



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

45. Sitzung (öffentlich)

13. Februar 2019

Düsseldorf – Haus des Landtags

13:00 Uhr bis 15:30 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

Vor Eintritt in die Tagesordnung **3**

**Pflege für die Zukunft gestalten – Selbstbestimmung sichern – Pflege
vor Ort stärken!** **4**

Antrag
der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
Drucksache 17/3028

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

* * *

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Vorsitzende Heike Gebhard: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen! Ich darf die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales begrüßen, die Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung, die Sachverständigen sowie die Zuhörerinnen und Zuhörer, die Gäste und Frau Filla-Hombach vom Sitzungsdokumentarischen Dienst, die das Wortprotokoll über die heutige Anhörung anfertigen wird.

Sie haben bestimmt schon registriert, dass Kameras im Raum sind. Das heißt nicht, dass Sie ins Fernsehen kommen, sondern das sind Aufnahmen für den neuen Panoramafilm des Besucherzentrums im Landtag. Sie können ganz frei sprechen; denn es werden nur Situationsaufnahmen ohne Tonmitschnitt gemacht, die den Besucherinnen und Besuchern ein Bild von unserer Arbeit vermitteln sollen. Sonstige Ton-, Bild- und Filmaufnahmen sind nicht gestattet.

Wir kommen nun zur Anhörung zu dem Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen mit dem Titel:

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

Antrag
der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
Drucksache 17/3028

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

Das Plenum hat diesen Antrag am 12. Juli 2018 nach entsprechender Beratung an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales federführend überwiesen.

Der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat in seiner Sitzung am 5. September 2018 beschlossen, eine Anhörung von Sachverständigen dazu durchzuführen. Ich darf mich ganz herzlich bei den Sachverständigen bedanken, die unserer Einladung gefolgt sind und uns heute mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Einen Vertreter muss ich krankheitsbedingt entschuldigen. Heute Morgen hat Herr von Hagen von ver.di kurzfristig abgesagt.

Ich darf mich bei allen für die vorab übersandten Stellungnahmen bedanken. Diese liegen am Eingang bereit, sind aber auch online auf der Seite des Landtags einsehbar.

Um den begrenzten Zeitraum, der uns zur Verfügung steht, tatsächlich einhalten zu können, haben wir vereinbart, auf Eingangsstatements durch die Sachverständigen zu verzichten, sodass sich die Abgeordneten direkt mit Fragen an Sie wenden werden.

(Es folgen organisatorische Hinweise.)

Als erster Redner hat für den Antragsteller Herr Mostofizadeh das Wort. Bitte schön.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herzlichen Dank an die Sachverständigen für ihre Stellungnahmen, in denen das Spektrum der Meinungsvielfalt gut zum Ausdruck gekommen ist. Ich denke, wir werden heute auch insofern eine spannende Anhörung haben, als sehr unterschiedliche Sichtweisen geschildert worden sind.

Ich möchte mit den Sachverhalten beginnen, bei denen ich die größten Unterschiede erkenne. Schließlich wollen wir mit dem Antrag weiterkommen. Danke, dass Sie sich bei Ihren Stellungnahmen so viel Mühe gemacht haben. Bei einigen habe ich sogar noch etwas dazugelernt. Was man darüber hinaus noch zusätzlich machen kann, das ist ein breites Feld.

Ich möchte mit dem Quartiersmanagement beginnen. In den meisten Stellungnahmen haben die Sachverständigen gesagt, man brauche mehr kommunale Planung und auch mehr Kümmerinnen und Kümmerer vor Ort. Deswegen möchte ich alle Sachverständigen fragen, wie sie zum Beispiel die Situation in Bezug auf die Finanzierung einschätzen. Wie schätzen Sie es ein, dass das Landesprogramm in dem Zusammenhang zurückgefahren worden ist? Den SoVD habe ich so verstanden, dass es zum Teil abgelehnt wird, dass das aus dem jetzigen Bereich finanziert wird. Dazu hätte ich gern Ihre Meinung gehört.

In dem Zusammenhang habe ich eine Frage an Herrn Westerfellhaus. Sie führen aus, dass der Bund im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes unter anderem ein auf fünf Jahre befristetes Modellprojekt vorgelegt hat, das vorsieht, dass die Kommunen selbst Beratung machen können. Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen hat das für sich konsequent abgelehnt. Wie bewerten Sie das, und wie passt das mit der Politik zusammen, die Sie vorgelegt haben?

Eine ganz wichtige Erkenntnisquelle ist der Siebte Altenbericht der Bundesregierung, auf den sich fast alle Sachverständigen beziehen und der ausdrücklich eine weitere, auch unabhängige Beratung empfiehlt.

Ein weiterer Aspekt, den ich ansprechen möchte, ist die Überleitung von Menschen, die aufgrund von Erkrankungen ins Krankenhaus kommen. Mehrere Sachverständige stellen in den Raum, dass es oftmals zu ungewollten Überleitungen zunächst in die Kurzzeitpflege und anschließend oftmals in die vollstationäre Pflegeunterbringung kommt. Vielleicht ist der Antrag in dieser Hinsicht unklar formuliert, ohne klarzustellen, dass es sich nur um eine Beschreibung und nicht etwa um die Interpretation handelt, dass die Kurzzeitpflege die Vorstufe einer vollstationären Unterbringung sei. Das haben wir so nicht gemeint. Machen Sie dieselbe Beobachtung? Ich bitte hier alle Sachverständigen um ihre Bewertung.

Ich habe noch eine Frage zur Vollkaskoversicherung, die sich an Herrn Kreutz, die Landessenorenvertretung, aber auch an die kommunalen Spitzenverbände und Herrn Wallrafen richtet. Was verstehen Sie darunter? Wie grenzt sich das ab, und wie sollte diese nach Ihrer Meinung finanziert werden?

Peter Preuß (CDU): Herzlichen Dank auch von unserer Seite für die sehr umfangreichen Stellungnahmen. – Ich habe drei Fragen. Die erste Frage bezieht sich auf die verbindliche Pflegeplanung und richtet sich an Herrn Dr. Spörke vom Sozialverband Deutschland sowie an Herrn Knips vom bpa. Worin bestehen Ihrer Ansicht nach die Defizite der verbindlichen Pflegeplanung, insbesondere im Hinblick auf die bestehenden Bedarfe? Dabei interessieren uns in besonderer Weise die Bedarfe in stationären Einrichtungen.

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Andreas Westerfellhaus und an den bpa. Welche Auswirkungen der generalistischen Ausbildung auf die gewünschte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten sehen Sie? Gibt es da einen Zusammenhang? Dass wir alle darauf hoffen, ist klar. Aber wie wird das von Ihrer Seite beurteilt?

Meine letzte Frage richtet sich an Herrn Westerfellhaus, den bpa sowie an den VdK. Wie beurteilen Sie die Entwicklung des Ausbaus ambulanter Tages- und Kurzzeitpflegeangebote? – Danke schön.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herr Kollege Preuß, der VdK ist nicht anwesend. Möchten Sie Ihre Frage dann an den SoVD weitergeben?

(Peter Preuß [CDU]: Ja, bitte an Herrn Dr. Spörke!)

– Gut. – Frau Lück.

Angela Lück (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende.

(Hans Peter Knips [Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., bpa, Landesgeschäftsstelle NRW, Düsseldorf]: Wie war die letzte Frage von Herrn Preuß?)

Vorsitzende Heike Gebhard: Jetzt ist nicht klar, welche Frage.

Peter Preuß (CDU): Die letzte Frage bezieht sich auf die Entwicklung des Ausbaus ambulanter Tages- und Kurzzeitpflegeangebote. Wie beurteilen Sie diese?

Vorsitzende Heike Gebhard: Jetzt hat Frau Kollegin Lück das Wort.

Angela Lück (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! Auch im Namen meiner Fraktion möchte ich Ihnen herzlich für Ihre wirklich umfangreichen Stellungnahmen danken. Das zeigt, dass Sie sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt haben.

Meine erste Frage bezieht sich auf die Pflegeberufausbildung, die sich 2020 ändert, und richtet sich an den SoVD sowie an die LAG. Die Landessenorenvertretung fordert insbesondere, dass die Altenpflegeausbildung intensiviert werden soll. Wie sehen Sie die Änderung des Krankenpflegegesetzes in Bezug auf die Stellenbesetzung in der Ausbildung? Wie könnte der Pflegeberuf Ihrer Meinung nach in dieser Hinsicht attraktiver gestaltet werden?

Eine weitere Frage bezieht sich auf die Finanzierung der Pflege. Welche Möglichkeit sehen Sie, die Finanzierung der Pflege anders aufzustellen? Meine Frage lehnt sich in gewisser Weise an die Frage von Herrn Mostofizadeh an. Bekommen wir eine Vollkaskoversicherung hin? Sollte Pflege nicht auch eine Daseinsvorsorge sein?

Herr Westerfellhaus, in Ihrer Stellungnahme gehen Sie auf die Dinge ein, die die Bundesregierung auf den Weg gebracht hat. Das ist sicherlich sehr positiv und in der Szene auch angekommen. Die Situation in der Pflege hat sich auch nachdrücklich in Berlin niedergeschlagen. Dort gibt es die Absicht, die Bedingungen in der Pflege zu verändern. In Ihrer Stellungnahme gehen Sie auf die Personaluntergrenzen in bettenführenden Abteilungen im Krankenhaus ein. In den Stellungnahmen der anderen Experten wird aber explizit ein Personalbemessungssystem favorisiert, das sich auch am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiert. Wäre es Ihrer Meinung nach nicht besser, diesen Expertenmeinungen Rechnung zu tragen und von den Personaluntergrenzen vollständig Abstand zu nehmen? – Danke schön.

Rainer Matheisen (FDP): Auch von den Freien Demokraten vielen Dank für Ihre Stellungnahmen und Ihr Erscheinen am heutigen Tag. – Ich habe eine Frage an Herrn Knips vom bpa. Was kann eine Änderung der Fachkraftquote angesichts des derzeitigen Pflegenotstands und des Fachkräftemangels in der Pflege bewirken? Im Zusammenhang damit wüsste ich gern, ob die in Aussicht gestellten 13.000 zusätzlichen Stellen in der Pflege eine realistische Größenordnung sind. – Herzlichen Dank für die Beantwortung.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Auch von unserer Seite ein Dankeschön für Ihre Ausarbeitungen. – Möchte man dem Sorge tragen, was im Antrag der Grünen so liebevoll ausformuliert ist, dass rund 25 % der Schulabgänger einen Pflegeberuf ergreifen, so besteht nach meinen Berechnungen schon 2030 ein entsprechender Bedarf. Meine Frage dazu richtet sich an die Vertreter des bpa sowie an Herrn Wallrafen. Ist das angesichts der aktuellen Lage realistisch?

An die kommunalen Spitzenverbände sowie den bpa richtet sich die Frage: Wie ist das finanzierbar, wenn demnächst 25 % der Schulabgänger einen Pflegeberuf ergreifen sollen?

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Mir liegen für die erste Runde keine weiteren Fragen vor, sodass wir zur Beantwortung kommen. – Herr Kreutz.

Daniel Kreutz (Sozialverband Deutschland, SoVD, NRW e. V., Düsseldorf): Vielen Dank. – Frau Vorsitzende! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich werde versuchen, alle Fragen zu beantworten. Vorab muss ich jedoch einschränkend sagen, dass uns die Antworten auf einige Fragen auch sehr interessieren würden, die aber vermutlich ohne weitere Kompetenzen sowie pflegewissenschaftlicher, empirischer Forschung kaum valide zu beantworten sind.

Was das Quartiersmanagement und das Instrument eines Umbaus der Wohnquartiere und Kleingemeinden hin zu altersgerechten und barrierefreien Quartieren mit für jedermann und jedefrau erreichbarer Altersversorgung im Nahbereich angeht, so begrüßen wir dies außerordentlich. Ob nun die materielle Hinterlegung dieser Umbauvorstellung zureichend ist oder ob da nicht mehr kommen müsste, damit auch tatsächlich über die Konzeptentwicklung hinaus Umgestaltungsmaßnahmen auf den Weg gebracht werden können, das könnten die kommunalen Spitzenverbände wahrscheinlich eher beantworten. Die Orientierung, die damit verbunden war, haben wir begrüßt und unterstützt. Wir bedauern es sehr, dass die gegenwärtige Landesregierung von dieser Orientierung offenbar wieder abgerückt ist.

Eine Frage bezog sich auf die Kurzzeitpflege als Vorstufe zur vollstationären Versorgung. Wir haben als Landesverband keinen wirklichen empirischen Überblick darüber. Allerdings sind unserer Auffassung nach nur außerordentlich wenige Kurzzeitpflegeangebote in der Lage, dem fachlichen Auftrag der Kurzzeitpflege auch hinreichend zu entsprechen. Denn Kurzzeitpflege ist gerade nicht als Vorstufe zur vollstationären Versorgung konzipiert, sondern als ein vorübergehendes rehabilitatives Angebot, das auf die Rückkehr in ein häusliches Versorgungs-Assessment vorbereiten soll.

Nun haben wir die Aufgabe der Kurzzeitpflege in Nordrhein-Westfalen weit überwiegend mit sogenannten eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen abgedeckt, die schon Ende der 90er-Jahre von der Landesregierung als vorübergehend nicht belegbare Dauerpflegeplätze bewertet wurden und die sozusagen in dem normalen, regulären Betrieb vollstationärer Einrichtungen unter der Überschrift „Kurzzeitpflege“ mitgefahren werden, obwohl sie von ihrer Ausstattung her den Rehabilitationsauftrag mit dem Ziel der Rückkehr in die häusliche Versorgung gar nicht erfüllen können. Sie wissen

natürlich ebenso wie wir, welche wirtschaftliche Hürden funktionierenden Solitären oder auch separaten Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu nehmen haben. Die Auslastung ist hochgradig schwankend, und wenn man dieses Angebot fachlich qualifizieren will, kommt man nicht umhin, verstärkt für die Kompensation von belegungsschwachen Zeiten zu sorgen.

Wir sind sehr dafür, dass das Kurzzeitpflegeangebot ausgebaut wird. Es muss aber so ausgebaut werden, dass es seiner eigentlichen Funktion entsprechen kann. Dann wäre es eine hervorragende Sache, etwa für Prozesse, in denen nach einem Krankenhausaufenthalt ein gewisser Zeitraum benötigt wird, um einerseits wieder fitter zu werden, andererseits aber auch notwendige Abklärungen der Anschlussversorgung herbeiführen zu können. In dieser Hinsicht ist die konzeptionelle Kurzzeitpflege eine gute Sache. Wir sind besorgt, dass dieses Angebot aus verschiedenen Gründen nicht mehr in dem ausreichenden Umfang in Nordrhein-Westfalen zur Verfügung stehen könnte. In unserer Stellungnahme haben wir nicht nur bezüglich der Kurzzeitpflege, sondern auch bezüglich der anderen Versorgungsstrukturen noch einmal deutlich gemacht, dass wir ganz aktuell eine große Verantwortung bei denjenigen sehen, die für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstrukturen Verantwortung tragen.

Über die Frage der Vollversicherung ließe sich sehr ausführlich referieren. Ich sehe mit Freude, dass die Resonanz für diese Reformation doch zunimmt. Ich habe zudem mit Freude festgestellt, dass auch in der Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände eine Öffnung in diese Richtung beinhaltet ist. Natürlich sind dabei auch naheliegende Interessen im Spiel, aber das ist ja immer so. Die Pflegeversicherung wurde 1995 mit dem Ziel der Überwindung der pflegebedingten Armut älterer Menschen eingeführt, die nach einem oft arbeitsreichen Leben am Ende Taschengeldempfänger der Sozialhilfe sind. Man hat dann das sogenannte Teilkaskosystem geschaffen, das einen großen Teil der Versorgungskosten bei den betroffenen Menschen belassen hat. Im Laufe der Zeit sind diese jedoch immer weiter angewachsen, weshalb die Zielsetzung der Überwindung pflegebedingter Armut und Sozialhilfebedürftigkeit einerseits, aber auch der Finanzierung einer besseren pflegerischen Versorgung andererseits – das war das zweite Gründungsversprechen – mit diesem Teilkaskosystem eigentlich nicht zu bewältigen sind. Es gibt Vorschläge in der Landschaft, ob man nicht die Eigenanteile statt die Leistungen der Pflegeversicherung deckelt. Das wäre immerhin ein erster Schritt in eine solche Richtung, reicht aber natürlich nicht aus, weil auch gedeckelte Eigenanteile für viele betroffene Menschen und deren Familien leicht eine Höhe erreichen, die etwa Bezieher von kleinen Renten schon im Ansatz überfordern, sodass es dabei allein nicht bleiben sollte. Wir sind sehr dafür, die Pflegeversicherung in Richtung einer Vollversicherung nach dem Muster der gesetzlichen Krankenversicherung weiterzuentwickeln, wobei das Augenmerk auf die sozial gerechte, paritätische Lastentragung der Versicherungsleistungen zwischen Arbeitgebern und Versicherten zu legen ist.

