



Wortprotokoll der 20. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 24. September 2014, 15:30 Uhr
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungsaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB
Rudolf Henke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG)

BT-Drucksache 18/1798

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG)

-18/1798-

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 18/2379

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Haushaltsausschuss



- c) Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen - Soziale Pflegeversicherung solidarisch weiterentwickeln

BT-Drucksache 18/1953

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Finanzausschuss

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Spahn, Jens Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Kippels, Dr. Georg Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Blienert, Burkhard Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Bas, Bärbel Freese, Ulrich Hellmich, Wolfgang Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)
 Mittwoch, 24. September 2014, 15:30 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>CDU/CSU</u>		<u>CDU/CSU</u>	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	.....
Henke, Rudolf		Brehmer, Heike	.....
Hennrich, Michael		Dinges-Dierig, Alexandra	.....
Hüppe, Hubert		Eckenbach, Jutta	.....
Irlstorfer, Erich		Kippels Dr., Georg	.....
Kühne Dr., Roy	Lorenz, Wilfried	.....
Leikert Dr., Katja	Manderla, Gisela	.....
Maag, Karin	Nüßlein Dr., Georg	
Meier, Reiner		Pantel, Sylvia	.....
Michalk, Maria		Rupprecht, Albert	.....
Monstadt, Dietrich	Schmidt (Ühlingen), Gabriele	.....
Riebsamen, Lothar		Schwarzer, Christina	.....
Rüddel, Erwin		Steineke, Sebastian	.....
Schmelzle, Heiko		Steiniger, Johannes	.....
Sorge, Tino		Stracke, Stephan	.....
Spahn, Jens	Timmermann-Fechter, Astrid	.....
Stritzl, Thomas		Wiese (Ehingen), Heinz	.....
Zeulner, Emmi	Zimmer Dr., Matthias	.....

*Vofbeck-Kayser
elektrische L*

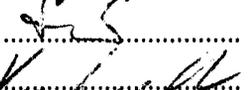
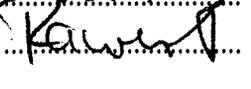
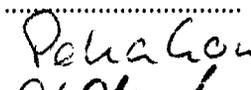
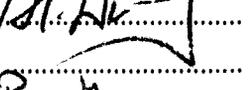
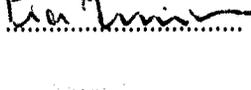
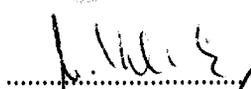
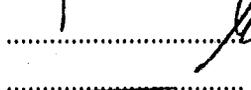
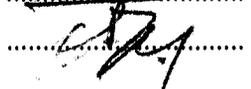
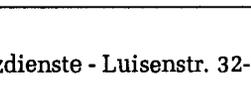
Kopferberg

Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)

Mittwoch, 24. September 2014, 15:30 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

<u>Ordentliche Mitglieder des Ausschusses</u>	<u>Unterschrift</u>	<u>Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses</u>	<u>Unterschrift</u>
<u>SPD</u>		<u>SPD</u>	
Baehrens, Heike 	Bahr, Ulrike	.....
Blienert, Burkhard 	Bas, Bärbel	.....
Dittmar, Sabine 	Freese, Ulrich	.....
Franke Dr., Edgar 	Hellmich, Wolfgang	.....
Heidenblut, Dirk 	Henn, Heidtrud	.....
Kermer, Marina 	Hinz (Essen), Petra	.....
Kühn-Mengel, Helga 	Katzmarek, Gabriele	.....
Mattheis, Hilde 	Lauterbach Dr., Karl	.....
Müller, Bettina 	Tack, Kerstin	.....
Rawert, Mechthild 	Westphal, Bernd	.....
Stamm-Fibich, Martina 	Ziegler, Dagmar	.....
PETRA CROWE 		
<u>DIE LINKE.</u>		<u>DIE LINKE.</u>	
Vogler, Kathrin 	Höger, Inge	.....
Weinberg, Harald 	Lutze, Thomas	.....
Wöllert, Birgit 	Tempel, Frank	.....
Zimmermann, Pia 	Zimmermann (Zwickau), Sabine	.....
<u>BÜ90/GR</u>		<u>BÜ90/GR</u>	
Klein-Schmeink, Maria 	Kurth, Markus	.....
Scharfenberg, Elisabeth 	Pothmer, Brigitte	.....
Schulz-Asche, Kordula	Rüffer, Corinna	.....
Terpe Dr., Harald	Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	.....

öff

Ausschuss für Gesundheit (14)

Mittwoch, 24. September 2014, 15:30 Uhr

Fraktionsvorsitzende:

Vertreter:

CDU/ CSU

SPD

DIE LINKE.

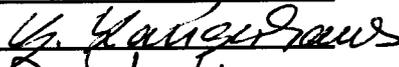
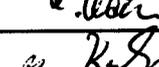
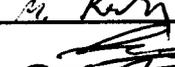
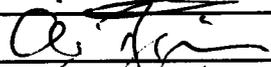
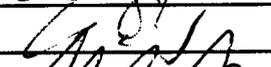
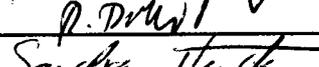
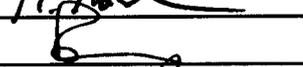
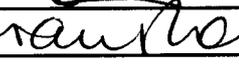
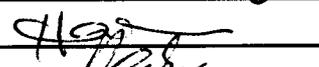
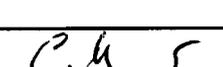
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

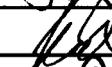
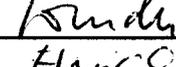
Fraktionsmitarbeiter:

Fraktion:

(Name bitte in Druckschrift)

Wolfgang Kolipfeld	CDU/CSU	K. Kolipfeld
Rafaela Stöck	DIE LINKE	R. Stöck
Frank Wilm	CDU/CSU	Frank Wilm
Ben Braun	SPD	B. Braun
Manfred Lang	CDU/CSU	Manfred Lang
SVEN-F. BALDERS	— a —	Sven-F. Balders

Ministerium bzw. Dienststelle (bitte Druckschrift)	Name (bitte Druckschrift)	Dienststellung (bitte nicht abgekürzt)	Unterschrift
BMG	FISCHBACH	PSTin	
BMG	Langerhans	Ref	
BK	John-Weil	Ref	
BMB	Pöckel	SB	
BMG	KUMN	RL	
BMG	Lorenz	WS	
BMG	Berringer	RL	
BMG	ARONAUER	RL	
BMG	Hilke	Ref/ASP	
BMG	Dobler	Ref	
BMG	Fuchs, Sandra	Ref.ia	
BMG	PIETSCHMANN	Ref.	
BMG	Pan	RL	
BMG	Krauchaar	RLin	
BMG	Hansen	Refin	
BMG	Herbold	Ref.	
BMG	W. Wenzel		
BMG	MEYER	Ref.	

Bundesrat: (bitte Druckschrift)	Unterschrift	Dienststellung (bitte nicht abgekürzt)	Land
Richter		2. Angabe	ST
Jancke		RD'in	NRW
Piur		RR	SN
Wendk		MR	BB
Erach		ORRM	BY

Unterschriftenliste

eine öffentliche Anhörung zu dem

Gesetzentwurf der Bundesregierung
**Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch -
Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds
(Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG)**
BT-Drucksache 18/1798

dem

Antrag der Fraktion DIE LINKE.
**Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen - Soziale Pflegeversicherung solidarisch
weiterentwickeln**
BT-Drucksache 18/1953

sowie der

Unterrichtung durch die Bundesregierung
**Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch -
Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-
Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG)**
BT-Drucksache 18/2379

am **Mittwoch, dem 24. September 2014,**
in der Zeit von **15:30 Uhr bis 18:30 Uhr,**
im Anhörungssaal 3 101, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus (MELH)
Eingang: Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Verbände

Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V. (ASB)



Uwe Martin Fichtmüller

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)



Claus Bölicke

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-
Organisationen e.V. (BAGSO)

KEINE TEILNAHME

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger
der Sozialhilfe (BAGüS)

KEINE TEILNAHME

Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V.
(BAH)

Thorsten Mittag

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen
mit Behinderung und chronischer Erkrankung und
ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)



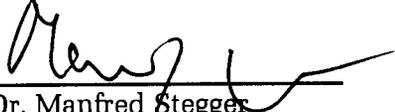
Dr. Siiri Doka

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e. V.
Verein zur Förderung des selbständigen Wohnens
älterer und behinderter Menschen



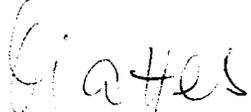
Sabine Grabow

Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und
Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter
und bei Behinderung e.V. (BIVA)



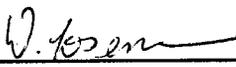
Dr. Manfred Stegger

Bundesverband der kommunalen Senioren- und
Behinderteneinrichtungen e.V. (BKSB)



Sabine Mattes

Bundesverband haushaltsnaher Dienstleistungs-
Unternehmen e.V. (BHDU)



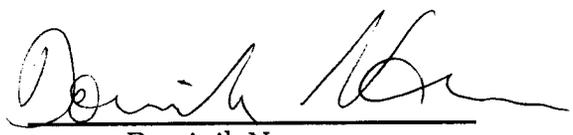
Wilma Losemann

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.
V. (bpa)



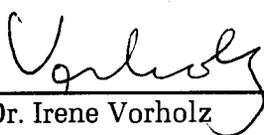
Herbert Mauer

Bundesvereinigung der Deutschen
Arbeitgeberverbände (BDA)



Dominik Naumann

Bundesvereinigung kommunaler Spitzenverbände



Dr. Irene Vorholz

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (BVLH)



Antje Welk

dbb beamtenbund und tarifunion



Ulrich Siberbach

Der Paritätische Gesamtverband



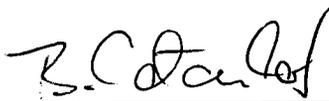
Anne Linneweber

Deutsche Aktuarvereinigung (DAV)



Heinz-Werner Richter

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz



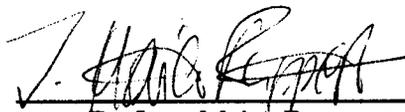
Bärbel Schönhof

Deutsche Bundesbank



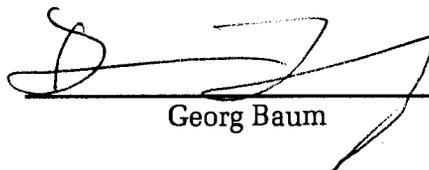
Johannes Clemens

Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft e. V. (dgh)



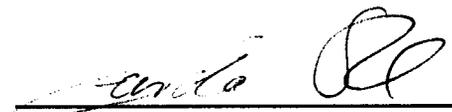
Dr. Inge Maier-Ruppert

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)



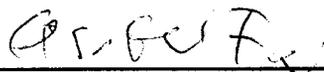
Georg Baum

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e.V. (DBfK)



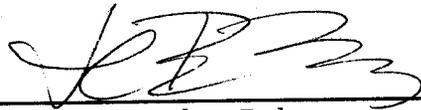
Carola Stenzel

Deutscher Caritasverband e. V.



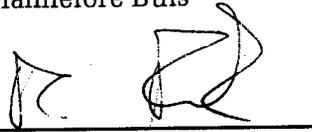
Dr. Elisabeth Fix

Deutscher Frauenrat (DF)



Hannelore Buls

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)



Marco Frank

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)



Thomas Meißner

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
e.V.



Jana Henneberger

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)



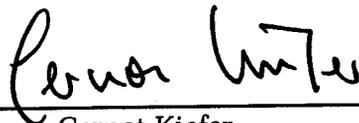
Andreas Elvers

Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband



Erika Stämpfle

GKV-Spitzenverband

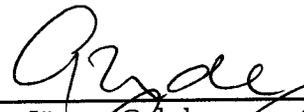


Gernot Kiefer

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

KEINE TEILNAHME

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) -Wilhelmine-
Lübke-Stiftung e. V.



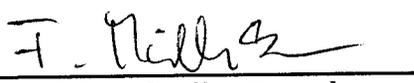
Dr. Jürgen Gohde

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der
Krankenkassen e. V. (MDS)



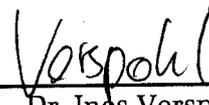
Dr. Peter Pick

Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)



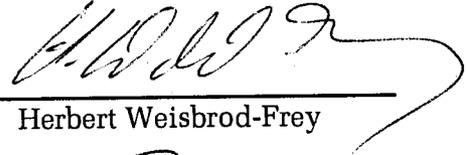
Fabian Müller-Zetzsche

Sozialverband VdK Deutschland e.V.



Dr. Ines Verspohl

ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V.



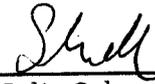
Herbert Weisbrod-Frey

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)



Andreas Besche

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
(VDAB)



Julia Schmoll

Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)

KEINE TEILNAHME

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)



Dieter Lang

Volkssolidarität Bundesverband

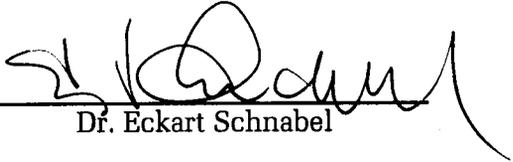


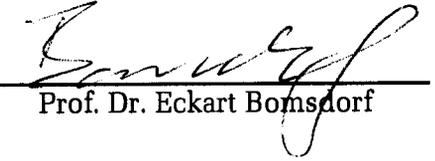
Christine Kleiber-Bischof

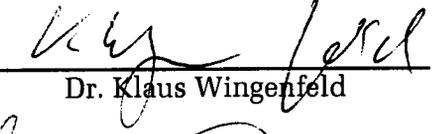
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland
(ZWST)

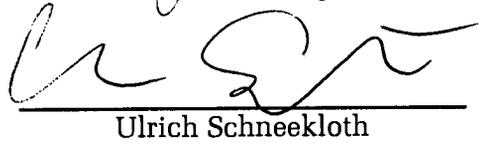
KEINE TEILNAHME

Einzelverständige


Dr. Eckart Schnabel


Prof. Dr. Eckart Bomsdorf


Dr. Klaus Wingenfeld


Ulrich Schneekloth


Prof. Dr. Heinz Rothgang



Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Beginn der Sitzung: 15:30 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie ganz herzlich zur heutigen öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Es ist die 20. Sitzung insgesamt und die zweite Anhörung nach der Sommerpause. Zunächst darf ich ganz herzlich zu meiner Linken die Parlamentarische Staatssekretärin Frau Ingrid Fischbach sowie die weiteren Vertreter der Bundesregierung begrüßen. Ich begrüße auch ganz herzlich den Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Herrn Staatssekretär Karl-Josef Laumann. Ich begrüße natürlich auch Sie, meine lieben Sachverständigen, und die Vertreter der Medien. Ich freue mich auch, dass heute so viele Zuschauer gekommen sind. Ich glaube, die Anhörung verspricht interessant zu werden, sie dauert allerdings drei Stunden. Wir beschäftigen uns – wie Sie wissen – mit einem Gesetzentwurf der Bundesregierung, der den sperrigen Titel „Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz)“ hat. Es liegen uns Änderungsanträge der Fraktionen der CSU/CSU und SPD auf den Ausschussdrucksachen 18(14)0052.1 bis 18(14)0052.5 neu vor. Gegenstand der Anhörung sind auch die Stellungnahme des Bundesrates zum Gesetzentwurf und die entsprechende Gegenäußerung der Bundesregierung auf BT-Drucksache 18/2379. Ferner ist der Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen - Soziale Pflegeversicherung solidarisch weiterentwickeln“ auf BT-Drucksache 18/1953 Gegenstand der Anhörung. Wie immer gibt es eine kurze Erläuterung zum Ablauf der Anhörung: Uns stehen insgesamt drei Stunden für die Fragen zur Verfügung. Diese Gesamtfragezeit wird auf die Fraktionen entsprechend der Stärke der Fraktionen aufgeteilt. Da wir die Sachverständigen in zwei Runden befragen, ergeben sich für die erste Fragerunde folgende Fragezeiten: Die Fraktion der CSU/CSU hat 36 Minuten, die Fraktion der SPD 24 Minuten, die

Fraktion DIE LINKE. 30 Minuten und die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ebenfalls 30 Minuten zur Verfügung. In der zweiten Runde fragen nur noch die Fraktion der CSU/CSU 36 Minuten und die Fraktion der SPD 24 Minuten. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, bei der Beantwortung ihrer Frage die Mikrofone zu benutzen und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Ich bitte Sie auch, die Antworten möglichst kurz zu halten, damit in der zur Verfügung stehenden Zeit möglichst viele Fragen gestellt werden können und auch möglichst alle Sachverständigen zu Wort kommen. Ich weise darauf hin, dass wir die Anhörung digital aufzeichnen. Deshalb bitte ich auch um die kurze Vorstellung. Man kann sich die Anhörung zeitversetzt im Parlamentsfernsehen, aber auch im Livestream im Internet anschauen. Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir beginnen mit der Fraktion der CSU/CSU.

Abg. **Erwin Rüdell** (CSU/CSU): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Eckart Bomsdorf und an den GKV-Spitzenverband. In dem Gesetzentwurf ist eine Dynamisierung von Leistungen vorgesehen, zum einen 4 Prozent und zum anderen 2,67 Prozent für Leistungen, die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) neu eingeführt worden sind. Wie bewerten Sie diese Dynamisierungsansätze?

ESV **Prof. Dr. Eckart Bomsdorf**: Es geht um die Dynamisierung der Leistungsbeträge und nicht um die Dynamisierung der Leistungen. Wir wollen keine neuen Leistungen einführen, sondern die bestehenden finanziellen Leistungen erhöhen, um gewissermaßen den Realwert zu erhalten. Die jetzt vorgesehene Anpassung entspricht dem, was in dem 2008 verabschiedeten Gesetz vorgesehen war. Sie ist natürlich positiv zu bewerten, auch wenn sie – das muss man deutlich sagen – frühere Preissteigerungen nicht auffangen kann. Das soll sie aber auch nicht. Denn das wäre leider zu teuer. Es wäre allerdings in diesem Zusammenhang zu begrüßen – wir haben das schon in der vorangegangenen Sitzung



angesprochen –, wenn die Dynamisierung der Leistungsbeträge regelmäßig, etwa im Abstand von jeweils drei Jahren, wie dies auch vorgesehen ist, unter Verwendung eines Dynamisierungsindex oder einer Dynamisierungsformel vorgenommen würde. Das soll heißen, dass eine Anpassung in gewissem Sinne – man muss sehen, welche Größen man einbezieht – gemäß der Lohn-, der Preis- bzw. der Kostenentwicklung erfolgen sollte. Die Anpassung sollte jedenfalls nicht von Fall zu Fall, entsprechend der Konstruktion der Formel, die benutzt wird, entschieden werden. Das könnte zu sehr nach einer Anpassung nach Kassenlage aussehen. Es sollte eine formelmäßige automatische Dynamisierung sein. Ich darf hinzufügen, dass es möglich sein sollte, das, was in der Rentenversicherung funktioniert, auch in der Pflegeversicherung einzuführen. Dabei sollte neben der Preisentwicklung auch die Kostenentwicklung im Pflegebereich, die Entwicklung der Löhne und unter Umständen sogar die Entwicklung der Renten, einbezogen werden.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Ich möchte zu Beginn kurz noch einmal das Grundprinzip der Pflegeversicherung erklären, das wir seit ihrer Einführung als handlungsleitend bezeichnen. Das ist das Ziel, durch die Höhe der Teilleistungen der Pflegeversicherung einen nachhaltigen Beitrag dazu zu leisten, dass Bürgerinnen und Bürger, die pflegebedürftig werden, nicht auf Grund dessen Sozialhilfeleistungen in Anspruch nehmen müssen. Das ist das Grundprinzip. Wenn man sich die reale Entwicklung der letzten 20 Jahre anschaut, dann sieht man, dass das auch über einen relativ langen Zeitraum hinweg funktioniert hat. Wir erkennen, dass unmittelbar nach der Einführung der Pflegeversicherung die Zahl derjenigen, die auf Grund von Pflegebedürftigkeit von der Sozialhilfe abhängig geworden sind, abgenommen hat. Wir verzeichnen hier in den letzten Jahren allerdings einen leichten Anstieg. Daher ist zunächst grundsätzlich festzustellen, dass die Dynamisierung, die jetzt vorgeschlagen wird, richtig und notwendig ist. Gleichzeitig muss man aber bei der Gesamtbetrachtung der letzten 20 Jahre feststellen, dass die vorgenommenen Dynamisierungen die Geldentwertung und den Wertverfall der Sachleistungen nicht ausgeglichen haben. Hier hat also eine leichte Verschiebung stattgefunden. Der Teil der

Leistungen, der von den Pflegebedürftigen selbst finanziert werden muss, ist wieder leicht angestiegen. Insgesamt ist es aber eine richtige Maßnahme, die Leistungen um 4 Prozent anzuheben. Ich will ferner darauf hinweisen, dass die Frage der Regelgebundenheit, die der Sachverständige Prof. Bomsdorf angesprochen hat, auch ein wichtiges Thema ist. Wir haben aber bereits in der geltenden Fassung des Gesetzes, konkret des § 30 SGB XI, eine Regelung, die vorschreibt, nach welchen Maßstäben der Gesetzgeber die Frage der Dynamisierung zu prüfen hat. Völlig unregelt ist diese Frage somit auch nach der geltenden Rechtslage nicht.

Abg. Maria Michalk (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Bomsdorf. Ich möchte gern wissen, wie Sie es grundsätzlich bewerten, dass wir einen Pflegevorsorgefonds mit dem Ziel einführen, auch künftigen Generationen Pflegeleistungen zu einem bezahlbaren Pflegebeitragssatz zur Verfügung zu stellen.

