

# Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände  
Postfach 12 03 15 · 10593 Berlin

18. Januar 2008

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Frau Vorsitzende Dr. Martina Bunge, MdB  
11011 Berlin

Bearbeitet von  
Dr. Irene Vorholz

Telefon 030/590097-341  
Telefax 030/590097-440

per Mail: [ma01.pa14@bundestag.de](mailto:ma01.pa14@bundestag.de)

E-Mail:  
Irene.Vorholz@Landkreistag.de

Dr. Uda Bastians-Osthaus

Telefon 030/37711-420  
Telefax: 030/37711-409

E-Mail:  
Uda.Bastians@staedtetag.de

Aktenzeichen  
V-431-01/1 – 50.52.01 D

## Öffentliche Anhörung am 21. und 23.1.2008 zu

- a) Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), BT-Drs. 16/7439
- b) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher – Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung“, BT-Drs. 16/7136
- c) Antrag der Fraktion DIE LINKE „Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung“, BT-Drs. 16/7472
- d) Antrag der Fraktion der FDP „Für eine zukunftsfest und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege“, BT-Drs. 16/7491

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

für die Einladung zur öffentlichen Anhörung am 21. und 23.1.2008 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und den o. g. Anträgen der Bundestagsfraktionen DIE LINKE, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und der FDP und die Gelegenheit zur Stellungnahme sagen wir herzlichen Dank.

Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände wird in der Anhörung durch Frau Beigeordnete Dr. Irene Vorholz und Frau Beigeordnete Verena Göppert vertreten werden.

## **a) Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG)**

### 1. Grundlegende Reform

Insgesamt enthält der Regierungsentwurf verschiedene Ansätze, die geeignet erscheinen, die Pflegesituation zu verbessern. Hervorzuheben sind die Stärkung der ambulanten Versorgung, die Qualitätssicherung durch regelmäßige Prüfungen des MDK im Turnus von drei Jahren oder die Überprüfung der „Ergebnisse“ im Sinne von „Lebensqualität“. Auch die Veröffentlichung der Prüfberichte ist im Hinblick auf das Schutzbedürfnis der Betroffenen positiv zu bewerten.

Allerdings weisen wir darauf hin, dass mit dem Gesetzentwurf die Anforderungen an eine grundlegende Reform zur nachhaltigen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit nicht erfüllt werden können und weiterer Reformbedarf auch hinsichtlich der Finanzierung der Pflegeversicherung auf der Agenda bleiben muss.

### 2. Pflegestützpunkte

Größter Diskussionsbedarf besteht aus Sicht der Praxis bei den sog. Pflegestützpunkten gem. § 92c des Entwurfs. Die Norm sieht eine vertragliche Zusammenarbeit der Kranken- und Pflegekassen mit den Kommunen sowie den Leistungserbringern vor. Inhaltlich ist zum einen die Beratung, zum anderen die Koordinierung sowie Bereitstellung und Vernetzung der Angebote vorgesehen.

Die Pflegestützpunkte können die große Stärke der Reform werden. Die bislang vorgesehene Ausgestaltung lässt aber befürchten, dass sie in der Praxis nicht funktionieren werden.

Unklar ist dabei insbesondere, was wem obliegen soll. Es ist völlig offen, welche der in § 92c SGB XI-E ausführlich dargestellten Aufgaben von welchem der Beteiligten übernommen werden sollen. Dies ist unter dem Gebot der Verantwortungsklarheit zunächst verfassungsrechtlich problematisch. Daneben haben wir in der Praxis keine guten Erfahrungen gemacht, wenn viele Beteiligte irgendwie zur Zusammenarbeit verpflichtet werden. Von Praktikerseite werden bei der Zusammenarbeit und der Verbindlichkeit der Absprachen der bzw. unter den unterschiedlichen Beteiligten ähnliche Koordinierungsprobleme befürchtet, wie sie sich in der Vergangenheit bei den gemeinsamen Servicestellen gem. §§ 22 ff. SGB IX oder anderen Kooperationsmodellen wie z. B. den Arbeitsgemeinschaften im Rahmen des SGB II gezeigt haben.