Die verbindliche Pflegeplanung, die 2014 in Nordrhein-Westfalen geschaffen wurde, haben wir im Grundsatz zunächst sehr begrüßt, weil wir seit Langem kritisieren, dass die Strukturentwicklung in der pflegerischen Versorgung weitestgehend den Marktkräften überantwortet wurde und dort auch zu problematischen Entwicklungen führt, etwa

was die Verfügbarkeit der unterschiedlichen Versorgungssegmente an allen Orten angeht, sodass die verfügbaren Versorgungssegmente nicht vom Wohnort abhängig sind, an dem der Betroffene lebt. Der Markt richtet sich in erster Linie an Zielen der Renditeerwartung und der Wirtschaftlichkeit und reagiert nicht unmittelbar auf menschliche Bedarfe und menschliche Bedürfnisse. Dies gilt erst recht, wenn sie nicht mit zahlungsfähiger Nachfrage verbunden sind.

Eine pflegerische Versorgung, die Menschen in einer äußerst verletzlichen Lebenssituation betrifft, sollte aus unserer Sicht nicht den Marktkräften überlassen bleiben, sondern in öffentlicher Verantwortung und im Rahmen öffentlicher Daseinsvorsorge stattfinden. Wir haben zwar nicht der eigenen Anschauung, aber den Diskussionen im Landesausschuss Alter und Pflege und in ähnlichen Landesgremien entnommen, dass manche Entscheidungen von Kommunen im Rahmen kommunaler Pflegeplanung im Verdacht stehen, eher von fiskalischen als von versorgungspolitischen Motiven motiviert zu sein. Dafür kann man vor dem Hintergrund vielfältiger kommunaler Haushaltslagen sicherlich Verständnis haben. Aber im Sinne einer sachgerechten Strukturentwicklung wäre das, wenn es denn so stimmt, wie es kolportiert wird, doch problematisch. Eine Kommune hat das Instrument der verbindlichen Versorgungsplanung gegen den Zubau von Tagespflegeangeboten eingesetzt, woran man zunächst nicht denken würde, weil das ein Bereich ist, der einer weiteren Entwicklung bzw. eines Aufbaus bedarf. Da fragt man sich schon, was denn wohl dahintersteckt.

Wir sind allerdings auch der Auffassung, dass diese gegenwärtige, sogenannte verbindliche Pflegeplanung als öffentliches Steuerungsinstrument bei Weitem nicht ausreicht. Man kann sie in erster Linie defensiv einsetzen, wenn man meint, dass die Vorstellung eines Investors, noch ein zusätzliches Pflegeheim zu bauen, nicht in die Landschaft passt und auch den notwendigen Strukturentwicklungen zur Stärkung der ambulanten Versorgung nicht gerecht wird. Aber die Kommune hat bisher keine Möglichkeit, mit dem Instrument der verbindlichen Pflegeplanung aktiv etwa Angebote, für die Bedarf besteht, gezielt aufzubauen. Deshalb sollte man weitere Überlegungen anstellen, wie man die öffentliche und dann auch in erster Linie an fachlichen Erfordernissen orientierte Steuerung der Strukturentwicklung im Pflegebereich stärken kann.

Es ist noch eine Frage offengeblieben. Dazu kann ich aber auch nicht allzu viel sagen. Herr Preuß fragte nach der Entwicklung der ambulanten Tages- und Kurzzeitpflegeangebote. Auch wir kennen nur recht spärliche empirische Befunde zur landesweiten Entwicklung, die zum größten Teil schon etwas zurückliegen. Nach unserem Eindruck gibt es in der Tages- und auch in der Kurzzeitpflege einen Handlungsbedarf, um die Nachfrage bzw. den Bedarf an solchen Angeboten decken zu können. Das ist aber mittlerweile nicht allein auf diese Segmente beschränkt. Auch in der ambulanten sowie in der vollstationären Versorgung gibt es Kapazitätsengpässe, die zunehmend in die öffentliche Diskussion geraten. Deshalb sind wir sehr besorgt darüber, dass es in der nächsten Zeit insgesamt zu Versorgungsengpässen kommen könnte, die dann durch die Arbeit pflegender Angehöriger kompensiert werden müssen. Schließlich muss die Versorgung irgendwie gewährleistet werden. Man kann die Leute ja nicht in den Kamin hängen. Das ist wirklich ein wichtiges Thema. – Vielen Dank.

Norbert Grote (bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Landesgeschäftsstelle NRW, Düsseldorf): Frau Vorsitzende! Liebe Abgeordnete! Ich möchte direkt an Herrn Knips weitergeben, der rechtzeitig da war. – Danke.

Hans Peter Knips (bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Landesgeschäftsstelle NRW, Düsseldorf): Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! Herr Grote war nicht in der Lage, pünktlich zu sein, weil er vorab einen Termin wahrnehmen musste. Mit Ihrer Erlaubnis wird er sich einklinken, wenn noch etwas zu ergänzen ist.

Herr Mostofizadeh fragte nach dem Quartiersmanagement. Das war ein Hauptschwerpunkt der Vorgängerregierung. Wir als bpa haben das mit großer Sympathie begleitet, und das kann auch weitergehen. Wir hängen das allerdings nicht so hoch. Wir sind der Meinung, dass es in Nordrhein-Westfalen eine vernünftige Struktur gibt, sowohl ambulant als auch stationär sowie in allen anderen Versorgungsformen. Insofern geht es hier nicht darum, irgendetwas mit neuen Etiketten zu verbinden, sondern wir glauben, dass dieses Quartierskonzept, wie es angedacht war und wie wir es in den vergangenen Jahren gesehen haben, durchaus weiterentwickelt werden kann und dass man das auch in Nordrhein-Westfalen ohne Ideologie durchaus weiterverfolgen kann.

Sie sprachen die Überleitung vom Krankenhaus ins Altenheim an. Das ist ein Klassiker. Schon im uralten Landespflegegesetz – ich gehöre zu der etwas älteren Generation, deswegen kann ich es mir erlauben, darauf noch einmal hinzuweisen – gab es den § 3. Dieser regelte den unmittelbaren Übergang vom Krankenhaus ins Altenheim. Jetzt, nachdem wir das WTG haben und erneut in einer Phase sind, in der sich das auch nicht mehr ganz so neue Gesetz schon wieder in einer Reformphase befindet, kommt dieses Thema wieder auf. Das Problem ist, dass die Menschen, die mit einer Krankheit ins Krankenhaus kommen und anschließend aus dem Krankenhaus entlassen werden, entweder austherapiert sind oder einen Pflegezustand haben, der es nicht erlaubt, dass sie wieder in ihre Häuslichkeit zurückkehren können, weil auch dort vielleicht nicht die Versorgungsstrukturen vorhanden sind. Dann ist es wichtig, den Ablauf zu regeln. Damit hatten wir in den letzten Monaten und Jahren echte Probleme. Ich hoffe, dass diese überwunden werden konnten, sodass der unmittelbare Übergang vom Krankenhaus ins Altenheim oder in eine andere adäquate Versorgungsform vernünftig geregelt ist.

Was die Kurzzeitpflege betrifft, bin ich anderer Auffassung als mein Sitznachbar Herr Kreutz, der definiert, wer in die Kurzzeitpflege gehört und wer nicht. Das ist nicht so. Jeder, der eine Pflegestufe hat, und jeder, der durch den MDK eingestuft bzw. eingegradet ist, hat Anspruch auf Kurzzeitpflege. Es ist vorher somit nicht möglich, zu sagen: Du gehörst hier nicht hin. – Das ist denjenigen vorbehalten, die ambulant versorgt werden oder Rehabilitation erfahren sollen. Die können selbstverständlich auch in die Kurzzeitpflege. Aber wieso kann denn Kurzzeitpflege nicht zur Orientierung der alten Menschen genutzt werden? So kann und sollte es sein. Deshalb kann man im Prinzip nur sagen: Die Kurzzeitpflege ist für alle Pflegeversicherten offen und muss so sein. Wir haben in Nordrhein-Westfalen natürlich einen eklatanten Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen.

Ich bin im vergangenen Jahr von verschiedenen Personen gebeten worden, ihnen zu helfen, weil sie wussten, ich bin beim bpa. Die haben gedacht, ich hätte Connections und könnte dafür sorgen, dass irgendjemand einen Kurzzeitpflegeplatz findet, zum Beispiel in Düsseldorf. Daraufhin habe ich mich hingeworfen und verschiedene Mitgliedseinrichtungen des bpa angerufen und auf die kollegiale Art versucht, die Mitglieder dazu zu bewegen, mir einen Kurzzeitpflegeplatz zu geben. Glauben Sie mir, die meisten hätten das liebend gern gemacht, aber in Nordrhein-Westfalen haben wir einen erheblichen Mangel an Kurzzeitpflege. Darüber gibt es auch eine Untersuchung. Das kann man nachlesen. In Düsseldorf ist das eine Katastrophe. Da sind wir auf einem Stand, den man nur als katastrophal bezeichnen kann. In dieser Hinsicht muss unbedingt etwas passieren, weil die Einrichtungen aufgrund der Mangelsituation in der stationären Versorgung insgesamt wenig Kurzzeitpflege zur Verfügung stellen. Wir haben versucht, mit der Fix/Flex-Regelung eine Erleichterung herbeizuführen. Dieses Programm zeigt langsam Wirkung, ist aber im Prinzip auch nur ein Pflaster. Das Grundproblem der mangelnden Kurzzeitpflege ist damit nicht zu klären.

Herr Preuß hatte in Bezug auf die Pflegeplanung gefragt, ob ich Defizite sehe und wie die Bedarfe von unserer Seite eingeschätzt werden. Pflegeplanung ist ein Modell aus der sozialistischen Mottenkiste. Das brauchen wir nicht. Die Pflegeplanung ist völlig irre. Es ist auch nicht so, wie Herr Kreutz sagte, dass sie 2014 eingeführt worden sei. Sie ist vielmehr wiederbelebt worden. Es gab sie schon einmal in Nordrhein-Westfalen. Wir haben sie hier in Nordrhein-Westfalen schmerzlich erlitten, als vor einigen Jahren ein Rieseninvestitionsstau bei beiden Landschaftsverbänden herrschte. Damals standen Milliardenbeträge in Rede, die für die Schaffung der Infrastruktur in Nordrhein-Westfalen notwendig waren. Wenn wir wieder dorthin wollen, müssen wir an dieser Pflegebedarfsplanung festhalten. Ich kann nur davor warnen. Ganze Länder und Systeme sind zusammengebrochen, weil sie planwirtschaftlich waren. Die Planwirtschaft in der Pflege ist ähnlich blöd.

Sie fragten danach, welche Auswirkungen die generalistische Ausbildung auf den Bereich der Pflege haben wird. Dazu wird Herr Grote sicher etwas sagen können.

Herr Preuß, Sie fragten nach der Entwicklung der Tages- und Kurzzeitpflege. Zur Kurzzeitpflege habe ich schon einiges gesagt. Die Tagespflege dagegen ist ein Erfolgsmodell. In Nordrhein-Westfalen haben wir in den letzten Jahren einen beispiellosen Aufwuchs an Tagespflegeeinrichtungen erlebt. Das zeigt, dass ein erheblicher Bedarf besteht, sowohl in den Städten als auch auf dem Lande. Die Tagespflege ist ein ungeheures Erfolgsmodell, sozusagen von null auf hundert in drei Sekunden. Das muss noch weitergehen. Die Tagespflege ist ein wirklich gutes Modell, das ich nur unterstützen kann.

Frau Lück von der SPD fragte nach der Pflegeausbildung. Dazu wird Herr Grote sicherlich etwas sagen.

Zur Finanzierung der Pflege als Daseinsvorsorge. Ich bin ja ein einfach gestrickter Mensch. Vollkasko ist schön. Das kann man mit der Versicherung im Kraftfahrzeugbereich vergleichen. Entweder haben Sie eine Teilkaskoversicherung oder eine Vollkaskoversicherung. Ich bin für Vollkasko, selbstverständlich. Aber dann muss man auch

höhere Beiträge in Kauf nehmen. Das bedeutet, nach dem jetzigen Finanzierungssystem kann eine Vollkaskoversicherung nicht funktionieren. Das geht nicht. Da müssen wir sicherlich andere Modelle finden. Dazu wird Herr Westerfellhaus sicherlich etwas aufschreiben und mit nach Berlin nehmen. Denn das hier ist nicht der richtige Ort, um darüber zu diskutieren. Das muss auf Bundesebene passieren.

Herr Matheisen, danke für Ihre Frage. Die Fachkraftquote ist im Prinzip unser Kernanliegen. Ich komme mir manchmal vor wie ein Wanderprediger. Überall muss ich den Leuten erklären, auch wenn ich schon 20 Jahre darüber spreche, dass die Fachkraftquote völliger Irrsinn ist. Es ist auch nicht zu erkennen, warum wir die Fachkraftquote wie eine Monstranz vor uns hertragen, als wäre sie heilig. Das ist sie nicht. Irgendwann ist sie entstanden, und sie wird immer wieder als Ausdruck von Qualität hervorgehoben. Viele denken, wenn die Fachkraftquote in einer Einrichtung 50 % beträgt, ist die Einrichtung gut. Aus meiner beruflichen Praxis kann ich Ihnen sagen, dass es keinesfalls so ist. Es gibt Einrichtungen, in denen die Fachkraftquote weit überschritten ist und wo nicht ganz so gut gearbeitet wird, um nicht zu sagen schlecht. Andere Einrichtungen, insbesondere kleine Einrichtungen, können ihre Personaleinsätze gar nicht anders regeln und stellen deshalb mehr Fachkräfte ein. Das ist aber kein Ausdruck von Qualität. Die Menschen müssen versorgt werden, und deshalb müssen wir über eine Reform der Fachkraftquote nachdenken. Ich würde sagen, sie muss weg. Aber daran sitzen schlauere Leute als ich und überlegen, wie man das Problem überwinden kann. Vielleicht weiß Herr Westerfellhaus etwas.

Norbert Grote (bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Landesgeschäftsstelle NRW, Düsseldorf): Zur Fachkraftquote haben wir bereits in der Anhörung zum WTG ausführlich Stellung genommen. Deswegen möchte ich dazu lediglich einen Hinweis geben. Ich möchte es ein wenig geraderücken, was Herr Knips gesagt hat. Ich habe schon einmal darauf hingewiesen. Ich weiß nicht, was die beste Quote ist. So wissend sind wir nicht. Ich möchte Sie nur noch einmal dafür sensibilisieren. Wir wissen aber, dass wir an Potenzial nur 40 % Fachkräfte für alle Sektoren haben. Das ist statistisch nun einmal so. Nur 40 % der Pflegekräfte, die dort arbeiten, sind Fachkräfte. Wir wissen außerdem, dass wir 14 offene Stellen in den Sektoren Krankenhaus, ambulante und stationäre Pflege haben. Das sind gesicherte Erkenntnisse.

Hinzu kommt noch die momentane Abwerbessituation. Ich weiß nicht, wie es bei Ihnen in den Regionen aussieht, aber im Kreis Bonn/Rhein-Sieg hört man von den unterschiedlichsten Trägern von Abwerbepremien für Fachkräfte in Höhe von 4.000 bis 10.000 €. Wenn man weiß, dass es auf dem Arbeitsmarkt keine freien Fachkräfte gibt, können die nur von anderen Einrichtungen kommen, und wenn sie von anderen Einrichtungen kommen, ist das blöd, weil die Versorgung in dieser Einrichtung gefährdet ist. Das ist das große Problem. Deswegen sollte man das auch völlig ideologiefrei und qualitätsfrei diskutieren und sich nur die Frage stellen, ob nicht eine Versorgung in etwas abgesenkter Qualität, aber dafür für alle Pflegebedürftigen, die sie brauchen, von ambulant bis stationär, besser ist. Das ist die Frage, die politisch beantwortet werden sollte, und gleichzeitig eine Bitte an die Politik, dies relativ zeitnah anzupacken.

