

## Große grüne Pflegereform in Nordrhein-Westfalen

Von Daniel Kreutz<sup>1</sup>

Juli 2013

Die rot-grüne NRW-Landesregierung hat im Juli einen Gesetzentwurf der grünen Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, Barbara Steffens, zu einer großen landesrechtlichen Pflegereform in den Landtag eingebracht. Der Entwurf mit dem sperrigen Titel

*„Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen (GEPA NRW)“<sup>2</sup>*

kombiniert systematische Novellen des *Förderrechts* für Pflegeeinrichtungen (bisheriges Landespflegegesetz, künftig „Alten- und Pflegegesetz / APG“) und des *Ordnungsrechts* für Pflege- und Betreuungseinrichtungen („Wohn- und Teilhabegesetz / WTG“)<sup>3</sup>, einschließlich der zugehörigen Rechtsverordnungen.<sup>4</sup> Dem Gesetzgebungsverfahren vorgeschaltet war ein Beratungsverfahren über die WTG-Novelle mit Interessenvertretungen der Beteiligten und Betroffenen (2011/2012), bei dem im Rahmen von Grundsatzentscheidungen des Ministeriums einige Fragen in zahlreichen Terminen kontrovers diskutiert worden waren.

Landesregierung und grüne Ministerin streben mit dem GEPA NRW eine recht grundlegende, nach eigenem Bekunden „vom Menschen her gedachte“ Neuausrichtung der NRW-Pflegepolitik an:

*„Wir müssen Prävention auch und gerade für ältere Menschen stärken, um Lebensqualität zu steigern und Pflegebedarfe zu verringern. Wir müssen Angehörige entlasten und Familien sowie andere Netzwerke unterstützen. Ohne sie werden wir die Herausforderungen niemals schultern können. Wir müssen unsere Versorgungssysteme so umbauen, dass der Grundsatz „Ambulant vor stationär“ endlich Wirklichkeit werden kann. Wir müssen unsere Quartiere so gestalten, dass wir alle möglichst lange in unserer gewohnten Umgebung bleiben und hier Gemeinschaft aktiv erleben und mitgestalten können. Um die auch in der UN-Behindertenkonvention deutlich verankerten Ziele von*

---

<sup>1</sup> Der Verfasser ist seit 2004 Mitglied des Landespflegeausschusses NRW, war von 1990 bis 2000 Sozialpolitiker im Landtag und ist ehrenamtlicher Berater für Sozialpolitik beim Landesverband des Sozialverband Deutschland (SoVD NRW e.V.)

<sup>2</sup> Im Internet unter [www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB\\_II/II.2/Gesetzgebung/Aktuell/01\\_Aktuelle\\_Gesetzgebungsverfahren/Pflegereform/index.jsp](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_II/II.2/Gesetzgebung/Aktuell/01_Aktuelle_Gesetzgebungsverfahren/Pflegereform/index.jsp) (Abfrage v. 26.07.13).

<sup>3</sup> Das von der schwarz-gelben Landesregierung geschaffene WTG trat 2008 an die Stelle des Heimgesetzes des Bundes, nachdem mit der Föderalismusreform die Gesetzgebungskompetenz auf die Länder übertragen worden war. Es regelt Mindestbedingungen für die Zulässigkeit des Betriebs von Pflege- und Betreuungseinrichtungen.

<sup>4</sup> Die Verordnung zur Konkretisierung des Förderrechts (APG) soll allerdings erst gegen Ende der parlamentarischen Beratung fertiggestellt und dem Landtag zur Kenntnis gebracht werden können.

*Selbstbestimmung und Teilhabe im Alter und bei Pflegebedarf für NRW umzusetzen, haben wir in einem sehr breiten Beteiligungsverfahren das Landespflegegesetz grundlegend überarbeitet ...*

*Die Zielsetzungen des WTG ändern sich dabei nicht: Teilhabe, Selbstbestimmung und Versorgungssicherheit von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderung müssen in jeder Lebenssituation gesichert sein.*

*Aber wir wollen der gesellschaftlichen Entwicklung weg von großen stationären Einrichtungen und hin zu kleineren Einheiten folgen und hier Entwicklungshemmnisse abbauen. Dabei müssen wir verhindern, dass „Dumping-Angebote“ am Markt entstehen. Wir müssen sicherstellen, dass mit möglichst wenig Bürokratie so viel staatlicher Schutz da ist, wie er vor Ort in der jeweiligen Situation gebraucht wird.*

*Das überarbeitete Landespflegegesetz soll vor allem die Kommunen unterstützen, altengerechte Lebensräume für ein selbstbestimmtes Leben mit hoher Versorgungssicherheit zu schaffen.“<sup>5</sup>*

Solche Zielstellungen finden sich ähnlich auch in den Ausführungen des Vorblatts und der Begründung des Gesetzentwurfs. Sie greifen meist langjährige Forderungen von Betroffenenvertretungen und Sachverständigen auf, die sich für eine bessere Pflege engagieren. Eine Landesregierung, die sich tatsächlich anschickt, einen „vom Menschen her gedachten“ Paradigmenwechsel der nordrhein-westfälischen Pflegepolitik ins Werk zu setzen, würde zweifellos engagierte Unterstützung verdienen.

Die Neuregelungen und Instrumente des Gesetzentwurfs sind jedoch gerade nicht geeignet, die Infrastrukturen der Pflege auf diese Zielsetzungen hin fortzuentwickeln. Wie im Folgenden dargelegt, laufen sie vielmehr teils Gefahr, neue Risiken für pflegebedürftige Menschen heraufzubeschwören und erschöpfen sich in anderen wesentlichen Fragen in symbolischer Gesetzgebung und Politik, während zentrale Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention für den Pflegebereich auch weiterhin unberücksichtigt bleiben.

Vorab ist in Rechnung zu stellen:

1. Ein Kernproblem der ambulanten häuslichen Versorgung ist durch die Landespolitik nicht unmittelbar zu beeinflussen: deren mangelnde Tragfähigkeit infolge des chronisch unzureichenden (Teil-)Leistungsrechts des SGB XI, das vielfach von pflegenden Angehörigen um den Preis hoher (teils auch finanzieller) Be- und Überlastung kompensiert werden muss - es sei denn, sie können den bedarfsgerechten Zukauf professioneller häuslicher Dienstleistungen ohne große Probleme privat finanzieren.
2. Dazu kommt – jenseits der Pflegepolitik im engeren Sinne - der Mangel an bezahlbarem pflegetauglichem (barrierefreiem) Wohnraum.
3. Welche Versorgungsangebote verstärkt oder vermindert geschaffen werden, hängt unter den gegebenen Rahmenbedingungen des Pflegemarkts maßgeblich von den

---

<sup>5</sup> NRW Schulministerin Sylvia Löhrmann in ihrer stellvertretend für die zuständige Pflegeministerin Barbara Steffens nicht vorgetragenen, sondern schriftlich zum Protokoll gegebenen Rede zur Einbringung des GEPA NRW-Entwurfs am 11.07.2013.

marktgesteuerten Investitionsentscheidungen der Anbieter und weniger vom politischen Willen ab. Für die Lebenswirklichkeit maßgeblicher als manche Formulierung in Gesetzestexten ist die Frage, was der Markt aus dem Regelwerk macht.

