

03.07.2018

Antrag

der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Pflege für die Zukunft gestalten - Selbstbestimmung sichern - Pflege vor Ort stärken!

I. Ausgangslage:

Die Sicherung einer menschenwürdigen Pflege ist ein zentrales gesellschaftliches Thema, dass aufgrund des demografischen und sozialen Wandels weiter an Bedeutung gewinnen wird. Die Anzahl der pflegebedürftigen älteren Menschen nimmt zu, das Krankheitspektrum und der Unterstützungsbedarf wird umfangreicher und differenzierter. Zugleich zeichnet sich in der Pflegebranche ein großer Mangel an Fachkräften ab.

Auch wenn das Alter nicht zwangsläufig mit Pflegebedürftigkeit und Krankheit verbunden ist, so ist ein großer Teil der Bevölkerung insbesondere im höheren Lebensalter auf Hilfe, Unterstützung und Pflege angewiesen. (vgl. Enquete „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005) Zugleich sind Viele als Angehörige, in der Pflegearbeit Tätige oder auch für sich selbst schon mit der Frage befassend, „wie ich leben will, wenn ich auf Pflege und Unterstützung angewiesen sein werde“ von diesem Thema berührt.

Angefangen von Hilfen bei der Alltagsbewältigung und -gestaltung, der pflegerischen Unterstützung bei täglichen Lebensverrichtungen, über präventiv und rehabilitativ orientierte Pflege bis hin zur Schwerkranken- und Palliativpflege erstreckt sich das Feld der notwendigen Angebote. Hinzugekommen ist seit geraumer Zeit und insbesondere durch die UN-Behindertenrechtskonvention befördert, der Anspruch auf Teilhabe und Selbstbestimmung bei Pflege. Hierdurch tritt auch der Blick auf das Wohnumfeld als direktes Lebensumfeld der Menschen hinzu. Die Schaffung von Versorgungssicherheit im Quartier zur Sicherung eines selbstbestimmtes Lebens bei Pflege und Unterstützungsbedarf ist in NRW bereits mit der Enquete *Situation und Zukunft der Pflege* in NRW (2005) in den Fokus gerückt und zuletzt auch im 7. Altenbericht der Bundesregierung mit aufgegriffen worden.

Mit der Pflege-Charta in Deutschland und der UN-Behindertenrechtskonvention sind vor mehr als zehn Jahren wichtige Menschenrechtspositionen für die Pflege verankert worden. Die Kernbereiche der Pflege-Charta umfassen u.a. die Selbstbestimmung, körperliche Unversehrtheit, Freiheit, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft.

Datum des Originals: 03.07.2018/Ausgegeben: 03.07.2018

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter www.landtag.nrw.de

1. Pflegebedarf steigt mit dem Demografischen Wandel

In Nordrhein-Westfalen sind rund 640.000 Menschen pflegebedürftig. Die Prognose für 2060 geht bei einer herkömmlichen Fortschreibung von 920.500 Pflegebedürftigen aus, bei der „Trendvariante“, die auch gesundheitsfördernde Einflüsse in die Berechnung mit einbezieht, von 763.000 Personen mit entsprechendem Pflegebedarf. Darüber hinaus benötigen etwa 300.000 Personen aufgrund von Demenzerkrankungen Unterstützung und alltägliche Begleitung.

Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung und der demografischen Entwicklung die Anzahl der Menschen, die Pflege und Unterstützung benötigen noch weiter steigen wird. Zugleich besteht die Verpflichtung, bei der Gestaltung der Angebote und Infrastruktur den Menschen in den Mittelpunkt zu rücken. Dabei gilt es die spezifischen Bedarfe in Bezug auf geschlechtliche Orientierung, Konfession, Migrationsgeschichte zu berücksichtigen. Auf dieser Basis müssen auch die Angebote an Wohn- und Pflegeformen gestaltet und entsprechend ausgebaut werden.

Noch immer wird der Großteil der Pflege und Unterstützungsleistungen von Angehörigen aus dem familiären Umfeld erbracht. Soziale Veränderungen, Wandel im Zusammenleben und bei den Rollenbildern, eine gerechte Verteilung der Teilhabechancen für beide Geschlechter führen dazu, dass traditionelle Familienstrukturen sich grundlegend wandeln und für viele keine verlässliche Unterstützungsstruktur mehr darstellen werden. So ist ein beträchtlicher Teil der pflegenden Angehörigen berufstätig und daher doppelt belastet oder selbst schon im höheren Lebensalter und deshalb wenig belastbar. Hinzu kommt die sogenannte Sandwichgeneration, Menschen die spät ihre Kinder bekommen und dann gleichzeitig die Sorge und Pflege für die Kinder und Eltern übernehmen müssen. Hohe Flexibilitätsanforderungen im Beruf, unstete Erwerbsbiografien erschweren zusätzlich ein Zusammenleben der Familiengenerationen.

Zudem sind, die informellen und die familialen Unterstützungsstrukturen vor Ort allein nicht nachhaltig tragfähig (vgl. 7. Altenbericht der Bundesregierung). Das Gemeinwesen wird in Zukunft viel stärker als bisher Sorgeaufgaben übernehmen und verlässliche Rahmenbedingungen für Versorgungssicherheit und Teilhabe schaffen müssen.

2. Selbstbestimmt Leben auch bei Pflege

Ein Großteil der Menschen will bis ins hohe Alter selbstbestimmt Wohnen und sein Leben in vertrauter Umgebung verbringen ohne im Bedarfsfall auf eine umfassende Unterstützung und Pflege verzichten zu müssen. Das Gleiche gilt für Menschen mit Behinderung. Nicht zuletzt ist mit der UN-Behindertenrechtskonvention, die ein Höchstmaß an Unabhängigkeit aller Menschen ungeachtet ihrer Einschränkung fordert, die Debatte um ein inklusives Gemeinwesen befördert worden. Ein „inklusives Gemeinwesen“ setzt dabei große Veränderungen und Anpassungen voraus. Eine soziale Inklusion stellt Anforderungen auch an die Quartiere und Stadtteile, die für alle Menschen ohne Barrieren zugänglich gemacht und darüber hinaus für alle Generationen und Personengruppen, eröffnet werden muss. Es bedarf geschlechter- und generationengerechter Konzepte ebenso, wie Angebote und Einrichtungen, die der kulturellen Vielfalt der älter werdenden Bevölkerung und Gesellschaft entsprechen.

