

Deutscher Landkreistag • Lennéstraße 11 • 10785 Berlin  
Deutscher Städtetag • Hausvogteiplatz 1 • 10117 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Herrn Vorsitzenden  
Dr. Edgar Franke, MdB  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0131(20)  
gel VB zur öAnhörung am 30.09.  
15\_PSGII  
29.09.2015

Bearbeitet von:

Dr. Irene Vorholz/DLT  
irene.vorholz@landkreistag.de  
Tel.: 030 / 590097-341  
Fax: 030 / 590097-440

Dr. Uda Bastians/DST  
uda.bastians@staedtetag.de  
Tel.: 030 / 37711-420  
Fax: 030 / 37711-409

Per E-Mail: michael.thiedemann@bundestag.de

Az.: IV-431-01/1.3, 50.52.01 D

Datum: 28.9.2015

## Öffentliche Anhörung am 30.9.2015 zu den Vorlagen

- **Gesetzentwurf der Bundesregierung**  
**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), BT-Drs. 18/5926**
- **Antrag der Fraktion DIE LINKE.**  
**Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege – Solidarische Pflegeversicherung einführen, BT-Drs. 18/5110**
- **Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**  
**Gute Pflege braucht sichere und zukunftsfeste Rahmenbedingungen, BT-Drs. 18/6066**

Sehr geehrter Herr Dr. Franke,

für die Einladung zur o. g. Anhörung sagen wir besten Dank. Wir nehmen im Folgenden aus Sicht der Landkreise und kreisfreien Städte vorrangig als örtliche Träger der Sozialhilfe, aber auch als Träger kommunaler Einrichtungen und als Heimaufsichtsbehörden Stellung.

### Zusammenfassung:

- **Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist für sich genommen zu begrüßen. Zurückzuweisen ist, dass die Regelungen in der Pflegeversicherung ohne Abstimmung mit der Sozialhilfe eingeführt werden sollen. Wenn Regelungen nur für die Pflegeversicherung getroffen werden, werden leistungsrechtliche Fakten geschaffen, ohne dass die Schnittstellenprobleme zur Sozialhilfe, insbesondere der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, gelöst werden. Streitigkeiten zwischen den Leistungsträgern zulasten der behinderten Menschen müssen aber unbedingt vermieden werden.**
- **Die Leistungsbeschränkungen für pflegebedürftige Menschen, die in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben (§§ 43a i.V.m. 13 Abs. 3 SGB XI), sollen nach dem Entwurf fortgeschrieben werden. Dies widerspricht nicht nur der UN-Behindertenrechtskonvention, sondern auch Art. 3 Abs. 3 GG. Es ist seit vielen**

**Jahren eine kommunale Forderung, pflegebedürftigen behinderten Menschen, die als Versicherte die vollen Beiträge entrichten, auch die vollen Leistungen der Pflegeversicherung zukommen zu lassen.**

- **Die Ausgestaltung des neuen „Qualitätsausschusses“ und des die Schiedsstelle ersetzenden „Erweiterten Qualitätsausschusses“ geht an den Belangen der Praxis vorbei. Es ist abzulehnen, dass die Sozialhilfeträger als einzige Beteiligte, die ein finanzielles Risiko tragen, überstimmt werden können und die Vertragspartner durch einen vom BMG ernannten Vorsitzenden „fremdbestimmt“ werden sollen.**
- **Die die Kommunen (Landkreise und kreisfreie Städte) betreffenden Verabredungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege werden in dem Entwurf nicht umgesetzt, die Regelungen zur Beratung durch die Pflegekassen, die in inhaltlichem Zusammenhang stehen, dagegen schon. Es sollte eine Abstimmung und gleichzeitige Umsetzung erfolgen.**
- **Schließlich sind die finanziellen Folgen für die Sozialhilfe, die der Gesetzentwurf ausweist, nicht nachvollziehbar. Dies gilt sowohl für die Einsparungen, die der Entwurf darstellt, als auch die nicht dargestellten Mehrbelastungen, die insbesondere auf die Hilfe zur Pflege zukommen können.**

#### **Zu den einzelnen Vorschriften:**

Vorab sei bemerkt, dass sich Änderungen des SGB XI sowohl in Artikel 1 als auch in Artikel 2 des Gesetzes finden. Dies erschwert die Nachvollziehbarkeit der Änderungen. Im Folgenden orientieren wir uns an der Reihenfolge der Paragraphen des SGB XI.

#### §§ 7, 7a bis d SGB XI-E, Beratung, Pflegeberatung, Pflegestützpunkte, Modellkommunen Pflege

Der Entwurf bündelt die Vorschriften zur Beratung der Pflegebedürftigen und verändert sie umfangreich. Dabei werden kleinere Überlegungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen im Bereich der Pflegekassen aufgegriffen. Die grundlegenden Verabredungen aber, nämlich wie die kommunale Verantwortung gestärkt werden kann bzw. soll, sind nicht enthalten.

Um den Eindruck zu vermeiden, dass die im Koalitionsvertrag verabredete Stärkung der Kommunen in diesem Bereich nicht wirklich gewollt ist, sollten die Verabredungen vollständig umgesetzt werden. Dies betrifft vorliegend insbesondere die sog. Modellkommunen Pflege, die Beratungsaufgaben der Pflegekassen übernehmen und mit kommunalen Beratungsaufgaben zusammenführen, sowie das kommunale Initiativrecht für die Gründung von Pflegestützpunkten.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 25.9.2015 (BR-Drs. 354/15 (Beschluss)) hierzu konkrete Ergänzungen formuliert. Erwähnt sei insbesondere der Vorschlag zu § 7d SGB XI, der die Verabredungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu sog. Modellkommunen Pflege umsetzt. In den "Modellkommunen Pflege" werden die Beratungsaufgaben der Pflegekassen und die kommunalen Aufgaben miteinander vernetzt. Damit können insbesondere ambulante Pflegesettings positiv beeinflusst werden. Denn in einem sozialräumlichen und ganzheitlichen Beratungsansatz liegt der Schlüssel zu einer umfassenden, den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen vor Ort entsprechenden Beratung. Gleichzeitig bewirkt eine solche Beratung die Inanspruchnahme präferierter Leistungen. Sie stellt damit einen guten Steuerungsansatz zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen dar, ohne in das eigentliche Marktgeschehen einzugreifen.

In § 7 Abs. 3 SGB XI-E ist vorgesehen, dass die Pflegekassen auf Anforderung dem Pflege-

bedürftigen Leistungs- und Preisvergleichstabellen zu zwei Leistungsarten (Pflegeeinrichtungen und niedrigschwellige Angebote) übermitteln sollen. Im Sinne der Vollständigkeit fehlen hier alle weiteren Hilfen wie z. B. Nachbarschaftshilfen, Tagesgruppen etc. Die niedrigschwelligen Angebote erfahren aktuell eine große Ausweitung und Differenzierung in den Zielgruppen mit Angeboten z. B. speziell für psychisch Kranke oder familienentlastenden Angeboten. Eine Weitergabe dieser breit angelegten Listen würde nach unserer Erfahrung allerdings ältere Menschen verunsichern. In der kommunalen Beratungspraxis erleben wir, dass hilfebedürftige Menschen und ihre Angehörigen mit einer umfangreichen Liste bzw. mit mehreren Listen oftmals überfordert sind. Das vorgesehene Aushändigen von Listen zu zwei Leistungsarten ist daher nicht zielführend. Sinnvoll ist es sicherlich, Listen aller Leistungsangebote zu erstellen, jedoch sollte in der Beratung nur auf die sinnvollen Angebote eingegangen bzw. diese zur Verfügung gestellt werden.

Abzulehnen ist, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Tätigkeit der Pflegekassen selbst evaluieren soll (§ 7a Abs. 9 SGB XI-E). Dies muss einer unabhängigen Instanz übertragen werden. Das BMG sollte verpflichtet werden, den Bericht auf der Grundlage einer unabhängigen wissenschaftlichen Evaluierung vorzulegen. Insbesondere müssen Vorfestlegungen für die im Rahmen der Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege vorgesehenen „Modellkommunen Pflege“ vermieden werden. Die dort gleichfalls verabredete Evaluierung kann nicht durch die Pflegekassen erfolgen, sondern nur durch eine unabhängige Institution.

#### § 14 SGB XI-E, Begriff der Pflegebedürftigkeit

Die Einführung einer neuen Definition von Pflegebedürftigkeit ist zu begrüßen. Es entspricht einer langjährigen kommunalen Forderung, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die durch eine demenzielle Erkrankung oder eine geistige Behinderung ausgelöst werden, einzubeziehen. Auch bei diesen Menschen bestehen Pflegebedarfe, die gedeckt werden müssen.

Zu prüfen wäre, ob die verwendeten Begrifflichkeiten mit der UN-Behindertenrechtskonvention in Einklang stehen. Das dortige Verständnis von Behinderung umfasst auch pflegebedürftige Menschen.

Im Übrigen bedarf es angesichts des nun vorgesehenen teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI einer klareren und den Nachrang des Sozialhilfrechts konsequent umsetzenden Schnittstellenregelung.

#### § 18 SGB XI-E, Module 7 und 8

In § 18 Abs. 5a SGB XI-E wird erläutert, dass die Erkenntnisse aus den Modulen 7 und 8 im Rahmen des neuen Begutachtungsassessments Informationen für den individuellen Versorgungsplan nach § 7a SGB XI und das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V ermöglichen sollen. Dies dient wohl Aufklärung, warum diese Module überhaupt erhoben werden, ist aber in § 18 SGB XI, der das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bestimmt, fehl am Platz. Denn Beeinträchtigungen in diesen beiden Modulen sollen gerade keine Pflegebedürftigkeit auslösen.

Zugleich sollte auf die umfangreiche Aufzählung von Aktivitäten in Abs. 5a S. 2 Nr. und Nr. 2 SGB XI-E verzichtet werden. Denn die explizite Erwähnung nährt erneut das Missverständnis, dass es in diesen Bereichen Leistungen der Pflegeversicherung gäbe. Dies ist aber gerade nicht der Fall. Daher kann es hierzu auch keine Richtlinien der Pflegekassen geben, wie die Begründung mit Verweis auf § 17 SGB XI suggeriert. Es geht vielmehr um Aktivitäten der kommunalen Infrastruktur.

### § 28a Abs. 1 S. 1 SGB XI-E, Leistungsarten – Beratung durch Pflegestützpunkte

In der Auflistung fehlt u. E. die Beratung durch die Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI-E.

### § 36 SGB XI-E, Pflegesachleistung

§ 36 SGB XI-E sieht häusliche Pflegesachleistungen nicht nur für körperbezogene Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung vor, sondern auch für pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Bereits mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz war mit § 124 SGB XI eine entsprechende Leistung als Übergangsregelung eingeführt worden. Der Anspruch setzt allerdings voraus, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Dies sollte auch in § 36 SGB XI-E übernommen werden.

### § 43 SGB XI, vollstationäre Pflege

Mit Blick auf die Schnittstellen zum SGB V sollte die Gesetzesreform genutzt werden, die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich systemgerecht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern. Derzeit werden die Mittel der Pflegeversicherung „zweckentfremdet“, obwohl ein grundsätzlicher Anspruch gegen die Gesetzliche Krankenversicherung besteht.

### § 43a SGB XI, Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe

§§ 43a i.V.m. 13 Abs. 3 SGB XI sollen nach dem Entwurf unverändert bleiben. Damit würden die Leistungsbeschränkungen für pflegebedürftige Menschen, die in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben, fortgeschrieben. Diese Ungleichbehandlung widerspricht nicht nur der UN-Behindertenrechtskonvention, sondern auch Art. 3 Abs. 3 GG. Es ist daher seit vielen Jahren eine Forderung der kommunalen Spitzenverbände, pflegebedürftigen behinderten Menschen, die als Versicherte die vollen Beiträge entrichten, auch die vollen Leistungen der Pflegeversicherung zukommen zu lassen. Dies muss endlich umgesetzt werden.

Augenfällig ist zudem, dass die Leistungen nach § 43a SGB XI erneut von der Dynamisierung ausgenommen werden sollen. Dies ist gleichfalls abzulehnen.

### §§ 45a ff. SGB XI-E, Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 % des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrags für ambulante Pflegesachleistungen nicht überschreiten. Eine derartige Möglichkeit, Teile der ambulanten Sachleistung für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen einzusetzen, war bereits mit dem PSG I geschaffen worden. Dabei war aber ausdrücklich festgeschrieben worden, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sicherzustellen sind. Der Vorrang der Sicherstellung der körperbezogenen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sollte aufrechterhalten bleiben.

### § 45b SGB XI-E, Entlastungsbetrag

Nach § 13 Abs. 3a SGB XI finden die Leistungen des § 45b („zusätzliche Betreuungsleistungen“) bei den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII keine Berücksichtigung. Im Sinne des Nachrangs der Sozialhilfe wäre es sachgerecht, den künftigen Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI-E zumindest dann auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege anzurechnen, wenn er zur Deckung von Bedarfen eingesetzt wird, die auch im Rahmen der Hilfe zur Pflege

zu decken sind (also abhängig von der zukünftigen Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XII, zumindest aber für Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege oder für hauswirtschaftliche Hilfen oder körperbezogene Pflegemaßnahme). Es ist nicht nachvollziehbar, warum an dieser Stelle nicht der Empfehlung des Expertenbeirats gefolgt und eine Anpassung des § 13 Abs. 3a SGB XI vorgenommen wird.

#### § 84 SGB XI-E, Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil

In § 84 Abs. 2 S. 3 SGB XI-E werden einrichtungseinheitliche Eigenanteile vorgegeben. In § 92e SGB XI-E findet sich eine Formel zu konkreten Berechnung der Eigenanteile. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Selbstzahler und damit, im Fall von deren Hilfebedürftigkeit, auf die Sozialhilfe.

Zudem ist nicht nachvollziehbar, wie die in der Übergangsregelung vorgegebene Umrechnungsformel zustande gekommen ist. Insbesondere werden die finanziellen Folgen nicht ausgewiesen. Erste Berechnungen lassen befürchten, dass die Formel nicht unbeträchtliche Mehrkosten in der Sozialhilfe auslösen wird.

#### § 85 SGB XI, Pflegesatzverfahren

Im Pflegesatzverfahren nach § 85 SGB XI ist die Beteiligung des Sozialhilfeträgers von der Belegung im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlung abhängig. Bei neuen Einrichtungen kann dies nicht streitfrei festgestellt werden, und auch ansonsten ist diese Frage oft streitbehaftet und die Belegung darüber hinaus wechselnd bzw. nicht mehr repräsentativ. Der Sozialhilfeträger ist jedenfalls zahlenmäßig unterlegen und kann immer von den Pflegekassen überstimmt werden, obwohl er es ist, der im Falle der Hilfebedürftigkeit den ungedeckten Rest der Kosten übernimmt. Das Pflegesatzverfahren sollte vereinfacht werden. Vertragspartner der Einrichtung sollten nur ein Vertreter der Pflegekassen und ein Vertreter des nach Landesrecht zuständigen Trägers der Sozialhilfe sein. Es bedarf jedenfalls einer gleichberechtigten Einbeziehung in die Verhandlungen bzw. das Vertragsgeschehen.

#### § 113b SGB XI-E, Qualitätsausschuss

Es wäre wichtig, den mühsamen Verhandlungen der Vertragspartner nach §§ 113 ff. SGB XI einen besseren Rahmen zu geben, der eine schnellere Verständigung ermöglicht. Dies wird aber durch die vorgesehenen Änderungen nicht erreicht. In concreto sind mehrere der beabsichtigten Regelungen nicht gangbar.

In § 113b Abs. 2 S. 5 SGB XI-E wird ausgeführt, eine Vertretung sowohl der Leistungsträger als auch der Leistungserbringer durch eine Organisation sei ausgeschlossen. Die kommunalen Spitzenverbände vertreten ihre Mitglieder in all ihren Funktionen, als Sozialhilfeträger, als Jugendhilfeträger, als Heimaufsicht oder – in zahlenmäßig geringen Fällen – auch als Träger der kommunalen Einrichtungen. Eine gesetzgeberische Beschränkung, dass die kommunalen Spitzenverbände ihre Mitglieder nur in bestimmten Funktionen vertreten dürfen, verstößt gleichfalls gegen die durch Art. 28 Abs. 2 GG verfassungsrechtlich geschützte kommunale Selbstverwaltung. Im Übrigen hat diese Frage in den vergangenen Jahren keine praktische Rolle gespielt.

Sehr umstritten und mehrfach Gegenstand von Gerichtsverfahren war dagegen in den vergangenen Jahren die Frage, was eine „Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ ist. Die Vertragspartner haben wiederholt eine gesetzgeberische Definition erbeten. Dem sollte der Gesetzgeber endlich nachkommen. Es bedarf einer Konkretisierung anhand von Kriterien, z. B. Untergrenzen für die Zahl der vertretenen Pflegeeinrichtungen.

Zu kritisieren ist weiter, dass nach § 113b Abs. 3 SGB XI-E der unparteiische Vorsitzende und bei Nichteinigung der Vertragsparteien auch die weiteren unparteiischen Mitglieder vom BMG benannt werden sollen. Dies würde zu einer „Fremdbestimmung“ der Vertragspartner

führen und die ansonsten hochgehaltene „Selbst-Verwaltung“ konterkarieren.

Nach § 113b Abs. 3 SGB XI-E soll der „erweiterte Qualitätsausschuss“ mit Mehrheit entscheiden. Damit würden ausgerechnet die Sozialhilfeträger, die einzigen Beteiligten, die ein finanzielles Risiko tragen, ohne Weiteres überstimmt werden können. Hier bedarf es einer Sicherung durch eine Art Veto-Recht. Ein Verfahren, wie bspw. in § 85 Abs. 5 S. 2 SGB XI vorgesehen, kommt dabei allerdings nicht in Betracht, da dieses vorliegend zu einem Zirkelschluss führen würde, nämlich erneut einer Entscheidung der Schiedsstelle. Vielmehr bedarf es einer Einvernehmensregelung, wie z. B. in § 75 Abs. 5 S. 2 SGB XII vorgesehen.

## **SGB XII**

Es stehen sämtliche Änderungen in der Sozialhilfe aus, die aber dringend erforderlich wären und sowohl zeitgleich als insbesondere auch inhaltlich abgestimmt geregelt werden müssen.

Im SGB XII muss derselbe Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden wie im SGB XI. In der Fachwelt besteht Konsens, dass der teilhabeorientierte Begriff der Pflegebedürftigkeit eine Abgrenzung zum teilhabeorientierten Begriff der Behinderung erfordert. Dies kann aber nicht durch zeitlich nachfolgende Gesetzgebungsverfahren erfolgen. Vielmehr bedarf es einer – vorherigen – Abstimmung zwischen der Pflege nach dem SGB XI und der Eingliederungshilfen nach dem SGB XII, andernfalls zu Lasten der Versicherten und der Leistungsberechtigten endlose Streitigkeiten zu befürchten sind.

Dazu kommt, dass die pflegepolitisch sinnvolle Abkehr von der Differenzierung der Pflegestufen nach dem Zeitaufwand (keine „Minutenpflege“ mehr) dazu führt, dass der Sozialhilfeträger eigene Feststellungen zum Ausmaß der Pflegebedürftigkeit treffen muss. Das neue Begutachtungsverfahren stellt (nur) den Grad der Selbstständigkeit fest, nach dem der neue Pflegegrad als Teilleistung der Pflegekassen gewährt wird. Für den Sozialhilfeträger ist dagegen die Frage relevant, wie hoch der gesamte Bedarf ist, da er den individuellen Bedarf vollständig decken muss. Es wird dabei darauf ankommen, Doppelbegutachtungen im Interesse der Pflegebedürftigen zu vermeiden und zugleich den Aufwand für den Sozialhilfeträger möglichst gering zu halten.

Klar ist schon jetzt, dass es einen „Pflegegrad 0“ in der Sozialhilfe nicht geben kann. Pflegegrad I ist so niedrig angesetzt, dass es unterhalb dessen keine Pflegebedürftigkeit, sondern allenfalls Bedarf an Leistungen zum Lebensunterhalt geben kann.

## **Finanzielle Folgen**

Nicht nachvollziehbar sind zuletzt die finanziellen Folgen, die der Gesetzentwurf ausweist.

Als jährliche Entlastung der Sozialhilfeträger wird ein Betrag in Höhe von 530 Mio. € im ersten Jahr und 480 Mio. € in den Folgejahren veranschlagt. Im Referentenentwurf waren es noch 330 Mio. €. Die Entlastung soll erreicht werden durch die Anhebung der ambulanten Leistungsbeträge, die Festlegung der stationären Leistungsbeträge und die Erweiterung des nach § 43a SGB XI-E anspruchsberechtigten Personenkreises.

Nicht veranschlagt werden die zu erwartenden Mehrbelastungen in der Hilfe zur Pflege. Der Gesetzentwurf sagt lapidar, dass derzeit nicht abschätzbar sei, ob den geschätzten Einsparungen ggf. Mehraufwendungen in der Hilfe zur Pflege gegenüberstehen. Dies wird von Ländern und kommunalen Spitzenverbänden aber erwartet. Als Beispiel seien die beabsichtigten Kürzungen in den Leistungen der Pflegegrade 2 und 3 in vollstationären Einrichtungen im Vergleich zu den bisherigen Pflegestufen 1 und 2 genannt, aber auch, dass die Preissteigerungen bis zum Beginnjahr 2017 noch gar nicht berücksichtigt worden sind.

**Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.**

**Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege – Solidarische Pflegeversicherung einführen (BT-Drs. 18/5110)**

Die mit dem Antrag geforderte Abschaffung des Teilleistungsprinzips in der Pflegeversicherung würde dazu führen, dass alle aus Pflegebedürftigkeit resultierenden Bedarfe aus der Pflegeversicherung gedeckt werden. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen würden damit im Fall, dass ihr Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, die durch die Pflegeversicherung bislang nicht gedeckten Kosten zu decken, nicht mehr auf die Sozialhilfe verwiesen. Zugleich würden die oben geschilderten Schnittstellen zur Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII gelöst. Dies wäre ohne Frage nicht nur ein großer Vorteil für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, sondern würde auch die Sozialhilfe entlasten.

Ebenso zu begrüßen ist die Forderung nach einer Einbeziehung aller Bürger in die Pflegeversicherung. Da die Pflegeversicherung akzessorisch zur Krankenversicherung ist, gilt dies auch dort. Nach wie vor gibt es Menschen, die nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch nicht in der Pflegeversicherung versichert sind. Es ist eine langjährige kommunale Forderung, diese Lücke zu schließen.

Schließlich greift auch die verbindliche regelgebundene Leistungsdynamisierung eine kommunale Forderung auf.

**Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

**Gute Pflege braucht sichere und zukunftsfeste Rahmenbedingungen (BT-Drs. 18/6066)**

Der Antrag fordert eine Harmonisierung der Regelungen des SGB XI mit denen der Sozialhilfe. Dies ist nachdrücklich zu unterstützen. Wie oben erläutert ist nicht hinnehmbar, dass der Gesetzentwurf zum PSG II einen einheitlichen Lebenssachverhalt aufspaltet, nur weil er in zwei Sozialgesetzbüchern geregelt ist. Es bedarf einer konsistenten Regelung in beiden Sozialgesetzbüchern.

Gleichfalls richtig ist die Forderung, dass Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen zumindest die Leistungen erhalten, die bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit bewilligt würden. Es ist wie dargestellt eine langjährige Forderung auch der kommunalen Spitzenverbände, die Leistungsbeschränkungen für pflegebedürftige behinderte Menschen aufzuheben.

Die Forderung, das Zusammenwirken mit Ländern und Kommunen in der Pflegeberatung weiterzuentwickeln, greift die angesprochenen Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege auf. Diese sollten dringend zeitnah umgesetzt werden. Richtig ist der im Antrag genannten Quartiersbezug. Pflege muss stärker als bislang sozialraumorientiert ausgerichtet werden.

Die auch hier geforderte regelmäßige Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung ist gleichfalls richtig.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung

Dr. Irene Vorholz  
Beigeordnete des  
Deutschen Landkreistages

Verena Göppert  
Beigeordnete des  
Deutschen Städtetages