4. Der gesamte Gesetzentwurf steht unter dem Gebot der Kostenneutralität. Die Landesregierung geht davon aus, dass die Haushaltslage des Landes – maßgeblich Ergebnis einer langjährig der „Umverteilung nach oben“ verpflichteten Steuer- und Abgabepolitik – es in Verbindung mit „Schuldenbremse“ und Konnexitätsgebot<sup>6</sup> nicht ermöglichen, die Umsetzung des gewollten Paradigmenwechsels mit zusätzlichen öffentlichen Fördermitteln zu unterstützen.

### 1. „Anbieterverantwortete Wohngemeinschaft“ statt Pflegeheim

Ein zentraler Ansatzpunkt dafür, einen weiteren Zubau klassischer Pflegeheime möglichst abzuwenden und stattdessen die Entwicklung hin zu kleinräumigen, quartiersorientierten Versorgungsstrukturen zu befördern, soll nach dem Gesetzentwurf darin bestehen, einen Ausbauschub von „anbieterverantworteten Wohngemeinschaften“ (av-WGs) herbeizuführen und diese als Alternative zum Heim im Versorgungssystem zu etablieren. Im Unterschied zu einer „selbstverantworteten“ WG (sv-WG) liegt die Entscheidungskompetenz über die Alltags- und Versorgungsgestaltung sowie das Zusammenleben in einer av-WG nicht ausschließlich bei den BewohnerInnen (bzw. wenn diese unter Betreuung stehen: bei deren rechtlichen BetreuerInnen) – so die WTG-Novelle. Ein typischer Fall wäre, dass ein ambulanter Pflegedienst eine WG-Wohnung betreibt, in der er die (ambulante) pflegerische Versorgung gewährleistet, so dass die BewohnerInnen an diesen Vermieter und Pflegedienst gebunden sind.<sup>7</sup> Da insbesondere in verdichteten städtischen Quartieren die Möglichkeiten für Neubaumaßnahmen begrenzt sind, sollen av-WGs auch in Bestandsgebäuden errichtet werden. Der Fokus auf „anbieterverantworteten“ statt von Betroffenen und Angehörigen „selbstverantworteten“ WGs könnte der Erwägung geschuldet sein, dass ein Ausbauschub in der Fläche eher gelingen kann, wenn er über die großen Trägerverbände der professionellen Pflege ins Werk gesetzt wird.

Um nun die Investitionsentscheidungen am Pflegemarkt in der erwünschten Richtung zu beeinflussen, muss die Investition in av-WGs auch wirtschaftlich attraktiver (rentabler) erscheinen als die Investition in klassische Heime. Wenngleich im APG-Entwurf eine spezielle Förderregelung für av-WGs in Trägerschaft ambulanter Dienste angekündigt ist, sind die Erwartungen an das entsprechende Fördervolumen, das wegen des übergeordneten Gebots der Kostenneutralität wohl durch Kürzungen an anderer Stelle mobilisiert werden muss, begrenzt.

Gleichsam „hilfsweise“ soll nun die WTG-Novelle offenbar die Kostenstruktur von av-WGs günstiger gestalten, indem hier nicht nur wie bisher im begründeten Einzelfall per Ausnahmeregelung der Heimaufsicht, sondern *generell* (auch bei Neubau) geringere

---

<sup>6</sup> Das verfassungsrechtliche Konnexitätsprinzip sichert den Kommunen einen Anspruch auf Kostenerstattung für ihnen neu übertragene Aufgaben.

<sup>7</sup> Nach dem bisherigen WTG 2008 wurden solche WGs wegen der strukturellen Abhängigkeit der BewohnerInnen vom Anbieter zu Recht als Heime eingestuft.

Mindeststandards des ordnungsrechtlichen Bewohnerschutzes als bei klassischen Heimen zu erfüllen sein sollen. Weitere Standardabsenkungen sollen die Errichtung von av-WGs in Bestandsgebäuden erleichtern (vgl. Tabelle 1). Darüber hinaus können im Einzelfall wie bisher besondere Ausnahmeregelungen mit der Heimaufsicht ausgehandelt werden.

**Tab. 1 Beabsichtigte Standardminderungen für av-WGs**

	Klassisches Heim („Eula“)	Av-WG	
		Neubau	Baubestand
Nettogrundfläche je BewohnerIn	45 qm	---	
Zimmergröße (EZ)	14 qm	14 qm	weniger, wenn Kompensation bei Wohnzimmer
Reine Nordlagen vermeiden	Ja („soll“)	---	
Notrufanlage	Bei Wunsch / Bedarf: Ja	Bei Wunsch oder Bedarf: „technische Voraussetzungen“	
Gemeinschaftsfläche je BewohnerIn	5 qm	---	
Wohngruppenraum/ Wohnzimmer je Bew.	3 qm (von obigen 5 qm)	3 qm	weniger, wenn Kompensation bei Zimmern
Duschbad/WC	grdsl. für jedes Zimmer, ausnahmsweise Tandembäder	Tandembäder	Quartettbäder: 1 Duschbad/WC für bis zu vier BewohnerInnen
Pflegebad	Ja, soweit nicht im Individualbereich	---	
Küche, Lagerräume	„angemessene Flächen“	---	
Außenbereich (Freisitz)	Garten, Terrasse oder Balkon	---	
Personalräume	Immer	1 Dienstzimmer nur, wenn <i>Konzept</i> ständig anwesende Betreuungskraft vorsieht	1 Dienstzimmer nur, wenn <i>Konzept</i> ständig anwesende Betreuungskraft vorsieht
Barrierefreiheit	§ 55 Abs. 3 BauO NRW (Interpretations- und Vollzugsdefizite!)	---	
Personal	Je 50 % Fachkräfte für pflegerische / soziale Betreuung	---	
	eine Fachkraft nachts/am WE	---	
	eine Fachkraft für Hauswirtschaft	(bei Bedarf „kann“ Heimaufsicht ständig anwesende Fachkraft anordnen)	

### 1.1 Geringerer Schutzbedarf in av-WGs?

Derartige Standardabsenkungen ließen sich vielleicht rechtfertigen, wenn die BewohnerInnen von av-WGs infolge eines geringeren Grades ihrer strukturellen Abhängigkeit vom Anbieter einer signifikant verminderten Gefährdung ihrer Selbstbestimmungs- und Teilhaberechte unterlägen, so dass generell von einem geringeren ordnungsrechtlichen

Schutzbedürfnis auszugehen wäre. Denn der Daseinszweck des früheren Heimrechts bzw. des heutigen WTG besteht wesentlich darin, durch die Setzung verbindlicher Mindeststandards für Unterbringung und Versorgung ein erforderliches Maß an Bewohner-schutzrechten zu gewährleisten und der Gestaltungsfreiheit der Anbieter entsprechende Untergrenzen zu setzen.

Ein signifikant vermindertes Abhängigkeitsverhältnis und Schutzbedürfnis kann bei BewohnerInnen von av-WGs aber gerade nicht unterstellt werden. Stellt sich bei pflegebedürftigen alten Menschen die Frage des Umzugs in eine andere Wohnform, weil die Versorgung in der eigenen Wohnung (einschließlich „Service-Wohnen“) nicht mehr trägt, dann wird von der neuen Pflegewohnform in aller Regel erwartet, dass sie die Versorgung bis zum Ende gewährleisten kann. Auch in der av-WG wird der Lebensalltag umfassend (Wohnen, Pflege, Betreuung, Tagesstruktur, Verpflegung, medizinische Versorgung) von anbieterseitig definierten Bedingungen geprägt (einschließlich definierter, mehr oder minder selbst gestaltbarer Spielräume). Insoweit handelt es sich auch hier faktisch - vom Menschen her gedacht - um „vollstationäre“ Versorgung<sup>8</sup>.

