

Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW

Städtetag
Nordrhein-Westfalen

 **LANDKREISTAG**
NORDRHEIN-WESTFALEN

 Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

Frau Vorsitzende
Heike Gebhard, MdL
Landtag Nordrhein-Westfalen
Ausschuss für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

E-Mail: anhoerung@landtag.nrw.de

05.02.2019

Kontakt für den Städtetag
Friederike Scholz
friederike.scholz@staedtetag.de
Telefon 0221 3771-440
Telefax 0221 3771-409

Aktenzeichen: 50.52.00 N

Kontakt für den Landkreistag
Dr. André Weßling
a.wessling@lkt-nrw.de
Telefon 0211 300491-210
Telefax 0211 300491-660

Aktenzeichen: 50.31.00

Kontakt für den Städte-
und Gemeindebund
Dr. Matthias Menzel
matthias.menzel@kommunen.nrw
Telefon 0211 4587-234
Telefax 0211 4587-211

Aktenzeichen: 37.0.6.1-001/005

Pflege für die Zukunft gestalten – Selbstbestimmung sichern – Pflege vor Ort stärken

Antrag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen – Drucksache 17/3028

Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 13.02.2019

Stichwort „Pflege für die Zukunft“ – Anhörung A01 – 13.02.2019

Sehr geehrte Frau Gebhard,

wir bedanken uns für die Übersendung des Antrags „Pflege für die Zukunft gestalten - Selbstbestimmung sichern - Pflege vor Ort stärken“ der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, zu dem wir wie folgt Stellung nehmen:

I. Ausgangslage

Die kommunalen Spitzenverbände in Nordrhein-Westfalen bekräftigen die dringende Notwendigkeit, sich mit den vielschichtigen Problemen in der Pflege auseinander zu setzen und Lösungswege zu finden. Die Gesellschaft steht angesichts einer steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen bei einem gleichzeitigen Personalmangel vor einer enormen Herausforderung.

Es ist den Kommunen ein wichtiges Ansinnen, im Sinne guter Lebensbedingungen vor Ort die notwendige Infrastruktur für pflegebedürftige Menschen in guter Qualität sicherzustellen.

II. Berufsfeld Pflege – Pflegenotstand beseitigen

Der demografische Wandel betrifft die Pflege in doppelter Weise. Mit der Alterung der Bevölkerung steigt die Nachfrage nach professioneller Pflege. Zugleich sinkt das Arbeitskräftepotenzial, aus dem der Bedarf nach Pflegefachkräften gedeckt werden kann. Ausreichendes Pflegepersonal ist jedoch – auch nach unserer Auffassung – elementar. Die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene ist Partner der Konzentrierten Aktion Pflege. In fünf Arbeitsgruppen sowie einem Dachgremium werden Strategien zur Verbesserung der Personalsituation entwickelt.

Dabei geht es neben einer Ausbildungs-offensive unter anderem um bessere Arbeitsbedingungen sowie eine bessere Entlohnung. Die kommunalen Spitzenverbände unterstützen ausdrücklich jegliche Maßnahmen zur Personalgewinnung in der Pflege. Es ist jedoch auch zu bedenken, dass derartige Verbesserungen im Bereich Altenpflege zu Mehrkosten beim pflegebedingten Aufwand führen. Da die von den Pflegekassen zu leistenden Pflegesätze im geltenden System festgeschrieben sind, sind Mehraufwände grundsätzlich von den Pflegebedürftigen selbst bzw. vom Sozialhilfeträger zu tragen. Wir sind der Auffassung, dass ergriffene Maßnahmen für die ohnehin stark belasteten Pflegebedürftigen sowie für die Kommunen angesichts stetig ansteigender Sozialkosten kostenneutral bleiben müssen. Wünschenswert wäre eine Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Vollversicherung. Die Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze hat jedoch bereits zu Mehrausgaben in beträchtlicher Höhe auch bei den Pflegeversicherungen geführt. Als Teillösung wäre vor diesem Hintergrund auch ein sog. Sockel-Spitz-Tausch durch Einführung einer Vollkostenversicherung mit Sockelbetrag denkbar. Durch die Einführung eines maximalen Eigenanteils der Pflegeversicherten (Sockelbetrag) wären zukünftige Kostensteigerungen von der Pflegeversicherung zu tragen.

Die Entwicklung eines Personalbemessungssystems ist nach Bundesrecht bis zum Jahr 2020 zu entwickeln. Parallele Überlegungen zur verbindlichen Personalbemessung lehnen wir ab.

III. Pflegebedürftigkeit reduzieren – Teilhabe sichern

Zunächst ist festzuhalten, dass durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Pflegeversicherungsrecht (SGB XI) und in der Hilfe zur Pflege (SGB XII) die Leistungen bei Pflege und der Kreis der Anspruchsberechtigten deutlich ausgeweitet wurden. Neben somatischen Einschränkungen werden nunmehr auch kognitive Einschränkungen berücksichtigt. Dies gilt für Leistungen der Pflegeversicherung wie auch für die Leistungen der Hilfe zur Pflege. Insoweit kann die im Antrag getätigte Aussage „Allerdings erhalten Personen unterhalb Pflegegrad 2 keine Leistungen der Hilfe zur Pflege mehr, diese lag aber weitaus höher“ nicht vollständig bestätigt werden. Das Ziel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs war eine passgenaue Ausrichtung an den Bedürfnissen der betroffenen Menschen. Die Personenkreise des heutigen Pflegegrades 1 können aufgrund der differenzierteren Aufteilung nicht ohne Weiteres mit den Personen verglichen werden, die nach altem Recht in Pflegestufe 1 eingeordnet waren. Richtig ist, dass Personen mit Pflegegrad 1 in der Hilfe zur Pflege ausschließlich ein Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro zusteht. Der Gesetzgeber hat jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass weitere Leistungen des SGB XII nicht ausgeschlossen sind. Die Konferenz der Obersten Landes-sozialbehörden (KOLS) hatte (wie zuvor bereits der Landkreistag Nordrhein-Westfalen) Empfehlungen zur Deckung sozialhilferechtlicher Bedarfe außerhalb der Hilfe zur Pflege herausgegeben. Die Handlungsempfehlungen werden in der Praxis gut angenommen. Fälle, in denen sozialhilferechtliche Bedarfe nicht gedeckt werden, sind nicht bekannt.

Dem bundesrechtlich verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist Rechnung zu tragen. Ein möglichst langer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit oder in einem sonstigen ambulanten Pflegesetting entspricht ganz überwiegend dem Wunsch der Pflegebedürftigen. Dabei ist insbesondere festzustellen, dass die Verankerung des Grundsatzes in § 3 SGB XI sowie § 13 Abs. 1 S. 3 SGB XII dem Landesgesetzgeber keine Möglichkeit gibt, davon abweichende Regelungen durch Landesgesetz zu treffen. Das Anliegen des Antrags wird insoweit unterstützt.

Es ist gleichwohl festzustellen, dass die Lebenswirklichkeit in Wohngemeinschaften für Intensivpflegepatientinnen und -patienten zum Teil nicht mehr einem selbstbestimmten Leben in der eigenen Häuslichkeit entspricht, auch wenn die Wohnform ordnungsrechtlich dem ambulanten Wohnen zugeordnet ist: Wachkomapatienten zum Beispiel, die in einer ambulanten Wohngemeinschaft gepflegt werden, können von dieser spezifischen Wohnform kaum im Sinne eines selbstbestimmten Wohnens profitieren. Derartigen Fehlentwicklungen sollte auch bei Anwendung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ entgegengewirkt werden.

IV. Kommunen als Lebensort für Menschen mit Pflegebedarf stärken

Pflege findet vor Ort in den Kommunen statt, in denen die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen leben – unabhängig davon, ob dies in einer stationären Einrichtung, in der eigenen Häuslichkeit oder in einem anderen ambulanten Setting geschieht. Die Kommunen sind bestrebt, eine den örtlichen Erfordernissen gerecht werdende Infrastruktur sicherzustellen. Ziel ist eine leistungsfähige und qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Aufgrund der marktwirtschaftlichen Ausrichtung des SGB XI mangelt es den Kommunen jedoch an effektiven Instrumenten, auf die Angebotsstruktur einzuwirken. Notwendig sind Instrumente, mit denen die Kommunen unmittelbar Einfluss auf die pflegerische Infrastruktur nehmen können. Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände fordert entsprechende Instrumente seit vielen Jahren.

In Nordrhein-Westfalen wurde den Kommunen mit Einführung der verbindlichen Bedarfsplanung im Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen - APG NRW) im Jahr 2014 zumindest eine Möglichkeit an die Hand gegeben, Fehlentwicklungen, sofern notwendig, entgegenzuwirken. Wie im Antrag ausgeführt, bietet die verbindliche Bedarfsplanung insbesondere die konkrete Möglichkeit zur Feinsteuerung gebietsbezogener Bedarfe im Quartier. Sie ist für viele Kommunen ein unverzichtbares Instrument, um den mit dem demografischen Wandel einhergehenden Problemen zu begegnen. Solange keine effektiveren Instrumente zur verbindlichen Planung im Bundesrecht verankert sind, ist die verbindliche Bedarfsplanung als Option im APG NRW unbedingt zu erhalten.

Die Quartiersentwicklungsplanung ist eine Möglichkeit, unter Berücksichtigung differenzierter Bedarfslagen und Ausgangssituationen im Sozialraum ein Konzept zum bedarfsgerechten Handeln zu erstellen. Verbindliche Steuerungsinstrumente kann sie jedoch nicht ersetzen. Für eine gelingende Quartiersplanung ist die Steuerung des Prozesses durch eine verantwortliche Person von hoher Bedeutung. Die Förderung jeweils eines Quartiersentwicklers in den Kreisen und kreisfreien Städten auf der Grundlage des Landesförderplan hat viele Städte und Kreise befähigt, Quartiersentwicklungsplanungen anzustoßen. Nach Beendigung der Förderung konnten nicht alle Prozesse fortgeführt werden.

V. Reha vor Pflege und für Menschen mit Pflegebedarf

Die Strukturen des Gesundheitssystems müssen die Bedarfslagen älterer Menschen mit und ohne Einschränkungen berücksichtigen, um bestmögliche Versorgungsverläufe zu garantieren. Mit steigendem Alter oftmals auftretende Multimorbidität und Polypharmazie machen einen guten

Informationsaustausch und eine intensive Kommunikation zwischen allen an einer Behandlung und Betreuung Beteiligten notwendig. Eine intensive Kommunikation aller Beteiligten ist gerade auch bei der Einweisung ins Krankenhaus essentiell. Hierzu gehört insbesondere die Weitergabe von Vorbefunden und Vorbehandlungsdetails.

Das Ziel, die selbständige Lebensführung des alten Menschen möglichst lange zu erhalten, lässt sich mit einer Weiterentwicklung hin zu einem in seinen Elementen stärker abgestimmten Versorgungssystem gemäß der gesundheitspolitischen Postulate „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ erreichen.

Da ein Krankenhausaufenthalt gerade für ältere Menschen oft eine enorme Belastung darstellt, kommt dem Aufbau vertrauensfördernder Maßnahmen, die auch die vertrauensvolle Kommunikation mit Angehörigen umfassen, eine hohe Bedeutung zu. Das im Antrag geschilderte Projekt im St. Franziskus-Hospital Münster führte zu einer Verbesserung der Versorgung und Pflege der Patienten im Krankenhaus. Als solches hat es Vorbildcharakter bei der Reduzierung der Entstehungsrate eines Delirs.

Wir unterstützen die Aussage, dass die ungewollte Überleitung in eine stationäre Einrichtung mit anschließender dauernder Heimunterbringung zu vermeiden ist. Dem Wunsch- und Wahlrecht der pflegebedürftigen Menschen ist auch bei der Überleitung aus dem Krankenhaus Rechnung zu tragen. Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen haben gemäß § 5 Alten- und Pflegegesetz mit diesem Ziel zusammenzuarbeiten. Über die Zusammenarbeit haben die verantwortlichen Partner Vereinbarungen abzuschließen, die sich derzeit in der Überarbeitung befinden.

Die Kurzzeitpflege sollte nicht, wie im Antrag dargestellt, als Vorstufe der dauerhaften Unterbringung, sondern als Versorgung für Menschen verstanden werden, deren Gesundheitszustand noch verbessert und stabilisiert werden kann. Ziel sollte sein, die Menschen nach dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege ihrem Wunsch entsprechend in die eigene Häuslichkeit zurückzuführen.

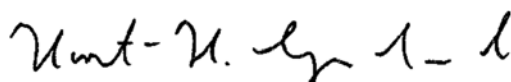
Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Stefan Hahn
Beigeordneter
des Städtetages Nordrhein-Westfalen



Martin Schenkelberg
Beigeordneter
des Landkreistages Nordrhein-Westfalen



Horst-Heinrich Gerbrand
Geschäftsführer
des Städte- und Gemeindebundes
Nordrhein-Westfalen