Ich möchte noch einen Hinweis zur Pflegeausbildung geben. Wir haben uns die Generalistik nicht gewünscht, aber jetzt kommt sie. Wir haben sie uns in NRW nicht gewünscht, weil wir in den letzten fünf, sechs Jahren eine wahnsinnige Dynamik erreicht haben. Daran waren die Grünen maßgeblich beteiligt und haben das auch sehr stark vorangetrieben. Wir haben eine Ausbildungsumlage geschaffen, die dazu führt, dass die Dynamik in den letzten fünf Jahren bei 100 % lag. Die Zahl der Auszubildenden in der Altenpflege ist von 10.000 auf jetzt 20.000 angestiegen. Das ist beispiellos. Kein anderes Bundesland hat das geschafft. Wir befürchten – und eigentlich wissen wir das auch –, dass diese Dynamik durch die Generalistik zurückgehen wird. Das hat nichts damit zu tun, dass wir die Generalistik blöd finden. Es hat einen einfachen Grund. Jede große Veränderung führt erst einmal zu Zurückhaltung und zu einer abwartenden Haltung. Das ist bei jedem Unternehmen so, bei dem große Veränderungen vorgenommen werden. Man schaut erst einmal, wie es weitergeht. Deswegen können wir ernsthaft davon ausgehen, dass die Ausbildungsbereitschaft zunächst einmal etwas rückläufig sein wird. Wenn alles gut läuft, wird es wahrscheinlich besser werden. Das wissen wir aber noch nicht. Das hängt von der Finanzierung ab.

In diesem Zusammenhang wissen wir aber eines sicher: Die Finanzierung in der Altenpflege ist – um es einmal flapsig auszudrücken – grottenschlecht. Die Politik hat jetzt etwas getan, und für eine deutliche Erhöhung gesorgt. Darüber sind wir als Trägerverbände auch sehr glücklich. Wenn man aber wirklich eine Konvergenz schaffen möchte und wirklich will, dass die Altenpflegefachseminare aufschließen, muss man wissen, dass auch 380 € nicht ausreichen. Man kann Betriebsstrukturen nicht einseitig verändern. Man kann Betriebsstrukturen als Schule nur insgesamt verändern. Wenn Sie das machen, müssen Sie auch die alten Schüler mitnehmen und die alte Finanzierung berücksichtigen.

Deswegen bitte ich darum, zu berücksichtigen, dass man in dieser Konvergenzphase ab 2020 die Fachseminare in die Lage versetzt, diese Konvergenz auch anständig über die Bühne zu bringen. Sonst hat man von vornherein einen Wettbewerbsnachteil zur Krankenhausstruktur. Es wäre sehr schön, wenn wir das vermeiden könnten, insbesondere da die Altenpflege in Nordrhein-Westfalen bewiesen hat, dass sie der Motor der Ausbildung war. Das war die Krankenhausversorgung nicht. Es war die Altenpflege. Lassen Sie uns diese Trägerstrukturen weiterentwickeln oder zumindest absichern. – Danke schön.

**Eric Lanzrath (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrts-
pflege des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf):** Sie sprachen das Quartiersmanagement an. Es ist keine Frage, dass es wichtig ist, das zu fördern. Schließlich sind alle Angebote im Bereich der Pflege wichtig, insbesondere solche, die die Nachfrage nach professioneller Pflege schmälern. Wenn wir darüber reden, dass aufgrund der demografischen Entwicklung die Schere zwischen Pflegenden und zu Pflegenden auseinandergeht, besteht eine Lösung darin – darauf kommen wir noch zu sprechen –, möglichst viele für den Beruf zu begeistern. Das ist damit aber nicht zu schaffen. Wir brauchen einen Anstieg in der Ausbildungsbereitschaft, und wir brauchen die Unterstützung derjenigen, die nicht professionell pflegen. Die dürfen wir dabei auch nicht

vergessen. Es ist wichtig, dass in der kommunalen Planung, aber auch in der Durchführung und der Frage, wie Quartierskonzepte angelegt sind und vielleicht auch im Anlauf unterstützt werden können, etwas geschieht. Dabei sind der langfristige Nutzen und kurzfristige Sparziele gegeneinander abzuwägen.

Was die ungewollte Überleitung aus dem Krankenhaus betrifft, stellt sich die Frage, was die Menschen tun sollen. Viele wissen oft zunächst nicht, wie es nach einer akuten Erkrankung und dem Krankenhausaufenthalt weitergeht. Hier sind Kurzzeitpflegeangebote besonders wichtig. Zudem ist es wichtig – das ist vorhin angesprochen worden –, Kurzzeitpflegeangebote zu fördern. Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind wirtschaftlich ungemein schwierig zu betreiben. Zunächst ist es wichtig, dass wir die Kurzzeitpflege haben, um diese Menschen aufzufangen. Ich sehe übrigens keine notwendigerweise auftretende Einbahnstraße, dass jemand, der in der Kurzzeitpflege war, auf jeden Fall weiter vollstationär versorgt werden wird. Das hängt von den Strukturen ab, die alternativ zur Verfügung stehen. Wenn jemand in seinem Umfeld und aufgrund vorhandener ambulanter Strukturen die Möglichkeit hat, trotz Einschränkungen in sein gewohntes Umfeld zurückzukehren, dann will und wird er das auch tun. Teil der Landesvereinbarung, die es früher tatsächlich schon gab und jetzt neu geschlossen wird, ist unter anderem auch, dass eine Prüfung seitens der örtlichen Sozialhilfeträger stattfindet, ob vollstationäre Dauerpflege überhaupt angemessen ist oder nicht. Daher ist die Überleitung aus dem Krankenhaus in die Kurzzeitpflege ein ganz wichtiger Baustein, um die Menschen zunächst aufzufangen. Was danach passiert, hängt davon ab, welche Strukturen vorhanden sind, um den Menschen ein adäquates Unterstützungsangebot machen zu können.

Was die Pflegeberufereform angeht, ist es fast müßig, zu überlegen, ob es zu Brüchen kommen kann. In der Tat können große Veränderungen zunächst eine gewisse Zurückhaltung mit sich bringen. Ich glaube, es wird an uns allen liegen, den Menschen und auch den Ausbildungsbetrieben diese Sorgen ein Stück weit zu nehmen und viel mehr zu werben. Angesichts der alternden Struktur der Gesellschaft besteht eine viel zu enge Verzahnung zwischen geriatrischer und Krankenpflegeausbildung, als dass wir auf Dauer auf die Generalistik verzichten könnten. Es ist, wie gesagt, müßig, aber sie kommt. Für die Pflegekräfte ist es sicher auch wichtig, innerhalb der Sektoren leichter wechseln zu können.

Ich unterstütze ausdrücklich, was Herr Grote gerade gesagt hat. Wenn wir für diesen Beruf werben und Menschen gut ausbilden wollen, brauchen wir auch eine ausreichende Finanzierung der Ausbildungsstätten sowie der Fachseminare. Es wäre fatal, wenn wir das Gefühl vermitteln würden, eine gute, neue, finanziell deutlich besser aufgestellte generalistische Ausbildung neben einer in drei oder vier Jahren auslaufenden, weniger guten und gut finanzierten Altenpflegeausbildung vorzuhalten. Daher ist es dringend geboten, die Altenpflegefachseminare in dieser Übergangsphase finanziell deutlich besser auszustatten.

Des Weiteren fragten Sie nach der Finanzierung der Pflegeversicherung. Wir haben in der Stellungnahme einiges zur Verbesserung der Grundlagen der Finanzierung im jetzigen System geschrieben. Bei den Begrifflichkeiten Vollkasko und Teilkasko bitte ich Sie, eines zu bedenken. In der öffentlichen Diskussion schwirrt immer die Erklärung

umher, die Pflegeversicherung sei eine Teilkaskoversicherung. Das ist sie mitnichten. Sie kann zur Vollkaskoversicherung ausgebaut werden, aber sie ist im Moment keine Teilkaskoversicherung. Die Teilkaskoversicherung ist sie nur für die Pflegekassen. Wenn ich mein Auto Teilkasko versichere, weiß ich: 400 € gehen auf meine Kappe, und den Rest zahlt die Versicherung. – In der Pflegeversicherung ist es genau umgekehrt. Die Pflegeversicherung zahlt ihren Beitrag, und der Rest geht auf meine Kappe. Der Begriff Teilkasko suggeriert immer, dass das Risiko begrenzt sei. Das ist jedoch nicht der Fall. Das ist in der Tat eine sozialpolitische Frage, die eher auf Bundesebene gelöst werden muss. Wie wollen wir die Ausgestaltung der Finanzierung über allgemeine Töpfe bzw. der individuellen Finanzierung in Zukunft ausgestalten?

Magdalena Sonnenschein (Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V., Münster): Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! Ich möchte zwei Punkte herausgreifen. An vielen Stellen ist viel Gutes und Richtiges gesagt worden. Ich möchte zunächst auf das Quartier zu sprechen kommen. Eigentlich haben wir das Quartiersmanagement hauptsächlich aus Sicht der Pflege zu sehen. Das Quartiersmanagement ist aber deutlich mehr. Es ist Prävention, wenn es gut und richtig angefangen wird, es ist das Sichkümmern, und es ist ganz viel Arbeit, Zuwendung und Versorgung, damit Menschen nicht unbedingt ins Altenheim müssen, sie nicht unbedingt dauerhaft Kurzzeitpflege benötigen und ganz viel vor Ort abgefangen wird. Daher sind wir sehr dafür, dass das Quartiersmanagement wieder ordentlich belebt und gestützt wird.

Zur ambulanten Tages- und Kurzzeitpflege. Ich kann im Moment nicht erkennen, dass Tagespflegeplätze rar sind und man sie braucht. Wir nehmen eher wahr, dass sie häufig wie Pilze aus dem Boden schießen, sodass für manche Träger eine Finanzierung nicht mehr möglich ist, weil nicht genügend Menschen die Tagespflegeplätze in Anspruch nehmen. Bei der Kurzzeitpflege sieht es ein bisschen anders aus. Im Moment kann ich nicht erkennen, dass Kurzzeitpflegeplätze fehlen. Zumindest in der Region, aus der ich komme, sind Kurzzeitpflegeplätze gut zu haben, weil es die Übergangsregelung in den stationären Pflegeeinrichtungen gibt, wo die Kurzzeitpflege für den Übergang eingerichtet werden kann. Daher besteht aus meiner Sicht kein Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen. Wenn die Übergangsregelung abgeschlossen ist, wird es aber sicher einen erhöhten Bedarf geben. – Vielen Dank.

Helmut Wallraffen (VKSB – Verband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen in NRW e. V., Köln): Frau Vorsitzende! Liebe Abgeordnete! Meine Damen und Herren! Ich darf zunächst auf meine Premiere hinweisen. Ich bin erstmals nicht als Einzelexperte hier, sondern als Verbandsvertreter des kommunalen Verbandes. Wenn Sie mich jetzt etwas ruhiger erleben, hat das damit zu tun, dass ich versuche, die Interessen aller unserer Mitglieder zu vertreten. Ich darf alle Abgeordneten bitten, unseren kleinen, feinen Verband zukünftig gern regelmäßig zu berücksichtigen. Dafür möchte ich mich schon jetzt herzlich bedanken.

Kommen wir zum Quartier und zur Finanzierung. Zum Quartier ist bereits sehr viel gesagt worden. Ich möchte nur noch in aller Klarheit darauf hinweisen, dass eine Finanzierung von Quartiersarbeit für mich eindeutig über die Kommune erfolgen muss.

Was heißt das? Die Finanzierung muss kommunale Stellen betreffen, da auch die Steuerung der Quartiersarbeit von der Sozialplanung, der Altenplanung und der Verkehrsplanung der Kommune ausgehen muss. Um dies zu erfüllen, müssen der Kommune aber auch die Mittel zur Verfügung gestellt werden.

In dem Zusammenhang möchte ich einige wenige Sätze zur kommunalen Bedarfssteuerung sagen. Wir haben in Mönchengladbach erlebt, dass ein privates kleines Altenheim pleitegegangen ist. Wir reden bei einem 48-Betten-Haus anscheinend über ein öffentlich gemachtes Insolvenzvolumen von 7 Millionen Euro. In dem Moment ist es plötzlich kommunal. Das ist schizophren, meine Damen und Herren. Wenn wir freie Marktwirtschaft wollen, dann müssen wir das auch konsequent leben. Ich darf das sagen; denn ich komme aus dem Haushalt. Nächstes Jahr feiert meine Familie das 100-jährige Jubiläum ihres Installationsbetriebes. Das ist freie Marktwirtschaft. Man kann nicht einerseits freie Marktwirtschaft schreien, wenn es um Transparenz geht, und andererseits darüber jammern, dass staatliche Subventionen fehlen. Das ist schizophren. Ich bitte Sie, wirklich einmal darüber nachzudenken.

Deshalb halte ich die freie Marktwirtschaft in unserem Segment für falsch. Wir müssen sie durch staatliche Eckpunkte einer Sozialwirtschaft austauschen. Warum? Damit bin ich auch schon bei der Kurzzeitpflege. Herr Knips, Herr Grote, das ist ein gutes Beispiel. Warum haben wir denn diese Probleme in der Kurzzeitpflege? Wir sprechen alle über den freien Markt, aber bitte wundern Sie sich nicht, dass niemand Kurzzeitpflege macht. Es refinanziert sich nicht ausreichend. So einfach ist das. Punkt. Was will man denn jetzt? Freie Marktwirtschaft oder soziale Marktwirtschaft mit einer Quantität, die den Bedürfnissen älterer Menschen gerecht wird?

Lieber Daniel Kreutz, es ist natürlich so, wie du sagst und wie es das Gesetz besagt: ambulant vor stationär, Prävention vor Reha und Pflege. Das haben auch der liebe Herr Blüm und seine Kollegen im Parlament gesagt: Prävention vor Reha und Pflege. – Herr Knips, wir finanzieren nach wie vor den vollstationären Bereich mit zwei Dritteln des Volumens, anstatt sinnvollerweise den Wünschen der älteren Bevölkerung gerecht zu werden, in der eigenen Häuslichkeit verbleiben zu können. Das läuft mit Prävention volkswirtschaftlich kostengünstiger. Ich kann das nur immer wiederholen. Die Eckdaten aus dem Siebten Altenbericht sind schon erwähnt worden. Da steht alles drin.

Die ungewollten Heimaufnahmen nach einem Krankenhausaufenthalt muss ich jedoch relativieren. Wir haben eine solitäre Kurzzeitpflege, und natürlich gehen 25 % der Menschen, die sich in der Kurzzeitpflege befinden, anschließend in den Heimbereich. Aber warum ist das so? Sie gehen in den Heimbereich, weil zum Beispiel Angehörige sagen: Mama, du kommst jetzt in die Reha, und nach drei Wochen kommst du zurück. – Dann wird aber die Wohnung abgemeldet, und dann ist Mama nicht in der Reha, sondern anschließend im Altenheim, wo es ihr definitiv oft besser geht als zu Hause. Aber wir müssen bitte offen benennen, in welchem Spannungsfeld sich nicht nur die Pflegenden mit ihren Belastungen im Beruf befinden, sondern auch die Angehörigen mit den Versprechen einer lebenslangen Pflege. Übrigens werden in der Regel die Töchter oder Schwiegertöchter dazu verpflichtet. Das ist ein gesellschaftliches Thema, und daher ist es zu kurz gedacht, von ungewollten Überleitungen zu sprechen. Das ist ein gesellschaftliches Spannungsfeld, in dem die Krankenkassen und andere Verantwortliche

teilweise nicht ihrer Aufklärungspflicht nachkommen, was die solitäre Kurzzeitpflege bieten kann. 25 % gehen ins Heim und sind dort gut untergebracht, aber der Grund, aus dem sie dahin gehen, ist ein anderes Thema.