Vorzugswürdig ist es vielmehr, die Verantwortung zunächst klar zu regeln und sie sodann einem Träger zu übertragen. Der Regierungsentwurf sieht hier eine federführende Verantwortung von Pflege- und Krankenkassen vor, die aber lediglich eine auf die Pflege beschränkte Verantwortung haben und zudem über das Teilkaskoprinzip abgesichert sind. Ihnen eine weitergehende Verantwortung zuzuschreiben, ist nicht sachgerecht.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass es die Kommunen sind, die die Strukturen vor Ort kennen und entwickeln. Wenn man den Grundsatz „ambulant vor stationär“ ernst nimmt, dürfen die kommunalen Stellen nicht außen vor gelassen werden. Denn gerade die Kommunen stellen eine Vielzahl von Angeboten bereit, die den Verbleib in der Häuslichkeit gewährleisten können: So wird in den Kommunen ehrenamtliches Engagement initiiert, durch das pflegebedürftige Menschen bei ihrem Verbleib in der Häuslichkeit

unterstützt werden. Es wird bspw. „Essen auf Rädern“ organisiert, bei Hausbesuchen durch kommunale Seniorenberater werden Hilfestellungen für den Verbleib in der Häuslichkeit gegeben. Wohnraumberatung und die Möglichkeiten für barrierefreies Wohnen werden in den Kommunen organisiert und angeboten ebenso wie ambulante Wohngemeinschaften und andere Wohnformen. Die Behindertenfahrdienste sind in den Kommunen angesiedelt, die auch für den barrierefreien ÖPNV zuständig sind.

Im Rahmen der offenen Altenhilfe werden gute Ergebnisse bei der Prävention von Pflegebedürftigkeit durch soziale Beteiligung der älteren Menschen erzielt. Auch Bildungsmöglichkeiten und Begegnungsstätten sind kommunal verortet. Durch den Blick der Kommune auf alle Lebensbereiche und Bedürfnisse des Menschen vor Ort kann erreicht werden, dass in dem Pflegestützpunkte erfolgreich und umfassend gearbeitet wird.

Gerade auch um diese vorhandenen Strukturen sowie die vielfältigen Kompetenzen insbesondere im Bereich der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege, der Grundsicherung im Alter etc. zu nutzen, ist es erforderlich die neuen Pflegestützpunkte in die Verantwortung der Kommunen zu legen. Sie haben vielfältige Erfahrung, Verantwortung und Kompetenzen in den in Rede stehenden Lebensbereichen und können Unterstützungs- und Betreuungsbedarfe über den Bereich der reinen Pflege hinaus abdecken. Daneben kommt ihnen bei der Gestaltung der sozialen Infrastruktur eine besondere Rolle zu. Schon jetzt obliegt ihnen im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge eine besondere Verantwortung für ältere und alte Menschen. Dies sollte auch vorliegend genutzt werden. Dabei sei ausdrücklich klargestellt, dass eine Einbindung der Pflegekassen in die Pflegestützpunkte sinnvoll ist und von den Kommunen auch gewünscht wird. Angesichts der sehr begrenzten Zuständigkeitsbereiche erscheint es jedoch wenig zielführend, die Aufgabe der Pflegestützpunkte in die Federführung der Pflegekassen zu geben.

Wegen der mit der Föderalismusreform erfolgten Unterbindung des Bundesdurchgriffs auf die Kommunen ist dabei der vom Grundgesetz als Normalfall vorgesehene Weg über eine Regelung der Länder zu gehen. Zugleich sollten die Pflegekassen zur Mitwirkung verpflichtet werden, um ihre Verantwortung nach dem SGB XI einzubinden.

