

Harry FUCHS

40 625 Düsseldorf, den 19.4.2003

Quadenhofstrasse 44

Telefon: 0211 / 28 18 17 (p)

Fax: 0211 / 28 88 68 (p)

Telefon: 0172 / 2105317

e-Mail: quality@germany.tops.de

An den
Präsidenten des Landtages Nordrhein-
Westfalen
Ausschuss-Sekretariat
z.Hd. Herrn Frank Schlichting
Referat I.1, AGS

Platz des Landtages 1
40221 Düsseldorf



Ihre Nachricht vom:
April 2003

Ihr Zeichen:
I.1 – AGS

Mein Zeichen:
159/03

Betr.: Gesetzentwurf der Landesregierung zur Änderung des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen – PFG NW)
Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am 30.4.2003

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Einladung zur o.a. öffentlichen Anhörung, die ich als Mitglied des Landespflegeausschusses erhalten habe bedanke ich mich.

Ich vertrete im Landespflegeausschuss die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di e.V., Landesbezirk NRW und verweise hinsichtlich der Fragestellungen zur Finanzierung auf die an Herrn Minister Schartau gerichtete schriftliche Stellungnahme der Vereinigten Dienstleistungsgesellschaft ver. di vom 15. Oktober 2002, in der unter Ziffer 1.3 ein alternativer Finanzierungsvorschlag unterbreitet wurde, der

- einerseits vermeidet, dass negative Entwicklungen am Kapitalmarkt bzw. im Bereich der Kostenentwicklung des Baugewerbes mit langfristiger Wirkung in voller Höhe auf den Pflegesatz durchschlagen und dort vornehmlich die Kommunen als Träger der Sozialhilfe belasten
- andererseits durch die Bereitstellung zinsgünstiger Mittel über die Landesbank bzw. die Übernahme von Bürgschaften zugleich ein Investitionsprogramm zum Abbau des bereits vorhandenen Investitionsstaus bewirkt, mit dem auch günstige Effekte für die Bauwirtschaft und damit zugleich für die Schaffung von Arbeitsplätzen geschaffen würden.

Im Übrigen nehme ich zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung wie folgt Stellung:

1. Zur Finanzierung über den Kapitalmarkt

Über die Auswirkungen einer monistischen Finanzierung der Investitionen ausschließlich über den Kapitalmarkt liegen Erfahrungen aus dem Bereich der medizinischen Rehabilitation vor. In diesem Bereich werden über 80 v.H. der Rehabilitationseinrichtungen von privaten Trägern getragen und ausschließlich über den Kapitalmarkt finanziert. Die Finanzierungsfolgekosten sind Gegenstand der Pflegesatzverhandlungen und gehen in den Pflegesatz ein.

In diesem Bereich hat sich gezeigt, dass die je nach Investitionszeitpunkt vorhandenen Zinsunterschiede des Kapitalmarktes voll und dauerhaft auf die Kostensätze und damit auf die Kostenträger – im Bereich der Pflege im wesentlichen die Sozialhilfeträger – durchschlagen. In der Regel lassen sich spätere Umfinanzierungen bei zinsgünstigerem Markt wegen der langfristigen Bindungen der Darlehensverträge nicht oder nur mit hohen Abstands Zahlungen durchsetzen. Damit ergeben sich zwangsläufig in einem viel größeren Umfang als bisher unterschiedliche Belastungen für den Pflegebedürftigen bzw. seinen Kostenträger, je nachdem, ob die Pflegeeinrichtung in einem Zinshoch oder in seinem Zinstief errichtet und finanziert wurde.

Bereits jetzt sind die Auswirkungen von Basel II bei der Beschaffung von Kapitalmarktmitteln wirksam. Die Banken haben in der Vergangenheit Altenhilfeeinrichtungen mit Blick auf die Mitfinanzierung durch die Gebietskörperschaften als „sichere Kapitalanlage“ eingestuft und auf diesem Hintergrund mit günstigen Konditionen versehen. In diesem Zusammenhang ist nach allen Erfahrungen die Frage der Bedarfsgerechtigkeit einer Einrichtung für die Banken ein Indikator für die Frage der Belegungsauslastung und damit der langfristigen Risikobewertung. Nach dem bisher vorliegenden Gesetzentwurf entfallen diese für die Banken bedeutsamen Beurteilungskriterien, so dass zu befürchten ist, dass die Finanzierung von Altenhilfeeinrichtungen einer geänderten Risikobewertung mit der Folge unterliegt, dass Geldmittel – je nach Investor – nur erschwert oder – wegen der höheren Risikobewertung nach Basel II – nur mit erhöhten Annuitäten zu erhalten sind. Für die Wohlfahrtsverbände dürften Finanzierungen über die Bank für Sozialwirtschaft nur dann eine Alternative sein, wenn das Land durch entsprechend erhöhte Bürgschaften weiterhin die Verbilligung gewährleistet.