Zur Vollversicherung möchte ich nur ganz wenig sagen. Wir lügen uns in die Tasche, und zwar alle. Auch die Hausfrau, die vielleicht nur 200 Euro Rente vom Ehemann oder aus geringfügiger Beschäftigung erzielt hat, zahlt ein. Wir haben zum Spaß entsprechende Berechnungen gemacht. Der Staat zahlt ja nicht 100 %. Natürlich zahlt er eine sehr hohe Summe, aber das Eigenkapital der Menschen, sofern sie sachlich gerecht damit umgehen und Vermögen nicht frühzeitig an Kinder vererbt wird, wird verbraucht; natürlich leistet auch die Gesellschaft einen Anteil. Die Frage ist, ob das ausreicht. Die Diskussion über eine Versicherung oder eine staatliche Refinanzierung ist so alt wie die Pflegeversicherung. Ich bin immer noch für eine staatliche Regelung.

Die AfD sprach an, dass rund 25 % der Schulabgänger einen Pflegeberuf ergreifen. Statistisch stimmt das. Die Frage ist, ob die 25 % so gut sind, dass wir sie wollen. Die Arbeit in der Pflege ist toll, aber anspruchsvoll. Zumindest kommunal und auch in Teilen bei der Freien Wohlfahrtspflege sowie bei den Privaten werden Fachkräfte sehr gut bezahlt. Wenn ein Auszubildender 1.100 Euro im ersten Ausbildungsjahr verdient oder wenn eine Pflegefachkraft im ersten Monat nach der Ausbildung mit einem Grundgehalt von 2.800 Euro anfängt, ist das nicht schlecht.

Neben mir sitzen ein Kranken- und ein Altenpfleger. Wir fordern die Generalistik übrigens schon länger. Es geht um Pflege und den gesellschaftlichen Wert der damit verbundenen herausfordernden Aufgaben. Liebe Kollegen vom bpa, dieser gesellschaftlichen Herausforderung kann man nicht mit freier Marktwirtschaft begegnen. Freie bzw. soziale Marktwirtschaft bedeutet für mich nicht die Vielfalt der Anbieter. Es gibt herausragende private Anbieter und auch solche in der Freien Wohlfahrtspflege, und es soll auch gute kommunale geben. Angebotsvielfalt hat jedoch nichts mit freier Marktwirtschaft zu tun. – Danke.

Staatssekretär Andreas Westerfellhaus (Bundesministerium für Gesundheit, Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege, Berlin): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bin heute das erste Mal als Mitglied der Bundesregierung hier, was ein wenig ungewohnt ist. Ich bitte daher um Verständnis, dass ich die Antworten aus dieser Sichtweise geben werde.

Vorab möchte ich noch eine Bemerkung machen, weil Herr Wallraffen von dem Alten- und dem Krankenpfleger sprach. Ich lege Wert darauf, dass es um Pflegefachkräfte geht. Ich habe noch die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, aber es ist besser, dass ich diesen Beruf nicht mehr ausübe. Wenn ich heute auf die Idee käme, meinen Beruf auszuüben, würde das sicherlich ganz viele Probleme im Rahmen der Qualitätsorientierung nach sich ziehen.

Herr Mostofizadeh, die Bundesregierung hat viele Modelle im Rahmen von fünf Jahren. Ich nehme an, Sie sprechen das Dritte Pflegestärkungsgesetz an,

(Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE]: Genau!)

in dem die Regelung zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umgesetzt werden sollte, indem interessierte Kommunen in einem auf fünf Jahre befristeten Modell die Pflegeberatung vollständig übernehmen können. Die Evaluation soll bis Mitte 2026 abgeschlossen sein. Ich verspreche mir hieraus wichtige Erkenntnisse, inwieweit diese Möglichkeiten greifen, gerade an der Schnittstelle unterschiedlicher Leistungserbringer. Ich werde aus Sicht der Bundesregierung nicht beurteilen, welche Kommunen mitmachen und welche nicht. Das ist ein Appell an alle, an die Länder und an die Kommunen, sich hier zu beteiligen. Je ausgiebiger das erfolgt, umso besser ist es. Damit wir zusätzliche Erkenntnisse gewinnen, habe ich ein eigenes Modell vorgeschlagen, das Sie auf der Seite des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung finden können. Ganz häufig besteht gerade in Bezug auf die Stärkung auch der häuslichen Pflege und letztendlich auch der Angehörigen, die das erste Mal im Leben mit Pflegebedürftigkeit konfrontiert werden, eine ganz große Herausforderung darin, von jetzt auf gleich Entscheidungen zu treffen. Die Betroffenen müssen wissen, wo sie sich orientieren können. Das erinnert mich an die Hilflosigkeit, die mich als Vater von Zwillingen manchmal ergriffen hat, wenn meine Frau und die beiden Zwillinge nach Hause kamen. Was war ich froh, dass am nächsten Morgen die Hebamme kam.

Sie sprachen mich auf Dinge an, die die Bundesregierung auf den Weg gebracht hat. Ich habe jetzt ein Gutachten in Auftrag gegeben, wie die häusliche Pflege aktiv unterstützt werden kann, und zwar im Sinne einer Begleitung, einer Navigierung durch das System, nicht im Sinne einer zusätzlichen Stelle oder einer weiteren Beratung. Vielmehr geht es darum, dem Menschen Unterstützung zu leisten, wenn von jetzt auf gleich die Situation eintritt, letztendlich auch in unterschiedlichen Ausprägungen im Laufe der Zeit, sozusagen eine ausschleichende Unterstützung.

Ich bin auf die Idee gekommen, als ich in unserem Nachbarstaat Dänemark gesehen habe, dass es insbesondere im Bereich der Begleitung und der Prävention ab einem bestimmten Lebensalter eine durch die Kommune gesteuerte aufsuchende Beratung gibt. Das bedeutet, es gibt einen Ansprechpartner – ich sage das aus Berliner Sicht, wie es bei uns im Kiez ist – für Fragen des häuslichen Umfelds, des Umbaus oder aber der Finanzierung. Es geht darum, jemanden zu begleiten und zu steuern. Eine solche Maßnahme würde die Menschen – zumindest sind das die Rückmeldungen vieler pflegender Angehöriger – tatsächlich entlasten. Damit wird nicht nur eine Hilfestellung in Krisensituationen ermöglicht, sondern auch präventiv einem möglichen Gewaltpotential begegnet. Zudem können Entlastungsangebote auch anders gesteuert werden. Ich warte, wie gesagt, noch die Wirksamkeitsanalyse ab, die in der nächsten Woche eintreffen soll. Dann wird sich die Frage stellen, wie wir weiter damit umgehen und ob wir mit zwei, drei Piloten in Deutschland in die Umsetzung gehen.

Sie haben mich nach den Auswirkungen der Generalistik gefragt. Herr Wallraffen hat schon verraten, dass ich ein Verfechter der Generalistik bin. Das möchte ich an der Stelle noch einmal unterstreichen. Es gibt keinen Gesundheitsfachberuf, in dem nicht zunächst generalistisch ausgebildet wird. Das müssen wir uns immer vor Augen führen. Das ist im ärztlichen System der Fall oder bei Physiotherapeuten. Schlussendlich entscheide ich mich für eine bestimmte Fachrichtung und qualifiziere mich dann umfassend weiter.

Meine Damen und Herren, man kann die Auswirkungen der Generalistik in den nächsten zehn Jahren einschätzen, aber es ist Glaskugelleserei, zu sagen: Da und da stehen wir dann. – Vielmehr ist das nachträglich ganz klar abhängig von der geleisteten Unterstützung der Ausbildungsstätten und letztendlich auch der Träger der Ausbildungsstätten und davon, wie sie sich mit dieser Herausforderung auf den Weg machen.

Die Konzertierte Aktion Pflege unter der Federführung dreier Ministerien hat sich unter anderem im Rahmen eines Zwischenberichts noch einmal damit beschäftigt und eben diesen vor 14 Tagen abgegeben. Darin geht es darum, welche Maßnahmen wir einleiten, um gerade die qualifizierte Ausbildung im Rahmen der Generalistik, aber auch die weiterführenden primärqualifizierenden Studiengänge zu unterstützen. Es ist ganz wichtig, diesen Pflegeberuf in all seinen Facetten und als eine sehr positive Karrieremöglichkeit darzustellen. Allerdings muss man dabei auch erwähnen, dass die Ausbildung so qualifiziert aufgebaut ist, dass Menschen nicht schon während der Ausbildung erkennen, dass sie möglicherweise unter Bedingungen arbeiten, unter denen sie schon die Ausbildung nicht entsprechend umsetzen können. Deswegen ist die Attraktivität der Ausbildung entscheidend.

Wir werden eine große Kampagne – obwohl das ein Wort ist, das ich nicht so gern benutze – aufsetzen und darin insbesondere die Inhalte des Pflegeberufs mit seinen Perspektiven und Karriereentwicklungen darstellen. Das ist entscheidend.

Wir sprechen von der Generalistik immer als Risiko. Das bezieht sich vor allem auf Fragestellungen zur Verteilung der Fondsfinanzierung oder der immer wieder diskutierten Mietkosten, Investitionskosten und Abschreibungskosten. Der Bundesrat hat hierzu eine klare Regelung getroffen, dass alle noch zu regelnden Fragestellungen in der Zuständigkeit der Länder liegen.

Der große Vorteil der Generalistik – und deswegen birgt sie auch ein riesiges Chancenpotenzial – liegt für mich darin, dass wir erstmalig ein Gesetz haben – und das muss man den jungen Leuten im Kontext des Zusammenarbeitens mit anderen Berufen auch deutlich machen –, in dem sogenannte vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegefachkräfte definiert werden. Darüber hinaus wird in § 4 die Befähigung zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde definiert. Ich habe 18 Jahre lang eine Ausbildungsstätte in Ostwestfalen geleitet. Wenn junge Menschen zurückkommen und gefragt werden, ob sie den Beruf noch einmal ausüben bzw. anstreben würden, sagen eigentlich alle Ja, aber sie sagen am Ende auch: Ich habe so viel gelernt und bin hochqualifiziert, aber warum darf ich das, was ich gelernt habe, nicht in die Umsetzung bringen?

Das ist eine der ganz großen Katastrophen. Wir qualifizieren junge Menschen für einen Beruf, den sie nachher nicht selbstständig ausüben können. Wenn man das auf die Versorgungssicherheit in ländlichen Regionen und in Ballungszentren ausdehnen will, interdisziplinär über die Sektoren, interprofessionell, dann muss man auch klar definieren, dass sie im Zusammenspiel mit anderen Gesundheitsfachberufen auch tun dürfen, wofür sie qualifiziert sind. Es muss der Grundsatz gelten, dass in der Gesundheitsversorgung in allen Regionen derjenige das, was er am besten kann, auch machen darf und sich dafür auch weiterqualifiziert. Deswegen hat die Bundesregierung in

ihrer Koalitionsvereinbarung auch die Neujustierung der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe aufgeführt. Daher ist es ein Meilenstein, dass man diese Chancen jetzt im Rahmen der Generalistik hat.

Wenn ich etwas eher in der Bundesregierung gewesen wäre – ich will aus meiner Seele keine Mördergrube machen –, hätte ich angeregt, nicht nur eine generalistische Ausbildung und primärqualifizierende Studiengänge zu regeln, sondern gleichzeitig auch eine einheitliche Assistentenqualifizierung auf allen Ebenen. In 16 Bundesländern gelten unterschiedlichste Regelungen, angefangen bei einer einjährigen Qualifizierung über eine zweijährige Assistentenqualifizierung, und in einigen Bundesländern gibt es gar keine. Jetzt stehen wir vor der schwierigen Frage, wie wir Nachqualifizierungen derjenigen anerkennen sollen, die eine Nachqualifizierung in eine dreijährige Ausbildung machen wollen. Wenn wir auf europäischer Ebene eine Vergleichbarkeit herstellen wollen, sollten wir das auch in den 16 Bundesländern erreichen. Nun macht es die Tatsache, dass dies die Aufgabe des Föderalismus ist, sicherlich nicht einfacher. Aber ich habe die meisten Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister der Länder bereits besucht und finde es auch nicht aussichtslos, zu überlegen, ob sich 16 Bundesländer nicht auf eine gemeinsame Pflegeassistentenqualifizierung im Rahmen einer staatlichen Anerkennung fokussieren könnten.

Das sind die positiven Aspekte. Wir müssen ausbilden, natürlich qualifiziert ausgestattet. Das gilt auch für die Konvergenzphase; da bin ich vollkommen bei Ihnen. Wir müssen den Fonds vernünftig ausstatten. Die Fondsverwaltung muss ordentlich organisiert werden. Eines kann ich Ihnen zum Trost sagen: Ich bin Mitglied der Fachkommission zur Erarbeitung der Rahmenlehrpläne, die hocheffizient arbeitet. Darin sitzen hoch anerkannte Wissenschaftler, die den Ländern und den Trägern sicherlich zeitnah, Mitte des Jahres, die Rahmenlehrpläne und deren Inhalte zur Verfügung stellen werden.

Ich möchte noch auf die Kurzzeitpflegeangebote eingehen. Ich bin zurzeit als gefühlter Seismograf der Bundesregierung und des Bundesgesundheitsministeriums mit der Frage in den Bundesländern unterwegs: Wie wirken sich die Vorschläge, die wir seit März 2018 eingebracht haben, auf die Entwicklung und Diskussionen in den Ländern und Institutionen aus?

Neben der Fachkräftesituation begegnet mir immer wieder auch die Thematik der Kurzzeitpflege. Viele Menschen, seien es Betroffene, die keinen Platz finden, oder aber Vertreter von Institutionen, fragen mich: Wie soll das funktionieren, wenn es nicht in ausreichendem Maße finanziert werden kann?

Das ist eine große Herausforderung, auch was die eingestreuten Plätze betrifft, wo es lange Wartezeiten gibt und wo es auch um Verhinderungspflege geht. Es geht auch darum, eine sichere Pflege für die pflegenden Angehörigen zur Verfügung zu stellen, denen wir Prävention und Rehabilitation zugestehen wollen, damit sie weiterhin eine wichtige Säule darstellen können.

Ich möchte nicht alles wiederholen, was Herr Wallraffen gesagt hat, aber es stellt sich natürlich auch die Frage der Wirtschaftlichkeit. Was die eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze betrifft, warte ich das Ergebnis der Maßnahmen ab, die im Freistaat Bayern, initiiert durch die Gesundheitsministerin Frau Huml, auf den Weg gebracht worden

sind. Dabei geht es darum, die wirtschaftlichen Risiken leerstehender Kurzzeitpflegeplätze zu minimieren, wohl gemerkt solitär eingestreuter, indem ein leerstehender Platz mit 100 Euro maximal auf 100 Tage begrenzt wird. Dies soll das unternehmerische Risiko reduzieren.

Was die anderen Kurzzeitpflegeplätze betrifft, die im Rahmen der Verhinderungspflege fehlen, berichten mir viele Krankenhäuser in Deutschland, dass es aufgrund fehlender Übernahmen der zu Pflegenden, die noch nicht allein im häuslichen Bereich zurechtkommen, nur zwei Möglichkeiten gibt. Entweder sie gehen trotzdem in den häuslichen Bereich und verbleiben dort, oder sie bleiben in den Krankenhäusern, was eine nicht unerhebliche Belastung der dortigen Budgets nach sich zieht. Viele Einrichtungen berichten mir, gerade bei der Übernahme in den Bereich der Kurzzeitpflege nach Krankenhausentlassung, dass dort mit der Einstufung in den Pflegegrad 2 versucht wird, die Auskömmlichkeit in der Pflege zu beschreiben. Das halte ich für eine durchaus überprüfenswerte Situation, die wir mit den Kostenträgern besprechen müssen. Gerade in einer solchen intensivpflegebedürftigen Situation mit maximalen Anforderungen, aus denen die Menschen wieder herauskommen sollen, müssen wir darüber nachdenken, in den Strukturen einen anderen Pflegegrad möglich zu machen. Da der Druck in dieser Hinsicht immens groß ist, werde ich, nachdem ich nächste Woche mit den Wohlfahrtsverbänden gesprochen habe, in 14 Tagen oder drei Wochen eigene Vorschläge zu dieser Thematik, die unter den Nägeln brennt, vorstellen.

