Landtag
Nordrhein-Westfalen
16. Wahlperiode

Ausschussprotokoll
APr 16/630
29.08.2014

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

53. Sitzung (öffentlich)

29. August 2014

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:00 Uhr bis 14:30 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Stefan Ernst

Verhandlungspunkt:

Hearing zum Bestand und zur Bedarfseinschätzung ambulanter und vollstationärer pflegerischer Versorgungsstrukturen in NRW **3**

Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen (GEPA NRW)

Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 16/3388
Öffentliche Anhörung von Sachverständigen am 12. September 2013
Ausschussprotokoll 16/319

Entwurf einer Verordnung zur Ausführung des Alten- und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen und nach § 92 SGB XI (APG DVO NRW)
Vorlage 16/1795
Öffentliche Anhörung von Sachverständigen am 7. Mai 2014
Ausschussprotokoll 16/539

* * *

Hearing zum Bestand und zur Bedarfseinschätzung ambulanter und vollstationärer pflegerischer Versorgungsstrukturen in NRW

Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen (GEPA NRW)

Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 16/3388
Öffentliche Anhörung von Sachverständigen am 12. September 2013
Ausschussprotokoll 16/319

Entwurf einer Verordnung zur Ausführung des Alten- und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen und nach § 92 SGB XI (APG DVO NRW)
Vorlage 16/1795
Öffentliche Anhörung von Sachverständigen am 7. Mai 2014
Ausschussprotokoll 16/539

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren, wir sind dabei, im nordrhein-westfälischen Landtag das Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen (GEPA NRW) zu beraten. Dieser Prozess dauert verbunden mit der Evaluierung des alten Landespflegegesetzes von 2003 schon fast zwei Jahre. Es hat viele Gespräche und Austausch gegeben. Es bestehen für dieses Gesetzesvorhaben insgesamt vier Gutachten. Wir hatten bereits zwei Anhörungen; diese ist nunmehr die dritte gewissermaßen formale Anhörung zu diesem Gesetzgebungsverfahren.

Es gab viele Gespräche der Fraktionen mit Institutionen, den Wohlfahrtsverbänden, mit Wissenschaftlern, mit vielen Beteiligten auf diesem Feld. Es gab auch viele Diskussionen darüber, dass dieses Gesetzgebungsverfahren allein schon die Umsetzung des Landespflegegesetzes aus dem Jahr 2003, also den Anspruch, 80 % Einzelzimmer ab 2018 vorzuhalten, zu einem Versorgungsnotstand in der pflegerischen Versorgung des Landes führen würde. Insbesondere dieser Impuls, der mittlerweile im Landespflegeausschuss zum Teil revidiert worden ist, hat die Obleute des Ausschusses einvernehmlich dazu geführt, sich über die Frage der Bedarfseinschätzung ambulanter und stationärer pflegerischer Versorgung in Nordrhein-Westfalen noch einmal ein gesondertes Bild zu machen. Dieses Bild wollen wir heute abrunden.

Deswegen bin ich der Präsidentin sehr dankbar, dass sie ein anderes Format zugelassen hat. Bei Anhörung ist es an sich so, dass die Damen und Herren Abgeordneten Fragen an die Sachverständigen stellen. Heute ist das anders. Es ist ausdrücklich erwünscht, dass auch die eingeladenen Sachverständigen in einen Austausch untereinander eintreten. Ich glaube, das gehört zur Abrundung des Bildes, von der

sich der Ausschuss neue Erkenntnisse auf der letzten Strecke des Gesetzgebungsverfahrens erhofft.

Ich bin Ihnen dankbar, dass Sie alle gekommen sind. Wir haben über den Kreis der Sachverständigen insbesondere auch die ehemaligen Mitglieder der Enquetekommission Pflege in NRW eingeladen. All denjenigen, die nicht als Sachverständige in dem strukturierten Ablauf mit Beiträgen vorgesehen sind, sage ich: Es ist erwünscht, sich auch zu Wort zu melden.

Wir haben einen engen Zeitplan. Meine erste Aufgabe ist es, ihn einzuhalten. Ich will mich bemühen. Wir haben aber auch insofern ein anderes Format, als dass ich nicht als Ausschussvorsitzender die gesamte Veranstaltung leite, sondern gewissermaßen durch einen Moderator unterstützt werde. Wir haben uns im Kreis der Obleute einvernehmlich darauf geeinigt, dass Herrmann-Josef Arentz ein geeigneter Moderator für dieses Feld ist. Er ist ehemaliger Landtagskollege und in seiner Tätigkeit danach dem Thema Pflege und der gesundheitlichen Versorgung treu geblieben. Ich bin sehr froh, Herrmann-Josef Arentz, dass du diese Aufgabe übernommen hast.

Des Weiteren darf ich neben den Abgeordneten und den Sachverständigen zunächst einmal wie üblich die Vertreter der Landesregierung begrüßen. Ich freue mich ganz besonders darüber, dass Frau Ministerin Steffens und Frau Staatssekretärin Hoffmann-Badache heute anwesend sind. Frau Ministerin, Sie können gerne das Wort ergreifen, denn ich habe ja schon in meiner Einleitung gesagt, dass die Mitglieder der ehemaligen Enquetekommission ausdrücklich eingeladen sind, an diesem Diskurs teilzunehmen. Sie waren ebenfalls Mitglieder dieser Kommission.

Ich darf ganz besonders Rudolf Henke begrüßen; damit will ich es dann aber auch bei der namentlichen Begrüßung belassen. Ich begrüße ihn deswegen, weil ich ihm die Glückwünsche wohl des gesamten Auditoriums für seine doch sehr überzeugende Wiederwahl als Kammerpräsident überbringen möchte. Lieber Rudolf Henke, Glückwunsch zu dieser Wahl und herzlichen Dank für die Teilnahme hier. Das verbinde ich auch mit dem Wunsch und der Hoffnung, dass die gute Zusammenarbeit zwischen dem Parlament und dem Ausschuss im Besonderen mit den Ärztekammern und der Ärztekammer Nordrhein durch Ihre Wiederwahl weiterhin auf einem guten Weg ist.

Mir ist es zum Abschluss doch noch wichtig, darauf hinzuweisen, dass wir Geburtstagskinder unter uns haben. Ich weiß nicht von allen, aber doch von einem. Heute hat Frau Fuchs Geburtstag, unsere Ausschussassistentin. Sie feiert heute ihren 34. Geburtstag. Herzlichen Glückwunsch, liebe Frau Fuchs!

(Allgemeiner Beifall)

Ich habe mir erlaubt, ihr als Ausschussvorsitzender ein kleines Präsent zu überreichen. Wir alle können ihr noch ein gutes Präsent insofern machen, dass wir den Zeitplan exakt einhalten, damit sie heute noch Gelegenheit hat, etwas anderes zu tun, als nur im nordrhein-westfälischen Landtag zu sein, an ihrem Geburtstag.

Ich übergebe jetzt an Herrmann-Josef Arentz. Bitte schön, Herr Kollege.

(Allgemeiner Beifall)

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich will eigentlich nur noch kurz etwas zum Verfahren sagen.

(Es folgen organisatorische Hinweise).

Die ersten beiden Redner, Frau Prof. Schaeffer und Herr Dr. Wingenfeld, werden nacheinander ein gemeinsames Referat halten. Ich darf zunächst Frau Prof. Schaeffer ans Rednerpult bitten.

I. Bedarf an häuslicher, ambulanter und umfassender pflegerischer Versorgung

a) Input auf der Grundlage des SVR-Gutachtens „Bedarfsgerechte Versorgungsperspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ Kapitel 8 http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=2

Prof. Dr. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld) (Stellungnahme 16/1982): Vielen herzlichen Dank für die Einladung. Sehr geehrte Damen und Herren! Sehr geehrte Frau Ministerin! Wir freuen uns sehr, dass wir dazu eingeladen worden sind, einen Teil aus dem neuen Gutachten des Sachverständigenrates, das vor wenigen Wochen erschienen ist, vorzustellen. Dieses Gutachten beschäftigt sich mit dem Thema „regionaldifferenzierte Versorgung“; so könnte man es zusammenfassen. Es geht speziell um das Thema „Bedarfsgerechtigkeit in ländlichen Regionen“.

Wir werden uns nur auf einen Teil des Gutachtens beziehen. Das Gutachten ist opulent; es umfasst 600 Seiten. Wir werden uns nur auf den Pflegeteil und auch darin nur auf die Passagen beschränken, in denen es um die Bedarfsgerechtigkeit und die Bedarfsentwicklung in der pflegerischen Versorgung geht. Ich möchte zuvor anmerken, dass wir uns auf zwei Bereiche konzentrieren werden, also viele Aspekte ausblenden, nämlich auf die stationäre Langzeitversorgung, zu der Klaus Wingenfeld gleich vortragen wird. Ich gehe auf die ambulante Pflege ein.

Dieses Gutachten des Sachverständigenrates knüpft an ein altes Gutachten von 2009 an, in dem es um den demografischen Wandel und seine Konsequenzen für die Versorgung geht. In diesem Gutachten – es ist mir wichtig, das vorab festzuhalten – wurde genauso, wie wir es damals für den Bericht der Enquetekommission gemacht hatten, noch einmal neu gerechnet. Das wichtigste Ergebnis möchte ich kurz in Erinnerung rufen, damit wir es bei den vielen kleinteiligen Zahlen, mit denen wir uns heute sicherlich noch beschäftigen werden, nicht vergessen: Wir haben einer Verdopplung des Pflegebedarfs bis zum Jahr 2050 entgegenzusehen. Wir liegen heute bundesweit bei ungefähr 2,55 Millionen. Bis 2050 werden wir nach den Prognosen dieses Gutachtens, die durch andere Expertisen bestätigt wurden, ungefähr bei 4,5 Millionen sein. Diese große Linie müssen wir weiterhin vor Augen haben, weil das schlicht und ergreifend bedeutet: Egal, was wir tun, wir brauchen Kapazitätsausbauten in der pflegerischen Versorgung. Wir meinen das in allen Bereichen.

Bevor ich das Wort an Klaus Wingenfeld übergebe, ist mir noch ein weiterer Punkt wichtig: Unsere Reihenfolge ist kein politisches Programm. Das möchte ich explizit sagen, auch wenn wir stationär anfangen. Wir alle sind natürlich der Meinung und haben das im Gutachten auch sehr deutlich gemacht, dass die Versorgung vorrangig ambulant erfolgen soll, dass sie vorrangig dem Ziel der Autonomieerhaltung dienen sollte und dass sie in Zukunft überwiegen kommunal gestaltet werden muss. Das war ja der Sinn des Gutachtens. Was das für die stationäre Versorgung bedeutet, wird jetzt Klaus Wingenfeld vortragen.

Dr. Klaus Wingenfeld (Universität Bielefeld) (Stellungnahme 16/1982): Danke schön. Herr Garbrecht! Frau Ministerin! Meine Damen und Herren!

(Präsentation: Entwicklungstrends der pflegerischen Versorgung. Analysen auf der Grundlage des SVR-Gutachtens „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“, Stellungnahme 16/2039)

Ich möchte erst einmal die stationäre Versorgung aufgreifen und Ihnen einige Zahlen sowie Bewertungen zur Interpretation dieser Zahlen vorstellen.

(Folie: „Entwicklung der stationären Langzeitpflege in NRW [nur vollstationär]“)

Bei den Zahlen zu den Einrichtungen, den Kapazitäten und zur Entwicklung der Bewohner sehen wir überall – das ist wirklich nicht erstaunlich; das kennen wir alle – sehr hohe Steigerungsraten. Die Zahl der Einrichtungen ist um 25 % gestiegen. Die Platzzahl ist etwas geringer gestiegen. Bei den Bewohnerzahlen haben wir eine Steigerung um 20 % in den Jahren von 1999 bis 2011.

Auf diese Zahlen beziehe ich mich im Folgenden. Es handelt sich um die Zahlen aus den Pflegestatistiken, die bislang vorliegen. Wir benutzen immer eine einheitliche Datengrundlage, weil wir immer abweichende Zahlen je nach Datenquelle haben. Das möchte ich nur kurz zu Beginn erläutern.

(Folie: „Entwicklung der stationären Langzeitpflege in NRW: Anzahl der Bewohner am Jahresende“)

Die Zahl der vollstationär versorgten Bewohner in diesem Bereich zeigt eine sehr gleichmäßige, eine lineare Entwicklung von 128.000 bis hin zu über 150.000 im Jahr 2011.

(Folie: „Pflegestatistik = Stichtagsdaten“)

Bei diesen Zahlen – das gilt auch für die Bedarfsdiskussion – ist es immer sehr wichtig, sich klarzumachen: Was bedeutet das? Es bedeutet nicht, dass wir im Jahr 2011 150.000 Heimbewohner versorgt haben, sondern dass am Ende des Jahres 2011 über 150.000 Einwohner in den Einrichtungen lebten. Wir haben eigentlich gar keine verlässlichen Zahlen, weil wir keine genauen Daten über die Sterblichkeit, über die Fluktuation in den Einrichtungen haben. Wir können die Sterblichkeit aufgrund einiger Forschungsvorhaben schätzen: Auf 100 Plätze in den Einrichtungen entfallen et-

wa 30 bis 35 Verstorbene. Damit kämen wir zu einer Zahl von 180.000 bis 190.000 vollstationär versorgten Pflegebedürftigen im Jahr 2011.

(Folie: „Altenbevölkerung, Pflegebedürftige und Bewohnerzahlen: Entwicklung von 1999 bis 2011“)

Um diese Zahlen besser bewerten zu können, ist es eben auch wichtig, sie in Beziehung zur Entwicklung der Bevölkerung in höherem Alter zu setzen. Das möchte ich auch in Bezug auf den Bund tun. Wir operieren in unserem Vortrag mit dem Blick auf die Einwohner ab einem Alter von 75 Jahren; sie benutzen wir als Bezugspunkt. Wir haben in Nordrhein-Westfalen in dieser Altersgruppe im genannten Zeitraum eine Steigerung um 33 %. Das ist leicht mehr als im Bundesdurchschnitt; dort liegt die Steigerung bei 32,4 %. Die Anzahl der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI ist im gleichen Zeitraum in Nordrhein-Westfalen um 17,6 % gewachsen. Sie liegt unter der Steigerungsrate in dieser Altersgruppe der über 75-Jährigen und unter der Steigerungsrate im Bund.

Wenn wir die absolute Zahl der pflegebedürftigen Menschen zur Zahl der Einwohner im Alter ab 75 Jahren in Beziehung setzen, kommen wir zu dem, wie ich finde, interessanten Ergebnis, dass wir eigentlich einen rückläufigen Anteil in dieser Altersgruppe in Nordrhein-Westfalen haben: Die Anzahl der Pflegebedürftigen je 100 Personen ab 75 Jahren sank in Nordrhein-Westfalen. Das war auch im Bundesgebiet der Fall, wenn auch deutlich weniger stark als in Nordrhein-Westfalen. Die Entwicklung der Zahlen ist ein bisschen widersprüchlich: Wir haben steigende absolute Zahlen. Setzt man die Zahlen aber in Beziehung zur alten Bevölkerung, haben wir – altersbereinigt – eine stabile Bedarfssituation.

Übertragen wir das Ganze auf die Anzahl der Heimbewohner: Wir haben in Nordrhein-Westfalen eine Steigerungsrate im genannten Zeitraum um 20 %, im Bund waren es 30 %. Ich wäre vorsichtig, daraus inhaltliche Schlussfolgerungen zu ziehen, weil wir in den neuen Bundesländern exorbitante Steigerungsraten haben, die den Bundesdurchschnitt natürlich beeinflussen.

Wichtiger finde ich eine Kennzahl, in der wir die Beziehung betrachten, nämlich die Anzahl der Heimbewohner im Vergleich zur Altersgruppe der Ab-75-Jährigen. Wir sehen in Nordrhein-Westfalen einen Rückgang dieser Verhältniszahl um ungefähr 10 %. Auch im Bund haben wir einen Rückgang dieser Verhältniszahl, nämlich um ungefähr 5 %. In Nordrhein-Westfalen ist der Rückgang also deutlich stärker ausgeprägt.

(Folie: „Entwicklung der Bewohnerzahlen in NRW [1999 = 100%]“)

Das Ganze können wir uns auch grafisch anschauen, wenn wir den Stand von 1999 als 100 % annehmen. Die oberste Gerade zeigt die Entwicklung der Bevölkerung ab 75 Jahren. Da haben wir eine Steigerung um mehr als 30 %. Die Zahl der Bewohner ist etwas niedriger angestiegen als die Zahl dieser Bevölkerungsgruppe. Setzt man beide in Beziehung, können wir sehen: In der Zeit zwischen 1999 und 2011 ist – gemessen an der Bedeutung dieser Altersgruppe – die Heimnutzung in Nordrhein-Westfalen etwas gesunken.

(Folie: „Heimbewohner je 100 Personen ab 75 Jahren in den Regionen um Dortmund“)

Diese Entwicklung sieht im Verlauf der Jahre sehr linear aus. Interessant ist es allerdings, wenn wir uns die kleinräumige Entwicklung anschauen, denn dabei zerfließt dieses gleichmäßige Bild. Ich habe die Region um Dortmund als Beispiel herausgegriffen. Dort haben wir ganz unterschiedliche Tendenzen in benachbarten Kommunen bzw. Regionen. Wir haben zum Beispiel im Fall der Stadt Bochum – gemessen an der Verhältniszahl – einen Rückgang der Heimnutzung. Nebenan in Dortmund haben wir allerdings eine leichte Zunahme der Heimnutzung. Der benachbarte Ennepe-Ruhr-Kreis startete mit einem relativ hohen Niveau bei 11,2 Heimbewohnern je 100 Personen ab 75 Jahren. Dort haben wir einen Rückgang der Kapazitäten zu berücksichtigen. Das unterstreicht, wie wichtig es ist, die regionale Betrachtung bei Bedarfsüberlegungen einzubeziehen. Im Bundes- und im Landesdurchschnitt haben wir relativ eindeutige Tendenzen, aber in den einzelnen Regionen kann das völlig anders aussehen. Deshalb gibt es auch – das ist ein kleiner Hinweis aus meiner Sicht – gar keine Alternative dazu, Fragen der Bedarfsentwicklung wirklich kleinräumig auf kommunaler Ebene zu betrachten und zu bewerten.

(Folie: „Entwicklung der Bewohnerstruktur“)

Schauen wir uns die qualitative Entwicklung der Bewohnerstruktur an; die meisten von Ihnen kennen diese Entwicklungstendenz: Wir haben einen hohen Anteil von Bewohnern mit kognitiven Beeinträchtigungen. Wenn man strenge Kriterien anlegt, handelt es sich im Durchschnitt um inzwischen 75 %. Ich stütze mich dabei auf Daten aus ungefähr 200 Einrichtungen, die in unseren Projekten arbeiten. Wir haben einen hohen Anteil von Bewohnern mit Verhaltensweisen und psychischen Belastungen, die einen Hilfebedarf auslösen. Das hängt natürlich mit dem ersten Punkt zusammen: Wir haben seit vielen Jahren eine Bewohnerstruktur, die durch Multimorbidität gekennzeichnet ist, insgesamt Bewohner mit einem komplexen Pflegebedarf. Charakteristisch für Heimbewohner ist ein hoher Anteil mit nächtlichem Hilfebedarf. Im Laufe der Jahre sehen wir eine sinkende Verweilzeit und eine relativ hohe Sterblichkeit, besonders unter den neueinziehenden Bewohnern.

Das sind Tendenzen, die sich fortsetzen werden, wobei es sich auch hier lohnt, sich das einmal genauer anzuschauen. In der Diskussion um Kapazitäten und Bedarf vermischen wir oft die vollstationäre und die Kurzzeitpflege. Es ist mir wichtig zu sagen: In der Kurzzeitpflege haben wir eine sehr dynamische Entwicklung, zu der wir keine verlässlichen Informationen haben. Gerade, was die Sterblichkeit angeht, hat sie in der Kurzzeitpflege vermutlich viel stärker zugenommen als in der vollstationären Pflege. Verlässliche Zahlen gibt es dazu aber leider nicht.

(Folie: „Merkmale der Heimversorgung“)

Es handelt sich also um einen sehr komplexen Bedarf. Deshalb ist es ebenso wichtig, sich in dieser Bedarfsdiskussion klarzumachen: Was sind denn die Merkmale der Heimversorgung, die auf diese Bedarfskonstellation zugeschnitten sind? Das ist zum einen die ständige Präsenz von Fachkräften, auch während der Nacht. Zum anderen ist es generell die Sicherstellung der nächtlichen Versorgung. Im Heim haben wir ei-

ne Integration unterschiedlicher Leistungen; sie gelingt manchmal besser, manchmal schlechter. Jedenfalls ist es ein Erfordernis – gerade im Hinblick auf die Multimorbidität der Bewohner. Wir haben die Vernetzung mit anderen Hilfen, speziell bei den Hospizdiensten, der Palliativversorgung. Sie werden in den Heimen zunehmend wichtiger. Wir haben auch Gemeinschafts- bzw. Gruppenangebote, die ebenfalls für das Heimleben typisch sind.

Ich betone das deshalb, weil wir in der Diskussion um Bedarfsfragen manchmal die klassische Organisation der Heime vor Augen haben. Das muss aber nicht immer so sein. Es gibt verschiedene Organisationsformen und auch bauliche Konstruktionen, in denen diese Art der Versorgung umgesetzt werden kann. Ich finde es in der Bedarfsdiskussion wichtig, dass man die inhaltlichen Anforderungen an die Versorgungskapazitäten stärker bestimmt, beispielsweise eben die Kontinuität in der nächtlichen Versorgung oder die Kontinuität der Versorgung durch Fachkräfte. Das kann man sich wiederum in unterschiedlichsten Organisationsformen vorstellen.

(Folie: „Fazit stationäre Langzeitpflege in NRW“)

Ein kurzes Fazit zur stationären Langzeitpflege: Wir haben einen deutlichen Anstieg der Nutzerzahlen, wenn wir es in Form von absoluten Zahlen betrachten. Wenn wir eine altersstandardisierte Betrachtung vornehmen, haben wir eine eher stabile Nachfrage nach der Heimversorgung in den einzelnen Altersgruppen.

Uns ist besonders wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung diese spezifischen Bedarfslagen der stark pflegebedürftigen Menschen in den Heimen berücksichtigen muss. Gleichzeitig ist eine qualitative Weiterentwicklung dringend erforderlich, um diesen speziellen Bedarfslagen sterbender Heimbewohner bzw. Bewohner mit komplexem Bedarf und gleichzeitig psychischer und körperlicher Beeinträchtigung gerecht zu werden.

Zum Schluss möchte ich noch einmal betonen: Die Bedarfssituation kann im Grunde genommen verlässlich nur auf einer kleinräumigen Ebene beurteilt werden. Hier sollten in Fortsetzung der Entwicklung, die wir in Nordrhein-Westfalen haben, im Rahmen der kommunalen Planung wirklich eine differenzierte Betrachtung erfolgen und auch die kommunale Kompetenz, die Möglichkeit, das kommunale Potenzial zur Planung, weiter gestärkt werden. – Soweit zum Thema stationäre Langzeitpflege. Damit übergebe ich an die Kollegin.

Prof. Dr. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld): Wir setzen mit der ambulanten Pflege fort.

> (Fortsetzung der Präsentation: Entwicklungstrends der pflegerischen Versorgung. Analysen auf der Grundlage des SVR-Gutachtens „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“, Stellungnahme 16/2039)

Sie haben schon die Tendenzen gesehen, die Klaus Wingenfeld aufgezeigt hat. Wir haben sie eigentlich schon damals im Enquetebericht gezeigt; sie haben sich weiter zugespitzt. Ich komme eher aus der qualitativen Ecke – nicht, was den Zugriff der Forschung betrifft, sondern die Beurteilung von Situationen. Eines der wesentlichen

Merkmale ist, dass es gleichzeitig eine Verlagerung des Bedarfs gibt, über die wir uns nach wie vor Gedanken machen müssen. Das hatten wir damals schon im Enquetebericht begonnen.

(Folie: „Entwicklung der ambulanten Pflege in NRW“)

Ähnliches können wir für die ambulante Pflege sagen. Auch hier ist eine qualitative Weiterentwicklung nötig. Wir haben nicht nur eine quantitative Zunahme des Bedarfs, sondern auch hier Bedarfsveränderungen. Zunächst zur Entwicklung in der ambulanten Pflege. Sie sehen bei den Zahlen eine bundes- und landesweite Zunahme an Pflegediensten. Bundesweit haben wir eine Zunahme von 14,5 %; bei den Diensten in Nordrhein-Westfalen liegt der Wert bei 4,7 %. Die Zahl der Nutzer pro Dienst hat unverhältnismäßig stärker bzw. in einem weitaus höheren Umfang zugenommen als die Zahl der Dienste. Auch insgesamt hat die Zahl der Nutzer zugenommen, wie man sieht um 30 %; das ist mehr als in der stationären Langzeitversorgung. Man könnte es vielleicht so interpretieren, dass man bereits Effekte der Ambulantisierung sieht, dass die Menschen also später ins Heim gehen und überwiegend ambulant versorgt werden möchten.

(Folie: „Pflege ohne Unterstützung von Diensten“ sowie
„Komplementäre Leistungen“)

Auf dieser Folie haben wir Zahlen aus den anderen Bereichen zusammengestellt. Bei der Pflege ohne Unterstützung handelt es sich um die Pflege durch die Familie und pflegende Angehörige, Wahlverwandte usw. Auch hier sehen Sie eine Zunahme von 11,8 %. Das ist natürlich nach wie vor wichtig. Überraschend und wichtig sind aber die komplementären Dienste, die Entwicklung der Tagespflege und der Kurzzeitpflege. Hier haben wir in den letzten Jahren eine sehr dynamische Entwicklung, wie die Zunahme der Nutzerzahlen zeigt. Um die müssen wir uns sicherlich genauer kümmern. Wir werden heute nicht darauf eingehen, aber es wäre für sich genommen ein wichtiges Thema, weil wir hier gleichzeitig etwas haben – ich möchte es vorsichtig sagen – wie die fragwürdige Nutzung bzw. die Nutzungszuweisung.

(Folie: „Ambulante Pflege in NRW:
Nutzer von Sach- und Kombinationsleistungen“)

Dass die Kombinationsleistungen zunehmen, wissen wir. Das übt natürlich einen Druck auf die ambulante Pflege aus.

(Folie: „Altenbevölkerung, Pflegebedürftige und ambulante Pflege:
Veränderungen zwischen 1999 und 2011“)

Diese Folie zeigt die Bevölkerungsentwicklung. Sie ist ähnlich wie bei der stationären Langzeitversorgung. Auf der einen Seite ist der Zuwachs an Pflegebedürftigen je 100 Personen ab 75 Jahren in Nordrhein-Westfalen weniger brisant als bundesweit. Auf der anderen Seite hat die absolute Zahl der Nutzer in der ambulanten Pflege zwar stark zugenommen, aber die Zahl der Nutzer ab 75 Jahren hat nicht so stark zugenommen. Das interpretiere ich als Effekt des Zugewinns an Lebensjahren.

(Folie: „Entwicklung der Nutzerzahlen in der ambulanten Pflege [NRW, 1999 =100%]“)

Hier sehen Sie die Nutzerzahlen noch einmal insgesamt. Ich glaube, die Folie spricht für sich.

(Folie: „Zwischenfazit: Ambulante Pflege in NRW“)

Welche Konsequenzen erwachsen daraus? Wir haben natürlich einen starken Anstieg der Nutzer in absoluten Zahlen. Bei einer altersstandardisierten Betrachtung zeigen wir, dass die Nachfragesituation durch eine relative Stabilität gekennzeichnet ist, ähnlich wie im Heimbereich. Aber ich möchte im Weiteren darüber sprechen, dass wir wachsende Anforderungen an die Leistungsfähigkeit und die qualitative Weiterentwicklung der Dienste haben.

(Folie: „Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung“)

Bevor ich darauf eingehe, möchte ich betonen: Insgesamt haben wir eine interessante und beachtenswerte mengenmäßige Entwicklung. Die Zahlen zeigen, welche Herausforderung generell in der pflegerischen Versorgung besteht. Ich habe sie Ihnen noch einmal aufgelistet. Mit all diesen Punkten setzt sich das Gutachten auseinander. Aus Zeitgründen beschränken wir uns auf die zwei Punkte, die ich eingangs erwähnt hatte. Ich beschränke mich auf die ambulante Pflege.

(Folie: „Weiterentwicklung der ambulanten Pflege“)

Hier haben wir Herausforderungen zu bewältigen, die wir im Wesentlichen schon im Bericht der Enquetekommission festgehalten haben. Gleichwohl gibt es leichte Verschiebungen, über die ich sprechen möchte. Eine besteht darin, dass das, was wir damals angedeutet hatten, sich heute bewahrheitet: Wir haben nicht nur eine quantitative Veränderung des Bedarfs, sondern eine qualitative. Wir haben es nämlich nicht nur in der stationären Langzeitversorgung, sondern auch in der ambulanten Pflege mit einem zunehmend komplexen Bedarf zu tun. In der ambulanten Pflege ist er etwas anders gelagert. Die Komplexität des Bedarfs hat schlicht und ergreifend mit der demografischen Entwicklung zu tun, sodass wir es in beiden Bereichen zunehmend mit Chronizität, mit Multimorbidität und mehrfachen Funktionseinschränkungen zu tun haben.

Wir müssen in beiden Bereichen der Versorgung darauf reagieren, in der stationären Langzeitversorgung eben anders als in der ambulanten Pflege. Aber für die ambulante Pflege bedeutet das etwas, was wir schon damals im Bericht der Enquetekommission gesagt hatten: Es ist nach wie vor eine Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege gefordert, um den unterschiedlichen Bedarfslagen in diesem Bereich gerecht zu werden.

Als zwei Stichworte möchte ich zum einen nur den demografischen Wandel nennen, der sich auch hier auswirkt. Zum anderen haben die Menschen mit den Füßen abgestimmt; wir haben es gehört: Sie gehen später ins Heim. Auch das hat Auswirkung auf die ambulante Pflege. Das Bedarfsspektrum ist breiter geworden. Man könnte sagen: bunter, aber ich glaube, das wäre in diesem Zusammenhang nicht der richtige Begriff. Es ist vielfältiger und facettenreicher geworden. Auf der anderen Seite

haben die Krankenhausverweildauerkürzungen zugenommen. Auch das hat sich – wenn auch nicht so massiv, wie wir vermutet haben – auf die ambulante Pflege ausgewirkt.

Ausgewirkt hat sich sicherlich auch, dass beim Wohnen und beim betreuten Wohnen viel passiert, weil das natürlich einen Verbleib in der häuslichen Versorgung ermöglicht. Hier zeigen uns die Untersuchungen, die seither durchgeführt worden sind, ganz klar die Präferenzen der Nutzer: Sie möchten zu Hause bleiben und dort versorgt werden, solange es eben irgend geht.

Gleichzeitig gibt es einen Zuwachs an technischen Optionen; das haben wir damals vermutet. Heute zeigt sich, dass das Zuhause zu einem zunehmend wichtigen Gesundheitsstandort geworden ist, an dem viele Problemlagen abgedeckt werden könnten. Sie werden es in der Versorgungsrealität in Deutschland nicht immer finden; das hat unterschiedliche Gründe.

Weiterentwicklungsanforderungen zeigen sich aus unserer Sicht dergestalt, dass ambulante Versorgung stärker von den Erfordernissen in der Häuslichkeit konzipiert werden muss. Natürlich gilt das auch für den spezifischen Bedarf der Nutzer; das ist für uns selbstredend. Das heißt, die Häuslichkeit müssen wir zum Ausgangspunkt unserer Überlegungen machen und nicht die Struktur des Versorgungssystems, die Leistungspakete, die wir bis jetzt haben usw. Bedarf und ambulante Pflege müssen wir von da aus konzipieren. Das hört sich vielleicht lapidar an. Wenn man sich auf diese Perspektive einlässt, ist sie aber ziemlich weitgreifend.

Ich hatte bereits gesagt, dass wir eine weitere Ausdifferenzierung der Leistungsprofile brauchen. Wir hatten damals im Bericht der Enquetekommission geschrieben, dass die Problemlagen von Kindern nicht mit dem Leistungsangebot der ambulanten Pflege kompatibel sind, wie wir es haben. Auch Sterbende und Demenzkranke – das ist inzwischen durch; ich komme gleich darauf zurück – treffen auf Probleme. Menschen mit Behinderung haben Schwierigkeiten. Schwule und Lesben haben Schwierigkeiten. Das gilt ebenso für Menschen mit technikintensivem Pflegebedarf.

Das Bild ist im Wesentlichen bestehen geblieben, aber – das ist die gute Nachricht – es gibt ganz bestimmt Bewegung bei der Demenz, wenn wir viele Vorlagen, die sich in der politischen Diskussion befinden, endlich in Gesetze gießen. Dann hätten wir hier einen großen Progress – Stichwort: neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff NBA. Aber die Problemlagen dieser Menschen sind in den Blick geraten. Wir haben einen Progress bei der Versorgung Sterbender; das ist ganz klar. Aber auch da ist das Bild heterogen und regional unterschiedlich. Bei vielen der anderen Patienten- bzw. Populationsgruppen, die ich genannt habe, haben wir keinen wirklichen Progress. Das heißt, in diesen Bereichen müssen wir uns noch bewegen.

Eine Gruppe, die natürlich sehr wichtig ist, hatte ich vorhin vergessen: Das sind die Alleinlebenden, von denen wir wissen, dass sie aufgrund der gesellschaftlichen Veränderung, also der Singularisierung, natürlich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten eine wesentlich stärkere Rolle spielen werden.

Das allein zeigt, dass wir nach wie vor eine Ausdifferenzierung des Leistungsprofils benötigen – allein, wenn wir auf die Populationsgruppen schauen. Wir benötigen es

auch mit Blick auf das Spektrum an Pflegestrategien, das ambulant möglich wäre, das wir bislang nicht ausschöpfen. Die Stichworte lauten hier: präventive Pflegestrategien und rehabilitative Pflegestrategien. Ich glaube, dort üben wir noch sehr stark, sei es auf wissenschaftlicher Ebene, aber auch in der Praxis. Natürlich stehen der Umsetzung in der Praxis auch Hindernisse entgegen, aber wir werden uns hier auch weiterhin Gedanken machen müssen, wie wir solche Strategien besser in die Praxis Einkehr halten lassen können, um damit der Ausdifferenzierung gerecht zu werden.

Wir werden noch mehr klinische Strategien oder klinische Expertise in der ambulanten Pflege benötigen. Das meint noch einmal die technikintensive Pflege und die Kürzung der Verweildauer im Krankenhaus. Bislang fangen das alles die Familien ab. Unserer Einschätzung nach wird das zukünftig an Grenzen stoßen. Wenn wir „ambulant vor stationär“ ernst meinen, wenn wir die Ambulantisierung in anderer Form ernst meinen, heißt das nicht nur, dass wir mehr Betreuungsleistung zur Verfügung stellen. Wir müssen auch die andere Seite betrachten und uns bewegen. Dort ist in den vergangenen Jahren etwas passiert, wie man erkennt, wenn man etwas genauer hinschaut – Stichwort: Heimbeatmung. Hier stehen aber noch sehr viele Herausforderungen an.

Das heißt gleichzeitig aber auch, dass wir einen anderen Qualifikationsmix in der ambulanten Pflege benötigen. Wir sind in Nordrhein-Westfalen auf dem Weg dahin, dem zu entsprechen – Stichwort: Bachelorstudiengänge. Wir werden auch wirtschaftliche Expertise oder akademisch qualifizierte Fachkräfte in der ambulanten Pflege benötigen, und zwar direkt in der Patientenversorgung und nicht nur auf der Leitungsebene. Wir sind auf dem Weg dahin. Wir müssen diesen anderen Qualifikationsmix in der Praxis aber noch stärker zur Realität verhelfen.

Das hat Konsequenzen – wir wissen es alle; wir haben vor wenigen Wochen in diesem Raum darüber diskutiert – für die Kooperation der Gesundheitsprofessionen untereinander – Stichwort: speziell die Kooperation von Medizin und Pflege. Wir wissen, dass wir zu anderen Modellen kommen müssen. Andere Länder zeigen es uns längst. Wir haben uns gesetzlich bewegt. Die Umsetzung hakt sehr – Stichwort § 63c. Wir haben viel zu komplizierte Umsetzungsmodalitäten geschaffen, die wenig Bewegungsmöglichkeiten erlauben. Hier muss noch etwas geschehen, wenn wir nicht hoffnungslos den Anschluss verlieren und überhaupt eine andere Praxis ermöglichen wollen.

Ein anderes wichtiges Thema: Wir müssen natürlich die Kooperation mit den Angehörigen neu gestalten. Sie sind nach wie vor diejenigen, die die Hauptlast der Pflege tragen und die Versorgung primär sicherstellen. Wir kennen die Zahlen, mit denen wir uns ebenfalls schon damals in der Enquetekommission auseinandergesetzt haben; Rothgang hatte sie damals schon prognostiziert – Stichwort: Altersstruktureffekt. Wir wissen, dass die demografische Alterung auch die Angehörigen erreichen wird und dass das informelle Hilfepotenzial, das heute noch sehr opulent dasteht, künftig erodieren, also labiler werden wird. Wir müssen uns darauf natürlich einrichten. Wir brauchen also neue gemischte Pflegearrangements. Wir müssen auch das Thema „Ressourcen- und Kompetenzförderung pflegender Angehöriger“ als Aufgabe der

Pflege sehr ernst nehmen. Mit anderen Worten: Die Pflege wird auch ganz neue Aufgaben bekommen.

Neue Herausforderungen stellen sich auch bei der Organisation der Dienste, natürlich auf der Ebene der Arbeitsorganisation. Ausdifferenzierung heißt auch, dass wir neue arbeitsorganisatorische Modelle brauchen. Wir brauchen etwas, was wir bislang nur bei den Pflegestützpunkten eingeführt haben, nämlich das Case-Management. Wir brauchen es hier in Gestalt von Primary-Nursing im Sinne der Arbeitsorganisation, aber auch der Patientensteuerung, also als Mix. Das zeigen uns im Übrigen auch internationale Vorbilder. Wir müssen anfangen, über die Betriebsorganisation und die Betriebsgröße nachzudenken. In Deutschland setzen wir sehr stark darauf, dass wir relativ kleine Pflegedienste haben. Ich nenne ein Beispiel aus Kanada, wo wir uns in den letzten Jahren um- und uns ländliche Versorgungsmodelle angeschaut haben: Dort haben wir Pflegedienste mit einer Größe von 10.000 Mitarbeitern. Ich möchte nicht sagen, dass das für uns erstrebenswert wäre; es wäre sicherlich auch gar nicht machbar. Aber die Größe ist sehr viel opulenter als in Deutschland. Man kann sagen: Das ist doch nicht gut. – Es ermöglicht aber mit Blick auf die Ausdifferenzierung Formen von Flexibilität, die unsere Dienste oft vermissen lassen. Wir werden uns darüber Gedanken machen, wie wir das hinbekommen. Denn nicht jeder Dienst kann alle Ausdifferenzierungen parat halten.

Das lässt sich freilich vielleicht auch durch die Integration, Vernetzung sowie Verbund- und Netzwerkbildung erreichen. Die brauchen wir auf jeden Fall – speziell für strukturschwache Regionen, in denen Dienste nicht alles vorhalten können. Dort müssen wir neu über Formen der Vernetzung und darüber nachdenken, wie wir die insulare Arbeitsweise, wie ich es schon seit Jahren nenne, nicht nur der Pflegedienste, sondern aller Dienste im Gesundheitswesen, speziell im ambulanten Sektor, überwinden können.

(Folie: „Neue Versorgungsmodelle: Lokale Gesundheitszentren“)

Damit komme ich zu einem Punkt, der mir sehr wichtig ist und mit dem ich weitgehend schließen möchte, nämlich neue Versorgungsmodelle. Qualitative Weiterentwicklung heißt nicht nur, dass wir die Dienste aus dem Bestehenden heraus weiterentwickeln müssen. Wir müssen uns auch über andere Versorgungsmodelle Gedanken machen. Im Sachverständigenrat haben wir – anknüpfend an das Gutachten von 2009 – noch einmal ein Modell dafür vorgestellt. Im jetzigen Gutachten ist das Modell aus dem Jahre 2009 eigentlich weiterentwickelt worden. Wir haben es jetzt „lokale Gesundheitszentren für die Primär- und Langzeitversorgung“ genannt. Mit diesem etwas sperrigen Titel ist gemeint, dass wir zu einer organisatorischen Bündelung von Diensten kommen müssen, speziell in strukturschwachen Regionen und gerade in der Primärversorgung. Damit müssen wir an eine internationale Debatte anschließen, die wir in Deutschland sehr wenig geführt haben, nämlich über die Primärversorgung. Wir haben sie – wenn überhaupt – pragmatisch reduziert auf Versorgungszentren geführt. Unsere Vision ist, dass wir hier zu multiprofessionellen Zentren kommen müssen, gerade mit Blick auf komplexe Bedarfslagen, in denen alle – ich unterstreiche: alle – Professionen vertreten sind. Es geht nicht nur um die Medizin; alle Diens-

te müssen angeboten werden können, die mit Blick auf komplexe Bedarfslagen erforderlich sind.

Dieses Modell ist auch für die Pflege relevant, meinen wir. Wir müssen auch in diesem Sektor zu etwas kommen, was ich Langzeitversorgungszentren oder aber gemischte Versorgungsformen nennen würde, in denen wir unterschiedliche pflegerische Dienste zusammenführen – sei es unter einem Dach oder aber so, dass sie sogar aus einer Hand angeboten werden, sodass wir auch hier eine Antwort auf die Zersplitterung geben und flexibler auf komplexe Bedarfslagen reagieren können. Diese Modelle sollten – das möchte ich explizit unterstreichen, weil wir es im Ratsgutachten nicht so stark gesagt haben – in der Pflege natürlich sektorenübergreifend angelegt sein. Das heißt, die Heime sollten sich öffnen, die ambulanten Dienste flexibel in den anderen Bereich hinüberarbeiten.

(Folie: „Stärkung der Kommunen“)

Wir sehen darin für die pflegerische Versorgung ein internationales Modell, was natürlich die Brücke zu einem Thema schlägt, das wir in Nordrhein-Westfalen in vorbildlicher Weise, wie ich meine, breit und intensiv diskutieren, nämlich die Quartiersnahversorgung und die Stärkung der Kommunen. Denn solche Versorgungszentren können Knotenpunkte der Versorgung in den Kommunen bilden, von denen aus andere Versorgungsprozesse realisiert werden können. Das ist eine Vision für die Zukunft. Sie sind nutzerfreundlich, weil die Nutzer nur eine Anlaufstelle haben, was mir sehr wichtig zu betonen ist.

Von allem, was wir gesagt haben – darauf hatte Klaus Wingenfeld explizit hingewiesen – wissen wir, dass sich die Bedarfssituation regional unterschiedlich darstellt. Das heißt schlicht und ergreifend: Wir brauchen regional differenzierte Antworten. Die Daten zur ländlichen Versorgung zeigen es uns speziell. Wir brauchen Antworten, die an die regional gewachsenen Strukturen anknüpfen und von dort aus die Versorgung gestalten. Das heißt auch, dass wir natürlich auf der kommunalen Ebene mehr tun müssen. Wir brauchen ein fortlaufendes Monitoring, eine systematische quartiersnahe Versorgungsplanung und dazu Instrumente, die wir zum Teil vorliegen haben, zum Teil nicht; wir müssen sie erst noch entwickeln. Wir müssen auf der kommunalen Ebene die entsprechenden Bedingungen schaffen. Wir brauchen eine partizipative Planungskultur. Auch hier, meine ich, ist Nordrhein-Westfalen anderen Bundesländern voraus. Wir sollten deshalb, so unsere Anregung, die vorliegenden Erfahrungen systematisch auswerten und Entwicklungshilfen für andere Bundesländer entwickeln.

Abschließend möchte ich sagen: Deutschland steht beim demografischen Wandel an dritter Stelle. Wir könnten nicht nur Spitzenreiter sein, was den demografischen Wandel angeht, sondern auch bei der Konzipierung zukunftsfähiger Versorgungsmodelle. Das könnte sogar ein Wirtschaftsfaktor werden, was wir heute ja immer gerne betonen. Ich finde, wir sollten uns darum bemühen, eine entsprechende experimentelle Kultur aufzubauen. – Danke schön.

(Beifall)

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Frau Prof. Schaeffer, Herr Dr. Wingenfeld, herzlichen Dank. – Wir haben jetzt eine Viertelstunde Zeit, Fragen an Sie zu stellen. Damit sich die erste Frage gleich erübrigt, will ich darauf hinweisen, dass alle PowerPoint-Präsentationen als eigene Drucksacke des Landtags veröffentlicht werden und im Netz nachzulesen sind. Jetzt frage ich, wer das Wort wünscht. – Bitte schön, Herr Scheffler.

Michael Scheffler (SPD): Meine Damen und Herren, ich habe zwei Nachfragen an Herrn Wingenfeld. Sie haben eben angesprochen, dass es bei der stationären Versorgung keine endgültig belastbaren Zahlen gibt, sondern dass mehr Menschen in den Einrichtungen versorgt werden, als statistisch festgehalten wird. Das kann man auch den Stellungnahmen von BPA und der Freien Wohlfahrtspflege entnehmen, in denen von einer Verweildauer von sechs bis acht Monaten die Rede ist. Man kann davon ausgehen, dass das Zimmer in der restlichen Zeit nicht unbelegt bleibt. Hätten Sie Empfehlungen, wie die Stichtagsregelung verändert werden könnte, damit man wirklich sieht, wie viele Menschen in Nordrhein-Westfalen versorgt werden? Dadurch ergeben sich ganz andere Anforderungen an das Personal. Wenn es in einer Einrichtung andauernd Ein- und Auszüge gibt, bestimmt das das Leben völlig anders, als wenn die Menschen kontinuierlich zwei oder drei Jahre in einer Einrichtung wohnen.

Sie haben angesprochen, was bei uns schon diskutiert worden ist, dass nämlich die regionale Planung kleinräumig stattfinden soll. Das heißt für mich, dass die kreisfreie Stadt oder der Kreis den Hut aufhaben soll, wie die Bedarfssteuerung vor Ort ist. Haben Sie aus Ihrer Sicht als Pflegewissenschaftler für uns Empfehlungen, wie man das gestalten kann? Wir haben 2003 aufgrund der rechtlichen Vorgaben eine Entwicklung in genau die andere Richtung gehabt. Haben Sie für uns Vorschläge oder Ideen, wie man es rechtssicher gestalten kann, dass die Kreise und die kreisfreien Städte den Spielraum bekommen, um den individuellen Anforderungen vor Ort gerecht zu werden?

Dr. Klaus Wingenfeld (Universität Bielefeld): Zu Ihrer ersten Frage: Es wäre sehr wünschenswert, wenn wir die routinemäßige statistische Erfassung so aufbauen könnten, dass man die Fluktuation abbilden könnte. Wenn man das flächendeckend möchte, ist das allerdings sehr aufwendig. Heute gibt es Stichtagserhebungen durch die statistischen Landesämter; dann haben immer alle viel zu tun im Dezember. Wenn wir die Fluktuation laufend erfassen wollen, ist das eine ganz andere Herangehensweise. Das bedeutet eigentlich in der Praxis, dass die Heime, dass die Einrichtungen das dokumentieren müssten. Sie dokumentieren es für sich; sie müssten es nach bestimmten Standards dokumentieren. Man kann darüber nachdenken, ob man diesen Aufwand in Kauf nehmen will. Technisch möglich ist das auf jeden Fall. Es ist komplizierter und aufwendiger.

Vielleicht könnten die Kassen weiterhelfen, denn sie haben durch ihre Abrechnungsdaten eigentlich den besten Überblick; das ist zumindest theoretisch so. Hier besteht allerdings die große Herausforderung, dass die Kassen ihre verschiedenen Daten-

quellen zusammenbringen müssten. Mir ist kein Fall bekannt, in dem das in Gänze schon gelungen wäre.

Zu Ihrer Frage nach der Bedarfsplanung: Ich habe leider auch kein Rezept. Die damalige Veränderung aufgrund der veränderten rechtlichen Situation haben wir als sehr bedauerlich eingestuft. Den Kommunen ist eine Steuerungsmöglichkeit aus der Hand genommen worden. Speziell in Nordrhein-Westfalen bemühen sich alle, Ansatzpunkte zu finden, über die man die Steuerungskompetenz der Kommunen wieder stärken kann. Sehen Sie mir nach, dass ich kein Rezept habe. Wichtig wäre aber auf jeden Fall, dass man die Planungsinstrumente, die solchen Entscheidungen zugrunde liegen, verbessert. Dazu gehört die Transparenz über das Versorgungsgeschehen, das Nachfrageverhalten und die Kapazitätsentwicklung. Das ist auch in den Kommunen in Nordrhein-Westfalen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Das Monitoring, das Frau Schaeffer schon ansprach, können wir auf kommunaler Ebene noch deutlich verbessern.

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Herr Preuß.

Peter Preuß (CDU): Vielen Dank für die Ausführungen. – Auf den ersten Blick scheint es ein Widerspruch zu sein, wenn man auf der einen Seite sagt, dass die Bedarfe in absoluten Zahlen steigen, man aber auf der anderen Seite darauf hinweist, dass sich die Bedarfssituation altersbereinigt, wie Sie es ausgedrückt haben, verfestigt hat. Was bedeutet das für die stationäre Pflege? Habe ich es richtig verstanden, dass wir im Prinzip mehr Pflegeplätze im stationären Bereich benötigen, die aber nach regionalen Bedarfen geschaffen werden müssen? Sie sprachen vom Steuerungsinstrument der Kommunen.

Welche Rolle spielen eigentlich die Pflegestufen bei der Bedarfsbetrachtung, insbesondere wenn man die Frage nach ambulant oder stationär stellt?

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Danke schön. – Herr Wingenfeld.

Dr. Klaus Wingenfeld (Universität Bielefeld): Zu den Pflegestufen bzw. den Pflegegraden – wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kommt, werden wir umdenken müssen – und den Versorgungsformen: Natürlich beobachten wir, dass die stark pflegebedürftigen Menschen mit der hohen Pflegestufe tendenziell eher in stationären Versorgungsformen unterstützt werden. Aber es gibt keinen Automatismus. Der zentrale Punkt ist eben nicht nur die Pflegebedürftigkeit des betroffenen Menschen, sondern die häusliche Situation, das – in Anführungszeichen – „Pflegepotenzial“ in der häuslichen Umgebung. Wenn wir es schaffen, die Angehörigen besser zu unterstützen, haben wir natürlich auch bessere Möglichkeiten, Schwerpflegebedürftige in der häuslichen Umgebung zu versorgen.

Damit komme ich zu Ihrem zweiten Punkt: Es bleiben aber bestimmte Bedarfslagen, die sehr markant sind, wie zum Beispiel die nächtliche Versorgung bei Demenzkranken. Das ist zum Beispiel einer der wichtigsten Gründe, weshalb Menschen in ein

Heim gehen, weil die Angehörigen das nicht mehr schaffen und wir keine Versorgungsform in der häuslichen Umgebung haben, die sie dabei wirksam unterstützt. Es gibt Ansätze, aber es sind auch nur Ansätze. Das heißt, die nächtliche Versorgung, die kontinuierliche Begleitung durch Fachkräfte, kognitive Beeinträchtigung und Verhaltensweisen erzeugen eine stetige Bedarfssituation. Wenn wir keine anderen Versorgungsformen entwickeln, die diese Bedarfskonstellation auffangen können, würde ich Ihnen recht geben: Daraus können wir aus der Altersstrukturentwicklung linear ableiten, wie der Bedarf an Heimplätzen aussieht. Aber die Frage ist doch: Welche Versorgungsformen entwickeln wir, die in der Lage sind, diese Problemlagen aufzufangen?

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Herr Wegner.

Olaf Wegner (PIRATEN): Vielen Dank. – Ich habe eine Frage zu den Zahlen, die ich mir nicht alle habe notieren können. Deswegen greife ich auf das Gutachten zurück. Es wird von einem Anstieg bei der vollstationären Pflege von 30,5 % gesprochen. Bei den Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, liegt der Wert bei 22 %. Gleichzeitig wird von 38,8 % an Pflegebedürftigen gesprochen, die von ambulanten Diensten betreut werden. Kann ich aus diesen Zahlen schließen, dass ein Großteil der Personen, die zu Hause gepflegt werden, eher auf ambulante Dienste zurückgreift? Oder handelt es sich um eine Tendenz dahingehen, dass Leute, die vorher zu Hause gepflegt wurden – familiär oder von einem ambulanten Dienst betreut –, jetzt doch eher nicht in ein Heim gehen? Denn wenn ich die Zahlen ein bisschen vergleiche, komme ich auch wieder auf 30 %.

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Herr Wingenfeld.

Dr. Klaus Wingenfeld (Universität Bielefeld): Ich bin mir nicht ganz sicher, welche Zahlen Sie meinen. Über den Lauf der Jahre gibt es – auch altersbereinigt – eine leichte Erhöhung der Inanspruchnahme von formellen Diensten. Gerade in der ambulanten Versorgung gibt es einen wachsenden Anteil der pflegebedürftigen Menschen, die zu Hause versorgt werden, die Pflegedienste nachfragen. Ich bin mir nicht sicher, ob die Zahlen, die Sie angeführt haben, das ausdrücken. Diese Tendenz ist aber eigentlich sehr eindeutig.

Das ist in den Bundesländern aber auch sehr unterschiedlich. Die Zahlen der Heimversorgung in Nordrhein-Westfalen unterscheiden sich deutlich von denen anderer Bundesländer. Man kann aber eben auch nur eingeschränkt vergleichen. In Thüringen etwa haben wir ganz andere Strukturen, ganz andere Ausgangsvoraussetzungen und eine ganz andere Altersstruktur. Das betrifft eben auch das Thema, das Sie angesprochen haben. Wie Nachfrageströme, das Inanspruchnahmeverhalten am Ende aussieht, hängt sehr stark von diesen Gesamtstrukturen ab. Wir haben also einen leichten Trend zur – in Anführungszeichen – „Professionalisierung“ der Pflege, aber die Angehörigen bleiben die entscheidende Basis; das muss man sagen.

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Frau Grochowiak-Schmieding.

Manuela Grochowiak-Schmieding (GRÜNE): Schönen Dank. – Zunächst einmal meinen Dank zu Ihren Ausführungen, Herr Dr. Wingenfeld und Frau Prof. Schaeffer. Ich denke, Sie haben sehr eindrücklich den steigenden Pflegebedarf einerseits aufgezeigt, andererseits aber auch sehr deutlich gemacht, dass der individuelle Bedarf sich dahingehend verändert, dass die Menschen in der eigenen Häuslichkeit verbleiben möchten, auch wenn sie einen Unterstützungs- oder Pflegebedarf haben. Ins Heim geht's erst dann, wenn es gar nicht mehr anders geht – das ist sehr deutlich geworden –, das heißt, wenn Angehörige überfordert sind. Sie haben eben das Beispiel Demenz angeführt. Kann ich das so verstehen, dass die Menschen in dieser Phase – ich drücke es einmal so aus: in der allerletzten Not, in der sie ein Heim aufsuchen – in der eigenen Häuslichkeit verbleiben würden, wenn die Unterstützungssettings für diese ganz besonderen und komplexen Bedarfslagen angepasst werden?

Es gibt auch Hauswohngemeinschaften, die insbesondere Demenzerkrankte auffangen oder betreuen. Ist das ein guter Lösungsansatz, der in Zukunft natürlich weiter ausgebaut werden sollte?

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Danke schön. – Frau Schaeffer.

Prof. Dr. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld): Sie sprechen eigentlich das Thema „Spätphasen im Verlauf chronischer Krankheiten" und die Phasen des Sterbens an. Man kann die Zeit des Verbleibs in der häuslichen Umgebung sicherlich durch den Ausbau weiterer ambulanter Dienste und durch unterstützende Maßnahmen wie angemessene Wohnbedingungen noch etwas ausdehnen. Man würde damit den Präferenzen der Nutzer ganz bestimmt entsprechen. Denn nach den Umfragen, die wir haben, zeigt sich: Die Menschen möchten zu Hause bleiben, und sie möchten auch zu Hause sterben. Die Wenigsten sterben bis jetzt zu Hause. Zwar ist der Anteil der Menschen, die zu Hause sterben, gestiegen, aber insgesamt wird in Deutschland überwiegend in Institutionen gestorben, vor allem im Krankenhaus und im Pflegeheim. Das macht immerhin noch über 50 % aus.

Wir können vermuten – ich vermute das sehr stark –, dass es Grenzen ambulanter Pflege und ambulanter Versorgung gibt. Darauf müssen wir mit adäquaten Angeboten im teilstationären und stationären Sektor reagieren. Das heißt aber auch – das möchte ich noch einmal deutlich machen –, dass da ganz andere Anforderungen gestellt sind, weil dieser Sektor jetzt schon sehr stark etwas hat, was ich als klinischen Pflegebedarf bezeichne, also Menschen mit Demenz im Spätstadium der Erkrankung. Sie bleiben in den sogenannten Phasen eins und zwei zu Hause und gehen erst später, in der dritten Phase, ins Heim, also dann, wenn die Grenzen der häuslichen Versorgung erreicht sind. Christel Bienstein aus Witten vom Zentrum für neurodegenerative Forschung sitzt unter uns; sie könnte das jetzt sicher genauer erläutern. So verhält es sich auch bei anderen Krankheitsbildern.

Das hat Konsequenzen für die stationäre Langzeitversorgung und auch für die ambulante Pflege. Ich meine, wir könnten die Zeit noch weiter ausdehnen. Wir werden uns aber auch mit den Grenzen auseinandersetzen müssen. Dabei handelt es sich im Übrigen auch um Kostengrenzen. Am Stichwort der Heimbeatmung könnte ich Ihnen das darstellen.

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Herr Burkert.

Oskar Burkert (CDU): Sie haben gerade angesprochen, dass die Betroffenen sehr viel länger in der Familie verbleiben. Haben Sie Zahlen, wie lange die Verweildauern in den Seniorenheimen heute sind? In dem Zusammenhang stellt sich mir auch die Frage: Brauchen wir noch mehr Heimplätze, oder stagnieren die Zahlen, oder sind sie sogar rückläufig?

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Bitte schön.

Dr. Klaus Wingenfeld (Universität Bielefeld): Zur Verweildauer in den Heimen gibt es einige Zahlen auch für Nordrhein-Westfalen, die sich aber unterscheiden. Auch hier stellt sich die Frage, wie das erfasst wird. Wir selbst haben die Zahl der Verstorbenen über einen bestimmten Zeitraum hinweg in insgesamt 200 Einrichtungen hier in Nordrhein-Westfalen analysiert. Wir haben aktuell Verweilzeiten von im Durchschnitt 37 Monaten. Das ist etwas mehr, als man vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion erwarten würde, aber man muss eben genau hinschauen. Sind darin auch die Kurzzeitpflegegäste enthalten? Sie sind in diesen Zahlen zum Beispiel nicht enthalten. In der vollstationären Versorgung haben wir derzeit ungefähr eine Verweilzeit von durchschnittlich drei Jahren. Die Verweildauer bei den neueingezogenen Bewohnern ist deutlich kürzer. Das lässt sich auch anhand der vorliegenden Zahlen erkennen. Wer also vor einem Jahr eingezogen ist, wird sich vermutlich weniger lang in einer Einrichtung aufhalten als diejenigen, die sich dort schon länger aufhalten. Dieser Trend verstärkt sich auch.

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Ich habe jetzt noch zwei Wortmeldungen gesehen. Wenn es dabei bleibt, haben wir eine Chance, ziemlich exakt fertig zu werden. – Herr Neumann.

Josef Neumann (SPD): Sie haben vorhin in Ihrem Vortrag auf die besonderen Nutzergruppen, beispielsweise Menschen mit Behinderung, hingewiesen. Können Sie etwas dazu sagen, welche Herausforderungen für die Altenpflege angesichts der UN-Konvention bestehen?

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Danke schön. – Wer von Ihnen beiden möchte antworten?

Dr. Klaus Wingenfeld (Universität Bielefeld): Damit sprechen Sie eigentlich mehrere wichtige Punkte an. Die Frage der ältergewordenen Menschen mit Behinderung, die bislang eigentlich in einem ganz anderen Sicherungssystem unterstützt wurden, treten jetzt auch für die Altenpflege viel mehr in den Vordergrund. Wir wissen zum Teil: Auf konzeptioneller Ebene müssen wir uns noch weiterentwickeln, um für diese Personengruppe adäquate Angebote zu schaffen, um für sie auch eine gewisse Kontinuität ihrer bisherigen Lebenssituation zu gewährleisten.

Es gibt einige Einrichtungen, die sehr gute Wege gehen. Dort können Sie als Besucher nicht mehr unterscheiden, wer eigentlich in welchem Sicherungssystem versorgt wird. Aber da stehen wir eher noch am Anfang der Entwicklung, auch fachlich-konzeptionell. Das betrifft zum Beispiel auch die zunehmende Demenzerkrankung bei Menschen mit Behinderung aus dem klassischen Bereich der Behindertenhilfe. Das sind für die Altenpflege teilweise neue Themen und neue Herausforderungen.

Prof. Dr. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld): Das gilt nicht nur für die Altenpflege, sondern für die Pflege generell und für das Gesundheitswesen, denn wir hatten bis jetzt einen segregierten Versorgungsbereich. Unter dem Vorzeichen von Inklusion wirft das im gesamten Gesundheitswesen Fragen auf, über die wir noch erstaunlich wenig diskutieren.

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Danke schön. – Jetzt die letzte Wortmeldung in der ersten Runde von Frau Bienstein.

Prof. Christel Bienstein (Universität Witten/Herdecke): Sie haben sehr schön vorgestellt, wie sich die Situation in den Alteneinrichtungen zuspitzt, dass es doch ein geschlossenes Haus ist, also ein Closed-Shop, wenn man dorthin kommt. Im Ausland stellen uns die Kollegen natürlich vor, dass das Entlassungsmanagement Pflicht ist, dass den Altenheimen an die Hand gegeben wird. Wir haben mit dem nationalen Expertenstandard im Grunde ganz bewusst die Altenheime damals ausgeschlossen. Wir wissen inzwischen aber sehr gut – auch aus dem deutschsprachigen Raum –, dass es eine große Wirkung hat, wenn die Altenheime qualitativ und quantitativ unterstützt werden, um Entlassungsmanagement als feste Aufgabe zu betreiben. Wir können inzwischen nachweisen, dass diese Menschen gut versorgt nach Hause gehen können – teilweise nach 14 Tagen, teilweise nach vier Wochen. Sie können mehrere Monate bis zu teilweise anderthalb Jahre dort leben. Wurde im Sachverständigenrat auch diskutiert, ob man über eine solche neue gesetzliche Regelung nachdenkt?

Zur stationären Situation: Wir haben viele Probleme damit, dass die nächtliche Versorgung unserer Bewohner zu viele Bewohner umfasst, nämlich zwischen 40 und 60 Bewohnern. Wir wissen im Augenblick nicht, ob die Stürze hauptsächlich in der Nacht passieren, ob der Dekubitus in der Nacht entsteht, wie Kollegen überhaupt mit diesen ethischen Dilemmata umgehen können, wenn sie Sterbende dazwischen haben und sie nicht versorgen können. Wir müssen noch gezielt darüber nachdenken – insbesondere, wenn wir über kleinere Einrichtungen nachdenken.

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Wer möchte von Ihnen Antworten? Die Frage liegt in Ihrer Mitte.

Dr. Klaus Wingenfeld (Universität Bielefeld): Ich kann die Schilderung der Situation, die Sie gerade angesprochen haben, nur noch einmal unterstreichen. Wir haben diese Situation in den Heimen allerdings schon seit vielen Jahren. Ich kann mich an Studien erinnern, die wir vor zehn Jahren durchgeführt haben. Gerade im Nachtdienst hat sich leider noch nicht sehr viel verändert. Wir haben gerade eine sehr angespannte Situation, die meines Erachtens dringend angegangen werden muss. Man muss auch über andere Personalkonzepte nachdenken. Aber im Moment sehe ich bedauerlicherweise in den Einrichtungen wenige Veränderungen.

Das andere Thema, das Sie angesprochenen hatten, würde ich eher unter der Überschrift Kurzzeitpflege oder Zwischenaufenthalte in den Einrichtungen fassen, die wir ausgeklammert hatten.

Prof. Dr. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld): Ja und Nein. Wir können international ein anderes Verständnis der Heimversorgung beobachten. Dazu passt es natürlich, dass das Entlassungsmanagement eine wichtigere Rolle spielt. Die deutsche stationäre Langzeitversorgung, speziell die Heime, hängt noch an dem Bild der 70er-Jahre, dass es sich um Versorgungsstätten oder Aufenthaltsstätten für den Lebensabend handelt, wie es damals hieß. Das heißt, man geht hinein und verbringt den Rest seines Lebens dort. So sind sie konzipiert. Deshalb spielt das Thema der Entlassung natürlich keine Rolle, weil ich vor meinem Lebensabend nicht mehr hinausgehe.

International gibt es unterschiedliche Arten von Heimtypen. Es gibt auch den Typus – darauf hat Klaus Wingenfeld gerade anspielt – der sogenannten intermediate care, bei dem ich also für eine Zeit in eine stationäre Langzeitversorgung gehe, wenn ich im Verlauf chronischer Krankheit in einer Krise bin, bei der aber klar ist, dass ich danach in meine häusliche Umgebung zurück möchte. Dann spielt das Entlassungsmanagement eine wichtige Rolle.

Wenn wir anfangen, über das Thema zu sprechen, müssten wir tun, wofür wir plädieren: Wir müssen darüber nachdenken, ob wir nicht ganz andere Konzepte im Heimbereich benötigen. Natürlich müssen wir den Heimbereich weiterentwickeln, aber wir brauchen neue Modelle. Wir brauchen das Modell, das wir eher dem Bereich der Kurzzeitpflege zuordnen würden, nämlich der Intermediate-care. Den haben wir in Deutschland so gut wie gar nicht. Er scheint aber zusehends wichtig zu werden. Das gilt im Übrigen auch für die Entlassung aus dem Krankenhaus, speziell für ältere Menschen mit Pflegebedarf.

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Ganz herzlichen Dank Frau Prof. Schaeffer, Herr Dr. Wingenfeld. – Wir kommen dann zum zweiten Abschnitt, den uns die Projektleiterin, Frau Kremer-Preiß, jetzt vorstellen wird. Lassen Sie sich nicht irritieren, dass wir sechs Minuten über der Zeit sind. Sie haben Ihre Viertelstunde.

b) Erhebung Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)
www.kda.de/monitor-leben-zu-hause-wohnatlas.html

Ursula Kremer-Preiß (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (Stellungnahme 16/2034): Meine Damen und Herren! Sehr geehrte Frau Ministerin! Ich darf mich auch herzlich für die Einladung bedanken, dass ich Ihnen ein paar ausgewählte Ergebnisse aus dem Projekt Wohnatlas vorstellen darf.

(Folie: „Projektdaten ‚Wohnatlas'„)

Das Projekt ist ein Kooperationsprojekt, das wir mit der Wüstenrot Stiftung von 2011 bis 2013 durchgeführt haben. Sinn und Zweck war, Bestand und Bedarf an altersgerechten Wohnformen und vor allen Dingen die Rahmenbedingungen der Länder zu erheben: Was tun sie im Bereich der Förderung in Bezug auf gesetzliche Regelungen sowie in Bezug auf Information und Beratung, um das Wohnen im Alter zu stärken?

(Folie: „Wohnwünsche im Alter")

Wir haben uns dabei vor allen Dingen auf den ambulanten Bereich konzentriert; der stationäre Bereich war nicht unser Thema. Das hatte einen entscheidenden Grund, den wir heute schon mehrfach gehört haben, dass eben die überwiegende Zahl der älteren Menschen, nämlich 93 %, in ganz normalen Wohnungen lebt und die überwiegende Mehrzahl dort auch alt werden möchte. Das ist in verschiedenen Wohnstudien immer wieder bestätigt worden – ganz egal, ob Sie jüngere, ältere oder pflegebedürftige Senioren befragen.

(Folie: „Entwicklung der Pflegekosten" – Folie 1)

Es gibt noch einen weiteren Grund: Wir glauben, dass wir eine ganze Reihe von Kostenersparnissen haben, wenn wir das Wohnen im ambulanten Bereich stärken. Das wird nicht immer der Fall sein. Manche ambulanten Versorgungssettings können wesentlich teurer werden; das ist keine Frage. Aber wenn wir in der Masse denken, sind eine ganze Reihe von Einsparungsmaßnahmen drin. Allein für diejenigen, die zum Beispiel einen Eigenanteil bezahlen müssen, hat es in den letzten Jahren eine erhebliche Kostensteigerung gegeben, wie Sie ersehen können, nämlich ungefähr um ein Drittel in jeder Pflegestufe. Auch die Pflegeversicherung wird selbst mit einem zunehmenden Ausbau nur im stationären Bereich sehr stark belastet sein.

(Folie: „Entwicklung der Pflegekosten" – Folie 2)

Es gibt Berechnungen der Bertelsmann Stiftung, die deutlich machen, was das für die kommunalen Haushalte bedeutet. Sie geht davon aus, dass in Zukunft im Rahmen der Hilfe zur Pflege und im Rahmen der wachsenden Altersarmut die kommunalen Haushalte um 25 % mehr belastet werden. Der größte Posten bei der Hilfe zur Pflege macht bei den kommunalen Haushalten eben die stationäre Pflege aus.

(Folie: „Geschätzte Anzahl und Versorgungsgrade
ambulanter Pflegewohngemeinschaften")

Damit komme ich direkt zu den ambulanten Wohnformen, bei denen sich eine ganze Reihe von Entwicklungen ergeben hat. Bei den Alternativen – wenn man also nicht mehr zu Hause wohnt, sondern eine alternative Wohnform im ambulanten Bereich sucht – gibt es eine erhebliche Steigerung bei den Pflegewohn- und -hausgemeinschaften; davon war gerade schon die Rede. Nach unseren Recherchen haben wir ca. 1.500 Initiativen in diese Richtung in Deutschland. Wenn man davon ausgeht, dass jede durchschnittlich zehn Wohnplätze bietet, haben wir ein Angebot in Relation zu den Pflegebedürftigen, das unter 1 % liegt. In Nordrhein-Westfalen ist es ein bisschen günstiger als im Durchschnitt, aber wir erreichen natürlich noch nicht die Versorgungsquoten, wie wir sie aus Berlin kennen. Dort leben schon ungefähr 5 % der Pflegebedürftigen in dieser Wohnalternative, die auch eine Alternative zur stationären Versorgung ist.

Wenn Sie sich aber anschauen, wie viele Pflegebedürftige in der stationären Pflege leben, macht das immer noch sehr, sehr wenig aus, nämlich ca. 1 %. In der stationären Pflege sind es ca. 29 % hier in Nordrhein-Westfalen. Das heißt, hier wäre noch zu wünschen, dass man einen stärkeren Ausbau in diese Richtung favorisiert, weil das in der Regel die umfassenden Versorgungssettings wie eine stationäre Einrichtung bieten.

(Folie: „Wohnformen im Alter“)

Auch die anderen Wohnformen sind in den vergangenen Jahren ausgebaut worden, was das betreute Wohnen oder gemeinschaftliche Wohnformen angeht. In Nordrhein-Westfalen haben wir nach unseren Schätzungen ca. 50.000 betreute Wohneinheiten; es ist sehr schwierig, die Zahl zu schätzen. Wenn Sie das in Relation zu den normalen Wohnformen setzen, in denen mit 93 % die meisten Menschen leben, heißt das, dass wir den Fokus auf die ganz normalen Wohnungen legen müssen, wenn wir wollen, dass mehr Menschen zu Hause wohnen bleiben.

(Folie: „Geschätzter Bestand an weitgehend barrierefreien Wohneinheiten in den Bundesländern [2011]“)

Wir haben noch eine ganze Reihe von Aktivitäten vor uns. Wir haben versucht, den Bestand und Bedarf an weitgehend barrierefreien Wohnungen im Rahmen des Wohnatlas zu quantifizieren. In der ersten Spalte können Sie sehen, dass es sich nach einer repräsentativen Untersuchung bei ungefähr 5 % der Seniorenhaushalte um barrierefreie Wohnungen handelt. Es gibt Schätzungen, dass die anderen, also die Haushalte, die keine Seniorenhaushalte sind, bis zu 3 % barrierefreie Wohneinheiten nutzen. Überträgt man diese Zahlen auf Nordrhein-Westfalen, dann hat Nordrhein-Westfalen ca. 300.000 weitgehend barrierefreie Wohneinheiten.

(Folie: „Geschätzter Bedarf an barrierefreien/-armen Wohnungen in den Bundesländern [2011]“)

Wie viel brauchen wir denn, damit wir die ambulante Versorgungsstruktur stärken können? Denn ohne eine solche altersgerechte Wohnung wird es in Zukunft nicht gehen, wenn wir mehr ambulante Versorgungssettings haben möchten. Das heißt, wir müssen den bestehenden Bedarfen gerecht werden. Es wäre ein bisschen hoch gegriffen zu sagen, dass wir für jeden Menschen über 65 Jahre eine barrierefreie o-

der barrierearme Wohnung brauchen. Es wäre aber zu niedrig gegriffen, nur für jeden Pflegebedürftigen eine zu fordern, weil viele Menschen in der vorpflegerischen Phase Einschränkungen haben und in ihrer Wohnung nicht mehr zurechtkommen. Daher meinen wir, wir brauchen wenigstens für diejenigen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, eine weitgehend barrierefreie Wohnung. Nach repräsentativen Untersuchungen ist das knapp ein Viertel, sodass sich für Nordrhein-Westfalen ein Bedarf von 550.000 Wohneinheiten ergeben würde.

(Folie: „Versorgungslücke“)

Verrechnet man das mit dem Bestand, haben wir in Nordrhein-Westfalen eine Versorgungslücke von ca. 250.000 Wohneinheiten in Bezug auf eine weitgehend barrierefreie Gestaltung.

(Folie: „Bedarfseinschätzung 2030 bundesweit
für verschiedene Zielgruppen“)

Es gibt von uns keine Prognoseberechnung, wie sich dieser Bedarf entwickeln wird. Es gibt aber eine Berechnung vom Bundesbauministerium, das die Zielgruppe der Bewegungseingeschränkten gewählt hat. Es geht davon aus, dass bis 2030 diese Versorgungslücke um ungefähr 10 % steigen wird – vorausgesetzt, dass wir mit unseren Tätigkeiten der Wohnungsanpassung sowie des barrierefreien Neubaus bei der gleichen Aktivität wie bisher bleiben.

(Folie: „Fördermodalitäten“)

Wir haben nicht nur den Bestand und den Bedarf untersucht, sondern vor allen Dingen, was die Länder in den vergangenen Jahren eigentlich getan haben, um das Wohnen im Alter zu stärken. Es gab eine ganze Reihe von Initiativen. Wir haben vor allen Dingen die Fördermodalitäten, aber auch die gesetzlichen Regelungen bzw. das Angebot an Beratungsleistung und Information untersucht.

In Bezug auf die Fördermodalitäten steht Nordrhein-Westfalen gar nicht so schlecht da. Nach unserer Auffassung kann man davon ausgehen, dass es günstig ist, wenn man Fördermittel an bestimmte Kriterien der barrierefreien Gestaltung bindet. Das ist in Nordrhein-Westfalen seit 1998 so. Eine günstige Förderkulisse ist es ebenfalls, wenn man im Rahmen der sozialen Wohnungsbauförderung nicht nur Menschen mit geringeren Einkommensniveaus einbezieht, weil viele ältere Menschen in Wohneigentum leben und dadurch zu einer höheren Einkommensgruppe gehören. Damit kämen sie nicht in den Genuss solcher Förderangebote. Es wäre daher günstig, eine einkommensunabhängige Förderung für Wohnungsanpassung zu vergeben. Auch das hat Nordrhein-Westfalen mit seinem Programm BestandsInvest gemacht.

Ungünstiger steht Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu anderen Bundesländern bei der Zuschussförderung da, die wir aber für eine günstige Förderkulisse für notwendig erachten. Das ist rechtlich in Nordrhein-Westfalen zum Teil nicht möglich. Mit dem neuen Wohnungsförderprogramm und dem Tilgungserlass hat man auch hier nachgezogen.

(Folie: „Rechtliche Regelungen“)

In Bezug auf die rechtlichen Regelungen haben wir danach geschaut, welche Bundesländer die barrierefreien Anforderungen der Musterbauordnung eigentlich erfüllen. Man kann sagen: Nordrhein-Westfalen bewegt sich in einem sehr guten Mittelfeld. Es übernimmt die Anforderungen der Musterbauordnung weitgehend, unterschreitet sie also nicht, wie manch andere Länder. Aber man muss auch sagen: Nordrhein-Westfalen überschreit sie auch nicht wie andere Länder, die Ausnahmeregelungen nicht so einfach zulassen oder den Anforderungskatalog noch erweitern.

(Folie: „Geschätzte Anzahl örtlicher Wohnberatungsstellen [Stand: 09/2013]“)

Wir haben zwar günstige Förderbedingungen; vielfach werden die Fördermittel aber nicht abgerufen, sodass wir nicht in den quantitativen Drive kommen, den wir für die Zukunft benötigen. Deswegen ist es sehr wichtig, dass wir Information und Beratung stärken. Wir haben uns die Beratungslandschaft in Bezug auf Wohnangebote angeschaut. Nordrhein-Westfalen steht auch hier sehr günstig da. Sie haben in den Kreisen und kreisfreien Städten mindestens *eine* Wohnberatungsstelle. Die Beratungslandschaft ist also ziemlich flächendeckend ausgebaut, was andere Bundesländer bei Weitem nicht haben. Allerdings muss man sagen, dass die Versorgung zum Teil sehr schwierig ist, wenn man etwa in einem Kreis nur eine einzige Stelle hat. Wir wissen auch sehr wenig über die Qualität dieser Wohnberatungsangebote.

Wir wissen bisher auch sehr wenig über die tatsächlichen Wirkungen. Das ist überhaupt ein großes Problem. Ich kann nur raten, mehr Mittel für die Wirkungsforschung vorzusehen, etwa wenn es um die Vergabe der Fördermittel in Zukunft geht. Wir nehmen immer an, dass sich die Situation verbessern wird, aber wir können mit Sicherheit auf keinen Fall sagen, ob solche Wirkungen auch tatsächlich erreicht werden. Deswegen plädieren wir dafür, stärker darauf zu schauen.

(Folie: „Wirkungen bei flächendeckender Versorgung ambulant versorgter Pflegebedürftiger mit altersgerechten Wohnungen [bundesweite]“)

Das wäre zum Beispiel ein solches Feld: Bringt eine altersgerechte Wohnungsanpassung die wichtige Entlastung für den stationären Bereich? Es gibt eine ganz aktuelle Untersuchung des Bundesbauministeriums, die zu dem Ergebnis kommt: Wenn man im ambulanten Bereich wirklich flächendeckend barrierefreie Wohnangebote für Pflegebedürftige vorhalten könnte, könnte man mehr als die Hälfte der stationären Pflege – natürlich kombiniert mit Versorgungsleistungen – einsparen. Ob sich diese Zahlen wirklich so einfach auf Nordrhein-Westfalen übertragen lassen, ist eine andere Frage, aber es handelt sich um erste Versuche, solche Wirkungen zu quantifizieren, die für die Bedarfseinschätzung notwendig sind.

(Folie: „Bausteine ambulanter Versorgung“ – Folie 1)

Solche Wirkungen werden nach unserer Auffassung aber nur zu erreichen sein, wenn man nicht nur die Wohnungen in den Blick nimmt, sondern im ambulanten Bereich auch die anderen Bausteine berücksichtigt. Man braucht nicht nur eine altersgerechte Wohnung, sondern auch ein altersgerecht angepasstes Wohnumfeld oder

auch soziale Begegnungsmöglichkeiten, weil wir später viel mehr Alleinlebende zu Hause haben werden. Im Wohnumfeld muss man entsprechende infrastrukturelle Leistungen vorhalten, ohne die man gar nicht mehr selbstständig haushalten kann.

(Folie: „Bausteine ambulanter Versorgung“ – Niederschwellige Betreuungsangebote [3/2013]“)

Natürlich braucht man auch die ambulanten pflegerischen und hauswirtschaftlichen, also niedrigschwelligen Dienstleistungsangebote.

In Bezug auf diese Bausteine sind in den vergangenen Jahren eine Reihe von Initiativen in den Bundesländern – auch in Nordrhein-Westfalen – initiiert worden, um das ambulante Versorgungssetting zu vervollständigen. Es ist häufig so, dass es immer kleinere Initiativen sind, die mal auftreten, dann aber wieder verschwinden, die regional nicht verbreitet sind. Wir haben ein Problem, das mehr in die Fläche zu bringen.

(Folie: ‚Seniorenpolitische Gesamtkonzepte‘, Bayern“)

Hier möchte ich auf die Initiative in Bayern hinweisen, die versucht hat, die Gesamtbausteine für den ambulanten Bereich in den Fokus zu nehmen. Man hat die Kommunen 2007 verpflichtet, sogenannte seniorenpolitische Gesamtkonzepte zu erstellen. Das heißt, Kommunen sind nicht mehr nur verpflichtet, eine Pflegebedarfsplanung zu machen, sondern die anderen Bausteine genauso in den Blick zu nehmen und zu versuchen weiterzuentwickeln. Das kann eine ganz wichtige Initiative dafür sein.

(Folie: „Strukturprinzipien von Quartierskonzepten“)

Wir werden diese Bausteine aber nicht verfügbar machen können, wenn wir nicht möglichst viele in die Versorgung der Menschen, die zu Hause wohnen bleiben, einbeziehen. Wir brauchen viel mehr Beteiligung an diesen Betreuungsleistungen im häuslichen Versorgungssetting. Deswegen halten wir die Entwicklung von Quartierskonzepten für so bedeutsam. Sie versuchen nicht nur, auf einer kleinräumigen Ebene durch möglichst viele Bausteine sicherzustellen, dass man zu Hause wohnen bleiben kann, sondern vor allen Dingen, mehr an der Betreuung und Pflege zu beteiligen.

(Folie: „Lokale Entwicklungs-/Verantwortungsgemeinschaften“)

Es geht darum, sogenannte lokale Verantwortungsgemeinschaften zu bilden. Das ist das dritte, ganz entscheidende Strukturelement eines Quartierkonzepts. Wir glauben, dass man diese Partizipation vor allen Dingen auf dieser kleinräumigen Ebene viel mehr aktivieren kann, als wenn wir in großen zentralen Strukturen denken.

(Folie: „Masterplan Quartier, NRW“)

Der Masterplan Quartier in Nordrhein-Westfalen ist meines Erachtens sehr vorbildlich. Es gibt kein Bundesland, das sich in dieser Richtung so auf den Weg gemacht hat, um das umzusetzen. Das kann ich eigentlich nur unterstützen. Die angedachten Bausteine, um vor allen Dingen die Kommunen bei dieser lokalen Entwicklungsplanung zu stärken, sind sehr vorbildlich.

Allerdings muss man natürlich sagen: Es bedarf für viele eines Rollenwechsels, um so etwas umzusetzen, den man nicht so einfach bewältigen kann. Es bedarf vor allen

Dingen einer Art Kümmerers oder Quartiersmanagers, der diese Entwicklungen vorantreiben kann. Das heißt, wir müssen dafür Geld in die Hand nehmen, für das es bisher noch keine Regeltöpfe gibt. Das müssen wir bei der Gestaltung der Finanzierung ambulanter Versorgungssettings viel stärker berücksichtigen. Wenn wir die Kommunen in diese Richtung stärken wollen, brauchen sie nicht nur, aber auch andere Finanzmittel.

(Folie: „Diskussion ‚Regionales Pflegebudget'„)

Vielleicht ist die Initiative der Bertelsmann Stiftung ein möglicher Weg. Sie versucht, lokale Pflegebudgets zu initiieren, indem ein Teil der Einnahmen aus der Pflegeversicherung nicht nur für Individualleistungen, sondern auch für die Strukturförderung an die Kommune gegeben wird. Das könnte ein wesentlicher Baustein sein.

(Folie: „Elemente einer zukunftsweisenden Gesamtstrategie
für das Politikfeld ‚Wohnen im Alter'„)

Damit bin ich auch am Ende angelangt. Meines Erachtens werden wir die stationäre Pflege auch in Zukunft brauchen, allein aufgrund der demografischen Entwicklung. Es wird aber wichtig sein, dass wir den Fokus viel stärker als bisher auf den ambulanten Bereich legen. Dabei wird es um Wohnungen, aber eben auch darum gehen, die Versorgungssettings wie etwa durch Quartierskonzepte möglichst kleinräumig zu stärken. – Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

(Allgemeiner Beifall)

c) Sichtweise der NRW-Wohnungswirtschaft

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Wir kommen jetzt zur Sichtweise der Wohnungswirtschaft in Nordrhein-Westfalen. Es stehen Frau Sinz vom Verband der Wohnungswirtschaft und Herr Bölting vom Institut für Wohnungswesen zur Verfügung, das, wenn ich es richtig sehe, der Brain-trust des Verbandes ist. Ich nehme an, Sie fangen an, Frau Sinz. Bitte schön.

Roswitha Sinz (Verband der Wohnungswirtschaft, Düsseldorf) (Stellungnahme 16/1998): Guten Tag, meine Damen und Herren! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Sehr geehrte Frau Ministerin! Ich möchte zunächst ausdrücklich meinen Dank aussprechen, dass Sie auch die Wohnungswirtschaft neben der Vielzahl von Experten aus dem ambulanten und Pflegebereich eingeladen haben.

Frau Kremer-Preiß hat eine gute Vorlage gegeben, die ich im Grunde auch aus Sicht des Verbandes nur unterstützen kann – vielleicht bis auf die eine oder andere örtliche Differenzierung. Insofern werde ich mich kurzfassen und nur ein paar Aspekte aus der Praxis der Wohnungswirtschaft hervorheben wollen. Einen Einblick in die Datenlage und die Notwendigkeit regionaler, lokaler und kommunaler Daten wird Ihnen dann mein Kollege, Herr Bölting, geben.

Zur Verdeutlichung: Ich spreche für den VdW Rheinland-Westfalen. Es handelt sich um 460 Mitgliedsunternehmen hier in Nordrhein-Westfalen. Das heißt, wir decken knapp 20 % des Mietwohnungsbestandes in Nordrhein-Westfalen ab. Das möchte ich betonen, weil Wohnungsakteure auch andere Bauträger und Wohnungsunternehmen sind, insbesondere die Einzeleigentümer, wenn man auf das Thema des barrierefreien Wohnens kommen will. Das ist auch der Erfahrungshintergrund.

Die Wohnungswirtschaft – ich denke, das ist vergleichbar – weiß schon sehr lange, dass wir uns sehr regional, kommunal und selbst innerhalb einer Kommune stadtteilbezogen um sehr differenzierte Angebote und Bedarfseinschätzungen bemühen müssen. Ich möchte etwas, was hier mehrmals gesagt worden ist, unterstreichen: Angebot und Bedarf kann man wirklich nur lokal ermitteln. Deswegen plädieren wir definitiv für eine kommunale Stärkung.

Es ist ebenfalls auf den überwiegenden Wunsch hingewiesen worden, zu Hause wohnen zu bleiben. Es ist natürlich naheliegend, dass die Wohnungswirtschaft das unterstützt. Dabei kommen zwei Interessen übereinander: Wir haben natürlich ein Interesse daran, dass die Bewohner so lange wie möglich zu Hause wohnen bleiben. Das entspricht auch ihrem Wunsch. Das heißt natürlich, dass wir vor der Aufgabenstellung stehen, diese Wohnungen altersgerecht anzupassen, was immer das im Detail heißt. Die Wohnungswirtschaft ist in den vorstationären Versorgungsbereichen tätig: Wohnen mit Service, Wohnen mit ambulanter Betreuung, aber auch Wohnen in Wohngemeinschaften bis hin zur Einbettung von Pflegeinseln. In diesem Bereich sind wir tätig und können Erfahrungen sammeln. Wir möchten das natürlich weiter befördern. Wir möchten dem Ganzen einen Schub geben, weil es dem überwiegenden Wunsch entspricht.

Damit komme ich zur Frage: Was bedeutet das für die künftige Planung bzw. die künftige Förderung? Unser erster großer Hinweis lautet: Das Wohnen findet im Bestand statt. Das Befördern des Neubaus gerade auf angespannten Wohnungsmärkten entlang der Rheinschiene von Münster bis nach Aachen, die Sie kennen, ist auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet, aber der überwiegende Teil des Wohnens und der Investitionen findet im Bestand statt. Die Aufgabe des altersgerechten Wohnens – ich verallgemeinere das der Zeit halber – muss im Bestand gelöst werden. Das heißt für uns, dass es um Maßnahmen zum Abbau von Barrieren geht. Es geht um – wie Frau Kremer-Preiß formuliert hat – eine weitgehende Barrierefreiheit.

Das Ausmaß des Abbaus von Barrieren in den Beständen älterer Häuser seit den 50er-Jahren wird uns sehr unterschiedlich gelingen. Wenn ein quantitativer Drive erwünscht ist, wie zurecht gesagt worden ist, muss man sich über die Anforderungen zum Abbau von Barrieren auch im Sinne der Behindertengerechtigkeit unterhalten. Wir tun das im Bündnis für Wohnen, das wir abgeschlossen haben, indem wir die Themen energieeffizientes, altersgerechtes und preiswertes Wohnen – lassen Sie mich auf das Stichwort Altersarmut hinweisen – zusammenfügen. Wohnraum muss bezahlbar sein. Wir wollen Barrieren abbauen. Wir müssen den Anforderungen der Energieeffizienz genügen. Diese Aufgaben kommen im Bestand zusammen, die zu lösen sind. Wir haben es zum einen mit der Wohnraumförderung und künftig zum anderen mit der Novellierung der Landesbauordnung zu tun. Auf diesen beiden Fel-

dern werden wir unsere Positionen entsprechend beziehen, um dem altersgerechten Ausbau einen Drive geben zu können.

Jenseits des altersgerechten ambulanten Wohnens gibt es auch Wohngemeinschaften. Erlauben Sie mir einen Hinweis, weil das gerade in den letzten Wochen verstärkt auf uns als Verband zugekommen ist: Es gibt eine Reihe von Unternehmen, die Wohngruppen und Wohngemeinschaften in ihrem Wohnungsangebot haben. Natürlich gibt es auch eine Reihe von Wohngruppen speziell für Demenzerkrankte. Man sieht es zunehmend als Hindernis an, dass diese Wohngemeinschaft nach der Landesbauordnung als Sonderbau und nicht als Teil des normalen Wohnens eingestuft wird. Wir sagen: Das ist Wohnen. Das zieht sonst die besonderen Anforderungen insbesondere in Bezug auf den Brandschutz und Weiteres nach sich. Wir plädieren dafür, sich im Rahmen der Novellierung der Landesbauordnung auch dieser Thematik anzunehmen – allein schon aus Gründen der Zeitdynamik. Es gibt natürlich anbieterorientierte Wohngemeinschaften noch geringen Alters, weil sie nicht den Weg der selbstverantworteten Gruppenbildung vorab gehen wollen. Das Wohnungsunternehmen ist der Anbieter. Aber zeitdynamisch kann es zu einem Pflegebedarf kommen. Dann kommt man zu dieser Themenstellung.

Ich sehe auf die Uhr. Ich bin meine wesentlichen Botschaften losgeworden und leite zu Herrn Bölting über. – Danke.

(Beifall)

Torsten Bölting (Institut für Wohnungswesen, Immobilienwirtschaft, Stadt- und Regionalentwicklung, Bochum): Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Sehr geehrte Frau Ministerin! Auch ich bedanke mich für die Einladung und möchte nur mit ein paar kurzen Folien und Statements unterlegen, was Frau Sinz schon dargestellt hat. Ich möchte auf drei Themen eingehen,

Erstens. Die räumliche Ebene, über die wir eigentlich reden. Wir befinden uns im Landtag; es geht so um das Land Nordrhein-Westfalen.

Zweitens. Angebote altersgerechter Wohnungen; das ist gerade schon angeklungen. Wie könnte oder sollte man das erheben?

Drittens. Bedarf und Nachfrage nach altengerechten Wohnungen.

(Präsentation, Stellungnahme 16/2036.
Folie: „Alterung in NRW“)

Bei der räumlichen Ebene sieht man natürlich, dass Alterung überall stattfindet, aber in sehr unterschiedlichen Geschwindigkeiten. Diese Folie zeigt, dass die Kommunen sehr unterschiedlich gealtert sind. Wir kommen also zu unterschiedlichen Graden der Überalterung oder – wie ich lieber sage – der Unterjüngung. Denn es ist ja nicht so, dass wir zu viele alte Menschen hätten, sondern an einigen Stellen zu wenige jüngere.

(Folie: „Alterung auf kleinräumiger Ebene – Beispiel Essen“)

Zoomt man weiter in irgendeine Stadt hinein – hier ist es beispielhaft Essen –, dass das auch kleinräumig ausdifferenziert. In den Kommunen selbst gibt es sowohl Gebiete, die von einer solchen Unterjüngung betroffen sind, als auch Gebiete, die noch nicht so davon betroffen sind. Das macht das Ganze so schwierig, um es von Landesebene aus anzugehen. Denn die Angebote und Bedarfe sind sehr unterschiedlich ausgeprägt. Das müssen wir also im Kopf behalten. Gingen wir noch weiter hinein – die Quartiersebene hat Frau Kremer-Preiß schon angesprochen, würden wir noch da einen deutlichen Flickenteppich erkennen können.

(Folie: „Welche Angebote an altersgerechten Wohnformen gibt es in NRW?“)

Wenn wir über den Bedarf und die Nachfrage reden wollen, müssen wir uns erst einmal über das Angebot Gedanken machen. Was gibt es schon? Frau Kremer-Preiß hat das ausführlich dargelegt. Ich möchte nur kurz darstellen: Es gibt knapp 9 Millionen Wohnungen in Nordrhein-Westfalen. Aus den Wohnungsbeständen heraus lässt sich verlässlich kein Hinweis zur Eignung für ältere bzw. bewegungseingeschränkte Personen ableiten. Das gibt die Statistik schlicht nicht her. Wir wissen es nicht. Wir wissen, dass etwa 4,7 Millionen Wohnungen in Mehrfamilienhäusern sind, aber sie sind natürlich nicht alle barrierearm oder -frei erschlossen. Ich hab die Zahlen des KdA grob danebengelegt: Etwa 3,6 % – so kann man annehmen – sind wahrscheinlich barrierereduziert oder barrierefrei. Ich sage „wahrscheinlich“, denn es handelt sich immer um Schätzungen und Hochrechnungen, die dem zugrunde liegen. In den Kreisen auf der Folie sehen Sie einige ältere Erhebungen, in denen man immer versucht hat, sich an die Bestandsgröße anzunähern. Es ist aber einfach schwierig, wie wir aus eigener Erfahrung wissen. So genau weiß man das eigentlich nicht.

(Folie: „Welche Angebote an altersgerechten Wohnformen gibt es in NRW?“)

Man weiß allerdings, dass das Thema der Bestandsanpassung deutlich wichtiger ist; das hat Frau Sinz gerade schon deutlich gemacht. Allein über den Neubau werden wir den Bedarf – egal, wie groß er nun sein mag – an altersgerechten Wohnungen in absehbarer Zeit nicht decken können. Ein Thema in diesen ganz Überlegungen lautet auch: Sind die speziellen neuen Wohnformen, die auch schon angeklungen sind, gar nicht wirklich strukturell einzubeziehen sind? Weil sie so vielfältig sind und sie sich oft gar nicht über die bauliche Ausgestaltung differenzieren lassen, ist es sehr kompliziert. Experten gehen von im Moment bis zu 600 Wohngruppen aus. Frau Kremer-Preiß, Sie kommen auf über 500. Wenn man die 5.000 Wohngruppen für 50.000 Menschen erreichen will, ist das also noch eine ganz erhebliche Lücke. Aber auch da gilt: Niemand weiß es genau. Sie sind nicht meldepflichtig.

Bei der Kleinräumigkeit wissen wir das erstrecht nicht. Wenn wir ganz Nordrhein-Westfalen anschauen, haben wir eine große Blackbox.

(Folie: „Welche Bedarfe an altersgerechten Wohnformen bestehen?“)

Bei den Bedarfen kann man natürlich von den Pflegequoten ausgehen; das ist ein wichtiger Hinweis. Die Kolleginnen haben das schon dargelegt. Man kann andere Verfahren wählen; Frau Kremer-Preiß hat auf die Einschätzungen des Bundes abgehoben. Prognos geht in einer Studie für den Bund davon aus, dass man etwa 2,05 Millionen in Deutschland braucht. Das wären ungefähr 5 % des Bestandes. Auch hier sehen Sie die Lücke zwischen den 5 %, die wir jetzt schon brauchen, und den ca. 3 %, die wir möglicherweise haben.

Ich möchte aber auch darauf hinweisen, dass Bedarf und Nachfrage völlig unterschiedliche Dinge sein können. Der Bedarf ist letztlich eine rechnerisch ermittelte Größe. Die Nachfrage – auch das ist schon angeklungen – sieht möglicherweise anders aus. Dort stehen Faktoren wie Selbstständigkeit, Eigenständigkeit und Selbstverantwortlichkeit im Vordergrund. Das wird von den Befragten in allen möglichen Studien immer wieder genannt. Deshalb muss man beachten, dass die tatsächlichen Wünsche der Personen, um die es geht, möglicherweise noch viel heterogener sind, als wir das und diese Zahlen eigentlich abbilden können.

(Folie: „Für die Zukunft“ – Teil 1)

Auch ich werde nicht widersprechen, wenn jemand sagt: Wir brauchen mehr altersgerechte Wohnungen. Das ist keine Frage; natürlich brauchen wir sie. Es bedarf aber mehr nachfrageorientierter, kleinräumiger Angebote mit unterschiedlichen Ausrichtungen, die das Wohnumfeld und anders einbeziehen und die nicht rein stationär oder ambulant sind. Möglicherweise gibt es Mischformen, Stichwort: Welfare-Mix.

Die Zahlen zu den Fragen, wie viele genau, mit welcher konkreten Ausstattung, mit welchen pflegerischen Angeboten, mit welchen Schwerpunkten – Stichpunkt: Beatmungspatienten und was es noch alles gibt–, sind aus meiner Sicht zurzeit nicht seriös abzuleiten. Das ist sehr schwierig.

(Folie: „Für die Zukunft“ – Teil 2)

Deshalb sind wir der Auffassung, dass wir eigentlich eine integrierte Sozialplanung in den Kommunen und Kreisen brauchen – das ist schon angesprochen worden. Diese Ebene kann das technisch und personell überhaupt noch leisten. Ich war in vielen Kreisen unterwegs, in denen man merkt: Die einzelnen kleinen Kommunen sind damit einfach heillos überfordert. Insofern ist die Ebene und der kreisfreien Stadt wichtig. Aber es muss auch auf Ebene großer Landkreise um die kleinräumige Versorgung gehen, also letztlich um quartiersbezogene Konzepte, die eine große Rolle spielen. Es gibt erste Kreise in Nordrhein-Westfalen, die das sehr erfolgreich umsetzen und Ansätze gefunden haben wie beispielsweise im Ostwestfälischen oder in Teilen des Ruhrgebiets.

Es sollte eine fundierte Erhebung des Angebots geben, wenn wir denn über Förderprogramme auf Landesebene diskutieren möchten und müssen. Dazu muss man wissen, was es gibt. Dafür brauchen wir eine Art Datenbank. Irgendwann müssen wir uns dazu zwingen, auch wenn die Daten schwer zu erheben sind. Wir müssen es einfach machen. Über die Pflegeplätze wissen wir vieles; über alles andere wissen

wir eigentlich nichts. Frau Kremer-Preiß hat schon gesagt: Über 90 % der älteren Menschen wohnen einfach zu Hause und wollen das auch so.

Um das kleinräumig konzeptionell umsetzen zu können, brauchen wir die kommunale Wohn- und Versorgungsplanung, wie wir es genannt haben. Wie man es letztlich bezeichnet, mag eine andere Frage sein. Wir brauchen wieder die kommunalen Konzepte, die partizipativ mit dem Fokus auf Quartiersebene angegangen werden. – Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Wir bedanken uns für den Vortrag. – Ich bitte Frau Sinz und Frau Kremer-Preiß nach vorne, weil wir jetzt in die Diskussionsrunde gehen. Ich bitte diejenigen, die sich in der Diskussion zu Wort melden, zu sagen, an wen Sie die Frage richten wollen, wenn Sie sie möglicherweise gezielt an jemanden richten wollen. Wer wünscht das Wort? – Bitte schön.

Martina Maaßen (GRÜNE): Frau Kremer-Preiß, Sie haben sehr dezidiert dargelegt, dass man durch den Ausbau ambulanter Versorgung stationär vielleicht zurückfahren kann; ich formuliere es einmal so. Die Verknüpfung von ambulanten Wohnformen mit dem Quartiersgedanken kam auch im zweiten Vortrag zum Ausdruck kam. In der Stellungnahme der Freien Wohlfahrtspflege, mit der wir uns später noch befassen, wird ganz entgegengesetzt argumentiert. Dort wird prognostiziert, dass wir die stationären Plätze bis zum Jahr 2050 im gleichen Maße ausbauen müssen. Mich interessiert, wie Sie diese Bewertung einschätzen.

Ursula Kremer-Preiß (Kuratorium Deutsche Altershilfe): Das haben wir auch schon gehört. Ich denke, dass wir die stationäre Pflege in Zukunft brauchen werden. Es wird allein angesichts der demografischen Entwicklung einen weiteren Ausbau geben. Unser Credo lautet einfach nur, dass man die Energien bündelt und mehr als bisher in den ambulanten Bereich leitet. Alles das, was wir in Zukunft brauchen werden, kann nicht nur mit stationärer Pflege beantwortet werden. Soviel wie möglich sollte in die ambulante Versorgung gelegt werden. Ich habe versucht, deutlich zu machen, dass das heißt, dass wir andere Energien brauchen, die wir für den ambulanten Bereich aufwenden müssen. Wenn wir so weiter machen wie bisher und an unseren Strukturen nichts ändern, wird der Ausbau der stationären Pflege auf jeden Fall in einem entsprechend notwendigen Rahmen liegen, wie er schon vor einigen Jahren prognostiziert worden ist. Als ich mich damit befasst habe, hat man darüber diskutiert, dass man bis zum Jahre 2050 die Zahl der stationären Pflegeplätze verdoppeln müsste, wenn wir an den bestehenden Strukturen nichts ändern. Schon jetzt haben wir 30 % mehr im Vergleich zum Beginn. Wenn wir so weitermachen, bekommen wir die Verdoppelung. Unser Credo lautet einfach: Schaut nicht nur auf die stationäre Pflege. Sie ist notwendig; die Frage ist nicht, sie abzuschaffen. Ein gewisser Ausbau vor allen Dingen für die Gruppen, die eben benannt worden sind, für die es vielleicht auch lokal keine Alternativen gibt, wird auch erforderlich sein. Aber wir sollten mehr Energie und Aufmerksamkeit in den ambulanten Bereich lenken.

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Herr Wegner.

Olaf Wegner (PIRATEN): Meine Frage richtet sich auch am Frau Kremer-Preiß und in dieselbe Richtung. Auf der einen Seite berufe ich mich auch auf die Stellungnahme der Freien Wohlfahrtspflege, die darlegt, dass der Anteil von Pflege im Heim gegenüber der Pflege zu Hause stabil geblieben sei. Sie gibt das Verhältnis mit 70 zu 30 an. Können Sie diese Zahlen bestätigen? Falls ja: Wie groß wird der Anteil derjenigen sein, die im Heim gepflegt werden? Gibt es belastbare Zahlen in Bezug auf die 30 %, die zu den 70 % wandern? Dass beide Gruppen wachsen, ist klar. Die Frage ist: Wie steigen die Zahlen im Verhältnis zueinander?

Ursula Kremer-Preiß (Kuratorium Deutsche Altershilfe): Das ist natürlich schwer, quantitativ einzuschätzen. Man kann nur spekulieren wie bei den Wohnformen, weil wir keine belastbaren Zahlen haben. Zum Teil gibt es auch keine Wirkungsstudien: Wir können nicht sagen, dass bestimmte Maßnahmen wirklich die gewünschten Auswirkungen haben. Wir kennen wenige Zahlen, eine ältere Studie, die Nordrhein-Westfalen bei der Wohnberatung durchgeführt hat: Welche Konsequenzen hätte es, wenn wir das systematisch ausbauen auf die Vermeidung von stationärer Pflege? Es kursierte eine Zahl von 15 %. Ob das wirklich belastbar ist, kann ich nicht beantworten.

Die Studie, die das Bundesbauministerium vorgelegt hat, die auch Prognos durchgeführt hat, geht davon aus, dass man zu etwas mehr als eine Halbierung kommen könnte, wenn man wirklich sehr intensiv mit vielen Mitteln in diesen ambulanten Bereich investiert. Auch das sind Spekulationen. Ich kann Ihnen nur die Studien nennen. Ob das so eintreten wird, kann ich natürlich nicht sagen.

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Herr Garbrecht.

Günter Garbrecht (SPD): Die Zahl der 128 Wohnberatungsstellen ist im bundesweiten Vergleich durchaus bemerkenswert. Die Zahl sagt aber noch nichts über die Qualität der Leistung, der Beratung und ihrer Inanspruchnahme aus. Ich weiß nicht, ob ich die Frage richtigerweise an Sie richte oder ob sie eher Herr Rohe als Vertreter der Pflegekassen sie beantworten kann: Wie viele Leistungen nach § 40 SGB XI sind über die Wohnberatung im Vergleich zu den anderen Bundesländern in Nordrhein-Westfalen verausgabt worden? Das wäre ein gewisser Anhaltspunkt für die qualitative Arbeit der Wohnberatungsstellen. Können Sie das beantworten, oder kann das jemand anders hier im Kreis? Vielleicht die Wohlfahrtspflege, die vielfach Trägerin bzw. Mitträgerin der Wohnberatungsstellen ist? Vielleicht die Kommunalen Spitzenverbände? Es sind mehrere involviert.

Ursula Kremer-Preiß (Kuratorium Deutsche Altershilfe): Ich kann nur als Anhaltspunkt bundesweite Erhebungen nennen; ich bin allerdings zurzeit nicht so involviert. Anpassungsmaßnahmen nach § 40 sind nach meinen Informationen im Jahr 2011 in Höhe von 8 bis 13 % in Anspruch genommen worden – je nachdem, ob es

sich um private oder gesetzliche Krankenkassen gehandelt hat. Ich nehme aber an, dass die Kassenvertreter viel besser Bescheid wissen als ich.

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Dann fragen wir doch einfach mal. Ist jemand im Saal, der die Frage eingehender beantworten kann und möchte? – Das ist erkennbar nicht der Fall. Dann hat Herr Scheffler das Wort.

Michael Scheffler (SPD): Frau Kremer-Preiß, Sie haben in Ihrem Vortrag gesagt, dass die Pflegeversicherung nicht nur Pflege fördern, sondern auch in die Strukturförderung gehen könnte. Das halte ich für einen ganz interessanten und wichtigen Aspekt, weil die Ministerin gerne darauf hinweist, dass die Pflegeversicherung nicht unerhebliche Summen einsparen kann, wenn die Ambulantisierung vorangetrieben wird. Ist das heute nach der Rechtslage schon möglich? Haben Sie vielleicht Hinweise, ob man solche Strukturförderungen schon an anderer Stelle vornimmt? Ich gehe davon aus, dass die Pflegeversicherung ein wesentliches Interesse daran haben müsste, dass vorrangig im gesamten ambulanten Bereich Investitionen oder Strukturförderungen angestoßen werden.

Ursula Kremer-Preiß (Kuratorium Deutsche Altershilfe): Die Überlegungen zum lokalen Pflegebudget kommen von der Bertelsmann Stiftung. Das ist ein Vorschlag, mehr in die Strukturförderung zu gehen, die über die Pflegekasse finanziert wird. Im Gutachten der Bertelsmann Stiftung wird auch die rechtliche Problematik angedeutet; ich habe sie jetzt nicht alle präsent. Sie können sie dort sehr dezidiert nachlesen.

Soweit ich informiert bin, ist die Umsetzung noch nicht erfolgt. Das ist ein erster Diskussionsvorschlag, der erst einmal in die Runde gebracht worden ist.

Moderator Herrmann-Josef Arentz: Danke schön. – Gibt es weitere Fragen oder Anmerkungen? – Wenn das nicht der Fall ist, darf ich Ihnen Dreien ganz herzlich danken. Damit kommen wir zur nächsten Runde.

II. Pflegebedarfe und Status aus Sicht der Kommunen, Kostenträger, Anbieter, Betroffenen

a) Kommunale Spitzenverbände: Sicherstellung und Prognose

Moderator Hermann-Josef Arentz: Zuerst haben die kommunalen Spitzenverbände das Wort. – Herr Limbach, sprechen Sie für alle?

(Zustimmung von Rainer Limbach [Landkreistag NRW])

– Das ist wunderbar, dann haben Sie das Wort.

Rainer Limbach (Landkreistag NRW) (Stellungnahme 16/1958): Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Frau Ministerin, sehr geehrte Damen und Herren, auch wenn wir jetzt perfekt in der Zeit liegen, darf ich Ihnen zusichern: Mit den vorgesehenen zehn Minuten Redezeit komme ich aus.

Für die Einladung zum heutigen Expertenhearing bedanken wir uns und nehmen gerne zu den Fragen der Sicherstellungsverantwortung und der Bedarfsplanung Stellung. Wir tun dies – nicht anders, als wir das im Vorfeld bereits mit unserer schriftlichen Stellungnahme getan haben – als kommunale Familie insgesamt, das heißt, ich spreche heute für die kommunalen Spitzenverbände und beide Landschaftsverbände.

Die Verantwortung der Städte und Kreise in NRW, für eine bedarfsgerechte pflegerische Angebotsstruktur zu sorgen, ist – genau genommen – eine Spezialausprägung der kommunalen Daseinsvorsorgeverpflichtung. Diese wird sich richtigerweise auch im neuen Landespflegerecht finden. Die Pflegebedarfsplanung ist somit ein Teilbereich der kommunalen Sozialplanung insgesamt. Die Leistungen auf der Einzelfallebene sind in den einzelnen Sozialgesetzbüchern ausgestaltet, im Fall der Pflege allerdings mit einigen Besonderheiten. Hierzu zählt insbesondere, dass die beitragsfinanzierte Pflegeversicherung in den meisten Fällen keine auskömmliche Finanzierung der Leistungen abdeckt, sondern die kommunal verantwortete Hilfe zur Pflege als eine Form der Sozialhilfe aus Steuermitteln die Deckungslücken schließen muss.

Diese Lücken sind, wie die Ausgabensteigerungen der Kommunen deutlich machen, gravierend. Wir haben gerade etwas zu den Prognosen gehört, die entsprechende Steigerungen vorhersagen. Soweit der Anspruch nicht bereits zu Beginn des Leistungsbezugs besteht, tritt jedenfalls in dessen Verlauf der Sozialhilfebedarf ein. Diese Belastungen für die kommunalen Sozialhilfeträger werden, wie gesagt, weiter ansteigen; neben dem demografischen Aspekt wirkt sich insbesondere in NRW die hohe Zahl der Menschen aus, die bestenfalls unterbrochene Erwerbsbiographien aufweisen, wenn der Pflegebedarf eintritt.

Die zweite Besonderheit ist, dass die Einflüsse der Kommunen sowohl auf die Leistungsinhalte als auch auf die Angebotsstrukturen begrenzt sind. Die kommunale Pflegebedarfsplanung ist nicht selbstvollziehend und insoweit kein Plan im engeren verwaltungsrechtlichen Sinn.

Bezogen auf die Sicherstellungsverantwortung bedeutet dies, dass die Verantwortung nicht mit einem Katalog von Steuerungskompetenzen einhergeht, sondern ausgehend von der Verpflichtung zur Marktbeobachtung stark auf ein gemeinsames und konsensuales Zusammenwirken aller Akteure vor Ort im Sinne von Maßnahmen der Marktkorrektur ausgerichtet ist. Abzuwarten bleibt, welche Veränderungen oder zumindest Impulse die Arbeitsgruppe beim Bundesgesundheitsministerium vorschlagen wird, die sich mit der Steuerung der Pflegeleistungen im Generellen und den kommunalen Einflussnahmen im Besonderen seit Kurzem beschäftigt.

Die Sicherstellungsverantwortung bezieht sich darauf, gemeindeintegrierte und damit wohnortnahe Angebote zur Verfügung zu stellen. Dabei sind natürlich gerade in den Ballungsräumen von NRW die Kommunalgrenzen nicht entscheidend, sondern viel-

mehr die Wohnortnähe. Die kommunalen Beispiele, die nachher Gegenstand des dritten Teils der Veranstaltung sein werden, lassen dabei die Bandbreite der Aktivitäten erkennen, die sich aus einer sehr unterschiedlich gewachsenen örtlichen Pflegeinfrastruktur ergibt.

Festmachen möchte ich dies an der auch hier im Ausschuss im Rahmen der Anhörung diskutierten Frage, wie sich der Bedarf für weitere stationäre Plätze landesweit perspektivisch darstellt. Hierzu lassen sich die Kommunen in drei Gruppen aufteilen. Die kleinste Gruppe der Städte und Kreise weist darauf hin, dass in ihrem Gebiet eine Unterversorgung besteht, die angesichts der demografischen Daten einen weiteren stationären Ausbau erforderlich macht. Eine etwas größere Gruppe weist darauf hin, dass ein Platzüberhang vor Ort besteht, der sich auch nicht im Wege von Belegungen aus benachbarten Kommunen regulieren lässt und daher zwangsläufig die Träger der Pflegeeinrichtungen vor wirtschaftliche Probleme stellt. Die mit Abstand größte Gruppe allerdings erklärt, dass die stationären Kapazitäten bedarfsgerecht und daher keine Neubauten mehr angezeigt sind.

Der Pflegebedarfsplanung geht die Entwicklung von Prognosen zwangsläufig voraus. Jede Fehlplanung trägt dazu bei, dass Bedarfe und Angebote entweder qualitativ oder quantitativ nicht zueinander passen. Grundlagen der Prognosen sind naturgemäß die demografischen Strukturen der einzelnen Kommunen, aber vor allem auch die Erkenntnisse, die aus der vorgelagerten Beratungsarbeit und den konkreten Auswahlentscheidungen der pflegebedürftigen Menschen entstehen. Hierzu zählen die heute schon mehrfach angesprochenen Wohnberatungsstellen, die Seniorenberatung gleichermaßen sowie die Pflegestützpunkte und die Entwicklung der Einzelfallhilfen insgesamt.

Diese prognoserelevanten Faktoren gilt es, in den Städten und Kreisen in konkrete Entwicklungen zu transferieren. Idealerweise erfolgt die Bündelung der Erkenntnisse und die Planung, also die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der örtlichen Pflegeinfrastruktur zwischen Kommune und den Leistungsanbietern, in der örtlichen Pflegekonferenz.

Die gesetzlichen Stärkungen der Pflegekonferenz, indem ihre Festlegungen einen höheren Verbindlichkeitsgrad erhalten, begrüßen wir ausdrücklich. Ferner halten wir es für sachgerecht, in Bezug auf stationäre Neubauten im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten zu einer echten kommunalen Bedarfsfeststellung zu gelangen. Wir halten diesen Weg für rechtlich machbar, mit der Berufsausübungsfreiheit des Art. 12 GG und den europarechtlichen Vorgaben für vereinbar und vor allem angesichts der Erfahrungen der Vergangenheit für planerisch geboten. Neubauvorhaben im Zuschnitt von Investorenmodellen, die mit kommunalen Förderpauschalen Renditen von 7 % erwirtschaften, sind nach unserer Auffassung schlichtweg aus der Zeit gefallen und mit der Finanzkraft der Kommunen nicht mehr zu vereinbaren.

Wesentlich ist ferner, dass die Angebotslandschaft weiter ausdifferenziert wird. Der Wunsch fast aller Pflegedürftigen ist, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit und damit den gewohnten Sozialbeziehungen zu verbleiben. Dies bedeutet, dass der Schwerpunkt auf dem Ausbau der ambulanten Strukturen liegt, aber sicherlich auch im teilstationären Bereich mit den Angeboten der Tages- und Nachtpflege im Hinblick

auf die Entlastung der pflegenden Personen. Diese Entwicklung ist ihrerseits in die kommunale Quartiersentwicklung eingebettet, die die Wohn- und Infrastruktur insgesamt in den Blick nimmt. Der Begriff des Quartiers ist dabei naturgemäß in Köln-Mitte anders auszufüllen als im Hochsauerlandkreis.

Ambulante und alternative Wohnformen existieren bislang nicht in dem Ausmaß, in dem sie benötigt werden. Die Neufassung des Wohn- und Teilhabegesetzes greift zwar diese Entwicklungen in ordnungsrechtlicher Hinsicht auf, ersetzt aber den planerischen Impuls und die Initiative vor Ort nicht, solche Angebote zu etablieren. Hindernisse – das will ich gar nicht verschweigen – hierfür gibt es genug, angefangen vom fehlenden geeigneten Wohnraum, der barrierefrei sein sollte, bis hin zu den Schwierigkeiten auf der Vertrags- und Finanzierungsebene. Gleichwohl ist der Weg richtig, neue Wohnformen zu entwickeln, die von Wohngemeinschaften verschiedener Selbständigkeitsgrade bis hin zu Hausgemeinschaftskonzepten reichen.

Bei diesen Ausbauanstrengungen geht es nicht darum, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ in ein Prinzip des „ambulant anstatt stationär“ zu verkehren. An diesem Punkt werden leider nach wie vor Zerrbilder gezeichnet, welche die Sorgen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen vor einer unzureichenden pflegerischen Versorgung schüren. Um es ganz deutlich zu sagen: Keiner der kreisfreien Städte und keinem der Kreise im Land ist daran gelegen, die Bürger im Pflegebedarfsfall in vermeintlich überversorgte Regionen des Landes zu verschicken.

Auch geht es nicht darum, Menschen in ambulante Versorgungsformen abzudrängen – die übrigens keinesfalls automatisch weniger kostenintensiv sind – und auf diese Weise einen gesteigerten Zugangsdruck in die stationäre Pflege abzufangen. Die Wiedereinführung von Wartelisten für Pflegewohnheime wird sich in den Kommunen niemandem vermitteln lassen. Dass es dazu nicht kommen wird, liegt auch an den alternativen Versorgungsformen, die den stationären Solitär am Ortsrand mit Blick ins Grüne, aber ohne Anbindung an das bisherige Lebensumfeld für die Pflegebedürftigen weniger attraktiv werden lassen.

Die Schritte zur Weiterentwicklung der örtlichen Pflegeinfrastruktur werden nach unserer Auffassung dazu beitragen, zugleich auch die Grenzziehung zwischen stationären und ambulanten Versorgungsformen aufzuweichen; auch da schließe ich mich mehreren Vorrednerinnen und Vorrednern an. Es gilt, die beiden Säulen wirksamer miteinander zu verzahnen. Dies ist übrigens eine Entwicklung, die aus kommunaler Sicht beispielsweise bei der Behindertenhilfe, also der Eingliederungshilfe gemäß SGB XII, in NRW seit Jahren befördert wird, und die durch das künftige Bundesleistungsgesetz hoffentlich weiter unterstützt werden wird.

Eben weil die Verhältnisse in NRW in der Pflege derart heterogen sind, wird es einen punktuellen Neubau stationärer Angebote gleichermaßen wie einen Ab- und Rückbau geben, der gegebenenfalls schon im Zuge der Herstellung der Einzelzimmerquote von 80 % im Jahr 2018 vollzogen sein wird. Die seinerzeitigen hohen fünfstelligen Platzzahlen, deren Wegbrechen vorhergesagt wurde, sind inzwischen in der Diskussion deutlich nach unten korrigiert worden. Zu unseren Prognosen darf ich auf Seite 2, Ziffer 2 unserer gemeinsamen Stellungnahme verweisen.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass die absehbaren Veränderungen der APG-DVO immer auch am Ziel der Kostenneutralität für die Kommunen zu messen sein werden. Die Verfahrensvereinbarung, die die kommunalen Spitzenverbände hierzu mit der Landesregierung schließen werden, soll in diesem Punkt zusätzliche Sicherheit bieten – übrigens für beide Seiten. Die Neuregelung der Investitionskostenförderung wird weder die bestehenden Strukturen gefährden, noch die nötigen Aus- und Umbauprozesse im Land hindern, wohl aber infolge der Abkehr vom Pauschalierungssystem einen Transparenzzuwachs für die Pflegebedürftigen und die Kommunen bewirken, der aus unserer Sicht überfällig war. – Vielen Dank.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank, Herr Limbach. – Für die Pflegekassen hat jetzt Herr Rohe das Wort.

b) Pflegekassen

Wilhelm Rohe (Verband der Ersatzkassen e. V.): Wir haben uns aus Sicht der Pflegekassen das Thema aufgeteilt. Ihr Einverständnis vorausgesetzt, würde Herr Pannen gern beginnen.

Ulrich Pannen (Landesverband der Pflegekassen) (Stellungnahme 16/1983): Herr Vorsitzender, Frau Ministerin, vielen Dank für die Gelegenheit, heute zum Hearing beitragen zu dürfen.

(Präsentation: Entwicklung und Bedarfe in der stationären und ambulanten Pflege in Nordrhein-Westfalen, Stellungnahme 16/2035)

Wir haben heute schon viele gute Ideen gehört, wie wir Versorgungsstrukturen ausbauen könnten, etwa durch die Vernetzung von Medizin, Pflege und Wohnungswirtschaft. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass wir das noch nicht haben. Wir sind heute auch hier, um über Fakten zu sprechen.

Vor diesem Hintergrund spare ich mir ein paar Folien, denn Frau Schaeffer hatte einige Folien gezeigt, die ich ähnlich vorbereitet habe. Über diese springe ich in meinem Vortrag hinweg, wenn Sie einverstanden sind.

(Folie: Die demografische Entwicklung in Nordrhein-Westfalen)

Ich komme auf die erste Folie zu sprechen, indem ich deutlich machen möchte, dass wir bis 2030 1,6 Millionen weniger Erwerbstätige in NRW und etwa 1 Million Menschen im Alter über 65 Jahren mehr haben werden. Insgesamt schrumpft die Bevölkerung aber um 651.000. Das heißt, wir werden insgesamt 1,6 Millionen weniger Erwerbstätige, aber wesentlich mehr Seniorinnen und Senioren haben.

Ich lasse ein paar Folien aus, denn ich möchte Ihnen Folie 7 zeigen.

(Folie: Entwicklung der Pflegebedürftigen 2011 bis 2018)

Sie macht deutlich, dass wir bis 2018 weitere 51.000 Pflegebedürftige haben werden. Die Zahlen basieren auf den Daten von IT.NRW; sie sind abgeklärt mit den Zahlen

des BMG. Ich möchte an dieser Stelle deutlich machen, dass ich mir nicht vorstellen kann – ich habe keine Erfahrungen in den letzten 20 Jahren der Pflegeversicherung –, dass eine Vielzahl von Menschen in Nordrhein-Westfalen freiwillig ihre Wohnung verlassen und ins Pflegeheim gehen. Ich erlebe – egal, wo ich bin – immer das Umgekehrte: Die Menschen würden gern so lange wie möglich zu Hause bleiben.

Trotzdem haben heute die Wissenschaftler deutlich gemacht – das deckt sich mit unseren Zahlen –: 29 % der Pflegebedürftigen sind seit 1995 konstant in der stationären Pflege. Wir haben eine demografische Steigerung der Anzahl der älteren Menschen; ich habe das gerade deutlich gemacht. Die Tendenz, auch weiterhin stationäre Pflege zu benötigen, gibt es.

Mich hat eben erstaunt, dass wir eine durchschnittliche Verweildauer von 36 oder 37 Monaten haben. Ich habe andere Erkenntnisse, die mir deutlich machen, dass stationäre Einrichtungen schon verlängerte Hospize sind, weil die Menschen immer öfter in der letzten Lebensphase dort untergebracht werden. Ob das politisch gewünscht ist, ist eine völlig andere Frage. Aber Fakt ist – das merkt man in der häuslichen Krankenpflege und an den Ausgaben der Krankenversicherung –, dass die Menschen versuchen, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben und sich erst dann, wenn es nicht mehr geht, in der letzten Lebensphase, ins Pflegeheim begeben.

Im Übrigen darf ich auch darauf hinweisen, dass der Medizinische Dienst in jedem Einzelfall die Heimnotwendigkeit prüft. Das ist kein Laissez-faire, sondern er schaut sehr genau, welche sozialen Strukturen, welcher Hilfebedarf im Umfeld usw. vorhanden sind.

(Folie: Angebot und Inanspruchnahme stationärer Pflegeeinrichtungen in NRW 2014/2018)

Ich möchte Sie für ein ganz großes Thema sensibilisieren, das mich und die Kassen total umtreibt. Schauen Sie sich die Bedarfe an: Zurzeit haben wir 178.000 Pflegeplätze. Sie sind im Schnitt zwischen 94 % und 98 % belegt. Der Wert von 94 % kommt dadurch zustande, dass einige Heime einen Belegungsstopp aufgrund schlechter Qualität haben. Wir haben Neubauten, die noch nicht ausgelastet sind und die noch nicht die Fachkräfte haben, um ausgelastet zu sein. Daher ist das eine kleine Verschiebemasse. Aber wir haben einen landesweiten Standard von 98 % Auslastung vereinbart. Warum sind das 98 %? Wir möchten nicht, dass das Bett warm belegt wird, dass es also noch warm ist, wenn es neu belegt wird. Es sollte eine gewisse Kultur des Abschiednehmens möglich sein. Erst dann sollte das Bett neu belegt werden. Außerdem hat man Renovierungsbedarf in den Zimmern und Ähnliches. Deswegen haben wir mit den Einrichtungen seit bald über 20 Jahren diese 98 % vereinbart.

Wir werden – das ist eine Einschätzung aus dem Landespflegeausschuss, die ich einfach übernehme – bis 2018 ungefähr 12.000 Heimplätze verlieren. Zurzeit haben wir 10.600 freie Heimplätze. Ich sage Ihnen ganz ehrlich: Die brauchen wir, weil es oftmals eingestreute Kurzzeitpflegeplätze sind, durch die wir pflegende Angehörige entlasten. Das heißt, wenn sich die Angehörigen erholen möchten oder selbst ins Krankenhaus kommen, muss man die Chance haben, kurzfristig jemanden unterzu-

bringen. Unglücklich ist natürlich, dass diese Plätze einen Teil des Jahres leer stehen. Aber in der Feriensaison reicht diese Platzkapazität überhaupt nicht aus. Vertraglich vereinbart sind 7.500 Kurzzeitpflegeplätze. Wenn wir 12.000 Plätze abbauen – das können Sie selbst erkennen – haben wir keine Dispositionsmasse zur Entlastung pflegender Angehöriger. Ich halte das für eine ganz fatale Entwicklung. Denn eigentlich sollte mit dem Gesetz erreicht werden, dass pflegende Angehörige entlastet werden.

(Folie: Angebot und Inanspruchnahme
ambulanter Pflegeeinrichtungen in NRW I)

Wir haben versucht, das Angebot durch ambulante Dienste zahlenmäßig aufzubereiten. Man kann sagen, dass bis 2018 gegenüber 2011 etwa 14.000 weitere Versorgungen auf uns zukommen.

Im Übrigen hatte ich die Zahl von 51.000 Pflegebedürftigen genannt, die auf uns zukommt. Man muss dazu wissen: Wenn wir die Zahl von 29 % in stationärer Pflege im Kopf behalten – die Menschen stimmen nach den Bedarfen ab, und die Bedarfe werden ein Stück weit so bleiben; sie werden sich vielleicht marginal ändern, aber die Menschen werden vermutlich nicht deutlich gesünder werden –, merkt man, dass wir 14.000 weitere Plätze bräuchten. Das alles steht demnächst im Internet.

(Folie: Angebot und Inanspruchnahme
ambulanter Pflegeeinrichtungen in NRW II)

Wir haben das berechnet, und Sie können das nachvollziehen: Wenn man anhand des Personalschlüssels – etwa 0,13 hat sich in den letzten Jahren abgezeichnet – die ambulante Pflege hochrechnen würde, bräuchten wir 2018 17.698 Pflegekräfte. Wir haben versucht, das abzubilden. Sie sehen: 2014/2015 haben wir noch einen erheblichen Personalbedarf. Durch die Ausbildungsoffensive, die wir gestartet haben, könnte es sein, dass wir eine gewisse Entspannung erfahren.

(Folie: Anzahl der Beschäftigten in der Altenpflege)

Aber der Verlust an Fachkräften ist die Schwachstelle. In der Vergangenheit wurde er mit 2.737 pro Jahr festgestellt, Stichworte: Berentung, Ruheständler usw. Wir haben ihn fortgesetzt. Ich weiß aber nicht, ob das stimmt. Denn in den Pflegesatzverhandlungen widerfährt es mir ganz oft, dass ich das Argument höre: Wir zahlen nach Tarif und haben ganz viele ältere Beschäftigte und Mitarbeiter. – Daher habe ich ein bisschen Sorge, dass diese Zahl nicht valide ist und dass sich das bis 2018 so abspielt.

(Folie: Angebot und Inanspruchnahme
ambulanter Pflegeeinrichtungen in NRW III)

Hier ein kurzer Blick auf die Entwicklung der ambulanten Dienste. Wir werden 2018 ungefähr 2.600 Dienste brauchen, also ein bisschen mehr. Das ist, glaube ich, nicht das große Problem. Wenn wir das, was wir alle erreichen wollen, umsetzen wollen, brauchen wir eine Veränderung des gesamten Gefüges. Das geht aus meiner Einschätzung nicht allein durch Landespolitik hervor, sondern das muss auch die Bun-

despolitik betreffen. Denn daran hängen Leistungen für die betroffenen Menschen; das ist Bundesrecht. Deswegen muss sich das in einem Kontext bewegen.

Wir haben heute ein sehr sensibles Gefüge aus ambulanter, stationärer und teilstationärer Versorgung – ich sage dazu „Tagespflege“ – sowie aus Kurzzeitpflege. Ich bin selbst viele Jahre lang Mitglied im Landespflegeausschuss. Wir haben mit riesigen Mühen versucht, die Tagespflege aufzubauen. Wir haben richtig viel Geld hineingesteckt, Investitionen getätigt, Werbung dafür gemacht. Es ist uns gelungen; das finde ich gut, weil es die pflegenden Angehörigen massiv entlastet. Ähnliches galt für die Kurzzeitpflege. Wir haben eben gesehen: Vor vielen Jahren gab es etwa 2.000 Kurzzeitpflegeplätze. Vertraglich vereinbart haben wir inzwischen über 7.500. Das könnten wir zukünftig nicht mehr stemmen, wenn sich die Entwicklungen abzeichnen, die die Träger aufmachen. Wenn sich die investiven Entwicklungen so darstellen sollten und die Prognosen so kommen sollten, sehe ich für die betroffenen pflegenden Angehörigen in der Kurzzeitpflege ein ganz erhebliches Problem. – Herr Rohe, Sie dürfen mich gern ergänzen.

Wilhelm Rohe (Verband der Ersatzkassen e. V.) (Stellungnahme 16/1983): Frau Ministerin, sehr geehrte Damen und Herren, vielen Dank für die Einladung zum heutigen Hearing.

In den letzten rund zwei Stunden wurden viele Zahlen, Daten und Fakten zur Situation der Pflegebedürftigen in NRW dargestellt. Ich denke, dem ist im Wesentlichen nichts hinzuzufügen; ich werde Sie nicht mit weiteren Zahlen aus Sicht der Pflegekassen konfrontieren. Ich gebe nur zu bedenken, dass in rund zwei Jahren ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wird.

Die mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung vor rund zwanzig Jahren definierten Anspruchsvoraussetzungen für die Ermittlung von Pflegebedürftigkeit werden damit auf eine komplett neue Grundlage gestellt. Es besteht die Erwartungshaltung, dass dadurch die Zahl der Anspruchsberechtigten erheblich erweitert wird. Hierzu nur zwei Stichworte: stärkere Einbeziehung demenziell erkrankter Pflegebedürftiger und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird dazu führen, dass die aktuellen Prognosen zur Anzahl der Pflegebedürftigen in NRW – Stichworte: 2030 bzw. 2050 – vermutlich in weiten Teilen Makulatur sind.

Nordrhein-Westfalen ist das bevölkerungsreichste Bundesland. Im bundesweiten Vergleich befindet sich nahezu jede fünfte stationäre Pflegeeinrichtung in Nordrhein-Westfalen. In den vergangenen Jahren hat die Anzahl der stationären Pflegeplätze jedes Jahr um rund 1 % zugenommen.

Bedingt durch die demografische Entwicklung zeichnet sich für NRW ein langsamer aber stetiger Bevölkerungsrückgang ab, während gleichzeitig die Anzahl der Pflegebedürftigen zunimmt. Über die Höhe möglicher Steigerungsraten kann man sich trefflich streiten, jedoch ist die Tatsache, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen kontinuierlich zunimmt, unbestritten. Dieser Anstieg ist ohne den weiteren, moderaten Ausbau an stationären Pflegeplätzen nicht zu bewerkstelligen. Dies sollte schon heute

leitend für die weiteren Planungen und Handlungen sein. Die Realität sieht jedoch anders aus.

Zum Stichwort „Einzelzimmerquote in Höhe von 80 % ab 2018“ ist Fakt: Es werden Plätze wegfallen. Ob 6.000, 12.000 oder eine andere Zahl richtig ist, werden wir spätestens in einigen Jahren feststellen. Viel gravierender ist die mögliche Schließung von kleinen, zumeist privatgewerblichen Pflegeeinrichtungen aus Gründen der Gesamtwirtschaftlichkeit. Nordrhein-Westfalen verfügt – diese Zahl ist wichtig – über rund 36 Einrichtungen mit maximal 40 Plätzen und 108 Einrichtungen mit maximal 20 Plätzen. Diese Einrichtungen – dahinter verbergen sich rund 1.500 bzw. 4.000 Plätze – sind auf Dauer wirtschaftlich nur schwer darstellbar. Die Erfüllung der Einzelzimmerquote und der damit einhergehende Platzzahlabbau werden dazu führen, dass Einrichtungen und Plätze vom Markt verschwinden.

Das Land NRW vermittelt den Eindruck, dass ein weiterer Ausbau stationärer Pflegeplätze im Wesentlichen nicht erforderlich ist. Über die geplanten Änderungen im Förderrecht soll auf diesbezügliche Entscheidungen unmittelbar Einfluss genommen werden. Es besteht die Erwartungshaltung, den steigenden Pflegebedarf durch ambulante Wohnformen abzudecken. Dies hat in der Vergangenheit zumindest nur eingeschränkt funktioniert. Die ambulanten Wohnformen im Quartier haben bislang zu keiner nennenswerten Entlastung geführt. Die Gründe sind vielfältig und würden den Rahmen dieser Veranstaltung sprengen. Ich möchte gleichwohl auf zwei Aspekte hinweisen:

Erstens. In den Ballungszentren ist barrierefreier Wohnraum kaum zu bezahlen. Ohne finanzielle Unterstützung der Mietkosten – ich spreche von den reinen Mietkosten ohne Pflege oder Betreuung – ist dies für „Otto-Normalverbraucher“ nicht zu leisten.

Zweitens. Die Bewohner in ambulanten Wohnformen benötigen das Potenzial und die Unterstützung durch Angehörige. Bedingt durch Faktoren wie eine höhere Frauenerwerbsquote, die Zunahme von Einpersonenhaushalten und dem Umstand, dass Kinder an anderen Orten als die Eltern wohnen, sinkt das Pflegepotenzial und damit auch die Unterstützung durch die Angehörigen.

Auf die weitere Baustelle, sprich: die Platzzahlreduzierung und ihre Auswirkungen auf die Kurzzeitpflege, hatte bereits Herr Pannen hingewiesen.

Ich komme zum Fazit. Ich bin mit meinen Ausführungen damit fast am Ende. Die stationäre Pflege wurde vor rund 20 Jahren, zum 1. Juli 1996 eingeführt. Zu dieser Zeit waren lange Wartelisten in den Einrichtungen an der Tagesordnung. Es gab einen regelrechten Pflegetourismus, weil Pflegebedürftige aus den Ballungszentren auf dem Land untergebracht wurden, da dort Kapazitäten frei waren. Sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Angehörigen war dies ein mehr als unhaltbarer Zustand.

In den vergangenen 20 Jahren ist mit dem massiven Ausbau der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen viel geschehen. Wir haben flächendeckend wohnortnahe Strukturen in der Versorgung. Sich künftig primär auf den ambulanten Bereich zu konzentrieren, reicht nicht aus. Stillstand bzw. den Status quo zu halten, bedeutet hierbei Rückschritt.

Wir benötigen auch weiterhin einen moderaten Ausbau an stationären Pflegeplätzen – insbesondere in den Ballungszentren. Dabei ist im Zweifel nicht zu verhindern, dass neue Einrichtungen auch an Standorten gebaut werden, wo nach heutigen Maßstäben kein Bedarf besteht, und dass dies dort zu Überkapazitäten bzw. Leerständen führt. Im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung ist es nicht möglich, auf die Standortentscheidung eines Trägers durchgreifend Einfluss zu nehmen. Weder über die Investitionskostenförderung noch über die Zulassung – wir haben einen Kontrahierungszwang unabhängig von der Frage der Bedarfe – kann diese Entscheidung wirksam beeinflusst werden.

Darüber hinaus verweise ich auf unsere Stellungnahme vom 20. August 2014, die auch hier zur Mitnahme ausliegt. – Vielen Dank.

(Beifall)

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank, Herr Rohe und Herr Pannen. – Jetzt hat für die Landesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtspflege Herr Altenberg das Wort.

c) Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege NRW: Entwicklungstendenzen und Einschätzungen

Wolfgang Altenbernd (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen) (Stellungnahme 16/1959): Herr Vorsitzender, sehr geehrte Ministerin, meine Damen und Herren, gestatten Sie mir ein paar Vorbemerkungen, bevor ich zu den Inhalten komme. Die Freie Wohlfahrtspflege bündelt sehr unterschiedliche Interesse – auf der einen Seite sehr viele Interessen älterer Bürger, die in unseren Mitgliedsverbänden organisiert und engagiert sind, auf der anderen Seite halten sie sehr vielfältige und differenzierte Angebote aus dem Feld vor, um das es heute geht. Das Ganze bewerten wir vor dem Hintergrund der vielen Zahlen, die wir heute Morgen schon gehört haben und die sich aus der Statistik ergeben. Ich will sie daher nicht wiederholen.

Ich mache eine zweite Vorbemerkung. Auch wir wissen natürlich, dass es Wille der Menschen ist, zu Hause zu bleiben, solange es geht. Das will ich; das wollen wir. Wir haben gerade von den Kassen gehört, dass das nicht immer möglich ist. Daher finden wir den Gesamtansatz der Landesregierung, den Aspekt „ambulant vor stationär“ sowie die Quartiersentwicklung voranzutreiben, den richtigen Weg. Die Frage ist, ob die Zielrichtung an dieser Stelle in allen Punkten ausreicht.

Wir nehmen die gleichen Zahlen, die eben gesagt worden sind, zur Zunahme der demografischen Entwicklung bis 2050 sehr ernst. Wir kommen zum Angebot – ich will von da aus auf die 30 % zu sprechen kommen –, dass wir in den letzten 15 Jahren kontinuierlich feststellen konnten, dass 30 % aller Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen lebten, obwohl sich dieses Arbeitsfeld in den letzten 15 Jahr

sehr stark verändert hat. Vor 15 Jahren waren Menschen, die zu uns kamen, im Schnitt beim Einzug 75 oder 76 Jahre alt; sie sind heute 85 oder 86 Jahre alt. Menschen, die vor 15 oder 18 Jahren zu uns gekommen sind, hatten eine Aufenthaltsdauer, wenn ich das so sagen darf, von durchschnittlich fünf Jahren bis zum Tod.

Ich möchte Herrn Wingenfeld zumindest etwas widersprechen. Ich kann die Zahlen nur nachvollziehen, wenn ich alle mitzähle, die vor fünf, sechs, sieben oder acht Jahren eingezogen sind. Wenn ich die Zahlen auf die Menschen herunterbreche, die in den Jahren 2013 und 2014 bei uns eingezogen sind, sind die Ergebnisse völlig anders. Da sehen wir, dass die Aufenthaltsdauern in den Heimen statistisch rund acht Monate ausmachen – sogar sehr stark differenziert: bei Frauen eher acht Monate, bei Männern um die zwei Monate.

Wenn man überlegt, dass alle Betten bzw. alle Plätze, die wir hatten, belegt waren – Herr Dr. Wingenfeld sagte, wir könnten gar nicht bewerten, wie viele Menschen da gelebt haben –, muss man in unserem Fall sagen: Wir haben eine starke Zunahme der Bewohnerzahlen – auch bei der Kurzzeitpflege. Wir haben eine große Zunahme beim Umfang der Pflegebedürftigkeit. Und wir haben sehr viel kürzere Verweilzeiten. Das alles drückt auf dieses Ergebnis. Daher können wir uns nicht vorstellen, dass man mit der heutigen Platzzahl in die Zukunft gehen kann, zumindest nicht bis in die Jahre 2030 bis 2050. Wir gehen davon aus, dass wir diese 30 %, die sich bestätigt haben, wahrscheinlich in den nächsten Jahren brauchen werden. Das hängt von – das hat mein Vorredner schon gesagt – vielen Faktoren ab. Wie werden die Strukturen im ambulanten und teilstationären Bereich sein? Wie wird sich Quartiersentwicklung im Vorfeld – darauf komme ich gleich noch zu sprechen – einbringen können, um vielleicht die Zeit des Einzugs etwas zu verändern?

Lassen Sie mich zu den Menschen Folgendes sagen, die heute zu uns in die Einrichtungen kommen: Sie haben eine Karriere ambulanter und familiärer Versorgung in der Regel hinter sich. Diese Menschen kommen zu uns, weil es die Familie nicht mehr schafft und weil die gesamten Rahmenbedingungen so sind, dass es sich teilweise – auch das haben die Kassen gesagt – wirtschaftlich nicht mehr darstellen lässt. Das überschreitet andererseits Grenzen derjenigen, die gepflegt werden. Sollte die stationäre Pflege keine Ausweitung erfahren, würden wir einen Versorgungsnotstand prognostizieren.

Zum ambulanten Bereich: Die Freie Wohlfahrtspflege hat vor einem Jahr eine Kampagne für die ambulante Versorgung gestartet. Auch wir haben große Sorge, dass der ambulante Bereich gut für die Zukunft aufgestellt ist. Wir glauben das nicht. Denn an ganz vielen Stellen kommt es zu Engpässen. Auch dabei haben wir ein starkes Stadt-Land-Gefälle, sodass wir im ländlichen Bereich erhebliche Nachholbedarfe haben, um die ambulante Versorgung zu Hause, soweit das geht, sicherstellen zu können.

Lassen Sie mich auf einige Bewohnerstrukturdaten und auf die Unterstellung zu sprechen kommen, wer dann demnächst ambulant pflegen solle. Ich habe gerade gesagt: Das Durchschnittsalter der Bewohner liegt bei Einzug bei 85 Jahren bei sechs bis acht Monaten Aufenthaltsdauer. Der Anteil der Demenzkranken liegt statistisch bei der Freien Wohlfahrtspflege bei 50 bis 60 %. Er schwankt von Ort zu Ort in

Einrichtungen, die 70 bis 75 % Menschen mit demenziellen Erkrankungen betreuen. Rund 60 % aller Neueinzüge kommen aus Krankenhäusern, die nicht mehr therapieren können, sodass es eigentlich um die finale Phase des Lebens geht. Von dort aus – das hat eben irgendjemand gesagt – entwickeln wir uns an vielen Stellen zu Hospizen, obwohl wir das eigentlich gar nicht mehr wollten. In den letzten Jahren ist das Wohnen – daher, Frau Bielstein, gefällt mir der Begriff „Altenheim“ nicht mehr – bzw. eine Entscheidung für das Wohnen im Heim gar nicht mehr vorhanden. Es gibt eine klare Bedarfsprüfung und eine Entscheidung, wie in der Einrichtung zu versorgen ist.

Ich beziehe mit auf Prof. Dr. Rothgang von der Universität Bremen – auch er ist eben schon mehrfach zitiert worden –, weil wir dieselben Erfahrungen machen: sinkende Zahlen von Angehörigen, die überhaupt pflegen können und wollen. Die Zahl der Schwiegertöchter und Töchter pro Pflegebedürftigem sinkt dramatisch. Wir haben niedrige Geburtenraten – mit weiter rückläufigen Trends. Wir haben – das wird in den nächsten Jahren zunehmen – eine höhere Frauenerwerbsquote. Wir haben einen wesentlichen höheren Anteil von Ein-Personen-Haushalten, der noch weiter steigen wird. Wir haben eine größere Mobilität. Wir stellen schon heute fest, dass Kinder gar nicht an dem Ort wohnen, wo ihre Eltern pflegebedürftig werden. Die Frage ist da schon: Wer will denn da pflegen? Wir stellen ferner fest – so traurig das sein mag –: Wir haben auch eine abnehmende Pflegebereitschaft in ganz vielen Gruppen unserer Gesellschaft.

Wenn man das Quartier sehr stark betont, sagen wir von der Freien Wohlfahrtspflege: Wir sind für eine Quartiersentwicklung. Wir sind auch für die Öffnung der großen stationären Einrichtungen. Wir können uns vorstellen, dass sie Leuchttürme sind, um auch in Quartieren – das ist eben schon angeklungen – die Arbeit zu bündeln. Aber Quartiersarbeit, meine Damen und Herren, ist niedrigschwellig. Sie ist vorrangig an den sozialen Bedürfnissen von Bürgerinnen und Bürgern orientiert. Hierbei kann sie nachhaltig mithelfen, den Prozess zu verlängern, bevor andere pflegerische Versorgungen angeboten werden. Fachliche pflegerische Versorgung ist durch die Potenziale der Quartiersarbeit aus unserer Sicht nicht ersetzbar. Freiwilliges ehrenamtliches Engagement im Quartier sichert soziale Teilhabe, macht an bestimmten Stellen bereit, haushaltsnahe Dienstleistungen zur Unterstützung und damit für einen längeren Verbleib zu organisieren. Es ist aber nicht der Ersatz einer Pflege, die professionell erfolgen muss.

Aus unserer Sicht bleibt eine ganze Reihe offener Fragen, die auch damit zu tun haben: Wie entwickelt sich der Fachkräftemarkt in Deutschland und in Nordrhein-Westfalen? Wir haben in großen Regionen noch keinen Fachkräftemangel. In anderen Regionen – gerade im ländlichen Bereich – ist es unglaublich schwierig, Fachkräfte zu bekommen. Auch diesen Zusammenhang muss man sowohl ambulant als auch stationär sehen.

Zu unserer Sichtweise auf die zukünftige Planung: Wir bitten, ein bisschen in Betracht zu ziehen, dass man unterscheiden muss: eine Planung für Menschen – das ist eine größer werdende Gruppe –, die Bedarfe haben, weil sie älter und hochältriger werden, und auf der anderen Seite für eine Gruppe, die pflegebedürftig und hochgradig pflegebedürftig wird. Wir reden manchmal so darüber, als sei das eine und

dieselbe Gruppe. Diese Gruppen sind sehr unterschiedlich. – Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank, Herr Altenbernd. – Für den Bundesverband der privaten Anbieter spricht jetzt Herr Dr. Augurzky.

d) Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa): Entwicklungstendenzen und Einschätzungen

Dr. Boris Augurzky (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung) (Stellungnahme 16/1981): Sehr geehrte Frau Ministerin, sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren, vorgesehen war, dass der bpa spricht, aber jetzt hat auch schon die Freie Wohlfahrtspflege ähnlich Stellung genommen, sodass es durchaus Sinn macht, um Dopplungen zu vermeiden, dass ich als Außenstehender in den nächsten zehn Minuten präsentiere, womit wir uns im Bereich Pflege beschäftigen.

(Präsentation: Pflegebedarfe und -angebote mit Fokus NRW, Stellungnahme 16/2032)

Wir haben uns Gedanken zum Thema Pflegebedarf und -angebote gemacht.

(Folie: Agenda)

Wenn man rückblickend schaut …

(Folie: 2011 wieder steigende Auslastung von Heimen)

Auch die Auslastungsquoten sind nicht unwichtig. Das sind allerdings, wie Sie wissen, die offiziellen des Statistischen Bundesamtes. Wie sind die Pflegeheime ausgelastet? Da fehlen einige Pflegebedürftige, zum Beispiel der Stufe 0. Wir haben gerade gehört: eher so gegen 97 und 98 %. Aber der Trend ist interessant. Dann sehen Sie ansteigende Auslastungsquoten und NRW eher leicht überdurchschnittlich gut ausgelastet. Da wird es dann schon etwas eng. Aus meiner Sicht, wenn Sie die Brille des Pflegebedürftigen aufsetzen, ist es ideal, wenn Sie eine möglichst geringe Auslastung haben, um dann eine große Auswahl zu haben. Denn sobald die Heime voll sind, bekommen Sie nur noch die schlechten. Da will eigentlich niemand hin. Also: Viele Angebote und viele Möglichkeiten sind für die „Kundschaft“, also Pflegebedürftige und ihre Angehörige eine tolle Sache. Da wird es schon etwas eng.

(Folie: Dabei Bedeutungsgewinn der ambulanten Pflege in vergangenen Jahren in NRW)

Sie sehen auch, dass die ambulante Pflege in den vergangenen Jahren stark aufholt. Wenn Sie das Wachstum ... Wachstum ist überall. Aber die Zahl der Pflegebedürftigen ist im ambulanten Bereich stark angestiegen, etwa 2007 bis 2009. Im Heimbe-

reich … Sie ist bundesweit auch angestiegen, im Falle von NRW ist sie sogar leicht sinkend. Da weiß man noch nicht genau, ob darin eine statistische Problematik liegt. Auch die Zahl der Pflegegeldempfänger – Stichwort: Angehörigenpflege – ist stark gestiegen, sodass diese Quoten, die auch genannt wurden, 30 % in den Heimen schwankend, ungefähr gleichbleiben.

(Folie: Demografische Entwicklung bestimmt Pflegebedarf:
starke Zunahme der Hochbetagten in 2010er-Jahren …)

Die Frage ist natürlich eher: Wo geht es hin? Die demografische Entwicklung ist hier noch einmal anders dargestellt. Die dunkelgraue Linie stellt die Hochbetagten dar, also im Prinzip diejenigen, die eine hohe Pflegebedürftigkeitswahrscheinlichkeit haben. Sie sehen, dass sie gerade in diesem Jahrzehnt massiv, um 50 %, ansteigen. Dann hat die Kurve eine Plateauphase, um dann wieder in den 2030er-Jahren stark nach oben zu gehen. Die Zahl der rüstigen Rentner zwischen 66 und 80 Jahren bleibt relativ stabil, während die Zahl der Jüngeren, die die Angehörigenpflege leisten und dies auch über Beiträge finanzieren, kontinuierlich abnimmt. Sie sehen schon jetzt große Anstiege.

(Folie: Bis 2030 deutschlandweit
rund 3,2 bis 3,3 Mill. Pflegebedürftige erwartet)

Wir schreiben dann den Status quo fort, um ein Benchmark zu haben: Wo geht es hin, wenn man nichts verändert? Sie sehen bei der Zahl der Pflegebedürftigen bei konstanten Pflegequoten bis 2030 ein Plus von 38 %, in NRW leicht darüber. Aber man kann ungefähr sagen: wie im Bundestrend. Das führt zu mehr Personal-, Kapital- und natürlich auch Finanzierungsbedarf. Das ist dann eher das Kritische hier, aber Personal mittlerweile auch.

(Folie: Davon 2030 1,0 bis 1,2 Mill. Pflegebedürftige in Heimen erwartet)

Die Frage ist: Welcher Anteil davon geht in die Pflege? Auch hier erst einmal nur eine Fortschreibung: Wenn der Anteil in der stationären Pflege wie bislang bei 30 % liegt, haben Sie ein Basisszenario und sehen eine Zunahme mit dieser schwarzen Linie. Das ist kontinuierlich und auch für NRW heruntergebrochen bis 2030.

Dann ist die Frage: Ändern wir vielleicht etwas? Zunächst einmal kann es sein, dass man stärker ambulantisiert. Da haben wir gewisse Annahmen gemacht. Man kann immer noch stärker oder schwächer annehmen. Aber dann haben Sie hier einen nicht so starken Anstieg des stationären Bedarfs; das ist die rote Linie. Wenn auch eine Nachfragereduktion stattfindet, weil die Älteren fitter bleiben und man später in die Pflege kommt, haben Sie die blaue Linie – auch etwas nach unten.

Aber – das ist eine nicht unwichtige Sache – was ist eigentlich, wenn wir eine stärkere Professionalisierung haben? Das heißt also: Die informelle Pflege durch Angehörige, die im Moment in der Mehrheit ist – das ist der große Anteil –, wird weniger. Sie haben die Linie gesehen: Die Jüngeren, die das machen, werden weniger. Insofern gibt es auch einen Druck nach oben. Mehr Professionalisierung heißt mehr ambulant und mehr stationär durch Fachkräfte. Das kann wieder dagegenhalten.

Wie gesagt: Das ist der größte Batzen – über eine Million oder mehr Pflegebedürftige –, die vielleicht ihre Angehörigen nicht mehr so in Anspruch nehmen können, weil sie auch am Arbeitsmarkt tätig sein sollen. Sie sollen Steuern und Beiträge zahlen, damit das finanziert wird. Das hängt irgendwie alles zusammen.

(Folie: Agenda)

Insofern: Handlungsbedarfe.

(Folie: Zu erwartende Finanzierungsengpässe erfordern ergänzende Überlegungen)

Kann man da vielleicht Finanzierungsbedarfe reduzieren? Zunächst einmal heißt die Frage: Mehr Personal? Das ist ganz klar, ist aber nicht unser Thema. Das wird durchaus recht schwierig. Kann man produktiver werden? Da denkt man: Das ist eine Dienstleistung. Pflegeroboter wird es nicht geben, außer vielleicht in Japan, hier eher nicht. Aber auch da gibt es Serviceleistungen wie Überwachungsdienste, die man vielleicht automatisieren kann. Vermeidung von Pflege. Wie ist es mit Reha vor Pflege? Das wird auch nicht gelebt. Vielleicht auch mehr ambulante Pflege: Hilft das auch, die Finanzierung der öffentlichen Haushalte und Versicherungen zu entlasten?

(Folie: Was kostet die Pflege durch den ambulanten Dienst im Vergleich zum Pflegeheim insgesamt?)

Wir haben uns aus volkswirtschaftlicher Sicht überlegt: Das Individuum hat seine Haushalts- und Lebenshaltungskosten, etwa die kalkulatorische Miete. Entweder ich zahle wirklich Miete, oder ich kann vermieten, wenn ich das Haus nicht nutze. Ich muss einen ambulanten Dienst bezahlen. Ich muss für Essen auf Rädern bezahlen, usw. Das muss ich gegen die Kosten die Kosten des Pflegeheims abwägen. Klar ist: Da wird irgend so ein Durchschnittshaushalt genommen. Das kann man alles herunterbrechen. Wir haben hier nicht die Zeit.

(Folie: Kosten-Nutzen-Bewertung aber eher zugunsten der stationären Pflege)

Dann kommen wir auf Basis 2009 – das ist von der Einkommens-Verbraucher-Stichprobe – zu dem Ergebnis, dass zumindest die stationäre Pflege, wenn man noch ein paar NRW-Preise ansetzt, die bekanntlich höher als im bundesweiten Schnitt sind, nur leicht teurer als die ambulante Pflege ist. Da ist SGB V nicht drin; das ist quasi aus Sicht der sozialen Pflegekasse. Kostenmäßig – je nachdem, wie man Miete ansetzt; wir haben Durchschnittswerte genommen – macht das nicht viel aus.

Dann ist die Frage des Nutzens: Was hat man jetzt davon? Klar, die Präferenz ist für jeden: erst einmal häuslich, zu Hause, in den eigenen vier Wänden, in der Heimat, im Umfeld. Eine fremde Umgebung im Heim ist nicht so attraktiv. Aber andere Dinge sind im Heim besser organisierbar wie Überwachung, Rund-um-die-Uhr-Betreuung, Kontakt mit anderen Menschen usw.

Insofern muss man volkswirtschaftlich schon genau hinschauen. Aber das kann jeder für sich selbst entscheiden, was er möchte. Oder seine Angehörigen entscheiden da mit.

(Folie: Dezentrale ambulante Pflege in Zukunft teurer)

Ich würde tippen: Immerhin dort, wo wir eher ländlich geprägte Strukturen haben – auch in NRW gibt es das –, wird es mit der dezentralen ambulanten Pflege schwieriger, weil sie in den Autos überall herumfahren müssen und dort Fachkräfte gebunden werden, die nicht arbeiten können, während sie pendeln. Insofern hilft eine Bündelung – entweder betreutes Wohnen und Pflege oder Heime –, um diese ländliche Versorgung in der Fläche irgendwie hinzukriegen.

(Folie: Pflegenachfrage wird sich das geeignete Angebot schaffen)

Letztlich – ich habe die Debatte nicht im Detail verfolgen können, auch aufgrund meines späteren Eintreffens – ist das Wichtigste, dass man die Möglichkeit hat, alle Ideen, Präferenzen, Visionen, die Verschiedene haben, die auch die Pflegebedürftigen und Angehörigen sich selbst für ihr Leben im Alter vorstellen, anbieten zu lassen. Dann schickt man alle ins Rennen, etwa die Wohnungswirtschaft mit barrierefreien Optionen, die Pflegeheime mit Angeboten, die ambulanten Dienste und schaut, was ausgewählt wird. Wichtig ist, dass man die Finanzierung vergleichbar macht, dass man sagt: Hier ist das Budget. Ob und ambulant oder stationär wahrnimmst, ist dir überlassen. Wir wollen nur schauen, dass man alle Optionen hat.

Wie gesagt: Wenn Heime denken, sie müssten neu bauen, und dann nicht gefüllt werden, ist das das Risiko des Investors. Da habe ich nicht so viel Liebe für die Investoren, ihnen da möglichst das Risiko abzunehmen. Sie sollen halt mal probieren und müssen etwas Gutes anbieten, sonst haben sie Pech gehabt.

(Folie: Politischer Handlungsbedarf)

Wo ist das Problem? Ich denke, die ambulante Pflege wird durchaus an Attraktivität gewinnen. Aber wachsen wird wohl alles.

Politischer Handlungsbedarf:

- Rahmenbedingungen so schaffen, dass man Lust hat, sich als Betreiber und Investor in diesem Bereich zu tummeln, sonst geht man halt woanders hin.
- Bürokratie vermeiden, denn das wird am Ende von den Pflegebedürftigen bezahlt. Über die Preise geht das irgendwann auf die Zahler über, häusliche Pflege stärken.
- Häusliche Pflege stärken. Da kann man einiges mit moderner IT tun.
- Altersgerechte Wohnungen
- Eine Zentralisierung ist eigentlich unvermeidbar, um die Fläche, die teuer zu versorgen ist, zu reduzieren.

Stationäre Pflege? Klar, als Angebot bewahren. Es geht nur darum: Wächst das jetzt um 1 %, 2 % oder um 0,5 % pro Jahr. Man kann sicherlich hier und da umschichten, aber Wachstum wird es mit Sicherheit geben.

Das ist ein bisschen das Plädoyer, nicht zu viel zu restringieren. Denn wenn wir alle der Meinung sind, dass das die Präferenzen bei der Pflege der älteren Menschen

sind, zu Hause zu wohnen, werden sie sie annehmen. Dann muss man vielleicht nicht die Leute zwingen. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank, Herr Dr. Augurzky. – Als letzte in dieser Runde hat Frau Tyll von der Wohnberatung das Wort.

e) Landesarbeitsgemeinschaft Wohnberatung: Entwicklungstendenzen und Einschätzungen

Susanne Tyll (Landesarbeitsgemeinschaft Wohnberatung Nordrhein-Westfalen): Ich möchte mich zunächst herzlich für die Einladung bedanken, hier reden zu dürfen. Ich hatte eigentlich vor, etwas ganz anderes zu sagen, aber durch die Diskussionsbeiträge, die es hier gegeben hat, möchte ich gern sehr bewusst die Position der Menschen in diesem Land einnehmen.

Die Kolleginnen und Kollegen, die die Wohnberatung machen, erleben täglich, dass es der Wunsch der Menschen ist – das wurde schon öfters angesprochen –, zu Hause wohnen zu bleiben. Das ist unabhängig davon, ob sie jung, alt, krank, pflegebedürftig usw. sind. Die meisten sagen sehr deutlich, dass sie das wünschen und wollen.

Aus unserer Erfahrung gibt es zwei Dinge, die da eine wesentliche Rolle spielen, wegen der wir zunächst angerufen werden. Das sind zunächst die Wohnungen. Sind die Wohnungen den Bedürfnissen angemessen? Das zweite ist das Thema „Quartier“. Zu beiden würde ich gern in den folgenden vier Minuten etwas sagen.

Wir haben schon gehört, dass es einen zusätzlichen Bedarf an barrierefreien und barrierearmen Wohnungen gibt. Wir haben auch gehört, dass sich der Bedarf nicht durch Neubau decken lässt. Das heißt: Eine wichtige Bedeutung in NRW, aber natürlich auch in allen Bundesländern hat die Wohnberatung für die Anpassung der Bestände. Wir haben die gute Situation, dass wir im Vergleich zu allen anderen Bundesländern – Frau Kremer-Preiß hat das dargestellt – bei den Wohnberatungsstellen absolut führend sind. Das hat etwas damit zu tun, dass das Land NRW als einziges Bundesland seit 1992 bzw. 1989 in die Fläche hinein gefördert hat.

Ich will die Chance nutzen und sagen: Aus unserer Sicht wäre es wünschenswert, dass wir eine flächendeckende Beratung haben. Wir haben sie fast. Wünschenswert wäre zudem, dass es eine Regelfinanzierung gibt und dass die Kolleginnen und Kollegen sicher sein können, dass die Wohnberatung wirklich weitergeht.

Wir haben uns sehr lange in der Beratung ausschließlich mit dem Thema „Wohnungen“ beschäftigt. Die Leute riefen an und hatten ein Problem in ihren Wohnungen. Damit haben wir uns dann beschäftigt. Im Laufe der Jahre wurde deutlich: Das Thema „Quartier und Wohnumfeld“ rückt immer weiter in den Mittelpunkt, weil es immer mehr Wohnungen in Lagen gibt, in denen sich die Menschen nicht mehr selbst versorgen können – aus welchen Gründen auch immer. Das hat dazu geführt, dass wir

bei der Wohnberatung nicht nur zur Frage beraten: „Was muss in den Wohnungen passieren?“, sondern immer auch gleichzeitig schauen, wie es mit der Versorgung rund um die Wohnung ist.

Deswegen ist klar, dass es wichtig ist, das Thema „Quartier“ in den Mittelpunkt des Denkens zu setzen, aus dem Quartier heraus zu schauen und nicht zu überlegen, welche Rezepte es gibt, die man für das ganze Land anwenden kann. Es wird sicherlich Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards geben müssen, aber aufgrund unserer Erfahrungen kann ich sagen, dass es sich bei einem kleinen Dorf im Sauerland – ich sage nichts gegen das Sauerland – oder bei irgendeinem Quartier der Stadt Münster – mein Nachbar kommt aus Münster – oder in Köln oder in Düsseldorf usw. völlig anders verhält.

In jedem dieser Quartiere ist es wichtig, dass sich die Menschen möglichst lang versorgen können, unterstützt werden, möglichst viel Wohnraum haben, der möglichst barrierearm ist, wobei ich es für dringend notwendig halte, das einheitlich zu definieren, damit alle Menschen, wenn sie über Barrierearmut reden, über dasselbe reden. Es muss ausreichend Versorgung, ausreichend Beratung, eine vernünftige Infrastruktur geben; das alles wird immer schwieriger. Zudem muss über Dinge nachgedacht werden – das ist eines meiner Lieblingsthemen, deswegen sage ich dazu einen Halbsatz –, wie über Toiletten im öffentlichen Raum. Damit meine ich keine öffentlich finanzierten Toiletten, sondern die Nutzbarkeit solcher. Ich halte es für absolut notwendig, dass wir alles dafür tun, dass die Menschen in diesem Land – das sind auch wir – in der Weise alt werden können, wie wir es wünschen, also in ganz normalen Wohnungen, in Wohngemeinschaften, in stationären Einrichtungen. Aber wir sollten eine Vielfalt herstellen – nicht nur für die Menschen, die älter werden, sondern auch für die Menschen, die eine Behinderung oder einen Migrationshintergrund haben – für die gesamte Vielfalt der Menschen in diesem Land.

Ich bin der festen Überzeugung – das zeigt sich in der Beratung immer wieder –: Wenn wir das schaffen, schaffen wir bei den Menschen Sicherheit. Wenn ich in einem Quartier lebe und noch gesund bin, aber weiß, dass ich die Sicherheit habe, dass ich hier bleiben kann, sorgt das mit Sicherheit dafür, dass ich „in Ruhe“ hoffentlich gesund älter werden kann. – Vielen Dank.

(Beifall)

Nachfragen/Diskussion

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank, Frau Tyll. – Ich darf Sie und die übrigen Expertinnen und Experten aus der zweiten Runde bitten, sich im Umfeld des Rednerpultes zu platzieren. Ich bedanke mich ausdrücklich für die enorme Zeitdisziplin. Wir sind drei Minuten vor der Zeit; das ist sensationell. Wer möchte eine Frage stellen?

Michael Scheffler (SPD): Ich möchte Herrn Altenbernd zwei Fragen stellen. Er hat in seinem Vortrag gesagt, dass es eine Zunahme der Kurzzeitpflege gebe und in der

Vergangenheit gegeben hat. Wir haben die Stellungnahme des vdek gehört, der Sorge um die 7.500 Kurzzeitpflegeplätze in Nordrhein-Westfalen hat, die eingestreut sind. Dazu interessiert mich die Position der Freien Wohlfahrtspflege. Wie bewertet die Freie Wohlfahrtspflege diese Entwicklung? Wird das auch in Anbetracht der 80-%-Einzelzimmerquote, die wir alle erreichen wollen, Auswirkungen haben? Sieht man hier Alternativen?

Dann haben Sie die ambulanten Dienste angesprochen und auf die Aktion der Freien Wohlfahrtspflege im Frühjahr des vergangenen Jahres hingewiesen. Hierzu interessiert mich: Welche Notwendigkeiten der Entwicklung der ambulanten Dienste sieht die freie Wohlfahrtspflege? Mir wird sowohl von Trägern der Freien Wohlfahrtspflege als auch von privaten Anbietern immer wieder zurückgespiegelt, dass es zunehmend wirtschaftlich immer schwieriger wird, insbesondere im ländlichen Raum Einsätze zu fahren, weil die Wegezeiten sehr lang sind, weil es sich – ich sage, wie ich es empfinde – kaum lohnt, 15 km hin und 15 km zurück zu fahren, um einmal am Vormittag irgendwo Stützstrümpfe anzuziehen, weil das von den Diensten nicht mehr wirtschaftlich gehandhabt werden kann.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Danke schön. – Herr Altenbernd.

Wolfgang Altenbernd (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen): Ich fange mit dem zuletzt angesprochenen Thema der ambulanten Dienste an. In der Tat ist die wirtschaftliche Frage die größte. Wir reden über die Frage: Sind die Personalkosten refinanzierbar? Da sind alle Träger – egal, ob gemeinnützige oder gewerbliche – der Auffassung, dass das eng wird. Je mehr ich in den ländlichen Bereich gehe, gibt es bei der Addition – Zeit, Fahrtkosten sowie Punktesystem und Refinanzierung der Pflege – ein großes Defizit. Wir befürchten – das haben wir schon vor einem Jahr gesagt –, dass wir ähnlich wie bei der Versorgung mit Ärzten gerade in ländlichen Bereichen vor einer Versorgungslücke im ambulanten Bereich stehen.

Jetzt mache ich einen kleinen Gedankensprung: Wenn wir über die Versorgung älterer Menschen in Zukunft im Quartier reden, kommt zur reinen pflegerischen auch die soziale Versorgung hinzu. Wir erleben im Heim, dass das Essenreichen und das Pflegen nur Mittel zum Zweck sind. In Wirklichkeit geht es um die Fragen der Zuwendung, der Teilhabe und des Miteinanderredens. Das alles sind Aspekte, die im ambulanten Bereich meines Erachtens noch sehr viel zu kurz kommen und die, wenn ich ambulant versorgen will, ein sehr viel größeres und auch ein bezahlbares Gewicht bekommen müssen.

Bei der Kurzzeitpflege ist das ganz schwierig einzuschätzen. Viele Träger haben sich von Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die als Solitär irgendwo stehen, verabschiedet, weil Kurzzeitpflege als Urlaubspflege immer eine etappenweise Pflege ist: Im Sommer oder über Weihnachten und Ostern, wenn die pflegenden Angehörigen verreisen, kann man nicht genügend Plätze vorhalten, aber in den Zwischenzeiten, im Februar, im April, im Mai oder im September und Oktober ist das schwierig. Deshalb ist die Wirtschaftlichkeit über das gesamte Jahr problematisch. Viele Träger haben einge-

streute Kurzzeitpflegeplätze eingerichtet. Das löst dieses Problem an der Stelle. Das geht auch auf das vorhin angesprochene Problem ein, Stichwort: Entlassmanagement. Kurzzeitpflege wird durchaus genutzt, um jemanden, der aus dem Krankenhaus kommt, wieder fitzumachen, um zwei, drei oder vier Wochen nach einem Schlaganfall oder einer anderen Erkrankung wieder zurück in die gemeinsame Wohnung mit dem Partner oder in die alleinige Wohnung zu gehen.

Das Problem mit den Einbettzimmern kennen wir noch nicht. Wir müssen abwarten, inwieweit das eine Wirkung auf die Kurzzeitpflege hat. Aber Kurzzeitpflege entwickelt sich eben – ich glaube, Herr Dr. Wingenfeld hat das gesagt – weit über die Frage der eingestreuten und genehmigten Plätze hinaus. Sobald Plätze frei sind und man eine Nachfrage bekommt, belegt man diese für die nächsten vier Wochen. Daher ist ganz schwierig zu sagen, wie viele Plätze wir exakt haben und wie sich das vor dem Hintergrund der 80-%-Quote entwickelt. Ich kann das nicht sagen.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Ich habe jetzt zwei Wortmeldungen: Herr Ünal, dann Frau Ministerin Steffens.

Arif Ünal (GRÜNE): Vielen Dank. – Diese Runde hat natürlich sehr viel Stoff für Diskussionen geliefert. Wenn Sie erlauben, möchte ich einige kleine Bemerkungen zur Pflegekasse machen. Sie haben die Einzelzimmerquote und die damit angeblich wegfallenden Plätze thematisiert. Aber ich vermute, dass Sie davon ausgehen, dass bis jetzt seit 2003 überhaupt nichts geschehen sei. Wir haben regionale Unterschiede. Einige Regionen haben diese Einzelzimmerquoten zu 70 % bis 80 % erreicht. Wenn man alle diese Faktoren mitberücksichtigt, gibt es natürlich ganz andere Zahlen über die wegfallenden Plätze. Diese Durchführungsverordnung, die Ersatzbauten, die Finanzierung und die Poolbildung haben dazu beigetragen, dass wir nicht mit diesen Zahlen argumentieren können.

Die andere Vorbemerkung: Es hat mich wirklich überrascht, wie strukturkonservativ die Freie Wohlfahrtspflege reagiert und argumentiert hat. Wir wissen, dass sehr viele Träger vor Ort diese Angebote machen und eine ganz andere innovative Arbeit vor Ort leisten. Deswegen möchte ich einen der Anbieter, der bis jetzt nicht zu Wort gekommen ist, Herrn Wallrafen-Dreisow, fragen: Wie sollten zukünftig diese Planungen aussehen, wenn wir zukünftig stärker Interessen der alternden Menschen und nicht die Interessen der Träger in den Vordergrund stellen? Das möchte ich mit Ihnen fachlich diskutieren.

Eine kurze Frage an Herrn Limbach: Sie haben diese regionalen Unterschiede betont und gesagt, sehr wichtig sei es, regionale und kleinräumige Planungen hinzubekommen. Dafür brauchen wir Kompetenzen oder Erweiterungen der Kompetenzen der Kommunen. Wie könnte es besser ausgestattet sein, sodass die Kommunen vor Ort wirklich die Planung kleinräumig und übersichtlich machen können?

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Vier Experten wurden gefragt. Zunächst spricht Herr Pannen.

Ulrich Pannen (Landesverband der Pflegekassen): Ich habe in meinem Vortrag deutlich gemacht, was Fakten sind, und welche Zahlen angezweifelt werden können. Ich habe überhaupt kein Interesse, jemanden von den Zahlen zu überzeugen, denn diese Zahlen können Sie beim BMG und bei IT.NRW nachlesen. Wenn Sie denen nicht glauben und sagen, die Zahlen seien überzogen, ist das okay. Das akzeptiere ich. Ob ich richtig gerechnet habe, können wir gern und durchaus bilateral erörtern.

Ein kurzer Hinweis: Ich hatte in meinem Vortrag nicht darauf hingewiesen – aber das steht auf der Folie, deswegen dachte ich, das könnte man im Internet nachlesen –, dass ich davon ausgehe, dass bis 2018 auch noch 7.000 Plätze entstehen könnten. Aber ich sage „könnten“. Die Frage ist, welche Weichen wir bis dahin stellen. Die Zahl von 7.000 Plätzen kommt dadurch zustande, dass ich sage: In der Vergangenheit sind pro Jahr etwa 1.500 Plätze geschaffen worden. Wenn ich das mal dreieinhalb Jahre nehme, die noch bleiben, sind das 5.200 Plätze. Da man nicht genauso einen Überblick über die dreieinhalb Jahre hat – nimmt man ein halbes Jahr dazu, oder zieht man ein halbes Jahr in 2018 hinein –, gehe ich davon aus, dass etwa 7.000 Plätze entstehen könnten.

Selbst wenn man diesen Best Case annehmen würde, der sich aus der Vergangenheit herleitet, bleibt immer noch ein Defizit von 4.000 Plätzen. Wenn ich sage, dass in der Hochsaison 10.000 Plätze für die Kurzzeitpflege nicht ausreichen und dass wir 7.000 Plätze vertraglich vereinbart haben – das kann ich aus der Datenbank ziehen, weil wir Verträge darüber haben – und keine Plätze mehr vorhanden sind, gibt es auch keine Angebote für die Kurzzeitpflege mehr, da natürlich ein Träger, wenn er einen Dauerpflegegast bekommen kann, wirtschaftlich viel besser beraten ist, ihn zu nehmen, als den Platz für die Kurzzeitpflege in den Sommerferien leer stehen zu lassen. Dadurch würden die Entlastungsangebote für pflegende Angehörige wegfallen. Das ist die Konsequenz, die ich aufzeigen wollte.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Herr Altenbernd.

Wolfgang Altenbernd (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen): Ich bin etwas verwundert, wenn man der Freien Wohlfahrtspflege unterstellt, wir würden nur in der Vergangenheit verharren. Ich habe vorhin sehr deutlich gesagt: Ich würde das gern trennen wollen. Die eine Frage ging um die Tendenz, ob wir in der Zukunft auch stationäre Plätze brauchen. Das bejahen wir und sagen: Wir brauchen mehr als heute.

Die andere Frage ist: Wie gehen wir mit Situationen um, wenn wir nach vorn schauen? Auch dazu habe ich sehr deutlich gesagt: Wir sind dabei, unsere stationären Häuser an vielen Stellen zu öffnen. Bitte nehmen Sie aber auch zur Kenntnis, dass das bis vor zehn oder 15 Jahren gar nicht möglich war. Sie durften in dieser Zeit aus einer stationären Einrichtung keine Einrichtung für die ambulante Versorgung machen. Heute dürfen Sie das. Das heißt, wir haben in der Vergangenheit, den fahrbaren und den stationären Mittagstisch sowie die Teilhabe an soziokulturellen Veranstaltungen organisiert. Aber die Vernetzung ins Quartier und die Mitversorgung von zum Beispiel Dementen tagsüber, wenn die Angehörigen arbeiten, ist heute auch bei

uns sehr kreativ in Bewegung. Aber das war vor einigen Jahren aufgrund der Rahmenbedingungen und der Refinanzierungsmodalitäten nicht möglich.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Danke schön. – Herr Wallrafen-Dreisow.

Helmut Wallrafen-Dreisow (Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH): Ich bin Mitglied der schon mehrfach genannten Enquetekommission. Ich sage ausdrücklich, weil das nicht jeder vermutet, dass ich damals von der CDU benannt wurde. Herr Henke, wir erinnern uns noch an unser damaliges Telefonat.

Ich habe ein dickes Buch mitgebracht, den Bericht aller Mitglieder der Enquetekommission. Es scheint so Usus zu sein – ich war nur Experte –, dass man abweichende Meinungen dazu äußern kann. Das war bei uns nicht der Fall. Die Enquetekommission hat dieses dicke Buch 2005 übereinstimmend über alle politischen Parteien und Expertenmeinungen hinweg zu ihrer Meinung gemacht. Ich habe die letzten drei Stunden zugehört. Bis jetzt, nach zwei Stunden und 58 Minuten, wurden noch nicht in wertschätzender Form Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genannt. Aber ich habe noch mein Statement. Ich werde das tun; das verspreche ich Ihnen. Mir würde schon reichen, wenn wir das, was damals festgehalten wurde, leben würden.

Ich komme jetzt zur konkreten und spannenden Frage – hier wurde sehr viel Widersprüchliches dazu gesagt –: Ich finde es spannend, wenn Pflegekassen, die eine Verpflichtung zur Kosteneinsparung haben, vom „stationären Ausbau“ sprechen. Ich darf daran erinnern, dass wir, wenn ich ein paar Eurobeträge weglasse, über gedeckelte Beiträge der Pflegekassen sprechen. Frau Kremer-Preiß ist da. Ich darf auch Kurator des Kuratoriums Deutsche Altershilfe sein. Wir haben heute modernste Wohnformen vollstationärer Pflege. Sie werden von Kommunen finanziert. Nach 40 Jahren Arbeit in der Altenpflege, darunter in den ersten 15 Jahren als Pflegefachkraft, maße ich mir an festzustellen: mit einer Qualität, die heute dazu beiträgt, dass Pflegestufen niedriger werden. Wer hat den Vorteil daraus? Die Pflegekassen, nicht die Kommunen. An dieser Stelle ist das Bild, finde ich, extrem verzerrt.

Zur Bedarfssteuerung vor Ort: Natürlich wollen die Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Wir machen ein mit Landesmitteln finanziertes Modellprojekt bei 30 Betrieben in Mönchengladbach, 11.000 Beschäftigten und dem gesamten Einzelhandelsverband mit noch einmal 5.000, die dazukommen. Wir haben die Beschäftigen gefragt. 10 % – ich höre heute Zahlen von 2009 und 2011; wir reden jetzt über meine Zahlen von 2014 – der Beschäftigten in Betrieben haben Angehörige, die pflegebedürftig sind. Für uns als Arbeitgeber – das bin ich als Geschäftsführer eines großen Pflegekonzerns mit über 900 Beschäftigten – sage ich: Das haben wir in unserer Firma. Wenn wir laut demografischem Wandel etwas tun müssen, müssen wir uns bedarfsgerecht darum kümmern. Dann haben wir gefragt: Wie geht es dir mit dem Thema „Pflegebedürftigkeit“? Alle, die noch kein Pflegearrangement haben, haben riesige Ängste. Aber alle, die – egal, ob durch privat-gewerbliche Anbieter, durch Freie Wohlfahrtspflege oder kommunale Anbieter – solche Pflegearrangements bereits haben, fühlen sich zu über 80 % zufrieden. Meine Damen und Herren, ich finde erst einmal: Das ist etwas Positives. Das sollten wir auch positiv wirken lassen. In der

eigenen Häuslichkeit mit der Unterstützung pflegender Angehöriger wird auch volkswirtschaftlich schon sehr viel erreicht.

Wir müssen auch schauen: Wie können wir unter Nutzung ganz kreativer Formen noch viel stärker Angehörige und Betroffene selbst einbinden um herauszufinden, was sie brauchen. Auch dazu bin ich der Meinung, dass viele Träger nun wirklich noch nicht innovativ genug sind, um tatsächlich auf die Angebote und die Bedürfnisse der Menschen einzugehen.

Ich wage die These – ich werde gleich noch einige Argumente benennen dürfen –, dass wir heute bereits eine hohe Qualität haben und dass wir in der Betreuung der eigenen Häuslichkeit sehr viel abdecken können. Ich empfinde es als fatal – nicht, dass gestern wieder 800 Millionen € für Ärzte unter anderem dafür ausgegeben wurden, dass sie endlich etwas besser bezahlt werden, um Hausbesuche machen zu können –, dass wir zwei Drittel unserer Mittel in die vollstationäre Pflege und nur ein Drittel in die ambulante Pflege pumpen und dass ambulante Dienste gar nicht das erbringen können, was sie erbringen wollen und was die Menschen wünschen.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Von Herrn Ünal war Herr Limbach angefragt.

Rainer Limbach (Landkreistag NRW): Die Frage von Herrn Ünal bezog sich auf den Stellenwert der Pflegeplanung durch die Kommunen. Ich gehe einen Schritt zurück: Natürlich war die Umstellung weg von der echten Bedarfsfeststellung hin zur Pflegebedarfsplanung, die wir heute haben, für viele Kommunen ein harter Schnitt. Im Grunde genommen reichten die Reaktion darauf von einem weitestgehenden Rückzug aus der Planung vor Ort – das halte ich für den falschen Weg – bis hin zu den Entwicklungen, die bei der heute weit überwiegenden Mehrheit der Kreise und kreisfreien Städte zu einem Aufbau von Planungsstrukturen unter Einbeziehung der örtlichen Pflegekonferenz geführt haben, die zielführend ist. Natürlich – das muss man dazusagen – ist die Marktbeobachtung eher ein denkbar weiches Steuerungsinstrument und hat ihre faktischen Grenzen.

Ziel ist es, über die Pflegekonferenz im gemeinsamen Zusammenwirken aller örtlichen Beteiligten vereinfacht gesagt einen so massiven Handlungs- oder Unterlassungsdruck auszuüben, dass sich die Strukturen vor Ort so weiterentwickeln, wie man es sich vorstellt. So viel zum Ideal.

In der Praxis funktioniert das natürlich nicht immer. Ein Beispiel: Sie können in einer Pflegekonferenz des Kreises viele Entscheidungen treffen und – ich mache das jetzt am Beispiel stationärer Weiterentwicklung fest – auch entscheiden, dass dann ein bestimmtes Projekt nicht gebaut wird. Wenn der Investor bzw. der Träger dann den Bürgermeister der kreisangehörigen Kommune aufsucht, ihm ein Grundstück abnimmt, das er immer schon quitt werden wollte, und das mit der Aussicht auf 60 neue Arbeitsplätze verbindet, ist das Votum der Pflegekonferenz Schnee von gestern.

Das ist zu beseitigen und da ist – das sage ich ganz offen – im Zusammenwirken – das ist kein Problem des Städtetages, sondern eher eines des Landkreistages und

seiner kreisangehörigen Kommunen – eine Entwicklung hinzubekommen, damit da ein höheres Maß an Verbindlichkeit, was die Feststellung der Pflegekonferenz angeht, anerkannt wird. Das ist ein innerkommunales Problem, das wir weiterhin bearbeiten. Aber noch einmal: Es gibt viele gute Beispiele – auch in Kreisen, wo das hervorragend funktioniert und wo die Pflegekonferenz, auch wenn es keine echten, harten Steuerungskriterien sind, in der Lage ist, vor Ort eine zielgerichtete Weiterentwicklung vorzunehmen.

Vorhin habe ich Bemerkungen zur echten Bedarfsfeststellung beim stationären Neubau gemacht, wohlgemerkt: Wir reden hier nicht über Ersatzneubauten im Kontext der Herstellung der 80-zu-20-Quote. Ich glaube, dass das noch einmal einen Schub für die kommunale Pflegeplanung geben wird, der absolut sachgerecht ist.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Als nächste Rednerin hat Frau Ministerin das Wort. Ihr folgen dann Herr Garbrecht und Frau Schneider.

Ministerin Barbara Steffens (MGEPA): Herzlichen Dank, Herr Arentz. – Als Erstes richte einige Punkte an die Pflegekassen, an Herrn Rohe und Herrn Pannen.

Erstens. Herr Pannen, Sie haben es eben wiederholt und gesagt, alle Zahlen stammten von IT.NRW. Das Gerücht der 12.000 wegfallenden Plätze hält sich im Raum. Diese Zahl stammt nicht von IT.NRW. Ich hätte gern von Ihnen erklärt – Herr Limbach hat das in seiner Stellungnahme anders dargestellt –, woher Sie die nehmen.

Denn wir haben mit dem, was wir jetzt geschaffen haben, noch 12.000 Plätze, die sozusagen umgewandelt werden müssen. Klar ist, dass wir mit der DVO und mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen die Möglichkeit schaffen, dass jeder dieser Plätze erhalten bleibt. Kein einziger Platz muss abgebaut werden. Wir haben sogar vielfältige Möglichkeiten, dass es anderswo möglich ist, wenn es am eigenen Standort nicht funktioniert. Es gibt keine Notwendigkeit. Welcher Träger sollte freiwillig Plätze abbauen, wenn vom Land die Möglichkeit geschaffen wird, diese zu erhalten?

Deswegen: Ihre Zahl von 12.000, die Sie vehement in den Raum stellen, bestreiten wir. Ich sage Ihnen: Diese Plätze werden nicht verlorengehen. Dankenswerterweise haben Sie gerade noch einmal gesagt, dass wir trotzdem einen Ausbau der Plätze haben, denn auch unter den Rahmenbedingungen, die von der letzten Landesregierung eingeführt und mit dem letzten Gesetz aufrechterhalten worden sind, haben Investoren überlegt, stationäre Pflegeeinrichtungen zu schaffen. Deswegen: Wir werden auch weiterhin diesen Zuwachs von den vielleicht 7.000 Plätzen haben. Daher sehen wir die Problematik, die von Ihnen an die Wand gemalt wird, überhaupt nicht. Sie könnten erklären, warum Sie immer noch trotz Landespflegeausschuss und trotz aller Diskussionen an diesen 12.000 festhalten.

Der zweite Punkt geht in eine andere Richtung und an die ambulanten Pflegekassen. Das ist mir heute in der gesamten Diskussion viel zu kurz gekommen. Sie gehen immer davon aus und sagen: Wir schreiben erst einmal den Status quo der Entwicklung der Pflegebedürftigkeiten fest. Diejenigen heute anwesenden Mitglieder der Enquetekommission können sich sicherlich daran erinnern, wie viele Diskussionen wir

darüber geführt haben, ob die prognostizierten Pflegebedarfe wirklich so eintreten müssen, wie es ist – also zur Frage der Prävention im Alter.

Es wäre, wie gesetzlich vorgesehen, Aufgabe der Pflegekassen zu sagen: Wir versuchen, Prävention zu betreiben, damit wir alle, wenn wir mit einer höheren Lebenserwartung älter werden, eine längere Lebensphase haben, in der wir das Leben leben können, also: Vermeidung von Pflegebedürftigkeiten.

In den letzten Jahren sehe ich auch hier in Nordrhein-Westfalen seit dem Abschlussbericht der Enquetekommission nicht so richtig viele Maßnahmen auch der Pflegekassen, was man tut, um zum einen Konzepte mitzuentwickeln, wie man Pflegebedürftigkeit vermeidet. Der MDK wird gerufen, kommt in die Haushalte und zu den Personen. Dann stellt er fest: Da gibt es noch keine Pflegebedürftigkeiten. Was passiert denn dann? Was machen Sie mit diesen Personen, die hart an der Kante zur Pflegebedürftigkeit stehen? Es wäre Ihre primäre Aufgabe, an der Stelle Lebensqualität zu erhalten und Kosten zu vermeiden. Da sehe ich die Pflegekasse in einer Verantwortung, der sie heute meines Erachtens noch nicht gerecht wird.

Wenn wir uns das für Nordrhein-Westfalen anschauen, haben wir in Nordrhein-Westfalen jedes Jahr 100.000 Menschen, die neu pflegebedürftig werden und die in Pflegestufe I kommen. In der Enquetekommission gab es Berichte, nach denen locker und sogar durchschnittlich drei Jahre spätere Pflegebedürftigkeit möglich sind, wenn es gute Prävention gibt. Ein Monat später würde für die Pflegekassen pro Jahr 50 Millionen € Einsparvolumen bedeuten. Warum nehmen Sie das nicht in die Hand und investieren endlich in den Ausbau, in die Erweiterung und in die Stärkung des ambulanten Sektors? Das wären nicht nur für Sie Kostenersparnisse, sondern auch für die Krankenversicherung, für die wir alle zahlen, weil auch da natürlich die Folgekosten massiv steigen. Da würde ich mir wünschen, dass es einen anderen Aufbruch gibt.

Wenn wir über Prävention im Alter reden, können wir über viele Sachen sprechen, die sonst immer im Kopf sind, was Präventionsmaßnahmen sind. Das ist nicht das Klassische, nach dem Motto: Wir machen hier ein Angebot; wir machen da ein Angebot. – Vielmehr ist die beste Prävention im Alter, dass man nicht sinnentleert ist, dass man eine Aufgabe hat, dass man einen Wert hat, dass man eine Bedeutung hat und dass man gebraucht wird. Das geht am besten im eigenen Quartier, in der eigenen Häuslichkeit, in der nachbarschaftlichen Verantwortung. Denn gebraucht – dabei brauchen wir uns nichts vorzumachen – wird ein Mensch in der stationären Pflege nicht; er wird beschäftigt und mit eingebunden. Aber er wird nicht in dem Sinne gebraucht, wie er vielleicht im Quartier gebraucht werden kann.

Wenn wir nicht dazu kommen, dass wir alle in dieser Gesellschaft in unserer nachberuflichen Phase anfangen, Verantwortung für andere zu übernehmen, uns ehrenamtlich im Quartier einzubringen und unsere Umgebung mitzugestalten, werden wir als die geburtenstarken Jahrgänge überhaupt nicht mehr versorgt werden können – egal wie viele stationäre Pflegeeinrichtungen wir ausbauen. Denn erstens werden unsere Kinder das nicht bezahlen können, zweitens sind die Fachkräfte nicht da und drittens ist das nicht das, was uns in dem erhält, was wir wollen.

Ferner frage ich die Kassen: Wie ist das mit der UN-Behindertenrechtskonvention? Auch darin haben wir für alle Pflegebedürftigen verankert – das haben wir unterschrieben –, dass es ein Wahlrecht im Rahmen des Selbstbestimmungsrechts geben muss. Das Wahlrecht, wie wir heute alt werden, haben die Menschen nicht. Herr Augurzky, Sie haben das eben gesagt: Wenn wir viel stationäre Pflege haben, haben wir viel Auswahl, und das ist gut. – Nein. Denn wenn Sie die Menschen fragen, wollen 98 % bis 99 % in der eigenen Häuslichkeit, in einer Wohn- oder Hausgemeinschaft alt werden. Wenn man die stationäre Pflege ausbaut, haben die Menschen Auswahl zwischen dem, was sie nicht wollen. Das entspricht aber nicht dem Selbstbestimmungsrecht. Deswegen meine Frage: Wie schaffen wir das Selbstbestimmungsrecht?

Weiterhin glaube ich, dass es keine Antworten auf das Sich-im-Kreis-Drehen und die Frage – das haben Herr Altenbernd und Herr Augurzky angesprochen – gibt: Wie schaffen wir das mit dem Fachkräftemangel? In Zukunft werden wir einen Fachkräftemangel haben. Bis 2050 werden wir in Nordrhein-Westfalen ein Viertel der vorhandenen Erwerbspersonen verlieren, während sich die Zahl der Pflegebedürftigen verdoppelt. Heute ist jeder Siebte in der Gesundheits- und Pflegewirtschaft beschäftigt. 2050 müsste bei Fortschreiben und den Entwicklungen, die ein Teil von Ihnen fordert, jeder Dritte in der Gesundheits- und Pflegewirtschaft beschäftigt sein. Es ist ein Irrglaube, dass das passiert. Das heißt: Wir werden es nur schaffen, ordentlich alt zu werden, wie wir es wollen, wenn wir das, was es heute an häuslicher Pflege, an pflegenden Angehörigen gibt, auch erhalten können. Das können wir nur durch Modelle, wie sie Helmut Wallrafen-Dreisow eben angesprochen hat, dass nämlich die Betriebe die Verantwortung übernehmen und die Vereinbarung von Pflege und Beruf bei jedem Betrieb oben auf der Agenda steht. Das heißt, in Zukunft nicht mehr den Betriebskindergarten zu fördern, sondern die Betriebstagespflege zu fördern. Das heißt, in Zukunft andere Modelle an der Stelle haben und pflegende Angehörige anders mitnehmen. Da lauten meine Fragen, woher Sie bei den Mehrbedarfen, die Sie für die stationäre Pflege an die Wand malen, die Ressourcen für die Pflegekräfte nehmen wollen.

Letzter Punkt. Herr Altenbernd, ich bin Ihnen sehr dankbar, dass Sie noch einmal darauf hingewiesen haben, dass die von Herrn Wingenfeld genannten 36 Monate im Durchschnitt nicht mehr der Realität entsprechen. Es ist sehr viel kürzer. Es ist von Pflegeeinrichtung zu Pflegeeinrichtung anders. Wenn wir sehen, dass Herr Wingenfeld seine Bedarfe ausgerechnet hat und die Entwicklung an den 36 Monaten ausgerichtet hat, werden die Bedarfe der stationären Pflege, die bei Ihnen auch noch vorhanden waren, bei einer immer kürzeren Verweildauer, nicht mehr Bedarfe werden, sondern dann werden wir sogar eher mit den vorhandenen Bedarfen an dieser Stelle satt auskommen. Denn wenn weniger Menschen da sind, brauchen wir nicht mehr Plätze, sondern wir brauchen eine andere Pflege, eine andere Qualität, eine Weiterentwicklung.

Ich finde es ein bisschen schade, dass wir seit dem Abschlussbericht der Enquetekommission, der ich, wie Sie jetzt hören, mit Leidenschaft angehört haben – ich brenne auch jetzt noch für das Thema mit Leidenschaft – schon so viel Zeit verloren haben, die Gesellschaft zu verändern, denn wir könnten heute schon anderswo ste-

hen. Ich würde mir wünschen, dass es in Nordrhein-Westfalen diesen Aufbruch gibt, damit wir nicht, wenn wir als geburtenstarke Jahrgänge alt werden, sagen: Hätten wir früher etwas getan, dann ginge es uns besser. – Wir müssen jetzt handeln! – Danke.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – In erster Linie waren die Kassen gefragt: gemeinsam oder einzeln, Herr Rohe und Herr Pannen?

Ulrich Pannen (Landesverband der Pflegekassen): Wir können gemeinsam, und wir können einzeln. – Frau Ministerin, ich glaube nicht, dass wir massiv auseinander sind, wenn Sie aufzeigen, dass wir Lösungen brauchen. Das sehen wir ganz genauso. Wir basteln schon an Lösungen und an Quartierslösungen. Das Netzwerk Nähe ist Ihnen bekannt. Wir arbeiten mit der Deutschen Telekom an einem virtuellen Netzwerk und an Versorgungsnetzwerken für die Quartiere im Stadtkern von Goch. Es ist nicht so, als würden die Pflegekassen sich nicht mit den Zukunftsproblemen beschäftigen. Wir sind nicht auseinander, was die Zukunftslösungen angeht. Was uns nur umtreibt, ist, jetzt Weichen zu stellen, die aus unserer Einschätzung zu negativen Auswirkungen für die Entlastung von pflegenden Angehörigen führen, die aus unserer Einschätzung zumindest zum Stopp von stationären Plätzen führen, während wir haben keine ambulanten Alternativen haben. Hätten wir die Alternativen, würde ich sofort mit Ihnen konform gehen können, denn wir könnten andere Wege gehen.

Aber meine Sorge ist ein Stück weit, dass wir, wenn wir die Dinge umsetzen, die in der Verordnung stehen und auf die die Träger hinweisen, Wartelisten haben werden, weil wir noch keine ambulante Versorgung haben. Wir werden den Versand von Patienten haben, den wir früher hatten. Die Versicherten werden in den Kassen stehen und sagen: Wo sind denn hier die Angebote, Stichwort: Sicherstellungsauftrag? – Klammer auf: Ich kann ihn gar nicht nutzen, weil ich keine investiven Mittel habe, denn 1993 ist zwischen Blüm und der SPD entschieden worden, dass die investiven Mittel durch die Ländern zur Verfügung zu stellen sind. Ich will also sagen: Wir sind, was die Perspektive angeht, nicht weit auseinander. Bloß: Das jetzt so beschließen, ohne die andere Variante schon im Ausbau zu haben oder zumindest in der ambulanten Form Versorgung irgendwo sehen zu können, dass es tatsächliche Lösungen gibt, habe ich große Sorgen, weil sich die Pflegeversicherung leider in den letzten 20 Jahren nicht so schnell entwickelt hat, wie der Bedarf gewesen wäre.

Der zweite Punkt ist: Sie sprachen die UN-Behindertenrechtskonvention an. Natürlich haben sie ein Wahlrecht. Da kann ich aber auch nur sagen: Investiv habe ich keine Mittel. Ich kann nur Leistungen auskehren. Ich schlage vor: Wir setzen uns mal zusammen und denken gemeinsam darüber nach, wie Investitions- und Leistungskosten zusammengeführt werden können, damit das Wahlrecht aus Sicht der Betroffenen noch besser genutzt werden könnte.

(Zustimmung von Ministerin Barbara Steffens)

Ich habe bei mir jedenfalls bisher noch keine einzige Beschwerde gehört, dass das Wahlrecht nicht so ausgeübt werden konnte, aber es mag so sein.

Dritter Punkt: Prävention. Das ist okay, da haben Sie Recht. Das ist sicherlich eine Schwachstelle. Da könnte man mehr tun. Dann würde ich aber dafür sorgen, dass die Pflegekassen auch Haushaltsmittel dafür bekommen, denn die haben sie nicht. Es gibt kein Konto „Prävention“ in der Pflegeversicherung.

Letzter Punkt: Woher kommt die Zahl von 12.000? Die 12.000 kommen aus einem Vortrag Ihres Hauses im letzten Landespflegeausschuss.

(Ministerin Barbara Steffens: Nein!)

– Das war in einem Vortrag Ihres Hauses.

(Ministerin Barbara Steffens: Ich will das einmal klarstellen, weil das immer wieder durch die Gegend geistert. Wir haben einen massiven Abbau der Doppelzimmer. Es gibt noch 12.000 Betten, die sozusagen umgeändert werden müssen. Das heißt nicht, dass sie wegfallen, sondern eine Trägereinrichtung kann aus einem Doppelzimmer zwei Einzelzimmer machen. Und wenn das nicht in der eigenen Einrichtung funktioniert, kann sie es auch anders machen. Die fallen nicht weg, sondern sie müssen nur umgebaut werden!)

– Frau Ministerin, das ist richtig, aber bisher sieht die Verordnung vor, dass man das möglichst auf dem Gelände tut. Da hat man in Düsseldorf und Köln natürlich Schwierigkeiten.

(Zuruf Ministerin Barbara Steffens)

Die Ausnahmetatbestände sind da nicht so sauber.

(Zuruf Ministerin Barbara Steffens)

Moderator Hermann-Josef Arentz: Danke schön. – Möchte Herr Rohe ergänzen?

Wilhelm Rohe (Verband der Ersatzkassen e. V.): Herr Pannen hat zutreffend auf die Aspekte hingewiesen. Ich habe bewusst in meinen Ausführungen erwähnt, dass bei der Problematik des Platzzahlabbaus erst die Zukunft zeigen wird, ob wirklich Plätze wegfallen. Wir bleiben dabei: Die Gefahr besteht. Über die Anzahl kann man sich trefflich streiten.

In Sachen Reha sage ich: Das ist in der Tat eine offene Baustelle. Auch wenn beim MDK-Gutachten Reha-Potenzial aufgezeigt wird, heißt das noch lange nicht, dass dies auch entsprechend genutzt wird. Es gibt sicherlich auch die fehlende Ansprache durch die jeweilige Pflegekasse; hierbei wird auf das fehlende Potenzial oftmals nicht hingewiesen. Es gibt aber auch einen Personenkreis, gerade mit der Pflegestufe 0, der für diese Problematik nur bedingt erreichbar ist, sprich: Die wollen einfach nichts tun – aus welchen Gründen auch immer.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Vielen Dank. – Meine Damen und Herren, ich habe jetzt noch drei Wortmeldungen und zwei Minuten Zeit. Wir werden also ein bisschen überziehen.

Günter Garbrecht (SPD): Manchmal müssen wir auch überziehen an bestimmten Punkten. – Ich würde gern zwei Teilnehmer ansprechen.

Erstens ist in einer Vielzahl von Vorträgen heute klargeworden, dass die Kommunen im Prinzip das entscheidende Steuerungsinstrument für eine Weiterentwicklung und eine Überwindung der Grenzen zwischen ambulant und stationär bei einer sinnvollen Implementierung von Angeboten auf der örtlichen Ebene sind.

Nun hat Herr Limbach vorgetragen, die Kommunen wünschten sich im Prinzip dazu ein höheres Steuerungspotenzial und -instrument als bisher. Meine Frage richtet sich an den Vertreter der Freien Wohlfahrtspflege: Könnten Sie sich mit einem solchen Steuerungsinstrument bzw. Regulativ auf der kommunalen Ebene zum Neubau stationärer Pflegeplätze anfreunden?

Die zweite Frage geht auch ein bisschen in die Richtung der Freien Wohlfahrtspflege. Zu vielen Diskussionen wie eben könnte ich aus meiner Sicht ein paar Beiträge leisten. Das will ich vermeiden. Wir haben in der laufenden Debatte ein bisschen den Eindruck, als würde insbesondere die Frage, unter welchen Bedingungen die stationären Einrichtungen derzeit und zukünftig sind, ausschließlich auf der Gesetzgebung beruhen, die wir hier beraten. Das ist aufgrund meiner Kenntnis nicht der Fall.

Die Bank für Sozialwirtschaft ist kein Institut der Deutschen Bank oder der Landesregierung, sondern eher ein Institut, das der Freien Wohlfahrtspflege sehr zugeneigt ist, sofern diese nicht sogar in Trägerschaft ist. Die Bank für Sozialwirtschaft hat 2012, lange bevor die ersten Referentenentwürfe dieses Gesetzes vorhanden waren, einen Report herausgebracht: „Pflegeheime unter Druck.“ Darin stehen viele Punkte, die sich jedenfalls in einer Reihe von Einlassungen sowohl der Kassen als auch der Anbieter, bpa wie der frei-gemeinnützigen, nicht so ganz in Deckung bringen lassen. Darauf will ich nur hinweisen.

Ich will eine ganz spezielle Frage stellen. In diesem Report ist ein Hinweis gegeben, der sich im Prinzip in Deckung mit dem bringt, was Frau Prof. Schaeffer und Herr Wingenfeld vorgetragen haben, dass nämlich die Zukunft eigentlich darin bestehe, dass vor Ort sozusagen eine Mischeinrichtung zwischen stationären und ambulanten Angeboten – die Ausrichtung im Quartier – existiere, was wir schon in vielen Beiträgen gehört haben. Diese Einrichtungen gibt es schon. Ausweislich dieses Reports – das sind die Bundeszahlen – sind bundesweit 75 % der stationären Einrichtungen solitäre stationäre Pflegeeinrichtungen. 25 % der Einrichtungen sind aber sogenannte Mischeinrichtungen. Das heißt, sie haben andere Angebote entweder der Eingliederungshilfe oder des Hospizes. Sie sind an ein Krankenhaus angedockt. Und es gibt andere Formen. Meine Frage an die Wohlfahrtspflege und an andere Verantwortungsträger in Nordrhein-Westfalen lautet: Wie sieht denn die Situation in Nordrhein-Westfalen aus? Wie viele Ihrer Einrichtungen haben einen solchen Level? Herr Altenbernd, Sie haben gesagt, Sie seien gern bereit, diesen Weg zu gehen. Wo stehen wir in dieser Frage? Auch das würde einige Diskussionen durchaus erleichtern.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Herr Altenbernd.

Wolfgang Altenbernd (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen): Zur letzten Frage, Herr Garbrecht, kann ich Ihnen nicht genau sagen, wo wir stehen. Ich kann Ihnen nur sagen: Die Freie Wohlfahrtspflege hat – auch mit Ministerin Steffens zusammen – gerade bei der Quartiersöffnung und der Quartierspolitik einige Veranstaltungen gemacht. Wir werben in allen unseren Mitgliedsverbänden dafür, uns mit allen Einrichtungen zu öffnen. Wir sind in der Tat auf dem Weg zu sagen: bitte keine abgeschotteten stationären Einrichtungen. Öffnet euch – egal, ob das Tagespflege oder die soziale Versorgung ist oder ob das bis hin zur ambulanten Versorgung reicht. Wir haben – früher hieß das „heimverbundene Altenwohnungen“ – auch im Umfeld von Altenheimen durchaus Altenwohnungen, wo es Betreuungsbedarfe gibt. Ich kann Ihnen das nicht in Zahlen nennen, sondern kann nur sagen: Alle Träger sind da sehr offen und sehr moderat und würden für die Zukunft schauen, wie man das organisieren kann.

Bei der Bank für Sozialwirtschaft bin ich im Aufsichtsrat. Deswegen kenne ich die Diskussionen ganz gut. Die Diskussionen 2012 und in den Folgejahren hatten mit der Bedarfssteuerung und mit ihrer Aufgabe zu tun. Die Bank hat sehr deutlich gemerkt: Wenn sich Bedarf nur noch durch Baurecht verändern lässt, ist es sehr schwierig, Investitionen in einen solchen Bereich hineinzugeben. Aus diesem Grunde ist da eine Diskussion entstanden, diesen Bereich der stationären Einrichtungen sehr vorsichtig zu begrenzen und nicht weiter wachsen zu lassen. Diese Diskussion wird in der Bank bis heute geführt, und wir sehen sie so.

Das hat gleich mit Ihrer ersten Frage zu tun, wie sich Bedarfssteuerung auch im Sinne der Kommunen ergebe. Wir als Freie Wohlfahrtspflege haben seit Jahren gesagt, wir würden uns freuen, wenn wir zu mehr Bedarfssteuerung zurückkämen. Denn zurzeit haben wir Wildwuchs an einigen Stellen, wo wir Blüten im Lande haben, wo ein Träger auf der anderen Straßenseite 100 m weiter eine Einrichtung erstellt, obwohl man auf der anderen Seite schon eine hat. Das heißt, Planung im Sinne von Quartiers- oder Stadtplanung findet häufig nicht statt. Ich will es auf den Punkt bringen: Sehr häufig wird gefragt, was man mit dem Grundstück macht. Bauen wir einen LIDL-, einen ALDI-Markt oder ein Pflegeheim? Das finden wir schlichtweg schlecht. Da besteht – da wird es auf das Detail ankommen – eine große Bereitschaft, mit den Kommunen zu schauen, wie man wieder zu einer Bedarfsplanung und damit zu einer Verhinderung eines Überangebots und einer sinnvollen Finanzierung derartiger Einrichtungen zurückkehren könnte.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Herr Rohe spricht auch dazu.

Wilhelm Rohe (Verband der Ersatzkassen e. V.): Herr Garbrecht, kurz zu Ihrer Frage nach Verbundeinrichtungen: Aus Sicht der Pflegekassen haben wir hierzu keine belastbaren Zahlen. Aber die Erfahrung zeigt, dass seit rund zehn Jahren alle stationären Einrichtungen auf dem Gelände zumindest Regelungen zum betreuten Wohnen anbieten. Sie werden in der Regel im Verbund mit weiteren Einrichtungs-

formen betrieben, wie mit ambulanten Diensten usw. Eine direkte Anbindung an die Einrichtung ist nicht der Regelfall, sondern in Summe betrachtet eher die Ausnahme.

Einige Worte in Sachen kommunaler Bedarfsplanung und -steuerung: Sicherlich ist zu begrüßen, dass künftig über die Aufwertung der kommunalen Pflegekonferenzen dort ein mögliches Votum für oder gegen eine Einrichtung mehr an Gewicht gewinnt. Das zentrale Dilemma ist weiterhin, dass, wenn sich ein Träger über dieses Votum hinwegsetzt und bei uns einen Antrag stellt, für uns Bedarfsgesichtspunkte vor Ort keine Rolle spielen. Es gibt keine Bedarfszulassung. Wir haben ein Stück weit einen Kontrahierungszwang. Es ist die große Gefahr, dass Einrichtungen in den Bereichen entstehen, wo keine benötigt werden, weil aber vielleicht die investiven Rahmenbedingungen oder ein Grundstück günstig sind. Die Erfahrung zeigt leider auch im stationären Bereich: In den unteren Pflegestufen ist es für Angehörige durchaus attraktiv, Angehörige stationär unterzubringen. Das mag in Summe günstiger sein, als die ambulante Unterbringung. Sie müssen sich weiterhin um weniger kümmern.

Das führt auch dazu, dass in diesen Bereichen Einrichtungen entstehen werden. Wir haben ein Stück weit eine angebotsinduzierte Nachfrage, wo man Einrichtungen, auch neue Einrichtungen hat, die voll sind. Es dauert nicht lang – in der Regel ein Jahr –, dann sind die Häuser gefüllt.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Danke schön, Herr Rohe. – Frau Schneider.

Susanne Schneider (FDP): Vielen Dank. – Ich habe eine Frage. Eigentlich könnte ich ganz viele fragen. Ich haben überlegt: Wen nimmst du jetzt? Ich habe beschlossen, da Herr Altenbernd das so schön macht, dass ich ihn frage. Auch Dr. Augurzky hätte ich gern gefragt. Das ist eine sehr kurze Frage. Es ist ein sehr emotionales Thema, wie wir heute auch wieder festgestellt haben. Wir möchten nicht nur, dass es dem pflegebedürftigen Menschen in diesem Land gut geht, sondern dass auch möglichst die Angehörigen entlastet werden. Was mir die ganze Zeit große Sorgen macht – ich will sicherstellen, dass ich das alles richtig verstanden habe –, ist: Ich fürchte mich vor einem Versorgungsengpass dadurch, dass wir definitiv weniger stationäre Plätze haben werden. Die Anreize, neue zu schaffen, sind nicht wirklich groß. Wenn ich Ihre Ausführungen richtig verstanden habe, muss ich mir nicht nur Sorgen um die stationäre Pflege machen, sondern anscheinend auch um die Kurzzeitpflege, die die ganze Zeit ein wunderbares Mittel war, um die Angehörigen zu entlasten. Habe ich es richtig verstanden, dass es in der Kurzzeitpflege jetzt auch eng werden könnte, oder habe ich das ganz missdeutet?

Moderator Hermann-Josef Arentz: Danke schön. – Herr Altenbernd.

Wolfgang Altenbernd (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen): Ich habe gesagt, dass es eng werden könnte in der ambulanten Versorgung, da wir im ambulanten Bereich zurzeit erhebliche Refinanzierungsprobleme haben. Die Kurzzeitpflege hat, denke ich, strukturell immer dann ein Problem, wenn es eine solitäre Einrichtung ist, die

ganzjährig vorgehalten, aber nur saisonal in Anspruch genommen wird. Daher ist das vielleicht ein Problem.

Aber sobald Sie im Quartier offen sind und die stationäre Einrichtung für Kurzzeitpflege öffnen, haben Sie das Problem der Kurzzeitpflege nicht mehr. Sie habe es dann höchstens in der Addition: Haben wir genügend Plätze für die Zukunft?

Moderator Hermann-Josef Arentz: Danke schön. – Herr Dr. Augurzky.

Dr. Boris Augurzky (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung): Ich hatte die Aussage gemacht, es sei nicht schlecht, ein bisschen Überangebot zu haben, denn dann hat man die Auswahl. Das gilt innerhalb des Pflegeheimbereichs. Stellen Sie sich vor: Sie haben es jetzt nur innerhalb dieses Bereichs. Sie haben dann nicht mehr die Auswahl. Dann müssen die Pflegebedürftigen auch die schlechten Pflegeheime nehmen. Denn es gibt die guten nicht mehr. Die sind dann weg. Das möchte ich vermeiden.

Jetzt wird gesagt, 99 % wollten gar nicht im stationären Sektor sein, sondern eigentlich ambulant. Dann frage ich mich: Warum sind sie dann nicht ambulant? Weil es gar kein Angebot gibt. Da gibt es irgendeine Restriktion. Es lohnt sich nicht, ambulant zu machen. Also müssen wir beides machen: Wir müssen immer dafür Sorge tragen, dass die, die in die stationären hineinrutschen, nicht in die schlechten kommen.

Deshalb sage ich auch: Wenn man jetzt in einer Kommune feststellt, es gibt keinen Bedarf, und trotzdem macht ein Heim auf, das gleich gefüllt ist, und sie entlasten die Angehörigen, die dann arbeiten gehen und Steuern zahlen können, haben wir auch etwas gewonnen.

Insofern sehe ich da nicht wie im Krankenhausbereich die Möglichkeit der Angebotsinduktion. Wir müssen vielmehr dann über die finanziellen Vergütungen ambulant/stationär nachdenken. Dann wird sich der ambulante Bereich aufmachen, die 99 % stationären aufzunehmen.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Danke schön. – Herr Wegner.

Olaf Wegner (PIRATEN): Vielen Dank. – Ich habe auch eine Frage an Herrn Boris Augurzky. Wenn Herr Altenbernd etwas dazu sagen möchte, würde ich mich auch sehr freuen.

Vorweg möchte ich Folgendes sagen: Ich finde es zurzeit schon etwas befremdlich, dass allen Personen bzw. den Personen, die Bedenken und Sorgen haben, dass die vollstationäre Pflege in Zukunft unter Umständen nicht gesichert sein könnte, unterschwellig eine Menschenunfreundlichkeit nachgesagt oder unterstellt wird. Ich möchte das für mich ganz deutlich von mir weisen. Ich bin sehr dafür, dass alles, was ambulant geht, auch ambulant gemacht wird, dass Quartiersentwicklung demnächst besser gemacht wird und dass weitere alternative Formen gefunden werden.

Die Frage ist aber an anderer Stelle, ob diese Menschen in Zukunft weiterhin eine … oder, ob, wenn nicht diese zusätzlichen Wahlmöglichkeiten schaffe, diese Leute nicht wirklich eine Wahlmöglichkeit haben, nämlich unter Umständen zwischen ambulant oder alternativer Form oder Heim oder ob diese Heime dann gar nicht mehr existieren. Sobald ich diese Wahlform nicht mehr habe, habe ich auch keine bessere Situation als jetzt. Denn zurzeit habe ich diese Wahlformen auch nicht. Das muss ich zugeben. Deswegen bin ich sehr dafür.

Daher hatten mich – daher spreche ich ihn jetzt direkt an – die Ausführungen von Herrn Augurzky beeindruckt, das Ganze müsse in Konkurrenz zueinander laufen, weil klar sei: Beides ist als Angebot da. Der zu pflegende Mensch und seine Angehörigen werden sich aufgrund gewisser Umstände entscheiden, warum Sie sich eher für das eine oder eher für das andere entscheiden. An der Stelle haben sie freie Wahl, wenn vor allen Dingen kein Platzmangel herrscht.

Die Frage ist – das bekomme ich immer wieder mit –: Eigentlich geht es – so verstehe ich es – um zwei verschiedene Personengruppen zum Teil. Zum Teil sind das die Personen, die noch zu Hause gepflegt werden und deren Lebensqualität man verbessern könnte. Jetzt zu der konkreten Fragen: Sie hatten – so hatte ich das zumindest in Ihrer Rede zum Teil mitbekommen – ein bisschen Verwunderung geäußert, dass auf diese Konkurrenz, zu der man sagen könnte … Aufgrund dieser Konkurrenz kann sich der Bürger entscheiden. Können Sie sich vorstellen, warum auf diese mangelnde Bereitschaft zur Konkurrenz aufseiten der Befürworter bzw. aufseiten der Personen, die die Bedenken mit den Heimen nicht ernstnehmen nicht eingegangen wird? Denn schließlich hätten sie, wenn ich Sie richtig verstanden habe, nicht unbedingt den Verlust dadurch. Denn den Verlust hätten die Unternehmer, die in den Heimen investiert haben und in dem Fall aufs falsche Pferd gesetzt hätten.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Danke schön.

Dr. Boris Augurzky (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung): Ich hatte ein Aha-Erlebnis vor einem Jahr. Bei einer größeren Altenheimkonferenz war ein privater Pflegeheimbetreiber, eine große Kette. Er hatte neuerdings die These aufgestellt: Wir müssen unbedingt Markteintritte, also Neuangebote restringieren, damit wir endlich den Bestand erst einmal füllen – dann neue Heime.

Dass ein privater Anbieter das so propagiert, ist klar. Er möchte seine – vielleicht sind sie schlecht, das gilt nicht für die Privaten, einer kann schlechte Angebote haben – erst einmal gefüllt haben. Er möchte nicht, dass andere mit besseren Angeboten in den Markt kommen. Deswegen kommen natürlich die Forderungen auch eher von denen, die schon drin sind. Die, die reinwollen, werden natürlich dadurch draußen gehalten. Das ist in anderen Märkten auch zu beobachten. Der Bestand ist immer größer. Er ist die Mehrheit im Vergleich zu denen, die neu kommen. Das ist eine Minderheit.

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank. – Ich sehe im Moment keine weitere Frage. Damit sind wir am Ende von Block II und kommen zu den Statusbe-

richten aus den kommunalen Gebietskörperschaften. Auf dem Tableau sind vier aufgeführt, nämlich Bielefeld, die Landeshauptstadt Düsseldorf, Münster und der Kreis Gütersloh. Der Vorsitzende hat mir zu Beginn gesagt, dass auch Herr Wallrafen-Dreisow aus Mönchengladbach einen Beitrag leisten wird. Jeder von Ihnen hat fünf Minuten. Ich weiß: Das ist extrem knapp, aber ich würde Sie bitten, sich etwa an die Vorgabe von fünf Minuten zu halten. Als erste Rednerin hat Frau Krutwage aus Bielefeld das Wort.

III. Statusberichte aus kommunalen Gebietskörperschaften mit unterschiedlichen Herausforderungen und Zielmarken

a) Bielefeld: Abbau stationärer Versorgung, Wohnen mit Versorgungssicherheit

Gisela Krutwage (Stadt Bielefeld) (Stellungnahme 16/1994): Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, viel wurde darüber gesprochen, dass die Kommune eine ganz wichtige Rolle bei der Weiterentwicklung der pflegerischen Strukturen habe – nicht nur auf der gesamtstädtischen Ebene, sondern auch im kleinteiligen Bereich. Ich möchte für die Stadt Bielefeld beginnen, die es einer Verschwörungstheorie zufolge gar nicht geben soll, aber ich kann Ihnen versichern: Bielefeld ist real, und auch wir sind bei der pflegerischen Versorgung schon seit Jahren sehr aktiv.

(Präsentation: Vielfalt von Versorgungsformen als Antwort auf den demografischen Wandel, Statusbericht der Stadt Bielefeld, Stellungnahme 16/2050)

Ich habe einige Folien vorbereitet; das überspringe ich aus Zeitgründen.

(Folie: Versorgungsengpässe?)

Versorgungsengpässe sind ein Thema, das bereits mehrfach angesprochen wurde. Es wird im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung sicherlich an Bedeutung gewinnen. Die Stadt Bielefeld hat sich mit den Versorgungsengpässen schon zu Beginn der 1990er-Jahre sehr intensiv auseinandersetzen müssen. Wir haben damals eine sehr qualifizierte Altenhilfeplanung gemacht, die sich sehr kleinteilig die Entwicklung der Bevölkerung und der Bedarfe angeschaut hat. Damals geisterte durch Medien, Politik und Öffentlichkeit, dass es zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in der Stadt Bielefeld mindestens 500 zusätzlicher Heimplätze bedürfe. Das alles haben wir nicht zum Anlass genommen, diese 500 Pflegeplätze zu schaffen, sondern das hat letztlich darin gemündet, zu überlegen, welche Alternativen es zur stationären Versorgung gibt, ohne diese dabei – das möchte ich betonen – gänzlich in Frage zu stellen.

(Folie: Entwicklung der Versorgung der Pflegebedürftigen 2003 – 2011)

Dass diese Prognosen immer zweigeteilt sind und dass sie nicht immer so eintreten müssen – auch mit Blick auf die Entscheidungen der pflegebedürftigen Menschen –, wird auch für uns deutlich, wenn wir auf die Entwicklung der Versorgung in den letz-

ten Jahren schauen. Ich habe dies auf der Folie ab 2003 dargestellt. Deutlich ist, dass wir bei der stationären Versorgung trotz eines Anstiegs der Zahl der pflegebedürftigen Menschen keinen Zuwachs an Plätzen haben, sondern dass sich diese Veränderung der Anzahl pflegebedürftiger Menschen ausschließlich im ambulanten Bereich niedergeschlagen hat.

Ich finde die Entwicklung ganz interessant, dass gerade die Familien noch einmal eine deutlich größere Rolle bei der letzten Erhebung gespielt hat. Hierbei hat es scheinbar Übermittlungsprobleme der Daten gegeben. Aber das wird auch durch unsere eigene Wahrnehmung der pflegerischen Situation bestärkt. Das Ganze ist – vor einigen Tagen konnten wir es in der Zeitung lesen – bestärkt worden. Danach seien Familien deutlich leistungsbereiter, als wir es manchmal sagen. Es gibt eine Generationenstudie, die vom Bundesinnenministerium in Auftrag gegeben worden ist. Ohne, dass ich alle Details und Verlässlichkeit der Daten kenne, kann ich sagen, dass es in dieser Studie heißt, die überwiegende Mehrheit der Deutschen sei bereit, ihre Angehörigen zu pflegen. Ich glaube, da müssen wir ansetzen und überlegen, wie wir die Menschen in ihrer Bereitschaft so unterstützen können, dass ihrem Wunsch entsprechende Taten folgen können.

(Folie: Vielfalt … in Bielefeld …)

In Bielefeld sind unsere Taten sehr bunt. Das sehen Sie auf der Folie. Vielfalt in Bielefeld ist unser Motto.

(Folie: Vielfalt in Bielefeld)

Wir versuchen, auf den demografischen Wandel und die wachsenden Herausforderungen schon seit vielen Jahren mit einer Vielzahl von Angeboten zu reagieren und eben nicht einseitig ambulant oder stationär zu denken, sondern aus einem ganz bunten Strauß von Möglichkeiten die Pflege der Menschen zu organisieren. Da bin ich nahe bei dem, was Herr Wallrafen-Dreisow gesagt hat. Dazu gehört auch zunehmend, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu denken. Das findet sich in diesem Schaubild; das ist etwas unruhig. Aber es soll deutlich machen: Es gibt sehr viele Bereiche. Ein wichtiger Baustein für uns in Bielefeld ist die Versorgungssicherheit im Quartier und die Versorgungssicherheit in ambulanten Settings. Das bedeutet, ganz wesentlich das Zusammenspiel von Wohnangeboten und ambulanten Dienstleistungen zu stärken.

Wir haben uns Mitte der 1990er-Jahre mit den kommunalen Wohnungsbauunternehmen auf den Weg gemacht und das Bielefelder Modell entwickelt. Der eine oder andere von Ihnen wird es kennen. Das basiert gerade darauf, dass ein Wohnungsunternehmen adäquaten Wohnraum zur Verfügung stellen muss – nicht nur im Neubau, auch im Bestand –, der natürlich barrierefrei sein muss. In diesem Zusammenhang muss auch sichergestellt werden, dass es Räume und Möglichkeiten für die Menschen gibt, sich zu begegnen, dass ambulante Dienste Funktionsräume im Zugriff haben. Dazu gehört nicht nur ein Büro, sondern dazu gehören eine Gästewohnung, ein Stützpunkt, Hilfsmittelvorräte im Einzelfall, damit Menschen, wenn umfängliche Versorgungsbedarfe bestehen, dauerhaft im ambulanten Setting bleiben können. Dazu gehört aber auch ein ambulanter Pflegedienst. Da haben wir sehr gute Erfah-

rungen machen können, wie wir buntes und breites Angebot von Möglichkeiten zur Verfügung stellen – nicht nur im pflegerischen Bereich, sondern auch bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung – und mit Diensten zusammenarbeiten, die sich in die Lage versetzt haben, mit unterschiedlichen Kostenträgern ihre Leistungen abzurechnen. Denn es ist nach wie vor ein großes Manko im Zusammenhang mit der Ermöglichung quartiersnaher umfänglicher Versorgungsstrukturen, die das 24 Stunden sicherstellen, dass sich unsere Finanzierung leider zu sehr in den Strukturen von ambulant und stationär bewegt. Die Stadt Bielefeld musste Geld in die Hand nehmen. Wir haben im Rahmen von Leistungsvereinbarungen mit den anbietenden Trägern auf Basis von § 75 SGB XII gerade den Bereich der „anderen Verrichtungen“ stärken müssen. Denn wir alle wissen auch: Pflege ist mehr als die nur somatische Ausrichtung, sondern es geht ganz wesentlich darum, die Lebensqualität, die Betreuung und vieles andere mehr sicherstellen sowie Menschen gut einzubinden.

Wir liegen bei unseren Kosten im ambulanten Bereich damit deutlich höher als andere Teile des Landes. Wir haben es aber auf der anderen Seite hinbekommen können, dass wir seit Jahren keine weiteren stationären Pflegeeinrichtungen mehr haben. Wir haben es hinbekommen können, dass der gesamte Zuwachs an Pflegebedürftigkeit aufgefangen ist.

(Folie: ambulant – stationär)

Ich weise darauf hin: Die klassische Trennung von ambulanter Versorgung auf der einen und stationärer Versorgung auf der anderen Seite, wie sie im Leistungsrecht abgebildet wird, ist mit Blick auf die Zukunft nicht mehr geeignet, die Herausforderungen zu schultern, denen wir uns stellen müssen. Wir brauchen auch da viel flexiblere Strukturen und eine Pflegeversicherung, die nicht nur in den Einzelfall investiert, sondern auch das Feld, nämlich das Gemeinwesen, deutlich stärker in den Blick nimmt.

(Folie: Die Bielefelder Strategie)

Wir haben in Bielefeld diese quartiersnahe Versorgung mit den entsprechenden Auswirkungen dadurch hinbekommen, dass es einen politischen Konsens gibt. Der muss parteiübergreifend sein, weil man entsprechende Konzepte nicht in einer Legislaturperiode bearbeiten kann. Man sagt: „ambulant vor stationär“, aber auch: „Es soll keinen Ausbau der stationären Kapazitäten geben.“ Wir sagen auch: „Die stationäre Pflege ist nach wie vor erforderlich.“

Es braucht Visionen und Überzeugung. Es braucht begeisterte Menschen in der Kommune, die glauben, dass es notwendig ist, „präventiv“ vor „kurativ“ zu stellen und entsprechend tätig zu werden. Dass das Bau- und Sozialdezernat in Sachen Wohnen und Soziales zusammenarbeiten, muss eine Selbstverständlichkeit sein. Wir brauchen Routinen im Alltag und eine positive Streitkultur, aus der wir gestärkt hervorgehen und mit der wir nach wie vor trotz unterschiedlicher Haltung zusammenarbeiten.

Ein umfassendes Dienstleistungsverständnis – Frau Schaeffer hat es heute Morgen gesagt – ist zwingend notwendig, damit ambulante Dienste gut aufgestellt sind und die Breite der Herausforderungen schultern können.

(Folie: Kommunale Pflegeplanung)

Wir versuchen, das mit einer Pflegeplanung zu unterstützen und zu begleiten. Dabei ist es ein bisschen wie beim Bergsteigen. Man muss sehr viel Mühe investieren. Es lohnt sich aber. Wir sind noch nicht ganz am Gipfel angekommen. Ich weise auf die integrierte Sozialplanung hin. Das Stichwort ist gefallen; es handelt sich um eine gute und zielführende Umsetzungsstrategie, um den Herausforderungen zu begegnen. Ich will nicht auf die einzelnen Begriffe eingehen. Einzelheiten unserer Position können Sie gern in der Stellungnahme nachlesen. – Herzlichen Dank.

(Beifall)

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank, Frau Krutwage. – Sie sind der Überschrift „Bielefeld: Abbau stationärer Versorgung?“ voll gerecht geworden. Jetzt bin ich auf Herrn Hintzsche gespannt, der unter der Überschrift „Landeshauptstadt Düsseldorf: steigender Bedarf an umfassender stationärer Versorgung“ zu uns sprechen wird.

b) Landeshauptstadt Düsseldorf: steigender Bedarf an umfassender stationärer Versorgung

Burkhard Hintzsche (Stadt Düsseldorf): Meine Damen und Herren, es wird Sie vielleicht überraschen: Die Überschriften, die heute den Sachverständigen vorgegeben sind, sind nicht von den Sachverständigen benannt, sondern durch die Landtagsverwaltung vorgegeben worden.

Deswegen möchte ich an erster Stelle erst einmal betonen, dass das, was Frau Krutwage gesagt hat, fachlich-inhaltlich auch die volle Unterstützung des Sozialdezernenten in Düsseldorf erfährt, weil sich die Handlungsansätze, die wir in Düsseldorf beschreiten, im Wesentlichen mit den Handlungsansätzen in Bielefeld decken.

(Präsentation: Stellungnahme der Landeshauptstadt Düsseldorf „zum Bestand und zur Bedarfseinschätzung ambulanter und vollstationärer pflegerischer Versorgungsstrukturen in NRW“, Stellungnahme 16/2037)

Ich denke etwa daran, dass wir versuchen, quartiersnah die Strukturen so zu gestalten, dass die Menschen so lange wie möglich, auch dann, wenn sie pflegebedürftig werden, in der eigenen Wohnung bleiben können. Dafür haben wir ein eigenes kommunales Handlungsprogramm und eine kostenlose Wohnberatung. Wir finanzieren im Einzelfall sowohl die Wohnraumanpassungsmaßnahmen in der Wohnung als auch die Umzugsmaßnahmen im Quartier. Wir haben in allen Quartieren auf der Basis einer sozialräumlichen Gliederung die Ressourcenentscheidung so getroffen, dass da, wo besonders viele Senioren, insbesondere Senioren, die die eigenen Potenziale nicht haben, leben, gezielt durch die „Zentren Plus“ gestärkt werden. Das alles finden Sie an dieser Stelle noch nicht dargestellt. Das betone ich, um dann zur besonderen Situation überzuleiten, die wir als Großstadt für Düsseldorf sehen und

von der ich überzeugt bin, dass es mindestens noch drei bis vier weitere Städte in Nordrhein-Westfalen gibt, die vor einer ähnlichen Herausforderung stehen.

(Folie: 1. Die Bedarfe an häuslicher, ambulanter, umfassender Pflege und Versorgung und ihre zukunftsgerechte Entwicklung und Abdeckung)

Ich möchte eine Folie zum Thema „Steuerung“ zeigen. Ich bin beeindruckt von einer Veranstaltung, bei der ich heute Morgen in Oberhausen war, als die Ministerpräsidentin die Zwischenergebnisse zum Modellprojekt „Kein Kind zurücklassen“ vorgestellt hat. In diesem Zusammenhang wurde gesagt: Kommunen, ihr braucht nicht für all eure Entscheidungen zusätzliche Ressourcen, sondern ihr könnt, wenn ihr wollt, selbst entscheiden und selbst steuern. Das wurde am Beispiel der Kindertageseinrichtungen deutlich gemacht. Es ist insofern interessant, als wir dort die Steuerungsinstrumentarien haben, die wir bei der Pflege nicht haben. Wenn wir bei den Kindertageseinrichtungen feststellen, dass im Rahmen der Jugendhilfeplanung, der Kindertagesstättenbedarfsplanung, ein Bedarf vorhanden ist, fördern und unterstützen wir. Wenn wir diesen Bedarf nicht sehen, fördern und unterstützen wir nicht. Dann kann sich jeder, der ein Angebot machen will, ein solches privat-gewerbliches Angebot machen. Aber es gibt keine Refinanzierung aus öffentlichen Mitteln.

Diese Situation haben wir leider, wie wir alle in diesem Raum wissen, insbesondere bei den stationären und teilstationären Angeboten bis hin zu den ambulanten Angeboten in dieser Weise nicht. Wenn gesagt wird, es sei zentral für das Thema „Prävention“, dass die Kommunen ihrem Steuerungsauftrag, wie er hier beschrieben wird, gerecht werden, muss man sich schon Gedanken darüber machen, ob man eine solche Steuerung an dieser Stelle nicht bei allen Bedenken, die es dazu gibt, doch etablieren kann – egal, ob EU-Recht oder andere das zulassen. Es kann aus meiner Sicht nicht sein, dass wir den frühkindlichen Bereich an dieser Stelle mit den kommunalen Steuerungsmöglichkeiten anders als den Seniorenbereich behandeln.

(Beifall von Norbert Post [CDU])

Weil die Zeit nicht ausreichen würde, gehe ich über viele Folien schnell hinweg.

(Folie: 2. Qualitative und quantitativer Herausforderungen für die zukünftige Planung – ausgehend vom Status und den Bedarfen pflegerischer Versorgung aus Sicht der Kommune)

Der zentrale Ansatz besteht in Düsseldorf darin, quartiersbezogen die Infrastruktur für Senioren entwickeln. Das heißt, wir blicken nicht von stationärer Seite auf das Feld der Senioren, sondern versuchen, das ambulant zu gestalten.

(Folie: 2.1 Qualitative und quantitative Herausforderungen für die zukünftige Planung – ambulant vor stationär in Düsseldorf)

Einige Zahlen: Wenn Sie die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Düsseldorf sehen, stellen Sie fest, dass wir 14.700 im Jahr 2009 hatten. Prognostiziert wird für das Jahr 2025 eine Zahl von 18.900 Pflegebedürftigen. Das ist ein Zuwachs von 29 %. Warum haben wir den Zuwachs? – Überwiegend deshalb, weil die demografische Entwicklung dadurch gekennzeichnet ist, dass die Einwohnerzahl steigt. Wir unterstellen im Moment, dass bei 100 Einwohnern 1 % zum Kreis der Pflegebedürftigen

zählt. Es wurde auch im Vorfeld der Anhörung gefragt: Wie ermittelt ihr eigentlich im Rahmen der Pflegebedarfsplanung die Zahl der Pflegebedürftigen? Das ist eine Schraube an dieser Stelle. Frau Krutwage hat zu Recht dargestellt, dass wir uns darum kümmern müssen, dass die familiären Pflegepotenziale erhalten bleiben. Wir gehen aber gleichwohl im langfristigen Trend zumindest aufgrund der Erfahrungen der Vergangenheit im Rahmen unserer Pflegebedarfsplanung davon aus, dass sie auch in den nächsten Jahren weiter abnehmen werden.

Wichtig bei allen Handlungsansätzen in Düsseldorf ist, dass es einen Dreiklang gibt: Auf- und Ausbau der ambulanten Versorgung, Aus- und Aufbau solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Aus- und Aufbau von Tages- und Nachtpflegeangeboten. Das sage ich deshalb, weil ich glaube, dass sich die stationären Angebote nicht nur in ihrer unmittelbaren Wirkung zum Quartier hin öffnen müssen. Das ist schon gesagt worden – heute Morgen wahrscheinlich noch intensiver. Ich glaube, dass sich professionelle Angebote, die Familien und Angehörige entlasten, im Bereich der Tages-, Kurzzeit- und Nachtpflege sehr gut vertragen, wenn sie in einem stationären Kontext vorgehalten werden.

(Folie: 2.2 Qualitative und quantitative Herausforderungen
für die zukünftige Planung)

Wie war die Entwicklung in der Vergangenheit bis 2011? Auch hier sehen Sie sehr schön, dass wir in der Vergangenheit nicht für jeden Pflegebedürftigen einen stationären Platz gebaut haben. Wir haben den überwiegenden Teil der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen auch im ambulanten Bereich aufgefangen. Gleichwohl hat es im vollstationären Pflegebereich auch eine Zunahme gegeben, die natürlich weitaus geringer ist als die Zunahme im ambulanten Bereich.

Wenn ich von 2009 bis 2025 das Ganze betrachte, wirkt sich das nach unseren Berechnungen im stationären Bereich – das ist die Zahl, von der wir in Düsseldorf ausgehen – so aus, dass bis zum Jahr 2025 1.225 zusätzliche stationäre Pflegeplätze erforderlich sind. Erschrecken Sie nicht: Wir sind gar nicht so weit von einer Betrachtung aus Bielefeld entfernt. Die Stadt Bielefeld – aktuelle Zahlen habe ich nicht – hat rund 3.000 Pflegeplätze bei 320.000 Einwohnern. Wir haben 5.000 Pflegeplätze bei knapp 600.000 Einwohnern. Wenn wir sagen, dass wir zusätzliche Pflegeplätze brauchen, und an dieser Stelle noch nicht abbauen können, haben wir unterschiedliche Versorgungsniveaus. Das zeigt sogar, dass es uns in der Vergangenheit relativ gut gelungen ist, die zunehmende Zahl von Pflegebedürftigen über ambulante Angebote aufzufangen.

Die Zahl 1.400 ergibt sich bei den Pflegeplätzen aus dem Thema der Einzelzimmerquote. Das heißt, wenn wir die Platzverluste noch zusätzlich auffangen, brauchen wir noch einmal 175 zusätzliche Pflegeplätze an der Stelle. Ich will über die anderen Folien angesichts der Zeit, die wir zur Verfügung haben, relativ schnell hinweggehen.

Ich will zum Abschluss Folgende Anmerkung machen: Wenn ich sage, dass wir von zusätzlichen 1.400 stationären Pflegeplätzen ausgehen, können wir über die Parameter sprechen, die ich vorher genannt habe. Wir können uns darüber Gedanken machen, ob wir die familienbezogene Pflege konstant halten. Ich greife die positive

Prognose von Frau Krutwage auf. Wir können uns auch fragen: Stimmt der Anteil, den wir generell der Frage zugrunde legen, wie viele Pflegebedürftige wir in Abhängigkeit von der Einwohnerzahlentwicklung haben werden? Da gibt es marginale Spielräume, zumindest wenn man die fachöffentlichen Äußerungen hierzu liest. Sie werden keine Zahl unter 1.000 finden. Ich brauche in diesem Kreis nicht zu sagen, dass 1.000 zusätzliche Pflegeplätze mindestens zehn zusätzliche Pflegeeinrichtungen bedeuten, die wir nicht an einem einzigen Standort, dem vodafone-Campus haben wollen, sondern die wir quartiersnah organisieren wollen. An dieser Stellen würden wir gern mitsteuern, weil wir keine Pflegeeinrichtungen in Düsseldorf wollen, die isoliert dastehen, sondern alle Einrichtungen sollen einen Sozialraumbezug haben und professionelle unterstützende Versorgungsstrukturen übernehmen.

Dafür brauchen wir als Stadt Antworten. Dafür brauchen aber auch insbesondere unsere Träger Antworten. Denn die Träger haben im Vorfeld der Anhörung zu mir gesagt, dass sie im Moment – sie wissen nicht, wohin die Entwicklung geht – die Investitionsentscheidungen zurückgestellt haben, die sie treffen müssten, um die Rahmenbedingungen so auszugestalten, dass sie Einzelzimmerquote erfüllen. Sie haben auch andere Investitionsentscheidungen zurückgestellt, die dazu führen, dass insgesamt das stationäre Angebot in Düsseldorf wachsen kann.

Man sollte in der Gesamtfrage, Herr Garbrecht, nicht davon ausgehen, dass man die kommunalen Vertreter einfach in einem Schwarz-Weiß-Muster bei der Frage auseinanderdividieren kann, welche inhaltlichen Schwerpunkte wir setzen. Wir alle setzen die Schwerpunkte darauf, die wohnortnahen Strukturen zu stärken. Die Antworten ergeben sich, fallen aber – das ist vielleicht ähnlich wie beim Wohnungsbau – etwas anders aus, weil es vier oder fünf Regionen bzw. Städte in Nordrhein-Westfalen gibt, die momentan wachsen und sich dieser Herausforderung stellen müssen. Für dieses Wachstum – auch von Pflegeplätzen – brauchen sie einen Markt, sodass es nicht nachher heißt: Das überflüssige Pflegeheim in Gelsenkirchen – das hat meine Kollegin, Frau Welge, berichtet – sei das Bedarfsmodell für die Lösung der Probleme der stationären Versorgung in Düsseldorf. – Herzlichen Dank.

(Beifall)

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank, Herr Hintzsche. – Auch wenn die Überschrift nicht von Ihnen gemacht war, sind Sie ihr aber in der Sache gerecht geworden, danke schön.

(Heiterkeit)

c) Umbau der Pflegeinfrastruktur zu Quartierskonzepten

Jetzt bin ich gespannt wie es weitergeht. Für Münster wird Thomas Paal zu uns sprechen. Die Überschrift – von wem auch immer sie gemacht wurde – lautet: Umbau der Pflegeinfrastruktur zu Quartierskonzepten.

Ich möchte die bescheidene Bitte äußern, dass Sie sich ein bisschen mehr als die Vorredner in Richtung von fünf Minuten Redezeit orientieren. Das wäre schön, damit nicht am Ende der letzte Redner vor relativ leerem Plenum redet. – Danke schön.

Thomas Paal (Stadt Münster) (Stellungnahmen 16/1940 und 16/2046): Herzlichen Dank. – Die Überschrift stammt auch in diesem Fall nicht von mir. Aber sie passt zum Inhalt der schriftlichen Stellungnahme, die ich abgegeben habe. Insofern kann ich mit dieser Überschrift sehr gut leben.

An den Anfang habe ich einen Satz gestellt, der zwar selbstverständlich ist, aber in dem Kontext vielleicht noch einmal gesagt sein muss: Der Status in den Kommunen ist so unterschiedlich, wie es die Kommunen selbst sind. Er ist überall anders. Das muss man sich bei der gesamten Situation immer wieder klarmachen. Es ist in der Stadt A nicht so wie in der Stadt B. Münster gehört auch zu den wachsenden Städten, aber trotzdem ist die Situation anders als in Düsseldorf. Das ist sehr unterschiedlich.

Mit „Quartier“ ist eine überschaubare Wohnumgebung (Stadtteil, Wohnviertel, Dorf) gemeint, die es älteren, hilfe- und/oder pflegebedürftigen Menschen ermöglicht, im Wohnumfeld zu verbleiben. Die Quartiere sind so gestaltet und mit infrastrukturellen Verbundangeboten versorgt, dass ein Wechsel in eine andere Wohnform oder einen anderen Stadtteil soweit wie möglich vermieden oder nur innerhalb des Quartiers in eine adäquate Wohnform gewechselt wird.

Wesentliche Vorgaben eines solchen Konzeptes sind die Stärkung und Unterstützung des selbstständigen Wohnens, quartiersbezogene Wohnangebote für ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf sowie das Vorhalten und die Sicherung von sozialen Netzwerken. Derartige Konzepte sind noch immer am Anfang ihrer Entwicklung, nur wenige, in der Regel initiiert durch Wohnungsgesellschaften im Verbund mit Anbietern hauswirtschaftlicher und pflegerischer Dienstleistungen, sind bisher umfassend umgesetzt. Das klingt aktuell, ist aber verhältnismäßig alt, nämlich über sechs Jahre alt und stammt aus einer Anfang 2008 erschienenen Broschüre der kommunalen Pflegekonferenz Münster: „Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz, Qualitätsstandards und Angebote in Münster“. Das ist ein Thema, an dem wir schon lange arbeiten.

Seit Mitte der 90er-Jahre hat sich Münster aufgemacht auf einen Weg zu einem Mehr an Quartiersorientierung in der Pflegeinfrastruktur. Ambulant betreute Wohngemeinschaften entwickeln sich seitdem in einem von der Stadt mit der Pflegekonferenz 2008 entwickelten Rahmen mit Qualitätsstandards für Wohngemeinschaften, zu denen sich die Anbieter von Wohngemeinschaft, die diese betreuen, selbst verpflichten.

Gleichwohl beobachten wir eine sehr langsame Entwicklung: 2007 hatten wir 77 Plätze in ambulant-betreuten Wohngemeinschaften, heute sind es 168 plus weitere 28, die derzeit in Planung sind. Im vollstationären Bereich sind in der Zeit mehr Plätze entstanden – trotz des parallelen Abbaus von Doppelzimmerstrukturen.

Die Einzelzimmerquote in Münster lag bereits im vergangenen Jahr bei knapp 84 %. Die ausschließliche Betrachtung von Pflegeformen, also zum Beispiel statio-

när/vollstationär gegenüber ambulant betreuter Wohngemeinschaft greift indes natürlich zu kurz, wenn man sich dem Thema nähert.

Quartiersentwicklung ist eine umfassendere Perspektive für Münster. Das programmatische Leitziel lautet: Die Menschen sollen selbst bestimmen, wo und wie sie im Alter wohnen möchten. Für die, die ihr Viertel nicht verlassen möchten, heißt das: Die beste Lösung ist zu Hause in der eigenen Wohnung. Die zweitbeste Lösung ist das Wohnen in unmittelbarer Nachbarschaft: Da, wo sie sich auskennen und wo Freunde sowie Bekannte leben, da wo ihr Quartier ist.

Quartiere müssen Voraussetzungen erfüllen, damit solche Präferenzen real werden können. Viertel müssen Qualitäten entwickeln, wie Alltagsinfrastruktur, medizinische und pflegerische Versorgung im Viertel sowie altersadäquaten Wohnraum, der auch bezahlbar ist. Das ist eine große Herausforderung. Es muss eine lebendige Kontaktkultur und solidarische Netze im Stadtteil geben, damit es Nachbarn gibt, die sich um Nachbarn kümmern, weil Verwandtschaft nicht immer im Quartier wohnt.

Kommunale Planung im Quartier hat also die Frage zu stellen: Was benötigt ein Wohngebiet, was brauchen seine Bewohnerinnen und Bewohner, um dort auch im Alter wohnen zu können? Welche Angebote müssen bereitgehalten werden? Wie erreichen die Angebote am besten die, die auf sie angewiesen sind? Kommunale Planung muss sich daher umstellen. Sie findet für das Quartier, mit dem Quartier und auch mit den dort lebenden Menschen statt. Kommunale Planung findet nicht am Schreibtisch statt.

Heute lautet – darüber wurde schon mehrfach gesprochen – pointiert die Frage: Gibt es Einwände gegen die Umsetzung eines präsentierten Einrichtungskonzept am Standort X für den Träger Y? Wir sprechen erst über das Angebot gesprochen; die Nachfrage wird schon kommen.

Dabei – das ist vorhin auch schon gesagt worden –: Es ist nicht ganz abwegig, dass das Angebot die Nachfrage erzeugt. Denn ein gut ausgebauter stationärer Pflegesektor schafft Nachfrageorientierung. Rare Angebote sind weniger vertraut als häufige. Man weiß: Es gibt das Heim. Man geht dorthin. Gibt es reichlich Heime, geht man reichlich in Heime. Solange Alternativen nicht oder kaum vorhanden sind, wird sich die Nachfrage darauf konzentrieren, was bekannt und vorhanden ist.

Zur Erinnerung das Leitziel: Die Menschen sollen selbst bestimmen, wo und wie sie im Alter wohnen möchten. Für die meisten sind das die vertraute nähere Wohnumgebung, das Viertel, das reale Quartier. Mit „realem Quartier“ meine ich das reale Quartier; man hört in letzter Zeit öfters von synthetischen Quartieren, die rund um die Menschen erzeugt werden.

Damit können Einrichtungen, die neben Pflege auch das gesamte Alltagsmanagement gewissermaßen aus fremder Hand übernehmen, nicht wirklich harmonieren. Deshalb wollen wir in Münster jedenfalls keine neuen Großeinrichtungen mehr, bei denen mehr oder minder umfassende Fremdversorgung im Vordergrund steht.

In dieser Logik verfehlen auch kleinere Einrichtungen mit einer fremdbestimmten Rundumversorgung das Leitziel. Das heißt natürlich nicht, dass sich vorhandene Ein-

richtungen nicht in die Quartiere, die sie umgeben, öffnen sollen und damit in einen Austausch und in einen Dialog mit dem Quartier treten, um sich zu verändern, um moderner zu werden, um überschaubarer zu werden, um Wohnlichkeit und mehr Annäherung an das Wohnen im eigenen Zuhause und in der Nachbarschaft abzubilden und zu erzeugen. Diesen Weg haben natürlich auch in Münster schon einige vollstationäre Einrichtungen beschritten.

Statt auf neue stationäre Einrichtungen setzen wir auf wohngebietsnahe Versorgungskonzepte, die verbund- oder netzförmig aufgestellt sind, deren Angebotsmodule möglichst individuell zuschnittsfähig sind. Netze sind im Übrigen auch anpassungsfähiger als Organisationen und umbaute Versorgung. Beim weiteren Ausbau der Infrastruktur für Pflege und Alter setzen wir einen stärkeren Fokus auf ambulante Versorgungsformen im Quartier: ambulant auch intensiv betreute Wohngemeinschaften, Hausgemeinschaften, Mehrgenerationenwohnen und vor allem auch Wohnen mit Versorgungssicherheit in der eigenen Wohnung. Hier haben wir in Münster in Anlehnung an das Bielefelder Modell in Zusammenarbeit mit den Wohnungsunternehmen und sozialen Trägern in einigen Quartieren schon die Versorgungssicherheit in Form von Quartierstützpunkten geschaffen.

Dennoch: Ohne stationäre, auch ohne die größeren Pflegeeinrichtungen geht es im Moment und bis auf weiteres wohl nicht. Anderenfalls gäbe es wohl passable Versorgungslücken. Das machen schon die Mengenverhältnisse deutlich. Wir haben in Münster mehr als zehnmal so viele vollstationäre Plätze wie Plätze in ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

Auch haben Kommunen kein Instrument, einem Investor oder Träger zu verbieten, eine neue Einrichtung zu bauen oder eine bestehende zu erweitern. Überzeugung ist heute einziger Weg, die Umsetzung eines Vorhabens im günstigsten Fall zu verhindern oder zu modifizieren – mit Hilfe der Pflegekonferenz und der örtlichen Arbeitskreise bei uns in Münster. An dieser Stelle wiederhole ich gern die Forderung aus der Anhörung zum Gesetzesentwurf, die heute schon von kommunaler Seite wiederholt worden ist: Geben Sie den Kommunen wirksamere Steuerungsmittel beim Neubau auch von vollstationären Einrichtungen an die Hand!

Schließlich werden nicht alle Quartiere, die dann altengerecht sind, identische Infrastrukturen haben. Auch besteht eine Stadt nicht aus einer Ansammlung verschiedener Quartiere. Es wird auch spezialisierte Einrichtungen geben, die über die Quartiers- und Stadtgrenzen hinaus wirken müssen. Bei aller Quartiersorientierung muss man auch das im Auge behalten. Hierbei sind Träger, Planung, Pflegekonferenz und Akteurnetzwerke gefordert, eine Quartiersgerechtigkeit auch dieser Einrichtungen – sie stehen in Quartieren, auch wenn sie über die Quartiere hinaus wirken – sicherzustellen.

Ungeachtet dessen werden wir in Münster die Quartiersentwicklung vorantreiben. Die kommunalen Ausgangs- und Rahmenbedingungen dafür sind einigermaßen gut Vieles werden wir sicherlich selbst auf den Weg bringen. Quartiersorientierung ist handlungsleitender Gesichtspunkt in einer ganzen Reihe sozial- und wohnungspolitischer Maßnahmeansätze und Programme in Münster, von denen die Stadt die meisten in Kooperation mit Dritten durchführt.

Auch gestützt auf unsere Erfahrungsunterlage bereitet die Stadt Münster zurzeit die Erarbeitung eines Quartiersentwicklungskonzepts in Anlehnung an die Eckpunkte des Masterplans altengerechte Quartiere.NRW vor. In diesem Rahmen lassen sich auch Perspektiven erschließen, um mit Blick auf ein konkretes Teilgebiet in der Stadt mit den anderen Akteuren passgenaue Versorgungs- und Pflegeinfrastrukturen zu schaffen.

Sollte das Land der Auffassung sein, dass wir auf dem richtigen Weg sind, ist eine Steuerungshilfe des Landes bzw. eine Unterstützung allerdings hilfreich: nicht so sehr Ge- oder Verbote, stattdessen Förderung quartiersbezogener Einrichtungen und Angebote. Denkbare Andockpunkte könnten etwa vorhandene kommunale Quartierskonzepte sein; Fördergegenstände könnten Angebote oder Strukturqualitäten sein, wie Wohnen mit Service, altersgerechte Infrastruktur und Versorgung, Quartierstützpunkte, ein barrierefreies Umfeld, was enorm wichtig ist, und Förderung stabiler Netzwerke. – Danke.

(Beifall)

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank, Herr Paal. – Jetzt wird aus dem Kreis Gütersloh Herr Meißnest zu uns sprechen, bitte schön.

d) Kreis Gütersloh: Leben im Quartier statt im Heim

Bernd Meißnest (LWL-Klinikum Gütersloh, Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie) (Stellungnahme 16/1960): Meine Damen und Herren, vielen Dank für die Einladung. Ich möchte ganz schnell eine Entwicklung von vor 15 Jahren aufzeigen, bei der wir heute nicht von einer „Vision“ reden, sondern von einer Realität einer Quartiersversorgung in einem ländlichen Strukturgebiet.

(Präsentation: Leben im Quartier statt im Heim am Beispiel des Kreises Gütersloh, Stellungnahme 16/2038)

Ich bin Gerontopsychiater und stellvertretender ärztlicher Direktor in der Psychiatrie. Sie fragen sich vielleicht: Was hat er mit der Quartiersversorgung zu tun? Ich bin aber auch seit 15 Jahren Vorsitzender eines Vereins, der diese maßgeblich vorangetrieben hat.

(Folie: Getränke heute frei!)

Ich beginne mit diesem Schild. Warum das für die Quartiersversorgung wichtig ist, sage ich Ihnen am Ende.

(Folie: 1. Einführung)

Wir haben heute schon häufig von den Bedürfnissen der älteren Menschen gehört. Das sind unsere Bedürfnisse. Ich war sehr erstaunt, wie immer wieder besprochen wird, was die alten Menschen brauchen. Wir müssen uns fragen, was wir brauchen – wir sitzen jetzt am Hebel –: Das ist das Quartier. Ich möchte in meinem Viertel und

am besten zu Hause alt werden. Ich möchte mitbestimmen; das hat sich geändert in den letzten Jahren – zumindest im Kreis Gütersloh.

Die anderen Daten haben Sie heute gehört. Eine Zahl ist für unsere Orientierung, was „Quartiersversorgung“ heißt, wichtig, nämlich die Zahl der Demenzerkrankungen, die zukünftig steigen wird.

(Folie: 2. Struktur des Kreises Gütersloh)

Der Kreis Gütersloh ist ländlich strukturiert. Sie sehen die namhaften Unternehmen. Wir haben einen leichten Bevölkerungszuwachs. Wir haben engagierte Bürger und engagierte Unternehmen.

(Folie: Pflegebedürftigkeit im Kreis Gütersloh)

Die Pflegequote ist üblich und entspricht den Werten anderenorts. Wir haben ca. 5.000 Pflegebedürftige heute.

(Folie: 3. Daheim e. V.)

Der Verein Daheim e. V. hat sich irgendwann einmal gegründet, um die Menschen ambulant zu versorgen, die das ambulante Angebot aus unserer Sicht bislang nicht gefunden haben. Heute ist es ein Unternehmen mit 450 Mitarbeitern mit einem Umsatz von 12 Millionen € pro Jahr. Das Unternehmen bemüht sich, rein ambulante Angebote vorzuhalten.

(Folie: 4. Ambulante Versorgung im Kreis Gütersloh)

In den letzten 20 Jahren haben sich viele Bausteine der ambulanten Versorgung entwickelt. Heute sprechen wir von 53 ambulanten Diensten, die die ganze Bandbreite der ambulanten Pflege anbieten, von 26 Tagespflegen und von einem bunten Mix alternativer Wohnformen sowie Beratungsstellen; man wird überall beraten, wo man möchte.

(Folie: Ambulante Dienste)

Das hat Auswirkungen auf die Zahlen. Sie sehen hier den Vergleich der ambulanten Quote vom Kreis Gütersloh zu OWL, zu NRW und zur BRD. Es gelingt uns, deutlich mehr Bürgerinnen und Bürger ambulant zu versorgen.

(Folie: Tagespflegen)

Gleiches gilt auch für die Tagespflege: Wir haben 26 Tagespflegen mit einem Angebot von 364 Tagen pro Jahr. Sie sind mittlerweile sehr quartiersbezogen. Das spiegelt sich mittlerweile auch in der Quote.

(Folie: Stationäre Pflegeplätze)

Entsprechend ist die Zahl der stationären Plätze deutlich niedriger. Wir haben natürlich einen freien Markt, sodass es auch Regionen mit Konzentration von Einrichtungen gibt, etwa eine Straße in Gütersloh, die „Altenheimmeile“. Dort sind ganz viele Träger angesiedelt. Wir haben die Pflegekonferenz als Entscheidungsgremium: Welchen Träger möchten wir mit im Boot haben? Wo ist tatsächlich Bedarf?

(Folie: Entwicklung Hausgemeinschaften)

Wir haben seit vier bis fünf Jahren ein Phänomen: Die Zahl der stationären Pflegeplätze sinkt. Das wird weiterhin so sein.

(Folie: 5. Hausgemeinschaften im Quartier)

Sie sehen hier, wie sich seit 1999 die ambulante Hausgemeinschaften entwickelt haben. Wir haben beim Verein Daheim e. V. damit angefangen. Wir sprechen heute von über 620 Plätzen bei einer quartiersbezogenen Verteilung – sehr zentral und in unterschiedlichen Trägerformen. Das ist ein Angebot mit allen Pflegeleistungen, wo die Bürgerinnen und Bürger einziehen können, wenn ein erhöhter Betreuungs- und Pflegebedarf existiert. Das heißt: Eine Diagnose muss nicht das Einzugskriterium sein. Die Menschen werden dort 24 Stunden bis zu ihrem Tod betreut. Es gibt keine körperliche oder psychische Erkrankung, die zu einem Auszug führt. Der einzige Grund ist, dass der Mieter selbst ausziehen will.

(Folie: Foto Außenterrasse)

Hier sehen Sie eine Hausgemeinschaft, die größer ist. In der Regel besteht sie aus 16 bis 18 Plätzen. Wir sprechen von Mietern. Jeder Mieter hat ein Apartment, ein Bad und beteiligt sich an der Gemeinschaftsfläche, hat eine Terrasse oder einen Balkon.

(Folie: Foto Außenansicht Haus)

Das ist eine Hausgemeinschaft, die in einem Neubauviertel mit den Stadtplanern gemeinsam entwickelt wurde. Sie ist jetzt zwölf Jahre alt. Alle Bürger in diesem Neubauviertel in Halle sind gleichzeitig eingezogen – mit den Mietern der Hausgemeinschaft.

(Folie: Foto Küche)

So sieht die Struktur aus: mit einer offenen Küche.

(Folie: Foto Vorbereiten einer gemeinsamen Mahlzeit)

80 % der Tagesstruktur dreht sich um Essen und Trinken sowie das Vor- und Nachbereiten.

(Folie: Foto Fachwerkhaus)

Das ist eine Hausgemeinschaft in Werther, im alten Stadtkern.

(Folie: 6. Kommunale Altenhilfeplanung im Kreis GT)

Das hat natürlich einen Einfluss auf die kommunale Altenhilfeplanung. Es gibt attraktive Regionen, es gibt unattraktive Regionen. Das wird gesteuert zum einen in einer Konferenzstruktur vom Kreis, aber zum anderen in jeder Kommune: Was braucht die Kommune eigentlich? Dazu hat sich das Instrument etabliert, die Bürger zu befragen. Seit fünf Jahren treten die einzelnen Kommunen an ihre Bürger heran und fragen: Was braucht ihr? Was findet ihr gut? Was findet ihr schlecht? Das ist ein bunter Mix. Letzte Woche hat eine Kommune entschieden: Die älteren Menschen brauchen dringend eine Eisdiele. Das ist der Auftrag innerhalb dieser Kommune: Wie kann sich so

etwas etablieren? Es gibt weiterhin Proteste gegen unsinnige Entwicklungen. Bürger entscheiden selbst: Wir wollen so nicht alt werden. Aus diesem Grund sind wir gegen eine Entwicklung in diese oder jene Richtung.

(Folie: 7. Eine Vision der Quartiersentwicklung realisiert)

Die Vision war, für die Quartiersversorgung symbolisch die Hausgemeinschaft in die Mitte zu setzen, um sie als Anlaufpunkt für alle Nachbarn, für die Bürger der Region zu sehen, aber auch als Stützpunkt, von dem aus in der Nachbarschaft die unterschiedlichen Aktivitäten stattfinden. Das geht bis dahin, dass eine Hausgemeinschaft ein Krisenbett vorhält, sodass der möglicherweise psychisch kranke und demente ältere Herr aus der Nachbarschaft vorübergehend dort einziehen kann.

(Folie: 8. Zukünftige Planungen)

Die zukünftige Planung im Kreis Gütersloh ist, dieses Netzwerk weiter auszubauen und – das Stichwort fiel heute auch schon – über die Finanzierungen nachzudenken. Wie gelingt es im Sinne eines regionalen Budgets, für den älteren Menschen mit seinen körperlichen und psychischen Erkrankungen einen Topf zu generieren, aus dem die unterschiedlichen Leistungen erfolgen? Flexibilisierung der stationären Hilfen ist mit dieser ambulanten Struktur automatisch gegeben.

(Folie: Getränke heute frei!)

Meine letzte Folie betrifft einen Grund, warum Demenzkranke immer wieder ins Krankenhaus kommen. Wenn Sie einem Demenzkranken begegnen und ihn auffordern, er müsse etwas trinken, sagt er: Ich habe schon getrunken. – Das ist nicht nur in Ostwestfalen, sondern auch im süddeutschen Raum so – ich bin Schwabe –: Was umsonst ist, nimmt man mit. Wenn Sie den Demenzkranken motivieren, er habe Glück, da die Getränke heute umsonst seien, nimmt er dieses Getränk mit.

Das hat den Effekt, dass möglicherweise eine Krankenhauseinweisung verhindert wird. Unsere Vision und Realität lauten: Es muss gelingen, alle Menschen in einem Quartier so zu versorgen, dass dieses Schild überall in einer Hausgemeinschaft routinemäßig aufgehängt wird, sodass es nicht mehr dazu kommt, dass ein Bewohner aus einem Quartier wegen seiner Abneigung gegen Trinken oder Essen ins Krankenhaus muss. – Vielen Dank.

(Beifall)

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank, Herr Meißnest. – Als letzter Redner spricht Herr Wallrafen-Dreisow. Er hat den großen Vorteil, nicht mit einem ausgewiesenen Thema auf der Tagesordnung zu stehen. Er kann also eigentlich über alles reden, nur nach Möglichkeit nicht viel länger als fünf Minuten, bitte schön.

Helmut Wallrafen-Dreisow (Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Frau Staatssekretärin! Meine Damen und Herren!

(Präsentation: Hearing im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtages Nordrhein-Westfalen, Stellungnahme 16/2033)

Es ist wie im wahren Leben. Die Pflegebasis kommt zum Schluss dran. Aus zehn Minuten werden fünf. Die Pflegewissenschaft ist schon nicht mehr da. Sie hat uns Schönes von alten Statistiken erzählt. Herr Dr. Augurzky ist auch nicht mehr da. Ich weiß nicht, ob er jemals in seinem Leben ein Heim oder einen ambulanten Dienst von innen gesehen hat. Von Pflegesatzverhandlungen kann er nichts verstehen, denn die werden gedeckelt bei 98 % Auslastung.

Sie erleben mich noch relativ entspannt. Wissen Sie, warum? Irgendwann kriegen wir Sie alle! Ambulant oder stationär.

(Folie: Wir pflege gerne gut!)

Aber keine Angst: Wir pflegen Sie gern gut. Niemand – ich lasse jetzt ein paar Perverse weg – pflegt gern schlecht. Das meine ich sehr ernst. Niemand.

Es wird dann schlecht gepflegt und wir haben dann Pflegeskandale, wenn Führung versagt, wenn Heimträger versagen oder wenn die Rahmenbedingungen nicht stimmen.

(Folie: Wir werden gerne gut betreut und gepflegt!)

Und: Wir werden gerne gut betreut und gepflegt! Wir werden immer bunter. Im Kuratorium Deutsche Altenhilfe hatten wir schon Workshops zum Thema „Die Hippies kommen in die Heime“. Da entwickeln sich Dinge. Die kennen allemal Hausgemeinschaften.

(Folie: Die Pflege ist besser als ihr Ruf!)

Und: Die Pflege ist besser als ihr Ruf! Wenn wir es nicht lernen, das gesellschaftlich deutlich zu machen und die Menschen wertzuschätzen, die jeden Tag ambulant, teilstationär und stationär die Leistungen erbringen, werden sie irgendwann nicht mehr da sein. Dann, da wir Sie alle kriegen, haben Sie niemanden mehr, der Sie gut versorgt.

(Folie: Wenn die Fachkräfte da sind, wie brauchen!)

Wenn die Fachkräfte fehlen, ist das ein Problem, das natürlich mit Vergütung und Zeit zu tun hat. Ich habe versucht, das anzudeuten. Wir als kommunales Unternehmen mit Tariflohn sind sehr stolz darauf – im letzten Jahr gab es Urteile von Bundesgerichten, dass man Tariflohn zahlen muss –: Wir haben 180 Frauen – Pflege ist ein Frauenberuf – aus der Service GmbH in die Altenheime GmbH in Tariflohn mit Zusatzversorgung übergeleitet.

Trotzdem sage ich hier in aller Klarheit und Ehrlichkeit: Die Basis geht auf dem Zahnfleisch, meine Damen und Herren. Da ist nicht mehr viel drunter – das weiß man, wenn man von Zahnmedizin eine Ahnung hat –: Unterm Zahnfleisch kommt der Knochen; das tut weh. Wir müssen schon attraktiv sein für die Menschen. Wir reden über Demografie, Fachkräftemangel. Wann fangen wir denn bitte schön an, uns darüber Gedanken zu machen, wie wir diese Menschen binden?

Wir stellen fest: Tariflohn, Gesundheitsförderung, psychologische Beratung – die Krankheitsquoten bei uns sind um 50 % gesunken, nachdem wir die Mitarbeiter psychologisch haben beraten und therapeutisch betreuen lassen. Das bezahlen wir und nicht die Krankenkassen.

(Folie: Demografische Entwicklung – Wovor haben wir Angst?)

Die Zahlen der Wissenschaft sind alt; meine Zahlen sind aktuell. Die Wohlfahrtsverbände haben das teils wiedergegeben. Wir sind aktuell im Jahr 2013 bei einer Fluktuation bei unseren über 600 Heimplätzen in Höhe von 53 % angekommen. Sie betrug zehn Jahre früher 37 %. Es gibt natürlich gerade in kleinen ländlichen Strukturen Einzelprobleme, aber auch das ist uralt. Das Kleeblatt-Altenheim-Modell ist etwa 20 Jahre alt, also: kleingliedrige Versorgungssysteme und nicht große Kästen in einer Gemeinde, die gerade einmal 4.000 Einwohner hat. Das alles ist bekannt.

Daher sage ich hier ganz klar – ich habe nicht die Zeit, das zu begründen; das tue ich gern –: Wir brauchen grundsätzlich keine neuen Heime.

(Folie: Unsere Kunden verändern sich – ja und?)

Unsere Kunden verändern sich. Ich sage: Ja und? Wir Leistungserbringer müssen vielfältiger werden, auf diese bunten Wünsche reagieren und nicht nur mit unseren Werbekampagnen, bei denen wir Menschen mit Irokesenhaarschnitt als neue Mitarbeiter der Pflege mit riesigen Ohrringen sehen. Aus Arbeitsschutzgründen ist das übrigens gar nicht zulässig. Wir müssen uns auf die Vielfalt der Kunden einlassen und eine klare Systematik haben, wie wir das tun. Der Kunde will – das ist mehrfach gesagt worden – zu Hause betreut werden. Er geht nur dann ins Heim, wenn es keine Alternative gibt. Wenn er ins Heim geht – auch das ist mir wichtig –, wird er dort in der Regel gut gepflegt.

(Folie: Pflegelandschaft heute …)

Die Bundesrepublik wurde Weltmeister. Auf diesem Spielfeld wären wir nie Weltmeister geworden. Jeder schaut nur auf sein Verantwortungsbudget. Die Funktionärsebene hat immer weniger mit der Basis zu tun. Verbandsinteressen dominieren die Inhalte. Vor fünf Jahren hatten wir bei unseren 600 Heimplätzen eine Belegungsstruktur mit zehn Vollzeitkräftekontingenten. Das ist mehr als heute. Wieso?

Bei der Fluktuation, die ich beschrieben habe, und neuen Heimbewohnern in Pflegestufe I ... Das ist Realität, Stichworte: Einstufung und Demenz; ich kann das nicht vertiefen. Zehn Vollzeitkräften weniger als vor fünf Jahren. Die Heimbewohner, die sterben, sind vielleicht in den Pflegestufen II und III. Die neu hinzukommen, sind definitiv systematisch in der Pflegestufe I. Zeitverdichtung ist die Konsequenz. – Das alles geschieht bei Personalnebenkosten, die auf Grundlage der Zeit vor 15 Jahren berechnet sind. Natürlich sind wir stolz darauf, dass es heute 30 Tage Urlaub gibt. Das ist in keiner Personalnebenkostenstatistik berücksichtigt. Ebenso wenig Fortbildung, Weiterbildung, Krankheit usw. Die Schere wird immer größer.

Es ist spannend – die Rothgang-Studie wurde zitiert –: Ich habe mit Heinz Rothgang heute Morgen telefoniert. Er geht schön wandern im Schwarzwald, während wir hier sitzen. Ich habe gesagt: Heinz, habe ich das richtig verstanden? Deine Thesen sind

doch: dramatischer Ausbau ambulanter Strukturen. – Er sagte: Ja. – Sie sehen, wie unterschiedlich man Aussagen interpretieren kann.

„Ambulant vor stationär“ – ein ausdrückliches Ausrufezeichen. Es hat sich heute bestätigt. Herr Pannen ist leider im Moment nicht im Raum. Er hat sich für „stationär“ ausgesprochen. „Ambulant vor stationär“ und „Reha vor Pflege“ sind volkswirtschaftlich angezeigt.

Ich sage Folgendes in Richtung der Kassen deutlich: Bitte korrigieren Sie mich, Herr Rohde, aber meinem Kenntnisstand nach gibt es bis heute in Nordrhein-Westfalen im Unterschied zu anderen Bundesländern keinen Gesamtversorgungsvertrag, der eine Brücke vom stationären zum ambulanten Bereich wäre. Ich finde, das sollten wir mit Nachdruck volkswirtschaftlich erwähnen. Das kann ich Ihnen nicht näher erläutern, meine Damen und Herren.

(Folie: Einstürzende Neubauten – Irgendwie fehl am Platz)

Das sind die einstürzenden Neubauten, also die Angst, was alles passiert, obwohl das Problem der Investitionskosten, um die sehr gerungen wird … Auch die Privaten sind so sehr für die freie Marktwirtschaft. Aber an dieser Stelle sind sie überhaupt nicht für die freie Marktwirtschaft. Da wollen sie ihre pauschalen Budgets, also die einstürzenden Neubauten.

Dieses Thema ist uralt. Wir haben vor Jahrzehnten schon die Schere zwischen Investitionskosten und operativem Geschäft gehabt. Wir haben die überschießenden Beträge der Investkosten im operativen Geschäft im besten Fall für eine bessere Personalausstattung genutzt, die wir brauchen, und haben versäumt – das ist unser Versäumnis als Leistungserbringer –, auf Bundesebene zu demonstrieren. Es gibt keine Personalanhaltszahlen. Auch da haben für mich die Gewerkschaften versagt, die ganz langsam auch mal auf den Trip kommen, dass es da Zusammenhänge gibt. Man muss das sicherlich differenzierter beleuchten, als es in zwei Minuten möglich ist. Aber dieses Thema ist hausgemacht – nicht nur von der aktuellen Regierung.

(Folie: Gute Pflege ist doch möglich!!)

Gute Pflege ist doch möglich: in allen Verbänden – privat, durch Wohlfahrtsverbände, kirchlich, kommunal. Warum geht das? Nehmen Sie uns – es gibt viele andere, die besser als wir sind –: Wir sind mit unseren Qualitäten inklusive des Tariflohns – er ist belegbar 10 % teurer im Pflegesatz – noch nicht einmal die teuersten Heime in Mönchengladbach. Wieso schaffen wir das? Es gibt Chancen, sich sehr systematisch damit zu befassen. Anstatt negative Dinge zu beschreiben, brauchen wir Leuchttürme. Ich wünsche mir von der Politik sehr, dass wir die vielen bunten, an der Basis vorhandenen ambulanten und stationären guten Ergebnisse – einige meiner Vorrednerinnen und Vorredner haben das gerade beschrieben – viel mehr deutlich werden lassen. Wir müssen von diesen Ideen lernen. Ich glaube, dann kann viel entstehen.

(Folie: Nicht ganz einfach!?)

Das ist nicht ganz einfach. Das auf der Folie würde ich mich heute nicht mehr trauen. Daher sollten wir alle dazu beitragen, dass die Menschen – das ist ein Mann – in der Pflege stabil auf ihrem Stuhl sitzen können.

(Folie: Geht denn wirklich jemand pleite???)

Das ganze Gejammer von der Pleite … Ich bin fest davon überzeugt: Erstens sind bis heute ganz wenige Anbieter wirklich pleitegegangen. Dann sind sie in der Regel belegbar schlecht gewesen oder haben falsch gewirtschaftet. Teilweise ist es ein ganz bewusster Ausstieg, weil wir endlich politisch transparenter werden und wir mit Mitteln verlangen, dass wir als Leistungserbringer auch belegen, was wir dafür tun. Aber wenn wir es belegen, meine sehr geehrten Damen und Herren, brauchen wir auch die Mittel, die wir für eine menschenwürdige adäquate Pflege benötigen.

(Folie: Noch Fragen??????)

Denn am Ende können wir diesen schönen schweren Stein nur gemeinsam tragen. – Vielen Dank.

(Beifall)

Moderator Hermann-Josef Arentz: Herzlichen Dank, Herr Wallrafen-Dreisow. – Wir haben jetzt vier ganz unterschiedliche kommunale Beispiele gehört und am Schluss ein leidenschaftliches Plädoyer aus Sicht eines Praktikers in der Pflege.

Ich frage in die Runde: Meine Damen und Herren, sind Sie einverstanden, wenn ich jetzt nahtlos dazu übergehe, an den Ausschussvorsitzenden für ein Schlusswort zu übergeben, oder gibt es dagegen nachhaltigen Protest? – Der ist nicht erkennbar. Lieber Günter, du hast das Wort.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Auch ich will es kurzhalten. Wir haben in viereinhalb Stunden viele Fragen diskutiert. Es gab deutliche Signale im Rahmen der aktuellen Gesetzgebung, insbesondere die kommunale Orientierung und die kommunale Steuerung noch stärker in den Blick zu nehmen. Ich schaue in die Runde. – Die Kolleginnen und Kollegen nicken.

Das heutige Hearing gibt einen guten Input für die Gesetzgebung in Nordrhein-Westfalen. Aber es gab auch eine ganze Reihe von Impulsen, die wir als Land weitertragen wollen – auch in die Diskussion über die Veränderung des Pflegeversicherungsgesetzes auf Bundesebene. Denn leistungsrechtlich kann die Verbindung von „ambulant“ und „stationär“ nur über diese Schiene nachhaltig gestaltet werden.

In diesem Sinne danke ich noch einmal für die konzentrierten Beiträge, für die gute Arbeitsatmosphäre, für die auch Hermann-Josef Arentz gesorgt hat, bei dem ich mich ganz herzlich bedanke. Ich wünsche Ihnen einen schönen restlichen Tag.

gez. Günter Garbrecht
Vorsitzender

15.09.2014/18.09.2014

270