Die in den letzten Jahren ebenfalls kleiner gewordene Risikobereitschaft der Banken lässt im übrigen befürchten, dass nur noch große Anbieterketten in der Lage sein werden, die notwendigen Mittel am Kapitalmarkt zu bewirken. Dies wiederum hat erhebliche negative Auswirkungen auf die gesellschaftlich gewollte Anbieterpluralität.

Die bisher öffentlich-rechtlich getragenen Angebote sind dabei in besonderem Maße gefährdet, weil nach allen Erfahrungen der letzten Jahre insbesondere die Kommunalpolitik immer weniger bereit ist, auch nur die notwendige Kreditaufnahmeermächtigung für erforderliche Investitionen zu beschließen. Mit der Beabsichtigten Änderung des Förderrechts droht deshalb auch eine umfassende Privatisierungswelle für bisher öffentlich-rechtlich getragene Angebote und damit eine nicht hinnehmbare Veränderung der Pluralität der Angebote.

Um diesen Unwägbarkeiten einer ausschließlichen Finanzierung über den Kapitalmarkt Rechnung zu tragen, wird dringend eine Experimentier- bzw. Revisionsklausel angeregt, um diesen Entwicklungen jeweils zeitnah Rechnung tragen zu können.

2. Umsetzung des Sicherstellungsauftrages des Landes

Nach § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch das Landesrecht bestimmt.

Auch wenn bereits § 6 PfG NW vom 19.3.1996 den Kommunen die Planungsverantwortung übertragen hat und die jetzige Novelle diese Verantwortung mit der für die Investitionsverantwortung verknüpft, entbindet dies das Land nicht von seiner Verantwortung für die Sicherstellung nach § 9 SGB XI.

Eine leistungsfähige Versorgung setzt voraus, dass die Prozess- und Strukturqualität der Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen geeignet ist, eine bedarfsgerechte und wirksame Versorgung zu gewährleisten. Das Land behält trotz Delegation der konkreten Planungs-

verantwortung im Rahmen seiner gesetzlichen Sicherstellungsverantwortung nach § 9 SGB XI unverändert die Definitionsmacht für die Formulierung der Maßstäbe; die leistungsfähige Versorgungsstrukturen in Nordrhein-Westfalen erfüllen sollen.

Eine **zahlenmäßig ausreichende** Versorgung beinhaltet den quantitativen Sicherstellungsauftrag, aber auch die Gewährleistung des Gleichbehandlungsgrundsatzes, nach dem alle Bürger in NRW in Wohnortnähe Zugang zu in gleicher Weise qualifizierten und leistungsfähigen Angeboten haben müssen.

Die Gewährleistung einer **wirtschaftlichen** Versorgung beinhaltet u.a. die Verpflichtung, sicher zu stellen, dass der Bürger im Rahmen der pluralen Angebotsvielfalt, für gleiche Leistungen in gleicher Qualität nicht unterschiedlichen finanziellen Belastungen ausgesetzt ist.

Der vorgelegte Gesetzentwurf beinhaltet keine Instrumente, mit denen das Land letztlich wirksam vermeiden könnte, dass sich durch die Kommunalisierung der Investitionsförderung nicht unterschiedliche Strukturqualitäten und damit unterschiedliche Lebensbedingungen für pflegebedürftige Bürger in Altenhilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen entwickeln.

Nach dem die Landschaftsverbände ihre diesbezügliche Beratungstätigkeit eingestellt haben, muss durch entsprechende Regelungen im Landespflegegesetz gesichert sein, dass die Förderung der Altenpflegeeinrichtungen landesweit einheitliche Strukturqualitäten sichert.

Notwendig sind weiterhin operative Regelungen (z.B. eine entsprechende Verordnungsermächtigung), die es dem Land gestatten, diese Strukturqualität gegebenenfalls im Rahmen seiner Verantwortung nach § 9 SGB XI auch durchzusetzen.

3. Zur leistungsfähigen Versorgung

Nach § 9 Abs. 2 soll die Förderung u.a. daran gebunden werden, dass eine Pflegeeinrichtung nicht mehr als 80 Plätze ausweist.

Abgesehen davon, dass die Evidenz dieser Größe unter pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten nicht belegt ist, wird eine solche Begrenzung nach allen Erfahrungen entweder zu höheren Pflegesätzen oder, falls die Pflegesätze nicht erhöht werden (was wahrscheinlich ist) zu einer Verschlechterung der Pflegequalität führen.

Untersuchungen zeigen nämlich, dass Einrichtungen

- mit weniger als 60 Betten in der Regel nicht,
- mit 60 bis 80 Betten nur zu Lasten der pflegerischen Qualität

wirtschaftlich geführt werden können. Ursächlich für dieses Ergebnis ist die Wechselwirkung zwischen der angestrebten Qualität, der dazu unverzichtbaren Personalgröße und der Größe einer Einrichtung. Um die Synergie-Effekte bei der Personaleinsatzplanung und den Personalkosten bewirken zu können, die einen wirtschaftlichen Personaleinsatz u.a. mit Blick auf Krankheits- und sonstige Abwesenheitsvertretungen überhaupt erst möglich machen, ist eine bestimmte Mindestgröße einer Einrichtung unverzichtbar. Stationäre Altenhilfeeinrichtungen benötigen zur wirtschaftlichen Betriebsführung eine Größenordnung von in der Regel 80 bis 110 Betten.

Unter Berücksichtigung der frühen Verlegung aus dem Krankenhaus nach Einführung der DRG-Vergütung ist künftig in jeder Altenpflegeeinrichtung ein interdisziplinärer Personaleinsatz erforderlich, wie er bisher teilweise nur in Einrichtungen mit einer speziellen Ausrichtung notwendig war, so dass die Größe einer Einrichtung für den wirtschaftlichen Personaleinsatz sogar nach an Bedeutung gewinnt.

Ob in einer Einrichtung die Lebensverhältnisse für den Pflegebedürftigen eine weitgehend normale Teilhabe gewährleisten, ist keine Frage der Größe einer Einrichtung, sondern die der Strukturen, der Organisation und der Ausstattung innerhalb einer Einrichtung.

4. Förderung der Tagespflege

Nach § 11 Abs. 2 letzter Satz des Entwurfs sollen nur solche Teilnehmer an den Angeboten der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen einen bewohnerorientierten Aufwendungszuschuss für Investitionskosten erhalten, die als Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI anerkannt sind.

In den Tagespflegeeinrichtungen befinden sich jedoch – z.T. weit überwiegend – Teilnehmer, die an frühen Stadien einer Demenz leiden und keine Einstufung als Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI erhalten, weil bekanntlich die Begutachtungsrichtlinien des MDK Störungen, die zwar Pflegebedürftigkeit auslösen, jedoch nicht im Bereich der vorwiegend körperlichen Verrichtungen des täglichen Lebens im Sinne des § 14 Abs. 4 SGB XI, bei der Einstufung weitgehend unberücksichtigt bleiben.

Gerade bei diesen Zielgruppen ist jedoch die Teilnahme an den Angeboten der Tagespflegeeinrichtungen ein wichtiges Instrument, eine frühzeitige stationäre Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder wesentlich hinauszuschieben.

Die Beschränkung der Aufwendungszuschüsse auf Teilnehmer mit einer Einstufung nach dem SGB XI ist danach sowohl pflegewissenschaftlich wie auch ökonomisch kontraproduktiv.

Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass Pflegebedarf auch auf der Grundlage anderer Gesetze als dem SGB XI festgestellt werden kann (z.B. nach dem SGB VII, dem BVG usw.). Eine Ungleichbehandlung gleicher Gruppen von Berechtigten dürfte doch wohl nicht ernsthaft angestrebt sein.

Danach sollte § 11 Abs. 2 dann greifen, wenn ein Pflegebedarf auf gesetzlicher Grundlage nachgewiesen ist.

5. Übergang zwischen den Versorgungssektoren nach § 3

Die Probleme der mehr als zweieinhalbjährigen Verhandlungen zum Abschluss der Vereinbarungen nach § 3 PfG NW sind im Abschlußbericht der Untersuchung der Auswirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes gut dokumentiert (vgl. dort S. 256-272).

Im Bericht der Landesregierung zu den Wirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes (Drucksache 13/11 vom 6.6.2000) erklärt die Landesregierung, dass zu prüfen sein wird, ob es sachlich angemessen und angesichts der Bedeutung der Regelung geboten ist, eine Ergänzung des § 3 PfG NW in Betracht zu ziehen.

Der Übergang von der Krankenhausversorgung zu den Pflegeeinrichtungen ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen in Nordrhein-Westfalen unverändert nicht zufrieden stellend gelöst. Die Probleme werden u.a. auch durch die unterschiedliche Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste im Rheinland bzw. Westfalen-Lippe verursacht bzw. verschärft. Nach sechsjährigen Bemühungen ist es im Landspflegeausschuss nicht gelungen einmütige Lösungen zur Beseitigung dieser Probleme zu verabschieden.

Mit der Einführung des Optionsmodells im Rahmen der Durchführung der DRG-Vergütung in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern werden sich diese Probleme mit Blick auf dann zu erwartende noch frühzeitigere Verlegung aus dem Krankenhaus nochmals dramatisch verschärfen.

Es wird daher dringend vorgeschlagen, die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in den Text des § 3 einzubeziehen und damit ebenfalls zur Zusammenarbeit zu verpflichten.

Da mit Blick auf den bisherigen Zeitablauf eine einvernehmliche Lösung im Rahmen der ge-

meinsamen Selbstverwaltung der Beteiligten des § 3 zeitnahe Lösungen zur Beseitigung der Probleme nicht mehr erwartet werden dürfen, andererseits die sich aus der frühzeitigen Verlegung nach Einführung der DRG-Vergütung ergebenden Probleme im Interesse der betroffenen Pflegebedürftigen keinen Aufschub dulden, sollte an § 3 ein Absatz 2 angefügt werden, der das zuständige Landesministerium mit Zustimmung der zuständigen Ausschüsse des Landtags ermächtigt, das Nähere zum Verfahren bei der Überleitung und zur Zusammenarbeit sowie der Gewährleistung einer landeseinheitlichen Durchführung des § 18 SGB XI in einer Rechtsverordnung zu regeln.

6. Landespflegeausschuss (Ergänzung des § 5 PFG NW)

Im Abschlußbericht der o.g. Untersuchung wird die kooperative Arbeitsweise des Landespflegeausschusses besonders herausgestellt (vergl. S.42/43 a.a.O.).

Gleichwohl ist heute festzustellen, dass sich in den drei Jahren nach Vorlage des Schlussberichtes herausgestellt hat, dass der Landespflegeausschuss wegen des in § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vorgesehenen Einvernehmens bei der Abgabe von Empfehlungen, trotz drängender Probleme in fast allen gesetzlich zugewiesenen Aufgabenfeldern, so gut wie keine Empfehlung abgeben konnte.

Es besteht im Gegenteil sogar der Eindruck, dass mit Blick auf die Divergenz der Interessen der Beteiligten, die Einvernehmlichkeitsverpflichtung instrumentiert wird, um gemeinsame Empfehlungen zu verhindern.

Im Landespflegeausschuss besteht zu vielen Fragen und Problemen Auffassungen, die zwar von einer breiten Mehrheit getragen, wegen der Einvernehmlichkeitsverpflichtung aber nicht aus dem Landespflegeausschuss heraus an andere, handlungsfähigere Ebenen bzw. Institutionen herangetragen werden können. Damit gehen die durchweg von hoher fachlicher Kompetenz getragenen Auffassungen der Mehrheit des Landespflegeausschusses für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen verloren.

§ 92 Abs. 4 SGB XI ermächtigt, die Landesregierungen u.a., das Nähere über die Amtsführung, die Geschäftsführung und das Verfahren des Landespflegeausschusses zu regeln. Die LpfAusVO vom 7.2.95 hat – abgesehen von den Geschäftsführungsregelungen der §§ 7 – 9 (Einladung, Geschäftsführung, Beschlussfähigkeit) – keine weiteren Verfahrensfragen geregelt.

Da § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB XI nur für die Abgabe von Empfehlungen Einvernehmlichkeit vorschreibt, sind der Landesgesetzgeber bzw. die Landesregierung nicht gehindert, das Verfahren der Handhabung bei der Weitergabe des Ergebnisses von durchgeführten Meinungsbildungsprozessen zu regeln.

Zur Klarstellung sollte z.B. an § 5 PFG NW ein Absatz angefügt werden, der das zuständige Ministerium ermächtigt, in der VO nach § 92 Abs. 4 SGB XI auch zu regeln, wie mit den Beratungsergebnissen des Landespflegeausschusses zu verfahren ist, die zwar mangels Einvernehmens nicht zu einer Empfehlung nach § 92 Abs. 2 SGB XI geführt haben, aber - getragen von einer qualifizierten Mehrheit des Landespflegeausschusses - dennoch für die Durchführung des Pflegeversicherungsrechts in Nordrhein-Westfalen bedeutsam sind.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Fuchs

(F u c h s)