

**Ausschuss für Gesundheit**

**Wortprotokoll**

**72. Sitzung**

**Berlin, den 21.01.2008, 14:00 Uhr**  
**Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001**

**Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB**  
**Dr. Hans Georg Faust, MdB (zeitweise)**

**TAGESORDNUNG:**

**Öffentliche Anhörung (Block II: Stärkung der Versorgung, Pflegestützpunkte, Pflegezeit, Pflegebegriff, Demenzielle Versorgung) zu folgenden Vorlagen:**

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung  
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksache 16/7439, 16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für eine zukunfts- und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

**Mitglieder des Ausschusses**

## Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

## Stellv. Mitglieder des Ausschusses

**CDU/CSU**

Bauer, Wolf, Dr.  
 Eichhorn, Maria  
 Faust, Hans Georg, Dr.  
 Hüppe, Hubert  
 Koschorrek, Rolf, Dr.  
 Michalk, Maria  
 Scharf, Hermann-Josef  
 Spahn, Jens  
 Straubinger, Max  
 Widmann-Mauz, Annette  
 Zylajew, Willi

Blumenthal, Antje  
 Brüning, Monika  
 Hennrich, Michael  
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.  
 Krichbaum, Gunther  
 Luther, Michael, Dr.  
 Meckelburg, Wolfgang  
 Philipp, Beatrix  
 Scheuer, Andreas, Dr.  
 Zöllner, Wolfgang  
 N.N.

**SPD**

Friedrich, Peter  
 Hovermann, Eike  
 Kleiminger, Christian  
 Lauterbach, Karl, Dr.  
 Mattheis, Hilde  
 Rawert, Mechthild  
 Reimann, Carola, Dr.  
 Spielmann, Margrit, Dr.  
 Teuchner, Jella  
 Volkmer, Marlies, Dr.  
 Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine  
 Becker, Dirk  
 Bollmann, Gerd  
 Ferner, Elke  
 Gleicke, Iris  
 Hemker, Reinhold, Dr.  
 Kramme, Anette  
 Kühn-Mengel, Helga  
 Marks, Caren  
 Schmidt, Silvia  
 Schurer, Ewald

**FDP**

Bahr, Daniel  
 Lanfermann, Heinz  
 Schily, Konrad, Dr.

Ackermann, Jens  
 Kauch, Michael  
 Parr, Detlef

**DIE LINKE.**

Bunge, Martina, Dr.  
 Seifert, Ilja, Dr.  
 Spieth, Frank

Ernst, Klaus  
 Höger, Inge  
 Knoche, Monika

**B90/GRUENE**

Bender, Birgitt  
 Scharfenberg, Elisabeth  
 Terpe, Harald, Dr.

Haßelmann, Britta  
 Koczy, Ute  
 Kurth, Markus

-

Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

<b>Sprechregister Abgeordnete</b>	<b>Seite/n</b>	<b>Sprechregister Sachverständige</b>	<b>Seite/n</b>
Abg. <b>Annette Widmann-Mauz</b> (CDU/CSU)	8, 9, 16, 56	SV <b>Andreas Besche</b> (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	33
Abg. <b>Birgitt Bender</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	51, 52	SV <b>Andreas Leimpek-Mohler</b> (Deutscher Caritasverband e.V.)	16
Abg. <b>Daniel Bahr</b> (Münster) (FDP)	35, 36	SV <b>Bernd Tews</b> (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa))	11, 31, 37, 56, 58, 59
Abg. <b>Dr. Carola Reimann</b> (SPD)	18, 22, 23, 61	SV <b>Claus Fussek</b>	40, 44
Abg. <b>Dr. Hans Georg Faust</b> (CDU/CSU)	14	SV <b>Detlev Heins</b> (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.)	24
Stellvertretender Vorsitzender, Abg. <b>Dr. Hans Georg Faust</b> (CDU/CSU)	18, 29	SV <b>Dieter Lang</b> (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.):	11, 13, 24, 52, 57, 68
Abg. <b>Dr. Harald Terpe</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	52, 53, 54	SV <b>Dietmar J. Herdes</b>	30
Abg. <b>Dr. Ilja Seifert</b> (DIE LINKE.)	37, 42, 45	SV <b>Dr. Alfred Spieler</b> (Volkssolidarität - Bundesverband e.V. (VS))	41
Abg. <b>Dr. Konrad Schily</b> (FDP)	34	SV <b>Dr. Herbert Reichelt</b> (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	9, 14, 34, 69
Abg. <b>Dr. Margrit Spielmann</b> (SPD)	23, 24, 67	SV <b>Dr. Joachim Wilbers</b>	11, 15, 17
Abg. <b>Dr. Marlies Volkmer</b> (SPD)	21, 22, 68	SV <b>Dr. Martin Danner</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE))	24, 28, 41, 52, 68
Abg. <b>Elisabeth Scharfenberg</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	46, 47, 49, 50, 51	SV <b>Dr. Peter Pick</b> (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.(MDS))	17, 21, 27, 54
Abg. <b>Frank Spieth</b> (DIE LINKE.)	41, 44	SV <b>Dr. Peter Weskamp</b>	19
Abg. <b>Heinz Lanfermann</b> (FDP)	29, 32, 33, 37	SV <b>Franz Wagner</b> (Deutscher Pflegerat e. V.)	14
Abg. <b>Helga Kühn-Mengel</b> (SPD)	27	SV <b>Gerd Kukla</b> (IKK-Bundesverband (IKK-BV))	10, 15
Abg. <b>Hermann-Josef Scharf</b> (CDU/CSU)	13, 58	SV <b>Herbert Mael</b> (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa))	55, 57, 60
Abg. <b>Hilde Mattheis</b> (SPD)	18, 26, 64, 70	SV <b>Herbert Weisbrod-Frey</b> (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	52
Abg. <b>Jens Spahn</b> (CDU/CSU)	10, 11, 15, 54, 59, 60	SV <b>Jan Dannenbring</b> (Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V.)	35
Abg. <b>Maria Eichhorn</b> (CDU/CSU)	13, 17, 57	SV <b>Jens Kaffenberger</b> (Sozialverband VdK Deutschland e. V.)	38, 58, 64
Abg. <b>Mechthild Rawert</b> (SPD)	20, 66	SV <b>Klaus Lachwitz</b> (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (BVLH))	50, 67
Abg. <b>Silvia Schmidt</b> (Eisleben) (SPD)	25	SV <b>Michael Löher</b> (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.)	58

Abg. <b>Ute Kumpf</b> (SPD)	27	<b>SV Norbert Müller-Fehling</b> (Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.):	53
Abg. <b>Willi Zylajew</b> (CDU/CSU)	12, 14, 17, 55, 60	<b>SV Otto Frey</b>	22
Vorsitzende Abg. <b>Dr. Martina Bunge</b> (DIE LINKE.)	7, 9, 37, 46, 54, 61, 71	<b>SV Paul-Jürgen Schiffer</b> (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	16, 25, 33, 58, 59
		<b>SV Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer</b> (Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA))	50
		<b>SV Prof. Dr. Felix Welti</b>	25, 39, 43, 49, 70
		<b>SV Prof. Dr. Gregor Thüsing</b>	8, 10, 11, 22, 23, 26
		<b>SV Prof. Dr. Hugo Mennemann</b>	46, 47
		<b>SV Prof. Dr. Thomas Klie</b> (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatric e. V.)	47, 52, 64
		<b>SV Rainer Brückers</b> (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO))	27, 29, 65
		<b>SV Sebastian A. Froese</b> (Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.):	57, 60
		<b>SV Thomas Ballast</b> (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	16, 30, 36, 37
		<b>SV Thomas Montag</b> (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP))	51
		<b>SV Ulrich Krüger</b> (Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK))	20, 71
		<b>SV Wolfram-Arnim Candidus</b> (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP))	13, 60
		<b>SVe Andrea Pawils</b> (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V. (DPWV))	52, 54
		<b>SVe Astrid Grunewald-Feskorn</b> (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V.)	39, 57, 61
		<b>SVe Dr. Brigitte Weihrauch</b> (Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (DHPV))	64
		<b>SVe Dr. Cornelia Goesmann</b> (Bundesärztekammer (BÄK))	36
		<b>SVe Dr. Elisabeth Fix</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.)	31, 34
		<b>SVe Dr. Elisabeth Fix</b> (Deutscher Caritasverband e.V.)	27, 56, 58, 61

		<b>SVe Dr. Irene Vorholz</b> (Deutscher Landkreistag) (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände)	18, 32, 34, 37
		<b>SVe Dr. Regina Klackow-Franck</b> (Bundesärztekammer)	18
		<b>SVe Elke Bartz</b> (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e.V. (ForseA))	25, 38, 42, 45, 48
		<b>SVe Erika Stempfle</b> (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)) 2	14, 16, 28, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 65
		<b>SVe Gabriele Feld-Fritz</b> (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	68
		<b>SVe Helga Nielebock</b> (Deutscher Gewerkschaftsbund)	62
		<b>SVe Helga Walter</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.)	67
		<b>SVe Henny Engels</b> (Deutscher Frauenrat e. V.)	21, 45, 51, 58, 66
		<b>SVe Iris Emmelmann</b> (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Familienorganisationen e. V./Deutscher Familienverband e. V.)	61, 63
		<b>SVe Katrin Kollex</b>	29
		<b>SVe Kerstin Bordt</b> (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V.)	35
		<b>SVe Kerstin Brandhorst</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e.V. (bagfa))	28
		<b>SVe Mona Frommelt</b> (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO))	18
		<b>SVe Mona Frommelt</b> (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management)	69
		<b>SVe Sabine Jansen</b> (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG))	15, 17, 23, 64, 71
		<b>SVe Ulrike Döring</b> (Deutscher Pflegerat e. V.):	59
		<b>SVe Verena Göppert</b> (Deutscher Städtetag) (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände)	12, 70

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung  
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksache 16/7439, 16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für eine zukunfts- und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

Beginn: 14.06 Uhr

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich darf Sie recht herzlich begrüßen. Ich rufe jetzt den einzigen Punkt der Tagesordnung der 72. Sitzung des Gesundheitsausschusses auf:

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen zu folgenden Vorlagen:

Bundesregierung: **„Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)“**, - **BT-Drucksachen 16/7439, 16/7486** -

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: **„Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung“**, - **BT-Drucksache 16/7136** -

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE: **„Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung“** - **BT-Drucksache 16/7472** -

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: **„Für eine zukunfts- und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege“** - **BT-Drucksache 16/7491** -

Wir haben jetzt den Block II von insgesamt elf Stunden, mit den Schwerpunkten: Stärkung der Versorgung, Pflegestützpunkte, Pflegezeit, Pflegebegriff, demenzielle Versorgung. Die Vertreter von insgesamt 64 Verbänden und zehn Einzelsachverständige haben hier Platz genommen. Soweit wir uns noch nicht gesehen haben, darf ich Sie recht herzlich begrüßen. Ich begrüße auch die Vertreter der Bundesregierung - die Regierungsbank hat sich inzwischen gefüllt -, an der Spitze Herrn Parlamentarischen Staatssekretär Schwanitz. Auch die Bundesratsseite ist gut vertreten. Ich begrüße ferner die Gäste und Medienvertreter, die an dieser Anhörung teilnehmen.

Das Reglement kennen die meisten. Ich bitte Sie alle, die Mikrofone zu benutzen; das bedeutet: ein- und ausschalten. Sobald eines Ihrer Mikrofone an bleibt, hat der Nächste Schwierigkeiten; das kann dazu führen, dass hier gar nichts mehr geht.

Soweit ich Sie nicht mit Namen und Verband aufrufe - das ist bei der Vielzahl von Personen manchmal nicht einfach, vor allem wenn mehrere Vertreter anwesend sind und einer antwortet -, stellen Sie sich bitte vor.

Ich habe schon heute Morgen an die Abgeordneten appelliert, möglichst nicht nur die Abkürzung zu nennen; denn viele Verbände, die hier vertreten sind, sind nicht tagtäglich zu Anhörungen in den Bundestag eingeladen.

Wir nehmen uns am heutigen Nachmittag für die eben genannten Schwerpunkte insgesamt fünf Stunden Zeit. Wir haben große Anhörsblöcke: 48 Minuten seitens der Koalitionsfraktionen, 40 bzw. 35 Minuten seitens der Oppositionsfraktionen, dann noch einmal 47 Minuten seitens der Koalitionsfraktionen.

Wir beginnen wie immer mit der Fraktion der CDU/CSU.

**Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):** Meine erste Frage betrifft den Themenkomplex der Pflegestützpunkte. Das Ziel dabei ist ja, dass die Beratung im Hinblick auf die unterschiedlichen Bereiche an einem Ort, inklusive der Leistungsentscheidung, stattfindet. Herr Professor Thüsing, wie ist dies aus verfassungsrechtlicher und ordnungspolitischer Sicht zu bewerten?

**SV Prof. Dr. Gregor Thüsing:** Herzlichen Dank für die Ehre, heute Nachmittag den Vortrag der Hundertschaft anzuführen! Bei der vorgeschlagenen Regelung nach § 92 c SGB XI hat der Gesetzgeber sicherlich gesehen, dass verfassungsrechtliche Probleme bestehen, und er hat versucht, diese zu umschiffen. Die Frage ist, ob er von den Klippen weit genug Abstand genommen hat. Das Problem, um das es hier geht, hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 20. Dezember 2007 zu den Arbeitsgemeinschaften aufgearbeitet. Nun war diese Entscheidung beim Bundesverfassungsgericht selber nicht unumstritten; Sie wissen, dass drei Richter des Senats, von durchaus unterschiedlicher politi-

scher Couleur, ein abweichendes Sondervotum abgegeben haben.

Überall dort, wo Träger verschiedener Körperschaften zusammengeführt werden und die Gefahr einer Mischverwaltung entsteht, wie es bei der vorgeschlagenen Regelung von § 92 c der Fall ist, ist die Grauzone zwischen dem, was zulässig ist, und dem, was unzulässig ist, nur schwer auszuleuchten.

Meines Erachtens spricht viel dafür, die Ansätze, die hier gewählt sind, einer intensiven Prüfung zu unterziehen. Ich weiß nicht, inwieweit das bislang geschehen ist. Ich halte jedoch wesentliche Punkte für fragwürdig, insbesondere deswegen, weil in der Gesetzesbegründung eine weiter gehende Kompetenz der Pflegestützpunkte angedeutet ist, als es der eigentliche Wortlaut des Gesetzes hergibt. Wenn das alles bloß Beratung ist, könnte man noch dafür votieren, dass das zulässig ist. Aber spätestens dann, wenn es tatsächlich mit Kompetenzen verbunden ist, die eine einheitliche Entscheidung über die Leistungen verschiedener Träger begründen, wäre der Schritt zu einer unzulässigen Mischverwaltung gemacht. So wird in der Gesetzesbegründung an einigen Stellen ausdrücklich davon gesprochen, dass es wünschenswert wäre, hier eine Entscheidungskompetenz einzusetzen, und dass die Möglichkeit einer sofortigen Entscheidung bestehen solle. Insofern muss man sich die Frage stellen, ob diese Mischverwaltung gerechtfertigt ist. Ich sehe keine Gründe für eine ausnahmsweise Zulässigkeit nach Art. 87 Abs. 2 und 3 des Grundgesetzes.

Die gleichen Fragen stellen sich im Hinblick auf die beteiligten Kassen, für die, wie Sie wissen, der Selbstverwaltungsgrundsatz gilt. Wie kann ein Angestellter einer fremden Kasse, der an einem solchen Stützpunkt arbeitet, über die Leistungen einer anderen Kasse entscheiden oder beraten? Wenn er entscheiden kann, wird offensichtlich in das Selbstverwaltungsrecht der Kassen eingegriffen; darf er nur beraten, muss man sich fragen, was dies helfen soll. Denn wenn sich die Kasse nicht daran halten sollte, würde die Beratung letztlich ins Leere greifen. Das wäre sicherlich nicht im



Sinne dieses Gesetzes. Das, was geht, wird also nicht viel helfen, wäre nicht effizient und nicht sinnvoll, während das, was sinnvoll und effizient wäre, bei dieser Ausgestaltung der Pflegestützpunkte verfassungsrechtlich fragwürdig wäre.

Und wie sollte das im typischen Fall mit der Haftung sein? Der Ratsuchende, der sich wegen Leistungen beraten lässt, wird oftmals gar nicht wissen, welcher Kasse derjenige, der ihm gegenübersteht, zuzuordnen ist. Das wirft viele Folgefragen auf, die ich in meiner schriftlichen Stellungnahme aufgearbeitet habe.

Bei der Beteiligung der Gemeinden müssen wir ebenfalls das Selbstverwaltungsrecht nach Art. 28 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes beachten. Wenn Sie sich den Wortlaut der Entscheidung zu den Arbeitsgemeinschaften anschauen, werden Sie sehen, dass sich viele Punkte auf dieses Vorhaben übertragen lassen.

Zur Einbeziehung der privaten Krankenversicherung, die fragwürdig ist, möchte ich auf meine schriftlichen Ausführungen verweisen. Entscheidend scheint mir zu sein - das sage ich, weil dieses Argument im politischen Kontext gebracht wurde -: Die Tatsache, dass wir hier vertragliche Vereinbarungen haben, führt nicht zu einer vom Grundgesetz abweichenden Zuordnung der Kompetenzen. Dies gilt insbesondere, wenn die vertraglichen Vereinbarungen zwangsweise erfolgen sollen. Laut Grundgesetz sind die zugewiesenen Zuständigkeiten mit eigenem Personal, eigenen Sachmitteln und eigener Organisation wahrzunehmen. Grund für diese strikte und nicht abdingbare Trennung ist, dass eine Verwischung der Kompetenzordnung droht. Genau das droht bei § 92 c SGB XI.

Eine letzte Bemerkung: Ich rege an, dass es Gesetz einer erweiterten Rechtsförmlichkeitsprüfung zu unterziehen. § 92 c SGB XI ist sprachlich doch gewöhnungsbedürftig. Wenn Sie einmal das Handbuch der Rechtsförmlichkeit, das Ihnen das Bundesjustizministerium gerne ausleihen wird, aufschlagen, werden Sie feststellen, dass dort steht: Ein Satz soll nicht mehr als 22 Wörter haben. Ich habe welche mit

62 Wörtern gefunden. Auch die Begrifflichkeit „Pflegestützpunkt“: Geben Sie einmal „Stützpunkt“ bei Wikipedia ein! Dann werden Sie zu einem Artikel zum Thema „Militärbasis“ weitergeleitet.

„Pflegestützpunkt“ würde man dann wohl mit „Lazarett“ übersetzen; in der Tat gab es diese militärische Begrifflichkeit im Ersten und Zweiten Weltkrieg. „Pflegestützpunkt“ ist also ein Unwort. Wenn Sie diese Einrichtungen wirklich schaffen wollen, sollten Sie sie anders nennen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Da Sie zu einer eher die Form betreffenden Anmerkung Beifall gespendet haben, toleriere ich ihn. Ansonsten ist so etwas hier nicht üblich.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine nächsten Fragen richten sich an den AOK-Bundesverband und an den IKK-Bundesverband. Ist die Vertragskonstruktion, die für die Pflegestützpunkte vorgesehen ist, aus Ihrer Sicht ein geeignetes Instrument? Wie ist diese Konstruktion unter Wettbewerbsgesichtspunkten zu bewerten? Wie beurteilen Sie die flächendeckende Einführung von Pflegestützpunkten in der Verantwortung der Pflege- und Krankenkassen, insbesondere unter finanziellen Aspekten?

SV **Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband): Wir halten es für dringend geboten und begrüßen es, dass ein individueller Rechtsanspruch auf Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements geschaffen werden soll. Die wohnortbezogene integrierte Beratung und Versorgung Pflegebedürftiger muss künftig stärker zwischen den verschiedenen Leistungsträgern vernetzt werden. Des Aufbaus neuer Strukturen in Form einer flächendeckenden Einführung von Pflegestützpunkten, in denen die Pflegeberater angesiedelt werden, bedarf es jedoch aus der Sicht der AOK nicht.

Die Regelungen werfen Rechtsfragen auf; es gibt aber auch eine ganze Reihe organisatorischer Probleme: Das Konzept ist sehr komplex und beinhaltet Tendenzen zur Bürokratisierung. Wir sehen die Gefahr, dass das wichtige Ziel, die ambulante und wohnortnahe Versorgung von Pflegebedürftigen zu verbessern, nur mit einem sehr hohen finanziellen und personellen Aufwand erreicht werden könnte. Auch der Termin für den Start der Pflegestützpunkte, der 1. Januar 2009, dürfte für den Aufbau solcher Strukturen unrealistisch sein.

Frau Widmann-Mauz, Sie sprachen die Wettbewerbsaspekte an. In der Tat muss man sehen, dass auch heute Pflegeberatung stattfindet. Bei der AOK beispielsweise sind rund 2500 Personen in der Pflegeberatung tätig. Natürlich wird man über eine kompetente und qualifizierte Beratung auch wettbewerbsfähig tätig. Ich persönlich halte solche Anreizsysteme, die dazu führen, dass ein qualitativ gutes Angebot entsteht, für wesentlich besser.

Wenn man an diesem Konzept festhalten will, dann wäre es aus unserer Sicht sehr wichtig, dass man die Ergebnisse der Modellversuche - es sind ja nicht nur Modellversuche seitens des BMG initiiert worden sind; vielmehr hat die AOK beispielsweise an verschiedenen Stellen schon vorher ähnliche Modellvorhaben in eigener Regie entwickelt - zunächst einmal erwartet, um zu sehen, wie solche Konstrukte gelingen können. Ganz wichtig ist aus unserer Sicht auch, dass die vorhandenen Strukturen in diesem Kontext genutzt werden, das heißt, dass insbesondere die Kompetenz der Pflegekassen genutzt wird. Das ist der eigentlich zentrale Punkt.

In der ersten Runde haben wir heute Morgen viel über die Qualität der ergänzenden Angebote gesprochen. Hierbei kommt es darauf an, dass das aus einer Hand geleistet wird. Das lässt sich nur in der Regie der Pflegekassen realisieren. Aus unserer Sicht ist das der richtige Ansatz.

**SV Gerd Kukla (IKK-Bundesverband):** Ich kann mich den Ausführungen von Herrn Dr. Reichelt in weiten Teilen anschließen, möchte aber noch auf einige besondere Aspekte hinweisen.

Es ist gefragt worden, ob dieses Vertragskonstrukt geeignet ist. Das Vertragswerk über die integrierte Versorgung spielt hauptsächlich im Bereich der wettbewerblichen Organisation der Vertragsstrukturen eine Rolle. In diesem Bereich soll der Wettbewerb hingegen ausgeschlossen werden. In den Pflegestützpunkten soll eine wettbewerbsneutrale Beratung geleistet werden. Hier sehen wir einen gewissen Widerspruch.

Die Finanzen sind ebenfalls angesprochen worden. Wir teilen nicht die Auffassung, dass die Einrichtung der Pflegestützpunkte insgesamt kostenneutral vonstatten gehen kann. Auch wenn bestehende Beratungsangebote in weiten Teilen genutzt werden sollen, so sehen wir doch die in den einzelnen Regionen sicherlich unterschiedlichen Notwendigkeiten, Pflegestützpunkte mit all den laufenden Kosten - Miete, Telefon, Strom usw. - neu zu gestalten. Von daher ist es nicht nur damit getan, die Pflegeberater, die dort angesiedelt sind, von den originären Trägern dorthin abzuordnen, sondern es gibt auch andere laufende Kosten. Deshalb sehen wir hier keine Kostenneutralität.

**Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):** Ich habe eine Frage an Herrn Professor Thüsing, an Herrn Dr. Wilbers, an den Verbraucherzentrale Bundesverband und an den bpa. Die gerade diskutierten Pflegestützpunkte und auch die Pflegeberater sollen eine Beratung der Angehörigen unter Einbeziehung wohnortnaher Strukturen und die Koordination derselben sicherstellen. Kann dieses Ziel auch ohne den Aufbau von Pflegestützpunkten erreicht werden, und, wenn ja, wie?

**SV Prof. Dr. Gregor Thüsing:** Die Fraktion fragt nach ihren eigenen Vorschlägen, die Ihnen bekannt sein könnten. Ich benenne Sie gerne noch einmal; das ist nicht das Problem.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Sie können auch weitere Vorschläge machen, wenn Sie wollen; so ist es nicht.

**SV Prof. Dr. Gregor Thüsing:** Herr Spahn, das ist die ordnungspolitische Seite. Ich glaube, das Ziel wird von allen Fraktionen geteilt. Man will ein effizientes Beratungsangebot haben, das über das bisherige System hinausgeht, und über die Information einen möglichen Zugang zur Pflege schaffen. Das ist legitim. Die Frage ist, ob das am besten durch eine solche Stützpunktsystematik erreicht wird, die eine Zwangszusammenführung von unterschiedlichen Trägern bedeutet, oder ob eine Beratung - neutrale und unabhängige Beratung - auch dadurch möglich ist, dass man diese Verbindung nicht herstellt und stattdessen neutrale Systeme schafft, die von den Hilfesuchenden selber frei gewählt werden können.

Mein tiefes Bekenntnis ist: Wenn ich selber entscheiden kann, von wem ich mich beraten lasse, dann werde ich mir die beste Beratung aussuchen. Das ist etwas anderes, als wenn ich einem bestimmten Stützpunkt zugewiesen werde, der über einen großen Verwaltungsaufbau verfügt, deshalb vielleicht nicht flexibel genug auf Neuerungen reagieren kann und vielleicht auch Eigeninteressen verfolgt. Es wurde teilweise schon angesprochen, dass die Wettbewerbsneutralität hier fraglich sein kann. Insofern habe ich große Sympathien für die Alternative, die von der CDU/CSU-Fraktion vorgebracht wurde.

**SV Dr. Joachim Wilbers :** Auch ich sehe, dass es nicht zwingend erforderlich ist, neue Strukturen aufzubauen; denn es gibt schon jetzt eine ganze Reihe von Strukturen und Beratungsmöglichkeiten. Die Pflegekassen sind schon jetzt dazu verpflichtet, zu beraten, und es gibt kommunale Beratungsstrukturen. Herr Pogadl hat in seiner Stellungnahme geschildert, dass es in Dortmund zum Beispiel Seniorenbüros gibt.

Insofern sollte man zunächst einmal überlegen, wie man das, was es schon gibt, einbeziehen kann, ehe man sich über neue Strukturen Ge-

danken macht. Wenn es eine Wahlfreiheit für denjenigen gibt, der sich beraten lässt, dann ist das natürlich umso besser, weil es zu einer Qualitätsentwicklung kommen kann, die es möglicherweise nicht gibt, wenn eine feste Zuordnung besteht.

**SV Dieter Lang** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Pflegestützpunkte können durchaus einen wertvollen Beitrag zur besseren Versorgung der pflegebedürftigen Menschen leisten. Ich bin allerdings der Meinung - das gilt in gleicher Weise auch für den Pflegeberater -, dass wir mit dieser umfänglichen Aufgabenzuweisung an die Stützpunkte keinen Fortschritt erzielen. Wir sind der Meinung, dass die Pflegeberatung unabhängig erfolgen sollte. Dafür gibt es in Deutschland bereits umfängliche Strukturen. Man hätte das Rad an dieser Stelle nicht neu erfinden müssen.

Wenn man die Ausführungen im Gesetzentwurf im Einzelnen betrachtet, dann wird klar, dass auch unabhängige dritte Organisationen in die Arbeit am Stützpunkt einbezogen werden können. Diese Möglichkeit gab es bisher aber auch schon: Im Rahmen einer Kannvorschrift sollten die Pflegekassen eine unabhängige Beratung fördern. Von dieser Kannmöglichkeit wurde in der Vergangenheit aber kein Gebrauch gemacht. Ich habe die Befürchtung, dass das auch in Zukunft zwar im Gesetz steht, dem aber keine Taten folgen werden.

Hinsichtlich des Pflegeberaters bin ich der Meinung, dass ein unabhängiges und in Richtung eines tatsächlichen Case-Managements entwickeltes System den Konstruktionsmerkmalen vorzuziehen ist, die jetzt im Entwurf stehen.

**SV Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Die Antwort ist zum Teil schon gegeben worden. Auch wir sehen die Notwendigkeit zum Ausbau der Beratung und zur Unterstützung pflegender Angehöriger. Wir sind nicht der Meinung, dass es dazu zusätzlicher Stützpunkte bedarf; vielmehr sollten die Mittel dafür ausgegeben werden, die

bestehenden Beratungsstrukturen auszubauen und die bestehenden Beratungsverpflichtungen umzusetzen.

Es ist bereits mehrfach darauf hingewiesen worden, dass der Sozialhilfeträger beispielsweise über die Altenhilfe schon heute die Möglichkeit der Beratung hat. Die Pflegekassen sind nach § 7 SGB XI zur Beratung und zum Informationsaustausch mit anderen Trägern verpflichtet. Dieses Beratungsangebot, auf dem man aufbauen kann, hätte eigentlich schon heute vorhanden sein müssen.

Die Beratungstätigkeit der Pflegeeinrichtungen ist bereits heute in § 37 Abs. 3 SGB XI geregelt. Dies betrifft ungefähr 70 Prozent der Pflegebedürftigen. Für Bezieher von Geldleistungen, die von Angehörigen gepflegt werden, sind bereits heute Pflegeeinrichtungen verpflichtend in der Beratung tätig. Diese Beratungstätigkeit besteht auch gemäß § 45 SGB XI, in dem es um die Schulung und Anleitung von pflegenden Angehörigen geht. Die AOK hat eben darauf hingewiesen, dass diese Leistungen durch die in diesem Bereich bestehende Struktur bundesweit bereits sichergestellt werden können und dass die Pflegeberatung bereits bei Krankenhausentlassungen erfolgt.

Der bpa hat - genauso wie die AOK - bundesweit 2500 Pflegeberater qualifiziert und setzt sie in diesem Kontext ein. Vor diesem Hintergrund sind wir der Auffassung, dass die bestehenden Beratungsstrukturen ausgeweitet werden müssen. Dann wäre ein Pflegestützpunkt obsolet. Hinsichtlich der Zusammenarbeit und Vernetzung - Herr Kukla hat schon darauf hingewiesen - sind wir der Auffassung, dass das Instrument der integrierten Versorgung bereits Bestandteil des Gesetzes ist. Das Instrument der Integrationsversorgung müsste in diesem Kontext auch auf die bestehenden und auszubauenden Beratungsstrukturen Anwendung finden.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. Nach unserer

Auffassung ist es von Bedeutung, wie Sie die gesetzlichen Regelungen zu den Pflegestützpunkten sehen. Sind sie praktikabel gefasst, und sind die Aufgaben der einzelnen Akteure in diesem Bereich klar abgegrenzt? Daneben habe ich noch die Frage, wie Sie den Rechengang - je 50 000 Euro Anlauffinanzierung für 4 000 Stützpunkte ergibt einen Budgetansatz von 80 Millionen Euro - nachvollziehen.

**Sve Verena Göppert** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Herr Zylajew, zu Ihrer ersten Frage, der Praktikabilität der Pflegestützpunkte. Herr Thüsing hat zu Recht darauf hingewiesen, dass es sicher der Mühe wert ist, dieses Konstrukt noch einmal vor dem Hintergrund des Verfassungsgerichtsurteils zu beleuchten. Wir als Kommunen sind bei nicht genau beschriebenen Aufgabenzuweisungen und Aufgabenwahrnehmungen gebrannte Kinder: Wir haben bei den Arbeitsgemeinschaften nach dem SGB II leidvolle Erfahrungen machen müssen.

Die Zielsetzung der Pflegestützpunkte, dass man den Pflegesuchenden vollumfänglich an einem Ort beraten sollte, kann man mit Nachdruck unterstützen. Das wird aber gemäß der im Regierungsentwurf vorgesehenen Fassung nicht umsetzbar sein. Keiner weiß so richtig, wer was durchführen soll und wer letztendlich die Verantwortung für Entscheidungen hat. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Im Gesetz und in der Begründung kann man lesen, dass der Pflegestützpunkt entscheidet. Man muss aber wissen, wer der jeweilige Entscheidungsträger dahinter ist. Das vermissen wir im Regierungsentwurf noch. Die Verantwortlichkeiten müssten klar geregelt sein.

Ich verrate kein Geheimnis, wenn ich sage, dass sich die Kommunen hier stärker einbinden wollen und dass sie im Rahmen der Daseinsvorsorge bereit sind, die Koordinierungsfunktion zu übernehmen. Nach Beendigung der Arbeit der Föderalismuskommission II ist der Weg nicht mehr so einfach wie vorher. Er müsste über die Länder gefunden werden. Wir als Kommunen sind mit

unseren Erfahrungen nicht nur im Bereich der Pflegeberatung, sondern auch bei sonstigen Dienstleistungen - ich erwähne hier nur die Altenhilfe und die Wohnraumberatung - prädestiniert dafür, hier eine größere Verantwortung und die Koordinierungsfunktion zu übernehmen.

Zu Ihrer zweiten Frage, dem Rechenvorgang, wie man also auf 80 Millionen Euro kommt, wenn man 50 000 Euro mit 4 000 multipliziert: Es ist mir neu, dass dieses Ergebnis am Ende der Rechenkette steht. Es wären 200 Millionen Euro bzw., wenn man von 45 000 Euro ausgeht, 180 Millionen Euro notwendig.

Im Gesetzentwurf steht, dass die Verteilung der Mittel gewissermaßen nach dem Eingang des Antrags erfolgt. Man nennt das das Windhundverfahren. Ich denke, es ist notwendig, diese Regelung noch einmal zu überprüfen.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Verbraucherzentrale Bundesverband und an die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten. Im Rahmen der Pflegestützpunkte sollen die Beratung über Angebote und die Entscheidung über Leistungen aus einer Hand erfolgen. Wie bewerten Sie diese Konzeption, und welche Folgen kann das für die Betroffenen haben?

SV **Dieter Lang** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Das ist genau der Punkt. In vielen Bundesländern gibt es bereits ordentliche Strukturen. Ich erinnere zum Beispiel an das Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen. Danach gibt es die Möglichkeit, dass die Landkreise bestimmten Trägern die unabhängige Beratung und Begleitung übertragen. Das ist nicht nur eine Rechtsberatung, sondern das ist auch eine aufsuchende Begleitung im Pflegeprozess.

Diese Strukturen wird man aller Voraussicht nach irgendwann nicht mehr auf dem Markt sehen; denn das Land wird an dieser Stelle natürlich fragen, warum es noch etwas finan-

zieren soll, was parallel dazu installiert und finanziert wird.

SV **Wolfram-Arnim Candidus** (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V.): Ich vertrete den Standpunkt, dass wir genügend Institutionen haben, die den Pflegebedürftigen und die Angehörigen schon heute beraten können. Das gilt auch für die Vernetzung.

Wir reden in dem Gesetzgebungsverfahren über die integrierte Versorgung und die Vernetzung zwischen den Apothekern und den Ärzten. Im Moment gibt es bei der Patienten-Compliance hinsichtlich der Medikamente ein Desaster. Ein Arzt verordnet einem Normalversicherten ein bestimmtes Medikament; der Apotheker muss das aber nach den AOK-Rabattverträgen abgeben. Das soll jetzt durch einen Pflegestützpunkt oder einen Pflegeberater geleistet werden, obwohl sich bereits die Apotheker kaum noch damit auskennen.

Ich warne davor, eine Überstruktur aufzubauen, und fordere, lieber das zu nutzen, was wir haben, und Anreizsysteme zu schaffen. Wir finden Beispiele dafür. Sie brauchen nur einmal ins Internet zu gehen. Selbsthilfeorganisationen, Sozialstationen und Altenheime haben sich mit Kommunen zusammengeschlossen, um einen Stützpunkt aufzubauen und eine effektive Beratung unter einer Notfall- bzw. Beratungsnummer zu leisten. Dabei werden die stationären Einrichtungen integriert, damit auch das Entlassungsmanagement effektiv betrieben wird. Hier und nicht darin, weitere Institutionen aufzubauen, sehen wir einen Handlungsbedarf.

Abg. **Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Deutschen Pflegerat und an das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland. Welche Anforderungen sind an ein Fallmanagement zu richten, und ist es vor diesem Hintergrund sachgerecht, die Pflegeberatung bzw. den Fallmanager bei den Pflegekassen anzusiedeln?

**SV Franz Wagner** (Deutscher Pflegerat e. V.): Aus unserer Sicht ist es zwingend erforderlich, dass die Fallmanager unabhängig, also losgelöst von den Interessen der Leistungserbringer und der Kostenträger, arbeiten können und dass sie ausschließlich im Interesse der Versicherten tätig sind. Die Versicherten müssen darauf vertrauen können, dass ihre Situation im Vordergrund steht.

Es wurde bereits das Konzept des Case-Managements erwähnt. Wir sehen das eher in dieser Richtung. Wir sind der Auffassung, dass es zumindest im Erstkontakt einer pflegfachlichen Kompetenz bedarf, um festzustellen, welchen weiteren Beratungsbedarf es gibt und welche Unterstützung man geben kann. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass wir eine Ansiedlung bei den Pflegekassen nicht für zielführend halten. Die verschiedenen Parteien müssten sich vielmehr zum Beispiel unter einer unabhängigen Rechtsform zusammenfinden, die es ermöglicht, dass die Pflegeberater tatsächlich im Sinne der Versicherten tätig werden.

**SVe Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Zu den Anforderungen an das Fallmanagement: Wir denken, dass die Fallmanagerinnen und Fallmanager von der Grundqualifikation her entweder eine pflegfachliche oder eine sozialarbeiterische Qualifikation haben müssen. Darüber hinaus sind wir der Auffassung, dass die Grundausbildung nicht ausreicht, sondern dass es entsprechender Weiterbildungen bedarf. Dazu gibt es Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management, die sowohl von den Angehörigen der Pflegeberufe als auch von den Sozialarbeitern anerkannt sind. Diese sind unserer Ansicht nach auf die Pflegeberater gemäß § 7 a SGB XI anzuwenden.

Wir halten die Ansiedlung bei den Kranken- oder Pflegekassen für nicht geeignet, da es keine unabhängige, sondern immer eine leistungssteuernde Beratung sein wird. Wir denken, dass für die Verortung der Pflegeberater und gegebenenfalls auch der Pflegestützpunkte

neutrale Strukturen geschaffen werden müssen. Diese müssen sich vor Ort ergeben. Dabei sind gewachsene Strukturen zu berücksichtigen und je nach Bundesland unter Umständen auch unterschiedlich auszugestalten.

**Abg. Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Pflegekassen. Wie bewerten Sie die Vorgabe, dass ein Pflegeberater für 100 Pflegebedürftige vorzuhalten ist? Wie viele Kontakte hat ein Berater der Pflegekassen schon heute?

**SV Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband): Wir halten die Richtschnur bzw. Relation, die in der Gesetzesbegründung vorgesehen ist - ein Pflegeberater auf 100 Pflegebedürftige oder Angehörige -, aufgrund unserer Erfahrungen im Case-Management für deutlich überzogen. Unsere Erfahrungen in der Kundenberatung zeigen, dass ein gutes Beratungsangebot auch mit einem geringeren Personaleinsatz zu gewährleisten ist. Wir haben die Erfahrung gemacht: Entscheidend ist nicht die Quantität, sondern die Qualität der Beratung. Das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Es wäre zielgerichtet, hier auf der Grundlage der Erfahrungen der Krankenkassen ein lernendes System zu nutzen, um über den zukünftigen Personalbedarf angemessen entscheiden zu können. Rein statische Angaben führen aus unserer Sicht möglicherweise zu einer Über- oder Unterversorgung, zumindest aber zu einer regionalen Über- oder Unterversorgung. Ein vernünftiges System müsste sich an dem wirklichen Bedarf und der Inanspruchnahme orientieren.

Ich darf noch einmal sehr deutlich herausstellen, dass wir ein großes Interesse daran haben, Kundenzufriedenheit herzustellen. Aus meiner Sicht ist es der richtige Ansatzpunkt, dass die Versicherten in ihrem Sinne beraten werden. Das ist ein ganz entscheidender Punkt.

**Abg. Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den IKK-Bundesverband. Im

Zusammenhang mit der Pflegeberatung ist in dem Gesetzentwurf vorgesehen, dass die damit verbundenen Leistungsaufwendungen zu 50 Prozent in die Verwaltungskostenabrechnung einfließen. Wie beurteilen Sie aus Ihrer Sicht diese Regelung - auch unter dem Aspekt des Beratungsaufwands?

**SV Gerd Kukla** (IKK-Bundesverband): Die gesetzliche Regelung ist an dieser Stelle nicht ganz interpretationsfrei. Wenn man sich die Gesetzesbegründung anschaut, dann kommt man zu dem Ergebnis, dass es bei der Berechnung der Verwaltungskostenpauschale keinen Unterschied zwischen den normalen Leistungsausgaben, die zugrunde gelegt werden, und der Finanzierung der Pflegeberatung über den Leistungshaushalt gibt.

Gemeint ist offensichtlich, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass die Pflegekassen schon jetzt den Auftrag haben, einen Teil der Beratungsleistungen, die über die Pflegeberatung erbracht werden sollen und zukünftig über den Leistungshaushalt der Pflegeversicherung finanziert werden, zu erbringen. Von daher wird der individuelle Anteil, den die einzelne Pflegekasse aus der Verwaltungskostenpauschale erhält, um die Hälfte der Kosten der Pflegeberater bei der einzelnen Pflegekasse reduziert. Deshalb wirken sich diese Anrechnungsregelungen recht unterschiedlich auf die einzelnen Pflegekassen aus.

Im Ergebnis geht der Beratungsauftrag, den die Pflegekassen durch dieses neue Gesetz erhalten werden, allerdings wesentlich über den bisherigen Beratungsauftrag hinaus. Von daher ist die Anrechnung zur Hälfte aus unserer Sicht überzogen.

**Abg. Jens Spahn** (CDU/CSU): Vorneweg ein Hinweis, um das verfassungsrechtlich klarzustellen: Es geht nicht um einen Gesetzentwurf des Gesetzgebers, sondern um einen Gesetzentwurf der Bundesregierung.

Ich habe eine Frage an Dr. Wilbers, an die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft und an den

Deutschen Caritasverband. Zusätzliche Betreuungsleistungen für Demenzkranke sollen nur Personen gewährt werden, die sich im ambulanten Bereich befinden. Wie groß ist die Notwendigkeit, diese Betreuungsleistungen auch im stationären Bereich in Anspruch nehmen zu können, und wie könnte das in der Praxis aussehen?

**SV Dr. Joachim Wilbers:** Eine große Anzahl von Demenzkranken lebt in Heimen. Insofern ist es sicherlich sinnvoll, Leistungen für Demenzkranke in den Heimen vorzusehen - auch separate Leistungen -, solange der Pflegebegriff noch nicht geändert worden ist. Wenn man einen neuen Pflegebegriff definiert, dann kann man das alles integrieren und in die Leistungen mit aufnehmen. Solange das noch nicht so ist, bin ich dafür, dass man diese Leistungen auch den demenzkranken Menschen, die im stationären Bereich leben, zugute kommen lässt.

Das kann man auf zwei Arten tun: Zum einen können zusätzliche Mittel zur Verfügung stehen, die von den Einrichtungen nachgewiesenermaßen für mehr Betreuung ausgegeben werden. Zum anderen kann man individuelle Zusatzleistungen definieren, die individuell hinzugewählt werden können. Wenn die Demenzkranken selber nicht mehr in der Lage dazu sind, dann können deren Betreuer bestimmte zusätzliche Leistungen in den Einrichtungen hinzuwählen, die der speziellen Lebenssituation gerecht werden.

**SVe Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Sicherlich ist es richtig, zunächst einmal die häusliche Pflege im ambulanten Bereich zu stärken; aber genau wie Herr Dr. Wilbers sehen auch wir durchaus einen Bedarf im stationären Bereich. Immer wieder werden wir mit Horrorberichten aus der stationären Pflege in der Presse konfrontiert.

Eine Verbesserung im stationären Bereich könnten wir uns durch den zusätzlichen Einsatz von Präsenzkraften vorstellen, deren Finanzierung gesichert werden muss. Auf jeden Fall sollte man dafür sorgen, dass tatsächlich verbesserte Angebote für Demenzkranke in den

entsprechenden stationären Einrichtungen vorgehalten werden und dass nicht eine Förderung nach dem Gießkannenprinzip erfolgt. Einem zusätzlichen Betrag in der stationären Pflege sollte gerade im Hinblick auf die soziale Betreuung und Begleitung auch eine Qualitätsverbesserung über die professionelle Pflege hinaus gegenüberstehen.

**SV Andreas Leimpek-Mohler** (Deutscher Caritasverband e. V.): Etwa 70 Prozent der Menschen, die in Mitgliedseinrichtungen unseres Fachverbandes, Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland, wohnen, sind auch an einer demenziellen Krankheit erkrankt. Die Formen sind sehr unterschiedlich. Es gibt bis zu 30 unterschiedliche demenzielle Erkrankungen. Es wäre unseres Erachtens angebracht, durch die Ausweitung der Leistungen auf Demenzkranke in stationären Einrichtungen eine Vielfältigkeit von Angeboten der Therapie und der Betreuung zu sichern.

Eine praktikable Möglichkeit bestünde darin, dass die Vernetzung mit den niedrigschwelligen Angeboten, die durch Ehrenamtliche oder Gruppen von Kirchengemeinden oft in den Räumlichkeiten von stationären Einrichtungen bereits gemacht werden, dazu führt, dass auch Demenzkranke, die in stationären Einrichtungen leben, davon profitieren und daran teilnehmen. Wir finden, dass das viel zur zivilgesellschaftlichen Verantwortung und Bewusstseinsbildung beitragen würde.

**Abg. Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Bereits heute gibt es Betreuungsleistungen nach dem SGB V. Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit der Gewährung dieser Betreuungsleistungen gemacht, und in welchem Umfang wurden diese Leistungen bislang in Anspruch genommen? Wie bewerten Sie es, dass die Leistungsbeträge für zusätzliche Betreuungsleistungen an qualifizierte Betreuungsangebote geknüpft sind? Ist der vorgesehene Katalog im Gesetzentwurf sachgerecht? Die zweite Frage richtet sich auch an das Diakonische Werk.

**SV Thomas Ballast** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Ich werde etwas zur ersten Frage und Herr Schiffer wird etwas zur zweiten Frage sagen.

Im Jahre 2007 wurden zusätzliche Betreuungsleistungen im Umfang von 6,8 Millionen Euro in Anspruch genommen. Davon entfielen 5,1 Millionen Euro auf niedrigschwellige Betreuungsangebote und 1,7 Millionen Euro auf die Inanspruchnahme im Rahmen von Modellvorhaben. Es war insgesamt also ein beträchtlicher Betrag.

**SV Paul-Jürgen Schiffer** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Bezogen auf die Grundsätze der Leistungsverpflichtungen gibt es heute entsprechende Richtlinien, durch die festgelegt wird, welcher Versicherte diesen Anspruch auf die Betreuungsleistungen hat.

In dem Gesetzentwurf ist eine Bis-Regelung vorgesehen: bis 200 Euro monatlich, bis 2 400 Euro jährlich. Da haben wir erhebliche Bedenken. Wir müssen uns nämlich vergegenwärtigen, dass die Begutachtung, ob und inwieweit der Tatbestand für diese Leistung erfüllt ist, eine Momentaufnahme ist. Ich denke, das ist durchaus ein Problembereich, der dazu führen kann, dass es zu unnötigen Rechtsstreiten kommt, weil sich der Zustand des Betroffenen im Laufe der Zeit natürlich verändert.

Von daher geht unser Petition klar dahin, jedem Betroffenen den vollen Betrag von 200 Euro monatlich bzw. 2400 Euro jährlich zur Verfügung zu stellen, wenn in der Begutachtung festgestellt worden ist, dass die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.

**Sve Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Erstens können wir das letzte Petition von Herrn Schiffer unterstützen. Wir sind ebenfalls der Meinung, dass es keine Abstufung geben sollte, sondern dass jeder den Betrag von 200 Euro bekommen sollte. Da es bei der an-



gestrebten Reform, die 2008 in Kraft treten soll, auch um den Begriff der Pflegebedürftigkeit geht, sehen wir diesen zusätzlichen Betreuungsbetrag als eine Interimslösung an. Zum einen halten wir die Bemessung der Abstufung für sehr schwierig, und zum anderen - heute Vormittag ging es bereits um das Thema Entbürokratisierung - meinen wir, dass es sich dabei um eine sehr bürokratische Lösung handelt.

Zweitens ist im Vorfeld der Reform kolportiert worden, dass jeder, der dem Personenkreis nach § 45 a SGB XI in der neuen Fassung angehört, den Betrag von 200 Euro monatlich bzw. 2 400 Euro jährlich bekommen soll. Insofern ist die Enttäuschung bei den Betroffenen groß.

Was die Inanspruchnahme angeht, haben die Pflegekassen bereits Daten vorgelegt. Wir merken in diesem Zusammenhang an, dass die regionale Verteilung insbesondere bei den Modellversuchen und bei der Förderung nach § 45 c SGB XI sehr unterschiedlich ist, da die Länder, die zur Kofinanzierung verpflichtet sind und 50 Prozent der Kosten selber aufbringen müssen, diese Aufgabe unterschiedlich ernst genommen haben und ihr unterschiedlich schnell nachgekommen sind. Zum Beispiel ist in Mecklenburg-Vorpommern meines Wissens erst vorletztes Jahr eine entsprechende Verordnung erlassen worden.

Drittens meinen wir, dass die niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45 c SGB XI qualitätsgesichert sein müssen und dass es keinen Bedarf an weiteren niedrigschwelligen Betreuungsangeboten durch die Pflegestützpunkte ohne Qualitätssicherung gibt. Wir denken, dass die bestehenden Angebote ausreichen.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich frage die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft und Herrn Dr. Wilbers: Wir bewerten Sie die erstmalige Einbeziehung der Pflegestufe 0 in den Leistungsbereich Demenz?

SVe **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Wir bewerten die Einbeziehung der Pflegestufe 0 als sehr positiv. Wir fordern schließlich schon lange, dass die Symptome, die gerade bei Demenzkranken die Pflegebedürftigkeit ausmachen, Berücksichtigung finden müssen, was in der gegenwärtig sehr somatisch orientierten Pflegeversicherung nicht der Fall ist. Wir glauben, dass das ein erster Schritt ist. Gleichzeitig findet die Arbeit des Beirats zur Überprüfung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit statt, mit dessen Abschluss es hoffentlich dann ein schlüssiges Konzept gibt, nachdem eine Einstufung nach allen Symptomen – sozusagen aus einem Guss – erfolgen kann. Aber zu diesem Zeitpunkt ist es sehr wichtig, dass erstmalig auch Menschen mit der Pflegestufe 0 Leistungen bekommen können. Viele Angehörige sind enttäuscht, weil ihre Kranken bisher bei der Einstufung unberücksichtigt bleiben.

SV **Dr. Joachim Wilbers**: Ich sehe das genauso. Das ist besonders für den Personenkreis der bereits demenziell Erkrankten positiv, bei denen körperliche Symptome noch nicht so weit fortgeschritten sind, dass eine Pflegestufe zuerkannt wird. Bei diesen Personen ist die Belastung besonders groß. Der Betrag von bis zu 200 Euro im Leistungskatalog kann in dieser Situation eine große Hilfe sein und Entlastung bringen. Deswegen begrüße ich das sehr.

Abg. **Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und an die Bundesärztekammer. Sind Sie der Meinung, dass das bisherige Verfahren zur Feststellung von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz geeignet ist, Menschen mit psychischen Störungen angemessen zu erfassen?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen): Wir gehen davon aus, dass das gegenwärtige Verfahren geeignet ist, den Personenkreis derjenigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu erfassen. Es geht schließlich nicht um eine

Diagnose, sondern um die Feststellung einer Einschränkung. Dazu ist das Instrument geeignet.

Es ist aber nicht - darauf haben wir bereits hingewiesen - für eine Abstufung innerhalb dieses Personenkreises geeignet. Wir können also feststellen, ob jemand diesem Personenkreis angehört, aber keine Abstufung vornehmen. Von daher schließen wir uns den vorgebrachten Empfehlungen an, auf die Abstufung zu verzichten.

Bei der Begutachtung ist zu berücksichtigen - Herr Schiffer hat es bereits angesprochen -, dass es bei körperlichen Einschränkungen möglich ist, sich bestimmte Kompensationen demonstrieren zu lassen. Das ist bei den Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten, um deren Erhebung es hier geht, nicht der Fall. Dabei ist man auf die Angaben der Angehörigen und eine gewisse Plausibilität angewiesen, was ebenfalls gegen die Einführung einer Abstufung spricht. Diese würde auch von den Betroffenen hinterfragt werden. Von daher halte ich es auch für politisch klug, bei dem zur Diskussion stehenden Betrag keine weitere Differenzierung vorzunehmen, die dem Einzelnen gegenüber schwer zu begründen wäre.

**SVe Dr. Regina Klackow-Franck** (Bundesärztekammer): Den Ausführungen meines Vordrängers schließen wir uns inhaltlich voll an. Die bestehende Begutachtungsrichtlinie sieht zwar schon in vorbildlicher Weise den Aufbau eines Screening- oder Assessmentverfahrens vor; aber eine Differenzierung verschiedener Stufen eingeschränkter Alltagskompetenz ist dabei nicht möglich. Insofern sind wir dafür, von einer abgestuften Auszahlung bei eingeschränkter Alltagskompetenz abzusehen.

Im Übrigen erhoffen wir uns eine weitere Verbesserung des Begutachtungsverfahrens im Zusammenhang mit der Aktualisierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Insofern sehen wir dem Ergebnis der Reform Ende 2008 entgegen.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Wir kommen dann zur Fragezeit der SPD.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich möchte auf die Pflegestützpunkte zurückkommen und unsere Eingangsfrage an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände richten. Inwieweit kommen die Kommunen schon heute Ihrer Aufgabe im Rahmen der Verantwortung für die Hilfe zur Pflege, der kommunalen Altenhilfe und auch der Daseinsvorsorge nach?

**SVe Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Die von Ihnen angesprochenen Bereiche sind sehr unterschiedlicher Natur. Nach den bestehenden gesetzlichen Regelungen kommen die Kommunen - das heißt konkret, die örtlichen Sozialhilfeträger - den Aufgaben in diesen Bereichen umfänglich nach. Auf den Pflegestützpunkt bezogen weise ich aber darauf hin, dass in diesem Bereich über unsere bereits vorhandenen Aktivitäten hinaus etwas Neues verankert werden soll.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe zwei Fragen an Frau Frommelt, die für die AWO spricht, und an Herrn Dr. Weskamp. Welche Möglichkeiten der konkreten Zusammenarbeit zwischen den Pflegekassen und den Kommunen können Sie sich in den Pflegestützpunkten vorstellen? Wie sehen Sie die Entwicklung von Pflegestützpunkten im Kontext von Angebotsstrukturen der kommunalen Altenhilfe?

**SVe Mona Frommelt** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.): Ich spreche für das Praxisnetz Nürnberg-Nord, wo wir hervorragende praktische Erfahrungen in der Vernetzung unterschiedlichster Strukturen sowohl der Hausärzte als auch der Kassen - das hat mein Vordränger von der AOK bereits angesprochen - und der Kommunen gemacht haben. Nürnberg ist eine hervorragend vernetzte Stadt. Alle Strukturen sind vorhanden. Jetzt ist es aber im

Rahmen der Pflegestützpunkte erforderlich, diese Strukturen zu verknüpfen, und zwar nicht nur auf der Beratungsebene, wie es bisher geschildert wurde, sondern auch auf einer Versorgungssteuerungsebene, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen ist. Dazu bedarf es nicht nur einer Beratung, die auf Ansprüche hinweist, Erwartungen erzeugt und den Ratsuchenden dann sich selbst überlässt, sondern es muss auch eine entsprechende Durchsetzungskraft gewährleistet werden. Das ist mit der Gesetzesvorlage der Fall. Allerdings handelt es sich dabei nach unseren Erfahrungen im Praxisnetz Nürnberg-Nord um einen Aushandlungsprozess zwischen den Versorgungsanbietern und den Leistungsträgern, der auf diese Weise institutionalisiert wird. Das begrüßen wir.

**SV Dr. Peter Weskamp:** Ich möchte mit der Strukturebene beginnen. Pflegestützpunkte schaffen aus der Sicht einer kommunalen Sozialplanung zunächst für den Pflegebedürftigen und dessen Angehörige erstmalig nachhaltige und qualifizierte Strukturen, die Beratung, Bedarfsanalyse und Leistungsgewährung integrieren.

Alleine mit der Etablierung dieses Strukturelements in der Altenhilfelandchaft ist nach meiner Überzeugung ein wichtiger Entwicklungsschritt - gleichsam ein Paradigmenwechsel, wie ich es sehe - auf dem Weg zur Erreichung des Ziels einer integrierten Versorgung vollzogen worden. Pflegestützpunkte sind danach auch immer integraler Bestandteil einer kommunalen Daseinsvorsorge. Damit besteht erstmalig auch strukturell und vor allen Dingen praktisch die Möglichkeit, die Angebotsentwicklung sowohl in der Pflege als auch in der kommunalen Altenhilfe nach SGB XII planvoll zu einem umfassenden Care-Management in unmittelbaren Nahräumen auf einer vertraglichen Grundlage zu entwickeln. Die daraus resultierenden Effekte bringen meiner Meinung nach für alle daran Beteiligten Win-win-Situationen. Zur Erreichung des Ziels der vorrangigen häuslichen Versorgung primär durch ambulante Angebote gibt es mit den Pflegestützpunkten erstmals ein Strukturele-

ment auf der kommunalen Ebene, das die hierzu notwendigen Prozesse zielgerichtet integrieren kann. Es wird somit Hilfe aus zwei Händen - allerdings in koordinierten Bewegungsabläufen - realisiert. Die Dimension dieses Vorhabens wird deutlich, wenn man das, was man mit einer Hand machen kann, mit dem vergleicht, was mit zwei Händen möglich ist.

Für die Pflegebedürftigen kann dann unter Berücksichtigung ihrer konkreten Lebenslage auf der Grundlage einer unabhängigen Beratung ein passgenaues Angebot für Pflege und Versorgung in einer Kombination von Leistungen nach dem SGB XI und dem SGB XII in einem einheitlichen Versorgungsplan darstellt werden. Für die Leistungserbringer und den Dienstleister besteht in einem räumlich überschaubaren Markt die Chance, unter diesen Rahmenbedingungen ihr Leistungsangebot darzustellen und zu realisieren sowie es auf diesen Kontext abgestimmt weiterzuentwickeln.

Für die Leistungsträger, Pflegekassen und Kommunen besteht die Möglichkeit eines abgestimmten Care-Managements zur Etablierung optimal aufeinander abgestimmter Leistungsangebote. Die Transparenz der Hilfeerbringung und der Kostenentwicklung bietet dadurch erhebliche Evaluations- und Steuerungspotenziale hinsichtlich der Qualität und der Quantität von Hilfen. Ich bin davon überzeugt, dass erst dadurch eine Steigerung der Compliance zugunsten der Wirksamkeit von Prävention strukturell möglich und darstellbar wird.

Die konkrete Zusammenarbeit bezieht sich auf die Prozessebene. Hier ist es möglich, durch die Zusammenarbeit im Pflegestützpunkt erstmalig ein erfolgreiches Case-Management unter Einbeziehung der Leistungen des SGB XII und des SGB XI als Pflegeberatung zu ermöglichen. Für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen werden mit einer gleichsam integrierten Beratung durch beide Leistungsträger und aufeinander abgestimmte Hilfen und Versorgungspläne ein hohes Maß an Qualität und Verlässlichkeit sowie eine erweiterte Lebensplanung und damit umfangreichere Le-

bensqualität erreicht. Für den Leistungserbringer erhöht sich die Planbarkeit seines Angebots. Es ist in eine räumlich überschaubare Qualitätsentwicklung eingebunden.

Die Einbeziehung auch des Leistungserbringers in die individuelle Versorgungsplanung ermöglicht die Abstimmung und Weiterentwicklung sowohl des eigenen Leistungsangebots als auch des eigenen Geschäftsmodells. Sie erhält dadurch wesentlich mehr Sicherheit.

Beide Leistungsträger sind in die Leistungssteuerung im Einzelfall eingebunden. Sie haben dadurch in einem abgestimmten Verfahren der Versorgungsplanung Steuerungsmöglichkeiten hinsichtlich der Angebote, Qualität und Kosten und können damit umfassende Hilfs- und Versorgungsangebote entwickeln und Leistungen passgenau erbringen. Durch eine frühzeitige Beratung wird die Prävention größere Wirksamkeit entfalten.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Auch ich beziehe mich auf die Pflegestützpunkte und die Einführung der Pflegeberatung. Meine erste Frage richtet sich an die Aktion Psychisch Kranke e. V. und an den Medizinischen Dienst. Wie bewerten diese Institutionen den Aufbau von Pflegestützpunkten bzw. die Einführung von Pflegeberatung?

Meine zweite Frage richtet sich an den Deutschen Frauenrat und bezieht sich auf die gleichgeschlechtliche Pflege. Wie bewerten Sie die vorgesehene Formulierung, nicht zuletzt angesichts der Tatsache, dass viele Pflegebedürftige weiblich sind und es viele Pflegerinnen gibt?

SV **Ulrich Krüger** (Aktion Psychisch Kranke e. V.): Wir halten die Pflegestützpunkte und die Pflegeberatung für notwendige und höchst sinnvolle Instrumente zur Lösung der derzeit bestehenden erheblichen Schnittstellenprobleme. Mit Schnittstellenproblemen ist zum einen die Frage des Zugangs und zum anderen die Vernetzung mit anderen Hilfen gemeint. Dazu

gehören andere sozialrechtlich abgesicherte Hilfen, aber auch Selbsthilfeeleistungen innerhalb der Familie und in der Nachbarschaft. Das erscheint in besonderem Maße bei unserer Klientel, aber auch generell das vordringliche Problem mit der Konsequenz, dass die Möglichkeiten zur Reduzierung der Pflegebedarfe aus unserer Sicht derzeit bei weitem nicht ausgeschöpft werden.

Hinzu kommt, dass bei bestehenden Pflegebedarfen erbrachte Pflegeleistungen im Rahmen der Gesamtleistung kein Optimum an Effizienz erbringen, weil wir ein System additiver Einzelleistungen haben, in dem jeder im Rahmen seiner jeweils selektiven Zuständigkeiten agiert. Das ist für Menschen, die selbst nicht gut in der Lage sind, solche unterschiedlichen Hilfen zu organisieren, ein enormes Problem. Genau diese beiden Instrumente sind aus unserer Sicht notwendig.

Wir sprechen von einem Konzept der personenzentrierten Hilfen. Damit ist gemeint, dass man alle im Rahmen eines Gesamthilfebedarfs erforderlichen Leistungen bündelt und einzelfallbezogen koordiniert, statt darauf zu vertrauen, dass sich aus der Summe der jeweils arrangierten und organisierten Einzelleistungen ein gutes Gesamtprogramm ergeben wird. Das ist, wie die Erfahrung sehr deutlich zeigt, nicht der Fall.

Die Pflege - ich beziehe mich zunächst nur auf die Pflegestützpunkte - realisiert die sechs Prinzipien durch die Koppelung von zwei notwendigen Aspekten. Zum einen sind die Pflegestützpunkte leistungsübergreifend organisiert, und zum anderen haben sie einen überregionalen Bezug. Das Leistungsübergreifende halte ich ebenso wie die Einbeziehung der Selbsthilfeförderung für sehr wichtig. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang aber, dass die bisherigen Beratungsangebote in aller Regel selektiv sind; sie sind auf Pflegeleistungen bezogen und zusätzlich in der Regel jeweils auf die Versicherten der eigenen Kasse oder auf tatsächliche oder potenzielle Nutzer der eigenen Angebote. Übergreifende Angebote fehlen weitgehend. Die bereits bestehenden und gut funktionierenden

Angebote entsprechen genau dem Konzept des Pflegestützpunktes.

Diese Vorgehensweise, sich nicht auf spezifische Leistungen zu konzentrieren, erhöht die Komplexität erheblich, sodass sich die Frage der Praktikabilität stellt. Sie ist - das zeigen alle Erfahrungen - nur durch eine räumliche Eingrenzung möglich. Sonst wäre dieser Zuständigkeitsgewinn für keinen Beteiligten realisierbar. Umgekehrt zeigen aber die Erfahrungen, dass bei einer Beschränkung auf ein kleines Wohngebiet tatsächlich neue Ressourcen insbesondere der Selbsthilfe herangezogen werden können, die im bestehenden System weitgehend ungenutzt bleiben.

**SV Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen): Was die Pflegeberatung angeht, wird die institutionelle Ausgestaltung intensiv diskutiert. Dass ein großer Beratungsbedarf besteht, ist offensichtlich. Denn wer in seinem familiären Umfeld einen Pflegebedürftigen hat und alles mitbegleiten muss, der weiß, wie schwierig es ist, die pflegerischen und sonstige Hilfen zu organisieren. Daher halte ich Pflegeberatung für wichtig. Das wird auch sehr häufig in unserer Begutachtung deutlich, bei der wir immer wieder mit solchen Fragen zu tun haben.

Wir haben ein gutes Leistungsfallmanagement. Notwendig ist ein Case-Management. Ich halte Strukturen für notwendig, die mehr auf die Pflegebedürftigen zugehen und die im Leistungsgeschehen vorhandenen Ansatzpunkte nutzen. Ich teile aber auch die Auffassung, dass die im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehenen Regelungen in der Ausgestaltung etwas überdimensioniert sind. Ich plädiere dafür, mehr bei dem anzusetzen, was es bei den Kassen und den Kommunen bereits gibt, und diese Möglichkeiten zu nutzen und zu verbreitern.

Ich halte es, wie gesagt, für wichtig, einen größeren Schwerpunkt auf die Pflegeberatung zu setzen und auch denjenigen, die noch keine Pflegestufe erhalten, Unterstützung zu bieten, um auch hier frühzeitig - heute Vormittag ging

es um Prävention und Rehabilitation - die notwendige Weichenstellung vorzunehmen.

**SV Henny Engels** (Deutscher Frauenrat e. V.): Der Deutsche Frauenrat hält die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, dass dem Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit stattzugeben ist, für nicht zureichend. Das ist zum einen grundsätzlich begründet; denn wir sind der Meinung, dass die Würde der zu Pflegenden zu berücksichtigen und dem berechtigten Wunsch nach Selbstbestimmung in jedem Fall ohne Wenn und Aber stattzugeben ist. Zum anderen sind wir sehr davon überzeugt, dass alle Beteiligten mit etwas Fantasie und gutem Willen einen Weg finden werden, dies zu ermöglichen.

Ich möchte die Aufmerksamkeit auf zwei Gruppen richten, die wir im Blick haben. Zum einen ist es Menschen mit Behinderungen, die ein Leben lang auf Assistenz angewiesen sind, unserer Meinung nach nicht zuzumuten, gegen ihren Willen von einer Person des anderen Geschlechts gepflegt zu werden. Mit Blick auf die Frauen, die bekanntlich die Mehrheit der zu Pflegenden ausmachen, ist dies insoweit nicht zumutbar, als 60 Prozent der zu pflegenden Frauen im Laufe ihres Leben einmal oder mehrfach Gewalterfahrungen - auch sexualisierte Gewalterfahrungen - gemacht haben. Wir sehen die Gefahr, dass diese Frauen retraumatisiert werden. Auch Männern, denen Ähnliches widerfahren ist, wollen wir das nicht zumuten.

Wir sehen das zum anderen mit Blick auf die kultursensible Pflege für notwendig an, nämlich im Bezug auf die immer stärker werdende Gruppe von Migrantinnen und Migranten mit anderen Vorstellungen und traditionellen Einstellungen und Erfahrungen, über die wir uns, glaube ich, nicht hinwegsetzen dürfen.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Es gibt ein Projekt Demenz im Diakonieverband Ulm/Alb-Donau. Ich frage Herrn Frey, wie er aufgrund seiner Erfahrungen mit dem Projekt Demenz die im Gesetzentwurf vorgesehenen Aufgaben

und Strukturen der Pflegestützpunkte und Pflegeberatung einschätzt. Insbesondere interessiert mich Ihre Einschätzung zum Vorwurf des Aufbaus von Parallelstrukturen und von Bürokratisierung.