Sodann muss bei den Aufgaben der Pflegestützpunkte hinsichtlich der unterschiedlichen Ebenen unterschieden werden: Was ist strukturell zu regeln und was betrifft den einzelnen Menschen? Die strukturelle Koordination und Vernetzung der Versorgungsstrukturen und der Angebote sowie die Beratung hierüber kann gut in den Pflegestützpunkten abgebildet werden.

Schwierig wird es bei der Befriedigung des individuellen Hilfebedarfs. Die Entscheidung über die individuell zu erbringende Leistung sowie die hierfür bereitzustellenden Angebote muss weiterhin von den jeweils zuständigen Leistungsträgern verantwortet werden. Dies darf im Pflegestützpunkt nicht vermischt werden.

Warum eine Einbindung der Leistungserbringer in die Pflegestützpunkte erfolgen soll, erschließt sich dagegen nicht. Insbesondere die Beratung muss anbieterunabhängig erfolgen, was eine Einbindung der untereinander im Wettbewerb stehenden Leistungserbringer ausschließt.

Entscheidend ist schließlich, dass den unterschiedlichen Strukturen und Erfordernissen vor Ort Rechnung getragen wird. Vor Ort weiß man am besten, was vorhanden ist und was erforderlich ist. Bundeseinheitliche Regelungen sind hier nicht hilfreich, sondern sogar hinderlich. So sei darauf hingewiesen, dass es Kommunen gibt, in denen überwiegend jun-

ge Familien leben. Hier eine Vielzahl von Pflegestützpunkten aufzubauen, wäre nicht sinnvoll. Des Weiteren sind die Pflegestützpunkte zu statisch ausgerichtet, sinnvoll kann auch eine aufsuchende Hilfe sein. Ebenfalls denkbar sind mobile Angebote. Letztlich muss eine Flexibilität vor Ort möglich sein, die eine Orientierung an der jeweiligen Sozialstruktur erlaubt.

Weiterer Klärungsbedarf besteht hinsichtlich der Finanzierungsregelung. Eine Anschubfinanzierung ist sicher nicht ausreichend. Vielmehr muss eine dauerhafte Finanzierung sichergestellt werden. Darüber hinaus ist die geplante Anschubfinanzierung von 80 Mio. € nicht nachvollziehbar, denn bei der avisierten Einrichtung von in der Regel einem Stützpunkt je 20.000 Einwohner müssten ca. 4.100 Stützpunkte eingerichtet werden, so dass bei einer Förderung von 45.000 bzw. 50.000 € pro Pflegestützpunkt eine Anschubfinanzierung von ca. 205 Mio. € notwendig wäre.

Insgesamt sind die Auswirkungen der Errichtung von Pflegestützpunkten auf die Leistungen der Sozialhilfe noch nicht eindeutig erkennbar. Es sei zugleich darauf hingewiesen, dass die vorgesehene vertragliche Vereinbarung zu einer Umgehung der landesverfassungsrechtlichen Konnexitätsprinzipien führen kann, die von den Kommunen nicht akzeptiert werden kann.

### 3. Pflegeberater

Hinsichtlich der sog. Pflegeberater gem. § 7a des Entwurfs zeigen sich große Anforderungen. Der Pflegeberater muss nicht nur ein äußerst umfangreiches Wissen über die Vielfalt der unterschiedlichen Sozialgesetzbücher sowie der bundes- und landesrechtlichen Sozialleistungen haben, sondern zugleich auch die örtlichen Strukturen kennen sowie diese im Einzelfall auf den konkreten Hilfebedarf des Pflegebedürftigen zuschneiden können.

Dem Pflegeberater wird damit eine Gesamtverantwortung zugesprochen, die ihm rechtlich nicht und tatsächlich kaum zukommen kann. Abgrenzungsprobleme werden hier insbesondere hinsichtlich der kommunalen Altenberatung, Wohnraumberatung, Pflegeberatung und vor allem Beratung im Rahmen von bereits eingerichteten Case-Managements gesehen. Auch hier ist Überregulierung zu befürchten. Es sollten vorhandene Strukturen und Erfahrungen genutzt und insgesamt eine größere Flexibilität ermöglicht werden.

