

Landesverband NRW

Antoniusstr. 6
40215 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 03-14
<mailto:d.kreuz@sovd-nrw.de>

30.05.2005

Stellungnahme zum „Aktionsprogramm Pflege NRW“

Vorbemerkung

Als Interessenvertretung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehöriger im Lande begrüßt und unterstützt der SoVD-NRW jede Initiative, die dazu beiträgt, langjährig diskutierte und vielfältige Qualitätsmängel in der pflegerischen Versorgung zu beseitigen, eine menschenwürdige Pflege sicher zu stellen und pflegende Angehörige wirksam zu entlasten. Mit Blick auf die Qualität des Pflegehandelns wie auch der pflegerischen Versorgungsstrukturen kommt dabei gegenwärtig der Gewährleistung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Pflege, Betreuung und Begleitung von Menschen mit demenziellen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen ein besonders hoher Stellenwert zu. Insoweit **würdigt der SoVD die dem Aktionsprogramm zu Grunde liegenden Zielstellungen.**

Der SoVD ist sich bewusst, dass das *Aktionsprogramm* - als Beitrag des Landes Nordrhein-Westfalen zu einem „Handlungsrahmen Pflege“ aller an der pflegerischen Versorgung verantwortlich Beteiligten - sich in hohem Maße auf Aufgaben und Maßnahmen konzentrieren muss, die in der Zuständigkeit des Landes liegen und mit den real verfügbaren finanziellen Ressourcen aussichtsreich in Angriff genommen werden können. Daneben bilden die Mitwirkungskompetenzen des Landes bei der Bundesgesetzgebung ein zweites, pflegepolitisch höchst bedeutsames Handlungsfeld, dem sich das *Aktionsprogramm* mit seinen Vorschlägen zur Reform der Pflegeversicherung auch zuwendet.

1. Grundsätzliche Anmerkungen

Auch unter Berücksichtigung der vorgenannten Rahmenbedingungen unterschätzt das *Aktionsprogramm* nach unserem Eindruck den dringenden Weiterentwicklungsbedarf in der pflegerischen Versorgung deutlich. Auch wenn vorliegende Problemlagen mit beschränkten Mitteln und innerhalb eines begrenzten Zeitraums nur in begrenztem Umfang angegangen werden können, wäre es hilfreich, wenn sich die dargestellten Maßnahmen und Projekte auf eine Analyse vordringlich zu bearbeitender Fragestellungen beziehen, die zum einen die Grenzen des kurzfristig Möglichen erkennen lässt, zum anderen aber auch die Folgerichtigkeit und zielführende Wirksamkeit der angesprochenen Maßnahmen verdeutlicht.

Eine Analyse der wesentlichen pflegepolitischen Herausforderungen, die es zur Erreichung der zu großen Teilen unstrittigen allgemeinen Zielstellungen zu bewältigen gilt, ist dem *Aktionsprogramm* jedoch nicht zu entnehmen. Dadurch bleibt auch im Unklaren, ob und in wieweit die dargestellten Projekte und Initiativen zu einer zielführenden Weiterentwicklung beitragen können. Unbefangenen LeserInnen dürfte das *Aktionsprogramm* eher den Eindruck vermitteln, dass wir in NRW bereits über eine gute, qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung und Infrastruktur verfügen¹, uns im Großen und Ganzen auf einem guten Weg der Entwicklung befinden und uns verschiedenen eher punktuellen Erfordernissen der Weiterentwicklung zuwenden. Ein solcher Eindruck aber ginge an der tatsächlichen Dramatik der Problemlagen und den Dimensionen des dringlichen Handlungsbedarfs vorbei.

Einige Stellen deuten darauf hin, dass wesentliche Herausforderungen der pflegerischen Wirklichkeit nicht im Blick sind. Ein Absatz auf S. 1 beschreibt etwa mit summarischen Zahlen die „gute pflegerische Infrastruktur“ im Lande – ein Thema, das in den Kernbereich der pflegepolitischen Landeskompetenz gemäß § 9 SGB XI (Verantwortung der Länder für die Vorhaltung der pflegerischen Versorgungsstruktur) fällt. Aus unserer Sicht ist es weniger als Erfolg denn als Problem zu bewerten, dass unsere Infrastruktur professioneller Pflege derzeit bereits für jeden dritten nach den Kriterien des SGB XI pflegebedürftigen Menschen einen Pflegeheimplatz vorhält.

Darin drückt sich ein fortgesetzter Bedeutungszuwachs der Heimpflege aus, der mit dem Strukturentwicklungsauftrag „ambulant vor stationär“ und seinen Implikationen für Selbstbestimmung und Teilhabe pflegebedürftiger Menschen kaum in Einklang zu bringen ist. Das Problem wächst, wenn auf Seite 14 gleichsam als Erfolg verbucht wird, dass seit der Novelle des Landespflegegesetzes 2003 ein weiterer Zuwachs von 20.000 Heimplätzen „verbindlich geplant oder bereits realisiert“ ist. Die Notwendigkeit eines infrastrukturellen Wandels, der in zunehmendem Maße das Pflegeheim als Regeleinrichtung professioneller Pflege durch tragfähige, professionell gestützte

¹ Solche Bewertungen des Ist-Zustands finden sich wiederholt: S. 1, 2, 7, 12, 15.

Strukturen häuslicher Pflege und selbstbestimmten Wohnens ablöst, scheint dem *Aktionsprogramm* fremd zu sein.²

Dem scheint auch die summarische Darstellung der **teilstationären Angebotsstrukturen** zu entsprechen, die der Unterstützung der häuslichen Pflege dienen: „rund 29.000 Plätze für Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege“. Hinter der Kulisse dieser großen Zahl ist die Situation nach unserer Kenntnis wie folgt gekennzeichnet: 2004 bestanden landesweit ganze 42 Nachtpflegeplätze in drei Einrichtungen³. Die Kapazität der Tagespflege wird im Abschlussbericht der Pflege-Enquête des Landtags für 2001 mit insgesamt rund 3.500 Plätzen beziffert.⁴ Die Zahl von 29.000 teilstationären Plätzen könnte allenfalls durch die „zeitweilig nicht belegbaren vollstationären Dauerpflegeplätze“⁵ erklärlich sein, die als so genannte „eingestreute flexible Kurzzeitpflegeplätze“ ausgegeben werden, obwohl sie in keiner Weise den fachlichen konzeptionellen Anforderungen an Kurzzeitpflege Rechnung tragen. In diesem Fall wäre allerdings die Zahl der „zeitweilig nicht belegbaren Dauerpflegeplätze“ regelrecht explodiert (von 2.836 in 1998 auf aktuell rund 25.500) – was wiederum auf wachsende Belegungsprobleme von Pflegeheimen hindeuten würde.

Die Tragfähigkeit häuslicher Pflege hängt neben den ambulanten Pflegediensten und den teilstationären Angeboten auch von der „dritten Säule“ in Gestalt der **komplementären ambulanten Dienste** ab, die unverzichtbare pflegeergänzende und -begleitende Leistungen erbringen. Hier beschränkt sich das *Aktionsprogramm* auf den der diesbezüglichen Regelung des PfG NW entsprechenden Hinweis, das Land unterstützte die „Weiterentwicklung“, während die Förderung der örtlichen Versorgungsstruktur den Kommunen obliege. Auch die Pflege-Enquête sah sich außerstande, hier Zahlen zur Versorgungsstruktur anzugeben.⁶ Die letzten verfügbaren Erkenntnisse entstammen dem Evaluationsbericht zum PfG NW, der verdeutlichte, dass sich die Kommunen nach 1996 auf breiter Front aus ihrer Strukturverantwortung zurückgezogen haben. Forderungen nach wirksamer Absicherung der „dritten Säule“ der häuslichen Pflege, wie auch wir sie seither wiederholt vorgetragen haben, blieben unberücksichtigt. Es ist zu befürchten, dass von einem auch nur annähernd flächendeckenden Angebot komplementärer ambulanter Dienste längst keine Rede mehr sein kann.

Der positiven Würdigung der grundlegenden Veränderung der förderpolitischen Orientierungen des **Landespflegegesetzes** durch die Novelle von 2003 (S. 14) vermögen wir uns weiterhin nicht anzuschließen. Die Aussagen, dass „unerwünschte ‚fach-

² Demgegenüber hebt der Abschlussbericht der Enquêtekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags diese Notwendigkeit wiederholt in eindrucksvoller Weise hervor.

³ Bericht der Pflege-Enquête, S. 158

⁴ ebd., S. 157

⁵ Bericht der Landesregierung zur Evaluation des PfG NW (2000)

⁶ Bericht der Pflege-Enquête, S. 185

fremde' und in erster Linie an kurzfristigen Renditen orientierte Investoren ... zumeist vom Pflegemarkt ferngehalten“ werden konnten und dass Großinvestoren entgegen der Befürchtungen bislang keine „marktbeherrschende Stellung“ einnehmen, sondern lediglich in vereinzelt Regionen ihre Position auf dem Pflegemarkt verbessern konnten (S. 14 f), gehen eher an der Sache vorbei.

Große Immobilien und der Betrieb von Pflegeheimen sind grundsätzlich zur Erwirtschaftung „kurzfristiger“ Renditen kaum geeignet. Die gegen die PfG NW-Novelle vorgetragene Kritik bezog sich nicht auf die Kurzfristigkeit der Renditeerwartungen, sondern auf den Umstand, dass Pflege überhaupt unter den Einfluss privatwirtschaftlicher Verwertungsziele gerät, die maßgeblich von den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und den Pflegekräften bedient werden müssen und das Pflegegeschehen unter zusätzlichen ökonomischen Druck bringen.

Die Befürchtung dass hier „fachfremde“ Investoren tätig werden, wurde ebenfalls nicht geäußert. Wer Autos bauen und verkaufen will, muss etwas von Autos verstehen, und wer mit Pflege Geld verdienen will, muss etwas von Pflege verstehen. Die Befürchtungen richteten sich hier gegen die *sachfremde* Einflussnahme wirtschaftlicher Zielgrößen auf Pflege.

Dass es bereits in kurzer Frist zu einer „marktbeherrschenden“ Position von „Großinvestoren“ käme, hat unseres Wissens auch niemand prognostiziert. Im Pflegeheimsektor muss sich der Vormarsch privaten Kapitals maßgeblich auf den Neubaubereich und die Übernahme ehemals kommunaler Einrichtungen stützen. Dass Großinvestoren ihre Marktposition in einzelnen Regionen binnen anderthalb Jahren signifikant verbessern konnten, bestätigt, dass es für sie voran geht.

Insgesamt ist dem *Aktionsprogramm* noch nicht zu entnehmen, dass und wie die Landesregierung ihrer Infrastrukturverantwortung im Pflegebereich mit dem Ziel einer durchgreifenden **Stärkung der professionell gestützten häuslichen Pflege** und entsprechender Reduzierung der Heimpflegezwänge und –kapazitäten nachkommen will.

Bezüglich der gravierenden **Qualitätsprobleme** im Pflegehandeln selbst, die für den Heimbereich seit langem belegt sind und teils auch öffentlich diskutiert werden, findet sich auf S. 15 des *Aktionsprogramms* die Tatsachenbehauptung, dass - von „bedrückenden Einzelfällen“ pflegerischen Versagen abgesehen - die „ganz große Mehrzahl“ der Pflegeheime mit „hoher Qualität“ arbeitet. Wenn aber - beispielsweise - die Medizinischen Dienste in NRW in ihrem Memorandum 2001 jeweils der Hälfte der Pflegeheime im Lande attestieren mussten, dass keine ausreichende Versorgung nachts und am Wochenende, keine ordentliche Dekubitusprophylaxe und nicht einmal ausreichend Essen und Trinken sichergestellt war, wenn pflegewissenschaftlich belegt ist, dass auch der Leistungsumfang überdurchschnittlich guter (!) Heime in

NRW nicht ausreicht, um eine qualitativ hochwertige Pflege sicherzustellen⁷, dann fällt eine Kommentierung des Festhaltens an der Einzelfall-Hypothese schon schwer.

In diesem Zusammenhang räumen wir gern ein, dass wir uns von der Vorhaltung „dramatische Spekulationen einzelner Verbandsvertreter oder „Experten““ (ebenfalls S. 15) sowohl als Landesverband wie auch als Teil des SoVD-Bundesverbandes angesprochen fühlen. Den Vorwurf der „Spekulation“ weisen wir allerdings unter Bezugnahme u.a. auf die Befunde der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“, das MDK-Memorandum sowie die Erkenntnisse des Landeskriminalpräventionsrates NRW über Gewalt in der Pflege mit allem Nachdruck zurück. Die Pflege-Enquête des Landtags würde wohl kaum eine „*breit angelegte, Konzertierte Aktion für Menschenwürde in der Pflege*“⁸ für erforderlich halten, wenn dem Auftrag des Art. 1 Abs. 1 GG im Wesentlichen Rechnung getragen wäre. Im Übrigen verstehen wir den zitierten Anwurf jedoch als Ermutigung, gerade auch dann auf Missstände in der Lebenswirklichkeit aufmerksam zu machen, wenn diese höheren Orts noch nicht zur Kenntnis genommen werden.

2. Zu den Projekten und Maßnahmen

Bei näherer Betrachtung der im *Aktionsprogramm* benannten Projekte und Initiativen fällt auf, dass hier überwiegend Dinge genannt sind, die bereits (teils seit langer Zeit) laufen. Wir beschränken uns hier auf Kommentierungen zu nach unserer Wahrnehmung neuen Maßnahmen, soweit sie über Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit wesentlich hinaus gehen.

Zwei der den neuen Maßnahmen lassen aus unserer Sicht eher kontraproduktive Wirkungen befürchten. Hinsichtlich des geplanten Erlasses einer **Ausbildungs- und Prüfungsordnung Altenpflegehilfe** (S. 17 f) haben wir unsere grundsätzlichen Bedenken bereits mit entsprechender Stellungnahme im Anhörungsverfahren vorgetragen, auf die in soweit verwiesen wird.

Erheblichen Bedenken begegnet auch das **Modellprojekt zur Erprobung von „Qualitätszertifikaten“ öffentlich bestellter Sachverständiger**, die an die Stelle der bisherigen Regelkontrollen von Pflegeheimen durch Heimaufsicht und MDK treten sollen (S. 16). Der SoVD hat die letzte Novelle des Heimgesetzes insbesondere auch wegen der Kompetenzerweiterung für die Heimaufsichten und der sich damit verbindenden Erwartung einer durchgreifenden Stärkung dieser öffentlichen Kontrollinstanz begrüßt und fordert eine entsprechende Umsetzung ein.⁹

⁷ vgl. IPW/FfG, Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen – Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen, Januar 2001; dort ausdrücklich S. 135

⁸ Bericht der Pflege-Enquête, S. 514

⁹ vgl. SoVD Bundesverband, 12 Forderungen für eine würdevolle Pflege, Berlin, Januar 2005, S. 12

Nach den einschlägigen Vorgaben des SGB XI wären die Landesverbände der Pflegekassen für die Bestellung der Sachverständigen zuständig. Bei Übertragung von Kontrollaufgaben der Heimaufsichten auf eine solche, neu zu errichtende Infrastruktur wäre eine zunehmende „Entöffentlichung“ der Qualitätssicherungsaufgaben bei erhöhtem Gewicht von Kostenträgern auf die Aufgabenwahrnehmung zu erwarten. Die „Unabhängigkeit“ von Kontrollinstanzen, die von Kostenträgern bestellt werden, muss fraglich erscheinen.

Als Motiv dafür, diesen Weg einschlagen zu wollen, scheint vor allem in Betracht zu kommen, dass eine finanzielle Belastung der Kommunen als Kostenträger für die notwendige Stärkung der Heimaufsichten vermieden werden soll. Erforderliche Mehraufwendungen für die Neuerrichtung einer Sachverständigen-Infrastruktur würden stattdessen voraussichtlich die Träger der Pflegeversicherung belasten. Langjährige Prozesse der **Verlagerung von Finanzverantwortung von öffentlichen Haushalten auf Sozialversicherungsträger** würden damit fortgesetzt.

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass der Bedarf an „Qualitätszertifikaten“ als Maßnahme „nachsorgenden Verbraucherschutzes“ vor allem in Folge der marktförmigen Umgestaltung des Pflegebereichs zunimmt. Dies gilt auch für den weitgehend unregulierten Markt des Betreuten Wohnens. Der SoVD-NRW bekräftigt seine Auffassung, dass die zunehmende Überantwortung von Pflege an Marktkräfte aufgrund der höchst verletzlichen Lebenssituation der pflegebedürftigen Menschen kaum zu verantworten ist. Pflege muss in den geschützten Bereich öffentlicher Daseinsvorsorge zurückgeholt werden.

Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege sind nach Auffassung des SoVD durchgreifend zu stärken.¹⁰ Daher begrüßen wir dem Grunde nach die Absicht, bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes einen „Akzent“ auf die Präventionsarbeit zugunsten älterer Menschen zu legen (S. 4). Da allerdings der Schwerpunkt entsprechend des Beschlusses der Landesgesundheitskonferenz bei Kindern und Jugendlichen liegt, halten sich die Erwartungen über die Wirksamkeit der Akzentsetzung in Grenzen.

Um die notwendigen durchgreifenden Verbesserungen für Prävention und Rehabilitation bei von Pflegebedürftigkeit bedrohten und bereits pflegebedürftigen Menschen zu erreichen, sind entsprechend der Befunde der Pflege-Enquête des Landtags grundlegende Weichenstellungen zur Beseitigung massiver wirtschaftlicher Fehlansätze, zur Verankerung und praktischen Umsetzung eines präventiv und rehabilitativ ausgerichteten Pflegeverständnisses – einschließlich der dazu erforderlichen Arbeitsbedingungen für professionelle Pflegekräfte – im SGB XI notwendig¹¹.

¹⁰ SoVD Bundesverband, 12 Forderungen..., S. 10

¹¹ Weiteres dazu unten bei den Anmerkungen zur SGB XI-Reform.

Bei dem Vorhaben, eine **Beteiligung der Pflegekassen** an der fachlichen Abstimmung und **Finanzierung der kommunalen Pflegeberatungsstellen** gem. § 4 PflG NW zu erreichen (S. 8), bleibt offen, ob dies einer nachhaltigen Stärkung der Pflegeberatung durch Erschließung *zusätzlicher* Finanzierungsquellen dient, oder ob womöglich auch hier – in Verbindung mit der beabsichtigten Verankerung der Beratungsfinanzierung im SGB XI - vor allem eine Kostenverschiebung auf Sozialversicherungsträger angestrebt wird. Eine abschließende Bewertung ist uns daher zurzeit nicht möglich.

Das **Modellprojekt „integrierte Pflegenetzwerke“** (S. 13) könnte möglicherweise Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen den Zugang zu und die Organisation von im Einzelfall hilfreichen Pflege- und Unterstützungsangeboten in begrüßenswerter Weise erleichtern – wenn eine anschließende zügige flächendeckende Umsetzung sichergestellt werden kann. Nicht ausgeschlossen werden kann allerdings auch, dass über die Qualifizierung ehrenamtlicher MitarbeiterInnen auch eine Strategie der Verlagerung von pflegerischen und Pflegemanagement-Aufgaben von bezahlter auf unbezahlte Arbeit verfolgt wird.

3. Zur Reform des SGB XI

Unter den im *Aktionsprogramm* genannten Vorhaben ist die Reform des SGB XI (S. 23) mit Abstand **das bedeutsamste Thema überhaupt**. Die maßgeblichen Qualitätsprobleme der professionellen Pflege und der pflegerischen Versorgungsstrukturen gehen auf verfehlte Rahmensetzungen durch das SGB XI und die sich daraus herleitenden rechtlichen und materiellen Regelungen zurück.

Leider verzichtet das *Aktionsprogramm* auf eine vollständige Nennung („unter anderem“) der vom Land NRW für erforderlich gehaltenen Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Leistungskatalogs. Wir hoffen, dass zu den nicht genannten Punkten nicht etwa auch eine – vom BMGS wiederholt angedeutete - Leistungskürzung bei Heimpflege zählt. Die Deckungslücke bei den Pflegekosten (im engeren Sinne) ist gerade hier besonders ausgeprägt.¹² Eine Verteuerung der Heimpflege für die Betroffenen würde den Vorrang der häuslichen Pflege nicht stärken; diesem Ziel muss vor allem durch Verbesserungen der Tragfähigkeit der professionellen Angebote der häuslichen Pflege und ihrer leistungsrechtlichen Absicherung entsprochen werden.¹³ Eine Angleichung des Leistungsumfangs im ambulanten und stationären Bereich ist daher nur „nach oben hin“ zu suchen.

¹² vgl. Bericht der Pflege-Enquête, Tabelle 37 S. 461

¹³ Hinsichtlich der Angebote häuslicher Pflege muss „der Ausbau der pflegerischen Infrastruktur ... dringend weiter forciert werden und speziell in der ambulanten Pflege eine neue Dynamik erhalten“ (ebd. S. 134)

Nicht recht erklärlich erscheint, dass das im Abschnitt über die teilstationäre Pflege beschriebene Erfordernis einer Verbesserung der leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen im SGB XI für **Tages- und Kurzzeitpflege** (S. 12) in den Eckpunkten auf S. 23 nicht mehr auftaucht. Im Übrigen beschränken sich die Eckpunkte hier auf die Benennung von Themen. Eine nähere Bewertung würde meist ergänzende Informationen über die angedachte konzeptionelle Füllung voraussetzen. Zu den genannten Eckpunkten merken wir an:

- **Operationalisierung und sozialrechtliche Verankerung des Grundsatzes „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“**

Wir teilen die Kritik der Pflege-Enquête an diesem – von jeher im SGB XI verankerten – Grundsatz.¹⁴ Er legt ein falsches Verständnis von Pflege als Versorgung „hoffnungsloser“, der Rehabilitation nicht mehr zugänglicher Fälle nahe und verkennet damit, dass Pflege selbst immer auch rehabilitativ ausgerichtet sein muss. Die Pflege-Enquête sieht in diesem Grundsatz gerade eine der Ursachen für die Umsetzungsprobleme einer ressourcenfördernden, aktivierenden Pflege.

Vor diesem Hintergrund irritiert das Festhalten des *Aktionsprogramms* an der verfehlten Formulierung des Grundsatzes. Er sollte geändert werden in „Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege“. Die Pflegeversicherung ist ausdrücklich als Reha-Träger auszuweisen.

- **Stärkere Berücksichtigung der Bedürfnisse / Bedarfe von Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz)**

Dem Grunde nach greift dieser Punkt ein wesentliches Defizit des SGB XI auf, das bereits seit Verabschiedung des Gesetzes in der Kritik steht. Nach den Erfahrungen mit den diesbezüglichen Regelungen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes, die auch nach Befund der Pflege-Enquête kaum Verbesserungen herbeigeführt haben, ist nunmehr allerdings eine zielführende Lösung unverzichtbar. Dazu ist der somatisch verengte, verrichtungsbezogene Pflegebegriff des SGB XI durch einen **ganzheitlichen Pflegebegriff** abzulösen¹⁵, der dann konsequent leistungsrechtlich „durchbuchstabiert“ wird. Ausnahme- oder Sonderregelungen sind der Problemlage, die längst einen Großteil der pflege- und hilfebedürftigen Menschen – nicht zuletzt auch in der „Pflegestufe Null“ – betrifft, nicht angemessen. Zur Unterstützung der häuslichen Pflege demenzkranker bzw. gerontopsychiatrisch veränderter Menschen sind leistungsrechtliche Absicherungen im Bereich der komplementären ambulanten Dienste und zielführende Regelungen für einen zügigen Ausbau von wohnquartiersbezogenen Tages- und Nachtpflegean-

¹⁴ vgl. ebd., insbesondere S. 418 und 430; in den „Empfehlungen“ entsprechend S. 536

¹⁵ „Eine Revision bzw. Erweiterung des verengten Pflegebegriffs im SGB XI zu erwirken, gehört zu den vorrangig künftig anzugehenden Herausforderungen.“ (Bericht der Pflege-Enquête, S. 137; vgl. ebenso S. 154 und 491) In gleicher Richtung plädiert der Antrag der Koalitionsfraktionen im Landtag zum Abschlussbericht der Pflege-Enquête (Ds 13/6890, S. 9)

geboten notwendig. In der Aus- und Weiterbildung der professionellen Pflegekräfte sind die Kompetenzen für einen würdevollen Umgang mit demenzkranken Hilfe- und Pflegebedürftigen und entsprechende fachpflegerische Qualifizierungen weiter zu stärken.

- **Bündelung des Pflege- und Betreuungsarrangements in einem individuellen Hilfeplan**

Ohne nähere Kenntnis konzeptioneller Vorstellungen ist dieser Punkt zurzeit kaum bewertbar. Zur Entlastung pflegender Angehöriger wäre die flächendeckende Entwicklung von **Case-Management-Angeboten** wünschenswert, die – in Anlehnung an Zielsetzungen, wie sie etwa auch den „Gemeinsamen Servicestellen“ nach dem SGB IX zugrunde liegen – aus der Gesamtheit der vor Ort verfügbaren Hilfe- und Unterstützungsangebote für häusliche Pflege tragfähige und bedürfnisgerechte Pflege- und Betreuungsarrangements kostenträger- und leistungserbringerübergreifend zusammenstellen.¹⁶

- **Regelmäßige Anpassung der SGB XI-Leistungen an die allgemeine Preisentwicklung**

Der SoVD fordert seit Jahren eine Dynamisierung der Leistungen. Nur so kann die seit einem Jahrzehnt andauernde schleichende Entwertung der Leistungen (auch mit der Folge von Mehrbelastungen der Mehrbelastungen der Sozialhilfeträger) gestoppt werden. Daher ist dieser Punkt im Ansatz zu begrüßen.

Der Schutz des Leistungsniveaus vor Entwertung kann jedoch eine mindestens ebenso dringliche **deutliche Verbesserung der Leistungen** selbst nicht ersetzen. Dieser Handlungsbedarf wird unterstrichen durch den Befund der Pflege-Enquête, dass der bisherige Leistungsumfang ambulant wie stationär in keiner Pflegestufe ausreicht, um auch nur die nach den restriktiven Kriterien des SGB XI bemessenen Pflegeaufwendungen zu decken.¹⁷ Auch um endlich das Gründungsversprechen der Pflegeversicherung einzulösen, einen wirksamen Schutz vor pflegebedingter Armut und Sozialhilfeabhängigkeit zu gewährleisten, sind entsprechende Leistungsverbesserungen unausweichlich. Dabei darf auch die Infragestellung des bisherigen „Teilkasko“-Zuschnitts kein Tabu sein.

- **Persönliches Budget für Pflegebedürftige**

Die allgemein formulierte Forderung verwundert insoweit, als jetzt schon wesentliche SGB XI-Leistungen für die häusliche Pflege im Rahmen trägerübergreifender Persönlicher Budgets nach dem SGB IX eingebracht werden können. Darüber hinaus laufen zurzeit weitergehende Modellversuche zu einem Persönlichen

¹⁶ Auch die Pflege-Enquête spricht sich für Case Management in der ambulanten Versorgung aus (siehe dort S. 500).

¹⁷ vgl. Bericht der Pflege-Enquête, S. 459 und Tabellen S. 460/461 sowie S. 446

Pflegebudget, deren Ergebnisse zunächst abzuwarten und auszuwerten sind, um eine möglichst sachgerechte allgemeine Budgetregelung konzipieren zu können.

Im Interesse der Qualitätssicherung sowie aus ordnungspolitischen Gründen sind dabei Fehlanreize zur Inanspruchnahme von Pflegehilfen auf Basis prekärer Beschäftigungsverhältnisse oder gar von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (sog. „Ein-Euro-Jobs“) ebenso zu vermeiden wie ein Missbrauch der Idee des Persönlichen Budgets zu Zwecken der Kostenreduzierung. Eine wesentliche Zielsetzung des Persönlichen Budgets muss darin bestehen, entsprechend der Empfehlung der Pflege-Enquête „die zersplitterte Finanzierungsstruktur im ambulanten Pflegesektor, die nicht nur mit einer für die Pflegebedürftigen häufig unzumutbaren Fraktionierung der Leistungen, sondern darüber hinaus auch noch mit einer Vielzahl von Abgrenzungs- und Verschiebeproblemen einhergeht, zu verändern“¹⁸.

Hilfreich wäre es, wenn die Landesregierung zusammen mit Leistungserbringern, Kostenträgern und Beratungseinrichtungen zur öffentlichen Aufklärung darüber beitragen würde, dass pflegebedürftige Menschen in aller Regel neben Leistungen des SGB XI auch Teilhabeleistungen des SGB IX in Anspruch nehmen können.

- **Verankerung der Refinanzierung von Beratungsleistungen und –angeboten (u.a. Wohnraumberatung) im Leistungsrecht der Pflegeversicherung**

Eine möglich erscheinende Kostenverschiebung von staatlichen oder kommunalen Haushalten auf die Sozialversicherung (s.o.) muss hierbei ausgeschlossen bleiben. Zudem ist sicherzustellen, dass die Beratungsfinanzierung nicht zu einer Schmälerung der für Pflege selbst zur Verfügung stehenden Leistungen führt.

- **Weiterentwicklung der Alterssicherung für häuslich Pflegende**

Zu begrüßen wäre eine Angleichung der Berücksichtigung von Pflegezeiten in der Gesetzlichen Rentenversicherung an die für Kindererziehungszeiten geltenden Regelungen.

Finanzierung

Anlass zur Sorge geben die Formulierungen des *Aktionsprogramms* bezüglich einer „zukunftssicheren Finanzierung“ der Pflegeversicherung. Zum einen heißt es dort, dass ein „Finanzierung-Mix aus Mitteln der Sozialversicherung und Eigenvorsorge der Betroffenen“ erforderlich sei. Diese Formulierung wäre eher als Beschreibung des (unbefriedigenden) Status Quo geeignet. Wegen des wirtschafts- und fiskalpolitisch motivierten „Teilkasko“-Zuschnitts der Pflegeversicherung beruht die Pflegefinanzierung schon bisher auf einem Mix von Versicherungszuschüssen und privat zu tragenden Aufwendungen. Mit der Heranziehung der Vermögen Pflegebedürftiger zur

¹⁸ ebenda S. 502

Refinanzierung stationärer Investitionskosten durch die Novelle des PfG NW hat das Land die privat zu tragende Kostenbelastung bereits ausgeweitet. Zudem ist daran zu erinnern, dass die Pflegeversicherung von jeher unter vollständiger Aufgabe des sozialstaatlichen Grundsatzes der paritätischen Finanzierung einseitig von den Versicherten finanziert wird. Sie hat daher insgesamt den Charakter einer „institutionalisierten Eigenvorsorge“ der Versicherten.

Als „Reformforderung“ lässt die Formulierung des *Aktionsprogramms* den Verdacht aufkommen, dass eine Art „Riester-Reform“ beabsichtigt wird – also etwa die Auslagerung eines Teils des bisherigen SGB XI-Leistungsumfangs (oder ggf. von Verbesserungen der Pflegeabsicherung?) in eine (obligatorische?) Privatvorsorge. Notwendig und überfällig ist dagegen, dem aus dem Grundsatz der Sozialpflichtigkeit des Eigentums folgenden Prinzip der paritätischen Finanzierung auch im jüngsten Zweig der Sozialversicherung uneingeschränkt Geltung zu verschaffen. Auf diesem Wege würde auch die notwendige durchgreifende Stärkung der Finanzausstattung der Pflegeversicherung entscheidend erleichtert.

Schließlich sieht das *Aktionsprogramm* vor, die Beitragsfinanzierung „perspektivisch entsprechend der Prinzipien der Bürgerversicherung weiterzuentwickeln“¹⁹. Dabei scheint „perspektivisch“ auszudrücken, dass an eine kurzfristige Umsetzung im Rahmen der nächsten SGB XI-Reform eher nicht gedacht ist.

Der SoVD hat sich für eine **Bürgerversicherung** im Bereich der Krankenversicherung ausgesprochen. Jedoch unterscheidet sich seine Konzeption einer Bürgerversicherung von den im politischen Raum diskutierten Konzepten schon dadurch, dass er dabei „*die Wiederherstellung eines einheitlichen Leistungskataloges, mit dem alle medizinischen und pflegerischen Leistungen, die im Krankheitsfall nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse wirksam sind, solidarisch (d.h. ohne Eigenbeteiligung) abgedeckt sind*“, verlangt.²⁰ Die Bürgerversicherungsmodelle, die ausgehend vom entsprechenden Vorschlag aus der Rürup-Kommission im parteipolitischen Raum vertreten werden, sehen indes vor, dass die aus der Verallgemeinerung des pflichtversicherten Personenkreises und der Verbeitragung von Vermögenseinkommen Versicherter entstehenden Mehreinnahmen für eine Absenkung des hälftig von der Arbeitgeberseite zu tragenden Beitragssatzes auf Arbeitsentgelt eingesetzt werden sollen. Der Beitrag der Arbeitgeberseite zur Erwirtschaftung des Gesamtbeitragsaufkommens würde sich entsprechend verringern. Gerade angesichts der vielfältigen dringenden Notwendigkeiten von Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung ist daher unter den „Prinzipien“ einer Pflege-Bürgerversicherung zu verankern,

¹⁹ „Perspektivisch“ deutet darauf hin, dass an eine Umsetzung im Zuge der nächsten SGB XI-Reform eher nicht gedacht ist.

²⁰ SoVD Bundesverband, Die Bürgerversicherung, Eckpunkt für eine bessere Gesundheitsversorgung, Berlin, Januar 2005, S. 23

dass Mehreinnahmen vollständig für Leistungsverbesserungen zur Verfügung stehen und die paritätische Finanzierung Geltung erhält.

4. Zusätzliche Handlungsbedarfe

Auch wenn – wie eingangs beschrieben – von dem *Aktionsprogramm* nicht erwartet werden kann, dass es Antworten auf sämtliche bislang ungelösten Probleme bietet, fallen doch bestimmte „blinde Flecken“ auf. Über bereits vorstehend angesprochene Fragen hinaus hielten wir folgende Fragen für hinreichend bedeutsam, um sie im *Aktionsprogramm* zu berücksichtigen:

Altenpflegefachkräfteausbildung

Aussagen zur Weiterentwicklung der Altenpflegefachkräfteausbildung und ihrer künftigen finanziellen Absicherung durch das Land sind im *Aktionsprogramm* nicht enthalten. Da die Förderung der Erstausbildung in den Bereich der originären Landeszuständigkeiten fällt, wäre es nicht unbillig, hier Hinweise darauf zu erwarten, wie das Ausbildungsvolumen entsprechend des zukünftig wachsenden Pflegebedarfs sukzessive gesteigert werden kann.

Der SoVD-NRW begrüßt, dass unter maßgeblicher Mitwirkung des Landes zwischenzeitlich eine Auffangregelung für die künftige Finanzierung des dritten Ausbildungsjahres von Altenpflege-Umschulungen geschaffen werden konnte. Der drohende Schaden durch die Streichung der SGB III-Förderung für das dritte Jahr wird damit begrenzt. Kritikwürdig bleibt dabei jedoch, dass Kosten von Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik auf die Pflegebedürftigen überwälzt werden, indem die Ausbildungsvergütung für UmschülerInnen im dritten Jahr über die Pflegeentgelte der Einrichtungen refinanziert werden.

Allerdings kann bei den Umschulungen noch keine Entwarnung gegeben werden. Zum einen hat die Arbeitsverwaltung die Zahl der geförderten berufsqualifizierenden Umschulungen insgesamt drastisch reduziert, zum anderen bleibt offen, ob die Pflegeeinrichtungen in ausreichendem Umfang zum Abschluss von Ausbildungsverträgen bereit bzw. in der Lage sind. Daher ist von fortbestehenden Risiken bei der Sicherstellung eines ausreichenden Fachkräftenachwuchses (Erstausbildung und Umschulung) auszugehen.

Folgen der Krankenhaus-DRGs für Pflege

Nicht thematisiert werden auch die erheblichen Herausforderungen, vor denen die Pflege aktuell durch vermehrte **Frühentlassungen aus dem Krankenhaus** in Folge des neuen Abrechnungssystems der DRGs steht. Die diesbezüglichen Feststellungen und Erörterungen im Bericht der Pflege-Enquête offenbaren akute Risiken, dass frühentlassene PatientInnen, die teils noch hohe medizinische und technikintensive sowie krankenpflegerische und rehabilitative, als Sterbende auch palliativmedizinische Versorgungsbedarfe aufweisen, in Versorgungslücken fallen können, weil der

Pflegebereich hierfür weder ambulant noch stationär hinreichend eingestellt und ausgestattet ist.

Denkbar wären landespolitische Initiativen mit dem Ziel einer flächendeckend verbesserten Kooperation und Verzahnung von Leistungsbereichen des SGB V und des SGB XI, insbesondere aber auch bundespolitische Initiativen für eine zielführende Anpassung bundesrechtlicher Rahmenbedingungen. Dabei sollte auch eine kritische Überprüfung des eingeschlagenen Wegs der marktförmigen Umstrukturierung und „Verbetriebswirtschaftlichung“ der Krankenhausversorgung kein Tabu sein, da dieser offenbar mit nur schwer beherrschbaren „Risiken und Nebenwirkungen“ verbunden ist.

Entlastung, Gesundheitsförderung und Rehabilitation pflegender Angehöriger

Mit Blick auf eine wirksame Entlastung, Gesundheitsförderung und Rehabilitation pflegender Angehöriger tritt der SoVD dafür ein, diesen eine jährliche **Blockentlastung** durch Gewährung einer mindestens dreiwöchigen Erholungskur bzw. Rehabilitationsmaßnahme zu ermöglichen und ihnen mindestens einen **pflegefreien Halbtage** pro Woche zu sichern.²¹ Dies setzt auch voraus, dass die Leistungsfähigkeit der ambulanten und teilstationären Angebote und Hilfen so entwickelt ist, dass während der Entlastungszeiten eine gleichwertige Ersatzpflege sichergestellt werden kann.

Aus Sicht des SoVD ist die notorische Be- und Überlastung pflegender Angehöriger, die mit erheblichen Gesundheitsgefährdungen und zusätzlichen Risiken eigener Pflegebedürftigkeit verbunden ist²², nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen, dass das SGB XI ihnen den „Sicherstellungsauftrag“ für häusliche Pflegearrangements zuweist, während die Aufgabe der professionellen ambulanten und teilstationären Pflege nur auf eine „unterstützende“ Funktion zurückgenommen ist. Zur nachhaltigen Entlastung pflegender Angehöriger in den Familien scheint uns daher ein sozialrechtlicher „Paradigmenwechsel im Verhältnis von professioneller und Angehörigenpflege von entscheidender Bedeutung“ zu sein.²³ Er würde auch dem dringenden Erfordernis Rechnung tragen, der wachsenden Zahl allein stehender pflegebedürftiger Menschen, die nicht auf ehrenamtliche Hauptpflegepersonen zurückgreifen können, ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu sichern.

Bessere Pflegequalität durch bessere Personalausstattung

Der Bericht der Pflege-Enquete bestätigt mit vielfältigen Hinweisen erneut den seit Jahren nachgewiesenen Bedarf an durchgreifenden Verbesserungen der Personal-

²¹ vgl. SoVD Bundesverband, 12 Forderungen..., S. 16

²² vgl. hierzu den Abschlussbericht der Landtags-Enquête „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“, Düsseldorf, September 2004, S. 284 ff

²³ SoVD Bundesverband, Frauenpolitisches Programm, Berlin, Oktober 2003, S. 31 f

ausstattung von Pflegeeinrichtungen.²⁴ Die unter den gegebenen Rahmenbedingungen refinanzierbare Personalausstattung reicht nicht aus, um eine den individuellen Bedürfnissen entsprechende, würdevolle und ressourcenfördernde Pflege auf der Basis eines ganzheitlichen Pflegeverständnisses zu ermöglichen.

Dies gilt indes nicht allein für den Heimbereich²⁵, sondern auch für die ambulante Pflege. Auch dort müssen sich die Betroffenen mittlerweile ebenfalls unter Einschränkung ihres Selbstbestimmungsrechts den zeitlich engen und oft nicht ausreichend flexiblen Betriebsabläufen der ambulanten Pflegedienste unterwerfen, wie sie sich aus einer Arbeitsorganisation auf Basis des gegenwärtig refinanzierbaren Personals ergeben.²⁶ Der Bericht der Pflege-Enquête verdeutlicht eindrucksvoll, dass die Mehrheit der Dienste – um ihr Überleben am Markt sichern zu können - ihr Leistungsspektrum „betriebswirtschaftlich rational“ auf die gegebenen Refinanzierungsbedingungen zuschneiden „statt an den realen Problem- und Bedarfslagen der Nutzer“.²⁷ Der Faktor **Zeit** ist von elementarer Bedeutung für nahezu alle Qualitätsfragen im Pflegegeschehen. Eine durchgängige zeitliche Entspannung der pflegerischen Arbeitsabläufe durch eine verbesserte Personalausstattung ist für die unabdingbare rasche Sicherung einer würdewahrenden Pflege unerlässlich.

Wir erkennen an, dass die Ergebnisse des Projekts „Referenzmodelle“ möglicherweise nutzbare Grundlagen für zukünftige Personalbemessungsverfahren im Heimbereich liefern können. Ob die sich Verantwortlichen aber zu entsprechenden Vereinbarungen bereit finden werden, bleibt weiterhin offen. Bezüglich der ambulanten Pflege sind uns Ansätze einer an Kriterien der Ergebnisqualität orientierten Personalbedarfsbemessung bislang nicht bekannt. Ein aktuelles, qualitätsorientiertes Handlungskonzept für Pflege sollte daher der Frage der Personalausstattung eine hohe Priorität einräumen.

Angesichts des Kostendrucks auf den Pflegekassen und der kommunalen Haushaltslagen scheint es zur Ermöglichung tragfähiger Lösungen unumgänglich zu sein, deutliche Verbesserungen bei der Ressourcenausstattung der maßgeblichen Pflege-

²⁴ „Aus den Untersuchungsergebnissen lässt sich folgern, dass spürbare Qualitätsverbesserungen eine Erhöhung des Leistungsumfangs und damit eine bessere Personalausstattung voraussetzen.“ IPW/FfG, Pflegebedarf und Leistungsstruktur..., S. 135

²⁵ „Dem ausgedehnten Unterstützungsbedarf und den hohen fachlichen Anforderungen in der vollstationären Pflege steht eine Personalausstattung gegenüber, die schwerlich als adäquat bezeichnet werden kann.“ (Bericht der Pflege-Enquête, S. 175)

„Die Gesamtheit der verfügbaren Ressourcen [bleibt] in vielen Einrichtungen so knapp bemessen, dass eine professionelle, bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung kaum noch realisiert werden kann.“ (ebd., S. 171)

²⁶ vgl. ebd., S. 149 und 314 ff. Deshalb heißt es in den Empfehlungen für den ambulanten Bereich: „Unabdingbar ist ... die Schaffung aufgabenangemessener Arbeitsbedingungen ... für die Pflegekräfte“. (ebd. S. 501)

²⁷ ebd. S. 135

Kostenträger selbst herbei zu führen. Verbesserte Refinanzierungsbedingungen im SGB XI-Bereich reichen hierzu allein nicht aus, solange die Sozialhilfeträger bei einem erheblichen Teil der Pflegebedürftigen die den SGB XI-Leistungsrahmen übersteigenden Kosten zu tragen haben. Es gilt daher auch, steuerpolitische Weichenstellungen zur Überwindung des „Diktats der leeren Kassen“ auf der kommunalen Ebene vorzunehmen.

Betroffenenorientierte öffentliche Steuerungsfähigkeit der pflegerischen Versorgungsstrukturen sichern

Das Land NRW hat mit dem neuen Landespflegegesetz (2003) die förderpolitisch gestützte Pflegebedarfsplanung, die im Wege der örtlichen Pflegekonferenzen grundsätzlich auch der Berücksichtigung von Betroffeneninteressen zugänglich war, zurückgenommen und die Steuerungshoheit über die Weiterentwicklung der Infrastrukturen weitgehend dem Kapitalmarkt überantwortet. Maßgeblicher Grund war eine höchstrichterliche Rechtsprechung, die nach Auffassung der Landesregierung dem Land – trotz seines gesetzlichen Auftrags zur „Planung und Förderung“ der Versorgungsstruktur – eine wirksame öffentliche Steuerung der Strukturentwicklung wegen des „Marktvorrangs“ im SGB XI untersagt hatte.

Wie bereits oben angesprochen, gehört die Pflege von Menschen, die bei der Bewältigung ihres Alltags von fremder Hilfe abhängig und daher in höchst sensiblen und verletzlichen Lebenssituationen sind, in den vor dem Zugriff des Marktes geschützten **Kernbereich öffentlicher Daseinsvorsorge**. Insbesondere scheint eine Bewältigung des notwendigen Strukturwandels zugunsten vorrangig selbstbestimmter Formen professionell gestützter oder getragener häuslicher Pflegearrangements nicht vorstellbar ohne eine öffentliche und partizipationsorientierte, fachlich und sozialplanerisch fundierte Steuerung der Strukturentwicklung – auch durch gezielten Einsatz öffentlicher Fördermittel. Die Schaffung der hierzu erforderlichen Rechtsgrundlagen sollte in eine SGB XI-Reform einbezogen werden.

Persönliche Assistenz bei Pflegebedürftigkeit

Pflege wird zukünftig zunehmend auch mit alten Menschen mit Behinderungen konfrontiert sein, die sich ein selbstbestimmtes Leben mit persönlicher Assistenz („Arbeitgebermodell“) erschließen konnten. Es ist sicherzustellen, dass sie auch bei Eintreten zusätzlicher altersbedingter Einschränkungen ihr gewohntes Leben mit persönlicher Assistenz fortsetzen können. Dazu ist u.E. eine – bereits seit vielen Jahren eingeforderte – verlässliche und ausreichende sozialrechtliche Refinanzierung notwendig. Auch vor dem Hintergrund von Projekten zur Erprobung Persönlicher Budgets im Rahmen des SGB IX ist noch nicht erkennbar, dass im Wege derzeitiger Zuschnitte von Persönlichen Budgets regelmäßig eine ausreichende Finanzierung persönlicher Assistenz gesichert werden kann.

Darüber hinaus und insbesondere kann der Gedanke selbstbestimmter persönlicher Assistenz auch ein bedeutsames Potenzial zur nachhaltigen Stärkung selbstbestimmter häuslicher Pflege und Unterstützung auch für ursprünglich nicht behinderte

pflegebedürftige alte Menschen bieten. Der Bericht der Pflege-Enquête hebt das Erfordernis einer qualitativen Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege- und Unterstützungsangebote hervor.²⁸ Daher regen wir an, in diesem Rahmen auch Konzepte einer leistungsrechtlich gesicherten persönlichen Pflegeassistenz zu prüfen und ggf. zügig umzusetzen. Dazu wäre auch ein Berufsbild für Persönliche PflegeassistentInnen auf der Grundlage einer qualifizierten und hochwertigen Ausbildung zu entwickeln.

²⁸ vgl. ebd. S. 135 f und S. 500