

An die Präsidentin des Landtags
Nordrhein-Westfalen
z. Hd. Herrn Dr. Michael Kober
Postfach 10 11 43
40002 Düsseldorf

LANDTAG NORDRHEIN-WESTFALEN 16. WAHLPERIODE
STELLUNGNAHME 16/953
Alle Abg



Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e. V.
Gesetz 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)

Gesetzesentwurf der Landesregierung, Drucksache 16/3388

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 12. Und 13. September 2013

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

wir bedanken uns für die Gelegenheit zu o. a. Gesetzesentwurf Stellung nehmen zu können. Der DBfK Nordwest e. V. wird am 12.9. durch seinen Vorstand, Herrn Martin Dichter, vertreten sein. Unser Statement folgt im Wesentlichen den Ausführungen von April dieses Jahres durch den Pflegerat NRW, in dem der DBfK Nordwest e. V. Vollmitglied ist.

Im Grundsatz können wir den im Entwurf beschriebenen Implikationen folgen. Das MGEPA hat in vorbildlicher Weise den Akteuren in diesem Bereich ein Forum zur frühzeitigen und mitgestaltenden Partizipation gegeben und den schwierigen Prozess, sehr unterschiedliche Interessenslagen der Beteiligten zu berücksichtigen, hervorragend moderiert. Dabei fassen Gesetzesentwurf und Verordnungen ordnungsrechtliche Faktoren und nicht – wie immer wieder missverstanden wurde – leistungsrechtliche Regelungen. Vor allem bundesweit geltende Regelungen nach dem SGB XI können durch Landesrecht nicht außer Kraft gesetzt werden. Das gilt z. B. auch für Fragen der Transparenz. Das MGEPA hat durch sein Vorgehen hier einen neuen Weg der Teilhabe am Gesetzesverfahren beschritten, welcher besondere Anerkennung verdient.

Aus unserer Sicht schwierig war lediglich die geübte Beratung über Fragmente des Gesetzes, welche naturgemäß dann in den Unterarbeitsgruppen Fragen offen ließen und zuweilen zu Verständnisschwierigkeiten führten, da nicht immer klar war, wo letztlich was letztlich geregelt wurde. Das Ministerium hat diese Vorgehensweise begründet. Der gesamte Gesetzesentwurf wurde schlussendlich referiert und liegt zu dieser Bewertung vor.

Grundsätzlich ist es einsehbar, dass eine Abwägung zwischen dem Schutzbedürfnis der betroffenen Menschen und deren Entfaltungsmöglichkeiten abzuwägen ist und im Zweifel für das Schutzbedürfnis ausgelegt wird. In einigen Fällen scheint die Angst vor böswilligem Umgang mit den Leistungsempfängern (Nutzern) aber zu einer u. E. übertrieben akzentuierten Für- und Vorsorgeverpflichtung gegenüber den Leistungsanbietern zu führen. Hier sollte der Gesetzgeber sich nicht einseitig durch berichtete Pflegeskandale lenken lassen und die Entfaltungs- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Betroffenen stärker berücksichtigen. Grundsätzlich stellen wir fest, dass Kriterien der Qualitätsbestimmung auch in Leistungsgesetzen und deren Prüfanweisungen bereits ausreichend abgebildet sind. Im Sinne des Bürokratieabbaus wären hier Verständigungen wünschenswert. Zudem plädieren wir aus pflegfachlicher Sicht dafür, Vertrauen in die anspruchsvollen und geregelten Ausbildungen in der Gesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpflege sowie in die Altenpflege zu haben. Eine Reihe von Qualitätskriterien sind diesen Ausbildungen bereits immanent. Viele Probleme in der Versorgung sind nicht von den Pflegefachpersonen, sondern von den Betreibern und deren Kostenrestriktionen zu verantworten.

An einigen wenigen Stellen möchten wir besonderen Bezug nehmen und dabei z. T. auf den speziellen Part der professionellen Pflege zu sprechen kommen. Dabei konzentrieren wir uns auf die Pflegeperspektive und erlauben uns, den Bereich der Behindertenhilfe in diesem Statement weitestgehend auszublenden.

Der Bereich der Geriatrischen Rehabilitation wird durch den demografischen Wandel deutlicher in den Mittelpunkt der Bedürfnisse rücken. Dabei wird die Bedeutung medizinischer Interventionen eine wichtige Rolle spielen. Diese sollten aber nicht exklusiv als Faktor für ein selbstbestimmtes und qualitativ gutes Leben überschätzt werden. Mit der Gesundheitsreform 2007 wurden erstmalig auch geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Nicht nur eine ausreichende medizinische Versorgung, sondern auch therapeutische Behandlungen wie Pflege, Rehabilitationsmaßnahmen oder Krankengymnastik sind erforderlich, um dauerhafte körperliche Einschränkungen zu vermeiden. Diese so genannten Heilhilfsbehandlungen stabilisieren die körperliche Funktionsfähigkeit oder stellen sie wieder her. Damit werden nicht nur medizinische und pflegerische Versorgungskosten langfristig reduziert, sondern es erhöht sich die Lebensqualität älterer

**Stationäre Pflege +
Rehabilitation**

Menschen deutlich. Letztlich kann so auch eine Heimunterbringung verzögert oder gar vermieden werden.

Grundsätzlich fehlt aus pflegfachlicher Sicht im vorliegenden Entwurf eine tatsächliche Perspektive der Rehabilitation bei vorübergehendem stationären Pflegebedarf, wie diese z. B. in einzelnen anderen Ländern Europas üblich ist und vor allem für den Bereich der Altenpflege relevant sein würde. Die aktuelle Problematik zeigt deutlich, dass die kurze Verweildauer in den Krankenhäusern zu massiven Problemen in der weiteren ambulanten Versorgung führt. Die Betroffenen werden mit hohem Pflegeaufwand auch im Bereich der Behandlungspflege frühzeitig aus den Krankenhäusern entlassen. Die ambulante Versorgung kann diese Defizite derzeit nicht ausgleichen, was dazu führt, dass die Patienten sehr oft innerhalb kurzer Zeit ins Krankenhaus zurückkehren. Auf der anderen Seite werden ältere Menschen in einer solchen Situation nur zu oft in die stationäre Altenpflege verbracht, ohne ihnen eine Möglichkeit zu geben, wieder in die gewohnte Umgebung zurückzukehren. In der Sache geht es darum, dass wie z. B. in Dänemark ein Verbot besteht, Wohnungen nach Umzug ins Altenheim unmittelbar aufzukündigen. Stattdessen wird zunächst erprobt, ob es Rehabilitationsmöglichkeiten gibt, die einen Rückzug ins gewohnte Leben möglich machen. Hier ist u. E. eine Chance verpasst worden, einen solch innovative Überlegung ins Gesetz mit aufzunehmen. Es bleibt bei einer Willensbekundung, siehe auch Art 1 § 5 (1).

Die Rahmenbedingungen der Versorgung müssen nachhaltig verändert werden. Dem kommt der Entwurf nach. Der Bezug auf eine Versorgung im Quartier wird die Lebensqualität der Betroffenen deutlich stärken. Insbesondere neue Wohnformen wie selbstgesteuerte oder angebotsorientierte Wohngruppen, betreutes Wohnen u. ä. müssen viel stärker ausgebaut werden und bezahlbar sein. Ein nicht unerheblicher Anteil an pflegebedürftigen Menschen müsste nicht in Heimen untergebracht werden, wenn es mehr Alternativen und bezahlbare Wohnformen zur eigenen Wohnung gäbe. Dieser Idee schließt sich auch die Landesregierung mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf an.

**Wohn- und
Lebensformen**

Bereits in der Gesundheitsreform (2007) wurden Leistungen zugesichert wie beispielsweise die medizinische, pflegerische und palliative Versorgung schwerstkranker Menschen im häuslichen Umfeld, der Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege auch für jene Menschen, die in neuen Wohnformen leben, sowie die Aufnahme medizinischer und geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen in den Katalog der Pflichtleistungen gesetzlicher Kassen. In diesem Kontext kommt dem Ausbau vernetzter Versorgungsstrukturen und der Kooperation stationärer und ambulanter Pflege eine bedeutende Rolle zu. Ihre Potenziale werden in diesem Zusammenhang bisher nur geringfügig erkannt. Eine Aufwertung von pflegerischen Dienstleistungen, ein Erkennen und die effektive Nutzung der vielseitigen Kompetenzen dieser Arbeitsbereiche für die Integrierte Versorgung sowie den durch die Gesundheitsreform gewandelten Anforderungen, machen eine umfassende Implementierung dieser in die neuen Netzwerke der Geriatrischen Rehabilitation zur dringenden Notwendigkeit.

Wohngemeinschaften.

In der Sache geht es im Wesentlichen um *anbieterverantwortete* WG. Die *selbstverantworteten* (=frei organisierten) WG fallen aus den Überprüfungen überwiegend ganz raus. Die Regelungen zur Raumgröße und Ausstattung der WG sind aus pflegerischer Perspektive ausreichend, ohne dass wir dabei besondere Problemlagen der Behindertenhilfe berücksichtigen. Tatsächlich können nicht alle Situationen von WG-Wohnen hier erfasst werden.

Gasteinrichtungen. Es geht im Wesentlichen um Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege). Explizit werden hier auch Hospize eingeordnet. Leider findet sich keine gesonderte Betrachtung von Einrichtungen des Bereiches Wachkoma oder generell auch nicht der außerklinische Beatmung. Diese müssen im Grunde jeweils dem Bereich Heim oder WG zugeordnet. Wir halten das für einen Fehler. Hier würden wir einen gesonderten Regelungsbedarf in der Versorgungsqualität sehen. Das gilt explizit auch für die Festlegung der personellen Anforderungen (besondere Fachkraft).

Die in der DVO §§ 6 – 8 geregelten Fragen zur Wohnqualität und Ausstattung können wir aus pflegerischer Sicht mittragen. Grundsätzlich unterstützen wir an dieser Stelle auch den Vorrang von Einzelzimmern vor dem Wohnen in Mehrbettzimmern. Ebenso unterstützen wir die Idee des Ausbaus von Wohnen im Bestand. Bei unseren Überlegungen blenden wir spezifische Bedürfnislagen, wie diese in der Behindertenhilfe entstehen können, aus. Natürlich hat auch dieser Bereich Konsequenzen in den pflegerischen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten. Wir verweisen dies bzgl. vor allem auf das in der Behindertenkonvention geforderte „Normalitätsprinzip“ in der Gleichbehandlung mit Nicht-Behinderten als einen wichtigen Bezugspunkt.

Wohnqualität und Ausstattung

Dem Begriff der Fachkraft (Art 2 § 3 Abs 5) können wir aus pflegerischer Sicht folgen, ebenso wie den allgemeinen Qualitätsanforderungen nach § 4 Absätze 1 und 8-11, dem Grunde nach auch WTG DVO §§ 1-3. Allerdings ist das Ansinnen nach § 2 Abs 3 der DVO, künftig eine fortlaufende Überprüfung aller Mitarbeiter von der Einrichtungsleitung bis zur Fachkraft über eine Abfrage des Zentralregistereintrags zu erheben, kritisch zu hinterfragen. Ganz abgesehen von den Verwaltungsaufwendungen und Kosten, welche auf die Betriebe und Mitarbeiter zukämen, wird hier eine unwidersprochene Misstrauenskultur unter dem Signum „Schutz der Nutzer“ fortgeschrieben. Uns ist nicht bekannt, dass so etwas auch für die Arbeit von Ärzten, Apothekern oder Praxen gelten würde. Die rechtsunsichere Formulierung „in regelmäßigen Abständen“ ist leider trotz der Kritiken in den Gremien erhalten geblieben. Sanktionierungen für den Fall, dass die Regelung nicht eingehalten wird, sind aber nicht beschrieben und bleiben demnach den Heimaufsichten überlassen. Für die Pflege verweisen wir auf die Tatsache, dass im Grunde im AltPfG und im KrPflG jeweils im § 2 (Erlaubnis) eine ausreichende Regelung vorgesehen ist, da mit dem Entzug der Erlaubnis auch der Status einer Fachkraft verloren ginge. Das ein solcher Entzug vergleichsweise selten ausgesprochen wird, hat vor allem damit zu tun, dass es kein Selbstverwaltungsorgan (Pflegekammer) in NRW gibt, das hier Ständerecht sprechen würde. Wir sind aber nicht der

Maßnahmen zur Qualitäts- sicherung

Ansicht, dass so etwas über das vorliegende Gesetz zur lösen ist.

Im Zusammenhang mit § 3 (Fort- und WB, Einrichtungsleitungen) möchten wir noch einmal auf die Referenzmodelle NRW verweisen, wo eine wie in der VO beschriebene Vorlaufzeit für sinnvoll erachtet wurde. Im Übrigen muss man sich fragen, wie sinnvoll eine Fortbildung in Bereichen ist, in denen Einrichtungsleitungen in der Regel selbst gar nicht praktizieren. Es kann hier also nur um ein Übersichtswissen gehen.

DVO §§ 4 + 5 (Qualitätssicherung/-prüfungen). U. E. sind hier über die Bundesgesetzlichkeit und die verschiedenen Prüfungsgremien so gut wie alle Bereiche bereits abgedeckt. Insofern erschließt sich uns nicht die Notwendigkeit einer zusätzlichen Prüfung und Publikation, in der es zudem nicht um eine ausgewogene Darstellung geht, sondern explizit nur auf Defizite verwiesen wird. Der Bezug ist also ein ausschließlich ordnungsrechtlicher. Es werden nur Mängel aufgelistet. Das hat mit systematischen Qualitätsbeschreibungen oder Qualitätsmanagement nichts zu tun. Wenn eine Einrichtung sich sachlich falsch bewertet oder falsch wiedergegeben fühlt, kann diese nach dem WTG eine eigene Selbstdarstellung dagegen setzen. Dass eine solche Selbstdarstellung kein adäquates Gegengewicht zu behördlichen Mängelaussagen sein wird, ist kaum zu bestreiten. Das, ebenso wie die Löschfrist von drei Jahren, führt u. E. auch nicht wirklich dazu, dass die potenziellen Nutzer hier „just-in-time“ und adäquat bei der Auswahl spezifischer Einrichtungen profitieren werden. Durch die Art der Darstellung wird die Bevölkerung mgl. noch mehr als bisher verunsichert, ohne dabei tatsächlich relevante Informationen für eine Entscheidung zu erhalten

Mit freundlichen Grüßen



Michael J. Huneke
Geschäftsführer
DBfK Nordwest e. V.
Müller-Breslau-Straße 30a
45130 Essen