Daneben soll die Pflegeberatung nur Menschen zustehen, die SGB XI-Leistungen in Anspruch nehmen. Noch nicht pflegebedürftige sowie nicht pflegeversicherte Personen werden bislang im Gesetzentwurf nicht berücksichtigt, obschon auch bei diesem Personenkreis Beratungsbedarf besteht.

Fraglich ist daneben, wie das Verhältnis des Pflegeberaters zu den Aufgaben des Pflegestützpunktes ist. Indem der Pflegeberater im Pflegestützpunkt angesiedelt wird, soll dort zusätzlich zur strukturellen Ebene, also der Vernetzung und Koordination der unterschiedlichen Angebote und der Beratung hierüber, auch die Befriedigung des individuellen Hilfebedarfs erfolgen.

Dies kann wie dargestellt aber nur hinsichtlich des SGB XI erfolgen. Eine Beratung über die Leistungen des SGB XII ist dort zwar richtig angesiedelt. Die Entscheidung über die SGB XII-Leistungen kann aber nur durch den Sozialhilfeträger erfolgen, nicht durch den Pflegeberater der Pflegeversicherung. Ein Einfluss der Pflegeberater auf die Bedarfsfeststellung in der Sozialhilfe ist auszuschließen.

#### 4. Qualitätsmaßstäbe

Bislang wurden die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI gleichberechtigt von allen Vertragsparteien beschlossen. Damit wurde auch der finanziellen Letztverantwortung der Sozialhilfeträger Rechnung getragen.

Abzulehnen ist daher, dass die in § 113 ff. des Entwurfs vorgesehene neue Schiedsstelle zu Lasten der Sozialhilfeträger über die verbindlichen Qualitätsmaßstäbe entscheiden kann. Zudem wird durch die Vorbereitung der Expertenstandards durch unabhängige Sachverständige gezielt ein hoher politischer Druck aufgebaut, ohne dass dem eine politische oder rechtliche Verantwortung der Sachverständigen gegenüber stünde.

Wichtig ist, dass die Expertenstandards und Qualitätsmaßstäbe die grundlegenden Pflegestandards abbilden. Sie müssten präzise und verständlich gefasst sein, um in der Praxis Verwendung finden zu können.

#### 5. Gestaltungsmöglichkeiten der Sozialhilfeträger

Aufgrund ihrer finanziellen Letztverantwortlichkeit haben die Sozialhilfeträger immer wieder eine Gleichstellung mit den Gestaltungs- und Einflussmöglichkeiten der Pflegekassen gefordert. Dem trägt der Entwurf nur geringfügig Rechnung. Eine deutliche Besserstellung gegenüber heute wäre aber dringlich erforderlich.

#### 6. Ambulante Versorgung

Die Stärkung der ambulanten Versorgung im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ ist zu begrüßen. Hervorzuheben ist hier vor allem die geplante Flexibilität der Inanspruchnahme von ambulanten Betreuungsleistungen. Zu nennen sind z. B. die Anhebung der Sachleistungsbeträge und die Einrichtung von „Pflegepools“ oder die Stärkung der Tages- und der Nachtpflege.

Nachdrücklichere Unterstützungen werden jedoch im Bereich der häuslichen Pflege und der Rehabilitation als präventive Maßnahme gefordert. Auch die Kurzzeitpflege – ebenfalls im Sinne einer Vermeidung dauerhafter stationärer Aufenthalte – verdient eine finanzielle Besserstellung, zumal gerade solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen erheblich unter der damit notwendig verbundenen Auslastungsunsicherheit leiden. Zusätzliche Leistungen bei der Pflegezeit für Angehörige (§ 44a des Entwurfs) oder für Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf (z. B. demenziell Erkrankte) gem. §§ 45a, 45b des Entwurfs sind zwar zu begrüßen, dürfen aber nicht – ohne Anpassung übriger Kostenregelungen (z. B. § 13 Abs. 3a SGB XI) – zu Lasten der Kommunen gehen. Zu überprüfen wäre hier auch, ob das vorgesehene Finanzvolumen angesichts der Leistung von bis zu 200 € pro Monat und der geschätzten Zahl von ca. 1 Mio. Demenzkranken hinreichend bemessen ist, da dann alleine für diese Leistungsverbesserung bis zu 2,4 Mrd. € pro Jahr benötigt werden könnten. Auch stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien die ohnehin nicht hohe Leistung von maximal 200 € pro Monat abgestuft werden soll. Es erscheint daher sinnvoller, die Leistung in den entsprechenden Fallkonstellationen und bis zur Überarbeitung der Pflegebedürftigkeitsbegriffs in voller Höhe zu gewähren.

## 7. Leistungsniveau

Wir befürworten nachdrücklich, dass das BMG von den ursprünglichen Überlegungen, die Sachleistungsbeträge im stationären Bereich abzusenken, Abstand genommen hat.

Gleichwohl zeigt sich insgesamt eine unzureichende Leistungsanpassung und finanzielle Ausstattung für neue Angebote. Dies bezieht sich vor allem auch auf die allgemein zu gering ausgefallene Erhöhung der Beiträge der sozialen Pflegeversicherung um 0,25 Prozentpunkte. Zur finanziellen Nachhaltigkeit der Reform der Pflegeversicherung wird im Hinblick auf die demographische Entwicklung eine Erhöhung und, auch hinsichtlich der stationären Pflege, eine Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung für alle Pflegestufen bereits ab 2008 gefordert. Als nicht ausreichend wird insoweit die ledigliche Erhöhung der Leistungen für die Pflegestufe III (ab 2008 in Zwei-Jahres-Schritten) betrachtet, da nach wie vor das Gros der Bedürftigen den Pflegestufen I und II (Erhöhung erst ab 2015 geplant) zugeordnet wird. Zu berücksichtigen ist, dass die Leistungen seit Einführung der Pflegeversicherung 1996 nicht an die Preissteigerung o.ä. Indizes angepasst worden sind. Diese schleichende Entwertung der Leistungen der Pflegeversicherung in der Vergangenheit wird durch die vorgesehenen Erhöhungen noch nicht einmal ausgeglichen. Daher muss an dieser Stelle insgesamt die Frage gestellt werden, ob die Erhöhung der Beiträge um 0,25 Prozentpunkte und die daraus errechneten 2,5 Mrd. € jährlichen Mehreinnahmen ausreichen, um die im Gesetzentwurf vorgesehenen Ausgaben (Pflegestützpunkte, Demenzkranke, Leistungsverbesserungen allgemein) zu decken.

## 8. Be-/Entlastung der Sozialhilfeträger

Die vom Gesetzentwurf unterstellte Entlastung der Sozialhilfeträger ist fraglich. Mit den steigenden Sätzen im ambulanten Bereich können (lediglich) bisherige Preissteigerungen aufgefangen werden. Daneben ist zu prüfen, ob durch die Einbeziehung Demenzkranker neue Belastungen entstehen. Auch der Betrieb der Pflegestützpunkte wird, wenn er vernünftig erfolgen soll, Kosten mit sich bringen, die nicht durch Minderausgaben der Kommunen an anderer Stelle einhergehen, weil die für die Pflegestützpunkte vorgesehenen Aufgaben über den bisherigen Aufgabenbereich der Kommunen hinausgehen.

## 9. Schnittstellen zur Eingliederungshilfe

Der Entwurf zeigt eine Reihe von Schnittstellen zum SGB XII und insbesondere zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. § 12 Abs. 2 Satz 2 des Entwurfs spricht z. B. von "Teilhabe", § 7a des Entwurfs von "Unterstützung und Betreuungsbedarf". Beides sind Bedarfe, die durch das SGB XII gedeckt werden. Es werden deutlich neue Schnittstellen zum SGB XII aufgemacht, ohne dass die Auswirkungen abschätzbar sind.

Daneben ist zu kritisieren, dass § 43a SGB XI unverändert ist, nicht einmal dynamisiert wird. Nach wie vor ist die Einbeziehung behinderter Menschen in die vollen Leistungen der Pflegeversicherung erforderlich. Die derzeitige Beschränkung der Leistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige behinderte Menschen auf 256 € muss zur Beseitigung der Ungleichbehandlung gegenüber pflegebedürftigen nicht behinderten Menschen aufgehoben werden. Zumindest muss eine deutliche Anhebung des Leistungsbetrages erfolgen. An den unverändert fortgeschriebenen Einschränkungen der Pflegeversicherung für behinderte Menschen bestehen auch erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken, weil keine sachliche Rechtfertigung für die Schlechterstellung behinderter Menschen gegenüber nichtbehinderten erkennbar ist.

## 10. Pflegezeit

Die Regelungen im Pflegezeitgesetz zur Freistellung von pflegenden Angehörigen sind im Grundsatz und von der Zielsetzung zu begrüßen. Anders als bei den Regelungen zur Elternzeit ist jedoch kein Ersatz für das entfallende Einkommen vorgesehen. Die Inanspruchnahme dieses neuen Instrumentes darf nicht dazu führen, dass in den Fällen, in denen ein eigenständiges Einkommen der pflegenden Angehörigen nicht gesichert ist, Transferleistungen durch die Kommunen gezahlt werden müssen. Hier ist analog der Regelungen zur Elternzeit eine Lösung im System vorzusehen.

## 11. Überprüfung Pflegebedürftigkeitsbegriff

Nach wie vor ist abzulehnen, dass mit der jetzigen Reform das Leistungsrecht verändert werden und dann kurz danach im Zuge der Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Personenkreis der Leistungsberechtigten neu bestimmt werden soll. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sollen insbesondere Demenzkranke zukünftig besser versorgt werden. Dies soll auch für Menschen gelten, die eher einen hohen Betreuungsbedarf haben und nicht als pflegebedürftig gelten. Genau diese Erwägungen fließen aber in die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein. Es steht zu befürchten, dass die geplante Neufassung dieses Begriffes nach Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes kurzfristig zu erheblichen neuen Änderungen im SGB XI führen wird.

## 12. Weitere Regelungen im Detail:

zu § 36 Abs. 1 SGB XI-E, „Poolen“

Die Möglichkeit des „Poolens“ von Leistungen ist vom Grundsatz her zu begrüßen

Der Abs. 1 angefügte letzte neue Satz sollte gestrichen werden. Zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und den Leistungen der Pflegeversicherung besteht keine Leistungsidentität, so dass auch keine Leistungskonkurrenz entstehen kann.

zu § 72 SGB XI-E, Ortsübliche Arbeitsvergütungen

Die beabsichtigte flexible Regelung über sog. Gesamtversorgungsverträge wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings muss gewährleistet sein, dass die verantwortlichen Pflegefachkräfte in den Teileinrichtungen ausreichend präsent sein können.

Problematisch ist die in Abs. 3 S. 1 Nr. 3 vorgesehene Regelung zur Zahlung ortsüblicher Arbeitsvergütungen, die Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages werden soll. Der Versorgungsvertrag sollte fachliche Aspekte regeln; die Vergütung muss leistungsbezogen sein. Eine Tarifbindung ist nicht leistungsbezogen und kann daher nicht als Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages herangezogen werden. Die systemwidrige Regelung sollte daher gestrichen werden.

zu dem unveränderten § 78 SGB XI, Pflegehilfsmittelverzeichnis

Bei der Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses sind die Sozialhilfeträger zu beteiligen. Die bisherige Anhörung ist nicht ausreichend, da sie keine Einflussmöglichkeiten zugesteht. Gerade die Sozialhilfe hat in den vergangenen Jahren immer

wieder durch erweiterte Hilfeleistungen die sach- und fachgerechte Hilfsmittelversorgung aus eigenen Mitteln auch dann sichergestellt, wenn Kranken- oder Pflegekassen den Hilfsmittelbegriff im Einzelfall sehr eng ausgelegt hatten. Oftmals konnte erst durch vom Sozialhilfeträger nach eigener Leistung herbeigeführte höchstrichterliche Rechtsprechung die Leistungspflicht der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung geklärt und durchgesetzt werden. Dabei reicht die Palette von verweigerter Hörgeräten, Versorgung mit Elektrollstühlen bis zu individuellen Hilfsmitteln in Pflegeheimen. Es ist daher geboten, die Sozialhilfeträger deutlich stärker einzubinden.

zu §§ 84, 92a SGB XI-E, Externer Vergleich, Pflegeheimvergleich

Die beabsichtigten Einschränkungen im Rahmen des externen Vergleichs von Pflegeeinrichtungen sind nicht nachvollziehbar. Der externe Vergleich ist eines der wesentlichen und unverzichtbaren Instrumente zur Sicherung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung. Vergleichbar wirksame Alternativen zur Erfüllung der Wirtschaftlichkeitsanforderungen gibt es nicht. Der externe Vergleich darf daher nicht zu einer „Kann-Regelung“ abgeschwächt werden, zumal er nur Anwendung finden soll, wenn alle Vertragsparteien einverstanden sind.

Zudem verkennt die geplante Abschwächung den öffentlichen Auftrag der Leistungsträger, die Wirtschaftlichkeit der Leistungen bei Erhaltung des Standards zu gewährleisten. Der in den 90er Jahren im Sozialhilferecht begonnene Wechsel vom Kostendeckungsprinzip zu mehr Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb ist richtig. Im Sozialhilferecht (§ 75 Abs. 2 SGB XII) sind Vereinbarungen nur mit denjenigen Trägern zu schließen, deren Vergütung bei vergleichbarem Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung nicht höher ist als die anderer Träger. Der Sozialhilfeträger ist also zur Vornahme eines externen Vergleichs verpflichtet. Dies muss auch für die Pflegeversicherung gelten. Eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip muss vermieden werden.

Insofern bedauern wir auch, dass von der Vorgabe konkreter Zeitpunkte für den Pflegeheimvergleich Abstand genommen werden soll. Der Pflegeheimvergleich ist für den externen Vergleich sowie für eine verbesserte Leistungstransparenz gegenüber den Pflegebedürftigen wichtig und richtig und sollte nicht immer wieder hinausgeschoben werden.

zu § 85 SGB XI-E, Pflegesatzverfahren

Die Sozialhilfe knüpft die örtliche Zuständigkeit für den Abschluss von Vereinbarungen an den Sitz der Einrichtung (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB XII). Dies hat sich in der Praxis bewährt. Deshalb wäre es sachgerecht, diese Regelung im SGB XI zu übernehmen. Der Entwurf knüpft aber stattdessen in Abs. 2 S. 1 Nr. 2 an den „für die Bewohner des Pflegeheimes zuständigen Träger der Sozialhilfe“ an. Keinesfalls sollte es zu zwischen SGB XII und SGB XI unterschiedlichen Zuständigkeiten kommen. Es sollte bei der örtlichen Zuständigkeit nach dem Sitz der Einrichtung auch im SGB XI bleiben.