Sie sprachen die Personaluntergrenzen sowie die Personalbemessungssysteme an. Es gibt eine Vorgeschichte, wieso es dazu gekommen ist. Schon in der letzten Bundesregierung gab es eine Expertenkommission unter Gesundheitsminister Hermann Gröhe, an der Pflegewissenschaftler beteiligt waren, um ein Personalbemessungsverfahren zu definieren, festzuschreiben und der Selbstverwaltung vorzustellen. Diese ist leider Gottes nach der Übertragung in die Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach einem halben Jahr zu keinem Ergebnis gekommen. Das heißt, es ist nicht zu einer Verständigung gekommen. Dann erfolgte eine Ersatzvornahme des Herrn Ministers Spahn. Er hat angekündigt, wenn man sich nicht einig werde, gebe es eine Ersatzvornahme für einige wenige pflegesensitive Bereiche. Da ich aus diesem Bereich komme, weiß ich, dass alle Bereiche im Krankenhaus pflegesensitiv sind. Aber sie konnten im Rahmen der Ersatzvornahme nur diese einzelnen Bereiche herausnehmen.

Das Ziel ist allerdings – das ist zumindest das Verfahren –, dafür zu sorgen, dass man, abgesehen von den Sanktionen – die lasse ich jetzt außen vor –, im Rahmen eines Ganzhausansatzes sehr wohl auf alle bettenführenden Abteilungen der Krankenhäuser zugeht und diese beschreibt und nach einer Personalausstattung fragt, die letztendlich den Qualitätskriterien entspricht. Auf Dauer kommen wir nicht ohne Personalbemessungsinstrumente aus, auch wenn man an die Nachhaltigkeit der Besetzung denkt. Wir sind auch dazu verpflichtet, nachzulegen, welche Personalausstattung in den unterschiedlichen Bereichen wirkt.

Ich möchte zum Schluss meiner Ausführungen eines bemerken. Vielleicht habe ich das auch falsch verstanden; das wäre umso besser. Es kann keine Lösung sein, Qualitätsabbau zu akzeptieren, weil wir einen Fachkräftemangel haben. Schließlich geht

es darum, eine sichere und qualifizierte Versorgung der Menschen in dieser Gesellschaft sicherzustellen. Wenn wir eine Fachkräftemangelsituation haben, müssen wir daran arbeiten, diese zu beheben. Darüber hinaus ist zu überlegen, wie wir die Rahmenbedingungen für die Menschen verbessern, die immer noch gern in der Pflege arbeiten wollen, wenn man sie denn ließe. Ich möchte Ihnen ein bisschen Mut machen. Schließlich heißt es immer, die gebe es nicht und die kämen alle aus Asien. Ende des Jahres haben wir im Rahmen einer Pressekonferenz das Ergebnis einer sogenannten PflegeComeback-Studie vorgestellt. Das kann man auch auf meiner Homepage nachlesen. 48 % der Berufsaussteiger aus der Pflege, die nicht länger als acht Jahre aus dem Beruf heraus sind, wären bereit, in den Beruf zurückzukehren, wenn sich die Rahmenbedingungen änderten. Hinter 48 % stehen 120.000 bis 200.000 Menschen. Deswegen lohnt es sich, die Rahmenbedingungen anzupacken. Das sind planbare Wochenenden, eine planbare Freizeit, die Gesunderhaltung, flächendeckende Tarifverträge und so weiter und so fort.

Sie erwähnten, dass 25 % der Schulabgänger einen Pflegeberuf ergreifen. Ich gestehe, dass ich diese Zahl in ihrer Dramaturgie auch einmal vor mir hergetragen habe, um Aufmerksamkeit zu bekommen. Wenn wir aber Analysen und Perspektiven anhand von Studienlagen bis 2040 oder 2050 berechnet sehen – ich glaube, die letzte war vom DGB und von ver.di –, müssen wir uns auch die Frage stellen, wer das bezahlen soll und wo die Menschen herkommen sollen. Dieser Herausforderung ist nicht mit Köpfen zu begegnen, wenn man nicht die Prozesse der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe neu regelt und eine Unterstützung digitaler Systeme als Unterstützungsmaßnahmen – wer macht was in den Systemen mit entlastenden Systemen? – nicht realisiert. Wenn wir nicht die Vernetzung zwischen den Sektoren herstellen, die Grenzen abbauen im Rahmen der Bürokratie, werden wir diese Frage niemals lösen. Es geht nicht nur um Köpfe, sondern auch um die Frage, wer in diesem System was mit welcher Qualifikation macht, und es geht darum, wie wir diese Berufe attraktiv darstellen können. Das geht nicht mit den Instrumenten der letzten 30 Jahre. Es braucht Mut, Instrumente anzupacken, von denen mir die Leute oft sagen: Das geht nicht. Das hat noch nie geklappt. Ist das nicht zu unsicher? – Wer jetzt nicht anfängt, wird auch keine Korrekturen einziehen können. – Schönen Dank.

Dr. André Weßling (Landkreistag Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf): Vielen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme. – In vielen wesentlichen Punkten können wir uns den Vorrednern anschließen, insbesondere was das Quartiersmanagement und die finanzielle Struktur der Pflegeversicherung betrifft. In Bezug auf das Quartiersmanagement würden wir ein Programm, wie es bereits in der Vergangenheit existierte, unterstützen. Wir können auch mit Zahlen belegen, dass wir als Kommunen bereit sind, mehr Verantwortung zu übernehmen, was die aktivere und planerische Gestaltung von Sozialräumen betrifft. Im Jahr 2016 haben von 70 Kreisen und kreisfreien Städten in NRW 50 Anträge gestellt, um einen Quartiersentwickler zu fördern.

Was die finanzielle Ausstattung der Pflegeversicherung betrifft, vertreten wir seit Langem die Position des Sockel-Spitz-Tausches, mit der Folge, dass die Eigenanteile des Pflegebedürftigen begrenzt würden. – Vielen Dank.

Friederike Scholz (Städtetag Nordrhein-Westfalen, Köln): Zu der Quartiersentwicklung ist zwar schon viel gesagt worden, aber ich möchte das aus Sicht der Kommunen noch ergänzen. Aus unserer Sicht ist eine integrierte Quartiersentwicklung unbedingt notwendig, um eine bedarfsgerechte Situation vor Ort sicherstellen zu können. Die Städte stellen Konzepte auf, nehmen dabei insbesondere die Entwicklung der älteren und unterstützungsbedürftigen Bevölkerung in den Blick und planen dann, wie die Struktur vor Ort aussehen muss. Anders gesagt: Es ist ganz sicher nicht das Ziel, stationäre Einrichtungen zu verhindern, sondern auch im vorpflegerischen Bereich sowie im pflegerischen Bereich ein ausgeglichenes Angebot herzustellen, das auf die Bedürfnisse der Bevölkerung Rücksicht nimmt. Um dies zu erreichen, sind jedoch die Kommunen in ihrer rechtlichen Position und in ihrer finanziellen Handlungsfähigkeit weiter zu unterstützen. Notwendig sind insbesondere Instrumente, mit denen die Kommunen unmittelbar Einfluss auf die pflegerische Infrastruktur nehmen können. In NRW gibt es das Instrument der verbindlichen Bedarfsplanung, das zumindest eine Möglichkeit bietet, Fehlentwicklungen entgegenzuwirken. Im Antrag wurde das so beschrieben, dass insbesondere eine Möglichkeit zur Feinsteuerung in den Quartieren möglich ist. Ich möchte es einmal plastisch beschreiben: Stationäre Einrichtungen siedeln sich nicht vornehmlich nur im Innenstadtbereich an, sondern können auch in die äußeren oder nicht so attraktiven Gebiete gesteuert werden.

Weiterhin ist sicherlich auch die Finanzierung der Quartiersentwicklung notwendig. Viele der Kommunen haben in der Vergangenheit die Finanzierung über den Landesförderplan für einen Quartiersentwickler in Anspruch genommen. Nicht allen Kommunen ist es jetzt möglich, dieses weiterzuführen. Allerdings sind wir der Meinung, dass es in diesem Bereich letztendlich zu einer Regelfinanzierung kommen muss und die Finanzierung über den Landesförderplan dafür nicht zwingend der richtige Weg ist.

Sie fragten danach, ob es zu ungewollten Überleitungen aus dem Krankenhaus kommen kann. Wir legen als Sozialhilfeträger viel Wert darauf, die Heimnotwendigkeit zu überprüfen, und das heißt auch, alle Möglichkeiten in den Blick zu nehmen, die betroffenen Personen in der Häuslichkeit zu belassen oder dorthin zurückzuführen. Allerdings haben wir keinen Einfluss auf die Situation vor Ort und darauf, ob ausreichende ambulante Pflegesettings vorhanden sind. Die Wünsche der Betroffenen werden dabei immer berücksichtigt, und dabei spielen auch die Wünsche und Vorstellungen der Angehörigen eine große Rolle.

Zur Frage der Finanzierung. Die Art und Weise der Ausgestaltung der Pflegeversicherung heute ist aus unserer Sicht sehr problematisch. Klar ist, dass weitere Verbesserungen im System notwendig sind. Alle diese Verbesserungen führen zu Mehrkosten beim pflegebedingten Aufwand. Jegliche zusätzlichen Kosten beim pflegebedingten Aufwand werden vor dem Hintergrund der Deckelung der Pflegesätze der Pflegeversicherung von den Pflegebedürftigen selbst bzw. von den Sozialhilfeträgern getragen.

Wir sind der Auffassung, dass Verbesserungen für Pflegebedürftige zumindest kostenneutral sein müssen. Pflegebedürftige tragen bereits heute einen hohen Teil der Pflegekosten. Hinzu kommen die Investitionskosten sowie die Kosten für Unterbringung und Verpflegung im stationären Bereich. Auch die Kommunen sind insgesamt durch steigende Sozialkosten stark belastet. Deshalb wäre eine Vollversicherung für

den pflegebedingten Aufwand aus unserer Sicht wünschenswert. Aber uns ist auch klar, dass diese Mehrkosten irgendwie finanziert werden müssen, entweder durch höhere Beiträge bei der Pflegeversicherung oder durch weitere öffentliche Finanzierungsstränge. Deshalb stellt der schon genannte Sockel-Spitz-Tausch für uns eine Möglichkeit dar, die man andenken sollte. Dieser sieht vor, dass man die jetzigen Kosten bzw. einen bestimmten Betrag als Sockel für die Pflegebedürftigen und Sozialhilfeträger in der Folge festlegt und dass Mehraufwände von den Pflegeversicherungen zu übernehmen wären. – Danke schön.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. – Wir kommen zur zweiten Frageunde und den Fragen, die noch offengeblieben sind. – Herr Yüksel.

Serdar Yüksel (SPD): Frau Vorsitzende! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Herr Westerfellhaus, ich möchte Sie heute nicht aus dieser Runde nach Berlin entlassen, ohne Ihnen in meiner Funktion als Petitionsausschussvorsitzender eine Frage zu stellen. Uns erreichen immer wieder Petitionen von pflegenden Angehörigen, die natürlich bewusst richtigerweise den Fokus auf diejenigen legen, die zu pflegen sind.

Ich möchte Ihnen einmal ein Beispiel nennen: Ein pflegender Angehöriger stellt eine Petition, denn er braucht, um seinen Angehörigen zu pflegen und im Raum dabei sein zu können, ein Beistellbett oder ähnliche Hilfsmittel, um die Pflege gewährleisten zu können. Es kam in dieser Sache sogar zu einem Verfahren vor dem Sozialgericht, und auch der Sozialrichter schreibt in seinem Urteil, eigentlich müsse derjenige tatsächlich mehr Unterstützung erhalten. Es gibt jedoch kein Regularium, wonach pflegenden Angehörigen ein Pauschalbetrag für gewisse Hilfsmittel im Rahmen der Pflege bereitgestellt werden könnte. Immerhin werden zwei Drittel der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld gepflegt. Es bleibt also zu überlegen, was wir für diese Menschen tun können. Vielleicht sollte man über einen Pauschalbetrag nachdenken, um die Leistung anzuerkennen und die Pflegenden zu unterstützen. Das kann sich auch an den Pflegegraden orientieren.

Meine nächste Frage, die wesentlicher Bestandteil des Antrags war, richtet sich an den SoVD. Sie kritisieren ausdrücklich, dass die Regierungsparteien von dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ abweichen, und schließen sich hierzu den Ausführungen im Antrag an. Könnten Sie benennen, worin die Abweichung genau besteht? Das gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Zahlen, die Sie in Ihrer Stellungnahme anführen. Sie sagen, der Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationärer Langzeitpflege sei zwischen 2005 und 2017 von 30,7 % auf 21,3 % zurückgegangen. Worin genau besteht aus Ihrer Sicht die Abweichung?

Eine weitere Frage richtet sich an die Landessenorenvertreterin. Quartiersorientierung hört sich immer toll an. Es ist ein blumiges Wort, aber die Realität sieht inzwischen anders aus. Ich wünsche mir auch mehr Quartiersorientierung, aber wenn ich mir die Quartiersorientierung in meinem Wahlkreis und auch darüber hinaus anschauere, dann sehe ich nicht, dass es genügend bezahlbaren und altengerechten Wohnraum im Wohnumfeld älterer Menschen, sprich in ihrem Quartier, gibt. Damit geht für mich die fußläufige Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs einher.

Frau Sonnenschein, Sie schlagen vor, Quartierskümmerer einzusetzen, um die Kommunikation und die Lebendigkeit im Quartier wiederherzustellen. Könnten Sie diese Idee etwas näher erläutern?

Im Folgenden möchte ich auf die sozialistische Planwirtschaft zu sprechen kommen, die Herr Knips angeführt hat. Dazu möchte ich aus Ihrer Stellungnahme zitieren:

„Die Kommunen sollen dafür sorgen, dass regional ein breit gefächertes pflegerisches Angebot bereitsteht und somit die pflegebedürftigen Menschen und ihre pflegenden Angehörigen die für sie passenden Leistungen tatsächlich auswählen können.“

Ist das nicht ein Widerspruch zu dem, was Sie gerade gesagt haben? Wie sollen die Kommunen ein breit gefächertes pflegerisches Angebot sicherstellen, ohne eine entsprechende Bedarfsplanung durchzuführen? Das steht doch im Widerspruch zu Ihrer Stellungnahme.

Eine weitere Frage richtet sich an die kommunalen Spitzenverbände. Sie sagen, notwendig seien Instrumente, mit denen die Kommunen unmittelbar Einfluss auf die pflegerische Infrastruktur nehmen können, und fordern, wie Sie schreiben, seit vielen Jahren entsprechende Instrumente. Könnten Sie näher beleuchten, wie die Instrumente für die kommunale pflegerische Infrastruktur nach Ihrer Erfahrung sein können? In Bezug auf welche Instrumente würden Sie sich mehr Unterstützung von Landesseite wünschen?

Martina Hannen (FDP): Meine sehr geehrten Damen und Herren! Auch von meiner Seite ein ausdrückliches Dankeschön. – Ich habe eine Frage an Herrn Grote. Welche Auswirkungen hätte aus Ihrer Sicht die Einführung eines zusätzlichen Pflegemonitorings, insbesondere vor dem Hintergrund des bürokratischen Aufwandes?

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Dr. Weßling und Frau Scholz. Inwiefern würde der Ausbau ambulanter Wohngemeinschaften den Bedarf im stationären Bereich auffangen können? – Herzlichen Dank.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir könnten dem Pflegebeauftragten der Bundesregierung jetzt eine ganze Reihe von Fragen, insbesondere zur Finanzierung, stellen. Das möchte ich uns an der Stelle jedoch ersparen.

Im Altenpflegegesetz Nordrhein-Westfalen steht, ambulant und stationär seien beim Ausbau gleichrangig zu berücksichtigen. Nach meinem Dafürhalten widerspricht das sowohl dem Siebten Altenbericht der Bundesregierung als auch der Gesetzgebung im Bund, die sehr klar den Standard bei der Pflegeinfrastruktur ambulant vor stationär ausbaut.

Dabei geht es auch nicht um die Frage des individuellen Ansatzes – so habe ich es fälschlicherweise zumindest in einigen Stellungnahmen gelesen –, sondern um die infrastrukturelle Versorgungslage. Diese stellt sich nun einmal wie folgt dar: In der vollstationären Versorgung sind ungefähr 90 % der Pflegeplätze vollstationär, und es gibt

nur sehr wenige ambulante Plätze. Deswegen bedeutet „ambulant vor stationär“ einfach nur einen Ausgleich vor dem Hintergrund des Nachholbedarfs. Vielleicht können Sie eine Einschätzung dazu abgeben.