Nach den Kriterien des WTG-Entwurfs 2013 ist dies nicht anders. Die Merkmale zur Definition von „Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot“ (im neuen Fachjargon: „Eulas“, vulgo: Heime) treffen stets auch für av-WGs zu, für av-WGs in Trägerschaft eines ambulanten Dienstes ebenso die Kriterien für die „Einrichtung“ (§ 18 WTG 2013). Umgekehrt sind die definitorischen Merkmale von av-WGs in § 24 Abs. 3 gleichermaßen charakteristisch für das Leben im Heim.

Als einziges trennscharfes Abgrenzungskriterium zum herkömmlichen Heim („Eula“) wirkt die Bestimmung des § 26 Abs. 6, wonach eine av-WG mit mehr als zwölf BewohnerInnen (oder mehrere WGs im gleichen Gebäude mit zusammen mehr als 24 Plätzen) insgesamt den Regelungen für Heime unterliegt und somit ungeachtet des Titels „Wohn-gemeinschaft“ ordnungsrechtlich vollumfänglich als Heim („Eula“) behandelt wird. Auch nach den Maßstäben der WTG-Novelle ist die av-WG nichts anderes als ein „**Kleinst-Heim**“ mit bis zu zwölf Plätzen. Die politisch gewollte Einschränkung der Bewohner-schutzstandards wird somit von einer bestimmten, eher willkürlich gesetzten Bewohner-zahl abhängig gemacht, ohne die Frage nach strukturellen Abhängigkeiten und Schutzbedürfnissen der BewohnerInnen überhaupt zu stellen. Diese – entscheidende - Frage wird vielmehr in der Allgemeinen Begründung des GEPA-Entwurfs nebenbei mit dem lapidaren Hinweis darauf erledigt, dass dieser „bisherige“ Bezugsrahmen zu Rechtsunsicherheiten geführt habe und der „Vielfalt“ der Wohn- und Betreuungskonzepte nicht gerecht werde. „Daher“ trete nun an die Stelle des bisherigen Systems die neue, nach „Angebotstypen“ differenzierende Systematik.<sup>9</sup> Hier deutet sich allerdings ein Paradigmenwechsel des Ordnungsrechts an. Der Fokus verschiebt sich vom bislang zentralen Auftrag des Bewohnerschutzes vor fremdbestimmten Gefährdungen hin zu der Aufgabe, bestimmten am Markt entwickelten Angeboten (und Anbietern) gerecht zu werden. Man

---

<sup>8</sup> Vgl. auch die Definition des „Pflegeheims“ in § 71 Abs. 2 SGB XI. Die GEPA-Begründung selbst verweist auf die laufende Rechtsprechung zur regelmäßigen ordnungsrechtlichen Einstufung von gewerblich betriebenen Pflege-WGs als Heim (S. 63).

<sup>9</sup> Vgl. Gesetzentwurf, S. 59.

könnte hier von einem *marktkonformen* Ordnungsrecht zugunsten von Kleinst-Heimen sprechen.

Eine Prognose, ob die wirtschaftlichen Anreize für av-WGs in WTG und APG im Vergleich zu den Refinanzierungsbedingungen für klassische Heime die gewünschte Umsteuerung der Investitionstätigkeit weg vom Heim und hin zu av-WGs tatsächlich bewirken können, ist hier nicht möglich. Spekulativ muss auch bleiben, ob die fatale Entwicklung eintreten könnte, dass zwar der Zubau an Heimplätzen abnimmt, aber der allgemein erwartete „Mehrbedarf“ an vollstationärer Versorgung<sup>10</sup> wegen einer zu geringen Angebotsausweitung bei av-WGs nicht gedeckt werden kann.

Die Erfahrung lehrt, dass Marktkräfte dazu neigen, von vorteilhaften rechtlichen Möglichkeiten auch Gebrauch zu machen. Daher erscheint absehbar: In dem Maße, wie Anbieter die ihnen im Gesetzentwurf eröffneten Spielräume ausnutzen, könnte künftig die Zahl pflegebedürftiger Menschen wachsen, die in nicht barrierefreien und beengten Räumlichkeiten mit einem nicht barrierefreien Duschbad/WC für je vier Personen meist von Nichtfachkräften betreut werden. So würde die Entstehung pflegepolitischer Altlasten von morgen befördert.

Der für barrierefreies Bauen seit langem einschlägige, allerdings mit gravierenden Vollzugsdefiziten behaftete § 55 der Landesbauordnung gilt schon nach seiner Überschrift nur für „öffentlich zugängliche bauliche Anlagen“ - nicht aber für „Wohnungen“, als die av-WGs gelten sollen. Auch dass Abs. 3 der Regelung u. a. für „Altenwohnungen“ Barrierefreiheit „für die gesamte Anlage und die gesamten Einrichtungen“ verlangt, dürfte nicht weiterhelfen, weil auch hier „dem allgemeinen Besucherverkehr dienende Teile“ unterstellt werden. Räumliche Enge kann allzu leicht die Folge dessen sein, dass auf Mindestvorgaben für Verkehrs- und Abstellflächen sowie für Wirtschafts- und Lagerräume verzichtet wird. Zwölf Rollatoren und/oder Rollstühle hätten bereits einen erheblichen Platzbedarf, und die Wäschepflege (Waschen, Trocknen, Bügeln) lässt sich bei zwölf BewohnerInnen auch kaum „nebenbei“ in der Küche oder im 36 qm-Gemeinschaftswohnzimmer regeln.

## **1.2 Alternative zum Heim?**

Damit die av-WG eine Alternative zum klassischen Pflegeheim sein kann, muss sie eine *gleichwertige Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität* bieten können wie das Heim. Erst auf dieser Grundlage können die spezifischen Vorzüge der av-WG hinsichtlich Überschaubarkeit, „familienähnlicher“ Struktur sowie ggf. Lage im vertrauten Wohnquartier als wichtige „Wohlfühlfaktoren“ zum Tragen kommen. Eine „Verrechnung“ mit Abstrichen bei Versorgungssicherheit und –qualität ist hier nicht möglich, ohne die Funktionalität der WG als *Alternative* zur Heimversorgung in Frage zu stellen.

Die gesetzliche Unterscheidung der „Einrichtung mit *umfassendem* Leistungsangebot“ („Eula“/Heim) von der av-WG führt jedoch zu dem Umkehrschluss, dass letztere regelmäßig ein *eingeschränktes* Leistungsangebot aufweise. Mit welchen Einschränkungen

---

<sup>10</sup> Nach Überzeugung des Verfassers ist der „Bedarf“ an vollstationärer Versorgung primär Folge mangelnder Tragfähigkeit der ambulanten (und komplementären) Versorgung.

hier konkret zu rechnen wäre, ist dem Entwurf allerdings nicht zu entnehmen. Handelte es sich aber um ein Angebot mit minderer Versorgungsqualität und –sicherheit, wäre die av-WG nicht die langjährig geforderte und nun vom Gesetzentwurf behauptete *Alternative* zum Heim. Dann wäre sie eine vollstationäre Einrichtung minderer Güte zu geringeren Preisen, die sich aus geringerem Bewohnerschutz und (noch) prekärerer personeller Ausstattung herleiten – ein gesetzlich konstruiertes kleines **Billig-Heim**. Statt zu „verhindern, dass ‚Dumping-Angebote‘ am Markt entstehen“, wie es die Landesregierung verspricht, könnte die WTG-Novelle einer solchen Entwicklung gerade Vorschub leisten.