**SV Otto Frey:** Ich berichte vor dem Hintergrund eines Modellvorhabens nach § 45 c SGB XI. Wir sind im fünften Jahr dieses Modellvorhabens, in dessen Verlauf es gelungen ist, 400 an Demenz erkrankte Menschen in einem Stadtteil mit 20 000 Einwohnern persönlich kennenzulernen. In dem Modellvorhaben sind zwei Fachkräfte beschäftigt, eine Pflegekraft und eine Sozialarbeiterin mit hoher beratender Kompetenz.

Ich möchte auf zwei Punkte hinweisen, die sich im Projekt als wesentlich herausgestellt haben: Zum einen werden durch die aufsuchende Arbeit - das heißt der Besuch im häuslichen Bereich - vor allem die Angehörigen wesentlich entlastet. Die Mitarbeiterinnen werden zu wichtigen Ansprech- und Vertrauenspersonen in Krisensituationen und bei chronischer Überlastung, die einen wichtigen Punkt in der Pflege von Demenzkranken darstellt. Von entscheidender Bedeutung war es, die Öffentlichkeit und das Gemeinwesen für die Belange der Betroffenen zu sensibilisieren und auf eine demenzfreundlichere Gestaltung des Zusammenlebens hin zu wirken.

Das Modellvorhaben hat gezeigt, dass es dadurch gelingt, bürgerschaftlich engagierte Personen zu gewinnen. Unsere Gesellschaft wird lernen müssen, dass Menschen ein Recht darauf haben, in Würde die Orientierung verlieren zu können. Es wurden Berufsgruppen geschult, die in besonderer Weise mit den Betroffenen in Kontakt kommen, zum Beispiel Polizeibeamte, Bankangestellte, Beschäftigte im Einzelhandel und Busfahrer. Dafür wurden Kurrikula entwickelt.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Könnten Sie bitte noch meine Frage beantworten, wie Sie gerade vor dem Hintergrund Ihres Modellprojekts die Einführung von Pflegestütz-

punkten und Pflegeberatung beurteilen, und insbesondere auf den Aufbau von Doppelstrukturen und Bürokratie eingehen?

**SV Otto Frey:** Ich denke, in meinen Ausführungen wurde deutlich, dass ich die Pflegeberatung für sehr wichtig halte. Den Aufbau von Doppelstrukturen sehe ich dadurch nicht gegeben.

**Abg. Dr. Carola Reimann (SPD):** Ich möchte zum Thema Mischverwaltung einige Fragen an Herrn Professor Thüsing richten. Trifft es zu, dass sich Kommunen und Landesbehörden nach dem vorliegenden Gesetzentwurf beteiligen können, aber nicht müssen? Kennt das Verwaltungsrecht - insbesondere das SGB X - allgemeine Regeln für das Zusammenwirken von Behörden im Sozialbereich? Halten Sie insbesondere die Vorschriften für die Beauftragung für verfassungswidrig?

**SV Prof. Dr. Gregor Thüsing:** Ihre Frage zielt in eine bestimmte Richtung. In dieser Richtung darf ich Ihnen recht geben. Es gibt die Möglichkeit einer Mischverwaltung. Sie haben die Bereiche angesprochen, in denen das bereits in Ansätzen realisiert worden ist. Dafür ist es aber erforderlich, dass es einen hinreichenden sachlichen Grund gibt und die Sache nicht ähnlich effektiv ohne Mischverwaltung geregelt werden kann. Die Frage nach der Rechtfertigungsprüfung muss sich der Gesetzentwurf gefallen lassen. Ich halte die Frage der Prüfung für offen; sie ist vielleicht sogar dahingehend zu beantworten, dass eine sachliche Rechtfertigung nicht vorliegt.

Die Tatsache, dass durch den Vertrag Beteiligungen erzwungen werden, führt im Übrigen nicht zur Abweichung von der Gesetzeszuständigkeit des Bundes. Das ist ein Instrument, das eine gewisse Flexibilität erlauben soll, aber das Ziel der Vermischung des Auftretens zum Ziel hat. Das hat nur dann Sinn - dies ist, glaube ich, in der Diskussion schon deutlich geworden -, wenn tatsächlich Entscheidungen gebündelt werden. Bloße Be-

ratung wird oftmals nicht reichen, vor allem wenn sie von den Stellen, deren Leistungen Gegenstand der Beratung sind, nicht als verbindlich anerkannt wird. Dies ist insbesondere dort problematisch, wo verbindliche Entscheidungsstrukturen geschaffen werden. Das ist sozusagen ein gewisser Eiertanz zwischen der Gesetzesbegründung und dem Gesetzeswortlaut, der nicht ganz klar ist.

In die Bewertung des sachlichen Grundes im Zusammenhang mit den Pflegestützpunkten muss auch der angesprochene Gesichtspunkt der Doppelung von Zuständigkeiten einfließen. Ich empfehle, dazu die Stellungnahmen der unabhängigen Verbände wie des Deutschen Caritasverbandes zu lesen. Deren Aussagen kann ich mich nur anschließen.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe eine Nachfrage zu den Entscheidungen. Trifft es zu, dass das Bundesverfassungsgericht die Kooperation unterschiedlicher Sozialleistungsträger unter einem Dach ausdrücklich für zulässig hält, solange die Entscheidungskompetenz getrennt bleibt?

SV **Prof. Dr. Gregor Thüsing**: Ich würde es anders formulieren. Dass die Entscheidungskompetenz getrennt bleibt, hat das Bundesverfassungsgericht nicht als ausdrücklich unzulässig bezeichnet. Die Problematik, zu der eine intensive Prüfung notwendig ist, liegt an der Stelle, wo die Entscheidungsfindung zusammengeführt wird, nämlich bei der Beratung. Meine persönliche Ansicht dazu ist, dass man das Ganze zwar so durchspielen kann, dass es aber in der Praxis keinen Bestand haben wird und die Ausgestaltung insofern nicht sinnvoll ist.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Ich frage die Deutsche Alzheimergesellschaft, die BAG Selbsthilfe und die Verbraucherzentrale, welche Alternativen sie für sinnvoll halten: die wohnortnahen Stützpunkte, an die sich Ratsuchende bei Beratungsbedarf jederzeit wenden

können, oder die Aushändigung von vier Beratungsgutscheinen?

Sve **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Ich möchte auf diese Fragen antworten: sowohl - als auch. Pflegestützpunkte halte ich insbesondere da für ein sehr gutes Angebot für Hilfesuchende, wo es keine Alternative gibt und wo sie einen strukturellen Anreiz bieten. Es gibt in jedem Fall Beratungsbedarf; das sehe ich genauso wie meine Vorredner.

Aber nicht nur wir, sondern viele andere Verbände - sie haben sich zum Teil in dieser Anhörung schon geäußert - sehen bei dieser Konstruktion allerdings auch einige Kritikpunkte. Zum Beispiel verstehe ich unter dem Begriff Pflegeberatung etwas Umfassendes, das weit über die Information, welche Leistungen es gibt und wie sie finanziert werden können, hinausgeht. Mit den häufig verzweifelten Betroffenen sind auch psychosoziale Gespräche notwendig.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Qualifikation der Menschen in den Pflegestützpunkten. Meine Erfahrungen in der telefonischen Beratung von Alzheimerkranken, bei der es auch um die Ablehnung von Leistungen geht, zeigen, dass dieser Punkt wichtig ist. Insofern halte ich es für notwendig, dass die Pflegeberatung unabhängig stattfindet. Deswegen halte ich es auch für eine Option, Beratungsgutscheine auszugeben, wo entsprechende Strukturen vorhanden sind.

Dabei stellt sich auch hier die Frage nach dem Akkreditierungsverfahren der Krankenkassen. Man muss sehr strenge Maßstäbe anlegen. Welche Qualifikation müssen unabhängige Case-Manager haben? Sie müssen meiner Meinung nach besser ausgebildet sein, gerade wenn sie sozusagen als Einzelkämpfer in die Haushalte gehen. Vorstellbar ist aber auch, dass unabhängige Organisationen das machen. Ich denke zum Beispiel an die Verbände der Selbsthilfe, die eine sehr spezifische Pflegeberatung für bestimmte Krankheitsbilder anbieten können. Daher sehe ich beides als eine Option.

Angesichts der Tatsache, dass sehr viel Geld im Spiel ist, plädiere ich dafür, an manchen Orten Pflegestützpunkte einzurichten und an anderen Orten, wo es bereits gute Strukturen gibt, Beratungsgutscheine auszugeben. Man sollte das nach drei Jahren evaluieren und schauen, welche Ergebnisse erzielt wurden und wie groß die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen ist. Wir sind der Meinung, dass wir in naher Zukunft wieder eine Reform der Pflegeversicherung brauchen, wenn der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert wird. Wir investieren nun unheimlich viel Geld in den Aufbau neuer Pflegestützpunkte, das dann den Pflegebedürftigen unter Umständen nicht mehr zur Verfügung steht. Daher kann ich keine eindeutige Meinung zu einer der beiden Alternativen abgeben, sondern nur eine differenzierte Stellungnahme.

**SV Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Auch wir sehen Pflegestützpunkte in Trägerschaft der Kassen als problematisch an. Insofern kann ich diese Option nicht unterstützen. Aber Gutscheine sind nur so viel wert wie das Angebot, das man mit ihnen in Anspruch nehmen kann. Aus unserer Sicht ist der beste Weg, dass unabhängige Einrichtungen der Selbsthilfe - Frau Jansen von der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft hat gerade darauf hingewiesen - kompetent Beratungsangebote machen. Insofern ist es sicherlich ein sehr guter Weg, die Förderung dieser Einrichtungen zu intensivieren, das Ganze zu evaluieren und zu sehen, ob man eine flächendeckende, unabhängige Beratung aufbauen kann.

**SV Dieter Lang** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Ich schließe mich Herrn Danner weitgehend an. Auch im Rahmen einer unabhängigen Beratung sind Beratungsgutscheine denkbar. Ich halte diese Lösung aber für eher geeignet, wenn es um Rechtsberatungsfragen und nicht um die zugehende Beratung in pflegfachlicher Hinsicht geht. Hier halte ich eine Gutscheinelösung für praktisch

nicht machbar. Ich hätte mir gewünscht - ich weiß nicht, warum das nicht geschehen ist -, dass man eine nationale Konferenz derjenigen einberufen hätte, die im Beratungs- und Begleitungsgeschäft tätig sind. Dann hätte man sehen können, wer bereit ist, welche Aufgaben zu übernehmen. Danach hätte sich ein Akkreditierungs- bzw. Zertifizierungsverfahren anschließen müssen. So hätte man es machen können. Nun werden uns die Kassen vorgeetzt. Das ist die zweitschlechteste Lösung.

**Abg. Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Ich möchte eine Frage stellen, die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der vorangegangenen Runde nicht beantwortet wurde. Ich gestatte mir daher, diese für unser Gesetzesvorhaben wichtige Frage zu wie derholen. Reichen die gesetzlichen Regelungen zur Verordnung von Arzneimitteln und weiteren Leistungen im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V aus, oder sind weitere Regelungen erforderlich, und, wenn ja, welche?

**SV Detlev Heins** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.): Bei § 116b geht es um die ambulante Behandlung besonders schwerer Erkrankungen im Krankenhaus. Vor dem GKV-WSG war es bekanntlich drei Jahre in das Belieben der Krankenkassen gestellt, mit den Krankenhäusern Vereinbarungen und Verträge zu schließen. Der Gesetzgeber schafft das ab. Nun werden die Landesplanungsbehörden tätig. In Sonderheit haben wir aber ein Problem: Den Krankenhäusern soll eine Abgabe von Arzneimitteln durch das Apothekengesetz ermöglicht werden. Allerdings sind damit die Verordnung und die Finanzierung der Arzneimittel nicht geregelt. Das ist zum Beispiel bei der Abgabe von Zytostatika bei der onkologischen Behandlung problematisch. Faktisch können wir hier eine ambulante Behandlung im Krankenhaus nicht durchführen. Es ist daher korrekt, dass hier Regelungsbedarf vonseiten der DKG gesehen wird.

Im Moment behelfen wir uns mit freiwilligen Vereinbarungen mit den Krankenkassen, so-



fern es denn schon Genehmigungen vonseiten der Landesplanungsbehörden gibt. Aber es geschieht nur hilfsweise und ist wieder in das Belieben der Krankenkassen gestellt, Vereinbarungen mit den Krankenhäusern zu schließen. Hier müsste aus unserer Sicht eine verpflichtende und deutliche Regelung getroffen werden, die im günstigsten Fall den Krankenhäusern eine direkte Rezeptierung zulasten der GKV ermöglicht.

Abg. **Silvia Schmidt** (Eisleben) (SPD): Meine erste Frage zu den Pflegestützpunkten geht an Herrn Schiffer. Ist es nicht so, dass die Beratung nach dem SGB bereits kostenlos stattfindet und dass der Pflegeversicherung durch die Ausgabe von Gutscheinen ein zusätzlicher Aufwand entsteht? Natürlich hat ein Hilfesuchender durch einen Pflegestützpunkt einen einzigen Anlaufpunkt und muss nicht durch das gesamte Beratungssystem gehen.

Meine zweite Frage geht an Frau Elke Bartz und Herrn Professor Welti. Wäre es nicht gut, wenn Menschen mit Behinderung im Rahmen ihres persönlichen Budgets einen Geldbetrag von der Pflegeversicherung bekämen, der so hoch wäre wie ein entsprechender ambulanter Sachleistungsbetrag? Das fordert unter anderem der Bundesrat. Wahrscheinlich wären es nicht allzu viele Menschen, die ein solches Budget beantragten.

SV **Paul-Jürgen Schiffer** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Beratung und Information betreffen nicht nur Pflegebedürftige, die einen Leistungsanspruch nach dem SGB XI haben. Das ist sicherlich im Gesetz so vorgesehen. Aber es gibt auch eine Reihe von Versicherten mit Hilfsbedarf unterhalb der Leistungen der Pflegeversicherung, die ebenfalls eine Beratung benötigen. Daher muss eine Anlaufstelle, unabhängig davon, ob es sich um einen Pflegestützpunkt handelt oder wie auch immer man eine solche Beratungs- und Informationsstelle vor Ort nennen will, für alle Bewohner in einem Wohnquartier bzw. einer Gemeinde eingerichtet werden.

Ein Beratungsgutschein ist sicherlich nicht das A und O; denn Anspruch auf einen Beratungsgutschein hätte laut Gesetz nur derjenige, der einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat. Vielleicht sollte man generell allen Betroffenen, die Fragen oder Hilfsbedarf bei ihrer Lebensführung haben, den Weg zu einer Beratungsstelle eröffnen. Das wäre das Wesentliche.

SVe **Elke Bartz** (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Zum Thema Geldleistungen in Höhe der Sachleistungen für behinderte Menschen: Selbstverständlich sehen wir es als dringend notwendig an, dass behinderte Menschen entweder im Rahmen eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets oder ohne Budget als Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die ihre Assistenz selbst organisieren und damit sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze schaffen, Geldleistungen in Höhe der ambulanten Sachleistungen bekommen. Die Geldleistungen dienen ursprünglich als Anerkennungsleistung für pflegende Angehörige. Über solche verfügen behinderte Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in der Regel nicht. Wir haben genauso wie ambulante Dienste Assistenzpersonen als abhängig Beschäftigte. Daher ist die Geldleistung in Höhe der Sachleistung unbedingt notwendig, insbesondere im Hinblick auf §66 SGB XII, der Leistungskonkurrenz. Die Sozialhilfeträger versagen immer wieder Leistungen, weil sie die Differenz zwischen Geld- und Sachleistungen nicht finanzieren wollen. Zumindest innerhalb eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets sollten Geldleistungen in Höhe der Sachleistungen eine Selbstverständlichkeit sein. Es besteht nach wie vor die Problematik, dass die Pflegeversicherung nicht teilhabeorientiert ist. Ein erster Schritt wäre, zu sagen: Pflege ist ein Teil von Teilhabe; ohne Pflege ist keine Teilhabe möglich.

SV **Prof. Dr. Felix Welti**: Die Bundesregierung spricht sich zu Recht für das persönliche Budget als eine innovative Leistungsform für behinderte Menschen aus und hat dies auch in der Gesetzgebung zum SGB IX wirksam aus-

gestaltet. Die dazugehörigen Modellversuche sind weitgehend erfolgreich abgeschlossen. Leider wird dies im Gesetzentwurf der Bundesregierung noch nicht berücksichtigt. Die Möglichkeit, das persönliche Budget mit Leistungen der Pflegeversicherung trägerübergreifend zu kombinieren, sollte in den Gesetzentwurf aufgenommen werden. Es droht ansonsten eine Auseinanderentwicklung und Widersprüchlichkeit im Sozialrecht. Es ist zu vermuten, dass hier Meinungsverschiedenheiten zwischen zwei Bundesministerien auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen werden. Das sollten Sie als Gesetzgeber durch politische Entscheidungen verhindern. Der Bundesrat hat zu Recht die Streichung der Sonderregelungen in § 35 a SGB XI zum persönlichen Budget einstimmig gefordert. Ein Verzicht auf pflegespezifische Sonderregelungen beendet zum einen die bestehende Benachteiligung pflegebedürftiger Behinderter und leistete zum anderen ein Beitrag zur Entbürokratisierung. Man hätte dann eine klare Regelung im SGB IX. Damit könnte man viel für die betroffenen Menschen tun.

Das System der Pflegeversicherung würde dadurch nicht gefährdet; denn das persönliche Budget wäre kein Pflegegeld, sondern eine Leistung, die durch eine Zielvereinbarung an eine bedarfsgerechte Verwendung gebunden wäre. Sie würde nach dem SGB IX nur demjenigen gewährt werden, der Ansprüche gegenüber anderen Trägern hätte. Es würde sich also um einen überschaubaren Adressatenkreis handeln.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Herr Professor Thüsing, § 92 c SGB XI im Gesetzentwurf sieht nicht vor, dass ein Pflegestützpunkt selbst Verwaltungsakte oder Widerspruchsbescheide erlässt. Sehen Sie trotzdem die Gefahr einer unzulässigen Mischverwaltung?

**SV Prof. Dr. Gregor Thüsing:** Auch bei meiner dritten Stellungnahme werde ich nichts anderes sagen als zuvor. Aber ich danke für die Gelegenheit, das, was ich bislang angedeutet habe, zu vertiefen. Wenn Sie meine Stellung-

nahme genau lesen, werden Sie feststellen, dass ich die Frage, ob es tatsächlich zu Verwaltungsakten kommt, offengelassen und wohl unterstellt habe, dass das nicht der Fall ist. Es wird aber Entscheidungsbefugnisse geben. Ob diese in das öffentlich-rechtliche Gewand nach § 35 Verwaltungsverfahrensgesetz gekleidet sind oder nicht, wird letztlich nicht entscheidend sein.

Stellen wir uns einmal folgenden Fall vor: Ein Hilfsbedürftiger wird von einem Sachbearbeiter beraten, der von einer Krankenkasse entsandt wurde. Der Hilfsbedürftige selber ist aber bei einer anderen Krankenkasse versichert. Trotzdem wird er vom Sachbearbeiter erwarten, dass die empfohlene Behandlung von seiner Krankenkasse gewährt wird. Sollte dies nicht der Fall sein, wäre das System der Pflegestützpunkte sinnlos, weil es den Hilfesuchenden falsch informiert. Um dies zu vermeiden, werden sich die Krankenkassen gezwungen sehen, Leistungen nicht nur nach ihren eigenen Maßstäben und Gepflogenheiten zu gewähren, sondern auch nach denjenigen, die der Berater des jeweiligen Pflegestützpunktes für angemessen hält. Hier spielt auch das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen eine Rolle.

Im Gesetzentwurf heißt es auf Seite 189, dass es zu begrüßen wäre, wenn Mitarbeiter mit Entscheidungskompetenz eingesetzt würden. Es sollte die Möglichkeit der sofortigen Entscheidung geben. Ziel ist, eine enge Verzahnung zu erreichen. Das alles wird faktisch mit den dort zu treffenden Entscheidungen zusammenhängen. Ob diese als öffentlich-rechtlicher Verwaltungsakt ausgestaltet sind, ist letztlich im Hinblick auf das Verbot der Mischverwaltung nicht entscheidend. Das würde es vielleicht ein wenig dramatisieren, überspitzen oder akzentuieren; aber es wäre keine grundlegende Weichenstellung, die das Problem löste. Ich weiß nicht, ob das verfassungswidrig ist. Aber bei den Arbeitsgemeinschaften haben wir damals diese Frage nicht ausreichend geprüft. Ich sehe daher die Gefahr, dass das Bundesverfassungsgericht auf dem Weg voranschreitet, den es mit seiner Ent-

scheidung vom letzten Dezember eingeschlagen hat.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Ich richte meine Fragen an die Vertreter des Deutschen Caritasverbandes, des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt und des MDS. Es geht um die Beratungseinsätze nach § 37. Meine Frage lautet: Wer soll diese Einsätze durchführen?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Gegenwärtig werden die Beratungseinsätze von Pflegediensten, die einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse haben, durchgeführt. Das birgt die Gefahr, dass Pflegedienste, die Personen, die Pflegegeld beziehen, besuchen, im Sinne ihres eigenen Leistungsangebots beraten. Wir setzen uns daher dafür ein, dass der Pflegeberatungseinsatz künftig nur von neutralen, das heißt von Kosten- und Leistungsträgern bzw. Leistungserbringern unabhängigen Pflegefachkräften, durchgeführt wird, die über eine entsprechende pflegfachliche Kompetenz verfügen müssen. Nur auf diese Art und Weise kann eine echte Kontroll- und Schutzfunktion ausgeübt werden.

Wir lehnen es in diesem Zusammenhang ab, dass bei Pflegekassen angestellte Berater nach § 7 a auch Pflegeberatungsbesuche durchführen. Das ist entsprechend unserer Argumentation für eine neutrale Beratung nur möglich, wenn sich der Pflegestützpunkt nicht in der Trägerschaft der Pflegekasse befindet, was aber nach dem Gesetzentwurf so vorgesehen ist.

SV **Rainer Brückers** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.): Inhaltlich schließe ich mich dem an, was Frau Dr. Fix von der Caritas gesagt hat. Entscheidend ist, dass Pflegeberater, die auch die Beratung nach § 37 machen sollen, möglichst neutral beraten können. Dazu bedarf es einer gewissen Unabhängigkeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern. Diese sollte auf jeden Fall gewahrt bleiben.

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.): Sie haben primär danach gefragt, wer es machen soll. Man sollte noch einmal darüber nachdenken, welches Ziel die Beratungseinsätze verfolgen. Am Anfang stand der Kontrollaspekt im Vordergrund. Dann rückte der Beratungsaspekt mehr in den Vordergrund. Man sollte sich fragen, ob die Beratungseinsätze tatsächlich den Nutzen bringen, den man sich von ihnen versprochen hat. Wenn man von ihrem Nutzen überzeugt ist, dann spricht einiges dafür, die Beratung unabhängig durchzuführen. Das bedeutet, man sollte es nicht mehr so fortführen wie bisher. Wir sollten auch noch einmal über die Zielsetzung reden und darüber, wer das sinnvollerweise im System machen sollte.

Abg. **Ute Kumpf** (SPD): Meine erste Frage zum bürgerschaftlichen Engagement richte ich an die Vertreterin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen. Es ist erfreulich, dass das bürgerschaftliche Engagement im Gesetzentwurf aufgegriffen wird. Wir haben in § 45 PfwG auch die Freiwilligenagenturen im Blick. Sollten die Freiwilligenagenturen in diesen Paragraphen aufgenommen werden, und welche Erfahrungen können diese beim Aufbau ehrenamtlicher Strukturen einbringen?

Meine zweite Frage geht an die Vertreter der BAG Selbsthilfe, des Diakonischen Werkes und der Arbeiterwohlfahrt. Wir haben in § 75 Abs. 2 Nr. 9 des Gesetzentwurfs die Bedingungen geregelt, unter denen sich Selbsthilfegruppen sowohl in der häuslichen Pflege als auch in Einrichtungen an der Versorgung und der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können. Dies soll durch Rahmenvereinbarungen auf Landesebene geregelt werden, und zwar zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, unter Beteiligung des MDK sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherungen und der Vereinigung der ambulanten und der stationären Pflegeeinrichtungen. Reichen Rahmenverträge auf Landesebene aus, oder sollten wir als Gesetzgeber Vorgaben machen, damit hier kein Schindluder getrieben wird?

**SV Kerstin Brandhorst** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e. V.): Die Struktur der Freiwilligenagenturen ist bislang im Pflegebereich weitgehend ungenutzt. Das ist sehr schade; denn wir sind der Auffassung, dass die Freiwilligenagenturen einiges beitragen könnten. Dazu möchte ich ein paar Punkte nennen.

Der erste Punkt betrifft die Tatsache, dass Freiwilligenagenturen vor allem in der Aufbauphase von bürgerschaftlichem Engagement Unterstützung geben können, das heißt im dem Zeitraum, in dem Freiwillige noch auf der Suche nach einem passenden Engagement im kommunalen Raum sind.

Zweitens können Freiwilligenagenturen solche Organisationen unterstützen, die freiwilliges Engagement bei sich selber etablieren wollen.

Drittens verfügen Freiwilligenagenturen über Erfahrungen mit Modellprojekten im Pflegebereich.

Viertens haben Freiwilligenagenturen ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem im Bereich der Freiwilligenarbeit - auch in der Pflege - eingeführt.

Fünftens können Freiwilligenagenturen auf eine umfassende Struktur im kommunalen Raum zurückgreifen. Es gibt zurzeit circa 300 solcher Einrichtungen. Diese Zahl wächst stetig.

Wir bewerten den neuen § 45 d positiv. Aber unseres Erachtens sind dort nicht alle Bereiche bürgerschaftlichen Engagements verankert. Nicht alle Menschen wollen sich in Gruppen engagieren und haben aufgrund persönlicher Betroffenheit - etwa wie im Selbsthilfebereich - die Motivation für ein bürgerschaftliches Engagement. Es fehlen zum Teil Möglichkeiten, Menschen für bürgerschaftliches Engagement zu gewinnen. Frau Kumpf, deswegen plädieren wir dafür, die Freiwilligenagenturen in § 45 d aufzunehmen.

**SV Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Aus Sicht der BAG Selbsthilfe ist es sehr zu begrüßen, dass in § 75 Abs. 2 Nr. 9 des Gesetzentwurfs nunmehr festgelegt ist, dass Kooperationen mit der Selbsthilfe zwingender Bestandteil der Rahmenverträge auf Landesebene sein sollen. Er ist aus unserer Sicht allerdings ergänzungsbedürftig. Die Organisation der Selbsthilfe sollte an den Beratungen über die Ausgestaltung der Verträge im Wege eines Mitberatungsrechts beteiligt werden, um dafür zu sorgen, dass der Aspekt der Betroffenenpartizipation Eingang findet. Im Sinne einer bundeseinheitlichen Weiterentwicklung wäre es aus unserer Sicht sicherlich hilfreich, wenn es auch in diesem Bereich bundeseinheitliche Vorgaben oder zumindest Eckpunkte für die Ausgestaltung der Landesverträge gäbe.

**Sve Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): § 75 Abs. 2 Nr. 9 regelt insbesondere Vertragsinhalte. Wir denken, dass es dazu keiner Regelung auf Bundesebene bedarf, da die Strukturen auf der Landesebene sehr unterschiedlich sind und ehrenamtliches Engagement sozusagen zusätzlich sein soll. Wir haben die Sorge, dass wir dann, wenn das verpflichtend in die Rahmenverträge aufgenommen wird, der Vielfalt in den Bundesländern nicht gerecht werden, der zusätzliche, unterstützende Charakter des ehrenamtlichen Engagements verloren geht und die Ehrenamtlichen verstärkt in die Regelarbeit eingebunden werden, was auf jeden Fall verhindert werden muss.

§ 82 b ist nicht gut formuliert. Hier geht es um die Refinanzierung der ehrenamtlichen Arbeit. Insbesondere im ambulanten Bereich können die Dienste, die sehr viel mit Ehrenamtlichen und Selbsthilfegruppen arbeiten, den Punktwert nicht erhöhen. Aber der Klient, der eine Grundpflege bucht, hat einen höheren Punktwert, obwohl er gar nicht an der ehrenamtlichen Leistung partizipiert, was auch gar nicht sein Ansinnen ist. Deshalb schlagen wir insbesondere im Hinblick auf den ambulanten Be-

reich eine Fondslösung - analog zu § 39 a im Hospizbereich - vor.

**SV Rainer Brückers** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.): Wir sind für die Aufnahme der Förderung der ehrenamtlichen Arbeit und Strukturen in die Empfehlungen. Gleichwohl stehen wir der Aufnahme in die Vereinbarungen skeptisch gegenüber. Ehrenamtliche Arbeit verträgt sich nicht mit gesetzlichen Vorgaben. Insoweit sollte es bei Empfehlungen bleiben. Das ehrenamtliche Engagement sollte nicht in Vereinbarungen aufgenommen werden. Alle Verantwortlichen, die versuchen, ehrenamtliche Arbeit in pflegerische Strukturen und Dienste einzubeziehen, sind sich der Gefahr des Missbrauchs bewusst. Wer das ehrenamtliche Engagement fördern und zum erklärten Ziel seines Qualitätsstandards machen will, ist gut beraten, sehr sorgsam mit der Förderung ehrenamtlicher Strukturen umzugehen.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Wir kommen jetzt zur Fragezeit der FDP.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich möchte mit einer komplexen Frage beginnen, die sich auf das Verhältnis eventuell einzurichtender Pflegestützpunkte zu denjenigen bezieht, die schon vor Ort tätig sind bzw. damit zu tun haben. Die Frage richtet sich an die Sachverständigen Frau Kollex und Herrn Herdes sowie an die Vertreter der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und des Bundesvereinigungen der kommunalen Spitzenverbände.

Wie könnte die Verknüpfung der Pflegestützpunkte mit bestehenden Strukturen in der Praxis überhaupt aussehen? Ist das realistisch und durchführbar, oder gibt es Probleme? Welche Folgen hätte das für diejenigen, die bereits vor Ort tätig sind? Sicherlich gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Was bedeutet das für diejenigen, die bereits solche Strukturen vorhalten? Gibt es für sie Anreize, soweit Sie das aufgrund des Ge-

setzentwurfs und seiner Begründung erkennen können, oder ist das für sie eher abschreckend? Welche Befürchtungen haben Sie? Ich hätte gerne einen kleinen Überblick, wie sich das aus Sicht der Betroffenen darstellt.

**Sve Katrin Kollex**: Wir selber bieten als Leistungserbringer bereits ein Netzwerk zur ambulanten Versorgung von Patienten an. Wir setzen uns sehr intensiv mit Fragen nach dem ambulanten Fall- bzw. Case-Management und der Pflegeberatung auseinander. Wir kennen daher die Thematik sehr gut.

Für uns ist die Frage, welche Anreize zu einer Kooperation für einen bei den Pflegekassen angesiedelten Pflegestützpunkt mit Pflegeberatung bestehen, eine Frage der Existenzgrundlage. Unsere Existenzgrundlage ist die Patientenversorgung. Das alles hängt für uns eng miteinander zusammen. Es stellt sich für uns gar nicht allein die Frage der Anreize, sondern wir werden zusehen müssen, ob es einen Weg zur Kooperation gibt und ob man uns überhaupt kooperieren lässt.

Uns schreckt sehr stark ab, dass Pflegestützpunkte und insbesondere die Pflegeberatung und die Entscheidungsmöglichkeiten bei den Pflegekassen angesiedelt sind. Für uns bedeutet das einen sehr starken, steuernden Eingriff in den Markt. Das betrifft auch die Qualität der Leistungen, die zukünftig finanziert werden. Wir haben große Befürchtungen, dass es auch zu Leistungsausgrenzungen kommen wird und wir in die Misere geraten werden, dass wir auf der einen Seite unseren eigenen Qualitätsanspruch im Rahmen der wettbewerblich orientierten Patientenberatung aufrechterhalten wollen, uns aber auf der anderen Seite den monetären Sachzwängen der Kranken- und Pflegekassen unterordnen müssen. Deshalb sind wir der Meinung, dass definitiv Pflegeberatung, aber auch Pflegestützpunkte wettbewerblich organisiert werden sollten. Die Zielsetzung sollte ganz klar die beste Qualität für den Patienten sein. Das sollte in unseren Augen eine solche Struktur der Pflegestützpunkte berücksichtigen. Deshalb sollten diese bei den Pflegekassen angesiedelt

werden, sondern im Wettbewerb durch Leistungserbringer oder bei den Kommunen entstehen.

**SV Dietmar J. Herdes:** In Baden-Württemberg gibt es ein breites Spektrum von Beratungsstellen. Ausgehend von einer Struktur, die das Land am Anfang der 90er-Jahre aufgebaut hat, sind sogenannte IAV-Stellen, Informationsanlauf- und Vermittlungsstellen, geschaffen worden. In Baden-Württemberg ist eigentlich eine blühende Wiese vorhanden, was Beratungsarbeit angeht. Sie ist in den Stadt- und Landkreisen sehr unterschiedlich konfiguriert. Diese Arbeit funktioniert vor allem, was die Bedienung der Netzwerke angeht. Sie ist nicht nur auf den Bereich der Pflegeversicherung konzentriert; auch die Bürgerinnen und Bürger mit der Pflegestufe 0 haben die Möglichkeit, zur Beratung zu kommen. Es gelingt, das bürgerschaftliche Engagement und die Selbsthilfegruppen zu integrieren. Ebenfalls funktioniert - dann komme ich zu dem strukturellen Anteil - Folgendes: In allen 44 Stadt- und Landkreisen sind Altenhilfefachberatungen institutionalisiert. Damit ist ein Transmissionsriemen vorhanden, der Prozesse mit den Beteiligten vor Ort in Schwung bringt.

