – eine wichtige Aufgabe für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, spielen aber für die Unterstützung häuslicher Pflegearrangements eine eher nachgeordnete Rolle.

²¹ Vgl. Evaluationsbericht, S. 124.

den heutigen ehrenamtsbasierten Hilfen nur um eine **vorübergehende Notlösung** handeln kann. Die bedarfsgerechte häusliche Betreuung demenzkranker Menschen kann nicht auf Dauer bürgerschaftlicher Selbsthilfe überantwortet bleiben, sondern muss originäre Aufgabe regulärer professioneller Infrastrukturen werden. Damit wird ehrenamtliches Engagement in diesem Bereich nicht entbehrlich, aber es wird auf seine qualitätsverbessernde **Ergänzungsfunktion** in einem verantwortbaren Rahmen zurückgeführt.

Der würdevolle Umgang mit demenzkranken Menschen erfordert **hohe Kompetenzen** im Verständnis des Krankheitsbilds und seiner Entwicklung sowie hinsichtlich der Nutzung noch vorhandener Kommunikationsmöglichkeiten. Er kann für die Betreuungspersonen mit erheblichen psychisch-seelischen Belastungen und in Krisensituationen auch mit physischen Gefährdungen verbunden sein. Der qualitätsgesicherte Einsatz entsprechend qualifizierten professionellen Personals für diese Aufgaben ist unverzichtbar. Hoffnungen, dass die seit 1995 überfällige Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit der Anerkennung gerontopsychiatrisch bedingter Bedarfslagen auch in dieser Hinsicht Fortschritte bringen wird, wurden allerdings durch die Botschaften der neuen Bundeskoalition erheblich gedämpft.

Nicht im Blick der Evaluation ist die von der Behindertenselbsthilfe entwickelte **Persönliche Assistenz**, die in systematischer Betrachtung zu den „komplementären“ Angeboten zu zählen ist. Dieser - in Art. 19 BRK ausdrücklich genannten - Unterstützungsform muss aus Sicht des SoVD NRW zukünftig eine zunehmend hohe Bedeutung für die Sicherung häuslicher Pflegesituationen zukommen. Da Persönliche Assistenz sowohl innerhalb der eigenen Wohnung wie auch außerhalb greifen kann, stellt sie ein Schlüsselement für die Verknüpfung häuslicher Pflege mit der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dar.

1.4 Neue Wohnformen

Bereits die Zielbestimmungen des § 1 PfG NW fordern die - in § 6 Abs. 1 als Vorgabe für die kommunale Pflegeplanung konkretisierte - Einbeziehung „neuer Wohn- und Pflegeformen in die Infrastrukturentwicklung. Darüber hinaus spricht § 1 Abs. 2 von „Maßnahmen zur Förderung eines geeigneten Wohnungsangebots zur Sicherung der eigenen Häuslichkeit“.

Der im Evaluationsbericht dargestellte Umgang der Kommunen mit diesem Thema ist außerordentlich unbefriedigend, sowohl hinsichtlich der Datenlage und der bisherigen Förderaktivitäten, als auch hinsichtlich planerischer Konzepte für die Zukunft. Zum **entscheidenden Zukunftsthema barrierefreier Bestandswohnungen** konnten nur 28 % der Kommunen quantifizierte Angaben machen und nur 11 % Veränderungen seit 2003 beziffern. Nach den wenigen Daten sind die seit 2003 realisierten Zuwächse (in Prozent) geringer als in allen übrigen Wohnformen. Unlängst bezifferte das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) auf Basis einer repräsentativen Umfrage im Auftrag des Bundesbauministeriums den derzeitigen Bestand an barrierefreien

Wohnungen auf nur sieben Prozent des Bedarfs. Der Fehlbestand beläuft sich demnach auf gut 2,3 Millionen Wohneinheiten bundesweit. Künftige Landesberichte zur Pflege sollten auch eine **Beobachtung der Versorgungsquoten** mit barrierefreien Wohnungen und Plätzen in Neuen Wohnformen (diesseits vollstationärer Pflege) einschließen. Auf die Schaffung einer geeigneten Datenbasis ist hinzuwirken.

Zu den KDA-Hausgemeinschaften, die als wohnquartiersbezogene „Kleinstheime“ der vollstationären Versorgung zuzurechnen sind²², lieferten dagegen „fast alle“ Kommunen Angaben. Die hochpreisigen privaten Wohnstifte und Seniorenresidenzen können aus unserer Sicht nur „nachrichtlich“ in die Betrachtung einbezogen werden, weil sie wegen der Preisbarrieren nur einem exklusiven Personenkreis, nicht aber der Allgemeinheit zugänglich sind.²³ In 70 % der Kommunen gibt es *keine* planerischen Konzepte zur systematischen Entwicklung eines bedarfsgerechten Angebots ambulant versorgter neuen Wohnformen. Die verfügbaren Daten zum Bestand deuten erneut auf divergierende Entwicklungen auf kommunaler Ebene hin, die es vom Wohnort abhängig erscheinen lassen, ob im Bedarfsfall ein geeignetes Wohnangebot verfügbar ist.

Quantitativ steht das „Betreute Wohnen“ im Vordergrund der Neuen Wohnformen. In den 18 Kommunen, die entsprechende Angaben lieferten, hat das Angebot seit 2003 um etwa das anderthalbfache (+ 141 %) erheblich zugelegt. Rechnet man den in den 18 Kommunen bestehende Durchschnittsangebot (668 Wohneinheiten) auf 54 Kommunen hoch, ergäbe sich eine landesweite Größenordnung von 36.000 Wohneinheiten. Da die sich am Markt entwickelnden Angebote qualitativ und im Preis-Leistungs-Verhältnis sehr unterschiedlich ausfallen, wird seit langem eine verbindliche Standardsetzung für „Betreutes Wohnen“ eingefordert. Mit dem quantitativen Bedeutungszuwachs dieses Marktsegments wird eine solche **Regulierung umso dringlicher**, zumal der Bericht – leider - unsere Vermutung bestätigt, dass das nordrhein-westfälische „Qualitätssiegel Betreutes Wohnen“ nur eine sehr marginale Rolle spielt.²⁴ Im Zuge des von uns geforderten bedarfsgerechten Ausbaus barrierefreier Bestandswohnungen einerseits sowie leistungsrechtlich abgesicherter „komplementärer“ Dienste andererseits dürfte allerdings die Nachfrage nach dieser besonderen Angebotsform längerfristig wieder zurückgehen.

1.5 Tagespflege

Der SoVD hofft, dass die Verbesserungen der letzten SGB XI-Reform für die Verknüpfung der Inanspruchnahme ambulanter Dienste und Tagespflege Fortschritte bei

²² Daher ließe sich darüber streiten, ob die KDA-Hausgemeinschaften im Kapitel über neue Wohnformen nicht fehlplaziert sind.

²³ Bemerkenswert erscheint indes der relativ starke Zuwachs seit 2003 (+ 82,0 %), in dem sich die zunehmende soziale Polarisierung in arm und reich niederzuschlagen scheint.

²⁴ Vgl. Evaluationsbericht, S. 114

der Entwicklung einer bedarfsgerechten Angebotsstruktur in allen Teilen des Landes bringen.²⁵ Die bisherige Entwicklung auf Basis des „alten“ restriktiven Leistungsrechts ist sehr unbefriedigend. Die Versorgungsquote im Vergleich 2007 zu 1999 sowohl bezogen auf je 10.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und mehr, als auch bezogen auf 10.000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und mehr gesunken. Während sich im ländlichen Raum seit 2005 ein Aufwärtstrend abzuzeichnen scheint, hat sich der Rückgang in den städtischen Ballungsräumen weiter fortgesetzt.²⁶ Darüber hinaus sind die Versorgungsquoten (Plätze je 10.000 Einwohner 80 Jahre und älter) je nach Kommune extrem unterschiedlich: sie bewegen sich zwischen 8,5 und 116,1 Plätzen.

Erstaunlich sind die enorm abweichenden Befunde der amtlichen Pflegestatistik und der kommunalen Evaluationsbefragung bezüglich „solitärer“ Tagespflegeeinrichtungen. Während die Pflegestatistik **nur 7 % „solitäre“ Angebote** bei insgesamt leicht rückläufigem Trend ausmacht, sollen nach den kommunalen Angaben 43 % der Tagespflegen eigenständige Einrichtungen sein – Tendenz steigend. Leider verzichtet der Evaluationsbericht darauf, diesen Widerspruch aufzuklären.

Die Frage ist in soweit bedeutsam, als Tagespflegen aus fachlicher Sicht möglichst nicht räumlich und/oder organisatorisch an Pflegeheime angegliedert sein sollten. Ihr Auftrag besteht in der Unterstützung der häuslichen Pflege. Im Verbund mit Heimen besteht grundsätzlich die Gefahr, dass sie stattdessen zur Anwerbung von „Bewohnernachwuchs“ genutzt und so ihrem Auftrag entfremdet werden. Angebotsüberhänge bei Heimplätzen verstärken dieses Risiko. Tagespflegegäste wollen nicht „ins Heim“. Daher sollte zumindest das **Kriterium einer räumlichen „Abgelegenheit“²⁷ teilstationärer Einrichtungen vom Standort einer vollstationären Einrichtung in die Fördervoraussetzungen nach dem PfG NW** aufgenommen werden.

Die Ergebnisse der kommunalen Befragung zu **Nachtpflegeangeboten** zeigen, dass seit dem Befund der Pflege-Enquêtekommission, wonach es 2004 sechs Einrichtungen im Lande gab, keine Entwicklung zum Besseren eingetreten ist. Nur eine der sechs ist eine eigenständige („solitäre“) Einrichtung. Aus Sicht des SoVD NRW ist ein systematischer **Auf- und Ausbau der Nachtpflege dringend geboten**, um die häusliche Versorgung demenzkranker Menschen, die nicht selten nachtaktiv sind, zu stärken. Hierzu sollte eine **„Anreizförderung“** im Rahmen des PfG NW vorgesehen werden.

²⁵ Wir sind skeptisch, ob die Reformmaßnahme ausreicht, um – über Fortschritte in die richtige Richtung hinaus - ein bedarfsgerechtes Angebot zu entwickeln.

²⁶ Bereits bei der Evaluation 2000 mussten wir das Scheitern der Bestrebungen der damaligen Landesregierung konstatieren, mit Hilfe der Investitionsförderung nach dem PfG NW vorrangig allem die Tages- und Kurzzeitpflege auszubauen.

²⁷ Auch die Ansiedlung in einem unmittelbar angrenzenden Baukörper oder auf dem Nachbargrundstück sollte ausgeschlossen sein, weil damit der Sinn der Regelung umgangen würde (vgl. Hinweise von kommunaler Seite im Evaluationsbericht, S. 237).

Auch und gerade Nachtpflegeangebote müssen möglichst kleinräumig in den Wohnquartieren angesiedelt sein. Die Angebotserweiterung muss mit öffentlicher Aufklärung über diese bislang noch weitgehend unbekanntere Angebotsform einhergehen.

Aussagen zur **personellen Entwicklung** und insbesondere zu den „Betreuungsrelationen“ (Vollzeitäquivalente / Plätze) der Tages- und Nachtpflege sind mangels geeigneter Daten offenbar nicht möglich. Der SoVD NRW hält es aus Gründen der Qualitätssicherung für unerlässlich, dass die erforderlichen **Datengrundlagen unverzüglich geschaffen** werden. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass jede Kommune präzise und differenzierte **Angaben zur Investitionsförderung** der Tages- und Nachtpflege wie auch der Kurzzeitpflege machen kann.

1.6 Kurzzeitpflege

Der Evaluationsbericht sieht die Funktion der Kurzzeitpflege neben der Unterstützung der häuslichen Pflege auch in der „*Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten*“.²⁸ Wir befürchten, dass dies mittlerweile tatsächlich so sein kann. Bereits die Pflege-Enquêtekommision wies darauf hin, dass KrankenhauspatientInnen *aus Kostengründen* (Fehlanreize der DRG-gestützten Finanzierung) vermehrt in Einrichtungen des angrenzenden Pflegebereichs verschoben werden könnten. Wir halten es für geboten, einem solchen Missbrauch von Pflegeeinrichtungen entgegen zu treten. Insbesondere muss sichergestellt werden, dass alle Krankenhäuser über quantitativ wie qualitativ ausreichendes Pflegepersonal verfügen, um ihren Aufgaben auch bei multimorbiden und gerontopsychiatrisch veränderten PatientInnen umfassend nachzukommen.

Im Übrigen bestätigt der Bericht im Wesentlichen die problematischen Befunde der Evaluation von 2000, die bereits damals von einem **Bedeutungsverlust** (statt der mit dem PfG NW beabsichtigten strukturellen Stärkung) der qualifizierten Kurzzeitpflege in NRW zeugten. Eine wichtige Funktion der Kurzzeitpflege ist die vorübergehende Entlastung (Freistellung) pflegender Angehöriger, deren Pflegefähigkeit und –bereitschaft damit stabilisiert wird. Ziel der Kurzzeitpflege ist die Fortsetzung von oder die Überleitung in häusliche Pflege. Sie hat einen besonders akzentuierten Rehabilitationsauftrag und bildet aus fachlicher Sicht einen qualitativ eigenständigen Bereich, der sich von vollstationärer Dauerpflege unterscheidet.

Daher wurde bereits 2000 die Praxis der „**eingestreuten**“ **Kurzzeitpflegeplätze** in Pflegeheimen auch seitens der Landesregierung sehr kritisch gesehen. Tatsächlich handle es sich um „zeitweilig nicht belegbare vollstationäre Dauerpflegeplätze“. Zu Recht hob die Landesregierung damals die besonderen konzeptionellen und qualifikatorischen Anforderungen der Kurzzeitpflege hervor und sprach sich für die Vorhaltung spezieller, ausschließlich und ganzjährig für Kurzzeitpflege genutzter Plätze auf

²⁸ Vgl. Evaluationsbericht, S. 90.

Basis eines von der vollstationären Pflege abgrenzbaren, eigenständigen fachlichen Konzepts aus. In diesem Zusammenhang wies sie auch auf die Wünsche und den Bedarf der NutzerInnen hin, die „nicht nach Integration in eine vollstationäre Einrichtung streben, sondern sich für die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit rüsten wollen“.²⁹ Leider lässt der aktuelle Evaluationsbericht ein entsprechendes Problembewusstsein nicht mehr erkennen.

Der Anteil der „eingestreuten“ Plätze ist von 61 % (1998) auf 66 % weiter angestiegen. Andererseits ist die Platzzahl in „solitären“, d.h. räumlich nicht an ein Pflegeheim angebundenen Einrichtungen gegenüber 2003 zurückgegangen.³⁰

Maßgebliche Ursache für die geringe Bedeutung konzeptionell eigenständiger Kurzzeitpflege sind die seit Inkrafttreten des SGB XI unverändert unzureichenden Refinanzierungsbedingungen nach dem SGB XI, insbesondere zur Überbrückung unvermeidlicher saisonaler Unterauslastung. Die Landesregierung hatte 2000 angekündigt, auf Bundesebene für eine Verbesserung der leistungsrechtlichen Bedingungen initiativ zu werden.³¹ Ob dies erfolgte und woran die Bemühungen ggf. scheiterten, entzieht sich unserer Kenntnis.

Das bei der Tagespflege vorgeschlagene **Kriterium der räumlichen „Abgelegenheit“** von Heimeinrichtungen sollte gleichermaßen für die Kurzzeitpflege gelten.

Bezüglich der Entwicklung des Personals und der **Betreuungsrelationen** gilt das gleiche wie oben bei der Tagespflege. Die erforderlichen Datengrundlagen sind unverzüglich zu schaffen.³²

2. Pflegeheime (vollstationäre Dauerpflege)

2.1 Personalausstattung

Es ist ärgerlich, dass der Bericht nach wie vor keine Angaben zu den „**Betreuungsrelationen**“³³ **nach Vollzeitäquivalenten** enthält, deren Errechnung auf Basis der verfügbaren Daten durchaus möglich erscheint. Seit vielen Jahren fehlen valide „amtliche“ Daten zu dieser hochgradig qualitätsrelevanten Fragestellung. Die Befunde der

²⁹ Vgl. Bericht der Landesregierung zu den Wirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes (2000), S. 85

³⁰ Auch zur Kurzzeitpflege konnten neun Kommunen (16 %; überwiegend Kreise) keine vollständigen Vergleichsdaten zur Verfügung stellen.

³¹ Vgl. Bericht der Landesregierung (2000), S. 86.

³² Würde man das Personal in „Einrichtungen ohne Dauerpflege“ und die Plätze in „solitären“ Einrichtungen zugrunde legen, hätte sich die Betreuungsrelation seit 2003 verschlechtert. Allerdings sind die derart abgegrenzten Einrichtungstypen möglicherweise nicht deckungsgleich.

³³ Wir setzen den Begriff in Anführungszeichen, weil sich eine Betreuungsrelation eigentlich nur auf die Kräfte beziehen kann, die Leistungen unmittelbar für/mit BewohnerInnen erbringen, nicht aber auf die Gesamtheit des Personalkörpers.

Pflege-Enquêtekommision haben (erneut) die langjährige Einschätzung bestätigt, dass in den nordrhein-westfälischen Pflegeheimen in der Regel und in vielfachen Hinsichten unangemessene Arbeitsbedingungen in Folge **unzureichender Personalausstattung** vorherrschen. Hierin sehen wir eine wesentliche Ursache für den im Bericht zitierten Befund des MDK, wonach die vollstationäre Versorgungsqualität beim „allgemeinen Pflegezustand“ nur den Bundesdurchschnitt erreicht und in speziellen Versorgungsbereichen „zum Teil recht deutlich“ schlechter abschneidet, ohne dass eine generelle Besserungstendenz erkennbar wäre.³⁴ Zwar sieht das neue Landesheimrecht (WTG) zukünftig eine Messung der Fachkraftquote nach VZÄ vor; ob diese Daten aber verfügbar werden, bleibt vorerst abzuwarten. Gerade in der Pflege erscheint es absurd, dass wir über ausdifferenzierte bauliche Regelungen verfügen, während verbindliche Maßstäbe zur Bestimmung der personellen Ausstattung, die für eine hochwertige und menschenwürdige Pflege erforderlich sind, auch noch 15 Jahre nach Inkrafttreten des SGB XI (stationär) fehlen. Zumindest aber müssen valide Daten über die gegebenen Betreuungsrelationen und damit zum „Kerngeschäft“ der Pflege verfügbar werden.

2.2 Bauliche Standards

Erstmals wurde im Zuge der Evaluation versucht, differenzierte Daten über die (Nicht-)Erfüllung der in der *Verordnung über die allgemeinen Grundsätze der Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AllgFörderPflegeVO)* vorgesehenen baulichen Standards („Raumprogramm“) zu gewinnen. Leider beteiligte sich nur eine Minderheit (43 %) der Heime an der entsprechenden Befragung, wobei nur „die wenigsten“ vollständige und widerspruchsfreie Angaben machten.³⁵ Allerdings hätten wir angenommen, dass die Kommunen als Kostenträger der nachschüssigen Investitionsförderung („Pflegewohngeld“) über (weitgehend) vollständige Angaben hierzu verfügen, weil ihnen die Überprüfung der Fördervoraussetzungen gem. § 9 PfG NW und der AllgFörderPflegeVO obliegt. Folgerichtig beinhaltete die kommunale Evaluationsbefragung entsprechende differenzierte Fragestellungen.

Gleichwohl liegen den Darstellungen des Berichts zu den verschiedenen Aspekten baulicher Modernisierungsbedarfe ausschließlich Angaben aus der Einrichtungsbefragung zu Grunde. Wir befürchten, dass dies dem Umstand geschuldet ist, dass die kommunalen Angaben nochmals deutlich spärlicher ausfielen als die der Einrichtungsbefragung. Ein entsprechender Hinweis findet sich auf S. 205, wo es zu den Ergebnissen der Kommunalen Befragung bezüglich des Einzelzimmeranteils heißt: *„Allerdings verfügen nicht alle Kommunen diesbezüglich über vollständige Informa-*

³⁴ Vgl. Evaluationsbericht, S. 232 f. Bei der Tabelle auf S. 233 besteht das Problem, dass die Werte des MDK im Rheinland und in Westfalen-Lippe überwiegend nicht mit den landesdurchschnittlichen Werten des MDS in Einklang zu bringen sind. Die MDS-Werte sehen meist deutlich besser aus als die des MDK.

³⁵ Vgl. ebd., S. 191.

tionen. Einige Kommunen geben an, die Frage nicht beantworten zu können, da nur ein geringer Teil der bestehenden Pflegeheime hinsichtlich der Übereinstimmung mit dem PfG NW geprüft werde; ferner werden bei den geprüften Heimen auch Ausnahmen zugelassen (...).“ (Hervorhebung von uns)

Offenbar bestehen hier **gravierende Vollzugsdefizite**, die dringend beseitigt werden müssen. Der SoVD NRW sieht das Land als Träger des Sicherstellungsauftrags für die Infrastruktur nach § 9 SGB XI in der Pflicht, hier unverzüglich für wirkungsvolle Abhilfe zu sorgen. Es kann nicht sein, dass das Land in Gesetz und Verordnung Regelungen trifft, ohne sich umfassend ihrer Umsetzung vergewissern zu können, weil die Lebenswirklichkeit gleichsam in kommunalen „black boxes“ verschwindet. Offenbar bedarf es einer **gesetzlichen Verpflichtung der Kommunen**, Daten zur Umsetzung des PfG NW umfassend zu sichern und dem Land zur Verfügung zu stellen. Dazu könnte die Aufgabenwahrnehmung nach dem PfG NW als „**Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung**“ ausgestaltet werden. Zugleich sollte sich **die Landesregierung verpflichten**, dem Landtag und der Öffentlichkeit **einmal je Wahlperiode einen Bericht über die Umsetzung des PfG NW (Landespflegebericht) vorzulegen**.

Besorgnis erregend ist zudem, dass **Heime in privatgewerblicher Trägerschaft bei fast allen untersuchten Standards des „Raumprogramms“ signifikant schlechter abschneiden** als andere Trägerarten.³⁶ Dies gilt insbesondere bezüglich der Einzelzimmerquote, der Zimmergrößen, der Badsituation, des Vorhandenseins eines rollstuhlgerechten Aufzugs, ausreichender Gemeinschaftsflächen, der Wohnbereichs- und Gästetoiletten sowie den räumlichen Situation bezüglich Sterben (Aufbahrung, Verabschiedungsraum). Es entsteht der Eindruck, als gebe es bei den Privaten eine erkennbare Neigung, das „Geschäft“ nicht zuletzt durch Unterschreitung pflegepolitischer Standardsetzungen zu machen. Geringere Investitionskosten ermöglichen niedrigere Preise und raschere Rentabilität.

Seit der Marktöffnung durch das SGB XI sind privatgewerbliche Träger auf dem Vormarsch, wobei Privatisierungen kommunaler Einrichtungen keine unwesentliche Rolle zu spielen scheinen.³⁷ Umso dringlicher erscheint ein wirksames **Controlling bei der Einhaltung der Standards**, die Voraussetzung für den Anspruch auf nachschüssige Investitionsförderung aus **öffentlichen Mitteln** sind. Vor allem aber stützen die Befunde **grundsätzliche Kritik am „Marktvorrang“ des SGB XI**.

2.2.1 Einzelzimmerquote

Nach Auffassung des SoVD NRW verletzt die (dauerhafte) Unterbringung von Menschen in einem gemeinsamen Wohn-/Schlafraum die Menschenwürde. Wer nicht

³⁶ Ausnahme ist die Einrichtungsgröße.

³⁷ Vgl. Evaluationsbericht, Tab. 2.2.5.1, S. 97

über ein eigenes Zimmer als privaten Rückzugsraum verfügt, hat dem Grund nach keine Privat- und Intimsphäre und ist in seinem Selbstbestimmungsrecht empfindlich eingeschränkt. Wenngleich sich alle Landtagsfraktionen „politisch“ zum **Recht auf ein Einzelzimmer** bekannten, haben sie mehrheitlich darauf verzichtet, die notwendige ordnungsrechtliche Regelung im Landesheimrecht, die wir weiterhin einfordern, zu treffen. Der Evaluationsbericht hat sich der einhelligen politischen Würdigung der Bedeutung des eigenen Zimmers noch nicht angeschlossen, sondern hält lediglich Zimmer mit mehr als zwei Betten für inakzeptabel. Dabei ist der Unterschied zwischen einem Doppel- und einem Dreibettzimmer eher *graduell*, der zwischen einem Einzel- und einem Doppelzimmer aber *substanziell*.

Bis eine ordnungsrechtliche Regelung greift, müssen die Möglichkeiten des PfG NW ausgeschöpft werden, um nachdrücklich auf einen **Einzelzimmeranteil von 100 %** hinzuwirken.³⁸

Die bisherige Regelung, wonach im Jahre 2018 ein Einzelzimmeranteil von 80 % zur Voraussetzung für den Anspruch auf nachschüssige Investitionsförderung („Pflege-wohngeld“) werden soll, bedeutet, dass noch über 2018 hinaus **jede/r dritte BewohnerIn in einem Doppelzimmer** untergebracht werden kann. Entsprechend der amtlichen Pflegestatistik beziffert der Evaluationsbericht den Einzelzimmeranteil im Landesdurchschnitt mit 59 % Ende 2007.³⁹ Demnach waren noch **58 % der Plätze⁴⁰ in Doppelzimmern** (oder gar Mehrbettzimmern). Immer noch sind einzelne Heime *ohne* Einzelzimmer in Betrieb.

Bedenklich erscheint, dass in der zusammenfassenden Darstellung der Ergebnisse zur Qualität der (vollstationären) Versorgungsstruktur (S. 185 f) statt des Befunds der amtlichen Pflegestatistik das Ergebnis der Einrichtungsbefragung wiedergegeben wird, wonach der Einzelzimmeranteil zum 01.07.2008 – also kaum sechs Monate nach dem Erhebungszeitpunkt der Pflegestatistik – 76,5 % betragen haben soll. Die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung stützen sich in diesem Punkt auf Antworten von 40 % der Heime, so dass Verzerrungen durch eine „Positivauswahl“ nicht auszuschließen sind.

Würde die (mit 2 % p. a. vergleichsweise „hohe“) Steigerung des EZ-Anteils von 2005 - 2007 fortgeschrieben, würde in 10,5 Jahren eine *landesdurchschnittliche* EZ-Quote von 80 % erreicht. Damit würde die bisherige Zielmarke des PfG NW - eine EZ-Quote von 80 % in *jedem* Heim im Jahre 2018 – verfehlt. Denn um den Anteil der Heime mit 100% EZ-Anteil (2007: 14 %) zu kompensieren, müsste der Landesdurchschnitt dann deutlich über 80% liegen.

³⁸ Auch zur Unterbringung von Paaren, die zusammen bleiben möchten, sind Doppelzimmer nur eine „zweitbeste“ Lösung. Das Fehlen eines persönlichen Rückzugsraums kann auch enge persönliche Beziehungen belasten. Soweit der Bedarf dies erfordert sollten daher für Paare eher Appartement ähnliche Lösungen (etwa durch Verbindung von zwei Einzelzimmern) angestrebt werden.

³⁹ Vgl. ebd., S. 203.

⁴⁰ Ein Doppelzimmer = zwei Plätze.

Im Bericht wiedergegebene Hinweise von kommunaler Seite deuten darauf hin, dass die außerordentlich großzügig bemessene Übergangsfrist zur Erfüllung baulicher Standards bis 2018 bei Trägern zu einem „Attentismus“ geführt haben kann - teils verbunden mit Spekulationen darauf, dass die Übergangsfrist noch weiter in die Zukunft verlängert wird, teils mit dem wettbewerblichen Kalkül, durch Verzicht auf notwendige Investitionen Preisvorteile zu erzielen.⁴¹ Zutreffend ist sicher, dass umfangreiche Investitionsentscheidungen grundsätzlich erst dann getroffen werden, wenn sie zur Abwendung wirtschaftlicher Nachteile unerlässlich erscheinen. Im Zuge einer Novelle des PfG NW sollte daher auch eine **deutliche Verkürzung der Übergangsfrist** zur Erreichung von 100 % Einzelzimmern vorgenommen werden.

2.2.2 Einrichtungsgroßen

Leider behandelt der Evaluationsbericht die Frage der Einrichtungsgroßen eher als Formalie, ohne ihre Bedeutung für die Überschaubarkeit der Einrichtungen für die (größtenteils demenziell veränderten) BewohnerInnen einerseits sowie für ihre Einpassbarkeit in eine kleinräumige, quartiersbezogene pflegerische Versorgungsstruktur andererseits angemessen zu beleuchten. Großeinrichtungen sind in der Regel zu ihrer Auslastung auf einen erheblich größeren Einzugsbereich angewiesen und stehen daher der Erreichung der Strukturentwicklungsziele entgegen.

Die Befunde offenbaren nach wie vor **erheblichen Handlungsbedarf zum Abbau von Großeinrichtungen**, insbesondere bei kommunalen und freigemeinnützigen Trägern in städtischen Ballungsräumen. In der landesdurchschnittlichen Entwicklung von 1999 bis 2007 wurden lediglich weitere⁴² Größenzuwächse mit Spitzenwerten in den Jahren 2001-2003 wieder kompensiert, ohne die vom PfG NW seit 1996 intendierte deutliche Reduzierung der Heimgrößen (Platzzahlen) erreichen zu können. Da es ungeachtet der 80 Plätze-Regelung des PfG NW offenbar bis 2003 eher einen Trend steigender Heimgrößen gab, stellt sich die Frage, ob die seither eingetretenen Größenreduzierungen dem PfG NW (AllgFörderPflegeVO) oder nicht eher anderweitigen Motiven geschuldet ist. Insbesondere stimmt bedenklich, dass bei den kommunalen Trägern im Vergleich zu 1999 ein „Nettozuwachs“ bei den Platzzahlen (2007: durchschnittlich 100 Plätze) zu verzeichnen ist.

Der SoVD NRW begrüßt Anregungen von kommunaler Seite, die 80 Plätze-Grenze verbindlich (ohne Ausnahmeregelungen) festzuschreiben. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob nicht zur Förderung quartiersbezogener Strukturen eine **weitere Absenkung der förderfähigen Platzzahl** vorgenommen werden sollte. Wiederholt kursierende Behauptungen, Heime mit maximal 80 Plätzen seien „unwirtschaftlich“,

⁴¹ Vgl. Evaluationsbericht, S. 229 f.

⁴² Bereits der Evaluationsbericht 2000 der Landesregierung musste ein weiteres Anwachsen der Platzzahlen konstatieren (vgl. dort S. 21).

sind durch die erheblich kleineren Durchschnittsgrößen privatgewerblich geführter Heime längst widerlegt.

2.2.3 Zimmergrößen

Zu den Zimmergrößen und den weiteren baulichen Standards hat die Evaluation keine „Vollerhebung“ durchgeführt. Die Angaben beziehen sich nur auf die Heime, die sich bei der Befragung selbst als „modernisierungsbedürftig“ einschätzten. Bezüglich der Zimmergrößen antworteten rund 20 % der Heime, von denen bei 40 % Unterschreitungen der in der AllgFörderPflegeVO geforderten Mindestgrößen von Einzelzimmern und bei 61 % Unterschreitungen des Doppelzimmerstandards festzustellen waren.⁴³ Demnach sind die ihrer Privat- und Intimsphäre entbehrenden **BewohnerInnen von Doppelzimmern auch bei der Zimmergröße signifikant häufiger durch Standardunterschreitungen benachteiligt**. Allerdings kann und darf es nicht darum gehen, im Wege der Modernisierung Doppelzimmer von ausreichender Größe herzustellen. Vielmehr unterstreicht der Befund die Notwendigkeit, Doppelzimmer abzuschaffen.

Die Größenstandards der Zimmer aus der AllgFörderPflegeVO wurden zwischenzeitlich in das Landesheimrecht übernommen. Wegen der unbefristeten Freistellung der Bestandsheime von baulichen Standards, die über das frühere Bundesheimrecht hinausgehen (§ 22 Abs. 1 WTG, mit wenigen Ausnahmen), dürfte das Ordnungsrecht hier nur unzureichend greifen (beschränkt auf „wesentliche“ Umbauten sowie Modernisierungen, sofern die Heimaufsicht nicht einem Befreiungsantrag zustimmt).

2.2.4 Badsituation

Erheblicher Handlungsbedarf besteht ebenso bei dem Ziel, alle Bewohnerzimmer mit einem barrierefreien Bad auszustatten. Beachtlich ist der Befund, dass sog. **Tandembäder**, die sich BewohnerInnen benachbarter Einzelzimmer teilen müssen, immer wieder zu Konflikten und damit zu Beeinträchtigungen der Lebensqualität führen. Leider wurden Tandembäder mit dem WTG weiterhin zu zulässig erklärt. Auch hinsichtlich der Badsituation gilt, dass die Abschaffung von Doppelzimmern Vorrang vor der isolierten Verbesserung ihrer Badsituation haben muss.

2.3 Heimnachfrage

Erstaunlich ist die Aussage des Berichts, die Auslastung der Heime sei kaum gesunken.⁴⁴ Nach den uns vorliegenden Daten der amtlichen Pflegestatistik ist die Auslastung im Landesdurchschnitt von 93,9 % 1999 auf 89,9 % 2007 kontinuierlich zurück-

⁴³ Vgl. Evaluationsbericht, Tab. 3.3.2.21, S. 217.

⁴⁴ Vgl. ebd., S. 63.

gegangen. Die „Überkapazität“ ist in dieser Zeit um gut 87 % auf 16.229 Plätze angestiegen. Angesichts des Zubaus von weiteren 208 Heimen mit rd. 15.000 Plätzen könnten sich Überkapazitäten in einzelnen Regionen weiter aufbauen.

Zweifelhaft erscheint auch die Aussage, dass die Versorgungsdichte bei vollstationärer Pflege – trotz steigender Platzzahlen – rückläufig sei.⁴⁵ Die Aussage kann dahingehend verstanden werden, als sei ein weiterer Ausbau der Heimplätze wünschenswert. Als Maßstab der Versorgungsdichte wurde hier die Platzzahl je 100 Einwohner über 80 Jahren gewählt. Allerdings liefert der Bericht selbst den Befund, dass – glücklicherweise – auch der Anteil der Pflegebedürftigen unter den über 80Jährigen zurückgegangen ist (- 6,3 % seit 1999), und zwar deutlich stärker als bei den über 65Jährigen.⁴⁶

Gegenüber den im Bericht dargestellten **Nachfrageprognosen** (S. 110 f) bestehen **erhebliche grundsätzliche Bedenken**. Ihnen liegt die strukturkonservative Annahme zugrunde, dass die bisherigen Relationen häuslicher und vollstationärer Versorgung unverändert fortbestehen. Eine „Heimnotwendigkeit“ ergibt sich grundsätzlich *nicht* aus der Schwere des Pflegebedarfs, sondern aus mangelnder Tragfähigkeit der häuslichen Versorgung. Um dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ und insbesondere dem Art. 19 BRK zu entsprechen, ist eine durchgreifende **Stärkung der häuslichen Versorgung** notwendig, so dass sie auch für allein lebende Menschen mit hohem Pflege- und Unterstützungsbedarf tragfähig wird. In dem Maße, wie diesem Erfordernis entsprochen wird, wird sich die Nachfrage nach Heimplätzen rückläufig entwickeln.

Es ist bedauerlich, dass sich der Bericht strukturkonservative kommunale Einschätzungen der künftigen Nachfrageentwicklung nicht nur ohne entsprechende kritische Kommentierung, sondern sogar mit einem bestätigenden Kommentar zu eigen macht, der eine künftig steigende Heimnachfrage als gleichsam unvermeidliche Folge der demografischen Entwicklung erscheinen lässt.⁴⁷

2.4 Heimentgelte

Der Bericht referiert ausführlich die wesentlichen Inhalte des 2007 von der Landesregierung beauftragten Gutachtens über die Höhe der Heimentgelte in NRW. Allerdings hatte der Landespflegeausschuss nach Vorstellung des Gutachtens durch einen der Autoren Anlass zu **grundsätzlichen Zweifeln an der wissenschaftlichen Qualität**, die er in einer einvernehmlichen Stellungnahme zum Ausdruck brachte.⁴⁸

⁴⁵ Vgl. ebd., S. 261. Tatsächlich setzt der Befund ein deutliches Fragezeichen hinter die verbreiteten pauschalen Behauptungen, dass mit der Zunahme der Hochaltrigen eine „Kostenexplosion“ bei Gesundheit und Pflege drohe.

⁴⁶ Vgl. ebd. S. 33.

⁴⁷ Vgl. ebd., S. 99.

⁴⁸ 11. Sitzung des Landespflegeausschusses vom 18.04.08.

Es ist bedenklich, dass diese Hinweise im Evaluationsbericht keinerlei Berücksichtigung fanden.

Der SoVD NRW fand die öffentliche und politische Debatte – ausgelöst durch eine neue Darstellungsform in der amtlichen Pflegestatistik 2005 - über angeblich „zu hohe“ Heimentgelte in NRW bereits damals befremdlich, weil sie die differenzierten Daten der Pflegesätze nach Pflegestufen sowie der Unterkunft- und Verpflegungskosten außer Betracht ließ. Danach lag NRW 2005 bei den Pflegesätzen im Ländervergleich auf den Rängen 4 (Pflegestufe I), 5 (Pflegestufe II) und 3 (Pflegestufe III).⁴⁹ Nur bei den Kosten der Unterkunft und Verpflegung hielt NRW mit deutlichem Abstand Platz 1 – was seit der ersten Pflegestatistik 1999 regelmäßig der Fall war. Weder die Werte für 2005, noch die Entwicklung seit 1999 hatte irgendeinen „spektakulären“ Zug.

Die dennoch stattfindende öffentliche Skandalisierung der „teuersten Heime in Deutschland“, ließ eine abermalige Verstärkung des Kostendruck auf die Pflegeheime in NRW erwarten. Der von der Leistungsqualität abgelöste Kostenvergleich legt eine Orientierung an bundesdurchschnittlichen Werten als scheinbar wünschenswert nahe (die vormalige Diskussion über ein „Standard-Pflegesatzmodell“ lässt grüßen). Dabei deuten die Befunde der Pflege-Enquêtékommision in vielfacher Hinsicht unmissverständlich auf eine meist unzureichende Personalausstattung hin. Deshalb gehen wir davon aus, dass die Heimentgelte in NRW nach wie vor eher zu niedrig bemessen sind, um eine **würdevolle Pflege in allen Einrichtungen sicherstellen** zu können.

Der SoVD NRW hält es für **beunruhigend, dass die verfehlt Heimentgeltdebatte des Jahres 2007 durch den Evaluationsbericht neu belebt wird**. Dabei bleibt die Klarstellung des Gutachtens unberücksichtigt, dass die Heimentgelte (Pflegesätze plus Kosten der Unterkunft und Verpflegung) seit 1999 sowohl im Bundesdurchschnitt als auch in den vergleichbaren Flächenländern stärker gestiegen waren als in NRW. Der landesdurchschnittliche Pflegesatz lag knapp unterhalb des Wertes für die Vergleichsländer (Rang 8 im Ländervergleich).

3. Pflegebedingte Armut und Sozialhilfeabhängigkeit

Armut und sozialer Ausschluss verletzen die Menschenwürde. Die Überwindung *pflegebedingter* Armut und Sozialhilfeabhängigkeit war eines der Gründungsversprechen der Pflegeversicherung. Allerdings wurde es nur unzureichend eingelöst, weil

⁴⁹ In der Pflegestatistik 2007 liegen die NRW-Pflegesätze in Pflegestufe I auf Rang 6 (unter Bundesdurchschnitt), in Stufe II auf Rang 4, in Stufe III auf Rang 2 (Stufen II und III gleichauf mit Hamburg). Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung liegen weiterhin auf Rang 1.

die Politik die Beitragsbelastung der Arbeitgeber so gering wie möglich halten wollte – wobei es bis heute geblieben ist.⁵⁰ Mit dem „**Pflegewohngeld**“ gelang es dem Landesgesetzgeber, den Anteil der Pflegebedürftigen, bei denen das Eintreten einer Sozialhilfeabhängigkeit verhindert oder hinausgezögert werden konnte, deutlich zu erhöhen. Zu dieser sozialpolitischen Wirkung hat nach unserer Überzeugung bis 2003 wesentlich beigetragen, dass vorhandenes Vermögen der Pflegebedürftigen bei der Pflegewohngeldgewährung außer Betracht blieb. Dies war kein „Vermögensschutz“, weil vorhandenes Vermögen bereits durch die von den SGB XI-Zuschüssen ungedeckten Pflegekosten aufgezehrt wurde. Die Nichtberücksichtigung von Vermögen beim Pflegewohngeld ermöglichte allerdings eine Streckung des Vermögensverzehr und eine entsprechende Verlängerung der Sozialhilfeunabhängigkeit.

Die Evaluationsbefunde müssen sich auch in diesem Bereich auf eine höchst unzureichende kommunale Datenbasis stützen. Rund 43 % der hier zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger waren zu differenzierten Angaben nicht im Stande. Dennoch zeigen die Befunde immer noch eine **beträchtliche sozialpolitische Wirkung des Pflegewohngelds** auch nach der Novelle von 2003. Daher **warn**t der **SoVD NRW eindringlich** davor, einzelnen kommunalen Forderungen nach Abschaffung des Pflegewohngelds Gehör zu schenken.

Allerdings sank der Anteil der Pflegewohngeldberechtigten, die nicht gleichzeitig Sozialhilfe (zur Pflege) erhielten, seit 2003 um rund fünf Prozent, während die sich die Zahl der Pflegewohngeldberechtigten insgesamt um etwa den gleichen Prozentsatz anstieg. Wie zu befürchten war, ist **pflegebedingte Armut wieder auf dem Vormarsch**. Leider verzichtet der Evaluationsbericht darauf, den Ursachen zunehmender „Pflegearmut“ nachzugehen und Hinweise zur sozialpolitischen Gegensteuerung – ggf. auch mit Instrumenten des PfG NW – zu geben. Zu den vielfältigen Ursachen dieser bedrohlichen Entwicklung sind nach Auffassung des SoVD NRW neben dem allgemeinen Kostenanstieg bei „eingefrorenen“ Zuschüssen der Pflegekassen zweifellos auch die sinkenden Renteneinkommen („Nullrunden“) und die Belastung der Pflegebedürftigen mit zusätzlichen Kosten der Gesundheitsversorgung (insbesondere für rezeptfreie Medikamente) zu rechnen. Ebenso lässt der Bericht offen, warum sowohl die Zahl der BezieherInnen von Hilfe zur Pflege als auch von Pflegewohngeld zwischen 2005 und 2007 besonders deutlich stieg⁵¹, während zugleich die kommunalen Ausgaben für diese Hilfeart nur um 1 % zunahm. Offenbar haben sich die Zahlbeträge pro Kopf verringert. Dies könnte etwa darauf hindeuten, dass mehr Pflegebedürftige mit anrechenbaren oder relativ „höheren“ eigenen Einkommen in Armut gerieten.

⁵⁰ Nach Feststellung der Pflege-Enquêtekommission hat der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI „die finanzpolitische Aufgabe, die bei der Verabschiedung der Pflegeversicherung von vornherein feststehenden Mittel auf die zu erwartende Zahl von Pflegebedürftigen nach einheitlichen Kriterien zu verteilen“ (Landtag NRW, Situation und Zukunft der Pflege in NRW, S. 36).

⁵¹ Vgl. Evaluationsbericht, S. 167 und 169 (Tabellen).

Der SoVD NRW fordert, den Kampf gegen pflegebedingte Armut endlich wieder aufzunehmen und auf landes- wie bundesrechtlicher Ebene hierzu geeignete Instrumente zur Stärkung der vorrangigen solidarischen Absicherung des Pflegerisikos zu entwickeln, auch wenn die Ergebnisse der Berliner Koalitionsverhandlungen eher das Gegenteil erwarten lassen. Im PfG NW sollte zumindest der **Verzicht auf die Heranziehung von Vermögen für den Investitionskostenanteil des Heimentgelts** rechtssicher wiederhergestellt werden.

Gleichermaßen **unverständlich und inakzeptabel** erscheint, dass nur eine Minderheit der Kommunen (48 %) vollständige Angaben zur Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII machen konnte – immerhin ein Bereich, der von jeher in ihrer Verantwortung liegt. Selbst für das Jahr 2007 konnte noch jeder fünfte örtliche Sozialhilfeträger keine validen Daten liefern!

Kritisch ist auch anzumerken, dass sich die Darstellungen des Berichts nur auf den stationären Bereich beziehen, während die **ambulante Versorgung außen vor** bleibt. Auch hier liegen teils hohe Steigerungsraten besonders in den Jahren 2005-2007 vor, jedoch häufiger als im stationären Bereich auch Rückgänge.⁵² Die Ausblendung pflegebedingter Armut in der häuslichen Pflege stützt ein weiteres Mal den Eindruck einer „heimlastigen“ Perspektive des Berichts.

Schlussbemerkung

Trotz erheblicher Bemühungen ist es den Gutachtern vielfach nicht gelungen, ein vollständiges Bild der Entwicklungen der pflegerischen und komplementären Versorgungsstrukturen in NRW im Untersuchungszeitraum zu gewinnen. Hauptursache ist die „Datenarmut“ der für die Anwendung und Umsetzung des PfG NW verantwortlichen Kommunalverwaltungen.

Zum anderen beschränkt sich der Evaluationsbericht weitgehend darauf, quantitative Befunde für Entwicklungen in einzelnen Versorgungssegmenten zu präsentieren, ohne insbesondere die häuslichen Versorgungsstrukturen im Zusammenhang entsprechend geltender Entwicklungsziele und unter Berücksichtigung des Standes pflegfachlicher Diskussion qualitativ zu bewerten. Ob dies der Entscheidung der Gutachter oder einer entsprechend restriktiven Gestaltung des Evaluationsauftrags der Landesregierung geschuldet ist, entzieht sich letztlich unserer Kenntnis.

Der SoVD NRW spricht sich daher dafür aus, eine regelmäßige, pflegewissenschaftlich begleitete Pflegeberichterstattung des Landes in das PfG NW aufzunehmen. Wir gehen davon aus, dass sich dadurch in Verbindung mit anderen Maßnahmen

⁵² Vgl. Evaluationsbericht, Tabellenteil, S. 28.

(„Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung“) die Transparenz bezüglich der Infrastrukturentwicklung erhöhen und deren Überprüfung hinsichtlich pflegefachlicher Zielstellungen wesentlich verbessern ließe. Das Design der Berichterstattung sollte im Landespflegeausschuss vorgestellt und erörtert werden.