



## Wortprotokoll der 53. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 30. September 2015, 15.00 Uhr  
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1  
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus  
Anhörungsraum 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Einziges Tagesordnungspunkt

Seite 5

#### a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der  
pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiter-  
erer Vorschriften  
(Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II)**

**BT-Drucksache 18/5926**

#### **Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

#### **Mitberatend:**

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

#### **Gutachtlich:**

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

#### b) Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege  
- Solidarische Pflegeversicherung einführen**

**BT-Drucksache 18/5110**

#### **Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

#### **Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales  
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend



- c) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Katja Dörner, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Gute Pflege braucht sichere und zukunftsfeste Rahmenbedingungen**

**BT-Drucksache 18/6066**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita 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 Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin 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 für Gesundheit (14. Ausschuss)**  
 Mittwoch, 30. September 2015, 15:00 Uhr

**Anwesenheitsliste**

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

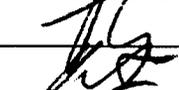
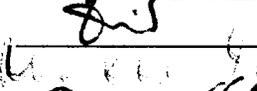
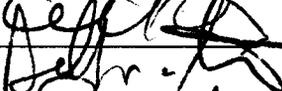
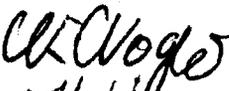
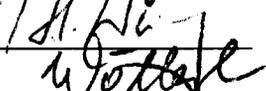
Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
CDU/CSU		CDU/CSU	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	
Henke, Rudolf		Brehmer, Heike	
Hennrich, Michael		Dinges-Dierig, Alexandra	
Hüppe, Hubert		Eckenbach, Jutta	
Irlstorfer, Erich		Lorenz, Wilfried	
Kippels Dr., Georg		Manderla,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

**Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)**

Mittwoch, 30. September 2015, 15:00 Uhr

**Anwesenheitsliste**

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
<b>SPD</b>		<b>SPD</b>	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	_____
Blienert, Burkhard	_____	Bas, Bärbel	_____
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	_____
Franke Dr., Edgar	_____	Henn, Heidtrud	_____
Heidenblut, Dirk		Hinz (Essen), Petra	_____
Kermer, Marina	_____	Katzmarek, Gabriele	_____
Kühn-Mengel, Helga		Lauterbach Dr., Karl	_____
Mattheis, Hilde		Tack, Kerstin	_____
Müller, Bettina	_____	Thissen Dr., Karin	_____
Rawert, Mechthild		Westphal, Bernd	_____
Stamm-Fibich, Martina		Ziegler, Dagmar	_____
<b>DIE LINKE.</b>		<b>DIE LINKE.</b>	
Vogler, Kathrin		Höger, Inge	_____
Weinberg, Harald	_____	Lutze, Thomas	_____
Wöllert, Birgit		Tempel, Frank	_____
Zimmermann, Pia	_____	Zimmermann (Zwickau), Sabine	_____
<b>BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN</b>		<b>BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN</b>	
Klein-Schmeink, Maria		Kurth, Markus	_____
Scharfenberg, Elisabeth	_____	Pothmer, Brigitte	_____
Schulz-Asche, Kordula		Rüffer, Corinna	_____
Terpe Dr., Harald	_____	Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	_____

**Bundesrat**

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts- bezeichnung
Baden-Württemberg	Riecks	J. Riecks	Ang.
Bayern	Erich	Erich	ORP
Berlin			
Brandenburg	Wendte	h. Wendte	MR
Bremen			
Hamburg			
Hessen	KRÜGER	S. Krüger	REFL
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen	Dr. Liebetrau	X. Liebetrau	StzR'm
Nordrhein-Westfalen	Mancke	Mancke	RD' in
Rheinland-Pfalz	Neuman	Neuman	ORP
Saarland			
Sachsen	Pius	Pius	RR
Sachsen-Anhalt	Richter	Richter	Präs. e
Schleswig-Holstein			
Thüringen			

Ministerium bzw.  
Dienststelle  
(bitte in Druckschrift)

Name (bitte in Druckschrift)

Unterschrift

Amts-  
bezeichnung

BMG	Nordhoff	M. Nordhoff	RD
BMG	Kraushaar	C. Kraushaar	ALin
BK	Wien-Wiede	A. Wien-Wiede	RL
BMG	Berringer	C. Berringer	RL
BMG	Neumann	[Signature]	
"	Sprehn	[Signature]	RL
BMG	KUHN	N. Kuhn	RD
BMG	Hoff	[Signature]	Ref
BMG	Krieger	[Signature]	
BMG	FISCHBACH	[Signature]	PSTin
BMG	Beyer	[Signature]	TR PSTin
BMG	Hassel	C. Hassel	Ref.
BMG	Döbler	P. Döbler	Ref.
BMG	Pöhl	[Signature]	Ref.
BMG	Langerhaus	[Signature]	Ref.
BMG	VIERÉ	A. Vieré	ALin
BMG	Pedroni	[Signature]	Ref.
"	Hawath	[Signature]	Ref.
BMG	Rusoph	[Signature]	RL
BMG	FUCHS	S. Fuchs	Refin
BMG	König	[Signature]	RL





9/1

**Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

Mittwoch, 30. September 2015, 15:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
DIE LINKE.	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

**Fraktionsmitarbeiter**

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Kath. Bielefeld	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>
Sören Wilke	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>
Kennitz, Sonja	LINKE	<i>[Handwritten Signature]</i>
Garscha, Julia	LINKE	<i>[Handwritten Signature]</i>
Dr. Barbara Nyl	B90/Grüne	<i>[Handwritten Signature]</i>
Dr. Manfred Lang	CDU/CSU	<i>[Handwritten Signature]</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Beginn der Sitzung: 15.03 Uhr**

Der **Vorsitzende, Dr. Edgar Franke (SPD)**: Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Sachverständige, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie ganz herzlich zur 53. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Zu meiner Linken begrüße ich zunächst Frau Parlamentarische Staatssekretärin Fischbach und Herrn Staatssekretär Laumann, der nicht nur Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, sondern auch Bevollmächtigter für die Pflege ist. Ich darf ganz herzlich die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung begrüßen und natürlich nicht zuletzt Sie, sehr verehrte Sachverständige, die Vertreter der Medien und die Zuschauer. Sie wissen, in der heutigen öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit dem Thema Pflege, das viele in der Gesellschaft bewegt und das oft in den Medien diskutiert wird. Es liegt der Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften“, das sogenannte Pflegestärkungsgesetz II oder kurz PSG II vor. Das ist die Bundestagsdrucksache 18/5926. Hierzu haben wir zwei Anträge der Oppositionsfractionen: einen Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege – Solidarische Pflegeversicherung einführen“ auf der Bundestagsdrucksache 18/5110 und einen Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gute Pflege braucht sichere und zukunftsfeste Rahmenbedingungen“ auf Bundestagsdrucksache 18/6066. Ich möchte wie immer am Anfang einige kurze Erläuterungen zum Ablauf der Anhörung machen, zumal immer der eine oder andere neu bei unseren Anhörungen ist. Wir haben heute zweieinhalb Stunden Zeit für Fragen und Antworten. Die Gesamtfragezeit wird auf die Fraktionen entsprechend ihrer politischen Stärke aufgeteilt. Dabei haben allerdings die Fraktion der CDU/CSU zwölf Minuten und die Fraktion der SPD acht Minuten ihrer jeweiligen Gesamtfragezeit an die Oppositionsfractionen abgegeben. Nun werden wir die Anhörung in zwei Runden durchführen. Die erste Fragerunde beginnt mit der CDU/CSU und dauert 31 Minuten, dann folgt die SPD mit 19 Minuten und die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit jeweils 25 Minuten. In der zweiten Runde fragen nur noch die CDU/CSU 31 und die SPD 19 Minuten lang. Es läuft auf dem Monitor über Ihren Köpfen für alle

Anwesenden sichtbar die Zeit der jeweiligen Fragerunden mit. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen bei der Beantwortung der Fragen nicht nur die Mikrofone zu benutzen, sondern, ich sage es nochmal ausdrücklich, sich mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen. Der Grund ist ein ganz einfacher: Zuschauer, die im Internet im Livestream oder im Parlamentsfernsehen nur einen Teil der Anhörung sehen können, können die jeweiligen Personen leichter politisch oder im Hinblick auf die jeweilige Vereinigung zuordnen. Ich bitte Sie, wenn es möglich ist, die Antworten möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können. Des Weiteren bitte ich Sie, die Mobiltelefone zumindest auf Flugmodus zu schalten. Schließlich und endlich wird nicht nur die Anhörung digital aufgezeichnet, sondern das Wortprotokoll der Anhörung auf der Homepage des Bundestages veröffentlicht. Meine Damen und Herren, wir beginnen jetzt mit der Anhörung. Die erste Frage stellt die Fraktion der CDU/CSU und Frau Michalk beginnt.

Abg. **Maria Michalk (CDU/CSU)**: Ich richte gleich am Anfang eine Frage an den Einzelsachverständigen Dr. Wingenfeld. Wir führen mit diesem Gesetzentwurf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein. Welchen Nutzen hat dies für die Versicherten bzw. für die Pflegebedürftigen? Welche Vorteile sehen Sie?

ESV **Dr. Klaus Wingenfeld**: Mit diesem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff leiten wir verschiedene Verbesserungen ein. Es gibt verschiedene Personengruppen, dazu zählen insbesondere demenziell Erkrankte oder Personen mit psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen oder aber auch pflegebedürftige Kinder und chronisch kranke jüngere Erwachsene, deren Bedarf nicht so sehr bei den Alltagsverrichtungen liegt. Diese Personengruppen werden vom neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff profitieren. Denn wir erfassen den Bedarf der Pflegebedürftigen deutlich umfassender als es mit dem heutigen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem dazugehörigen Begutachtungsverfahren der Fall ist. Ich möchte betonen, dass noch weitergehende, eher strukturelle Effekte entstehen, die für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wichtig sind. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff senken wir die Hemmschwellen zur Weiterentwicklung dieses Systems. Dies wird ganz besonders in der ambulanten Versorgung deutlich werden, wo durch



die Reform der enge Blick auf die Pflege aufgehoben wird. Schließlich verweise ich noch auf Personen mit einer geringen Pflegebedürftigkeit. Ein Merkmal dieses neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist es, dass nun Menschen in das System gelangen, die bislang nicht leistungsberechtigt waren, bei denen wir aber, und das war eine der Grundideen in diesem Entwicklungsprozess, die Möglichkeiten sehen, das Streben nach stärker präventivorientierten Leistungen umzusetzen. Für all dies ebnet der Begriff den Weg.

Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den MDS. Kernstück des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit zusammenhängend das neue Begutachtungsassessment. Können Sie bitte kurz darstellen, was sich durch die neue Begutachtung ändert und wo die besonderen Herausforderungen liegen?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Wir sehen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zwei wesentliche Veränderungen in der Begutachtung. Die erste Veränderung ist, dass neben den körperbezogenen Fähigkeiten auch die kognitiven Fähigkeiten und Verhaltensweisen sowie die Teilhabe in die Begutachtung mit einfließen. Sie sind Teile der Module und damit einstufigsrelevant. Das ist die erste relevante Veränderung. Wir haben ein breiteres Feld der Dinge, die Pflegebedürftigkeit beschreiben, und die begutachtet werden. Die zweite wesentliche Veränderung ist, dass wir jetzt für die Ermittlung der Pflegebegriffe die Selbständigkeit bzw. Einschränkung der Selbständigkeit bei bestimmten Tätigkeiten und Fähigkeiten als Maßstab haben. Damit wird ein Switch stattfinden, d. h. weg von der Defizitorientierung hin zur Ressourcenorientierung. Aufgrund dieser beiden zentralen Veränderungen halten wir das zukünftige System bei der Einstufung für deutlich gerechter. Dies wird insbesondere bei den Demenzkranken aber auch bei anderen gerontopsychiatrisch Veränderten zu Verbesserungen führen. Wir haben zum Dritten, Herr Wingefeld hat schon darauf hingewiesen, eine ganzheitliche Sicht von Pflege, die neue Anstöße in die pflegerische Versorgung geben wird.

Abg. **Erich Irlstorfer** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herrn Suhr. Inwiefern berücksichtigt das Gesetz stärker als bisher die Bedürfnisse der Nutzerinnen

und Nutzer nach verständlichen und ihre Selbstbestimmtheit stärkenden Informationen im Kontext der Pflege?

ESV **Dr. Ralf Sohr**: Umfassende Informationen, Aufklärung und Beratung sind tatsächlich Grundlage für eine bedarfsorientierte Inanspruchnahme von Leistungen und für eine gelingende Pflege. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen benötigen verlässliche und verständliche Informationen. Bisher war es so, dass dieser anspruchsvollen Aufgabe nicht in ausreichendem Maße nachgekommen wurde. Trotz des erklärten Ziels, bei der Pflegequalität Transparenz herzustellen, wurde dies bisher nur unzureichend erfüllt. In diesem Kontext verweise ich beispielsweise auf die Diskussion über die Pflegenoten. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält nun verschiedene Regelungen und Weiterentwicklungen, die meines Erachtens dazu beitragen können, dass die bisherigen Defizite verringert werden können und die Selbstbestimmung der Nutzer tatsächlich gestärkt wird. Zum einen sieht das PSG II vor, dass die Qualitätsmessung und die Qualitätsdarstellung weiterentwickelt werden sollen. Das ist insbesondere vor dem Hintergrund der Transparenz und der Stärkung der Selbstbestimmtheit von Verbrauchern sehr zu begrüßen. Zum anderen enthält das PSG Regelungen zur Übermittlung der Begutachtungsergebnisse an die pflegebedürftigen Menschen. Im Gesetz wird die Darstellungsweise des Pflegegutachtens ausdrücklich und konsequent an den Nutzerbedürfnissen ausgerichtet. Auf diese Weise werden die Entscheidungsprozesse der Pflegebedürftigen und der Angehörigen wirksam unterstützt. Auch die Auskunftspflicht der Pflegekassen zu den Leistungen und zu den Möglichkeiten der Pflegeberatung sowie die Leistungs- und Preisvergleiche sind eine grundsätzliche Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI. Insbesondere die Erweiterung der Preisvergleichslisten um die Angebote niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen ist begrüßenswert. Dabei handelt es sich um die Angebote zur Unterstützung im Alltag. Die Veröffentlichung im Internet, das sollte vielleicht erwähnt werden, vereinfacht die regionale Suche. Die künftige Verpflichtung der Pflegekassen, die Leistungs- und Preisvergleichslisten auf Versichertenanfrage auszuhändigen, könnte regelhaft dahingehend ergänzt werden, dass die Pflegekassen auf die Möglichkeit der Zusendung und auf die Veröffent-



lichung im Internet hinweisen. Die Auskunftspflicht der Pflegekassen sollte zudem den Hinweis umfassen, dass Pflegekurse und individuelle Schulungen in der Häuslichkeit durchgeführt werden können, um so die stärkere Nutzung der Angebote zu erreichen.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Mir geht es noch einmal um den Pflegebedürftigkeitsbegriff und um das Begutachtungsverfahren. Meine Frage richte ich an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft und an den DBfK. Wie bewerten Sie die Einrichtung eines Begleitgremiums zur fachlichen Begleitung der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und wie das Verfahren insgesamt?

Sve **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DAIzG) Selbsthilfe Demenz): Wir freuen uns natürlich sehr, dass die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument kommt. Unserer Meinung nach wird dadurch eine Gerechtigkeitslücke geschlossen, die in der somatisch ausgerichteten Pflegeversicherung von Beginn an vorhanden war. Die Gleichstellung wird eigentlich erst jetzt erreicht, auch wenn in der Vergangenheit in einigen Gesetzen Verbesserungen zu Gunsten von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen gemacht worden sind. Ich denke, wir sind uns alle darüber im Klaren, dass damit umfassende Änderungen verbunden sind. Deshalb begrüßen wir es, dass es ein Begleitgremium geben wird, das die Auswirkungen untersuchen wird. Wir schlagen vor, dass alle relevanten Akteure mitwirken.

Sve **Carola Stenzel** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK)): Ich kann mich der Deutschen Alzheimer Gesellschaft in allen Punkten anschließen. Ich möchte noch hinzufügen, dass es für uns wichtig ist, dass die unterschiedlichen Kompetenzprofile festgelegt werden. Es sollte festgelegt werden, dass zum Beispiel pflegefachliche Personen oder Personen mit einem gerontologischen Hintergrund beteiligt sind.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an den MDS, an den Sozialverband Deutschland und die BAG SELBSTHILFE. Es geht um den neuen Absatz 6a in § 18 SGB XI. Hier ist, geknüpft an die Zustimmung des Versicherten vorgesehen, dass die Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung der Gutachter

künftig gleichzeitig als Leistungsantrag gelten. Ich würde gerne wissen, wie Sie das bewerten.

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Alles, was die Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln beschleunigt, ist positiv. Wir sehen es als positiv an, dass die Empfehlungen des MDK als Leistungsantrag genutzt werden können. Wir weisen jedoch darauf hin, dass aus unserer Sicht eine gewisse Eingrenzung vorzunehmen ist. Denn der Gutachter kann im Begutachtungsprozess nicht alle Hilfsmittel bewerten und eine entsprechende leistungsrechtliche Empfehlung abgeben. Wir teilen den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, die leistungsrechtliche Empfehlung auf die Pflegehilfsmittel und auf die doppel funktionalen Hilfsmittel zu konzentrieren. Denn das sind die Hilfsmittel, die eng im Kontext der Pflege stehen. Bei anderen Hilfsmitteln wird der MDK weiter Empfehlungen abgeben, aber hier ist zum Teil eine fachärztliche Verordnung nötig. Wenn es um Dinge geht, die eng an die Krankenbehandlung angedockt sind, kann es nicht ausreichen, das in der Begutachtung festzustellen. Es ist notwendig, weiterhin die Kasse unter Einbeziehung der behandelnden Ärzte ermitteln zu lassen.

SV **Fabian Müller-Zetzsche** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Wir begrüßen aus Sicht der Betroffenen ausdrücklich diese Klarstellung und Vereinfachung der Möglichkeit, an Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zu gelangen. Wir erleben in der Praxis immer wieder, dass die Betroffenen durchaus Probleme haben, ihre benötigten Hilfsmittel zu erhalten. Wir glauben, dass die vorgesehene Regelung sehr dazu beitragen kann, dass die Betroffenen schneller und einfacher an die Hilfsmittel gelangen und würden Sie sehr darum bitten, an dieser Regelung festzuhalten.

Sve **Dr. Siiri Doka** (BAG SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderungen und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Auch wir begrüßen ausdrücklich diese Regelung, da sie der Vereinfachung und Beschleunigung dient. Man muss sagen, nicht alle Versicherten sind wirklich gut über ihre Rechte informiert. Manche haben kognitive Einschränkungen, sodass jede Hilfestellung wirklich notwendig und wichtig ist. Wir würden allerdings darum bitten, die Rege-



lung auch weiterhin auf die Hilfsmittel zu beziehen, denn der Versicherte ist nicht daran gehindert, weitere Anträge auf Hilfsmittel zu stellen, wenn der Gutachter sich dazu nicht äußern kann. Wenn der Gutachter aber Hinweise auf ein Hilfsmittel im Sinne der Krankenversicherung hat, wäre es sicherlich zu begrüßen, wenn er dies in seine Empfehlungen aufnimmt. Man muss natürlich auch sagen, dass die Abgrenzung zwischen Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln im Sinne der Krankenversicherung allgemein schwierig ist. Insofern würden wir auch unter diesem Gesichtspunkt eine Begrenzung nicht für sinnvoll halten.

Abg. **Heiko Schmelzle** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den bpa, den VdK und den GKV-Spitzenverband. Für die ambulant betreuten Wohngruppen sollen die Regelungen verschärft werden. Leistungen der Tagespflege sollen nur noch gewährt werden, wenn der Medizinische Dienst deren Notwendigkeit bestätigt. Sehen Sie diese Regelung als sachgerecht an? Eine Zusatzfrage geht an den MDS. Nach welchen Kriterien werden die Medizinischen Dienste der Krankenkassen die Notwendigkeit einer Tagespflege bewerten?

SV **Herbert Maul** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Es ist eine Regelung, die die bisherige Gesetzeslage korrigiert. Das macht es zunächst einmal schwierig, weil geschaffene Anreize jetzt plötzlich nicht mehr gelten sollen. 1,6 Millionen Menschen haben Anspruch auf diese Leistungen. Nun differenziert man und WG-Bewohner sollen diese Leistungen plötzlich nicht mehr erhalten. Das macht es systematisch wirklich sehr schwierig. Wenn es solche Leistungen gibt, dann wäre es für uns gut, wenn dies auch verlässlich wäre. Insgesamt ist es aus der Sicht des stationären Bereichs natürlich von vornherein ein schwieriges Signal, wenn in dieser Kombination die Leistungshöhen doppelt so hoch sind, wie in der stationären Versorgung. Das muss man der guten Ordnung halber dazu sagen.

SV **Olaf Christen** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Wir können zwar die Intention des Gesetzgebers oder die Befürchtung des Gesetzgebers, weswegen er hier einschreiten möchte, durchaus nachvollziehen. Wir glauben aber, dass die Regelung gegebenenfalls dazu führen kann, dass Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, zukünftig keinen Zugang zu Angeboten der

Tagespflege erhalten. Das würden wir ablehnen. Vor diesem Hintergrund halten wir diese Regelung für schwierig und, um die Frage eindeutig zu beantworten, für nicht für sachgerecht.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ich kann unmittelbar an einige Ausführungen der Vorredner anknüpfen. Wir haben die Situation, dass es die gegenwärtige Gesetzeslage für eine Reihe von Anbietern attraktiv macht, solche Kombinationsangebote anzubieten. Unser Eindruck ist, dass die Intention des Gesetzgebers, Wohngruppen zu fördern, eine etwas akzentuierte gewesen ist. Insofern glaube ich, es ist durchaus richtig, hier korrigierend einzugreifen und Klarheit in der Gestaltung zu schaffen, dass man sagt, wenn ein solches Angebot faktisch mit dem Leistungsspektrum einer stationären Pflegeeinrichtung identisch ist, ist es eine Entwicklung, die korrigiert werden müsste. Deshalb ist die Überlegung durchaus nachvollziehbar, zu sagen, in diesen Konstellationen haben wir es nicht per se mit einem Automatismus zu tun und es wird Tagespflege gewährleistet, sondern es ist sicherlich richtig, die Notwendigkeit der Tagespflege auch mit Blick auf die Versorgungsstruktur zu überprüfen. Wir haben allerdings noch eine Anregung. Wir glauben, dass es sicherlich auch konsequent wäre, wenn gemäß § 71 SGB XI die Möglichkeit bestehen würde, dass trägergebundene ambulante Wohngruppen mit ergänzendem Leistungsspektrum dann ein Versorgungsvertrag abschließen müssten. Damit würden dann andere Rechtsbedingungen gelten. Es ist relativ deutlich. Wir haben noch keine komplette Übersicht über die Entwicklung in der gesamten Republik, aber in einer Reihe von Regionen scheint es so zu sein, dass Leistungsanbieter aus ökonomischen Gründen eine Kombination verschiedener gesetzlicher Möglichkeiten anbieten, um sich dadurch höhere Vergütungsmöglichkeiten zu eröffnen. Die eigentliche Intention, die der Gesetzgeber ursprünglich mit dieser Norm hatte, wird damit ein Stückweit konterkariert. Insofern ist der geplante Korrekturingriff aus unserer Sicht nachvollziehbar und frühzeitig genug, um Fehlentwicklungen vorzubeugen, damit diese nicht noch mehr in die Fläche gehen.

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Zur Beurteilung der Notwendigkeit der Tagespflege: Wir haben hier eine interessante Gemengelage. Die Wohngruppe soll ein sehr umfassendes



Pflege- und Betreuungsangebot anbieten und parallel wird die Tagespflege in Anspruch genommen. Es ist natürlich sehr schwer Kriterien festzulegen, anhand derer die Notwendigkeit der Tagespflege neben der umfassenden Pflege in den Wohngruppen festgestellt werden kann. Von daher glaube ich, dass das eine leistungs- und zulassungsrechtliche Frage ist, die geklärt werden muss. Man kann es nicht dem MDK übertragen, bei dieser Gemengelage eine Notwendigkeitsentscheidung zu treffen. Es ist, glaube ich, eine klare rechtliche Bestimmung entscheidend und nicht so sehr die Alternative, über eine Notwendigkeitsprüfung zu einer Klärung zu kommen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Es geht um das Thema Qualitätssicherung und ich frage den Einzelsachverständigen Dr. Suhr, die PKV und den bpa. Die Pflegenoten sollen solange weitergelten, bis eine Neuregelung zur Darstellung von Qualität in Pflegeeinrichtungen beschlossen wurde. Haben Pflegebedürftige und Angehörige damit eine ausreichende Orientierung, wenn sie Pflegeeinrichtungen suchen und wissen wollen, wie die Qualität der Einrichtung ist?

ESV **Dr. Ralf Suhr**: Prinzipiell ist es zu begrüßen, dass der Gesetzgeber hinsichtlich der Güte von Pflegeleistungen Transparenz schaffen möchte. Das wird aus meiner Sicht mit der aktuell gültigen Form der Pflegenoten nicht erreicht. Die Pflegenoten sind nicht wissenschaftlich basiert. Sie sind, darauf wurde an verschiedenen Stellen schon hingewiesen, dysfunktional und problematisch, da die Darstellung als quasi staatliche Berichtserstattung angesehen werden kann und damit Ratsuchende in die Irre geführt werden können. Wir hatten immer dazu geraten, die Pflegenoten auszusetzen und auf Grundlage der Pflegeprüfungen bzw. der Qualitätsprüfung eine Übergangslösung zu schaffen, durch die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen informiert werden können.

SV **Andreas Besche** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Der Anspruch der Verbraucher, aus den Qualitätsprüfungen relevante Informationen über die Qualität der Einrichtungen zu erhalten, ist aus unserer Sicht ein zentraler Aspekt dieses ganzen Unterfangens. Die heutigen Pflegenoten werden, und das ist, glaube ich, die herrschende Meinung, diesem Anspruch nicht gerecht. Die veröffentlichten Transparenzberichte sind aber,

bei aller berechtigter Kritik, nicht wertlos, sondern enthalten viele wichtige und richtige Informationen. Die vielleicht wichtigste Information ist die, dass die Einrichtung die Mindestanforderungen an eine fach- und sachgerechte Pflege erfüllt. Schwarze Schafe, um es anders auszudrücken, kann dieses System recht gut identifizieren. Auch das ist eine wichtige, wenn auch nicht hinreichende, Funktion für den Verbraucher. Deshalb ist es wichtig, dass in der Übergangszeit bis zur Ablösung durch ein neues System die Transparenzberichte weiter für den Verbraucher zugänglich bleiben. Den Verbrauchern ist natürlich längst klar, dass die Aussagekraft der Noten gering ist. Auch deshalb könnte man auf deren Veröffentlichung, aber auch nur auf deren Veröffentlichung, verzichten. Wir halten den Vorschlag für sehr sinnvoll, die Noten, wenn sie nicht mehr veröffentlicht würden, in der Übergangszeit durch ein geeignetes Darstellungssystem, das natürlich aus den vorliegenden Qualitätsberichten entwickelt werden müsste, zu ersetzen. Zusammengefasst heißt das: Die Pflegenoten bieten eine im Sinne der Schulnoten ausreichende Orientierung. Aber eine gute Orientierung ist es natürlich nicht.

SV **Herbert Maul** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Ich will mich dem anschließen. Wenn man von den Pflegenoten absieht, ist das jetzige System besser als sein Ruf. Die Konzentration auf die Pflegenoten hat dazu geführt, dass man alles, was danach an Detailinformationen kam, überhaupt nicht wahrgenommen hat. Insofern sind wir froh, wenn ein neues System entwickelt wird. An dieses neue System werden immense Anforderungen gestellt. Alles, was in den letzten Jahren diskutiert wurde, wird dort einzulösen sein. Insofern ist es kein einfacher Weg bis dahin. Die Diskussion hat aber auch zu einer unglaublichen Ernüchterung in den Pflegeeinrichtungen geführt. Diese sehen ihre Anstrengungen, die sie in den letzten Jahren unternommen haben, nicht wirklich gewürdigt.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Ich würde gern auf die Thematik der Überleitungsregelungen kommen. Meine Fragen richten sich an den Sozialverband Deutschland und den GKV-Spitzenverband. Sehen Sie mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Überleitungsregel sichergestellt, dass die Pflegebedürftigen, die bereits heute im System eingestuft sind, unbürokratisch in das neue System übernommen



werden, dass ihnen keine Nachteile entstehen und insbesondere, dass keine Lücken im Leistungsbezug auftreten?

**SV Fabian Müller-Zetsche** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Wir halten die vorgesehenen Überleitungsregelungen, wonach Menschen, die vorwiegend somatisch eingeschränkt sind, um eine Stufe hochgestuft werden, und Menschen, die auch erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, um zwei Stufen hochgestuft werden, für angemessen. Es ist im Übrigen der Vorschlag des Expertenbeirates, der hier nachvollzogen wird. Das halten wir also für sachgerecht. Dass nach einem bestimmten Ablauf von Jahren auch niemand schlechter gestellt wird, hängt nicht so sehr von der Überleitungsregelung, sondern von der Länge des Bestandsschutzes auf die zugesprochene Leistung ab. Hier muss aus unserer Sicht garantiert sein, dass der Bestandsschutz nicht befristet ist und durch keine Regelung zur Wiederbegutachtung oder in sonstiger Weise eingeschränkt werden kann. Wenn das gegeben ist, dann halten wir die vorgesehenen Übergangsregelungen für ausgesprochen angemessen und sachgerecht.

**Sve Dr. Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Auch wir halten die Überleitungsregelungen für sachgerecht. Sie stellen einen unbürokratischen Übergang in das neue System sicher, da es eine Zuordnungsregelung für die neuen Pflegegrade geben wird. Es wird ohne Antragstellung und ohne neue Begutachtung automatisch übergeleitet. Die Pflegekassen teilen den Pflegebedürftigen den neuen Pflegegrad mit, so dass diese früh genug informiert sind, auf welcher Grundlage sie die neuen Leistungen erhalten. Es entstehen keine Nachteile und keine Lücken im Leistungsbezug, auch das ist sehr wichtig. Außerdem ist sichergestellt, dass mindestens die Leistungen, die im alten System verfügbar waren, weiterhin gezahlt werden. Damit ist sichergestellt, dass es keine Schlechterstellung geben kann. Damit ist das eine sachgerechte Lösung.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Mich interessiert die Durchführung der Pflegeberatung nach § 17 Absatz 1a SGB XI. Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband und die BDA. Wie bewerten Sie die vorgesehene Einführung von Verfahrensvorgaben zur Durchführung und zu den Inhalten der Pflegeberatung? Kann dadurch die Dienstleistungs- und Serviceorientierung der Pflegeberatung gestärkt

und der individuelle Unterstützungsbedarf der Pflegebedürftigen besser berücksichtigt werden?

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Herr Abgeordneter, wir sind der Auffassung, das ist schon durch einige Antworten deutlich geworden, dass die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen natürlich ein besonders wichtiges Thema ist. Wir haben mit den unterschiedlichsten Beratungsformen, wie sie auch im Bereich der Pflegeversicherung angewandt werden, bereits eine relativ breite Erfahrung gemacht. Insofern ist es aus unserer Sicht ein sinnvoller und konsequenter Schritt zur Weiterentwicklung der Beratung, dass gesagt wird, dort wo Beratungsleistungen erbracht werden, müssen diese in der Zukunft anhand von einheitlichen Kriterien, einheitlichen Maßgaben und einheitlichen Regelungen und in einheitlichen Strukturen und in einer einheitlichen Qualität erbracht werden. Das ist, glaube ich, sinnvoll. Das wird dazu führen, dass manche Diskussionen, die in der Vergangenheit über die Frage, ob die Beratung ausreichend, ob sie qualitativ so ist, wie wir uns das wünschen, und ob sie State of the Art ist, geführt wurden, nicht mehr geführt werden müssen. Damit hat man sicherlich ein Instrument an der Hand, um einheitliche Qualitätsmaßstäbe in der Bundesrepublik zu verankern. Dagegen kann man nicht sein.

**SV Dominik Naumann** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Ich möchte mich den Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes anschließen. Auch wir sind ausdrücklich dafür, dass bei der Beratung, die sowohl die Angehörigen als auch die Pflegebedürftigen und letzten Endes in Einzelfällen, wenn ein gemeinsames Interesse besteht, den Arbeitgeber betreffen, Transparenz hergestellt wird. Deswegen sind einheitliche, qualitätsgestützte Beratungskriterien sehr zu begrüßen. Es ist auch zu begrüßen, dass der GKV-Spitzenverband mit seiner Kompetenz entsprechend voranschreiten kann. Insgesamt ist es wichtig, dass die Beratungsangebote transparenter, übersichtlicher und auch in der Qualität einheitlicher gestaltet werden. Insofern sind die Maßnahmen sehr zu begrüßen.

Abg. **Erich Irlstorfer** (CDU/CSU): Meine Frage geht wieder an Herrn Dr. Sohr und an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Inwiefern wird durch das Ge-



setz die Qualität der Pflegeberatung weiterentwickelt? Werden die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen von den neuen Regelungen im Bereich Information und Beratung unmittelbar profitieren?

**ESV Dr. Ralf Sohr:** Die im Entwurf des PSG II vorgesehenen Neuregelungen, Klarstellungen und Weiterentwicklungen sind meiner Einschätzung nach, in der Gesamtschau als sehr positiv zu bewerten. Es sind positive Schritte um die Pflegeberatung, wie es auch schon gesagt wurde, qualitativ zu verbessern. Dabei ist vor allem interessant, dass mit dem PSG II die bisher isoliert stehenden Beratungsinstrumente, die der Gesetzgeber im SGB XI vorsieht, dadurch zumindest zum Teil zueinander gebracht und verknüpft werden sollen, dass klargestellt wird, was man unter Aufklärung und was man unter Beratung versteht. Für den Pflegebedürftigen wird der Wert von Beratung sehr, sehr deutlich herausgestellt, was tatsächlich direkte Auswirkungen für den Pflegebedürftigen und die Angehörigen haben wird. Eine unmittelbare Verbesserung ist, dass nun ein Anspruch auf Schulung und Beratung besteht, die in der Häuslichkeit unentgeltlich ist. Damit reagiert man auf die Bedarfe der Menschen vor Ort. Richtig ist zudem, dass pflegende Angehörige auch zukünftig einen Anspruch auf Beratung haben werden. Das erkennt genau die Bedürfnislagen, die es vor Ort gibt. Auf die Richtlinie wurde schon hingewiesen. Auch wir finden sie gut. Wir brauchen eine einheitliche Qualität für die Pflegeberatung, denn dies war bisher nicht gegeben. Im PSG II werden nun die Voraussetzungen dafür geschaffen. Das ist zu begrüßen. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass die Richtlinien, die über den GKV-Spitzenverband erlassen werden, nur für die Pflegeberater der Kassen gelten werden. Es gibt aber beispielsweise auf kommunaler Ebene oder bei den Pflegediensten weitere Pflegeberatungseinrichtungen. Hier sollte über einen Qualitätsrahmen nachgedacht werden. Ein Wort noch zu den verpflichtenden Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Ich hatte gesagt, dass die verschiedenen Instrumente, die es gibt, jetzt aufeinander bezogen werden und dass ich das als sehr positiv ansehe. Es besteht jetzt die Möglichkeit, die Ergebnisse der § 37 Absatz 3-Beratung auch im Rahmen der § 7a-Beratung zu nutzen. Das ist positiv, weil dadurch die Möglichkeit besteht, die verschiedenen Instrumente mit den verschiedenen Ausrichtungen auch aufeinander zu beziehen. Für die § 37 Absatz 3-Beratung und über die Empfehlungen oder über den

Empfehlungscharakter hinaus für Absatz 4, ist es ebenfalls sinnvoll, einen Qualitätsrahmen, vielleicht auch mit Blick auf die Wirkung dieses Beratungseinsatzes, eine Verbindlichkeit der Qualitätsanforderungen festzulegen.

**Sve Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DALZG) Selbsthilfe Demenz): Wir glauben, dass in den Paragraphen, die die Auskunft und Beratung betreffen, einige gute Ansätze enthalten sind. Herr Dr. Sohr hat schon einiges dargestellt. Insbesondere halten wir es für wichtig, dass zum Beispiel die Verbraucher und Pflegebedürftigen eine Liste mit den Angeboten erhalten. Diese Liste sollten auch die niedrigschwelligen – jetzt heißen sie noch niedrigschwellig, künftig aber Hilfen zur Entlastung – Angebote enthalten. Denn das sind Angebote, die häufig gar nicht bekannt sind. Wir finden auch gut, dass ein Pflegeberater zugeteilt werden soll. Wobei natürlich immer noch die Möglichkeit bestehen muss, dass bei persönlicher Unverträglichkeit, das sage ich jetzt mal so, der Pflegeberater gewechselt werden kann. Was wir auch gut finden ist der Ansatz, dass die Pflegekassen im Rahmen ihres Beratungsauftrages Aufgaben mit trägerneutralen und unabhängigen Beratungsstellen teilen können. Wobei wir ein bisschen die Sorge haben, wie die Umsetzung aussehen wird. Das betrifft insbesondere die Pflegestützpunkte, für die immer noch das Landesrecht eine Rolle spielen soll. In der heutigen Beratungslandschaft sehen wir, dass es sehr unterschiedliche Umsetzungen gibt. Wir haben ein bisschen Sorge, dass auch die Standards, die jetzt gesetzt werden sollen, möglicherweise nicht vollständig dazu beitragen werden, die regionale Ungleichheit der Beratung und die Ungleichheit zwischen den Kassen aufzuheben.

**Abg. Hilde Mattheis** (SPD): Ich würde ganz gerne bei dem Thema Beratung bleiben und frage die Verbraucherzentrale und Frau Dr. Bastians vom Deutschen Städtetag und Deutschem Landkreistag. Wir wollen auch die Weichen für ein nächstes Gesetz stellen – ob das jetzt PSG III heißt oder anders – und haben deshalb in einer Bund-Länder-Vereinbarung Eckpunkte bezüglich der Beratungssituationen vereinbart. Wir wollen aber natürlich im PSG II keine Weichen stellen, die eigentlich Hürden sind. Ich bitte Sie mit Blick in Richtung Case- und Care-Management und Verantwortung der Kommunen, die Weichenstellungen in den §§ 17, 7 und 7a so



wie hinsichtlich der Pflegestützpunkte zu beleuchten. Das wäre uns eine Hilfe.

**SV Dieter Lang** (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Als ich gelesen habe, dass nun die Auskunft und Information auf der einen Seite und die Beratung auf der anderen Seite getrennt werden, habe ich gedacht, naja, gut, okay, das ist ja schon eine ganz interessante Geschichte. Denn die Pflegekassen haben seit Einführung der Pflegeversicherung eine umfassende Beratungsverpflichtung, und zwar bereits zu einem Zeitpunkt, zu dem Pflegebedürftigkeit noch nicht eingetreten ist bzw. zu dem möglicherweise noch gar kein Antrag vorliegt. Hier sehe ich gewisse Probleme, dass durch die jetzige Regelung die Sachlage derart verändert wird, dass pflegebedürftige Menschen künftig erst dann einen Anspruch auf eine Pflegeberatung haben gegenüber den institutionellen Beratungsstellen, wenn sie bereits pflegebedürftig sind. An dieser Stelle muss man nochmal genau auf das Gesetz schauen, damit man auch die präventiven Aspekte bei der Beratung mit einbezieht. Das ist die eine Sache. Die andere Sache noch ganz kurz: Wenn ich § 17 Absatz 1a lese, dann muss ich mich doch schon sehr stark wundern, dass die Verbände der Interessenvertretung nach § 118 SGB XI nicht bei den Beratungen zur Richtlinie dabei sind, sondern nur ein Stellungnahmerecht haben. Das halte ich für ein Manko.

**SVe Dr. Uda Bastians** (Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Frau Mattheis, wir waren zusammen in der AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Dort wurde auch ausführlich über die Beratungsmöglichkeiten der Kommunen und die bessere Vernetzung der Beratungsmöglichkeiten diskutiert. Wir haben in dieser AG auch recht einvernehmlich festgestellt, dass vor Ort in den Kommunen Kompetenzen vorhanden sind, die für eine sinnvolle Beratung der Pflegebedürftigen notwendig und aus unserer Sicht unverzichtbar sind. Vor Ort sind die Strukturen bekannt und vor Ort liegen auch die Zuständigkeiten zum Beispiel für die Seniorenberatung oder für die Sozialberatung im Allgemeinen. Wir machen vor Ort Wohnungsanpassungsberatung, Wohnraumberatung, Altenhilfe etc. pp. Insofern waren wir mit dem Ergebnis, zumindest Modellkommunen zulassen, die diese gebündelten Beratungsaufgaben wahrnehmen sollen, eigentlich sehr zufrieden. Diese sind jetzt

bedauerlicherweise in dem Entwurf nicht vorgesehen bzw. nur grob für ein Folgegesetz angekündigt. Das finden wir sehr bedauerlich. Wir würden darum bitten, dass die Anregung des Bundesrates aufgegriffen wird, diese Modellkommunen, die Vorarbeiten sind eigentlich schon erledigt, zuzulassen, damit das Vorhaben schnell in die Umsetzung kommt und das Experiment begonnen werden kann. Die jetzigen Vorschläge stehen dem auch eigentlich nicht entgegen. Eine kritische Bemerkung: Listen auszuhändigen, ist aus unserer Perspektive nicht besonders hilfreich. In der kommunalen Beratungspraxis erleben wir eigentlich, dass das Aushängen von Listen die Menschen eher verwirrt und überfordert. Es muss ein bisschen mehr an Beratung dahinterstehen. Auch die vorgesehene Regelung, dass die Evaluation in Eigenregie erfolgen soll, finden wir unter dem Gesichtspunkt einer unabhängigen Evaluation nicht so gelungen. Insgesamt aber wäre unsere Bitte, die Modellkommunen noch in das Gesetzgebungsverfahren einzuspeisen, damit wir beweisen können, dass wir das vor Ort gut können.

**Abg. Mechthild Rawert** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband, an die Caritas, an den DBfK, den vzbv und letztendlich an den MDS. Mir geht es um den Qualitätsausschuss. Mit dem Qualitätsausschuss wird ein neues Konfliktlösungsinstrument geschaffen, welches analog der Schiedsstelle fungieren und auch verschiedenste Vorgaben erfüllen soll. Wie bewerten Sie dies und wie bewerten Sie die Ernennung des unparteiischen Vorsitzenden des Qualitätsausschusses durch das BMG? Der Qualitätsausschuss hat die Aufgabe der Qualitätssicherung. Hier wird ein auf Indikatoren gestütztes Gesamtverfahren vorgeschlagen. Wie bewerten Sie dieses Verfahren? Als Sonderfrage möchte ich vom MDS wissen, wie er die internen Prüfungen gegenüber den externen Regelprüfungen bewertet.

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Frau Rawert, das sind eine ganze Reihe von Fragen. Ich hoffe, dass ich keinen Aspekt vergesse. Ich denke, man ist sich darüber einig, dass es notwendig ist, sowohl die Qualitätsdefinition als auch die Qualitätstransparenz zu reformieren, weil die bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu Ergebnissen und Erscheinungen geführt haben, die uns allen nicht gefallen können. Das gilt insbesondere für die derzeitige Möglichkeit, sowohl für den stationären



als auch für den ambulanten Bereich Transparenzberichte zu erstellen und zu veröffentlichen. Es ist aufgrund der gegebenen Strukturen extrem schwierig, ein in sich schlüssiges System zu entwickeln, das für die Verbraucherinnen und Verbraucher, also für Pflegebedürftigen, eine tatsächliche, verlässliche und nachvollziehbare Orientierung gibt. Insofern ist es aufgrund dieser Situationsanalyse dringend nötig, das System insgesamt zu verändern. Im vorliegenden Gesetzentwurf hat man in der vorgeschlagenen Struktur eine Anleihe aus anderen Sektoren des Gesundheitswesens genommen. Im Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen gibt es beispielsweise den Entscheidungs- und Konfliktlösungsmechanismus über den Bewertungsausschuss und den erweiterten Bewertungsausschuss. Die Selbstverwaltung einigt sich in der ersten Stufe im Bewertungsausschuss. Wenn dies nicht möglich ist, tritt als Konfliktlösungsmechanismus der erweiterte Bewertungsausschuss zusammen. Das hat sich über Jahrzehnte als Lösungsmodell eingespielt und bewährt und zur Lösung von durchaus schwierigen Fragestellungen geführt. Hinsichtlich des Vorsitzes kann man wieder eine Anleihe nehmen. Es ist, glaube ich, klug und hat auch im Ergebnis zu vielen sinnvollen Entscheidungen geführt, dass sich die Partner, die die Dinge nach den Vorgaben des Gesetzgebers zu regeln haben, selber darüber verständigen, wer in Konfliktsituationen die Konflikte lösen soll. Insofern kann ich nur sehr dringend raten, das Gesetz dahingehend zu korrigieren, dass die Bestimmung der Personen oder der Person zur Konfliktlösung durch die Partner – Leistungserbringer und Pflegekassen – erfolgen soll. Auch dazu gibt es bewährte Möglichkeiten. Zumeist verständigt man sich auf eine solche Person. Wenn dies ausnahmsweise nicht der Fall sein sollte, ist an vielen Regelungen erkennbar, dass dann hilfsweise ein Losentscheid das Thema klärt und regelt. Diese Hilfskonstruktion wird aber nur sehr selten benötigt. Ich glaube, es wäre nicht klug, dass ein Vorsitzender für den Konfliktfall durch das Bundesministerium für Gesundheit benannt wird. Denn dadurch würde der Eindruck entstehen, dass diese Person Entscheidungen in Abhängigkeit vom Bundesministerium treffen würde. Deshalb würden wir empfehlen, dies zu korrigieren. Frau Rawert, Sie nannten auch das Stichwort Indikatorenmodell. Ich glaube, man muss ganz deutlich sagen, dass wir zurzeit

eine Wissens- und Faktenlage zum Thema Indikatoren haben, die deutlich macht, dass es sinnvoll ist, die Qualitätsmessung und die Qualitätsberichterstattung schrittweise um Indikatoren zu ergänzen. Wenn man sich die Forschungslage und die Fakten anschaut, wird es erforderlich sein, neben den Indikatoren weitere Themen der Prozess- und Strukturqualität einzubeziehen. Es ist kein entweder oder, sondern es ist ein Prozess, der verknüpft werden muss.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich kann mich in vielen Punkten, allerdings auch mit kleinen Differenzierungen, Herrn Kiefer anschließen. Ich möchte zunächst mit der Rolle der Bank der Unparteiischen beginnen. Auch wir begrüßen natürlich, dass zum Konfliktlösungsmechanismus und zur Vermeidung weiterer Pattsituationen, wie wir sie in den letzten Jahren vielfältig erlebt haben, eine Bank der Unparteiischen eingefügt wird. Wir, und da spreche ich nicht nur für die Caritas, sondern für die gesamte Freie Wohlfahrtspflege, haben auch ein Modell für einen Qualitätsausschuss entwickelt, das ausdrücklich eine solche Bank als Element eines Konfliktlösungsmechanismus‘ enthält. Allerdings hätten wir uns gewünscht, dass die Unparteiischen nicht nur im Konfliktlösungsfall herangezogen werden, wie es im Modell des erweiterten Bewertungsausschusses vorgesehen ist, sondern dass sie so wie im G-BA eine ständige Bank bilden würden. Wir stellen uns konkret das Modell eines schlanken, kleinen G-BA vor und würden uns wünschen, dass dies entsprechend im Gesetzentwurf vorgesehen würde. Wir finden es auch wichtig, dass die dritte Bank, die maßgeblichen Verbände der Selbsthilfe und der Interessen von pflegebedürftigen und behinderten Menschen, noch stärker verankert wird, sie also nicht nur ein Mitberatungsrecht erhält, sondern auch antragsberechtigt wird. Das sei noch angemerkt. Wir stellen uns des Weiteren vor, dass ein Qualitätsausschuss sozusagen eine eindeutige Richtlinienkompetenzen erhält. So würde nicht zuletzt auch das Problem gelöst werden, für wen diese Regelungen gelten. Dies war immer das Problem der alten § 80- und § 113-Vereinbarungen. Es war immer unklar, wer zu den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen zählt und für wen somit das, was vereinbart wird, tatsächlich Geltung entfalten soll. Deswegen würden wir uns eine Richtlinienkompetenz an dieser Stelle wünschen. Das zweite Stichwort war das indikatorengestützte Modell. Wir begrüßen es wie im



PSG I außerordentlich, dass endlich das indikatorengestützte Modell der Ergebnisqualität im Gesetz verankert wird. Die Zeit ist überreif, die Ergebnisqualitätsindikatoren ins Feld und in die Praxis zu bringen. Der Deutsche Caritasverband führt seit Jahren auf der Basis des sogenannten Wingenfeld-Modells im Rahmen unserer Projekte in Köln und Münster Verfahren durch und haben damit zeigen können, dass es in der Praxis gut funktioniert und sehr gute Ergebnisse erzielt werden. Wir begrüßen es deshalb sehr, dass dieses Verfahren nun eingeführt wird. Ich will nicht zu viel der Redezeit in Anspruch nehmen, deshalb noch ein letzter Satz. Es reicht nicht aus, nur im internen Qualitätsmanagement das indikatorengestützte Verfahren einzuführen. Der Gesetzentwurf muss zwingend im Bereich der externen Qualitätsprüfungen, § 14 und § 14a, nachjustieren. Auch diese müssen darauf ausgerichtet werden, künftig beim internen Qualitätsmanagement Ergebnisqualitätsindikatoren zu verwenden.

SVe **Carola Stenzel** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK)): Grundsätzlich begrüßen wir die Einrichtung eines Qualitätsausschusses und die Möglichkeit, den Qualitätsausschuss zu erweitern. Denn in der Vergangenheit haben sich die Verhandlungen doch sehr in die Länge gezogen. Insbesondere möchte ich aber auf die Mitwirkung der Berufsverbände in diesem Qualitätsausschuss eingehen. Wir haben es als sehr positiv bewertet, dass der Gesetzgeber ein Zeichen gesetzt und die stimmberechtigte Beteiligung der Berufsverbände von einer Kann-Regelung im Referentenentwurf in eine Soll-Regelung im Kabinetentwurf umgewandelt hat. Das zeigt deutlich, dass erkannt wurde, dass eine Stimme der Pflege auch in den Verhandlungen der Selbstverwaltung unentbehrlich ist. Ich möchte an dieser Stelle ganz deutlich auf die Begrifflichkeit dieses Gesetzes hinweisen. Es handelt sich um ein Pflegestärkungsgesetz. Auch wenn die Notwendigkeit der stimmberechtigten Mitwirkung der Verbände der Pflegeberufe nicht von allen Anwesenden geteilt wird, möchte ich nochmals betonen, dass die Sicht der Pflegenden als größte und als leistungserbringende Berufsgruppe im Gesundheitswesen berücksichtigt werden muss, damit nicht ausschließlich die wirtschaftlichen und verbandspolitischen Interessen im Fokus stehen. Die Pflegenden müssen mit diesem Gesetz gestärkt werden, denn es sind letztendlich

sie, die die Inhalte dieses Gesetzes umsetzen müssen. Es geht um Förderung der Selbständigkeit in der Zukunft. Es geht um das Erbringen einer qualitativ hochwertigen Arbeit, auch gerade vor dem Hintergrund dessen, was bei Qualitätssicherung und -entwicklung gefordert wird, und es geht um die Beratung. Ich möchte an dieser Stelle sagen, dass es wirklich wichtig ist, dass die Interessen der Pflegenden einbezogen werden und möchte noch ganz ...

*Zwischenruf Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Die Antwort ist ausreichend.*

SV **Dieter Lang** (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Meine Damen und Herren, wir haben bestimmte Bedenken im Hinblick auf den Qualitätsausschuss. Für die Verbände nach § 118 ist dieser Schritt nicht ausreichend. Wir haben uns stets dafür eingesetzt, dass der Qualitätsausschuss eine etwas andere Form hat. Die Unparteiischen sollten stärker institutionalisiert sein. Das heißt, Frau Dr. Fix hat das schon vorgeschlagen, dass sie im Grunde genommen die Arbeit des Qualitätsausschusses ständig begleiten sollten. Diese unparteiischen Vorsitzenden müssten im Zweifel auch in den Arbeitsgruppen des Qualitätsausschusses den Vorsitz haben. Hier stellt sich eine Parallelität zu den Verhältnissen im G-BA her. Wir benötigen keine Körperschaft des Öffentlichen Rechts. Wenn die Mitwirkung der Selbstverwaltung stärker institutionalisiert werden soll, dann müssen wir uns darüber im Klaren werden, wie dies rechtlich ausgestaltet werden muss. Das Gesetz hat es bislang versäumt, die Begrifflichkeiten, wer die Bänke, die Parteien oder wer die Mitglieder und wer die Beteiligten sind, eindeutig zu klären. Das geht im Gesetz zum Teil munter durcheinander. Hier bedarf es einer Klarstellung.

*Zwischenruf Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Danke. Sonst kommen wir nicht weiter.*

SV **Dieter Lang** (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Wir müssen noch etwas zur Mitbestimmung sagen. Die Verbände nach § 118 fordern eine Mitbestimmung in diesen Gremien.

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Ich mache drei kurze Bemerkungen dazu: Wir halten den im Gesetz eingeschlagenen Weg für



richtig. Wir brauchen handlungsfähige Strukturen in der Selbstverwaltung. Daraus folgt, dass natürlich auch der Vorsitz von der Selbstverwaltung benannt wird. Wir benötigen eine wissenschaftsbasierte Darlegung und wir benötigen ein Nebeneinander von Ergebnisindikatoren und Qualitätsprüfung. Die Einführung der Ergebnisindikatoren ist positiv. Wir sind zur Verknüpfung bereit. Aber ich sage genauso klar, weil von Einzelnen die Regelprüfung in Frage gestellt wird, wir brauchen diese Regelprüfung, denn die Ergebnisindikatoren sind Eigenprüfungen. Wenn man heute an VW denkt ..., das heißt, wenn man nur Eigenprüfungen macht, reicht dies nicht. Man benötigt auch die Außenprüfung. Deshalb brauchen wir auch eine Feststellung des Pflegezustands durch die externen Prüfinstanzen, das heißt durch MDK oder PKV-Prüfdienst. Wir ermuntern Sie sehr, bei dem Nebeneinander zu bleiben.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich will Frau Zimmermann, unsere pflegepolitische Sprecherin, entschuldigen, sie ist erkrankt. Meine erste Frage geht an ver.di, an Herrn Weisbrod-Frey. Ver.di kritisiert in der Stellungnahme scharf, dass anders als im Koalitionsvertrag vorgesehen, im PSG II keine Personalvorgaben gemacht werden. Können Sie dies bitte näher erläutern? Was ist aus Ihrer Sicht in Bezug auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung kurz- aber auch langfristig nötig, damit der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zu Verbesserungen für die Pflegebedürftigen führen kann?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ich will zunächst vorausschicken, dass wir es sehr begrüßen, dass dieses Pflegestärkungsgesetz II zustande kommt. Wir meinen aber auch, dass es mit Leben gefüllt werden und in Praxis funktionieren muss. Deswegen ist uns ganz besonders wichtig, dass das Gesetz gut finanziert wird und das erforderliche Personal dafür vorgehalten wird. Hier gibt es bereits heute Schwierigkeiten. Viele Pflegenden sagen uns, sie können ihren Beruf nicht bis zur Rente ausüben, weil die Arbeits- und Einkommensbedingungen nicht stimmen. Im DGB-Index für gute Pflege ist im Jahr 2012 der Anteil derer, die sagen, dass sie es nicht bis zur Rente schaffen, auf 74 Prozent gestiegen. Wir meinen, dass die Arbeitsbedingungen transparenter sein müssen. Ich glaube, es ist eine Aufgabe des Gesetzgebers, die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu

stärken und die Fluktuationsquote in den Einrichtungen zu senken. Wir haben Einrichtungen mit einer Fluktuationsquote von nahezu 40 Prozent. Das ist ein Alarmzeichen. Wir haben gefordert, dass deswegen einige Maßnahmen, wie zum Beispiel die Eins-zu-zwei-Besetzung oder Keine-Nacht-alleine oder die Frage der Praxisanleitung geregelt werden muss. Langfristig ist es gut, dass § 113c mit aufgenommen wurde. Wir wünschen uns die Entwicklung eines qualitativen und quantitativen Verfahrens zur Bemessung des Personalbedarfs. Das muss aber schneller als bis 2019 oder 2020 erfolgen. Ich glaube, hier müsste nachgebessert werden.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Zu den Auswirkungen des Gesetzes auf die Leistungen habe ich zwei Fragen an die Volkssolidarität und an die Caritas. Die Volkssolidarität rechnet vor allem im stationären Bereich mit deutlichen Leistungsmininderungen. Ich würde gerne wissen, wie Sie darauf kommen. Dann würde ich von beiden Organisationen gerne wissen, welche Auswirkungen durch die Einführung einrichtungseinheitlicher Eigenanteile bei den Pflegesätzen für die Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen zu erwarten sind.

SV **Dr. Alfred Spieler** (Volkssolidarität Bundesverband e. V.): Ich möchte zunächst deutlich machen, dass wir nicht von einer generellen Leistungsmininderung im stationären Bereich sprechen. Aber wir sehen es als ein Problem an, dass im Vergleich zur Referenz-Pflegestufe I im stationären Bereich im Pflegegrad 2 eine Reduzierung von 1.064 Euro auf 770 Euro vorgesehen ist. Das ist aus unserer Sicht sehr problematisch. Wir haben die Befürchtung, dass hier für viele Pflegebedürftige, die auf eine vollstationäre Versorgung angewiesen sind, der Druck besteht, wegen der hohen Zuzahlungen die vollstationäre Versorgung nicht in Anspruch zu nehmen. Betroffen sind vor allem Pflegebedürftige mit niedrigen Alterseinkünften, die gegebenenfalls zusätzliche Hilfe zur Pflege nach SGB XII in Anspruch nehmen müssen. Das finden wir nicht gut und sehen das sehr kritisch. Ferner wird dadurch auch die Tendenz verstärkt, dass sich die Struktur der Heimbewohner mittel- oder längerfristig wandelt und sich auf Menschen, die schwer- und schwerstpflegebedürftig sind, konzentriert. Wir fragen uns, ob das tatsächlich das ist, was wir wollen. Wir möchten eigentlich in den Pflegeeinrichtungen eine ausgewogene Bewohnerstruktur und keine Re-



duzierung auf schwer- und schwerstpflegebedürftige Menschen.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich kann mich auch hier wieder in vielen Punkten meinem Vorredner anschließen. Wir sehen ebenfalls durch das Zusammenspiel der abgesenkten Leistungsbeträge und der Einführung der einrichtungsindividuellen Eigenanteile, die für alle Pflegegrade gleich sind, gravierende Auswirkungen auf den vollstationären Bereich. Das wird sich vor allem im Pflegegrad 2 sehr stark bemerkbar machen. Herr Spieler hat die Zahlen schon genannt. Der Pflegegrad 2 wird gegenüber der heutigen Pflegestufe I mit ca. 500 Euro mehr belastet, wenn man die Durchschnittszahlen zugrunde legt. Auch im Pflegegrad 3 findet eine Absenkung des Leistungsbetrages statt. Gleichzeitig erhöht sich der Eigenanteil um round about 180 Euro, so dass auch der Pflegegrad 3, in dem sich künftig viele der heutigen Bewohner mit Pflegestufe I befinden werden, stärker belastet wird. Somit sehen wir tatsächlich eine Verschiebung von den höheren zu den niedrigeren Pflegegraden. Möglicherweise werden Menschen, obwohl sie heimbefürhtig sind – das Gesetz nimmt diese Terminologie leider wieder mit auf –, nicht ins Pflegeheim gehen, weil sie befürchten, das Heim nicht aus eigener Tasche zahlen zu können und der Sozialhilfe anheimfallen müssen. Allerdings muss man sagen, die Eigenanteile müssen nicht grundsätzlich abgelehnt werden. Es kommt, wie ich schon eingangs betont habe, auf das Zusammenspiel von Eigenanteilen und Leistungsbeträgen an. Hier sehe ich langfristig Korrekturbedarf. Wir sind sehr froh, dass es das § 18c-Begleitgremium gibt. In das Monitoring-Verfahren muss unbedingt aufgenommen werden, wie sich die einrichtungsindividuellen Eigenanteile entwickeln und wie sich die Bewohnerstruktur in den Pflegeheimen gestaffelt nach Pflegegraden entwickelt. Vor allem diese zwei Punkte, die für die Frage relevant sind, möchte ich hier betonen. Dann muss man in der nächsten Legislaturperiode sehen, wie diese Entwicklungen vonstattengehen und welche sozialen Folgen sie haben. Wir rechnen damit, dass der Pflegegrad 2 gänzlich aus den Heimen wegbricht. Ich habe das Stichwort Heimbefürhtigkeit genannt. Lassen Sie mich abschließend noch ausführen, dass wir und die gesamte Freie Wohlfahrtspflege es ablehnen, dass für die Pflegegrade 2 bis 5 die Leistungen auf 80 Prozent gekürzt werden können und

dies auch für den Pflegegrad 1 im Pflegeheim möglich ist, wenn der MDK keine Heimbefürhtigkeit feststellt. Die Heimbefürhtigkeit war bisher im SGB XI ganz modest verankert und kam prominent zum Tragen, obwohl niemand tatsächlich von einem Heimsog sprechen kann. Wir bitten, die Regelung im Gesetzgebungsverfahren dringend zu überdenken.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Frau Dr. Fix, Sie sind jetzt gleich wieder gefragt, denn meine Frage geht wieder an den Deutschen Caritasverband. Der Gesetzentwurf versäumt, die Hilfe zur Pflege auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umzustellen. Wie bewerten Sie dies und wie muss der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XII ausgestaltet werden, damit es keine Brüche zwischen den Leistungssystemen und dem ergänzenden Sozialhilfesystem gibt?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): In der Tat bedauern wir auch sehr, dass mit diesem Gesetzentwurf nicht auch die Hilfe zur Pflege neu justiert wird. Das ist natürlich durchaus nachvollziehbar, da hierbei das SGB XII betroffen und das Gesetz dann zustimmungspflichtig geworden wäre. Es ist aber dringend geboten, dass diese Regelung möglichst schnell in einem nächsten Schritt im PSG III erfolgt. Sie haben gefragt, wie man diese ausgestalten sollte. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff muss eins zu eins vom SGB XI ins SGB XII übertragen werden. In § 61 SGB XII muss aber des Weiteren geregelt werden, dass auch andere und weitergehende Bedarfe in dem bedarfsdeckenden System des SGB XII erfasst werden können. Das sind solche Bedarfe, die über den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff hinausgehen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Deutschen Frauenrat. Wie wirken sich aus Ihrer Sicht die geplanten Regelungen auf Frauen aus, und was wären Ihrer Ansicht nach notwendige gleichstellungspolitische Maßnahmen?

Sve **Melitta Kühnlein** (Deutscher Frauenrat): In der Tat sieht der Deutsche Frauenrat in dem vorliegenden Gesetzentwurf und im System der gesetzlichen Pflegeversicherung insgesamt einen gravierenden gleichstellungspolitischen Nachholbedarf. Ich möchte zunächst nochmal betonen, dass es in der Mehrheit Frauen sind, die von dem Gesetzentwurf



direkt oder indirekt betroffen sind bzw. sein werden. Die Auswirkungen des Gesetzes betreffen Frauen und Männer auch in unterschiedlicher Art und Weise, da mehrheitlich Frauen in den Pflegeberufen arbeiten. Es sind nahezu nur Frauen, die ihre Angehörigen pflegen und es sind auch in der Mehrheit die Frauen, die die Pflegebedürftigen stellen. Aus unserer Sicht schimmert durch das Pflegesystem und durch den Gesetzentwurf nach wie vor das traditionelle familienpolitische Leitbild des männlichen Alleinernährers durch. In dieser Logik werden Frauen auf die unbezahlte Pflegearbeit verwiesen. Genau das passiert auch in der Praxis, wie die Statistiken eindrücklich zeigen. Dieses Prinzip kritisieren wir auf das Schärfste. Aus unserer Sicht steht auch den Frauen eine eigenständige Existenzsicherung zu. Genau das ist aber nicht möglich, wenn Pflegearbeit übernommen wird. Unsere Forderung an den Gesetzgeber ist deshalb, dafür zu sorgen – das geht jetzt über den Gesetzentwurf hier hinaus –, dass ein neues politisches Leitbild etabliert wird. Ohne dieses neue Leitbild wird es keine Verbesserungen für die betroffenen Frauen geben. Wir fordern die Etablierung eines neuen Leitbildes, das Sorge- oder Pflegearbeit zulässt, ohne dass irreparable Nachteile im Lebensverlauf entstehen – und das für Männer und für Frauen. Wie das aussehen könnte, hat vor ein paar Jahren das ExpertInnengutachten zum Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, auf das ich an der Stelle sehr gerne verweisen möchte, eindrücklich gezeigt. Ein weiterer Punkt ist, dass sich die Delegation der Pflege an die Frauen bzw. an die Familien auch auf die Beschäftigten in der bezahlten Pflegearbeit auswirkt. Denn unbezahlte Pflege erscheint immer als unerschöpfliche Konkurrenz zur bezahlten Pflege. Ist die Arbeit umsonst zu haben, hat sie eben keinen ökonomischen Wert. Das beeinflusst ganz gravierend die Bereitschaft hauptamtliche Pflegearbeit angemessen und leistungsgerecht zu vergüten. Auch das kritisieren wir am Pflegesystem. Unserer Meinung nach findet der Gesetzentwurf auf diese Zusammenhänge und auf diese Herausforderungen keine Antwort. Das haben auch die Pflegereformen zuvor nicht getan. Uns ist klar, dass um eine Antwort zu finden, über einen gravierenden Systemwechsel nachgedacht werden müsste. Deshalb haben wir uns auch sehr über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Für eine solidarische Pflegeversicherung“ gefreut. Auch wenn wir als Deutscher Frauenrat nicht alle Forderungen unterstützen,

können wir dem Antrag doch soweit folgen und teilen die Forderungen nach einer Ausweitung der Beitragsbemessungs- und der Versicherungspflichtgrenze sowie von dynamischen, festgeschriebenen Beitragserhöhungen. Denn wir sind der festen Überzeugung, dass nur wenn genügend finanzielle Mittel im System sind, wir auch über diese Dinge sprechen können. Wir sehen nur in dieser Art und Weise die Möglichkeit, die Pflegeversicherung zukunftsfest und auch gleichstellungsorientiert aufzustellen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich möchte hier anknüpfen und die Deutsche Rentenversicherung Bund zum Thema Rentenversicherung befragen. Bei Pflegegrad 1 wird nach dem Entwurf von § 19 Satz 3 SGB XI regelmäßig widerlegbar vermutet, dass der Pflegebedarf der zu pflegenden Personen weniger als zehn Stunden in der Woche beträgt. Damit werden der pflegenden Person der Zugang zur Sozialversicherung und zur gesetzlichen Rentenversicherung verwehrt. Ich möchte von Ihnen, Herr Büchel, gerne erläutern haben, welche Rechtsfolge eine Widerlegung dieser Vermutungsregelung nach sich zieht, das heißt wenn festgestellt wird, dass trotz Vorliegens von Pflegegrad 1 ein Pflegebedarf von zehn Stunden oder mehr besteht? Halten Sie es eigentlich für sinnvoll und angemessen, Personen, die einen Pflegebedürftigen mit dem Pflegegrad 1 pflegen, aus der Sozialversicherung bzw. der gesetzlichen Rentenversicherung prinzipiell auszuschließen?

SV **Dirk Büchel** (Deutsche Rentenversicherung Bund): Wenn für einen Pflegebedürftigen mit dem Pflegegrad 1 ein Pflegeaufwand von tatsächlich mehr als zehn Stunden festgestellt wird, würde sich dies nach der derzeitigen Konzeption des Gesetzes nicht dahingehend auswirken, dass die Pflegeperson in die Rentenversicherungspflicht kommt. Eine Rentenversicherungspflicht würde dann eintreten, wenn dieser erhöhte Pflegeaufwand von mehr als zehn Stunden zur Folge hätte, dass die zu pflegende Person nicht mehr in Pflegegrad 1, sondern in Pflegegrad 2 einzustufen wäre. Ist dies nicht der Fall, bleibt die pflegende Personen nach wie vor von der Rentenversicherungspflicht ausgenommen. Ob dieser Ausschluss gerechtfertigt ist, hängt davon ab, inwieweit man nachvollziehen kann, ob ein Unterschied zwischen dem Pflegeaufwand für einen Pflegebedürftigen des Pflegegra-



des 1 und des Pflegegrades 2 bei ansonsten gleichem zeitlichen Umfang besteht. Wenn ein vielleicht inhaltlicher Unterschied zwischen dem Pflegeaufwand besteht, und dieser deutlich zutage tritt, dann wäre hier eine unterschiedliche Behandlung der Pflegeperson nachvollziehbar. Ob allerdings eine solche Differenzierung gerechtfertigt ist, können wir aus Sicht der Rentenversicherung nicht beurteilen.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Die Kosten der medizinischen Behandlungspflege von Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen sollen nach Auffassung der Stiftung wieder durch die Krankenversicherung getragen werden. Welche Effekte würde die Umsetzung dieses Vorschlages erzielen?

SV **Herbert Möller** (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Es ist heute so, dass bei Pflegeheimbewohnern das Teilkaskosystem Pflegeversicherung die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege im Rahmen der pauschalierten Leistungsbeträge übernimmt. Bei einem besonders hohen Bedarf greift bereits heute eine Regelung in § 37 SGB V. Danach übernimmt sogar die Krankenversicherung die medizinische Behandlungspflege. Beispiele hierfür sind Wachkoma- oder Beatmungspatienten. Betrachtet man die Praxis bei den Pflegeheimbewohnern, dann stellt man fest, dass das, was über die pauschalierten Leistungsbeträge dazu kommt, überhaupt nicht ausreicht, um die pflegerische Versorgung, geschweige denn die medizinische Behandlungspflege zu gewährleisten. Faktisch ist es heute so, dass die 57.000 Pflegeheimbewohner über ihren Eigenanteil die medizinische Behandlungspflege mitfinanzieren müssen. Studien, die sich mit der Frage beschäftigt haben, was diese Regelung für die Heimbewohner bedeutet, kommen zu einem gemittelten Wert von 1,7 Milliarden Euro Zusatzkosten, die die Heimbewohner letztlich aufbringen müssen. Sie haben nach dem Effekt gefragt, wenn man die medizinische Behandlungspflege systemgerecht in die gesetzliche Krankenversicherung überführen würde. Dies würde insbesondere die Heimbewohner entlasten. Das ist aus unserer Sicht auch sinnvoll, wenn man bedenkt, dass heute 30 Prozent der Menschen in Pflegeheimen von Sozialhilfe leben oder einen Bedarf an Hilfe zur Pflege haben.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Paritätischen Gesamtverband. Sie schreiben, mit der Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs allein sei es nicht getan. Wie ist dies zu verstehen bzw. was muss noch weiter gemacht werden? Von der Arbeiterwohlfahrt möchte ich wissen: Sie halten die solidarische Bürgerinnenversicherung für die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für alternativlos. Könnten Sie das etwas genauer erläutern?

SV **Thorsten Mittag** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Es ist nicht damit getan, weil natürlich weiterhin die Fragen zur zukünftigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung nicht abschließend geklärt sind. Es ist eine langjährige Forderung, dass durch die Zusammenlegung der privaten aber auch der sozialen Pflegeversicherung ein Umbau der Pflegeversicherung hin zu einer sozialen Bürgerversicherung erfolgen muss. Das Ganze muss aus unserer Sicht mit der Abschaffung der kapitalgedeckten privaten Vorsorge einhergehen. Im Grunde ist es auch weiterhin erforderlich, den sogenannten Pflegevorsorgefonds abzuschaffen und die Mittel, die dort zurückgestellt wurden und werden, für die aktuelle Situation einzusetzen. Das sind sicherlich die wichtigsten Punkte, die gegenwärtig zu berücksichtigen sind. Die Rolle der Kommunen ist schon angesprochen worden. Wir erwarten eine deutliche Stärkung der Kommunen. Es sieht danach aus, dass die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu diesen Fragen durch ein nächstes Reformvorhaben in die Wege geleitet werden. Letzten Endes mahnen wir immer wieder, dass die Einrichtungen und Dienste auskömmlich refinanziert werden müssen. Da sind insbesondere mit dem letzten Pflegereformvorhaben deutliche Weichenstellungen – Stichwort Tarifanerkennung usw. – erfolgt. Hier kann es im Grunde eigentlich weitergehen. All diese Punkte fehlen bislang in den vorgenommenen Änderungen. Ein ganz wichtiger Punkt, der eigentlich noch umgesetzt werden könnte, ist die Anpassung des § 75, sodass auch im ambulanten Bereich die Leistungsbeschreibungen einfacher angepasst werden können. Hier haben wir in der Praxis deutliche Probleme. Die Leistungsbeschreibungen im ambulanten Bereich sind häufig nicht schiedsstellenfähig und führen in vielen Ländern dazu, dass Leistungen nicht angepasst werden können. Genau das ist aber künftig erforderlich, wenn Personen in



Pflegebedarfsgraden mit neuen Bedarfen Leistungen erhalten sollen. Die Leistungen müssen in den Leistungsbeschreibungen entsprechend angepasst werden.

SVe **Claudia Pohl** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)): Die Pflegebürgerversicherung ist aus Sicht der AWO aufgrund der Nachhaltigkeit und der Zukunftsorientierung die geeignetere Finanzierungslösung, um in den kommenden Jahren die notwendigen Anpassungen der Pflegeversicherung an die gesellschaftlichen Veränderungen zu gewährleisten. Der Gesetzentwurf sieht die Anhebung der Beiträge von derzeit 2,35 Prozent auf 2,55 Prozent im Jahr 2017 vor, um die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen und die Unterstützung der pflegenden Angehörigen zu finanzieren. Dies ist sicherlich sachgerecht und das sieht auch die AWO so. Jedoch zeigen die Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit, dass die Mehreinnahmen von rund 2,7 Milliarden Euro im Jahr 2017 die Mehrausgaben von 3,7 Milliarden Euro, die sich infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs inklusive der Ersetzung der Leistungsbeträge ergeben, nicht decken. Hinzu kommen noch die Überleitungskosten bzw. die Bestandsschutzkosten. Eine nachhaltige Sicherung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und eine angemessene Unterstützung der Angehörigen kann nach Auffassung der AWO nur durch eine Ausgestaltung der Pflegeversicherung als Bürgerversicherung erreicht werden. Das bedeutet konkret, dass es zur Aufhebung der Grenze zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung kommen muss und sich Beamte, Selbständige und freiwillig Privatversicherte zu einem bestimmten Zeitpunkt gesetzlich versichern müssen. Es ist erforderlich, dass die Beitragsbemessungsgrenze auf die derzeit in der Rentenversicherung geltende Höhe angehoben wird und dass alle Einkommensarten einbezogen werden. Das vom AWO Bundesverband in Auftrag gegebene Gutachten zur Finanzierung der Pflege über eine Bürgerversicherung weist aus, dass bei einer sofortigen Einführung, ohne Berücksichtigung von Übergangsregelungen, der aktuelle Beitragssatz um 0,4 Beitragspunkte reduziert werden könnte. Das sind ungefähr 4 Milliarden Euro, die man, andersrum betrachtet, generieren könnte. Selbst bei einer regelmäßigen Dynamisierung und unter Berücksichtigung der Inflationsrate würde sich der Beitragssatz bis zum Jahr 2017 nur auf 2,3

Prozent belaufen. Im Vergleich zur Beitragserhöhung auf 2,55 Prozent im Jahr 2017 stellt sich daher für die AWO die Pflegebürgerversicherung als kostengünstigere und solidarischere Alternative dar.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an unsere Einzel-sachverständige Frau Mattes. Frau Mattes, welche Auswirkungen werden aus Ihrer Sicht das neue Begutachtungsassessment, die Geldleistungen der neuen Pflegegrade und die geplante einrichtungseinheitliche Zuzahlung auf die zukünftige Zusammensetzung der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen haben?

ESVe **Sabine Mattes**: Das haben die Kollegen bereits ausgeführt. Frau Dr. Fix und der Kollege von der Volkssolidarität haben dargestellt, wie sich das Klientel wahrscheinlich verändern wird, wenn man die Reform unter dem Aspekt eines einheitlichen Eigenanteils betrachtet. Wir denken, dass der Effekt sogar noch stärker wird, wenn man es noch weitergehend betrachtet. Wenn in den stationären Einrichtungen die niedrigeren Pflegegrade erstmal weggebrochen sind, dann werden die Vergütungen steigen und die Hürde für Menschen, die eventuell in eine stationäre Einrichtung ziehen möchten oder müssen, ohne dass sie in einem höheren Pflegegrad sind, wird nochmal wesentlich höher werden. Das halten wir für äußerst kritisch auch angesichts der Tatsache, dass es zu wenig Wohnraum gibt, der altengerecht ist. Es gibt einfach Menschen, die in eine Pflegeeinrichtung einziehen müssen, auch wenn sie eine geringere Pflegebedürftigkeit haben. Das wäre dann der Punkt mit der Heimpflegebedürftigkeit. Man muss sich gut überlegen, wie man dies zukünftig handhabt und wie man diese Grenze zukünftig zieht.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Was bedeuten Ihre Ausführungen für die Aufgaben der Pflegekräfte in den stationären Einrichtungen und für den Personalbedarf?

ESVe **Sabine Mattes**: Das bedeutet, dass wir wahrscheinlich einen noch erheblich höheren Bedarf an Fachpersonal haben werden. Die Idee, die man schon einmal hatte, durch § 87b-Kräfte den Fachpersonalanteil etwas zu senken und die Betreuungsleistungen zu verstärken, kann man sich wahrscheinlich bei dieser Entwicklung schenken. Wenn es tatsächlich dahin geht, dass man nur noch



Schwerstpflegebedürftige in den Einrichtungen hat, also Menschen mit Demenz im Endstadium und dergleichen, dann wird man mit Hilfspersonal und mit Betreuungskräften nicht weiterkommen. Davon abgesehen werden die Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen noch unter ganz anderen psychischen und physischen Belastungen leiden. Was jetzt schon ein Problem ist, dass die Mitarbeiter ihre eigene Leistung entwertet sehen, weil sie an der Betreuung häufig nicht mehr mitwirken können und sich ihre Leistung nur noch auf pflegfachliche Dinge bezieht, wird sich weiter verstärken. Es ist vorauszusehen, dass die Mitarbeiter darunter erheblich leiden werden.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Frau Mattes, wie schätzen Sie das von der Bundesregierung geplante Verfahren zur Entwicklung eines Personalbemessungssystems ein, wenn ein solches Verfahren bis 2020 vorhanden sein soll, es jedoch keinerlei verbindliche Aussagen über die Einführung des Verfahrens gibt? Wann rechnen Sie mit einer Einführung und wie gehen Sie bis dahin mit dieser Situation um?

ESVe **Sabine Mattes**: Es stellt sich die Frage, ob ein solches Personalbemessungssystem, nur weil es im Gesetz steht, tatsächlich kommen wird. Alle sprechen zwar davon, aber das heißt ja noch nichts. Es wurden bereits diverse Anläufe, zum Beispiel in den Ländern, unternommen, um Personalbemessungssysteme einzuführen. Auf der Bundesebene hat es bereits entsprechende Überlegungen gegeben, denen man auch nähergetreten ist, also zum Beispiel PLAISIR [Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis/EDV-gestützte Planung des erforderlichen Pflegeaufwands]. In Nordrhein-Westfalen hatten wir die Referenzmodelle, Herr Wingefeld kann sich sicherlich noch sehr gut daran erinnern. Man hat in Nordrhein-Westfalen allerdings zum Beispiel darauf verzichtet, den letzten Schritt zu gehen und das letzte Modul in Auftrag zu geben und darüber nachzudenken, welche finanziellen Auswirkungen es haben würde, wenn man in den Pflegeeinrichtungen eine Mindestbesetzung durch eine wirklich sachgerechte Fachpflege ersetzt. Wie wir wissen, hat es gute Gründe gegeben, davon Abstand zu nehmen. Ich glaube, dass ein wissenschaftlich ermitteltes Personalbemessungssystem ähnliche Strukturen wiedergeben wird. Ehrlich gesagt, glaube ich überhaupt nicht, dass es dazu kommen wird. Das wird sich dann

erst erweisen müssen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht wieder an Frau Mattes. Glauben Sie, dass eine einheitliche Pflegeausbildung, wie die Bundesregierung sie plant, zu einer wirklichen Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs führen und mehr Pflegekräfte auf den Markt bringen wird?

ESVe **Sabine Mattes**: Ich sehe das genau umgekehrt. Ein einheitliches Pflegeberufsgesetz, in dem Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zusammengeschmissen wird, kann eigentlich für die einzelne Berufsgruppe nicht wirklich vorteilhaft sein. Denn dadurch gehen eindeutig Kompetenzen in der Ausbildung verloren. Man kann nicht, so wie das in der Vergangenheit gewesen ist, auf der einen Seite sagen, wir wollen mehr Qualität. Jedes Gesetz hat bisher neue und größere Anforderungen gestellt und mehr Qualitätssicherung gefordert. Die Einrichtungen mussten immer mehr dafür tun. Auf der anderen Seite sollen wir jetzt damit zufrieden sein, dass Auszubildende nur noch die Hälfte dessen fachspezifisch lernen, was sie derzeit in der Ausbildung lernen. Gerade in der letzten Woche hat die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Gerontopsychologie – die genaue Bezeichnung kenne ich nicht – etwas festgestellt. Die Gesellschaft hat 8.000 junge Leute, die sich für die Altenpflegeausbildung interessieren bzw. die Ausbildung bereits begonnen haben, befragt. Es hat sich herausgestellt, dass von diesen 8.000 jungen Leuten 95 Prozent, das ist wirklich ganz gravierend, ...

Der **Vorsitzende**: Das Pflegeberufsgesetz ist nicht Gegenstand der heutigen Anhörung.

ESVe **Sabine Mattes**: Das ist egal. Ich bin gefragt worden und ich möchte meinen letzten Satz fortführen.

Der **Vorsitzende**: Das können Sie noch tun. Aber das ist nicht Gegenstand der Anhörung.

ESVe **Sabine Mattes**: Gut, das ist mir schon klar. Aber trotzdem ist es eine Auswirkung, die das Ganze haben wird. 95 Prozent der Gefragten haben gesagt, sie würden die Ausbildung nicht absolvieren, wenn es eine einheitliche Ausbildung gäbe. Das ist wirklich eine gravierende Aussage. Man



muss sich überlegen, wohin das führen kann. Es führt eindeutig zu einem Personalmangel, mit dem wir hinterher, egal ob es eine Personalbemessung gibt oder nicht, ein großes Problem haben werden.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich wollte kurz darauf hinweisen, dass unser Antrag ebenfalls Gegenstand der Anhörung ist. Deshalb ist das Pflegeberufsgesetz natürlich ein Thema, denn die Pflegeausbildung ist eine unserer Forderungen. Deshalb denke ich, dass die Frage und die Antwort angemessen waren. Meine nächste Frage geht an Frau Mattes, an den DBfK und an die Alzheimer Gesellschaft. Ich würde gern wissen, was Sie von dem Argument, zusätzliche Betreuungskräfte würden das Pflegepersonal entlasten, halten? Übernehmen Betreuungskräfte, eben weil eine Entlastung der Pflegekräfte dringend notwendig ist, dann nicht häufig Tätigkeiten, für die sie eigentlich gar nicht qualifiziert und zuständig sind?

ESVe **Sabine Mattes**: Ich schätze das folgendermaßen ein: Pflegekräfte haben spezifische Aufgaben und Betreuungskräfte haben ebenfalls spezifische Aufgaben. Dass man Betreuungskräfte in stationären Einrichtungen oder eventuell in ambulanten Diensten für Tätigkeiten einsetzt, für die sie nicht qualifiziert sind, das mag man sich wirklich nicht vorstellen und zwar für keinen Beteiligten. Deshalb glaube ich eigentlich nicht, dass dies das Problem sein wird. Das Problem habe ich eigentlich bereits angesprochen. Die Fachpflegekräfte könnten sich von den Betreuungskräften ein bisschen verdrängt fühlen – so ist es möglicherweise auch –, weil diese den netteren Part haben. Sie führen mit den alten Leuten Gespräche oder gehen spazieren. Das beraubt die Fachpflegekräfte um einen Teil ihrer sozialen Kompetenz. Dies hat aber häufig dazu geführt, dass sie sich für die Ausbildung entschieden haben.

SVe **Carola Stenzel** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK)): Nach unserem Wissen werden die Pflegenden nur marginal entlastet. Aus der Praxis hören wir, dass das permanent schlechte Gewissen, sich nicht um den Pflegebedürftigen kümmern zu können, durch die Betreuungskräfte ein Stück weit abgemildert wird. Aber wer einmal in einer Pflegeeinrichtung gewesen ist, der weiß, dass insbesondere demenziell erkrankte Menschen eine qualitativ hochwertige Betreuung benötigen. Demenziell erkrankte Menschen

sind nicht pflegeleicht. Sie haben häufig ein herausforderndes Verhalten, sie haben Aggressionen, wie zum Teil permanentes Schreien. Das kann eine in wenigen Wochen oder sogar nur in wenigen Tagen angelernte Hilfskraft schnell überfordern. Auch für den pflegebedürftigen Menschen ist es schwierig, wenn unterschiedliche Personen verschiedene Maßnahmen erbringen. Es sind Kenntnisse über die biografische Fallarbeit und über Validation notwendig, um Verhaltensmuster richtig interpretieren zu können. Aus unserer Sicht sind deswegen einmalige Schulungen nicht ausreichend. Ungelernte Kräfte brauchen zukünftig eine deutlich bessere Qualifizierung, eine zielgerichtete Begleitung, Feedback, Supervision und Motivation. Daher müssen bereits jetzt Pflegefachpersonen diese Aufgaben übernehmen. Das heißt, sie müssen Steuerungs-, Coachings- und Qualitätssicherungsfunktionen übernehmen, was Zeit kostet. Sie werden zum Teil entlastet, haben aber zum Teil schon wieder neue Aufgaben. Von daher sehen wir es als sehr notwendig an, dass wir ein ausgewogenes Verhältnis von Fach- und ungelerntem Personal haben und dass die Qualifizierung der Betreuungskräfte deutlich verbessert wird.

SVe **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DAzG) Selbsthilfe Demenz): Grundsätzlich glauben wir, dass die § 87b-Kräfte eine Entlastung für das Pflegepersonal sein können und auch in vielen Fällen sicherlich sind. Allerdings stellen wir fest, das können wir nicht durch Zahlen aber durch subjektive Rückmeldungen belegen, dass durch die Öffnung für die Betreuung aller Pflegebedürftigen sowie durch den zunehmenden Personalmangel die § 87b-Kräfte die Pflegekräfte entlasten, indem sie zum Teil deren Aufgaben übernehmen. Sie werden zum Beispiel bei der Zubereitung von Mahlzeiten oder der Essensausgabe eingesetzt und nicht ausschließlich für die Betreuung. Das ist ein Umsetzungsproblem. Was gerade schon anklang und was wir auch so sehen, ist, dass der ganzheitliche Aspekt von Pflege eigentlich verloren geht, wenn man die Tätigkeit in Pflege auf der einen Seite und Betreuung auf der anderen Seite unterscheidet. Es ist ein personenzentrierter Ansatz wünschenswert, der alle Aspekte einer Erkrankung, sowohl die somatischen, möglicherweise auch die krankenpflegerischen oder die altenpflegerischen Tätigkeiten als auch den Umgang mit Verhaltensweisen, mit Kommunikation und mit Betreuung, umfasst und bei einer Person zentriert.



Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine letzte Frage zur Minutenpflege geht an Herrn Professor Rothgang. Der Kollege Rüdiger hat am Freitag bei der Einbringung des PSG II vollmundig angepriesen, durch das Gesetz wird die sogenannte Minutenpflege beendet. Ich meine, hier werden bei allen und insbesondere bei den Pflegekräften ganz hohe Erwartungen geweckt. Bringt Ihrer Meinung nach die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Einführung des neuen Begutachtungsassessments eine wirkliche Abkehr von der Minutenpflege und von dem enormen Zeitdruck unter dem die Pflegekräfte derzeit arbeiten? Wird das alles besser werden?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: So sehr ich mich nach elf Jahren in diversen Beiräten freue, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff endlich Form anzunehmen scheint, so sehr habe ich mich in den letzten Monaten auch gefragt, ob nicht die Erwartungen überschießen. Einer der Punkte, auf den sich diese Überlegung bezieht, ist tatsächlich die Minutenpflege. Denn was passiert? Die Minuten als Merkmal bei der Bemessung von Versicherungsleistungen und von Versicherungsansprüchen fallen in dem Verhältnis der Versicherten zur Pflegekasse weg. Wenn wir aber von Minutenpflege sprechen, meinen wir etwas ganz anderes. Wir meinen Akkordpflege und wir meinen gehetzte Pflege. Die ambulante Pflegekraft kommt in eine Wohnung und weiß, ein bestimmtes Modul mit einem bestimmten Entgelt ist gebucht. Hierfür stehen ihr so und so viele Minuten zur Verfügung. Wenn die Verrichtung länger dauert, macht die Pflegekraft ein Defizit. Minutenpflege heißt in der stationären Pflegeeinrichtung, dass nur zwei Personen in einer Schicht arbeiten, die eine bestimmte Zahl von Wohnblöcken zu betreuen haben. Das alles – rechtlich gesehen handelt es sich um Leistungserbringungs- bzw. Vergütungsrecht –, wird vom Pflegebedürftigkeitsbegriff zunächst nicht berührt. Das heißt, von selbst ändert sich an dieser Stelle gar nichts. Insofern sind Äußerungen, dass es die Minutenpflege nicht mehr gibt, zumindest missverständlich. Eine weitere Befürchtung ist, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zu einem neuen Pflegebegriff führt, wonach alles automatisch besser wird, weil wir anders pflegen. Auch davor kann ich nach wie vor nur warnen. Was jetzt in Einrichtungen geschieht, wie nun Pflege organisiert wird, ist eine ganz andere Sache. Das muss sich erst noch entwickeln und muss von den Vertragspartnern in

Rahmenverträgen nach § 75 etc. festgelegt werden. So sehr ich mich freue, dass wir heute einen Meilenstein erledigen, es bleibt auch in Zukunft noch viel zu tun.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an ver.di. Die für 2017 vorgesehene Überprüfung der Leistungsbeträge wird aufgrund der Neufestsetzung der Beträge nicht mehr durchgeführt. Wäre es vor dem Hintergrund der zusätzlich erforderlichen Pflegeleistungen zur Umsetzung des neuen Pflegebegriffs und der Einbeziehung von weiteren ca. 500.000 Menschen in die Pflegeversicherung nicht an der Zeit, eine regelgebundene Dynamisierung der Leistungsbeträge gesetzlich festzuschreiben? Wie sollte eine solche Dynamisierung aussehen?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir haben in der Pflegeversicherung bis zum Jahr 2008 einen schleichenden Realwertverlust von 25 Prozent erlebt. Wir müssen also zunächst die Treppe wieder nach oben steigen und diesen Realwertverlust ausgleichen. In der Zwischenzeit übersteigt der Eigenanteil für die pflegebedingten Kosten, die weiteren Kosten sind noch nicht eingerechnet, die Kosten, die von der Pflegeversicherung finanziert werden. Dieses Problem vergrößert sich natürlich mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, da neue Leistungen generiert werden, ohne dass diese ausreichend finanziert sind. Deshalb meinen wir, dass § 30 SGB XI weiterentwickelt werden muss. Wir dürfen in der nächsten Stufe mit der Überprüfung der Leistungen nicht bis zum Jahr 2020 warten, sondern müssen dafür sorgen, dass die solidarische Komponente automatisch mit anwächst. Es muss ein Automatismus vorhanden sein. Die Anhebung der Leistungsbeträge ist auch erforderlich, da derzeit gerade die unteren Einkommensgruppen über Gebühr belastet werden. Diese können sich auch die neuen Leistungen nicht leisten. Das fängt bereits bei der Pflege zu Hause an. Viele Betroffene können sich die häusliche Pflege nicht mehr leisten und müssen Heimpflege in Anspruch nehmen. Wir drängen deshalb darauf, dass wir längerfristig gesehen stärker in ein vollwertiges Sachleistungssystem wechseln. Ich glaube, das ist gleichzeitig Folge und Anforderung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage geht an Frau Dr. Fix



von der Caritas. Sie weisen auf Überschneidungen oder Abgrenzungsprobleme bei den niedrigschwelligen Entlastungsleistungen und den niedrigschwelligen Betreuungsleistungen hin. Können Sie dies erläutern? Was bedeutet eine separate Zulassung niedrigschwelliger Leistungen für die Pflegebedürftigen?

**Sve Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): In § 45a ist zwar eine Systematisierung gegenüber dem PSG I erfolgt. Nach wie vor ist aber das Problem, dass es große Überschneidungsbereiche zwischen den sogenannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und den niedrigschwelligen Entlastungsangeboten, in der Überschrift des Gesetzes heißen sie anders, nicht gelöst. Die Systematik in Absatz 1 weist wieder die alte Problematik auf. Für die Betroffenen wird nicht klar sein, ob sie ein Betreuungsangebot oder ein Entlastungsangebot in Anspruch nehmen. Ich will das an zwei Beispielen verdeutlichen. Das erste Beispiel ist die Tagesbetreuung. Der Name sagt schon, dass es sich um eine Betreuungsleistung handelt. Gleichzeitig bedeutet die Tagesbetreuung für die pflegenden Angehörigen eine enorme Entlastung. Die Betreuungsleistung könnte somit auch eine Entlastungsleistung für die Angehörigen sein. Das zweite Beispiel ist das Kaffeekränzchen. Ist es eine Tagesstrukturierung, eine Gestaltung des Alltags oder ist es ein Entlastungsangebot im Alltag, weil der Pflegebedürftige nicht mehr eigenständig den Tisch decken kann und Unterstützung in Form eines Alltagsentlastungsangebotes in Anspruch nehmen muss? Im Gesetzentwurf wird eine technokratische Unterscheidung künstlich aufrecht erhalten, die in der Praxis gar nicht notwendig ist. Wir sehen vor allem dahingehend Handlungsbedarf, dass der Gesetzgeber ausdrücklich die Landesregierungen ermächtigen muss, diese Angebote, wenn die Qualität stimmt, einzeln zuzulassen.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Nachfrage an Frau Dr. Fix. Die Serviceangebote für hauswirtschaftliche Dienstleistungen können nach Landesrecht künftig als niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote zugelassen werden. Welche Entwicklung erwarten Sie und wo wird es Probleme geben?

**Sve Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir begrüßen, dass es diese Möglichkeit ge-

ben soll. Es müssen aber bestimmte Rahmenbedingungen erfüllt sein, damit kein grauer Markt entsteht. Es müssen sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse entstehen und die Mindestlohnregelungen gemäß Tarifautonomie- oder Pflegemindestlohngesetz müssen eingehalten werden. Es besteht zudem ein Abgrenzungsproblem zu den hauswirtschaftlichen Leistungen der ambulanten Pflegedienste. Diese bieten ebenfalls niedrigschwellige hauswirtschaftliche Leistungen an. Das Problem liegt darin, dass die Länder Preisobergrenzen werden festsetzen wollen. Das ist bereits bei der Umsetzung des PSG I erkennbar. Die Schwierigkeit besteht darin, dass wenn Preisobergrenzen festgelegt werden, diese auch für die ambulanten Dienste gelten. Das kann aber nicht sein. Hier wäre drauf zu achten, dass in der Gesetzesbegründung klargestellt wird, dass die Landesregierungen keine Preisobergrenzen festlegen sollen.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die AWO. Halten Sie die Staffelung der Rentenansprüche, je nachdem, ob jemand Sach- oder Kombinationsleistungen in Anspruch nimmt oder ob er alleine pflegt, für sachgerecht? Was bedeutet dies für die pflegenden Angehörigen?

**Sve Claudia Pohl** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)): Pflegenden Angehörige zeigen eine große Bereitschaft. Sie nehmen persönliche und berufliche Einschränkungen auf sich und gehen an die Grenzen ihrer psychischen und physischen Belastbarkeit. Die Ergänzung der Arbeitslosenversicherung sehen wir daher als einen Teil der sozialen Sicherung. Es ist insbesondere deshalb ein begrüßenswerter Schritt, weil die Arbeitsförderung einbezogen ist. Bei der Rentenversicherung müssen verschiedene Aspekte betrachtet werden. Positiv ist sicherlich, dass ab 1. Januar 2017 im höchsten Pflegegrad bis zu 100 Prozent der Bezugsgröße, das ist ein Rentenpunkt, erreicht werden können. Problematisch sind für uns allerdings die Abschläge bei Inanspruchnahme von Kombinations- oder Pflegesachleistungen. Der gerade veröffentlichte Pflegereport der DHK Gesundheit zeigt, pflegende Angehörige befinden sich zeitlich, körperlich und psychisch an ihren Grenzen und sind häufig überfordert. Daher ist aus unserer Sicht wichtig, dass Sachleistungen bzw. Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen werden, damit das häusliche Setting gesichert ist. In diesem Zusammenhang



möchten die AWO und die anderen Verbände der Freien Wohlfahrtspflege empfehlen, dass die rentenrechtliche Absicherung der pflegenden Angehörigen weiterentwickelt wird. Es darf nicht nur eine Überführung vom neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff geben, sondern es muss eine Weiterentwicklung stattfinden.

Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Ich möchte in dieser in Minuten getakteten Anhörung Prof. Dr. Rothgang zur Problematik der Vergütung in den Pflegestufen I und II im alten und im neuen System befragen. Sie haben die Studie „Erfassung der Versorgungsaufwendungen im stationären Bereich“ durchgeführt. Können Sie uns bitte ausführen, wie Sie die neuen und zum Teil deutlich abweichenden Leistungshöhen insbesondere in den Pflegegraden 2 und 3 im stationären Bereich mit den heutigen Leistungen in den Pflegestufen I und II vergleichen haben und wie Sie dies bewerten? Da dies teilweise damit zusammenhängt, dass die Pflegekassen entscheiden können, ob eine Heimunterbringung notwendig ist oder nicht, habe ich eine Zusatzfrage an den GKV-Spitzenverband. Auf welcher Grundlage treffen Sie die Entscheidung, ob eine stationäre Versorgung notwendig ist oder nicht?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Das ist wirklich eine komplexe Frage. Ich bin mir nicht sicher, aber ich habe das Gefühl, dass es gerade im stationären Bereich das eine oder andere Missverständnis gibt. Im ambulanten Bereich ist es relativ leicht. Ich vergleiche die neuen und die alten Leistungshöhen und stelle fest, 95 Prozent der Betroffenen stellt sich zum Teil erheblich besser. Im stationären Bereich sehe ich 770 Euro versus 1.064 Euro und erschrecke. Aber so einfach ist das nicht. Denn gleichzeitig verändern sich auch die Pflegesätze. Es muss deshalb aus Sicht des Bewohners beides betrachtet werden. Dann kommt man zum Eigenanteil. Es ist in der Tat eine Innovation in diesem Gesetz, dass die Eigenanteile jetzt wegfallen. Sie sind bisher nach Pflegestufen differenziert, der Eigenanteil ist umso höher, je höher die Pflegestufe ist. Künftig haben wir einen einheitlichen Eigenanteil. Das führt zu einer Umverteilung innerhalb der Heimbewohner. Allerdings bin ich mit den gerade genannten Zahlen nicht glücklich. Ich habe nachgeschaut: Im Moment haben wir für pflegebedingte Leistungen in den Stufen I, II und III Eigenanteile in Höhe

von 400, 600 und 800 Euro. Nach dem neuen System, das heißt nach den Berechnungen, die auch das BMG angestellt hat, liegt der einheitliche Eigenanteil bei 580 Euro. Das ist in Pflegestufe I eine Differenz von weniger als 200 Euro – hier wurden gerade 500 Euro genannt. Das heißt, der Unterschied in Pflegestufe I ist nicht so groß. Es stellt sich die Frage, ob das sachgerecht ist. Ich denke, es spricht Vieles für diesen einheitlichen Eigenanteil, beispielsweise der sozialpolitisch Aspekt. Warum sollte mit zunehmender Pflegebedürftigkeit der Eigenanteil steigen? Die, die am meisten Bedürfnisse haben, müssen derzeit am meisten zuzahlen. Das ist schon ein komisches Prinzip. Das zweite Argument sind die Konflikte mit den Einrichtungen. Bisher ist es so, dass eine höhere Pflegestufe auch einen höheren Eigenanteil bedeuten. Das will kein Angehöriger, aber die Einrichtung. Diesen Konflikt gibt es öfters. Der dritte Grund ist die langfristige finanzielle Stabilität. Bisher gehen Sie in Pflegestufe I in ein Heim, das Sie finanzieren können. Dann kommen Sie in Pflegestufe II und plötzlich reicht das Geld nicht mehr. All dies fällt künftig weg. Insofern habe ich für die einheitlichen Eigenanteile erhebliche Sympathie. Diese bedeuten aber, um es auf den Punkt zu bringen, eine Umverteilung innerhalb der Gruppen, zwischen den höheren und niedrigeren Pflegegraden, der Pflegebedürftigen. Für die Einrichtung wurde das Ganze so umgerechnet, dass es im Moment budgetneutral ist. Sie haben auch nach der Studie gefragt. Wenn man den einheitlichen Eigenanteil und die vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherungen zusammennimmt, ergibt dies den Pflegesatz mit einer aufwandsgerechten Staffelung. Wir haben in der Studie die Aufwandsstaffelung für die Pflegegrade 2, 3, 4 und 5 untersucht. Genau diese Spreizung findet sich auch jetzt wieder, wenn man den einheitlichen Eigenanteil und die Leistungen der Pflegeversicherung addiert und so den Pflegesatz erhält. Dieser folgt genau dieser Staffelung. Insofern spricht vieles dafür, dass das Ganze vernünftig berechnet wurde. Es gibt ein kleines Problem. Durch die Überleitung sind die Pflegegrade relativ hoch ausgefallen. Sie fallen höher aus, als wenn die Personen, die bereits im Heim sind, richtig eingestuft würden. Die Überleitung führt also zu höheren Pflegegraden. Da das Budget, das durch bedarfsgewichtete Bewohnerzahlen geteilt wird, konstant gehalten wird, bedeutet das, dass die Pflegesätze eigentlich etwas zu niedrig sind. Das führt dazu, dass das



Budget etwas sinken würde, da zum Übergangzeitpunkt das Budget konstant gehalten wird und – ceteris paribus – alles andere gleich bleibt. Der Effekt ist allerdings nicht existenzbedrohlich. Wir haben das mit zwei Datensätzen, denen aus unserer Studie und denen aus der MDS-Studie, berechnet. Die Effekte liegen auf das Gesamtbudget bezogen zwischen 2 ½ und 6 Prozent. Das ist etwas, worüber man sprechen müsste. Das Gesetz sieht aber auch vor, dass es Verhandlungslösungen geben soll. Natürlich können bis zum Jahr 2017 die Budgets auch steigen. Für die Verhandlungen würde ich im Hinterkopf behalten, dass bei den Einrichtungen ein kleiner Abwärtstrend zu beobachten sein wird.

**SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband):** Ich will zunächst betonen, dass diese bereits heute existierende Regelung nicht ganz einfach zu handhaben ist. Die formale Antwort auf die Frage nach der Entscheidungsbasis der Pflegekassen lautet, sie entscheiden auf Basis der Empfehlungen aus den Begutachtungen des Medizinischen Dienstes. Das ist aber eine sehr formalistische Antwort. Letztendlich gehen wir immer davon aus, dass die überüber-große Mehrheit der Pflegebedürftigen, das bestätigen alle vorhandenen Informationen, mit einer qualifizierten Betreuung und qualifizierten Pflege in den eigenen vier Wänden, das heißt im privaten Umfeld verbleiben wollen. Insofern halte ich die Debatte über die Frage der Auswirkungen auf die stationären Pflegeeinrichtungen für teilweise nicht vollständig mit den Präferenzen der Mehrzahl der Pflegebedürftigen in Übereinstimmung und vielleicht auch stark von den Interessen der Einrichtungen getrieben. Bei der Frage stationär oder ambulant und der 80-Prozent-Regelung schlagen wir vor, dass der Gesetzgeber darüber nachdenkt, die Regelung ersatzlos zu streichen. Denn ich glaube, das Primäre sollte sein, dass wir den Präferenzen der Pflegebedürftigen und ihres Umfeldes folgen. Im Übrigen mag die vielleicht dahinter stehende Problematik, dass ohne sachlichen Grund stationäre Einrichtungen gewählt werden, eine theoretisch denkbare sein. Aber in der Wirklichkeit, in den praktischen Fragestellungen ist es häufig so, dass die Menschen lieber zu Hause bleiben und nicht in stationäre Einrichtungen wollen. Insofern glaube ich, dass der finanzielle Effekt, der erzielt würde, eigentlich nicht relevant ist. Deshalb schlagen wir vor, dies zu streichen. Die Gesamtregelungen sowie die Art und Weise wie die einzelnen Pflegegrade mit Leistungen hinterlegt sind, Herr

Professor Rothgang hat es ausgeführt, entsprechen den gemessenen Aufwandsrelationen. Sie unterstreichen das Leitmotiv, das in allen Beiräten und das in nahezu alle politischen Gruppierungen immer wieder diskutiert wurde, dass die Pflege zu Hause Vorrang vor der Pflege in stationären Einrichtungen hat. Frau Dr. Fix, das eint uns alle.

**Abg. Erwin Rüdell (CDU/CSU):** Ich habe weitere eine Frage zur Personalbemessung an den GKV-Spitzenverband, an den bpa und an den Deutschen Pflegerat. Wir wollen eine einheitliche Bemessung des Personalbedarfs. Wie wird diese Bemühung gewertet? Sind wir auf dem richtigen Weg? Es wird immer wieder die Frage gestellt, warum es nicht schneller geht, warum das Jahr 2020 das Ziel ist? Haben Sie Ideen, wie man diesen Prozess eventuell beschleunigen könnte?

**SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband):** Es ist ein absolut richtiger Weg, die Frage eines einheitlichen, nachvollziehbaren und transparenten Personalbemessungssystems anzugehen. Wir haben bereits in den Wortbeiträgen gehört, dass in der Vergangenheit das Vorhaben leider und bei diversen Versuchen in unterschiedlichen Regionen gescheitert ist. Das deutet darauf hin, dass wir nicht glücklich sind, dass man hier einen Zeitraum bis 2020 vorsieht. Aber wir halten ihn letztendlich für realistisch und notwendig. Ich glaube, wenn man ein in sich schlüssiges, wissenschaftlich-methodisch sauber entwickeltes System aufbauen und vielleicht in einem vernünftigen, transparenten Verfahren mit den Beteiligten erörtern will, benötigt man diese Zeit. Es nützt nichts, schnell ein System zu entwickeln, das dann deutliche Mängel aufweist und deshalb in der Umsetzung natürlich besonders kritisch und kontrovers diskutiert werden muss. Insofern ist das aus meiner Sicht ein Zeitraum – ich wünschte mir das auch schneller –, der notwendig und durchaus realistisch ist. Wenn man sich dieser Aufgabe stellt, sollte man deutlich sagen, dass die Personalbemessung immer auch inhaltliche, implizite Entscheidungen bedingt, welche Art von Leistungen, welche Art von Qualität und welche Art von pflegerischem Versorgungsniveau sind gewollt. Insofern ist es kein triviales Spiel mit Zahlen und ähnlichem. Wenn der Gesetzgeber einen solchen Auftrag erteilt, vielleicht mit den Befürchtungen, die ich hier herausgehört habe, dann bedeutet das natürlich, dass er sich das Ergebnis anschauen und



wenn es überzeugt, die gesetzgeberischen Konsequenzen zur Einführung ziehen will. Die Erfahrung zeigt, durch ein überzeugendes Konzept wächst auf den zukünftigen Gesetzgeber der Druck, politisch zu reagieren und die gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen, damit das Konzept eingeführt werden kann.

**SV Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir begrüßen die Entwicklung eines Personalbemessungssystems ausdrücklich. Dabei geht es um die Frage, was notwendig und was ausreichend ist. Dies wird derzeit in Deutschland absurd unterschiedlich beantwortet. Wenn Sie auf 100 Pflegebedürftige zwischen 32 und 42 Mitarbeiter haben und beides richtig ist, dann wird es höchste Zeit, dass es eine Personalbemessung gibt. Was man aber dazu sagen muss: Es hilft nicht wirklich, ein solches System zu entwickeln, wenn das dann nicht umgesetzt wird. Wir benötigen auch ein Signal zu den Auswirkungen eines solchen Systems. Wenn es in den Ländern hinterher nur dazu dient, eine höchst heterogene personelle Ausstattung nach Äquivalenzziffern zu verteilen, dann sind wir nicht viel schlauer als vorher. Eine Bemerkung noch: Es steht im Gesetz, dass das System auch für die ambulante Versorgung gelten soll. Das erschließt sich uns aber nicht. Denn in der ambulanten Versorgung haben wir eine Eins-zu-eins-Versorgung. Was bei dieser mit einer Personalbemessung gewonnen werden kann, das glaube ich, müsste man nochmal prüfen. Aber insgesamt ist es für den stationären Bereich richtig, ordentlich zu klären, was notwendig und was angemessen ist. Daran sind wir sehr interessiert und werden es auch voranbringen.

**SV Rolf Höfert** (Deutscher Pflegerat (DPR)): Die Heimpersonalverordnung von 1993 ist der wunde Punkt. Das ist bisher der Maßstab allen Diskutierens. Wenn wir bedenken, welche Struktur wir 1993 in den Pflegeheimen hatten, 30 Prozent Höchstpflegebedürftige und 70 Prozent Bewohner im klassischen Stil, dann reden wir heute, ich denke, viele Beteiligte werden dem zustimmen, von einer anderen Situation. Seit 1993 haben wir als Messlatte eine Fachkraftquote von 50 Prozent. In den Bundesländern war das bislang bei den Betreuungs- und Wohngesetzen der Status. Der Deutsche Pflegerat begrüßt sehr, dass dies auf die Agenda gesetzt wird und schließt sich sowohl den Äußerungen des GKV-Spitzenverbands als auch denen des

bpa an. Wir müssen aber diskutieren, wer das System entwickeln soll. Dahingehend hat sich auch der DBfK geäußert. Wir gehen davon aus, dass wir im Qualitätsausschuss beteiligt werden. Dieser sollte ein Gremium sei, das entsprechende Kriterien als Empfehlung an alle Player im System vorlegt. Dazu gehört natürlich, das wurde von Betreuungskräften und professionellen Pflegekräften geäußert, dass wir perspektivisch über einen qualifizierten Personalmix nachdenken. Diesen erachten wir als wichtig. Herrn Mauel schließe ich mich an. Im Grunde genommen gibt es im SGB V-Bereich in der ambulanten Pflege nur eine Eins-zu-eins-Versorgung. Aber dennoch wären hier Leitlinien oder Eckpunkte sicherlich auch diskussionswürdig.

**Abg. Dr. Katja Leikert** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den MDS und die BAG SELBSTHILFE. Ich möchte die Aufmerksamkeit auf die Kinder lenken. Für die Einstufung pflegebedürftiger Kinder sieht das PSG II besondere Regelungen vor. Ich möchte Sie fragen, ob Sie diese für sachgerecht und praktikabel halten.

**SV Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Wir halten die vorgesehenen Regelungen für sachgerecht. Die Besonderheit bei der Einstufung der Kinder ist, dass wir das pflegebedürftige Kind mit einem gesunden Kind im gleichen Alter vergleichen und den Unterschied feststellen müssen. Das wird im Begutachtungsassessment des PSG II berücksichtigt. Die Praktikabilitätsstudie, die wir durchgeführt haben, belegt, dass das neue Begutachtungsassessment auch für die Begutachtung von Kindern geeignet ist. Insbesondere deren Unterstützungsbedarfe in den Modulen 2, 3 und 5, hier geht es um Behandlungspflegeunterstützung oder um Verhaltensweisen, werden zukünftig berücksichtigt. Neu ist, dass der Gutachter die Selbständigkeit oder die Einschränkung der Selbständigkeit feststellt und dies in der Begutachtung festhält. Im Begutachtungssystem wird dann automatisch der altersspezifische Unselbständigkeitsanteil abgezogen. Der Gutachter muss nicht für jeden Einzelfall den Vergleich erstellen. Ganz besonders bedeutsam ist, dass es eine Sonderregelung für die Säuglinge und die Kinder unter 18 Monaten gibt. Für diese Altersgruppe kann man sagen, dass die Kinder in großem Maße unselbständig sind und deshalb bestimmte Hilfebedarfe gar nicht haben können. Diesem wird entsprochen, indem eine



günstigere Einstufung vorgenommen wird. Dass ein Säugling sich nicht selbständig anziehen kann, ist uns allen klar. Deshalb muss man in der Begutachtung dieses Kriterium, das für einen älteren Menschen wichtig ist, nicht berücksichtigen. Das wird durch die entsprechende Einschätzung dargelegt. Aus unserer Sicht ist dies sachgerecht. Insbesondere für die Gruppe der Kinder unter 18 Monate ist bedeutsam, dass wir in den ersten 18 Monaten nur eine Begutachtung durchführen. Dann wird die Entscheidung getroffen. Derzeit müssen wir häufig mehrfach eine Begutachtung durchführen. Dass das für die Kinder und für die Angehörigen gut ist, wegen wir alle zu bezweifeln. Das heißt, aus unserer Sicht ist die Vorschrift sachgerecht ausgestaltet und praktikabel.

**Sve Dr. Siiri Ann Doka** (BAG SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderungen und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir können uns den Ausführungen weitgehend anschließen. Auch wir begrüßen es außerordentlich, dass und wie die Materie geregelt wurde. Wir hatten bei dem Änderungsantrag zum Präventionsgesetz die Besorgnis, dass dieser Bereich nicht geregelt wird und die Begutachtungsrichtlinien ohne eine entsprechende Regelung erstellt werden. Wir sind deswegen ausgesprochen froh, dass nun zeitnah eine sehr gute Regelung gefunden wurde.

**Abg. Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage zur für das Jahr 2018 vorgesehenen Leistungsdynamisierung richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Ist es aus verwaltungsökonomischer Sicht vielleicht doch sinnvoll, den finanzpolitischen Spielraum bereits im Jahr 2017 in die Festlegung des Leistungsumfanges einfließen zu lassen?

**Sve Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Grundsätzlich ist es natürlich wünschenswert, dass bei den Versicherten mehr Leistungen ankommen. Allerdings stehen wir jetzt vor einer Umstellungssituation, in der Leistungen aus einem alten System in ein neues System überführt werden sollen. Aus meiner Sicht hat man großzügige Überleitungsregelungen gewählt, die dafür sorgen werden, dass sich keiner schlechter stellen wird. Insofern sehe ich nicht die Notwendigkeit, im gleichen Zuge eine vorgezogene Anpassung durchzuführen. Wenn sie dann dran ist, sollte sie auch erfolgen.

**Abg. Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe im Nachgang zum Vortrag von Herrn Professor Rothgang eine weitere Frage zum einrichtungsindividuellen einheitlichen Eigenanteil der Pflegebedürftigen. Ich frage den Deutschen Beamtenbund, den bpa und den VdK, ob sie diese Regelung für sinnvoll halten.

**SV Klaus Dauderstädt** (dbb beamtenbund und tarifunion): Wir halten diese Regelung für plausibel. Die Loslösung vom Pflegegrad verschafft dem Patienten und dessen Familie eine verlässliche Kostenplanung. Früher war das Risiko enorm, dass bei höherer Pflegebedürftigkeit zwar eine höhere Leistung durch die Pflegekasse gewährt wurde, aber der Kostenanteil im Pflegeheim relativ dazu deutlich anstieg. Die Erleichterung über die bessere Einstufung wich ganz schnell dem Entsetzen über die höheren Kosten. Außerdem wird durch diese neue Regelung eine bessere Planbarkeit und Vergleichbarkeit zwischen den Heimen möglich.

**SV Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir halten einen gleichen Zuzahlungsbetrag für längst überfällig. Es gibt heute in den Einrichtungen massive Diskussionen darüber. Sie sind zwar aus der jeweiligen Sichtweise verständlich, führen aber letztlich dazu, dass wir die für die Versorgung notwendige personelle Ausstattung nicht finanziert bekommen. Das liegt daran, dass Pflegebedürftige aus verständlichen Gründen versuchen, die Begutachtung so lange wie möglich zu verzögern, um in dieser Zeit den höheren Zuzahlungsbetrag nicht leisten zu müssen. Die personelle Ausstattung ist für uns das A und O. Auch bei den Pflegegraden wird sie daran gekoppelt sein. Es besorgt uns sehr, wenn Herr Professor Rothgang von 6 Prozent Unterschied spricht. Im Gesamtbudget sind das 10 Prozent beim Personal. Das ist alles andere als wenig. Es sind ganz große Aufgaben, die auf uns zukommen. Dass wir durch den gleichen Zuzahlungsbetrag die Diskussion um die leistungsgerechte Einstufung beenden können, ist eine wunderbare Regelung.

**SV Olaf Christen** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Ich kann mich den Ausführungen anschließen. Auch nach unserer Einschätzung ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil oder der einheitliche Eigenanteil richtig. Er wird den Angehörigen finanzielle Planungssicherheit geben, was gut ist. Dadurch wird die Vergleichbarkeit vereinfacht, was



für die Pflegebedürftigen, die ein Pflegeheim suchen, wichtig ist. Wir geben allerdings zu bedenken, das wurde bereits angesprochen, inwieweit dies auch eine Steuerung ist, die dazu führt, dass zukünftig mehr schwerstpflegebedürftige Menschen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen sein werden. Das sollte man zumindest beobachten. Die Eigenanteile werden natürlich weiter steigen. Auch das muss man im Kopf behalten. Wir haben bereits heute sehr hohe Eigenanteile, was sich durch einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil sicherlich nicht verändern wird.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die BAG SELBSTHILFE und die Caritas zur Pflegeberatung. Wie bewerten Sie es, dass die pflegenden Angehörigen erstmals einen eigenständigen Anspruch auf Pflegeberatung erhalten, wenn die Pflegebedürftigen zustimmen?

SVe **Dr. Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir begrüßen es außerordentlich, dass künftig auch die Angehörigen eine Beratung in Anspruch nehmen können. Das ist gerade für Menschen mit demenziellen Erkrankungen eine wichtige Hilfestellung.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich schließe voll umfänglich Frau Dr. Doka an.

Abg. **Erich Irlstorfer** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen. Wie beurteilen Sie die Einrichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses, die auch die Aufgabe der wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle übernimmt?

SVe **Dr. Claudia Kaiser** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO)): Es klang heute schon an einigen Stellen an, dass die § 118-Verbände sich bereits seit einiger Zeit für mehr Strukturen in diesem Bereich stark machen. Insofern begrüßen wir es sehr, dass es eine Geschäftsstelle und eine Geschäftsordnung geben soll. Dadurch wird dieser Bereich gestärkt. Wir hätten uns allerdings gewünscht, dass das zweistufig angelegte Verfahren nur in einem einstufigen ge-

führt und gleich zu Beginn der erweiterte Qualitätsausschuss eingesetzt wird.

Abg. **Heiko Schmelzle** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband und die Caritas. Glauben Sie, dass der Begriff „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ für die Bürgerinnen und Bürger besser verständlich ist, als der bisherige Begriff „niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote“?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ich kann die Antwort recht kurz halten. Ich denke, es ist ziemlich eindeutig. Man muss keine langen Kontroversen darüber führen, ob der neue Begriff alltags-sprachlich verständlicher ist als der bisherige, etwas sperrige, bürokratisch getränkte Begriff. Insofern ist der neue Begriff sinnvoll.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich sehe das wie Herr Kiefer. Ich möchte aber noch einmal, wie in meinen Ausführungen zur Frage der Grünen, darauf hinweisen, dass allein eine neue Überschrift noch nicht viel daran ändert, dass im Gesetzestext weiterhin in drei Typen von Angeboten differenziert wird. Dies bitten wir dringend zu überdenken.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Diakonie und an den GKV-Spitzenverband. Eine Zusatzfrage geht an Herrn Prof. Dr. Rothgang. Bisher gilt in der Pflegeversicherung das Prinzip der leistungsgerechten Vergütung. Die Pflegevergütungen unterscheiden sich nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit und bildeten damit den Pflegeaufwand ab. Entsprechend sind zu den verschiedenen Pflegevergütungen unterschiedliche Personalschlüssel hinterlegt. Mit der Einführung der einrichtungsindividuellen einheitlichen Eigenanteile rückt der Gesetzentwurf teilweise vom Prinzip der leistungsgerechten Vergütung ab. Ich frage daher die Diakonie und den GKV-Spitzenverband: Welche Auswirkungen erwarten Sie dadurch? Die Zusatzfrage an Sie, Herr Prof. Dr. Rothgang, knüpft an Ihre vorherigen Ausführungen, dass sich diese Veränderungen auch in den Rahmenvertragsverhandlungen abbilden müssten, an. Ist dies nicht eine Rückkehr zum Einheitspflegesatz, wie wir ihn vor Einführung der Pflegeversicherung hatten? Damals haben auch alle Pflegebedürftigen den gleichen Betrag gezahlt und zukünftig sollen sie auch



den gleichen Betrag zahlen. Benötigen wir weiterhin diese aufwendigen Vergütungsstrukturen – diese werden durch den Gesetzentwurf nicht verändert – oder müsste das Vergütungssystem bzw. müssten die gesetzlichen Regelungen hierfür nicht grundlegend überarbeitet werden?

Sve **Erika Stempfle** (Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.): Gemäß § 84 Absatz 2 muss die Vergütung der stationären Pflegeleistung leistungsgerecht sein. Das kann man sich sowohl aus der Sicht des pflegebedürftigen Menschen als auch aus der Sicht der Pflegeeinrichtung anschauen. Aus der Perspektive des pflegebedürftigen Menschen haben durch die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile die Bewohner mit hohen Pflegegraden geringere Kosten und die Bewohner mit niedrigen Pflegegraden höhere Kosten. Dies widerspricht nach unserer Auffassung dem Kostenverursachungsprinzip und stellt eine Ungleichbehandlung vom Pflegebedürftigen insbesondere im Pflegegrad 2 dar, weil mit 770 Euro begonnen wird. Dieser Betrag ist nicht über die EViS-Studie [Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen] legitimiert, sondern eine politische Festlegung. Es gibt nicht wirklich einen sachlichen Grund, warum Pflegebedürftige im Pflegegrad 2 die Kosten für den Mitbewohner im höheren Pflegegrad tragen sollen. Wir denken, die Pflegeversicherung ist bereits eine solidarische Versicherung und deshalb ist kein weiterer einrichtungsinterner Finanzausgleich erforderlich. Auf Grund des Teilsicherungscharakters der Pflegeversicherung ist es aus unserer Sicht nicht gerechtfertigt, Selbstzahler in einem größeren Umfang mit Kosten für die Pflege und Betreuung anderer Pflegebedürftiger zu belasten. Der einrichtungsindividuelle Eigenanteil in Kombination mit den abgesenkten Leistungsbeiträgen führt zu unverhältnismäßigen Mehrbelastungen, die aus der Perspektive des Versicherten den Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit verletzen. Hinzu kommt die Perspektive der Pflegeeinrichtung. Hier heißt leistungsgerecht, dass die Pflegesätze in einer vollstationären Pflegeeinrichtung bei einer wirtschaftlichen Betriebsführung es ermöglichen müssen, den Personal- und Sachaufwand zu finanzieren und den Versorgungsaufwand zu erfüllen. Wir haben gegenwärtig ein gestaffeltes System der Pflegesätze, die pflegestufenbezogen sind. Es gibt unterschiedliche Leistungen der Pflegeversicherung und unterschiedliche Eigenanteile. Diese

stehen in einem aufwandsbezogenen Verhältnis zueinander. Dadurch wird das betriebswirtschaftliche Kostenverursachungsprinzip gewahrt. Durch den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil kommt es zu Verschiebungen. Diese Verschiebungen können sehr schnell dazu führen, dass in den Pflegeeinrichtungen Deckungslücken entstehen. Dies ist dann der Fall, wenn Pflegebedürftige mit einem niedrigen Pflegegrad ausscheiden und Pflegebedürftige mit einem hohen Pflegegrad nachkommen. Pflegebedürftige mit hohen Pflegegraden haben einen höheren Personalaufwand und höhere Aufwendungen insgesamt. Hier kommt es zu einer unterjährigen Unterdeckungen, insbesondere zu einer Personalkostenunterdeckung. Unserer Ansicht nach kann man dem Problem der steigenden Eigenanteile nicht dadurch begegnen, dass man einrichtungseinheitliche Eigenanteile festlegt. Es müssten vielmehr die Leistungen der Pflegeversicherung insgesamt erhöht werden. Das Grundniveau und die Spreizungen zwischen den Pflegegraden müssten anders sein. Hinzu kommt – Herr Prof. Rothgang hat es bereits gesagt –, dass es bei der Überleitung eine budgetneutrale Phase geben soll. Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 machen aber einen doppelten Stufensprung. Dieser doppelte Stufensprung führt zu höheren Leistungserwartungen. Folglich werden die Pflegebedürftigen, die nur einen einfachen Stufensprung machen, weniger Leistungen erhalten, wenn das Personal bei der budgetneutralen Überleitung konstant bleibt. Es muss deshalb nach unserer Auffassung eine andere Überleitungsformel in § 92e gefunden werden, um den doppelten Stufensprung abzufedern.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ich habe ehrlich gesagt ein Probleme, aus Sicht der Einrichtung eine Verletzung der leistungsgerechten Vergütung zu erkennen. Wenn ich den Gesetzentwurf richtig verstehe, müssen wir bei den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen der Bewohnerinnen und Bewohner davon ausgehen, dass es die Entscheidung des Gesetzgebers oder der Wille des Deutschen Bundestages wäre, zu sagen: „Wir führen auf dieser Ebene so etwas wie einen Solidarausgleich unter den Bewohnerinnen und Bewohnern mit verschiedenen Pflegegraden ein.“. Dies kann man unter sowohl gesellschaftspolitischen als auch unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten diskutieren. Ich finde – das ist auch in der Anhörung deutlich geworden –, dass es unter dem Gesichtspunkt der guten Pflege und aufgrund bestimmter



Probleme, die wir heute in den Pflegeeinrichtungen haben, viele Gründe gibt, einen einrichtungseinheitlichen Zuzahlungsbetrag festzulegen. Ich erinnere nur an das aufgrund finanzieller Erwägungen zu lange Verbleiben in bestimmten Pflegestufen. Bezogen auf die Einrichtung bedeutet dies aus meiner Sicht, die Problematik, dass weniger Geld für eine adäquate Versorgung von Pflegebedürftigen zur Verfügung steht als vorher, gibt es nicht. Wie die Mittel aufgebracht werden, ist etwas anderes. Es steht insgesamt das gleiche Geld zur Verfügung, es kommt im Vergleich zur heutigen Situation aber aus verschiedenen Quellen. Das ist der Kernpunkt, den man diskutieren muss. Insofern verstehe ich nicht, dass Einrichtungen teilweise die Befürchtung haben, dass aufgrund einer geringeren finanziellen Ausstattung weniger Mittel für qualifizierte Pflege zur Verfügung stehen werden. Natürlich ist klar: Wenn sich die Struktur der Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen verändert, wenn beispielsweise mehr Menschen mit niedrigeren Pflegegraden in ambulanter pflegerischer Betreuung sind, dann ändert sich in den Einrichtungen der Mix bei den Bewohnerinnen und Bewohnern. Dann wird in den Pflegesatzvereinbarungen ein entsprechend höherer einheitlicher Eigenanteil zu berechnen sein. Ich halte das System für gut begründet und denke, es gibt keine nennenswerten Aspekte, die dagegen sprechen. Den Aspekt, den Prof. Dr. Rothgang für die Übergangssituation beschrieben hat, kennen wir. Das Gesetz sieht für die Überleitung Verhandlungen vor. Der Aspekt wird dann thematisiert werden müssen.

**ESV Prof. Dr. Heinz Rothgang:** Ich habe das Gefühl, es liegt ein Missverständnis vor, wenn wir von einem einheitlichen Pflegesatz sprechen. Die Pflegesätze sind alles andere als einheitlich. Es gibt den einheitlichen Eigenanteil. Dazu kommen die Pflegeversicherungsleistungen. Beides zusammen ist der Pflegesatz. Wenn wir von Durchschnittsniveaus ausgehen haben wir zum Beispiel in Pflegegrad 2 eine Pflegeversicherungsleistung von 770 Euro plus einem einheitlichen Eigenanteil von 580 Euro. Das macht insgesamt einen Pflegesatz von 1350 Euro. In Pflegegrad 5 haben wir 2.005 Euro plus wieder 580 Euro einheitlicher Eigenanteil, so dass der Pflegesatz 2.585 Euro beträgt. Das spreizt Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 5 um den Faktor 1,9. Das ist kein einheitlicher Pflegesatz, das ist leistungsgerecht. Diese Spreizungen sind auf der Grundlage der Aufwände, die in der EViS-Studie erhoben wurden, berechnet.

Das heißt, die Spreizung ist leistungsgerecht. Ich würde immer auch unterscheiden zwischen der Struktur und dem Niveau. Über das Niveau können wir sprechen. Herr Kiefer hat sich gerade zur leistungsgerechten Struktur geäußert. Leistungsgerechtigkeit ist für mich immer noch ein Begriff aus dem Vergütungsrecht. Warum soll das für den einzelnen Pflegebedürftigen nicht gerecht sein? Der Pflegebedürftige erhält höhere Pflegeversicherungsleistungen und die Pflegesätze sind höher. Das Ganze ist jetzt so justiert, dass der Eigenanteil in allen Pflegegraden gleich ist. Es ist eine normative Frage: Wollen wir das oder wollen wir das nicht? Wir haben gerade über die Vorteile und insbesondere über die Konflikte in den Einrichtungen, die nun wegfallen, gesprochen. Die Heimbewohner haben eine langfristige Finanzierungssicherheit. Das alles sind Faktoren, die sehr für den einheitlichen Eigenanteil sprechen. Aber natürlich ist das eine normative Setzung, die der Deutsche Bundestag vornehmen muss. Ich hoffe, er macht das auch.

**Abg. Heike Baehrens (SPD):** Meine eigentliche Frage an Herrn Professor Rothgang war ja, ob das Vergütungssystem angepasst werden müsste. Wir haben heute ein ganz aufwendiges Vergütungssystem, das ein Verhältnis zwischen dem in der Leistungsvereinbarung vereinbarten Personalschlüssel und der direkten Vergütung, die der Pflegebedürftige zu zahlen hat, herstellt. Könnten wir uns diesen Aufwand nicht sparen?

**ESV Prof. Dr. Heinz Rothgang:** Auch in Zukunft wird man verhandeln müssen. Vielleicht wird durch die neuen Regelungen vieles einfacher werden, weil bestimmte Verwerfungen durch die unterschiedlichen Eigenanteile wegfallen. Aber auch in Zukunft wird man darüber reden müssen, wie viel Personal insgesamt benötigt wird. Deshalb wird das Thema Personalbemessungsverfahren diskutiert. Verhandlungen wird es auch in Zukunft geben müssen. Ganz so einfach wird es nicht gehen.

**Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD):** Meine Frage richtet sich an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft und beschäftigt sich mit der finanziellen Förderung der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -konzepten nach § 45 SGB XI. Dieser Paragraph nimmt besonders die demenziell Erkrankten und weitere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in ganz besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, zum Beispiel die



Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund, in den Blick. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

SVe **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DAIzG) Selbsthilfe Demenz): Ich finde richtig, dass in § 45c SGB XI weiterhin spezielle Gruppen mit speziellen Bedarfen in den Fokus genommen werden. Deshalb ist aus meiner Sicht nichts dagegen zu einzuwenden, dass man sich die demografische Entwicklung aber auch andere Effekte anschaut. § 45c bietet die Möglichkeit, Konzepte einzureichen, die eventuell wegweisend sein können. So könnten zum Beispiel künftig demenziell erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund in strukturellen Modellprojekten in den Fokus genommen werden. Wir haben vorgeschlagen, zum Beispiel auch Demenz-Netzwerke über diesen Paragraphen zu finanzieren. Oft werden sinnvolle Modellprogramme entwickelt, die nach dem Auslaufen der Förderung wieder eingestellt werden. Es sind beispielsweise über viele Jahre Demenz-Netzwerke entstanden. Es gab bereits Ende der 1990er Jahre verschiedene Programme, u. a. zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger. Diese sind immer wieder eingeschlafen, weil die Koordinierung fehlte. Deshalb wäre § 45c SGB XI ein gutes Instrument, um solche Strukturen weiter zu fördern. Dies muss aber immer unter Einbeziehung der Selbsthilfe und der Zivilgesellschaft erfolgen. Es kann bei dieser Regelung nicht darum gehen, professionelle Strukturen zu unterstützen. Nach unserer Auffassung muss der Fokus auf die Förderung ehrenamtlicher Strukturen gelegt werden.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Die Pflegekassen erstatten den Krankenkassen eine Verwaltungskostenpauschale. Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung wird diese in Höhe von 3,5 Prozent des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen berechnet. Zum 1. Januar 2018 soll dieser Faktor um 0,3 Prozent auf künftig 3,2 Prozent gesenkt werden. Wie bewerten Sie diese Absenkung?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Wir haben an verschiedenen Stellen im Gesetzentwurf, aber auch in den Gesetzen, die in den vergangenen Jahren zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen verabschiedet wurden, eine Vielzahl von unterschiedlichen Aufgaben übertragen bekommen. Ich muss Ihnen relativ deutlich sagen, dass ich in

der Gesetzesbegründung kein nachvollziehbares Argument gefunden habe, warum die Verwaltungskostenerstattung reduziert wird. Wir wären durchaus offen, wenn wir erkennen könnten, welche inhaltlichen Gründe oder welche Einsparungseffekte vorliegen, die eine solche Veränderung des Erstattungsbetrages rechtfertigen. Deshalb bin ich etwas irritiert und frage mich, ob auf Seiten der Bundesregierung die Idee besteht, mit diesen 0,3 Prozent einen kleinen Verschiebehahnhof zu organisieren. Eigentlich sind Sie regelhaft gegen solche Maßnahmen. Wir wären jedenfalls sehr an der Begründung interessiert. Ich sehe sie in der Sache nicht. Ich sehe eher einen zusätzlichen Aufwand. Insofern kann ich die Maßnahme nicht nachvollziehen.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Ich möchte an den GKV-Spitzenverband und an den VdK eine Frage richten. Erwarten Sie, dass die Verpflichtung auf ein bundeseinheitliches strukturiertes Verfahren zur Erkennung der rehabilitativen Bedarfe bei der Begutachtung die Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen für ältere und pflegebedürftige Menschen wesentlich erhöhen wird?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ja, ich glaube das ist überfällig und notwendig. Wir haben untersucht, wie durch eine verbesserte systematische Thematisierung der Reha-Perspektive im Begutachtungsverfahren auch die Reha-Empfehlungen erhöht werden können. Ein verändertes Verfahren wirkt sich bereits heute auf sehr niedrigem Niveau aus. Ich glaube, wenn das Verfahren in der Praxis greift, werden wir diesen Effekt haben. Ich habe eine letzte Bemerkung. Es ist wichtig, Rehabilitationsbedarfe und Rehabilitationsfähigkeiten bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit zu erkennen. Ich will nur noch darauf hinweisen, dass manche Zahlen, beispielsweise dass 10 Prozent aller Begutachtungsfälle zu entsprechenden Empfehlungen führen müssten, keinerlei Beleg aus wissenschaftlicher Evidenz haben.

SV **Olaf Christen** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Wir hoffen das natürlich. Bisher haben wir eine Regelung, die mehr oder minder ins Leere läuft. Von daher denken wir, dass die neue Regelung eigentlich nur besser sein kann als die alte. Letztlich müssen wir bedenken, dass wir insgesamt Strukturen benötigen, die sicherstellen, dass der erkannte Bedarf auch tatsächlich zu einer Rehabilitationsmaßnahme führt. Das ist das Entscheidende.



Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, meine sehr verehrten Damen und Herren. Damit ist die Anhörung beendet. Ich darf mich bedanken, dass Sie so lange durchgehalten und die einzelnen Fragen so konzentriert und diszipliniert mit uns besprochen haben. Kommen Sie gut nach Hause.

**Schluss der Sitzung: 17.43 Uhr**

Dr. Edgar Franke, MdB  
**Vorsitzender**