ESV Prof. Dr. Eckart Bomsdorf: In meiner Stellungnahme habe ich zum Pflegevorsorgefonds ungefähr dreieinhalb Seiten geschrieben. Die kann ich hier jetzt nicht insgesamt vortragen. Ich bitte Sie, dort noch einmal nachzulesen. Ich möchte mich auf einige Punkte beschränken. Grundsätzlich halte ich einen Pflegevorsorgefonds für richtig. Ich beziehe mich dabei allerdings auf die Situation der Jahre 1994 und 1995, als die Pflegeversicherung eingeführt wurde. Wir haben damals vielleicht zu wenig darüber nachgedacht, aber wir brauchen so etwas wie einen Vorsorgefonds, und zwar letztlich wegen der potentiellen demografischen Veränderungen. Wir müssen aber auch zugeben, dass der Teufel im Detail steckt. Es gibt aus meiner Sicht – neben vielen anderen – vor allem zwei Probleme: Das erste Problem können wir leider nicht mehr aus der Welt schaffen, denn es ist mitunter schwer, das Beharrungsvermögen der Politik zu überwinden. Politikberatung ist das Schwerste, was es gibt. Langfristiges Denken ist in der Politik noch immer wenig verbreitet. Ich weiß, wovon ich spreche, denn ich habe vor 12, 13 oder 14 Jahren für mehrere Jahre der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ angehört. Viele Dinge, die dann anschließend irgendwo aufkamen, sind in dieser Kommission und im Einvernehmen der meisten Parteien – ich glaube, sogar von allen – bereits vorgeschlagen worden. Aber lassen sie mich direkt zum aktuellen



Gesetzentwurf kommen. Ich wollte hier keine Schelte vornehmen. Wer mich kennt, der weiß aber ...

– *Zwischenruf: Das war ein Lob, das haben wir verstanden* –

ESV Prof. Dr. Eckart Bomsdorf: Ich würde es einmal so sagen, wenn Sie ein Lob hören wollen: Der Gesundheitsausschuss ist weniger beratungsresistent als der Ausschuss für Arbeit und Soziales. Dies sage ich außerhalb der Tagesordnung. Nun zum aktuellen Gesetzentwurf: Er sieht vor, 0,1 Beitragssatzpunkte in einen Fonds einzubringen. Das darin innerhalb von gut 20 Jahren angesammelte Geld soll dann dazu verwendet werden, um – vereinfacht gesagt – wiederum 20 Jahre den Beitragssatz nicht ganz so stark erhöhen zu müssen. Das Ziel ist richtig, aber der Weg ist doch etwas schmal, und er wird kaum dahin führen, wohin wir wollen. Wären seit der Einführung der Pflegeversicherung 1994/1995 regelmäßig 0,1 Beitragssatzpunkte in einen Vorsorgefonds geflossen, dann wären wir dem Ziel, die Beitragssätze in den Jahren ab 2035 zu stabilisieren, erheblich näher gekommen. Der vorliegende Vorschlag für einen Vorsorgefonds ist aber zu knapp kalkuliert. Nun stellt sich die Frage, ob man das überhaupt machen soll. Es gibt auch die Meinung, dass man gar keinen Vorsorgefonds einrichten sollte und die steigenden Ausgaben für die Pflege aus anderen staatlichen Töpfen finanzieren könnte. Es ist aber immer schwierig, auf solche Mittel zuzugreifen, wenn man sie gerade braucht. Es liegen auch noch andere Vorschläge vor. Es gäbe zum Beispiel die Möglichkeit, wesentlich mehr Geld in den Vorsorgefonds einzubringen – zum Beispiel den Gegenwert von 0,25 Beitragssatzpunkten. Ich will gar nicht sagen, was ich präferieren würde. Ferner gäbe es die Möglichkeit, die Kinderlosen stärker zur Kasse zu bitten. Sie sind es, die den demografischen Wandel zum Großteil, wenn auch nicht allein, zu verantworten haben. Wir leben gewissermaßen in einer Zwei-Drittel-Gesellschaft in dem Sinne, dass jede Elterngeneration sich nur noch zu zwei Dritteln reproduziert. Das hat natürlich Folgen für die sozialen Sicherungssysteme. Wenn wir die Beiträge nicht erheblich erhöhen wollen – zum Beispiel auch in der Rentenversicherung –, dann können wir nur noch zwei Drittel der Leistungen erwarten, die wir vor etwa zehn Jahren erhalten haben. Lassen Sie mich noch

einen Satz hinzufügen: Es wäre sicher bedenkenswert, den sogenannten Soli – über dessen Abschaffung oder Beibehaltung es immer wieder Diskussionen gibt – in einen Demografie-Soli zu verwandeln. Dieser könnte dazu beitragen, Probleme zu lösen, die durch den demografischen Wandel in den sozialen Sicherungssystemen entstehen. Mein Fazit: 0,1 Prozentpunkte sind zu wenig. Die helfen gar nicht, die würde ich auch nicht befürworten. Man müsste einen größeren Vorsorgefonds schaffen, damit man wirklich 20 oder mehr Jahre lang etwas bewirken kann. Was dann nach 2060 oder 2065 geschieht, das möchte ich nicht beurteilen, obwohl ich das aus demografischer Sicht vielleicht könnte. Wie weit die Pflegeversicherung durch andere Entwicklungen betroffen oder belastet wird, vermag ich aus heutiger Sicht nicht zu sagen. Das wäre letzten Endes Spekulation.

Abg. Erich Irlstorfer (CSU/CSU): Herr Prof. Dr. Bomsdorf, ich möchte hier noch einmal nachhaken: Könnten Sie – auch wenn Sie gesagt haben, dass das schwierig ist – ausführen, wie sich der Beitragssatz in den nächsten 30 Jahren ohne Einführung eines Vorsorgefonds entwickeln würde, und dies auch unter Bezugnahme auf den Aspekt der Generationengerechtigkeit?

ESV Prof. Dr. Eckart Bomsdorf: Der Beitragssatz würde sich in den nächsten 30 Jahren mit und ohne den Vorsorgefonds identisch entwickeln, wenn in den Vorsorgefonds nur 0,1 Beitragssatzpunkte einfließen würden. Da wird es keinen Unterschied geben. Zu der Frage, wie hoch der Beitrag wäre: Wenn wir den Zeitraum bis 2050 betrachten, wenn es vielleicht doppelt so viele Pflegebedürftige wie heute und auch noch zusätzliche Leistungen geben wird, dann könnte der Beitragssatz durchaus in einer Größenordnung von 5 Prozent oder etwas darunter liegen. Wenn wir hingegen einen Vorsorgefonds einrichten würden, in den nicht nur 0,1, sondern 0,25 Beitragssatzpunkte einfließen würden und der auch noch auf einen etwas längeren Zeitraum ausgedehnt würde – wie ich das in meiner Stellungnahme angedeutet habe –, dann könnte der Beitragssatz zu diesem Zeitpunkt vielleicht auf 4,4 oder 4,5 Prozent beschränkt werden. Das wäre immerhin eine Verminderung um rund 10 Prozent im Vergleich zu dem jetzt vorgeschlagenen Modell. Denn – wie gesagt – die Form eines Vorsorgefonds



wird im Hinblick auf den Beitragssatz keinen Unterschied machen. Die Steigerung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung wird – relativ gesehen – enorm hoch sein. Absolut gesehen wird sie natürlich nicht so hoch sein, wie dies in der Krankenversicherung und vermutlich auch in der Rentenversicherung der Fall sein wird.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CSU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), das Deutsche Rote Kreuz (DRK), den Deutschen Caritasverband und den dbb beamtenbund und tarifunion. Wenn ich Ihre Stellungnahmen richtig deute, werten Sie das Ziel des Pflegevorsorgefonds, einen Teil der Beitragssatzerhöhung in einem kapitalgedeckten Pflegevorsorgefonds anzulegen, als durchaus positiv. Dazu hätte ich gern von Ihnen noch ein paar Ausführungen.

SV **Dominik Naumann** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass der Pflegevorsorgefonds nach dem Kapitaldeckungsprinzip aufgebaut wird. Es ist sehr wichtig, dass das Gesamtaufkommen aus Beitragssatzsteigerungen nicht ausschließlich in Leistungsausweitungen fließt, sondern dass auch ein Beitrag zur Herstellung der Generationengerechtigkeit geleistet wird. Es wird natürlich nur möglich sein, den Beitragssatz ein kleines Stück weit in der Zukunft zu stabilisieren. Wenn man ihn stärker stabilisieren wollte, wäre dies heute teurer. Das ist richtig. Allerdings wäre es besser gewesen, wenn man durch eine private Form der Absicherung Vorsorge getroffen hätte, weil man damit – was die Herausforderungen angeht – eher die Zweckentfremdung der Mittel verhindern könnte. Gleichwohl ist der Fonds ein Mittel, um mehr Generationengerechtigkeit zu schaffen. Eines möchte ich noch sagen: Wenn die Schlussfolgerung lautet, dass mit einer größeren Kapitalrücklage eine stärkere Dämpfung des Beitragssatzanstiegs erreicht werden könnte, dann folgt daraus nach aller Logik nicht, dass man gar nichts tun sollte. Mein Fazit lautet daher: Entweder man tut mehr oder nur das, was jetzt vorgeschlagen wird. Weniger zu tun, wäre jedenfalls nicht die richtige Schlussfolgerung.

SV **Andreas Elvers** (Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)): Unsere Zustimmung zum Pflegevorsorge-

fonds basiert auf einer wertorientierten Entscheidung. Sie beruht darauf, dass wir uns in der Vergangenheit für die Generationengerechtigkeit eingesetzt haben – also für einen Ausgleich zwischen der derzeitigen Generation und den zukünftigen Generationen. Der Pflegevorsorgefonds scheint ein Instrument zu sein, das diesen Wert umsetzen kann. Es gibt aber auch einige kritische Stimmen, die sich dagegen aussprechen. Wir haben uns damit aber im Detail nicht auseinandergesetzt. Daher bitte ich um Verständnis, dass ich darauf nicht weiter eingehen kann.

SV **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir haben uns schon seit Längerem für die Einführung eines kollektiven Kapitalstocks eingesetzt. Insofern begrüßen wir grundsätzlich die Einführung dieses Pflegevorsorgefonds, der das Ziel verfolgt, die Belastungen abzufedern, die durch die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge entstehen. Allerdings möchte ich mich auch Herrn Prof. Bomsdorf anschließen, der festgestellt hat, dass die Summe von 0,1 Beitragssatzpunkten, die in den Kapitalstock eingezahlt wird, viel zu gering ist, um tatsächlich einen wirksamen Beitrag zur Bewältigung des demografischen Wandels leisten zu können. Die Maßnahme sollte daher in der politischen Diskussion als ein begrenzter Beitrag zur Bewältigung des demografischen Wandels und zur Herstellung von Generationengerechtigkeit kommuniziert werden. Wir halten es angesichts der zu erwartenden Beitragssteigerungen allerdings für dringend erforderlich, die politische Debatte weiter zu führen über die Frage, durch welche anderen Maßnahmen die Belastungen durch die künftigen Generationen abgemildert werden können – sei es im bestehenden System oder auch durch andere Maßnahmen der Vorsorge.

SV **Ulrich Silberbach** (dbb beamtenbund und tarifunion): Auch wir begrüßen die Einrichtung des Pflegevorsorgefonds. Wir halten aber 0,1 Prozent Beitragssatzpunkte als Basis für die Finanzierung ebenfalls für nicht hinreichend. Aus unserer Sicht müsste hier noch über einen Zuschuss aus Steuermitteln diskutiert werden. Letzte Bemerkung: Die Überlegung, dass sich das Verhältnis zwischen geburtenstarken und geburtenschwachen Jahrgängen bis zum Jahr 2055 wieder auf ein Normalmaß ausgleicht, muss im Zusammenhang mit der dann vorhandenen Zahl der Beitragszahler gesehen werden.



Das sind aus unserer Sicht kommunizierende Röhren. Diese Zusammenhänge müssen bei den Überlegungen zu einer nachhaltigen Finanzierung mitberücksichtigt werden.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CSU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den GKV-Spitzenverband. Zunächst würde mich interessieren, warum die Selbstverwaltungspartner in den vergangenen zwei Jahren ihren Auftrag noch nicht erledigt haben, uns eine Lösung zur Mengenproblematik vorzulegen. Denn damit hätten wir es jetzt leichter, Lösungen für die Verlängerung des Versorgungszuschlags beziehungsweise des Mehrmengenabschlags zu finden. Ferner würde mich interessieren, wie Sie den vorliegenden Vorschlag zum Versorgungszuschlag beziehungsweise zum Mehrmengenabschlag beurteilen. Insbesondere möchte ich vom GKV-Spitzenverband erfahren, wie er die Kosten einschätzt, die entstehen würden, wenn es bei der bisher geltenden Regelung bleiben würde.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Herr Abg. Riebsamen, wir haben mit Blick auf die Abarbeitung der Mengenproblematik gemäß den gesetzlichen Vorgaben bis vor wenigen Monaten auf das entsprechende Gutachten gewartet. Das Gutachten, das wir mittlerweile abgenommen haben, sollte herausfinden, wie die Mengenentwicklung im System zu erklären ist. Das Gutachten ist aber zu keiner eindeutigen Aussage gelangt. Es werden zwar Thesen aufgestellt, diese werden aber zugleich relativiert. Das heißt, dass das Gutachten, dessen Fertigstellung wir abgewartet haben, der Selbstverwaltung keine klaren Handlungsanweisungen gibt. Dementsprechend ist auch unsere Stellungnahme ausgefallen. Gleichwohl war der ganze Bereich seit dem Jahr 2011 durch die Mehrleistungsabschläge reguliert. Wir beobachten ein Absinken der Leistungszuwächse im Krankenhausbereich, das heißt eine gedämpfte Mengenentwicklung über die letzten Jahre hinweg. Alles Weitere hängt von den geplanten Strukturreformen ab, das heißt, es liegt in den Händen des Gesetzgebers. Die Selbstverwaltung wartet jetzt nach der Abgabe des Gutachtens und dessen Kommentierung darauf, was der Gesetzgeber vorhat. Daher begrüßen wir es, dass das Konzept der Mehrleistungsabschläge – auch wenn es die Krankenhäuser, die Mehrleistungen erbringen, zusätzlich belastet – durch einen

entsprechenden Änderungsantrag über die gesetzliche Auslaufschwelle hinaus verlängert wird. Auf diese Weise kann der Ansatz als Grundlage für die Neukonstruktion der Preisfindung und für die Entlastung der Landesbasisfallwerte von Mengeneffekten genutzt werden. Insofern akzeptieren die Krankenhäuser, dass Sie planen, die Mehrleistungsabschläge fortzuführen. Wir würden es darüber hinaus begrüßen, wenn Sie den Versorgungszuschlag, der im Rahmen des Hilfsprogramms gewährt wurde, in voller Höhe – nämlich 0,8 Prozent – ebenfalls fortzuführen würden. Der Versorgungszuschlag kompensiert mit seiner Zahlung von 750 Millionen Euro in den Jahren 2013 und 2014 nur einen Teil der über 1 Milliarde Euro, die die Krankenhäuser seit 2011 über den Versorgungszuschlag gezahlt haben. Insofern ist der Ansatz, das Verfahren weiter zu führen und zudem einen Versorgungszuschlag vorzusehen, grundsätzlich richtig. Ihr Konzept sieht aber vor, dass der Versorgungszuschlag nur in der Höhe gewährt wird, wie Mehrleistungsabschläge abgezogen werden. Dies würde dazu führen, dass eine Reihe von Bundesländern im nächsten Jahr gar nichts bekommen würde. Dort herrschen aber die gleichen finanziellen Nöte wie anderswo. Sie wissen, dass 30 bis 50 Prozent der Krankenhäuser rote Zahlen schreiben. Deshalb bitten wir Sie, die 0,8-Prozent-Regelung fortzuführen und den Mehrleistungsabschlag, der gemäß Ihrem Entwurf in den Jahren 2014 und 2015 zusammengenommen einen deutlichen Deckungsbeitrag erbringt, so zu konstruieren, dass er nicht zum Ist ausgeglichen wird. Denn das würde bedeuten, dass die Krankenhäuser jahrelang im Unklaren darüber gelassen würden, welche Finanzierungsquoten zur Verfügung stehen. Da viele Krankenhausbudgets für das Jahr 2013 noch nicht abgeschlossen sind, ist bis jetzt unklar, wie hoch die tatsächlichen Mehrleistungsabschläge für das Jahr 2013 sein werden. Wenn man das dann im Nachhinein ausgleichen will, dann müsste dieses Konzept jahrelang fortgeführt und ausgeglichen werden. Deshalb haben wir die Bitte, die 0,8-Prozent-Regelung fortzuführen und über den Mehrleistungsabschlag die pauschale Kompensation als Gegenfinanzierung zu akzeptieren. Wenn das nicht völlig deckungsgleich sein sollte, dann ist das damit zu rechtfertigen, dass schon jetzt absehbar ist, dass die Preise für die Krankenhäuser nächstes Jahr möglicherweise um 2,4 oder 2,5 Prozent steigen werden. Der Tarifabschluss von ver.di sieht aber



3 Prozent Lohnzuwächse im Pflegebereich vor.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Zunächst zu der Frage nach dem Gutachten: Herr Baum hat dazu schon etwas ausgeführt. Das Gutachten war schon bei der Vorbereitung zwischen den Vertragspartnern keine einfache Angelegenheit. Es liegt nun seit Juli 2014 vor. Das Gutachten liefert eine gesicherte empirische Basis zur Beschreibung der Mengeneentwicklung im Bereich der stationären Versorgung. Allerdings – das muss man bei der genauen Betrachtung und Auswertung des Gutachtens deutlich zur Kenntnis nehmen – besteht zwischen dem, was empirisch dargestellt wird, und den Empfehlungen und Schlussfolgerungen der Gutachter teilweise kein direkter Zusammenhang. Insofern ist es für Verhandlungs- bzw. Vertragspartner, die unterschiedliche Interessen verfolgen müssen, ausgesprochen schwierig, zu gemeinsamen Ergebnissen zu gelangen. Angesichts der unterschiedlichen Aufgaben der Verhandlungspartner sind wir nicht ganz unerwartet in die gegenwärtige Situation geraten. Zur zweiten Frage, die die Mehrleistungsabschläge und den Versorgungszuschlag betrifft: Es ist richtig, dass der Gesetzgeber vorgesehen hat, für 2013 250 Millionen Euro und für 2014 500 Millionen Euro zusätzlich zur Verfügung zu stellen. Wenn wir uns die Zahlen für das Jahr 2013 anschauen, kommen wir allerdings zu dem Ergebnis, dass durch die Verknüpfung von Mehrleistungsabschlag und Versorgungszuschlag etwa 100 Millionen Euro zu viel geflossen sind. Auf den Punkt gebracht: Ein Betrag von 100 Millionen Euro ist an die Krankenhäuser geflossen, ohne dass dem adäquate Leistungen der Krankenhäuser zugunsten der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüberstehen würden. Für das Jahr 2013 können wir diese Feststellung auch rechnerisch ziemlich präzise belegen. Dieser Effekt lässt sich auch an der Auswertung von ungefähr 20 Millionen Case-Mix-Punkten ablesen. Die Aussage hat also eine valide empirische Basis. Wir sehen die gleiche Entwicklung für das Jahr 2014. Wir gehen davon aus, dass die gleiche Proportion bestehen wird, dass es eine Deckungslücke zwischen 180 bis 200 Millionen Euro geben wird. Grundsätzlich begrüßen wir die mit dem Antrag verbundene Absicht, die Regelung fortzuschreiben. Wir begrüßen auch das Vorhaben, beide Regelungen so miteinander zu verknüpfen, dass ein entsprechender Versorgungszuschlag nur in der Höhe gewährleistet werden muss, in der

Mehrleistungsabschläge erfolgt sind. Ich denke, es ist auch in technischer Hinsicht kein unüblicher Vorgang, dass ein solches Verfahren im Rahmen einer Spitzabrechnung durchgeführt wird. Letzte Bemerkung: Wenn wir die 0,8-Prozent-Regelung fortführen würden, hätte dies eine zusätzliche Belastung der Krankenversicherung in Höhe von etwa 220 Millionen Euro zu Folge. Das sind 220 Millionen Euro aus Krankenkassenbeiträgen, also aus Versichertengeldern, denen keine entsprechenden Leistungen der Krankenhäuser gegenüberstehen.

Abg. Reiner Meier (CSU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK), den Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VDAB) und die Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege (BAH). Wie bewerten Sie die Einführung der Entlastungsleistungen und die Stärkung der Betreuungsleistungen vor dem Hintergrund der geplanten Anrechenbarkeit auf die Pflegesachleistungen? Bitte gehen Sie insbesondere auf die Themen Qualitätssicherung, Beratung sowie Ehrenamt versus professionelle Pflegekräfte ein.

Sve Carola Stenzel (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)): Grundsätzlich sehen wir die Einführung von Entlastungsleistungen als einen notwendigen Baustein an, durch den es Pflegebedürftigen ermöglicht wird, solange wie möglich ein Leben in der Häuslichkeit zu führen. Wir halten aber den „Taylorismus“ bei Pflege- und Betreuungsleistungen sowie bei Entlastungsangeboten für wenig hilfreich, und zwar weder für die Pflegebedürftigen noch für die Hilfspersonen. Pflegebedürftige wünschen sich in erster Linie eine professionelle und zuverlässige Pflege – und zwar aus einer Hand. Insbesondere für Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz ist der Einsatz von unterschiedlichen Alltags- und Pflegebegleitern, von Ehrenamtlichen und Pflegefachpersonen belastend. Ein einzelner Pflegebedürftiger würde dann von diesen unterschiedlichen Berufsgruppen versorgt. Sowohl für die Pflegedienste – auch Pflegefachkräfte genannt – als auch für die pflegenden Angehörigen und die zukünftigen Erbringer von niedrighwelligen Angeboten erhöht sich damit der Aufwand für ein Koordinierungs- und Schnittstellenmanagement. Aus unserer Sicht ist das nicht notwendig, weil die aufgeführten Leistungen entweder jetzt schon Bestandteil der Sachleistungen



nach SGB XI sind – also Einkauf, Wäschepflege, etc. – oder jetzt schon tagtäglich von den Pflegediensten mit erbracht werden, ohne dass diese Leistungen den Kostenträgern in Rechnung gestellt werden. Das möchte ich an dieser Stelle ganz besonders hervorheben. Ich nenne dafür ganz banale Beispiele wie das Auswechseln einer Glühbirne oder die Unterstützung bei Anträgen und Botengängen. All diese Leistungen werden häufig jetzt schon als Serviceleistungen von Pflegediensten erbracht. Darüber hinaus sehen wir die Gefahr, dass durch die fehlende Abgrenzung zwischen der hauswirtschaftlichen Versorgung, die als Betreuungs- und Entlastungsleistung nach § 45b SGB XI definiert ist, und den hauswirtschaftlichen Leistungen, die als Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI erbracht werden, eine Ungleichbehandlung der Pflegedienste erfolgt. Bis jetzt fehlt es an einer klaren Abgrenzung zwischen diesen Leistungsarten. Zudem sind vergleichbare Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wie sie derzeit für ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen gefordert werden, für die niedrigschwelligen Entlastungsleistungen derzeit nicht vorgesehen. Daher sehen wir es als notwendig an, dass die Anerkennungsvoraussetzungen für niedrigschwellige Angebote länderübergreifend geregelt werden. Hingegen sieht der Gesetzentwurf vor, dass es in jedem Land eigene Rechtsvorschriften geben soll. Wenn jedes Land seine eigenen Regelungen treffen würde, dann ginge dies zu Lasten einer bundeseinheitlichen Vergleichbarkeit und Transparenz. Das Qualitätsmanagement sollte entsprechend dem § 112 SGB XI eingerichtet werden, und es sollten regelmäßig externe Kontrollen durchgeführt werden.