Natürlich gab es eine rot-grüne Landesregierung. Die Altenpflegeumlage haben die Grünen nicht allein durchgesetzt.

Ein Aspekt, der auch in der letzten Anhörung eine zentrale Rolle gespielt hat, treibt mich noch um. Der bpa schreibt in seiner Stellungnahme, dass es Umstände gibt, in denen Menschen gezwungen sind, in ein Pflegeheim zu ziehen. Könnten Sie mir diese Umstände einmal schildern? Ich kenne sie jedenfalls nicht. Vielleicht könnten Sie mir schildern, unter welchen Umständen Menschen zwingend darauf angewiesen sind, in eine stationäre Einrichtung einzuziehen zu müssen, und wer das am Ende des Tages definiert. Mich würde übrigens auch die Sicht der Landesseniorenvertretung sozusagen als Betroffenenverband interessieren.

Vom VdK ist zwar leider niemand anwesend, aber es gibt zwei Aspekte, die ich spannend finde. Daher möchte ich die entsprechenden Fragen an die Anwesenden weitergeben. Zum einen ist die Gewalt in der Pflege angesprochen worden. Ich habe selbst auch lange in der Pflege gearbeitet. Wenn ich den VdK richtig verstanden habe, bezieht sich das in dem Fall auf die Pflegenden und darauf, dass eine Arbeitsverdichtung und eine besondere Situation in der Pflege Gewalt zum Thema machen kann. Da wir das aktuell auch im Ausschuss diskutieren, wüsste ich gern von Ihnen, Herr Wallraffen, ob Sie Vorschläge haben, wie wir fachlich damit umgehen können. Könnten Sie eine Situationsbeschreibung dazu abgeben?

Der VdK schlägt vor, den Ausbau der Pflegeinfrastruktur quasi im Rahmen der Daseinsvorsorge zu behandeln. Er sieht dies als eine Gemeinschaftsaufgabe auf Bundesebene an, um für eine bundesweit gleichmäßige Pflegeinfrastruktur zu sorgen. Das gibt es bisher nur im Zusammenhang mit dem Küstenschutz und der Wirtschaftsförderung. Dazu würde mich die Einschätzung der kommunalen Spitzenverbände interessieren.

Die letzte Frage bezieht sich auf die Zuwanderung von Fachkräften. Namentlich angesprochen hat das der SoVD in seiner Stellungnahme. In welchem Umfang sehen Sie die Zuwanderung von Fachpflegekräften als eine adäquate Hilfestellung an, um den Fachkräftebedarf zu decken, und welche moralischen und europäischen Schwierigkeiten sehen Sie damit verbunden? Ich bitte auch den Pflegebeauftragten der Bundesregierung sowie die Freie Wohlfahrtspflege um eine Stellungnahme hierzu.

Britta Oellers (CDU): Frau Vorsitzende! Meine sehr verehrten Sachverständigen! Herzlichen Dank für die bisherigen Ausführungen. Ich habe eine ähnliche Frage wie die Kollegin von der FDP, möchte diese aber an den bpa sowie an Herrn Westerfellhaus richten. Wie beurteilen Sie den Stellenwert und die rechtliche Einordnung von Pflegewohngemeinschaften?

Vorsitzende Heike Gebhard: Weitere Wortmeldungen liegen mir nicht vor. Dann kommen wir zur Antwortrunde und beginnen mit Herrn Knips vom bpa.

Hans Peter Knips (bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Landesgeschäftsstelle NRW, Düsseldorf): Herr Yüksel, ich habe nicht von der sozialdemokratischen, sondern von der sozialistischen Mottenkiste gesprochen. Das ist ein Unterschied. Sie werden sich wundern: Was diese Dinge angeht, sind wir vielleicht näher beieinander, als Sie glauben.

Wir haben uns in unserer Stellungnahme sehr intensiv damit befasst. Sie haben einen Satz daraus zitiert. Sie hätten gern weiter zitieren können, haben die Stellungnahme aber sicherlich bereits gelesen. Allen anderen möchte ich das an dieser Stelle ans Herz legen. Wir sind der Überzeugung, dass eine Pflegeplanung, so wie sie jetzt abläuft, im Prinzip kontraproduktiv ist. Das kann man auch beweisen. Es ist nicht so, dass die Mitgliedseinrichtung des bpa „Hosianna!“ rufen, wenn ich hier diese Meinung vertritt. Sie können sich sicher vorstellen, dass, wenn ein Betreiber vor Ort alleine ist, er die Planung klasse findet, wenn die Planung aussagt, dass kein weiteres Heim notwendig ist. Das heißt, auch die Privaten sind da sehr egoistisch. Ich muss auch als bpa unseren Mitgliedern oft erklären, dass wir keine freie Marktwirtschaft wollen, sondern eine soziale Marktwirtschaft. Das ist ein Unterschied. Dort, wo der Staat nicht funktioniert, muss er eingreifen. Das ist ganz klar. Diese Ansicht hat der bpa immer unterstrichen.

(Norbert Grote [bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Landesgeschäftsstelle NRW, Düsseldorf]: Da, wo wir nicht funktionieren!)

– Ja, wo wir nicht funktionieren.

Ich bin dagegen, dass man den Einrichtungen einen Schutzraum bietet, weil man glaubt, mit einer Planung etwas Gutes zu tun. Einrichtungen, die geschützt sind, machen nichts. Sie streichen ihr Haus nicht, sie machen keine Qualitätsarbeit, sie sind allein und können machen, was sie wollen; denn sie wissen ganz genau, dass sie nachgefragt werden und immer voll belegt sind. Das haben wir alles schon erlebt. Das ist nicht neu. In den 60er- und 70er-Jahren des vorigen Jahrhunderts haben wir das alles schon erlebt. Diese Situation müssen wir überwinden, und das kann nur eine soziale Marktwirtschaft leisten.

Sie fragten nach der Versorgungsform. Bei irgendeiner Anhörung vor ein paar Jahren habe ich das schon einmal in diesem Ausschuss gesagt: Kein vernünftiger Mensch, zieht mit einem lustigen Lied auf den Lippen ins Altenheim, weil es dort so schön ist. Das ist doch die Ultima Ratio. Das tut man doch nur, wenn man sonst keine Versorgungsform findet, in der man 24 Stunden, rund um die Uhr, vernünftig und adäquat versorgt ist. Es ist nicht so, dass das Angebot nachgefragt wird und man dann sagt: Das Altenheim entspricht meinem Wunsch und meiner innersten Überzeugung. – Das ist doch Quatsch. Wir alle möchten nicht gern ins Altenheim, und wir alle möchten übrigens auch nicht gern ins Krankenhaus. Das ist eine Analogie. Aber wenn die Strukturen in der Familie nicht vorhanden sind und wir an dem Ort keine andere Versorgungsform finden, in der 24 Stunden, rund um die Uhr, eine vernünftige Versorgung stattfinden kann, dann bleibt für mich – da bin ich stockkonservativ – nur das stationäre Altenpflegeheim. Das ist in dem Moment die beste Option. Wenn Sie mit den alten Menschen sprechen, werden Sie feststellen, dass viele alte Menschen sagen: Früher

habe ich immer gesagt, ich möchte niemals ins Altenheim, und jetzt fühle ich mich dort sauwohl.

Niemand möchte den Menschen vorschreiben, wohin sie müssen, ob ambulant oder stationär. Das ist die Entscheidung jedes einzelnen Pflegebedürftigen. Wenn jemand ins Altenheim möchte und in der Familie zusammen überlegt und anschließend gesagt wird, das Heim sei das Beste, dann soll dieses Heim auch zur Verfügung stehen. Das ist heute aber an vielen Stellen leider Gottes nicht mehr gegeben.

Norbert Grote (bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Landesgeschäftsstelle NRW, Düsseldorf): Ich würde mir eine ideologiefreie Vorgehensweise wünschen. Die Hälfte unserer Mitgliedschaft, grob gesagt 6.000, sind ambulante Dienste und die andere Hälfte, ungefähr 5.500, stationäre Einrichtungen. In unserer Landesgruppe sind es 900 ambulante Dienste und 700 andere stationäre Einrichtungen.

Wenn wir diese Dinge anmerken und unsere Sichtweise vertreten, hat das nichts damit zu tun, dass wir stationäre Einrichtungen schützen wollen. Wir sind der Überzeugung, dass wir wissen, wie stationäre und ambulante und teilstationäre Versorgung in Deutschland funktioniert, weil unsere Unternehmen – und diejenigen der Freien Wohlfahrtspflege werden das auch für sich reklamieren – dieses Geschäft und diese Arbeit machen. Wir wissen, was dort gemacht wird, und wir wissen um die Probleme. Aber wir wissen eben auch – und das wissen Sie als Politik doch erst recht – um die begrenzten Ressourcen. Es geht hier nicht um Wünsch-dir-was und darum, dass sich das alles erfüllt. So funktioniert das nicht im Leben. Deswegen muss man anerkennen, dass es in der häuslichen Versorgung die Situation gibt, dass keine Familie da ist oder diese nicht bereit ist – das hat übrigens auch etwas mit Selbstbestimmung zu tun –, diese Arbeit zu übernehmen, weil das vielleicht einen Rollenkonflikt mit sich bringt, der es den Angehörigen nicht ermöglicht, in bester Form zu pflegen. Für diese Situation gibt es verschiedene andere Möglichkeiten, und die beste wäre wahrscheinlich, wenn man den Pflegebedürftigen fragt und dieser entscheidet, dass ihn jemand versorgen soll. Das ist für viele wahrscheinlich auch eine tolle Variante. Unser System lässt das aber nicht zu. Unser System lässt das nur ganz begrenzt im Bereich der Eingliederungshilfe zu, und zwar in Form von Assistenzleistungen. Das gibt es aber nicht für alle pflegebedürftigen Menschen.

Deswegen sollten wir davon wegkommen, dass wir die Stationären wollen und die anderen die WGs. Wir wollen wirklich – und das ist ernst gemeint –, dass die Kunden entscheiden. Denn die können am besten wissen, welche Konflikte, Grenzen und Schranken es gibt. Zudem sollten wir den Markt in der Weise in seinem ordnungsrechtlichen Rahmen agieren lassen – dafür kämpfen wir ebenfalls leidenschaftlich –, dass er es den Bedarfen und der Nachfrage entsprechend tut. Ich weiß, dass es in dieser Hinsicht Schwächen gibt. Deswegen ist es auch eine soziale Marktwirtschaft. Der freie Markt ist überhaupt nicht unser Plädoyer. Der freie Markt würde immer zu Verwerfungen führen. Die soziale Marktwirtschaft soll das richten. Es gibt aber einen großen Unterschied zwischen sozialer Marktwirtschaft und Planwirtschaft. Eine Bedarfsplanung bzw. Bedarfssteuerung ist kein sozialmarktwirtschaftliches Instrument. Unserer

festen Überzeugung nach ist es ein planungswirtschaftliches Instrument. Man könnte natürlich trotzdem sagen, Planwirtschaft sei super, wenn es nicht gegenteilige Belege gebe.

Damit komme ich zu der Frage der Abgeordneten der FDP. Bei allem Monitoring und allen Datenerhebungen, die wir vornehmen, sind wir hier im Ausschuss trotzdem die Einzigen, die darauf hinweisen – Herr Kreuz hat das heute netterweise auch getan –, dass die Bedarfssteuerung zu Verwerfungen und Problemen führt. Diese sind übrigens in den Pflegeplanungen benannt. Sie brauchen sich nur einmal anzuschauen, was die Kommunen in die Pflegeplanung schreiben. Sie werden bei 90 % der bedarfssteuernden Kommunen feststellen, dass sie alle keinen vollstationären Bedarf haben.

(Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE]: Auch Wahlen führen manchmal zu unangenehmen Ergebnissen!)

Wenn vor diesem Hintergrund jemand sagt, dieses Planungsinstrument sei im Sinne der Pflegebedürftigen, dann sage ich ganz offen: Nein, das ist es nicht. Die Rückmeldungen in unseren Einrichtungen bestätigen in vielfacher Hinsicht, dass wir erhebliche Probleme in der Dauerpflege haben. Das können Sie an einem Beispiel symbolisch erkennen, und das haben wir nicht erfunden. Die Kurzzeitpflegeproblematik, die wir heute haben, ist ein reines Problem des Rückgangs der vollstationären Plätze bzw. des nicht genügenden Aufwuchses bei der vollstationären Versorgung. Andernfalls hätten wir das Kurzzeitpflegeproblem nicht. Deswegen wäre die Kurzzeitpflege nicht besser, weil die eingestreute Form nicht die beste für alle Pflegebedürftigen darstellt, aber wir hätten zumindest Plätze. Die haben wir aber deshalb nicht, weil sie letztlich zu Dauerpflege umgewandelt wurden, weil der Druck in der Dauerpflege so stark ist.

Wer uns nicht glaubt, soll einfach einmal die Daten dazu heranziehen. Das ist auch meine Bitte an die Abgeordneten der FDP. Ein weiteres Monitoring brauchen wir nicht. Die Erkenntnisse liegen vor. Wir müssen sie nur auswerten, und dann müssen wir ideologiefrei entscheiden, wohin die Reise gehen soll. Das ist auch der Grund für unser Plädoyer für die Fachkraftquote. Das hat gar nichts mit Ideologie zu tun.

Ich möchte Herrn Westerfellhaus widersprechen. Ich habe nicht gesagt, Qualität sei nicht so wichtig. Ich habe nur gesagt: Sollte eine Absenkung der Fachkraftquote auf 45 oder 40 % zur Qualitätsverschlechterung führen, dann muss man sich gleichzeitig auch noch eine andere Frage beantworten. Wenn ich weiß, dass ich im Moment keine ambulante oder stationäre Versorgung anbieten kann, weil die Fachkraftquote im Moment dazu führt, dass nicht ausreichend Plätze vorhanden sind und keine ausreichende ambulante Versorgung stattfinden, dann ist es doch legitim, zu fragen, ob man nicht für eine Übergangszeit, bis wir all die Fachkräfte haben, die wir wollen, für Entspannung sorgt und ein Instrument an die Hand gibt, wie es funktioniert soll.

Viele habe etwas gegen das Werben ausländischer Fachkräfte. Die Bundesregierung hat jetzt eine Änderung herbeigeführt, aber es wird dauern, bis sich eine spürbare Wirkung entfaltet. Man kann durchaus auf andere Instrumente zurückgreifen, aber wir wissen nicht, was im Moment das Entscheidende wäre, was die Politik anbietet, um die akute Situation der Versorgung in Nordrhein-Westfalen zu entspannen. – Danke schön.

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich möchte eine dritte Fragrunde vermeiden. Eine Antwort sind Sie, glaube ich, schuldig geblieben. Sie sollten nicht nur begründen, warum die Kommunen keine Pflegeplanung machen sollen, sondern auch sagen, wie sie umgekehrt dem Anspruch aus Ihrer Stellungnahme gerecht werden können. Was sollen die Kommunen im Sinne eines Hinwirkens auf die konkreten Bedarfe tun?

Norbert Grote (bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Landesgeschäftsstelle NRW, Düsseldorf): Wenn sie feststellen, dass der soziale Markt nicht funktioniert, sollen sie – das ist unsere Auffassung im Sinne der Daseinsvorsorge – tatsächlich einen ordnungsrechtlichen und einen förderrechtlichen Rahmen schaffen. Das macht NRW bereits mit dem Pflegegeld. Es werden somit schon Anreize geschaffen. Die Politik kann förderrechtliche Anreize schaffen, um einen Markt zu stimulieren oder auch weiße Flecken zu minimieren. Das ist alles möglich. Wir haben nie bestritten, dass man nicht fördern kann. Wir sind zwar keine Fans der Förderung, aber Förderung kann auch Anreize schaffen, um diese weißen Flecken zu kaschieren. Das ist aber etwas völlig anderes als eine Planwirtschaft oder eine Steuerungsentscheidung darüber, wo eine Einrichtung aufmachen darf und wo nicht. Wenn es Lücken gibt, müssen intelligente Instrumente entwickelt werden, damit diese Lücken geschlossen werden. – Danke.

Daniel Kreutz (Sozialverband Deutschland, SoVD, NRW e. V., Düsseldorf): Herr Abgeordneter Yüksel, ich bin nicht sicher, ob ich Ihre Frage zu der Abweichung von „ambulant vor stationär“ richtig verstanden habe. Ging es darum, zu klären, warum von einer Abweichung von diesem Grundsatz die Rede sein kann, wo doch der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen seit Jahren zurückgeht? War das der Zusammenhang? – Die Diskussion um ein Abweichen von dem Grundsatz war eigentlich mit der letzten Novelle des Alten- und Pflegegesetzes, des APG, verknüpft, in dem der Vorrang der Angebote, die der häuslichen Versorgung dienen, gestrichen worden ist. Darin haben viele eine landespolitische Abkehr von diesem Grundsatz gesehen, wenngleich das natürlich auch bundesrechtlich gesichert ist, wie wir mittlerweile gesehen haben, sodass es vielleicht auch ein Stück weit eine symbolische Diskussion auf Landesebene war; Gott sei Dank, müsste man sagen. Das war damals die Diskussion.

Unsere Sorge war, dass der Rückgang der vollstationär Versorgten, der gerade nicht mit einer entsprechend steigenden Inanspruchnahme professioneller ambulanter Versorgung begleitet wird, eine Mehrbelastung pflegender Angehöriger mit sich bringt, obwohl, wie allgemein bekannt ist, das informelle Pflegepotenzial in der Gesellschaft aus vielerlei Gründen eher rückläufig ist. Es wäre eine Entwicklung, die wir durchaus mit Sorge sähen, würde die Belastung für die Angehörigen noch wachsen.

Die zweite Frage bezog sich auf die Zuwanderung von Fachkräften. Wir hatten festgestellt, dass dazu nichts im Antrag steht. Wir fanden das auch nicht verkehrt. Die Vorstellung, die durchaus verbreitet ist, man werbe aus anderen Ländern, beispielsweise aus Indonesien, von den Philippinen oder aus China ausgebildete Pflegekräfte an, um sie hier zu beschäftigen, halten wir für einen problematischen Weg eines Braindrain

zum Nachteil von in der Regel wirtschaftlich schwächeren Herkunftsländern. Diese haben dort in die Ausbildung und Qualifizierung investiert, aber den Nutzen daraus zieht eine der reichsten Volkswirtschaften der Welt, weil sie nicht willens ist, ihre eigenen und zudem hausgemachten Probleme in der pflegerischen Versorgung angemessen zu lösen.

Natürlich ist überhaupt nichts dagegen zu sagen, wenn Zuwanderinnen und Zuwanderer oder auch Flüchtlinge, die hierher kommen und sich für den Pflegeberuf interessieren, eine entsprechende Ausbildung machen. Es gibt auch schon erste Ansätze in diese Richtung. Dagegen ist gar nichts zu sagen. Aber die Anwerbung von qualifizierten Pflegekräften aus dem Ausland sollte nicht zulasten Dritter gehen. Wir haben zudem angedeutet, dass die Erfolge einer solchen Strategie nicht überwältigend sein dürften. Denn wenn es in anderen Ländern migrationsbereite Pflegefachkräfte gibt, orientieren sie sich in aller Regel an anderen europäischen Staaten, wo die Arbeitsbedingungen und auch die Entgeltbedingungen für Pflegekräfte deutlich besser sind als gerade in Deutschland. Deshalb wäre davon auch nicht allzu viel zu erwarten.

Eric Lanzrath (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf): Ich möchte gleich an die Frage der Zuwanderung anknüpfen. Meine Einschätzung unterscheidet sich nicht so sehr von Ihrer, Herr Kreuzt.

Wir haben ein demografisches Problem in Deutschland, was den Bereich der Pflege betrifft. Deswegen ist überhaupt nicht einzusehen, warum man in Deutschland Menschen aus Ländern mit anderen demografischen Strukturen im Bereich der Pflege und auch in allen anderen Bereichen arbeitstechnisch keine Chancen und Möglichkeiten bieten sollte, auch um für ihr Leben eine neue Perspektive zu finden. Allerdings ist das ein Bereich, der sehr stark mit Kommunikation, sprich mit Sprache, zu tun hat. Daher kann es nicht zielführend sein, die Menschen hierher zu holen, ohne sie zu begleiten und sich zu sagen: Hauptsache, sie haben ein Diplom.

Man sollte sich nicht allzu viel Hoffnung machen, dass unser Problem der Mengenkompente in der Frage der pflegerischen Versorgung dadurch sehr stark positiv beeinflussbar wäre. Im Kern bin ich nicht gegen eine Zuwanderung, auch was die Perspektiven von Menschen in Deutschland betrifft, einer qualifizierten Arbeit nachzugehen. Vielmehr muss das moralische Problem, dass wir dann gegebenenfalls unsere Probleme in andere Länder exportieren, dabei immer berücksichtigt werden. Man kann das eine tun, ohne das andere zu lassen. Trotzdem wird der Schwerpunkt sicherlich eher darauf liegen, dass wir hier vor Ort Maßnahmen in Bezug auf die Ausbildung ergreifen.

Magdalena Sonnenschein (Landessenorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V., Münster): Sie sagten, Quartiersorientierung sei ein blumiges Wort. Ich sage ganz platt und kurzgefasst: Das Quartier ist der Lebensraum, in dem ein Heimaufenthalt oder die stationäre Pflege hinausgezögert oder möglicherweise sogar ganz verhindert werden kann.

Das beginnt mit ganz niedrigschwelligen Angeboten. Man trifft sich, gestaltet den Alltag und sitzt als älterer Mensch nicht alleine zu Hause. Ich finde, es ist nichts dabei, wenn jemand am Montag zur AWO, am Dienstag zur Kirche und am Mittwoch zum Roten Kreuz geht. Die Hauptsache ist, er ist eingebunden, trifft jemanden und vereinsamt nicht.

Natürlich gehören dazu nicht nur niederschwellige Angebote, sondern vielleicht auch eine Selbsthilfegruppe, um Schlaganfallbetroffenen wieder ein normales Leben zu ermöglichen oder um Menschen mit Osteoporose zu helfen, sich nicht bei jedem Sturz sofort die Knochen zu brechen. Dazu gehört vielleicht auch eine Parkinson-Gruppe, in der man lernt, mit seiner Erkrankung zu leben und damit zurechtzukommen. Aber natürlich gehört auch das Wohnen dazu. Bezahlbarer Wohnraum ist zweifellos ein wichtiger Faktor. Aber barrierefreie Wohnungen sind mindestens genauso wichtig wie die Möglichkeit der ambulanten Versorgung. Niederschwellige Angebote wären Einkaufsbegleitungen oder Ähnliches. Wenn es in Richtung Pflege geht, ist das natürlich auch der ambulante Pflegedienst, der die Menschen unterstützt. Bevor man in eine stationäre Pflegeeinrichtung zieht, muss es ganz viele Angebote geben, die das verhindern. Angefangen bei niederschwelligen Angeboten, wie dem Altentreff, bis hin zu hochqualifizierter Pflege sollte alles vorhanden sein. Das gilt natürlich auch für die Dinge des täglichen Lebens, wie Einkaufen, Selbstversorgung, Apotheke, der Doktor oder der Edeka-Markt um die Ecke. Das macht ein Quartier aus. Darüber hinaus muss es aber auch eine Person geben, die sich um Dinge kümmert, wenn es ein Problem gibt, wenn zum Beispiel Pflegeberatung vonnöten ist. All das macht für mich ein Quartier aus.

Der zweite Punkt, zu dem ich Stellung nehmen sollte, ist die Gewalt in der Pflege. Dazu würde Frau Eifert etwas sagen wollen.

Barbara Eifert (Landessenorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V., Münster): Die Landessenorenvertretung setzt sich dafür ein, dass die Gewalt in der Pflege im Landesausschuss Alter und Pflege thematisiert wird. Ich weiß nicht, wie das inzwischen gediehen ist. Wir haben dazu auch eine Stellungnahme abgegeben. Jedenfalls ist es ein wichtiges Thema mit vielen Schwierigkeiten und Tabus. Das muss ich hier sicher nicht ausführen. Es ist vor allem aber ein Thema, zu dem sich auch positioniert werden sollte.

Ich erlaube mir noch eine Ergänzung zu der Frage von Herrn Yüksel, warum Menschen ins Heim gehen. Realität ist, dass mindestens 30 % der Menschen im Alter in Einzelhaushalten leben. Die gesellschaftliche Realität ist auch, dass Familien nicht mehr zusammen an einem Ort wohnen. Das beantwortet schon vieles, zum Beispiel den Rückgang des Pflegepotenzials. Es ist auch eine Frage der Anerkennung der gesellschaftlichen Realität, hinzugehen und Angebote zu schaffen, die dazu passen, und nicht von Bildern auszugehen, die einfach nicht mehr zutreffen, Stichwort: Familien vor Ort. Das ist alles schön und gut, aber das entspricht nicht mehr der gesellschaftlichen Realität. Damit müssen die Menschen klarkommen.

Die Tatsache, dass immer mehr vom Normalfall pflegebetroffen sind – das sagt auch die Landessenorenvertretung –, ist sicherlich ein Grund dafür, warum dieses Thema auch politisch immer mehr angekommen ist und in dieser Hinsicht jetzt auch etwas

passiert. Wahrscheinlich jeder hier im Raum hat irgendetwas mit dem Thema zu tun. Wer weiß, wie man das organisieren muss, wenn es für die Eltern so weit ist, der hat auch eine Vorstellung davon, was alles verbessert werden könnte. – Danke.

Helmut Wallraffen (VKSB – Verband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen in NRW e. V., Köln): Ich möchte eine Anmerkung zur Gewalt in der Pflege machen. Fragen Sie die Kommunalen doch bitte auch einmal nach den Finanzen. Wir zahlen zum Beispiel den Tariflohn. Wir geben pro Mitarbeiter – insgesamt sind es 900 – 360 Euro pro Jahr für die Gesundheitsförderung aus. Bei uns ist kein Haus älter als elf Jahre, die Einzelzimmerquote liegt bei 91,2 %, und wir zählen nicht zu den teuersten Heimen. Auch mit uns Kommunalen kann man in der sozialen Marktwirtschaft über Geld sprechen, wie ich heute gelernt habe.

Es gibt physische und psychische Gewalt. Mein Freund Claus Fussek – die Betonung liegt ernsthaft auf Freund – sagt immer, es gebe nur Einzelfälle. Damit füllen wir wohl das ganze Olympiastadion in Berlin. Das Drama an der Gewalt ist, dass es sie auch gegenüber Flüchtlingen, Menschen mit Migrationshintergrund und Frauen gibt. Gewalt und fehlender Respekt sind leider ein gesellschaftliches Thema.

Das Schlimmste für mich ist, abgesehen von denjenigen, die physische oder psychische Gewalt ertragen müssen, dass wir dies in der öffentlichen Darstellung auf die Pflegenden projizieren. Das ist für mich der Skandal. Natürlich gibt es in der Pflege auch einzelne Wahnsinnige, die Gewalt ausüben. Wahnsinnige gibt es überall. Es gibt strukturelle Gewalt, die am Ende gesellschaftlich auf diejenigen projiziert wird, die diesen Beruf ausüben. Wenn man im Spätdienst zu zweit 20 Menschen mit einem Durchschnittsalter von 86 Jahren, zu 60 % dement und multimorbide versorgen soll und ab 18 Uhr noch eine halbe Kraft dazukommt, dann sind das Formen und Grenzbereiche von Gewalt, meine Damen und Herren. Das sage ich in aller Klarheit. Das ist doch aber nicht die Schuld bzw. liegt nicht in der Verantwortung derjenigen, die nicht den gelben Schein liefern, sondern engagiert weiter zur Pflege sehen. Vielmehr liegt es in unserer Verantwortung, und es ist unsere Herausforderung, welche Rahmenbedingungen wir schaffen.

Wir brauchen engagierte, junge und kluge Leute. Aber geht denn jemand, der bei Verstand ist, in diesen Beruf, der laut TÜV-Noten mit 1,3 abschneidet, aber im gesellschaftlichen Image als mangelhaft betrachtet wird? Das hat damit zu tun, dass über 95 % guter, engagierter, ambulanter, vollstationärer und teilstationärer Pflege in der Gesellschaft nicht stattfindet. Wir nehmen immer diese Einzelfälle von Gewalt. Aber noch einmal: Natürlich sind Fälle von Gewalt leider keine Einzelfälle. Dafür sind es zu viele, aber es ist nicht die Mehrheit, und wir machen die Faszination des Berufes an der Stelle nicht deutlich. Das hat auch mit Personalschlüsseln zu tun. Dazu hat der Staatssekretär bereits ausgeführt.

Was ist übrigens mit der durch Medikamente bedingten Gewalt? Wir haben eine Analyse durchgeführt und eine Priscus-Liste mit Kontraindikationen erstellt. In der stationären Pflege werden zu über 50 % kontraindizierte Medikamente verabreicht. Das ist auch in der häuslichen Pflege der Fall, in der die Gewalt nach meiner Aussage übr-

gens verbreiteter ist als im stationären Bereich. Ich wiederhole noch einmal: Die häusliche Gewalt ist verbreiteter als im stationären Bereich. Ich stelle trotzdem keine Schuldfrage von Angehörigen.

Wenn 30 % der vollstationären Bewohnerinnen und Bewohner mehr als 13 Medikamente bekommen, von denen über zehn in den Beipackzetteln den Nebenfaktor Sturz aufweisen, ist das eine Form der Gewalt? Ist das eine fehlende Abstimmung zwischen Hausarzt, Facharzt und – das sage ich immer kritisch – auch dem alten Menschen, der zum Arzt geht, wenn er ein Problem hat und den Arzt vielleicht nur gut findet, wenn er ihm ein Medikament verschreibt? Es ist doch diese Mischung, die Formen der Gewalt zulässt.

Herr Grote, ich verstehe, was Sie meinen. Aber ich habe Angst, dass das diese Faktoren noch ein Stück beeinflusst. Das ist ein heikles Thema. Ich sage das vor dem Hintergrund, dass bei uns 96 Menschen aus 25 Nationen mit Migrationshintergrund arbeiten. Sprache ist ein Instrument der Kommunikation und leistet im schlimmsten Fall auch einen Beitrag zur Gewalt. Teilweise muss man Platt können, sonst versteht man die nicht. Auch mit dem Arzt muss zum Beispiel im Zusammenhang mit Medikamenten und Ähnlichem eine genaue Kommunikation möglich sein. Das ist ein Qualitätsmerkmal. Dazu hat der Staatssekretär auch eine Brücke gebaut, und ich bin ganz seiner Meinung. In meinen frühen Jahren vertrat ich noch die wahnsinnige Ansicht, dass Altenheime nur gut sind, wenn dort zu 100 % Altenpfleger arbeiten. Das ist natürlich Quatsch. Herr Staatssekretär Westerfellhaus hat die sinnvolle und berechtigte Brücke zu anderen Fachprofessionen gebaut. Im kleinsten Kreis der Fachleute sprechen wir alle davon, wir bräuchten Logopäden. Es gibt verschiedenste Fachberufe, zum Beispiel Physiotherapeuten, Psychologen, die uns unterstützen, die im multidisziplinären Team eine qualifizierte Pflege machen. Am Ende stellt sich dann die Frage: Ist die Grundpflege eine Aufgabe von Hilfskräften oder von Fachkräften? – Darüber können wir reden, aber es gibt auch die Möglichkeit eines multidisziplinären Teams.

Abschließend komme ich auf die soziale Marktwirtschaft zu sprechen. Ich habe Sie verstanden, Herr Grote. Danke, das war sehr dienlich. Aber eines macht mir Angst – und dafür können Sie nichts als Person, und auch die engagierten, privaten Heimbetreiber, die einen Familienbetrieb haben, können nichts dafür –, und das ist der Fakt, dass in der privaten Altenpflege mittlerweile zu über 30 % Konzerne und Hedgefonds beteiligt sind, die in der Regel sogar international gesteuert werden. Das dürfen wir bei allem Respekt nicht vergessen, wenn wir über Qualität, Übergangszeiten und Vertrauen sprechen. Zu den Menschen in der Altenpflege habe ich Vertrauen, aber zu Hedgefonds habe ich kein Vertrauen. – Danke.

