

An den
Landtag NRW
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit
und Soziales
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf
- per E-Mail -

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
16/1026

Alle Abg

**Stellungnahme
anlässlich der
Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit,
Gesundheit und Soziales am 12. Und 13. September 2013
zum Entwurf eines Gesetzes zur Entwicklung und Stärkung einer demographie-
festen, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Siche-
rung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen,
pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und
ihre Angehörigen (GEPA NRW)**

Der Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen e.V. (VdK NRW) begrüßt ausdrücklich die Einführung eines Gesetzes zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen (GEPA NRW).

Wir möchten erneut betonen, dass es flankierend zu diesen Gesetzesreformen aber dringend geboten ist, eine umfassende und nachhaltige Reform des Systems der Pflegeversicherung einzuleiten und sich als Landesregierung NRW dafür im Bund einzusetzen. Hierzu zählt insbesondere die Forderung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die rentenrechtliche Gleichstellung und die rechtliche Vereinbarkeit von Familie und Beruf muss in der Pflege analog zur Kindererziehung organisiert sein, eine Verbesserung der Finanzierungsgrundlage und Erhöhung des Beitragssatzes sowie die bessere Unterstützung und Anerkennung von pflegenden Angehörigen. Das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) wird diesen Anforderungen in keinem Fall gerecht und geht an der Lebensrealität der Menschen vorbei. An Demenz erkrankte Menschen werden vom System der Pflegeversicherung weiterhin strukturell benachteiligt.

An dieser Stelle verweisen wir explizit auf die Ausführungen unserer vorangegangenen Stellungnahme vom 02.04.2013. Ergänzend dazu möchten wir in diesem Kontext drei Thematiken in den Fokus stellen:

- 1.) UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), Barrierefreiheit und Teilhabe
- 2.) Pflegearmut
- 3.) Weitere Regelungen

1.) UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), Barrierefreiheit und Teilhabe

Unsere Gesellschaft muss sich daran messen lassen, wie sie mit pflegebedürftigen Menschen, Menschen mit Behinderung und Älteren umgeht und inwieweit sie ihnen Teilhabe am Leben und Selbstbestimmung in der Gesellschaft ermöglicht. Nach der Ratifizierung der UN-BRK muss auch in der Pflege der Paradigmenwechsel von der „Satt-und-Sauber-Pflege“ zu einer Teilhabeorientierung erfolgen. Nach den Erfahrungen des VdK NRW hat sich in der Bevölkerung das Verständnis von Alter und Pflegebedürftigkeit entscheidend gewandelt. Die Vorgaben der UN-BRK, unter die gemäß Artikel 4 auch Pflegebedürftige fallen, sollten im GEPA ein klarer und durchgängiger Maßstab sein (z.B. analog zum Konzept des Gender Mainstreaming).

Das ist zwar ansatzweise in der jetzigen Entwurfsform des GEPA berücksichtigt, aber nicht ausreichend und umfassend gewährleistet.

Seit Jahren wird von den Betroffenenverbänden darauf hingewiesen, dass eine Verbesserung der Zugänglichkeit öffentlicher Bauten nicht nur durch interne Verwaltungsanweisungen, Checklisten des Bauministeriums und Öffentlichkeitsarbeit in Form von Broschüren erreicht werden kann. Die Erfahrung hat gezeigt, dass immer wieder öffentlich zugängliche Gebäude errichtet werden, die den Standards der Barrierefreiheit nicht genügen - gerade auch in Bereichen von Einrichtungen und Angeboten der pflegerischen Versorgung.

Laut § 4 Abs. 1 WTG sollen die Angebote und Leistungen zwar dem jeweiligen Stand der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse einschließlich der Barrierefreiheit entsprechen, den Verweis in § 4 Abs. 7 WTG auf die Landesbauordnung halten wir nach dem derzeitigen Stand, solange keine Novellierung der Landesbauordnung erfolgt, für nicht ausreichend. Aus Sicht der Betroffenen wäre es wünschenswert gewesen, Barrierefreiheit als Mindeststandard zu definieren. Trotz der Forderung der Landesbauordnung nach umfassender Barrierefreiheit sind viele Einrichtungen, auch Neubauten, nicht barrierefrei. Denn die DIN-Normen sind in der Landesbauordnung nicht hinreichend gesetzlich verankert.

Weiterhin enthält die Landesbauordnung zwar einige konkrete Ausführungen zur Beseitigung von Barrieren für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen. Die Interessen von Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen werden jedoch nicht berücksichtigt. Barrierefreiheit im Sinne der UN-BRK muss jedoch auch für pflegebedürftige Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen gegeben sein. Des Weiteren sollte für alle Wohnformen im Sinne des Gesetzesentwurfs der Grundsatz der Barrierefreiheit gelten.

Barrierefreiheit bezieht sich jedoch nicht nur auf Gebäude und bauliche Anforderungen, sondern auch auf Dienstleistungen und Angebote.

In diesem Zusammenhang möchten wir im Rahmen der UN-BRK nochmals darauf hinweisen, dass es unbedingt erforderlich ist, ein Krisenzimmer im Sinne des § 8 Abs. 4 WTG-DVO vorzuhalten. Davon sollte nicht abgewichen werden. In NRW gibt es immer noch zu viele freiheitsentziehende Maßnahmen, wie auch die Landesregierung vermerkt hat, daher ist § 8 WTG uneingeschränkt auch im Sinne der UN-BRK zu unterstützen.

2.) Pflegearmut

Besonders in den Fokus zu nehmen sind aus unserer Sicht Menschen mit niedrigem sozialen Status, denn Pflege führt heute vielfach zu Pflegearmut der Pflegebedürftigen, aber auch der pflegenden Angehörigen - insbesondere von Frauen. Seit den 80er Jahren zeichnet sich ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik ab: Der Trend geht weg vom Patienten hin zur Kommerzialisierung von Gesundheitsleistungen. Ähnliches ist, wenn auch weniger ausgeprägt, in Teilen in der pflegerischen Versorgung zu beobachten.

In den letzten Jahren war das Gesundheitssystem von Kürzungen des Pflichtleistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und höheren Belastungen der Versicherten geprägt. Das trifft auf Bezieher niedriger Einkommen und Rentner in besonderem Maße zu.

Die Gesundheitsreformen haben die Gesundheitschancen, aber auch das Pflegebedürftigkeitsrisiko insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen eher verschlechtert. In Deutschland und auch in NRW herrscht in der gesundheitlichen, aber auch pflegerischen Versorgung eine deutliche Kluft zwischen Arm und Reich.

Dabei weist das Ruhrgebiet ein starkes Nord-Süd-Gefälle innerhalb der Ruhrgebietsstädte auf. Nördliche Stadtteile in den Revierstädten sind oftmals überaltert und verarmt. Hier lebt ein Großteil der pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen, die eher einkommensschwach sind. Gerade in diesen Stadtteilen benötigen wir ein effektives sozialraumorientiertes Quartiersmanagement, um präventiv tätig zu werden und den Menschen einen selbstbestimmten teilhabeorientierten Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

In diesem Kontext sollte das Quartiersmanagement nachhaltig und ressortübergreifend im Rahmen eines integrierten Planungsansatzes, z. B. mit der Stadtentwicklung und anderen Fachministerien erfolgen. So könnte die Planung im Sinne des § 7 Abs. 1 Satz 3 APG im Sinne des integrierten Planungsansatzes erfolgen.

Des Weiteren sind Menschen mit niedrigem sozialem Status beruflich und privat höheren gesundheitlichen und pflegerischen Risiken ausgesetzt. Sie erkranken häufig früher und schwerer, und haben oft eine niedrigere Lebenserwartung. Die Lebenserwartung von Männern der höchsten Einkommensgruppe ist z. B. 10,8 Jahre höher als die von Männern der niedrigsten Einkommensgruppe, bei Frauen 8,4 Jahre höher. 31 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen, die armutsgefährdet sind, erreichen gar nicht erst das 65. Lebensjahr.

Vor dem Hintergrund des Handlungskonzeptes der Landesregierung gegen Armut und soziale Ausgrenzung und den Aktivitäten des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration (MAIS) sollte gerade auch im GEPA der Fokus auf sozial ausgegrenzten (älteren) Menschen liegen. Diese finden aber im Gesetzesentwurf keinerlei Berücksichtigung.

Daher halten wir es für notwendig, § 2 Abs. 1 Satz 5 APG um den Personenkreis der sozial ausgegrenzten älteren Menschen zu ergänzen. So könnte § 2 Abs. 1 Satz 5 APG lauten: "Maßnahmen nach diesem Gesetz sollen auch kultursensible Aspekte berücksichtigen, insbesondere die unterschiedlichen Bedürfnisse der Menschen, die sich durch Migrationsgeschichte, sexuelle Orientierung, geschlechtliche Identität und durch Armut und soziale Ausgrenzung ergeben können".

3.) Weitere Regelungen

Die Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten in der Pflege muss dringend verbessert werden. Aus unserer Sicht findet Fort- und Weiterbildung weitestgehend in Führungspositionen statt. Die Frage ist hier, wie das verbindliche Konzept für die Fort- und Weiterbildung aussieht (§ 4 Abs. 3 Ziffer 3 i. V. m Abs. 8 WTG).

Die Idee ehrenamtliche Ombudspersonen bestellen zu können, halten wir für gut (§ 16 WTG). In der Praxis bleibt abzuwarten, inwieweit die Kommunen davon Gebrauch machen. Die bestellten Personen sollten in jedem Fall an den kommunalen Konferenzen Alter und Pflege teilnehmen und ein fachliches Starterpaket oder eine gemeinsame jährliche Fachschulung erhalten, ansonsten könnte die Ausübung der Tätigkeit ähnlich differieren, wie bei den Patientenfürsprechern in NRW. Wir möchten in diesem Kontext nochmals darauf aufmerksam machen, dass wir die Funktion einer/eines Landespatientenbeauftragten mit der Funktion einer/s Landespflegebeauftragten in einem Amt verbinden würden.

Leider existieren bei der Durchführung der behördlichen Qualität (§ 14 WTG) auch zukünftig zwei Prüfbehörden nebeneinander. Denkbar wäre eine federführende Prüfinstanz gewesen. Zudem bitten wir nochmals kritisch zu überprüfen, ob die Prüfungsintervalle der Heimaufsicht tatsächlich auf zwei Jahre verlängert werden sollen, wenn zuvor keine erheblichen Mängel zu beanstanden waren.

Pflegebedürftige Menschen sind neben Menschen mit Behinderungen und Kindern, die schutzbedürftigsten unserer Gesellschaft. Weiterhin gewinnt der Pflegesektor immer mehr an volkswirtschaftlicher Bedeutung. Im Pflegesektor wirken eine Vielzahl von Akteuren mit: Auf der Finanzierungsseite, außer dem Privateinkommen der Menschen mit Pflegebedarf, die Pflegekassen und die ergänzende Sozialhilfe, aber auch die Krankenkassen, die Reha-Leistungen der Rentenversicherung, sowie im Einzelfall andere Gesetze, wie zum Beispiel die gesetzliche Unfallversicherung.

Die Antikorruptionsorganisation Transparency International Deutschland hat dazu die Studie "Transparenzmängel, Betrug und Korruption im Bereich der Pflege und Betreuung" erstellt. "Die Schwachstellen-Analyse stellt erhebliche Mängel fest: zu wenig Transparenz und Kontrollmöglichkeiten für die Betroffenen und jede Menge Möglichkeiten, die Abhängigkeit von Menschen mit Pflegebedarf wirtschaftlich auszubeuten".

Gerade auch vor diesem Hintergrund gilt es Pflegebedürftige besonders zu schützen. Daher unterstützt der VdK NRW die folgenden Forderungen der Antikorruptionsorganisation für den Pflegebereich:

- Durchsetzbare Mitbestimmungsrechte der Heimbewohner und Angehörigen sind einzuführen.
- Die Ergebnisse der Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind für von stationärer Pflege betroffene Menschen und Angehörige einsehbar zu machen.
- Die sogenannten Transparenzberichte über die Pflegeheime sind auf einer deutschlandweit einheitlichen Website zu veröffentlichen.
- Die Mitarbeiter und Mitarbeitervertretungen in den Einrichtungen müssen ein Informationsrecht über die Beanstandungen des MDK und der Heimaufsicht erhalten.
- Die wirtschaftliche Zuverlässigkeit und fachliche Qualität von Pflegediensten ist durch regelmäßige unangemeldete Kontrollen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich zu überprüfen.

- Ein deutschlandweites Register über Verstöße von Heimbetreibern ist einzurichten und die Sanktionsmöglichkeiten der Sozialämter bei Verstößen sind erheblich zu erleichtern.

Wir schlagen vor den § 16 Abs. 2 APG auch um Unterstützungsangebote zur Prävention bei Überforderung und Gewalt in der Pflege sowie Hilfestellungen zu Selbsthilfeangeboten zu erweitern. Leider sind hier auch die Bedarfe der pflegenden Angehörigen nicht näher definiert, so dass es Auslegungssache der Kreise und kreisfreien Städte sein kann.

Dem Landesförderplan samt seiner Inhalte gemäß § 18 APG wird uneingeschränkt zugestimmt. Wünschenswert wäre es, einen Punkt zum Thema Evaluierung von landesweit wirksamen Strukturen und Angeboten für pflegende Angehörige sowie Evaluierung von Selbsthilfestrukturen und Interessenvertretungen hinzuzufügen.

Daneben sollte der Landesförderplan auch betriebliche Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf evaluieren und erfassen. Vor dem Hintergrund eines prognostizierten Fachkräftemangels, nicht nur in der Pflege, müssen auch Arbeitgeber vermehrt Anstrengungen unternehmen ihren Mitarbeitern/innen Möglichkeiten der familiären Pflege zu ermöglichen. Hier steckt sowohl die Forschung als auch die betriebliche Praxis noch in den Kinderschuhen. In dem Zusammenhang könnte das Land NRW Beispiele guter Praxis evaluieren und prämiieren – und eine Vorreiterrolle einnehmen.

Positiv zu bewerten ist, dass allgemeine unterstützende Tätigkeiten nicht zur Betreuung und Betreuungsleistungen im Sinne des Gesetzes gelten (§ 3 Abs. 1 WTG). Des Weiteren positiv ist die Anforderung eines Qualitätsmanagements laut § 4 WTG sowie die Mindestanforderungen nach § 4 Abs. 3 Ziffern 1-6 WTG und die Gewährleistung einer angemessenen Palliativversorgung. Die Palliativversorgung ist in NRW noch nicht flächendeckend einheitlich gegeben.

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass das Thema Gewalt in der Pflege für NRW verstärkt wissenschaftlich evaluiert werden sollte. Das Thema Gewalt in der Pflege muss öffentlich thematisiert werden. Es darf kein Tabuthema mehr sein, sondern es sollte umfangreiche Aufklärung betrieben werden. Insbesondere sind es Menschen mit Behinderung, vor allem auch Kinder und Jugendliche, die Opfer von Gewalt - auch sexueller Gewalt – werden können. Aber auch alte pflegebedürftige Menschen müssen besser geschützt werden.

Viele Menschen denken bei dem Begriff Gewalt ausschließlich an eine grobe Behandlung oder Schläge. Doch auch Drohen, Einsperren oder Beleidigen, unter Druck setzen oder nicht mit dem Patienten sprechen, gehören zur psychischen Gewaltausübung. Ebenso wie das Vernachlässigen der täglichen Hygienepflege bei pflegebedürftigen Menschen.

Wer gepflegt wird und dieser Gewalt ausgesetzt ist, erlebt Abhängigkeit von fremden Menschen und benötigt deshalb besonderen Schutz und unsere Hilfe. Denn vielfach trauen sich die Betroffenen aus Angst vor Repressalien nicht über ihre Situation zu sprechen. Hier müssen wir Abhilfe schaffen und schützend eingreifen. Jede Gewalt-handlung ist mehrdimensional und führt ohne Intervention von außen zu weiterer Gewalt. Kaum eine Gewaltform tritt allein auf. So ist z.B. körperliche Gewalt oft gepaart mit psychischer Gewalt, Vernachlässigung mit indirekter Gewalt, und Isolation mit kultureller Gewalt.

Es ist schwierig einzuschätzen, wie häufig Gewalt in häuslichen Pflegebeziehungen auftritt. Bisher liegen noch zu wenige Daten über die Häufigkeit von Gewalthandlungen innerhalb von Pflegebeziehungen vor. Das gilt sowohl für die häusliche als auch für die stationäre Pflege. Betrachtet man die Gewalt gegenüber alten Menschen im familiären Bereich insgesamt, so werden Prävalenzen zwischen 4 - 10% angeführt. Berücksichtigt man Befunde über häusliche Pflege, so liegen diese Anhaltszahlen erheblich höher. Allerdings ist auch die Häufigkeit der Gewalthandlungen von Pflegeabhängigen gegenüber Pflegenden nicht wesentlich geringer. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.