Sve **Julia Schmoll** (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB): Wie wir schon in unserer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt haben, eröffnet der § 45b Absatz 3 SGB XI die Möglichkeit, die Hälfte der Leistungsbeträge der Pflegesachleistungen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen einzusetzen. Das schafft aus unserer Sicht kein neues Wahlrecht. Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung sind bereits heute Bestandteil des Angebots der Sachleistungen. Anders als in der Gesetzesbegründung ausgeführt, geht es hier ausschließlich um die Ersetzung professioneller Pflege durch günstige Leistungsangebote zum Beispiel durch Agenturen für häusliche und haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen.

Jetzt sollen diese Angebote auch noch mit Geldern der Pflegeversicherung finanziert werden. Es ist für uns völlig unakzeptabel, dass auf der einen Seite die professionelle Pflege überreglementiert bleiben soll, während auf der anderen Seite ein Bereich erheblich ausgeweitet wird, der völlig von staatlicher Reglementierung ausgenommen wird. Dies gilt umso mehr, als in der Praxis neben der Betreuungs- und Entlastungsleistung auch Grundpflege erbracht werden wird.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zu dem Themenkomplex Qualitätsprüfung. Ich stelle die Frage an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa). Der Gesetzentwurf sieht vor, dass in die vorgeschriebenen Stichprobenprüfungen in Zukunft auch solche Pflegebedürftige einbezogen werden können, bei denen es im Rahmen der Qualitätsprüfung begründete Hinweise auf nicht fachgerechte Pflege gegeben hat. Diese Prüfungen werden dann als Anlassprüfung durchgeführt. Welche Auswirkungen hat dies aus Ihrer Sicht auf die Transparenz der Prüfberichte? Wie bewerten Sie den Zeitpunkt der Neuregelung, auch vor dem Hintergrund der Entwicklung beim Bürokratieabbau? Hintergrund der Frage ist Folgendes: Wir verfolgen drei Ziele: Transparenz, Qualität und Bürokratieabbau. Kann man diese Ziele gleichzeitig erreichen oder wäre hier ein abgestuftes Vorgehen vorzuziehen?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Wir begrüßen die vorgesehene Regelung, wonach im Rahmen einer Regelprüfung die Zufallsstichprobe um Personen erweitert werden kann, bei denen ein Verdacht auf Pflegemängel vorliegt. Der Anlass für diese Erweiterung besteht darin, dass es bei den Prüfungen zum Teil entsprechende Hinweise von Bewohnern oder vom Beirat gibt oder dass – zugespitzt formuliert – ein Gutachter buchstäblich über einen Pflegemangel fällt, wenn er beispielsweise in einem Zweibettzimmer eine Zufallsstichprobe untersucht und nebenan ein weiterer Pflegebedürftiger liegt. Nach geltender Rechtslage kann der Gutachter in dem Fall, dass dort nach seinem Eindruck ein Pflegemangel besteht, nichts tun. Er muss den Mangel übersehen. Die Erweiterung



der Regelung zielt nun darauf ab, solche Verdachtsmomente aufzugreifen. Ähnliches geschieht heute schon. Wenn wir eine Anlassprüfung durchführen, teilt uns die Pflegekasse die Anlässe mit. Grund dafür sind häufig Beschwerden über die Versorgung einzelner Versicherter. Wenn ein solcher Versicherter nicht in der Zufallsstichprobe gezogen wurde, dann integrieren wir diesen Pflegebedürftigen in die Prüfung und untersuchen ihn auch deshalb, weil sich darauf die Beschwerde bezieht. Zurzeit wird dieser untersuchte Fall aber nur im Bericht des MDK dokumentiert, das heißt, er findet keinen Eingang in die Transparenzdarstellung. Wir sind jedoch der Ansicht, dass der Fall, wenn er nun schon einmal bewertet worden ist, nicht unter den Tisch fallen darf, sondern im Rahmen der Transparenzdarstellung auch entsprechend beschrieben werden muss. Wir erkennen darin kein Mehr an Bürokratie. Das hat nichts mit zusätzlichem Aufwand zu tun. Es geht in diesem Fall vielmehr um die Stringenz einer Prüfung. Wenn Mängel offenbar werden, dann müssen der MDK oder der PKV-Prüfdienst diese Mängel auch in ihre Prüfung einbeziehen, im Bericht dokumentieren und im Transparenzbericht veröffentlichen.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir haben kein Problem damit, dass die tatsächliche Situation sichtbar gemacht wird – auch in den Berichten, um das klar und deutlich zu sagen. Das war aber auch schon bisher durch den Bericht des Medizinischen Dienstes gewährleistet. Wir sind nur etwas verwundert darüber, dass jetzt eine gesetzliche Regelung für etwas getroffen werden soll, das unserer Ansicht nach im Aufgabenbereich der Selbstverwaltung liegt. Da kommt das auch her. Wir haben in der Schiedsstelle in einem 120 Seiten starken Gutachten genau das Gegenteil davon begründet. Darauf beruhte die Schiedsstellenentscheidung. So etwas darf nicht sein, weil andernfalls die Repräsentativität der Studie oder der Stichprobe nicht gewährleistet wäre. Insofern wundern wir uns, dass dieses Problem jetzt nicht der Selbstverwaltung als Korrekturaufgabe zugewiesen wird, sondern dem Gesetzgeber. Um es noch einmal zu sagen: Es ist nicht unser Anliegen zu verhindern, dass schlechte Pflege unsichtbar gemacht wird. Sie soll durchaus sichtbar werden. Wir wundern uns nur über die Art und Weise, in der das jetzt geregelt wird.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich komme noch einmal auf den Pflegevorsorgefonds zu sprechen. Wir haben dazu schon eine Reihe von eindrucksvollen Stellungnahmen gehört. Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Wingenfeld und an Herrn Weisbrod-Frey von ver.di. Ich möchte wissen, wie Sie die Entscheidung, einen Pflegevorsorgefonds einzurichten, beurteilen und was Sie von seiner Ausgestaltung gerade auch im Hinblick auf die sogenannte Generationengerechtigkeit halten.

ESV Dr. Klaus Wingenfeld: Das Thema Generationengerechtigkeit ist wichtig, und daher halte ich es für sinnvoll, sich dieses Themas jetzt anzunehmen. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält jedoch Regelungen, die Zweifel daran aufkommen lassen, ob das anvisierte Ziel damit erreicht werden kann. Ich möchte insbesondere darauf hinweisen, dass wir gerade vor einer großen Reform stehen, nämlich vor der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. In dieser Situation – ich überspitze jetzt – einen kleinen Vorsorgefonds einzurichten, ist nicht sehr hilfreich. Ich hätte es für sinnvoller gehalten, das Konzept des Pflegevorsorgefonds noch einmal zu überdenken. Wie kann man ihn so ausgestalten, dass er auch im Hinblick auf die Generationengerechtigkeit nachhaltig wirksam wird? Die beiden Fragen sollte man möglichst nicht miteinander vermischen. Ich nehme an, dass die Veränderungen, die es durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff geben wird, auch mehr Flexibilität verlangen werden. Den Weg dahin sollte man sich nicht im Voraus durch solche Strukturentscheidungen verbauen.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V.): Grundsätzlich halten wir es für sehr sinnvoll ist, bei einem Gesetz im Rahmen der sozialen Sicherung an alle Generationen zu denken. Ich glaube, in einer Gesellschaft wird dieses System nur dann funktionieren, wenn die Interessen aller Generationen berücksichtigt werden. Daher stehen wir dem Gedanken, auch für die junge Generation etwas zu tun, positiv gegenüber. Wir halten allerdings das Verfahren, 0,1 Prozent in einen Pflegevorsorgefonds einzuzahlen und dieses Geld auch in Aktien und Aktienfonds anzulegen, für nicht sinnvoll. Unserer Ansicht nach wäre es sinnvoller, dort zu investieren, wo wir künftig die Pflegeleistungen brauchen. Denn Pflegeleistungen sind vor allem personelle Leistungen.



Nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden wir eher mehr als weniger personelle Leistungen benötigen. Insofern muss auch heute schon dafür gesorgt werden, dass wir künftig, also in den Jahren 2030 oder 2035, ausreichend Personal haben. ver.di hat daher vorgeschlagen, diese 0,1 Prozentpunkte in Ausbildung zu investieren. Damit würden wir schon heute die Grundlage dafür schaffen, dass auch künftig Personal zur Verfügung steht. Wir würden zudem sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze für Menschen schaffen, die künftig unsere Sozialversicherung finanzieren. Nach unserer Vorstellung geht es auch darum, schon heute bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen, denn mit mehr Personal kann man die Motivation im Beruf erhöhen. Es gibt zwar immer noch eine ausreichende Zahl von Bewerbern für die Ausbildung in der Alten- und Krankenpflege, nach Beginn der Ausbildung erleiden aber viele der Auszubildenden einen Praxisschock. Viele Fachkräfte kommen bald zu der Einsicht, diesen Beruf nicht ein Leben lang ausüben zu können. Ich will dazu eine Zahl nennen: Wir haben im Rahmen des DGB-Index „Gute Arbeit“ festgestellt, dass zwischen 2008 und 2012 die Zahl derjenigen dramatisch zugenommen hat, die meinen, dass sie in diesem Beruf nicht bis zum Rentenalter arbeiten können: 2008 waren es 51 Prozent und 2012 schon 74 Prozent. Es ist daher dringend geboten, die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte auch durch eine personelle Aufstockung zu verbessern. Die Investition in Ausbildung bildet dafür unserer Ansicht nach eine gute Voraussetzung.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Schneekloth, an das Kuratorium Deutsche Altershilfe und an den GKV-Spitzenverband. Sie befürworten die Umwidmungsregelung des hälftigen Sachleistungsbudgets zugunsten niedrighwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen und damit die Erhöhung der Flexibilität im Kontext des Pflegemix. Außerdem sprechen Sie das Problem der Abgrenzung zwischen den Berufen und Tätigkeiten an. Wie begründen Sie diese Haltung, insbesondere in Auseinandersetzung mit der Argumentation der Kritiker und Kritikerinnen?

ESV **Ulrich Schneekloth**: Nach meiner Erfahrung verbergen sich hinter sperrigen Begriffen – in diesem Fall „niedrighwellige Betreuungs- und Ent-

lastungsleistungen“ – nicht immer, aber doch häufig wichtige Perspektivwechsel. Worum geht es bei den Entlastungsleistungen? Aus meiner Sicht sprechen wir hier über einen Katalog von Möglichkeiten, der – wenn man genau überlegt – zum ersten Mal dazu führt, dass im Rahmen der Pflegeversicherung pflegende Angehörige aus dem Kernbestand der Leistungen Unterstützung erhalten können. Man könnte nun einwenden – und ich bin der Erste, der hier dabei ist –, dass eine sachgerechte und professionelle Erbringung von Pflegeleistungen die wichtigste Unterstützung für einen pflegenden Angehörigen darstellt. An dieser Stelle muss man noch einmal auf ein wichtiges Element der Pflege in Deutschland hinweisen, nämlich darauf, dass ohne pflegende Angehörige der Vorrang der häuslichen Pflege nicht aufrechtzuerhalten ist. Daher schaffen wir hier meiner Meinung nach eine neue Möglichkeit zur Gestaltung von Pflegearrangements – auch das ist ein sperriger Begriff, denn eigentlich sind damit die Lebensorte gemeint, an denen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in der Regel den Lebensabend der Pflegebedürftigen gestalten – also die Möglichkeit, Leistungen noch passgenauer zu kombinieren. Vielleicht sollte man an dieser Stelle betonen, dass die Sorge, es könnte am Ende kein Geld mehr für professionelle Sachleistungen übrig bleiben, unangebracht ist. Denn ich habe gelegentlich den Eindruck, dass diese Sorge hinter den Argumenten steht, die von Kritikern vorgebracht werden. Ich persönlich gehe davon aus, dass nur ein kleiner Teil derjenigen, die jetzt Sachleistungen in Anspruch nehmen – das sind übrigens nicht mehr als neun Prozent der häuslich betreuten Pflegebedürftigen und auch nur ein Teil derjenigen, die die Kombileistungen in Anspruch nehmen –, von der neuen Möglichkeit Gebrauch machen wird. Man wird sich möglicherweise in einzelnen Arrangements und dort, wo Pflegeberatung sinnvoll eingesetzt wurde, dafür entscheiden, Unterstützungsleistungen für Angehörige regelmäßig hinzu zu nehmen. Aber das Hauptmotiv für Menschen, Sachleistungen, also die Pflegedienste der professionellen Leistungsanbieter, in Anspruch zu nehmen, besteht darin, dass diese eine Leistung vorhalten, die man selbst nicht erbringen kann. Daher sehe ich diese Konkurrenzsituation nicht. Im Gegenteil. Ich denke, dass die Pflege – ich meine damit die Lebensqualität von häuslich Betreuten, von Pflegehilfe- und Pflegebedürftigen – gestärkt wird



und dass – wir haben vorhin den Begriff „Taylorismus“ gehört –, das Hinzuziehen von Akteuren, die die Pflege mit einer anderen Perspektive gestalten, die Lebensqualität der Pflegebedürftigen verbessert. Das ist die positive Lehre, die wir aus dem Einsatz von Freiwilligen und Ehrenamtlichen im Bereich von Pflege und Betreuung ziehen können.

SV Dr. Jürgen Gohde (Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) – Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V.): Ich kann der Stellungnahme von Herrn Schneekloth voll zustimmen. Ich möchte aber noch zwei weitere Argumente hinzufügen. Es wird in den nächsten Jahrzehnten bei der Erarbeitung und Unterstützung von Pflegearrangements entscheidend darauf ankommen, dass den Aspekten der Generationengerechtigkeit und der Demographiefestigkeit Rechnung getragen wird. Wir wissen, dass der Hilfemix und die Art der Flexibilisierung für die nächsten Jahre wesentlich sein werden. Es wird darauf ankommen, dem Einzelnen mehr Möglichkeiten einzuräumen, selbständig darüber zu entscheiden, wieviel Unterstützung er braucht. Dies wird dann auch zu einer weiteren Diversifizierung beitragen. Damit geht selbstverständlich die Ausweitung des Bedarfs an guter Beratung und an Qualitätssicherung einher. Das ist auch uns klar. Da der Gesetzentwurf ansonsten nur wenige Elemente enthält, die diesen Hilfemix fördern, sind wir für die entsprechende Regelung.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Ich will an die Argumentation meiner beiden Vorredner anknüpfen. Wenn man sich die derzeitige und die zukünftige Situation vergegenwärtigt und sich die unterschiedlichen Bedürfnisse und Lebensentwürfe von Pflegebedürftigen anschaut, dann kommt man zu dem Schluss, dass es wahrscheinlich der richtige Weg ist, Leistungen und Leistungskombinationen zu differenzieren und die Wahlmöglichkeiten auszuweiten. Dies gilt insbesondere dann, wenn wir uns klar machen, dass wir heute schon viele und in Zukunft sicher noch mehr Menschen mit demenziell bedingten Einschränkungen im Bereich der Pflegeversicherung haben werden. Dies macht es notwendig, eine Mischung aus unterschiedlichen Leistungstöpfen und Leistungsmöglichkeiten bereitzuhalten. Meiner Auffassung nach sollte die Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Möglichkeit bieten, mit Unter-

stützung der Pflegeberatung zu entscheiden, welche Lösung für ihre spezifische Situation adäquat ist. Da die Arrangements sich an den Bedarfen der Menschen orientieren und somit auch hinreichend flexibel sein müssen, halten wir den Weg, den der Gesetzentwurf einschlägt, für richtig. Natürlich muss eine solche Entwicklung durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen flankiert werden. Nach meiner Auffassung besteht erstens die Notwendigkeit, die Länder dafür in die Pflicht zu nehmen, die Definition und die Qualitätskriterien für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen möglichst zu vereinheitlichen. Es darf nicht sein, dass die Auslegung und Konkretisierung dieses Leistungsanspruchs in Deutschland weiterhin vom Zufall bzw. davon abhängt, in welchem Bundesland man lebt. Mein Wunsch wäre, dass jeder Pflegebedürftige, der nach dem SGB XI Anspruch auf Betreuungs- und Entlastungsleistung hat, unabhängig davon, wo er sich in der Bundesrepublik aufhält, sicher sein kann, dass die Begriffe, die den Leistungsinhalt und den Leistungsumfang definieren, einheitlich angewendet werden. Das muss dann auch für die Anforderungen im Bereich der Qualitätssicherung gelten. Diese dürfen meiner Ansicht nach nicht unterschiedlich sein. Ich denke, es besteht – im Gegensatz zu dem, was die Berufsverbände dazu ausgeführt haben – auch die Chance, eine Entlastung im Bereich der klassischen Pflege herbeizuführen und damit trotz Prognosen über Personalmangel und Personalüberlastung die Pflege weiterhin in einer sinnvollen und verantwortlichen Weise durchzuführen. Ich halte es somit für vertretbar, diesen Weg zu gehen, insbesondere dann, wenn man das Modell der hälftigen Anrechnung der Pflegesachleistung anwendet. Die Menschen müssen davon keinen Gebrauch machen. Ich will ferner darauf hinweisen, dass die Frage der administrativen Durchführung keineswegs trivial ist. Wir vermischen hier den Anspruch auf Sachleistungen mit dem Kostenerstattungsprinzip, das im Nachhinein geltend gemacht werden kann. Die administrative Umsetzung dieses Konzepts wird nicht einfach sein. Aber mir ist vor allem ein Aspekt wichtig. Wir sollten – wie wir das in anderen Fällen ebenfalls mit guten Gründen tun – eine neue Form, wie sie hier geplant ist, beispielsweise mit Mitteln aus dem Programm der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 3 SGB XI evaluieren und somit prüfen, was in der Realität geschieht, etwa ob diese sich in die gewünschte Richtung bewegt. Dabei



kann sich zeigen, ob es Fehlentwicklungen gibt. Wenn dies der Fall wäre, böte sich die Chance, die Fehler auch zu erkennen und auf Basis dieser Erkenntnis korrigierend einzugreifen. Ich plädiere somit dafür, die Regelungen einzuführen. Dies wäre – so denke ich – im Interesse der Flexibilität für die Betroffenen sinnvoll: Voraussetzung dafür wären aber die Festsetzung einheitlicher Qualitätsmaßstäbe durch die Länder, eine einheitliche Auslegung des Begriffs sowie eine Evaluation, um festzustellen, ob sich die Sache in die richtige Richtung entwickelt oder an welchen Stellen nachjustiert werden muss.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Diakonie Bundesverband und die Gewerkschaft ver.di. In Anknüpfung an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat der Bundesrat den Antrag gestellt, eine Ergänzung in den §§ 84 und 89 SGB XI zu verankern, damit die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen bei den Vergütungsverhandlungen künftig nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Mich interessiert, ob Sie die Einschätzung teilen, dass die Nichtanerkennung tarifbedingter Personalkostensteigerungen mitverantwortlich dafür ist, dass der Druck in der Pflege so groß geworden ist. Ergänzend möchte ich den Vertreter des GKV-Spitzenverbandes fragen, ob aus seiner Sicht eine solche Klarstellung im SGB XI geeignet wäre, das Verhandlungsgeschehen zu beschleunigen und die Zahl der Sozialgerichtsverfahren zu vermindern.

