

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
76. Sitzung

Berlin, den 21.05.2012, 13:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N001

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

- a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG)

BT-Drucksache 17/9369

- b) Antrag der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, Diana Golze, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Pflege tatsächlich neu ausrichten - Ein Leben in Würde ermöglichen

BT-Drucksache 17/9393

- c) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender, Markus Kurth, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung - Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest

BT-Drucksache 17/9566

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Hennrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Rief, Josef
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

Ernstberger, Petra
Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kober, Pascal
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister

Abg. Angelika Graf (Rosenheim) (SPD)	40
Abg. Bärbel Bas (SPD)	16
Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP)	18, 19, 20, 21, 22
Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.)	27
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	14
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	28
Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	28, 29, 30, 31, 32
Abg. Erwin Rüdell (CDU/CSU)	36, 40
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	13, 42
Abg. Kathrin Senger-Schäfer (DIE LINKE.)	24, 25
Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU)	10
Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	32
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	17, 42
Abg. Petra Crone (SPD)	41
Abg. Stefanie Vogelsang (CDU/CSU)	34, 39
Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD)	15
Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU)	7, 8, 9, 10, 11, 13, 33, 37
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	6, 9, 11, 33, 35
Die Vorsitzende	6, 9, 35, 40, 43
Die Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	6
SV Alexander Preiss (Deutsches Rotes Kreuz (DRK))	13
SV Armin Octavian Hirschmüller (Deutscher Hebammenverband (DHV))	32
SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA))	36, 38
SV Christian Schad (Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e. V. (ABiD))	24, 27
SV Claus Bölicke (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO))	13, 15, 31, 32, 41, 42
SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv))	20
SV Dr. Alfred Spieler (Volkssolidarität (VS))	27
SV Dr. Claus Wedemeier (Bundesvereinigung Spitzenverbände der Immobilienwirtschaft (bsi))	23
SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS))	11, 16, 34
SV Dr. Rolf Strohecker (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V. (BIVA))	23
SV Dr. Thomas Muschalik (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV))	13
SV Fabian Müller-Zetzsche (Sozialverband Deutschland (SoVD))	14, 15, 26
SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband)	7, 9, 11, 15, 17, 33, 39, 41
SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA))	7, 9, 12, 33, 35
SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft)	17, 24, 25, 42, 43
SV Jens Kaffenberger (Sozialverband Deutschland (VdK))	27
SV Marco Frank (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	17, 26, 29, 43
SV Matthias Krömer (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS))	7
SV MD a. D. Rudolf Herweck (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO))	19, 41
SV Prof. Dr. Heinz Rothgang	14, 26, 29
SV Prof. Dr. Stefan Görres	18, 22
SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	13, 39
SV Wolfgang Meunier	12, 39
SVe Cordula Exner (Deutscher Fachverband für Hausgeburtsilfe (DFH))	22
SVe Dr. Edna Rasch (Deutscher Verein für öffentliche und private Vorsorge)	30

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.) _____	6, 8, 10, 13, 19, 21, 30, 38, 41
SVe Dr. Irene Vorholz (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände) _____	32
SVe Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband) _____	10, 22, 40
SVe Dr. Ulrike Diedrich (Verband der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung (Medicproof)) _____	35
SVe Erika Stempfle (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)) _	8, 11, 28, 36
SVe Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD))	6, 34, 37
SVe Gertrud Stöcker (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) _____	18
SVe Heidemarie Hawel (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Selbsthilfe Demenz (DAIzG))_	14, 15, 20
SVe Henny Engels (Deutscher Frauenrat (DF)) _____	43
SVe Irene Behrmann (GreenBirth) _____	28
SVe Katharina Jeschke (Deutscher Hebammenverband (DHV)) _____	21, 40
SVe Susanne Schäfer (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland (BfHD)) _____	21

Sitzungsbeginn: 13:08 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Gäste, ich darf Sie ganz herzlich zur Anhörung begrüßen. Ich begrüße für die Bundesregierung Herrn Staatssekretär Ilka und vor allen Dingen die eingeladenen Sachverständigen und Verbände. Ich bitte zu entschuldigen, dass sie versehentlich den falschen Eingang genannt bekommen haben. Für jene, die das erste Mal in einer Anhörung des Ausschusses für Gesundheit sind will ich einige grundlegende Dinge erläutern. Zunächst möchte ich Sie bitten, Ihre Handys auszuschalten. Die angesprochenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung ihrer Frage ihren Namen und ihre Institution nennen. Dann bitte ich Sie, sich möglichst kurz zu fassen. Wir haben uns heute zwar drei Stunden Zeit genommen, allerdings geht es um ein umfängliches Thema. Ich will daran erinnern, dass der Gegenstand der Anhörung der Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung“ oder kurz „Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG“ auf Drucksache 17/9396 ist. Darüber hinaus sind Gegenstand der Beratung der Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen“ auf Drucksache 17/9393 und der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung – Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest“ auf Drucksache 17/9566. Wir teilen diese drei Stunden jeweils in Fragekontingente für die einzelnen Fraktionen auf. Es beginnt die CDU/CSU-Fraktion mit 35 Minuten, dann folgen die SPD-Fraktion mit 21 Minuten, die FDP-Fraktion mit 27 Minuten sowie die Fraktionen DIE LINKE. mit 22 und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit 20 Minuten. In einer zweiten Runde haben die CDU/CSU-Fraktion 34 Minuten und die SPD-Fraktion 21 Minuten Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Deutschen Caritasverband, das Diakonische Werk, den BPA, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Spitzenverband GKV. Der Bundesrat fordert in seiner Stellungnahme zu § 84 Absatz 2, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf. Ich würde gerne wissen, wie Sie dies bewerten. Ist es nach Ihrer Kenntnis in der Vergangenheit zu Problemen gekommen, wenn Einrichtungen eine tariflich basierte Vergütung vereinbart hatten bzw. Pflegesätze dazu vereinbaren wollten?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): Ja, in der Vergangenheit ist es bei der Anerkennung von Tariflöhnen sowohl vor als auch nach dem Urteil zum externen Vergleich zu Problemen gekommen, weil nicht überall das Urteil zum externen Vergleich umgesetzt wurde. So gibt es z. B. in Bayern flächendeckend Probleme mit der Anerkennung der Tariflöhne und der tariflichen Vereinbarungen nach dem kirchlichen Arbeitsrecht. Wir erachten den Vorschlag des Bundesrats zu normieren, dass Tariflöhne und auch tarifliche Regelungen, das möchte ich gerne ergänzen, die nach dem kirchlichen Arbeitsrecht geschlossen werden, grundsätzlich als wirtschaftlich anerkannt werden oder zumindest nicht als unwirtschaftlich gelten, als außerordentlich hilfreich. Wir würden es begrüßen, wenn diese Regelung Eingang in das PNG fände.

Sve **Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD)): Wir schließen uns der Auffassung des Deutschen Caritasverbands an. Auch bei uns gab es in der Vergangenheit Probleme mit der Anerkennung von Tariflöhnen. Wir haben seit dem BSG-Urteil aus dem Jahr 2009 oft Probleme mit der Anerkennung von Tariflöhnen in normalen Pflegesatzverfahren. In den Schiedsverfahren ist es eher unproblematisch. Wir begrüßen ebenfalls, genauso wie der Deutsche Caritasverband, den Vorschlag

des Bundesrats und würden auch darum bitten, ihn um tarifvergleichbare Regelungen zu erweitern, damit auch das kirchliche Arbeitsrecht erfasst ist.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA)): Es gibt sowohl für tarifgebundene als auch für nicht tarifgebundene Einrichtungen viele Schwierigkeiten mit dieser Regelung. Wenn über den externen Vergleich eine günstigere Einrichtung nachgewiesen wird, steht plötzlich zur Debatte, ob Tarifverträge oder auf tariflichen Regelungen aufbauende Kalkulationen als wirtschaftlich und sparsam gelten können. Wir halten das für eine sehr schwierige Botschaft an die Träger und die Beschäftigten. Insofern unterstützen wir diesen Vorschlag. Wir finden aber, dass er etwas weitergehend sein muss. Wir sind der Auffassung, dass die Träger, egal ob tarifgebunden oder nicht, mit dem gleichen Budget kalkulieren müssen. Deshalb müssten Kalkulationen, die auf tariflichen Regelungen aufbauen, als wirtschaftlich und sparsam anerkannt sein, solange man nicht über tariflich gebundene Regelungen hinausgeht. Wer darüber hinausgeht, muss das selbstverständlich wie bisher auch begründen.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Im Gegensatz zu meinen Vorrednerinnen und Vorredner haben unsere Mitglieds-kassen nicht berichtet, dass es im nennenswerten Umfang Probleme bei den Vergütungsvereinbarungen mit der Zahlung von tariflichen Entgelten gibt. Ich glaube, man muss nochmal darauf hinweisen, dass es wichtig ist, deutlich zu machen, dass man nicht über die Hintertür solche Elemente von Selbstkostendeckungsprinzipien einführen kann, die in anderen Bereichen aus guten Gründen abgeschafft wurden. Wenn durch diese Regelung die Preise bzw. die Pflegesätze steigen, dann trifft diese Entwicklung nicht nur die Pflegekassen, sondern vor allen Dingen die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen, da sie im

Rahmen des Teilleistungsprinzips natürlich die zusätzlichen Kosten zu tragen haben. Ob dies in einer Situation gewollt ist, in der sich seit dem Grundsatzurteil des BSG in die Entwicklung in die richtige Richtung bewegt, nämlich zur Anerkennung von Tariflöhnen, sollte nochmals überdacht werden. Wir halten die Regelung in dieser Form nicht für notwendig.

SV Matthias Krömer (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)): Nach Informationen unserer Mitglieder kam es nur zu Problemen, wenn tariflich gebundene Personalkosten, bzw. die daraus resultierenden Pflegesätze, im Vergleich zu den Pflegesätzen anderer, auch tariflich gebundener Einrichtungen, weit überhöht und nicht angemessen erschienen. Es ist weder den Leistungsträgern noch den Pflegeheimbewohnern bzw. ihren Angehörigen zu erklären, dass sie allein auf Grund einer anderen Tarifbindung für vergleichbare Leistungen deutlich höhere Pflegesätze zahlen sollen. Zumal sich der erhöhte Preis eben nicht aus der Leistung ableiten lässt. Die Finanzierung der Pflegeeinrichtungen erfolgt durch ein prospektives Entgelt. Das bedeutet, dass nicht jedwede Veränderung bei den Aufwendungen, auch nicht jedwede Veränderung bei den Personalaufwendungen, in die Pflegesätze zu übernehmen ist. Vielmehr obliegt es der Einrichtung, ihren Betrieb wirtschaftlich zu führen. Der Kostenträger verhandelt lediglich über das Entgelt und dessen Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu anderen Entgelten. Der Kostenträger verhandelt aber nicht über die Details der Gestehungsbedingungen. Es ist deshalb aus unserer Sicht ausgeschlossen, gesetzlich festzulegen, dass Veränderungen in einem Kostenbestandteil automatisch zu Entgeltanpassung führen.

Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU): Meine Frage betrifft das Thema Qualitätsprüfungen und richtet sich an die Freie Wohlfahrtspflege, den Deutschen Caritasverband, BPA und das Deutsche Netzwerk

für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Die Koalitionsfraktionen wollen mit ihrem Änderungsantrag die Vertragspartner verpflichten, ein indikationsunterstütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität zu vereinbaren. Wie bewerten Sie diese geplanten Regelungen, die sich vornehmlich auf den stationären Bereich beziehen? Welchen Zeitrahmen sehen Sie für die Umsetzung als notwendig an? Bedarf es unter Umständen weiterführender Regelungen in diesem Bereich? Kann diese Maßnahme tatsächlich zum Abbau von Bürokratie beitragen? Würden Sie sagen, dass wir Ähnliches auch im ambulanten Sektor auf den Weg bringen sollten?

SVe **Erika Stempfle** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Ich spreche auch für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Die Frage bezieht sich auf § 113 SGB XI und den Änderungsantrag, in § 113 einen neuen Absatz 4 zum indikatorengestützten Verfahren, zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich einzuführen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und die in der BAG kooperierenden Spitzenverbände wirken bereits seit Jahren auf die Entwicklung und Messung von Indikatoren hin. Wir begrüßen deshalb den Änderungsvorschlag. Wir halten eine gesetzliche Regelung zur Umsetzung der Ergebnisse des Forschungsprojektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ für angemessen. Das trägt unserer Ansicht nach zu einer besseren Verbraucherinformation bei und führt zu einer stärkeren Fokussierung auf Lebens- und Ergebnisqualität. Wir halten auch die Verordnung in § 113 für angemessen. Nach unserer Auffassung wird dies ein mehrstufiges Verfahren sein, was sich aus der Begründung zum Änderungsantrag ergibt. Die Umsetzung muss aber sehr schnell gestartet werden. Wir schlagen als weiterführend nochmal Änderungen zu den

Pflegetransparenzvereinbarungen in § 115 Absatz 1a sowie in den Qualitätsprüfungsrichtlinien gemäß § 114 Absatz 7 vor. Unserer Ansicht nach liegen jetzt wissenschaftlich gestützte Indikatoren vor. Diese gilt es umzusetzen. Hierzu haben Sie in der Begründung zu Ihrem Änderungsantrag verschiedene Vorschläge gemacht. Deshalb unterstützen wir den Änderungsvorschlag.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Wie beurteilen Sie jetzt tatsächlich den Zeitrahmen? Sie sagen, dass es sehr schnell gehen muss. Sollte man deshalb nochmals gesetzgeberisch tätig werden? Und was sagen Sie zum ambulanten Sektor? Diese Frage soll auch von allen anderen Sachverständigen, die ich gefragt habe, beantwortet werden.

SVe **Erika Stempfle** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Wir sind der Meinung, dass bis 2013 mit der Umsetzung gestartet werden muss. Sie schlagen in Ihrer Begründung zum Änderungsantrag eine Pilotierungsphase bzw. mehrere Schritte vor. Aber wir denken, es sollte auf jeden Fall 2013 begonnen werden. Wir halten es für sinnvoll, zunächst mit dem stationären Bereich zu beginnen, da uns hier wissenschaftlich gesicherte Ergebnisse vorliegen. Dies ist im ambulanten Bereich gegenwärtig nicht der Fall. Unserer Ansicht nach ist es auch angemessen, unterschiedliche Prüf- und Qualitätssicherungsverfahren sowie Qualitätsberichterstattungsverfahren für die ambulante und stationäre Pflege zu haben, da beide eine unterschiedlichen Versorgungsauftrag haben. Für den ambulanten Bereich schlagen wir ein Modellprojekt vor.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): Ich kann es ganz kurz machen, weil wir als Deutscher Caritasverband die Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege mitgetragen haben. Insofern

schließe ich mich lückenlos an die Ausführungen von Frau Stempfle an. Ich möchte nur noch eines ergänzen: Herr Stracke, Sie fragten nach den Möglichkeiten des Bürokratieabbaus. Wir sehen in der Messung der Ergebnisqualität eine hervorragende Möglichkeit, die Bürokratie in Einrichtungen zu reduzieren. Indem nämlich bei einem Projekt, das die Ergebnisqualität misst und das auf wissenschaftliche und verlässliche Indikatoren gestützt ist, auch das interne Qualitätsmanagement künftig viel besser auf die externen Prüfungen abgestellt werden kann. Hieraus ergibt sich aus unserer Sicht tatsächlich eine Möglichkeit, die Bürokratie in den Pflegeeinrichtungen abzubauen.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA)): Das streben wir seit Langem an. Wir sind deshalb dankbar für diesen Vorschlag, möchten aber darauf hinweisen, dass es nicht reicht, nur den neuen § 113 zu vereinbaren. Es wäre aus unserer Sicht ein völlig unverständliches Signal, wenn die Umsetzung dieses Indikatorenmodells in der Pflegeberichterstattung daran scheitern würde, dass die gesetzliche Grundlage fehlt. Insofern wäre auch § 115 entsprechend zu ändern. Wir haben dazu einen Vorschlag gemacht. Es kann nicht sein, dass wir die Einrichtung auf ein indikatorengestütztes Modell verpflichten und dieses anschließend nur für die interne Qualitätsentwicklung und nicht für die externe Qualitätsberichterstattung eine Rolle spielt. Deshalb bitten wir darauf zu achten, dass beides zusammen gedacht wird. Es geht eben nicht nur um die interne Qualitätsentwicklung, wir müssen dies mit 12.000 Einrichtungen auf den Weg bringen, sondern es geht immer auch darum, dass die Verbindung zur externen Qualitätssicherung gehalten wird. Wir glauben, dass für die Aufnahme in die Qualitätsrichtlinie oder Qualitätsmaßstäbe der Zeitpunkt 30. Juni 2013 sinnvoll wäre. Wenn dann klar ist, dass es eine gesetzliche Regelung zur Umsetzung gibt und wir ein Signal erhalten, dass genau dies auch gewünscht wird, können wir bundesweit

die Einrichtungen dazu verpflichten und schulen, damit das Modell entsprechend umgesetzt wird. Wenn es um Ergebnisqualität geht, sollten wir diesen Weg selbstverständlich fortsetzen und ihn auf den ambulanten Bereich übertragen. Allerdings muss man darauf hinweisen, dass die jetzigen Ergebnisse nicht eins zu eins auf den ambulanten Bereich übertragen werden können.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege war noch gefragt.

Die **Vorsitzende**: Die sind leider nicht anwesend.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich will bei der Qualitätssicherung bleiben. Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband und den Deutschen Caritasverband. Die Änderung in § 114 Absatz 3a sieht vor, dass für die Einsichtnahme des MDKs in die Pflegedokumentation und für die Inaugenscheinnahme der Pflegeperson eine schriftliche Einwilligung vorliegen muss. Mich würde interessieren, wie Sie das derzeit erledigen und welche Notwendigkeit Sie mit Blick auf die Qualitätsprüfung auf der einen Seite und den Schutz und die Sicherheit des Pflegebedürftigen auf der anderen Seite hierfür sehen?

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Wir haben heute in verschiedenen Situationen die Notwendigkeit, mit den Pflegebedürftigen unmittelbar in Kontakt zu treten und sie in Augenschein zu nehmen. Dies wird in den Gutachten dokumentiert. Heute geschieht die Einverständniserklärung in der Regel in mündlicher Form durch die Pflegebedürftigen. Wir meinen, dass eine solche Vorgehensweise durchaus sachgerecht ist. Man muss sich vergegenwärtigen, dass wenn man in allen Fällen zwingend die schriftliche Einverständniserklärung wünscht, wird dies

natürlich entsprechende Auswirkungen auf die Länge des Gesamtverfahrens haben. In der Mehrzahl der Fälle wird es aber trotzdem zu keinem anderen Ergebnis kommen.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Meine Antwort geht in eine ähnliche Richtung wie die des GKV-Spitzenverbands. Zunächst möchte ich schildern, wie heute in den Einrichtungen die Einwilligung bei Qualitätsprüfungen eingeholt wird.

Der MDK kommt unangemeldet zur Prüfung und hat eine Liste der Personen, die in die Stichprobe eingeflossen sind. Dann muss die Einrichtung zusehen, dass sie die Einwilligung in das Prüfverfahren erlangen kann. Diese Einwilligung wird heute auf mündlichem Wege eingeholt. Auch wir halten dieses Verfahren für ausreichend und sachgerecht. Ich möchte eine Analogie aus dem BGB nennen. Verträge kommen sowohl mündlich als auch schriftlich zustande. In beiden Fällen sind sie in gleicher Weise gültig. Wir sehen in der Verschriftlichung oder Beurkundung der Einverständniserklärung nur eine zusätzliche bürokratische Hürde, die noch nicht einmal das bessere, mildere und geeignetere Mittel darstellt. Dies möchte ich gerne nochmal begründen. Der Datenschutz und das Selbstbestimmungsrecht, das habe ich schon erwähnt, sind in gleicher Weise gesichert, egal ob die Einwilligung mündlich oder schriftlich erfolgt. Das mündliche Verfahren hat allerdings einen Vorteil. Dieser liegt darin begründet, dass Personen nicht nur verbal, sondern auch nonverbal ihre Einwilligung oder auch Nichteinwilligung bekunden können. Ein weiterer Vorteil des mündlichen Verfahrens ist, dass, wenn während der Qualitätsprüfung die Einwilligung in den Ablauf der Qualitätsprüfung entzogen wird – Widerspruch muss jederzeit möglich sein –, der Widerspruch auch mündlich erfolgen kann. Andernfalls würde die Regelung in Absatz 3a zum Tragen kommen und der Widerspruch müsste ebenfalls schriftlich erfolgen. Summa summarum, wir halten das heutige Verfahren

absolut für ausreichend, sowohl unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes als auch des Selbstbestimmungsrechtes.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband und bezieht sich auf die neuen Wohnformen im Alter bzw. den Ausbau ambulant betreuter Wohngruppen. Diese Wohngruppen werden nach dem Gesetz gefördert. Wie bewerten Sie die Förderinstrumente aus fachlicher Sicht und wie beurteilen Sie die Anforderungsqualifikationen für die Präsenzkkräfte? Ich meine nicht die ambulant betreuenden Alten- oder Krankenpflegerinnen oder -pfleger, es geht um die Präsenzkkräfte.

SVe Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Grundsätzlich ist die Förderung neuer Wohnformen als eine zusätzliche Form der Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen sinnvoll. Allerdings bedarf es hierfür, so meinen wir, einiger Regularien, um sicherzustellen, dass eine ordnungsgemäße Pflege stattfindet. Die jetzige Regelung sieht vor, dass zusätzlich 200 Euro für eine Präsenzkraft vorzusehen sind. Es wird aber nicht definiert, was die Präsenzkraft tun soll. Dies greift zu kurz. Dadurch ist nicht sichergestellt, dass eine ordentliche Pflege stattfindet. Die Präsenzkraft kann koordinieren oder die häusliche Betreuung übernehmen oder auch pflegen. Nichts ist definiert. Alles bleibt offen. Dadurch kann eine Situation entstehen, in der eine nichtqualitätsgesicherte Versorgung stattfindet. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Qualitätsprüfungen für diese neuen Wohnformen gar nicht vorgesehen sind, monieren wir diese Regelung. Wir halten es für erforderlich, dass auch für die neuen Wohnformen Qualitätsprüfungen entstehen.

Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Künftig sollen Qua-

litätsprüfungen im ambulanten Pflegeeinrichtungsbereich kurzfristig angekündigt werden können. Mich würde interessieren, wie Sie diese Regelung vor dem Hintergrund, dass nach derzeit geltendem Recht Qualitätsprüfungen grundsätzlich unangemeldet zu erfolgen haben, bewerten? Sehen Sie hier eine Ungleichbehandlung der ambulanten und stationären Einrichtungen? Eine Zusatzfrage geht an den MDS. Könnten Sie aus Ihrer Praxis schildern, wie es heute im Bereich der Qualitätssicherung im ambulanten Pflegedienstbereich zugeht? Welche Umstände würden eine Ankündigung des Prüftermins erforderlich machen? Warum und mit welchem Vorlauf erachten Sie dies unter Umständen als sinnvoll?

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Ich denke, dass man deutlich zwischen der Situation in den ambulanten und der in den stationären Pflegeeinrichtungen unterscheiden muss. Wichtig ist, dass der Grundsatz, dass Qualitätsprüfungen in der Regel unangemeldet durchgeführt werden sollen, nicht aus dem Blick verloren wird. Es war wichtig, dass sich über die Jahre dieser Konsens entwickelt hat und sich damit ein Stück weit die reale Situation des Pflegealltags für die Betroffenen in den Prüfungen widerspiegeln kann und keine, wie auch immer gearteten, künstlichen Situationen geschaffen werden. Gleichwohl kann aus organisatorischen Gründen im Bereich der ambulanten Pflegedienste im Ausnahmefall eine Ankündigung erfolgen. Ich finde aber wichtig, deutlich zu machen, dass diese allenfalls am Vortag erfolgen sollte. In dieser Vorlaufzeit sollten alle notwendigen und berechtigten organisatorischen Sachverhalte entsprechend in den Griff zu bekommen sein.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)): Wir halten unangemeldete Prüfungen grundsätzlich für richtig und auch praktikabel. Aber wir haben festgestellt, und darauf zielte Ihre Frage, dass es gerade im ambulanten Bereich in der Pra-

xis zu Schwierigkeiten kommt, wenn wir am Morgen ankommen und versuchen, einen ambulanten Pflegedienst zu prüfen. Zum Teil ist dann die Pflegedienstleitung, mit der wir sprechen wollen, gar nicht anwesend, weil sie selber, wie man so schön sagt, auf Pflege ist. Deshalb halten wir es für diesen Bereich sachgerecht, eine Ankündigung vorzunehmen. Aus unserer Sicht würde es ausreichen, wenn die Ankündigung am Vortag erfolgt, so dass die Einrichtung sicherstellen kann, dass die Gespräche mit dem MDK bezüglich der entsprechenden Einrichtungsfragen möglich sind und dass organisiert werden kann, dass wir zehn Prozent der Pflegebedürftigen, die durch den ambulanten Pflegedienst gepflegt werden, in Augenschein nehmen können. Die Ankündigung am Vortag ist absolut ausreichend. Aus unserer Sicht wäre der Mittagsbereich die richtige Zeit, dieses zu machen, um es bei dem Grundsatz der unangemeldeten Prüfung zu belassen.

Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU): Daran anknüpfend habe ich eine Nachfrage an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Wie bewerten Sie vor dem Hintergrund dessen, was Sie jetzt von den beiden anderen Vertretern gehört haben, die Regelung, dass für den ambulanten Pflegebereich künftig kurzfristige Ankündigungen möglich sein sollen?

SVe Erika Stempfle (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Ich spreche jetzt wieder für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Wir begrüßen diese Regelung für den ambulanten Bereich, weil sie der Praxis entspricht und den Versorgungs- und Organisationsrealitäten in der ambulanten Pflege gerecht wird.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Ich möchte den Einzelsachverständigen, Herrn Meunier, und den BPA zum Thema ärztliche Versorgung fragen. Der BPA hat einen Vertrag zur ärztlichen Versorgung in

den Pflegeheimen geschlossen. Mich würde interessieren, wie Sie vor dem Hintergrund dieses Vertrages die geplante Neuregelung zur verpflichtenden Kooperationsvermittlung im SGB V sehen?

SV Wolfgang Meunier: Ich habe mit § 119b SGB V, der sich seit einigen Jahren im SGB befindet, als KV-Vorstand die Erfahrung machen dürfen, dass meine Versuche, solche Verträge zu vermitteln, nicht von langanhaltendem Erfolg gekrönt waren. Hier geht es erwiesenermaßen um die Facharztproblematik. Diese besteht darin, dass die Fachärzte sehr viel Zeit verlieren, wenn sie die Patienten aufsuchen sollen. Ich habe diese Erfahrung im Saarland gemacht, wo es keine Unterversorgung, sondern sehr viele Pflegeeinrichtungen gibt und auch vor dem Hintergrund, dass § 119b die Anstellungsmöglichkeit für Ärzte vorsieht. Selbst wenn ein solcher Arzt drei oder vier Einrichtungen mit 500 bis 600 Pflegebedürftigen betreuen soll und dafür auch zugelassen wird, muss ich einfach sagen, dass der Markt für diese Ärzte nicht vorhanden ist. Ein angestellter Arzt würde auch nicht genügen, da dieser Anspruch auf Urlaub, Fortbildung usw. hat. Er kann auch keine 24 Stunden Dienst machen. Gerade deshalb haben wir die sektorenübergreifende Konstellation angestrebt. Dies auch vor dem Hintergrund, dass seit Jahren die Pflege auf der einen Seite und die Ärzteschaft über § 73c auf der anderen Seite versucht haben, über Add-On-Verträge Vergünstigungen für die eine oder andere Seite zu erreichen. Wir waren zu der Meinung gekommen, dass allein das sektorenübergreifende Vorgehen letztendlich für die Pflegebedürftigen Erfolg haben wird. Vielleicht noch eine weitere Bemerkung. Wir reden deshalb von den stationären Pflegeeinrichtungen, weil hier die Daten doch relativ leicht zugänglich sind. Aber im ambulanten Bereich sieht es eigentlich genauso aus. Es wird unserer Ansicht nach nur gehen, wenn man sämtliche Versorgungssektoren einbezieht und im Übrigen auch mit dem Reha- und stationären Bereich kooperiert. Nur so kann die Versorgung langfristig

abgesichert werden. Die Möglichkeiten der Einsparungen von Krankenhausfällen, von Transportkosten zum Krankenhaus oder zum Facharzt sowie die Einsparung der Arzneimittelmehrwerte und die Pflegeprävention werden letztendlich zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen führen. Deshalb sind wir guten Mutes, dass wir eine bessere Lösung gefunden haben, als § 119b sie derzeit bietet.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA)): Sie können davon ausgehen, dass die Pflegeheime allergrößtes Interesse an einer guten ärztlichen Versorgung haben und insofern jede Regelung, die dies unterstützt und sichert, zunächst begrüßen. Die Umsetzung dieses Vertrags streben wir an, weil wir uns nicht nur auf die gesetzliche Regelung verlassen wollen, sondern natürlich alles, was in unseren eigenen Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung, zur Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten etc. liegt, unternehmen wollen. Um diese Kooperation wirklich zu beschreiben, benötigen wir einen Rahmen. Wenn die KV – das sind unsere Erfahrungen – verpflichtet wird, dies zu vermitteln, kommt es letztlich darauf an, welche Folgen es hat, wenn sie es nicht schafft. Unsere Einrichtungen haben dies bisher relativ selten angezeigt, weil sie sagen, dass sie keine Antwort erhalten. Wir würden uns wünschen, dass es entweder eine verpflichtende Kooperation gibt oder dass die Krankenkassen verpflichtet werden, falls eine Kooperation zur ärztlichen Versorgung nicht vermittelt werden kann, oder die Möglichkeit geschaffen wird, vor Ort Integrationsverträge abzuschließen. Nicht funktionieren wird ein angestellter Heimarzt, der nur für einige im Heim lebende Bewohner zuständig ist. Es wird auch nicht funktionieren, den Ärztemangel durch Berichtspflichten der Einrichtungen zu lösen. Denn dann werden wir für etwas verantwortlich gemacht, was wir nicht wirklich beeinflussen können.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden bekanntlich verpflichtet, Kooperationsverträge mit Pflegeeinrichtungen zu schließen. Mich würde interessieren, wie Sie diese Regelungen beurteilen und bewerten? Die Frage richtet sich an die KBV, die KZBV und das DRK.

SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir unterstützen die Ausführungen von Dr. Meunier. Wir sehen allerdings, dass die Neuregelung ein Schritt in die richtige Richtung ist. Wir begrüßen die etwas stringenteren Verpflichtung der KVen, sich für das Zustandekommen von Kooperationsvereinbarungen stärker bemühen zu müssen. Wir begrüßen ebenfalls die Möglichkeit, hierzu im Rahmen des § 87a SGB V Zuschläge vereinbaren zu können. Dies ist ein Anreiz und hat Motivationsfunktion und geht in die richtige Richtung. Wir halten es für in Ordnung, über Abschlüsse oder Nichtabschlüsse von Kooperationsverträgen zu berichten oder Änderungen zu melden.

SV Dr. Thomas Muschalik (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Im zahnärztlichen Bereich liegen die Dinge wie so oft etwas anders. Hier haben wir nicht wie im ärztlichen Bereich die Kooperation verschiedener Fachgebiete bzw. die Möglichkeiten oder Anforderungen einer sektorenübergreifender Versorgung. Die Versorgung wird normalerweise aus einer Hand vom behandelnden Zahnarzt durchgeführt. Wir können nicht nachvollziehen, warum jetzt insbesondere neue Leistungen, die mit § 87 Absatz 2j eingeführt werden sollen, auf die Versicherten in der stationären Pflege beschränkt werden sollen. Nach unseren Zahlen sind nur ein Drittel aller Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht. Zwei Drittel werden ambulant gepflegt. Diesen stehen im zahnärztlichen Bereich solche zusätzlichen Leistungen nicht zur Verfügung. Dies sehen wir schon

unter dem Aspekt der Gleichbehandlung als nicht sinnvoll an.

SV Alexander Preiss (Deutsches Rotes Kreuz (DRK)): Wir begrüßen Regelungen, die die medizinische Versorgung in stationären Einrichtungen stärken.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich beginne etwas grundsätzlicher und frage die AWO, die Caritas, den Sozialverband Deutschland, die Deutsche Alzheimer Gesellschaft und den Einzelsachverständigen Prof. Heinz Rothgang, wie sie die Tatsache bewerten, dass im vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht vorgesehen ist. Prof. Rothgang bitte ich in seine Antwort mit aufzunehmen, dass für die Reform 1,1 Milliarden Euro zur Verfügung stehen.

SV Claus Bölicke (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO)): Vor dem Hintergrund, dass im Koalitionsvertrag der Pflegebedürftigkeitsbegriff aufgegriffen wurde und alle damit rechneten, dass zumindest die ersten Ansätze zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs geschaffen werden, waren wir sehr enttäuscht. Wir vermissen im Pflege-Neuausrichtung-Gesetz die Neuausrichtung hinsichtlich eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Auch wir bedauern außerordentlich, dass in dieser Legislaturperiode noch kein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wurde, obwohl wir natürlich sehen, dass noch einige Fragen auf dem Weg zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu beantworten sind. Deswegen ist es auch gut, dass der Beirat wieder eingesetzt wurde. Es geht um Fragen des Leistungsrechts, aber auch des Vertrags- und Vergütungsrechts. Diese bedürfen noch einiger Erklärung. Dies ist bisher nicht erfolgt, was wir außerordentlich

bedauern. Nun wurden im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff Leistungsverbesserungen vorgesehen, was wir begrüßen. Sicherlich wird noch die Gelegenheit bestehen, einzelne Paragrafen zu diskutieren. Bei den neuen §§ 123 und 124 sehen wir nämlich Probleme. Bestimmte Punkte, beispielsweise die Schnittstellen zur Eingliederungshilfe, werden durch die gesetzlichen Regelungen präjudiziert, bevor der Beirat und der Gesetzgeber klarere Positionen und Antworten zu den Problemen finden konnten.

SV Fabian Müller-Zetsche (Sozialverband Deutschland (SoVD)): Es ist nicht überraschend, dass auch wir bedauern, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht eingeführt wurde. Wenngleich wir bereit sind, an den letzten noch offenen Fragen mitzuarbeiten, hatte man doch mindestens seit 2009 einige Jahre verstreichen lassen. Dies führt zur Situation, dass man den zweiten Schritt vor dem ersten macht. Verschiedene Leistungen, die durchaus richtig sind, auch das will ich nicht verhehlen, werden eingeführt, ohne den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der regelt, wer Zugang zu diesen Leistungen erhalten soll, als Grundlage zu haben. Ein neues Messinstrument, das bemisst, ob das auf die Person zutrifft, ist der zweite Schritt vor dem ersten. Das bedauern wir.

SVe Heidemarie Hawel (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Selbsthilfe Demenz (DAzG)): Heidemarie Hawel für die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Auch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft ist natürlich sehr enttäuscht, dass es wieder keine Gleichberechtigung zwischen der Pflege von körperlich Erkrankten und Demenzerkrankten gibt. Für die Angehörigen ist es natürlich sehr schwer nachvollziehbar, dass ihre enormen Betreuungsleistungen nicht gleichermaßen gewürdigt werden.

SV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Ich schließe mich meinen Vorrednern an und gebe zu Protokoll, dass auch ich unglücklich darüber bin, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff noch nicht eingeführt wurde. Ich finde es schön, dass es zwar jetzt Leistungsverbesserungen gibt, es wird aber am Gesamtkunstwerk Pflegeversicherung angesetzt, anstatt einmal das Ganze auf eine solide Grundlage zu stellen. Obwohl der Bericht des Beirats im Mai 2009 vorlag, ist bis März 2012 nichts geschehen. Die weitere Frage war, ob die 1,1 Milliarden Euro zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen genügen werden. Diese Mittel werden nicht reichen, wenn wir den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf eine vernünftige Grundlage stellen und vernünftig ausfinanzieren wollen. Der Beirat hat dazu eine Reihe von Szenarien vorgelegt. Wenn wir uns an einem Szenario orientieren, in dem für die Personengruppen, die bisher nicht ausreichend gewürdigt wurden, insbesondere die Demenzerkrankten, weitere Leistungen gewährt werden und gleichzeitig andere Gruppen nicht schlechter gestellt werden sollen, dann haben wir Mehrausgaben von drei bis vier Milliarden Euro zu erwarten. Die vorgesehene eine Milliarde Euro reicht also mitnichten aus. Das ist, glaube ich, im Moment auch das Hauptproblem des Beirats. Solange wir keine Festlegung aus der Politik haben, wie viel Geld für diesen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zur Verfügung stehen wird, wird der Beirat bei dieser Frage im Dunkeln tappen. Wir werden an den technischen Fragen arbeiten, aber diese entscheidende Frage, kann nur die Politik beantworten. Dazu sagt das PNG aber leider nichts.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage geht an die Arbeiterwohlfahrt, an die Alzheimer Gesellschaft und an den Sozialverband Deutschlands. In dem vorliegenden Gesetzentwurf sind im § 123 SGB XI Leistungsverbesserungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alterskompetenz vorgesehen. Allerdings gelten die Verbesserungen nur für den ambulanten Bereich und nur für Pflegebedürftige

der Pflegestufen 0 bis II. Meine Frage ist: Wie bewerten Sie dies und halten Sie es für gerechtfertigt?

SV Claus Bölicke (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO)): Grundsätzlich begrüßen wir die Leistungsverbesserung für Pflegebedürftige und Versicherte. Man muss aber natürlich sagen, und das knüpft an die vorangegangene Frage an, dass diese befristete Regelung als Übergangsregelung nur notwendig wurde, weil das eigentlich zentrale Problem, nämlich der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, nicht angegangen wurde. Insofern ist die Leistungsverbesserung dann eben doch leicht negativ behaftet, weil etwas Anderes, Grundsätzliches versäumt wurde. Darüber hinaus sehen wir es kritisch, etwas übergangsmäßig einzuführen, weil wir aus anderen Bereichen wissen, dass sich Übergänge auch verstetigen können. Wir sehen durchaus die Gefahr, dass aus einer Übergangsregelung eine Dauerregelung wird, was dann dazu führt, dass die Notwendigkeit, den Pflegebedürftigkeitsbegriff einzuführen, dann doch noch weiter heraus gezögert wird oder vielleicht im schlimmsten Fall sogar ganz unter den Tisch fällt.

Sve Heidemarie Hawel (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Selbsthilfe Demenz (DAzG)): Wir begrüßen natürlich, dass künftig nicht nur Module, sondern auch Zeiteinheiten eingekauft werden können. Allerdings geht das Gesetz an dieser Stelle nicht weit genug. Wir wünschen uns, dass das zusätzliche Geld nicht nur für Sachleistungen und als Pflegegeld, sondern auch für die niedrigschwelligen Angebote genutzt werden kann.

SV Fabian Müller-Zetsche (Sozialverband Deutschland (SoVD)): Ich kann mich weitgehend anschließen. Die Leistungsverbesserungen gehen in eine richtige Richtung. Auch dass zunächst die Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alterskompetenz angehoben werden, fin-

den wir gut und richtig. Dass diese in einer Sonderregelung angefügt werden, wird aber nicht zur Übersichtlichkeit der Leistungen im SGB XI beitragen. Zudem handelt es sich um eine Personengruppe, die ohnehin, das sagt schon der Begriff „eingeschränkte Alterskompetenz“, nicht so leicht durch den Paragrafendschub kommt. Die Anhebung vor allem der Leistungen der ambulanten Pflege nur bis zur Pflegestufe II ist offenbar eine politische Entscheidung, die wir fachlich nicht ganz nachvollziehen können. Wir fordern seit längerem die Leistungen der Pflegeversicherung, die über die letzten zehn Jahre massiv an Wert verloren haben, generell anzuheben.

Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD): Meine Frage dreht sich um die Begutachtungsverfahren und richtet sich an den GKV-Spitzenverband und den MDS. Die Bundesregierung will mit der Änderung von § 18 SGB XI eine Strafzahlung einführen, wenn der Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht innerhalb der gesetzlich festgelegten Fristen bearbeitet wird. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag insbesondere vor dem Hintergrund des erklärten Zieles der Bundesregierung, in der Pflege Bürokratie abbauen zu wollen und hinsichtlich der Bewertung des Gesetzentwurfes durch den Normenkontrollrat?

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Wir halten die vorgeschlagene Norm, die Einführung einer „Strafzahlung“ bei einer Fristüberschreitung, für ein Instrument, mittels dessen das zu erreichende Ziel nicht sinnvoll erreicht werden kann. Es ist unser aller Anliegen, dass die Anträge auf Einstufungen nach Pflegebedürftigkeitsgraden möglichst innerhalb kurzer Fristen bearbeitet werden. Hierzu gibt es die Fünf-Wochen-Frist. Schaut man sich die Zahlen an, so stellt man fest, dass sich in den letzten Jahren die Laufzeiten für die Begutachtung und die Entscheidung über die Pflegestufe erheblich verkürzt haben. Sie haben sich teilweise sogar halbiert.

Dieser Trend setzt sich fort. Das heißt, der Prozess läuft bereits. Die Drohung bei Überschreiten der Frist eine Strafzahlung von zehn Euro pro Tag zu erheben, führt zu einem Mehr an Bürokratie. Hier hat der Normenkontrollrat Recht. Es ist ein Vorschlag, der letztendlich dazu geeignet ist, in negativer Hinsicht Rechtfertigungsdruck auszulösen. Viele Fristen, das hat die Erhebung bei den einzelnen medizinischen Diensten und den Pflegekassen gezeigt, konnten aus Gründen, die im Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Angehörigen lagen, nicht eingehalten werden und nicht, weil die Verwaltung unbeweglich ist. Wir schlagen vor, auf die zehn Euro zu verzichten. Allerdings sollte über eine eindeutige Regelung im Rahmen der Berichtspflicht bzw. in der Statistikregelung, die wir vorgelegt haben, der Entwicklungstrend verzeichnet werden. Wir sind fest davon überzeugt, dass sich durch die Veröffentlichung dieser Daten, gegebenenfalls auch durch Unterschiede in den einzelnen Regionen und bei den einzelnen medizinischen Diensten, der Trend zur Einhaltung der Fristen verstetigen wird. Die Strafzahlung ist ein bürokratisches Monster, löst Rechtfertigungsdruck aus und hilft den Betroffenen in keiner Weise.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)): Wir alle haben ein Interesse daran, dass Begutachtungen und Entscheidungen über Pflegestufen zügig erfolgen. Aber ich glaube, dass die Strafgebühr keinen Beitrag zu einer Lösung darstellt. Seitdem es die gesetzlichen Fristen gibt, hat sich die Begutachtungspraxis deutlich verbessert. Seit 2006 ist im ambulanten Bereich die durchschnittliche Laufzeit von 41 auf 24 Tage und im stationären Bereich von 30 auf 15 Tage gesenkt worden. Hier wurden erhebliche Anstrengungen unternommen. Trotzdem gibt es auch Überschreitungen der 28 Tage, die dem MDS von den insgesamt 35 Tagen zugebilligt werden. Die Aufteilung stammt aus der Verwaltungspraxis: 28 Tage für den Medizinischen Dienst und sieben

Tage für die Pflegekassen. Vor dem aktuellen Hintergrund haben wir die Gründe für eine verspätete Begutachtung ausgewertet. Auf der Basis von 150.000 Fällen aus vier großen Medizinischen Diensten können wir feststellen, dass in zehn Prozent der Begutachtungsfälle die Verzögerung durch den Versicherten verursacht wurde. In rund vier Prozent der Fälle befindet sich der Versicherte im Krankenhaus oder in einer Reha-Einrichtung, ein Prozent haben andere dringende Therapeutentermine und 3,2 Prozent sind auf private Gründe zurückzuführen. In 0,6 Prozent der Verzögerungsfälle wurde der Versicherte nicht angetroffen und in 0,8 Prozent der Fälle hat der Versicherte den Wohnort wechselt und ist deshalb nicht zu erreichen. All diese Fälle werden Streit auslösen und zu einer bürokratischen Dokumentation führen, die wir möglichst nicht praktizieren sollten. Trotzdem wollen wir die Laufzeiten weiter senken. Die Überschreitungsgebühr wird aber nicht den Durchbruch bringen. Man könnte überlegen, ob man für die Pflegebedürftigen, die eine sehr schnelle Entscheidung benötigen, die Ein-Wochen-Begutachtungsfrist gelten lassen soll. Sie gilt im Krankenhaus, für die Reha und bei der Palliativpflege und wird in über 95 Prozent der Fälle auch eingehalten. Wenn es ähnliche Fälle im ambulanten Bereich gibt, dann sollte man diese in das Gesetz aufnehmen, um so kurzfristig Leistungen zu ermöglichen. Aus unserer Sicht wird dies durch den Überschreibungsbetrag jedenfalls nicht erreicht.

Abg. Bärbel Bas (SPD): Ich möchte beim Begutachtungsverfahren bleiben. Nach Vorstellung der Bundesregierung sollen künftig auch externe Gutachter beauftragt werden können. Ich möchte den Deutschen Gewerkschaftsbund, ver.di und den GKV-Spitzenverband fragen, wie sie die Regelung zu den externen Gutachtern bewerten?

SV Marco Frank (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir sehen diese Regelung kritisch, weil wir denken, dass man die gutachterlichen Einschätzungen aus einer Hand beibehalten und auf unnötige Konkurrenz verzichten sollte. Es wird ein Lohndruck für die MDK-Gutachter ausgelöst, der verzichtbar ist. Wir sind der Meinung, dass der MDK eine bessere Ausstattung erhalten sollte, so dass sich das Problem erst gar nicht stellt.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir schließen uns größtenteils dem DGB an. Wir haben mit den Medizinischen Diensten der Krankenkassen hervorragende Einrichtungen, die in der Vergangenheit ihren Pflichten sehr gut nachgekommen sind. Wir würden es nicht befürworten, wenn hier eine Konkurrenz geschaffen wird, die eventuell dazu führt, dass der Gutachter vom Auftraggeber beeinflusst wird. Wir sehen an dieser Stelle auch ein Problem der Aufsichtspflicht.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Man muss überlegen, wo das Problem liegt, das es rechtfertigt, eine weitere Säule von anderen, externen Gutachtern aufzubauen. Ich habe nicht den Eindruck, dass wir einen Problembereich haben, der eine solche Antwort zwingend erfordert. Es ist vielmehr die Antwort, die aus der neuen Möglichkeit heraus, mit zusätzlichen, ungewollten Problemen verbunden ist. Insbesondere stellt sich die Frage, ob man zusätzliche Qualitätsrisiken eingeht. Die Begutachtungen durch die Medizinischen Dienste sind die Grundlagen für eine leistungsrechtliche Entscheidung der Pflegekassen. Sie müssen nach einheitlichen Begutachtungsrichtlinien durchgeführt werden. Wenn man meint, man müsste mit anderen Gutachterdiensten in wettbewerbliche Situationen treten, entsteht die Notwendigkeit, die Qualitätssicherung auch auf diese Bereiche auszuweiten. Der Wettbewerbsdruck spricht eigentlich eher nicht dafür, dies zu tun.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Die Frage geht an den Deutschen Gewerkschaftsbund, an die Vereinte Dienstleistungsgesellschaft und auch an den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. Das PNG möchte mit § 72 die ortsübliche Vergütung zu Gunsten der Mindestlohnregelung des Arbeitnehmerentwengesetzes aushebeln. Welche Auswirkungen hat diese Regelung für die Vergütung von Pflegefachkräften in der Praxis?

SV Marco Frank (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Mit der Absenkung des Lohnniveaus bei der Zulassung von neuen Pflegeeinrichtungen vom Niveau der ortsüblichen Vergütung auf das des Mindestentgeltes werden die Lohnkosten enorm gesenkt. Diese Regelung wird in der Branche für großen Druck sorgen. Wir warnen davor. Gerade in ländlichen, strukturarmen Regionen mit geringer Mobilität und geringen Ausweichmöglichkeiten sind die Menschen gezwungen, auch diese Stellenangebote anzunehmen. Wir haben dann die Situation, dass eine neue Form der prekären Beschäftigung losgetreten wird. Dies kann von der Bundesregierung, auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, so nicht gewollt sein. Fachkräfte fehlen nicht nur in der Pflege, sondern auch in anderen Branchen. Die Arbeitskräfte, die im Moment durchschnittlich acht Jahre in der Pflege arbeiten, werden dann entsprechend kürzer in der Pflege verweilen und noch früher von anderen Branchen, die ebenfalls händleringend um Nachwuchs kämpfen, absorbiert werden. Insofern würde das völlig konträr zu den Anforderungen stehen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen und den Fachkräftenachwuchs entsprechend zu erhöhen.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Die Regelung in § 72 hat die Funktion, dass nur mit jenen Einrichtungen ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden kann, die eine ortsübliche Vergütung zahlen. Mit der Ausnahmeregelung wird dem nicht

entsprochen. Es muss nicht mehr geprüft werden, ob der Mindestlohn gezahlt wird. Man hat nun eine Beschäftigtengruppe, bei der man darüber hinwegsehen kann. Hier wird schlichtweg auf ein Prüfungsverfahren verzichtet. Die Kassen haben kein Instrument mehr, um diese Prüfung durchzuführen. Dies führt aber nicht zum Bürokratieabbau, wie in der Begründung ausgeführt. Die Kassen müssten nämlich, weil sich die Mindestlohnregelung nicht auf eine Beschäftigtengruppe, sondern nur auf eine Tätigkeit bezieht, überprüfen, ob die Beschäftigten die Grundpflege oder ob sie eine weitergehende Fachpflege ausüben. Es wäre also ein Bürokratieaufbau. Wir bitten deswegen, von dieser Regelung abzusehen. Dies aber nicht, weil die Regelung ein falsches Signal an die Beschäftigten in diesem Bereich wäre, die dringend gesucht werden, sondern weil das angestrebte Ziel nicht erreicht werden kann.

SVe **Gertrud Stöcker** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe): Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe lehnt die Verknüpfung der ortsüblichen Arbeitsvergütung mit der Mindestlohnregelung ab. Hier werden Pflegefachpersonen ohne Berücksichtigung ihrer beruflichen Qualifikationen einfach nur als Mitarbeiter eingestuft. Deshalb fordern wir, dass zwischen Pflegehilfskräften und Pflegefachpersonen differenziert werden muss, wenn überhaupt Aussagen zum Mindestlohn zu treffen sind.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine ersten beiden Fragen richten sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Görres sowie an die Caritas und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen. Mich würde interessieren, wie Sie die im Gesetzentwurf vorgesehenen Verbesserungen für demenziell erkrankte Menschen und in diesem Zusammenhang insbesondere die bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes vorgesehenen Leistungen für demenziell erkrankte Menschen beurtei-

len? Glauben Sie, dass mit diesen Übergangsleistungen und insbesondere mit der Einbeziehung von Personen der Pflegestufe 0 eine Erprobung erfolgt, die im Sinne einer sukzessiven Vorgehensweise wichtige Erkenntnisse für die künftige Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes erbringt?

SV **Prof. Dr. Stefan Görres**: Ich glaube, dass sich nahezu alle, die eine Stellungnahme zu dieser Frage abgegeben haben, darin einig sind, dass es zu Verbesserungen kommen muss. Ich kann deshalb diese Frage eindeutig mit Ja beantworten. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird von allen gewollt. Wir können aber zum jetzigen Zeitpunkt natürlich nicht die Auswirkungen überprüfen. Es kann durchaus sein, trotz des vorliegenden Umsetzungsberichts, dass es Gründe für eine verzögerte Umsetzung gibt. Dies nehme ich als Wissenschaftler zur Kenntnis. Ich glaube, dass es nur eine Alternative gibt, um zu weiteren Verbesserungen zu gelangen und damit in die richtige Richtung zu gehen. Dies ist die vom Verfahren des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes abgekoppelte Entscheidung, dass es Verbesserungen geben muss. Denn umgekehrt bedeutet dies, dass es keine Verbesserungen geben wird, weder durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der noch nicht eingeführt ist, noch durch Alternativen. Ganz realistisch betrachtet ist dies die einzige Alternative. Ich denke schon, dass es zu Verbesserungen kommen wird. Ich denke auch, dass gerade unter der Berücksichtigung von Verbesserungen in der so genannten Pflegestufe 0 einer Diskussion im Beirat Rechnung getragen wird, die sehr kontrovers und differenziert geführt wurde. Denn es geht in der Analogie um den Bedarfsgrad 1 nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Hier stellte sich die Frage, wie diese Leistungen hinterlegt werden sollen, mit Geld oder Sachleistungen. Dass hier ein Schwerpunkt gesetzt wird, halte ich der Diskussion im Beirat für angemessen. Es ist allerdings im Umsetzungsbericht auf Seite 21 zu lesen, dass die Beantwortung der Frage, welche Wir-

kung die Ausgaben gerade im Bedarfsgrad 1 – in Analogie zur Pflegestufe 0 – zeigen werden bzw. wie das Inanspruchnahmeverhalten auch hinsichtlich der Quantität sein wird, als schwer abschätzbar eingestuft wird. Deshalb kann es durchaus gerechtfertigt sein, im Hinblick auf die tatsächliche Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, zunächst Erfahrungen zu sammeln und diese sorgfältig auszuwerten.

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Zunächst begrüßen auch wir, dass es Leistungsverbesserungen im ambulanten Bereich für die Pflegestufen 0 bis II gibt. Erstmals gibt es eine Pflegesachleistung und wird Pflegegeld für die Pflegestufe 0 gezahlt. Dies ist ein Novum. Allerdings bedauern wir, wie bereits ausgeführt, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in dieser Legislaturperiode seit 2011 eben nicht umgesetzt wurde und dass der Beirat seine Arbeit nicht früher aufgenommen hat, sodass wir schon mit dieser Reform unter Umständen von ersten Schritten hätten profitieren können. Man kann die Leistungsgewährung für die Pflegestufe 0 sicherlich, wie Prof. Görres bereits ausgeführt hat, als Erprobungsphase werten. Allerdings gebe ich zu bedenken, dass für die Erprobungsphase eine wesentliche Voraussetzung fehlt, denn das neue Begutachtungsassessment wurde noch nicht eingeführt. Personen, die heute in Pflegestufe 0 eingestuft sind, sind unter Umständen oder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht identisch mit den Personen, die, wenn ein neues Begutachtungsverfahren existiert, in diesen Personenkreis aufgenommen werden. Deshalb sehe ich durchaus die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen bei der Einbeziehung der Pflegestufe 0 als Erprobungsphase.

SV MD a. D. Rudolf Herweck (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)): Ich kann mich den Ausführungen durchaus anschließen. Also alle, die sich hier zu Wort

gemeldet haben, wollen den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und bedauern, dass er nicht kommen wird. Wir begrüßen natürlich auch, dass es die im Pflege-Neuausrichtungsgesetz vorgesehenen Verbesserungen geben wird. Das haben ebenfalls die meisten betont. Ob die getroffenen Regelungen gewissermaßen als Erprobungsphase gerechnet werden können, ist fraglich. Natürlich wird man Erkenntnisse gewinnen, wenn der Gesetzesentwurf in Kraft treten wird. Es ist natürlich die Frage, wie weit der Erkenntnisgewinn auch im Verhältnis zu künftigen Regelungen reichen wird. Das hat Frau Dr. Fix schon sehr deutlich kritisch angemerkt.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Die nächste Frage betrifft § 18 SGB XI und richtet sich an die Caritas, den Verbraucherzentrale Bundesverband und die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Stellen die in dem eben genannten § 18 SGB XI vorgesehenen Regelungen zur möglichen Beauftragung anderer Gutachter durch die Pflegekassen und die finanzielle Sanktion bei nicht fristgerechter Bescheiderteilung aus Ihrer Sicht ein wirksames Instrument dar, um den Interessen der Antragsteller im Sinne einer zügigen Begutachtung besser gerecht zu werden oder gibt es aus Ihrer Sicht Alternativen zu den vorgeschlagenen Regelungen?

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Grundsätzlich beurteilt der Deutsche Caritasverband die Möglichkeit, dass neben dem MDK auch unabhängige Gutachter zum Einsatz kommen können, als positiv, und zwar zumindest so lange, wie der MDK noch nicht genügend Gutachter hat, um die Fünf-Wochen-Frist einhalten zu können. Dies hat Dr. Pick bereits ausgeführt. In diesem Bereich sind Verbesserungen durchaus noch möglich. Gegenwärtig ist der MDK offensichtlich noch nicht ganz in der Lage, diese Fristen einzuhalten. Insofern wird der Einsatz anderer unabhängiger Gutachter durchaus begrüßt. Allerdings sehen wir die Rege-

lung in § 18 auch kritisch. Denn beim Begutachtungsverfahren bzw. beim Einsatz unabhängiger Gutachter – drei Gutachter sollen dem zu Begutachtenden genannt werden – ist eine Rückmeldefrist von einer Woche vorgesehen, um die Auswahl zu treffen. Wenn drei Gutachter zur Auswahl stehen und die Auswahlfrist eine Woche beträgt, wird sich das Verfahren nicht be-, sondern entschleunigen. Es wird sich noch mehr in die Länge ziehen, ohne dass der Betroffene einen Vorteil davon hat, da er keinen der drei Gutachter kennt. Nützlich könnte das Ganze nur sein, wenn nach dem Prinzip oder dem Kriterium der Geschlechterzugehörigkeit oder auch der kulturellen Identität ausgewählt werden könnte. Das müsste für den MDK aber in gleicher Weise gewährleistet sein. Wir sehen es nicht als sachgerecht an, einen Malus von zehn Euro im Falle der Überschreitung der Begutachtungsfrist zu erheben. Die Regelung wird nicht dazu führen, dass das Verfahren beschleunigt wird. Hierfür gibt es keine Anhaltspunkte. Mit der Säumnisgebühr ist zunächst ein Systembruch verbunden. Es würde erstmalig im Sozialrecht eine Strafzahlung eingeführt und dafür würden auch noch Versichertengelder ausgegeben, die anderweitig sinnvoller eingesetzt werden könnten. Wir würden es deshalb sehr begrüßen, wenn der Zehn-Euro-Malus im endgültigen Gesetz nicht mehr vorgesehen wäre. Sie haben nach Alternativen gefragt. Man könnte es z. B. dem Versicherten ermöglichen, wenn nach Ablauf der Frist kein Gutachter benannt wurde, dass er eigenständig einen unabhängigen Gutachter zu Lasten und auf Kosten der Pflegekasse beauftragen kann.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Wir sollten uns nichts vormachen, denn es wird nicht zur Beauftragung anderer Gutachter kommen, solange die gesetzliche Regelung in der Form ausgestaltet ist. Dass andere Gutachter sinnvoll sind, kann man durchaus bejahen. In manchen Situationen können pflegebedürftige Menschen mit dem MDK-Gutachter nicht einverstanden sein.

Wir wissen auch, dass sich viele Menschen von den MDK-Gutachtern nicht gut behandelt fühlen. Deshalb würde die Konkurrenz das Geschäft beleben. Aber soweit wird es nicht kommen, davon bin ich fest überzeugt. Ich halte die Möglichkeit, vor der Begutachtung zur Auswahl drei Namen genannt zu bekommen, für höchst fragwürdig. Denn der pflegebedürftige Mensch kennt diese Gutachter nicht. Besser wäre es, wenn ein Ablehnungsrecht für den pflegebedürftigen Menschen ins Gesetz aufgenommen würde, damit er, wenn er sich schlecht behandelt fühlt, Konsequenzen ziehen kann. Als ich das das erste Mal von der Zehn-Euro-Strafe gelesen habe, dachte ich, dass dies keinen effektiven Sanktionscharakter hat. Hier müsste man in der Summe ein bisschen höher gehen. Denn wir wissen, dass viele pflegebedürftige Menschen über die bestehenden gesetzlichen Fristen hinaus warten müssen, bis sie begutachtet und endlich eingestuft werden. Deshalb halte ich auch eine Sanktionsregel für erforderlich, da man ansonsten keine feste Fristsetzungen benötigt.

Sve Heidemarie Hawel (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Selbsthilfe Demenz (DALzG)): Ich würde mich hier meinem Vorredner voll und ganz anschließen. Gerade bei der Begutachtung von Demenzerkrankten kommt es immer wieder vor, dass sich die Angehörigen nicht verstanden fühlen bzw. der Demenzerkrankte in seiner Person und in seinem Leiden nicht wahrgenommen wird. Deshalb bin ich dafür, dass die Begutachtung durch andere Gutachter durchgeführt werden kann und dass eine Strafe von zehn Euro gezahlt werden soll, wenn die Frist von fünf Wochen nicht eingehalten wird.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Die nächste Frage richte ich an die Caritas. Sie schlagen in Ihrer Stellungnahme vor, die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen stärker zu flexibilisieren. Wo sehen Sie in der Praxis Probleme und welche Lösungen schlagen Sie vor?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): Der Deutsche Caritasverband spricht sich bezüglich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen für eine Flexibilisierung auch jenseits der Wohngruppen aus. In der Praxis ist jede zuschussfähige Maßnahme auf 2.557 Euro begrenzt. Es kann auch nur die einzelne Maßnahme bezuschusst werden. Wenn aber eine Maßnahme innerhalb einer Wohnung zwei Pflegebedürftigen, beispielsweise einem pflegebedürftigen Ehepaar oder pflegebedürftigen Kindern, zugute kommt, kann der Zuschuss für eine Türverbreiterung oder für den Ausbau des Bades nur einmal gewährt werden. Deswegen haben wir uns schon seit Langem dafür eingesetzt, dass hier eine etwas stärkere Flexibilisierung erfolgt. Wir können uns dem jüngsten Vorschlag des Bundesrats, der sich für eine Höchstzuschussgrenze von 10.000 Euro ausspricht, durchaus anschließen. Dies halten wir für sachlich gerechtfertigt. In unserer Stellungnahme zum Kabinettsentwurf haben wir uns deshalb dem Vorschlag des Bundesrats angeschlossen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Ich möchte mich den Hebammen zuwenden. Meine beiden Fragen richte ich an den Deutschen Hebammenverband, den Bund freiberuflicher Hebammen, den Deutschen Fachverband für Hausgeburtshilfe und den GKV-Spitzenverband. Es würde mich interessieren, ob die derzeitigen Regelungen zur Schwangerschaft und Mutterschaft zeitgemäßer ausgestaltet werden können und wenn ja, wie? Bisher haben versicherte Frauen Anspruch auf Hebammenhilfe. Sollten Säuglinge unabhängig vom Anspruch der Mutter einen eigenen Anspruch auf Hebammenhilfe erhalten, z. B. in Fällen der Adoption, Abwesenheit der Mutter oder Ähnlichem?

SVe **Katharina Jeschke** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Derzeit ist in der RVO geregelt, dass ausschließlich die Mutter einen Anspruch auf Hebammenhilfe hat. Die Hebammenhilfe

ist auch lediglich durch das Wort selbst definiert. Genauer definiert ist die Hebammenhilfe in der EU-Richtlinie, die die Grundlagen für die Hebammenausbildung darstellt, und in den Berufsverordnungen der Länder. Diese legen fest, welche Leistungen die Hebammenhilfe umfasst. Nach EU-Richtlinie und Berufsverordnung ist die Hebammenhilfe die Hilfe für Mutter und Kind. Insofern ist die Auslegung, dass nur die Frau diesen Anspruch hat, etwas zu kurz gegriffen. Im Gesetzentwurf soll geregelt werden, dass der Anspruch auf das Kind übergeht, wenn die Mutter keinen Anspruch hat, ihr der Anspruch entzogen wurde oder wenn die Mutter gestorben ist. Beides halten wir für nicht sachgerecht. Sachgerechter wäre, Anspruch und Leistung für Mutter und für Kind identisch zu regeln.

SVe **Susanne Schäfer** (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland (BfHD)): In unserem Verband sind die Kolleginnen organisiert, die im Eins-zu-eins-Modell arbeiten. Dies ist uns wichtig, weil es die Kolleginnen sind, die mittlerweile zum größten Teil die Geburtshilfe aufgeben mussten. Das ist aber eine andere Baustelle. Wir finden die Überführung in das SGB V modern. Es ist ein erster Schritt und wir freuen uns, dass wir in der Reichsversicherungsordnung von 1911 das Licht ausmachen können. Denn die Hebammenhilfe war der letzte Regelungsbereich in der RVO. Ich möchte einen Punkt ansprechen, der uns fehlt. Das ist die Familienplanung. Wie meine Kollegin bereits sagte, sind die Hebammen in der EU-Richtlinie benannt. Wir beraten bereits in der Familienplanung am Wochenbett bei Mehrgebärenden. Deshalb wünschen wir uns natürlich, dass wir in § 24a SGB V bei der Familienberatung zusätzlich zu den Ärzten benannt werden. Das Thema Adoption ist uns sehr wichtig, da es diesbezüglich bei den Vergütungsverhandlungen immer wieder Diskussionen gab. Es betrifft in der Praxis – Gott sei Dank – nur wenige Fälle. Meines Wissens wurde die Hebammenhilfe im Rahmen der Einzelfallregelung bisher immer über-

nommen, wenn das Kind von der Mutter getrennt war. Das heißt, wir brauchen keine Entweder-Oder-Lösung, sondern wir benötigen einen formulierten Anspruch des Kindes auf Hebammenhilfe. Nach der Regelung im vorliegenden Entwurf würde der Anspruch nur beim Tod der Mutter auf das Kind übergehen. Das wäre natürlich eine Katastrophe. Wir benötigen den Anspruch auch bei einer Trennung, wenn die Mutter krank ist oder wenn Pflegschaft und Adoption anstehen.

Sve Cordula Exner (Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe (DFH)): Wir begrüßen die Überführung der Regelungen in das Sozialgesetzbuch. Allerdings sehen wir in dem vorliegenden Entwurf lediglich die Übernahme der bisherigen Regelungen. Wir würden uns wünschen, dass man die Gelegenheit ergreifen würde, um den sozialen und gesundheitlich präventiven Charakter des Hebammenberufs deutlicher herauszustreichen. Ich kann mich bezüglich des Säuglings meiner Vorrednerin anschließen. Das Kind benötigt einen von der Mutter unabhängigen Anspruch auf Hebammenhilfe. Darüber hinaus fänden wir es sinnvoll, die Hebamme als Primärversorgerin für junge Frauen in der Familienplanungszeit, für Schwangere, Gebärende und Mütter zu benennen. Außerdem würden wir uns wünschen, dass der Vorrang von Physiologie, Prävention und Niedrigschwelligkeit grundsätzlich im Gesetz genannt wird.

Sve Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Die vorliegenden Regelungen gehen schon über eine Eins-zu-eins-Übertragung der RVO in das SGB V hinaus. Beispielsweise wird neu aufgenommen, an welchen Orten eine Entbindung zu Lasten der GKV erfolgen kann. Es ist vorgesehen, dass bei Adoption des Kindes oder beim Tod der Mutter die Leistungen der Hebammenhilfe, die sich auf das Kind beziehen, in einen Anspruch des Kindes übergehen. Es ist außerdem vorgesehen, dass für die Zahlung von Mutterschaftsgeld durch die Krankenkasse

die gleiche Bescheinigung über den mutmaßlichen Entbindungstag verwendet werden kann, die auch der Arbeitgeber verwendet. Damit soll der Verwaltungsaufwand reduziert werden. Das sind nur Beispiele, um zu belegen, dass wir mit den vorgesehenen Regelungen sehr zufrieden sind und sie auch für ausreichend halten. Wichtig ist, dass eine Leistungsbeschreibung durch den G-BA erfolgt.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine nächsten Fragen betreffen die neuen Wohn- und Betreuungsformen und richten sich an Prof. Görres, an die BIVA und die Bundesvereinigung Spitzenverbände Immobilienwirtschaft. Was spricht aus Ihrer Sicht für eine starke Unterstützung der neuen Wohn- und Betreuungsformen? Halten Sie den eingeschlagenen Weg der Unterstützung neuer Wohn- und Betreuungsformen, also besonders den 200-Euro-Wohngruppenzuschlag und das Initiativprogramm zur Sofortunterstützung von Umbaumaßnahmen mit bis zu 2.500 Euro für zielführend?

SV Prof. Dr. Stefan Görres: Die Frage kann ich eindeutig mit „Ja“ beantworten. Sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis wird seit Jahren über Alternativen zu den bestehenden Versorgungssettings diskutiert. Ein Diskussionsstrang, der durchaus positiv beurteilt wird, betrifft neue Wohn- und Betreuungsformen. Deswegen glaube ich, dass dies der richtige Weg ist, zumal durch diese Initiative erstmalig die Möglichkeit besteht, im besten Sinne des Wortes neue Wohn- und Betreuungsformen auszuprobieren. Eine Evaluation ist vorgesehen. Ich glaube, dass selbst Personen, die eher dem stationären Bereich zugewandt sind, die Zukunft nicht nur in der stationären oder nur in der ambulanten Versorgung sehen, sondern auch in Versorgungsformen, die dazwischen liegen. Die neuen Wohn- und Betreuungsformen werden meiner Meinung nach nicht nur unter dem Aspekt der Kostenreduzierung, sondern auch unter

dem Aspekt des selbstbestimmten Lebens deutlich innovative Impulse setzen.

SV Dr. Rolf Strohecker (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V. (BIVA)): Die BIVA hat gegen neue Wohnformen oder gegen die Förderung ihrer Gründung und die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung nichts einzuwenden. Allerdings halten wir es für unverzichtbar, dass der Verbraucher, d. h. der Pflegebedürftige, über die Vor- und Nachteile solcher Wohnformen ausreichend informiert wird. Er muss den Einzug in eine solche Wohnform wollen. Beim Vergleich der stationären mit der ambulanten Pflege, das gilt auch für neue Wohnformen, wird immer auf die sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Pflegekassen höheren Kosten der stationären Pflege hingewiesen. Ob das im Einzelfall wirklich zutrifft, kann man bezweifeln. Jedenfalls sollte der Kostenfaktor für einen Pflegebedürftigen oder seine Angehörigen nicht das einzige Kriterium für eine Entscheidung sein. Wichtig ist, dass es zurzeit für neue Wohnformen weder Mindestanforderungen bezüglich der Räume und der pflegerischen Versorgung noch ein Qualitätsmanagement – für stationäre Einrichtungen eine Selbstverständlichkeit – gibt. Die Einhaltung entsprechender Forderungen der Heimgesetze wird von der Heimaufsicht kontrolliert.

SV Dr. Claus Wedemeier (Bundesvereinigung Spitzenverbände der Immobilienwirtschaft (bsi)): Auch wir begrüßen die Förderung neuer Wohngruppen. Ob die materielle Ausgestaltung ausreichend sein wird, um das Gewollte zu initiieren, wird die Zukunft zeigen. Allerdings sehen wir einige praktische Probleme bei der Umsetzung sowie Hemmnisse, diejenigen zu finden, die den entsprechenden Wohnraum zur Verfügung stellen. Ich möchte vier Punkte nennen. Erstens bedauern wir, dass die Förderung einseitig auf neue Wohngruppen begrenzt ist. Dies ist zwar

in der Ausgestaltung einfacher, aber wir halten es für wichtig, bestehende Wohngruppen zu erhalten und gegebenenfalls auch zu fördern. Zweitens, die jetzige Formulierung im PNG beinhaltet eine unzureichende Abgrenzung zum Heimrecht. Es gibt eine Negativabgrenzung mit dem Hinweis auf die freie Wählbarkeit von Pflege- und Betreuungsleistungen, die aber rechtlich und tatsächlich eingeschränkt ist. In der Praxis ist es so, der Verbraucherverband hat ebenfalls darauf hingewiesen, dass die Pflege in der Regel über Pflegedienstleister organisiert wird und dass dadurch in gewissem Sinne die rechtliche Freiheit eingeschränkt ist. Deshalb haben wir in unserer Stellungnahme eine Ergänzung dahingehend empfohlen, dass solche Formen der wohnnahen Dienste nicht ausgeschlossen sind. Das heißt, alles, was über bestehende Grunddienstleistungen hinausgeht, darf nicht durch das PNG ausgeschlossen werden. Drittens sehen wir baurechtliche Hemmnisse. Ihnen ist bekannt, dass bei Wohngruppen ab sieben Personen die Wohnungen als Sonderbauten eingestuft werden können. Das heißt für Wohnungsunternehmensgesellschaften und Genossenschaften, die aus ihrem Bestand solchen Wohnraum anbieten wollen, wird dies zum Teil schwierig werden, weil sie die erhöhten Brandschutzanforderungen nicht werden erfüllen können. Hier sehen wir ein Problem. Wir hoffen auf eine Klarstellung dahingehend, dass für diese Wohngruppen die Personenbegrenzung, die wir teilweise auch bei der Musterbauordnung (MBO) kritisieren, nicht gilt. Viertens haben wir gerade bei der Anbietergruppe der Wohnungsgenossenschaften, die sich besonders bei den innovativen Formen, beispielsweise beim gemeinschaftlichen Wohnen, hervortun, ein steuerrechtliches Hemmnis. Denn wird an Wohngruppen vermietet, deren Personen keine Genossenschaftsmitglieder sind, handelt es sich für sogenannte Vermietungsgenossenschaften um eine nicht steuerbegünstigte Tätigkeit. Das bedeutet, Wohnungsgenossenschaften, denen aus einer nichtsteuerbegünstigten Tätigkeit mehr als zehn Prozent ihres Umsatzes

erwachsen, verlieren ihre Steuerbefreiung. Deswegen wird es vielen Genossenschaften wirtschaftlich gar nicht möglich sein, solchen Wohngruppen ein Zuhause zu bieten. Hier hoffen wir, dass die Mitglieder des Gesundheitsausschusses, aber auch anderer Verbände mit uns darauf hinwirken, dieses steuerrechtliche Hemmnis zu beseitigen.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an Herrn Weisbrod-Frey von ver.di und beschäftigt sich mit dem Versicherungsmodus in der Pflegeversicherung. Die Pflegeversicherung ist im Unterschied zur Krankenversicherung als so genannte Teilkaskoversicherung konzipiert. Das heißt, hohe Eigenanteile der Pflegekosten sind von den pflegebedürftigen Menschen oder dem Sozialhilfeträger zu finanzieren. Hieraus ergeben sich natürlich vielschichtige Probleme, u. a. eine soziale Ungleichheit in den Versorgungschancen. Besteht aus Ihrer Sicht eine Notwendigkeit, das Leistungsniveau der Pflegeversicherung zumindest deutlich anzuheben?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Die Pflegeversicherung ist als eine Teilkostenversicherung konzipiert, deren Erstattungsbeträge in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert wurden. Es hat zwar kleinere Anpassungen gegeben, aber natürlich werden in der Zwischenzeit alle Pflegehaushalte stärker belastet. Am stärksten wirken sich die Belastungen bei den Haushalten mit den niedrigsten Einkommen aus, die relativ hohe Eigenanteile zu zahlen haben. Die Belastungen wirken sich auch bei den Sozialhilfeträgern aus, wenn die Eigenanteile nicht mehr gezahlt werden können. Die Abhängigkeit von der Sozialhilfe nimmt auch zu. Wir sehen, dass in der Zwischenzeit das Ganze zu einer Zweiklassenpflege führt. Denn in einer Reihe von Städten und Kreisen wird dadurch die Wahl der Pflegeheime eingeschränkt. Wir sehen deswegen auch bei der Finanzierungsfrage Handlungsbedarf.

Die solidarische Finanzierung muss gestärkt werden. Für uns ist die steuerliche Finanzierung einer privaten Zusatzversicherung nicht die Lösung des Problems, da dies gerade den Einkommensschwachen nicht zugute kommen würde.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Christian Schad von ABiD. Ich würde gerne wissen, ob die Beibehaltung von § 43a SGB XI der Zielrichtung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen entspricht. Sind Sie der Meinung, dass in diesem Zusammenhang die vorgesehene Bewilligung von ungekürztem Pflegegeld an Tagen, an denen häusliche Pflege geleistet wird, ausreicht?

SV **Christian Schad** (Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e. V. (ABiD)): Wir sind grundsätzlich dafür, dass jeder Mensch mit einer Behinderung sein Leben nach seinem Bedarf selbst bestimmen sollte. Das heißt, dass er, orientiert an seinem Hilfe- und Unterstützungsbedarf, die Pflege erhält und die Teilhabe ermöglicht wird, die es ihm erlauben, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Ob dies nun ambulant, in einem Heim oder in einer Zwischenlösung erfolgt, ist für uns nicht die Frage. Für uns ist wichtig, dass dies alles anhand seiner Bedarfe geregelt werden muss. Deswegen sind wir der Meinung, dass die Menschenrechte, so wie sie in der UN-Behindertenrechtskonvention beschrieben sind, auch in Deutschland umgesetzt werden müssen. Ich erinnere daran, dass die Konvention seit drei Jahren ratifiziert ist. Hinsichtlich des Gesetzentwurfs sind wir sehr enttäuscht, weil es keine Weiterentwicklung im Vergleich zu 1995 und auch nicht zum Neuentwicklungsgesetz von 2008 gibt. Wir sind nach wie vor der Meinung, dass die Leistungen zu gering bemessen sind und dass der Leistungsumfang für alle Behinderungsarten besser definiert werden muss. In diesem Zusammenhang kommen wir wieder zum Pflegebegriff, den man nicht

isoliert betrachten kann. Er muss vielmehr im Kontext der anderen Leistungen der Sozialgesetzbücher gesehen werden, weil das Leben nicht nur aus der Pflege, sondern auch aus noch anderen Dingen besteht. Dies wurde überhaupt nicht beachtet. Leider kam es mir in der heutigen Diskussion etwas befremdlich vor, dass wir immer über Pflegeheime reden, obwohl ambulant vor stationär unsere deutliche und in unserer Verfassung beschriebene Forderung ist. Nach wie vor steht die ambulante Versorgung des Menschen nicht so stark im Vordergrund wie die Versorgung im stationären Bereich.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Ich möchte ver.di nach den Beschäftigungsverhältnissen in der Pflege fragen. Der Pflegebereich gilt als Wachstumsmotor. Eine wissenschaftliche Studie hat jüngst gezeigt, dass der Beschäftigungszuwachs im Pflegebereich vor allem auf die Zunahme von Teilzeitbeschäftigungen zurückzuführen ist. Welche Erkenntnisse liegen Ihnen zu den Beschäftigungsstrukturen in der Altenpflege vor, und welcher Handlungsbedarf ergibt sich hieraus?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Bei den Gesundheitsberufen gibt es immer einen relativen großen Teilzeitbeschäftigtenanteil, der derzeit bei 43 Prozent liegt. Wir haben aber das Problem, dass wir gerade in der Altenpflege einen weitaus höheren Teilzeitanteil haben. Wenn wir in der Zukunft ausreichend Fachkräfte haben wollen, muss dieser Teilzeitanteil erhöht werden. Er liegt derzeit im ambulanten Bereich bei 71 Prozent und im stationären Bereich bei 59 Prozent. Interessant sind die Gründe, die für eine Teilzeitbeschäftigung genannt werden. Hier haben wir immer noch eine Spaltung zwischen Ost und West. In den westlichen, alten Bundesländern geben 69 Prozent der Teilzeitbeschäftigten an, dass persönliche und familiäre Pflichten sie von einer Vollbeschäftigung abhalten. Hier existiert sicherlich außerhalb der Pflegeversicherung

noch entsprechender Handlungsbedarf, um die Fachkräfte der Zukunft zu sichern. In den neuen Bundesländern ist es immerhin fast die Hälfte der Teilzeitbeschäftigten, die angibt, keine Vollzeitstelle zu finden. In den neuen Ländern ist die Kinderbetreuung aus historischen Gründen oft noch besser geregelt. Aber auch hier gibt es ein großes Problem. Ich denke, es müssen bessere Rahmenbedingungen geschaffen werden, wenn in Zukunft genügend Fachkräfte zur Verfügung stehen sollen.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Zur Finanzierung habe ich eine Frage an ver.di, den DGB, den SoVD und an Prof. Dr. Rothgang. Gute Pflege braucht Zeit und deshalb kostet gute Pflege Geld. Welche Anforderungen sind an eine solidarische Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu stellen, damit die Finanzierung auf einer stabilen und gerechten Grundlage steht?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Natürlich kostet gute Pflege Geld, das von den Versicherten aufgebracht werden muss. Es stellt sich natürlich die Frage, welche Leistungen finanziert werden sollen. Es ist notwendig, dass in der Pflege deutlich wird, dass nicht nur Leistungen zum Ausgleich der körperlichen Einschränkungen finanziert werden müssen, sondern dass auch die Teilhabe finanziert werden muss. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde bereits angesprochen. Hier gelten die gleichen Bedingungen, wie wir sie im Behindertenbereich langsam erhalten, nämlich Inklusion und nicht nur die Aufbewahrung in den Einrichtungen. Ich glaube, dass die Gesellschaft in sehr starkem Maße zur Finanzierung bereit ist, wenn wir deutlich machen, dass im Alter und bei Pflegebedürftigkeit jeder eine gute Pflege erhält. Die Bereitschaft, eine solidarische Absicherung aus allen Einkünften zu finanzieren, ist in Deutschland besonders groß, um auch in Zukunft eine

Pflege für sich selber, entsprechend seinen Wünschen zu erhalten.

SV Marco Frank (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir finden, dass Leistungsausweitungen überfällig sind. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, wir haben es gehört, liegt seit drei Jahren vor. Darum geht es im Wesentlichen, wenn wir von der Pflegereform im Bereich der Versorgung sprechen. Die Einnahmen der Pflegeversicherung müssen zwingend erhöht werden. Dies muss sozial gerecht geschehen, d. h. entsprechend gegenfinanziert sein. Wir haben von Prof. Rothgang gehört, dass es sich um drei bis vier Milliarden Euro handeln wird. Zur Verfügung stehen momentan 1,1 Milliarden Euro. Vor diesem Hintergrund fordert der DGB, dass die Einnahmehasis der Pflegeversicherung im Umlagesystem für alle Personengruppen und Einkommensarten geöffnet wird und nicht nur das Arbeits-einkommen herangezogen wird. Die Beitragsbemessungsgrenze muss angehoben werden. Ein finanzieller Ausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung ist aus unserer Sicht unumgänglich. Mit dem vom DGB präferierten Modell der Bürgerversicherung wäre eine gerechte und nachhaltige Finanzierung aller notwendigen Leistungen in der Pflege durchaus möglich.

SV Fabian Müller-Zetsche (Sozialverband Deutschland (SoVD)): Ich kann mich weitgehend auf das Gesagte stützen und dies auch unterstützen. Nach unserer Einschätzung ist die Pflegeversicherung eingeführt worden, um das individuelle Risiko der Pflegebedürftigkeit, das oft zu tragischen Einzelverläufen führt, auf gesamtgesellschaftliche Schultern zu stellen. Es gibt ein großes Verständnis dafür, dass sich Jedermann nach seinen Möglichkeiten an dieser Aufgabe beteiligt. Deswegen setzen wir uns dafür ein, die solidarische Finanzierung weiter auszubauen und zu stärken. Wir meinen, dass die aktuelle Beitragssatzanhebung um 0,1 Prozent bei Weitem nicht ausreicht. Eine regelgebun-

dene, echte, harte Dynamisierung der Leistungen ist im Moment gar nicht vorgesehen. Wir haben eine sehr vage Regelung mit Kann-Bestimmungen und vielen Prüfungen. Setzt sich die derzeitige Entwicklung weiter fort, das haben wir mehrfach gehört, dann werden die Kosten bedeutend höher sein. Kurzfristig können wir uns eine moderate Anhebung der Beitragssätze und der Beitragsbemessungsgrenze sowie einen Finanzausgleich zwischen den unterschiedlichen Systemen vorstellen. Langfristig setzen wir uns für eine Pflegebürgerversicherung ein. Wir meinen, und bestimmte Gutachten – auch das von Prof. Rothgang – bestätigen dies, dass man dadurch den Beitragssatzanstieg über die nächsten Jahrzehnte zumindest beherrschbar machen könnte.

SV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Die Frage war eine kurze, aber allumfassende Frage. Man könnte an dieser Stelle über die Finanzierungsseite sprechen – das Stichwort Bürgerversicherung wurde einige Male genannt. Ich möchte aber den Gedanken der Leistungsdynamisierung in den Vordergrund stellen. Es ist ein großes Manko des Gesetzentwurfs, dass über die Leistungsdynamisierung keine Aussagen gemacht werden. Der jetzt vorliegende § 30 SGB XI schreibt vor, dass alle drei Jahre geprüft werden soll, ob eine Anpassung erforderlich ist und ob die wirtschaftliche Lage dies erlaubt. Die Anpassung erfolgt aber allenfalls in Höhe der Inflation und auch nur dann, wenn die Lohnentwicklung nicht darüber hinausgeht. Das heißt, wir haben mehrere Prüfaufträge und eine sehr weiche Regelung. Was wir brauchen, ist eine regelgebundene Anpassung, bei der in regelmäßigen Abständen automatisch eine Anpassung erfolgt. Diese Regel muss an makroökonomische Entwicklungen, zum einen an die Preissteigerung und zum anderen an die Lohnentwicklung, anknüpfen. Da wir die Kaufkraftstabilität sichern sollen, müssten wir prüfen, welches die Hauptkostenfaktoren in der Pflege sind. Dies sind in erster Linie die Personalkosten. Deshalb wäre eine automatische Anpassung über die Formel: zwei

Drittel allgemeine Lohnentwicklung und ein Drittel allgemeine Preissteigerungsrate aus der Inflation, eine Möglichkeit, die Kaufkraft sicherzustellen. Wenn dieser Prozess wirklich automatisiert wäre, dann müssten wir nicht alle drei Jahre darüber reden, was zur Sicherstellung der Kaufkraft zu unternehmen sei. Dies würde ich mir dringend wünschen. Allerdings werden dazu im Gesetz keine Aussagen getroffen. Bei der nächsten Reform wird dies aber sicherlich wieder auf der Tagesordnung stehen.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an den Allgemeinen Behindertenverband in Deutschland, an Herrn Kaffenberger vom VdK Deutschland und an die Volkssolidarität, Herrn Dr. Spieler. Welchen Zusammenhang sehen Sie zwischen der UN-Behindertenrechtskonvention, die Teilhabe und Selbstbestimmung zum Ziel erhebt und auch Gesetz ist, und den vorgeschlagenen Veränderungen im SGB XI?

SV **Christian Schad** (Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e. V. (ABiD)): Ich sehe eigentlich zwischen diesen beiden Schriften so gut wie gar keinen Zusammenhang. Die Forderungen, die die UN-Behindertenrechtskonvention deutlich ausdrückt, werden im Gesetzentwurf nur teilweise angesprochen. Es gibt keinen richtigen Ansatz, um das Problem für einen pflegebedürftigen oder teilhabebedürftigen, behinderten Menschen zu lösen. So können wir es eigentlich nicht schaffen, die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland adäquat umzusetzen.

SV **Jens Kaffenberger** (Sozialverband Deutschland (VdK)): Im Grunde genommen ist die UN-Behindertenrechtskonvention eins zu eins auf den Kreis pflegebedürftiger Menschen anwendbar. Denn letztlich sind alle pflegebedürftigen Menschen behinderte Menschen im Sinne des SGB IX. Damit ist eine große Zielvor-

stellung durch die UN-Behindertenrechtskonvention formuliert. Diese müsste im Grunde genommen die Leitlinie für den gesamten Pflegebereich sein. Es geht dabei insbesondere um Teilhabe und Selbstbestimmung, um selbstbestimmtes Wohnen und Leben in der Gemeinschaft und um ambulant vor stationär. Es wurde bereits mehrfach angesprochen, dass noch viele Baustellen vorhanden sind. Letztlich muss das Leitbild, das wir bereits in der Eingliederungshilfe und für Menschen mit Behinderung haben, auch für ältere Menschen gelten. Hier ist sicherlich noch sehr viel zu tun.

SV **Dr. Alfred Spieler** (Volkssolidarität (VS)): Im Wesentlichen kann ich mich Herrn Kaffenberger anschließen. Ich sehe zwei große Schwerpunkte. Ein Schwerpunkt ist aus meiner Sicht, dass man in der Pflege eine Gleichstellung von Menschen mit Behinderung zu sichern hat. Hier gibt es eine Reihe von Defiziten, die heute teilweise angesprochen wurden. Ich verweise auf § 43a SGB XI. Es gibt noch weitere Baustellen, doch diese ist am offensichtlichsten. Außerdem geht es um die Problematik der gesellschaftlichen Teilhabe. Sicherlich würde Vieles in die richtige Richtung gehen, wenn es gelingen würde, den Pflegebedürftigkeitsbegriff deutlich zu verändern und einen Paradigmenwechsel herbeizuführen. Wir müssen weg von der somatischen Beeinträchtigung. Alle Pflegebedarfe müssten auf gleicher Ebene so behandelt werden, dass niemand benachteiligt wird.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE.): Meine zweite Frage richtet sich an die BAG der Freien Wohlfahrtspflege. Es wurde bereits mehrfach darüber gesprochen, dass es für Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz Verbesserungen geben soll. Auch pflegebedürftige Kinder haben eine Einschränkung der Alltagskompetenz. Sind Sie der Meinung, dass dieser Aspekt im Gesetzentwurf hinreichend berücksichtigt wurde oder sind diese Kinder in der Novelle noch nicht

hinreichend genug bedacht und welche Vorschläge hätten Sie diesbezüglich?

SVe Erika Stempfle (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Meines Erachtens gehören auch pflegebedürftige Kinder, z. B. mit einer geistigen Behinderung, zum Personenkreis nach § 45a. Wenn das so ist, dann gelten auch für diese Kinder die Leistungsverbesserungen des § 123. Sie haben auch gegebenenfalls einen Anspruch auf häusliche Betreuung nach § 124. Wir denken, pflegebedürftige Kinder sind umfänglich durch die Regelungen erfasst.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Ich möchte zu den Änderungen bei der Hebammenhilfe zurückkommen und die Vertreterin von GreenBirth fragen. Sicher sind wir uns alle einig, dass die Überführung aus der Reichsversicherungsordnung ins SGB V überfällig war. Zudem wurden weitere Änderungen vorgenommen. Wie schätzen Sie diese zusätzlichen Änderungen ein? Sind diese sachgerecht und ausreichend?

SVe Irene Behrmann (GreenBirth): Die Gesetzesüberführung betrifft zunächst die Hebammenhilfe. Aus Elternsicht, das ist der Grund, warum ich heute hier bin, geht es selbstverständlich um eine optimale Versorgung der Eltern und insbesondere der Frauen in einer bestimmten Lebensphase – nämlich die Lebensphase, in der sie ein Kind bekommt und austrägt. Wir müssen erkennen, dass in den letzten 100 Jahren umfängliches Wissen zur Entwicklung von Kindern, zur Geburt und zur Kindheitsphase hinzugekommen ist, und dass es in keinem Fall ausreicht, z. B. nur an jene Kinder zu denken und diese in die Versorgung mit einzubeziehen, die den Verlust der Mutter hinnehmen müssen. Jedes Kind muss einen Anspruch auf eine adäquate Hebammenversorgung, wie es z. B. in Kliniken bei der Geburt auch selbstverständlich und abrechnungsfähig ist, haben. Dies ist eine Selbstverständ-

lichkeit und darum sollte nicht mehr geringen werden müssen. Nach meiner Auffassung gibt es derzeit durch die finanzielle Ausstattung der ambulanten und der klinischen Geburtshilfe eine klare Steuerung. Ich nenne nur zwei Beispiele: Eltern, die ihr Kind außerklinisch bekommen möchten, müssen die Rufbereitschaftspauschale selbst zahlen. Dies benachteiligt auf jeden Fall Eltern, die das erforderliche Geld nicht haben und lenkt die Geburt in die Krankenhäuser. Zudem ist nicht einzusehen, dass Hebammen, die außerhalb der Klinik arbeiten, eine solch hohe Haftpflichtversicherung – ab Juli 4.242 Euro – bezahlen und diese Summe auf die Gebühren, die die Eltern zahlen, umlegen müssen. Dies ist ein unhaltbarer Zustand. Wenn für die Versorgung von alten und behinderten Menschen verlangt wird, dass ambulant vor stationär gehen soll, dann müsste dieser Grundsatz für die Familiengründungsphase verstärkt gelten.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine ersten Fragen drehen sich um die Finanzierung und gehen an Prof. Rothgang. Im Pflege-Neuausrichtung-Gesetz ist eine Beitragssatzerhöhung von 0,1 Prozentpunkten geplant. Ich würde gern von Ihnen wissen, wie lange nach Ihrer Schätzung die Finanzierung ausreicht, um die bisherigen aber auch die durch das PNG neu geschaffenen Leistungsansprüche zu finanzieren? Sie haben bereits die Dynamisierung als dringend notwendig angesprochen. Wo sehen Sie die Gefahren und was passiert, wenn Leistungen nicht ausreichend dynamisiert werden? Schwächt dies die Kaufkraft oder führt dies indirekt zu Leistungskürzungen? In diesem Zusammenhang wurde bereits die Bürgerversicherung in Kombination mit der Dynamisierung angesprochen. Wie bewerten Sie unser grünes Konzept, zur Finanzierung der Pflege die Pflegebürgerversicherung einzuführen?

SV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Die Berechnungen des PNG gehen davon aus,

dass die neuen Leistungen ausfinanziert sind – ich habe keinen Anlass, daran zu zweifeln – und dass die Pflegeversicherung bis 2014 oder 2015 mit dem vorhandenen Geld auskommt. Auch daran möchte ich nicht zweifeln – ob 2014 oder 2015 ist letztlich unerheblich. Das Problem ist, dass in der Pflegeversicherung derzeit keine Vorsorge für eine Dynamisierung der Leistungen getroffen wurde. Es existieren keine finanziellen Reserven für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, durch den wohl drei bis vier Milliarden zusätzlich Ausgaben entstehen werden, wenn er ordentlich umgesetzt wird. Wenn wir diese beiden Punkte berücksichtigen, dann stellen wir fest, dass wir mit der geplanten Beitragssatzanhebung nicht weit kommen werden und dass wir über eine Finanzreform nachdenken müssen. Auf die Finanzreform, das Stichwort Pflegebürgerversicherung ist schon mehrfach gefallen, möchte ich näher eingehen. Ich halte das Konzept der Pflegebürgerversicherung, wie es von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgeschlagen wurde, wie es aber auch von anderen Parteien und auch vom DGB angedacht wird, für zielführend. Eine Pflegebürgerversicherung zielt zunächst darauf ab, dass die gesamte Bevölkerung in eine Versicherung integriert wird und dass die bisher bestehenden Ungerechtigkeiten zwischen den verschiedenen Versichertengruppen beseitigt werden. Die Ungerechtigkeiten bestehen in Bezug auf die Herkunft des Einkommens, d. h. ob es Arbeits- oder Kapitaleinkommen ist. Dies ist sicherlich der wichtigste Punkt. Zwei weitere Elemente sind zentral. Das Eine ist die Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkommensarten, eben auch um die Ungerechtigkeiten zu beseitigen. Das Zweite ist die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, damit es nicht zu neuen „komischen“ Umverteilungswirkungen kommt, wenn nur im unteren Teil weitere Einkommen berücksichtigt werden. Deshalb wird die Bürgerversicherung gewährleisten, dass wir Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten beseitigen, dass wir die Finanzierungsbasis stabilisieren, dass wir das strukturelle Defizit, das wir im Moment in

der Finanzierung der Kranken- und der Pflegeversicherung haben, weil unsere Bemessungsgrundlage langsamer wächst als das Sozialprodukt, endlich beseitigt bekommen. Dadurch wäre es möglich, die Pflegebürgerversicherung langfristig zu finanzieren. Der Beitragssatzanstieg würde moderat ausfallen und im Jahre 2050 im Bereich von drei Beitragssatzpunkten liegen. Ich denke, das wäre ein Weg, den wir gehen könnten. Das ist ein Ausgaben- und ein Beitragssatzvolumen, das wir der Pflege zubilligen sollten und das wir mittel- und langfristig benötigen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage dreht sich um die ortsübliche Vergütung. Die Frage geht an den DGB. Jeder spricht davon, den Beruf der Pflegefachkraft attraktiver zu gestalten. Sehen Sie vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels die Aufhebung der Bindung an die ortsübliche Vergütung als geeignetes Instrument, um den Beruf wirklich attraktiv zu gestalten? Wenn Sie das nicht so sehen, würde mich interessieren, warum nicht? Welche Regelungen befinden sich Ihrer Ansicht nach im PNG, die dem Fachkräftemangel aktiv begegnen?

SV **Marco Frank** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir sind der Meinung, dass zur Sicherung des Fachkräftebedarfes weiterhin sichergestellt werden muss, dass Pflegeeinrichtungen eine Arbeitsvergütung zahlen, die dem Lohnniveau im jeweiligen wirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Umfeld entspricht. Durch die Absenkung vom Niveau der ortsüblichen Vergütung auf die Mindestentgeltregelungen bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen entsteht natürlich ein gewaltiger Lohndruck. Vor dem Hintergrund entsprechender Renditeerwartungen wird dieser Lohndruck an die einzelnen Einrichtungen weitergegeben. Insofern warnen wir eindringlich davor, diese Regelung so umzusetzen. Denn wir würden damit erneut eine Dimension prekärer Beschäftigung schaffen. Leidtra-

gende wären sicherlich die Beschäftigten in den strukturell benachteiligten Regionen, die in dieser Situation am wenigsten ausweichen könnten. Diese haben nicht die Anzahl und die Auswahl an Pflegeheimen, die bequem erreichbar sind. Ich spreche hier insbesondere von den Regionen Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, wo viele ältere Menschen betroffen sind und wo es eine relativ übersichtliche Anzahl an Pflegeeinrichtungen gibt. Insofern greift dieses Gesetz hinsichtlich der Sicherstellung der Fachkräfte oder der Bekämpfung des Fachkräftemangels aus unserer Sicht viel zu kurz. Es wird im Gegenteil die Situation noch verschärft.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage beschäftigt sich mit den Wohngruppen, den zusätzlichen Leistungen und der Anschubfinanzierung. Ich möchte den Deutschen Verein ansprechen. Das Wohngruppenmodell hat sich gerade für an Demenz erkrankten Menschen sehr bewährt, da die Kleinräumigkeit und die personelle Bindung diesen Menschen viel Sicherheit bietet. Hierzu gibt es wirklich gute praktische Beispiele und Erfahrungen. Umso mehr hat es uns erstaunt, dass die zusätzlichen Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen nur Personen erhalten sollen, die als Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI eingestuft sind. Menschen mit einer dementiellen Erkrankung, die noch keine Pflegestufe haben, werden explizit ausgeschlossen. Wir sind der Auffassung, dass es sich hier rächt, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff noch nicht eingeführt worden ist. Wie bewerten Sie die Tatsache, dass gerade die von den Wohngruppen profitierenden Demenzkranken von den Fördermöglichkeiten der ambulanten Wohngruppen ausgeschlossen werden?

SVe **Dr. Edna Rasch** (Deutscher Verein für öffentliche und private Vorsorge): Der Deutsche Verein hat die Flexibilisierung und in diesem Sinne auch die Wohn-

gruppen grundsätzlich befürwortet. Allerdings hat er auch angemerkt, dass die Begrenzung, die Sie angesprochen haben, ein deutliches Manko darstellt. Wir fordern eine entsprechende Erweiterung und regen an, den Personenkreis in § 38a SGB XI-Entwurf um die Personengruppe nach § 123 SGB XI-Entwurf zu erweitern. Im Übrigen sehen wir die Flexibilisierungsbestrebungen im PNG mit geteilter Freude – das haben viele Sachverständige ebenfalls bereits angedeutet. Wir regen dringend an, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bald einzuführen und den Weg der Einzel- oder Teillösungen nicht weiter zu verfolgen. Langfristig muss der Weg eines persönlichen Budgets weiter verfolgt werden, damit man wirklich zu individuellen Leistungen kommt, ohne das System des SGB XI weiter zu bürokratisieren und zu zersstückeln.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage betrifft die pflegenden Angehörigen. Meine Frage möchte ich an die Caritas stellen. Die Entlastung pflegender Angehöriger ist uns ein ganz großes Anliegen. Die im PNG eingeführte Regelung zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege in Vorsorge- und in Reha-Einrichtungen soll der Entlastung pflegender Angehöriger dienen. Wie bewerten Sie diesen Ansatz und leistet er auch wirklich einen ausreichenden Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger? Welche weiteren Regelungen bietet das PNG zur Entlastung pflegender Angehöriger und welche weiteren Maßnahmen, die im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens noch berücksichtigt werden sollten, halten Sie für sinnvoll?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): Wir bewerten die Möglichkeit, dass pflegende Angehörige künftig ihre Pflegepersonen zu den Kuren werden mitnehmen können, grundsätzlich als positiv. Allerdings glauben wir nicht, dass die Regelung sehr stark in Anspruch genommen werden wird, weil die meisten pflegenden Personen auch eine Auszeit

benötigen und deshalb sicherlich andere Lösungen bevorzugen werden. Im Sinne der Wahlfreiheit sollte es aber aus unserer Sicht diese Möglichkeit geben. Die zweite im PNG vorgesehene Maßnahme zur Entlastung pflegender Angehöriger ist die Fortgewährung des Pflegegeldes, wenngleich auch nur in halber Höhe, während der Dauer der Kurzzeit- oder der Ersatzpflege. Wir bedauern natürlich, dass die Fortgewährung nur in hälftiger Höhe erfolgt und nicht analog § 34 SGB XI für die ersten vier Wochen, beispielsweise bei Krankenhausaufenthalt oder bei Reha-Aufenthalt, geregelt werden soll. Das dürfte aber dem engen finanziellen Rahmen der Pflegeversicherung geschuldet sein. Wir hätten uns natürlich noch weitere Maßnahmen vorstellen können. Diese wären aber wahrscheinlich mit den zur Verfügung stehenden 1,1 Milliarden Euro, wenn ich das Leistungsvolumen insgesamt betrachte, nicht zu finanzieren gewesen. Ich will diese aber dennoch nennen: Ein großes Anliegen ist es uns, dass in der Ersatzpflege die Wartefristen von sechs Monaten endlich ersatzlos gestrichen werden. Wir können uns auch gut vorstellen, dass im Einzelfall die Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt über die möglichen vier Wochen hinaus verlängert werden kann, wenn dies medizinisch geboten ist. Schließlich, um noch eine weitere kleinere Maßnahme zu nennen, könnten wir uns gut vorstellen, dass die Kurzzeitpflege nach Pflegestufen in den Leistungssätzen gestaffelt wird. Bisher ist ein einheitlicher Leistungssatz gültig. Dann könnten die Pflegebedürftigen der Pflegestufe III in stärkerem Maße von dieser Leistung profitieren.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage beschäftigt sich mit dem Thema Ehrenamt. Ich frage die AWO. Wie stehen Sie zu der Regelung im PNG, dass ehrenamtlich arbeitende Personen, wenn sie ergänzend allgemeine Pflegeleistungen übernehmen, eine Aufwandsentschädigung erhalten sollen? Sehen Sie im Hinblick auf die

Vergütung und auf die Einsatzfähigkeit den Grundgedanken des Ehrenamtes verletzt?

SV **Claus Bölicke** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO)): Aus Sicht der AWO ist das Ehrenamt ein wichtiger Baustein bei der Betreuung pflegebedürftiger Menschen. Ehrenamtlich Tätige sollten auch eine entsprechende Anerkennung erhalten. Allerdings ist das Ehrenamt aus unserer Sicht ein ergänzendes, zusätzliches Angebot, das eben nicht bereits finanzierte Leistungen der Pflegeversicherung beinhaltet. Das heißt, die allgemeinen Pflegeleistungen sind Bestandteil der Pflegeversicherung, werden durch diese finanziert und entsprechend durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen erbracht. Aus unserer Sicht kommt es durch diese Regelung zu einer Vermischung von professioneller Dienstleistung und Ehrenamt. Wir befürchten, dass hier der Tendenz Vorschub geleistet wird, Fachkräfte, die entweder zu teuer sind oder die man nicht findet, durch vermeintlich preiswertere ehrenamtliche Kräfte zu ersetzen. Insofern sehen wir nicht, dass dem Grundgedanken des Ehrenamtes an dieser Stelle Rechnung getragen wird.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage betrifft die häusliche Betreuung als ambulante Sachleistung und geht ebenfalls an die AWO. Die Möglichkeit, künftig häusliche Betreuungsleistungen zu erhalten, klingt zunächst gut – ich beziehe mich hierbei auf den neuen § 124 SGB XI. Betrachtet man die Regelung allerdings etwas näher, dann wird klar, dass die Inanspruchnahme dieser Leistung nur dann möglich ist, wenn die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind. Welche Umsetzungsprobleme bei der häuslichen Betreuungsleistung sehen Sie, wenn das Nachrangprinzip bestehen bleibt?

SV Claus Bölicke (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO)): Natürlich ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass eine Leistungsausweitung und -aufwertung geplant ist. Aber dadurch, dass die Betreuungsleistung nach § 124 Bestandteil der Sachleistung nach § 36 mit dem Vorrang von Pflege- und Hauswirtschaft wird, fragen wir uns natürlich, welche Mittel letztendlich tatsächlich für die neue Betreuungsleistung zur Verfügung stehen. Denn wir wissen, dass bereits jetzt das Geld für Sach- und Pflegeleistungen sowie für Grundpflege und Hauswirtschaft knapp bemessen ist und eigentlich eine Anhebung notwendig wäre. Wenn nun eine Anhebung erfolgt und gleichzeitig mit dieser Anhebung eine neue Dienstleistung finanziert werden muss, glauben wir, dass die Mittel insgesamt knapp bleiben. Der Vorrang führt dann vielleicht dazu, dass dieses Mehr an Geld für die Sachleistung, für die notwendige Ausweitung der Leistungen im Bereich Grundpflege und Hauswirtschaft aufgebraucht wird. Dann bleibt letztendlich für die Betreuungsleistung nichts mehr übrig.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich will auf die Hebammenhilfe eingehen. Meine Fragen gehen an den Deutschen Hebammenverband. Wir sind uns alle einig, dass es wichtig ist, die Hebammenhilfe endlich ins SGB V zu überführen. Es stellt sich aber die Frage, ob wir auch den modernen Ansprüchen gerecht werden. Der GKV-Spitzenverband hat verdeutlicht, dass ein strukturiertes Leistungsverzeichnis erforderlich ist. Was halten Sie von diesem Vorschlag? Warum ist es bislang auf dem Verhandlungsweg nicht zu einem solchen Verzeichnis gekommen? Warum ist es Ihnen mit Blick auf die Qualitätssicherung so wichtig, dass die Definition der Hebammenhilfe analog der EU-Richtlinie erfolgt?

SV Armin Octavian Hirschmüller (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Die Forderung des GKV-Spitzenverbandes, ein

einseitiges Leistungsverzeichnis zu erstellen, hat uns überrascht, da dies nicht der Systematik des § 134a SGB V entspricht. Nach dem Willen des Gesetzgebers legt § 134a fest, dass auch die Leistungen vertraglich zu vereinbaren sind. Der GKV-Spitzenverband verkennt hierbei die vertragliche Partnerschaft. Sofern keine Einigung im Rahmen der Vertragsverhandlungen zu erzielen ist, steht den beiden Parteien der Weg in die Schlichtung offen. Insoweit ist dies in § 134a abschließend und ausreichend geregelt. Wenn der GKV-Spitzenverband es nun für nötig erachtet, vertragliche Diskrepanzen oder Uneinigkeiten an den Gesetzgeber weiterzugeben und sich nicht in der vorgegebenen Verfahrensweise weiter auseinandersetzen möchte, halten wir dies für nicht systemkonform. Denn die Diskrepanzen und Uneinigkeiten in öffentlich-rechtlichen Vertragsverhältnissen können nicht durch eine einseitige behördliche Privilegierung überwunden werden.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände ansprechen. Pflege passiert vor Ort in den Kommunen. Sehen Sie durch das PNG die Strukturen vor Ort gestärkt? Welche Maßnahmen müssen ergriffen werden, um die Kommunen bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe gerade im Bereich Versorgung und Pflege zu unterstützen?

SVe Dr. Irene Vorholz (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Ich möchte ad hoc zwei Punkte nennen, bei denen ich im PNG die kommunale Infrastruktur betroffen sehe: Das sind erstens die Pflegestützpunkte, an denen das SGB XI weiterhin festhält. Zu diesen sollen jetzt, möglicherweise als Konkurrenzangebot, neue Beratungsstellen, für die es Beratungsgutscheine geben soll, eingerichtet werden. Diese haben aber keinen kommunalen Bezug. Hier fordern wir zum einen, dass es kein Konkurrenz-

angebot geben sollte und zum anderen, dass die neuen Beratungsstellen in die kommunale Infrastruktur eingebettet werden. Das Zweite sind die ambulant betreuten Wohngruppen. Hier halten wir es für dringend erforderlich, diese nicht von oben aufgesetzt als quasi neues Investitionsprogramm der Pflegekassen vorzusehen, sondern sie in Abstimmung mit der vor Ort zuständigen Kommune zu installieren. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zur Einbindung und Abstimmung mit der kommunalen Seite Vorschläge unterbreitet, die wir für richtig halten.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Sie haben beim Thema der Fünf-Wochen-Frist bzw. der Zehn-Euro-Strafe die Möglichkeit ins Spiel gebracht, mittels Richtlinien die Transparenz bei der Pflegebegutachtung zu erhöhen, weil dies unter Umständen zielführender sei als die Strafe von zehn Euro. Es interessiert mich Ihre Einschätzung, ob der vorliegende Entwurf ausreicht, um die gewünschte Transparenz herzustellen oder ob noch Änderungsbedarf besteht? Wie schätzen Sie die Genehmigungsfähigkeit durch das Gesundheitsministerium ein? In welcher Form soll die Aufbereitung der aus den Statistiken gewonnenen Informationen der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Der Entwurf entsprechender Statistik-Richtlinien liegt seit Februar diesen Jahres dem Bundesgesundheitsministerium vor. Es wird Sie nicht verwundern, dass wir den von uns formulierten Inhalt natürlich für genehmigungsfähig halten. Allerdings haben wir noch keine Rückmeldung darüber, ob die Kolleginnen und Kollegen im BMG dies genauso einschätzen wie wir. Uns ist wichtig, deutlich zu machen, wie die Begutachtungspraxis unter zeitlichen Gesichtspunkten in den verschiedenen Regionen aussieht. Dies soll über die Statistik-Richtlinien nach

einer einheitlichen Systematik geschehen. Es wird dargelegt, innerhalb welcher Fristen und Intervalle die Begutachtungen durchgeführt und die leistungsrechtlichen Entscheidungen getroffen werden sollen. Es soll transparent gemacht werden, in welchen Regionen es Defizite gibt, das heißt wo und aus welchen Gründen notwendige Entscheidungen nicht in der vorgegebenen Frist getroffen werden. Wir können uns vorstellen, dass diese Ergebnisse sowohl von den Medizinischen Diensten als auch von den Pflegekassen und vom GKV-Spitzenverband der Öffentlichkeit entsprechend zugänglich gemacht werden. Sie sollten für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sowie die interessierte Öffentlichkeit leicht einsehbar sein. Ich glaube, damit löst man einen Prozess aus, der im Ergebnis das bewirkt, was wir gemeinsam wollen. Er wird weder problematische Wirkungen zeigen noch bürokratische Probleme aufwerfen, wie es die angedachte Strafzahlung tun wird.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich möchte auf die externen Gutachter zurückkommen. Nachdem wir erfahren haben, dass ver.di und der DGB das Patronat über die MDK-Belegschaften übernommen haben und sowohl die Selbsthilfe als auch Frau Dr. Fix die Chancen erläutert haben, würde mich nun die Position des BPA und der Diakonie zu diesem Themenfeld interessieren. Insbesondere frage ich: Wie bewerten Sie diese Maßnahmen im Hinblick auf das Ziel, die Bearbeitungszeiten der Anträge zu verkürzen und damit die Fünf-Wochen-Frist einzuhalten?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA)): Wir finden, dass Wettbewerb nicht schädlich, sondern an dieser Stelle förderlich ist. Es geht doch darum, mit diesen Alternativen dafür zu sorgen, dass die Frist tatsächlich eingehalten wird. Wenn ich kein Schlupfloch lasse, habe ich durch die Möglichkeit, externe Gutachter zu beauftragen, eben auch die Möglichkeit, inner-

halb der vorgegebenen Bearbeitungsfrist fertig zu sein. Das halten wir durchaus für vernünftig. Es geht nicht nur um die Begutachtungszeit, sondern es geht auch um die Zeit von der Antragstellung bis zum Bescheid. In dieser Zeit warten die Pflegebedürftigen. Dass diese etwas Geld erhalten, um zwischendurch die Versorgung zu organisieren, halte ich für durchaus angemessen. Wenn diese Regelung dazu dient, dass man dem eigentlichen Ziel näher kommt, halten wir sie für gut. Wir bitten aber zu berücksichtigen, wer die Auftraggeber sind. Die Auftraggeber sind nämlich die Pflegekassen und diese werden zunächst versuchen, ihre eigenen Gutachter einzusetzen.

Sve Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD)): Wir halten die Regelung der Beauftragung externer Gutachter auch für sinnvoll, wenn sie dazu dient, dass zum einen die Fünf-Wochen-Frist eingehalten bzw. verkürzt werden kann. Zum anderen könnte es dann auch möglich sein, dass bei einer verkürzten Frist die endgültige Pflegestufe bestimmt wird. Hier sehen wir nämlich einen großen Nachholbedarf, weil eine vorläufige Pflegestufe nicht immer zielführend ist, um ein Pflegearrangement zu planen. Wir halten auch bei einer verkürzten Frist von einer oder zwei Wochen die Einstufung in eine endgültige Pflegestufe für sinnvoll. Allerdings tun wir uns mit der Unabhängigkeit der zusätzlichen Begutachter etwas schwer. Diese müssten auch wirklich unabhängig sein. Die Unabhängigkeit ist für uns eine wichtige Zielsetzung und hier müsste gegebenenfalls nachjustiert werden. Die Wahlmöglichkeiten von drei Gutachtern sehen wir sehr ambivalent. Durch die Wahlmöglichkeit kann die Frist verlängert werden, innerhalb derer eine Begutachtung stattfindet und eine Entscheidung fällt. Außerdem denken wir, dass es für die pflegebedürftigen Menschen oder die Versicherten, die einen Antrag stellen, oft sehr schwierig sein wird, sich für einen der drei Gutachter zu entscheiden. Insofern sind wir eher skeptisch.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den MDS, die Medicproof GmbH und an den Bundesverband unabhängiger Pflegesachverständiger. Mich interessiert vor allen Dingen die Hebung der vorhandenen Reha-Potenziale. Künftig soll jedem Antragsteller zusammen mit dem Gutachten eine Reha-Empfehlung ausgehändigt werden. Mich interessiert die bisherige Praxis und die Befähigung der begutachtenden Kräfte, Reha-Potenziale zu erkennen.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)): Wir sind alle daran interessiert, die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation auszuschöpfen. Ich persönlich bin aber skeptisch, ob diese zusätzlichen Informationen dem Ziel wirklich dienlich sind. Die Qualifikation der Gutachter stellen wir dadurch sicher, dass unsere Pflegefachkräfte, die überwiegend die Begutachtung durchführen, auch in Fragen der Rehabilitation geschult werden. Zudem beziehen wir konsularisch Ärzte des medizinischen Dienstes in die Entscheidung über die Rehabilitation mit ein. Ich weise hierauf ausdrücklich hin, weil dies auch einen Bezug zu den externen Gutachtern hat, da die externen Gutachter ebenfalls diese Anforderungen erfüllen müssen. Sie müssen sowohl die Pflegebedürftigkeit feststellen als auch die Reha-Möglichkeiten einschätzen können. Wir haben trotzdem bei der medizinischen Rehabilitation eine relativ niedrige Empfehlungsquote. Diese liegt im Durchschnitt bei einem Prozent, bei bestimmten Indikationen, z. B. Schlaganfällen, liegt sie aber deutlich höher. Wir haben darüber hinaus viele Empfehlungen, die sich auf andere, der Rehabilitation naheliegende Leistungen beziehen. Wir haben eine Empfehlungsquote bei den Erstgutachten von ungefähr zehn Prozent für die Krankengymnastik. Bei der Ergotherapie liegt sie bei zwei Prozent, bei Sprachstörungen bei 1,2 Prozent und bei der Hilfsmittelversorgung bei 20 Prozent. Unsere Einschätzung ist, dass wir mehr über die Ausgestaltung der medizinischen Rehabi-

litation nachdenken müssen. Denn meistens scheitert bei älteren Menschen die medizinische Rehabilitation an deren Bereitschaft, wirklich in eine Rehabilitation zu gehen. Deshalb benötigen wir niedrigschwellige Angebote, bei denen die genannten Maßnahmen, Ergotherapie oder Krankengymnastik, in eine neue Vernetzung gebracht werden. Sie machen hier wieder den Versuch, durch Vorschriften und Auflagen bei der medizinischen Rehabilitation höhere Empfehlungen zu erzeugen. Wir sind skeptisch, dass dies erfolgreich ist, denn wir haben dies bereits mehrfach versucht. Wir würden eher empfehlen, gerade bei der Begutachtung nicht so eng auf die medizinische Rehabilitation zu zielen, sondern einen breiteren Ansatz zu wählen. Vor allen Dingen sollte klar sein, dass die medizinische Rehabilitation, insbesondere die geriatrische, zu meist dann erfolgreich ist, wenn sie an akuten Ereignissen ansetzt. Nach einem Schlaganfall, einem Sturz oder einem Krankenhausaufenthalt ist die Motivation und die Bereitschaft, in eine medizinische Reha zu gehen, sehr groß. Aus der Häuslichkeit heraus aber nicht. Deshalb müssen wir mehr in die Häuslichkeit hinein gehen. Hierzu benötigen wir ein niedrigschwelligeres Angebot als die Komplexleistung Reha. Dann können wir mehr bewegen.

Sve Dr. Ulrike Diedrich (Verband der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung (Medicproof)): Die Ausführung von Dr. Pick kann ich eigentlich nur unterstreichen. Der Unterscheidung zwischen einer komplexen Rehabilitationsmaßnahme im Sinne einer medizinischen Rehabilitation und der Anwendung von langfristigen Heilmitteln wird mit diesem Gesetzentwurf nicht entsprochen. Es geht tatsächlich darum, dass man einem Antragsteller eine langfristige Heilmittelverordnung ermöglicht, wobei aber medizinische Rehabilitation im eigentlichen Sinne zum Zeitpunkt der Begutachtung oftmals schon erfolgt ist. Insofern haben wir auch bei der Empfehlung der medizinischen Rehabilitation eine ähnliche Quote wie der MDK.

Wir haben noch den Vorteil, dass wir für die Begutachtung bislang ausschließlich Ärzte einsetzen. Diese sind in der Feststellung von Rehabilitationsbedarf geschult. Trotzdem muss man auch bedenken, dass die Verordnung von Rehabilitation im Bereich der niedergelassenen Ärzte eine besondere Qualifikation voraussetzt, die natürlich unsere begutachtenden Ärzte auch nicht mitbringen.

Die Vorsitzende: Der Bundesverband der unabhängigen Pflegesachverständige ist nicht mehr anwesend.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Mich interessiert im Zusammenhang mit § 113 SGB XI und zum weiteren Verfahren der Messung der Ergebnisqualität im stationären Bereich die Meinung des BPA und der Liga der Wohlfahrtsverbände. Der GKV-Spitzenverband sagt in seiner Stellungnahme, dass die Vertragsparteien bereits an einer gemeinsamen Umsetzung arbeiten. Ist dies zutreffend?

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA)): Wir haben ein großes Interesse daran, dass die Ergebnisqualität sowohl bei der Bewertung von Pflege als auch bei der Darstellung in der Öffentlichkeit in den Vordergrund tritt. Insofern ist es richtig, dieses Mal so zu beginnen, dass wir zunächst die Qualitätsmaßstäbe nach § 113 vereinbaren und dann zu den Regelungen in den §§ 114 und 115 kommen. Wichtig wäre aber trotz allem ein klares Signal, dass in § 115 eben auch eine Regelung geschaffen wird, die beispielsweise die Ergebnisse von Herrn Bingenfeld in der Umsetzung ermöglicht, das heißt, dass wir ein indikatoren gestütztes System als Systemwechsel tatsächlich einführen können. Dies darf nicht an gesetzlichen Vorgaben scheitern. Insgesamt erfolgt die Umsetzung aber nicht besonders schnell. Wir befürchten im Moment, dass auf Grund der vielen Prüfaufträge alles auf die lange Bank geschoben wird. An dieser Stelle

würden wir uns Unterstützung erhoffen. Wir haben deshalb vorgeschlagen, in § 113 eine Frist bis Ende Juni 2013 festzuschreiben, damit es bis dahin klare Regelungen innerhalb der Selbstverwaltung gibt. Ansonsten halten wir es für notwendig in § 115 zu ermöglichen, dass bei der Qualitätsberichtserstattung ein Systemwechsel möglich ist, damit auch tatsächlich über die Messung von Ergebnisqualität auf der Grundlage eines indikatorengestützten Modells verhandelt und auch umgesetzt werden kann.

Sve Erika Stempfle (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Wir können uns im Prinzip dem BPA anschließen. Der Herr Mauel hat den Gesprächs- oder Verhandlungsstand mit dem GKV-Spitzenverband skizziert. Uns ist es wichtig, dass wir auch wirklich in § 113 Nummer 4 den Auftrag vom Gesetzgeber erhalten. Wir begrüßen dies sehr und wir finden es auch wichtig, dass eine Regelung in § 115 Absatz 1a erfolgt.

Abg. Erwin Rüdell (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zum Themenkomplex Betreuungsdienste an den BPA. Mit Modellvorhaben können neue Betreuungsdienste erprobt werden. Diese sollen speziell für dementiell erkrankte Pflegebedürftige Leistungen erbringen. Welche speziellen Leistungen erbringen Betreuungsdienste, die Pflegedienste nicht erbringen? Haben sich die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI, die künftig auch in der Tagespflege eingesetzt werden können, bewährt? Ist die neue Regelung praxisgerecht?

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA)): Nach unserer Auffassung sind die Regelungen in § 87b, das heißt die zusätzlichen Betreuungsleistungen über zusätzliche Kräfte in den stationären Einrichtungen, die jetzt vorgesehen sind, auch für die Tagespflege ein Gewinn. Das haben die Erfahrung und die Praxis in den stationären Einrichtun-

gen seit 2008 gezeigt. Wir waren seinerzeit sehr froh darüber, dass die zusätzlichen Betreuungskräfte kurz vor Verabschiedung des Gesetzes noch Eingang in das Gesetz gefunden haben. Wir sehen, dass es zu deutlichen Verbesserungen der Betreuungssituation in den stationären Einrichtungen gekommen ist. Wir begrüßen es deshalb auch außerordentlich, dass diese Leistungen auf den teilstationären Bereich, also auf die Tagespflege, übertragen werden. Wir halten es auch für sachgerecht, dass es vom Referenten- zum Gesetzesentwurf nochmals eine Änderung hinsichtlich der Möglichkeit gegeben hat, auch geringfügig Beschäftigte für diese Tätigkeit vorzusehen. Wir würden uns allerdings wünschen, dass hier noch eine stärkere Anpassung an die Spezifika der Tagespflege erfolgt. Legt man eine durchschnittliche Tagespflegegröße zugrunde, sind dies ca. 18 Tagespflegebetreuungsplätze. Bei einer durchschnittlichen Auslastung von 80 Prozent kommt man in etwa auf eine zehnstündige Betreuung pro Woche, wenn man davon ausgeht, dass ca. 50 Prozent dementiell erkrankte Menschen sind, die einen Anspruch auf diese Leistung haben. Da aber die Tagespflege ein sehr wahlorientiertes Angebot ist und deshalb die Besucher von Tagespflegeeinrichtungen regelmäßig wechseln, also nicht an jedem Wochentag in der Tagespflege zugegen sind, wird es sehr schwierig sein, das vom Gesetzgeber vorgesehene Betreuungsverhältnis von eins zu 25 mit einer sinnhaften Umsetzung in der Praxis auszugestalten. Deshalb wäre unser Vorschlag zu konkretisieren, dass für die Tagespflegeeinrichtungen der Betreuungs-schlüssel bei einer Anwesenheit von mindestens ein Mal in der Woche ausreicht, um den wechselnden Personenkreis und dem zusätzlichen Betreuungsangebot Rechnung tragen zu können. Ansonsten befürchten wir, dass zumindest an einzelnen Tagen dieses Angebot nicht vorgehalten werden kann. Sie hatten noch nach den Betreuungsdiensten gefragt. Die Regelung zu den Modellversuchen für die Erprobung von spezifischen Betreuungsdiensten halten wir für obsolet. Wir sind der Auffassung, dass Pflegedienste auch

als Betreuungsdienstleister in Erscheinung treten können. Im Hinblick auf die Qualifizierung des Personals wird es aber Umstrukturierungen geben, weil Betreuungsleistungen im ambulanten Sektor bisher nicht zur Regelleistung gehörten. Aber vom Grundsatz her sind ambulante Pflegedienste in der Lage, das gesamte Spektrum, das über die Neuregelung als Betreuungsleistung im ambulanten Sektor eröffnet wird, ganzheitlich abzudecken. Das gilt sowohl für Grundpflege und Hauswirtschaft als auch für die Betreuungsleistungen. Wir halten es für mehr als zweckmäßig, dass beide Varianten, sowohl die Regelleistung, so wie sie bisher besteht, als auch die Betreuungsleistung erbracht werden können. Wir sind der Auffassung, dass es aus fachlicher Sicht mehr als richtig ist, dieses in die Hände der Pflegedienste, die entsprechende Qualifikationen nachweisen und zugelassen sein müssen, zu legen. Es sollte darauf verzichtet werden, die Erprobung von Betreuungsdiensten, die keine anderen Leistungen erbringen als die ambulanten Pflegedienste, nachregulierend ins Gesetz aufzunehmen.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Ich möchte die Flexibilisierung von Leistungen in den Blick nehmen. Deswegen richtet sich meine Frage an das Diakonische Werk, die Deutsche Caritas und den BPA. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Vertragsparteien verpflichtet werden, alternative Vergütungsregelungen entweder nach Zeitaufwand oder unabhängig davon zu kalkulieren. Mich würde interessieren, wie Sie diese geplanten Neuregelungen insbesondere mit Blick auf den Betroffenen bewerten?

SVe **Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD)): Wir halten Ihre Zielsetzung, pflegebedürftigen Menschen mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei der inhaltlichen und zeitlichen Zusammenstellung von individuell gewünschten Hilfeleistungen zu öffnen, für sehr sinnvoll. Wir halten es

auch für sinnvoll, dass die Menschen eine größere Wahlfreiheit erhalten sollen. Wir fragen uns aber, ob die vorgesehenen Regelungen zum Ziel führen werden. In § 89 sagen Sie, dass künftig zwei Vergütungssystematiken vereinbart werden sollen, nämlich eine Vergütungssystematik nach Komplexleistungen und eine nach Zeitleistungen. Wir halten es durchaus für sinnvoll, Vergütungen nach Zeitleistungen zu vereinbaren und könnten uns dazu vorstellen, dass das Komplexleistungssystem um die Zeitleistungselemente oder die Zeitleistungseinheiten erweitert wird. Wir halten aber eine Vereinbarung von zwei Vergütungssystematiken und eine Gegenüberstellung im Pflegevertrag nicht für wirklich zielführend. Wir denken, dass die Vereinbarung von zwei Vergütungssystematiken und die Gegenüberstellung der einzelnen Leistungen im Pflegevertrag einerseits den älteren Menschen Wahlmöglichkeiten eröffnen, dass aber andererseits die Unübersichtlichkeit dadurch erhöht wird. Deshalb halten wir die vorgesehene Regelung für relativ problematisch. Wir halten auch Ihre Gesetzesbegründung für problematisch. Denn Sie sagen einerseits, dass Sie eine Abkehr von der Minutenpflege wollen, sagen aber andererseits auch, dass die Zeiteinheiten nach Minuten getaktet werden sollen. Wir denken, die Zeiteinheiten sollten mindestens im 15-Minuten-Rhythmus getaktet sein. Wir denken, dass man Komplex- und Zeitleistungen im Pflegevertrag nicht gegenüberstellen kann. Bei der Komplexleistung wird eine Leistung vereinbart, bei der Zeitvergütung steht die Zeit im Vordergrund. Wir schlagen deshalb vor, dass Sie § 89 entweder unverändert lassen oder dass Sie eine Veränderung in § 89 Absatz 2 vornehmen. Denn man kann bereits nach der gegenwärtigen Regelung Zeiteinheiten verabreden. Wir schlagen weiter eine stärkere Beratung in § 120 Absatz 3 vor. Durch die Gegenüberstellung der Leistungen im Pflegevertrag entstehen unnötige Bürokratiekosten. Sie sprechen in der Gesetzesbegründung von laufenden Mehraufwendungen in Höhe von 360 Millionen Euro. Das sind Mehrkosten, die wir für absolut nicht gerechtfertigt halten.

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Ich schließe mich den Ausführungen von Frau Stempfle an. Ich möchte nur ein kurzes Fazit ziehen. Der Vorschlag des Deutschen Caritasverbandes ist es, die Zeitkontingente, die eingekauft werden können, auf die Betreuungsleistungen und auf hauswirtschaftliche Versorgung zu beschränken, und im Übrigen die Kann-Regelung in § 89 Absatz 3 wirken zu lassen, um zu sehen, wie dies von den Betroffenen in der Praxis angenommen wird. Eine kleine Ergänzung habe ich noch hinsichtlich der Gegenüberstellung von Komplexleistungen und Zeitkontingenten, wie sie in § 120 SGB XI zum Pflegevertrag gefordert wird. Wir halten es für absolut erforderlich, dass für den Pflegevertrag kürzere Kündigungsfristen vorgesehen werden. Wenn der Betroffene merkt, dass er sich in der Auswahl der Leistungen, die er als Zeit- oder Komplexleistungen eingekauft hat, vertan hat, muss eine Kündigung unabhängig von einer Änderung seines pflegerischen Zustandes möglich sein. Wir schlagen als pragmatische Lösung für den Fall, dass an der Gegenüberstellung festgehalten werden sollte, vor, dass der Pflegevertrag zum Quartalsende gekündigt werden kann.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA)): Ich kann mich auch weitgehend Frau Stempfle und Frau Dr. Fix anschließen. Ich würde gerne den Fokus auf die gegenwärtige Regelung in § 89 werfen. Diese sieht bereits vor, dass sowohl als auch vereinbart werden kann. Das heißt, es können sowohl Leistungskomplexe als auch Zeitleistungen vereinbart werden. Es gibt nach den bestehenden gesetzlichen Regelungen unterschiedliche Möglichkeiten. Bisher gibt es aber so gut wie keine Zeitvereinbarung. Sie existieren für den Hauswirtschaftsbereich nur in drei Bundesländern. Für die Grundpflege wurde dies aus fachlichen Gründen auf der Ebene der Verhandlungspartner in den Bundesländern bisher immer für nicht geeignet gehalten. Wenn jetzt die Zielrichtung ist, insbesondere für den Personenkreis, der künftig wahrscheinlich

überwiegend die Betreuungsleistung in Anspruch nehmen wird, eine Leistung nach Zeitkontingenten vorzusehen, weil die Betreuungsleistung sicherlich auch deutlich schwerer abzugrenzen ist als die Grundpflege und die Hauswirtschaft, dann halten wir das für nachvollziehbar, für richtig und erstrebenswert. Nach der gegenwärtigen Regelung können die Verhandlungspartner für diesen Teil aber bereits Zeiteinheiten vereinbaren. Man könnte an der Stelle natürlich das Gesetz nochmal präzisieren, so wie dies in Teilen bereits vorgeschlagen wurde, und spezifisch für die Betreuungsleistung die Vereinbarung von Zeiteinheiten vorsehen. Sollte dies aber nicht im Fokus des Gesetzgebers stehen, halten wir den vorgeschlagenen Termin, 1. Januar 2013, zu dem die Betreuungsleistungen ins Gesetz einfließen und die Umsetzung der Regelung nach § 89 erfolgen soll, für nicht erreichbar. Das ist ein so kurzer Zeitraum, der, wie die kalkulierte Summe der Bürokratiekosten, die überwiegend durch die aus dieser Gesetzesänderung resultierenden Verhandlungen entstehen, geschuldet ist. Denn sämtliche Verträge mit den Pflegebedürftigen und sämtliche Verträge zwischen allen Pflegekassen und Pflegediensten in Deutschland müssten geändert werden. Das ist innerhalb des vorgegebenen Zeitfensters nicht umsetzbar. Am Ende des Tages wird die Gegenüberstellung von Leistungskomplexen und Zeitvergütungen den Pflegebedürftigen eher verwirren, aber nicht seiner Wahlmöglichkeit und der Flexibilität dienen. Die Betreuungsleistung wäre eine neue Leistung. Dafür gibt es bisher keine Leistungskomplexe. Wenn diese spezifisch ebenfalls nur in einer Stundenvergütung bei dem Pflegedienst abzurufen wären, dann hielten wir das für sachgerecht.

Abg. Stefanie Vogelsang (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zu den Kooperationsverträgen an die KBV, den GKV-Spitzenverband und an Herrn Meunier. Wir haben schon jetzt die Möglichkeit, Modellverträge zur Kooperation in der Versorgung von geriatrischen Pati-

enten abzuschließen. Nun sieht der Gesetzentwurf der Bundesregierung eine flächendeckende Einführung vor. Mich würde interessieren, wie die Wahrscheinlichkeit eingeschätzt wird, dass diese Kooperationsverträge auch ohne eine gesetzliche Verpflichtung geschlossen werden? Denn wir haben alle zur Kenntnis genommen, dass die Modellprojekte, obwohl sie Einsparungen für die Kassen gebracht haben, am Ende immer an der Finanzierung gescheitert sind.

SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir halten die etwas stärkere, stringendere Verpflichtung im Gesetzentwurf für zielführend und sind zuversichtlich, dass dies zu einem guten Ende führt. Das heißt, dass in absehbarer Zeit mehr Kooperationsverträge geschlossen werden. Darüber hinaus haben wir in unserer Vertragswerkstatt im letzten Jahr ein Versorgungskonzept zur ärztlichen Teambetreuung in Pflegeeinrichtungen erarbeitet, das wir gerne im Rahmen der Bundesmantelverträge mit den Krankenkassen bzw. mit dem GKV-Spitzenverband im Benehmen mit den Pflegeverbänden vereinbaren würden. Wir glauben, dass dies ein weiterer Schritt ist, um das als richtig erkannte Ziel des Gesetzgebers zu erreichen.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Auch wir halten die stringendere, klarere Formulierung im Gesetzentwurf für eine notwendige und angesichts der faktisch desolaten Verhältnisse, die sich in den letzten Jahren nicht verbessert haben, zwingende Vorgehensweise. Ich will in diesem Zusammenhang einen weiteren Punkt ansprechen. Es wird immer so getan, als sei dies ein Problem der für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Vergütung. Aber ich darf an dieser Stelle daran erinnern, dass bei der Berechnung und der in den letzten Jahren mehrfach vorgenommenen Erhöhung der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung auch der Leistungsbedarf der Bewohnerinnen und Be-

wohner von stationären Pflegeeinrichtungen mit zu Grunde gelegt wurde. Insofern glaube ich, dass es erstens richtig ist, nochmals klar gesetzliche Erwartungshaltungen und Vorgaben zum Ausdruck zu bringen und die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen an ihren Sicherstellungsauftrag, der insgesamt gilt, zu erinnern. Die Frage der Vergütung muss man in dem Kontext sehen, dass man insgesamt eine Vielzahl von Leistungen, die auch zu erbringen wären, bereits in den Kalkulationen der vergangenen Jahre entsprechend mitberücksichtigt hat und weiter dynamisiert.

SV Wolfgang Meunier: Wir haben – Gott sei Dank – bereits eine etwas andere Denkweise im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen. Wenn ich von Finanzproblemen spreche, muss ich überlegen, ob es einen Return of Invest gibt. Ich kann nun erfreulicherweise sagen, dass einzelne Krankenkassen unsere Idee bereits umgesetzt haben und dass andere Krankenkassen daran interessiert sind. Im Übrigen finden wir es erfreulich, dass die Vertragswerkstatt der KBV nunmehr reagiert hat, nachdem der BPA und der Hausärzterverband dieses Konzept bereits seit anderthalb Jahren bearbeiten. Einzelne große Krankenkassen sehen genau, wie viel sie bereits heute für nicht notwendige Krankenhausbehandlungen ausgeben, die gerade auch durch stationäre Pflegeeinrichtungen ausgelöst werden. Letztendlich ist dies natürlich auch ein Verlust an Lebensqualität für die zu versorgenden Patienten, daran sollte man auch denken. Durch die neuen innovativen Elemente, die wir jetzt in dieses Vertragskonzept einbringen, kann an das innovative Denken hinsichtlich der Finanzierung appelliert werden: z. B. vorausplanendes Krisenmanagement für Patienten oder Fallkonferenzen, gemeinsame Fortbildung. Die Einweisung aus Pflegeeinrichtungen kommt durchaus nicht nur nach 22 Uhr oder am Wochenende vor, sondern an ganz normalen Tagen. Hier kann man durch die Gründung von Ärzteverbänden, die regelhaft in einer Region diese Ein-

richtung betreuen, ein neues Element schaffen. Durch die Kooperation haben wir auch die Möglichkeit, in den Pflegeheimen eine Situation herzustellen, die auch für Fachärzte den Zugang und die Verrichtung fachärztlicher Tätigkeiten ermöglicht. Ich kann sehr wohl eine neurologisch-psychiatrische Untersuchung in einer Pflegeeinrichtung durchführen. Ich brauche aber für den Patienten eine geschützte Atmosphäre. Ähnliches gilt für gynäkologische Untersuchungen. Ich will damit nur sagen, dass wir hier eine Menge innovativer Elemente zu bieten haben, die letztendlich neben der Steigerung an Lebensqualität für den Patienten auch zu einer Kostendämpfung führen können.

Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Ich komme zum Themenkomplex Hebammenleistungen und habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft und den Deutschen Hebammenverband. Es ist vorgesehen, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft aus der Reichsversicherungsordnung ins SGB V zu überführen. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Maßnahmen? Gibt es aus Ihrer Sicht Probleme mit Detailregelungen und wenn ja, welche?

SVe **Dr. Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Wir haben in unserer Stellungnahme gesagt und ich habe es auch eben schon gesagt, dass die Regelungen über die reine Übernahme aus der Reichsversicherungsordnung hinausgehen und wir die Regelungen für ausreichend und auch zielführend halten.

SVe **Katharina Jeschke** (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Wir haben in unserer Stellungnahme verschiedene Punkte aufgezeigt. Das sind einerseits Punkte, deren Änderung sehr wichtig wäre und andererseits Punkte, die wir gerne auch später geändert haben wollen. Ich möchte auf einen Punkt näher eingehen, den wir, weil wir es so sehr begrüßen, dass

wir ins SGB V kommen, zunächst nicht explizit erwähnt haben. Die Hebammenhilfe muss im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaftsvorsorge klar definiert werden. Das ist eine reine Satzumstellung. Aktuell ist geplant, dass die Frau Anspruch auf ärztliche Schwangerenvorsorge und Hebammenhilfe hat. Wir schlagen vor, dass in diesem Satz die ärztliche Hilfe und die Hebammenhilfe vor der Definition des Anspruchs auf Schwangerenvorsorge nach Mutterschaftsrichtlinien und Prophylaxe zu Karies usw. stehen.

Die **Vorsitzende**: Die Gesellschaft für die Hebammenwissenschaft ist leider nicht anwesend.

Abg. **Angelika Graf** (Rosenheim) (SPD): Ich habe zwei Fragen. Die erste richtet sich an den Deutschen Caritasverband. Sie haben in Ihrer Stellungnahme das Problem beschrieben, dass Einrichtungen für Nichtversicherte, die aber zum Personenkreis des § 45a SGB XI gehören, keine Zuschläge für die zusätzlichen Betreuungskräfte erhalten. Wie lässt sich diese Benachteiligung lösen? Die zweite Frage richtet sich an die AWO. Wie bewerten Sie das im Gesetzentwurf der Bundesregierung geplante, zeitlich befristete Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen? Dass diese Wohngruppen sinnvoll sind, ist völlig unstrittig. Zur zeitlichen Befristung möchte ich Sie fragen, wie Sie diese unter dem Gesichtspunkt der Nachhaltigkeit bewerten?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): In der Tat gibt es immer noch Nichtversicherte in Einrichtungen, die, wenn sie nach § 45a eingestuft sind und weil sie an Demenz erkrankt sind, eigentlich einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen hätten. Hierfür werden Zuschläge aus der Pflegeversicherung gezahlt, die natürlich Nichtversicherten nicht zur Verfügung gestellt

werden können. In unseren Einrichtungen und Diensten leben beispielsweise in einer 80 Personen großen Einrichtung zum Teil bis zu sechs Personen, die nicht in einer Pflegekasse versichert sind, so dass das Problem durchaus in einem größeren Umfang auftreten kann. In unserer Stellungnahme haben wir hierzu einen Lösungsvorschlag unterbreitet. Wir gehen aber davon aus, dass diese Problematik nicht mehr lange bestehen wird, weil letztendlich alle bis dato Nichtversicherten versichert sein müssen. Unser Lösungsvorschlag lautet, in § 87b den Passus zu streichen, der besagt, dass Sozialhilfeträger weder ganz noch teilweise mit den Zuschlägen belastet werden dürfen. Da sie dies im Regelfall ohnehin nicht werden und es sich um einen sehr kleinen Personenkreis handelt, halten wir diese Lösung für sachgerecht.

SV Claus Bölicke (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO)): Das zeitlich befristete Initiativprogramm sehen wir durchaus kritisch. Zum einen halten wir es für fragwürdig, dass das Programm nur mit den knappen Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden soll. Es stellt sich die Frage, ob nicht zusätzlich, ergänzend oder gemeinsam die Städte, Gemeinden und Kommunen z. B. im Rahmen von Städtebauförderungsprogrammen u. ä. einbezogen werden könnten. Auch die zeitliche Befristung sehen wir gerade vor dem Hintergrund der weiter steigenden Zahl von Haushalten mit hilfe- und pflegebedürftigen Menschen sehr kritisch. Wir denken, dass ein befristetes Programm mit knappen Mitteln keinesfalls eine langfristige, nachhaltige Strategie darstellt, die zu einer barrierefreien inklusiven Gesellschaft führt und Teilhabe und Selbstbestimmung fördern kann.

Abg. Petra Crone (SPD): Der vorliegende Gesetzentwurf sieht für den Ausbau der Pflegeberatung keine finanziellen Mittel vor. Deswegen frage ich den GKV-Spitzenverband und die BAGSO, wie sie diese Tatsache vor dem Hintergrund

der Bedeutung der Pflegeberatung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sehen?

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Es ist zutreffend, dass keine Mittel vorgesehen sind. Ich glaube, man muss nochmals deutlich machen, dass die Notwendigkeit besteht, im Gesetzentwurf stärker zwischen der Pflegeberatung nach § 7 einerseits und der Pflegeberatung nach § 7a andererseits zu differenzieren. Die § 7a-Beratung ist als ein Fallmanagement zu verstehen und deshalb auch inhaltlich anders zu bedenken. Ansonsten gehe ich davon aus, dass inzwischen die Strukturen in der Pflegeberatung gut aufgebaut und weiterentwicklungsfähig sind. Dies haben auch von unserem Haus durchgeführte und veröffentlichte Evaluationen gezeigt. Wichtig ist vor allen Dingen, dass inzwischen nahezu alle Kranken- und Pflegekassen entsprechende Beratungsstellen entweder als eigene Beratungsstellen oder im Verbund eingerichtet haben. Es ist ein System entstanden, das für den Pflegebedürftigen der erste Ansprechpartner bei Fragen der Pflege und der Pflegeberatung ist. Dies ist Ergebnis der Studie, die unser Haus durchgeführt hat, und die meines Erachtens ein erstes, sehr positives Zwischenergebnis gebracht hat.

SV MD a. D. Rudolf Herweck (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)): Wir gehen auch davon aus, dass sich inzwischen ein weites Netz an Pflegeberatung entwickelt hat. Wir würden uns natürlich wünschen, dass dieses Pflegenetz auch wirklich flächendeckend vorhanden wäre und dass hierfür nochmals Mittel bereitgestellt werden könnten.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich möchte noch einmal bei AWO und ver.di nachfragen. Es war bereits mehrfach vom Modellvorhaben zur Zulassung neuer Leistungserbringer die Rede. Ich würde gerne wissen, wie Sie dies bewerten. Die Spezi-

alisierung auf häusliche Betreuung und die Modellvorhaben sollen dazu führen, dass neue Leistungserbringer entstehen. Wir haben von den Anbietern privater Dienste gehört, dass dies nicht notwendig sei.

SV Claus Bölicke (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO)): Auch wenn der Gesetzentwurf dies zunächst nur für eine Erprobungsphase vorsieht, sind wir bereits jetzt skeptisch, weil wir denken, dass die Einführung einer neuen Leistungserbringergruppe nicht unbedingt zur Nutzerorientierung beiträgt, sondern zusätzlich weitere Unüberschaubarkeiten für alle Beteiligten bringt. Wir haben über 10.000 ambulante Pflegedienste in Deutschland, die bereits heute eine flächendeckende Versorgung, d. h. qualitätsgesicherte Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und niedrigschwellige Betreuungsleistungen, garantieren können. Insofern erbringen ambulante Dienste durchaus Betreuungsleistungen. Wir befürchten, dass die Einführung einer neuen Gruppe von Leistungserbringern zunächst nur ein Mehr an Bürokratie bedeutet. Wir müssen neue Zulassungs- und Vergütungsverfahren sowie Vertragsverhandlungen usw. durchführen. Wir denken, dass die bereits vorhandenen ambulanten Dienste nach entsprechenden Anpassungen und Ausweitungen durchaus auch Betreuungsleistungen erbringen können. Deswegen besteht aus unserer Sicht kein Bedarf, neue Leistungserbringer zu generieren.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Hinsichtlich des Bedarfs kann ich Claus Bölicke von der AWO weitgehend zustimmen. Ich möchte die Ausführungen im Hinblick auf die in diesen Bereichen Beschäftigten aber noch ergänzen. Wir haben eine Fachkräftedefinition, die weitgehend auch die zu erbringenden Leistungen beinhaltet. In der Zukunft wird es so sein, dass diese Definitionen dadurch unterlaufen werden, dass häufig nur noch

von Kräften die Rede ist, und dass nicht ganz klar ist, wer eigentlich diese Leistungen erbringt. Man kann sich, glaube ich, vorstellen, dass der Erfindungsreichtum sehr groß sein wird und es zu einer Dequalifizierung kommen wird. Ich glaube, dies ist für die Qualität der pflegerischen Versorgung nicht gut. Wir hätten es besser gefunden, aber auch dies wurde bereits gesagt, wenn hier ein Schnitt gemacht und ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt worden wäre. Stattdessen wird immer wieder an bestimmten Punkten nur ausgebessert und eventuell muss man diese Leistungsänderungen vielleicht in einigen Jahren wieder zurücknehmen.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Ich knüpfe an die gerade gemachten Aussagen an. Wer die Stellungnahme des Deutschen Frauenrates gelesen hat, weiß, dass Pflege ohne Pflegende nicht funktioniert. Der Deutsche Frauenrat ist der Meinung, dass der Gesetzentwurf der Deregulierung bei den Arbeitsbedingungen Vorschub leistet, dass er keine Verbesserung der Arbeitsbedingungen als Ziel hat, dass die Gefahr des weiteren Absinkens der Entlohnungsstrukturen in der Pflege gegeben ist, dass damit eine Absenkung des erforderlichen Qualifikationsstandards verbunden ist und Herbert Weisbrod-Frey hat es gerade auch erläutert, dass an vielen Stellen im Gesetzentwurf nur noch von Pflegekräften und nicht mehr von Pflegefachkräften die Rede ist, wobei nicht konkretisiert wird, über welche Qualifikation eine Pflegekraft verfügen muss. Deshalb frage ich nach der Meinung des Deutschen Frauenrats, des DGB und von ver.di. Wie bewerten Sie die Tatsache, dass das PNG vollständig ohne Maßnahmen zur Aufwertung des Pflegeberufes und zur Bekämpfung des Fachkräftemangels auskommt und eigentlich auch keine Vorschläge macht, um die Arbeitsbelastungen in den Pflegeeinrichtungen zu verringern?

Sve Henny Engels (Deutscher Frauenrat (DF)): Ich kann Ihre Ausführungen, Frau

Abg. Rawert, bestätigen. Hinzu kommen noch die Präsenzkkräfte als dritte Kategorie. Wir haben bei der Anhörung des BMG nachgefragt, was diese Kräfte zusätzlich zur Präsenz auszeichnet und was sie tun sollen. Ich möchte an dieser Stelle als Beispiel die neuen Wohnformen aufgreifen, damit deutlicher wird, dass wir durch die Präsenzkkräfte keinen Qualitätssprung haben. Die Wohngruppen sind dann vorgesehen, wenn die familiäre Pflege nicht mehr möglich ist, die stationäre Pflege aber noch nicht eingeleitet werden soll. Die in den Wohngruppen arbeitenden Präsenzkkräfte müssten nach unserer Vorstellung zumindest eine hohe soziale Kompetenz haben, um ein Mindestmaß an sozialem Miteinander in diesen Wohngruppen zu organisieren. Ansonsten kann ich die Menschen auch isolieren. Dann sind es kleine Heime aber ohne den Schutz der Heimgesetze. Wir sehen, dass nichts der Qualitätsverbesserung dient. Wir werden in den nächsten Jahren aber nicht zwingend mit einer Vermännlichung der Pflege rechnen müssen. Die Gehälter werden nicht steigen, die Berufe werden aber dequalifiziert und das Ansehen der Pflegeberufe wird nicht steigen. Dem entspricht auch, das möchte ich noch anmerken, dass in § 9 mit der stolzen Überschrift „Auswirkung von gleichstellungspolitischer Bedeutung“ keine einzige Auswirkung genannt wird, dafür aber Zahlen, wer wo pflegt oder gepflegt wird. Dies wussten wir auch vorher. Wir hätten die Schlussfolgerung aus dieser Beschreibung im Gesetzentwurf gerne wiedergefunden.

SV Marco Frank (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir können uns den Ausführungen anschließen. Ich möchte darauf hinweisen, dass, wenn in dem Gesetzentwurf überhaupt etwas steht, dies nur der Stärkung der familiären Pflege dient. Ich meine damit die rentenrechtliche Anrechnung, die insbesondere auch bei Frauen, die nun mal unbestritten den Hauptteil der Pflege leisten, Anwendung findet. Dem DGB geht dies aber nicht weit genug. Wir hätten gerne, dass eine

Gleichstellung mit den Regelungen zu jenen der Kinderbetreuung erfolgt.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Die Pflege ist ein Frauenberuf. 79 Prozent der beruflich Pflegenden sind Frauen. Wir haben einen relativ geringen Männeranteil. Dieser muss sicherlich erhöht werden. Wir können natürlich dem Frauenrat zustimmen, dass es beim Einkommen nach wie vor einen großen Unterschied zwischen Frauen- und Männerberufen gibt. Wir benötigen einen weiteren Strauß von Maßnahmen, um in den Bereichen Personalausstattung, Arbeitsbedingungen oder Bildung Verbesserungen durchführen zu können. Das sind sicherlich Maßnahmen, durch die in Zukunft das Angebot an Fachkräften gesteigert werden kann. Hierzu findet man leider keine gesetzliche Neuregelung. Ich hoffe sehr, dass in der nächsten Zeit einiges nachgebessert wird. Ansonsten wird man den großen Fachkräftebedarf nicht schultern können.

Die **Vorsitzende**: Ich darf mich ganz herzlich für die Fragen und Antworten sowie Ihr Interesse und Ihre Ausdauer bedanken.