Wie oben ausgeführt sind die Sozialhilfeträger als Letztverantwortliche für die öffentliche Kostenträgerschaft nach wie vor nicht angemessen einbezogen. Auch können sie im Streitfall stets überstimmt werden, obwohl die Pflegekassen als Teilkaskoversicherung für Kostensteigerungen keine Verantwortung tragen. Die in der Gesetzesbegründung angedeutete Stärkung der Sozialhilfeträger wird begrüßt, schlägt sich aber nicht in praktikabler Weise im Gesetzeswortlaut nieder. Vielmehr müssen die Vertragsparteien auf der Seite der Leistungsträger, also Pflegekassen wie Sozialhilfeträger, mit gleichem Stimmrecht ausgestattet werden.

zu § 11 Abs. 4 SGB V-E, Entlassungsmanagement

Die Idee eines Entlassungsmanagements ist zu begrüßen, es fehlen aber Ausführungen über die Finanzierung.

zu § 119b SGB V-E, Teilnahme an vertragsärztlicher Versorgung

Die Ermächtigung für stationäre Pflegeeinrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten wird grundsätzlich begrüßt.

Nach der derzeitigen Formulierung ist die jeweilige anspruchsberechtigte stationäre Pflegeeinrichtung hinsichtlich der Installierung einer integrierten ärztlichen Versorgung allerdings gegenüber dem Zulassungsausschuss beweispflichtig dafür, dass im Zuge der üblichen medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärzte eine angemessene Versorgung nicht sichergestellt ist. Bei dieser Beweislastverteilung besteht die Gefahr, dass der Ausschuss unter Verweis auf eine hohe Ärztedichte ablehnen wird. Die Beweislast liegt dann bei den Trägern der Einrichtung. Aus unserer Sicht spielt die jeweilige Ärztedichte für die Qualität der ärztlichen Versorgung in den Heimen keine entscheidende Rolle. Die Angemessenheit der Versorgung steht vielmehr im Zusammenhang mit der Versorgungssituation der jeweiligen Einrichtung (insbesondere Anzahl und Grad der grundpflegerischen und medizinischen Behandlungsbedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner). Es sollte daher eine Beweislastumkehr vorgesehen werden, so dass das Vorliegen der tatsächlichen Sicherstellung durch niedergelassene Ärzte vom Zulassungsausschuss dazulegen und zu beweisen ist.

**b) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher – Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung“, BT-Drs. 16/7136**

Der Antrag bekräftigt die wichtigen Ziele, eine solidarische, nachhaltige und generationengerechte Finanzierungsgrundlage für die Pflegeversicherung zu schaffen, Leistungsinhalte konsequent nutzerorientiert zu gestalten und pflegende Angehörige zu entlasten.

Mit Blick auf die geforderte regionale kooperative Versorgungsstruktur, in die alle Kosten- und Leistungsträger, Leistungserbringer sowie Selbsthilfeorganisationen, Ehrenamtler und Verbraucher eingebunden werden sollen, ist allerdings wie oben bei den Pflegestützpunkten auf die Notwendigkeit von klaren Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten hinzuweisen.

**c) Antrag der Fraktion DIE LINKE „Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung“, BT-Drs. 16/7472**

Dieser Antrag fordert gleichfalls eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung. Hervorzuheben ist weiter die Forderung nach einer Neudefinition des Pflegebegriffs, die wie oben kritisiert in dem vorliegenden Regierungsentwurf noch nicht vorgenommen wird.

**d) Antrag der Fraktion der FDP „Für eine zukunftsfest und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege“, BT-Drs. 16/7491**

Auch dieser Antrag legt ein besonderes Augenmerk auf die Finanzierung und bekräftigt damit, dass die kommunal geforderte grundlegende Reform der Pflegeversicherung nach wie vor auf der Agenda bleiben muss.

Daneben wird das Erfordernis von Transparenz bezüglich der existierenden Pflegeangebote, ihren Preis und vor allem ihre Qualität betont. Dies geht in dieselbe Richtung wie die oben gemachten Ausführungen zum externen Vergleich und zum Pflegeheimvergleich.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung

gez. Verena Göppert  
Beigeordnete  
des Deutschen Städtetages

gez. Dr. Irene Vorholz  
Beigeordnete  
des Deutschen Landkreistages

gez. Uwe Lübking  
Beigeordneter  
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes