

[anhoerung@landtag.nrw.de](mailto:anhoerung@landtag.nrw.de)

Pflege für die Zukunft – Anhörung A01 – 13.02.2019

Ansprechpartner:

Dr. Michael Spörke

Tel. 0211 / 3 86 03-13

[m.spoerke@sovd-nrw.de](mailto:m.spoerke@sovd-nrw.de)

Düsseldorf, den 25.1.2019

**Stellungnahme**  
**zum Antrag der Fraktion Bündnis90/Die Grünen**  
**„Pflege für die Zukunft gestalten – Selbstbestimmung sichern –**  
**Pflege vor Ort stärken!“ (Ds. 17/3028)**

Viele der grundsätzlichen Einschätzungen und Orientierungen des Antrags entsprechen Auffassungen und Forderungen des SoVD NRW. So fordert der SoVD NRW seit langem eine verstärkte Orientierung der Versorgungsstrukturen an grund- und menschenrechtlichen Anforderungen der Pflege-Charta und der UN-Behindertenrechtskonvention und den vorrangigen Ausbau von Angeboten, die den Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglichen und unerwünschte Heimunterbringungen vermeiden helfen. Die systematische Erhöhung des Angebots an bezahlbaren barrierefreien und rollstuhltauglichen Wohnungen zählt für uns zu den großen Herausforderungen einer zukunftsfähigen Wohnungspolitik. Der Grundsatz „Prävention vor Reha vor (und bei) Pflege“ muss verstärkt in die Praxis umgesetzt werden. Wir setzen uns auch für den Ausbau von hochwertigen ambulant versorgten Pflege-Wohngemeinschaften und (stationären) Hausgemeinschaften als Alternative zum klassischen Pflegeheim ein, der in eine systematische Entwicklung inklusiver Quartiere und Gemeinden einzubetten ist.

Die notwendige Verbesserung der Personalausstattung insbesondere der Pflegeeinrichtungen - als Voraussetzung einer würdevollen, rehabilitativ ausgerichteten und zwendungsorientierten Versorgung ebenso wie für bessere Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte und die Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs - ist seit Jahrzehnten

ein Dauerthema des SoVD NRW.<sup>1</sup> Ebenso langjährig kritisieren wir die kontraproduktiven Wirkungen der marktgesteuerten Infrastrukturentwicklung und fordern stattdessen eine Stärkung öffentlicher Steuerungsmöglichkeiten zugunsten quantitativ und qualitativ bedarfsgerechter Weiterentwicklungen. Und nicht zuletzt fordern wir zur Realisierung solcher Perspektiven eine bessere Finanzierung der Pflege.

Diese Hinweise mögen genügen, um unsere Übereinstimmung mit grundsätzlichen Orientierungen des Antrags sowie auch vielen sich daraus herleitenden Konkretisierungen – auch was die Pflegepersonal-Ausstattung der Krankenhäuser und das Zusammenwirken von gesundheitlichem und pflegerischem Versorgungssystem angeht - zu verdeutlichen. Der Antrag reißt eine Vielzahl einzelner Aspekte an, die wir hier nicht alle im Einzelnen diskutieren können. Er weist allerdings auch Orientierungen auf, die wir so nicht teilen, umgeht bestimmte Aspekte, die aus unserer Sicht einbezogen werden sollten, und bleibt bei anderen doch zu sehr im Vagen. Nachfolgend beschränken wir unsere Hinweise auf solche Aspekte, die einer vertiefenden kritischen Diskussion zugeführt werden sollten.

### **Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger**

Im Abschnitt I.1 des Antrags wird im Wesentlichen zutreffend umrissen, dass die zu erwartende Steigerung der Zahl pflegebedürftiger Menschen mit einem eher rückläufigen informellen und familialen Pflege- und Unterstützungspotenzial einhergeht. Dies müsste der Ansatzpunkt für Überlegungen sein, wie dennoch der zu Recht geforderte Vorrang der häuslichen Versorgung langfristig weiter gestärkt werden kann. Seit langem ist bekannt, in welchem hohem Maße und teils bis über die Grenzen des Verantwortbaren hinaus pflegende Angehörige durch ihre Pflegearbeit belastet sind. Da Pflege sich stets in einer Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten realisiert, kann gute Pflege nur gelingen, wenn die Bedingungen für beide Seiten der Beziehung stimmen. Dies gilt gleichermaßen für professionelle wie informelle Pflege. Die notwendige bessere Unterstützung und verstärkte Entlastung pflegender Angehöriger bedeutet im Kern, dass **professionelle Dienste höhere Anteile der häuslichen Versorgung übernehmen müssen.**

---

<sup>1</sup> Erinnert sei auch an die Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ im Auftrag des Landespflegeausschusses (2001), die das Problem unzureichender Personalausstattung selbst in überdurchschnittlich gut ausgestatteten Einrichtungen für alle Beteiligten unbestreitbar offen legte (vgl. dort insbesondere S. 135 f), ohne dass dies bislang zu den erforderlichen Verbesserungen führte.

Etwaige Orientierungen auf eine verstärkte Unterstützung und Entlastung durch ehrenamtsbasierte Angebote (bürgerschaftliche Initiativen, soziale Netzwerke Nachbarschaftshilfen) stehen auch vor den Problemen, dass das unter günstigen Voraussetzungen zusätzlich mobilisierbare Potenzial recht begrenzt ist, während der Wettbewerb vielfältiger (insbesondere sozialer und kultureller) Angebotsstrukturen um freiwilliges Engagement eher zunimmt, wobei die Unterstützung von Pflegehaushalten nicht unbedingt zu den attraktivsten Angeboten zählt. Vor allem können ehrenamtsbasierte Strukturen die notwendige Verlässlichkeit nicht garantieren und daher nicht „tragende“ Säule des Versorgungssystems sein. Mithin ergeben sich erhebliche Erfordernisse des Ausbaus professioneller Pflege- und Unterstützungsdienste rund um häusliche Pflegearrangements, um deren Tragfähigkeit auch bei höheren Pflegegraden nachhaltig sichern und zu erhöhen.

Im Kontext des im Antrag leider weitgehend ausgesparten Themas der Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger wäre es auch sinnvoll, eine Bilanz der Wirksamkeit der diesbezüglichen **landesrechtlichen Regelungen** zu ziehen, um daraus weiterführende Schlussfolgerungen herzuleiten. Bereits mit dem Landespflegegesetz 1996 wurde den Kommunen die gesetzliche Verantwortung „für die zur Umsetzung des Vorranges der häuslichen Versorgung erforderlichen komplementären ambulanten Dienste“ übertragen.<sup>2</sup> Seit dem APG 2014 haben sie diese „sicherzustellen“.<sup>3</sup> Allerdings kommen die Kommunen ihren diesbezüglichen Verpflichtungen nach den (wenigen) landesweiten Erkenntnissen<sup>4</sup> sehr unterschiedlich und insgesamt völlig unzureichend nach, und die Landesregierungen haben dies bisher toleriert.

Mit § 17 i. V. m. § 4 Abs. 2 APG wurden zusätzliche Regelungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger und von Pflegehaushalten getroffen, deren Wirksamkeit allerdings zweifelhaft erscheint. Im Landesausschuss Alter und Pflege (LAP) war auf entsprechende Bitte des SoVD NRW zugesagt, in der Sitzung vom November 2016 über die Wirkungen dieser Neuregelungen zu berichten. Dennoch hat eine solche Berichterstattung bis heute nicht stattgefunden, nachdem die Kommunalen Spitzenverbände im Juni 2017 schriftlich erklärt hatten, bis zur Verfügbarkeit einer landesweiten und einheitlichen Datenbasis hierzu nicht sprechfähig zu sein.

Nach den Daten der amtlichen Pflegestatistik ist der Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationärer Langzeitpflege von einem Höchststand von 30,7 % in 2005 auf 21,3 % in 2017 zurückgegangen, worin sich sicher auch Erfolge bei den Bestrebungen zur

---

<sup>2</sup> § 10 Abs. 2 PFG NW 1996.

<sup>3</sup> § 16 Abs. 2 APG NRW.

<sup>4</sup> Vgl. den Evaluationsbericht zum PFG NW von 2009 sowie die Angaben zu komplementären ambulanten Diensten aus den kommunalen Pflegeplanungen in: IGES Institut, Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW, Dezember 2017.

stärkeren Ambulantisierung der Versorgung niederschlagen.<sup>5</sup> Eher Besorgnis erregend ist jedoch, dass diese Entwicklung seit 2007 mit einem fortgesetzten Wiederanstieg des Anteils verbunden ist, dessen Versorgung ohne Inanspruchnahme von SGB XI-Sachleistungen nur auf Basis von Pflegegeld stattfindet. 2017 lag er mit 54,3 % aller Pflegebedürftigen bzw. 78,6 % der zu Hause Gepflegten deutlich über den entsprechenden Werten von 1999. Wenngleich sich in den Daten für 2017 auch die Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises infolge der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PSG II) niederschlägt, ist der Trend zu mehr häuslicher Versorgung ohne professionelle pflegerische Unterstützung schon in den Jahren bis 2015 unverkennbar. Dagegen entwickelte sich der Anteil der (auch) unter Inanspruchnahme professioneller Pflege häuslich versorgten Pflegebedürftigen seit 2007 eher stagnierend.

Angesichts des rückläufigen informellen Pflegepotenzials ist zu befürchten, dass die Anforderungen an pflegende Angehörige insgesamt eher zu- als abnehmen. Wo sich beispielsweise kein ausreichendes Angebot an Tages- und Nachtpflege findet, laufen gesetzliche Leistungsansprüche der Pflegeversicherten ins Leere und stehen zur Entlastung informell Pflegender nicht zur Verfügung. Lücken und Engpässe bei den professionellen Pflege- und Betreuungsangeboten müssen in der Regel von pflegenden Angehörigen kompensiert werden, um die Versorgung dennoch sicherzustellen. Bereits seit Herbst 2016 diskutiert der LAP über Kapazitätsengpässe bei der Kurzzeitpflege, und seither ist zunehmend auch von Engpässen bei ambulanten Diensten und in anderen Angebotssegmenten die Rede, die mutmaßlich durch den Mangel an Pflegefachkräften verursacht sein dürften. Obwohl die Kommunen nach § 4 Abs. 1 APG zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Angebotsstruktur verpflichtet sind, tragen deren Interessenvertretungen im LAP zur Erfassung und Bewältigung solcher Probleme wenig bei. Nach § 9 SGB XI liegt die Strukturverantwortung zunächst beim Land. **Der SoVD NRW erwartet, dass Land und Kommunen ihrer Verantwortung zur Vorhaltung bedarfsgerechter und auswahlfähiger Versorgungsstrukturen umfassend nachkommen und jederzeit Versorgungssicherheit gewährleisten.**

Erforderlich sind darüber hinaus Perspektiven zur Stärkung der häuslichen Versorgung bei wirksamer und nachhaltiger Entlastung pflegender Angehöriger, die nicht mit zusätzlichen Kostenbelastungen für die Pflegehaushalte verbunden sind. Der Antrag fordert zwar allgemein den „Einsatz“ der Landesregierung für den Ausbau der ambulanten Dienste, der Tages- und Kurzzeitpflege (vgl. VII. Nr. 2, S. 12). Doch er

---

<sup>5</sup> Die absolute Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Langzeitpflege erreichte 2017 zugleich ihren historischen Höchststand.

lässt leider offen, wie dies realisiert werden kann und soll, obwohl es sich um die Infrastrukturverantwortung des Landes bzw. der Kommunen handelt.

### **Pflegenotstand überwinden**

Zur Bewältigung des Mangels an Pflegefachkräften in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sieht der Antrag eine Reihe von Maßnahmen vor. Kurzfristig wird ein Sofortprogramm des Bundes zur Schaffung von jeweils 25.000 Pflegestellen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gefordert. Dies ist zwar nicht nur sympathisch, sondern wäre auch bitter nötig. Aber es bleibt die Frage, ob und wie die zusätzlichen Stellen angesichts des akuten Fachkräftemangels besetzt werden können und wie dabei ein verschärfter Abwerbewettbewerb zwischen Krankenhäusern (mit besseren Arbeitsentgelten) und Pflegeeinrichtungen, ggf. auch zwischen ambulanter und stationärer Pflege, vermieden werden kann.

Eine verstärkte Anwerbung ausländischer Pflegekräfte fordert der Antrag nicht, und das ist auch gut so. Eine Abwerbung ausgebildeter Fachkräfte aus wirtschaftlich schwächeren Ländern käme einem äußerst fragwürdigen „brain drain“ gleich, mit dem sich Deutschland auf Kosten der Herkunftsländer entlasten würde. Zudem wäre mit größeren Anwerbeerfolgen auch kaum zu rechnen, so lange Deutschland mit seinen im Vergleich zu vielen anderen europäischen Staaten schlechteren Arbeits- und Entgeltbedingungen in der Pflege kein attraktives Zielland für migrationsbereite Pflegefachkräfte ist und die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse große Schwierigkeiten bereitet.

Derr SoVD NRW begrüßt die Orientierungen auf eine Erhöhung der Ausbildungskapazitäten in den Pflegeberufen, die nicht zuletzt eine auskömmliche Finanzierung der schulischen und betrieblichen Ausbildungsträger voraussetzt, sowie auf Verbesserungen der Arbeits- und Entgeltbedingungen, die zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe unerlässlich sind.

### **Den Teufelskreis durchbrechen**

Schlechte Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind maßgeblich Folge der langjährig unzureichenden Personalausstattung am unteren Rand des Verantwortbaren, die zu hoher Arbeitsverdichtung und Stress mit unvermeidlichen Einschränkungen der Leistungsqualität geführt hat, und mit hohen Mehrarbeitsanforderungen und Rückrufen aus der Freizeit verbunden ist. Dies ist Folge des Marktregimes, in dem sowohl die Arbeitgeber als auch die großen Kostenträger auf die Personalkosten drücken, die einen im Interesse der Rentabilität, die anderen

im Interesse niedriger Preise. Viele Pflegekräfte suchen sich vor übermäßigen Belastungen dadurch zu schützen, dass sie den Pflegeberuf verlassen (kurze Verweildauern im Beruf) oder in Teilzeit arbeiten. Beide Selbstschutzreaktionen tragen dazu bei, den Bedarf an ausgebildeten Fachkräften (Köpfe) zu erhöhen. Zudem werden seitens der Pflege-Arbeitgeber teils aus personalwirtschaftlichen Gründen eher Teilzeitstellen angeboten. Während knapp vier von fünf arbeitslosen Altenpflegekräften eine Vollzeitstelle suchen, ist nur jede fünfte gemeldete Arbeitsstelle als reine Vollzeitstelle ausgeschrieben.<sup>6</sup>

Insbesondere in der Altenpflege gilt die übermäßig hohe Teilzeitbeschäftigung seit längerem als eine wichtige Ursache des Fachkräftemangels. Zwischen 2001 und 2013 stieg der Anteil der teilzeitbeschäftigten Altenpflegefachkräfte im ambulanten Bereich von 49,9% auf 65,5 %, im teil- und vollstationären Bereich von 34,2 % auf 61,8 %. Bei den ambulant tätigten Krankenpflegekräften stieg der Teilzeitanteil im gleichen Zeitraum von 59,5 % auf 66,4 %, im teil- und vollstationären Bereich von 47,5 % auf 62,4 %.<sup>7</sup> Auch seit 2013 geht der Zuwachs an sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in den Pflegeberufen ganz überwiegend auf die Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung zurück, die in der Altenpflege gut zwei Drittel des Zuwachses ausmachte.<sup>8</sup>

Wie eine Befragungsstudie des IAT zeigte, sind zu stressige Arbeitsbedingungen mit 41,0 % der Nennungen noch knapp vor Erfordernissen der Kinderbetreuung (39,9 %) der wichtigste Grund, warum Pflegekräfte eine Teilzeitbeschäftigung wählen.<sup>9</sup> Wenngleich dem Grunde nach nichts gegen die im Antrag geforderten Anreize für eine „einfachere Rückkehr von Teilzeit in Vollzeit“ zu sagen ist, dürften diese unter den gegebenen Umständen eher von recht begrenzter Wirksamkeit sein. Auch generell wünschenswerte und notwendige Verbesserungen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gehen am Kern des besonderen Teilzeitproblems in der Pflege vorbei.

Die naheliege Lösung, mit einer durchgreifenden Verbesserung der Personalausstattung – nicht zuletzt in der besonders prekären nächtlichen Versorgung - die Arbeitssituation zu entspannen und das Erfordernis der Fluchten aus dem Beruf oder in die Teilzeit abzubauen, steht indes angesichts des aktuellen Fachkräftemangels vor hohen Hürden. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass den Engpassanalysen der BA nur die unter den gegebenen Refinanzierungsbedingungen ausgeschrieben

---

<sup>6</sup> Vgl. Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Mai 2018, S. 9.

<sup>7</sup> Vgl. Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2015, Tabellen auf S. 36, 40.

<sup>8</sup> Vgl. BA 2018, a. a. O., S. 7.

<sup>9</sup> Vgl. Institut für Arbeit und Technik, Forschung Aktuell 4/2016, Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege – Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen und Berufsvergleich, S. 13.

Stellen zugrunde liegen, während der zusätzliche Bedarf für notwendige Qualitätsverbesserungen und zur nachhaltigen Sicherung guter Arbeitsbedingungen dabei nicht berücksichtigt werden kann. Gleichwohl wäre es wünschenswert gewesen, wenn im Antrag auch landespolitische und landesrechtliche Ansatzpunkte für Verbesserungen der Personalausstattung erörtert worden wären. Nicht hinnehmbar ist aus unserer Sicht etwa, dass für die **nächtliche Versorgung** nach dem WTG nach wie vor „eine“ Fachkraft pro Einrichtung als grundsätzlicher Mindeststandard ausreichen soll.

International anerkannte **Personalbemessungsverfahren** für stationäre Einrichtungen sind bereits seit langem verfügbar (etwa das *Resident Assessment Instrument/RAI* oder *Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis/PLAISIR*), die teils auch in Deutschland modellhaft erprobt wurden. Dem Vernehmen scheiterte eine verbindliche Einführung bislang insbesondere daran, dass wirtschaftliche Interessen eine Einigung über die darin einzuspeisenden Datengerüste blockierten. Für die nunmehr gesetzlich geforderte Entwicklung und Erprobung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens bis zum 30.06.2020 (§ 113c SGB XI) sind weiterhin Kostenträger und Leistungserbringer verantwortlich, die für die bislang unzureichende Personalausstattung verantwortlich sind. Es ist zu befürchten, dass insbesondere die Kostenträger (nicht zuletzt die Sozialhilfeträger) ihren Einfluss geltend machen, um die Personalbemessung auch zukünftig auf einem eher niedrigen Niveau zu halten. Vorerst offen sind nicht nur die Ergebnisse der Erprobung, sondern auch, zu welchem Zeitpunkt das Verfahren ggf. tatsächlich verbindlich eingeführt wird. Erst dann werden auch validere Grundlagen zur Bemessung der erforderlichen Ausbildungskapazitäten zur Verfügung stehen. Erforderlich schiene es, darauf hinzuwirken, dass den Interessen und Bedarfen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften im Verfahren nach § 113c der Vorrang vor wirtschaftlichen und fiskalischen Erwägungen gesichert und weitere Verzögerungen der verbindlichen Einführung des entsprechenden Personalbemessungsverfahrens vermieden werden. Wir vermuten, dass damit auch die baldmögliche Einführung einer bedarfsgerechten Personalbemessung im Krankenhaus erleichtert würde.

Nach unserem Eindruck kommt insbesondere der **Ausbildung** in den Pflegefachberufen - der Gewinnung von mehr Ausbildungswilligen mit entsprechender Ausweitung der Ausbildungskapazitäten - eine entscheidende Bedeutung zu. Der notwendigen Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe stehen jedoch gegenwärtig die schlechten Arbeitsbedingungen sowie die niedrigen Arbeitsentgelte in der Altenpflege entgegen. Damit droht sich ein Teufelskreis zu manifestieren: die Schaffung einer bedarfsgerechten Personalausstattung mit guten Arbeitsbedingungen droht am Fachkräfte-

mangel zu scheitern, wie umgekehrt dessen Überwindung an den gegebenen ungünstigen Arbeits- und Entgeltbedingungen. Es wird daher darauf ankommen, alle Möglichkeiten zielgerichteter Einwirkung auf beiden Seiten der Medaille in systematischem Zusammenhang und konsequent Zug um Zug zu nutzen.

Hierzu zählen auch die im Antrag geforderten Anreize für eine **Weiterqualifizierung von Helfer\*innen zu Fachkräften**. Dabei dürfen sich die Anreize nicht im Symbolischen erschöpfen. Ziel sollte sein, allen Interessierten die Weiterqualifizierung ohne Einkommenseinbußen und andere abschreckend wirkende Zusatzbelastungen zu ermöglichen. Ein **Rechtsanspruch auf eine Umschulung** mit einem „Unterhaltsgeld“ im SGB III könnte eine entsprechende Grundlage schaffen. Ohnehin ist dringend geboten, die Förderfähigkeit dreijähriger Pflegeausbildungen im SGB III endlich zu entfristen (§ 131b SGB III).

Neben der Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch mehr Personal ist auch eine **Erhöhung der Arbeitsentgelte** in der Altenpflege, zumindest ihre Angleichung an das Niveau der Krankenpflege unverzichtbar, um Attraktivität und „Wettbewerbsfähigkeit“ des Altenpflegeberufs zu erhöhen. Der bloße Appell an die Tarifparteien, „durch entsprechende Tarifverträge [für] allgemeinverbindliche Standards für faire Löhne in der Pflege zu sorgen“ (vgl. II.2, S. 5), greift dabei zu kurz. Nicht nur stoßen Forderungen nach flächendeckenden Branchen-Tarifverträgen vielfach auf Widerstand der Pflege-Arbeitgeber, auch wäre deren Mitwirkung bei einem ein gemeinsamen Antrag der Tarifparteien Voraussetzung dafür, dass das BMAS einen Tarifvertrag für allgemeinverbindlich erklärt. Ohne deutliche Erleichterungen bei den Voraussetzungen für die Allgemeinverbindlichkeitserklärung dürfte die Zielsetzung in absehbarer Zeit kaum erreichbar sein. Bedauerlich ist zudem, dass die Frage einer angemessenen Entlohnung der Pflegekräfte weder in den beantragten Feststellungen des Landtags (VI.) noch in den Forderungen (VII., VIII.) aufgegriffen wird.

Gegen substanzielle Entgelterhöhungen und die Beschäftigung von mehr Personal wird immer wieder auch das Argument bemüht, dass die Mehrkosten angesichts der gedeckelten SGB XI-Leistungen („Teilkasko“) die ohnehin zu hohe finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen weiter erhöhen würden. Damit werden berechnete Interessen der Pflegebedürftigen und der Pflegekräfte gegeneinander ausgespielt. Die notwendigen Verbesserungen zugunsten des Pflegepersonals und der Versorgungsqualität müssen selbstverständlich zwingend mit einer vollständigen Refinanzierung durch das SGB XI verbunden werden, um nicht als Motor zu nehmender pflegebedingter Armut und Sozialhilfeabhängigkeit zu wirken.

## **Finanzierung der Pflege verbessern**



Der SoVD NRW stimmt mit den Antragsteller\*innen überein, dass die Finanzierung der Pflege verbessert werden muss und eine gute gesundheitliche und pflegerische Versorgung „nicht vom Geldbeutel und der individuellen Lebenslage abhängen“ darf (vgl. II.3, S. 6). Auch die Pflege-Enquête des Landtags sah „die zwingende Notwendigkeit, sich auf ein höheres, zur Absicherung des großen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit erforderliches Finanzvolumen vorzubereiten“. „Der weitreichende Handlungsbedarf in der Pflegeversicherung erfordert ... vor allem aber die Antwort auf die Frage, ob und in welchem Umfang die Gesellschaft bereit ist, für die Pflege künftig mehr Finanzmittel zur Verfügung zu stellen.“<sup>10</sup> Nach Auffassung des SoVD NRW steht außer Frage, dass heute die große Mehrheit unserer Gesellschaft eine durchgreifende Verbesserung der Pflegefinanzierung befürwortet. Klärungsbedürftig bleibt indes die Frage, wie dabei eine sozial gerechte Verteilung der Finanzierungslasten erreicht wird. Leider werden diese dringenden Erfordernisse nur in recht vage Forderungen nach einer Pflege-Bürgerversicherung unter Heranziehung aller Einkommensarten und einer ergänzenden Steuerfinanzierung für Qualitätssteigerungen übersetzt.

Naheliegender zur kurzfristigen Stärkung der Finanzkraft der Pflegeversicherung wäre zumindest die **unverzügliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze** auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung unter entsprechender Anhebung der Versicherungspflichtgrenze. Damit würden paritätische Beitragsmehreinnahmen gezielt bei besser verdienenden Versicherten generiert. Im Rahmen einer solidarischen Bürgerversicherung, aus der man sich nicht mehr in die Privatversicherung verabschieden kann, wäre auch eine Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze diskutabel. Damit würden auch höchste beitragspflichtige Entgelte mit dem gleichen Prozentsatz herangezogen, den man den unteren selbstverständlich abverlangt.

Zur kurzfristigen finanziellen Verbesserung für die Pflege muss auch die systemgerechte generelle **Übernahme der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen durch die Krankenkassen** beitragen, wie dies der SoVD-Bundesverband seit Jahren fordert. Es ist nicht zu rechtfertigen, dass Krankenversicherten der Anspruch auf häusliche Krankenpflege entzogen wird, weil sie im Pflegeheim leben müssen, was nicht zuletzt zu höheren von ihnen zu tragenden Eigenanteilen an den Pflegekosten führt. Der Antrag weist zwar auf die Entlastungswirkung einer systemgerechten Finanzierung der Behandlungspflege hin (vgl. II.2, S. 5), verzichtet aber leider darauf, dies Thema auch im Forderungskatalog (VIII.) zu berücksichtigen.

Der Begriff „**Bürgerversicherung**“ allein ist wenig aussagekräftig, da er mit sehr unterschiedlichen und teils auch gegensätzlichen Konzeptionen gefüllt wird. Der SoVD

---

<sup>10</sup> Vgl. Landtag NRW (Hrsg.), Situation und Zukunft der Pflege in NRW, Düsseldorf 2005, S. 542.

fordert eine Bürgerversicherung, die zunächst die solidarische, öffentlich-rechtliche Kranken- und Pflegeversicherung auf alle Bürger\*innen erstreckt (Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze), so dass die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitgehend ausläuft. Nach Ansicht der grünen Bundestagsfraktion bestehe bereits eine Pflege-„Bürgerversicherung“ auf der Leistungsseite, weil der SGB XI-Leistungskatalog für privat wie sozial Pflegeversicherte identisch ist. Zur Komplettierung der „Bürgerversicherung“ müsse allerdings noch die Beitragsseite der privaten und sozialen Versicherungen zugunsten einheitlicher Erhebungsgrundsätze angeglichen werden.<sup>11</sup> Dies ist eher das Szenario eines einheitlichen Wettbewerbsmarktes für private wie gesetzliche Versicherungsträger. Ein solcher „Bürgerversicherungsmarkt“ ist mit der Befürchtung verbunden, dass er unter europäisches Wettbewerbsrecht geriete und die GKV-Kassen als „Unternehmen“ eingestuft würden, was gleichbedeutend mit dem Aus für die solidarische, öffentlich-rechtliche GKV wäre. Tatsächlich haben zurückliegende „Gesundheitsreformen“, mit denen zum Nachteil der Solidarität typische Wettbewerbsinstrumente der PKV auf die GKV übertragen wurden, um den Kassenwettbewerb anzuheizen, die Geschäftspolitik der GKV-Kassen bereits stark an die Privaten angenähert.

Auch die Hinweise zur Verbeitragung aller Einkommensarten sind für sich noch wenig aussagefähig. Ob und in wieweit dies zu mehr Belastungsgerechtigkeit beitragen würde, hängt von einigen weiteren offenen Fragen ab: Wie wird die Parität bei der Erwirtschaftung des Beitragsaufkommens gesichert, damit die Mehreinnahmen auf Seiten der Versicherten nicht zu einer strukturellen Entlastung der Arbeitgeber führen? Was geschieht mit der Beitragsbemessungsgrenze? Sollen die anderen Einkommensarten (Vermögenseinkünfte) in einer Säule mit den Arbeitsentgelten oder in einer zweiten Säule getrennt verbeitragt werden?

Die Zielsetzung, dass eine gute Versorgung „nicht vom Geldbeutel und der individuellen Lebenslage abhängen“ darf, müsste eigentlich in die Forderung nach einer **Vollversicherung** des Pflegerisikos münden, die nach dem Beispiel der GKV die Kosten aller bedarfsnotwendigen Leistungen übernimmt. Es ist durchaus erstaunlich, dass der Antrag eine kritische Auseinandersetzung mit dem „Teilkasko“-Charakter der Pflegeversicherung vermeidet, obwohl darin die Ursache dafür liegt, dass ihr Gründungsversprechen, die pflegebedingte Armut und Sozialhilfeabhängigkeit zu überwinden, nicht eingelöst wird. Zu berücksichtigen ist auch, dass maßgebliche Gründe, die für die Überführung der Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe in vorran-

---

<sup>11</sup> Vgl. <https://www.gruene-bundestag.de/pflege/pflege-gerecht-finanzieren.html> vom 28.11.2018, Ab-  
ruf am 17.01.2019.

giges Leistungsrecht sprachen, auch für die Hilfe zur Pflege gelten. Schließlich zählen Pflegebedürftige zu den behinderten Menschen im Sinne der UN-BRK und des SGB IX, und viele behinderte Menschen (im Sinne der Eingliederungshilfe) sind auch pflegebedürftig. Das vorrangige Leistungsrecht, das Fürsorgeleistungen zur Pflege entbehrlich machen kann und dem Grunde nach auch soll, ist hier das SGB XI.

### **Stärkung der Rolle der Kommunen?**

Der Antrag fordert eine Stärkung der Steuerungs- und Planungskompetenz der Kommunen für die regionale Pflegestruktur mit entsprechender Verankerung im SGB XI. Dahinter steht offenbar zum einen die zutreffende Erkenntnis, dass die marktgesteuerte Strukturentwicklung sich eher an Renditen und zahlungsfähiger Nachfrage orientiert und an Bedarfen und Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen in äußerst vulnerabler Lebenssituation vielfach vorbei geht. Zum anderen scheint die Forderung in der Erwartung begründet, dass die Kommunen solche Kompetenzen zugunsten der Realisierung fachlicher Ziele der Strukturentwicklung und der Bedarfsdeckung nutzen würden.