Obwohl es prinzipiell schon eine Vielzahl an Wohn- und Versorgungsformen zwischen der selbstständig bewirtschafteten Wohnung und der stationären Pflegeeinrichtung gibt, und obwohl diese Wohnformen den verschiedenen Bedarfs- und Bedürfnislagen gut gerecht werden könnten, spielen sie quantitativ vielerorts immer noch eine unbedeutende Rolle. (7. Altenbericht Bundesregierung.)

Wichtig ist deshalb, neben einer umfassenden Beratung für Initiativen und Träger entsprechender Wohnprojekte, auch die Implementierung einer verbindlichen Bedarfsplanung. Die Wahlfreiheit darüber wo und wie ich wohnen und gepflegt werden will muss jeder Mensch haben, auch bei einem umfassenden Pflegebedarf.

Derzeit stehen als Angebote für eine umfassende Pflege außerhalb der eigenen Familie 170.000 Plätze in Pflegeheimen zur Verfügung. Demgegenüber ist das Angebot im ambulanten Bereich mit etwa 6.000 Plätzen in Pflege-Wohngemeinschaften noch schwindet gering. Deshalb sollte insbesondere der Ausbau von Wohn- und Pflegeangeboten im ambulanten Setting im Vordergrund stehen soll, so wie es auch der 7. Altenbericht der Bundesregierung einfordert. In diesem Zusammenhang wäre es wichtig, das Angebot an gemeinschaftlichen ambulanten Wohn-Pflegeformen zu erweitern und den Ausbau von barrierefreien und generationengerechten Wohnungen kontinuierlich voranzubringen. Wichtig hierfür ist u.a. die kontinuierliche Ausweitung des Angebots an Neubauwohnungen insbesondere von Gruppenwohnen (z.B. Wohnen für Jung und Alt, Hausgemeinschaften, Mehrgenerationenwohnen, Pflegewohngemeinschaften). Hier ist ein Mix aus öffentlich und frei finanzierten Wohnungen wichtig.

II. Berufsfeld Pflege - Pflegenotstand beseitigen

Mehr als 400.000 Menschen sind in NRW beruflich in der Pflege insgesamt tätig. Dennoch ist die Sicherung eines ausreichenden Fachkräftepotenzials im Gesundheitswesen schon heute nicht durchgängig gewährleistet. In der Pflege stellt der Fachkräftemangel bzw. der "Pflegenotstand" schon seit den 1960er Jahren ein wiederkehrendes Problem dar. Seit einiger Zeit zeichnet sich der Mangel jedoch verschärft ab. Besonders macht er sich im Krankenhausbereich bemerkbar, wo sich in den vergangenen Jahren in der Pflege trotz Arbeitsverdichtung ein gravierender Personalabbau vollzogen hat. Insbesondere die Vergütung durch Fallpauschalen (DRG) hat in den letzten Jahren zu einer Konzentration auf wirtschaftlich attraktive ärztliche Leistungen beigetragen, die insbesondere zulasten der Pflege ging.

Von den beruflich Pflegenden sind rd. 250.000 Menschen in der Altenpflege beschäftigt. Dabei ist auch hier in der stationären und ambulanten Langzeitversorgung ein wachsender Personalangel zu verzeichnen. Auf Landesebene konnte mit der Einführung der Ausbildungsumlage in der Altenpflege und einer erheblich verbesserten Refinanzierung der Ausbildungskosten für die ausbildenden Betriebe in den Jahren 2010-2017 die Zahl der landesgeförderten Ausbildungsplätze in der Altenpflege deutlich gesteigert und auf über 18.900 fast verdoppelt werden. Zusammen mit den rd. 2.600 Plätzen für Umschulungen sind dies insgesamt rd. 21.500 Ausbildungsplätze in der Altenpflege.

In den pflegeberuflichen Hilfe- und Assistenzberufen werden in NRW zwei jeweils einjährige Ausbildungen angeboten, als Altenpflegehilfe und als Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz mit jeweils etwa 1.351 bzw. 673 Schülerinnen und -schülern. In der Krankenpflege hingegen ist schon seit geraumer Zeit ein rückläufiger Trend bei den Ausbildungszahlen zu verzeichnen. Bestehende Ausbildungsplätze können bereits seit mehreren Jahren nicht mehr im vollen Umfang besetzt werden. So konnten 2017 bspw. von den über 18.100 Ausbildungsplätzen in der Gesundheits- und Krankenpflege etwa 1.900 Plätze nicht mehr belegt werden.

Im Februar 2017 wurde deshalb das Krankenhausplanungsverfahren verschlankt, um die Ausbildungskapazitäten in den Ausbildungsstätten zu erhöhen. Höhere Ausbildungskapazitäten können seither unbürokratisch erreicht werden. Zu begrüßen ist daher, dass sich

nun Krankenhausgesellschaft NRW und MAGS darauf verständigt haben, dass für alle geeigneten Interessent*innen kurzfristig ein Ausbildungsplatz in den Krankenpflegeberufen in NRW zur Verfügung gestellt werden sollen.

1. Ausbildungseinrichtungen finanziell gut ausstatten und sicherstellen

Die Förderung der Fachseminare für Altenpflege wurde 2015 von einer zuvor freiwilligen Förderung auf eine gesetzlich verpflichtende umgestellt, auch um den Ausbildungsträgern mehr Sicherheit bei der Refinanzierung zu geben. Gleichwohl weisen die Fachseminare bereits seit längerem darauf hin, dass die landesseitige Finanzierung über die Fachpauschale längst nicht mehr die Kosten der Einrichtungen für Personal, Ausstattung und Qualitätssicherung deckt, zumal die Fachpauschale pro Schülerin und Schüler 2008 von der damaligen Landesregierung sogar noch einmal auf 280 Euro abgesenkt worden war. Deshalb muss in einem weiteren Schritt nun endlich auch die Finanzierung für Personal, Ausstattung und Qualifizierung in den Fachseminaren auf das Niveau der Krankenpflege entsprechend angehoben werden.

Im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Pflegeausbildung im Zuge der generalistischen Pflegeausbildung wird es ohnehin zu einer Angleichung der Finanzierung der Ausbildungsstätten in der Altenpflege mit denen der Krankenpflege kommen müssen. Insofern muss die Pauschale in der Altenpflege spätestens mit dem Haushalt 2019 von derzeit 280 auf etwa 500 Euro angehoben und dynamisiert werden. Nur so wird es gelingen, die zusätzlich notwendigen Fachkräfte für die Altenpflegeausbildung zu gewinnen. Andernfalls droht eine deutliche Verschärfung des Fachkräftemangels, weil die Höhe der Ausbildungsplätze und Qualität nicht gehalten werden kann.

Im Zuge der Umsetzung des Pflegeberufegesetzes (PflBG) wird auch die Refinanzierung der Ausbildungsbetriebe neu geregelt. Da lt. den bundesgesetzlichen Vorgaben mit dem neuen Ausbildungssystem die Ausbildungsbetriebe einen bedeutenden Anteil (bis zu 30%) der Ausbildungskosten über den sog. „Wertschöpfungsbeitrag“ selber tragen müssen, bestehen Befürchtungen, dass sich viele Träger wieder aus der Ausbildung zurückziehen werden. Hier gibt es entsprechende Erfahrung aus der Zeit vor Einführung der Ausbildungsumlage. Deshalb sind Konzepte gefragt, dieses zu vermeiden und um die Zahl der Ausbildungsbetriebe noch mal erweitern zu können.

Im Zusammenhang mit der Einführung der AltPflAusglVO sowie zukünftig mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG) stellt sich die Frage, wie sich zukünftig die Zahl der Auszubildenden entwickelt. Unter Bezug auf die im PflBG genannten Übergangsfristen scheint es sinnvoll zu sein, die Einführung von landesweit gültigen Übergangsregelungen verbindlich zu regeln.

2. Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen verbessern und attraktiv gestalten

Darüber hinaus sind attraktive Arbeitsbedingungen zwingend, wollen wir mehr Fachkräfte gewinnen und langfristig für diesen so wichtigen Beruf insbesondere auch junge Menschen begeistern. Hierzu gehört auch, die Betriebe darin weiter zu bestärken, dort wo notwendig die betriebliche Arbeits- und Beschäftigungssituation weiter zu verbessern. Hierzu gehören sowohl Regelungen, die bspw. die Vereinbarkeit von Familie und Beruf besser als bisher ermöglichen aber auch die Rechte und Ansprüche für die Bewohner*innen und Kund*innen auf Selbstbestimmung und Teilhabe in den Blick nehmen.

Auch die Einhaltung von Arbeitnehmer*innenrechten spielt dabei auch eine wichtige Rolle. Hier sind auch die Kosten und Leistungsträger gehalten, nicht nur den preiswertesten Anbieter

als den geeigneten zu akzeptieren. Die Einhaltung von tariflicher Bezahlung, aber auch die Einrichtung und Sicherung von betrieblicher Mitbestimmung (Betriebsräte) und deren Refinanzierung muss als unumstößlicher Faktor mit einfließen. Zudem muss es darum gehen, die Arbeitssituation in vielen Pflegeeinrichtungen durch zusätzliche Pflegestellen zu verbessern.

Es besteht der gesetzliche Auftrag, verbindliche Personaluntergrenzen für pflege-sensitive Bereiche in Krankenhäusern zu erarbeiten. Dazu müssen die DKG, der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2018 Untergrenzen für pflegesensitive Bereiche festlegen. Die Vereinbarung soll ab 01.01.2019 wirksam werden. Die Verhandlungen im Rahmen der Selbstverwaltung gestalten sich den Informationen nach schwierig. Hier sind auch Bund und Land gefordert, diese zu begleiten.

Untergrenzen sind nur Mindestmaß und haben nichts mit dem tatsächlichen Pflegebedarf zu tun. Zudem sollen sie nicht für alle Abteilungen gelten. Darum bedarf es darüber hinaus verbindlicher Personalbemessungsinstrumente, die sich am individuellen Pflegebedarf der Patient*innen orientieren. Und zwar für alle bettenführenden Abteilungen, wie es im Übrigen auch im schwarz-roten Koalitionsvertrag steht.

In einem Sofortprogramm müssen seitens des Bundes zusätzliche Pflegestellen in den Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen finanziert werden. Die Bundesregierung sieht hierzu 13.000 Stellen vor, was von vielen Trägern als viel zu gering angesehen wird. Zudem erscheint die jetzt von Bundesgesundheitsminister Spahn vorgesehene Form der Finanzierung, die zusätzlichen Pflegestellen aus Krankenkassenbeiträgen zu finanzieren, als nicht sachgerecht. Mit einer kompletten Übernahme der Behandlungspflege in den stationären Pflegeeinrichtungen durch die GKV hingegen würden 3 Mrd. Euro im Jahr der Pflege zugutekommen – dies wäre eine echte Entlastung.

Die GRÜNEN im Bundestag haben vorgeschlagen, über ein Sofortprogramm Stellen für 25.000 zusätzliche Krankenpfleger*innen und 25.000 zusätzliche Altenpfleger*innen einzurichten.

Zudem brauchen wir Anreize für eine einfachere Rückkehr von Teilzeit in Vollzeit und eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten sowie eine Weiterqualifizierung für Pflegehelfer*innen. Ferner sind nach der Einführung der Generalistik gerade in den Bereichen der Altenpflege Aufstiegsmöglichkeiten für Fachpersonal in den Bereichen der Demenzversorgung und der Qualitätssicherung zu schaffen und refinanzieren. Andernfalls droht ein noch stärkerer Sog in die Bereiche der Krankenpflege, obwohl u.a. der demografische Wandel hohe fachliche Qualität und eine deutlich höhere Quantität an Personal in den Bereichen der früheren Altenpflege erfordern. Parallel dazu sollen verbindliche Personalbemessungsinstrumente entwickelt werden, die sich am individuellen Pflegebedarf der Patient*innen orientieren.

Nicht zuletzt müssen die Bezahlung und die Arbeitsbedingungen in der Pflege dringend verbessert werden. Hier sind auch die Tarifpartner gefordert durch entsprechende Tarifverträge allgemeinverbindliche Standards für faire Löhne in der Pflege zu sorgen. Verlässliche Arbeitszeiten, mehr Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und weniger Bürokratie sind weitere wichtige Bausteine, um den Pflegeberuf wieder attraktiver zu machen.

3. Finanzierung der Pflege verbessern

Gute Pflege braucht eine solide finanzielle Grundlage. Eine gute gesundheitliche und pflegerische Versorgung darf nicht vom Geldbeutel und der individuellen Lebenslage abhängen. Die Bundesregierung hat mit mehreren Beitragssatzerhöhungen in den vergangenen Jahren kurzfristig mehr Geld in die Pflege gesteckt. Das wird jedoch für die anstehenden Kostensteigerungen durch den demografischen Wandel nicht ausreichen, ebenso wenig wie der "Pflege-Vorsorgefonds". Damit wurden die Schwierigkeiten der Finanzierung einfach auf die nächsten Jahre und künftige Generationen verschoben. Notwendig ist es, jetzt ein zukunftsfestes, gerecht finanziertes Gesundheitswesen zu schaffen, das alle einbezieht.

Eine Bürgerversicherung für die Pflege, bei der alle Bürgerinnen und Bürger sich nach ihren finanziellen Möglichkeiten beteiligen und alle Einkommensarten berücksichtigt werden schafft eine nachhaltige Finanzierung und Solidarität für alle. Darüber hinaus wird es unumgänglich sein, auch eine ergänzende Steuerfinanzierung mit einzubeziehen, um vor dem Hintergrund des demografischen und sozialen Wandels eine menschenwürdige und die Selbstbestimmung wahrende Pflege sicherstellen zu können.

III. Pflegebedürftigkeit reduzieren, Teilhabe sichern

1. Bedürfnisse der Menschen in den Mittelpunkt stellen

Nach der Einführung der Pflegeversicherung 1995 ist in Deutschland die Frage sozialer Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit zunächst kaum thematisiert worden. Das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) stellt zwar „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (§ 1 SGB IX) als oberstes Ziel in den Vordergrund, schränkt seine Gültigkeit aber im Hinblick auf ältere Menschen ein. Im SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) wird Teilhabe nicht direkt angesprochen.

Auf eine faktische Unterversorgung und Ungleichbehandlung Älterer im Hinblick auf Maßnahmen der Rehabilitation und damit der Wiederherstellung von Teilhabechancen durch eine „fehlende Verschränkung von SGB XI und SGB IX weist auch schon der 6. Altenbericht der Bundesregierung (2010) hin. Zur Frage der sozialen Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit findet allerdings in den letzten Jahren eine rege fachpolitische und konzeptionelle Auseinandersetzung statt.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurden ab 2017 die bislang vorgesehene Einteilung in drei Pflegestufen durch die Einteilung in fünf Pflegegrade ersetzt. Mit der damit verbundenen Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollen die Leistungen stärker an den Bedürfnissen jedes einzelnen Menschen, seiner individuellen Lebenssituation und an seinen individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten orientiert werden. Von der Neuausrichtung sollen insbesondere Menschen mit Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltags wie bspw. auch Menschen mit Demenz profitieren.

Weitgehend selbstständige Unterstützungsbedürftige, die nach dem alten System keine Pflegestufe bekommen haben und bisher nicht berücksichtigt wurden, können mit Pflegegrad 1 nun Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Allerdings erhalten Personen unterhalb des Pflegegrades 2 keine Leistung der „Hilfe zur Pflege“ (SGB XII) mehr, diese lag aber weitaus höher. Der Landkreistag NRW hat deshalb hierzu Empfehlungen an die örtlichen Sozialhilfeträger herausgegeben. Demnach kann der Wegfall der Leistung „Hilfe zur Pflege“ kompensiert werden durch Leistungen bei hauswirtschaftlichen Bedarfen. Hierbei handelt es

sich allerdings um Leistungen, die i.d.R. nur vorübergehend, nicht aber dauerhaft gewährt werden. Wenn durch die Leistungen allerdings die Unterbringung in einer stationären Einrichtung vermieden oder aufgeschoben werden kann, kann diese Leistung gemäß § 70 Abs.1,2 SGB XII auch längerfristig gewährt werden. Diese Kann-Regelung liegt allerdings im Ermessen der örtlichen Sozialhilfeträger. Nicht selten ist es deshalb auch dazu gekommen, dass die Leistung geringer geworden ist. Hier bedarf es klarer Regelungen, dass es nicht zu einer Verschlechterung bei den Leistungen für die Betroffenen kommt.

2. Der Grundsatz „ambulant vor stationär muss erhalten bleiben

Das eigene Quartier, die vertraute Umgebung will die Mehrheit der Menschen auch bei Unterstützungsbedarf nicht verlassen. Ambulante Wohn- und Pflegeformen spielen daher eine immer wichtigere Rolle auch für Menschen mit einem umfassenden Pflegebedarf. Der Großteil fordert Alternativen zum klassischen Heim. Dazu gehören WGs und Hausgemeinschaften mit umfassender Pflege, aber auch Mehrgenerationenwohnen und „Wohnen mit Versorgungssicherheit“ in der eigenen Wohnung. Nur so gibt es eine Wahlmöglichkeit. Die Wohnquartiere müssen daher auf diese Belange ausgerichtet werden und die soziale Stadtentwicklung, Mobilität und gesellschaftliche Teilhabe in den Fokus genommen werden. Hierzu muss auch das Quartiersmanagement weiter ausgebaut, die Streichung der Stellen für Quartiersentwickler*Innen zurückgenommen und der Vorrang ambulanter Lebens- und Unterstützungsformen erhalten bleiben.

Zu einer bedarfsgerechten Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen gehört auch „eine neutrale wohnortnahe Beratung, die die erforderlichen Informationen vermittelt und durch ein gutes Fallmanagement zur Verhinderung, Minderung und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit beiträgt. Hinzu kommen Sozialraum- und lebensweltorientierte Angebote zur Gesundheitsförderung und primären Prävention.

Dabei sollten die unterschiedlichen kulturellen, religiösen, sexuellen oder geschlechtsspezifischen Identitäten der Menschen Berücksichtigung in die Gestaltung der sozialen Infrastruktur und Pflegekonzepte vor Ort finden. Wichtig ist ein Pflege- und Hilfemix aus professioneller Pflege und Unterstützung, sozialen Netzwerken und Nachbarschaften im Quartier.

Auch die Kooperation und Vernetzung städtischer, freigemeinnütziger und weiterer Angebote untereinander, mit bestehenden Selbsthilfenezusammenschlüssen sowie die Unterstützung beim Aufbau von Selbsthilfegruppen bilden einen wichtigen Baustein in der ambulanten Versorgung insbesondere in der geriatrischen Rehabilitation.

Darüber hinaus haben auch die klassischen stationären Pflegeheime immer noch eine große Bedeutung für die Sicherung eines umfassenden Pflegeangebots vor Ort. Viele Einrichtungen müssen sich aber zeitgemäß modernisieren, um selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen: Einzelzimmer, Öffnung zum Quartier als Begegnungszentrum für die Bewohner*innen, Vereine und Initiativen im Stadtteil, bis hin zur Umwandlung zu Wohnanlagen für alle Generationen. Die Träger gilt es bei dieser Entwicklung hin zu unterstützen.

IV. Kommunen als Lebensort für Menschen mit Pflegebedarf stärken

1. Wohn- und Lebensumfeld auf die Belange von Menschen mit Einschränkungen und Unterstützungsbedarf ausrichten

Die städtischen Quartiere wie auch die ländlichen Gemeinden, müssen auf die Belange der Menschen ausgerichtet werden, die Einschränkungen haben, Unterstützung sowie Pflege benötigen. Eine soziale Stadtentwicklung muss dabei die Alltagsbedarfe wie Einkäufe, Arztbesuche, bezogen auf die Mobilität in den Blick nehmen. Die Mobilität und gesellschaftliche Teilhabe muss ebenfalls im Fokus sein. Insbesondere ambulante Pflege- und Unterstützungsangebote sowie Tagespflege müssen ausgebaut, Beratungen gesichert und der Bau von barrierefreien und rollstuhlgerechten Wohnungen vorangetrieben werden. Auch die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen zur Sicherung des alltäglichen Bedarfs bis hin zur gesundheitlichen Versorgung spielen eine wichtige Rolle. Dies ist zwingend notwendig um die eingangs beschriebene Trendvariante einer geringeren Pflegebedürftigkeit zu erreichen. Hierzu bedarf es auch einer sozialen Quartiersentwicklung und -planung in den Kommunen.

Viele Kommunen verfolgen das Ziel, die Quartiere so auszugestalten, dass die notwendige Unterstützung gewährleistet ist, die der einzelne Mensch benötigt, um so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Ein möglichst langer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit oder in einem sonstigen ambulanten Pflegesetting entspricht im Übrigen ganz überwiegend dem Wunsch der Pflegebedürftigen.

Um dies zu ermöglichen, sind Einrichtungen wie Quartierstützpunkte oder Nachbarschaftszentren wichtig, über die auch „rund-um-die-Uhr“ eine Pflege und Unterstützung organisiert werden kann. Auch die teilstationären Angebote der Tages- und Nachtpflege werden - nicht zuletzt aufgrund der deutlich verbesserten Förderung im SGB XI-Bereich - zunehmend ein Teil einer Alternative zur vollstationären Versorgung sein.

2. Gute Rahmenbedingungen für eine Kommunale Pflegeplanung in NRW erhalten und ausbauen

Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde in Bezug auf die Entwicklung und Steuerung der pflegerischen Infrastruktur der bisherige Vorrang der Freien Wohlfahrtspflege zugunsten einer gesetzlich verankerten Gleichstellung von gemeinnützigen und privatgewerblichen Trägern von Pflegediensten und Einrichtungen aufgegeben. Zugleich erhielten alle Pflegeeinrichtungen einen gesetzlich verankerten Rechtsanspruch auf Abschluss von Versorgungsverträgen unabhängig vom konkret vorliegenden Bedarf. In der Realität führt das jedoch häufig zum Bau von überdimensionierten Großeinrichtungen, die so von den pflegebedürftigen Menschen nicht gewünscht werden. Allerdings sind im SGB XI bislang weder eine Planungs- noch eine Steuerungskompetenz vorgesehen. Auch die Arbeits- und Sozialministerkonferenz hat sich wiederholt dafür ausgesprochen, die Rolle der Kommunen in der Pflege zu stärken. Es ist notwendig, die kommunale Planung auch im SGB XI zu verankern. Damit bekämen auch die Länder, die das bereits in ihren Landespflegegesetzen vorsehen, mehr Rechtssicherheit.

Das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) bleibt in dieser Hinsicht deutlich hinter den Erwartungen zurück. Die Kommunen erhalten keinerlei Gestaltungsmöglichkeiten für die Angebotsstrukturen vor Ort. Sie dürfen ihre Kompetenzen nur im Hinblick auf die Beratung erweitern und dies auch nur im Rahmen als Modellkommune. Leider hat sich die Landesregierung in NRW gegen eine Beteiligung an diesem Bundes-Programm entschieden. Deshalb sind NRW-Kommunen an diesem Modellprogramm nicht beteiligt.

Seitens des Bundesgesetzgebers fehlt es nach wie vor an Impulsen, die es auch Kommunen, die bisher keine Veranlassung gesehen haben, sich auf Quartierskonzepte einzulassen, erleichtert, sich mehr an der pflegerischen Versorgung zu beteiligen. Zudem werden zusätzliche Initiativen der Kommunen nicht zusätzlich finanziert.

Angebotsstrukturen, die sich weitestgehend ohne kommunale Einflussnahme entwickelt haben, weisen zum Teil Über-, Unter- und Fehlversorgungen auf. Mit Einführung der verbindlichen Bedarfsplanung im Alten- und Pflegegesetz (APG) aus dem Jahr 2014 wurde den Kommunen eine Möglichkeit an die Hand gegeben, Fehlentwicklungen, sofern notwendig, entgegenzuwirken. Die verbindliche Bedarfsplanung bietet die konkrete Möglichkeit zur Feinsteuerung gebietsbezogener Bedarfe im Quartier. Sie stellt daher ein unverzichtbares Instrument dar, um den mit dem demografischen Wandel einhergehenden Problemen zu begegnen. (vgl. Stellungnahme 17/487)

Mittlerweile nutzen schon viele kreisfreie Städte und Kreise dieses Instrument, um eine ortsnahe und an den Bedürfnissen der Menschen vor Ort ausgerichtete Pflegeinfrastruktur zu entwickeln. Um diesen Weg dauerhaft zu sichern, wäre auch eine Verankerung dieses Instrumentes im SGB XI sinnvoll. Auch der 7. Altenbericht der Bundesregierung hat die Bedeutung der Kommunen bei der Gestaltung und Sicherung der Pflegeinfrastruktur hervorgehoben und dabei auch ein entsprechendes Planungsinstrument gefordert.

Von großer Bedeutung für die Stärkung der Rolle der Kommunen ist zudem die rechtliche und tatsächliche Absicherung der Kooperation zwischen den Sozialleistungsträgern, um die personenbezogene integrierte Hilfeplanung und Leistungserbringung zu erreichen. Dazu wären die Kooperationsnormen im SGB IX zu bündeln, und dies nicht nur für Eingliederungshilfe und Rehabilitation, sondern auch für die Pflege. Teilhabeorientierte Pflege gehört mit zu den Rehabilitationsleistungen.

V. Reha vor Pflege und für Menschen mit Pflegebedarf

Die Strukturen in unserem Gesundheitssystem müssen sich auch an den Bedarfen und Bedürfnissen älterer Menschen mit und ohne Einschränkungen orientieren. Da mit zunehmendem Alter das Risiko der Multimorbidität zunimmt und damit verbunden auch die Anzahl der behandelnden Therapeuten, sind ein guter Informationsaustausch und eine intensive Kommunikation notwendig. Es muss darum gehen Polypharmazie zu mindern, Falsch- und Fehlmedikationen zu verhindern, Krankenseinweisungen zu vermeiden und bestmögliche Versorgungsverläufe zu garantieren. Dies kann mit Telematik wie der Fallakte, Patientenakte oder einer Versicherten-App sowie dem Arzneimitteltherapiecheck unterstützt werden.

Bei der Einweisung ins Krankenhaus sind Informationen über die Vorbehandlung oft entscheidend für die Behandlungsqualität. Ob digitalisierte Überleitungsbögen oder Akten, sie sollten ebenso bei der Einweisung wie bei der Entlassung Standard sein. Wer nicht für eine geordnete und effektive Weiterbehandlung sorgt, gefährdet den gesamten Therapieerfolg. So entscheidend wie Informationen sind auch die Rahmenbedingungen für die Versorgung.

Für ältere Menschen stellt die Einlieferung ins Krankenhaus oft eine enorme Belastung dar. Deshalb ist es wichtig, dass die Kommunikation mit Angehörigen jederzeit funktioniert und die Atmosphäre im Krankenhaus wohnlich und vertraut ist. Bundesweit beispielhaft ist hier das Projekt im St. Franziskus-Hospital Münster, mit dem die perioperative Versorgung und Pflege im Krankenhaus deutlich verbessert und damit die Entstehungsrate eines Delirs merklich gesenkt werden kann. Die schon von der Vorgängerregierung angebotenen Schulungen mit

dem dort praktizierten Konzept „der alte Mensch im OP“ sollte so lange fortgesetzt werden, bis alle Krankenhäuser in NRW diese Schulung durchlaufen haben.

Ungewollte Überleitung in eine stationäre Einrichtung mit anschließender dauernden Heimunterbringung vermeiden

Die Einführung der Fallpauschalen im Krankenhaus hat zu einer erheblichen Verkürzung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer geführt und hat Auswirkungen auf die Entlassungssituation. Insbesondere für geriatrische Patient*innen führt dies dazu, dass sie nicht nur früher, sondern auch hilfe- und pflegebedürftiger entlassen werden.

So „landen“ zu viele Patient*innen nach einem Krankenhausaufenthalt ungewollt und gegen ihren Willen in der Kurzzeitpflege und anschließend in einer dauernden Heimunterbringung (vgl. KDA). Dies geschieht häufig ohne Überprüfung aller individuellen, psychosozialen und umweltbezogenen Potenziale zur Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung. Seit der Einführung der neuen Vergütungssysteme in deutschen Krankenhäusern haben sich die Entlassungen in stationäre Pflegeheime vervierfacht. Die große Mehrheit der Bevölkerung wünscht ein selbstständiges, mobiles Leben bis ins hohe Alter. Eine ungewollte Überleitung in eine stationäre Einrichtung mit anschließender dauernder Heimunterbringung sollte vermieden werden. Hierzu muss vielerorts noch das Überleitungsmanagement und die trägerübergreifende Kooperation entsprechend verbessert werden.

Mit der Gesundheitsreform von 2007 und 2015 mit dem Präventionsgesetz ist der Rechtsanspruch auf ein Versorgungsmanagement gelegt worden. Dies erfordert auch eine koordinierte und vernetzte Arbeitsweise zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich. Zudem wurde der Grundsatz „Reha vor Pflege“ gestärkt.

Eine Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bzw. eine Reduzierung von Pflegebedürftigkeit führt zu einer Stärkung der Autonomie und Verbesserung der Lebensqualität und senkt die Mortalitätsrate. Bedarfsgerechte Versorgungsangebote können bewirken, ein selbstbestimmtes, aktives Leben möglichst lange aufrechtzuerhalten und den Übergang in Bedarfslagen hinauszuzögern, die intensivere Pflegeleistungen erforderlich machen.

Oberstes Ziel aller Anstrengungen in der geriatrischen Versorgung muss es daher sein, die selbständige Lebensführung des alten Menschen möglichst lange zu erhalten. Hierzu bedarf es der Weiterentwicklung eines in seinen Elementen abgestimmten Versorgungssystems gemäß der gesundheitspolitischen Postulate „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“.

Neue Ansätze der Telematik und Telemedizin sollten da, wo sie den Menschen nutzen eingesetzt werden. Wenn statt der Einweisung ins Krankenhaus die „Tele-VERAH“ mit Ultraschall-Untersuchung in die eigene Wohnung kommt und dann erst von Arzt und Krankenhaus entschieden wird, welche Behandlung notwendig ist, können viele Einweisungen vermieden werden.

Häusliche Prävention und Rehabilitation die telemedizinisch von Arztpraxis oder Rehaklinik begleitet werden könnten für die Menschen, die keine stationären Aufenthalte wollen oder für die es sehr belastend wäre, eine sinnvolle Ergänzung sein. Hier müssen die alten Trennungen von ambulanter, stationärer und häuslicher Versorgung neu geregelt werden.

VI. Der Landtag stellt fest:

- Für die Beurteilung der Pflegequalität müssen die Menschenrechte als Maßstab herangezogen werden. Grundlage hierfür müssen die Artikel der „Pflege-Charta“ und die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention sein.
- Die Arbeitssituation in Pflegeeinrichtungen muss durch zusätzliche Pflegestellen verbessert werden. Hierzu bedarf es auch längerfristiger Maßnahmen zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals, Ausweitung der Ausbildungsplätze und Qualifikationen in den Pflegeberufen. Gleichwohl bedarf es eines Sofortprogramms, um die aktuelle Personalnot in vielen Krankenhäusern wie auch Einrichtungen der Altenpflege abzubauen.
- Es besteht der gesetzliche Auftrag, verbindliche Personaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern zu erarbeiten. Hier sind auch Bund und Land gefordert dies zu begleiten. Ein Ergebnis hier ist ein erster Schritt. Darüber hinaus bedarf es verbindlicher Personalbemessungsinstrumente, die sich am individuellen Pflegebedarf der Patient*innen orientieren. Auf dieser Basis ist ein bedarfsgerechter Pflegeschlüssel zu ermitteln und die Refinanzierung sicherzustellen.
- Für die Langzeitpflege (§ 113c SGB XI) ist erst bis zum 30. Juni 2020 die Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsinstrumentes abzuschließen. Ohne ein umfangreiches Sofortprogramm wird sich die Arbeitssituation in der stationären Pflege bis zur Einführung und Etablierung eines solchen Personalbemessungssystems über einen langen Zeitraum nicht verbessern. Die nun diskutierten zusätzlichen 13.000 Stellen in stationären Einrichtungen reichen bei weitem nicht aus.
- Zudem bedarf es bestimmter Anreize für eine einfachere Rückkehr von Teilzeit in Vollzeit und eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten sowie eine Weiterqualifizierung für Pflegehelfer*innen.
- Die 2014 in NRW eingeführte Möglichkeit zur Aufstellung einer verbindlichen Bedarfsplanung bietet die konkrete Möglichkeit zur Feinsteuerung gebietsbezogener Bedarfe im Quartier. Sie stellt daher ein unverzichtbares Instrument dar, um den mit dem demografischen Wandel einhergehenden Problemen zu begegnen. Daher sollten den Kommunen auch im Rahmen des SGB XI die Möglichkeit zu einer verbindlichen Pflegebedarfsplanung eingeräumt werden.
- 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 sollte vor diesem Hintergrund fortgeführt werden.
- Dem bundesrechtlich verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist auch bei der Planung der pflegerischen Infrastruktur Rechnung zu tragen. 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, durch Landesgesetz davon abweichende Regelungen zu treffen.
- Die Stadtteile und städtischen Quartiere - wie auch die ländlichen Gemeinden -, müssen auf die Bedürfnisse der Menschen ausgerichtet werden, die Unterstützung benötigen. Die ambulante- sowie die Tagespflege und vielerorts auch die Angebote an

Kurzzeitpflege müssen weiter ausgebaut, die Beratungen gesichert und der Bau von barrierefreien Wohnungen vorangetrieben werden – die neue Landesbauordnung [von CDU und FDP] ist dabei ein eklatanter Rückschritt. Zu begrüßen ist es hingegen, dass es der Landesregierung gelungen ist, die Pflegekassen zur Förderung von zusätzlichen Kurzzeitpflegeplätzen zu bewegen.

- Es ist wichtig, den Ausbau von Wohn- und Pflegeformen im Quartier, in denen Unterstützung auch unabhängig vom Einsatz Angehöriger in einer häuslichen Wohnumgebung stattfinden kann, weiter voranzutreiben. Die Landesberatungsstellen für innovative und altersgerechte Wohnformen sollten bereits schon über viele Jahre hinweg erfolgreiche und auch bundesweit anerkannte Arbeit weiter fortsetzen können.
- Die große Mehrheit der Bevölkerung wünscht ein selbstständiges, mobiles Leben bis ins hohe Alter. Eine ungewollte Überleitung in eine nicht integrierte stationäre Einrichtung mit anschließender dauernden Heimunterbringung gilt es daher zu vermeiden.
- Die oft zu frühe Übermittlung von Patient*innen in stationäre Pflegeeinrichtungen soll vermieden werden. Oberstes Ziel muss hier Prävention vor Reha vor Pflege sein.

VII. Der Landtag fordert die Landesregierung auf:

1. Den Ausbau von Wohn- und Pflegeformen im Quartier, in denen Unterstützung auch unabhängig vom Einsatz Angehöriger in einer häuslichen Wohnumgebung stattfinden kann, weiter voranzutreiben und entsprechende Quartierskonzepte zu unterstützen.
2. Sich dafür einzusetzen, dass die ambulante- sowie die Tagespflege und vielerorts auch die Angebote an Kurzzeitpflege ausgebaut, die Beratungen gesichert und der Bau von barrierefreien Wohnungen vorangetrieben werden.
3. Sozialraum- und lebensweltorientierte Angebote zur Gesundheitsförderung ausgebaut werden.
4. Die Landesförderung für Quartiersentwickler*innen in den Kommunen und Kreisen weiterzuführen und ebenso die Bürgerschaftlichen Initiativen im Rahmen der Stärkung Quartiere weiterzuführen und auszuweiten.
5. Die Modernisierung stationärer Pflegeeinrichtungen hin zu überschaubaren Wohnanlagen für ein selbstbestimmtes Wohnen weiterhin im Rahmen des Wohnungsbauförderprogramms zu unterstützen.
6. Die Pauschalen für die Fachseminare der Altenpflege zur Finanzierung für Personal, Ausstattung und Qualifizierung mit dem Haushalt 2019 von 280 auf 500 Euro pro Kopf anzuheben.
7. Ein systematisches Pflegemonitoring einzuführen.
8. Die Kooperation und Verzahnung bestehender Angebote weiter zu befördern mit dem Ziel, den nahtlosen Übergang in die ambulante geriatrische Rehabilitation zu verbessern.
9. Sich dafür einzusetzen, dass die perioperative Versorgung und Pflege in den Krankenhäusern ohne geriatrische Fachabteilung verbessert wird.

- 10 Sich für eine weitere Verbesserung bei der Überleitung vom Krankenhaus in die Häuslichkeit bei einer gewünschten ambulanten und häuslichen Versorgung einzusetzen.

VIII. Der Landtag fordert die Landesregierung darüber hinaus auf, sich gegenüber dem Bund dafür einzusetzen, dass

1. über Sonderprogramme aus Bundesmitteln 25.000 zusätzliche Pflegestellen in Krankenhäusern sowie 25.000 zusätzliche Pflegestellen für Einrichtungen der Altenpflege bereitgestellt werden;
2. Anreize gegeben werden, für eine einfachere Rückkehr von Teilzeit in Vollzeit und verbesserten Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten sowie eine Weiterqualifizierung für Pflegehelfer*innen;
3. verbindliche Personalbemessungsinstrumente für die Pflege im Krankenhaus entwickelt werden, die sich am individuellen Pflegebedarf der Patient*innen orientieren;
4. die Steuerungs- und Planungskompetenz der Kommunen für die regionale Pflegestruktur gestärkt und im SGB XI verankert sowie die Beteiligung von Betroffenen und Verbänden sicherstellt wird;
5. die Auszubildenden insbesondere in der ambulanten Pflege nicht auf die Pflegekräfte in der jeweiligen Einrichtung angerechnet werden, die Ausbildungsträger in der Pflege somit nicht mit einem Wirtschaftlichkeitsanteil belastet werden, wie es derzeit im Pflegeberufegesetz (PfIBG) vorgesehen ist; hierzu muss eine entsprechende Änderung erfolgen;
6. der Anspruch auf ein unabhängiges, individuelles Case Management gesetzlich verankert und ermöglicht wird;
7. Pflegesachleistungen auf Wunsch als persönliches Budget ausgezahlt werden können, dies setzt voraus, dass Träger nach SGB XI auch Rehabilitationsträger werden;
8. ein Förderfonds unter Beteiligung der Pflegeversicherung geschaffen wird, mit dem kommunale Maßnahmen der Pflegestrukturplanung, eine inklusive Bürgerbeteiligung und die Steuerung und Koordinierung von Angeboten gefördert und Beratungsstrukturen für Pflege und Teilhabe eingebunden sind;
9. der Kostenvorbehalt bei Leistungen der Eingliederungshilfe wie auch bei der „Hilfe zur Pflege“ (§ 13 SGB XII) aufgehoben wird;
10. die Refinanzierung der „Quartiersarbeit“ zur Prävention und zur Schaffung von Versorgungssicherheit bei Pflege- und Unterstützungsbedarf wesentlich verbessert wird. Hierzu bietet sich an, dies entsprechend im SGB XI zu verankern;
11. „Regionale Budgets“ erprobt werden können, bei denen die Mittel der verschiedenen Leistungsträger für die Schaffung der Versorgungssicherheit im Quartier durch die Kommune genutzt werden können;

12. die Finanzierungsgrundlage für die Pflege verbessert wird. Hierzu gehört eine Bürgerversicherung für die Pflege, bei der alle Bürgerinnen und Bürger sich nach ihren finanziellen Möglichkeiten beteiligen und alle Einkommensarten berücksichtigt werden und weitere Qualitätssteigerungen aus Haushaltsmitteln des Bundes finanziert werden.

Monika Düker
Arndt Klocke
Verena Schäffer
Josefine Paul
Mehrdad Mostofizadeh

und Fraktion