Für eine Pflegewohnform, die weniger Alternative zum klassischen Heim denn eine „Zwischenstufe“ zwischen eigener Wohnung und vollstationärer Versorgung ist, so dass bei zunehmendem Pflege- und Betreuungsbedarf mit hoher Wahrscheinlichkeit ein weiterer Umzug notwendig wird, besteht „vom Menschen her gedacht“ kein Bedarf. Dennoch dürfte es den av-WGs, die mit Vorzügen eines „alternativen“ Angebots und geringeren privat zu tragenden Kosten als bei einer Heimunterbringung werben können, an Nachfrage nicht mangeln. Auch nicht barrierefreie kostengünstige Angebote könnten insbesondere für (noch) mobile alleinstehende Pflegebedürftige, die nicht auf Angehörige zur Pflege und Betreuung in der angestammten Wohnung zurückgreifen können, attraktiv erscheinen. Gerade hier bestünden aber hohe Risiken, dass ein weiterer Umzug in eine klassische vollstationäre Einrichtung vermieden wird, obwohl er wegen gestiegener Bedarfslagen zur Gewährleistung einer hochwertigen Versorgung erforderlich wäre. Fiskalpolitisch wäre eine Hinauszögerung „teurer“ Heimunterbringungen durch ein „Zwischenstufen“-Modell zweifellos attraktiv. So heißt es in der Begründung zur av-WG-Förderregelung des § 11 APG: „Anbieterverantwortete Wohngemeinschaften nach § 24 Absatz 3 WTG sind eine Alternative zur vormaligen eigenen Wohnung [sic!], die geeignet ist, eine vollstationäre pflegerische Betreuung zu vermeiden.“

Was den Ausbau von Pflege-Wohngemeinschaften als Alternative zum Heim bislang behindert, ist weniger ein „überzogenes“ Bewohnerschutzrecht als vielmehr deren prekäre Finanzierung. Die Pflege-WG musste sich außerhalb der deutschen und nordrhein-westfälischen Finanzierungssystematik für Pflege entwickeln, ohne eine den Aufgaben angemessene und leistungsgerechte Refinanzierung. Hinsichtlich des Personaleinsatzes musste stärker auf pflegende Angehörige, Zivildienstleistende und ehrenamtliche HelferInnen zurückgegriffen werden. Auch ein Großteil der Probleme mit ordnungsrechtlichen Bewohnerschutzstandards ist den beschränkten Finanzierungsmöglichkeiten geschuldet. Wenngleich einschlägige Neuregelungen im SGB XI die Finanzierungsproblematik etwas entschärft haben dürften, ist die (sv- oder av-) WG nach wie vor im Finanzierungssystem regelhaft nicht vorgesehen. Angesichts des übergeordneten Kostenneutralitätsgebots des GEPA NRW ist wenig wahrscheinlich, dass sich mit der ausstehenden Konkretisierung der Förderregelung für av-WGs - warum übrigens nicht mindestens gleichwertig für sv-WGs? - daran substantiell etwas ändert. Vielmehr besteht Grund zu der Annahme, dass die Landesregierung eher auf eine Verstetigung von aus der Not geborenen „Kostenvorteilen“ zielt.

Dass die Gesetzesmaterialien die av-WG trotz des eingeschränkten Leistungsangebots ansonsten als Alternative zum Heim charakterisieren – § 11 APG definiert die geförderte

av-WG mit einem sozialhilferechtlich bedeutsamen Adjektiv als „angemessene“ Alternative -, gibt schließlich einer weiteren Befürchtung Raum: Könnte eine Einschränkung des *Wunsch- und Wahlrechts* über die Versorgungsform nach dem SGB XII die Folge sein? Könnte der Sozialhilfeträger Pflegebedürftige, die einen Heimplatz benötigen, aus Kostengründen auf eine billigere av-WG verweisen?

### 1.3 Rückzug der behördlichen Kontrolle

Die Wirksamkeit eines Gesetzes hängt maßgeblich von seiner Anwendung (Vollzug) und deren Überwachung ab. Dies gilt für das Leistungsrecht der Pflege (SGB XI, durch den MDK) ebenso wie für das Ordnungsrecht (WTG, durch die Heimaufsicht). Da den vielfach als „Doppelprüfungen“ kritisierten Kontrollen von MDK und Heimaufsicht (im WTG: „zuständige Behörde“) andere Rechtsgrundlagen und Prüfziele zugrunde liegen, sind beide grundsätzlich nicht austauschbar, sondern haben jeweils eigenständige Bedeutung. Um dem ordnungsrechtlichen Bewohnerschutz auch gegen den Spardruck der Kostenträger und den Rentabilitätsdruck der Leistungserbringer Geltung zu verschaffen, sind unangemeldete kalenderjährliche Prüfungen durch die Heimaufsicht von hohem Wert – nicht nur um Mängel festzustellen und zu beseitigen, sondern auch als Motivation zur Aufrechterhaltung eines beanstandungsfreien Status Quo.

Nun soll der Prüfrhythmus der Heimaufsicht bei „Eulas“ wie bei av-WGs in der Regel – nämlich dann, wenn die letzte Prüfung vielleicht nicht beanstandungsfrei, aber doch ohne *behördliche Anordnung* zur Mängelbeseitigung endete, von einem auf zwei Jahre verdoppelt werden. Wenngleich diese Verdoppelung des prüfungsfreien Intervalls als „Kann“-Regelung im Ermessen der Heimaufsicht zu liegen scheint, ist sie doch bereits regelmäßig „eingepreist“, um die kommunalen Mehrbelastungen durch Ausweitung des Geltungsbereichs zu kompensieren (Konnextitätsvermeidung). Zugleich wird die Errungenschaft *unangemeldeter* Regelprüfungen bei klassischen Heimen dadurch ausgehöhlt, dass Regelprüfungen „in festgelegten Zeitabständen“ stattfinden sollen. Dadurch wird der Zeitpunkt der nächsten Prüfung in zwei Jahren für den Träger annähernd kalkulierbar, und damit auch der Zeitraum, in dem Unterschreitungen von – etwa personellen – Mindeststandards unentdeckt bleiben, solange nicht gravierende Mängel eine anlassbezogene Prüfung auslösen. Für av-WGs sollen offenbar *angemeldete* Prüfungen die Regel sein.<sup>11</sup>

Zudem soll auch der Prüfumfang, also die Zahl der zu überprüfenden Merkmale, *generell* reduziert werden (auch für Heime). Bei Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Hospizen und Tagespflegeeinrichtungen soll der Prüfrhythmus sogar auf bis zu *drei* Jahre ausgedehnt werden. Im Ergebnis würde so der Kontrolldruck zur Beachtung der Bewohnerschutzstandards bei sämtlichen stationären Angeboten, die Gegenstand des bisherigen WTG oder des früheren HeimG waren, erheblich geschwächt – nicht aus „vom Menschen hergedachten“ Gründen, sondern aus reinem Kostenkalkül.