Staatssekretär Andreas Westerfellhaus (Bundesministerium für Gesundheit, Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege, Berlin): Herr Yüksel, bei der Überlegung, auf die einzelnen Punkte einzugehen, habe ich für mich gedacht, dass es eigentlich eher ein Appell ist, das im Auge zu haben. Sie sprachen von Petitionen, insbesondere vonseiten pflegender Angehöriger. Zu meinem Alltag als Pflegebevollmächtigter gehört es dazu, dass diese sich an mich wenden. Aber auch Vertreterver-

bände, Institutionen, Interessengruppen sowie viele Einzelne kommen genau mit diesen Hinweisen zu mir. Die gehen auch noch viel weiter. Das Nichtverständnis für pragmatische Abläufe, wenn es darum geht, zu Hause bleiben und sein Umfeld gestalten zu können, ist schon manchmal erstaunlich. Manches Mal bedarf es für die Antworten oder die Regelung noch nicht einmal einer Gesetzesänderung, sondern nur des gesunden Menschenverstands. Wenn man ein bisschen fantasiert, wird man das eine oder andere auch lösen. Aber ich gebe Ihnen recht, dass wir an einigen Stellen in ein Dickicht geraten sind und man einfach nicht mehr erklären kann, warum das so ist. Wir sind auch mit den Kostenträgern in der Diskussion, wie wir diese Prozesse anders und einfacher und im Sinne der zu versorgenden Menschen gestalten können, vor allen Dingen dahin gehend, dass es nicht immer nur etwas mit Hilfsmitteln zu tun hat, sondern manches Mal – und das macht mich nachdenklich – mit unserem Vokabular. Ich meine, wenn man als pflegender Angehöriger das erste Mal damit konfrontiert wird, für jemand anderen einen Antrag auf einen Pflegegrad zu stellen, und zwischen Verhinderungspflege, Tagespflege, Nachtpflege und Kurzzeitpflege unterscheiden soll. Man sollte überlegen, wie wir die Menschen dabei mitnehmen können. Das habe ich vorhin übrigens in Bezug auf den Kopiloten angesprochen, der genaue Hilfestellung leistet und die Gespräche mit den Kostenträgern führt. Nichtsdestotrotz muss man sicherlich an der einen oder anderen Stelle sehr viel mehr Entbürokratisierungsarbeit leisten, damit im Sinne der Menschen entschieden werden kann.

Herr Mostofizadeh, ich weiß nicht, ob ich Sie richtig verstanden habe. Sie haben gesagt, es sei sicherlich nicht im Sinne des Bundesgesetzgebers, dass in Nordrhein-Westfalen der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht korrekt umgesetzt wird. So habe ich es jedenfalls verstanden. Ich habe erst einmal keine Hinweise darauf. Es gilt nach wie vor „ambulant vor stationär“, aber neben der Schaffung der Möglichkeiten von Objektförderung oder Förderung von Pflegebedürftigen muss man in dieser Diskussion auch immer das eigene Problem berücksichtigen. Auf der einen Seite gehört dazu, dass wir zwar als Gesetzgeber immer sagen können, was „ambulant vor stationär“ konkret bedeutet. Auf der anderen Seite geht es darum, die Rechnung doch bitte nicht ohne die Menschen zu machen. Die Menschen werden spezifische und individuelle Entscheidungen treffen, wie sie mit ihrer Pflegebedürftigkeit oder der ihres Angehörigen umgehen, sei es im häuslichen Bereich oder weil sie alleine leben und für sich überhaupt keine Chance sehen, andere Strukturen zu wählen.

Sehr viel mehr Sorge bereitet mir in diesem Zusammenhang – ambulanter oder häuslicher Bereich vor der stationären Versorgung – eine Zahl aus den Studien, die uns das DiB in den letzten Tagen vorgestellt hat. Daraus geht hervor, dass über 40 % der Anfragen von Pflegebedürftigen zur Aufnahme einer Versorgung im häuslichen Bereich negativ beschieden werden. Das macht mir am meisten Sorge und verdeutlicht die Dramaturgie. Viele häusliche oder ambulante Pflegedienste können noch nicht einmal Betreuungsleistungen abgeben. Zumindest ist das in einigen Regionen so.

Zur Zuwanderung können Sie auch einiges nachlesen, wenn Sie ein bisschen googeln. In der Zeit vor meiner Tätigkeit als Pflegebevollmächtigter habe ich mir einen Grundsatz angeeignet, hinter dem ich nach wie vor stehe. Wir müssen zuallererst die Hausaufgaben zu Hause machen. Wir müssen die Rahmenbedingungen für die zu Pflegen-

den sowie die pflegenden Angehörigen im Kontext einer Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit so gestalten, dass es finanzierbar und möglich ist. Da ist noch eine Menge Luft nach oben, wenn ich an die Zielvorgabe im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege denke, die Ausbildungsquote in den nächsten Jahren um 10 % zu erhöhen. Das ist für mich übrigens auch einer der entscheidenden Schlüssel. Das gilt übrigens auch für die Fach-, Fort- und Weiterbildung und die anderen Rahmenbedingungen, die ich alle schon erwähnt habe. Das sollte Schritt Nummer eins sein.

Schritt Nummer zwei in Bezug auf die Zuwanderung – das hatte einer der Vorredner bereits gesagt – lautet: Man muss unterscheiden, ob man ein Assessment-Verfahren in Südeuropa, sprich Spanien, Portugal oder Griechenland, machen möchte, wenn man mit der eigenen Personalbesetzung nicht mehr hinkommt. Für mich ist das immer eine Bankrotterklärung gewesen, weil es möglicherweise zulasten anderer geht. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass diese Strukturen gerade in Südeuropa bislang aus meiner Erfahrung nur sehr bedingt gegriffen haben, weil die Qualifikationen in den anderen südeuropäischen Ländern – nehmen wir einmal Spanien, Griechenland und Portugal – im Rahmen der Pflege ganz andere sind. Viele kommen nach Deutschland, werden mit ganz anderen Tätigkeitsprofilen konfrontiert und gehen sehr schnell wieder Hause. Das mag den einen oder anderen dazu motivieren, ein bisschen weiter zu gucken, nämlich nach Asien. Dann kann man nicht so schnell wieder am Wochenende nach Hause fahren. Schaut man jedoch dorthin, muss man zwei Dinge beachten. Erst einmal haben wir eine WHO-Liste, die tabu ist. Das heißt, richten wir zulasten anderer Volkswirtschaften, die ihre eigene Versorgung letztendlich infrage stellen, Schaden an, ist das absolut abzulehnen. Nun gibt es natürlich auch Volkswirtschaften mit einem sehr geringen Durchschnittsalter, wie zum Beispiel Vietnam. Auch dort wird überwiegend Pflege studiert. Ich habe mit dem Botschafter in Vietnam Gespräche darüber geführt. 30.000 junge Menschen wandern fast jährlich für eine Zeit lang nach Japan aus, um dort einer Berufstätigkeit nachzugehen. Das System in Vietnam ist komplett anders. Man bezahlt sehr viel Geld für ein Studium, und anschließend muss man sich noch für die Berufstätigkeit in seinem Beruf einkaufen. Da sieht man eine Zeit lang schon auch eine Perspektive, das in Deutschland zu machen. Dann sollte aber – das wäre mein Wunsch, und ich versuche auch, im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege davon zu überzeugen – ein Rahmenabkommen regeln, unter welchen Bedingungen wir das tun. Man sollte den Menschen eine Perspektive eröffnen, unter der Feststellung der Qualifikation, der Sprachfähigkeit und der begleitenden Integration, die ganz wichtig ist. Sonst werden sie nicht bleiben. Alles andere wäre ein unfairer Umgang mit diesen Menschen. Letztendlich muss verhindert werden, dass irgendwelche Zwischenhändler – ich formuliere es einmal salopp –, die früher mit Reis oder Gold gehandelt haben, glauben, sie könnten jetzt einen Menschenhandel aufziehen. Da wird versucht, viel Geld nach dem Motto „Ich halte die Hand auf“ zu machen. Das hat mit Menschenwürde, Achtung und einer Qualität, die wir nachher brauchen, sicherlich überhaupt nichts zu tun.

Zusammenfassend kann man sagen: Die Hausaufgaben müssen zu Hause gelöst werden, dann bleiben die Menschen vielleicht auch auf Dauer bei uns, um bei uns zu arbeiten.

Etwas anders sehe ich das bei denjenigen, die als Einzelne zu uns kommen. Wir haben natürlich einen Nachholbedarf, was eine Vereinheitlichung von Berufsanerkennungsverfahren in Deutschland betrifft. Ich nehme sehr viele unterschiedliche Regelungen im Föderalismus wahr. Ich kenne Fälle, in denen beispielsweise Geflüchtete, die bei uns leben, berichten, sie hätten nach 18 Monaten einen Eingangsbescheid bei irgendeiner Prüfbehörde bekommen, hätten jedoch die Hoffnung aufgegeben, hier tätig zu werden, und deshalb etwas anderes gemacht. Das können wir uns nicht leisten. Ich wünsche mir deshalb standardisierte Verfahren. Das ist auch Inhalt der konzertierten Aktion und übrigens auch ein ganz persönlicher Inhalt zwischen dem Bundesgesundheitsminister und mir. Ich hoffe, wir werden in den nächsten Wochen konkrete Vorstellungen dazu darstellen können, um diese Verfahren zu vereinfachen. Vor kurzer Zeit bin ich selbst in Vietnam gewesen und habe mir Universitäten und Schulen angeschaut. Es muss doch reichen, wenn man ein Abschlussverfahren einer Universität oder einer Schule anerkennt. Man muss doch nicht immer in eine Einzelfallüberprüfung gehen. Das würde schon eine Menge Druck herausnehmen. Diese Willkür in Bezug auf Anerkennungsmaßnahmen, Wiedereingliederung usw. ist nicht gut. Es ist unglaublich schwer, sich da zurechtzufinden.

Ich komme zur letzten Frage der rechtlichen Beurteilung der Wohngemeinschaften. Die Menschen überlegen sich: „Wie kann ich meinen Lebensabend gestalten? Mit wem kann ich es mir vorstellen? Wie können wir gegenseitige Unterstützung erhalten?“ und machen ihre Pläne. Es liegt ja nichts näher als das, was man in der Studienzeit auch gemacht hat. Man stellt sich die Frage: Können wir das nicht gemeinsam eine Zeit lang miteinander stemmen und uns gegenseitig unterstützen? – Wir müssen aufpassen, dass der Wunsch der Menschen nicht konterkariert wird, indem Bürokratie aufgebaut wird und Vorgaben gemacht werden, nach dem Motto: „Wenn, dann...“, wodurch diese Vorhaben letztendlich unmöglich gemacht werden. Das ist keine Regelung für alle Menschen. Wir müssen auch aufpassen, dass keine Quasigeschichten entstehen, wenn es um Qualität und Transparenz, also um die Frage geht, was in diesen Wohngemeinschaften passiert. Es darf auch keine Umgehung anderer Lösungen sein, um irgendwelche Qualitätskriterien zu unterschreiten. Das war damit aber auch sicher nicht gemeint.

Ich möchte noch einen kurzen Hinweis zur Gewalt in der Pflege geben. Mein Vorgänger, der jetzige Minister Karl-Josef Laumann, hatte dazu eine Studie in Auftrag gegeben. Diese haben wir im Herbst des Jahres 2018 vorgestellt. Sie steht übrigens auch zum Abruf bereit. Es handelt sich um eine sehr umfassende Beschreibung und Analyse mit Lösungsvorschlägen und Ansätzen, wie genau man diesen Befürchtungen entgegentreten kann. Daraus ist übrigens auch die begleitende Formulierung eines Kopiloten hervorgegangen. – Schönen Dank.

Friederike Scholz (Städtetag Nordrhein-Westfalen, Köln): Sie fragten konkret nach Instrumenten, die wir uns zur Steuerung wünschen. Allgemein umschrieben müssen es Instrumente sein, die es ermöglichen, mit der Pflegeplanung Einfluss auf die Versorgungslandschaft zu nehmen; das bedeutet ganz konkret auch Einfluss bei der Zulassung von Einrichtungen. Zudem braucht es eine stärkere Verantwortung bei der Beratung. Als weiteres Mittel könnten wir uns vorstellen, die Daseinsvorsorge teilweise

durch eigene kommunale Betriebe sicherzustellen. Das ist im Moment nur nachrangig möglich. Das alles sind aber Instrumente, die auf der Bundesebene im Bundesrecht verankert werden müssten. Das haben wir als kommunale Spitzenverbände auf der Bundesebene in den letzten Gesetzgebungsprozessen auch immer gefordert. Es ist jedoch nicht so gekommen, wie wir uns das vorgestellt haben. Wir hoffen, dass es weitere Entwicklungen in dieser Richtung geben wird. Auf Landesebene hingegen bleibt dem Gesetzgeber aus unserer Sicht nur die Möglichkeit, die jetzige Regelung zur verbindlichen Bedarfsplanung zu erhalten, um uns wenigstens dieses Instrument an die Hand zu geben bzw. weiter fortzuführen.

Sie fragten des Weiteren, ob wir uns vorstellen könnten, dass stationäre Plätze durch den Ausbau von ambulanten Wohngemeinschaften ersetzt werden. Nein, das können wir uns tatsächlich nicht vorstellen. Wir sind ganz klar der Auffassung, dass es stationäre Plätze weiterhin geben muss und dass die ambulanten Wohngemeinschaften tatsächlich nur ein Teil der Versorgungslandschaft sind, um allen Wünschen und Vorstellungen der Bevölkerung gerecht zu werden. Wir würden sogar sagen, dass es sicherlich auch Situationen gibt, in denen ambulante Wohngemeinschaften nicht die richtige Versorgungssituation darstellen können, zum Beispiel bei Intensivpflegepatienten.

Ich bin mir nicht sicher, ob ich die Frage, den Ausbau der Pflegeinfrastruktur im Rahmen der Daseinsvorsorge bzw. als Gemeinschaftsaufgabe zu behandeln, richtig verstanden habe. Ich möchte um Verständnis bitten, dass wir uns dazu nicht abschließend äußern können. Die Daseinsvorsorge ist ein Kernbereich der kommunalen Selbstverwaltung. In Bezug auf Änderungen sind wir daher immer sehr vorsichtig und eher kritisch eingestellt. Das Thema wird aber auch bei uns in den Bundesverbänden behandelt, und man ist noch nicht zu einem Abschluss gekommen. – Danke schön.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. – Mir liegen keine weiteren Wortmeldungen mehr vor. Damit sind wir am Ende der Anhörung. Ich darf mich ganz herzlich bei unseren Sachverständigen sowohl für die schriftlichen Stellungnahmen als auch für Ihre Geduld und Ihre Antworten bedanken. Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg und noch einen angenehmen Tag.

Die Sitzung ist geschlossen.

gez. Heike Gebhard
Vorsitzender

Anlage

05.03.2019/21.03.2019

73

Stand: 13.02.2019

Anhörung von Sachverständigen
Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Pflege für die Zukunft gestalten – Selbstbestimmung sichern – Pflege vor Ort stärken!
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 17/3028

am Mittwoch, dem 13. Februar 2019
13.00 Uhr bis ca. 16.00 Uhr, Raum E 3 D 01

Tableau

eingeladene Sachverständige/ Institutionen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) Landesgeschäftsstelle NRW, Düsseldorf	Norbert Grote Hans Peter Knips	17/1167
Sozialverband Deutschland SoVD NRW e.V., Düsseldorf	Daniel Kreutz Dr. Michael Spörke	17/1106
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	Eric Lanzrath	17/1163
Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e.V., Münster	Magdalene Sonnenschein Barbara Eifert	17/1145
Verband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen in NRW (VKSB) e.V., Köln	Helmut Wallrafen	17/1205
Bundesministerium für Gesundheit Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege, Berlin	Staatssekretär Andreas Westerfellhaus	17/1144

Landkreistag Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	Dr. André Weßling	17/1154
Städtetag Nordrhein-Westfalen, Köln	Friederike Scholz	
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf		

ABSAGEN VON EINGELADENEN SACHVERSTÄNDIGEN / INSTITUTIONEN

Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen e.V., Düsseldorf	17/1165
ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Landesbezirk NRW, Düsseldorf	---