Nach langjähriger Erfahrung im Landespflegeausschuss (jetzt: LAP) steht allerdings das Interesse an Kostenbegrenzung (Hilfe zur Pflege nach SGB XII) im Mittelpunkt der Mitwirkung der kommunalen Interessenvertretungen, was angesichts der in aller Regel angespannten und nicht selten äußerst prekären Lage der kommunalen Haushalte auch kaum verwunderlich ist. Daher wäre unter den gegebenen Rahmenbedingungen eher zu erwarten, dass die Kommunen eine Stärkung ihrer Steuerungs- und Planungskompetenzen vorrangig im Interesse der Kostendämpfung nutzen. Zwar wäre es zu begrüßen, wenn teure vollstationäre Unterbringungen vermieden werden, indem der Versorgungsbedarf durch gleichwertige ambulante Versorgungsformen, deren Nutzung von den Betroffenen erwünscht und auch kostengünstiger ist, gedeckt wird. Eine vorrangig an fiskalischen Zielen ausgerichtete Versorgungspolitik kann aber auch in vielfältiger Weise mit den Bedarfen und Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Angehörigen kollidieren.

Dass die kommunalen Interessenvertretungen im LAP es ablehnten, von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, sich des MDK zur Feststellung aller für die Leistungsentscheidung benötigten Sachverhalte zu bedienen (§ 62 a Satz 2 SGB XII), sondern auf ihrem Recht zur eigenständigen Begutachtung in allen Einzelfällen zu beharren, dürfte eher von Erwartungen der Kosteneinsparung motiviert sein als von versorgungsfachlichen Erwägungen zur Sicherung von Selbstbestimmung und Teilhabe. Dadurch drohen den Betroffenen belastende „Doppelprüfungen“ und erhebliche Verzögerungen bei den Entscheidungen über die Leistungen der Hilfe zur Pflege.

Auch die Nutzung des Instruments der sogenannten „**verbindlichen Pflegeplanung**“ (§ 7 Abs. 6 APG) steht in manchen Fällen im Verdacht, eher fiskalischen als versorgungsfachlichen Kriterien zu folgen. Für eine wirksame öffentliche und bedarfsorientierte Steuerung der Strukturentwicklung reicht die „verbindliche Pflegeplanung“ bei weitem nicht aus, weil sie sich nur „defensiv“ gegen unerwünschte Angebote richtet, aber kein Instrument einer aktiven Strukturpolitik ist, die den Ausbau erwünschter Angebote vorantreibt.

Darüber hinaus führt eine Kommunalisierung von Zuständigkeiten in aller Regel zu unterschiedlichen Ausprägungen der Aufgabenwahrnehmung, die nicht selten mit dem **Gebot gleichwertiger Lebensverhältnisse** kollidieren. Mit den pflegerischen Versorgungsstrukturen sind individuelle Leistungsansprüche und Wahlrechte der SGB XI-Versicherten verbunden, deren Realisierbarkeit landesweit gleichermaßen zu gewährleisten ist. Nach den bislang verfügbaren Befunden ist die Art, wie die Kommunen ihre Infrastrukturverantwortung (§§ 4 Abs. 1 und 2, 17 APG) wahrnehmen, durchaus unterschiedlich und insgesamt wenig überzeugend.<sup>12</sup>

Auch Sicht der SoVD NRW sollte die pflegerische Versorgung nicht länger dem Markt überlassen bleiben, sondern im Rahmen öffentlicher Daseinsvorsorge mit demokratisch fixierten Entwicklungszielen und entsprechender Ressourcenausstattung organisiert werden. Soweit die Kommunen Träger von tatsächlichen Steuerungs- und Planungskompetenzen werden sollen, erscheinen hierfür zwei **notwendige Bedingungen** unverzichtbar:

- allen Kommunen die Finanzierungsspielräume für eine aktive Infrastrukturpolitik und Quartiersentwicklung zu eröffnen und zu sichern, und
- die Wahrnehmung der Planungs- und Steuerungsaufgaben an landesweite, verbindliche Vorgaben zur Strukturentwicklung zu binden – einschließlich der Verpflichtung, fehlende oder nur unzureichend verfügbare Angebote ggf. selbst bereitzustellen.

Der SoVD NRW wendet sich allerdings **entschieden dagegen, Beitragsmittel der Pflegeversicherung zur Finanzierung kommunaler Aufgaben heranzuziehen**. Diesbezügliche Verdachtsmomente ergeben sich insbesondere aus den Forderungen des Antrags nach einem Förderfonds unter Beteiligung der Pflegeversicherung zur Förderung „kommunaler Maßnahmen“ (Pflegestrukturplanung, Bürgerbeteiligung, Angebotskoordinierung, Beratung) und nach Erprobung „Regionaler Budgets“, bei denen „die Mittel der verschiedenen Leistungsträger ... durch die Kommune genutzt

---

<sup>12</sup> Vgl. etwa IGES Institut, Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW, Dezember 2017, worin die verfügbaren kommunalen Pflegeplanungen ausgewertet wurden.

werden können“ (vgl. VIII. Nrn. 8, 11, S. 13).<sup>13</sup> Kommunale Aufgaben, auch wo sie Entwicklungsbedarfe bei den Versorgungsstrukturen betreffen, müssen aus Steuermitteln finanziert werden. Insbesondere eine angemessene steuerliche Heranziehung des an der Spitze der Einkommens- und Vermögenshierarchie konzentrierten Reichtums in Deutschland kann durchgreifende Verbesserungen der Finanzausstattung der öffentlichen Hände und insbesondere der Kommunen unschwer ermöglichen.

### **Pflegeberatung mit Case-Management**

Die unübersichtlichen und fragmentierten Strukturen von Pflegeberatungsangeboten in NRW sowie deren zumeist einseitige Bindung an Kostenträger (kommunale Sozialhilfeträger, Pflegekassen) oder Leistungserbringer sind nach wie vor problematisch. Erforderlich ist eine landesweit gleichwertige und leicht auffindbare Beratungsinfrastruktur, die die Aufgaben nach § 7a SGB XI allerorts wohnort- bzw. quartiersnah umfassend umsetzt und deren Trägerschaft keine Zweifel daran begründet, dass sie sich stets „anwaltlich“ (parteilich und sachbezogen) für die Ratsuchenden einsetzt.

Die Forderung des Antrags, dass „der Anspruch auf ein unabhängiges, individuelles **Case Management** gesetzlich verankert und ermöglicht wird“ (vgl. VIII. Nr. 6, S. 13), bedürfte allerdings näherer Erläuterung. § 7a SGB XI sichert seit langem einen Anspruch auf individuelle Beratung zu, die individuelles Case-Management einschließt.<sup>14</sup> Die Beratungsaufgaben sind hier im Wesentlichen zutreffend umrissen. Es bestehen jedoch erhebliche Umsetzungsdefizite, die dringend beseitigt werden müssen. Gesetzlicher Handlungsbedarf besteht insoweit „nur“ bei der einseitigen Zuständigkeit des Kostenträgers (Pflegekasse). Seit 2003 war die „Entwicklung von Fallmanagement“ auch bereits in die Beratungsnorm von § 4 PfG NW aufgenommen.

Die Umsetzung der ursprünglichen Vorstellung bei Einrichtung der „Pflegestützpunkte“, im Zusammenwirken mit den Kommunen eine einheitlichere und flächendeckende Infrastruktur zu entwickeln, scheiterte damals mancherorts daran, dass die Kommune ihren personellen oder finanziellen Beitrag nicht leisten konnte oder wollte. Dabei sah § 4 PfG NW seit 1996 vor, dass die Beratung „im Zusammenwirken von Kommunen, Pflegekassen und den anderen an der pflegerischen Versorgung Beteiligten“ erfolgen soll. Eine regelmäßige Beteiligung der Leistungserbringer („andere Beteiligte“) an den Pflegestützpunkten sah und sieht das SGB XI allerdings nicht vor. Gestärkt wurde nur die Option einer Trägerschaft durch beide große Kostenträger

---

<sup>13</sup> Die „Regionalen Budgets“ erinnern an einen Vorstoß von Bertelsmann/Prognos (2014), den wir äußerst kritisch sehen, der aber von der damaligen NRW-Pflegeministerin unterstützt wurde.

<sup>14</sup> Vgl. § 7a Nrn. 2 bis 4 SGB XI

(Kassen und Sozialhilfeträger). Über den Stand der Umsetzung der in § 6 APG (2014) neu geregelten Beratungsaufgabe und deren tatsächliche Ergebnisse liegen uns bislang keine Erkenntnisse vor. Daher bestünde auch hier Veranlassung, den Wirkungen der landesrechtlichen Regelungen nachzugehen.

### **Anmerkung zu Pflege-Wohngemeinschaften**

Der SoVD NRW teilt die Auffassung der Antragsteller\*innen, dass das Angebot an Pflege-Wohngemeinschaften als gleichwertige Alternative zu klassischen vollstationären Einrichtungen erheblich ausgebaut werden muss. Hier besteht noch viel „Luft nach oben“, um der Nachfrage umfassend und mit Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Angeboten gerecht zu werden.

Wir kritisieren jedoch, dass zur „Förderung“ anbieterverantworteter Wohngemeinschaften (av-WGen) seit der Reform des Landespflegerechts 2014 Lücken und Abstriche in den Anforderungen des WTG bestehen, die den ordnungsrechtlichen Schutz von WG-Bewohner\*innen unangemessen einschränken. Hier sollten das WTG nachgebessert und verstärkt andere Förderwege genutzt werden.

Die ambulante Form der Leistungserbringung allein macht das Leben in einer av-WG noch nicht selbstbestimmter als in einer vollstationären Einrichtung. Die Lebensqualität in einer vollstationären Hausgemeinschaft kann der in einer weniger gut geführten av-WG überlegen sein. Die WG kann zwar für viele eine Alternative sein, aber nicht für alle. Manche ziehen im Zweifel ein Einzelzimmer in einem herkömmlichen Heim einer av-WG vor, weil sie die nahe „familienähnliche“ Vergemeinschaftung mit fremden Personen für sich gerade nicht wünschen. Und letztlich ist auch die av-WG eine „besondere Wohnform“ im Sinne von Art. 19 lit. a) UN-BRK. Solche Gesichtspunkte sollten im Blick bleiben, um die Diskussion ohne Überhöhung der av-WG zu führen.