## 2. Differenzierte Mindeststandards nach Angebotstypen?

---

<sup>11</sup> Vgl. Begründung zu § 30 Abs. 2 WTG-E auf S. 109.



Vom Ergebnis her betrachtet, hat die bereits zu Beginn des Novellierungsverfahrens von der Landesregierung getroffene Grundsatzentscheidung, den Geltungsbereich des WTG auf *alle* Wohn- und Pflegeangebote auszudehnen und nach „Angebotstypen“ differenzierende „abgestufte“ Anforderungen zu regeln, lediglich dazu gedient, die gezielten Standardsenkungen für av-WGs zu maskieren.

Ein Abgleich der Standardsetzungen für die verschiedenen Angebotstypen (vgl. Tabelle 2) zeigt: von der Tagespflege abgesehen sind „abgestufte“ oder „angepasste“ Mindeststandards nur für av-WGs vorgesehen, ansonsten gelten entweder die „Eula“-Standards oder gar keine. Wer während des Beratungsverfahrens im Vorwege hoffte, es werde zu qualitätssichernden Anforderungen an das „Service-Wohnen“ (etwa durch Aufnahme von Kriterien des „Qualitätssiegel NRW“) und an ambulante Dienste kommen, sieht sich enttäuscht.

**Tabelle 2 Nach Angebotstypen abgestufte Qualitätssicherung?**

Angebotstyp	Mindeststandards	Regelprüfung
„Eula“ (klassisches Heim)	Umfassend (Fortschreibung bisheriger Defizite)	i.d.R. 2-jährlich
<b>Selbstverantw. WG</b>	---	---
<b>Anbieterverantw. WG</b> Neubau	Eingeschränkt	i.d.R. 2-jährlich, angemeldet
in Bestandsgebäuden	Stärker eingeschränkt	i.d.R. 2-jährlich, angemeldet
<b>Service-Wohnen</b>	---	---
<b>Ambulante Dienste</b> in sv-WGs	---	---
in av-WGs	(siehe av-WG)	(siehe av-WG)
ansonsten	---	---
<b>Gasteinrichtungen</b> Hospize	Umfassend (wie „Eulas“) zzgl. spezieller Standards	bis zu 3-jährlich
Tagespflege	Reduziert	bis zu 3-jährlich
Kurzzeitpflege	Umfassend (wie „Eulas“)	bis zu 3-jährlich (soweit nicht „eingestreut“ in „Eula“)

Die Zuordnung der Hospize und Kurzzeitpflegeeinrichtungen zum „Obertypus“ der „Gasteinrichtungen“ ist kaum plausibel: auch sie sind zweifelsfrei Heime mit umfassendem Versorgungsauftrag, weshalb sie zu Recht den grundsätzlich gleichen Standards unterliegen.<sup>12</sup> Als „Gasteinrichtung“ typisierend von der „Eula“ abgrenzbar wäre allein die Tages- (und Nacht-)pflege, weil deren NutzerInnen grundsätzlich in eigener Häuslichkeit leben und sich im Tagesverlauf nur vorübergehend in der Einrichtung aufhalten. Daher könnte hier ein signifikant geringeres Abhängigkeitsverhältnis vom Anbieter angenommen werden, das eine gewisse Verringerung ordnungsrechtlicher Schutzstandards recht-

<sup>12</sup> Während einzelne besondere Anforderungen an Hospize deren besonderer Aufgabenstellung entsprechen (§§ 38 Abs. 2, 39 WTG-E), werden für Kurzzeitpflegeeinrichtungen keine ihrem ausgeprägten Rehabilitationsauftrag entsprechenden Anforderungen (z. B. personeller Art) formuliert.

fertigen kann. Allerdings bleibt zu berücksichtigen, dass Tagespflege häufig eine tragende Säule der häuslichen Versorgung ist, aber Wahlfreiheit zwischen verschiedenen, ähnlich gut erreichbaren Einrichtungen oft nicht gegeben ist, weshalb nicht selten eine Angewiesenheit auf ein bestimmtes Angebot – also ein Abhängigkeitsverhältnis - besteht. „Neu“ ist die Einbeziehung der Tagespflege in den Geltungsbereich des WTG 2013 nur gegenüber dem WTG 2008 – früher war sie regelmäßig Gegenstand des Heimrechts.

### **3. Pflegeprävention und Unterstützung pflegender Angehöriger**

*„Von den Menschen aus denken bedeutet zwingend, endlich auch eine Gruppe in den Blick zu nehmen, in den Regelwerken mitzudenken und ihre Bedarfe zu berücksichtigen, bei der es nach Wahrnehmung der Landesregierung in der Vergangenheit eher nicht und schon gar nicht selbstverständlich war. Gemeint ist die große Gruppe der pflegenden Angehörigen.“* (Allgemeine Begründung zum GEPA NRW, S. 57)

Nun finden die Angehörigen im Gesetzestitel des GEPA NRW und des APG-E, aber auch an zahlreichen Stellen innerhalb des APG-E Erwähnung, wobei wiederholt und völlig zu Recht der Bedarf an unterstützenden und entlastenden Angeboten betont wird. Konkretisiert wird diese Zielstellung indes in § 16 APG-E unter der Überschrift „Angebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger“.

Nach Absatz 1 der Regelung sollen die Kreise und kreisfreien Städte für ein „bedarfsgerechtes Angebot an Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige verantwortlich“ sein, „mindestens“ aber zur Vorhaltung solcher Angebote, „ohne deren Inanspruchnahme den pflegenden Angehörigen die Fortsetzung [sic!] ihrer pflegenden Tätigkeiten nicht möglich wäre“. Nun sind pflegende Angehörige dafür bekannt, dass es ihnen häufig selbst unter unzumutbaren und selbstgefährdenden Bedingungen „möglich“ ist, ihre Pflegearbeit fortzusetzen. Wie also soll die Kommune ihre Verpflichtung konkret verstehen? Ein Blick in die Begründung der „Mindestverpflichtung“ hilft weiter: demnach soll sie sich insbesondere auf „ergänzende Pflegeangebote wie Kurzzeit-, Verhinderungs- oder Tagespflege“ beziehen. Auf dergleichen lässt der Wortlaut der Regelung kaum schließen. Der Kämmerer atmet auf: das sind von jeher im Leistungsrecht des SGB XI verankerte Angebote, für deren Bereitstellung in aller Regel und vorrangig der Pflegemarkt und nicht die Kommune zuständig ist. Was aber, wenn der Pflegemarkt hier den Bedarf nicht deckt? Das kommt vor. Besteht dann subsidiär eine kommunale Vorhaltepflcht? Erneute Beunruhigung. Dann steht da: „§ 4 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.“

§ 4 Abs. 1 APG-E weist zunächst den Kommunen den Sicherstellungsauftrag für bedarfsgerechte pflegerische Infrastrukturen zu. Das ist nichts Neues: schon 1996 hat das Land diese ihm obliegende Verantwortung (§ 9 SGB XI) an die Kommunen weitergereicht. Abs. 2 Satz 1 weitet diese Verpflichtung dann aber aus – des Kämmerers Unruhe wächst - auf nicht pflegerische und vorpflegerische (präventive) Angebote für Pflegebedürftige, wenn diese „nachweisbar dazu beitragen, den aktuellen oder späteren Bedarf an pflegerischen Angeboten zu vermeiden oder zu verringern“. Doch dann folgt § 4 Abs. 2 Satz 2, auf den verwiesen wurde.

Danach gilt Satz 1 nur, wenn der Mehraufwand für die präventiven Angebote „höchstens“ dem ansonsten entstehenden kommunalen Mehraufwand für pflegerische Angebote entspricht, also durch Einsparungen bei der Pflege vollständig gedeckt wird (Kostenneutralität). Bevor für Prävention etwas zusätzlich ausgegeben werden muss, muss „nachgewiesen“ werden, welche Summe in der Zukunft (!) durch eine zusätzliche Präventionsförderung eingespart wird. Glücklicherweise werden hellseherische Fähigkeiten nicht verlangt: laut Begründung kann der Nachweis „durch wissenschaftlich fundierte Prognosen“ geführt werden.

Die bei engen Haushalten auf Sparpolitik getrimmte, vom EU-Fiskalpakt erfasste Kommunalpolitik müsste also in der Gegenwart Mehrausgaben für Präventionsförderung beschließen in der Hoffnung, dass die wissenschaftlichen Prognostiker mit ihren Einsparerwartungen für die Zukunft Recht behalten. Es entzieht sich der Kenntnis des Verfassers, ob entsprechende wissenschaftliche Prognosen, die zur kommunalpolitischen Folgeabschätzung (z. B. bezüglich der Ausgaben für Sozialhilfe zur Pflege) aussagekräftig sind, bereits vorliegen. Falls nicht, müsste zuvorderst Geld in die Hand genommen werden, um entsprechende WissenschaftlerInnen zu beauftragen. Welcher Konkretionsgrad der Prognose für die jeweilige Kommune (z. B. Altersstruktur, Familienstrukturen und Pflegeprävalenz), für das konkrete Setting der Präventionsangebote wird gefordert sein, um dem Gebot des Nachweises bezifferter Einsparungen Genüge zu tun? Wie könnte man sich gegen den Vorwurf absichern, Geld für eine Prognose in den Sand gesetzt zu haben, wenn diese ergibt, dass sich die Präventionsförderung wohl doch nicht refinanziert, z. B. weil das beabsichtigte Maßnahmesetting nicht ausreicht, um die nötigen Einsparungen herbeizuführen? Ob diese Fragen oder andere, es stellen sich jedenfalls viele. Und es folgt Satz 3, wonach einklagbare Rechtsansprüche – von wem auch immer – nicht begründet werden.

All dies gilt entsprechend für die Angebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger nach § 16 APG-E. Dort war uns Neues noch nicht begegnet, aber es folgt noch Absatz 2: „Als Angebote nach Absatz 1 kommen insbesondere Schulungsangebote, Rechtsinformationen und Erfahrungsaustausch in Betracht.“ Indes sind Schulungsangebote und Rechtsinformationen rund um Pflege bereits pflichtige Aufgabe der Pflege- und Krankenkassen (§§ 7 a, 45 SGB XI). Rechtsinformationen zählen zudem zu den basalen Aufgaben der kommunalen Pflegeberatung, zu deren Vorhaltung die Kommunen bereits seit 1996 verpflichtet sind und die künftig nach § 6 APG-E im Zusammenwirken mit den Pflegekassen stattfinden soll. Allein Gesprächskreise zum Erfahrungsaustausch pflegender Angehöriger sind noch kein Regelangebot. Zur „Unterstützung und Entlastung“ können sie jedoch nur wenig beitragen, zumal sie hochbelastete pflegende Angehörige unter chronischem Zeitdruck und –mangel nur selten erreichen. Dafür wären sie meist für sehr kleines Geld auf ehrenamtlicher Basis zu haben.

Den in Absatz 2 „insbesondere“ genannten Angeboten (unter denen sich die in der Erläuterung zu Absatz 1 genannten Pflegeangebote nicht finden, obwohl doch hier die Präzisierung der „Angebote“ vorgenommen wird) ist gemeinsam, dass sie die pflegerische und betreuerische Arbeit dort lassen, wo sie ist: auf den Schultern der Angehörigen, vornehmlich der Frauen und Töchter. Dabei sind von jeher Angebote bekannt, die teils sowohl der Pflegeprävention wie einer effektiven Arbeitsentlastung der Angehörigen dienen

können: „komplementäre ambulante Dienste“ nämlich, wie beispielsweise Mahlzeiten-Service („Essen auf Rädern“), Einkaufshilfen oder Hausbetreuungsdienste bis hin zu Persönlicher Assistenz. Für solche vorpflegerischen und pflegeergänzenden Dienste, die frühere Landesregierungen als „dritte Säule der häuslichen Pflege“ charakterisierten, steht bereits seit 1996 ein „Sicherstellungsauftrag“ der Kommunen im Landespflegegesetz, der von diesen allerdings auf breiter Front missachtet wird, ohne dass dies eine Rechtsfolge hätte. An diese leistungsrechtlich ungesicherten Dienste außerhalb der SGB XI-Regelversorgung wäre in erster Linie zu denken, wenn es um Unterstützungs- und Entlastungsangebote gehen soll. Aber sie finden in § 16 keine Erwähnung, weil sie in eigenen Paragrafen ausgelagert bleiben, der von den meisten Kommunen wie schon bisher eher ignoriert werden dürfte.

Im Ergebnis wird auf jede wirksame Förderverpflichtung für irgendetwas Bestimmtes verzichtet (Konnexitätsvermeidung). Der formalen Verpflichtung, die nur besteht, nachdem der dornenreiche Weg des Nachweises prospektiver Einsparungen gegangen wurde, steht kein einklagbarer Rechtsanspruch gegenüber. Zwar können Interessenvertretungen Betroffener in den zahnlosen kommunalen Pflegekonferenzen, die künftig zu Konferenzen „Pflege und Alter“ aufgebläht werden, für eine konstruktive Nutzung der „Förderverpflichtung“ einsetzen. Doch es bleibt der Kommunalpolitik selbst überlassen, ob und ggf. was sie hier unternehmen möchte. Nicht verschwiegen werden soll: Wenn es denn einer Kommune tatsächlich gelingt, die Hürden des § 4 Abs. 2 Satz 2 zur Förderung von präventiven und zur Unterstützung pflegender Angehöriger gedachten Maßnahmen zu nehmen, dann gelten die Förderausgaben wohl nicht mehr als „freiwillig“, sondern als „gesetzlich verpflichtend“, so dass sie auch unter Haushaltssicherung geschützt wären.