Sve **Erika Stempfle** (Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband): Wir teilen die Einschätzung des Bundesrates und setzen uns dafür ein, dass die genannte Formulierung in den § 84 bzw. den § 89 SGB XI aufgenommen wird. Unserer Ansicht nach würde dies die Verhandlungen stark erleichtern, insbesondere die Verfahren vor den Schiedsstellen. Wenn wir die Lage in den Bundesländern betrachten, stellen wir fest, dass das Verhältnis zu den Pflegekassen in der Frage der Anerkennung von tariflichen oder arbeitsvertragsrechtlichen Löhnen und Gehältern entspannter geworden ist. Hingegen ist es oft schwierig, die Tarife bei den Verhandlungen mit den Sozialhilfeträgern durchzusetzen, so dass wir die Anerkennung erst vor der Schiedsstelle erreichen. Wir unterstützen daher den Vorschlag des Bundesrates. Für uns als kirchlicher Spitzenverband ist es aber auch wichtig, dass

dem dritten Weg Rechnung getragen wird. Wir schlagen daher eine Regelung vor, nach der die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter sowie durch kirchliche Arbeitsrechtsregelungen festgelegte Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf. Wir würden die einschlägige Bestimmung gern um die arbeitsvertragsrechtlichen Regelungen bei den Kirchen ergänzen. Ferner würden wir uns wünschen, dass die tarifliche Vergütung einen Einfluss auf die Zulassung von Pflegeeinrichtungen hat und dass die Zulassung von Pflegeeinrichtungen nicht an die Bezahlung des Mindestlohns gebunden ist.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V.): Ich kann an die Ausführungen von Frau Stempfle direkt anschließen. Auch wir sind der Meinung, dass hier ein zusätzlicher Regelungsbedarf besteht. Wir haben vorgeschlagen, den § 72 SGB XI durch die Regelung zu ergänzen, wonach auch ortsübliche bzw. tarifliche Vergütungen wieder ein Zulassungskriterium sein sollen. Diese Bestimmung war so von der Großen Koalition im Jahre 2008 beschlossen und dann im letzten Gesetzgebungsverfahren wieder aufgehoben worden. Wir begründen unseren Vorschlag damit, dass es zunehmend Mindestlohnregelungen geben wird. In jedem Fall, in dem Mindestlohnregelungen bestehen, wird die Prüfung auf Zulassung erschwert, weil die Krankenkassen nicht mehr danach fragen dürfen, ob in der Einrichtung eine ortsübliche oder tarifliche Vergütung gezahlt wird, sondern den Einrichtungsträger erst einmal zulassen müssen. Wir sehen darin eine Ursache für die Ausweitung von prekärer Beschäftigung und meinen daher, dass an dieser Stelle wieder eine Regelung eingeführt werden muss, die verhindert, dass es im Wettbewerb mit tarifgebundenen Einrichtungen zu Verzerrungen kommt.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Vielleicht noch einmal vorweg geschickt: Es liegt auch im Interesse der Pflegekassen, dass in den Pflegeeinrichtungen angemessene Vergütungen gezahlt werden, um dort eine qualifizierte Arbeit zu ermöglichen. Die Pflegeversicherung ist aber – bei aller Bedeutung – nicht zuständig für die Frage, was eine angemessene Vergütung ist. Darüber verhandeln die Tarifvertragsparteien, sofern es um Einrichtungen geht, die tarifgebunden sind. Aus der Rechtspre-



chung des Bundessozialgerichts lässt sich entnehmen, dass das Zahlen tarifvertraglich geschuldeter Vergütungen bereits nach geltender Rechtslage eine wirtschaftliche Handlungsweise der Einrichtung darstellt. Insofern kann man festhalten, dass dieser Punkt auch aus Sicht der Pflegekassen bei den Vergütungsverhandlungen nicht strittig ist. Die höchstgerichtliche Rechtsprechung hat dies noch einmal klargestellt. Es ist auch deutlich geworden, dass die Pflegekassen hier eine klare Linie fahren. Wenn der Gesetzgeber gleichwohl der Ansicht ist, er müsse hier eine Klarstellung vornehmen, dann will ich dem nicht widersprechen. Allerdings bin ich der Ansicht, dass die einschlägige Rechtsprechung die Voraussetzung dafür geschaffen hat, dass alle Akteure sicher wissen, wie die bestehenden Rechtsnormen auszulegen und anzuwenden sind. Es hat sich auch gezeigt, dass es dann – wenn auch teilweise erst im Streitverfahren – zu entsprechenden Anwendungen kommt.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Caritas und den GKV-Spitzenverband. Es wird häufig behauptet, dass den pflegebedürftigen Menschen im stationären Bereich weitaus mehr Leistungen zur Verfügung stehen als im ambulanten Bereich. Wie beurteilen Sie diese Aussage allgemein und speziell mit Blick auf die geplanten Neuregelungen des Pflegestärkungsgesetzes?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Diese Aussage ist so pauschal noch nie richtig gewesen. Betrachten wir zunächst die Pflegestufe III: Bei den Sachleistungen können wir feststellen, dass die Beträge im ambulanten und im stationären Bereich vollkommen gleich sind. Bei der Pflegestufe II gibt es hingegen eine Differenz. Dabei muss man aber berücksichtigen, dass im stationären Bereich die Kosten für die medizinische Behandlungspflege grundsätzlich nach dem SGB XI zu zahlen sind, während die Versicherten im ambulanten Bereich die Kosten nach dem SGB V gemäß dem Sachleistungsprinzip mit Abzug einer Eigenbeteiligung erstattet bekommen. Insofern kann hier von einer Bevorzugung der stationär versorgten Menschen keine Rede sein. Wenn wir jetzt noch in Betracht ziehen, dass im ambulanten Bereich eine ganze Reihe von Leistungen zur Verfügung steht, die es im stationären Bereich gar nicht gibt, wird noch deutlicher, wie abwegig die pauschale Aussage ist. Denn im ambulanten Bereich

stehen zusätzlich noch die Kurzzeitpflege, die Verhinderungspflege und die Tagespflege zur Verfügung. Und die Tagespflege wird jetzt noch einmal deutlich gestärkt, weil sie als eigenständiger Leistungsbereich ausgestaltet wird. Wenn man ferner die Summe der Leistungen nach § 45b SGB XI, also 104 Euro oder 208 Euro, zu den Sachleistungsbeträgen hinzurechnet, dann sieht man, dass sich der Pflegebedürftige im ambulanten Bereich sogar besser stellt als im stationären Bereich – jedenfalls in den Pflegestufen II und III. Für die Pflegestufe I trifft dies nicht zu. Betrachten wir hingegen die Situation der Geldleistungsempfänger, dann erkennen wir einen deutlichen Unterschied zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich, jedenfalls bei der reinen Entgeltleistung. Aber die pauschale Aussage, dass der stationäre Bereich besser ausgestattet wäre als der ambulante Bereich, trifft nicht zu.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Frau Fix hat es mir leicht gemacht. Ich kann mich ihr in vielen Punkten anschließen. Ich denke, die Debatte, wie sie teilweise schon in der Vergangenheit geführt worden ist, würde an Substanz und Spannung gewinnen, wenn man sich die Dinge im Detail anschauen würde. Ich teile die Auffassung, dass die Behauptung oder das Erwecken des Eindrucks, wir hätten eine massive Tendenz zur Unterausstattung des ambulanten Bereichs und zur Überausstattung der stationären Pflege, in dieser Allgemeinheit nicht richtig ist. Die Einzelaspekte, die dabei berücksichtigt werden müssen, sind bereits deutlich gemacht worden. Man muss aber noch einen weiteren Punkt hervorheben, der – soweit ich es verstehe – eine Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers dargestellt hat und immer noch darstellt. Die Unterschiede zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung in der ambulanten und der stationären Versorgung sind nicht auf ein Versehen zurückzuführen, sondern sie sind das Resultat einer bewussten politischen Entscheidung, mit der auch zum Ausdruck gebracht wird: „Wir setzen in dem neuen Sozialversicherungszweig ganz bewusst auf die Eigeninitiative und die Leistungsfähigkeit der Familien.“ Die bestehenden Unterschiede sind eindeutig ein Zeichen für die Zielsetzung, dass die Leistungen auch von den Familien bzw. aus der Gesellschaft heraus erbracht bzw. dass diese eben nicht vollständig durch die Pflegeversi-



cherung finanziert werden sollen. Das ist eine bewusste Entscheidung, die an der Wiege der Pflegeversicherung steht und die immer noch die Ordnung und den Rahmen vorgibt. Ansonsten muss man schon – glaube ich – sehr genau hinschauen. Wenn man das Verhältnis des Leistungsumfangs im ambulanten und im stationären Bereich überprüfen will, dann sollte man dies nicht in einer pauschalen Weise tun, wie dies in bestimmten Publikationen der Fall ist, sondern in einer sehr differenzierten Weise. Gerade der Teil der Leistungen, der in verschiedenen Formen für die ambulant Pflegebedürftigen zur Verfügung steht, hat sich in den letzten Jahren stark ausdifferenziert. Daher bin ich der Auffassung, dass die pauschale Feststellung, hier gäbe es eine systematische und korrekturbedürftige Ungleichbehandlung, nicht haltbar ist.

Abg. Pia Zimmermann (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Herrn Frank vom DGB. Wir wissen, dass die Beiräte zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ihre Empfehlungen für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorgelegt haben. Meine Frage lautet: Wie beurteilen Sie die Tatsache, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung weder eine klare Verpflichtung, genau diesen Pflegebedürftigkeitsbegriff in dieser Legislaturperiode umzusetzen, noch ein konkreten Zeitplan enthält? Und welche Folgen hat dies?

SV Marco Frank (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir begrüßen ausdrücklich die Leistungsausweitungen, kritisieren jedoch die fehlende Strukturreform. Wir sind der Meinung, dass damit der zweite Schritt vor dem ersten getan wird. Wir hätten uns eine Pflegereform aus einem Guss gewünscht. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist aus unserer Sicht überfällig. Wir warten mittlerweile das siebente Jahr darauf. Unsere Sorge ist, dass die Frage der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch in dieser Legislaturperiode bald in den Hintergrund rücken wird. Es ist zwar angekündigt worden, dass zusammen mit einem zweiten Pflegestärkungsgesetz auch der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden soll. Wir wissen aber, dass allein die Dauer der Einführung des NBA, des neuen Begutachtungsassessments, auf 18 Monate veranschlagt wird. Wir befürchten daher, dass in dieser Legislaturperiode nicht mehr genügend Zeit bleibt, um den Pflegebedürftigkeitsbegriff in vollem Umfang umzusetzen

und dass es dann nur noch einen Pflegebedürftigkeitsbegriff „light“ geben wird. Wir fordern daher, einen verbindlichen Zeitplan in das Gesetz aufzunehmen, und zwar analog der Roadmap, die der letzte Beirat vorgelegt hat, in der jeder einzelne Umsetzungsschritt beschrieben wird. Des Weiteren möchte ich die Gelegenheit nutzen, um noch einmal zu betonen, dass die monetäre Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit 0,2 Beitragspunkten zu knapp bemessen sein könnte. Auch hier sehen wir noch Handlungsbedarf. Wir sprechen uns für eine stärkere monetäre Unterfütterung aus.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Rothgang. In Ihrer Stellungnahme führen Sie aus, dass es notwendig sei, die Leistungen regelgebunden zu dynamisieren und substanziell zu erhöhen, um die soziale Pflegeversicherung zukunftsfest zu machen. Ferner würde eine Leistungsausweitung bis hin zu einer Vollversicherung nach Ihrer Aussage die Einführung grundlegend neuer Steuerungsstrukturen erfordern. Könnten Sie uns dies näher erläutern?

SV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Die Frage hat zwei Teile. Zum einen: Wie soll die Leistungsdynamisierung ausgestaltet werden? Ausgangspunkt hierfür ist die Beobachtung, dass die Eigenanteile in der Pflege heute sehr hoch sind. Im stationären Bereich werden mehr als 50 Prozent der Kosten von den Versicherten, den Pflegebedürftigen, selbst getragen, und im Lebenszyklus werden sogar mehr als 50 Prozent der Kosten von den Versicherten selbst getragen. Das ist ein sehr hoher Anteil. Dieser Anteil war aber nicht immer so hoch. Bei der Einführung der Pflegeversicherung lagen die Leistungen um 20 bis 25 Prozent höher als heute. Das heißt, es hat einen erheblichen Realwertverlust gegeben. Es wäre daher wünschenswert, wenn hier etwas wettgemacht werden könnte. Das ist sozusagen die Vergangenheitsbetrachtung. Für die Zukunft würde ich mir wünschen, dass wir zu einer regelgebundenen Leistungsdynamisierung kommen und dass in diese Regelbindung nicht nur die Inflation eingeht, weil wir in Zukunft auch mit Reallohnsteigerungen rechnen müssen. Eine rein inflationsbezogene Dynamisierung würde zu kurz greifen. In die Formel, die ich für sinnvoll halte, würden zu zwei Dritteln die Lohnentwicklung und zu einem Drittel die Inflation eingehen, weil die Lohnkosten den Haupt-



kostenbestandteil in der professionellen Pflege bilden. Zwei Drittel ist da eher noch zu niedrig gegriffen. Der zweite Teil der Frage bezieht sich auf die Vollversicherung. Da bin ich in der Tat eher skeptisch, und zwar nicht aus finanziellen Gründen, sondern wegen der Steuerungswirkung. Im stationären Bereich kann ich mir eine Vollversicherung vorstellen. Auch hier stellt sich schon das Problem festzulegen, wer in welche Einrichtung gehen darf, wie teuer sie sein darf und was als bedarfsdeckend anzusehen ist. Aber im ambulanten Bereich ist eine bedarfsdeckende Leistungsausgestaltung extrem schwierig. Wie hoch muss ein bedarfsdeckendes Pflegegeld sein? Wie kann das festgelegt werden? Das heißt, da sind viele Dinge zu diskutieren. Und wie soll die Steuerung erfolgen? Im Moment können die Pflegebedürftigen de facto selbst entscheiden, ob sie Pflegegeld, die Pflegesachleistung oder die vollstationäre Leistung in Anspruch nehmen wollen. Das ist tolerierbar wegen der hohen Eigenanteile, die eine Steuerungswirkung entfalten. Wenn diese Wirkung wegfallen würde, dann bräuchten wir ein ganz neues System, in dem dann auch jemand zu bestimmen wäre, der darüber entscheidet, wer ein Recht darauf hat, ins Heim zu gehen. Es gibt Länder, die das so machen, in denen Manager für die Pflegebedürftigen verbindliche Entscheidungen treffen. Das ist bei uns zurzeit nicht der Fall. Ich finde das auch sehr gut, weil der Pflegebedürftige dadurch die Möglichkeit hat, seinen Lebensabend nach eigenem Willen zu gestalten. All diese Fragen sind meines Erachtens im Hinblick auf eine Vollversicherung noch nicht geklärt. In den vorliegenden Gutachten sind lediglich Kostenabschätzungen enthalten. Aber die gesamte Steuerungsproblematik bleibt noch zu diskutieren.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Weisbrod-Frey von ver.di. Die Pflegeversicherung ist im Unterschied zur Krankenversicherung eine sogenannte Teilkaskoversicherung. Dies bedingt ein hohes Maß an Eigenbeteiligung an den Pflegekosten. Die Eigenanteile müssen von den pflegebedürftigen Menschen selbst finanziert oder von den Sozialhilfeträgern getragen werden. Hieraus resultieren vielschichtige Probleme, so zum Beispiel eine soziale Ungleichheit bei den Versorgungschancen. Meine Frage lautet daher, ob Ihrer Ansicht nach eine Notwendigkeit besteht, das Leistungsniveau in der Pflegeversicherung deutlich anzuheben.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V.): Ich will zunächst eine Korrektur vornehmen. Die Pflegeversicherung ist nicht als Teilkaskoversicherung konzipiert. Bei einer Teilkaskoversicherung besteht die Eigenbeteiligung in einem festen Betrag. Für alle darüber hinausgehenden Kosten tritt die Versicherung ein. In der Pflegeversicherung haben wir es mit einer anderen Systematik zu tun. Denn hier steht der Leistungsbetrag der Pflegeversicherung fest, während der überschießende Betrag – der im Übrigen ständig weiter steigt – von den Versicherten aufgebracht werden muss. Dabei ist der überschießende Betrag für die Pflegebedürftigen in der niedrigsten Einkommensgruppe gleich hoch wie für die Pflegebedürftigen in der höchsten Einkommensgruppe. Dies bedingt eine Entsolidarisierung innerhalb der Gesellschaft, denn der überschießende Betrag wird nicht mehr solidarisch finanziert, sondern der Chef zahlt den gleichen zusätzlichen Betrag wie sein Fahrer, was natürlich zu unterschiedlichen Belastungen führt. Ich habe das vorhin schon ausgeführt, aber meines Erachtens ist es so wichtig, dass man es noch einmal betonen muss: Vor allem Frauen sind von diesen Belastungen stark betroffen. Sie müssen in ihrem Pflegeleben – Prof. Rothgang, darf ich da auf Ihre Zahlen zurückgreifen? Er hat immer die besten Zahlen – etwa 40 000 Euro aufbringen, also etwa das Doppelte dessen, was Männer in ihrem Pflegeleben aufbringen müssen. Darin liegt eine deutliche Benachteiligung von Frauen und insbesondere auch von Menschen, die relativ wenig verdienen. Der höchste Pflegebedarf besteht in dem Viertel der Bevölkerung mit den niedrigsten Einkommen, aus ihm stammen 40 Prozent der Pflegebedürftigen. Hier ist dringend eine Umsteuerung erforderlich, insbesondere auch mit Blick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, denn nach seiner Einführung werden wir eher noch mehr Leistungen benötigen. Und wenn die Pflegeversicherung dann im selben Verhältnis mitwächst, wird sich auch der Zuzahlungsbetrag entsprechend erhöhen. Ich denke, dass dies dringend korrigiert werden muss. Ich stimme Prof. Rothgang zwar darin zu, dass man nicht von heute auf morgen eine Pflegevollversicherung einführen kann. Wir haben dazu die ersten Berechnungen vornehmen lassen, und darüber muss sicherlich noch einmal nachgedacht werden. Aber die Relation muss sicherlich verändert werden, und zwar dahingehend, dass ein höherer Anteil der



anfallenden Pflegeleistungen von der Pflegekasse bezahlt wird. Dies sollte auch im ambulanten Bereich der Fall sein, damit niemand gezwungen ist, aus finanziellen Gründen auf die stationäre Pflege auszuweichen.

Der stellvertretende Vorsitzende, Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU) übernimmt den Vorsitz.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an den SoVD. Es geht um die Finanzierung der Pflegeversicherung. Gute Pflege braucht Zeit, und deshalb kostet gute Pflege auch Geld. Welche Anforderungen sind aus Ihrer Sicht an eine solidarische Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu stellen, um die Finanzierung auf eine stabile und solide Grundlage zu stellen?

SV **Fabian Müller-Zetzsche** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Wir haben uns recht umfassend mit dem Konzept der solidarischen Pflege-Bürgerversicherung auseinandergesetzt. Ich will zunächst einen Schritt zurückgehen und Ihnen noch einmal den deutschen Sonderweg in der Pflege vor Augen führen. Man kann sich je nach Präferenz für ein kapitalgedecktes, ein umlagefinanziertes oder auch für ein steuerfinanziertes System entscheiden. Was aber sehr selten ist und zu mannigfaltigen Problemen führt, ist die Kombination von zwei Systemen, die untereinander keinen solidarischen Ausgleich haben, wie dies in Deutschland der Fall ist. In unserem System sollten eigentlich diejenigen, die nicht bedürftig sind, für diejenigen eintreten, die bedürftig sind. Das heißt, bezogen auf die Pflegeversicherung, dass die, die mehr Geld haben, für die eintreten sollten, die weniger Geld haben, und die, die nicht pflegebedürftig sind, für die, die pflegebedürftig sind – also genau so wie in allen anderen Sozialversicherungszweigen. Das deutsche System zeichnet sich aber durch die Besonderheit aus, dass insbesondere diejenigen, die man in solchen Systemen am stärksten braucht, nämlich diejenigen, die geringe Risiken und zugleich die meisten Mittel haben, um etwas beizutragen, ein eigenes System außerhalb der sozialen Pflegeversicherung haben und damit nicht dem Solidarsystem angehören müssen. Hier – so meinen wir – muss man ansetzen, wenn man über die Zukunft einer solidarischen Organisation der Pflege nachdenkt. Unserer Auffassung nach sollte auf der Grundlage der sozialen Pflegeversicherung

ein System für die gesamte Wohnbevölkerung geschaffen werden. Die privaten Versicherungsunternehmen würden dann in diesem System eine Zusatzversicherung anbieten. Das ist ein großes Geschäftsfeld, das sich noch weiter ausweiten dürfte. Wir denken auch, dass man über die Beitragsbemessungsgrenze nachdenken muss. Unserer Ansicht nach ist sie viel zu niedrig. Wir meinen, dass die Grenze, die in der Rentenversicherung gilt, eine akzeptable Größe wäre und dass man die Beiträge der Rentnerinnen und Rentner wieder auf mehr Schultern verteilen müsste. Wir vertreten auch viele ältere und finanziell schwächere Menschen. Es ist nicht akzeptabel, dass die Rentnerinnen und Rentner ihre Beiträge zur Pflegeversicherung seit einiger Zeit allein tragen müssen. Aus unserer Sicht ist die Pflege-Bürgerversicherung nicht allein ein Organisations- und Finanzierungskonzept. Vielmehr hätte man, wenn man diesen Schritt gehen würde, auch nachweisbar mehr Geld im System. Es würde vielleicht nicht reichen, um eine Vollversicherung – wie sie eben schon in der Diskussion war – zu finanzieren, aber doch zumindest, um erhebliche Leistungsverbesserungen zu realisieren. Daher ist es meines Erachtens wichtig, den Anteil dessen, was privat zu finanzieren ist, deutlich zu verringern, wobei ich mich nicht auf eine genaue Zahl festlegen will. Ferner sollte sichergestellt sein, dass ein Pflegebedürftiger unabhängig davon, wo er wohnt und mit welchen Einschränkungen er leben muss, überall den gleichen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung hat. Auch dies wäre durch eine Pflege-Bürgerversicherung zu gewährleisten. Ich denke dabei zum Beispiel an die vielen Menschen mit einer Behinderung. Hier gäbe es auch noch einiges zu verbessern.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an Prof. Rothgang. Es geht um den Pflegevorsorgefonds. Sie gehen in Ihrer Stellungnahme davon aus, dass der Beitragseffekt des Pflegevorsorgefonds vernachlässigbar gering ist und bewerten den Fonds als generell nicht nachhaltig und als ineffizient. Ihrer Ansicht nach ist es auch nicht ausreichend, das Volumen des Fonds zu erhöhen, weil er auf einer grundlegenden Fehleinschätzung basiert. Könnten Sie dies näher erläutern?



SV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Sie haben viele Aspekte angesprochen. Ich versuche, sie nacheinander abzuarbeiten. Die einfachste Frage ist die nach dem Beitragssatzeffekt. Der lässt sich relativ leicht ausrechnen, weil die gesetzlichen Vorgaben vorhanden sind. Man muss natürlich Annahmen über die Zinsentwicklung und die Entwicklung der Grundlohnsumme treffen. Aber selbst wenn man verschiedene Parameter durchspielt, kommt immer mehr oder minder dasselbe dabei heraus. Der Fonds bewirkt, dass sich der Beitragssatz für 20 Jahre um 0,1 Beitragssatzpunkte erhöht und danach für eine ähnlich lange Zeit um 0,1 Beitragssatzpunkte verringert. Wenn man einen Beitragssatz, der zu diesem Zeitpunkt vielleicht bei 4 Beitragssatzpunkten liegen wird, um 0,1 Beitragssatzpunkte vermindert, dann ist der Effekt zu vernachlässigen. Das ist der eine Aspekt. Es hilft aber auch nicht weiter, wenn man die Konstruktion beibehält und nur das Volumen erhöht. Denn das Ganze ist konzeptionell verfehlt, weil es auf einer temporären Kapitaldeckung basiert. Zwanzig Jahre lang wird eingezahlt, 20 Jahre lang wird wieder ausgezahlt, und am Ende ist der Fonds aufgezehrt. Aber wann ist das Ende? Ende der 2050er Jahre. Das ist genau der Zeitpunkt, zu dem wir die höchste Zahl an Pflegebedürftigen überhaupt erwarten. Das heißt, der Fonds ist gerade dann leer, wenn das Geld am meisten benötigt wird. Und was passiert danach? Man verlässt sich darauf, dass die Zahl der Pflegebedürftigen ab den 2050er Jahren zurückgeht und alles gut wird. Diese Annahme ist jedoch falsch, weil es bei einem Umlageverfahren zwei Größen gibt, die die Kopfzahl betreffen: die Zahl der Pflegebedürftigen und die Zahl der Beitragszahler. Wie wir feststellen können, sinkt nach den 2050er Jahren auch die Zahl der Beitragszahler. Wir werden dann in einer Gesellschaft leben, in der es nur noch Generationen mit etwa 1,4 Kindern geben wird, das heißt gewissermaßen in einer Zwei-Drittel-Gesellschaft, weil dann die demographische Transformation zu Ende ist. Das heißt aber auch, dass der Beitragssatz auf diesem Niveau verharrt wird. Alle Vorausberechnungen, sowohl die von Kollegen als auch die, die wir angestellt haben, zeigen, dass der Beitragssatz im Umlageverfahren ab 2050 oder 2060 nicht sinken wird. Das heißt, der Pflegevorsorgefonds verändert zwar den Aufstieg auf dieses Hochplateau in gewisser Weise – zunächst ein bisschen stärker, dann ein bisschen we-

niger. Wenn aber die Belastung auf einem Höhepunkt angelangt ist, besteht der Fonds schon nicht mehr. Wir haben also für die Generationengerechtigkeit nichts getan. Zum Stichwort Generationengerechtigkeit: Wenn man der Ansicht ist, dass man die jüngeren Kohorten entlasten muss, dann ist es doch ein merkwürdiges Verfahren, die Beitragszahlerkohorten von 2015 bis 2035 zu belasten, die Beitragszahlerkohorten von 2035 bis – sagen wir – 2060 zu entlasten und die Beitragszahlerkohorten, die danach kommen, vollkommen unberührt zu lassen. Das hat mit Nachhaltigkeit, denke ich, wenig zu tun. Das ist einfach eine intertemporale Umverteilung, die relativ willkürlich ist.

Abg. Pia Zimmermann (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich noch einmal an Herrn Weißbrod-Frey. Sie haben vorhin schon einmal darüber gesprochen, wie man Gelder, die jetzt in den Vorsorgefonds fließen sollen, auch anders verwenden könnte. Es gibt die Idee, 1,2 Mio. Euro für Ausbildungsplätze in der Altenpflege einzusetzen. Meine Frage lautet, ob es nach Ihrer Kenntnis irgendwelche Zahlen gibt, denen zu entnehmen ist, wie viele Ausbildungsplätze man mit diesem Betrag schaffen könnte.

SV Herbert Weißbrod-Frey (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V.): Wir haben den Vorschlag gemacht, diese 0,1 Prozent in Ausbildung zu investieren. Dazu habe ich vorhin schon etwas gesagt. Wir könnten damit rund 70.000 Ausbildungsplätze finanzieren und zwar analog zur Krankenpflegeausbildung. Es gibt ein weiteres Reformvorhaben in dieser Legislaturperiode, nämlich die Einführung einer gemeinsamen Ausbildung für die Pflegeberufe. Es wäre sinnvoll, wenn dann auch eine gemeinsame Finanzierung dieser Ausbildungsplätze erfolgen würde. Wenn wir von 70.000 Ausbildungsplätzen ausgehen, dann hätten wir ungefähr 10.000 Ausbildungsplätze mehr, als wir derzeit in der Altenpflege haben. Diese Zahl entspricht genau der Zahl an Arbeitskräften – wir waren beim Nachrechnen auch etwas überrascht, dass das genau aufgeht –, die in der Altenpflege zusätzlich gebraucht werden. Wir könnten also durch eine frühzeitige Qualifizierung schon heute die Weichen dafür stellen, dass das entsprechende Personal künftig zur Verfügung steht. Ich will aber auch betonen, dass die Erhöhung der Zahl der Auszubildenden im Pflegebereich und damit die Ausweitung von



Pflegefachleistungen allein nicht ausreichen wird. Wir werden auch noch andere Leistungen benötigen. Aber wenn wir die Zahlen der Bundesanstalt für Arbeit zugrunde legen, wonach wir bis zum Jahr 2030 etwa 325.000 zusätzliche Beschäftigte in diesem Bereich benötigen, davon etwa 140.000 Ausgebildete, dann zeigt dies, dass wir dringend handeln müssen, um diese 140.000 Fachkräfte im Jahr 2030 vorhalten zu können.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an Frau Dr. Fix von der Caritas. Frau Dr. Fix, Sie weisen auf die Gefahr eines Lohndumpings hin, wenn Serviceangebote für hauswirtschaftliche Dienstleistungen künftig nach Landesrecht als niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote zugelassen werden können. Welche Entwicklungen erwarten Sie hier und worin liegen Ihrer Meinung nach die Probleme?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): Bis jetzt waren die niedrigschwelligen Betreuungs- und jüngst auch Entlastungsleistungen ehrenamtlich organisiert. Mit dem neuen § 45 c wird dieses Prinzip nun durchbrochen, indem haushaltsnahe Serviceangebote zugelassen werden, sogar als eigene Entlastungsangebote. Das wäre eigentlich zu begrüßen, wenn diese haushaltsnahen Dienstleistungen hauptsächlich von ehrenamtlich tätigen Personen organisiert würden. Aber das Gesetz sieht ausdrücklich vor, dass auch kommerzielle Anbieter in diesem Bereich tätig werden können. Aller Voraussicht nach werden entsprechende Angebote im Niedriglohnsektor geschaffen. Es wird nach meiner Einschätzung zudem eine Grauzone aus ehrenamtlich tätigen Personen entstehen, die die Aufwandsentschädigung erhalten und diese mit dem Mini-Job kombinieren. Das ist aus unserer Sicht kein Ehrenamt mehr. Wir möchten nicht, dass mit Mitteln der Pflegeversicherung Beschäftigungsverhältnisse im Niedriglohnsektor gefördert werden und dass dies zu Lasten des Ehrenamts geht. Bei den niedrigschwelligen Betreuungsleistungen sollte der Gesetzgeber daher gewährleisten, dass hier auch in Zukunft nur die ehrenamtliche Tätigkeit gefördert wird. Denn gute Pflege und Betreuung müssen der Gesellschaft etwas wert sein.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an den Bundesverband

privater Anbieter sozialer Dienste e. V. Der bpa äußert in seiner Stellungnahme die Befürchtung, dass es durch die hälftige Umwandlung des Sachleistungsbetrages in eine Kostenerstattung für Betreuungs- und Entlastungsleistungen zu prekären Beschäftigungsverhältnissen kommen wird. Sie sprechen von einer Entwertung der Qualifikation der Pflegekräfte und auch davon, dass es zu einer Billig-Pflege kommen könnte. Ich würde Sie bitten, dies noch einmal näher erläutern.

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste – bpa): Herr Weinberg, vielen Dank dafür, dass ich das noch einmal erläutern darf. Es ist eigentlich eine relativ einfache Rechnung. Wenn ich mit dem gleichen Geld mehr Zeit kaufen will, dann geht das nur dadurch, dass ich weniger dafür zahle. Andernfalls stimmt der Divisor nicht. Sie geben nun den Ländern den Schlüssel dafür in die Hand, die Situation weiter zu verschärfen. Das wurde hier schon mehrfach beklagt. Wir haben ein Problem damit, dass der Tariflohn überhaupt als Obergrenze anerkannt wird. Angeblich um etwas für die Pflege zu tun, wird die Möglichkeit geschaffen, ohne jegliche Qualifikationsanforderung, ohne jeglichen Nachweis und ohne, dass die Firma bekannt ist, Sachleistungen in diesem Bereich anzubieten. Es liegt auf der Hand, dass dadurch neue Beschäftigungsverhältnisse entstehen werden, deren Niveau deutlich unter dem liegen wird, was heute schon üblich ist. Andernfalls könnte nicht mit dem gleichem Geldbetrag mehr Zeit eingekauft werden. Das ist eine ganz einfache Rechnung. Wenn wir feststellen, dass hier weder Qualitätsanforderungen noch irgendwelche personellen Anforderungen gestellt werden, dann werden sich unsere Anbieter irgendwann fragen, wieso sie sich an eine Fülle von Vorschriften halten sollen, wenn es eine neue Struktur gibt, die völlig frei von solchen Vorschriften ist. Wir sehen es mit großer Sorge, dass die Länder dieses Modell befürworten und fördern. Das kann ich mir nur damit erklären, dass sie davon erhebliche Kosteneinsparungen erwarten, die letztlich die Sozialhilfe entlasten. Und wenn ich das vielleicht noch sagen darf: Wir brauchen dafür keine neue Leistungserbringergruppe. Unsere Pflegedienste können sehr wohl auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen erbringen. Allerdings nur unter Bedingungen, die wir für angemessen halten.



Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an Frau Stenzel vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. Ich möchte erfahren, ob die Möglichkeit der Kostenerstattung für niedrighschwellige Betreuungsleistungen tatsächlich zu mehr Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und zu einer Entlastung für pflegende Angehörige führen wird.

SVe **Carola Stenzel** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. - DBfK): Unserer Ansicht nach werden die Leistungen der Pflegeversicherung für die pflegbedürftigen Menschen, aber auch für die Angehörigen künftig unübersichtlicher. Ob eine Umwidmung der monetären Leistungen zu mehr Selbstbestimmung führt, muss sich erst zeigen. Es ist aber zu vermuten, dass die Vielzahl der Regelungen, die es derzeit gibt, die Betroffenen überfordert. Die Pflegbedürftigen und ihre Angehörigen geraten in ein Dilemma. Sie werden entscheiden müssen, ob sie mehr Zeit, also mehr Leistungen und dafür weniger Qualität, oder weniger Zeit und weniger Leistungen und dafür mehr Qualität haben wollen. Im Gesetz sind sogenannte Pflegebegleiter aufgeführt, und im Begleittext zum Gesetz wird dazu ausgeführt, dass diese bei der Zusammenstellung der Hilfen Orientierung geben sollen. Aus Sicht des DBfK ist es jedoch nicht zielführend, eine weitere beratende Instanz einzuführen. Denn diese verfügt über sehr viel weniger Fachwissen als die professionellen Pflegekräfte. Es besteht die Gefahr, dass die Angehörigen und die Pflegebedürftigen dadurch noch mehr verwirrt werden. Wie und mit welchem Ergebnis diese Angebote künftig genutzt werden, hängt unserer Ansicht nach stark von einer unabhängigen professionellen Beratung ab, die zielführend durchgeführt wird. Ferner möchten wir anregen, nicht eine Beratung nach § 37 SGB XI, sondern eine nach § 7a SGB XI vorzusehen. Hier sollte eine wirklich unabhängige Beratung erfolgen, und zwar auch in der Häuslichkeit der zu Versorgenden. Dies ist derzeit leider oft nicht der Fall.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Frau Buls vom Deutschen Frauenrat. Sie haben dem Gesetzentwurf einen gleichstellungspolitischen Nachholbedarf attestiert, und zwar mit Blick sowohl auf die ehrenamtlich als auch auf die professionell Pflegenden. Würden Sie dies bitte erläutern? Wie müsste der Gesetzentwurf ergänzt bzw. geändert werden?

SVe **Hannelore Buls** (Deutscher Frauenrat (DF)): Was wir zu dem Thema zu sagen haben, ist an anderer Stelle schon angeklungen. Wir müssen feststellen, dass die Frauen in Deutschland der größte Pflegedienst sind. Das hat einer der Kollegen auch schon gesagt. Dieser Pflegedienst war die Wiege der Pflegeversicherung, und diese Wiege haben wir leider noch immer im Hause stehen, obwohl die Pflegeversicherung schon ziemlich lange besteht. Es gibt aus unserer Sicht ein ganz großes Problem. Das ist die Konkurrenz der unbezahlten Arbeit, die die Frauen zu Hause als Familienangehörige leisten, mit den Angeboten auf dem Pflegemarkt. Wir stellen fest, dass die unbezahlte Arbeit zu einer Lohn- und Preiskonkurrenz führt und deswegen Ungleichgewichte erzeugt. Dies zeigt sich auch im Gesetzentwurf – zum Beispiel darin, dass die Ersatzpflege durch Angehörige geringer bewertet wird als die Ersatzpflege durch Nichtangehörige. Zudem finden Frauen, die in einen Familienkontext stehen, in Deutschland Rahmenbedingungen vor, die sie dazu bewegen, entweder nicht erwerbstätig zu sein und sich hauptsächlich der Familienarbeit zu widmen oder die Zuverdienerrolle zu akzeptieren. Diese Rahmenbedingungen schaffen auch Raum für die Ausbreitung von Niedriglohnarbeit im Pflegebereich und für entsprechend prekäre Beschäftigungsverhältnisse. Bedauerlicherweise müssen wir feststellen, dass viele der Änderungsvorschläge, die in diesem Zusammenhang unterbreitet werden, dies einkalkulieren. Denn der Niedriglohn ist mittlerweile zum Wettbewerbsfaktor in diesem Bereich geworden. Wir sind daher der Überzeugung, dass sich die Bezahlung nicht an der Konkurrenz der unbezahlten Arbeit ausrichten darf, sondern dass es eine leistungsgerechte Bezahlung geben muss. Wir meinen auch, dass die nonformal und informell erworbenen Kenntnisse der unentgeltlich Pflegenden wie auch der professionell Pflegenden unbedingt anerkannt werden müssen, damit die Unterschiede erkennbar werden und auch zu einer entsprechenden Bezahlung führen. Im Übrigen führt das Teilleistungssystem der Pflegeversicherung auch zu einer hohen Belastung der Frauen. Aufgrund ihrer persönlichen Situation müssen Frauen häufig die Eigenleistung selbst erbringen, weil sich die Familie keine Zuzahlung leisten, also keine professionelle Pflege in Anspruch nehmen kann. Dies bedeutet auch, dass den Frauen die Bearbeitung eines gesellschaftlichen Risikos zugewiesen wird, was wiederum zur Folge hat, dass sie bei



der Ausübung von anderen Berufstätigkeiten Nachteile in Kauf nehmen müssen. Es ist bekannt, dass Arbeitgeber die familiären Verpflichtungen von Frauen bei Lohn und Einkommen von vornherein abzinsen. Dies erklärt zum Teil die Lohnunterschiede zwischen Frauen und Männern. Dies führt auch dazu, dass Frauen die Pflege übernehmen, obwohl wir aus der geringen Inanspruchnahme der Pflege- und der Familienpflegezeit schließen können, dass sie dies eigentlich gar nicht wollen. Sie fühlen sich dazu aber aufgrund ihrer gesellschaftlichen Rolle verpflichtet. Wir entnehmen dem Gesetzentwurf, dass diese Lösung, das heißt die Verschiebung des Pflegerisikos in den Privatbereich, weiterhin einkalkuliert wird. So wurde beispielsweise schon darauf hingewiesen, dass die vorgesehene Dynamisierung einen Nachholbedarf befriedigt, aber keine bzw. allenfalls eine partielle Leistungsausweitung beinhaltet. Zum Gleichstellungsaspekt gehört auch, dass im Rahmen der Hausbetreuung sogenannte Care-Chains eingerichtet worden sind. Frauen müssen die Dienste anderer Frauen in Anspruch nehmen, damit sie ihre Arbeit bewältigen können. Der Deutsche Frauenrat fordert daher seit Langem, dass Frauen von und bei der Pflege entlastet werden. Dies finden wir in dem Gesetzentwurf nicht in ausreichendem Maße wieder. Unter dem gleichstellungspolitischen Aspekt ist auch relevant, dass die Pflegeverantwortung der Frauen zu Altersarmut führt. Daher müsste zumindest der Rentenbeitrag für pflegende Frauen angehoben werden. Ferner sagt die Grenze zwischen der bezahlten und der unbezahlten Arbeit auch etwas über die Wirtschaftsbezogenheit aus. Unserer Ansicht nach hätte eine stärkere Professionalisierung der Pflege positive Auswirkungen auf das wirtschaftliche Wachstum und würde sich somit förderlich auf Wirtschaft und Gesellschaft auswirken. Frauen im Pflegeberuf würden auf diese Weise von der Familienverantwortung entlastet, würden in stärkerem Maße einer existenzsichernden Erwerbstätigkeit nachgehen und damit auch in höherem Maße Altersvorsorge betreiben. Dies sind die großen Zusammenhänge, wie sie sich uns darstellen. Ich würde gern noch einen weiteren Aspekt, der auf den ersten Blick gar nicht zum Thema gehört, erwähnen. Ich denke, dass die unbezahlte Arbeit bei den Wohlfahrtsindikatoren mit berücksichtigt werden sollte. Sie wird hier bisher ausgespart.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an den Deutschen Caritas-Verband und den SoVD. Es geht mir um die Verschiebung der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Ich würde Sie beide um ein kurzes Statement dazu bitten, weshalb Sie die Verschiebung der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs für problematisch halten und welche Klarstellung Sie bereits bei der ersten Stufe des Pflegestärkungsgesetzes für notwendig halten würden.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): Der Gesetzgeber hat mit dem Pflege neu ausrichtungsgesetz bereits eine Reihe von Vorziehleistungen eingeführt, ohne den Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechend anzupassen. Auch mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz geschieht dies nicht. Hier werden weitere Vorziehleistungen eingeführt, nämlich die § 45b und § 87b SGB XI für alle. Wie problematisch es sein kann, Vorziehleistungen einzuführen, ohne die Grundlage dafür zu schaffen, zeigt sich meines Erachtens am Beispiel der häuslichen Betreuungsleistung nach § 124 SGB XI. In der Praxis ist es so, dass die Sozialhilfeträger die häusliche Betreuung häufig nicht bedarfsdeckend finanzieren, weil sie sich darauf berufen können, dass diese Leistungen als Vorziehleistung in den Übergangsregelungen verankert ist. Der § 124 SGB XI befindet sich in den Übergangsregelungen, aber nicht im Leistungskatalog der Pflegeversicherung, also im § 28 SGB XI. Meines Erachtens ist es juristisch völlig eindeutig – wenngleich sozialpolitisch höchst bedauerlich –, dass die häusliche Betreuung aus diesem Grund nicht als Sozialhilfeleistung zur Verfügung steht. Es ließen sich noch weitere Beispiele anführen. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff muss daher bei der nächsten Reformstufe, die schon in Planung ist, unbedingt umgesetzt werden. Dies auch deshalb, weil die Pflegebedürftigen endlich sachgerecht und leistungsgerecht eingestuft und die Bedarfe der kognitiv eingeschränkten Menschen stärker berücksichtigt werden müssen. Konkret wünsche ich mir, dass im laufenden Gesetzesvorhaben oder zumindest in der Begründung zu den Paragraphen, die die Vorziehleistungen betreffen, der weitere Zeitplan dargestellt und auch geklärt wird, welches Gesamtkonzept mit der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbunden sein soll.



SV **Fabian Müller-Zetzsche** (Sozialverband Deutschland (SoVD)): In der Tat halten wir es für das größte Defizit in dem vorliegenden Gesetzentwurf, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff auch darin – wie schon seit Jahren – fehlt, obwohl diverse Beiräte mit vielen Expertinnen und Experten, von denen einige auch hier anwesend sind, gute Vorarbeit geleistet haben. Frau Dr. Fix hat schon erklärt, weshalb dieses unsystematische Vorgehen, zuerst die Leistungen zu definieren und dann erst festzulegen, wer Anspruch auf diese Leistungen hat, zu mannigfaltigen Problemen führt. Ich will ihre Ausführungen im Hinblick auf die Betreuung noch um einen weiteren Aspekt ergänzen. Viele Leistungen der Pflegeversicherung fußen darauf, wer einen Anspruch hat. So sollte es auch sein. Dies gilt auch für Pflegepersonen, die z. B. Rentenanwartschaften für ihre Pflege Tätigkeit erwerben. Derzeit besteht aber immer noch das Problem, dass die Pflege Tätigkeit stark auf den geltenden verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff ausgerichtet ist und viele der guten neuen Ideen keine Auswirkungen auf die Pflegezeit der Angehörigen haben. Das bedeutet, dass diese Angehörigen gar nicht die nötige Stundenzahl erreichen, weil die Betreuung oder die niedrigschwellige Entlastung usw., also alle Dienste, die sie erbringen, darin gar nicht enthalten sind. Hier zeigt sich also, wie problematisch es ist, den zweiten Schritt vor dem ersten zu tun. Wir erhoffen uns – und das ist vielleicht sogar realistisch – zweierlei: Zum einen würden wir dem Gesetzgeber nahelegen, einen möglichst verbindlichen Zeitplan festzulegen. Damit bin ich ganz dicht an dem, was Frau Dr. Fix gesagt hat. Zum anderen sollte damit begonnen werden, die nötigen gesetzlichen Grundlagen zu schaffen, damit die anderen Beteiligten das, was im Beirat umfassend besprochen und in einer Roadmap vorgezeichnet worden ist, schon umsetzen können. Vermutlich kann man schon jetzt damit beginnen, die entsprechenden Richtlinien zu erarbeiten und Schulungen durchzuführen, und nicht erst dann, wenn am Ende der Legislaturperiode gegebenenfalls ein Gesetz in Kraft tritt. Viele Dinge müssen schon jetzt geregelt werden, damit der Begriff in dieser Legislaturperiode überhaupt noch in Kraft treten kann. Damit meine ich nicht nur das Inkrafttreten des Gesetzes, sondern auch das Wirksamwerden bei den Bürgerinnen und Bürgern. Diese zwei Ziele sind aus unserer Sicht sehr bedeutsam und auch noch realisierbar.

Wir haben jedenfalls die Hoffnung, dass dies möglich ist. Denn auch uns ist klar, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht von heute auf morgen in Kraft gesetzt werden kann.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Prof. Rothgang. Mir geht es um die Beitragssatzerhöhung in der sozialen Pflegeversicherung. Können sie abschätzen, wann nach der für diese Wahlperiode avisierten Beitragssatzerhöhung in der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von insgesamt 0,5 Beitragssatzpunkten das nächste Mal eine Anhebung des Beitragssatzes erforderlich sein wird, um Einnahmen und Ausgaben in der Pflegeversicherung in Einklang zu bringen?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Es liegt auf der Hand, dass der Beitragssatz in der Pflegeversicherung langfristig steigen wird. Daran geht kein Weg vorbei. Es ist auch klar, dass wir den Anstieg des Beitragssatzes dämpfen könnten, wenn wir in Richtung Bürgerversicherung voranschreiten, das heißt, wenn wir Personen, die bisher privat versichert waren, in die soziale Pflegeversicherung integrieren und wenn wir weitere Einkommensarten beitragspflichtig machen würden. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf einige Zahlen hinweisen. Die Privatversicherten sind gesünder, jünger und einkommensstärker als die gesetzlich Versicherten. Auch das Einkommen der privat Versicherten liegt nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge um 60 Prozent höher als das der gesetzlich Versicherten. Umgekehrt liegen die altersspezifischen Pflegeprävalenzen bei den privat Versicherten niedriger. Anders sieht es auf der Ausgabenseite aus. Während die Kosten für Pflege bei den Privatversicherten derzeit 75 Euro pro Jahr und Versichertem betragen, liegen sie in der sozialen Pflegeversicherung bei 300 Euro. Das entspricht dem Faktor vier. Diese Unterschiede sind auf die jeweils spezifische Risikomischung in den beiden Systemen zurückzuführen. Wenn man die Beihilfe noch mit einberechnet, dann ergibt sich ein Verhältnis von 1:3 statt von 1:4. Das heißt, wir haben in Deutschland – auch das ist schon angesprochen worden – die merkwürdige Situation, dass es zwei Töpfe gibt, einen für die guten und einen für die schlechten Risiken, wobei die schlechten und die guten Risiken jeweils für sich solidarisch sind. Aber zwischen den bei-



den Töpfen gibt es keine Verbindung, und dies obwohl das Bundesverfassungsgericht – wie ich finde, vollkommen zu Recht – ausgeführt hat, dass 1994 eine Pflegevolksversicherung mit zwei Zweigen eingeführt worden sei. Daran könnte man etwas ändern. Es gibt eine Möglichkeit, den Beitragssatzanstieg langfristig moderater zu gestalten, wenn schon nicht zu verhindern. Kurzfristig hängt die Entwicklung fast ausschließlich davon ab, wie wir den Pflegebedürftigkeitsbegriffs umsetzen. Und da besteht noch ein großes Fragezeichen. Selbst wenn die Umsetzung, wie dies der Beirat vorgeschlagen hat, nach dem günstigsten Szenario erfolgt, das heißt, wenn man die neuen Pflegegrade mit den alten Pflegestufen verknüpft, wird man – denke ich – mit der Erhöhung um die zwei Zehntel Beitragssatzpunkte nicht auskommen. Wir haben im Frühjahr mal versucht, dies für den VdK zu errechnen. Dabei kamen wir auf eine Lücke von gut ein bis eineinhalb Milliarden Euro. Wir haben gerade versucht, eine Neuberechnung auf der Basis des Gesetzesentwurfs vorzunehmen. Diese hat zu demselben Ergebnis geführt. Demnach würde die mögliche Antwort lauten: Wahrscheinlich reicht das Geld nicht einmal aus, um im Jahre 2017 den Pflegebedürftigkeitsbegriff angemessen einzuführen. Langfristig sind, wie gesagt, Beitragssatzsteigerungen ohnehin unvermeidlich.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an das Kuratorium Deutsche Altershilfe. Dabei geht es um die Anschubfinanzierung für die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen. Im Pflegestärkungsgesetz sind Änderungen zur Verbesserung der Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen vorgesehen. Die Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat dazu im August 2014 eine kleine Anfrage eingebracht. Aus der Antwort der Bundesregierung geht hervor, dass die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen bisher so gut wie nicht in Anspruch genommen wurde. Welche Regelungen sind ihrer Meinung notwendig, um die Anschubfinanzierung wirkungsvoller zu gestalten, das heißt, zu erreichen, dass sie auch in Anspruch genommen wird?

SV Jürgen Gohde (Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)): Die Anfrage berührt einen zentralen Punkt bei der Gestaltung alternativer Vorschläge in der

Leistungsstruktur. Ich bin dankbar für diese Frage, weil sie zeigt, welche Probleme mit Vorgriffsregelungen häufig verbunden sein können, und zwar selbst dann, wenn man davon überzeugt ist, dass es gute Lösungen sind. Es entspricht auch unserer Beobachtung – und ich denke die Bundesregierung sieht dies ganz ähnlich –, dass die vorgesehenen Finanzmittel nicht entsprechend in Anspruch genommen werden. Wo liegen die Hürden? Die Hürden sind sehr deutlich an drei, vier Stellen zu erkennen. Erstens: Damit sich ein neues Angebot durchsetzt – auch als Alternative zum stationären Bereich – ist es notwendig, auf den relevanten Ebenen entsprechende Beratungsangebote zur Verfügung zu stellen, die die Initiatoren – auch die Betreiber – in die Lage versetzen, solche Angebote aufzubauen. Wir wissen aus Erfahrung, dass nur in fünf Ländern entsprechende Beratungsstrukturen vorhanden sind. Wenn die Mittel dazu beitragen könnten, solche Beratungsangebote zu verstärken, dann würde das Geld auch fließen. Davon bin ich fest überzeugt. Wir könnten außerdem eine qualifizierte Beratung aufbauen, anknüpfend etwa an die Wohnberatung, die in einzelnen Ländern gut funktioniert. Dann hätte man gleichzeitig ein Instrument zur Qualitätssicherung dieser Angebote zur Verfügung. Zur Überraschung vieler entwickeln sich die Dinge im anbieterorientierten Bereich sehr häufig wie ein Kleinstheim und damit gerade nicht gemäß den Ideen, die damit ursprünglich verbunden waren. Das heißt, wir stoßen automatisch auf das Problem, wie man die Qualität in diesem Bereich sicher stellen und feststellen oder wie man darüber hinaus garantieren kann, dass sie bei der Auswahl der Einrichtung eine Rolle spielt. Unter diesem Gesichtspunkt geht es sowohl um gute Beratung als auch um vereinfachte Regelungen. Das alles ist ganz selbstverständlich. Vor allem die Stellungnahme des Deutschen Vereins hat dies deutlich gemacht. Und wir sehen das genauso. Es gibt bisher keine leistungsrechtliche Definition der ambulanten Wohngruppe. Nicht zuletzt aus diesem Grund ist eine Reihe der genannten Probleme entstanden. Wenn man also diese Angebotsform breiter entwickeln und als Alternative anbieten will – es wird allerdings nie ein Angebot für die Mehrheit sein –, dann wird sich eine solche Definition nicht vermeiden lassen. Das ist der zweite zentrale Punkt. Drittens geht es im Rahmen des Aufsichtshandelns angesichts der zahlreichen Probleme, wie etwa unklare Zuständigkeiten und andere, die bei



Kleinstheimen sichtbar werden, vor allem um die Frage, wie hier die Qualität gesichert werden kann. Es wird notwendig sein, die Kooperation zwischen den verschiedenen Aufsichtsakteuren zu stärken, ähnlich wie dies auch für die Beratung gilt. Wir brauchen hier eine bessere Koordinierung des Aufsichtshandelns. Sie muss über das hinausgehen, was die Regelung des § 117 SGB XI bisher vorsieht. In diesem Zusammenhang weise ich ausdrücklich auf die Stellungnahme der BAGFW hin. Wenn Sie mich also nach der entsprechenden Regelung fragen, die im vorliegenden Gesetzentwurf enthalten ist, bzw. wenn Sie konkret von mir wissen wollen, ob das Instrument der Fristverlängerung ausreicht, um dieses Angebot zu etablieren und um die Menschen in die Lage zu versetzen, dieses Angebot auch in Anspruch zu nehmen, dann würde ich dies verneinen. Die Fristverlängerung reicht zumindest dann nicht aus, wenn es nicht gelingt, die begleitenden Instrumente zu entwickeln. Ich habe die Antwort der Bundesregierung gelesen. Sie unterstreicht noch einmal, welchen Vorteil es bietet, sich bei einer solchen Argumentation an gesamt-konzeptionellen Überlegungen zu orientieren. Ich persönlich meine, dass die Pflegeversicherungsreform – und das war eine der ursprünglichen Ideen – immer einem solchen Gesamtkonzept folgen und dabei insbesondere auch die Interessen der Kommunen und der Länder im Blick behalten sollte. Aus diesem Grund kommt es meiner Ansicht nach bei der Beratung, bei der Entwicklung der Konzeption und nicht zuletzt auch beim Aufsichtshandeln entscheidend auf die Kooperation der beteiligten Akteure an.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die BAG Selbsthilfe. Es geht mir um den § 43a SGB XI „Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen“. Hier sind bisher keine Veränderungen vorgesehen. Sie beschreiben die Schwierigkeiten, die sich daraus für die pflegebedürftigen Menschen in vollstationären Einrichtungen ergeben. Es interessiert uns, welche Regelungen Sie in diesem Bereich für nötig halten.

SVe Dr. Siiri Doka (BAG Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen und ihren Angehörigen e. V.): Wir möchten das Gesetzgebungsverfahren zum Anlass nehmen, um auf

bestimmte Probleme in Einrichtungen der Behindertenhilfe hinzuweisen. Viele Krankenkassen lehnen häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe ab. Dies hat für die Bewohner oft zur Folge, dass sie nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr in die Einrichtung zurückkehren können. Es geht dabei nicht um Probleme wie z. B. das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, die die Einrichtungen problemlos bewältigen können. Es geht vielmehr um echte medizinische Probleme wie den Wechsel der Trachealkanüle beim Tracheostoma, die oft nicht mehr zu lösen sind. Im Endeffekt hat dies für die Betroffenen zur Folge, dass sie nicht mehr in die Einrichtung zurückkehren können. Insofern halten wir hier eine gesetzliche Klarstellung für dringend notwendig. Die betroffenen Verbände haben natürlich versucht, die entsprechenden Fragen von den Gerichten klären zu lassen. Leider sind vor dem Bundessozialgericht immer nur Vergleiche geschlossen worden, so dass es zu keinem Grundsatzurteil gekommen ist. Daher bitten wir dringend um eine gesetzliche Klarstellung.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage, die sich auf den § 45b SGB XI „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ bezieht. Diese Leistungen sind vorhin schon problematisiert worden. Die Frage richtet sich an die Caritas. Sie hatten gerade angedeutet, dass es Probleme bei der Abgrenzung zwischen der ehrenamtlichen und der bezahlten Arbeit sowie bei der Anwendung der verschiedenen Kriterien für bezahlte Arbeit gibt. Darüber hinaus bestehen auch Unklarheiten in Bezug auf den Kreis der Anspruchsberechtigten. Welche Nachbesserungen am Gesetzentwurf halten Sie hier für notwendig?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Aus den Stellungnahmen kann man entnehmen, dass es offensichtlich unterschiedliche Auffassungen darüber gibt, ob der hälftige Umwidmungsbetrag nur von den Empfängern von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI bzw. von den Empfängern von Kombinationsleistungen oder auch von den Empfängern der reinen Geldleistung in Anspruch genommen werden kann. Wenn ich den § 36 SGB XI richtig interpretiere, dann sagt er aus, dass nur die Empfänger von Pflegesachleistun-



gen oder von Kombinationsleistungen diese Leistung in Anspruch nehmen können. Dies halte ich aber für nicht sachgerecht. Wenn der Gesetzgeber die Konstruktion eines hälftigen Umwidmungsbetrags beibehalten will, dann muss er auch den Empfängern von Pflegegeldleistungen einen entsprechenden Anspruch einräumen. Dafür trete ich aus Gründen, die ich jetzt nicht weiter ausführen kann, ein.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die BAG Wohnungsanpassung. Es geht mir um die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Die BAG Wohnungsanpassung fordert, dass eine qualitätsgesicherte Beratungsleistung für die Wohnungsanpassung im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gesetzlich verankert werden soll. Aus welchen Gründen halten Sie die Finanzierung dieser Leistung für notwendig?

Sve **Sabine Grabow** (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e. V.): Ich möchte gleich klarstellen, dass wir keine Verankerung im § 7a SGB XI anstreben. Die BAG Wohnungsanpassung begrüßt die Anhebung des Zuschusses zu den Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 40 SGB XI Absatz 4 auf 4.000 Euro. Diese Summe stellt eine echte Teilfinanzierung dar und bietet daher einen Anreiz für notwendige Wohnungsanpassungsmaßnahmen. Sie kann somit dazu beitragen, dass die Zahl der durchgeführten Anpassungsmaßnahmen steigt und damit Pflege ermöglicht bzw. erleichtert wird. Auf Grund der Komplexität und Vielschichtigkeit von Wohnungsanpassungsmaßnahmen hält es die Bundesarbeitsgemeinschaft jedoch für notwendig, die Mittel auch zur Motivation und Begleitung der Pflegebedürftigen, das heißt für eine klientenorientierte und produktneutrale Beratung einzusetzen, um eine zielgenaue und nachhaltige Verwendung des eingesetzten Geldes – es geht hier immerhin um 4.000 Euro – zu garantieren. Deshalb sollte die Beratungsleistung zur Wohnungsanpassung neben der bestehenden Pflegeberatung im Gesetz verankert werden. Die Bundesarbeitsgemeinschaft tritt dafür ein, eine bundeseinheitliche Bestimmung zu den Qualitätsanforderungen an die Wohnberatung einzuführen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den

Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V. Ihre Erfahrungen zeigen, dass Nichtversicherte immer noch von den Leistungen des § 87b SGB XI ausgeschlossen sind. Was müsste Ihrer Meinung nach für diesen Personenkreis im Pflegestärkungsgesetz geregelt werden?

Sve **Sabine Mattes** (Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V. (BKSB)): Wir meinen, dass die Bestimmung im Grunde nur gestrichen werden müsste. Denn die Formulierung, wonach diese Leistungen nur den Pflegeversicherten zustehen, impliziert, dass die Sozialhilfe diese Leistung nicht erbringen muss. Wenn diese Bestimmung entfallen würde, dann würde die entsprechende Vorschrift im SGB XII greifen, die besagt, dass die Leistungen nach dem SGB XI von der Sozialhilfe übernommen werden müssen. Es wäre ganz einfach, eine Klarstellung in das Gesetz aufzunehmen, wonach diese Leistung auch für Nichtversicherte erbracht werden muss. Das wäre eine ganz einfache Regelung. Nach der geltenden Regelung werden die Betroffenen ungleich behandelt. Sie müssen sich das so vorstellen: Solange die Leistung den dementen Menschen vorbehalten war, gab es immer eine große Gruppe, die diese Leistung im Pflegeheim nicht bekommen hat. Jetzt ist es aber so, dass im Prinzip alle Menschen im Heim diese Leistung bekommen, mit Ausnahme der ganz wenigen, die nicht pflegeversichert sind. Diese Ungleichbehandlung kann man in einer Pflegeeinrichtung aber nicht durchhalten. Denn wie soll man den Menschen vermitteln, dass sie davon nicht profitieren können? Wir hatten – wenn ich das noch kurz erwähnen darf – in einer Einrichtung einen Fall, bei dem ein Mensch aus dem Ausland von den Behörden ins Flugzeug gesetzt und mehr oder minder in der Einrichtung abgeliefert worden ist. Dieser Mensch war dement und wusste nicht, wo er sich befand. Er gehörte zudem zu den ganz wenigen, die nicht versichert sind. Es handelte sich somit um einen dramatischen Fall, in dem man die Betreuungsleistungen, die dringend notwendig gewesen wären, nicht erbringen konnte.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine letzte Frage richtet sich an den Bundesverband privater Anbieter. Der bpa kritisiert in seiner Stellungnahme die einseitige Orientierung der Dynamisierung nach § 30 SGB XI an der Preisentwicklung. Könnten Sie uns kurz erläutern, an



welchen Faktoren sich die Dynamisierung darüber hinaus orientieren müsste?

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir wissen, dass es sich bei der Pflege nicht um einen Bereich mit prekären Beschäftigungsverhältnissen, sondern um einen Bereich mit einer sehr dynamischen Lohnentwicklung handelt. Wenn wir die Dynamisierung nur an der Inflation ausrichten würden, wäre dies meiner Meinung nach zu kurz gegriffen. Denn wir müssen auch die Kaufkraft im Blick behalten – also die Frage, wie viel Pflege, Betreuung und Unterstützung man für das, was die Pflegeversicherung finanziert, bekommt. Außerdem müssen wir die maßgeblichen Kostenfaktoren im Blick behalten. Einkauf und Inflation sind eben nicht die größten Kostenfaktoren. Vielmehr geht es insbesondere um die Entwicklung der Personalkosten. An all dem muss sich die Dynamisierung orientieren.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gern Herrn Prof. Rothgang noch einmal die Möglichkeit geben, seine ökonomische Sicht auf das Konzept des Vorsorgefonds zu präsentieren und etwas zu den Aussichten, dass die Beitragssätze durch den Fonds nach 2035 stabilisiert werden, zu sagen. Funktioniert der Fonds oder nicht und wie beurteilen sie die Risiken, die mit dem Fonds verbunden sind? Sie können für Ihre Antwort gern die Restzeit ausnutzen.

ESV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Die Gelegenheit hat man selten, einfach die Restzeit auszunutzen. Ich habe zum Pflegevorsorgefonds schon einiges gesagt und dabei darauf hingewiesen, dass die Entlastungswirkung gering ist und das konzeptionelle Hauptproblem darin besteht, dass der Fonds dann leer ist, wenn man ihn am meisten braucht. Aber es gibt natürlich auch noch ein paar andere Dinge, die man erwähnen könnte. Dies betrifft beispielsweise die Frage, wie sicher das Geld in diesem Fonds angelegt ist. Auch dieses Thema ist nicht neu in der Diskussion, aber es ist gleichwohl wichtig. Es ist vorgesehen, dass die Deutsche Bundesbank den Fonds verwaltet. Damit wird ihr Nimbus mit dem Fonds verknüpft, mehr aber auch nicht. Die Bundesbank hat in ihrem Monatsbericht vom März oder April dieses Jahres selbst darauf hingewiesen. Natürlich kann der Fonds durch einfaches Gesetz

jederzeit abgeschafft werden. In meiner Stellungnahme habe ich in diesem Zusammenhang Schumpeter zitiert, um deutlich zu machen, wie wahrscheinlich ist es, dass eine demokratisch gewählte Regierung einen solchen Fonds unangetastet lässt. In dem Zitat heißt es, „das ist unwahrscheinlicher, als dass ein Hund einen Wurstvorrat anlegt.“ In der Vergangenheit gibt es wenige Beispiele dafür, dass demokratisch gewählte Regierungen einen solchen Fonds vor sich herschieben, wenn sie darauf zugreifen können. Und in gewisser Weise ist ein solcher Zugriff auch durchaus vernünftig. Denn was bedeutet es denn – gerade auch unter dem Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit –, wenn wir einen solchen Fonds anhäufen? Das heißt, wir legen Geld als Kapital an und erhalten dafür Haben-Zinsen. Gleichzeitig besteht aber eine Staatsverschuldung in einem nicht unerheblichen Ausmaß, durch die Soll-Zinsen anfallen. Wenn man so etwas im privaten Bereich machen und jemandem, der Schulden hat, empfehlen würde, er solle sich ein Sparbuch zulegen und zugleich die Schulden bestehen lassen, dann würde er diesen Rat sehr merkwürdig finden. Genau dies wird hier aber vorgeschlagen. Das heißt, wenn wir wirklich etwas für die nachwachsenden Generationen tun wollen, dann sollten wir die knappen Mittel eher dafür nutzen, um Schulden zu tilgen, als sie in einem Fonds anzulegen, der den bekannten Kapitalmarktrisiken ausgesetzt ist und der nur so lange besteht, wie die Politik ihn nicht antastet. Das sind alle Aspekte, die hier zu berücksichtigen sind. Und schließlich befürchte ich – wie ich es gerade schon angedeutet habe –, dass nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs am Ende Geld fehlen wird. Wenn wir den Fonds dafür verwenden würden, wäre das auch etwas in die Zukunft gerichteter. Ich denke, hier wären die Mittel besser angelegt.

Abg. Ute Bertram (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen an den GKV-Spitzenverband und den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. Der Bundesrat fordert in seiner Stellungnahme die Abschaffung der Wartezeit von sechs Monaten bei Inanspruchnahme der Verhinderungspflege. Wie beurteilen Sie diese Forderung und welche finanziellen Folgen hätte ihre Umsetzung?

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Ich denke, man muss sich vor Augen halten, wofür die



Leistungskategorie der Verhinderungspflege geschaffen worden ist, nämlich schlicht und einfach für eine Situation, in der diejenigen, die die Pflege durchführen, aus unterschiedlichen Gründen nicht dazu in der Lage sind, dies zu gewährleisten. Eine Wartefrist von sechs Monaten ist hier aus sachlichen Gründen kaum zu rechtfertigen. Denn ich kann mir nur schwer vorstellen, dass wir es sozusagen der strategischen Gestaltungsphantasie der Betroffenen überlassen wollen, ob sie eine Situation, in der dieser Anspruch oder dieser Bedarf besteht, absichtlich herstellen. Daher würden wir es in Übereinstimmung mit den Anregungen des Bundesrates befürworten, die Wartefrist in diesem Fall abzuschaffen. Sicherlich wird eine häufigere Inanspruchnahme dann auch einige zusätzliche Kosten verursachen. Ich will aber auch darauf hinweisen, dass ein solcher Anspruch je nach Zeitpunkt im Kalenderjahr ohnehin bestehen würde. Insofern gehe ich nicht davon aus, dass hier ein übermäßig großer Mehraufwand entstehen würde. Mein Kernargument lautet somit, dass ich die inhaltliche Begründung für eine Wartefrist in diesem speziellen Fall in keiner Weise für stichhaltig halte.

Sve Jana Henneberger (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.): Ich kann mich Herrn Kiefer anschließen. Es ist das Ziel des Gesetzentwurfes, die häusliche Pflege und die pflegenden Angehörigen zu unterstützen und zu entlasten. Der Deutsche Verein hat in seinen Stellungnahmen wiederholt die Bitte geäußert, die Wartezeit entfallen zu lassen, weil sie nicht geeignet ist, das angestrebte Ziel zu erreichen. Ich wüsste nicht, was ich dazu noch ergänzend sagen sollte.

Abg. Erich Irlstorfer (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Caritas und den bpa. Die Neufassung des § 45b SGB XI sieht vor, dass künftig die Hälfte des Pflegesachleistungsbetrags nach § 36 SGB XI auch für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendet werden kann. Bei einer Inanspruchnahme trifft das Sachleistungsprinzip nach § 36 SGB XI auf das Kostenerstattungsprinzip nach § 45b SGB XI. Wie wird sich das neue Verrechnungsverfahren in der Praxis gestalten? Wie beurteilen Sie die Bestimmung, der zufolge der hälftige umgewidmete Betrag nur für die nach Landesrecht zugelassenen Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendet werden darf? Und welche Alternativen gibt es Ihrer Ansicht nach, um

dem Ziel, nämlich Pflegebedürftigen die höchstmögliche Flexibilität bei der Verwendung der Leistungen nach dem SGB XI einzuräumen, näher zu kommen?

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): In der Tat wirft die Kombinationsmöglichkeit von Pflegesachleistung, Pflegegeld und niedrigschwelligen Betreuungsleistungen ein Problem auf. Denn die Kombinationsmöglichkeit suggeriert ein Budget, das in Wahrheit kein echtes Budget ist, weil die Leistungen miteinander verrechnet werden. Und dieser Verrechnungsmodus wird in der Praxis einige Probleme aufwerfen. Lassen Sie mich das kurz erläutern. Zunächst wird die Pflegesachleistung vorrangig abgerechnet; so steht es auch im Gesetz. Ferner beziehen die meisten Empfänger von Pflegesachleistungen zusätzlich Pflegegeld. Entsprechend wird im laufenden Monat das Pflegegeld verrechnet. Die § 45b-Leistungen werden im Wege der Kostenerstattung in Ansatz gebracht. Das bedeutet, die Kosten werden frühestens zu Beginn des Folgemonats der Leistungsanspruchnahme sichtbar, und zwar in Form einer Rechnung, die zunächst vom Pflegebedürftigen bezahlt werden muss und die dann im Wege der Kostenerstattung bei der Pflegekasse eingereicht werden kann. Schon daran können Sie ablesen, dass es eine Ungleichzeitigkeit bei den Abrechnungsmodalitäten gibt, die unweigerlich dazu führt, dass die Leistungen nach § 45b SGB XI und das Pflegegeld ständig rückwirkend miteinander verrechnet werden müssen. Infolgedessen wird sich die Transparenz bei den Leistungsempfängern nicht erhöhen, sondern verringern. Der Leistungsdschungel, der in der Pflegeversicherung ohnehin schon besteht, wird sich weiter verdichten. Wenn der Gesetzgeber an der vorgeschlagenen Lösung des hälftigen Umwidmungsbetrags festhalten will, dann sollte er meines Erachtens auf jeden Fall nicht nur die Betreuungs- und Entlastungsleistungen, die nach Landesrecht anerkannt sind, sondern zumindest auch die Betreuungs- und Entlastungsangebote, die die zugelassenen Pflegedienste anbieten, zulassen. Dies sieht der Gesetzentwurf bisher noch nicht vor. Beide Leistungen erfüllen aber den gleichen Zweck. Sie haben mich ferner nach Alternativen gefragt. Dies gibt mir die Gelegenheit, nunmehr das auszuführen, was ich bei meiner Antwort auf die Frage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nicht ausführen



konnte. Ich spreche dabei auch für die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege. Wir sprechen uns für das wesentlich schlankere, einfachere und unbürokratischere Instrument eines Entlastungsbetrags oder eines Entlastungsbudgets aus. Wir schlagen vor, die Leistungen der Verhinderungspflege, der Kurzzeitpflege und der Leistungen nach § 45b SGB XI, die zurzeit monatlich gewährt werden, zu einem Jahresbetrag zu kumulieren, der den Betroffenen dann ganz flexibel zur Verfügung steht. In diesem Budget wären dann 4.472 Euro gewissermaßen kostenneutral enthalten. Diese Leistungen könnten dann völlig flexibel in Anspruch genommen werden, für die Verhinderungspflege, auch für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach §45b SGB XI oder für alle möglichen Kombinationen von Leistungen – je nachdem, wie es die spezifische Pflegesituation erfordert. Wir halten diese Lösung für wesentlich transparenter, unbürokratischer und flexibler als das Instrument des hälftigen Umwidmungsbetrags.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Das Verrechnungsverfahren wird notwendigerweise kompliziert. Ich habe vor Kurzem gelesen, dass es einen großen bürokratischen Aufwand verursacht würde, wenn man Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen abrechnen würde. Im Vergleich zu dem geplanten Vorhaben wäre der Aufwand hier jedoch gering. Frau Dr. Fix hat dies gerade geschildert. Denn hier soll nun im Nachhinein abgerechnet werden. Man muss dabei aber im Voraus wissen, was der Pflegedienst berechnet hat, um den anderen Betrag berechnen zu können. Das wird ziemlich aufwendig werden. Wir sind froh, dass zumindest eine Reihenfolge vorgesehen ist, weil wir dadurch nicht in die Situation geraten, in der wir vor Jahren schon einmal waren, dass die erste Rechnung alle Beteiligten in Verwirrung stürzt, weil niemand mehr weiß, was am Ende eigentlich zu berechnen ist. Nun zu Ihrer zweiten Frage, wie wir die hälftige Umwidmung des Betrages bewerten. Das habe ich gerade schon deutlich zu machen versucht. Hier ist die Qualität nicht gesichert, weil man nicht weiß, welcher Leistungserbringer tätig wird. Die Leistungserbringung erfolgt allein auf Basis einer Kostenerstattung. Und dabei wird nur geprüft, was auf der Rechnung steht. Etwas salopp ausgedrückt, steht dort genau das drauf, was draufstehen muss, damit die Rechnung akzeptiert wird. Genau das

wird passieren, und das wäre auch folgerichtig. Es liegt am Kostenerstattungsprinzip, dass nicht klar ist, wer der Leistungserbringer ist. Der Versicherte reicht die Rechnung ein und erhält dann die Erstattungsleistung. Welche Beschäftigungsverhältnisse es zulassen, mehr Zeit für den gleichen Geldbetrag einzukaufen, das ist eine einfache Rechenaufgabe. Wenn ich weniger zahle, bekomme ich fürs gleiche Geld mehr Zeit. Das ist eine Entwicklung, vor der wir entschieden warnen. Wenn jetzt neben den Leistungen, die Pflegedienste erbringen können, eine weitere Versorgungsschiene eingerichtet wird, wird dies unter anderem auch Auswirkung auf das Image der Pflege haben. Nun zu der Frage nach den Alternativen. Es müssten hier eigentlich die gleichen Qualitätsanforderungen wie für jeden zugelassenen ambulanten Pflegedienst gelten. Wenn dies nicht geschieht, wird sich jeder Pflegedienst fragen, wie er damit umgehen soll, dass zwei verschiedene Anbieter ähnliche Aufgaben übernehmen, aber nur einer davon kontrolliert wird und vertragliche Verpflichtungen erfüllen muss, während über den anderen kaum etwas bekannt ist. Wenn man an diesen Anbieter schon nicht die gleichen Anforderungen wie an einen Pflegedienst stellen will, dann sollte man an ihn aber zumindest die gleichen Anforderungen wie an Einzelpflegekräfte stellen.

Abg. Reiner Meier (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Caritas. Welche Entlastung wird Ihrer Meinung nach für pflegende Angehörige von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, erreicht, wenn der Sachleistungszuschlag nach § 123 Absatz 3 und 4 SGB XI nun auch auf die Ansprüche auf teilstationäre Tages- und Nachtpflege ausgeweitet wird?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir begrüßen es ausdrücklich, dass der Gesetzgeber durch die erneute Nachbesserung des § 123 SGB XI die Tagespflege, die Sie angesprochen haben, aber auch die Kurzzeitpflege in das Leistungsspektrum der Pflegestufe 0 mit aufnimmt. Viele Demenzzranke fallen nach dem jetzt geltenden Begutachtungssystem unter die Pflegestufe 0. Ihre Angehörigen sind oft hoch belastet, sie erhalten aber kaum Leistungen aus der Pflegeversicherung. Daher halten wir es für außerordentlich sachgerecht, hilfreich und entlastend für die Angehörigen, dass dieser Personengruppe künftig auch die Tagespflege zur Verfügung stehen soll.



Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an Herrn Dr. Schnabel. Wie wir alle wissen, liegt der Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits vor. Auf dessen Grundlage basiert der Antrag der Fraktion DIE LINKE. Frau Zimmermann hat dies vorhin noch einmal verdeutlicht. Sie fordern, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und auch das entsprechende Begutachtungsverfahren zügig eingeführt werden. Deshalb meine Frage: Sind auch Sie der Meinung, dass der Begriff zügig eingeführt werden sollte und wenn nicht, weshalb?

ESV **Dr. Eckart Schnabel**: Natürlich teile ich die Einschätzung, dass wir einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführen müssen. Auf die Frage, wie schnell dies geschehen kann, möchte ich in meiner Stellungnahme näher eingehen. Es ist durchaus nachvollziehbar, dass in der Diskussion eine zügige Einführung gefordert wird, aber es ist fraglich, ob dies unverzüglich geschehen kann. Wo stehen wir heute? Ich muss dafür noch einmal auf den letzten Expertenbeirat und seine Empfehlungen zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingehen. Der Beirat hatte den Auftrag, die bisher nicht hinreichend konkretisierten bzw. noch offen gebliebenen fachlichen, administrativen und rechtstechnischen Fragen zu klären. Dazu hat er im letzten Jahr einen Bericht vorgelegt. Es ist dabei deutlich geworden, dass die Beiratsarbeit erfolgreich gewesen ist und der weiteren Diskussion eine wichtige Orientierung gibt. Man muss aber auch sagen, dass nicht alle Fragen abschließend beantwortet worden sind. Um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verantwortungsvoll einführen zu können, müssen noch verschiedene Vorarbeiten erledigt werden. Darauf hat im Übrigen auch der letzte Expertenbeirat teils explizit, teils implizit hingewiesen. Die noch notwendigen Vorarbeiten beziehen sich auf insgesamt drei Bereiche. Dabei geht es erstens um das neue Begutachtungsinstrument. Es gibt zurzeit noch keine abschließend gültige und von einem allgemeinen Konsens getragene Form dieses neuen Begutachtungsinstrumentes. Vor diesem Hintergrund hat der Expertenbeirat empfohlen, auf der Grundlage der jetzt vorliegenden, vorläufigen Version herauszufinden, wo gegebenenfalls die Probleme bei der Begutachtung liegen, ob es vielleicht Missverständnisse oder Schwächen im Manual gibt und welche Änderungen und Anpassungen des Instrumentes

noch vorgenommen werden sollten. Die Änderungen beziehen sich insbesondere auf das Problem der Einstufung von pflegebedürftigen Kindern, aber auch auf die Frage, wie wir mit dem fünften, dem höchsten Pflegegrad umgehen sollen bzw. – und dies ist eine ganz zentrale Frage – wie die Gutachter mit diesem Instrument umgehen bzw. wie sie damit zurechtkommen. Zweitens sind auch Fragen in Bezug auf die Höhe und die Bemessung der Leistungen bei der Einführung des neuen Begutachtungsinstrumentes offengeblieben. Der Beirat hat dazu zwar Modellrechnungen vorgelegt, aber noch keine konkreten Empfehlungen gegeben. Zudem hat er die Ansicht vertreten, dass es durchaus möglich ist, mit Hilfe von empirischen Studien Ansatzpunkte für die fachliche Begründung von Leistungshöhen zu ermitteln. Er hat damit implizit auf die Notwendigkeit hingewiesen, eine Aktualisierung der Datengrundlagen vorzunehmen, um eine Grundlage für die künftige Leistungsbemessung im Verhältnis zu den neuen Pflegegraden zur Verfügung zu haben. Die damit zusammenhängenden Fragen werden zurzeit im Rahmen von zwei Modellprojekten bearbeitet, auf die ich noch näher eingehen könnte. An dieser Stelle ist mir noch ein dritter Punkt wichtig. Neben den wissenschaftlichen bedarf es noch weiterer Vorarbeiten, die keineswegs trivial sind, sondern einen notwendigen Bestandteil einer verantwortungsvollen Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs darstellen. Dies betrifft die Erarbeitung von neuen Begutachtungsrichtlinien, die Schulung der Gutachter, die Schaffung entsprechender technischer Voraussetzungen – also die Entwicklung der Erhebungssoftware für die Gutachter – und – das kommt mir in der Diskussion manchmal ein bisschen zu kurz – die Herstellung von Verfahrenstransparenz für alle Akteure, also nicht nur für die Anwender, sondern auch für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen. Der Expertenbeirat hat dazu einen konkreten Vorschlag gemacht und für das Vorhaben insgesamt einen Zeitraum von etwa 18 Monaten veranschlagt. Die Ergebnisse der beiden laufenden Studien werden voraussichtlich Ende dieses oder Anfang nächsten Jahres vorliegen. In dem verbleibenden Zeitraum wird es sicherlich möglich sein, die gerade skizzierten Vorarbeiten verantwortungsvoll durchzuführen.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Herr Dr. Schnabel, könnten Sie ihre Ausführungen zu den zwei



Modellvorhaben und zu den Erkenntnissen, die Sie davon erwarten, noch präzisieren und auch noch etwas zu der Zielsetzung sagen?

ESV Dr. Eckart Schnabel: Es laufen zurzeit, wie gesagt, zwei Vorhaben. Das eine Vorhaben, die sogenannte Praktikabilitätsstudie zur Einführung des neuen Begutachtungsassessments (NBA), wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Kooperation mit der Hochschule Bochum durchgeführt. Mit der Studie werden drei Zielsetzungen verfolgt, die Überprüfung des NBA auf seine Praktikabilität, die Klärung – wie eben dargestellt – offener Fragen sowie die Vorbereitung des Umsetzungsprozesses bei den medizinischen Diensten. Das heißt, in diesem Projekt sollen sowohl die praktische Handhabung durch die Gutachter als auch die sachliche Angemessenheit des neuen Begutachtungsinstruments in seiner aktuellen Version – die auch die Änderungen berücksichtigt, die nach dem Vorschlag des Beirats vorgenommen worden sind – geprüft werden. Die Änderungen betreffen vor allem die Einstufung von pflegebedürftigen Kindern. Ich möchte auch daran erinnern, dass der letzte Beirat für die Begutachtung von Kindern, die ein besonderes Problem bei der Begutachtung darstellt, ein eigenes Manual entwickelt hat, weil man nicht mit einem einzigen Instrument alle Arten von Pflegebedürftigkeit erfassen kann und hier noch einige Fragen zu beantworten waren. Es ging ferner darum, wie man mit pflegebedürftigen Menschen mit dem höchsten, dem fünften Pflegegrad umgehen soll. Denn diese Menschen müssen einen bestimmten Schwellenwert überschreiten, um in diesen Pflegegrad eingestuft zu werden. Dabei war die Frage zu beantworten, wie Menschen mit ausgeprägten motorischen Verhaltensauffälligkeiten, mit Selbst- und Fremdgefährdung oder Menschen, die von einer Gebrauchsunfähigkeit beider Arme oder beider Beine betroffen sind, richtig einzustufen sind und welche Probleme in der Praxis mit der Begutachtung verbunden sind. Ferner war die Frage zu beantworten, wie wir eigentlich mit der Rehabilitation von pflegebedürftigen umgehen sollen und wie das verfügbare Instrumentarium dahingehend verfeinert werden kann. Der Beirat hat gefordert, auch hierzu entsprechende Empfehlungen abzugeben. Zu den laufenden Studien ist zu sagen, dass an den Begutachtungen zurzeit alle medizinischen Dienste in Deutschland mit knapp 90 Gutachtern beteiligt sind. In die Begutachtung sind knapp 2000

Menschen einbezogen. Bis Mitte September sind schon mehr als 1700 Begutachtungen abgeschlossen worden, und ich gehe davon aus, dass wir bis zum Ende des Jahres 2014 mit dem Projekt zu einem guten Abschluss kommen werden. Da die Implementierung des NBA einen grundlegenden Paradigmenwechsel bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit beinhaltet, sind diese Vorarbeiten zur Vorbereitung des Umsetzungsprozesses und zur Einführung des ganzen Systems dringend erforderlich. Man muss sich vor Augen führen, dass wir pro Jahr 1,5 Millionen Begutachtungen durchführen. Daher wäre es meines Erachtens kaum zu vertreten, ein Großexperiment durchzuführen, bei dem man zunächst einen Grobschnitt ansetzt und erst später die Feinjustierung vornimmt. Derzeit läuft noch ein weiteres Vorhaben, das sich auf das Thema Leistungshöhen bzw. relative Leistungshöhen bezieht. Das Projekt Evaluation des NBA „Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“ wird von Prof. Rothgang von der Universität Bremen durchgeführt. Es verfolgt zwei Ziele. Zum einen soll eine empirische Grundlage – und damit aus meiner Sicht eine dringend erforderliche Aktualisierung der empirischen Grundlage – für die Ableitung relativer Leistungshöhen im SGB XI aus den Pflegegraden geschaffen werden. Zum anderen – und auch das halte ich für einen wichtigen Punkt – dient das Vorhaben als sogenannte Baseline-Erhebung und damit als Grundlage, die einen Maßstab für künftige Änderungen bildet. Solche Änderungen sind zu erwarten, wenn der Pflegebedürftigkeitsbegriff erst einmal eingeführt ist. Dieses Projekt wird derzeit in 40 stationären Einrichtungen in Deutschland, die auf sieben Länder verteilt sind, durchgeführt. Ein zentrales Ziel des Projektes besteht darin herauszufinden, wie sich das Leistungsspektrum in den Einrichtungen gegenwärtig darstellt, welcher Leistungsaufwand sich in den einzelnen Pflegegraden widerspiegelt und wie homogen die Pflegegrade sind, das heißt, wie sich vergleichbare Versorgungsaufwände abbilden lassen. Dies ist aus meiner Sicht eine wichtige Grundlage für die Ableitung von relativen Leistungshöhen und vor allem auch für die künftige Bestimmung von leistungsrechtlichen Entscheidungen bei der weiteren Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die Ergebnisse dieses zweiten Projekts werden im Januar 2015 vorliegen. Ich kann Ihnen versichern, dass beide Projekte viel Un-



terstützung und hohe Akzeptanz in Fachkreisen erfahren. Das Thema ist also alles andere als verbrannt. Vielmehr sind damit auf Seiten der Praxis hohe Erwartungen verbunden. Mein Fazit lautet daher: Die Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs müssen im Vorfeld abschätzbar sein. Daher sind die laufenden Vorbereitungen und Studien nicht nur unerlässlich für eine verantwortungsvolle Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, sondern sie bilden einen Bestandteil dieser Einführung.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Diakonie und den bpa. Wie bewerten Sie die Regelung im Änderungsantrag 3, die vorsieht, dass die Verpflichtung der Pflegekassen, drei unabhängige Gutachter zu bestellen, aufgehoben werden soll, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in einer stationären Pflegeeinrichtung befindet. Ich würde Sie bitten, insbesondere auf den zweiten Teil der Änderung einzugehen.

Sve **Erika Stempfle** (Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband): Zu den vorgesehenen Änderungen im § 18 Absatz 3a SGB XI ist Folgendes zu sagen: Wir haben bereits bei den Beratungen zum Pflege-neu-ausrichtungsgesetz die Ansicht vertreten, dass die entsprechende Regelung für die Fälle, in denen die Pflegekasse eine Verzögerung bei der Begutachtung verursacht hat, vom Gesetzgeber nachjustiert werden muss bzw. dass dafür bestimmte Vorkehrungen getroffen und Evaluierungen durchgeführt werden müssen. Wir halten die Strafzahlung in Höhe von 70 Euro, die damals eingeführt worden ist, für nicht sinnvoll. Wir haben uns dagegen ausgesprochen, weil wir sie für ein untaugliches Instrument halten. Wenn das Gesetz die Strafzahlung aber nun einmal vorsieht, dann halten wir es für nicht vertretbar, dass die entsprechende Bestimmung für die Menschen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben, die bereits eingestuft sind und bei denen sich die Begutachtung verzögert, nicht gelten soll. Wir meinen, dass die Regelung für alle Versicherten gelten sollte. Jedenfalls kann man nicht die Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, davon ausnehmen, nur weil sie bereits eingestuft sind. Das ist unser erster Kritikpunkt. Ferner stellen wir immer wieder fest, dass es zu Verzögerungen im stationären Bereich kommt und die Sechs-Wochen-Frist nicht

eingehalten wird, weil die Strafzahlung für den ambulanten Bereich gilt. Wir bitten daher die Politik, diese Entwicklung genau zu beobachten. Der vorliegende Änderungsantrag schlägt nun sozusagen dem Fass den Boden aus. Denn den Menschen in der stationären Pflege wird ein Recht, das andere haben, einfach vorenthalten. Und jetzt soll ihnen auch noch die Möglichkeit genommen werden, gegebenenfalls selbst einen Gutachter zu wählen. Wir lehnen den Inhalt des Änderungsantrages für die stationäre Pflege daher prinzipiell ab. Wir regen hingegen eine Nachbesserung der Regelung an, die vorsieht, dass auch die Menschen, die in der stationären Pflege in Pflegestufe 1, 2 oder 3 eingestuft sind, das Recht haben sollen, fristgerecht begutachtet zu werden. Sofern die Frist nicht eingehalten wird, sollten auch sie – wie alle anderen Versicherten – einen Anspruch auf die Strafzahlung haben.

SV **Herbert Mael** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Ich würde die Sache gern einmal vom Anfang her betrachten. Ursprünglich ging es darum, den MDK ein bisschen anzutreiben. Es ist teilweise sehr viel Zeit bis zur Begutachtung vergangen. Hier eine Beschleunigung zu bewirken, ist meines Erachtens ganz gut gelungen. Es ist aber auch von vornerein gesagt worden, dass es keinesfalls etwas kosten dürfe, wenn das Ziel nicht erreicht werde. Das Anliegen als solches ist völlig berechtigt. Die Begutachtung muss in diesen Bereichen möglichst kurzfristig erfolgen. Dies gilt insbesondere für die stationäre Pflege, weil davon die Personalbemessung abhängt bzw. weil sich die personelle Ausstattung nach den Pflegestufen richtet. Ob die Strafzahlung eine maßgebliche Rolle bei der Beschleunigung gespielt hat, kann man nachlesen. Ich denke, das ist eher zu vernachlässigen. Aber das Signal ist richtig. Denn es darf nicht sein, dass ein Krankenhaus sich entlastet, indem es einen Kranken in ein Pflegeheim überweist – so nach der Devise, da ist immer jemand, der sich kümmert. Es darf auch nicht dahin kommen, dass bei der Begutachtung die Pflegeheime sozusagen erst nach allen anderen dran sind, weil deren Bewohner angeblich gut versorgt sind.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine weitere Frage, die sich an den Sozialverband Deutschland richtet. Wie beurteilen Sie den Wegfall der Altersgrenze bei der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe



oder in anderen geeigneten Einrichtungen?

SV Fabian Müller-Zetzsche (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Der Wegfall dieser Altersgrenze ist ausgesprochen sinnvoll und begrüßenswert. Dadurch können in vielen Fallkonstellationen, in denen es bisher nicht möglich war, passgenaue Pflege zu organisieren, solche Pflegearrangements geschaffen werden. Wir unterstützen das Vorhaben daher ausdrücklich.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Schneekloth. Ich will noch einmal auf das Budget für die Kurzzeit- und die Verhinderungspflege nach § 45b SGB XI zu sprechen kommen. Mich würde Ihre Einschätzung dazu interessieren. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme die Kosten auf ungefähr 35 bis 70 Millionen Euro beziffert. Ich möchte wissen, wie Sie die Kosten einschätzen.

ESV **Ulrich Schneekloth**: Diese Frage kann man nicht seriös beantworten. Das kann man schon an der genannten Spanne ablesen. Natürlich wird bei einer Schätzung normalerweise keine exakte Zahl, sondern meistens eine Spanne genannt. Aber hier ist die Spanne doch ziemlich groß. Das zeigt, dass wir hier ein Problem mit der Datenlage haben. Daher lautet meine kurze Antwort: Ich kann die Frage nicht beantworten. Ich empfehle, einige Schritte in die Richtung zu unternehmen, die vorhin schon in einzelnen Stellungnahmen angedeutet worden ist, und die zum Teil veralteten Datenbestände zu aktualisieren, um in Zukunft auf einer sichereren Grundlage Schätzungen vornehmen zu können.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Wir leben in einer offenen und pluralen Gesellschaft und auch in einem Einwanderungsland. Das heißt, die Lebensstile sind vielfältig, und die Zielgruppen haben unterschiedliche Vorstellungen davon, was Pflegebedürftigkeit ist. Somit haben wir es auch mit unterschiedlichen Bedarfen zu tun, je nach Migrationshintergrund, sexueller Identität oder Alter. Vor diesem Hintergrund richten sich meine Fragen an ver.di, den Frauenrat und an Herrn Wingenfeld. Was kann getan werden – unter anderem durch eine aufsuchende Pflegeberatung –, um die individuellen Pflegebedürftigkeitsgrade zu stärken? Ferner ist der Begründung zu dem Änderungsantrag zu entnehmen, dass die erste Evaluation im Jahre 2020

stattfinden soll. Was würden sie davon halten, wenn diese Evaluation sehr viel früher stattfinden würde, etwa schon im nächsten Jahr? Wie es Herr Dr. Schnabel vorhin zum Ausdruck gebracht hat, verweist das vorliegende Gesetz bereits auf das nächste, und erst alle zusammen bilden die notwendige große Reform. Zu den weiteren Rahmenbedingungen gehört auch der Arbeitsmarkt. Dazu lautet meine abschließende Frage: Wie kann sichergestellt werden, dass Tarifvereinbarungen tatsächlich bei den Beschäftigten ankommen?

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V.): Wir treten grundsätzlich dafür ein, den Pflegebedürftigen möglichst viele Wahlfreiheiten zu lassen. Aber es müssen natürlich erst einmal die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass man von diesen Wahlfreiheiten auch Gebrauch machen kann. Das heißt, wir brauchen deutlich mehr Beratung. Da diese Beratung in vielen Fällen fehlt, können oft keine angemessenen Entscheidungen getroffen werden. Dabei spielt auch die aufsuchende Beratung eine wichtige Rolle, vor allem in der häuslichen Pflege. Sie dient hier weniger der Kontrolle, als vielmehr dazu, die Möglichkeiten bzw. die Ressourcen einschätzen zu können, die nötig sind, damit eine gute Pflege geleistet werden kann. Es geht somit nicht um eine Einschränkung von Leistungen oder von Wahlrechten, sondern darum, die Grundlagen zu schaffen, damit diese Wahlrechte auch ausgeübt werden können. Die zweite Frage lautete, wie die Einrichtungen dazu gebracht werden können, dass den Beschäftigten die tariflich vereinbarten Löhne tatsächlich gezahlt werden. Wir halten es für notwendig, dass sich in diesem Bereich künftig Arbeitgeberverbände bilden, die als Verhandlungspartner für die gesamte Branche fungieren können. Es geht nicht an, dass nur etwa in der Hälfte der Einrichtungen – wenn wir die kirchlichen Arbeitsverträge mit einrechnen – die Tarifverträge eingehalten werden, während dies in den übrigen weitgehend nicht der Fall ist. Wir fordern, dass hier die Tariftreue verbessert werden muss. In einigen Ländern sind entsprechende Anläufe gemacht worden. Ich nenne hier Niedersachsen als Vorreiter. Aber letztlich müssen wir eine Flächendeckung erreichen, damit überall garantiert ist, dass man für seine Arbeit leistungsgerecht vergütet wird. Es darf nicht sein, dass Pflegende heute für Löhne und Gehälter arbeiten müssen, die so niedrig



sind, dass sie später, wenn sie selbst pflegebedürftig werden, Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen müssen. Ich denke, hier muss noch Einiges getan werden. Die Sozialversicherungsbeiträge in der Pflegeversicherung sollten dafür verwendet werden, um sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse und tariflich abgesicherte Arbeitsverhältnisse zu finanzieren.

Sve Hannelore Bulls (Deutscher Frauenrat (DF)): Wir haben in unserer Stellungnahme noch einmal an unsere seit Langem erhobene Forderung erinnert, dem unterschiedlichen Bedarf von Männern und Frauen Rechnung zu tragen. So ist im Rahmen der Pflege zum Beispiel das Rasieren Teil der Körperpflege. Nun müssen sich nicht alle, aber doch einige Frauen rasieren. Sie haben aber sicherlich andere spezifische Bedarfe, die eigentlich abgedeckt werden müssten, was aber nicht geschieht. Ich habe die Frage von Frau Rawert so verstanden, dass die Pflege auch kultursensibel erfolgen soll. Es gibt heute in Deutschland viele verschiedene Gruppen von Menschen, die jeweils spezifische Bedarfe haben. Diese Bedarfe haben zum Beispiel mit der Religionszugehörigkeit zu tun, sie können aber auch auf bestimmte Eigenschaften der jeweiligen Person wie Herkunft oder Geschlecht zurückzuführen sein. Uns ist es ein besonders wichtiges Anliegen, dass der spezifische Bedarf von Frauen, die Gewalterfahrungen gemacht und daher ganz spezielle Probleme haben, bei der Pflege berücksichtigt wird. Unserer Ansicht nach sollte im Rahmen einer Reform der Pflegeversicherung dafür gesorgt werden, dass ausreichend Zeit für solche Maßnahmen zur Verfügung steht und dass das Personal, das ins Haus kommt, das berät oder pflegt, über entsprechende Kenntnisse verfügt. Möglicherweise sollte dieses Personal auch einem ähnlichen Kulturkreis wie der oder die Pflegebedürftige angehören. Wenn man mit einem Pflegebedürftigen gemeinsam aus dem Koran beten oder den religiösen Vorschriften des Korans irgendwie Rechnung tragen soll, dann muss man die entsprechenden Vorschriften auch kennen. Unserer Erfahrung nach mangelt es heute an dieser Kompetenz an vielen Stellen. Daher sind wir darauf in unserer Stellungnahme eingegangen.

ESV Dr. Klaus Wingenfeld: Ich kann hier anknüpfen. Sie haben auf die Personengruppe mit Migrationshintergrund hingewiesen, es gibt aber noch zahlreiche andere Personengruppen, die wir mit

unseren Beratungsangeboten heute nicht erreichen. Dies hat zum Teil damit zu tun, dass die Beratungsangebote sehr formal definiert sind, dass wir bislang zu wenig darauf achten, ob diese Beratungsangebote auch in die Lebenswelten der Menschen, die wir erreichen wollen, eingebunden sind. Ein paar Bemerkungen möchte ich noch zu dem viel zitierten Stichwort Quartier machen. Es wird viel darüber diskutiert, wie man eine quartiersorientierte Versorgung sicherstellen kann. Wenn wir uns aber einmal die Frage stellen, wie wir die verfügbaren Beratungsangebote neu ausrichten und so vernetzen können, dass die verschiedenen Bedarfsgruppen gezielt angesprochen werden, dann müssen wir uns eingestehen, dass die Diskussion noch nicht sehr weit fortgeschritten ist. Daher sehe ich die Notwendigkeit, die Beratungsangebote neu auszurichten und auch stärker zu vernetzen. Im Übrigen ist die Situation in der Bundesrepublik von Region zu Region sehr unterschiedlich. Ich komme aus dem Land Nordrhein-Westfalen, wo es eigentlich eine recht gute Infrastruktur für die Beratung gibt, zumindest wenn wir sie rein quantitativ betrachten. Insgesamt ist das Beratungsangebot aber so unübersichtlich, dass man fast schon eine Beratung braucht, um das richtige Beratungsangebot zu finden. Hier besteht offenbar ein Bedarf, die Transparenz für die verschiedenen Personengruppen zu erhöhen, insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund. Ferner müssen wir uns fragen, was die Beratung leisten kann. Löst sie wirklich die Probleme, die die Menschen haben? Nach unseren Erfahrungen sind diese Probleme zum Teil so gelagert, dass die Beratungsstellen damit nicht adäquat umgehen können. Hier besteht also ein Weiterentwicklungsbedarf. Die kommunale Ebene spielt dabei eine wichtige Rolle, das dürfen wir nicht vergessen. Dies betrifft insbesondere die Frage, wie wir die Kommunen in die Lage versetzen können, Beratungskonzepte, die besser auf die spezifischen Bedarfe abgestimmt sind, auf den Weg zu bringen. Wir müssen stärker darüber nachdenken, in welchen Bereichen wir gute Beratungsangebote haben und in welchen ein Ausbaubedarf besteht. Meiner Ansicht nach sollten wir die bestehenden Strukturen – und dazu gehört auch die ambulante Pflege – noch besser darauf vorbereiten bzw. entsprechend qualifizieren, um diesen Beratungsauftrag wahrnehmen zu können. Es gibt jetzt diese Beratungseinsätze bei pflegebedürftigen Menschen, die Geldleistungen beziehen, die sehr knapp kalkuliert sind



und die konzeptionell sicherlich optimierungsfähig und optimierungsbedürftig sind. Das ist eine Herausforderung, die wir nicht aus dem Blick verlieren dürfen. Ferner gibt es mittlerweile – wenn auch regional sehr unterschiedlich ausgeprägt – Pflegedienste, die von Menschen mit einem manchmal sehr weit entfernten kulturellen Hintergrund betrieben werden. Solche Strukturen müssen wir vermehrt in den Blick nehmen und sie vielleicht auch noch stärker fördern. Beim Thema Evaluation durchlaufen wir zurzeit eine Phase, in der wir sehr genau beobachten müssen, was geschieht. Wenn die Evaluation im Jahr 2020 durchgeführt wird, befinden wir uns mitten in einem Prozess, der durch das erste und das zweite, noch ausstehende Pflege-stärkungsgesetz und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bestimmt sein wird. Es sind schon verschiedentlich Beispiele für Leistungen angeführt worden, von denen wir bis heute nicht genau wissen, wie sie von den Adressaten wahrgenommen werden und wie sie letztlich wirken. Ich greife in diesem Zusammenhang noch einmal das Thema niedrighschwellige Leistungen auf, die über die ambulanten Sachleistungen finanziert werden sollen. Hier wird eine Flexibilisierung vorgenommen, die ich grundsätzlich für richtig und sinnvoll halte. Wir müssen aber sehr genau prüfen, in welcher Weise diese Leistung dann in Anspruch genommen wird und was sie bewirkt. Meiner Ansicht nach darf sie zum Beispiel nicht zur Folge haben – ich drücke mich hier ein wenig anders aus als meine Vorredner –, dass davon ein Impuls hin zu einer Dequalifizierung der ambulanten Pflege ausgeht. Das müssen wir sehr genau beobachten. Wir benötigen somit einen zweiten Reformschritt, der einerseits eine Flexibilisierung beinhaltet, der andererseits aber die ambulante Pflege stärker qualifiziert, damit auch schwerstpflegebedürftige Menschen in ihrer häuslichen Umgebung eine qualifizierte Hilfe erhalten können. In diese Richtung einer Verknüpfung verschiedener Reformelemente sollten unsere Überlegungen gehen. Das heißt, wir sollten prüfen, welche Effekte die einzelnen Maßnahmen haben und welche Weichenstellungen wir damit vornehmen. Wie der Kollege gerade sagte, stehen wir vor einem Paradigmenwechsel, und da muss man vielleicht ein bisschen genauer hinschauen.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Ich möchte eine Frage an die Vertreter der Arbeiterwohlfahrt und des GKV-Spitzenverbandes stellen. Zielsetzung des

vorliegenden Gesetzentwurfs ist es, die Angebote der ambulanten Versorgung im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen flexibler zu gestalten und mehr Wahlmöglichkeiten zu bieten. Hat es sich in diesem Sinne bewährt, dass ambulante Pflegedienste seit 2013 ihre Preise sowohl nach Zeitaufwand als auch unabhängig vom Zeitaufwand anbieten müssen? Gibt es entsprechende Rahmenvereinbarungen in den Ländern und sollte diese Regelung ggf. überprüft werden? Zudem möchte ich nach der letzten Bemerkung von Herrn Dr. Wingefeld noch eine Frage an den Deutschen Pflegerat und ggf. auch an die Wohlfahrtsverbände stellen. Ich möchte wissen, ob Sie die Befürchtung von Herrn Dr. Wingefeld teilen, dass die Möglichkeit zur hälftigen Aufteilung des Sachleistungsbudgets eine Dequalifizierung der ambulanten Pflege zur Folge haben könnte.

SV **Claus Bölicke** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)): Wir sind natürlich für eine Flexibilisierung und begrüßen auch die Ausdehnung von Wahlmöglichkeiten. Wir denken aber, dass der Weg, der bei der Umsetzung eingeschlagen wird, falsch ist. Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege haben erst in vier Ländern entsprechende Vereinbarungen zur Umsetzung geschlossen, und selbst im Land Bremen, in dem die erste dieser Vereinbarungen geschlossen wurde, wird dieses Angebot kaum genutzt. Dies liegt aus unserer Sicht – und ich spreche dabei nicht nur für die Arbeiterwohlfahrt, sondern für die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege insgesamt – an dem System der zeitbezogenen Vergütung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung, wonach die Leistungen minutengenau erfasst werden müssen und jegliche Pauschalisierung untersagt ist. Tatsächlich wird aber der Zeitaufwand für die Erbringung ein und derselben Leistung – in Abhängigkeit von der Tagesverfassung des Pflegebedürftigen – in der Regel variieren und zum Teil deutlich schwanken. Damit schwanken aber auch die Preise für die Leistungen. Jedenfalls sind sie für den Pflegebedürftigen kaum kalkulierbar. Das zweite Problem der Regelung besteht unserer Ansicht nach in der vom Gesetzgeber geforderten Vergleichbarkeit der Vergütungssysteme nach Zeitaufwand und nach Leistungskomplexen. So hat der Pflegedienst vor Abschluss des Pflegevertrags sowie bei jeder wesentlichen Veränderung darüber zu unterrichten und gegenüberzustellen, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige



und die zeitbezogene Vergütung für die gewählten Leistungen darstellen. Bisher ist die Vergütung für die Leistungskomplexe aber mischkalkuliert, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass der Zeitaufwand für die Verrichtung je nach Gesundheitszustand und nach Tagesverfassung des Pflegebedürftigen variiert. Dieser Mischkalkulation wird mit der Neuregelung die Grundlage entzogen. Wenn Pflegebedürftige mit einem Zeitaufwand unterhalb des Durchschnittswertes eines Leistungskomplexes künftig Leistungen nach dem Zeitaufwand wählen, werden sich diejenigen Pflegebedürftigen mit einem in der Regel hohen Zeitaufwand für die Verrichtung für die Vergütungsvariante des Leistungskomplexes entscheiden. Die Wechselwirkung der Regelung ließe sich nur durch eine drastische Preiserhöhung in beiden Vergütungssystemen ausgleichen. Ansonsten würde sich die ohnehin prekäre Vergütungssituation in der ambulanten Pflege weiter verschärfen. Daher meinen wir, dass die Regelung dringend zu überprüfen ist, und wir schlagen vor, die Pflicht zur parallelen Anwendung zweier Vergütungssysteme – nämlich nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand – zu streichen. Die im § 89 Absatz 1 Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vorgesehene Neuregelung sollte gestrichen und durch die alte Kann-Regelung ersetzt werden. Damit könnte sichergestellt werden, dass bestimmte Leistungen auch nach Zeitaufwand bemessen werden können. Das ist aus unserer Sicht zum Beispiel für die hauswirtschaftliche Versorgung oder auch für künftige Betreuungsleistungen sinnvoll. Im Pflegevertrag nach § 120 Absatz 3 SGB XI wird die verpflichtende Gegenüberstellung der beiden Vergütungssystematiken wieder gestrichen.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Zu der Frage, wie weit die Umsetzung des § 89 Absatz 3 SGB XI vorangekommen ist, ist Folgendes zu sagen: Ich betone dies auch deshalb, weil wir als GKV-Spitzenverband mit unseren Mitgliedskassen immer beobachten, was sich da tut. Ich habe hier eine aktuelle Liste zu den Ländern vorliegen, die ich keineswegs im Detail vortragen will. Die wichtigste Erkenntnis daraus lautet, dass wir nach einem relativ schwierigen Prozess in etwa der Hälfte der Länder entsprechende Verträge geschlossen haben. Die Verträge erfassen aber nur Teilbereiche dessen, was hätte geregelt werden können oder auch geregelt werden müssen. Die wesentliche Botschaft lautet,

dass die Vertragsparteien unterschiedliche Vorstellungen zu den Vergütungshöhen haben. Ich gehe aber davon aus – und das zeigt ein Stück weit die Dynamik –, dass es jetzt über die Landesebene vermehrt zu Abschlüssen kommen wird, wenn auch zum Teil erst durch Schiedsentscheidungen. Aus unserer Sicht besteht somit kein Handlungsbedarf. Vielmehr plädieren wir dafür, das Gesetz, das verabschiedet worden ist, erst einmal wirken zu lassen.

SV Thomas Meißner (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Das meiste ist bereits gesagt worden. Wir können uns Herrn Bölicke in fast allem anschließen. Die Ausführungen von Herrn Kiefer würde ich gern ergänzen. Es ging zunächst um die Frage, wo heute bereits Regelungen existieren. Man sollte aber auch prüfen, inwieweit die Regelung in Anspruch genommen wird. Nach unseren Erkenntnissen tendiert die Inanspruchnahme gegen Null oder ist zumindest so gering, dass man nicht von einer flächendeckenden Implementierung sprechen kann. Unserer Ansicht nach ist die Regelung daher weder praxis- noch kundenorientiert. Vielmehr wird der Kunde eher verwirrt, weil er sich in ein System hineindenken muss, das er so noch nicht kennengelernt hat. Der Äußerung von Herrn Dr. Wingenfeld können wir uns daher ebenfalls anschließen. Ich hoffe, dies war eine trotz ihrer Kürze ausreichende Antwort.

Der amtierende Vorsitzende: Die vereinbarten Zeitkontingente sind damit erschöpft. Ich möchte mich bei allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen, die bis jetzt durchgehalten haben, sowie bei allen Zuschauerinnen und Zuschauern herzlich bedanken. Das Protokoll wird im Internet veröffentlicht, sie können es dort nachlesen. Außerdem ist im Internet der Livestream abrufbar für alle, die dies interessiert. All jene, die vielleicht ein wenig verwundert darüber waren, dass die Präsenz der Abgeordneten während der Sitzung zeitweise abgenommen hat, möchte ich darauf hinweisen, dass das Plenum des Bundestages heute Nachmittag über die Ebola-Virus-Infektion diskutiert hat und dass der Regionaldirektor der Weltgesundheitsorganisation für Afrika, ein angolischer Arzt, im Gespräch mit mehreren Ausschüssen zu diesem Thema Stellung genommen hat. Ich bitte um Verständnis, dass sich solche Terminkollisionen nicht immer vermeiden



lassen. Das Thema Ebola-Epidemie wird uns wahrscheinlich ebenso lange begleiten wie die Diskussion über die Reform der Pflegeversicherung. Ich bedanke mich noch einmal bei Ihnen und wünsche Ihnen eine unfallfreie Heimfahrt. Da Sie alle Ihre

Handys ausgeschaltet hatten, als die Anhörung anging, sollten Sie sie jetzt wieder einschalten, falls jemand versucht, Sie zu erreichen. Die Sitzung ist geschlossen.

Ende der Sitzung: 18:40 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender