

**Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.
Institut für Gerontologie
an der Universität Dortmund**

Prof. Dr. Gerhard Naegele



Schwanenwall 31-35
44135 Dortmund
Telefon (0231) 52 87 16-18
Telefax (0231) 52 87 19

**Stellungnahme zum Entwurf des Landespflegegesetzes des
Landes Nordrhein-Westfalen (PfG NW)**

vorgetragen im Rahmen der Landtagsanhörung am 14.12.1995 in Düsseldorf

Die Stellungnahme bezieht sich auf die folgende Paragraphen (jeweils incl. Begründungen):

§ 5: Pflegekonferenzen

§ 6: Kommunale Pflegebedarfsplanung

§ 14: Bewohnerorientierter Aufwendungszuschuß für Investitionskosten vollstationärer
Pflegeeinrichtungen (Pflegewohngeld)

§ 19: Überprüfung der Auswirkungen des Gesetzes

Instituts-Direktor: Prof. Dr. Gerhard Naegele

Vorstand: Prof. Dr. Ludger Veelken (Vorsitzender), Rolf Ackermann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW,
Oberstadtdirektor der Stadt Dortmund, Rektor der Universität Dortmund.

Stadtparkasse Dortmund, BLZ 440 501 99, Kto.-Nr. 001 092 774

Zu § 5: Pflegekonferenzen

Nach § 8 SGB XI ist die pflegerische Versorgung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Der Entwurf des Landespflegegesetzes konkretisiert dies u.a. durch die vorgesehene flächendeckende Einführung kommunaler Pflegekonferenzen. Das Land Nordrhein-Westfalen erprobt derzeit im Rahmen eines wissenschaftlich begleiteten Modellprojektes, ob regionale Pflegekonferenzen ein geeignetes Mittel darstellen, um den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Zudem ist die Einrichtung von Pflegekonferenzen auch Ausdruck der durch das PfG NW vorgesehenen Kommunalisierung der pflegerischen Verantwortung hinsichtlich der Planung und Bereitstellung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur. Die Kommunalisierung ist sinnvoll und notwendig, denn neben der Zuständigkeit für jenen Bereich, der leistungsrechtlich nicht durch das Pflegeversicherungsgesetz abgedeckt ist, sind die Kreise und kreisfreien Städte im wesentlichen auf drei weiteren Ebenen von den Regelungen der Pflegegesetze auf Landes- und Bundesebene betroffen:

1. Als Sozialhilfeträger werden sie zwar zum Teil von Pflegekosten entlastet, trotzdem bleiben Leistungszuständigkeiten bei der Hilfe zur Pflege, bei der Alten- und Behindertenhilfe sowie bei der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen ergänzender Hilfeleistungen nach dem BSHG bestehen.
2. Als Einrichtungsträger müssen sich die Kommunen auf ein betriebswirtschaftlich orientiertes Finanzierungswesen umstellen und ggf. Rechts- und Organisationsformen für pflegerische Einrichtungen und Dienste entwickeln, die dem Erfordernis des Wettbewerbs- und Effizienzprinzips entsprechen.
3. Gemeinsam mit den Pflegekassen und den Ländern sind die Kommunen für die Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur vor Ort mitverantwortlich. Im Rahmen der Infrastrukturverantwortung sollten die Kommunen ihre Aufgaben insbesondere hinsichtlich der Qualitätssicherung pflegerischer Leistungen wahrnehmen.

Ausgehend von den bisher in den Gebietskörperschaften entwickelten Formen der Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten, soll sich die Arbeit einer regionalen Pflegekonferenz im wesentlichen auf folgende Bereiche beziehen:

- Empfehlungen zu bedarfsorientierter Planung und zur Weiterentwicklung des pflegerischen Sektors,
- Aufbau ortsnaher Versorgungsstrukturen,
- Vereinbarungen über Qualitätsstandards in der Pflege,
- Verknüpfung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung,

- Informationsaustausch und -vermittlung zwischen den Beteiligten und in Bezug auf die Öffentlichkeit.

Abhängig von den örtlichen Rahmenbedingungen und vom Entwicklungsstand der Kommunikationskultur zwischen den Mitgliedern der Pflegekonferenz können weitere Aufgaben, wie zum Beispiel Empfehlungen zum Inhalt von Versorgungsverträgen oder die Diskussion von Pflegesatzvereinbarungen hinzukommen.

Die regionalen Pflegekonferenzen sollen unter Moderation und Geschäftsführung der Kommunalverwaltungen durchgeführt werden. Nach einem Vorschlag der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit sollen den Pflegekonferenzen neben den Pflege- und Krankenkassen, Vertreter folgender Berufsgruppen bzw. Institutionen angehören:

- Sozialämter,
- Pflegeanbieter,
- überörtliche Kostenträger,
- Medizinischer Dienst,
- Pflegefachkräfte bzw. Vertreter der Berufsverbände und Gewerkschaften,
- Betroffenenvertreter (z.B. Senioren- oder Behindertenorganisationen),
- niedergelassene Ärzte,
- sonstige Vertreter des Gesundheitswesens.

Die Kommunalverwaltungen sind hierbei auf mehreren Ebenen beteiligt. Neben der Moderation der Konferenzen sind sie zugleich Leistungsanbieter (sofern Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft vorhanden sind) und Kostenträger, nämlich für jenen Anteil, der weder von den Pflegekassen noch von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden kann.

Im Normalfall werden die Pflegekonferenzen in den Modellkommunen kein gänzlich neues Kooperations- und Koordinationsgremium darstellen, sondern auf einem Spektrum unterschiedlicher regionaler Arbeitsgemeinschaften aufbauen können. Hierbei können auch die im Rahmen des vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales initiierten 'Modellprojekts Sozialgemeinde' wesentliche Impulse bieten. Pflegekonferenzen können somit eine Klammer darstellen, die bestehende, jedoch häufig weitgehend fragmentierte, themenspezifische Arbeitsgruppen verbinden und neben den Aufgaben, die direkt aus der Pflegepraxis erwachsen auch die Finanzierungs- und Organisationsstrukturen berücksichtigen bzw. mitgestalten.

Die ersten Ergebnisse, die im Rahmen des seit April 1995 für die Dauer von drei Jahren angelegten Modellprojektes bestätigen, daß sich regionale Pflegekonferenzen gerade in der ersten Phase der Implementation der Pflegeversicherung als geeigneter Ort des Informationsaustausches erweisen. Neben der direkten Klärung von Einzelproblemen konnte eine gemeinsame

Linie in Fragen der Begutachtung der Pflegebedürftigen, bei der Abgrenzung von Kostenträgerschaften oder verwaltungsorganisatorischen Dingen gefunden werden. Hier konnten die Pflegekonferenzen Einfluß geltend machen und positive Ansätze auf dem Weg zu einem vernetzten Handeln auf kommunaler Ebene aufzeigen.

Zu § 6: Kommunale Pflegebedarfsplanung

Seit Beginn des Jahres 1995 liegen die Ergebnisse des Forschungsprojektes "Bedarfsplanung in der kommunalen Altenarbeit und Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen" vor, das im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW vom Institut für Gerontologie in Dortmund durchgeführt wurde. Ausgangspunkt des Projektes waren die bekannten Mängel der gängigen Richtwerteplanung, die vor allem darin liegen, daß regionale und zielgruppenspezifische Besonderheiten keine genügende Berücksichtigung finden. Einen neuen Weg wies schon der zweite Landesaltenplan NRW, der bekanntlich bewußt die Vorgabe von fixen Richtwerten aufgegeben und stattdessen Bedarfsmargen vorgeschlagen hat. Daran anknüpfend war es Ziel der Studie, die künftige lokale Bedarfsermittlung und -planung auf der Grundlage von Indikatoren durchführen und begründen zu können.

In § 6 des Entwurfs zum Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen wird erneut die Bedeutung einer regionalisierten Bedarfsermittlung für die Planung der Pflegeinfrastruktur hervorgehoben. Regionale Disparitäten sollen dadurch abgebaut und eine wohnortnahe Versorgung der Pflegebedürftigen sichergestellt werden können. Den Kreisen und kreisfreien Städten wird im Gesetzentwurf dabei die Aufgabe zugewiesen, auf Grundlage der Empfehlungen des Landes kommunale Pflegebedarfspläne für den ambulanten, teilstationären und vollstationären Bereich aufzustellen. Das vom Institut für Gerontologie erstellte Gutachten zur Bedarfsplanung ist das bisher erste ihrer Art, auf dessen Grundlage für alle Funktionsbereiche eine derartige regionale Bedarfsplanung überhaupt durchgeführt werden kann. Andere aktuelle Planungsprojekte (z.B. aus Baden-Württemberg, Hamburg und München) beschränken sich ausschließlich auf den stationären Bereich. Erste Erfahrungen mit der Durchführung der Bedarfsberechnungen in den Kreisen und kreisfreien Städten in NRW zeigen die Praktikabilität der indikatoren gestützten Bedarfsplanung und machen deutlich, daß dadurch die einzelnen Bedarfsberechnungen erstmals auf eine vergleichbare Grundlage gestellt werden konnten.

Das nunmehr empfohlene Indikatorensystem umfaßt eine Reihe von Einzelindikatoren wobei die jeweilige Auswahl und die jeweiligen Vorschläge zu ihrer Gewichtung auf theoretischen, sekundäranalytischen wie eigenen empirischen Vorarbeiten und Erhebungen über

Einschätzungen zu möglicher Bedeutung und möglichen Wirkungsrichtungen beruhen. Sie wurden abgeleitet aus

1. intensiven regionalen Fallstudien in vier Gebietskörperschaften in NRW;
2. aus eigens für NRW und für die einzelnen Gebietskörperschaften durchgeführten Sekundäranalysen der INFRATEST-Studie zum Hilfe- und Pflegebedarf in Deutschland von 1992;
3. aus der Sichtung einschlägiger Literatur, Forschungsergebnisse, amtlicher und sonstiger Statistiken etc. zu Prävalenzdaten, Bedarf, Nutzer-, Inanspruchnahmedaten etc.;
4. aus Sonderauswertungen der jüngsten Bevölkerungsprognose für NRW von 1993, durchgeführt vom Statistischen Landesamt für die Staatskanzlei NRW sowie
5. aus der kritischen Würdigung neuerer vorliegender Empfehlungen für Altenhilfeplanung.

Die im 2. Landesaltenplan NRW als Orientierungsmargen angegebenen Bedarfsgrößen mußten im Zuge der indikatorengestützten Bedarfsberechnung z.T. modifiziert werden und stellen zudem nur noch landesweite Vergleichsgrößen dar. Auf der Grundlage der jetzt in den einzelnen Kommunen ermittelten Bedarfe kann es zu z.T. erheblichen regionalen Abweichungen von diesen Vergleichsgrößen kommen. Auf Landesebene wurden folgende Bedarfszahlen ermittelt:

Hauswirtschaftliche Dienste: Für 4,4% der 65Jährigen und Älteren bzw. 7,4% der 75Jährigen und Älteren wurde ein professioneller hauswirtschaftlicher Hilfebedarf ermittelt. Dies entspricht einem Personalbedarfsindex von 1 Vollzeitkraft auf 90 65Jährige u.Ä. bzw. 1 Vollzeitstelle auf 54 75Jährige u.Ä. Inwieweit und in welchem Ausmaß damit der Bestand überschritten wird, ist mangels fehlender Bestandsdaten nicht zu beantworten.

Häusliche Alten- und Krankenpflege: Bezogen auf die Gesamtbevölkerung wurde ein Bedarfsindex von 1:1.250 ermittelt. Damit wird der bisherige Zielwert des 2. Landesaltenplanes NRW von 1:1.750 deutlich überschritten.

Tagespflege: Von der 75Jährigen, u.Ä. Bevölkerung benötigen nach den vorliegenden Berechnungen 0,5% einen Tagespflegeplatz. Damit werden die Einstiegsmargen des 2. Landesaltenplanes in etwa bestätigt. Dies entspricht einem Bedarf von 5.730 Plätzen, dem zum gleichen Zeitpunkt ein Bestand am knapp 700 anerkannten Plätzen gegenüberstand.

Kurzzeitpflege: Von der 75Jährigen u.Ä. Bevölkerung benötigen den Bedarfsermittlungen zufolge 0,6% einen Kurzzeitpflegeplatz. Rein rechnerisch entspricht dies einem Bedarf von 7.450 Plätzen, der damit mindestens doppelt so hoch ist wie der empfohlene Einstiegswert des 2. Landesaltenplanes.

Stationäre Pflege: Hier wurde auf die Ermittlung von Bedarfszahlen auf Landesebene verzichtet. Für die exemplarisch untersuchten Regionen ergaben sich bezogen auf die Hauptzielgruppe der über 80Jährigen Bedarfsindices von zwischen ca. 15% und 24,0%, die

aber nur teilweise vor Ort realisiert sind. Mit anderen Worten: Es ergibt sich ein teilweise noch ungedeckter Bedarf an stationären Pflegeplätzen. Würde man jedoch die im 2. Landesaltenplan vorgegebenen Bedarfsmargen zugrunde legen, so liegen die von uns ermittelten Bedarfswerte mehrheitlich und z.T. auch deutlich darunter.

Bestätigt wird die erwartbare Substitutionswirkung der ambulanten Pflege auf den Heimplatzbedarf. Für die Kurzzeit- und Tagespflege sind in diesem Sinne mengenmäßig relevant auftretende Substitutionseffekte erst bei ihrem massiven Ausbau zu erwarten, davon könnte im begrenzten Umfang auch die ambulante Pflege profitieren. Substitutionswirkungen des hauswirtschaftlichen Dienstesystems auf die Heimpflege sind nur für die Pflegestufe I zu erwarten, somit auf den geringsten Teil der heute in Heimen lebenden Menschen. Insgesamt stützen die aus der indikatorengestützten Bedarfsberechnung hervorgehenden Bedarfsaussagen die bereits im 2. Landesaltenplan vorgenommene Festlegung von Prioritäten, derzufolge - bis auf Ausnahmen in bestimmten deutlich unterversorgten Regionen - kein weiterer Ausbau in der stationären Pflege mehr erforderlich ist, wenn die vorgelagerten Dienste und Einrichtungen ausgebaut werden würden. Die vorliegenden Ergebnisse müssen vielmehr als erneutes Plädoyer dafür aufgefaßt werden, die ambulante, Tages- und Kurzzeitpflege massiv auszuweiten.

Zwei Einschränkungen sind insgesamt bei der Anwendung der indikatorengestützten Bedarfsplanung zu treffen:

1. Mögliche Anreize, die von den jeweiligen Finanzierungsbedingungen auf Nachfrage und Angebote in der Altenhilfe ausgehen, können dadurch allerdings nicht abgebildet werden. Dieses Problem erhält auf dem Hintergrund der beschlossenen Modalitäten der Pflegeversicherung (Stichworte: Geld- oder Sachleistungsprinzip, bisherige Erfahrungen mit den pflegerischen Leistungen nach SGB V) eine aktuelle Bedeutung. Im Rahmen der indikatorengestützten Bedarfsplanung muß diese Verrechtlichungsdimensionen noch ausgespart bleiben, weil die Wirkungen, die von der Pflegeversicherung auf die Nachfrage nach örtlicher Dienstebereitstellung ausgehen werden, quantitativ wie qualitativ noch nicht abschließend abgeschätzt werden können.
2. Nicht alle denkbaren Indikatoren konnten gleichermaßen und gleichzeitig Berücksichtigung finden. Z.B. liegen nur ganz wenige Informationen zum Bestand und damit zur Leistungsfähigkeit an privat-erwerbswirtschaftlichen Diensten oder zu Ausprägungen zum Indikator soziale Schicht vor. Auch konnten wir bezogen auf den Faktor Geschlecht in aller Regel keine geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmekquoten ermitteln. Hinzu kommt, daß in den Kommunen, die entsprechende Daten ja erheben müßten, erhebliche Datenlücken wie personelle und kapazitative Engpässe zu konstatieren sind, was insbesondere für kleinere Kommunen und Kreise gilt.

Abschließend bleibt zu konstatieren, daß die örtliche Altenhilfeplanung mit den Empfehlungen zur indikatorengestützten Bedarfsplanung nunmehr über empirisch abgesicherte Grundlagen für eigene Entscheidungen zugunsten oder zuungunsten eines bestimmten Funktionsbereiches verfügen kann und in ihrem, ihnen auch verfassungsrechtlich zugewiesenen Auftrag, ein abgestuftes und miteinander verknüpftes ("Vernetzung") System an Diensten und Einrichtungen für ältere Menschen in unterschiedlichen Bedarfslagen ("Zielgruppenprinzip") zur Verfügung zu stellen, unterstützt wird. Damit werden insgesamt örtliche Fehlplanungen vermieden und der Gefahr begegnet, Unter- und Überversorgung mit Diensten und Einrichtungen festzuschreiben. Die Kommunen werden dazu befähigt mittels der Indikatoren und Gewichtungsvorschläge nach einem vorgegeben Rechenmuster selbst ihre örtlichen Bedarfswahlen zu ermitteln. Dabei wird explizit auch die Tatsache berücksichtigt daß vor allem kleinere Kommunen nicht über einen Stab sozialplanerisch erfahrener Mitarbeiter verfügen und von daher auch nicht in der Lage sind, ein eigenes Bedarfsplanungsinstrument auf der Basis von Indikatoren zu entwickeln und auf einen überregional entwickelten Bedarfsplanungsansatz angewiesen sind.

Zu § 14: Bewohnerorientierter Aufwendungszuschuß für Investitionskosten vollstationärer Pflegeeinrichtungen (Pflegewohngehd)

Die Befreiung der pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner von der Sozialhilfebedürftigkeit war stets eines der wichtigsten Begründungen für die Neuordnung der Kostenträgerschaft bei Pflegebedürftigkeit und hat auch bis zuletzt die Diskussion um die Einführung der Pflegeversicherung begleitet. Dabei wurde in der Öffentlichkeit immer wieder der Eindruck erweckt, als könnte die Sozialhilfeabhängigkeit bei Pflegebedürftigkeit durch eine Neuordnung der Kostenträgerschaft vollständig beseitigt werden. Zweifellos war die so öffentlich geförderte Erwartung ein wichtiger Grund für die breite Akzeptanz, welche die Pflegeversicherung schließlich in der Öffentlichkeit gefunden hat.

Dennoch gibt es keinen Grund für einen überzogenen Optimismus. Im Auftrag des *Instituts für Gerontologie an der Universität Dortmund* hat *Infratest-Sozialforschung* dazu kürzlich ein Sondergutachten zur "Zukünftigen Sozialhilfeabhängigkeit von Pflegebedürftigen in Alteinrichtungen in Nordrhein-Westfalen" erstellt. Dieses Sondergutachten beruht auf Modellrechnungen auf der Grundlage der drei von *Infratest-Sozialforschung* für die Bundesrepublik wie für NRW repräsentativen Untersuchungen "Alterssicherung in Deutschland" (ASID 1992, durchgeführt im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und

Sozialordnung), sowie "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung I" (außerhalb von Einrichtungen und dgl.) und II (in Einrichtungen etc.), durchgeführt im Auftrag des Bundesministers für Familie und Senioren bzw. für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Die Modellrechnungen führen zu folgendem Ergebnis: 1994/5 gab es einen Anteil von pflegebedürftigen Sozialhilfeempfängern in den Alteneinrichtungen von rd. 79 %. Würden lediglich die Leistungen der Pflegeversicherung für die stationäre Pflege gewährt, würde sich der Anteil nur auf 56 % reduzieren. Bei Anwendung der im Gesetzentwurf vorgesehenen zusätzlichen einkommensabhängigen Investitionskostenzulage würde sich der Anteil jedoch auf 32 % reduzieren lassen. Mit anderen Worten: Nur durch das vorgesehene "Pflegehohngeld" käme es zu einer nennenswerten Reduzierung der Sozialhilfebedürftigkeit in den Heimen. Ein Verzicht - so das Infratest-Sondergutachten in seiner Zusammenfassung wörtlich - "auf eine im Landesmaßstab zu vergebende Investitionskostenzulage würde die Intention der Pflegeversicherung faktisch konterkarieren".

Diese Zahlen sind insofern genauer als die bislang dazu (auch vom MAGS) vorliegenden Schätzungen, weil es nur aufgrund der Infratest-Daten möglich ist, Informationen über die verschiedenen vorhandenen einsetzungsfähigen Alterseinkommen zu berücksichtigen. Auch berücksichtigt unsere Berechnung explizit Annahmen über sonstige einsetzungsfähige Vermögen, die vor der Inanspruchnahme von Sozialhilfe zu einem gewissen Grad erst aufgezehrt werden müssen.

Dreh- und Angelpunkt für die Gesamtsituation ist jedoch die zukünftige Entwicklung bei der Höhe der Pflegesätze. Sollten sie, wie bisher auch, schneller steigen als die verfügbaren Altersnettoeinkommen und bleibt es bei der vorgesehenen "Deckelung" von Beiträgen und der Leistungen, so ist für die absehbar nächste Zeit trotz Einführung der Pflegeversicherung mit einem auch weiterhin hohen und jährlich ansteigenden Anteil von Sozialhilfeempfängern zu rechnen, d.h. es wäre dann nur noch eine Frage der Zeit, bis die Zahl der Sozialhilfeempfänger in Alteneinrichtungen wieder deutlich ansteigen.

Weitere Aspekte betreffen die sozialen Verteilungswirkungen der Pflegeversicherung. Es ist ein in der sozialpolitikwissenschaftlichen Diskussion seit langem bekannter Kritikpunkt, daß durch die im Zuge der Pflegeversicherung eingeführten Änderungen sowohl auf der Leistungsseite wie auf der Beitragsfinanzierungsseite die oberen Einkommensschichten zu Lasten der unteren begünstigt werden. Dies hängt mit der einkommensunabhängigen Gewährung von Leistungen nach dem Pflege-VG zusammen. Im Ergebnis erfahren die Personen, die über ein Einkommen unterhalb der Einkommensgrenze des BSHG verfügen, keine oder nur eine geringe Leistungsausweitung, während die Personengruppen mit einem Einkommen oberhalb dieser Grenze bei Pflegebedürftigkeit in erheblichem Umfang Leistungen beziehen, auf die sie vor

Einführung der Pflegeversicherung keinen Anspruch gehabt hätten (vgl. Fachinger, U., Rothgang, H. (1995): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die personelle Einkommensverteilung. ZeS-Arbeitspapier 6/95. Universität Bremen: Zentrum für Sozialpolitik). Nicht nur ist eine einkommensunabhängige Leistungsgestaltung bei einkommensbezogener Finanzierung stets sozial- und verteilungspolitisch problematisch, auch stellen nach dem Gießkannenprinzip verteilte Leistungen immer eine Vergeudung knapper Mittel dar, da bei bedarfsbezogener Gewährung die Leistungen für wirklich Bedürftige beträchtlich höher ausfallen könnten.

Hinzu kommt auch noch, daß durch die Pflegeversicherung die Vermögen unterschiedlich stark geschützt werden. D.h. die bei den unteren Einkommensbezieher i.d.R. geringeren Vermögenswerte werden relativ gesehen eher und stärker belastet als die i.d.R. höheren Vermögenswerte der oberen Einkommensbezieher.

Bislang liegen keine Detailinformationen über die konkrete Ausgestaltung des geplanten Pflegewohngeldes vor. Ihre einkommensabhängige Gestaltung verspricht jedoch eine Kompensation der ohne sie sonst zwangsläufig auftretenden Verteilungseffekte zuungunsten der unteren Einkommensbezieher bzw. zuungunsten der Niedrigvermögenbesitzer und ist von daher sozialpolitisch zu begrüßen.

§ 19: Überprüfung der Auswirkungen des Gesetzes

§ 19 des Entwurfs des Gesetzes zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (PfG NW) sieht vor, daß die Wirkungen dieses Gesetzes nach einem Erfahrungszeitraum von drei Jahren überprüft werden sollen. Solch eine Wirkungsanalyse ist in der Umsetzungsphase des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) beispiellos; im Sinne einer derzeit nicht vorhersehbaren Bedarfsentwicklung im ambulanten, komplementären, teilstationären und stationären Pflegebereich, des hiermit verbundenen finanziellen Aufwandes und der, durch diese Gesetzgebung intendierten neuen Strukturen in der Aufgaben- und Kostenverteilung, ist sie gleichermaßen sinnvoll und notwendig. Für die Durchführung der Überprüfung ist eine enge Zusammenarbeit der Landesregierung mit den Spitzenverbänden der Kommunen und der Verbände und Organisationen der Pflege-Leistungsanbieter notwendig.

Eine Wirkungsanalyse des Landespflegegesetzes setzt voraus, daß der Implementationsprozeß im Zeitablauf kontinuierlich begleitet wird. Nur so können neben der Dokumentation von Ergebnissen auch deren Entstehungsbedingungen berücksichtigt werden. Die Wirkungsanalyse

des PFG NW muß sich an den Zielen orientieren, die durch die Pflegegesetzgebung auf Bundes- und Landesebene vorgegeben sind. Mit Bezug auf die Vorschriften des Entwurfes des Landespflegegesetzes, ergeben sich für eine Wirkungsanalyse im wesentliche folgende Aufgabenbereiche:

- Das Ziel der **Bereitstellung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgungsstruktur** erfordert die Evaluation der in § 6 vorgesehenen kommunalen Pflegebedarfsplanung incl. der Rechtsverordnungen nach § 6 Abs. 4 sowie des Landesprogramms zur Förderung komplementärer ambulanter Dienste. Das Ziel des **Vorrangs der häuslichen Pflege** erfordert darüber hinaus eine Analyse des Programms der Investitionsförderung von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege (§17).
- Durch die in § 3 geforderte enge Zusammenarbeit von Krankenkassen, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen soll dem Ziel des Vorrangs der **Rehabilitation vor Pflege** bzw. der **Prävention vor Pflege** Rechnung getragen werden. Eine Wirkungsanalyse muß sich hierbei auf die zwischen den Akteuren zu schließenden verbindlichen Vereinbarungen und deren Auswirkungen beziehen.
- Durch die Pflegegesetzgebung soll pflegebedürftigen Menschen die **Befreiung aus der Sozialhilfeabhängigkeit** ermöglicht werden. Die Wirkungsanalyse des PFG NW sollte hierzu die Investitionskostenförderung für den stationären und teilstationären Bereich, die zinslose Förderung vollstationärer Einrichtungen und die Effekte des Pflegegeldes berücksichtigen.
- Die Einrichtung von kommunalen Pflegekonferenzen verfolgt das Ziel, die **gemeinsame Verantwortung aller Beteiligten** zu erreichen. Die Evaluation der kommunalen Pflegekonferenzen stellt daher einen weiteren Schwerpunkt der Überprüfung des Gesetzes dar, wobei eine Zusammenarbeit mit dem vom MAGS-NW in Auftrag gegebenen 'Modellprojekt Pflegekonferenzen' anzustreben wäre.
- Durch das Landespflegegesetz wird insbesondere eine **Kommunalisierung des Sicherstellungsauftrages** angestrebt. Zur Überprüfung der Umsetzung dieses Zieles sind die kommunalen Initiativen hinsichtlich der Einrichtung von Beratungs- und Vermittlungsstellen sowie Pflegekonferenzen, der Aktivitäten im Bereich der Pflegebedarfsplanung, der Förderung ambulanter Einrichtungen durch Pauschalen und die Wahrnehmung der Letztverantwortung für die Vorhaltung komplementärer Dienste zu dokumentieren und analysieren.

Darüber hinaus wird die Pflegegesetzgebung auch zu veränderten Strukturen und Zuständigkeiten in der internen Organisation von Diensten und Einrichtungen führen, die sich auf den Pflegeprozeß auswirken werden. Die Wirkungen in diesem Bereich sind nur sehr schwer abzusehen, jedoch insbesondere im Hinblick auf die Diskussion über die Sicherung von Pflegequalität von entscheidender Bedeutung.

Die hiermit nur sehr grob umrissenen Aufgabenbereiche einer Wirkungsanalyse machen bereits deutlich, daß der Absicht des § 19 PFG NW nur mit einem differenzierten methodischen Design (u.a. quantitative und qualitative Erhebungen, sekundärstatistische Analysen) und unter Einbeziehung aller am Prozeß beteiligten Verbände und Institutionen genüge leistet werden kann. Die Evaluation des Landespflegegesetzes macht es erforderlich, alle im Bereich der Altenpolitik und Pflege forschenden und arbeitenden Institute und Forschungseinrichtungen zu einem Werkverbund zusammenzuschließen, um die Untersuchungsergebnisse in der erforderlichen Differenziertheit zu erlangen.

In dem avisierten Analysezeitraum von drei Jahren können jedoch nicht in allen Bereichen abschließende Ergebnisse zu erwarten sind, die die Qualität haben, zur Weiterentwicklung der Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen beizutragen. Dennoch könnte der Landesregierung zur Unterrichtung des Landtages in Form eines Zwischenberichtes eine differenzierte Analyse vorgelegt werden, aus der hervorgehen kann, zu welchen Einzelvorschriften abschließende Erfahrungen vorliegen, bzw. welche weiteren Erhebungen und Analysen notwendig sind um die Landespflegegesetzgebung weiter zu optimieren. Es wird daher angeregt, den zugrundeliegenden Erfahrungszeitraum zu erweitern, d.h. eine abschließende Diskussion aller Vorschriften des Landespflegegesetzes auf einen späteren Zeitpunkt zu legen. Nach einem Zeitraum von drei Jahren können durch einen Zwischenbericht der Landesregierung jedoch bereits entscheidende Weichenstellungen gegeben werden, so daß sich die Pflegelandschaft sukzessive und orientiert an dezidierten wissenschaftlichen Ergebnissen weiterentwickeln kann.