Die Frage ist nun, wie man das neue System mit dem alten verzahnen und gegebenenfalls weiterentwickeln kann. Ich denke, die kommunale Seite wird mit einer gewissen Skepsis der Aufgabenübertragung an die Pflegekassen gegenüberstehen, weil die Pflegekassen mit ihrem Teilauftrag der kommunalen Seite, die eigentlich das ganze Spektrum bedienen will und eher einen ganzheitlichen Auftrag hat, ein Stück weit die Steuerungsfunktion entziehen. Ob sich die kommunale Seite jetzt zurückziehen wird, kann man schwer beurteilen. Ich glaube es nicht, da die Verpflichtung im Rahmen der Daseinsvorsorge vorhanden ist. Aber es besteht schon die Befürchtung, dass ein funktionierendes System, das Angebote vorhält, die die Menschen brauchen, ein Stück weit umstrukturiert wird. Vielleicht bricht auch manches wegen anderer Finanzierungsformen weg. Deshalb wäre mein Plädoyer, sehr viel stärker darauf zu achten, was in den einzelnen

Bundesländern dezentral vorhanden ist und wie man das in die künftige Struktur integrieren kann.

**SV Thomas Ballast** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Es ist schwer, den gewünschten Überblick zu geben, weil wir Dinge beschreiben müssen, die zum Teil jetzt schon da sind, zum Teil aber auch erst entstehen sollen. Die Pflegestützpunkte haben eine doppelte Zielsetzung: Auf der einen Seite sollen die individuelle Beratung und das individuelle Fallmanagement ausgebaut werden; auf der anderen Seite soll die Vernetzung der Beratungs- und Unterstützungsangebote vor Ort geleistet werden. Was die individuelle Beratung betrifft, so muss man feststellen, dass der Gesetzentwurf vorsieht, dass zum 1. Januar 2009 die Pflegeberatung der Pflegekassen erheblich ausgeweitet wird. Wenn man das ernst nimmt und das zum 1. Januar 2009 erreicht wird, wird ein gutes Stück dessen, was möglicherweise heute noch als Defizit empfunden wird, durch die ausgebauten Pflegeberatung abgedeckt. Dann muss man sich die Frage stellen, was an Vernetzung tatsächlich noch zu leisten ist.

Wir stellen fest, dass das Beratungs- und Unterstützungsangebot vor Ort schon heute sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Das betrifft sowohl das, was die Pflegekassen jetzt schon bereitstellen - da ist schon einiges in der Vergangenheit geleistet worden -, als auch das, was an kommunalen, kreisbezogenen und landbezogenen Angeboten vorhanden ist.

Die Fragen im Einzelnen zu beantworten, beispielsweise ob Doppelstrukturen entstehen werden, ob man diese vermeiden kann und was mit den bereits bestehenden Angeboten geschieht, ist im Moment sehr schwer. Wir haben es deshalb außerordentlich begrüßt, dass jetzt Modellprojekte durchgeführt werden, in denen die Organisation und der Betrieb der Pflegestützpunkte getestet werden sollen. Mehrere Kassen und Kassenarten beteiligen sich daran. Wir haben die Hoffnung, dass offene Fragen durch erfolgreiche Musterbeispiele im Rahmen

dieser Modellprojekte beantwortet werden können. Wir finden schlecht, dass offenbar zu wenig Zeit eingeräumt wird, um diese Modellprojekte überhaupt bis zum Ende durchzuführen und die Ergebnisse auszuwerten; denn erst wenn man die Musterbeispiele kennt, kann man die notwendigen Konsequenzen ziehen und sich Gedanken über ein flächendeckendes Angebot in Deutschland machen.

**Sve Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.): Zunächst zu dem gefragten Überblick, welche Strukturen und welche Träger vorhanden sind, die die Aufgaben der Pflegestützpunkte, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen sind, wahrnehmen. Da kann ich drei Institutionen nennen. Die Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen erbringen vielfache Beratungsleistungen, auch den vorhin schon genannten Pflegeberatungseinsatz nach § 37 und die Schulungen in der Häuslichkeit nach § 45. Viele Kommunen haben Beratungsstellen eingerichtet, und es gibt in mehreren Bundesländern - zum Teil flächendeckend - so etwas wie Pflegestützpunkte, nämlich die schon von Herrn Herdes genannten IAV-Stellen in Baden-Württemberg, die Bekos im Saarland und in Rheinland-Pfalz, die Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ in Berlin, die Lotsendienste in Schleswig-Holstein, die Demenz-Servicezentren in Nordrhein-Westfalen und die Angehörigenfachstellen in Bayern. Es gibt also eine ganze Reihe von Beratungseinrichtungen, die auch über eine einfache Beratung hinaus im Sinne eines Case-Managements Angebote machen.

Es gilt, mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zu vermeiden, dass diese Strukturen zerstört werden. Also dürfen keine Doppel- und Parallelstrukturen aufgebaut werden. Solange aber der Gesetzentwurf vorsieht, dass die Pflege- und die Krankenkassen die Regie bei der Errichtung des Pflegestützpunktes haben, indem sie Verträge initiieren, sind die bestehenden Strukturen - da meine ich vor allem die Strukturen, die in den Ländern schon entstanden sind - in Gefahr. Auch wenn die Pflegeberater bei den Pflegekassen angestellt sind, ist ein bestimmter Weg vorgebahnt, der nicht mit den

Strukturen konform geht, die in den Ländern existieren. Daher plädieren wir als freie Wohlfahrtspflege dafür, dass möglichst flexible Lösungen in den Ländern ermöglicht werden. Wir finden hierzu den Beschluss des Bundesrats vom November 2007 zielführend, wonach gemeinsam einheitliche Bundesempfehlungen zum Aufbau, zu den Aufgaben und der Finanzierung dieser Pflegestützpunkte erarbeitet werden, dass dann aber die Umsetzung auf der Grundlage von Landesrahmenempfehlungen erfolgt und somit flexible Lösungen vor Ort in den Bundesländern möglich werden.

Aus unserer Sicht ist es essenziell, dass die Kommunen und die Pflegeeinrichtungen in die Pflegestützpunkte einbezogen werden, und zwar auf Augenhöhe. Für die Leistungserbringerverbände, die zugleich zahlreiche Stellen der offenen Altenhilfe anbieten und auch ehrenamtliche Strukturen vorhalten, kann man sicherlich sagen, dass ein hohes Interesse an der Einbindung in die künftigen Pflegestützpunkte besteht. Es ist auch im Sinne der Verbraucher erforderlich, dass diese Angebote einbezogen werden, da diese die Strukturen bereits kennen.

**SV Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Frau Dr. Fix hat schon auf vieles hingewiesen. Auch wir sind der Auffassung, dass eine Einbeziehung der bestehenden Struktur im Rahmen der Optimierung der Pflegeberatung und der Anleitung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen mehr als notwendig ist. Wir sind darüber hinaus der Auffassung, dass diese Pflegestützpunkte wettbewerbsneutral ausgestaltet werden müssen und dass sie in der Ausgestaltung des Beratungsangebots eine größere Wahlfreiheit bieten müssen, als das gegenwärtig im Gesetzentwurf vorgesehen ist.

Zu der Frage, ob sich bestimmte Anreize wiederfinden lassen: Theoretisch bestehen die Anreize im Gesetzentwurf darin, dass sich auch Pflegeeinrichtungen an bestimmten Leistungen der Pflegestützpunkte beteiligen können, gegebenenfalls sogar als Vertragspartner. Wir sind allerdings der Auffassung, dass der

Ausbau und die Stärkung der bestehenden Strukturen mit einem deutlich geringeren finanziellen Aufwand verbunden wären und deshalb die bestehenden Strukturen ausgebaut werden müssten. Da ist insbesondere auf die Leistungen nach § 45 hinzuweisen. Da gibt es ein zugehendes Angebot. Die Pflegeeinrichtungen sind sowohl in Krankenhäusern bei akut auftretenden Krisensituationen als auch bei den Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit mit diesem zugehenden Angebot präsent. Insofern halten wir insbesondere dieses Angebot der individuellen häuslichen Beratung, der Schulung von Angehörigen, aber auch der Überleitung aus Krankenhäusern in die Pflegeeinrichtungen für ein optimales Angebot. Wir sind der Auffassung, dass dieses Angebot weiterentwickelt werden sollte. Darüber hinaus sollten die Pflegebedürftigen die Wahlfreiheit haben, auch auf die darüber hinaus weiterhin bestehenden Einrichtungen im Quartier und in der Kommune zurückgreifen zu können.

**Sve Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Die Diskussion dreht sich oftmals relativ pauschal um Pflegestützpunkte allgemein. Die Frage, welche Auswirkungen es auf die bestehenden Strukturen geben wird, macht es notwendig, sich die einzelnen Aufgaben des Pflegestützpunktes anzuschauen und sauber zu unterscheiden. §92 c des Entwurfes gibt eine genaue Trennung der einzelnen Bereiche vor und bestimmt, dass zunächst die Beratung vorzunehmen ist. Bei der Beratung muss man ganz klar sagen: Wenn es bislang zum Beispiel zehn Beratungsstellen gibt und es jetzt einen Pflegestützpunkt geben soll, der diese Beratung übernimmt, dann kann man diese Beratung bei einer der bestehenden Beratungsstellen ansiedeln. Die Frage ist dann, ob die anderen neun Stellen bestehen bleiben oder nicht. Man muss also auch wissen, welche Strukturen nicht mehr fortbestehen können. Wenn ich räumlich etwas zusammenfügen möchte - in einem Pflegestützpunkt sollen Ansprechpartner für den Pflegebedürftigen räumlich anwesend sein können -, dann geht das nur an einer Stelle und nicht verteilt auf die zehn bislang beratenden Stellen. Für uns ist dabei eine anbieterunabhängige

hängige Beratung von ganz entscheidender Bedeutung.

Beim zweiten Bereich ist es vielleicht leichter. Dabei geht es um die Koordination und Vernetzung der Angebote. Da kann man durchaus sagen, dass das den strukturellen Bereich betrifft. Das kann man auch virtuell machen. Da muss man keine räumliche Struktur schaffen; das kann man im sogenannten Backoffice machen. Man kann sich verständigen, welche Angebote man vorhalten muss, welche fehlen und welche man zusätzlich braucht.

Der dritte Bereich betrifft das rechtlich Schwierige, nämlich die individuelle Bedarfserfüllung, die Leistungserbringung für den einzelnen Pflegebedürftigen. Der Bereich der vielfältigen unterschiedlichen Leistungen, die hier erbracht werden sollen, knüpft an die Frage an, die die SPD-Fraktion eingangs stellte, nämlich was denn die Kommunen schon alles machen: die Hilfe zur Pflege, die Altenhilfe, der Fahrdienst, der ÖPNV. Das alles ist ein vielfältiges Spektrum. Das lässt sich in den Pflegestützpunkt nicht einbinden, weil die Entscheidung jeweils beim Leistungsträger bleiben muss und das Gleiche für die SGB-XI-Leistungen der Pflegekassen gilt. Insofern wird es hier bei den bestehenden Strukturen bleiben müssen. Die werden schlecht verknüpft werden können, ohne dass es wieder zu einer Mischverwaltung kommt.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Zusatzfrage an den Vertreter der Pflegekassen. Ich habe bisher immer geglaubt, soweit man das aus dem Gesetz erkennen konnte, dass in dem Stützpunkt Vertreter einer Pflegekasse sitzen, um dort zu beraten. Jetzt hat aber Frau Ministerin Schmidt am letzten Mittwoch bei der Regierungsbefragung auf eine Frage der Kollegin Scharfenberg, der es um die Neutralität und Unabhängigkeit dieser Beratung ging, folgende Antwort gegeben. Diese möchte ich Ihnen mit der Frage vorhalten, ob das mit Ihnen so vereinbart worden ist bzw. ob das so kommen soll. Die Ministerin sagte:



Oft wird behauptet, dass die Menschen, die die Beratung ausüben, deswegen nicht unabhängig seien, weil die Pflegekassen auch die Pflegeberatung finanzieren sollen. Doch wir haben eine Konstruktion, dass man nicht von einer einzelnen Pflegekasse bezahlt wird, sondern die Pflegekassen als Ganzes die Finanzierung der Pflegeberatung, das Fallmanagement, übernehmen.

Trifft das so zu, ist das mit Ihnen abgesprochen, oder gibt es einen Pflegekassenberaterfonds? Wie soll man sich das vorstellen?

**SV Paul-Jürgen Schiffer** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Das ist mit uns garantiert nicht abgesprochen worden. Das kann ich ganz deutlich von uns weisen. Vorgeesehen ist, dass die Pflegeberatung insgesamt - das hat Herr Kukla heute Vormittag schon im Zusammenhang mit einer anderen Frage ausgeführt - über das Leistungskonto der Pflegeversicherung ausgeglichen werden soll, mit der entsprechenden Anrechnung in Bezug auf die Krankenkassen. Ich könnte mir bei dieser Frage etwas anderes eher vorstellen, nämlich die Beauftragung, die auch von Professor Thüsing schon einmal angesprochen worden ist. Der Hintergedanke ist, dass nicht alle Kassen am Ort, also dort, wo der Pflegestützpunkt etabliert ist, vertreten sind. Dann sieht das Gesetz eine Art Beauftragung im Sinne des SGB X vor. Das allerdings halten wir für undurchführbar. Ich könnte mir keine Kasse vorstellen, die so etwas in Auftrag gibt. Herr Dr. Reichelt hat zu Recht heute Morgen darauf hingewiesen, dass wir uns insgesamt auch in diesem Feld ein ganzes Stück im Wettbewerb bewegen. Ob eine Krankenkasse oder eine Pflegekasse gut beraten ist, jemand anderem einen Auftrag nach SGB X zu erteilen, halte ich für sehr fraglich.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage an den Vertreter des Verbands der privaten Krankenversicherung. Bei Ihnen besteht eine andere Situation, weil die bei Ihnen Versicherten in einem privatrechtlichen Verhältnis zu Ihnen stehen. Gleichwohl wird aber in dem

Gesetzentwurf geregelt, dass auch diese Bürger Anspruch haben sollen, in diesen Pflegestützpunkten beraten und betreut zu werden. Das hat zur Folge, dass sie dafür bezahlen sollen, sei es pauschal oder im Einzelfall; das sei jetzt einmal dahingestellt. Da dies aber ein Eingriff in das privatrechtliche Verhältnis ist, möchte ich Sie bitten, aus Ihrer Sicht darzulegen, wie Sie das sehen, einerseits rechtlich, andererseits aber auch praktisch, und wie Sie damit umgehen würden, wenn diese Regelung Gesetz würde.

**SV Andreas Besche** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V.): Wir teilen Ihre Einschätzung, Herr Lanfermann. Auch wir sehen uns im Augenblick durch das Gesetz nicht verpflichtet, die Beratungsleistung der Pflegekassen in den Stützpunkten in Anspruch zu nehmen. Ich glaube, Herr Professor Thüsing hat das in seinen Ausführungen, auch wenn er im Einzelnen nicht darauf eingegangen ist - das findet sich in der Stellungnahme, wie ich eben gelesen habe -, bestätigt. Auch andere Verfassungsrechtler haben uns in diesem Sinne beraten. Wir sind der Meinung, dass wir als private Versicherungsträger aufgefordert sind - die private Pflegepflichtversicherung ist nun einmal ein eigenes System neben dem der sozialen Pflegeversicherung -, den Anspruch unserer Versicherten, wenn er denn kommt, nach § 7 a auf Pflegeberatung, der sich auch im § 28 findet, einzulösen. Wir wollen das durch ein eigenes Pflegeberatungskonzept tun. Wir können uns schlichtweg nicht vorstellen, dass Mitarbeiter der Pflegekassen, ohne deren Qualifikation in Abrede stellen zu wollen - Herr Schiffer hat eben angedeutet, dass hier der Wettbewerb eine noch stärkere Rolle spielt als bei den Kassen untereinander -, diese Beratungsleistung für uns erbringen. Wir wollen aber auf jeden Fall eine hochwertige, am besten sogar eine noch höherwertige Leistung für unsere Versicherten in diesem Bereich erbringen, die unbedingt neutral sein soll. Wir haben inzwischen Konzepte erarbeitet, die, wenn das Ganze so kommt, umgesetzt werden. Eine neutrale, unabhängige, qualifizierte, zeitnahe, aufsuchende und umfassende Beratung stellen wir uns vor. Wir wollen dabei auch Erfahrungen aus dem

Bereich des Care- und Case-Managements nutzen. Wir werden das Ganze sicher spätestens zum 1. Januar 2009 umsetzen.

**Abg. Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe - anschließend an Herrn Scharf - folgende Fragen: Über welche Leistung kann die Pflegeberaterin oder Pflegeberater selbst entscheiden? Welche Befugnis haben die Pflegeberater in den Verfahren der Leistungsbewilligung durch die Krankenkassen oder Sozialhilfeträger? Anders herum: Welche Folgen hat die Ablehnung eines aufgestellten Versorgungsplanes durch die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen? Ich würde gerne die Pflegekassen, die Krankenkassen, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege fragen.

**SV Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband): Ich glaube, eines ist ganz wichtig. Ich habe heute im Laufe des Tages schon einmal darauf hingewiesen, dass das Angebot tatsächlich aus einer Hand sein muss. Das betrifft das Problem, das Sie mit Ihrer Frage gerade angesprochen haben. Das lässt sich nicht dadurch auflösen, dass man das trennt. Es muss in einer Hand sein. Das muss nicht administrativ von einer Person durchgeführt werden; aber das Ganze muss nachhaltig abgestimmt sein. Das können wir sicherstellen, indem das bei den Pflegekassen angesiedelt wird.

Man muss sich einmal vorstellen, um ganz praktisch zu werden, was es hieße, wenn man das anders machen würde. In der Tat müsste dann derjenige, der die Pflegeberatung wünscht, mehrere Stellen anlaufen; denn er hätte im Pflegestützpunkt die Beratung anzunehmen und müsste anschließend natürlich noch das gesamte Verfahren der Antragstellung und Bewilligung bei den Pflegekassen weiterhin auf sich nehmen. Dann treten genau diese Probleme auf. Deshalb sind wir nachdrücklich dafür, das in einer Hand zu belassen und über die Pflegekassen zu steuern.

Ich kann nur wiederholen: Die Idee, dass dadurch eine unabhängige Beratung nicht möglich sei, halte ich schon deswegen für abwegig, weil in der Tat die Pflegekassen ein nachhaltiges Interesse daran haben müssen, dass eine qualitativ gute Beratung stattfindet. Warum ist das so? Es ist tatsächlich der Wettbewerb, und ich halte in diesem Punkt den Wettbewerb für enorm wichtig, weil er dazu beiträgt, dass sich niemand aus seiner Verantwortung stehlen wird; er wird vielmehr dafür sorgen, dass eine vernünftige Beratung verknüpft mit einem qualitativ guten Pflegeangebot stattfindet.

**SVe Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Der Berater ist den Pflegekassen nach dem SGB XI zugehörig und kann deswegen auch nur über SGB-XI-Leistungen entscheiden. Das muss man so deutlich sagen. Er kann nicht in die Sozialhilfeleistungen „hineinregieren“ und über SGB-XII-Leistungen entscheiden. So ist nun einmal unser System. Wir haben zwei Leistungsträger. Das Prinzip der eigenverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung - auch das ist Teil des Karlsruher Urteils - besagt eben: Jeder muss über seine Leistungen selbst entscheiden können. Deswegen kann es da kein Hinüberschwappen geben. Sofern der individuelle Versorgungsplan vom Pflegeberater aufgestellt ist und dieser etwas aus dem Bereich der Sozialhilfe umfasst, ist das ein Problem. Er kann dann insofern nicht verbindlich sein, als er wieder in einen anderen Bereich hinüberreicht, der von ihm nicht zu verantworten ist. Deswegen gilt auch hier das Gebot der Verantwortungsklarheit: Über das SGB XI entscheiden die Pflegekassen, über das SGB XII die Sozialhilfeträger.

**SVe Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege): Für uns ist es unabdingbar, dass Beratung und Leistungsentscheidung strikt voneinander getrennt bleiben. Das heißt, der Case-Manager muss zwar umfassende Kompetenz besitzen, und zwar von der Analyse des Hilfebedarfs bis zur Erschließung von Hilfebedarf einschließlich der Aufstellung eines auch individuellen Ver-

sorgungsplans und der Umsetzung des Versorgungsplans, er darf aber über keine Leistungen entscheiden, und zwar weder im SGB-XI-Bereich noch im Bereich des SGB XII oder SGB V. Er hat durchaus umfassende Beratungskompetenzen; aber seine Kompetenzen enden bei der Beratung.

Es ist wichtig, dass bei der Aufstellung des Versorgungsplans Einvernehmen mit dem betroffenen Versicherten und seinen Angehörigen hergestellt wird, damit der Versicherte auch die Möglichkeit hat, empfohlene Leistungen abzulehnen, wenn er keinen Bedarf sieht. Insofern muss die Ablehnung des Angebots, wonach Sie, Herr Lanfermann, gefragt haben, im Sinne der Wahlfreiheit und Autonomie der Betroffenen jederzeit gewährleistet sein. Noch einmal zusammengefasst: Beratung und Leistungsentscheidung dürfen nicht in einer Hand liegen. In dieser Hinsicht ist der Gesetzentwurf aus unserer Sicht zu präzisieren.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Ich habe eine Frage zu dem Komplex Pflegezeit und kurzzeitige Arbeitsverhinderung. Ich selbst habe als Angehöriger eines Pflegebedürftigen, aber auch als Vorgesetzter/Arbeitgeber erlebt, welch ein Aufwand es ist, das richtige Pflegeheim zu finden und sich mit diesem Komplex zu beschäftigen. Gleichwohl weiß ich, dass zu starre Vorgaben und zu rigide gesetzliche Regelungen häufig für Arbeitgeber ein Hemmnis sein können, Arbeitnehmer einzustellen. Deshalb möchte ich gerne die Vertreter des BDA und des ZDH fragen, ob sie durch einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegezeit und Pflegeurlaub auch in diesem Bereich Einstellungs- und Beschäftigungschancen gerade von Frauen und älteren Arbeitnehmern gefährdet sehen. Die zweite Frage lautet: Gibt es Alternativen, um dem Wunsch gerecht zu werden, die Angehörigen von Pflegebedürftigen besser zu unterstützen, wenn sie für ihre Pflegebedürftigen die passenden Angebote suchen, ohne dass man gleich starre gesetzliche Vorgaben macht?

SVe **Kerstin Bordt** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V.): Wir sehen durchaus nachteilige Auswirkungen, die ein gesetzlicher Pflegezeitanspruch hervorrufen kann. Es gibt derzeit bereits zahlreiche Lösungen auf betrieblicher Ebene. Es gibt Tarifverträge, die Freistellungen vorsehen, zum Teil auch bezahlte Freistellungen für den Fall, dass pflegebedürftige Angehörige zu pflegen sind. Es gibt Lösungen auf betrieblicher Ebene durch Betriebsvereinbarungen. Es gibt individuelle Lösungen, die man vor allem bei kleineren Betrieben antrifft, die ganz besonders auf die Mithilfe jedes einzelnen Arbeitnehmers angewiesen sind.

Wenn ein gesetzlicher Anspruch eingeführt wird, dann sehen wir die Gefahr, dass die Vielzahl der freiwilligen Lösungen, die bisher in der Praxis gefunden wurden, abnimmt und dass der Wille, solche Lösungen zu finden, nicht mehr vorhanden sein wird. Es besteht die Gefahr, dass dann allein die gesetzliche Lösung - eine Freistellung von einem halben Jahr, wie hier vorgesehen - die Regel wird und dass das Maximum ist, was in der Praxis anzutreffen ist. Es ist zu befürchten, dass darüber hinaus keine Wege gefunden werden, um das Problem zu lösen.

Es zeigt sich, dass aufgrund der Dauer der Pflege - derzeit liegt die durchschnittliche Pflegezeit bei 8,2 Jahren - Lösungen auf Dauer notwendig sind. Solche aber wären mit dem vorgesehenen Pflegezeitanspruch nicht erreichbar.

Also sind die Arbeitgeber gefordert, mit den Arbeitnehmern Lösungen zu finden. Sie sind darauf angewiesen, um ihre Fachkräfte zu behalten. Solche Lösungen werden derzeit in der Praxis erarbeitet. Es gibt immer mehr davon. Wir sehen diese Lösungen gefährdet, wenn ein gesetzlicher Anspruch eingeführt wird.

SV **Jan Dannenbring** (Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V.): Ich kann mich den Ausführungen meiner Vorrednerin weitestgehend anschließen. Gerade kleine und mittlere Unternehmen leiden bereits heute sehr stark unter der zunehmenden Verrechtlichung

von Arbeitsverhältnissen. Diese Tendenz wird durch das vorgesehene Pflegezeitgesetz noch einmal verstärkt.

Schematische Lösungen, die vom Gesetzgeber vorgegeben werden, sind für kleine und mittlere Unternehmen nicht der richtige Weg, um das Problem der Pflege zu lösen. Vielmehr sind freiwillige Vereinbarungen innerhalb des Betriebes vorzuziehen. Gerade in kleinen Betrieben gibt es ein sehr direktes Miteinander von Betriebsinhaber und Mitarbeitern. Hier sind freiwillige Lösungen besser als schematische gesetzliche Verpflichtungen.

Insofern plädieren wir dafür, dass die im Arbeitsrecht bestehenden Flexibilisierungsmöglichkeiten wie Telearbeit, Heimarbeit oder flexible Arbeitszeitmodelle genutzt werden, um gerade für Beschäftigte in kleineren und mittleren Betrieben das Problem der Pflege zu lösen.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): In der Pflegereform ist auch die Erweiterung der Tätigkeitsmöglichkeiten einer Pflegekraft vorgesehen. Mit der Neuregelung zu den Modellvorhaben - das ist der neue Abs. 3 c des § 63 des SGB V - und den Änderungen des Krankenpflege- und des Altenpflegegesetzes zielt die Bundesregierung auf eine Erweiterung der Leistungserbringerseite. Deshalb frage ich den VdAK und vor allem die Bundesärztekammer: Wie würde sich ein direkter Zugang des Patienten zu neuen nichtärztlichen Leistungserbringern voraussichtlich auf Wirtschaftlichkeit und Effizienz im GKV-System auswirken?

SV **Thomas Ballast** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Die Regelung des neuen Abs. 3 c des § 63 SGB V hat zwei Aspekte. Die eine Frage ist: Wie kann man in Bereichen, in denen es Schwierigkeiten gibt, die ärztliche Versorgung sicherzustellen, möglicherweise durch Rückgriff auf qualifizierte Fachkräfte mit medizinisch-pflegerischer Ausbildung die ärztliche Versorgung sicherstellen? Die andere Frage ist: Ist es notwendig, eine

neue Leistungserbringergruppe, die Krankenpflegekräfte, zu schaffen?

Wir halten es für richtig, dass man sich Gedanken über die Frage macht: Wie kann man die Ärzte gerade in den neuen Bundesländern, wo es zum Teil Schwierigkeiten gibt, Praxen nachzubeseetzen, entlasten und ihr Leistungsspektrum durch entsprechend qualifizierte Kräfte ergänzen? Nicht für notwendig erachten wir die Schaffung einer neuen Leistungserbringergruppe. Wir befürchten, dass es dadurch letztlich zu nicht kontrollierbaren neuen Ausgaben kommt.

Insgesamt sind wir also der Meinung: Wir müssen uns mit dem Thema der Einbeziehung von pflegerischen Kräften in die ärztliche Versorgung auseinandersetzen; aber wir benötigen diese Neuregelung zu den Modellversuchen nicht.

SVe **Dr. Cornelia Goesmann** (Bundesärztekammer): Wir sind Modellversuchen gegenüber durchaus aufgeschlossen. Wir meinen, dass man überprüfen sollte, welche Möglichkeiten der Delegation von Leistungen an andere Berufsgruppen in Betracht kommen, aber ohne völligen Übergang in den Verantwortungsbereich dieser anderen Berufsgruppen. Wenn Leistungen delegiert werden, bleiben sie weiterhin unter der rechtlichen Aufsicht und der Verantwortung der Ärzteschaft. Wenn auch die Verantwortung für solche Leistungen übergeht, hat das haftungsrechtliche Konsequenzen für die anderen Berufsgruppen.

Wir wünschen uns zunächst einmal Modellversuche, bei denen die Delegierbarkeit von ärztlichen Leistungen überprüft wird, um Ärzte zu entlasten und andere Berufsgruppen im Sinne auch von Kooperation im Gesundheitswesen zu unterstützen. Das ist auch das, was wir mit unseren eigenen Modellversuchen, die derzeit schon durchgeführt werden, im Sinne der Versorgungsforschung anregen und unterstützen möchten. Also: Modellvorhaben - ja, aber im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe noch eine Frage an die Vertreter der Pflegekassen und der Krankenkassen - das können sie vielleicht auch gemeinsam beantworten -, an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, den Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege und den bpa.

Nach Angaben im Gesetzentwurf sollen bei der anteiligen Kostenübernahme keine Mehrkosten entstehen und soll die Pflegeberatung ab 2008 zunächst 30 Millionen Euro, dann 110 Millionen Euro und in den folgenden Jahren 290 Millionen Euro kosten. Man geht davon aus, dass etwa 1 Million Personen diese Beratung in Anspruch nehmen. Die Frage ist nun ganz einfach die: Wie hoch sind die notwendigen Aufwendungen nach Ihrer Schätzung? Trifft es aus Ihrer Sicht zu, dass keine Mehrkosten entstehen? Halten Sie die Zahl von 1 Million Personen für realistisch, oder von welcher Zahl würden Sie ausgehen?

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Die Antwort muss knapp sein; es sind nur noch anderthalb Minuten.

SV **Thomas Ballast** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Ich kann es wirklich kurz machen. Wir wissen, dass nach dem Gesetzentwurf 290 Millionen Euro vorgesehen sind. Die Frage, ob das ausreicht, können wir heute nicht konkret beantworten. Wir fürchten allerdings, dass insgesamt eher mit höheren Kosten zu rechnen sein wird.

Sve **Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Auch wir rechnen eigentlich mit höheren Kosten, ohne das im Detail quantifizieren zu können. Wenn man einen Pflegestützpunkt und insbesondere die Beratung vernünftig betreiben will, dann kostet das etwas. Je nachdem, wie die Strukturen vor Ort sind, was man einbeziehen kann, was neu aufgebaut werden muss, wie die Personenkreise beschaffen sind, was alles einzu-

beziehen ist, fallen die Kosten unterschiedlich hoch aus.

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Wir haben einmal vorsichtig geschätzt und sind davon ausgegangen, dass es pro Jahr ungefähr 1,3 Millionen MDK-Begutachtungen gibt. Der Versorgungsplan knüpft an die MDK-Begutachtungen an. Wir haben dann hochgerechnet, dass die Arbeitgeberbruttokosten inklusive der Verwaltungskosten ungefähr bei 65 000 Euro pro Mitarbeiter und Jahr liegen. 13 000 Pflegebegleiter werden benötigt. Nach dieser Rechnung kommen wir auf 845 Millionen Euro für die Pflegebegleiter.

Wenn diese Zahlen zutreffend sind, gibt es zwei Probleme. Einmal wissen wir nicht genau, woher die 13 000 examinierten Pflegefachkräfte als Pflegebegleiter kommen sollen. Wir befürchten ein wenig, dass sie den Pflegeeinrichtungen entzogen werden und damit die Versorgung der Pflegebedürftigen durch die hierfür dringend erforderlichen examinierten Pflegefachkräfte problematisch wird. Zum anderen sind wir der Auffassung, dass diese Versorgung, wie vorhin schon ausgeführt, durch Unterstützung der bestehenden Beratungseinrichtungen deutlich günstiger erbracht werden könnte.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur Fragerunde der Fraktion Die Linke.

Die Zeit ist aber schon überschritten. Ich unterbreche ungern bei den Antworten. Dann hätten Sie bei den etwas längeren Ausführungen gerade „Stopp!“ sagen müssen.

Abg. **Dr. Ija Seifert** (DIE LINKE): Ich frage nach dem Pflegebegriff. Das richtet sich an Herrn Kaffenberger vom VdK, Frau Bartz vom Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen, die Vertreterin der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten

sowie die Einzelsachverständigen Herrn Welti und Herrn Füssek.

Ich habe eine ganze Frage, zwei halbe Fragen und zwei Vorbemerkungen.

Die erste Vorbemerkung. Die Frau Ministerin hat am vergangenen Mittwoch in der Befragung der Bundesregierung erwähnt, dass bereits die ersten Gutachten zur Veränderung des Pflegebegriffs vorlägen, die Ende des Jahres der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden soll. Sollte sich einer derjenigen, die diese Gutachten geschrieben haben, hier outen können, wäre das sehr schön. Mich würde schon interessieren, in welche Richtung der Pflegebegriff geändert werden soll. Ich befürchte allerdings, dass die Betroffenen im Panzerschrank schlafen müssen, weil das noch so geheim ist.

Zweite Vorbemerkung. Ich will gar nicht so tun, als ob ich es für richtig hielte, dass die Pflegeversicherung geändert wird und erst anschließend der Pflegebegriff neu definiert werden soll. Deswegen frage ich die genannten Organisationen bzw. Personen: Wie müsste ein solcher Begriff eigentlich definiert werden?

Die zweite halbe Frage ist: Brauchen wir eigentlich einen Pflegebegriff oder einen Pflegebedürftigkeitsbegriff? Geht es also um die Bedürftigkeit nach Sozialhilfekriterien, oder geht es um die Pflege, die verrichtet werden soll?

**SV Jens Kaffenberger** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Herr Seifert, das ist eine sehr umfangreiche Frage, die natürlich ganz viele Implikationen hat.

Ich möchte kurz berichten: Ich bin auch Mitglied im Beirat für die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dort ist in der letzten Sitzung ein erster Entwurf eines Assessments vorgestellt worden. Das ist eigentlich ein ganz guter Aufschlag gewesen. Es geht tatsächlich darum, alle Lebensbereiche abzudecken und eine umfassende Erfassung des Versorgungs-, Pflege- und auch Teilhabebedarfs zu ermöglichen. Das ist schon einmal positiv.

Viel weniger weit ist man im Beirat und insgesamt mit der Erarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der Begriff ist noch kaum konturiert. Er hat natürlich sehr viele Implikationen und steuert letztlich den Zugang zu Leistungen. Insofern wird es dabei hoch kontrovers zugehen.

Wir sind der Auffassung, dass eine umfassende Abdeckung des Teilhabebedarfs notwendig ist. Das heißt nicht unbedingt, dass alle Leistungen sozusagen schon im Pflegebegriff angelegt sein müssen. Aber der Bedarf muss zumindest umfassend festgestellt und bestimmten Leistungsträgern zugeordnet werden; ich nenne die Stichworte Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe.

Sie haben gefragt, was wirklich notwendig ist. Dazu darf ich kurz erläutern. - Was heißt eigentlich „teilhabeorientierte Pflege“? Das Problem heute ist, dass die Pflege viel zu sehr auf „satt und sauber“ ausgerichtet ist - das steht im Fokus; aber selbst das wird zum Teil nicht gewährleistet -, aber die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, soziale Aspekte und psychosoziale Aspekte in der Praxis zu kurz kommen. Aus unserer Beratung wissen wir jedoch, dass das Dinge sind, an denen den Menschen am meisten liegt. Sie sagen: Im Pflegeheim erleben wir einen grauen Pflegealltag. Es gibt nur ganz wenige Mosaiksteinchen von Betreuung. - Im Sinne von würdevoller Pflege, im Sinne von Pflege, die eine Teilhabe ermöglicht, bei der das soziale Leben weiterhin aufrechterhalten wird, ist das natürlich nicht ausreichend.

**SVe Elke Bartz** (Form selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Ich sehe es nach wie vor als problematisch an, dass wir über Leistungen der Pflegeversicherung diskutieren, ohne zu wissen: Wie wird der Pflegebedarf- oder der Pflegebedürftigkeitsbegriff in Zukunft aussehen, und wie viele Personen sind letzten Endes leistungsberechtigt? Die Mittel sind gedeckelt und müssen entsprechend den Kriterien auf vielleicht 100 000, 200 000 oder 300 000 Personen verteilt werden. Man muss doch wissen, wie viel letztlich übrig bleibt. Ich

muss mich also wirklich wundern, dass erst die Reform der Pflegeversicherung kommt und dann der Pflegebedürftigkeitsbegriff geklärt wird.

Ich sehe es als sehr problematisch an, dass der Gedanke des SGB IX hierbei leider überhaupt keine Rolle spielt. Aus unserer Sicht ist es außerordentlich wichtig, dass die Pflegeversicherung in den Kreis der Rehaträger aufgenommen wird und entsprechenden Vergaben des SGB IX nachkommen muss. Ich nenne hier nur § 9 SGB IX und § 14 SGB IX. Die Pflegeversicherung muss endlich zur Zusammenarbeit mit anderen Rehaträgern gezwungen werden.

Das betrifft auch die Pflegestützpunkte. Es gibt verschiedene Bereiche, die wieder zusammengeführt müssen, aber strikt getrennt werden. Bei SGB-XII-Leistungen geht es bei den beabsichtigten Pflegestützpunkten eigentlich nur um ergänzende Hilfe zur Pflege; mit Sicherheit ist da keine Eingliederungshilfe gemeint.

Es besteht eine große Problematik bezüglich der Leistungsberechtigung: Zunächst einmal muss klargestellt werden, wer letzten Endes überhaupt leistungsberechtigt ist. Wenn das geschehen ist, können wir weiterfragen: Beschränkt sich das auf Menschen mit rein somatischen Beschwerden? Dann müssten Menschen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen außen vor bleiben. Man erweitert Gott sei Dank den Leistungskatalog oder die Möglichkeit, Leistungen zu beziehen; aber die Frage ist dann: Wo hört Teilhabe auf?

Es gibt noch viele ungeklärte Fragen. Als jemand, der schon jetzt berechtigt ist, Leistungen aus der Pflegeversicherung zu beziehen, sehe ich keine Überwindung der einzelnen Strukturen, auch nicht in Form von Zusammenarbeit der einzelnen Rehaträger und der einzelnen Leistungsbereiche.

**Sve Astrid Grunewald-Feskorn** (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V.): Ich kann mich weitestgehend dem anschließen, was die Vor-

redner gesagt haben. Für uns ist wichtig, dass der Pflegebegriff erweitert wird, eben um den Aspekt der Teilhabe. Uns wird oft entgegengehalten, dass gerade Heimbewohner keine Lust mehr auf Teilhabe haben. Das sehen wir nicht so. Die Erfahrungen zeigen da anderes. Wenn Aspekte der Menschenwürde mit in den Pflegebegriff eingehen würden, wäre das sehr erfreulich.

Die Ratlosigkeit, was die Reihenfolge der Regelungen angeht - erst werden die Leistungen definiert, und dann soll über den Pflegebegriff geredet werden -, teilen wir; den Fragezeichen, die dazu angebracht worden sind, schließen wir uns an.

**SV Prof. Dr. Felix Welti:** Das Recht kann sich nicht völlig autonom entwickeln, auch nicht in der Pflegeversicherung. Die Pflegeversicherung - SGB XI - verspricht, den Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu rezipieren, das heißt, sich nicht losgelöst von dem zu entwickeln, was in der Fachwelt unter dem Begriff der Pflegebedürftigkeit und der Pflege verstanden wird. Dementsprechend ist es überrassend, dass die Pflegeversicherung diesem Versprechen nachkommt.

Es ist ein Geburtsfehler der 1994er Reform gewesen, dass man meinte, man könne die knappen Mittel nur verteilen, indem man einen restringierten Begriff von Pflegebedürftigkeit schafft. Dadurch ist das Problem entstanden, dass die knappen Mittel - das wissen wir alle inzwischen - ungerecht verteilt werden. Geistig und seelisch Behinderte sowie Demenzkranke werden durch diesen Pflegebedürftigkeitsbegriff ausgegrenzt.

Wenn es gilt, knappe Mittel zu verteilen - Sie entscheiden ja, ein wie hoher Beitrag erhoben werden soll -, kann festgelegt werden: Es sollen diejenigen Leistungen erhalten, die den tatsächlich höheren Pflegebedarf haben. - Daran muss sich ein Instrument orientieren, das den Pflegebedarf in einer gerechten und letztlich auch verfassungsrechtlich akzeptablen Weise misst. Hier ist das Recht gefordert. Es gilt, den aktuellen Stand der Pflege- und Reha-

bilitationswissenschaft so schnell wie möglich zu rezipieren. Wir wären gut beraten, das schon in den Beratungen dieser Reform stärker zu berücksichtigen.

Pflegebedarf muss vom Pflegebedürftigen her gedacht werden. Pflege selbst muss von den Pflegeberufen her gedacht werden. Herr Seifert, es ist richtig, finde ich, zu sagen: Diese beiden Dinge müssen auseinandergehalten werden. Von beiden brauchen wir einen klaren Begriff im Recht.

**SV Claus Fussek:** Nach der langen Zeit ist es für mich nun ein bisschen schwierig. Ich arbeite übrigens seit 25 oder fast 30 Jahren an der Basis und kann diese Diskussion nur schwer nachvollziehen.

Die Debatte über den Pflegebegriff fasziniert mich, aber negativ. Ich kenne niemanden, der gegen einen neuen Pflegebegriff ist, der gegen eine sofortige Veränderung ist. - Nebenbei gesagt: In Bayern wurde bereits ein neuer Begriff entwickelt. In einer Bundestagsnotiz war zu lesen, dass dieser Begriff zur Unzeit entstanden ist.

Für mich stellt sich die Frage: Warum geschieht das erst so spät, da wir doch eigentlich kein Erkenntnisproblem haben? Gibt es irgendwelche taktischen Überlegungen? Solche könnte ich nicht nachvollziehen. Ich kenne keine Gegner von guter Pflege. Ich kenne niemanden, der für schlechte Pflege ist. Das fasziniert mich immer wieder. Wir führen eine absurde Diskussion. Man muss doch konsequent sein. Eine Pflegeversicherungsreform ohne einen umfassenden Pflegebegriff, den alle wollen, den alle befürworten, und zwar schon seit über 10 oder 15 Jahren - man schaue einmal in die Literatur -, das kann nicht sein.

Noch etwas aus der Praxis heraus. Es muss letzten Endes einmal die Wahrheit gesagt werden: Die Pflegestufen gehören abgeschafft, schlicht und einfach abgeschafft. Ich kenne niemanden, der nach Minuten bemessen gewaschen werden will oder nach Minuten bemessen

zur Toilette gehen will. Man stelle sich einmal vor, wir hätten hier genau abgezählt, wie viele Abgeordnete da sind, wie oft jemand zur Toilette geht, ob er sein Kontingent schon ausgeschöpft hat usw. Das ist absurd und weltfremd. Die Pflegestufen gehören abgeschafft!

Hinzu kommt - auch das ist, glaube ich, Konsens -: Niemand, der einen gesunden Menschenverstand hat, kann die Fließbandpflege befürworten. Eine Pflegefachkraft will nicht nach Minuten pflegen. Sie hat das nicht gelernt. Sie will umfassend pflegen. Sie will nach dem individuellen Bedarf pflegen. Hier ist eine gesamtgesellschaftliche Diskussion gefragt. Da muss man den Fokus ein bisschen erweitern. Kein Mensch will in ein Pflegeheim. Kein Mensch will in ein Doppelzimmer. Kein Mensch will in Windeln gelegt werden. Jeder will zur Toilette gehen. Jeder will in Ruhe essen und trinken. - Das System ist irgendwie verrückt.

Ich komme zu einer Forderung, die vielleicht schon fast revolutionär ist. Es sollte darüber nachgedacht werden - aufgrund der Diskussion haben wir es doch gemerkt -, inwieweit die Pflegeversicherung und die Krankenversicherung zusammengelegt werden müssen. Ich verweise auf die Abgrenzungsdiskussion, die wir im Zusammenhang mit den Pflegestützpunkten erleben. Jeder ist dafür. Jeder ist für Beratung. Jeder ist für optimale Pflege. Aber es funktioniert nicht. Da muss doch die Frage erlaubt sein: Warum funktioniert es nicht? Wo sind die Bedenken-träger? Wo liegen die Probleme?

Aus meiner Praxis kann ich nur sagen: Dort, wo alle, die in der Pflege tätig sind, ihrer persönlichen und gesetzlichen Verantwortung nachkommen, funktioniert es. Dort brauchen wir keine neuen Modelle, keine neuen Projekte. Wenn eine Gemeinde ihrer Verantwortung nachkommt, wenn eine Pflege- oder Krankenkasse ihrer Verantwortung nachkommt, wenn die Menschen, die vor Ort arbeiten, ihrer Verantwortung nachkommen, dann funktioniert es. Das sollte man anstreben, und zwar sehr dringend.



Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Meine Fragen richten sich an die Volkssolidarität, Herrn Spieler, und an die BAG Selbsthilfe, Herrn Danner. - Ich vermute, dass Sie das ähnlich sehen wie die Vorredner in der letzten Frageunde. Deshalb gehe ich mit meinen Fragen einen Schritt weiter: Wie beurteilen Sie die von der Regierung geplanten Leistungsausweitungen? Entsprechen die Pläne der Bundesregierung dem, was aus Ihrer Sicht erforderlich ist? Wie beurteilen Sie insbesondere die Dynamisierung? Ein besonderer Aspekt interessiert mich noch: Wie bewerten Sie die Tatsache, dass im Bereich der stationären Pflege in den Stufen I und II quasi überhaupt nichts geschieht? - Dazu erbitte ich Ihre Antworten.

SV **Dr. Alfred Spieler** (Volkssolidarität - Bundesverband e. V.): Die Volkssolidarität begrüßt die Leistungsausweitungen. Allerdings fiel heute schon der Begriff der Interimslösungen. Dass es solche Lösungen sind, kann ich nur bestätigen.

In vielerlei Hinsicht ist es bedauerlich - insofern knüpfe ich an die Ausführungen der Sachverständigen in der vorhergegangenen Fragerunde an -, dass der Pflegebegriff oder Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens geklärt wird, sondern erst im Nachhinein, nach Verabschiedung des Gesetzes, geklärt werden soll.

Wir befürworten die Anhebung der Leistungssätze vor allen Dingen im ambulanten Bereich. Wir bedauern allerdings, dass das Pflegegeld, mit dem auch die Pflegeleistung der Angehörigen gewürdigt werden soll, nur in sehr geringem Umfang steigen soll. Wir stehen kritisch zu der Anhebung der Leistungssätze im stationären Bereich. Wenn das so realisiert wird, wie es jetzt im Gesetzentwurf steht, erfolgt bei 80 Prozent der Pflegebedürftigen im stationären Bereich de facto keine Leistungsverbesserung. Hier bleibt also der Wertverlust seit Einführung der Pflegeversicherung wirksam. Bedauerlich ist auch, dass nicht vorgesehen ist, das Pflegegeld für Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe anzuheben. - Insofern halten wir das für sehr widersprüchlich.

Hinzu kommt die Problematik der Dynamisierung der Leistungssätze. Es ist de facto vorgesehen, mit der Dynamisierung erst zum Jahr 2014 bzw. 2015 einzusetzen. Das ist unseres Erachtens deutlich zu spät. Wir plädieren dafür, nach der Anhebung der Leistungssätze mit der Dynamisierung spätestens im Jahr 2012 zu beginnen und dabei zu berücksichtigen, dass bis dahin ein Wertverlust eintritt, der unbedingt mit Zuschlägen aufgefangen werden muss. - Das ist unser Vorschlag zur Anhebung der Leistungssätze.

Hier ist der Pflegebegriff schon diskutiert worden. Lassen Sie mich dazu abschließend sagen: Dass der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriff im November 2008 eine Empfehlung vorlegen soll, darf unseres Erachtens nicht folgenlos im Gesetz stehen bleiben. Wir regen an, dazu einen Auftrag an die Bundesregierung vorzusehen, damit die Empfehlung zum Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht folgenlos bleibt. Das muss Folgen haben in Bezug auf ein Gesetzgebungsverfahren spätestens im Jahr 2010.

SV **Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Auch wir sehen Klärungsbedarf beim Pflegebedürftigkeitsbegriff; eine teilhabeorientierte Ausgestaltung ist dringend notwendig.

Ich bin etwas darüber enttäuscht, dass die Tragweite des SGB IX im Rahmen der heutigen Anhörung nicht ausreichend zum Ausdruck gebracht wurde. Alle Menschen, die hilfe- und pflegebedürftig sind, sind quasi auch von einer Behinderung betroffen bzw. sind zumindest in der Situation, dass eine Behinderung droht. Insofern muss das Regelungsprogramm des SGB IX natürlich auch im SGB XI umgesetzt werden. Das bedingt natürlich eine Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Das findet sich übrigens auch in einem Grundsatzpapier der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen wieder und sollte aufgegriffen werden.

Dies hat natürlich gravierende Auswirkungen auf die Finanzierungsfrage. Insofern ist es schlichtweg unlogisch, im Rahmen dieser Reform Beitragssatzsteigerungen zu diskutieren, aber den Basisbegriff der Pflegebedürftigkeit nicht zu klären.

Auch die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker ist nicht zum Nulltarif zu haben. Diese Verbesserung ist, wie von verschiedenen Seiten heute schon dargelegt wurde, gut und wichtig.

Die Pflegestützpunkte sind, wenn sie in unabhängiger Trägerschaft geschaffen werden, ebenfalls zu finanzieren. Das muss einkalkuliert werden, wenn es um die künftige Finanzierung der Pflegeversicherung geht.

Auch die Problematik der Dynamisierung wurde schon angesprochen. Aus unserer Sicht muss das unmittelbar angegangen werden und darf nicht auf die Zeit nach 2014 vertagt werden.

Insofern muss man sich schon fragen, ob die Reformüberlegungen bei der Finanzierung der Pflegeversicherung im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs hinreichend durchdacht sind. Ich meine das nicht in dem Sinne, dass man fragen sollte, ob wir uns das alles leisten können. Meines Erachtens ist es Aufgabe der Politik, der Situation Rechnung zu tragen, dass wir infolge der Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung künftig weitaus mehr in die Pflege investieren müssen, als wir das bislang getan haben. Diese Grundsituation darf man nicht aus dem Auge verlieren. Es geht nicht an, die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nachzuschieben und es jetzt erst einmal mit einer geringfügigen Anhebung des Beitragssatzes zu versuchen. Ich würde mir wünschen, dass man die Finanzierungsprobleme mit offenem Visier angeht und eine mittel- und langfristige Planung auch für diesen Versicherungsweig ins Auge fasst.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE): Bezugnehmend auf die bereits gegebenen Antworten möchte ich Frau Bartz und Herrn Welti noch nach den konkreten Lebensbedingungen au-

ßerhalb stationärer Einrichtungen fragen, danach, wie die Pflegeversicherung da wirkt und in welche Richtung sie entwickelt werden sollte. Ich denke an die Situation, dass man beispielsweise bei Pflegebedarf mit Assistenz ins Ausland reisen möchte oder ins Krankenhaus muss. Mir geht es darum, zu erfahren, was sich ändern muss, damit so etwas möglich wird.

Wenn ich Sie, Frau Bartz, richtig verstanden habe - bestätigen Sie mir es bitte noch einmal oder widersprechen Sie -, wollen Sie genauso wie wir von der Fraktion Die Linke in unserem Antrag, dass die Pflegeversicherung als Rehaträger im SGB IX benannt wird, damit dem SGB IX ein bisschen mehr Gewicht zukommt.

SVe **Elke Bartz** (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Ich sehe es, wie vorhin schon mehrfach gesagt, als notwendig an, die Pflegeversicherung auch als Rehaträger zu benennen. Warum sie das nicht will, ist ganz klar: So hat sie vermeintlich einen Sonderstatus inne und muss nicht notwendigerweise mit Rehaträgern kooperieren.

Bei einem Auslandsaufenthalt und bei einem Krankenhausaufenthalt wird ja im Moment das Pflegegeld noch vier Wochen weiter gezahlt. Wenn also ein Krankenhausaufenthalt bis zu vier Wochen dauert, ist es durchaus möglich, die Assistenz mit ins Krankenhaus zu nehmen. Wer jedoch Pflegeleistungen bezieht, steht vor dem großen Problem, dass die Leistungen vom ersten Tag an eingestellt werden, weil das Krankenhaus vermeintlich auch die Pflege sicherstellt. Bezüglich des Versorgungsauftrags der Krankenhäuser steht im SGB V aber ganz deutlich, dass nur die medizinisch notwendige Pflege und nicht die behinderungsbedingte Pflege gesichert werden muss. Vor diesem Hintergrund haben wir eine Rechtsexpertise erstellen lassen, die das sehr deutlich belegt. Sie ist Teil einer Kampagne unter dem Motto „Ich muss ins Krankenhaus ... und nun?“, die wir durchgeführt haben.

Weiterhin haben Menschen mit Behinderungen, die im Rahmen eines Studiums entweder ein Auslandssemester oder ein Aus-

landspraktikum machen möchten, um hinterher überhaupt Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu haben, große Probleme, Pflegeversicherungsleistungen ins Ausland zu transferieren, insbesondere wenn der Auslandsaufenthalt ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder noch länger dauert. Wir plädieren deshalb dafür, Pflegeversicherungsleistungen ins Ausland mitnehmen zu können, wenn der Auslandsaufenthalt nachweislich begrenzt ist. Über die maximale Zeitdauer kann man sicherlich diskutieren. Es muss aber möglich sein, im Rahmen von Erwerbstätigkeit oder von Ausbildung, Pflegeversicherungsleistungen mit ins Ausland zu nehmen. Damit wird auch sichergestellt, dass man hinterher die gleichen Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hat wie Menschen ohne Pflege-/Assistenzbedarf. Ich denke, das wird keinesfalls zu Leistungsausweitungen führen, weil die Leistungen ja sowieso anfallen, wenn der behinderte Mensch aufgrund der derzeitigen Rechtslage nicht ins Ausland geht. Es findet also keinerlei Leistungsausweitung statt, sondern nur ein vorübergehender Transfer von Leistungen ins Ausland, wobei dann, wenn eigene Assistentinnen oder Assistenten mitgenommen werden oder der ambulante Dienst die entsprechenden Leistungen im Ausland zur Verfügung stellt, nur die Leistungen an einem anderen Ort erbracht werden, die Zahlungen aber weiterhin Deutschland zugute kommen.

**SV Prof. Dr. Felix Welti:** Das Problem, das Sie angesprochen haben, zeigt deutlich, dass eine schlechte Rechtssystematik auch Folgen in der Lebenswirklichkeit hat. Dementsprechend ist es genau richtig, zu fragen, warum die Pflegekassen nach wie vor nicht die gleichen Rechte und Pflichten wie ein Rehabilitationsträger nach dem SGB IX haben. Das wäre eine Reform, die zunächst einmal auch kein Geld kosten würde und darüber hinaus die Effektivität und Effizienz des Systems erhöhen und die Teilhabe an Leistungen gerechter gestalten könnte. Pflegebedürftige Menschen sind auch behinderte Menschen. Warum ausgerechnet diesen besonders schwer behinderten Menschen die rechtssystematischen Wohltaten des SGB IX verwehrt werden, ist eine Frage,

die hier wohl niemand beantworten kann. Behinderte Menschen haben zudem Bedarf an Leistungen der Krankenbehandlung.

Wir haben ja gesehen, dass es zwischen den Sektoren Pflege, Reha und Krankenbehandlung eine unzureichende Abstimmung gibt. Um die Lebenssituation der Betroffenen zu verbessern, müssen diese Leistungsansprüche dringend koordiniert werden. Dazu müsste die Pflegekasse Rehabilitationsträgerin werden. Dann hätte sie nach §§ 14 und 10 des SGB IX die Instrumente, um gegenüber den Rehabilitationsträgern Krankenkasse und Sozialhilfe Leistungsgewährung durchzusetzen. Der Gesetzentwurf operiert hier mit untauglichen Mitteln, anstatt die rechtssystematischen Probleme zu lösen.

Das Problem tritt bereits bei der Bedarfsfeststellung auf. Die Pflegebegutachtung stellt auch weiterhin keine voll koordinierte Bedarfsfeststellung dar, wie sie nach § 10 SGB IX stattfinden würde. So bleibt etwa der Bedarf an Eingliederungshilfe bei der Pflegebegutachtung unberücksichtigt. Es fehlen weiterhin Regelungen, die eine wirklich zügige Bedarfsfeststellung an jedem Punkt der Leistungskette gewährleisten; ich denke hier insbesondere an die Schnittstellen zu Beginn und Ende eines Krankenhausaufenthaltes. Es gibt konkrete Vorschläge, durch die beispielsweise Pflegebegutachtung bei einem oder auch vor einem Krankenhausaufenthalt gewährleistet und Ausflüchten, die Fristen würden nicht eingehalten werden, ein Riegel vorgeschoben werden könnte. Diese Vorschläge sind bisher im Gesetzgebungsverfahren leider nicht aufgegriffen worden.

Schließlich könnte eine selbstbestimmte Lebensweise durch das schon angesprochene trägerübergreifende Budget sichergestellt werden. Damit könnte auch das Problem der Assistenz im Ausland gelöst werden. Das persönliche Budget ist ja eine Leistung, die ein Rehabilitationsträger ohne Wenn und Aber etwa in Form von Gutscheinen zu erbringen hat. Pflegebedürftige behinderte Menschen werden jetzt aber gegenüber anderen behinderten Menschen

in einer Weise benachteiligt, für die es keine Rechtfertigung gibt.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Herr Füssek, zwei Fragen:

Erstens. Betrachten Sie es noch als zeitgemäß, dass die Pflegeversicherung quasi als Teilkaskomodell gefahren wird? Oder müsste diese nicht, um es vereinfacht zu sagen, auch auf ein Vollkasko-, also Sachleistungsmodell umgestellt werden?

Zweitens. Welche finanziellen Größenordnungen müsste man ins Auge fassen, um diesen umfassenden Anspruch zu finanzieren?

SV **Claus Füssek**: Mit Ihrer Frage haben Sie das Kernproblem angesprochen: Man hätte eigentlich schon längst eine gesamtgesellschaftliche Diskussion führen müssen.

Wie man angesichts der unterschiedlichen Kostenträgerstrukturen zu einer Gesamtfinanzierung kommen könnte, ist mir schleierhaft. Ich rege deshalb an, einmal festzustellen, wie viele Milliarden jährlich eingespart werden könnten, wenn man gezielt das Prinzip „Prävention bzw. Rehabilitation vor Pflege“ umsetzen würde. Dass das Milliarden sind, ergibt sich aus zahllosen wissenschaftlichen Untersuchungen. Man müsste daraus endlich Konsequenzen ziehen. So könnte man - auch das ist zig Mal in Fachpublikationen veröffentlicht worden - zum Beispiel Maßnahmen zur Sturzprophylaxe in Pflegeheimen durchführen. Sehr viele Menschen stürzen nämlich und ziehen sich die gefürchteten Oberschenkelhalsbrüche zu, weil sie zu viele Medikamente bekommen oder zu wenig Personal da ist.

Tatsache ist, dass man diese Erkenntnisse ignoriert und an Prophylaxe spart, aber dafür einen Transport ins Krankenhaus bezahlt, der teurer ist als alle Präventionsmaßnahmen, ganz zu schweigen von den Kosten für den Krankenhausaufenthalt und die daran anschließenden Rehamaßnahmen. Tatsache ist auch, dass man viel Geld für missbräuchlich verwendete Me-

dikamente einsparen könnte, wenn man gezielt mehr Personal, mehr engagierte Mitarbeiter vor Ort hätte. Alle diese Dinge sind bekannt, sind veröffentlicht und publiziert.

Wir kommen deshalb - diese Forderung habe ich ja vorhin schon aufgestellt - nicht umhin, Krankenkasse und Pflegeversicherung zusammenzulegen. Am Vormittag habe ich mit Schrecken feststellen müssen - meine diesbezüglichen Vermutungen wurden völlig bestätigt -, dass dem gesetzlichen Anspruch „Rehabilitation vor Pflege“ nicht nachgekommen wird. Der Medizinische Dienst verschreibt nur in 1,7 Prozent der Fälle Rehabilitationsmaßnahmen. Das ist für mich ein volkswirtschaftlicher, aber darüber hinaus auch ein ethischer Irrsinn.

Ich will Ihnen an dieser Stelle noch ein Beispiel bringen, um Sie in dieser Diskussion zum Nachdenken anzuregen: Ein Chirurg erklärte mir einmal - das wurde mir auch immer wieder bestätigt -, dass in unserem System inzwischen ein Druckgeschwür, ein Dekubitus, bei einem Oberschenkelhalsbruch zur wirtschaftlichen Sicherstellung der Arbeitsplätze in der Chirurgie dient. Man muss sich einmal vorstellen, wie viele Milliarden hier eingespart werden könnten, ganz abgesehen von den Schmerzen und den menschlichen Problemen.

Wenn es uns nicht gelingt, all dies als Teil der Gesamtproblematik zu sehen, dann wird das System kollabieren. Deswegen verstehe ich auch nicht die Diskussion über den Pflegebegriff. Wir haben doch keine Erkenntnisprobleme. Alles, was heute gesagt worden ist, wurde zig Mal publiziert, gesagt, geschrieben oder gedruckt. Es ist heute nicht ein einziger neuer Satz gefallen oder eine einzige neue Erkenntnis vorgetragen worden. Wir müssen deshalb endlich aus den Erkenntnissen Konsequenzen ziehen und die Problematik Pflegeversicherung zur Schicksalsfrage der Nation erklären. Wenn wir dabei genauso leidenschaftlich wie für die Zukunft von kleinen Eisbären kämpfen würden, dann täte das dem Thema Pflege gut.

Ja, bezüglich der Frage, ob zwei kleine Eisbären im Nürnberger Zoo verhungern dürfen oder nicht, gab es einen kleinen Volksaufstand. Als die Berichte des MDK zum Thema „Mangelernährung in Pflegeheimen“ veröffentlicht wurden, sind wir relativ schnell zur Tagesordnung übergegangen.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Frauenrat und noch einmal an das Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen. Es geht um geschlechtergleiche Pflege bzw. Assistenz.

Zunächst einmal möchte ich geklärt haben, ob es um gleichgeschlechtliche oder geschlechtergleiche Pflege geht. Ich vermute, eher um Letzteres, aber beide Begriffe wurden hier ja verschiedentlich gebracht.

Nun meine Frage: Bringt der Gesetzentwurf das, was gebraucht wird, oder gibt es Nachbesserungsbedarf? Wenn ja, worin besteht dieser?

SV **Henny Engels** (Deutscher Frauenrat e. V.): Wir meinen nicht gleichgeschlechtliche, sondern geschlechtergleiche Pflege. Danke für den Hinweis; auch wir haben den Begriff falsch verwandt.

Wir sind der Meinung, wie eben schon einmal ausgeführt, dass der Gesetzentwurf in diesem Punkt nicht ausreicht und dem Wunsch nach geschlechtergleicher Pflege ohne Wenn und Aber in jedem Fall stattgegeben werden sollte.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE): Dann brauchen wir mehr Personal!

SV **Henny Engels** (Deutscher Frauenrat e. V.): Das ist unzweifelhaft richtig. Ich könnte mich jetzt dem Vorredner anschließen und sagen, das ist alles ganz wichtig und unumstritten, aber wenn es ums Geld geht, gilt das Sankt-Florians-Prinzip: „Verschon mein Haus, zünde andere an“.

Dieses Problem könnte mit etwas Fantasie gelöst werden. Wenn es jetzt nicht geht, dann müsste es zumindest eine Absichtserklärung geben. Aber es reicht nicht aus, wenn es im Gesetz nur heißt: „nach Möglichkeit“. Ich muss gar nicht lange nachdenken, um darauf zu kommen, wer dann alles feststellt, dass die Möglichkeit im konkreten Fall leider nicht gegeben ist.

SVe **Elke Bartz** (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Dem kann ich mich nur anschließen, auch aus der eigenen Erfahrung heraus, dass ich männliche Assistenz akzeptieren musste, als ich selbst noch in einer stationären Einrichtung war und keinerlei Einfluss darauf hatte, wer zu mir kommt und Pflege, auch Intimpflege, verrichtet. Im Gesetzentwurf steht: „nach Möglichkeit“. Jeder Einrichtungsträger, jeder ambulante Dienst wird stichfeste Begründungen haben, warum es ihm gerade jetzt und in dieser Situation und vielleicht auch in Zukunft nicht möglich sein wird, Personen des Geschlechts einzusetzen, das gewünscht wird. Jeder, der das nicht nachvollziehen kann und sagt: „Sei doch froh, dass du überhaupt gewaschen wirst oder auf die Toilette kommst“, möge sich, wenn er gleich zur Toilette geht, vorstellen, wie es wäre, wenn jemand neben ihm stehen würde - eine Frau bei einem Mann oder umgekehrt. Allein die Anwesenheit einer anderen Person würde sicherlich bei manchem von Ihnen Unbehagen wecken. Bei uns ist es Lebensalltag, den akzeptieren zu müssen, der geschickt wird.

Gerade bei Frauen mit Gewalterfahrung - wir haben es vorhin gehört - ist das absolut nicht akzeptabel. Man muss sich einfach einmal vorstellen, was demenzkranke Frauen, die vielleicht Gewalterfahrung hinter sich haben, empfinden, wenn sie sich plötzlich einem jungen Zivildienstleistenden oder einem jungen Pfleger gegenübersehen, der ihr Enkel sein könnte und von dem sie aus für sie nicht nachvollziehbaren Gründen plötzlich ausgezogen werden. Wenn sich diese Frauen dann wehren, um sich hauen und um sich schlagen, um ihre Ehre und ihre Würde zu verteidigen, werden sie als aggressiv bezeichnet und mit Psychopharmaka

ruhiggestellt, weil man ihnen doch nur Gutes tun wolle. Wer nicht nachvollziehen kann, warum und wie sich diese Frauen wehren, der sollte sich das doch bitte selbst einmal anschauen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Danke für die Punktlandung bei der Zeit. - Wir kommen zur Fragerunde der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte in meiner ersten Frage, die an Herrn Professor Mememann geht, den Komplex Pflegestützpunkte und Pflegeberater ansprechen. Die Bundestagsfraktion der Grünen verweist in ihrem Antrag auf die Notwendigkeit der Etablierung von Case-Managern. Können die im Gesetzentwurf der Bundesregierung geplanten Pflegeberater dem Anspruch eines Case-Managements gerecht werden? Wenn Sie es nicht so sehen, erläutern Sie uns bitte kurz, warum nicht und worin der Unterschied liegt.

**SV Prof. Dr. Hugo Mememann:** Grundsätzlich zu begrüßen ist die Aufnahme des Aspekts der Versorgungssteuerung im Gesetz über die Betonung der Pflegestützpunkte. So eröffnet das Gesetz die Möglichkeit, Case-Management zu implementieren, sichert dies aber in keiner Weise hinreichend ab. Case-Manager sollen ja die Angebote in einer Region bedarfsgerecht und subsidiär auf den Einzelfall bezogen koordinieren und abstimmen. Dazu muss zunächst strukturell, also mit Blick auf die Trägerschaft der Pflegeberatung, sichergestellt sein, dass die Beratung unabhängig von den Interessen einzelner Kostenträger und auch unabhängig von den Interessen einzelner Leistungsanbieter vor Ort erfolgen kann. Allerdings ist die Unabhängigkeit der Berater in dem Gesetzentwurf nicht gegeben, da die Beratung und die Leistungsentscheidung in einer Hand liegen.

Zudem benötigt der Pflegeberater eine autorisierte Stellung im Versorgungsgefüge. Er kann nur das koordinieren, wozu er auch Kompeten-

zen zugesprochen bekommen hat. Aber die autorisierte Stellung des Pflegeberaters ist im Versorgungsgefüge im Gesetzentwurf nicht gegeben.

Zu fordern wäre also, dass die Trägerschaft der Pflegeberatung, die Festlegung der Qualifizierungsvoraussetzungen für die Berater und die konzeptuelle Ausgestaltung der Pflegeberatung nicht federführend und schon gar nicht alleine in den Händen der Pflegekassen liegen dürfen. Verweisen kann man an dieser Stelle auf eine Expertise und auf die Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management, die meines Erachtens in dem Gesetzentwurf unbedingt Berücksichtigung finden sollten.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Professor Mememann, welche Risiken ergeben sich aus der dominierenden Stellung, die den Kassen im Rahmen der Trägerschaft, also der Finanzierung der Pflegestützpunkte und der Berater, im Pflege-WG zugeschrieben wird?

**SV Prof. Dr. Hugo Mememann:** Zunächst einmal wird damit die Definitionsmacht und die Zuständigkeit bezüglich Pflegeberatung einem Kostenträger allein zugewiesen. Das heißt, die vorhin schon angesprochene Vermischung von alltagsnaher umfassender Beratung, die adressatenorientiert sein soll, und von Leistungsentscheidung findet statt; beides liegt nämlich in einer Hand. Damit droht die Gefahr, dass die Funktion des Gate-Keepings, also der Zuweisung von Geld- und Sachleistungen, dominant wird und die anderen Funktionen im Case-Management, insbesondere die advokatorische und die unterstützender Funktion immer mehr zurückgedrängt werden. Das könnte bedeuten, dass die hohen Standards der Pflegeberatung, die in einigen Regionen erreicht wurden, beispielsweise bei den BeKo-Stellen in Rheinland-Pfalz, unterschritten werden, dass das Qualifizierungsniveau der Pflegeberater gesenkt wird und dass auch einige Berufsgruppen, beispielsweise aus dem Bereich der Sozialen Arbeit, zurückgedrängt werden, ob-

wohl diese derzeit mit Abstand am meisten im Bereich der Pflegeberatung tätig sind.

Es könnte auch dazu kommen, dass bisherige Beratungsstrukturen zerstört werden - das kann man ersten Gesprächen beispielsweise der Träger von BeKo-Stellen mit den Pflegekassen in Rheinland-Pfalz entnehmen - und sich die Voraussetzungen, die Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene weiter konsequent adressatenorientiert aufzubauen, verschlechtern. Das würde insgesamt die Gefahr mit sich bringen, dass Pflegeberatung entgegen der im Gesetz genannten Zielperspektive über die Dominanz der Pflegekassen eher zu einem Gate-Keeping umdefiniert wird.

**Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Herr Professor Mennemann, der Gesetzentwurf sieht vor, dass Pflegefachkräfte und Sozialfachangestellte zukünftig die Aufgabe der Pflegeberatung übernehmen sollen. Konkrete Angaben zu entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen werden jedoch nicht gemacht. Welche Voraussetzungen und welche Qualifikation ist Ihrer Ansicht nach notwendig, um als Pflegeberater im Bereich des Fallmanagements zielgerichtet und auch erfolgreich agieren zu können?

**SV Prof. Dr. Hugo Mememann:** Man sollte sich an dieser Stelle vor Augen führen, mit welcher Adressatengruppe wir es zu tun haben. Ich selber war auch Leiter einer Pflegeberatungsstelle. Wir haben es häufig mit Menschen zu tun, die viel zu spät die Pflegeberatung aufsuchen, die zum Teil vereinsamt sind. Das bedeutet, dass die Pflegeberater vor allem zunächst einmal Beratungskompetenz mitbringen müssen. Es geht also nicht primär darum, pflegerrelevante oder rechtliche Fragen zu erörtern, sondern die Berater müssen vor allem die alten Menschen erreichen und ihr Vertrauen gewinnen können. Das heißt, man sollte Moderationskenntnisse haben und auch lösungsorientierte und motivationsfördernde Beratung anbieten können. Um das Sozialrecht zu überschauen, muss man darüber hinaus ein sehr umfangreiches Wissen haben. Außerdem muss

man Versorgungsstrukturen vor Ort aufbauen können. Das ist gar nicht so leicht angesichts der unterschiedlichen Interessenslagen vor Ort. Schließlich muss man Kenntnisse im Bereich der Wohnberatung, Pflegegrundkenntnisse und Kenntnisse von Alterserkrankungen usw. haben.

Insgesamt wird daran deutlich, dass es wichtig ist, die Qualifikation für eine Pflegeberatung an eine Hochschulausbildung anzubinden. Die Kenntnisse können dann in unterschiedlichen Disziplinen erworben werden. Die Soziale Arbeit sollte meines Erachtens unbedingt mitbedacht werden. Darüber hinaus ist eine Bindung an die zertifizierte Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management notwendig; denn Case-Management kann man nicht einfach so leisten, sondern dazu ist eine qualifizierte Weiterbildung erforderlich.

**Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Meine nächste Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie sowie an das Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen. Können Ihrer Ansicht nach die mit den Stützpunkten verfolgten Ziele einer effektiven Bündelung von Leistungsansprüchen und einer effektiven Kooperation der relevanten Akteure erreicht werden?

**SV Prof. Dr. Thomas Klie (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.):** Ich würde die Frage noch etwas weiter führen und neben Effektivität auch Effizienz betrachten. Es liegen ja sehr interessante Erfahrungen aus dem Wissenschaftsbereich vor, unter welchen Voraussetzungen Case-Management seine Effizienz entfalten kann. Dabei muss natürlich darüber nachgedacht werden, woran wir Effizienz messen. Eine in der Diskussion aus meiner Sicht weitgehend vernachlässigte Dimension der Effizienz ist die Sicherung der subsidiären Anlage der Pflegeversicherung; das heißt, gerade angesichts des demografischen und sozialen Wandels die Bereitschaft der Bevölkerung zu befördern respektive zu erhalten,

sich verantwortlich an Pflegeaufgaben zu beteiligen. Dies ist eine ganz zentrale Dimension der Effizienz; denn sonst gerät uns die Pflegeversicherung auch fiskalisch völlig außer Rand und Band.

Es geht auch darum, einen effizienten Mix zu organisieren bzw. sicherzustellen und zu verhindern, dass unnötigerweise Heimaufnahmen erfolgen. Modellprojekte haben gezeigt, dass die Quote der Heimaufnahmen um 40 Prozent gesenkt werden kann. Auch die Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen gehört zu dem, was man durch eine effiziente Organisation von Case-Management erreichen kann. Es geht also nicht - da kann ich dem Kollegen Mennemann nur zustimmen - primär um das Leistungsrecht.

Der Befund ist eindeutig der - da möchte ich gerne dem widersprechen, was heute hier schon mehrfach gesagt wurde -, dass die Beratung bei Pflege vielerorts nicht gewährleistet ist, mit entsprechenden Folgen, und insofern die Gefahr besteht, dass Effizienzkriterien missachtet werden. Die Pflegestützpunkte können hier einen wichtigen Beitrag leisten, indem man Case-Management-Erfahrungen aufnimmt. Für dringend halte ich es, dass man die Expertise der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management ähnlich wie einen Expertenstandard zur Grundlage macht, weil man sonst überhaupt keine Parameter hat. Das ist übrigens aus meiner Sicht auch ein Problem der experimentellen Förderung des Pflegestützpunktmodells durch das BMG, die in einigen Bundesländern bereits vor Verabschiedung des Gesetzes angestoßen wurde.

Als nicht notwendig erachte ich, dass Entscheidungen in sozialleistungsrechtlicher Hinsicht in den Pflegestützpunkten getroffen werden. Da möchte ich eindeutig dem widersprechen, was hier heute gesagt wurde. Wenn man die Verknüpfung mit dem SGB IX schafft - da möchte ich dem Kollegen Welti ausdrücklich zustimmen -, bräuchte man die ganze Entscheidungsthematik nicht aufnehmen. Es geht eher um die Schaffung effizienter Prozeduren für eine abgestimmte Entscheidungsfindung und Beratung. Hier können Pfl-

gestützpunkte einen zentralen Baustein für eine effizientere Gestaltung der Beratung darstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass wir auch zielgruppenspezifische Angebote beispielsweise für bestimmte Versichertengruppen, die einen speziellen Beratungsbedarf haben - Stichwort: private Pflegeversicherung -, brauchen.

Zentral erscheint mir, dass man die Erfahrungen evaluiert und ähnlich wie im SGB II systematisch versucht, die Erkenntnisse für eine Etablierung und Implementierung von Case-Management zu nutzen. Ich halte es im Übrigen auch für ziemlich problematisch, jetzt die entsprechenden Strukturen für Pflegestützpunkte aufzubauen, ohne zu wissen, auf welchen Pflegebedürftigkeitsbegriff und auf welches Begutachtungsverfahren man sich bezieht. Die Entscheidung darüber hat nämlich Auswirkungen auf die Beratungen und die Strukturentwicklung.

Sve **Elke Bartz** (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Ich sehe nach wie vor große Probleme bezüglich der Pflegestützpunkte. Den Vergleich zum Militärischen, der ganz am Anfang dieses Blocks gezogen wurde, fand ich ganz gut. Diesen kann man noch ausweiten und den Spruch „Stell dir vor, es ist Krieg, und keiner geht hin“ so umformulieren: „Stell dir vor, wir haben Pflegestützpunkte, und keiner geht hin“. Das ist nicht aus der Luft gegriffen und polemisch, sondern beruht auf der eigenen Beratungserfahrung, dass immer mehr Menschen, die zu uns kommen und ihre Probleme in Bezug auf Leistungen der Pflegeversicherung vortragen, also was ihnen überhaupt zusteht, wo sie was bekommen und wie sie das Ganze organisieren können, dann, wenn ich sie unterstütze und berate, sehr oft sagen: Sie sind die Erste, die mir zuhört und mich entsprechend meinen Bedürfnissen berät.

Das heißt also, in den Pflegestützpunkten, ob sie allein von den Pflegekassen getragen werden oder in Kooperation mit den Kommunen, die ja auch ihre eigenen Interessen verfolgen, werden immer die Interessenslagen der Dienst-



herren bzw. der Träger, die sie finanzieren, verfolgt werden. Ich kann mir nicht vorstellen, dass hier eine unabhängige Beratung stattfinden wird. Es wäre sehr gut gewesen, wenn man im Vorfeld zum einen Menschen, die kurz vor einer Antragstellung stehen, gefragt hätte, was sie sich wünschen bzw. was sie brauchen, und zum anderen Menschen, die schon Leistungen beziehen, gefragt hätte, was sie sich anders gewünscht hätten. Die Antworten wären wohl ein wenig unterschiedlich ausgefallen. Diejenigen, die noch keine Erfahrungen haben, hätten vielleicht gesagt: Wir suchen eine Stelle, an die wir uns wenden können und die uns berät. - Die andere Gruppe, die schon Leistungen bekommt, hätte wohl gesagt: Ich hätte mir eine unabhängige Beratungsstelle gewünscht.

Als großes Problem sehe ich auch, dass ein pflegebedürftiger Mensch mit einem erweiterten Hilfebedarf, dann, wenn keine Teilhabeorientierung stattfindet, erst zum Pflegestützpunkt und danach für den ganzen Komplex der sozialen Teilhabe zu einer weiteren Beratungsstelle gehen muss. Wenn man großes Glück hat, kooperieren beide miteinander, wenn man Pech hat, allerdings nicht.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Mein nächstes Fragegebiet betrifft das Pflegebudget. Meine erste Frage geht an Professor Welti: Wird der vorliegende Gesetzentwurf der multiplen Lebenslagenproblematik pflegebedürftiger Menschen und ihren multiplen Leistungsansprüchen in unterschiedlichen Sozialsleistungsbeichen gerecht? Wenn nicht, erläutern Sie bitte kurz, warum nicht.

SV **Prof. Dr. Felix Welti**: Eine multiple Fragestellung kurz beantwortet: Pflegebedürftige Menschen sind immer nicht nur pflegebedürftig. Das ist das Problem unserer Pflegeversicherung. Ihr liegt immer noch das falsche Bild eines alten, pflegebedürftigen Menschen zugrunde, der keine Teilhabe an der Gesellschaft mehr braucht und nichts mehr vom Leben will außer der Befriedigung seiner Grundbedürfnisse durch Pflege. Für diese Menschen

haben wir dementsprechend ein isoliertes Sondersystem außerhalb anderer sozialrechtlicher Koordinierungsmechanismen mit einem Träger geschaffen, der nicht Rehabilitationsträger ist.

Wir haben aber auch pflegebedürftige Kinder. Der Gesetzentwurf bringt zum Glück im Bereich der Begutachtung eine kleine Verbesserung; ansonsten wird er der besonderen Problematik pflegebedürftiger Kinder oder junger Menschen, die ja auch Leistungen in der Schule oder am Ausbildungsplatz gemäß SGB XI brauchen, gegenwärtig nicht gerecht.

Meistens wird auch völlig ausgeblendet, dass wir pflegebedürftige Menschen haben, die erwerbstätig sind.

Auch auf die Tatsache, dass das soziale Umfeld pflegebedürftiger Menschen völlig unterschiedlich ist, müsste man besser eingehen.

Ein Instrument, um diesen multiplen Lebenslagen besser gerecht werden zu können, wäre ein integriertes Budget, mit dem für verschiedene Bedarfslagen auf Leistungen verschiedener Träger zurückgegriffen werden kann. So nehmen Pflegebedürftige Leistungen zur Rehabilitation und der Krankenbehandlung in Anspruch, zum Teil auch Leistungen zur Ermöglichung der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft.

Diese Leistungen kann man zusammenfassen, wenn man das Budget einführt. Dies bedeutet keine Mehrkosten, sondern Effizienzgewinne.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage in dem Bereich geht an die Bundesvereinigung Lebenshilfe. Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen fordert in ihrem Antrag, das integrierte Budget für Menschen mit Behinderungen in ein trägerübergreifendes persönliches Budget nach SGB IX zu überführen. Darin sind Pflegeleistungen anstelle von Gutscheinen als echte Budgetleistungen integriert. Wie bewerten Sie diese Forderungen vor dem Hintergrund, dass in dem Gesetzentwurf der Koalition diesbezüglich keine Aussagen gemacht werden, und die

entsprechenden Forschungsergebnisse? Auch hier bitte ich um eine relativ kurze Antwort.

**SV Klaus Lachwitz** (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.): Ich kann mich in vielen Punkten dem anschließen, was Herr Welti ausgeführt hat. Hier wird eine große Chance vertan. Für den großen Personenkreis von Menschen, die ihr ganzes Leben lang auf Pflege angewiesen sind - geistig und Mehrfachbehinderte sind oft von Geburt an pflegebedürftig -, steht nicht nur die Pflege im Vordergrund, sondern auch Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Selbstbestimmung.

Das wirksamste Mittel, um die beiden Bereiche, die hier berührt sind - nämlich Teilhabe und Pflege -, zusammenzuführen und flexibel zu gestalten, ist das persönliche Budget in der Pflege. Insofern ist es wirklich sehr zu bedauern, dass die Bundesregierung nach wie vor an der Gutscheinregelung festhält. Gutscheine können eben nur bei anerkannten Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen eingelöst werden. Im Grunde genommen ist dies die Aufrechterhaltung des Sachleistungsprinzips.

Der Bundesrat hat einstimmig gefordert, dass das integrierte Budget in der Pflegeversicherung eingeführt wird. Dem schließen wir uns an. Wir hoffen, dass es noch zu Veränderungen in diesem Bereich kommt. Die Gegenäußerung der Bundesregierung beinhaltet keine Totalablehnung. Es wird vielmehr davon gesprochen, dass zunächst die Ergebnisse der Modellvorhaben abgewartet werden sollen. Diese sind so gut wie abgeschlossen; Herr Klie kann sich näher dazu äußern. Die Modellvorhaben zeigen, dass das persönliche Budget mit dem Ausschütten von Geldleistungen das ideale Instrument wäre, um beides, Teilhabe und Pflege, sicherzustellen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächsten Fragen behandeln die Pflegezeit. Meine erste Frage geht an das Deutsche Zentrum für Altersfragen. Die grüne Bundestagsfraktion fordert in ihrem Antrag die Einführung einer Pflegezeit, die sich im Gegensatz zum Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht über sechs, sondern über drei

Monate erstrecken und mit einer steuerlichen Lohnersatzleistung verbunden sein soll. Wie bewerten Sie diese Forderung?

**SV Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer** (Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V.): Die häusliche Pflege in Deutschland wird vor allem durch Angehörige, aber auch durch weitere Mitglieder des privaten Netzwerkes geleistet. Es sind vor allen Dingen Frauen - Mütter, Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter -, die die Pflege im häuslichen Kontext leisten. Bei den Männern, die Pflege leisten, handelt es sich in erster Linie um Ehepartner.

Im Augenblick gibt es eine Unterstützung der häuslichen Pflege durch das Pflegegeld. Wir denken, dass die Einführung der Pflegezeit eine außerordentlich gute Möglichkeit ist, die Pflege durch Angehörige oder durch andere Mitglieder des privaten Netzwerkes zu unterstützen. Allerdings stellen sich in diesem Zusammenhang folgende Fragen: Was ist das Ziel der Pflegezeit? Wie sieht die Ausgestaltung der Pflegezeit aus? Welche möglichen Folgen entstehen durch die Einführung der Pflegezeit?

Wir denken, das Ziel der Pflegezeit sollte die Herstellung eines guten häuslichen Pflegearrangements sein. Im Augenblick sind eine kurzfristige und eine längerfristige Pflegezeit bis zu sechs Monaten vorgesehen. Insbesondere bei der längeren Pflegezeit ist festgelegt, dass eine häusliche Pflege vorliegen muss. Wir sind aber der Meinung, dass es Pflegekonstellationen gibt, in denen die Voraussetzung, dass eine häusliche Pflege besteht, nicht unbedingt sinnvoll ist. Auch für Angehörige, die beispielsweise an einem anderen Ort in Deutschland leben, sollte ein Pflegearrangement getroffen werden können. Wir glauben daher, dass es sinnvoll und notwendig ist, den Zeitraum von sechs Monaten zu stückeln.

Eine Pflegezeit von sechs Monaten - damit komme ich zur Ausgestaltung - ist sicherlich nicht ausreichend, um häusliche Pflege langfristig zu organisieren. Häusliche Pflege erstreckt sich in der Regel über mehrere Jahre. Die Folgen der Pflegezeit sind mögli-

cherweise - das ist vorhin in den Stellungnahmen der Arbeitgeber schon angedeutet worden -, dass bestimmte Personengruppen - das sind vor allem Frauen und ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, bei denen ein höheres Risiko besteht, dass sie die Pflegezeit in Anspruch nehmen - auf dem Arbeitsmarkt diskriminiert werden. Daher ist es gut, dass die Pflegezeit auf sechs Monate begrenzt wird. Eine Pflegezeit von drei Monaten sollte in bestimmten Fällen sicherlich auch ausreichen, um das Ziel, ein gutes häusliches Arrangement zu gestalten, zu erreichen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Die grüne Bundestagsfraktion fordert in ihrem Antrag, dass eine gesetzliche Pflegezeit auch dem Zweck der Sterbebegleitung dienen soll. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht das aber nicht vor. Wie bewerten Sie das? Auch hier bitte ich um eine kurze Antwort.

SV **Thomas Montag** (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.): Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin begrüßt die Einführung der Pflegezeit. Sie sieht allerdings gerade in Bezug auf die Begleitung Sterbender bzw. von Palliativpatienten durch ihre Familien das Problem, dass diese Pflegezeit an die Pflegeeinstufung geknüpft wird. Wir würden natürlich lieber sehen, wenn die Familien von Sterbenden jeden Alters ihre Angehörigen unabhängig von ihrer Pflegebedürftigkeit und von dem Vorliegen einer Pflegestufe begleiten könnten. Es sollte eine Karenzzeit für Angehörige von Palliativpatienten geben, die von solchen Voraussetzungen unabhängig ist und auch nicht ausschließlich am Begriff der Sterbebegleitung festgemacht wird. Man könnte dies bewerkstelligen, indem man innerhalb dieses Gesetzes die Voraussetzungen für den Zugang zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die in § 37 b SGB V eingeführt worden ist, mit der Pflegezeit verknüpft und damit die Zugangskriterien ausweitet.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine letzte Frage zu diesem Komplex richtet sich an den Deutschen Frauenrat. Die grüne Bundestagsfraktion fordert in ihrem Antrag, dass nach einem erweiterten Familienbegriff auch Personen ohne direkte verwandtschaftliche Beziehungen anspruchsberechtigt für eine Pflegezeit sein sollen. Wie bewerten Sie diese Forderung vor dem Hintergrund der von der Bundesregierung geplanten Pflegezeit? Auch hier bitte ich um eine kurze Stellungnahme.

SV **Henny Engels** (Deutscher Frauenrat e. V.): Der Deutsche Frauenrat befürwortet diese Forderung. Er hat sie in seiner Stellungnahme angesichts der Tatsache aufgenommen, dass die Zahl der Menschen in unserer Gesellschaft, die keine nahen Verwandten haben, zunimmt. Es muss die Möglichkeit geben, die Regelung, die für nahe Verwandte vorgesehen ist, auf Grundlage einer eidesstattlichen Erklärung auf diejenigen, die im Sinne des Gesetzes pflegen wollen, auszudehnen.

Ich möchte noch folgenden Punkt hinzufügen, den wir in unserer Stellungnahme nicht erwähnt haben. Möglicherweise nimmt auch die Zahl derjenigen zu, die zwar noch Verwandte haben, die in der Lage wären, sie zu pflegen, deren Verhältnis zu Freunden und Nachbarn aber sehr viel besser für die Pflege geeignet ist. Dieser Punkt ist besonders wichtig, wenn es um die Intimpflege geht. Wir sind der Meinung, dass dieser Aspekt unbedingt beachtet werden muss und dass es zu einer entsprechenden Erweiterung kommen sollte.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte die in dem vorliegenden Gesetzentwurf eingefügte Vorschrift des § 294 SGB V aufgreifen. Es geht darin um die Informationspflicht der Ärzte im Falle selbstverschuldeter Krankheiten. Ich möchte dazu die Verbraucherzentrale Bundesverband und den Paritätischen Wohlfahrtsverband fragen: Welche Gefahren für den Datenschutz ergeben sich Ihrer Ansicht nach aus dieser Vorschrift?

**SV Dieter Lang** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Wir waren natürlich sehr überrascht, als wir im Rahmen des Entwurfs zur Pflegereform bei den Änderungen zum SGB V diese Vorschrift gefunden haben, die sozusagen eine Ergänzung zu den Änderungen im Rahmen des GKV-WSG darstellt. Wir halten diese Vorschrift unter datenschutzrechtlichen Kriterien für höchst problematisch. Wenn man davon ausgeht, dass die Definition einer nichtindizierten Behandlung nicht hinreichend konkretisiert ist, kann man sich leicht vorstellen, dass hier Erweiterungen - auch über die genannten Beispiele hinaus - ohne weiteres möglich sind. Blicke die Regelung auf Piercings, Tätowierungen und Schönheitsoperationen beschränkt, dann würden wir hier nur Marginalien abhandeln. Das ist wohl nicht Sinn und Zweck einer solchen Vorschrift im Rahmen einer Pflegereform.

**SVe Andrea Pawils** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.): Auch wir haben genauso wie die Verbraucherzentrale Bundesverband große Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes und der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Die ärztliche Schweigepflicht und auch das Patientengeheimnis werden mit dieser Regelung ausgehebelt. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient erleidet dadurch einen sehr großen Vertrauensverlust.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zur Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin habe ich noch eine Nachfrage. Ich hätte gerne von der BAG Selbsthilfe und von Verdi gehört, welche Auswirkungen sie von der Vorschrift in dieser Beziehung erwarten.

**SV Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Auch wir befürchten, dass es zu einer tiefgreifenden Störung des Verhältnisses von Ärzten und Patienten kommen würde, wenn diese Regelung Realität

würde. Die Ärzte würden quasi zu Zwangsermittlern der Krankenkassen. Für die Patienten wäre überhaupt nicht mehr klar, was die ärztliche Schweigepflicht noch beinhaltet. Diese Regelung ist auch aufgrund der sehr offenen Formulierung der Norm aus unserer Sicht nicht hinnehmbar. Die „positiven“ Auswirkungen, die man sich von derartigen Ermittlungen verspricht, muss man als zweifelhaft bezeichnen.

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Auch wir halten diese aus unserer Sicht katastrophale Regelung für nicht sachgerecht. Wir hatten schon beim GKV-WSG Bedenken geäußert, weil Leistungen aus dem Sachleistungsprinzip herausgenommen werden. Wir finden es schade, dass sich in einem ansonsten guten Pflegegesetz eine solche Regelung findet.

**Abg. Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zum Pflegebudget noch eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Wie bewerten Sie den Umstand, dass in dem vorliegenden Gesetzentwurf kaum weiterführende Regelungen zum persönlichen Budget getroffen werden, obwohl die Ergebnisse der entsprechenden Modellprojekte bereits vorliegen?

**SV Prof. Dr. Thomas Klie** (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.): Es geht hier - das ist heute schon angeklungen - um unterschiedliche Budgets. Zunächst gibt es das trägerübergreifende Budget, das im SGB IX verankert ist. Die praktische Erprobung des sogenannten Pflegebudgets, in denen die Sachleistungen als Geldleistungen ausbezahlt werden - allerdings durch Case-Management begleitet -, wird zum 30. April abgeschlossen sein. Schließlich gibt es das integrierte Budget, bei dem die Gutscheinelösung aufgegeben und die Möglichkeit für Menschen mit Behinderungen geschaffen wurde, auch Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen eines echten Budgets zu erhalten.

Das sogenannte Integrierte Budget ist angesichts der Effekte, die sich in der modellhaften Erprobung zeigen, sehr gut geeignet, Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf eine autonomere und auch eine an ihre Lebenssituation wesentlich besser angepasste Lebensführung zu ermöglichen. Es ist auch nicht zu befürchten, dass sich bei Aufgabe der Gutscheinregelung in § 35 a SGB XI eine große Resonanz ergeben wird, weil hier die Regularien des trägerübergreifenden Budgets greifen, die durchaus mit einigen Hürden verbunden sind. Es ist auszuschließen, dass es hier zu einer Zweckentfremdung dieser Leistung kommt.

Es spricht demzufolge sehr viel dafür, das integrierte Budget, das der Bundesrat in einer einstimmigen Entscheidung vorgeschlagen hat, mit dieser Reform einzuführen. Dies wäre auch deshalb wichtig, damit Menschen mit Behinderungen im Rahmen dieser Reform nicht völlig leer ausgehen. Denn bisher haben die Empfehlungen der Bundesbeauftragten für die Belange behinderter Menschen hinsichtlich der teilhaberorientierten Pflege überhaupt keine Berücksichtigung gefunden. Aufgrund der Ergebnisse der Begleitforschung kann man nur sagen: Es gibt keinen Grund, das integrierte Budget nicht schon jetzt einzuführen.

Beim sogenannten Pflegebudget ist es anders. Wir finden es durchaus richtig, dass man hier nicht auf eine weitere Erprobung setzt. Das Pflegebudget zeigt sehr deutliche Effekte. Es spricht sehr viel dafür, Budgets mittelfristig als Regelleistung zu etablieren. Mit Budgets ist man der Lage, vor allen Dingen völlig unterversorgte und alleinlebende Menschen wesentlich besser zu versorgen, als das heute im Sachleistungssystem der Fall ist. Die entsprechenden Zahlen liegen vor. Aber nach meiner Meinung sollte ein Pflegebudget nicht als dritte Leistungsoption im ambulanten Bereich eingeführt werden. Hier müssen vielmehr weiterreichende Konsequenzen im Leistungsrecht gezogen werden. Außerdem muss man die Ergebnisse der Begleitforschung auswerten und Bedingungen schaffen, die eine verantwortliche Einführung dieses Budgets ermöglichen.

**Abg. Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte zu den Leistungen für behinderte Menschen. Der Leistungsbetrag für Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43 a SGB XI wird mit dem Gesetzentwurf keine Veränderung erfahren. Halten Sie das für sachgerecht? Wie hoch sollte dieser Betrag Ihres Erachtens künftig sein?

**SV Norbert Müller-Fehling** (Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.): Seit Einführung der Pflegeversicherung setzen wir uns mit dem Problem auseinander, dass Einrichtungen der Behindertenhilfe unter Druck geraten, in Einrichtungen der Pflegeversicherung mit Versorgungsvertrag umgewandelt zu werden. Gleichzeitig wird Druck auf pflegebedürftige behinderte Menschen ausgeübt, Pflegeeinrichtungen aufzusuchen und nicht Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Es ist den Verbänden der Behindertenhilfe zu verdanken, dass immer noch 70 000 behinderte Menschen mit Pflegebedarf in Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt werden und nicht in Pflegeeinrichtungen abgeschoben werden. Dem Bundestag liegt zurzeit eine Petition aus Baden-Württemberg vor. Es gibt entsprechende Elterninitiativen in Hessen und in Berlin, die sich dagegen zur Wehr setzen, dass Einrichtungen der Eingliederungshilfe umgewandelt werden.

Eine Möglichkeit der Unterstützung wäre, den Betrag von 256 Euro zu erhöhen, sodass die heute bestehende Diskrepanz zwischen den Sachleistungen im ambulanten oder im stationären Bereich und denen nach § 43 a SGB XI nicht größer wird. Die Erhöhung, die im ambulanten Bereich im Zuge der Reform vorgesehen wird, sollte auch für die Leistungen nach § 43 a gelten. Langfristig müssen die Leistungen an die Person des Leistungsberechtigten, in diesem Fall des Pflegebedürftigen, gekoppelt werden. Nur so lässt sich letztendlich die von uns erwartete Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe sinnvoll vorantreiben.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine kurze Frage an den Paritätischen Wohlfahrtsverband zur Ehrenamtlichkeit. Wird der Gesetzentwurf die ehrenamtlichen Strukturen überfordern? Wenn ja, möchte ich um eine kurze Begründung bitten.

SVe **Andrea Pawils** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.): Diese Gefahr besteht natürlich. In der Begründung zum Gesetzentwurf habe ich gelesen, dass die Ehrenamtlichen auch unterstützend tätig werden sollen. Die Gefahr, dass die Ehrenamtlichen eventuell in die professionelle Pflege eingreifen sollen, besteht also nach unserer Auffassung durchaus.

Für uns stellt sich auch die Frage, inwie weit es wirklich erforderlich ist, die ehrenamtlichen Strukturen vertraglich festzuschreiben. Nach unserer Auffassung muss eine Art Win-win-Situation entstehen. Die Ehrenamtlichen müssen ihre Arbeit sozusagen von sich aus machen, ohne dass es von gesetzlicher Seite strikte Vorgaben gibt.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir beginnen die zweite Runde mit der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den MDS. Halten Sie die vorgesehene Frist zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit von fünf Wochen für realistisch? Welche Mehrkosten sind aus Ihrer Sicht für Sie damit verbunden? Eine Zusatzfrage an das Diakonische Werk der EKD und an den bpa: Wie bewerten Sie diese Frist von fünf Wochen?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen): Es ist klar, dass der MDK zügig begutachten muss. Mit der Frist von fünf Wochen setzen Sie den MDK natürlich ein Stück weit unter Druck. Ich denke, das ist beabsichtigt. Aber es wird nicht nur eine Frist von fünf Wochen für die normale Begutachtung gesetzt, sondern es wird auch

eine Frist von einer Woche bei Überleitung aus dem Krankenhaus und der Rehaklinik sowie eine Frist von zwei Wochen bei der Beantragung der Pflegezeit gesetzt. Das ist natürlich ein ganz schönes Paket, das Sie dem MDK mit auf den Weg geben.

Da wir nun auch Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alterskompetenz festzustellen haben, werden Anträge von Personen gestellt, die bisher noch keine Leistungen erhalten haben. Außerdem beauftragen Sie uns, noch intensiver die Rehabilitation zu prüfen. Daher kann man sagen, dass dieses Gesamtpaket mit einem Mehrbedarf an Personal für den MDK verbunden ist.

Wir würden angesichts dieses Gesamtpaketes anregen, die Zeit etwas großzügiger zu bemessen. Wir denken an sechs bis acht Wochen. Das wäre eher machbar. Berücksichtigen Sie bitte auch, dass wir aufgrund der kurzen Frist nicht mehr die Möglichkeit haben, die Begutachtungen beispielsweise nach Stadtteilen zu bündeln. Sie ermuntern uns sozusagen zu Sternfahrten innerhalb einer Region. Das ist natürlich mit einem entsprechenden Zeitbedarf verbunden.

Wir sehen die politische Zielsetzung; diese akzeptieren wir auch. Aber wir glauben, dass unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eine Frist von sechs bis acht Wochen realistischer ist als die Frist von fünf Wochen, die jetzt im Entwurf steht.

SVe **Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Wir begrüßen diese Fünfwochenfrist eindeutig. Sie kennen alle die Zahlen und wissen daher, wie lange Pflegebegutachtungen dauern. Sie dauern in der Regel sehr viel länger als fünf Wochen. Es variiert von Bundesland zu Bundesland. Die Frist von fünf Wochen ist erforderlich, damit die Betroffenen ihre Pflegearrangements planen und entsprechende Entscheidungen treffen können. Wir begrüßen genauso die Einwochenfrist beim Übergang aus dem Krankenhaus bzw. aus der Rehaklinik

und die Zweiwochenfrist bei der Beantragung der Pflegezeit.

Wir bitten die Anwesenden darum, dass diese Fristen im Gesetz stehen bleiben. Denn die Leistung muss bei den Betroffenen ankommen, die Pflegebereitschaft muss gestärkt werden und die Möglichkeiten für die Planung von Pflegearrangements müssen verbessert werden.

**SV Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Es muss das gesamte Verfahren in den Blick genommen werden und nicht nur die MDK-Begutachtung. Im Moment dauern diese Begutachtungen wesentlich zu lange. Ich glaube, anfallende höhere Fahrtkosten dürfen nicht der Grund sein, dass man die Fristen nicht verkürzt.

Es kann nicht sein, dass die Einrichtungen und letztendlich die Betroffenen monatelang auf ihre Einstufung warten. Dass die Verkürzung der Frist möglicherweise mit zusätzlichem Aufwand verbunden ist, ist in Kauf zu nehmen. Das gilt insbesondere dann, wenn es um die Begutachtung des Rehabedarfs geht. Wenn das Gutachten des MDK nicht die Anforderungen an einen Antrag auf Rehabilitationsleistungen erfüllt, werden alle anderen Regelungen, die vorher diskutiert wurden, ins Leere laufen. Denn dann kann immer argumentiert werden, es liege kein Antrag vor.

Wir plädieren also sehr dafür, kurze Zeiten vorzugeben. Das sollte aber nicht nur für die Begutachtung, sondern auch für den Zeitraum von der Antragstellung bis zur Zustellung des Bescheides gelten. Es dürfen nicht an anderer Stelle lange Bearbeitungszeiten entstehen.

**Abg. Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an das Diakonische Werk der EKD und ebenfalls an den bpa. Wie bewerten Sie die Möglichkeit, ambulante Sachleistungsansprüche von verschiedenen Pflegebedürftigen zusammenzufassen, also zu poolen? Welche Auswirkungen hat dies auf die Pflegeeinrichtungen? Wie beurteilen Sie dabei insbesondere die Chancen für neue Wohnformen?

**SVe Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Prinzipiell begrüßen wir die Möglichkeit, Pflegesachleistungen zu poolen. Denn gerade im Bereich neuer Wohnformen wie bei den sogenannten ambulant betreuten Wohngemeinschaften gab es bisher immer wieder einmal juristische Schwierigkeiten. Mit dieser Regelung wird nach unserer Ansicht Rechtsklarheit geschaffen. Wir denken aber, dass hiermit Erwartungen geweckt werden, die nicht erfüllt werden können.

Zum Stichwort Effizienzgewinne. Durch das Poolen soll Zeit gewonnen werden. Die Effizienzgewinne sollen dazu verwendet werden, dass im ambulanten Bereich Betreuungsleistungen im Pool für den Betroffenen zur Verfügung stehen. Wir sehen diese Effizienzgewinne bei den Wegezeiten der ambulanten Dienste. Wir sehen aber auch, dass in der Regel in den Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI und bei den Einsatzpauschalen für das betreute Wohnen wurden hierfür Regelungen getroffen.

Wir sehen Effizienzgewinne in der hauswirtschaftlichen Versorgung. Das gilt für den Fall, dass Menschen in einem gemeinsamen Haushalt leben. Wir sehen aber keine Effizienzgewinne bei der Grundpflege und auch keine bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, wenn die Menschen nicht in einem gemeinsamen Haushalt leben. Wir bedauern, dass die Leistungen um die Betreuungsleistung erweitert werden, ohne dass es eine Erhöhung des Pflegesachleistungsbetrages gibt.

Die Leistungsflexibilisierung halten wir prinzipiell für gut. Wir denken aber, dass sie unabhängig vom Poolen erfolgen sollte. In der Begründung ist die Aussage enthalten, dass Pflegestützpunkte das Poolen anregen sollten. Aber wir sehen darin die Gefahr, dass die Wahlmöglichkeiten der Betroffenen eingeschränkt werden. Außerdem fehlt uns beim Poolen die Schnittstelle zum SGB XII. Wir haben heute darüber diskutiert, dass die Pflegeversicherung einen Teilleistungscharakter hat. Viele Menschen erhalten noch ergänzende Hilfe zur Pflege. Auch da muss es in ambulant betreuten Wohngemeinschaften die Möglichkeit zum Poolen geben.

**SV Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Wir begrüßen es ausdrücklich, dass diese Möglichkeit zum Poolen ins Gesetz aufgenommen worden ist. Wir begrüßen es insbesondere deswegen, weil dadurch die Möglichkeit besteht, Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich zu erbringen. Das war bisher nicht möglich. Es gab nur die Grundpflege und die hauswirtschaftlichen Einrichtungen. Insofern sind wir sehr davon angegan, dass hier gerade zur Entlastung der Angehörigen von demenziell Erkrankten die zusätzliche Möglichkeit eröffnet wird, Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich durch das Poolen zu erbringen.

Selbstverständlich hätten auch wir uns für die demenziell Erkrankten eine Leistungsausweitung im Rahmen der Einzelleistung und nicht nur im Rahmen des Poolens gewünscht. Wir gehen aber davon aus, dass dieses dann im Rahmen der Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes berücksichtigt wird. Wir sind der Auffassung, dass es sich hier um einen Teilschritt in die richtige Richtung handelt, den wir insbesondere vor dem Hintergrund begrüßen, dass hier die sogenannten neuen Wohnformen rechtskonformer versorgt werden können. Damit ist eine zusätzliche, flexible Möglichkeit der Ausgestaltung gegeben.

**Abg. Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen. Die erste Frage, die ich an das Diakonische Werk, an die Caritas und an den bpa richte, behandelt die ortsübliche Vergütung. Wie ist aus Ihrer Sicht zu bewerten, dass Versorgungsverträge an eine ortsübliche Vergütung der Pflegekräfte gebunden werden sollen? In der Gesetzesbegründung wird die ortsübliche Vergütung mit dem Tariflohn gleichgesetzt. Gibt es überhaupt einheitliche Tariflöhne in der Pflegebranche?

Die zweite Frage, die das Thema Gesamtversorgungsvertrag behandelt, richte ich an den bpa, an den Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen, an die Verbraucherzentrale Bundesverband und an die Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderungen. Mich

würde interessieren, ob Sie die Gesamtversorgungsverträge als praxisgerecht empfinden, und wenn ja, warum.

**SVe Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Wir halten die Formulierung „ortsübliche Vergütung“ für nicht ausreichend. Wir schlagen stattdessen vor, §72 Abs. 3 SGB XI um die Formulierung „angemessene tarifliche Arbeitsvergütung“ zu ergänzen. Denn wir denken, dass der Begriff „ortsübliche Vergütung“ zu schwammig ist.

**SVe Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich kann mich meiner Vorrednerin vollumfänglich anschließen und möchte ergänzen, dass nach Art. 140 des Grundgesetzes in Verbindung mit Art. 137 der Weimarer Reichsverfassung die Arbeitsvertragsrichtlinien der Kirchen einem besonderen Schutz unterliegen. Im kirchlichen Bereich gibt es keine Tarifverträge, sondern tarifliche Regelungen, die nach einem anerkannten geregelten Verfahren zustande kommen. Insofern halten wir auch aus verfassungsrechtlichen Gründen eine Ergänzung der für den Abschluss von Versorgungsverträgen vorgesehenen Bedingung einer ortsüblichen Vergütung um den Begriff „tarifliche Vergütung“ für angemessen.

**SV Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Zunächst zur ersten Frage, was die ortsübliche Vergütung angeht; dazu hatte ich vorhin schon Ausführungen gemacht. Wir sind der Auffassung, dass die Begrifflichkeit „ortsübliche Vergütung“ - sie wird in der Gesetzesbegründung durch den Begriff „tarifliche Vergütung“ gefestigt - jede Menge Schwierigkeiten mit sich bringen dürfte. In der Pflege gibt es - Frau Widmann-Mauz, das hatten Sie in Ihrer Frage schon angedeutet - keinen Einheitstarifvertrag, keinen Flächentarifvertrag. Frau Dr. Fix hat gerade ein Spezialproblem angesprochen; es gibt also diverse unterschiedliche tarifliche Regelungen. Insofern besteht das Problem: Wenn, wie es jetzt im Gesetzentwurf vorgesehen ist, für den Ab-



schluss von Versorgungsverträgen die Bedingung einer ortsüblichen Vergütung eingeführt würde, würde gegebenenfalls ein Durchschnittswert für die jeweilige Berufsgruppe verankert werden. Das würde bedeuten: Es gibt sozusagen einen Durchschnittstarif für die jeweilige Berufsgruppe, nach der dann vergütet werden müsste. Die Einrichtungen, die mehr als diesen Tarif zahlen, würden die zusätzlichen Kosten, die sie für ihre Arbeitnehmer aufzuwenden haben, vermutlich nicht von den Pflegekassen refinanziert bekommen, weil nur ein ortsüblicher durchschnittlicher Tariflohn vorgesehen würde. Das würde im Übrigen auch für viele der privaten Pflegeeinrichtungen gelten, die in der Regel übertariflich zahlen. Gerade bei den jüngeren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern würde das zum Tragen kommen.

Vor diesem Hintergrund sind wir der Auffassung, dass diese Regelung dazu führen würde - das hat auch schon der Bundesrat in seiner Stellungnahme befürchtet -, dass das Selbstkostendeckungsprinzip, einhergehend mit der Abschaffung des externen Vergleich, eingeführt werden würde und damit ein Großteil der Kosten, die den Pflegeeinrichtungen entstehen, ausschließlich dem Selbstkostendeckungsprinzip übereignet und so zu einem durchlaufenden Posten bei der Vergütung werden würde. Das ist aus unserer Sicht eigentlich mit der Verabschiedung des Pflege-Versicherungsgesetzes ausgeschlossen worden, indem seinerzeit das Selbstkostendeckungsprinzip genau vor diesem Hintergrund abgeschafft und Wettbewerb eingeführt wurde. Das halten wir nach wie vor für die optimalere Lösung und plädieren dafür, dass die in § 72 SGB XI vorgesehene Regelung entsprechend gestrichen wird.

**SV Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Zum Gesamtversorgungsvertrag. Wir halten diese Möglichkeit für notwendig, um die Leistungen konsequent am Bedarf der Versicherten ausrichten zu können. Es kann nicht sein, dass Frau Müller im benachbarten Heim fragt: „Können Sie morgen Nachmittag meine Mutter betreuen?“ und wir erst unglaublich viele leistungsrechtli-

che Fragen beantworten müssen und nach einem halben Jahr einen Zwischenbescheid geben. Insofern hilft es uns nicht, wenn nur mehrere Verträge hintereinander geheftet werden und obendrauf Gesamtversorgungsvertrag steht. Wenn man einen solchen ermöglichen will, dann müssen wir ein durchlässiges Leistungssystem haben. So viel Freiheit müssen wir dann wagen und auf viele vorherige Regelungen verzichten. Wenn die Leistung in Kombination erbracht werden kann, können wir diese viel besser am Bedarf der Versicherten ausrichten. Insofern befürworten wir die Möglichkeit eines Gesamtversorgungsvertrages ausdrücklich.

**SVe Astrid Grunewald-Feskorn** (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V.): Wir schließen uns den Ausführungen des bpa zum Gesamtversorgungsvertrag an; auch wir sehen dies unter dem Strich so.

**SV Dieter Lang** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Auch wir halten den Gesamtversorgungsvertrag für durchaus praxisgerecht. Da gibt es keine Einwendungen.

**SV Sebastian A. Froese** (Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.): Auch wir können uns den Ausführungen von Herrn Mauel anschließen. Wir halten das für eine sachgerechte Lösung, die letztendlich bürokratische Hürden abbaut und im Zweifelsfall sogar wirtschaftlich von Vorteil ist.

**Abg. Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an mehrere Verbände: an den Deutschen Frauenrat, den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge, den Caritasverband, den VdK und die Spitzenverbände der Pflegekassen. Es geht um die soziale Absicherung der Pflegepersonen, die die vorgesehene Pflegezeit von sechs Monaten beanspruchen. Wie bewerten Sie die vorgesehene soziale Absicherung, insbesondere die Regelung zu

den Rentenversicherungsbeiträgen? Sehen Sie eine Möglichkeit, dass wir dieses Geld zum Beispiel zusätzlich für Demente verwenden, oder halten Sie die soziale Absicherung in der Weise, wie es jetzt vorgesehen ist, für unbedingt erforderlich?

**SV Henny Engels** (Deutscher Frauenrat e. V.): Wir halten eine soziale Absicherung dieser Pflegepersonen für unabdingbar notwendig. Es ist heute mehrfach darauf hingewiesen worden, dass viele Frauen diese Pflegezeit wahrnehmen. Frauen unterbrechen ihre Erwerbstätigkeit und damit den Erwerb eigenständiger Rentenversicherungsansprüche bekanntlich des Öfteren: erst durch Kindererziehung, dann durch Pflege. Wir alle wollen wieder mehr Kinder; daher tritt dies zukünftig noch häufiger auf. Deshalb denken wir, dass eine soziale Absicherung zwingend erforderlich ist.

**SV Michael Löher** (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.): Im Grundsatz wird die Zielrichtung begrüßt. Wir sind der Auffassung, dass die Anforderungen an die Arbeitsorganisationen in den Betrieben, die durch die Inanspruchnahme von Pflegezeit entstehen, aufgrund des hohen Nutzens der Pflegezeit sowie zugunsten der Pflegebereitschaft von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und der Kultur des Pflegens in der Bevölkerung zu vernachlässigen sind. Wir lehnen allerdings ab, dass nunmehr der Anspruch auf Pflegezeit gegenüber Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten ausgeschlossen sein soll. Im Referententwurf war noch von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern mit in der Regel zehn oder weniger Beschäftigten die Rede.

Im Zusammenhang mit der Frage der Rentenversicherung sind wir der Auffassung, dass dies bei der Pflegezeit analog zur Elternzeit geregelt werden sollte.

**Sve Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir halten die vorgesehenen Regelungen der sozialen Absicherung während

der Pflegezeit für unabdingbar. Personen, die diese Auszeit nehmen werden, werden überwiegend Frauen sein, die ohnehin häufig auch aus anderen Gründen, zum Beispiel Kindererziehung, eine gebrochene Berufsbiografie haben, sodass jeder Monat der Beitragszahlung zählt.

**SV Jens Kaffenberger** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Auch wir halten diese Regelung für dringend notwendig. Es sind insbesondere Frauen, die die Verantwortung für die Pflege ihrer Angehörigen übernehmen. Diese Regelung soll ja verhindern, dass ihnen daraus übermäßige Nachteile entstehen. Deswegen ist es richtig, dass, wenn keine Familienversicherung vorliegt, zumindest Krankenversicherung zuschüsse gezahlt werden, damit eine entsprechende Absicherung erfolgt. Auch Leistungen zur Arbeitslosenversicherung müssen sichergestellt werden. Analog zur Elternzeit bei kleinen Kindern müssen Regelungen zu Rentenleistungen gelten.

**SV Paul-Jürgen Schiffer** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Die Spitzenverbände stimmen dem, was zuvor ausgeführt wurde, zu. Auch wir sehen das als dringend notwendig an.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den bpa: Ist es ausreichend, dass sowohl für Verhinderungs- als auch für Kurzzeitpflege ein fixer Betrag vorgesehen ist, der dazu führt, dass die Möglichkeit der Leistungsanspruchnahme mit der Pflegestufe abnimmt? Welche Auswirkungen hat dies auf die Versicherten der unterschiedlichen Pflegestufen und deren Angehörige?

**SV Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Im Hinblick auf die Einführung einer Regelung zur Kurzzeitpflege sind wir der Auffassung, dass sowohl die Kurzzeitpflege als bestehendes Element, so wie sie gegenwärtig durchgeführt wird, als

auch ergänzend die Entlastungspflege, die der Entlastung der pflegenden Angehörigen bei Krankheit oder anderen Dingen dient, in der ambulanten Pflege durchführbar sein sollten. Insofern regen wir an, an dieser Stelle neben der sogenannten Urlaubspflege die Möglichkeit der Kurzzeitpflege in der Häuslichkeit als zusätzliche Entlastung einzuräumen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich hätte einige Fragen zur Einzelpflegekraftregelung, zu dem geplanten § 77 SGB XI, und zwar an den Deutschen Pflegerat, das Diakonische Werk der EKD und den bpa: Einzelpflegekräfte sollen insbesondere dann eingesetzt werden, wenn dies besonders wirksam und wirtschaftlich ist. Welche Auswirkungen könnte diese Regelung auf die Vergütung der Leistungen von Einzelpflegekräften haben? Ergänzend an die Spitzenverbände der Pflegekassen die Frage, welche Erfahrungen sie bisher mit Verträgen für Einzelpflegekräfte gemacht haben und wie hoch die Zahl der momentanen Verträge ist?

SVe **Ulrike Döring** (Deutscher Pflegerat e. V.): Wir befürchten, dass weit weg von den Überlegungen eines freien Marktes mit der Formulierung „besonders wirksam und wirtschaftlich“ Lohndumping auf uns zukommt. Wir sagen Ja zu Einzelpflegekräften, aber unter folgenden Bedingungen: Grundsätzlich muss es sich um Pflegefachkräfte handeln; denn nur dann ist eine ausreichende Qualität der Versorgung sichergestellt. Die Auswahlkriterien für die Entscheidung müssen sich darauf beschränken, dass die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpflegekräften nicht möglich ist und eine Versorgung durch zugelassene Pflegedienste nicht gewährleistet werden kann. Es müssen insbesondere die gleichen Qualitätsmaßstäbe an die Leistungserbringung von Einzelpflegekräften gestellt werden wie an die der ambulanten Pflegedienste. Im Rahmen des Wettbewerbs müssen ortsübliche Leistungsvergütungen analog den mit ambulanten Pflegediensten in der Region ausgehandelten Sätzen gezahlt werden, damit es nicht zu Lohndumping kommt.

SVe **Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Wir unterstützen zunächst einmal die Positionierungen des Deutschen Pflegerats. Unserer Ansicht nach könnte ein Grund zum Abschluss eines Vertrages mit einer Einzelpflegekraft sein, dass dies den Wünschen des pflegebedürftigen Menschen entspricht. Das ist unserer Ansicht nach zu respektieren. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn es um den Bereich der Assistenzverhältnisse bei Menschen mit Behinderungen geht.

Wir halten es allerdings nicht für erforderlich, generell die Zulassung von Einzelpflegekräften zu eröffnen.

Ansonsten unterstützen wir die Forderungen des Deutschen Pflegerats. Es müssen Verträge nach § 120 SGB XI abgeschlossen werden. Die Qualitätssicherung muss Anwendung finden. Es muss eine tarifliche Vergütung geben, und es müssen Preise nach § 89 SGB XI verabredet werden. Es muss also gleiche Kriterien geben wie für die zugelassenen ambulanten Pflegedienste.

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Wir schließen uns den hierzu gemachten Ausführungen an.

SV **Paul-Jürgen Schiffer** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Dies ist ja keine grundsätzlich neue Regelung. Das bisherige Recht des SGB XI sieht schon in § 77 den Abschluss von Einzelverträgen vor. Von daher wird diese erweiterte Regelung - es ist keine Neuregelung - begrüßt.

Dann hat Herr Spahn die Frage gestellt, inwieweit in der Vergangenheit entsprechende Verträge geschlossen worden sind. Ich kann Ihnen ganz deutlich sagen, dass die Zahl sehr gering ist. Zu beachten bei dieser Erweiterung in § 77 ist auch, dass bestimmte Sanktionsmechanismen eingezogen worden sind, sodass es nicht

regelmäßig zu Abschlüssen von Verträgen nach § 77 kommen wird.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich bitte um Antwort auf die folgende Frage durch den bpa, den Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen, das Diakonische Werk und die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten: Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass das Inkrafttreten von Pflege-satzvereinbarungen und Schiedsstel-lenentscheidungen zu Pflegesatzvereinba-rungen an die angemessene Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner zu koppeln ist. Unsere Frage: Ist diese Regelung aus Ihrer Sicht sachgerecht?

SV **Herbert Mael** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Die angemessene Berücksichtigung der Interessen ist selbstverständlich sachgerecht. Wir befürchten aber, dass sich dahinter etwas verbirgt, wozu es auch in den letzten Jahren immer wieder erhebliche Streitereien und eine höchstrichterliche Rechtsprechung des BSG gab. Es geht zum Beispiel darum, dass eine Entgelterhöhung angekündigt wurde, Einsichtnahme gewährt wurde, der Heimbeirat angehört wurde usw. und man sich dann in der Verhandlung nicht einigen kann. Anschließend tagt die Schiedsstelle, und das dauert in Einzelfällen Monate. Die Frage ist, ob die Erhöhung dann zum angekündigten Zeitpunkt wirksam gemacht werden kann oder ob durch eine erhebliche Verzögerung völlig neue Kalkulationsgrundlagen geschaffen werden. Wir möchten auf gar keinen Fall - das haben wir schon erlebt -, dass die zu einem bestimmten Zeitpunkt angekündigte und vereinbarte oder festgesetzte Erhöhung über zielgerichtetes Zuwarten schlichtweg verschoben oder unterlaufen wird.

Insofern ist es selbstverständlich richtig, eine angemessene Berücksichtigung zu wahren. Aber ein Instrument zu eröffnen, mit dem die Umsetzung von Entgeltvereinbarungen monatelang verzögert werden kann, halten wir für schlichtweg falsch. Unserer Ansicht nach ist

die Rechtsprechung, so wie sie beim BSG vor-genommen wurde, genau richtig.

SVe **Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Wir schließen uns den Ausführungen des bpa an.

SV **Sebastian A. Froese** (Bundesverband Am-bulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.): Auch wir schließen uns diesen Ausführungen an, wobei ich ergänzen möchte: Auch wir sehen es als eine Selbstverständlichkeit an, dass die Interessen der Pflegeheimbewohner angemessen berücksichtigt werden. Soweit der Entwurf aber implizieren sollte, dass das bisher nicht der Fall gewesen sei, möchten wir dem widersprechen.

SV **Wolfram-Arnim Candidus** (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V.): Ich schließe mich ebenfalls an, muss aber etwas hinzufügen: Wir haben mit Schiedsstel-len in allen Bereichen des Gesundheitswesens keine hervorragende Erfahrung. Das betrifft nicht nur die Pflege; das betrifft auch die medi-zinische Versorgung. Wir erleben es - wir sind selber am Schiedsausschussverfahren in Rhein-land-Pfalz beteiligt -, dass die Fälle immer zugunsten derer ablaufen, die Leistungen zu erbringen haben, und zulasten des Patienten - bis auf 1,2 bis 1,5 Prozent. Das müssen wir im Bereich der Pflege verhindern; denn hier liegen komplexe Dinge vor, die durch das, worüber wir heute diskutiert haben, nicht einfacher, sondern eher komplexer werden.

Aus meiner Sicht müssen wir also dafür Sorge tragen, dass die Interessen der Versicherten und Patienten bei allen unseren Überlegungen, bei jedem Gesetz, bei jeder Handhabung und bei regionalen und überregionalen Strukturen in den Vordergrund gestellt werden.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich hätte an das Diakonische Werk, die Arbeitsgemein-schaft der Deutschen Familienorganisationen

und die Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung die Frage, wie sie die vorgesehenen Regelungen in § 87 a SGB XI bewerten, wonach der Heimvertrag am Tag des Auszuges oder des Todes beendet wird und wie die Regelungen heute aussehen. Eine Zusatzfrage an die Caritas: Ist aus Ihrer Sicht eine detaillierte gesetzliche Regelung für Abwesenheitszeiten erforderlich? Das wäre dann unsere letzte Frage für heute im Sinne christlich-demokratischer Effizienz. Wir danken Ihnen allen für die Ausführungen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Aber es ist noch nicht Schluss; es geht noch weiter.

SVe **Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Wir halten die Regelung, die im Gesetzentwurf vorgesehen ist, für nicht zielführend, weil sie impliziert, dass die Angehörigen am Tag des Todes das Zimmer räumen bzw. ausziehen müssen. Das halten wir für ethisch nicht vertretbar. Wir denken, dass ein Mensch aus ethischen Gründen das Recht hat, nach seinem Tod noch eine Weile in seiner Wohnung oder in seinem Zimmer zu bleiben. Deshalb stößt diese Regelung oft auf Unverständnis und Ablehnung. Wir denken, dass es Sinn machen könnte, die vorgesehene Regelung an die Regelung des jetzigen Bundesheimrechtes anzupassen.

SVe **Iris Emmelmann** (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Familienorganisationen e. V./Deutscher Familienverband e. V.): Wir haben diese Frage in unserer Stellungnahme nicht behandelt. Ich möchte mich aus der Erfahrung, die wir von unseren Mitgliedsfamilien mitgeteilt bekommen haben, der Vorrednerin anschließen. Das betrifft durchaus nicht nur solch eine Einzelregelung. Es geht vielmehr darum, zu schauen, unter welchen psychischen Belastungen Familien stehen, die gepflegt haben und jetzt ertragen müssen, dass beispielsweise ihre alten Eltern, ihre alten Verwandten gestorben sind. Von daher besteht hier als Teil

einer familiennahen Regelung Nachbesorgungsbedarf.

SVe **Astrid Grunewald-Feskorn** (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V.): Das Problem ist, dass die bisherige heimgesetzliche Regelung und die Regelung in SGB XI auseinanderfallen. Das ist in der Praxis ein Problem; das versteht kaum einer, der vor dieser Situation steht. Deshalb sind auch wir dafür, dass man das SGB XI dem derzeitigen Heimrecht anpasst und den Leistungsbezug verlängert.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir halten eine Regelung, wonach Heimbewohner für fünf Tage Zuschläge für Entgeltbestandteile, betreffend Wohnraum- und Investitionskosten, zahlen müssen, für angemessen, sehen hier also gegenüber dem geltenden Heimgesetz durchaus Modifizierungsbedarf.

Was Ihre Zusatzfrage zu Abschlägen bei Abwesenheit anbelangt, sehen wir keinen Regelungsbedarf. Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI regeln bereits die Abschläge bei Abwesenheit. Diese Regelungen sollten weiterhin den Vertragspartnern überlassen bleiben. Wir sehen also in diesem Punkt keinen weiteren Regelungsbedarf in § 87 a SGB XI.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Jetzt schließe ich die Fragerunde der CDU/CSU-Fraktion mit einem Dank ab und komme zur letzten Runde der SPD-Fraktion.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich möchte die Runde noch einmal mit einer Frage nach der Pflegezeit beginnen und den DGB, die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Familienorganisationen, die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft, den Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verband und den SoVD fragen: Wie bewerten Sie die Zielsetzung des Pflegezeitgesetzes, und werden durch das Gesetz die

Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege Ihrer Ansicht nach verbessert und wird die Pflegebereitschaft gefördert?

SVe **Helga Nielebock** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Der DGB begrüßt die Zielsetzung des Pflegezeitgesetzes und hält es für richtig, dass dies in einem eigenständigen Gesetz geregelt wird. Er begrüßt, dass es eine kurzzeitige Unterbrechung der Arbeitszeit und dadurch eine Freistellung zur Akutpflege ebenso wie eine bis zu sechs Monate vorgesehene Vollfreistellung und die Möglichkeit zur Teilfreistellung geben soll.

Wir bedauern es außerordentlich, dass die noch im Referentenentwurf enthaltene Bezahlung der bis zu zehn Tage vorgesehenen Möglichkeit zur Akutpflege und Unterstützung entfallen ist. Wir regen in einer gemeinsamen Erklärung mit anderen Verbänden dringend an, die Bezahlung dieser zehn Tage wieder vorzusehen. Das würde nämlich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie besser fördern. Außerdem sollte eine Bezahlung davon abhängig gemacht werden, wie viel die einzelnen Personen verdienen und ob sie es sich überhaupt leisten können, ihre nahen pflegebedürftigen Angehörigen im Akutfall zu unterstützen. Deshalb sind wir der Auffassung, dass die Zahlung eines Pflegeunterstützungsgeldes wieder vorgesehen werden sollte.

Was die sonstige Ausgestaltung der Pflegezeit angeht, halten wir die vorgesehenen Regelungen für sachgerecht. Wir regen dringend an, dass nach Beendigung einer Vollfreistellung oder einer Teilfreistellung das Recht zur Rückkehr auf den bisherigen Arbeitsplatz bzw. zur bisherigen Tätigkeit ausdrücklich im Gesetz vorgesehen wird. Das erscheint auch im Hinblick auf die gleichlautende Regelung zur Elternzeit sinnvoll. Hier sollte es dann keinen Abbruch geben, also möglicherweise andere Tätigkeitszuweisungen oder das Verlangen anderer Arbeitszeiten.

Wir halten es allerdings für erforderlich, dass auch Teilzeitbeschäftigte die Möglichkeit ha-

ben, obwohl sie in Teilzeit sind, Pflegezeit zu beantragen, damit sie vor Überstunden oder Mehrarbeitsanforderungen gefeit sind. Wir meinen, dass es erforderlich und richtig ist, dass im Gesetzentwurf ein weiter Beschäftigungsbegriff unterlegt wird und auch arbeitnehmerähnliche Personen mit einbezogen sind.

Wir haben in unserer Stellungnahme abgelehnt, dass Kleinbetriebe mit bis zu 15 Beschäftigten nicht einbezogen und diese Beschäftigten von vornherein ausgegrenzt werden. Das sind immerhin 6,5 Millionen Beschäftigte in 1,8 Millionen Betrieben. Sie grenzen damit viele Personen von der Möglichkeit aus, eine Vollfreistellung oder eine Teilfreistellung in Anspruch zu nehmen.

Was die Frage der sonstigen Details angeht, habe ich bei der Beantragung einer Teilfreistellung die dringende Anregung, dass in diesem Zusammenhang das Erfordernis der Schriftform nicht zwingend festgelegt wird und es ausreicht, dass der Arbeitgeber dringende betriebliche Gründe einwendet. Wenn er diese nicht einwendet, gilt dies als Fiktion, und dann wird der Antrag als bewilligt angesehen. Das ist unbürokratisch, gibt je dem Menschen, der einen solchen Antrag gestellt hat, Rechtsklarheit - und dies innerhalb der notwendigen Zeit, die nur zehn Tage umfassen darf; denn sonst ist möglicherweise ein Anschluss nicht möglich. Ich würde hier dringend darum bitten, dass diese Änderung durchgeführt wird.

Ich habe eine weitere Anregung, was das Zusammenspiel im Hinblick auf die Frage angeht, wann mindestens die Pflegestufe I vorliegt, damit eine Vollfreistellung oder Teilfreistellung überhaupt in Anspruch genommen werden kann. Wir hatten vorhin die Diskussion, dass bei denjenigen, die im Krankenhaus liegen, dieser Antrag in einer Begutachtungszeit von möglichst einer bzw. zwei Wochen bewilligt oder abgelehnt werden soll, dass dann also Klarheit besteht. Es ist gesagt worden, man wolle den Zeitraum für die Feststellung der Pflegestufe auf insgesamt fünf Wochen reduzieren. Das ist erfreulich; denn die Zeiten sind jetzt viel länger. Was ist aber in dem Fall, in dem jemand zu Hause bereits

pflegebedürftig ist, dies aber noch nicht festgestellt worden ist und eine Voll- oder Teilfreistellung für die Pflege erforderlich ist? Hier müsste als Auffanglösung ein ärztliches Attest für die Freistellung ausreichen, wenn die Pflege nicht anders geleistet werden kann und man im Anschluss an die zehn Tage, die man eventuell für eine Akutpflege nutzt - fünf Wochen sind doch wesentlich länger -, eine Voll- oder Teilfreistellung in Anspruch nehmen muss, weil man es in den zehn Tagen nicht anders gelöst bekommen hat. Das wäre für Sie vielleicht eine Kleinigkeit, ist aber für die Praxis möglicherweise von Bedeutung.

**Sve Iris Emmelmann** (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Familienorganisationen e. V./Deutscher Familienverband e. V.): Wir unterstützen prinzipiell die Idee der Pflegezeit. Wir halten das für ein grundsätzlich sinnvolles Angebot an Menschen, die ihre Angehörigen pflegen möchten und plädieren für eine Ausweitung auf weitere nahestehende Personen, zum Beispiel auf Nichten und Neffen.

Die vorgesehenen sechs Monate der Pflegezeit sind zeitlich sehr knapp bemessen. Die durchschnittlichen Pflegezeiten sind wesentlich länger. Wir halten es daher zumindest für erforderlich, dass man sehr intensiv beobachtet, wie sich die Inanspruchnahme der Pflegezeit entwickelt, und dies in einem zeitnahen Berichtswesen aufbereitet, um zu sehen, ob eine Verlängerung eventuell erforderlich wäre. Sechs Monate sind ein sehr kurzer Zeitraum.

Ein weiteres Problem, das wir in der Anspruchsvoraussetzung sehen, ist die Kleinbetriebsklausel, also die Ausnahme aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Betrieben mit bis zu 15 Beschäftigten. Das ist die große Mehrheit der Arbeitnehmerbevölkerung; das muss man sich klarmachen. Auch hier gibt es Verbesserungsbedarf und zumindest den Wunsch, das sehr genau zu beobachten.

Aber wie sich die Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege durch die Gewährung von Pflegezeit verbessern, steht und fällt vor allem mit der Ausgestaltung des Pflegegeldes. Es ist

einfach so: Mir nützt eine Freistellung relativ wenig, wenn ich mir als pflegender Angehöriger die Pflege nicht leisten kann. Wir haben heute leider sehr wenig von der geplanten Ausgestaltung des Pflegegeldes für die häusliche Pflege gehört.

Ich will das jetzt auch nicht weiter ausführen, weil die Frage eine andere ist. Aber wenn es so bleibt, dass das Pflegegeld über vier Jahre hinweg nur um 30 Euro erhöht werden soll, muss ich sagen: Da stimmt etwas nicht bei der Ausgestaltung der im Pflege-Versicherungsgesetz als vorrangig angesehenen häuslichen Pflege.

Im Hinblick auf den zweiten Teil des Pflegezeitgesetzes, die Freistellung wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2, halten wir es für dringend erforderlich, dass die Lohnfortzahlung durchgesetzt wird. Es ist nicht hinnehmbar und für uns nicht nachvollziehbar, dass in diesen zehn Tagen die Angehörigen ohne Lohn oder Gehalt auskommen müssen. Wir insbesondere Probleme mit Blick auf das Fortlaufen der sozialversicherungsrechtlichen Absicherung während dieser Zeit. Deswegen lautet unsere sehr dringende Forderung, in dieser Frage einen Weg aufzuzeigen, wie Lohn und Gehalt fortgezahlt werden. Möglich wären etwa eine analoge Regelung zu der, die für Krankentage bei Kindern gilt, oder ein Umlageverfahren.

Wir haben uns auch mit dem Argument auseinandergesetzt, dass der bestehende, ungefähr 30tägige Urlaubsanspruch bereits ausreicht und darüber mit Mitgliedsfamilien, die pflegen und die Pflege organisieren müssen, gesprochen. Tatsächlich führt in diesen Familien die Bewältigung plötzlich eintretender Pflegefälle bereits jetzt dazu, dass sie einen großen Teil ihres Erholungsurlaubs für die Organisation von Pflege verwenden. Mit der Organisation von Pflege sind sie psychisch und zum Teil auch physisch sehr gefordert. Es wäre sicher auch im Sinne der Arbeitgeber, dass Arbeitnehmer nicht zu einem großen Teil ihren Erholungsurlaub dafür einsetzen. Daher der Appell, in Bezug auf diese zehn Tage eine Lösung zu finden, damit Familien die Organisation von Pflege ohne finanzielles oder absicherungsrechtliches Risiko leisten können.

SVe **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Die Details sind jetzt schon ausführlich besprochen worden; deswegen möchte ich mich grundsätzlich äußern.

Auch wir befürworten die Pflegezeit. Wir glauben, dass das zu einer Entlastung führen wird und pflegenden Angehörigen, insbesondere Frauen, helfen wird, nicht vorschnell Entscheidungen zu treffen, etwa ihre Arbeit aufzugeben oder aufgrund des Drucks nach einer stationären Einrichtung zu suchen. Gerade häusliche Arrangements brauchen Zeit und Überlegung.

Einen weiteren Aspekt, warum die Pflegezeit wichtig ist, möchte ich noch anführen. Ich meine die Wertschätzung, die pflegende Angehörige in diesem Gesetz erfahren. Die Wertschätzung ist dabei umso höher, je besser die Pflege vergütet wird.

SVe **Dr. Brigitte Wehrauch** (Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V.): Der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband begrüßt ebenfalls grundsätzlich, dass es jetzt bei Pflegebedürftigkeit einen Rechtsanspruch nach dem SGB XI geben soll, eine solche Pflegezeit nehmen zu können. Wir möchten aber auch darauf hinweisen, dass die Menschen, die palliativmedizinisch oder hospizlich versorgt werden, also Menschen in ihrer letzten Lebensphase, sehr häufig eine genauso intensive häusliche Betreuung durch ihre Angehörigen benötigen. Diese Menschen sind in ihrer überwiegenden Zahl nicht in einer Pflegestufe eingestuft. Wir wünschen uns daher, dass die Möglichkeit, Pflegezeit zu nehmen, auch auf Angehörige von Menschen ausgedehnt wird, die in der letzten Lebensphase palliativmedizinisch betreut werden, und zwar besonders vor dem Hintergrund, dass wir den neuen § 37 b Sozialgesetzbuch V umsetzen, der den Vorrang der häuslichen Versorgung schwerstkranker und sterbender palliativmedizinisch versorgter Menschen vorsieht. Das hat natürlich auch damit zu tun, dass Angehörige die Möglichkeit erhalten, solche Patienten zu pflegen. Wir würden daher vorschlagen, dass in diesem Gesetz eine Erweiterung vorgenommen wird, dass

nämlich nicht nur die Einstufung in eine Pflegestufe, sondern auch die Indikationsstellung im Sinne einer Versorgung nach § 37 b die Möglichkeit eröffnet, eine Pflegezeit zu nehmen. Wir haben in unserer Stellungnahme auch konkrete Formulierungsvorschläge mit Blick auf die §§ 1, 3 und 7 des Pflegezeitgesetzes gemacht.

Es gibt klare statistische Zahlen dazu. Im Allgemeinen ist es so - das betrifft über die Hälfte der Fälle -, dass selbst Menschen, die eine relativ lange palliativmedizinische Versorgung hinter sich haben, nicht in eine Pflegestufe eingestuft sind.

SV **Jens Kaffenberger** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Auch wir begrüßen die Einführung der Pflegezeit; ich kann mich den Vorrednerinnen da im Grunde genommen nur anschließen. Ich möchte aber deutlich machen, dass auch wir finden, dass eine zehntägige bezahlte Freistellung aus unserer Sicht erforderlich ist, gerade um die Pflege zu Hause und das entsprechende Arrangement kurzfristig organisieren zu können. Dafür wäre der Anspruch auf eine bezahlte Freistellung sehr sinnvoll.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Nachdem in der letzten Fragerunde so ausführlich auf die Freistellung eingegangen worden ist, möchte ich jetzt eine Frage zum Pflegebudget stellen, und zwar an Professor Klie. Ich hätte gern von Ihnen gewusst: Wie hoch schätzen Sie die Kosten für die Pflegeversicherung ein, wenn das persönliche Budget als Regelleistung eingeführt würde? An die Vertreter der AWO und der Diakonie habe ich die zusätzliche Frage: Wie wird sich die Situation für die Anbieter ändern, wenn sie mit Pflegebudgets agieren müssen?

SV **Prof. Dr. Thomas Klie** (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.): Ich habe ja vorhin schon kurz angedeutet, dass ich die Zeit für eine regelhafte Einführung des Pflegebudgets noch nicht für gekommen sehe. Gleichwohl ist es natürlich wichtig, mittelfris-



tig abschätzen zu können, welcher Aufwand und welche Nachfrage sich mit der Budgetierungsoption für Pflegeleistungen ergeben. Befragungen in zwei Modellregionen, in denen wir dies erproben, haben das Ergebnis gebracht, dass etwa mit einem grundsätzlichen Interesse von bis zu 30 Prozent der Versicherten zu rechnen ist. Diese Zahl ist etwas hoch gegriffen. Wir haben nach den Mentalitäten der 40- bis 65-Jährigen gefragt, nämlich, wie sie sich die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit vorstellen. Deutlich war, dass man es sich nicht gut vorstellen kann, „unschlüssige“ Tauschbeziehungen, d. h. die Sachleistungen, zu präferieren. Wir gehen aber davon aus, dass von diesen 30 Prozent, die generell an einem Pflegebudget interessiert wären, nur ein kleinerer Teil die entsprechenden Leistungen in Anspruch nehmen würde. Dazu ist zu beachten, dass die Pflegebudgetleistungen nicht dazu da sind, dass damit nahe Angehörige finanziert werden, sondern dass sie dazu dienen, dass der Betreffende auf andere Weise Leistungen einkaufen kann, und zwar begleitet durch Case-Management oder andere geeignete Beratung.

Die Kosten, die damit verbunden wären, können wir jetzt noch nicht beziffern. Aber sie wären letztlich ja nicht höher als die Kosten, die die bisherigen Leistungen verursachen. Man kann davon ausgehen - das zeigen auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung -, dass vergleichsweise vielen Personen aufgrund des Budgets der Heimaufenthalt erspart bleibt, sodass damit auch erhöhte Heimkosten vermieden werden können. Ansonsten wäre bei ausgebauter Case-Management-Struktur und suffizientem Assessment-Verfahren, die die Pflegebedürftigen und alle ihre Bedarfe in den Blick nehmen, Budget nicht mit höheren Kosten zu rechnen.

Ich möchte betonen: Das ist kein Ersatz für das Pflegegeld. Es muss natürlich verhindert werden, dass es dort Mitnahmeeffekte gibt, die sich so umschreiben lassen: Wir nehmen das Pflegebudget, einfach weil es da mehr Geld gibt. Dadurch gönnen wir uns mehr für die eigene Haushaltskasse. - Das muss verhindert werden; das kann man aber auch verhindern, wenn man das verfahrensrechtlich intelligent

absichert. Hierfür eignet sich das Instrument der Zielvereinbarungen in denen auch die Leistungsform definiert wird.

**SV Rainer Brückers** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.): Wir halten das grundsätzlich für positiv, weil damit bedarfsindizierte Leistungen ermöglicht werden. Es wird natürlich notwendig sein, dass die Seite der Leistungserbringer zu einer höheren Flexibilität bei ihren Angeboten kommt und dass sie aufgrund dessen in Bereichen Angebote macht, wo bisher keine Angebote vorhanden waren. Es bietet darüber hinaus eine große Möglichkeit der Verzahnung von privaten Netzwerken, insbesondere von ehrenamtlichen Strukturen vor Ort.

Insgesamt würde dies, wenn es so, wie es im Gesetzentwurf steht, umgesetzt werden würde, zu einer Verbesserung der Versorgungsstruktur für die Betroffenen führen.

**Sve Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Für den Bereich des § 35 a SGB XI sprechen auch wir uns dafür aus, dass in der Behindertenhilfe die Sachleistungen für Menschen im integrierten Budget in Geldleistungen umgewandelt werden.

Zum Thema „persönliches Pflegebudget“ gibt es in unserem Verband Pros und Kontras. Wir denken, dass die Einführung des Pflegebudgets an eine Begleitungs- oder Beratungsstruktur gebunden sein sollte, wobei eine Frage ist, wie man sie nennen sollte: „Case-Management“, „Budgetassistenz“ oder einfach nur „Beratung“. Eine weitere Frage ist, ob es verpflichtend oder fakultativ sein soll. Auf jeden Fall sollte es für die Betroffenen die Möglichkeit geben, das in Anspruch zu nehmen. Wir denken, dass die Ergebnisse des Modellversuchs ausgewertet werden müssen. Zudem muss es entsprechende Assessment-Systeme geben.

Wir sehen die Chance, dass unsere Dienste andere Angebote entwickeln können, flexibler sein können. Wir meinen in diesem Zusam-

menhang, dass es andere Indikatoren für die Nachfrage als nur den Preis geben müsste. Hier liegt eine Schwierigkeit. Sie in der SPD diskutieren ja über den Mindestlohn in der Pflege. Was ich aus den Ergebnissen des Modellversuchs zum Pflegebudget weiß, ist, dass nach dem Maximierungsprinzip verfahren worden ist. Die Personen erhielten eine Pflegesachleistung und bekamen nun andere Leistungen. Sie sind durch ein Angebotsmix entstanden, durch eine Kombination von Ehrenamtlichen und Profis. Das ist sicherlich generell sinnvoll. Aber wir denken eben auch, dass die Personen, die diese Leistungen erbringen, davon müssen leben können.

Ein weiteres Thema ist die Qualitätssicherung.

Wir stehen diesem Thema also durchaus offen gegenüber und denken, dass das für bestimmte Betroffenenengruppen die richtige Versorgungsform ist, aber nicht die alleinige Regelversorgung sein sollte.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich möchte folgende Vorbemerkungen machen: Es freut mich sehr, dass wir heute den Familienbegriff nicht mehr in der traditionellen Art und Weise verstehen, nämlich dass die Frau ihn ausfüllt. Das ist gerade auch für den Bereich der Pflege von hoher Bedeutung.

Die zweite Vorbemerkung. Wir haben uns darauf geeinigt, dass gute Arbeit auch etwas mit Tarifen zu tun hat.

Ich möchte meine Fragen an den Deutschen Frauenrat, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen und die Lebenshilfe richten und auf den Pflegebegriff zurückkommen. Meine Frage: Wo wären die konkreten Anknüpfungspunkte im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, wo die diskutierten neuen Gegebenheiten - das müsste dann ja noch beschlossen werden - im Gesetz eingefügt werden können? Als für den Bereich Frauengesundheit Verantwortliche frage ich weiter: Hat das Pflegegesetz die gender- bzw. frauenpolitischen Aspekte genügend berücksichtigt?

**SV Henny Engels** (Deutscher Frauenrat e. V.): Ich fange mit der letzten Frage an – das ist ja meine Hausfrage. Um es kurz und knapp zu sagen: Nein. Wir haben Ihnen diesen Eindruck auch schon beim GKV-WSG mitgeteilt. Wir haben Ihnen damals mitgeteilt, dass für den Entwurf die Bewertung „hat keine gleichstellungspolitische Relevanz“ zutrifft, aber leider für die Problemlage nicht.

Im Fall des vorliegenden Entwurfs ist das insofern etwas besser gelungen, als Frauen bei den zu Pflegenden erwähnt sind. Was Ihnen leider entgangen ist, ist, dass die Mehrheit der haupt- und ehrenamtlich Pflegenden ebenfalls Frauen sind. Von daher sind sie in vielfältiger Weise von den Regelungen des Gesetzes betroffen. Insofern hätte dieser Aspekt deutlicher herausgestellt werden können. Wir bedauern, dass das nicht geschehen ist, glauben aber, dass der Bundestag lernfähig ist und die Regierung auch. Wir setzen also darauf, dass es in die Beziehung immer besser wird und Sie bei den nächsten Gesetzentwürfen den Anforderungen Ihrer eigenen Geschäftsordnung gerecht werden.

Zu den Anknüpfungspunkten, zu den Stellen im Gesetz, wo der Begriff der Pflegebedürftigkeit aufgegriffen werden kann. Es gibt einige bei den Qualitätskriterien, bei der Frage, wie Pflege überhaupt definiert wird, wozu sie dient. Ich glaube aber - das haben wir auch in unserer Stellungnahme geschrieben -: Damit wird der missliche Umstand, dass der Begriff Pflegebedürftigkeit geklärt wird, nachdem das Gesetz verabschiedet sein wird, nicht aus der Welt geschafft. Es ist eine halbgare Lösung. Es ist vielleicht ein Schritt in die richtige Richtung. Aber ich befürchte, dass der Bundestag bei der Beschlussfassung über dieses Gesetz deutlich machen muss, dass er sich darüber im Klaren ist, dass dann, wenn der Begriff Pflegebedürftigkeit geklärt ist, das Gesetz entsprechend geändert werden müsste. Ansonsten werden Sie der Befürchtung nicht entgegen treten können, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit den vorhandenen Ressourcen angepasst werden soll, dass er somit nicht den Erfordernissen gerecht wird. Wir haben ja die gute Erfahrung mit dem GKV-WSG. Damals

haben Sie in eine Entschlie ßung das hineinge-  
schrieben, was Sie im Gesetz nicht regeln  
konnten. Wir hoffen sehr darauf, dass Ihnen  
das jetzt auch gelingt.

**SVe Helga Walter** (Bun-  
desarbeitsgemeinschaft der Senioren-Orga-  
nisationen e. V.): Es ist müßig, darüber zu dis-  
kutieren, warum nicht zwei Jahre, bevor das  
Pflege-Versicherungsgesetz in Angriff ge-  
nommen wurde, der Pflegebedürftigkeits-  
begriff geklärt wurde. Ich halte sehr viel da-  
von, dass diese Klärung nun in aller Ruhe mit  
der erforderlichen Genauigkeit erfolgt. An-  
knüpfungspunkte im Gesetz gibt es insofern,  
als die im Gesetz vorgesehenen Pflegebe-  
ratungsstützpunkte - wie immer sie auch hin-  
terher tatsächlich genannt werden - für die  
Betroffenen wichtige Voraussetzungen dar-  
stellen. Denn nach erfolgter Definition des  
Begriffs der Pflegebedürftigkeit - er soll ja  
umfassend sein und soll nicht nur den Bereich  
der Pflegeversicherung beinhalten - brauchen  
sie eine Anlaufstelle, in der sie Beratung dazu  
erhalten, wo bei ihrem Hilfebedarf angesetzt  
wird. Das ist für uns ein ganz wichtiger An-  
knüpfungspunkt. Deshalb kann ich nur appel-  
lieren, nicht von der Vernetzung vor Ort abzu-  
gehen, sondern darauf zu bestehen, dass sie vor  
Ort geschaffen wird.

Die Diskussionen zeigen, dass in den Kommu-  
nen - nicht in allen; es gibt ja gute Beispiele  
dafür, dass es funktioniert - die Hilfe für die  
Menschen viel früher ansetzen muss. Über die  
5 Prozent Pflegebedürftige diskutieren wir  
jetzt. Damit es in Zukunft nicht noch viel mehr  
werden und wir die Kosten für die Pflege sen-  
ken können, brauchen wir die Vernetzung vor  
Ort, die Beratungsstellen. So kann frühzeitig  
angesetzt werden und eine Pflegebedürftigkeit  
bzw. eine Einweisung in ein Heim verhindert  
werden. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Ich  
denke, es ist unsere Aufgabe, dafür zu sorgen,  
dass das auch so umgesetzt wird.

**SV Klaus Lachwitz** (Bundesvereinigung Le-  
benshilfe für Menschen mit geistiger Behinde-  
rung e. V.): Dass der Begriff der Pflegebedürf-

tigkeit in dieser Reform nicht mit geklärt wer-  
den kann, hat ja seine eigentliche Ursache dar-  
in, dass ein neues Begutachtungsverfahren  
entwickelt werden soll, weg von der Minuten-  
pflege hin zu einer ganz anderen Form der  
Begutachtung, in der eben nicht der Zeitfaktor  
in den Mittelpunkt gestellt werden soll. Das  
lässt sich nicht übers Knie brechen; das haben  
wir inzwischen gelernt. Insofern kommt man  
an der Erkenntnis nicht vorbei, dass es eine  
Reform in zwei Schritten geben wird.

Wir können aber einmal im Voraus über-  
denken, was passieren wird: Wir werden einen  
Pflegebedürftigkeitsbegriff bekommen, der  
sehr viel weiter sein wird als der jetzige. Dann  
wird es auch zunehmend zu Überschneidungen  
mit Leistungen der Eingliederungshilfe und  
Teilhabe kommen. Es könnte schon jetzt disku-  
tiert werden, wie man mit diesen Überschnei-  
dungen umgeht. Wir bedauern sehr, dass im  
vorliegenden Gesetzentwurf der Begriff der  
Teilhabe nur an einer einzigen Stelle erwähnt  
wird - es ist allerdings eine zentrale Stelle -: Es  
ist § 12 SGB XI, in dem steht, dass zum Si-  
cherstellungsauftrag der Kassen auch die Teil-  
habe zählt.

Nur: Welche Teilhabe ist damit überhaupt ge-  
meint? Ist das die Teilhabe im umfassenden  
Sinn des SGB IX? Ist das ein abgespeckter  
Teilhabebegriff? Das kann eigentlich niemand  
richtig beantworten. Es kann nicht der volle  
Begriff gemeint sein; denn sonst würden Sie ja  
die gesamten Abgrenzungsfragen in das SGB  
XI, in das Reformwerk, hineinnehmen.

Wir sehen insofern im Moment wenig An-  
knüpfungspunkte. Wir müssen einfach ab-  
warten, wie die Diskussion über den Pflege-  
bedürftigkeitsbegriff und über das neue Gut-  
achten ausgehen wird. Aber wir können jetzt  
schon prophezeien: Die Aufgaben, die sich  
dann stellen, werden möglicherweise noch  
größer als die jetzigen sein. Denn die Systeme  
aus SGB IX und SGB XI müssen vernünftig  
miteinander verknüpft werden.

**Abg. Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Ich frage  
Dr. Danner, einen Vertreter von Verdi und der

Verbraucherzentrale und möchte mich einer anderen Thematik zuwenden. Ich glaube, Sie alle haben die Änderung im Gesetzentwurf zur Kenntnis genommen, wonach sich die Kostenbeteiligung der Versicherten auf die Folgen von Tätowierungen, Piercings und Schönheitsoperationen beschränkt. Halten Sie eine Inanspruchnahme der Solidargemeinschaft für die Folgen solcher Maßnahmen für gerechtfertigt?

**SV Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Die Problematik sehen wir weniger in Bezug auf Piercings, Tätowierungen usw., sondern eher in der Unklarheit des Begriffs „nicht indizierte Maßnahmen“. Es ist ja so, dass eine Maßnahme im Rahmen einer Behandlung, die fehlerhaft ist, im Prinzip nicht indiziert ist. Schon hat man in der Praxis ein ganz brisantes Streitthema, wenn der Patient der Auffassung ist, dass ein Behandlungsfehler zu den Kosten geführt hat, und der Arzt diese Auffassung nicht teilt. Der Arzt kann über eine Meldung an die Kasse seine Sicht weitertragen. So etwas kann in der Praxis auftauchen.

Zu den grundsätzlichen Erwägungen hinsichtlich Datenschutz, Schweigepflicht des Arztes und Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient habe ich ja vorhin schon etwas ausgeführt.

**SVe Gabriele Feld-Fritz** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ganz herzlichen Dank an den Vorredner. In dem, was er gesagt hat, finden wir unsere Position zum Teil wieder. Ich möchte darüber hinaus noch betonen, dass wir die Rolle des Arztes nicht darin sehen, dass er eine Ermittlungsbehörde ist. Ansonsten ist dieser Sachverhalt ja schon in der letzten Runde der Gesundheitsreform geregelt worden, was wir kritisiert haben. Ich meine, dass hier andere Wege gefunden werden müssen, als das Arzt-Patientin/Patient-Verhältnis auszunutzen, um diese Einschränkungen, wenn sie denn der Gesetzgeber für gerechtfertigt hält, praktikabel zu machen.

**SV Dieter Lang** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Zu den datenschutzrechtlichen Problemen habe ich ja vorhin schon etwas gesagt. Es ist so, wie Herr Dr. Danner gesagt hat: Es ist wegen der im Gesetz gefundenen unklaren Rechtsbegriffe in hohem Maße unklar, was denn nun unter diese Vorschriften fallen soll. Was ist eine „angemessene Beteiligung“? Für welche Eingriffe muss eine zusätzliche private Absicherung vorgenommen werden? Was ist mit Menschen, die ein bestimmtes Vorrisiko haben? Wenn wir nur über Piercings, Tätowierungen usw. sprechen, möchte ich darauf hinweisen: Die Ausgaben dafür sind im Gesamtverhältnis höchst marginal.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich möchte auf die Pflegeberatung zurückkommen, weil das ein zentrales Element dieses Gesetzes ist. Es geht ja darum, die Strukturen den Bedürfnissen des zu Pflegenden und seiner Angehörigen anzupassen. Ich möchte die Vertreter der Spitzenverbände der Pflege- und Krankenkassen, der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management, Herrn Professor Welti und den Vertreter des Bundesverbandes der kommunalen Spitzenverbände fragen.

Erstens möchte ich gern wissen, welche Qualifikation der Pflegeberater haben muss. Haben die Beschäftigten der Pflegekassen, die heute die Beratung durchführen, die notwendige Qualifikation? Es geht ja nicht nur um Beratung, sondern auch um die Veranlassung von Leistungen, um deren Überwachung und Anpassung.

Zweitens würde ich gern wissen, ob Sie mir darin recht geben, dass es nicht so ist, wie es vorhin geäußert worden ist, dass sich die Pflegeberater wirklich nur zur Pflege äußern. Vielmehr beraten sie zu folgenden Themen: gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und sonstige medizinische sowie pflegerische Hilfen.

Schließlich drittens: Wie kann man es hinbekommen, dass die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen hinsichtlich der erforderlichen sozialen Hilfen und einer Einbeziehung des

Ehrenamtes unter Beachtung der Rechtsprechung beraten werden? Die Menschen interessiert es ja nicht, wer es durchführt und wie die Struktur ist; sie wollen die Pflegestützpunkte mit einem vollständigen Plan dazu verlassen, welche Hilfen sie in ihrem Fall nun tatsächlich bekommen können.

**SV Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband): Es ist in der Tat so, dass wir davon ausgehen müssen, dass es eine umfassende Beratung geben soll; das sehen wir genauso. Sonst wäre das Konzept mit der erweiterten Beratung in sich nicht schlüssig. Insofern gehört das eindeutig dazu. Die Frage ist: Wo kann man das ansiedeln? Wir sind mit den Pflegekassen durchaus in der Lage, diesem Anspruch gerecht zu werden. Diejenigen, die derzeit in der Pflegeberatung tätig sind, haben sehr unterschiedliche Qualifikationen. Hier geht es zum einen um eine Bewertung sozialrechtlicher Zusammenhänge. Inzwischen haben wir auch Fachpersonal eingestellt. Die bei uns beschäftigten Ärzte, Pflegefachkräfte, Sozialpädagogen und Arzthelferinnen können hinzugezogen werden; das kann auch vor Ort geschehen.

Das Wichtige in diesem Zusammenhang ist, dass die ergänzenden Leistungen, also die Leistungen, die die Pflegekassen nicht zu bewilligen haben, über ein angemessenes Fallmanagement vermittelt werden.

Ausgehend von den Pflegekassen erhalten wir eine flächendeckende Infrastruktur.

Aus unseren Erfahrungen können wir von der AOK sagen, dass das auch eine Erwartung der Versicherten ist - die sich als Versicherte verstehen -, dass sie ihre Leistungen genau dort abfragen wollen.

Es ist heute Nachmittag häufig angeführt worden, dass die Pflegeberater der Pflegekassen ihren Auftrag nicht hinreichend, objektiv, neutral, unabhängig durchführen könnten. Das halten wir für abwegig; wir halten das für unbegründet. Das können sie schon. Dass sie es auch tun, dafür sorgen mehrere Faktoren. Der

erste Faktor ist, dass wir natürlich über die Selbstverwaltung eine entsprechende Kontrolle ausüben. Der zweite Faktor besteht darin - das führe ich noch einmal sehr gerne aus -, dass in der Tat alle Pflegekassen in dem Bemühen einig sind, gerade für diesen Bereich ihren Versicherten ein wirklich kompetentes Angebot an Beratung und Leistung zu bieten, ein Angebot, das den Betreffenden darin bestätigen soll, die richtige Kasse gewählt zu haben. Das ist ein starker Wettbewerbsfaktor. Nicht zuletzt ist es ja doch auch so - das sollte man an dieser Stelle vielleicht noch einmal erwähnen -, dass die zentrale Leistungsgewährung auf der Basis von Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst erfolgt, der nach einheitlichen Vorgaben und Kriterien arbeitet.

Insofern meinen wir schon, dass das in diesem Kontext leistbar ist. Zudem bin ich der Ansicht, dass jede andere Form, zum Beispiel eine Ausgestaltung unter Einbeziehung Dritter, lediglich Schnittstellen schafft, die dann wieder zu Komplikationen führen.

**Sve Mona Frommelt** (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management): Pflegebedürftige sind - in der Sicht der Betroffenen - nicht in erster Linie Versicherte, sondern komplex Unterstützungs- und Hilfebedürftige. Von daher sind sie nicht leistungsrechtlich, aus Sicht der Kassen, sondern in Bezug auf Pflege und die komplexen Unterstützungsbedarfe zu definieren. Eine Vertrauensbasis dieser Pflegebedürftigen ist unabdingbar für den Zugang zum Pflegeberater. Dort, wo diese Vertrauensbasis immer schon besteht, muss sie weiterhin genutzt werden.

Zu Qualifikation des Case-Managements möchte ich aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management sagen: Man muss zwei Ebenen in Betracht ziehen. Die eine betrifft das Case-Management als Handlungsset auf der Fall- und der Systemebene. Das setzt ein umfangreiches Wissen voraus nicht nur hinsichtlich der Beratung und des Aufbaus einer Vertrauensbasis; die Advokatfunktion, die Gatekeeping-Funktion wurden heute schon genannt. Es geht also um eine

Beziehungsarbeit, die auf Dauer angelegt ist. Deshalb kann sie - das ist schon häufig gesagt worden - nur aus einer Hand kommen. Dazu ist, besonders bei der Fallsteuerung, Vertrauen erforderlich. Ob diese Voraussetzungen bei den Mitarbeitern der Pflegekassen immer gegeben sind, weiß ich nicht. Die zweite Ebene betrifft die fachliche Qualifikation, die zu fordern ist, und zwar in verschiedenen Abstufungen. Bei der Beratung geht es zuerst um das sozialrechtliche Leistungsspektrum. Man sollte nicht unterschätzen, wie komplex die regionalen Versorgungsangebote sind. Wenn man sie genau kennen und auf sie hinsteuern will, erfordert das eine Menge Aufwand. Bei der klientenzentrierten Beratung sind Fallsteuerung und Netzwerkarbeit zu nennen.

Wir von der DGCC haben dazu ein Curriculum erarbeitet, das heute schon mehrfach angesprochen worden ist und das die verschiedenen Ebenen berücksichtigt. Darauf verweise ich. Auch in der Praxis haben wir damit nur beste Erfahrungen gemacht.

**SV Prof. Dr. Felix Welti:** Bei der Beratungstätigkeit sind auf jeden Fall übergreifende sozialrechtliche Kenntnisse und Systemkenntnisse erforderlich. Wenn die Intentionen, die mit dem Gesetzentwurf verfolgt werden, verwirklicht werden sollen und erst recht wenn wir zu einer umfassenden teilhabeorientierten Bedarfsermittlung kommen wollen, werden wir Kenntnisse des Sozialhilferechts und des Krankenversicherungsrechts benötigen. Man kann davon ausgehen, dass diese Kenntnisse nicht automatisch vorausgesetzt werden können, nicht bei Pflegefachkräften, nicht bei Angehörigen der sozialen Arbeit, nicht bei Angehörigen des Arztberufs, aber auch nicht bei Sozialversicherungsfachangestellten. Das heißt, der Gesetzgeber wäre an dieser und an anderen Stellen gut beraten, wenn er das nicht unter Bezugnahme auf eine Berufsgruppe, auf die der Fokus dann gerichtet würde, definieren würde, sondern funktional danach, was erforderlich ist, um diese Beratungsaufgabe wahrnehmen zu können. Man muss weiterhin davon ausgehen, dass wir niemals einen Pflegeberater finden, der das gesamte Spektrum abdecken

kann; vielmehr müssen wir davon ausgehen, dass eine solche Tätigkeit in einem interdisziplinären Team geleistet werden muss. Wenn Case- und Care-Management daran beteiligt werden sollen, dann muss das von jemandem angeleitet werden, der dafür eine besondere Ausbildung - sei es im Rahmen einer Fort- und Weiterbildung, sei es im Rahmen der Erstausbildung - bekommen hat.

**Sve Verena Göppert** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Ich kann daran nahtlos anknüpfen. Wenn man sich das Aufgabenspektrum ansieht, das der Pflegeberater bewältigen soll, so muss man sagen: Das ist ein Allround-Genie, das sämtliche Rechtsbereiche zu kennen hat. Wir müssen einfach davon ausgehen, dass der Schwerpunkt - so, wie es vorgesehen ist - im Sozialversicherungsrecht liegt und dass die Anforderungen, die sich im sozialen Bereich ergeben - ich erinnere auch da wiederum an die Beratungsfunktionen, die von den Kommunen wahrgenommen werden -, abgebildet werden. Ein solches Berufsbild ist eigentlich kaum vorstellbar. Bevor man über Berufsbilder nachdenkt und sich dazu äußert, müsste man, auch in Abgrenzung zu anderen Regelungsbereichen, die Aufgaben klar definieren. Das gilt auch für die Ansiedlung des Pflegeberaters im Pflegestützpunkt, wobei wir wieder bei der Diskussion von heute Mittag sind: Sind die Verantwortlichkeiten klar erkennbar, bzw. wie sind sie abgegrenzt? Ich denke, in dieser Beziehung ist noch einiges am Gesetzentwurf nachzubessern.

**Abg. Hilde Mattheis** (SPD): Eine kurze Frage noch an die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft und die Aktion Psychisch Kranke. Es wurde bezüglich der Pflegebegriffsdefinition bzw. seiner Aus- oder Neugestaltung in einigen Antworten deutlich, dass die Reihenfolge besser anders wäre. Ich würde Sie beide gern fragen: Halten Sie dieses Gesetz, das ja eine Pauschale von 200 Euro vorsieht, für den von Ihnen vertretenen Personenkreis für positiv? Und: Würde das, was heute Nachmittag ebenfalls gesagt wurde, dass es nicht „bis zu“, sondern „200 Euro generell“ heißen müsste, nicht

eventuell eine Erwartung hervorrufen, die bei einer Neugestaltung des Pflegebegriffes möglicherweise so gar nicht eingelöst werden könnte?

Abschließend möchte ich mich für unsere Fraktion ebenfalls für die Beantwortung aller Fragen herzlich bedanken.

**SV Ulrich Krüger** (Aktion Psychisch Kranke e. V.): Ich kann Ihnen in beiden Punkten absolut zustimmen. Was den Geldbetrag angeht: Das ist nicht nur in materieller Hinsicht sehr sinnvoll; vielmehr ist aus unserer Sicht sehr positiv, dass in dem Gesetzentwurf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in dieser klaren Form aufgegriffen werden. Eine Differenzierung bei dieser Finanzierung ist nicht praktikabel und sollte von daher entfallen.

Zum Zweiten, zum Pflegebegriff und den Anknüpfungspunkten. Ich glaube, in der Aufgabenbeschreibung der Pflegestützpunkte und der Pflegeberatung sind wesentliche Elemente dessen enthalten, was künftig auch im Pflegebegriff berücksichtigt werden soll, nämlich all die Aspekte, die über einzelfallbezogene Sachverhalte und die Verrichtung hinausgehen: der gesamte soziale Kontext, die Kooperation mit anderen Hilfebereichen, die Teilhabe usw. usf. Im Grunde findet man da die vollständige Stichwortliste einschließlich der Selbsthilfeförderung. Ich finde, das wird sich gut an das anschließen lassen, was jetzt im Gesetzentwurf angelegt ist.

**Sve Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Da ich selbst Mitglied im Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bin, weiß ich, dass dieser die vorgesehene Zeit braucht, um das Vorhaben fundiert umzusetzen. Deswegen sind die 200 Euro zu diesem Zeitpunkt ein positiver erster Schritt. Besonders positiv ist im Zusammenhang mit der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, dass der Betrag jetzt auch

in der Pflegestufe 0 gezahlt werden kann, dass also schon jetzt eine Leistung erfolgen kann.

Eine Differenzierung halten wir nicht für zielführend. Wir halten es einfach für schwierig, in der Begutachtung überhaupt eine Differenzierung zu erkennen, weil es sich dabei oftmals um Augenblicksausnahmen handelt.

Den folgenden Wunsch hätten wir noch: Im Moment ist im Gesetzentwurf vorgesehen, dass eine Übertragbarkeit in das erste Quartal des Folgejahres möglich ist. Hier würden wir uns noch mehr Flexibilität wünschen, dass also eine Übertragbarkeit auf das ganze Kalenderjahr möglich wäre. Ferner wünschen wir, dass die Verhinderungspflege in den Katalog aufgenommen wird, weil wir es mit unterschiedlichen Angehörigen zu tun haben und man deswegen das Spektrum der Entlastungsangebote möglichst weit fassen sollte. Wenn Angehörige das Geld für die Verhinderungspflege gebrauchen wollen, sollte man ihnen die Möglichkeit dazu geben, und es sollte auch eine Übertragbarkeit in das nächste Kalenderjahr möglich sein.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Damit haben wir unser Pensum für heute erfüllt. Ich darf mich bei allen Sachverständigen bedanken, dass sie uns, den Abgeordneten dieses Ausschusses, heute für die Befragung zur Verfügung standen, bereitwillig geantwortet haben. Ich darf mich auch für Ihre Geduld bedanken. Es war doch ein Mammutprogramm. Erholen Sie sich heute Abend gut! Kommen Sie gut nach Hause! Vielleicht sehen sich ja einige am Mittwoch wieder. Auch meinen Kolleginnen und Kollegen wünsche ich einen schönen Abend.

Danke schön.

Ende der Sitzung: 18.58 Uhr