#### **4. Umsetzung der Behindertenrechtskonvention**

Die Landesregierung bekennt sich im GEPA-Entwurf grundsätzlich zur Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK). Ebenso grundsätzlich verkennt sie jedoch durchgängig, dass pflegebedürftige alte Menschen stets auch behinderte Menschen im Sinne des SGB IX und der BRK sind. Dabei hatte der Landespflegeausschuss NRW bereits 2006 konsensual (einschließlich der Landesregierung) Pflegebedürftigkeit als Teilhabebeeinträchtigung und „besonders schwere Form der Behinderung“ definiert<sup>13</sup>, und selbst die Bundesregierung hat sich mittlerweile diese Rechtsauffassung grundsätzlich zu eigen gemacht. Fachlich ist unstrittig, dass die Anforderungen der BRK uneingeschränkt auch für den Pflegebereich gelten. Auch wer wegen demenzieller Erkrankung teilhabebeeinträchtigt ist, aber keine Pflegestufe hat, zählt als behinderter Mensch zur Zielgruppe der BRK. Dagegen hält der GEPA-Entwurf an der überkommenen, vom Kostenträger her gedachten Auffassung fest, dass nur KlientInnen der Eingliederungshilfe (SGB XII), nicht aber Leistungsberechtigte nach dem SGB XI behinderte Menschen

---

<sup>13</sup> Vgl. Landespflegeausschuss NRW, Priorisierung von Handlungsempfehlungen zum Bericht der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ unter Berücksichtigung fachlich gegliederter Versorgungsnotwendigkeiten, Beschluss vom 23. Juni 2006, S.

seien. Eine Berücksichtigung der BRK sei deshalb nicht im APG, sondern nur im WTG geboten, weil Letzteres auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Wohnheime, Außenwohngruppen, betreute Wohngemeinschaften) betreffe.

Eine umfassende Darstellung der BRK-Anforderungen im Bereich der Pflege und des WTG soll hier nicht versucht werden. Nehmen wir exemplarisch zwei BRK-Anforderungen von elementarer Bedeutung in den Blick: Das Recht, wie alle anderen darüber zu entscheiden, mit wem man lebt (Art. 19 BRK) und Barrierefreiheit (Art. 9). Diese beide Themen werden auch seit geraumer Zeit in der NRW-Pflegepolitik kontrovers diskutiert.

#### **4.1 Barrierefreiheit**

Zwar kennt die Landesbauordnung schon seit langem den § 55 Abs. 3, der für Alten- und Behinderteneinrichtungen Barrierefreiheit für das gesamte Gebäude einschließlich der Außenanlagen vorschreibt. Die Anwendung dieser Bestimmung durch die örtlichen Bauaufsichtsbehörden weist jedoch von jeher gravierende Vollzugsdefizite auf. Erst recht kann von einer regelhaften Anwendung der DIN-Normen für Barrierefreiheit keine Rede sein. Es ist bekannt, dass auch WTG-Einrichtungen teils bauliche und/oder gestalterische Barrieren aufweisen. Noch nicht lange zurück liegt ein Konflikt bei der Tagespflege, wo die Kostenträger die vertragliche Gewährleistung von Barrierefreiheit forderten, ohne erforderliche Mehraufwendungen zur Herstellung der Barrierefreiheit refinanzieren zu wollen.

Art. 9 der BRK fordert die „Feststellung und Beseitigung“ von Barrieren. Wo sonst wäre dieser Bestimmung vorrangig zu erfüllen, wenn nicht bei Einrichtungen für behinderte Menschen (mit und ohne Pflegebedürftigkeit)? Barrierefreiheit nach den allgemein anerkannten fachlichen Standards, d.h. den entsprechenden DIN-Normen in der jeweils geltenden Fassung, muss selbstverständlich zu den ordnungsrechtlichen Anforderungen an die Wohnqualität der Einrichtungen gehören. Das WTG 2008 der damaligen schwarz-gelben Landesregierung hatte sich dem zwar unzureichend, aber immerhin im Ansatz geöffnet.

Das WTG 2013 geht nun davon aus, dass das Thema Barrierefreiheit baurechtlich abschließend geregelt sei und baurechtlich genehmigte Einrichtungen Bestandsschutz genießen. Der Prüfung des baulichen Barrierestatus soll die Baugenehmigung zugrunde gelegt werden. Von rechtskräftigen Baugenehmigungen abweichende Vorgaben werden nicht gemacht. So werden die fragwürdigen Ergebnisse der langjährig beklagten Vollzugsdefizite bei § 55 BauO NRW auch im Zeichen der BRK bekräftigt. Einen Ansatz zur „Beseitigung“ vorhandener Barrieren – ob rechtmäßig errichtet oder nicht – wie ihn die BRK fordert, sucht man vergebens. Ob es im Wege der heimaufsichtlichen Prüftätigkeit zumindest zu einer differenzierten „Feststellung“ vorhandener Barrieren kommen wird, bleibt vorerst offen. Die dem Verordnungsentwurf beigefügten Formulare für die zu veröffentlichenden (reduzierten) Ergebnisberichte der behördlichen Prüfungen enthalten jedenfalls zur Barrierefreiheit - nichts.

Weil nach Lesart der Landesregierung die BRK für die Altenpflege unbeachtlich sei, kommt Barrierefreiheit im APG-E nicht vor. Im Referentenentwurf der Durchführungsverordnung zum APG – ein endgültiger Entwurf liegt wie erwähnt noch nicht vor – waren förderfähige

Flächengrößen definiert, die eine bauliche Barrierefreiheit regelmäßig kaum ermöglichen. Eine wegen Barrierefreiheitsanforderungen erforderliche höhere Nettogrundfläche sollte nur als *Ausnahmetatbestand* mit Zustimmung des Sozialhilfeträgers zulässig sein. Sollte der angekündigte endgültige Verordnungsentwurf an solchen Bestimmungen festhalten, käme dies erheblichen Hürden für eine barrierefreie Ausführung von Neubauten gleich, wenn nicht gar teils deren Verhinderung.

Zwar mag die „Zurückhaltung“ bei diesem Thema verständlich sein, weil ein Barriereabbau bei den Bestandseinrichtungen mit erheblichem Investitionsaufwand verbunden wäre, der nicht (allein) den Trägern aufgelastet werden könnte, sondern öffentliche Mittel benötigte und mit dem Gebot der Kostenneutralität nicht vereinbar wäre. Dennoch verstößt sie gegen geltendes Recht, das der BRK nämlich.

#### **4.2 Recht auf ein Einzelzimmer**

Das Recht des Art. 19 BRK, wie alle anderen darüber zu entscheiden, mit wem man lebt, ist unvereinbar mit den in Pflegeheimen nach wie vor verbreiteten Doppelzimmern, in denen sich einander fremde Menschen einen gemeinsamen Wohn-/Schlafraum teilen und ihr Grundrecht auf Privat- und Intimsphäre allenfalls hinter der verschlossenen Tür des „Tandembads“ genießen können. Zwar sehen Heimneubauten auch ohne rechtliche Vorgabe (aus Wettbewerbsgründen) meist nur noch Einzelzimmer vor. Aber die Infrastruktur wird weitestgehend vom Altbestand geprägt. Dem Grunde nach hatten sich alle Landtagsfraktionen auf Druck von Betroffenenvertretungen, insbesondere des Sozialverband Deutschland (SoVD), dieser Frage bereits bei Verabschiedung des WTG 2008 geöffnet, allerdings nicht mit rechtlichen Regelungen, sondern in politischen Anträgen. Nur die Grünen hatten sich damals die Forderung nach Aufnahme eines Rechts auf ein Einzelzimmer in Heimen ins WTG zu eigen gemacht und bekräftigten diese Position auch im Landtagswahlkampf 2010.

Das „grüne“ WTG 2013 greift zwar die Marktentwicklung auf und sieht für Neubauten – deren Vermeidung zu den Zielen der Ministerin gehört - nur noch Einzelzimmer vor. Für die Bestandsheime soll jedoch soll es bei der langjährig geltenden Regelung (bisher des Landespflegegesetzes, künftig des WTG) bleiben, wonach sie bis 2018 einen Einzelzimmeranteil von mindestens 80 % erreichen müssen. Umgerechnet in Bewohnerplätze bedeutet dies, dass jeder dritte Heimplatz in einem Doppelzimmer liegt - bis weit über 2018 hinaus. Dieses Problem soll aber per Gesetz zur Lösung umgedeutet werden: *„Den Nutzerinnen und Nutzern ist auf Wunsch bei Verfügbarkeit [sic!] ein Einzelzimmer zur Verfügung zu stellen. Um dies zu gewährleisten [sic!], muss der Anteil der Einzelzimmer bei mindestens 80 vom Hundert ... liegen“* (§ 20 Abs. 2 WTG-E). So rückt das Recht vieler BewohnerInnen auf eine Privat- und Intimsphäre ebenso in die Ferne wie die Umsetzung des BRK-Rechts, zu entscheiden, mit wem man lebt.

## 5. Ordnungs- und Förderrecht

Weitere konkrete Probleme im förderrechtlichen (APG) wie im ordnungsrechtlichen (WTG) Teil des GEPA-Entwurfs sollen hier nicht diskutiert werden.<sup>14</sup> Eine zumindest kurze Betrachtung verdient jedoch die beabsichtigte grundlegende Veränderung des Verhältnisses von Förder- und Ordnungsrecht. Im Vorblatt des GEPA-Entwurfs (S. 2) behauptet die Landesregierung, das Verfahren zur Evaluation des Landespflegegesetzes (PfG NW – Förderrecht) auf Grundlage des Evaluationsberichtes der TU Dortmund (2009/2010) habe „vor allem“ auch zu der „Erkenntnis“ geführt, dass die Anforderungen des WTG nicht deckungsgleich mit denen des PfG NW seien. „Beide Gesetze müssen aufeinander abgestimmt werden“. In der Begründung (S. 69) wird das Harmonisierungserfordernis gar zur „objektiven Notwendigkeit“ erhoben. Dieser soll nun dadurch entsprochen werden, dass sämtliche qualitativen Standards des bisherigen PfG NW ins WTG überführt werden, so dass das APG künftig nur noch förder-technische Voraussetzungen beschreibt.

Nun bedurfte es zu der „Erkenntnis“, dass in beiden Regelungsbereichen unterschiedliche Standards formuliert sind, nie eines Evaluationsverfahrens, denn dies war seit der Gesetzgebung zum PfG NW 1996 jederzeit offenkundig und auch so gewollt. Das damalige Heimgesetz als Ordnungsrecht formulierte die Mindestanforderungen für die *Zulässigkeit* des Betriebs der Einrichtungen. Dagegen knüpfte man die öffentliche Förderung der Einrichtungen (§ 9 SGB XI) - aus Einsparungen, die den Kommunen durch die neu geschaffene Pflegeversicherung entstanden – völlig zu Recht an weitergehende Standards der Wohnqualität<sup>15</sup>, um mittels der Förderung *Verbesserungen* zu bewirken. Der wissenschaftliche Evaluationsbericht der TU Dortmund zum PfG NW (2009) stellt den Fortentwicklungsauftrag des Förderrechts an keiner Stelle in Frage, sondern belegt im Gegenteil dessen Wirksamkeit. Soweit ersichtlich, findet darin das „Harmonisierungsthema“ nur Erwähnung durch Wiedergabe der Anregung von zwei Städten, das PfG NW mit dem WTG abzugleichen.<sup>16</sup> Die Diskussion über diese Frage flammte erst in der parlamentarischen Beratung der PfG NW-Evaluation Anfang 2010 auf. Wenn die Landesregierung jetzt behauptet, es gebe evaluationsbasierte Erkenntnisse einer „objektiven Notwendigkeit“ oder eines „Muss“ der Harmonisierung, sagt sie damit dem Landtag die Unwahrheit.

Zweifellos ist es zeitgemäß, 17 Jahre später (mindestens) die bisherigen förderrechtlichen Standards in das Ordnungsrecht zu übernehmen, um Fortentwicklungen möglichst zu verallgemeinern. Führt dies aber dazu, dass auf neue, aus heutiger Sicht erforderliche Standardsetzungen im Förderrecht verzichtet wird, gerät die öffentliche

---

<sup>14</sup> Beispielsweise bleibt das langjährig kritisierte Problem ungelöst, dass die Kommunen gleichzeitig Träger der Heimaufsichtsbehörden und Kostenträger der Pflege (teils auch noch Heimträger) sind, so dass eine unabhängige, allein dem Gesetzeszweck verpflichtete Rechtsanwendung kaum möglich ist.

<sup>15</sup> Z. B. die Einzelzimmerquote von 80 %, die Größenbegrenzung von Heimneubauten auf 80 Plätze.

<sup>16</sup> Vgl. TU Dortmund, Evaluation des Landespflegegesetzes NRW, Dortmund, im August 2009, S. 251. Die Fundstelle befindet sich in einem Abschnitt, der über „Sonstige Vorschläge bzw. Anmerkungen“ der Kommunen zum PfG NW berichtet.

Förderung zur bloßen *Marktsubvention*, während andererseits das Förderrecht als zentrales, wenn nicht gar einziges Instrument der Landespolitik zur Ingangsetzung von teils rechtlich gebotenen qualitativen Weiterentwicklungen (etwa wegen völkerrechtlichen Verpflichtungen durch die BRK) verzichtet wird. Dieser förderrechtliche Paradigmenwechsel ergänzt den in Richtung Marktkonformität beim Ordnungsrecht. Einmal in Kraft gesetzt, wird beides nur schwer rückholbar sein.

## **6. Vom Geld her gedacht**

Dass die (rot-) grüne Pflegereform ihre eigenen erklärten Ziele frisst, ist unvermeidliche Folge der Gebote der Kostenneutralität und Konnexitätsvermeidung. Nicht ein neues Denken „vom Menschen her“, sondern ein altbekanntes Denken „vom Geld her“ zieht sich als roter Faden durch den GEPA-Entwurf. Dahinter stehen die politisch herbeigeführten Verteilungsverhältnisse des immensen gesellschaftlichen Reichtums in Deutschland, die nicht nur private, sondern auch öffentliche Armut produzieren, die es Bund, Ländern und Gemeinden kaum noch ermöglichen, ihren Gemeinwohlaufgaben angemessen nachzukommen.

Doch auch innerhalb dieser Verteilungsverhältnisse steht die Pflege hinten in der Schlange, weit zurück etwa hinter der gleichfalls chronisch unterfinanzierten Bildung. Politik und Wirtschaft müssen halt nicht fürchten, dass pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige, die alle Mühe haben, ihren Lebensalltag zu bewältigen, zur Entwicklung machtvoller Protestbewegungen in der Lage wären. An denen, die dazu potenziell in der Lage sind, wird es daher liegen, ob „Umfairteilung“ auch den Systemwechsel hin zu einer professionell getragenen häuslichen Pflege, Betreuung und Assistenz nach skandinavischem Beispiel ermöglicht, ob behinderte Menschen in den vollen Genuss ihrer völkerrechtlich verbindlichen Menschenrechte und Grundfreiheiten kommen, und ob das unzureichende Zuschusssystem der Pflegeversicherung („Teilkasko“) zu einer Vollversicherung fortentwickelt wird, wie wir sie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung von jeher für selbstverständlich halten. Mit einem Wort: ob Politik, Sozialpolitik zumal, „vom Menschen her gedacht“ werden kann.