



Wortprotokoll der 90. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 17. Oktober 2016,
11.00 Uhr bis 14.00 Uhr
Reichstag, Saal 2 M001

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 5

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der
pflegerischen Versorgung und zur Änderung weite-
rer Vorschriften
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)**

BT-Drucksache 18/9518

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

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

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

**Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der
pflegerischen Versorgung und zur Änderung weite-
rer Vorschriften
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)**

-18/9518-

**Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäuße-
rung der Bundesregierung**

BT-Drucksache 18/9959

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

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



- c) Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten

BT-Drucksache 18/8725

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Haushaltsausschuss

- d) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Pflege vor Ort gestalten - Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen

BT-Drucksache 18/9668

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich 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 Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Blienert, Burkhard Freese, Ulrich Henn, Heidtrud 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



JA

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Montag, 17. Oktober 2016, 11:00 Uhr

CDU/CSU

Ordentliche Mitglieder

Bertram, Ute

Henke, Rudolf

Henrich, 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

Unterschrift

Bertram

Henke

Henrich

Hüppe

Irlstorfer

Kippels

Kühne

Leikert

Maag

Meier

Michalk

Monstadt

Riebsamen

CDU/CSU

Stellvertretende Mitglieder

Unterschrift

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

46

SPD

Ordentliche Mitglieder

Baehrens, Heike

Bas, Bärbel

Dittmar, Sabine

Franke Dr., Edgar

Heidenblut, Dirk

Kermer, Marina

Kühn-Mengel, Helga

Mattheis, Hilde

Müller, Bettina

Rawert, Mechthild

Stamm-Fibich, Martina

Unterschrift

Baehrens
Bas
Dittmar
Franke
Heidenblut
Kermer
Kühn-Mengel
Mattheis
Müller
Rawert

Stellvertretende Mitglieder

Bahr, Ulrike

Blienert, Burkhard

Freese, Ulrich

Henn, Heidtrud

Katzmarek, Gabriele

Lauterbach Dr., Karl

Unterschrift

071

SPD

Stellvertretende Mitglieder

Tack, Kerstin

Thissen Dr., Karin

Westphal, Bernd

Ziegler, Dagmar

Unterschrift

DIE LINKE.

Ordentliche Mitglieder

Vogler, Kathrin

Weinberg, Harald

Wöllert, Birgit

Zimmermann, Pia

Werner Karin

Stellvertretende Mitglieder

Höger, Inge

Lutze, Thomas

Tempel, Frank

Zimmermann (Zwickau), Sabine

Unterschrift

Ch. Vogler

Wöllert

*Zimmermann
Werner*

Unterschrift

BÜ90/GR

Stellvertretende Mitglieder

Klein-Schmeink, Maria

Scharfenberg, Elisabeth

Schulz-Asche, Kordula

Terpe Dr., Harald

Unterschrift

Stellvertretende Mitglieder

Kurth, Markus

Pothmer, Brigitte

Rüffer, Corinna

Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang

Unterschrift



[Handwritten mark]

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Montag, 17. Oktober 2016, 11:00 Uhr

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

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Dr. Michael Neumann	CDU/CSU	<i>[Signature]</i>
Karla Gießel	CDU/CSU	<i>[Signature]</i>
Franziska Holstein	CDU/CSU	<i>[Signature]</i>
Andreas Nobis	"	<i>[Signature]</i>
Christa Wajec-Neuhof	SPD	<i>[Signature]</i>
A. Nimbs	SPD	<i>[Signature]</i>
R. Pfeiffer	"	<i>[Signature]</i>
Dr. Manfred Lang	CDU/CSU	<i>[Signature]</i>
B. Bernick	---	<i>[Signature]</i>

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts- bezeichnung
Baden-Württemberg	Kunze	Kunze	
Bayern			
Berlin			
Brandenburg			
Bremen			
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen	Dr. Liebetrau	Dr. Liebetrau	SozR/in
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen	Piur	Piur	RR
Sachsen-Anhalt	Richter	Richter	Rang. C
Schleswig-Holstein			
Thüringen			

off

Ministerium bzw.
Dienststelle
(bitte in Druckschrift)

Name (bitte in Druckschrift)

Unterschrift

Amts-
bezeichnung

Ministerium bzw. Dienststelle (bitte in Druckschrift)	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amtsbezeichnung
BMG / ASP h	KRONAUER Oeburg		MR ORR/in
PREV	BMAS		WR
BMAS	Kremb		01
BMG	Stiegemann		Ref.
BML	Borst		Referat
BMG	Fischbacher		AST/in
BMG	Haffer		Ref/in
BMG	Kelke		Ref.
BMG	Kimmel		Ref.
BMG	Klitzner		
BMG	Dobler		RR
h	Fuchs		RR
II	KUHN		RR
BMG	SEVIN		Ref/in
II	Lammert		Ref.
...	Bejer		RR Ref.

Fraktionsmitarbeiter

Name (bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Sonja Kewitz	LINKE	ke-itz

Unterschriftenliste

zu einer öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen:

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung
**Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)**
BT-Drucksache 18/9518

b) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
**Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung
schaffen**
BT-Drucksache 18/966

c) Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten
BT-Drucksache 18/8725

d) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
**Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung
schaffen**
BT-Drucksache 18/9668

am Montag, dem 17. Oktober 2016,
in der Zeit von 11.00 Uhr bis 14.00 Uhr,

Verbände

AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)



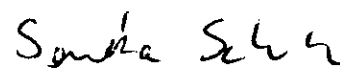
Martin Litsch

AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.



Dr. Katrin Pfundt

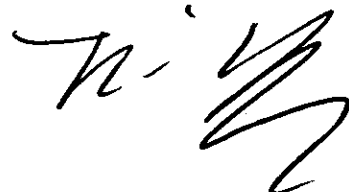
BKK Dachverband e.V.



Sandra Schulz

Prof. Dr. H. Rothgangel

90. Sitzung
11 - 14.00 Uhr
PSGIII



Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland. e. V. (BED)


Christine Donner

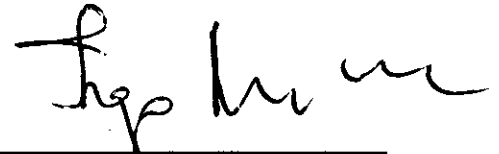
Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)

ABSAGE

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


Herbert Mauel

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK e. V.


Inge Werner


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


Antje Welke

Bundesversicherungsamt (BVA)

ABSAGE

BVO - Bundesverband Osteopathie e.V.


Georg Schöner

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG)

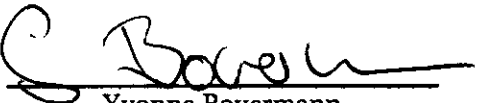

Bärbel Schönhof

Prof. Dr. Stefan Gred

Dr. Ralf Suhr



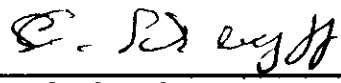
Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV)


Yvonne Bovermann


Deutscher Landkreistag (DLT)


Dr. Irene Vorholz

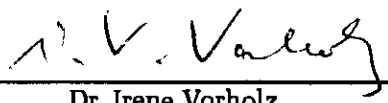
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband –
Gesamtverband e.V. (DPWV)


Claudia Scheytt

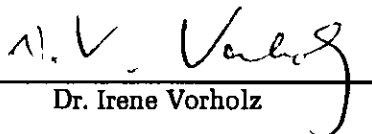
Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und
Hebammenwesen


Irmgard Menger

Deutscher Städte- und Gemeindebund e.V. (DStGB)


Dr. Irene Vorholz

Deutscher Städtetag (DST)


Dr. Irene Vorholz

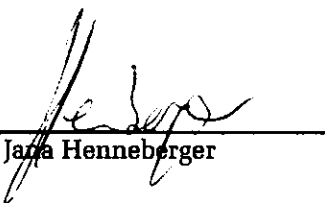
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)


Arnd Longée

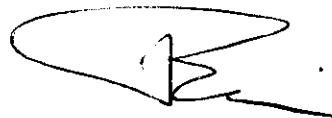
Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)


Andrea Rädlein

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
e.V.

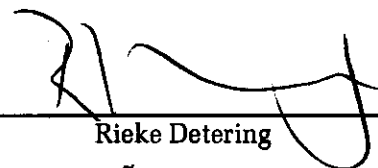

Jara Henneberger

Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin e. V.
(DGMM)



Dr. Matthias Psczolla

Deutsche Stiftung Patientenschutz



Rieke Detering

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



Maria Krause

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.
(DBSV)



Christiane Möller

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)



Diedlinde Schrey-Dern

Deutscher Caritasverband e.V.



Dr. Elisabeth Fix

Deutscher Frauenrat e.V. (DF)



Hannelore Buls

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
-Bundesvorstand-



Knut Lambertin

Hoberg, Rolf

Royhan

Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.
(BfHD)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
e.V. (BAGFW)

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

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger
der Sozialhilfe (BAGüS)

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

Bundesärztekammer (BÄK)

Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH)

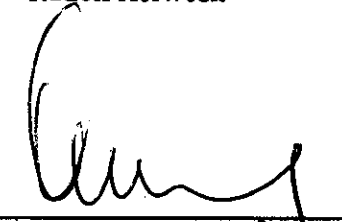
CHRISTEN, OCAF
Udsching, Peter



Thorsten Mittag



Rudolf Herweck



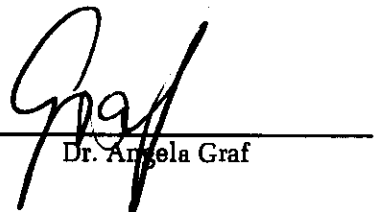
Matthias Munning



Dr. Siiri Doka



Dr. Matthias Psczolla



Dr. Angela Graf

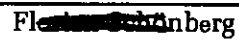


Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der
Krankenkassen e.V. (MDS)



Dr. Peter Pick

Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)
Bundesverband
Abteilung Sozialpolitik



Florian Schönberg

Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)
Bundesverband
Abteilung Sozialpolitik



Florian Schönberg

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft



Dietmar Erdmeier

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)



Ulrike Elsner

Verband der Osteopathen Deutschland e.V. (VOD
e.V.)



Prof. Herbert Landau

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)



Andreas Besche

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)
Generalsekretariat



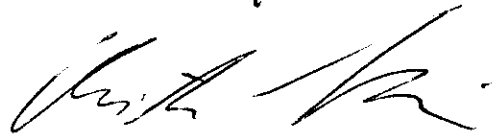
Andreas Elvers

Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.



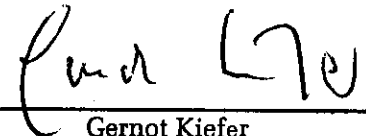
Erika Stempfle

Die Deutschen Heilpraktikerverbände (DDH)



Christian Wilms

GKV-Spitzenverband



Gernot Kiefer

GKV-Spitzenverband



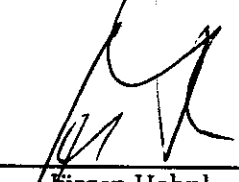
Dr. Monika Kücking

Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) e.V.
(Hochschule Fresenius)



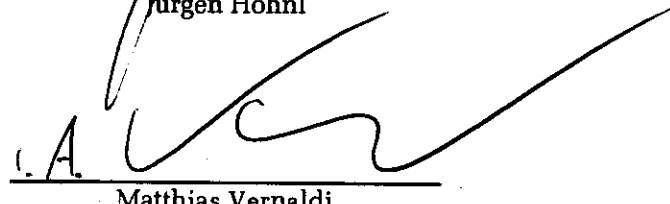
Prof. Dr. Norina Barbara Lauer

IKK e.V.



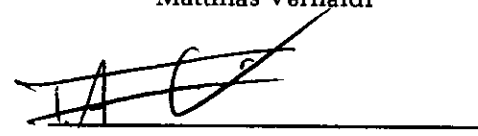
Jürgen Hohnl

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e.V. (ISL)

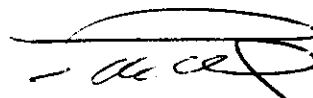


Matthias Vernaldi

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



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



Thomas Knieling

Verband Physikalische Therapie - Vereinigung für die
physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V.



Karl-Heinz Kellermann

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

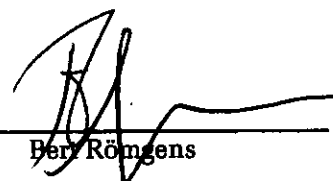


Dieter Lang

wir pflegen – Interessenvertretung begleitender
Angehöriger und Freunde in Deutschland e. V.

Wissenschaftsrat

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.
(ZWST)



Bert Römgens



Beginn der Sitzung: 11.04 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Guten Tag meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen. Ich begrüße Sie zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Es ist die 90. Sitzung des Ausschusses. Der Ausschuss für Gesundheit ist einer der fleißigsten Ausschüsse im Parlament. Zu meiner Linken begrüße ich Frau Parlamentarische Staatssekretärin, Frau Fischbach. Staatssekretär Laumann wird gleich noch zu uns kommen. Ich begrüße auch die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung herzlich. In dieser Anhörung beschäftigen wir uns mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)“ auf den Drucksachen 18/9518 und 18/9959 sowie den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14)0206.1 und den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE. „Pflege teilhaberorientiert und wohnortnah gestalten“ auf Drucksache 18/8725 und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen“ auf Drucksache 18/9668.

Das Pflegestärkungsgesetz III, das wir heute diskutieren, ist eine Fortschreibung der Pflegestärkungsgesetze I und II. Nach der Ausweitung der Leistungen durch das I. Pflegestärkungsgesetz wurden im II. Pflegestärkungsgesetz vor allem, wie wir wissen, ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Mit dem nun vorgelegten Pflegestärkungsgesetz III soll den Pflegebedürftigen, aber vor allem ihren Angehörigen eine Beratung aus erster Hand vor Ort ermöglicht werden. Zum anderen sollen die regionalen Pflegestrukturen der Kommunen gestärkt und die Empfehlungen einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe umgesetzt werden. Weiter wird der Pflegebedürftigkeitsbegriff nun auch in das SGB XII, in die Sozialhilfe, eingeführt. Der Gesetzentwurf enthält darüber hinaus Regelungen, die dem Abrechnungsbetrug durch kriminelle Pflegedienste, Sie haben die Berichte darüber sicherlich den Medien entnommen, vorbeugen soll. Die beiden Oppositionsfraktionen vertreten in ihren Anträgen eigene Vorstellungen zur Ausgestaltung und Verbesserung der

Pflegestrukturen vor Ort.

Ich möchte wie immer einige Erläuterungen zum Anhörungsverfahren machen. Uns stehen für diese Anhörung insgesamt 180 Minuten an Fragezeit zur Verfügung, die auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke aufgeteilt werden. Die CDU/CSU-Fraktion hat davon 17 Minuten und die SPD-Fraktion sieben Minuten Fragezeit an die Oppositionsfraktionen abgegeben. Daraus ergeben sich folgende Fragezeiten: Es beginnt die CDU/CSU-Fraktion mit 47 Minuten, gefolgt von der SPD-Fraktion mit 33 Minuten Fragezeit. Daran schließen sich die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit jeweils 30 Minuten Fragezeit an. In der zweiten Runde fragen noch einmal die Regierungsfaktionen CDU/CSU mit 25 Minuten und SPD mit 15 Minuten. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen bei der Beantwortung der Fragen nicht nur die Mikrofone zu benutzen, sondern sich mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen. Das erleichtert die Protokollierung und Zuschauerinnen und Zuschauer, die sich nur einen Teil der Anhörung im Internet anschauen, haben die Möglichkeit, die einzelnen Sachverständigen den jeweiligen Verbänden und Institutionen zuzuordnen. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ich weise zum Schluss noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und auch live im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Sie kann außerdem in der Mediathek des Bundestages abgerufen werden. Es gibt auch ein Wortprotokoll der Anhörung, das auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht wird. Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir beginnen jetzt mit der Anhörung und die erste Fragestellerin ist die Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion, Frau Michalk.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe eine erste Frage zu den vorgesehenen Modelvorhaben und würde gerne den Einzelsachverständigen, Dr. Suhr und die Vertreter des Deutschen Städtetages fragen. Nach dem Gesetzentwurf können die Beratungsgutscheine für Pflegeberatung künftig auch auf Gemeindeebene durch die Pflegenden bzw. ihre Angehörigen eingelöst werden. Sind Sie der Meinung, dass dadurch eine schnellere Beratung möglich ist und wie schätzen Sie die Bereitschaft der kommunalen Ebene, solche Modelvorhaben einzurichten und zu betreiben, ein?



ESV **Dr. Ralf Suhr**: Beratungsangebote in der Pflege sind wichtig zur Stabilisierung von Pflegearrangements. Sie tragen entscheidend dazu bei, Bedarf und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen besser zu berücksichtigen und Selbstbestimmung und Teilhabechancen zu stärken. Außerdem liegen grundsätzlich präventive Potentiale in rechtzeitiger Beratung. Durch sie werden pflegende Angehörige unterstützt, gute Hilfe und Pflege zu leisten und selbst Entlastung zu erhalten. Die Angebote zur Beratung in der Pflege sind bereits durch das PSG II deutlich weiterentwickelt worden. Mit dem PSG III sollen nun die Beratungen auf kommunaler Ebene gestärkt werden. Dies ist prinzipiell sinnvoll. Beratung sollte im Sozialraum stattfinden, da dort der Lebensmittelpunkt der Menschen ist und der Unterstützungsbedarf besteht. Entscheidend dafür, ob die mit dem PSG III vorgesehenen Maßnahmen erfolgreich sein werden, ist, wie die Kommunen die Erfolgsfaktoren für gelingende Beratung, nämlich Zugänglichkeit, Übersichtlichkeit und Qualität der Beratung, gewährleisten. Der Zugang für Ratsuchende zur Beratung könnte durch eine stärkere Beteiligung kommunaler Stellen verbessert werden. Ein Beispiel wäre die Möglichkeit, dort Beratungsgutscheine einzulösen. Allerdings wissen wir unter anderem aus einer Analyse des Zentrums für Qualität in der Pflege, dass das Beratungsangebot mit den derzeit bestehenden heterogenen Strukturen für die Bürgerinnen und Bürger kaum überschaubar ist, weder was die Zuständigkeiten der einzelnen Beratungsstellen, noch was ihre Qualität betrifft. In der aktuellen systematischen Recherche wurden deutschlandweit 4 700 nichtkommerzielle Beratungsangebote im Bereich der Pflege identifiziert. Es besteht also die Gefahr, dass das Beratungsangebot durch die vorgesehenen Maßnahmen noch heterogener wird und damit weiter an Übersichtlichkeit und in der Folge an Zugänglichkeit verliert. Deshalb sollte meines Erachtens gezielte Öffentlichkeitsarbeit verpflichtend sein und festgelegt werden, dass alle Stellen offenlegen müssen, welche Art von Beratung sie mit welchem Qualifikationshintergrund anbieten. Neben strukturellen Fragen müssen zudem inhaltliche Qualitätsaspekte der Beratung konsequent mitverfolgt werden. Um ein einheitliches Qualitätsniveau der Beratung bei der beschriebenen Heterogenität vorhandener Angebote sicherzustellen, sind verbindliche Qualitätsanforderungen notwendig. Daher ist die bereits im PSG II festgelegte Pflegeberatungsrichtlinie

zielführend. Folgerichtig ist auch, dass sie für alle kommunalen Beratungsangebote gelten soll. Ich halte es für problematisch, dass strukturelle und inhaltliche Weiterentwicklung asynchron verlaufen. Über die Bereitschaft der Kommunen, an diesem Modelvorhaben teilzunehmen, kann ich nur spekulieren.

SVe **Dr. Irene Vorholz** (Deutscher Landkreistag (LLT), Deutscher Städtetag (DST)): Wenn man die Beratungen über die Modelvorhaben auf der kommunalen Ebene wahrnehmen kann, ist eine schnellere Beratung möglich. Anders als von Dr. Suhr dargestellt, würde ich sagen, dass durch die Modelvorhaben eine deutlich höhere Zugänglichkeit möglich ist. Die Beratungen, so wie sie vorgesehen sind, umfassen ein viel breiteres Spektrum. Sie sollen mit den kommunalen Beratungsaufgaben im Bereich der Altenhilfe, der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und des Wohnumfelds zusammengeführt werden. Wir gehen davon aus, dass mit den kommunalen Beratungen, mit den Gutscheinen, die auch auf kommunaler Ebene eingelöst werden können, das Setting, in dem die oder der Betroffene lebt, berücksichtigt werden kann. Deswegen halten wir es für richtig. Wie das Interesse der Kommunen, von diesen Modelvorhaben Gebrauch zu machen, aussieht, ist im Augenblick schwierig zu beantworten, weil es davon abhängen wird, was sie aus der jetzt vorgesehenen Formulierung im Gesetzentwurf machen werden. Diese ist restriktiv und sehr bürokratisch und sieht wenige Ausgestaltungsmöglichkeiten für die Kommunen vor Ort vor. Das aber war das Ziel, vor Ort Modelle auszuprobieren. Vor allen Dingen ist eine starke Rolle der Pflegekassen vorgesehen. Diese haben aber bereits erklärt, das Model gar nicht zu wollen. Deshalb gehe ich davon aus, dass das Interesse, wenn es bei der bisherigen Formulierungen bleibt, nicht besonders groß sein wird. Wir bitten Sie deshalb, sich den Vorschlag des Bundesrats anzuschauen. Die Länder haben eine Neuformulierung der Modelvorhaben vorgeschlagen, die einen, den kommunalen Erfordernissen entsprechenden, Ausgestaltungsspielraum vorsieht. Wir würden es sehr begrüßen, wenn Sie diesen Vorschlag übernehmen könnten.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Deutschen Caritasverband, den Verband der Ersatzkassen und an den Bundesverband



privater Anbieter sozialer Dienste. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff tritt am 1. Januar 2017 in Kraft. Die Leistungen nach der Neudefinition stehen den Versicherten erst ab diesem Zeitpunkt zur Verfügung. Lässt sich heute schon abschätzen, welche Abgrenzungsprobleme deshalb zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den Leistungen der Eingliederungshilfe auftreten werden? Wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund die Vorrang- bzw. Nachrangregelung zur Schnittstelle Eingliederungshilfe Pflege?

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Es lässt sich heute noch nicht sicher feststellen, welche Abgrenzungsprobleme durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe und den Leistungen der Pflegeversicherung auftreten werden. Eine der Hauptschnittmengen, die Betreuungsleistungen im Bereich der Pflegeversicherung, wird erst ab dem 1. Januar 2017 in das System eingeführt. Wir haben zwar als Vorläuferregelung § 124 SGB XI, die häusliche Betreuung. Aber auch da ist in den Landesrahmenverträgen noch nicht überall definiert worden, was unter häusliche Betreuung zu verstehen ist, so dass wir auf keine Vorerfahrungen zurückgreifen können, wo Schnittstellen zur Eingliederungshilfe auftreten werden. Die neue Leistung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen kennen wir noch nicht. Sie müssen erst in den Landesrahmenverträgen definiert werden. Grundsätzlich möchte ich betonen, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe und die Leistungen der Pflegeversicherung nach ihrem Ziel, ihrem Zweck und von ihrem Wesen her grundverschieden sind. Es geht bei der Pflegeversicherung darum, durch gesundheitliche Probleme verloren gegangene Fähigkeiten und Kompetenzen wieder zu gewinnen bzw. herzustellen und eine Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Bei den Leistungen der Eingliederungshilfe hingegen geht es überhaupt darum, die Betroffenen zunächst zu befähigen, bestimmte Aktivitäten ausführen zu können und bestimmte praktische Fertigkeiten und Kompetenzen zu erlangen. Dies ist ein Prozess des Lernens mit dem Ziel der Teilhabesicherung. Es ist aber mit Sicherheit davon auszugehen, dass es Abgrenzungsprobleme geben wird und zwar unabhängig davon, ob wir die bisherige Gleichrangregelung beibehalten oder ob der Gesetzgeber sich entscheidet, die Vorrang-Nachrangregelung, wie jetzt im Gesetz

vorgesehen, einzuführen. Die Vorrang-Nachrangregelung bereitet aus unserer Sicht gewaltige Probleme. Es steht zwar im Gesetz, dass sie nicht in Kraft tritt, wenn sicher ist, dass der Schwerpunkt der Aufgabenerfüllung auf der Eingliederungshilfe liegt. Es wird aber regelmäßig strittig sein, wann der Schwerpunkt auf der Eingliederungshilfe und wann er auf der Pflegeversicherung liegt. Es gibt eine ganze Reihe von Menschen mit Behinderungen, die auch schwerstpflegebedürftig sind und dann wird strittig sein, in welchem Verhältnis, ob 50:50 oder 60:40, es sich um Leistungen der Eingliederungshilfe oder um Leistungen der Pflegeversicherung handelt und wie der Schwerpunkt bestimmt werden soll. Mit der Vorrang-Nachrangregelung eröffnen Sie meiner Meinung nach einen Verschiebepunkt zur Pflegeversicherung, da der Eingliederungshilfeträger regelmäßig darauf drängen wird, die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen für die Betreuungsleistungen der Teilhabe in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus haben wir noch die Umwidmungsregelung, § 36 SGB XI, wonach für die niedrighwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen bis zu 40 Prozent in der Höhe der jeweiligen Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden können.

Es gibt mindestens zwei Einfallschneisen in der Pflegeversicherung, die wir für sehr problematisch halten. Aus diesem Grund ist der Vorschlag der Caritas, es bei der bisherigen Gleichranglösung zu belassen, d. h. § 13 Absatz 13 SGB XI wie bisher zu formulieren. Allerdings sollte hier eingefügt werden, dass, wenn Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung zusammentreffen, stets ein Gesamtplanverfahren, wie es das Bundesteilhabegesetz (BTHG) vorsieht, durchzuführen ist. In diesem Gesamtplanverfahren sollte auch entschieden werden, welche Bedarfe aus der Pflegeversicherung und welche Bedarfe aus der Eingliederungshilfe zu leisten sind. Wenn aus politischen Gründen, das Gesetz ist ja zustimmungspflichtig, an der Vorrang-Nachrangregelung festgehalten wird, sollte die Regelung im PSG III, die wortgleich zu § 91 Absatz 3 BTHG formuliert ist, erst zum 1. Januar 2020 in Kraft gesetzt werden. Dann haben wir von 2017 bis 2019 die Chance zu erproben, welche Abgrenzungsprobleme in der Praxis auftreten können. Man könnte die Vorrang-Nachrangregelung mit einer Revisionsklausel versehen, in der geregelt wird, ob ein Vorrang-Nachrangverhältnis zu konstituieren ist, um auftretende



Abgrenzungsprobleme abzufedern.

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (VdeK)): Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff verankert Betreuung als eine neue Regelleistung in der Pflegeversicherung. Dadurch wächst die Schnittmenge der Leistungen, die sowohl der Pflegeversicherung als auch der Eingliederungshilfe zugeordnet werden. Ich will Ihnen ein Beispiel geben: Die Ermöglichung des Besuchs von Verwandten oder Freunden ist zukünftig eine Betreuungsmaßnahme im Rahmen der Pflegeversicherung. Gleichzeitig dient der Besuch aber auch der Eingliederung in die Gesellschaft. Die Abgrenzung mittels des jetzt vorgesehenen Kriteriums des vordergründigen Zwecks, dürfte in diesem Fall nicht möglich sein, weil beide Versorgungsbereiche angesprochen sind. Der geplante Vor- und Nachrang birgt deshalb Risiken für uns. Zum einen für die Versicherten, da mutmaßlich sehr bürokratisch geprüft werden wird, ob die Pflegeversicherung oder die Eingliederungshilfe leistungsrechtlich in der Verantwortung steht. Zum anderen besteht die Gefahr der Schlechterstellung für die Betroffenen, da die Pflegeversicherung eine Teilkaskoversicherung ist und eine Verlagerung in die Pflegeversicherung das Risiko birgt, dass geringere Leistungen zulasten der Betroffenen gehen. Drittens sehe ich die Gefahr eines grundsätzlichen Verschiebepunktes in die Pflegeversicherung hinein. Eine Verschiebung größeren Ausmaßes würde sich auch eröffnen, wenn, was jetzt schon von Einzelnen gefordert wird, der § 43 a SGB XI, der die Versorgung in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe betrifft, gestrichen wird und auch dort der Vorrang der Pflege Platz greifen würde. Dann hätten wir es tatsächlich mit einem großen finanziellen Ausmaß zu tun, das die Pflegeversicherung belasten würde. Die Abgrenzung lässt sich so nicht darstellen und auch nicht vornehmen. Deshalb bitten wir darum, es bei der Gleichrangregelung zu belassen.

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir haben ein kaum lösbares Problem mit dem Begriff der Betreuung. Betreuung und Begleitung voneinander abzugrenzen wird unserer Ansicht nach dazu führen, dass die Frage nach einer relativ kurzen Schadensfrist in jedem Einzelfall strittig sein wird, weil es um dauerhafte Leistungen und damit um dauerhafte Kosten geht. Erste Auswirkungen sehen wir

schon heute, wenn es um die Heimbewohner unterhalb von Pflegegrad 2 geht. Ab dem kommenden Jahr ist nicht mehr sicher, wer im Falle der Sozialhilfebedürftigkeit für diese zuständig ist. Das sind Menschen, die nicht freiwillig in ein Pflegeheim gehen, weil sie die höchsten Eigenanteile von allen bezahlen, bis ihr Vermögen aufgebraucht ist. Pflege und Betreuung eindeutig zur Eingliederungshilfe abzugrenzen wird auch in anderen Bereichen zu Schwierigkeiten führen. Wir haben in der Eingliederungshilfe die Tagesstrukturierung und in der Pflege gibt es die Tagespflege. Bei der Tagespflege steht relativ viel Geld zur Verfügung. Wir werden erleben, dass Sozialhilfeträger plötzlich Tagespflege anbieten. Es wird viele Abgrenzungsschwierigkeiten geben. Die Zeit bis 2020, wenn es ein Bundesteilhabegesetz geben sollte, müsste man dringend nutzen, um ein Bedarfsfeststellungsverfahren einzuführen, um solche Fragen nicht auf der Einzelfallebene klären zu müssen.

Zur Vorrang-Nachrangregelung verweise ich auf ein Beispiel zur häuslichen Pflege in der Gesetzesbegründung ein Beispiel zur häuslichen Pflege. Dort sind die Streitpunkte vorprogrammiert und das muss man im Blick behalten. Ein Gleichrang wäre aus unserer Sicht vernünftiger, aber die inhaltliche Diskussion wird es trotzdem geben.

Abg. **Michael Henrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zum Thema Pflegebetrug an den Medizinischen Dienst, an die Diakonie Deutschland und an den Deutschen Caritasverband. Wie beurteilen Sie die im PSG III enthaltenen Maßnahmen, um Abrechnungsbetrug in der Pflege soweit wie möglich zu bekämpfen bzw. zu verhindern?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes – Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Wir begrüßen diese Regelung, da wir es für erforderlich halten, bessere Möglichkeiten zur Prüfung von Abrechnungen zu schaffen. Wir halten es für sachgerecht, dass künftig auch Einrichtungen geprüft werden können, die nur Krankenpflegeleistungen erbringen. Das ist heute nicht möglich. Es wird möglich, die Prüfung stichprobenmäßig auf solche Personen auszuweiten, die ausschließlich Leistungsbezieher häuslicher Krankenpflege sind und die Prüfmöglichkeit wird auf die Wohngruppen ausgedehnt. Wir denken, dass die Ausweitung der Prüfmöglichkeiten dazu geeignet ist, Fehlrechnungen einzudämmen. Ich weise darauf hin,



dass die Erfahrungen, die wir mit Abrechnungsprüfungen gemacht haben, zeigen, dass wir auf bestimmte Einrichtungen zielen. Es gibt keinen Generalverdacht. Wir zielen auf bestimmte Dienste, die auf nicht akzeptable Weise von den Abrechnungsmöglichkeiten Gebrauch machen. Dazu brauchen wir diese Regelung. Wir haben an einzelnen Stellen noch Wünsche zur Präzisierung, die in unserer Stellungnahme und in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes enthalten sind. Dort geht es u. a. um die Zurverfügungstellung von Unterlagen. Das ist im Entwurf etwas zurückhaltend formuliert. In konkreten Prüfsituationen reicht es nicht, wenn uns Unterlagen im Nachgang übermittelt werden. Wir möchten in der Situation Kopien aller Unterlagen bekommen. Bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen ist es wichtig, dass Vorgaben durch den GKV-Spitzenverband erfolgen. Eine gleichberechtigte Verabredung mit den Leistungserbringerverbänden ist nicht sachgerecht. Hier sind noch Verstärkungen vorzunehmen, aber die Grundausrichtung ist aus unserer Sicht positiv und notwendig.

Sve **Erika Stempfle** (Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.): Wir begrüßen die Intention des Gesetzgebers, durch zusätzliche Überprüfungsmaßnahmen der zugelassenen Pflegedienste fehlerhaftem Abrechnungsverhalten entgegenzuwirken und damit auch der Schutzbedürftigkeit der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten Rechnung zu tragen. Wir halten es für sachgerecht, Lücken zu schließen und Pflegedienste mit dem ausschließlichen Versorgungsvertrag im SGB V sowie HKP [Heil- und Kostenplan]-Patienten ohne Pflegesachleistungsbezug in die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen miteinzubeziehen. Wichtig ist uns, dass nicht nur verstärkte Prüfungen eingeführt werden, sondern dass das Vertrags- und Leistungserbringungsrecht, insbesondere in der häuslichen Krankenpflege, noch einmal entsprechend angepasst wird, damit eine qualitätsvolle Leistungserbringung möglich ist. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir, dass die Vertragsparteien nach § 132a SGB V Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege mit dem Ziel, die Versorgungsqualität im diesem Bereich zu stärken, um bundesweit einheitliche Qualitäts- und Versorgungsstandards zu gewährleisten, zu verabschieden haben. Die Krankenkassen zeigten in den letzten Jahren keine

Bereitschaft zum Abschluss entsprechender Regelungen in den Landesrahmenverträgen. Wir begrüßen es auch, dass die Inhalte der Bundesrahmenempfehlung eine höhere Verbindlichkeit bekommen sollen. Das ist für uns ein Qualitätsmerkmal. Wir halten es allerdings für zwingend erforderlich, im § 132a SGB V das Attribut der Preisgünstigkeit zu streichen, weil eine qualitätsvolle Leistungserbringung ein Wirtschaftlichkeitskriterium ist. Sie ist an Qualitätskriterien gebunden und kann nicht durch Preisgünstigkeit bestimmt sein. Außerdem halten wir es für erforderlich, dass die Tarifbindung in § 132a SGB V noch einmal stärker aufgenommen wird. Im SGB XI-Bereich werden gegenwärtig Abrechnungsprüfungen implementiert. Diese sind mit dem PSG II verabschiedet worden, traten am 15. Oktober 2016 in Kraft und werden wahrscheinlich heute zum ersten Mal bundesweit flächendeckend umgesetzt, so dass wir letztlich keine Erfahrungen mit diesen Abrechnungsprüfungen haben, sondern diese erst sammeln müssen. Wir halten es für wichtig, dass das, was das Gesetz jetzt vorsieht und das, was mit dem PSG II eingeführt wurde, noch einmal ausgewertet wird, bevor weitere Nachbesserungsmaßnahmen vorgeschlagen werden.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): § 75 SGB XI halten wir für nicht glücklich. Hier wird bei den Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung nachgebessert. Das sind zwei sehr wichtige Kriterien. Die Vertragsvoraussetzungen werden aber eigentlich nicht im § 75 SGB XI, sondern im § 72 SGB XI, Versorgungsvertrag, mit der Zulassung gesetzt und es ist nicht klar, was hier ergänzt werden soll. Sinnvoll ist es, Anforderungen an die personelle Zusammensetzung zu ergänzen. Das kann man aber meines Erachtens auch auf der bestehenden Vertragsgrundlage tun. Das Kriterium Vertragserfüllung versteht sich eigentlich von selbst. Schon heute setzen die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI bestimmte Maßgaben und wenn die von der einzelnen Einrichtung oder von dem einzelnen Dienst nicht erfüllt werden, ist die Kündigung des Versorgungsvertrages möglich. Vertragserfüllung ist kein wirklich geeignetes Kriterium. Man kann diese Regelungen im § 75 SGB XI einfügen und es wird sich zeigen, wie diese ausgefüllt werden. Im Berliner Rahmenvertrag haben sie ihren Beitrag leisten können, aber per se bieten diese Regelungen keinen Schutz, um



effektiver gegen Abrechnungsbetrug vorzugehen. Die Abrechnungsprüfungen in § 79 SGB XI zu ergänzen, halten wir für außerordentlich sinnvoll. Hier muss klar gestellt werden, dass Abrechnungsprüfungen nicht regelhaft durchgeführt werden, sondern bei Vorliegen von Verdachtsmomenten. Frau Stempfle [Diakonie Deutschland] hat schon auf § 132a SGB V und auf § 275b SGB V rekurriert. Dazu muss ich nichts mehr ergänzen. Ich würde gerne noch ein paar Sätze zur der Regelung des § 302 SGB V sagen, wo jetzt vorgesehen ist, die Anfangs- und Endzeiten der Leistungserbringung systematisch zu kontrollieren. Diese Möglichkeit besteht schon in der technischen Anlage zum heutigen Datenträgeraustausch. Offensichtlich hat sie aber nicht verhindern können, dass es zum Abrechnungsbetrug gekommen ist. Man könnte nun diese Regelung einführen. Das würde aber der Systematik der SGB V-Leistungserbringung insofern widersprechen, als dass es dazu Pauschalvergütungen im SGB V gibt. Diese sind mit gutem Grund eingeführt worden, da die Leistungserbringung auch von der Tagesform des Patienten abhängt, so dass sie überhaupt keinen Gewinn davon haben. Bei ein und derselben Leistung dauert es bei dem einen Patienten länger und bei einem anderen Patienten kürzer. Viel sinnvoller wäre es, sich bei Vorliegen eines Verdachts auf Betrug die Tourenpläne anzuschauen. Wir bitten darum, diesen Punkt noch einmal einer genaueren Betrachtung zu unterziehen.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Caritasverband und an den AOK-Bundesverband. Für fünf Jahre wird den Kommunen ein Initiativrecht zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes gewährt. Ist diese Maßnahme notwendig? Teilen Sie die Sorge, dass Doppelstrukturen aufgebaut werden und wie stehen Sie der Forderung nach einer entsprechenden Anschubfinanzierung gegenüber?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Die Caritas hat stets gefordert, dass die Kommunen stärker an den Pflegestützpunkten beteiligt sein müssen, da sie die Träger der kommunalen Altenhilfe und auch der Hilfe zur Pflege sind. Nun sind die Kommunen in den einzelnen Bundesländern in der Regel auf dem Weg der Drittelfinanzierung an den Pflegestützpunkten beteiligt. Trotzdem zeigen Analysen der Pflegestützpunkte und

jüngst auch die Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung, dass die Pflegestützpunkte deutliche Defizite aufweisen. Dies haben mit weit über 100 000 Einwohnern pro Pflegestützpunkt zu große Einzugsbereiche sowie eine zu geringe personelle Besetzung, so dass Hausbesuche nicht durchgeführt werden können. Wir sind dem Gesetzgeber dankbar, dass er das Problem, dass die Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten nach § 7a SGB XI noch qualitative Mängel aufweist, im vorliegenden Gesetzentwurf löst. Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, wenn wir, insbesondere um die Einzugsgebiete zu verkleinern, weitere Pflegestützpunkte bekommen und dass die Kommunen ein Initiativrecht erhalten. So wie die Regelung gegenwärtig formuliert ist, könnte es dabei zu Doppelstrukturen kommen. Die obersten Landesbehörden können bestimmen, wann Pflegestützpunkte eingerichtet werden und dann müssen die Pflege- und Krankenkassen entsprechende Rahmenverträge mit den Kommunen schließen. Es handelt sich um eine Muss-Regelung. Zugleich wird formuliert, dass bestehende Rahmenverträge nur bis zum Inkrafttreten der neuen Rahmenverträge gelten. Das könnte bedeuten, dass die Länder oder die Kommunen bestimmen könnten, dass bestehende Pflegestützpunkte, für die Rahmenverträge abgeschlossen wurden, umgewandelt werden. Es ist nicht auszuschließen, dass es so zu Doppelstrukturen käme. Aus unserer Sicht ist es nur sinnvoll, wenn die Kommunen die bestehenden Pflegestützpunkte ergänzen und sich die Einzugsgebiete dadurch verringern würden.

Zur Frage der Anschubfinanzierung bin ich ambivalent. Einerseits gab es eine Anschubfinanzierung bei der Einführung der Pflegestützpunkte. Die Mittel sind nicht in hohem Maße abgerufen worden. Das ist aber vielleicht nicht erstaunlich, da die Kranken- und Pflegekassen die Initiatoren waren und ihre eigenen Mittel nicht unbedingt aufbrauchen wollten. Im Sinne der Gleichbehandlung könnte man den Kommunen nun die Möglichkeit einer Anschubfinanzierung zukommen lassen.

SV Martin Litsch (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Die Anschubfinanzierung sehen wir nicht ambivalent. Wir halten diese nicht für sachgerecht. Sie ist damals mit dem Ziel eingeführt worden, Anreize für den Aufbau von Pflegestützpunkten zu schaffen. Das war auf den 30. November 2011 begrenzt. Das brauchen wir heute nicht mehr. Wir glauben, dass die heutige Regelung zum Betrieb



von Pflegestützpunkten und deren Organisation völlig ausreichend ist. Wir haben die Sorge und teilen diese insofern mit dem Fragesteller, dass die Änderungen zu kostenintensiven Doppelstrukturen führen und neue Strukturen aufgebaut werden. Das Initiativrecht der Kommune ist unabhängig von bereits bestehenden Beratungsstrukturen. Sie werden davon Gebrauch machen oder können das auch tun. Dass ein Kontrahierungszwang für die Kranken- und Pflegekassen besteht ist problematisch und beschädigt die bestehenden Pflegeeinrichtungen und Beratungsstrukturen. Die AOK hat 700 Pflegeberater im Einsatz. Wir haben im letzten Jahr knapp 60 000 individuelle Pflegeberatungen durchgeführt. Zwei Drittel davon zugehend, d. h. bei den Familien und bei den Pflegebedürftigen und ein Drittel in den Geschäftsstellen der AOK oder in den Pflegestützpunkten. Wir sind gut in die kommunalen Strukturen eingebunden und deswegen brauchen wir keine Änderungen. Es geht im PSG III, das ist unser Eindruck, nicht darum, die Betreuung zu verbessern, sondern die Steuerung aus dem Bereich der Pflegeversicherung auf die Kommunen, finanziert durch die Pflegekassen, zu verlagern. Wir halten diese Verlagerung nicht für sinnvoll. Wir brauchen gemeinsames Handeln. Wir brauchen eine Koordinierung der Zuständigkeiten und die Kooperation der relevanten Akteure. Insofern müssen die bestehenden Strukturen genutzt und nicht beschädigt werden. Die Erprobung des Initiativrechts sollte nicht fünf, sondern maximal zwei Jahre dauern. Investitionen in die Pflege- und Beratungsstruktur sind für die AOK ein Investitionsthema. Die Festlegung der Erprobungsfrist auf fünf Jahre schafft Unsicherheit. Deswegen wäre eine Begrenzung zielführend.

Abg. **Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage ist an den GKV-Spitzenverband und den Sozialverband VdK Deutschland gerichtet. Es sind Fälle bekannt geworden, in denen Pflegedienste bei der Abrechnung von Leistungen nach § 45b SGB XI, das sind die niedrighschwelligigen Betreuungs- und Entlastungsleistungen, höhere Vergütungen verlangen, als für die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI vereinbart sind. Bedarf es hier einer gesetzlichen Klarstellung im Sinne einer Obergrenze, um die Pflegebedürftigen zu schützen?

Sve **Dr. Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Sollten höhere Vergütungen von den

Pflegediensten verlangt werden, widerspricht dies der gesetzlichen Grundlage. Es gibt schon eine klare Regelung. In der Gesetzesbegründung zum PSG II wird hinsichtlich der nach § 36 SGB XI abzuleitenden Obergrenze der gesetzgeberische Wille klar zum Ausdruck gebracht. Danach wird die Obergrenze zur Abrechnung der Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Pflegedienste auf die Vergütung der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI begrenzt. Also gibt es eigentlich eine Regelung. Sollten Auslegungsprobleme auftreten, wäre eine gesetzliche Klarstellung zu erwägen.

SV **Olaf Christen** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Ich kann mich den Ausführungen von Frau Dr. Kücking anschließen. Wir haben von diesem Problem bisher nicht gehört. Sollte es in der Praxis zu Problemen kommen, müssten diese gesetzlich geregelt werden.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich auf den Bereich der häuslichen Krankenpflege in stationären Einrichtungen. Mit dem vorliegenden Änderungsantrag sollen Änderungen am § 37 SGB V vorgenommen werden. Um Streitigkeiten über die Zuständigkeit zu verhindern, sollen Leistungen der Behandlungspflege klar und eindeutig zugeordnet werden. Nach der Regelung im Änderungsantrag soll die GKV die Behandlungspflege in diesen Fällen leisten, ohne dass wie bisher eine Einzelfallprüfung durchgeführt wird. Deshalb frage ich den GKV-Spitzenverband und den Deutschen Caritasverband, ob die im Änderungsantrag geplante Regelung aus Sicht der GKV ausreicht, d. h. werden die vorhandenen Probleme mit der Regelung gelöst und wie bewerten Sie diese Vorgaben? Welche Konsequenzen hat die Einschränkung im geplanten Absatz 2, nach der eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegekraft erforderlich ist? Es besteht die Gefahr, dass Personen, die nach einem Krankenhausaufenthalt für einen beschränkten Zeitraum, mehrmals am Tag Maßnahmen der Behandlungspflege, z. B. das Absaugen nach einer Lungenentzündung, jedoch nicht mehr einer ständigen Überwachung bedürfen, hier nicht erfasst werden. Welche Personengruppen bzw. Fallkonstellationen werden von der geplanten Regelung erfasst? Sind auch Personen, die sich lediglich zur Kurzzeitpflege in einer solchen Einrichtung befinden und im Normalfall zu Hause gepflegt werden oder



Personen, die dauerhaft in einer Einrichtung der Behindertenhilfe leben, erfasst?

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Das Problem, das Sie in Ihrer Frage umrissen haben, ist durchaus relevant. Die Formulierungen im Gesetzentwurf gehen in diese Richtung. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind einfachste Maßnahmen der Behandlungspflege in den Einrichtungen für behinderte Menschen sicherzustellen. Die jetzt vorgesehene Formulierung bedeutet einen regelmäßigen und dauerhaften Bedarf an Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege und geht im Verhältnis zum Status Quo in die richtige Richtung. Uns wäre daran gelegen, und wir haben das auch anlässlich unserer Stellungnahme zum Entwurf des Bundesteilhabegesetzes deutlich gemacht, dass in der Gesetzgebungsarbeit darauf geachtet wird, dass es spiegelbildlich entsprechende Regelungen im Bereich SGB XII gibt. Wir sehen hier die Notwendigkeit, Formulierungen im § 55 SGB XII zu präzisieren. Nur durch beide Regelungen zusammen wird man vermeiden, dass es zu Streitigkeiten zwischen unterschiedlichen Trägern bei in der Regel ausgesprochen schwierigen Behandlungs- und Pflegesituationen kommt. Damit hätte man eine gesetzlich vernünftige und klarstellende Umsetzung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Es geht in den Formulierungen immer um pflegerische Maßnahmen, die auf Dauer angelegt sind. Insofern wäre zu prüfen, ob auch eindeutig kurzfristige Maßnahmen der pflegerischen Betreuung in dieser Intensität sicherzustellen sind. Aus unserer Sicht wäre eine ergänzende Verdeutlichung dieser Absicht über das Gesetz hilfreich. Diese Regelung wird in ihrer Intension nur greifen, wenn es ergänzend eine Klarstellung im SGB XII gibt, um der Tendenz, dass die Träger der Einrichtungen der Behindertenhilfe strategisch reagieren und ihre vertraglich zugesagten und geschuldeten Leistungen insgesamt verengen, einen entsprechenden Riegel vorzuschieben.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir halten die Regelung für einen Schritt in die richtige Richtung. Es wurde klargestellt, dass die Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch qualifizierte Pflegekräfte erfordert. Insofern sehe ich in Absatz 2 keine Problematik, die durch weitere Formulierungen nachgeschärft werden müsste. Ich möchte

Herrn Kiefer energisch widersprechen. Im SGB XII ist ganz klar geregelt, dass die Eingliederungshilfe, und dies ist Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), Leistungen der Behandlungspflege in dem Umfang, in dem die Eingliederungshilfe diese auch finanziert, zur Verfügung stellt. Das muss im Einzelfall bestimmt werden. Überwiegend sind wir der Auffassung, dass die medizinische Behandlungspflege in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe grundsätzlich aus dem SGB V finanziert werden muss. Das betrifft alle qualifizierten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege und nicht unbedingt die einfachen Maßnahmen, so wie die Rechtsprechung des BSG dies vorsieht. Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gehören grundsätzlich in die Finanzierungszuständigkeit des SGB V, wenn nicht im Einzelfall zwischen dem Eingliederungshilfeträger und der Einrichtung der Eingliederungshilfe etwas anderes bestimmt worden ist.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband zu den Übergangsregelungen nach § 140 Absatz 4 SGB XI. Die geltende Regelung zielt darauf ab, die Begutachtungslast des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung rund um den Einführungszeitpunkt des neuen Begutachtungsinstrumentes durch eine einfache Verfahrensweise bei der Rückwirkung von Höherstufungsanträgen zu reduzieren. Sehen Sie vor dem Hintergrund der Arbeiten zur Vorbereitung auf die Umstellung durch diese Regelung das Ziel des Gesetzgebers, durch praktikable Übergangsbestimmungen niemanden schlechter zu stellen, sichergestellt?

SVe Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Grundsätzlich sind die bestehenden Regelungen dazu geeignet, den überwiegenden Personenkreis, der einen Antrag auf Neubegutachtung in 2017 stellt, dessen Gesundheitszustand sich aber noch im Jahre 2016 verschlechtert hat, mit der zweimonatigen Übergangszeit abzudecken. Das hat eine zwar nicht vollständige, aber sporadische Befragung unserer Mitgliedskassen ergeben. Die jetzt vorgesehene Regelung ist sachgerecht.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Udsching. Es geht um § 43a SGB XI, den pauschalieren Betrag. Die notwendige Pflege soll nach



§ 43a SGB XI von der Eingliederungshilfe erbracht werden, um finanzielle Verschiebepflichten zu Lasten der Pflegeversicherung zu vermeiden. Soll dies auch nach Einführung der Eingliederungshilfe aufrechterhalten werden? Halten Sie die Anpassungen, die im § 43a SGB XI und im § 71 Absatz 4 SGB XI durch den Gesetzentwurf vorgenommen werden, für sachgerecht?

ESV Prof. Dr. Peter Udsching: Bei der Rechtfertigung des § 43a SGB XI befindet man sich in der Defensive. Das ist aber nicht neu. Das war schon vor zwanzig Jahren so und auch die Rechtsprechung ist angegriffen worden. Maßgebend ist eine Entscheidung aus dem Jahre 2001, der bis heute nicht widersprochen worden ist und die sich in erster Linie an formalen Kriterien orientiert. Man ist damals davon ausgegangen, dass in Einrichtungen der Behindertenhilfe typischerweise vorrangig Leistungen zur Eingliederung von Behinderten erbracht werden. Für die Abgrenzung der Hilfearten Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege ist maßgebend auf die ärztlichen Prognosen abgestellt worden. Ausgehend von dieser formalen Abgrenzung hat man, wenn das Erfordernis der Eingliederung im Vordergrund steht, eine Zuständigkeit des Trägers der Eingliederungshilfe unter Einschluss der Pflegeleistungen und mit dem relativ geringfügigen Beitrag der Pflegeversicherung von seinerzeit 500 Deutsche Mark, das sind heute 266 Euro, für rechtmäßig gehalten. An dieser formalen Unterscheidung hat sich der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung der Leistungsvoraussetzungen im Rahmen des SGB XI orientiert und er hat deshalb Behinderte, bei denen die Notwendigkeit umfassender Pflege und nicht die Eingliederung im Vordergrund steht, auf die stationären Pflegeleistungen der Pflegeversicherung in zugelassenen Pflegeheimen verwiesen. Das ist eine sachlich gerechtfertigte Differenzierung. Man hat sich dabei auch mit dem Benachteiligungsverbot für behinderte Menschen in Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 Grundgesetz auseinandergesetzt. Zwischenzeitlich ist allerdings die UN-Behindertenrechtskonvention in Kraft getreten. Dazu gibt es ebenfalls eine aktuellere Aussage des Bundessozialgerichts vom 6. März 2012. Danach entspricht das UN-konventionsrechtliche Diskriminierungsverbot dem verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot behinderter Menschen und hat keinen sonstigen Regelungsgehalt. Soweit die frühere und bestehende Rechtsprechung. Was seinerzeit nicht

diskutiert wurde, weil man von formalen Abgrenzungsargumenten ausging, ist der Eigenanteil, der in der Eingliederungshilfe zu leisten ist, also die Bedürftigkeitsabhängigkeit der Eingliederungshilfe. Meines Erachtens ist bei der Frage des Gleichbehandlungsgrundsatzes nicht die unterschiedliche Leistungshöhe entscheidend. Es wird immer so getan, als würden hier Leistungen zur Bestreitung des Bedarfs für die allgemeine Lebensführung gewährt werden. Das ist nicht der Fall. Die Pflegeversicherung soll die zusätzliche Kostenbelastung beim Pflegebedürftigen mindern und ihn davon entlasten. Wenn aber keine Kosten entstehen, kann auch kein Gleichheitsverstoß vorliegen. Wir haben bei den Leistungen der Eingliederungshilfe nur in einem sehr begrenzten Umfang eine Kostenbeteiligung der Betroffenen bzw. ihrer Angehörigen. Es gibt neueste Erkenntnisse, wonach es 1,1 Prozent Selbstzahler gibt und davon ist nur die Hälfte pflegebedürftig. Bei den Kostenbeteiligungspflichten ist die Größenordnung ähnlich, d. h. sie liegt bei 2 Prozent, wobei nie festgestellt worden ist, woher diese Kostenbelastung kommt. Um einen Gleichheitsverstoß zu begründen, müsste es sich um eine Kostenbelastung aufgrund der pflegerischen Betreuung handeln. Das ist bislang nicht festgestellt worden. Ich würde dazu raten, die Inanspruchnahme durch behinderte Menschen in Pflegeeinrichtungen zu begrenzen. Beim Beitrag für Aufwendungen im Hinblick auf die stationäre Unterbringung ist das meines Erachtens sachlich gerechtfertigt, weil in der stationären Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen der Eigenanteil relativ gut zu erforschen ist. Er ist in den einzelnen Pflegeheimen einheitlich. Nur soweit der behinderte Mensch in einer Eingliederungshilfeeinrichtung für die pflegerische Versorgung einen höheren Eigenanteil erbringen muss, wäre es nicht zu rechtfertigen, wenn man das Ganze unter dem Aspekt der Gleichbehandlung noch einmal materiell rechtlich durchdenkt, ihn mit höheren Kosten zu belasten. Bei der Neuregelung des § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI, an den der § 143a Satz 3 SGB XI anknüpft, habe ich gewisse Bedenken, soweit dort nur darauf abgestellt wird, dass es sich um Räumlichkeiten handelt, auf die das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz anzuwenden ist. Dort geht es darum, dass diese Anwendung immer dann eingreift, wenn der Vermieter einer Wohnung und der Erbringer von Eingliederungsleistungen identisch ist. Das wäre mir sachlich nicht unbedingt ausreichend, um



eine Differenzierung vorzunehmen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich frage Herrn Prof. Dr. Rothgang. Welche finanziellen Auswirkungen hätte die Streichung der Pauschale im § 43a SGB XI?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Dazu haben wir im Rahmen des Beiratsprozesses im Jahre 2008 eine kleine Studie durchgeführt, die 2013 aktualisiert worden ist, so dass wir jetzt über ordentliche Zahlen verfügen. Wenn § 43a SGB XI unverändert bleibt, werden aufgrund des neuen Begutachtungsassessments des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs etwa 70 000 Personen Leistungen nach § 43a SGB XI beziehen, die diese vorher nicht erhalten haben. Daraus resultieren 200 Mio. Euro an zusätzlichen Ausgaben der Pflegeversicherung, die zu einer direkten Entlastung der Sozialhilfeträger führen, die jetzt schon im Gesetz verankert sind. Wenn wir darüber hinausgehen und den § 43a SGB XI streichen und allen pflegebedürftigen Bewohnern in Einrichtungen der Behindertenhilfe die vollen Leistungen des § 36 SGB XI zubilligen würden, resultierten daraus weitere Mehrausgaben in Höhe von ca. 1,2 Mrd. Euro.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Herr Prof. Dr. Rothgang, Sie sind gerade auf die 70 000 zusätzlichen Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung eingegangen. Diese umfassen aber nicht den Personenkreis, der mit der Ausweitung der § 43a-Leistungen auf den Bereich des ambulanten betreuten Wohnens gemeint ist. Welche zusätzlichen Kosten würden entstehen, wenn man diese vorgesehene Ausweitung auf den Bereich des ambulanten betreuten Wohnens vornehmen würde?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Ich bin mir nicht sicher, ob ich mich gerade richtig ausgedrückt habe. Wir haben verschiedene Personengruppen: Zum einen diejenigen, die schon heute Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten und zum anderen die Personen, die ab dem 1. Januar 2017 Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten werden. Für diese letzte Gruppe betragen die Mehrausgaben 200 Mio. Euro. Der Betrag von 1,2 Mrd. Euro bezog sich auf beide Gruppen. Die, die heute schon Leistungen erhalten und diejenigen, die in Zukunft Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe erhalten werden. Wir hätten insgesamt Mehrausgaben von

1,4 Mrd. Euro, wenn wir den § 43a SGB XI abschaffen würden. Bei den neuen Wohnformen sind die Erkenntnisse noch nicht verfestigt und ich scheue mich, belastbare Zahlen zu nennen. Ich glaube aber, dass die Belastungen angesichts der derzeitigen Inanspruchnahme überschaubar sind.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den Hochschulverband Gesundheitsberufe und an den Wissenschaftsrat. Wie bewerten Sie die vorgesehene Verlängerung der Modelversuche zur akademischen Ausbildung in den vier Gesundheitsberufen um fünf Jahre bis zum Jahr 2022 vor dem Hintergrund der bereits vorliegenden Evaluation sowie im Hinblick auf die zu erwartenden neuen Erkenntnisse?

SVE **Prof. Dr. Norina B. Lauer** (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (HVG)): Wir vertreten 30 Hochschulen mit therapeutischen Studiengängen sowie therapeutische Berufsverbände und Fachschulverbände. Es liegt ein ausführliches Evaluationsergebnis auf der Basis eines umfangreichen Kriterienkatalogs des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) von 25 Modellstudiengängen vor. Das BMG kommt zu einer sehr positiven Gesamtbilanz. Ich zitiere: „... dass es dauerhaft wünschenswert und machbar ist, primärqualifizierende Studiengänge für die vier beteiligten Berufsgruppen einzurichten.“ Daher ist es aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar, warum es im Sinne einer Gleichbehandlung gegenüber dem Pflege- und Hebammenwesen überhaupt zu einer entsprechenden Verlängerung für die Therapieberufe kommen soll und warum weitere Evaluationen gefordert sind. Der Bundesrat stimmt dem Gesagten inhaltlich zu, fordert aber eine Verlängerung von vier Jahren. Der HVG, die Deutsche Hochschulmedizin und der Medizinische Fakultätentag plädieren für die umgehende Übernahme der hochschulischen Ausbildung in den Regelbetrieb. Aus unserer Sicht sind weitere Evaluationen auch im Anschluss an die Übernahme möglich. Jede Verlängerung wäre für die Studiengänge und für die Studierenden sowie für die Entwicklung der Therapieberufe schädlich. Das heißt, eine Entscheidung hat in den nächsten Jahren und Jahrzehnten Auswirkung auf die Qualität der Gesundheitsversorgung im Therapiebereich. Zu den vom BMG gewünschten weiteren Evaluationen ist zu sagen, dass der langfristige Nutzen und die Kostenfolgenabschätzung Themen sind, mit



denen sich Kostenträger und Berufsverbände beschäftigen müssen. Kostenfolgenabschätzungen im Sinne einer Evaluation können Hochschulen nicht im gewünschten Maße bieten. Diese Themen waren weder im Pflegeberufereformgesetz noch bei den Regelungen zur Osteopathie, die heute ebenfalls Thema sind, gefordert. Im europäischen und nicht-europäischen Ausland handelt es sich im Therapiebereich ausschließlich um Regelstudiengänge. Das gilt auch für die Evaluation der Auswirkungen auf Schülerinnen und Schüler mit mittlerem Bildungsabschluss. Bei einer sofortigen Übernahme in den Regelbetrieb bleiben zunächst die Fachschulen bestehen, so dass dieses Thema weiter untersucht werden kann. Wir empfehlen aber auch, sich nicht ausschließlich an Schulabschlüssen, sondern an den Erfordernissen des Gesundheitssystems zu orientieren. Wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasiertes Arbeiten, so sieht es auch die Medizin, müssen flächendeckend in die Versorgungspraxis umgesetzt werden. Hier wird eine Hochschulqualifikation benötigt.

Das Thema Teil- und Vollakademisierung lässt sich aus unserer Sicht nach der Übernahme in den Regelbetrieb beantworten. Generell haben wir insbesondere im Bereich Ergotherapie und Physiotherapie eine noch relativ geringe Akademisierungsquote. In der Logopädie ist die Akademisierung höher, weil es noch elf weitere, sprachtherapeutisch arbeitende Berufsgruppen gibt, die fast ausschließlich akademisiert sind. Das heißt, hier besteht die Chance, die Ausbildungslandschaft zu harmonisieren. Die Evaluation dualer Studiengänge ist anders beschrieben. Dual heißt eigentlich ausbildungsbegleitend. Das sehen wir als nicht erforderlich an. Die primärqualifizierenden Studiengänge wurden im Bericht positiv bewertet und werden sowohl vom BMG als auch vom Wissenschaftsrat gefordert. Daher sollten diese weiter ausgebaut werden. Aus diesen Gründen ist eine Verlängerung für die Therapieberufe ein großes Problem. Sollte es zu einer Verlängerung kommen, dann ist es wichtig, dass klar geregelt wird, dass die notwendigen Überarbeitungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen spätestens in der nächsten Legislaturperiode abgeschlossen sein müssen. Das Berufsgesetz zur Logopädie ist beispielsweise von 1980, also extrem alt. Für eine Verlängerung hat das BMG Empfehlungen für das, was in den Gesetzen verändert werden sollte, damit Lehre und Prüfung kompetenzorientiert sind, abgegeben. Hier sollte man

Neuerungen einfügen, die auch zu tatsächlichen Veränderungen führen. Momentan ist das im Gesetzesvorschlag nicht enthalten.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an den Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten und an den Verband der Osteopathen Deutschland. Halten Sie die vorgesehene Aufnahme der Osteopathie in die Ausbildung der Physiotherapeuten sowohl im Hinblick auf Rechtsfragen als auch im Hinblick auf den Umfang von 60 Stunden für ausreichend, um die vom Oberlandesgericht Düsseldorf vorgenommene Beschränkung der Leistungserbringung auf Ärzte und Heilpraktiker rechtlich zu heilen?

SV **Ingo Werner** (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. (IFK)): Vielen Dank für die Frage, weil sich dadurch die Möglichkeit ergibt, die an dieser Stelle vorhandenen Missverständnisse auszuräumen. Die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten durchlaufen eine qualitativ und quantitativ sehr umfangreiche Ausbildung, in der viele Dinge der bekannten Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsvorschriften bereits enthalten sind. Das heißt, viele Bestandteile, die z. B. in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung im Bereich der Osteopathie Hessen enthalten sind, sind bereits Teil der physiotherapeutischen Ausbildung. Das ist das eine. Weil die Physiotherapeuten viele Leistungen erbringen, die Teil der osteopathischen Techniken sind, sind wir der Auffassung, dass es sachgerecht wäre, einen Schlussstrich zu ziehen und die Rechtsprechung des OLG Düsseldorf aufzugreifen. Damit würde man die Grundlage dafür schaffen, dass Physiotherapeuten osteopathische Leistungen erbringen können und nicht den Umweg z. B. über die Anerkennung als Heilpraktiker nehmen müssen. Davon ist die Frage einer entsprechenden Weiterbildung zu trennen. Wir haben im Bereich der Physiotherapie ein System von Ausbildung und Zertifikatsweiterbildungen. Zertifikatsweiterbildungen sind beispielsweise die Grundlage, bestimmte Leistungen gegenüber der GKV abrechnen zu können. Wir haben in vielen Bereichen bereits heute die Situation, z. B. bei der manuellen Therapie, dass eine Leistung Teil der Ausbildung ist, diese aber anschließend erst durch eine Zertifikatsweiterbildung gegenüber der GKV abrechnungsfähig wird. Insofern sind die 60 Stunden eine Möglichkeit, die rechtlichen Probleme, die durch die



Rechtsprechung des OLG Düsseldorf bestätigt wurden, auszuräumen. Die Frage ist, was passiert danach. Der IFK oder andere Einrichtungen bieten Weiterbildungen an, die einen wesentlich größeren Umfang beinhalten und künftig als Zertifikatsweiterbildung deklariert werden müssen.

SV Prof. Dr. Herbert Landau (Verband der Osteopathen Deutschland e. V. (VOD)): Ich war bis Sommer diesen Jahres Bundesverfassungsrichter am zweiten Senat und möchte in der anwaltlichen Vertretung des Verbandes der Osteopathen einige grundsätzliche Rechtsausführungen machen. Die Aus- und Fortbildung ist zwar eine gute Sache, dadurch darf aber ein Problem, das zu erheblichen Gesundheitsrisiken führen kann, nicht verdeckt oder verschleiert werden. Der Verband der Osteopathen hat verschiedene medizinische, medizinrechtliche und verfassungsrechtliche Gutachten vorgelegt. Ein Gutachten, z. B. das des Mediziners Prof. Resch vom Deutschen Institut für Gesundheitsforschung, schildert die Gefahren, die für Patienten entstehen, wenn Nicht-Osteopathen osteopathische Behandlungen ausführen. Wir haben zudem auf den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz von 2016 Bezug genommen. Darin wird gebeten zu prüfen, ob ein eigenständiges Berufsgesetz für Osteopathen erforderlich ist, um die Gefährdung der Gesundheit von Patienten abzuwenden. Ich möchte nicht alles wiederholen, da unsere Stellungnahme vorliegt. Die internationalen Standards der WHO verlangen eine enorm hohe Qualifikation für die Ausübung der Osteopathie als Heilkunde. Wird der Eindruck erweckt, andere Berufsgruppen seien ohne eine solch hohe Anforderungen erfüllende Ausbildung in der Lage, Osteopathie zu praktizieren, streut man Patienten und Bürgern Sand in die Augen. Es werden internationale Standards verletzt. Damit entstehen massive rechtliche und verfassungsrechtliche Probleme, die das Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf in seinem Urteil vom 8. September 2015 dargelegt hat. Dort heißt es u. a.: „Die Ausführung osteopathischer Behandlungen setzt medizinische Kenntnis voraus. Eine unsachgemäße Ausübung ist geeignet, gesundheitliche Schäden auszulösen.“ Hierfür, so dass OLG weiter, spreche schon, dass das Ausbildungs- und das Prüfungscurriculum einen zeitlich und inhaltlich erheblichen Aufwand erforderten. Es sei davon auszugehen, so dass OLG, dass dieser Aufwand gerade dem Zweck diene, Schäden von Patienten

abzuwenden.

Der Göttinger Medizinrechtler Prof. Strickhof führt in seinem Gutachten darüber hinausgehend aus, dass Osteopathie nicht auf Verordnung hin ausgeübt werden dürfe. Ich frage Sie, wie soll das auch anders sein, wenn der verordnende Arzt keine direkte Kontrolle über den Therapeuten hat und damit weder die Aufsicht noch die Haftung übernehmen kann, solange dieser Therapeut nicht in seiner Praxis eingegliedert ist und seiner dienstrechtlichen Direktionsbefugnis unterliegt. Ich will das verfassungsrechtliche Problem, das dahinter steht, nur kurz skizzieren. Es ist ein wirklich eminent wichtiges Problem, das dieser Änderungsantrag auslöst. Der Staat und Sie als Gesetzgeber haben Schutzpflichten. Mit diesem Änderungsantrag geschieht genau das Gegenteil von einer Wahrnehmung der Schutzpflichten. Die Patienten gelangen zu der irrigen Annahme, auch und gerade dann, wenn gesetzliche Krankenkassen die Kosten tragen, könne eine osteopathische Behandlung durch Nicht-Osteopathen lege artis ihre Leiden kurieren.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Es tut mir leid, dass ich Sie unterbreche, aber wir haben Ihre Stellungnahme und wir haben hier noch ein paar andere Fragestellungen. Wir haben uns mit Absicht von beiden Seiten berichten lassen.

SV Prof. Dr. Herbert Landau (Verband der Osteopathen Deutschland e. V. (VOD)): Ich nehme zur Kenntnis, dass Sie diese verfassungsrechtlichen Ausführungen nicht hören wollen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Wir stehen mit beiden Beinen auf dem Grundgesetz.

SV Prof. Dr. Herbert Landau (Verband der Osteopathen Deutschland e. V. (VOD)): Ja!

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Ich komme wieder zurück zu den Wohngruppen für Pflegebedürftige und die Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, Herrn Kiefer, und an den Medizinischen Dienst. Nach § 38a Absatz 1 Satz 2 SGB XI soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung prüfen, ob die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege in ausreichendem Umfang sichergestellt ist. Ist die Regelung so umsetzbar oder bedarf es hier weitere Anpassungen bzw. konkretisierender Vorgaben?



SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Die neue Prüfpflicht durch die Medizinischen Dienste dient dem Nachweis gegenüber den Pflegekassen, ob die Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege durch einen Pflegebedürftigen, der den Wohngruppenzuschlag bereits erhält, erforderlich ist. Wir sind zurzeit dabei, diese Rechtslage gemeinsam mit den Pflegekassen und den Medizinischen Diensten, so wie es vorgesehen ist, zu konkretisieren. Wir haben im Moment den Eindruck, dass eine rechtssichere Anspruchsprüfung möglich ist. Insofern glauben wir, dass diese gesetzliche Anpassung, die Sie erwägen oder die in der Frage mitschwingt, im Moment nicht erforderlich ist, weil alles darauf hindeutet, dass die geltenden Normen so umsetzbar sind. Wir empfehlen, die entsprechenden Erfahrungen zu sammeln und gegebenenfalls zu reagieren, wenn Probleme auftreten.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Wir sehen das auch so. Es geht aus unserer Sicht um eine leistungsrechtliche Klärung. Die wird jetzt herbeigeführt werden. In die Prozesse sind wir einbezogen. Wir sehen hier nicht die Notwendigkeit einer gesetzlich geregelten Prüfpflicht.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband, an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste und an die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Der Besitzstandsschutz für den für die Pflegebedürftigen zu tragenden Anteil an den pflegebedingten Aufwendungen in stationären Pflegeeinrichtungen bezieht sich auf die Differenz zwischen Dezember 2016 und Januar 2017. Sehen die Vereinbarungen ggf. weitere Erhöhungen des Pflegesatzes im Jahresverlauf vor, würden diese nicht mehr unter den Besitzstandsschutz fallen. Deshalb meine Fragen: Ist zu erwarten, dass im vollstationären Bereich zumindest im gewissen Umfang einrichtungsindividuelle Pflegesatzvereinbarungen erst nach dem 1. Januar 2017 wirksam werden oder, dass eine stufenweise Anhebung der Pflegesätze für 2017 vereinbart wird? Ist dahingehend die vorgesehene Regelung des Besitzstandsschutzes in § 141 Absatz 3 SGB XI ausreichend?

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Wir haben diese Regelung, die Sie angesprochen haben, so verstanden, dass der Besitzstand im Übergang von

dem heutigen System der Pflegeversicherung in das zukünftige System der Pflegeversicherung geregelt werden soll. Das ist wichtig, weil damit implizit schon gesagt ist, dass zukünftige Veränderungen der Belastung der Pflegebedürftigen, die aus ganz anderen Gründen resultieren können, damit nicht erfasst werden sollten. Wir haben uns die derzeitigen Verhandlungsstände angeschaut und gehen, ohne im Detail alles schwarz auf weiß auf dem Tisch zu haben, davon aus, dass weit über 90 Prozent, ich gehe von 96 bis 97 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen aus, zum 1. Januar 2017 entsprechende vertragliche Regelungen haben werden. Diese vertraglichen Regelungen sind dann auch hinsichtlich der Frage, wie hoch der einrichtungsindividuelle Eigenanteil ist, eindeutig und klar. Es gibt aus unserer Beobachtung zwei Grundmodelle. Das eine Grundmodell sieht so aus, dass die Vertragspartner alle im Jahr 2017 und mit der Umstellung verbundenen zusätzlichen Kostensteigerungen und damit Steigerungen auf die entsprechenden Pflegesätze eingepreist haben und dass zum 1. Januar 2017 die zusätzlichen Leistungen, die finanziert werden, in Kraft treten. Es gibt das zweite Modell, das bestimmte Leistungen, beispielsweise Kosten, die wegen der zusätzlichen Personalausstattung oder ähnlichem zum 1. Juli 2017 entstehen, noch kommen können und zu diesen Zeitpunkten vereinbart sind. Wir haben aber den Eindruck gewonnen, dass die Mehrzahl der Verträge zwischen Pflegekassen und Einrichtungen für das Jahr 2017 einen Mischpreis enthält. Dieser Mischpreis ist auch der Betrag, der die Differenz zwischen der Januar- und der Dezemberbelastung des Vorjahres bildet. Dieser einheitliche Betrag steht fest, so dass die Zahlung durch die Pflegekassen geleistet werden kann. Wir glauben, dass in der Mehrzahl der Fälle, weit über 90 Prozent, die Verträge so gebaut sind, dass die Intention des Gesetzgebers, einen Besitzstandsschutz zu gewährleisten, auch funktioniert. Alle anderen Vorgehensweisen wären, auch aus verwaltungsökonomischen Gründen des permanenten Nachrechnens, nicht vernünftig. Hier gibt es objektiv keine Notwendigkeit, nach zu justieren.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Die Rechtslage war bei den Verhandlungen bekannt. Das muss man vorweg schicken. Wir halten das für eine sehr großzügige Regelung für pflegebedürftige Menschen, die



sie tatsächlich von einigen Kosten entlastet. Man muss sehen, dass die nächste Erhöhung komplett zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen geht. Dadurch steigen nicht die Sachleistungsbeträge. Insofern ist es richtig, auf den Eigenanteil der Versicherten zu schauen. Die meisten Bundesländer haben das so geregelt, dass es im Jahr 2017 und bis ins Jahr 2018 keine weitere Erhöhung gibt und insofern der Bestandsschutz greift. Es gibt trotzdem in fast einem Drittel der Bundesländer die Option, dass in 2017 nach relativ kurzer Zeit neue Entgeltvereinbarungen für einzelne Einrichtungen beschlossen werden können. Wir finden es nicht besonders klug, das so zu machen, aber im Land wurde darauf geachtet, die bisherigen Zeiträume unverändert zu lassen. Dem fällt der Bestandsschutz in Teilen zum Opfer. Den Versicherten wird man relativ schnell erklären müssen, dass zu Jahresbeginn eine Entlastung stattfindet. Wenige Monate später kommt die Aufgabe auf uns zu, gegebenenfalls erklären zu müssen, dass nun der volle Erhöhungsbetrag zu Lasten der Versicherten geht. Das war allen Beteiligten beim Abschluss dieser Vereinbarung bekannt, auch wenn ich das Aushebeln des Bestandsschutzes für nicht besonders klug halte.

SV Matthias Münning (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)): Wir haben zu dieser Frage in unserer Stellungnahme Position bezogen. Aus unserer Sicht sind die jetzigen Regelungen nicht verständlich. Ich habe den Sachverständigen Kiefer so verstanden, dass er erklärt hat, wie er diese Regelungen versteht, aber nicht, wie sie objektiv gemeint sind. Wir schlagen deshalb vor, zu diesem Punkt ein gesondertes Expertengespräch durchzuführen. Aus unserer Sicht ist nicht klar, wie sich das tatsächlich darstellen wird. Ich bin überrascht, dass hier die Auffassung besteht, man könne jetzt schon einschätzen, wie die Vertragslage bei sämtlichen davon betroffenen Trägern tatsächlich sein wird. Aus unserer Sicht ist das im Augenblick nicht einzuschätzen. Ich bleibe bei dem Vorschlag, das noch einmal gesondert zu untersuchen.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Prof. Dr. Greß. Eine stärkere Rolle der Kommunen in der Pflege muss zu einer besseren Versorgungsstruktur und mehr Pflegequalität führen. Sie

sagen, dass im Gesetzentwurf klare rechtliche Kompetenzen und eine hinreichende finanzielle Ausstattung für eine Stärkung der kommunalen Steuerungskompetenz fehlen. Welche rechtlichen Kompetenzen und finanziellen Rahmenbedingungen halten Sie für erforderlich?

ESV Prof Dr. Stefan Greß: Grundsätzlich halte ich die Stärkung einer kommunalen Steuerungsstruktur für einen Schritt in die richtige Richtung. Pflege findet vor Ort statt, im Quartier und im Sozialraum. Dieser Gesetzentwurf ist ein erster Schritt. Meine Einschätzung ist, dass es den Kommunen mit den vorgesehenen Regelungen sehr schwer fallen wird, diesen Schritt tatsächlich zu gehen. Das liegt an den rechtlichen Vorgaben aber auch an den finanziellen Rahmenbedingungen. Die Kommunen sollen als ein zusätzlicher Akteur in das Geflecht der gemeinsamen Selbstverwaltung der Vertragspartner eingeordnet werden. Das ist aus meiner Sicht nur unvollkommen gelungen. Ein Beispiel: Die Beteiligung bei der sektorenübergreifenden Planung der Pflegeinfrastruktur hat lediglich einen empfehlenden Charakter. Das heißt, andere Akteure, insbesondere Pflegekassen, haben weiterhin Vorrang. Die finanzielle Ausstattung der Kommunen bei den schon angesprochenen Modellprojekten ist aus meiner Sicht sehr unklar geregelt. Wie die Kommunen zusätzliche Räumlichkeiten, zusätzliches Personal und zusätzliche Qualifizierung für das entsprechende Personal finanzieren sollen, ist nicht eindeutig geregelt. Die Finanzierungsverantwortung ist unklar. Ich prognostiziere langwierige Auseinandersetzung mit den Pflegekassen über die jeweiligen Finanzierungsanteile. Das ist aus Sicht der Pflegekassen auch nachvollziehbar, weil sich diese Aufgaben für die Kommunen bei der Beratung und Planung der Infrastruktur aus meiner Sicht auch als Bestandteil der staatlichen Daseinsvorsorge interpretieren lassen und dann aus Steuermitteln finanziert werden müssten. Das könnten die Kommunen tun, wenn die Träger der Eingliederungshilfe bei der schon angesprochenen Finanzierung von Leistungen nach § 43a SGB XI entlastet werden würden. Das ist aus meiner Sicht im Übrigen kein Verschiebeparkplatz. Wenn die Kommunen an dieser Stelle entlastet werden würden, wäre das eine sachgerechte Finanzierung, insbesondere aus Gleichbehandlungsgründen. Ich bin kein Jurist, auch kein Verfassungsjurist und betrachte das aus



einer ökonomischen Warte und aus Gleichbehandlungsgründen. Das würde bedeuten, dass die Pflegeversicherung zusätzlich belastet werden würde. Prof. Dr. Rothgang hat die Summen genannt. Sie liegen zwischen 200 Mio. und 1,2 Mrd. Euro. Das wirft einen Schatten auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung der Pflegeversicherung und deutet darauf hin, dass wir in der Pflege, genauso wie in der Krankenversicherung, langfristig nicht um eine Bürgerversicherung herumkommen werden.

Der **Vorsitzende**: Ich freue mich, nun den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für die Pflege, Staatssekretär Karl Josef Laumann, zu begrüßen.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an Frau Dr. Fix von der Caritas. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird nach unserer Auffassung im SGB XII leistungsrechtlich nicht vollumfänglich dem SGB XI nachgebildet. Dadurch können Bedarfslücken entstehen. In Ihrer Stellungnahme weisen Sie auf solche Lücken hin. Bitte legen Sie dar, worin diese im Einzelnen bestehen und welche Folgen das für die Menschen mit Pflegebedarf hat.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): In der Tat wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zwar eins zu eins vom SGB XI in das SGB XII übertragen, aber leistungsrechtlich ist das nicht der Fall. Hier bestehen einige Lücken, die ich nachfolgend aufzeigen möchte. So fehlt die Abbildung des Pflegegrades 1 im System der Hilfe zur Pflege vollständig. Das ist nicht hinnehmbar, weil der Pflegegrad 1, wenn auch in geringem Umfang, zu Leistungen im SGB XI berechtigt. Um ein Beispiel zu geben: Wenn Menschen in der ambulanten Hilfe im Pflegegrad 1 Betreuungsleistungen benötigen und 125 Euro aus der Pflegeversicherung erhalten, die Betreuungsleistungen aber im Monat 140 Euro kosten, dann entsteht eine Lücke von 15 Euro, die durch die Hilfe zur Pflege nicht gedeckt werden kann. Oder was passiert im vollstationären Bereich, wo wir auch Personen im Pflegegrad 1 haben, die auch Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten?

Des Weiteren sind auch die Hilfebedarfe unterhalb des Pflegegrades 1 nicht mehr gedeckt. Im bisherigen System der Hilfe zur Pflege sind sie umfänglich

gedeckt. Damit ist die Hilfe zur Pflege nicht mehr das unterste Auffangnetz. Wir haben auch das Problem, dass durch den Wegfall des Begriffs andere Verrichtungen auch andere Hilfeleistungen außerhalb der Pflegeversicherung nicht mehr im System der Hilfe zur Pflege abgedeckt sind. Das werden zwar wenige sein, darauf hatten wir hingewiesen, aber es gibt sie. Dazu gehören beispielsweise Notfalleinsätze, wenn jemand mit Weglauftendenzen bei Demenz wieder nach Hause gebracht werden muss.

Ein weiteres Problem stellen die nicht versicherten Personen dar. Hier haben wir seit Jahren das Problem, dass für die § 87b SGB XII-Kräfte der Vergütungszuschlag für die zusätzlichen Betreuungsleistungen nicht aus dem SGB XII erfolgen kann, weil im SGB XI diese Leistung von den Pflegekassen übernommen wird. So ist die Regelung auch in § 43b SGB XI neu übertragen worden. Nicht versicherte Personen haben keine Pflegekasse, die diesen Betrag für sie bezahlen könnte. Somit entsteht hier eine große Lücke. Wir haben das Problem bei nicht so vielen Betroffenen aber doch einer erklecklichen Anzahl. Zu den Beispielen gehören suchtkranke Menschen, die wohnungslos sind oder Menschen, die in den Einrichtungen der zentralen Wohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland leben und aus den Gebieten der ehemaligen Sowjetunion kommen, keine Vorversicherungszeiten aufweisen können und an die dieser Betrag deshalb nicht gezahlt werden kann. Des Weiteren ist für diese Personengruppe der nicht Versicherten bei der Überleitung nur der einfache statt der doppelte Stufensprung vorgesehen. Der gilt für alle Personen, die eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen. Gerade in den stationären Einrichtungen, wir haben das noch einmal eruiert, ist der Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz unter den Versicherten genauso hoch wie unter den nicht Versicherten. Er liegt bei 60 bis 70 Prozent, sodass also auch hier eine Lücke entsteht. Eine weitere Lücke entsteht bei den Personen der heutigen Pflegestufe 0, ohne eingeschränkte Alltagskompetenz, die in stationären Einrichtungen leben, natürlich auch im ambulanten Bereich, weil sie Hilfebedarfe oder psychische Problemlagen aufweisen, die zu Hause nicht abgedeckt werden können, weil niemand zur Betreuung da ist. Sie sind auf die Betreuung im Heim angewiesen und stabilisieren sich dadurch. Wir sind dem Bundesrat sehr dankbar, dass er eine Bestands- und Übergangsregelung vorschlägt,



wonach die Hilfe zur Pflege weiterhin übergangslos zum 1. Januar 2017 gewährt werden soll. Das muss sichergestellt sein. Im Grunde brauchen wir auch eine Regelung, wie mit Pflegestufe 0, ohne eingeschränkte Alltagskompetenz, in Zukunft umzugehen ist, da nicht alle diese Menschen nach einer Neueinstufung den Pflegegrad 1 erreichen werden, abgesehen davon, dass dieser im System der Hilfe zur Pflege nicht abgebildet ist.

Ein weiteres Problem stellt der Zuschlag für die Präsenzkkräfte nach § 38a SGB XI dar. Die Regelung in § 38a wurde bereits von der SPD angesprochen. Es ist in vielen Bundesländern ein großes Problem, dass bereits im bestehenden System der Wohngruppenzuschlag auf die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI angerechnet wird. Das ermöglicht den Menschen, die in ambulanten, betreuten Wohngruppen leben, nicht, diesen Vergütungszuschlag für die Präsenzkraft aufzubringen, respektive zu refinanzieren. Hier besteht seit Langem eine Lücke, die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf leider nicht geschlossen wird. Es bedrückt uns, dass erstmalig in der Hilfe zur Pflege ein Vorrang des Pflegegeldes vor der Pflegesachleistung vorgesehen wird. Wir haben im Sozialhilfesystem zu Recht die Regelung, dass der Sozialhilfeträger subsidiär darauf hinweisen muss oder darauf hinwirken soll, dass, wann immer es möglich ist, das Pflegegeld vor der Pflegesachleistung in Anspruch genommen wird. Das ist richtig. Bisher gab es aber keine Vorrangregelung. Diese erfordert es jetzt, dass die Betroffenen den Nachweis erbringen müssen, dass sie niemanden haben, der ihre Pflege bezahlt. Sie müssen lückenlos nachweisen, dass kein Nachbar oder keine ehrenamtliche Person das Pflegegeld in Empfang nehmen kann, um ihre Pflege sicherzustellen. Das schränkt das Wunsch- und Wahlrecht stark ein. Mir erschließt sich der Sinn dieser Regelung nicht, die auch mit Vorrang bezeichnet wird, da die Kombinationspflege, also die Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung nach § 64 Absatz 1 Satz 1 SGB XII weiterhin möglich ist. Darüber sind wir froh. Ich bitte den Gesetzgeber, dies noch einmal zu überdenken.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage betrifft die Schnittstelle Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen und richtet sich an den Paritätischen Wohlfahrtsverband. Alle Menschen mit Pflegebedarf brauchen soziale Teilhabe. Deshalb setzt sich der Paritätische

Wohlfahrtsverband für einen Vorrang der Leistung der Eingliederungshilfe vor der Hilfe zur Pflege ein. Unter welchen Voraussetzungen wäre die Regelaltersgrenze ein geeignetes Abgrenzungskriterium für die Schnittstelle zwischen Pflege und Eingliederungshilfe?

SVe **Claudia Scheytt** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Sie stellen Ihre Frage mit Blick auf die Vorstellung der Länder bei der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes. Meine Vorbemerkung an alle Anwesenden: Mit dem Pflegestärkungsgesetz III legen Sie die Grundlagen für die Schnittstelle Pflege und Eingliederungshilfe im zweiten großen Reformvorhaben, dem Bundesteilhabegesetz. Wir gehen davon aus, dass die Anhörung im Ausschuss für Arbeit und Soziales am 7. November 2016 stattfindet. Es ist uns noch einmal wichtig zu betonen, dass das, was Sie hier besprechen und festlegen, und zwar konkret diese Schnittstelle, Auswirkungen auf das Teilhabegesetz für Menschen mit Behinderungen haben wird. Der Paritätische Wohlfahrtsverband lehnt den Vorrang der Pflegehilfe nach SGB XII ab. Wir sagen auch, dass die Pflegeversicherungsleistungen, Frau Dr. Fix hat das bereits ausgeführt, gleichwertig erhalten bleiben müssen, d. h. die SGB XI-Leistungen gegenüber den Teilhabeleistungen, so wie es heute bereits im Gesetz steht. Ein Vorrang der Pflegehilfe nach SGB XII gegenüber den Eingliederungshilfen wird dazu führen, dass künftig viele Menschen mit Behinderung, weil die Pflegeversicherung eine Teilkaskoversicherung ist, in die Pflegehilfe verwiesen werden, weil die Sozialhilfeträger versuchen werden, sich auf Kosten der Pflege und der Pflegehilfe von den Eingliederungshilfeleistungen zu entlasten. Diese Bestrebung haben wir bereits heute. Viele Menschen im Bereich der Eingliederungshilfe klagen vor Gericht und erreichen zumeist erst in der zweiten Instanz, dass ihnen die Eingliederungshilfe vor der Pflegehilfe zugesprochen wird. Das ist die Situation.

Des Weiteren ist es für die Eingliederungshilfe im ambulanten Bereich problematisch, wenn die Qualitätsstandards der Pflegeversicherung greifen. Stellen Sie sich vor, Sie möchten ins Kino gehen, d. h. Sie möchten an der Teilhabe teilnehmen und man sagt Ihnen, Ihre Hilfen bestehen, so ist im Moment das System der Pflegeversicherung, aus täglich dreimal Unterstützung beim Toilettengang und



einmal täglich beim Duschen. Verbrauchen Sie zunächst diese Hilfe, dann sprechen wir über Teilhabe. Das wird die Situation sein, wenn die Pflegehilfe vor der Eingliederungshilfe und die Pflegeversicherung vor der Eingliederungshilfe greifen. Die Regelaltersgrenze kann eine Lösung darstellen. Allerdings werden, so wie der Bundesrat die Regelaltersgrenze vorschlägt, bestehende extreme Ungerechtigkeiten weitergeführt. Es wird weiterhin so sein, dass Menschen mit einem hohem Unterstützungsbedarf auf die Pflege verwiesen werden, da im Grunde die alte Regelung, das ist jetzt § 105 und war § 55 SGB XII, fortgeführt wird. Die Pflegekasse, die Leistungserbringer und die Sozialhilfeträger können entscheiden, ob die Pflege in einer Einrichtung noch sichergestellt wird. Sie können den Menschen mit Behinderung auf ein Pflegeheim verweisen. Deshalb darf es nicht so sein, wie es der Bundesrat vorschlägt, dass Menschen mit Behinderung unabhängig vom Alter in Einrichtungen der Pflege keine Eingliederungshilfeleistung mehr erhalten.

Wir haben diese Pflegeheime. Sie sind seit ihrer Einrichtung umstritten. Es wurde aber zumindest für junge Menschen mit Behinderung aufstockend Eingliederungshilfeleistung gewährt. Der Vorschlag des Bundesrates zur Altersgrenze könnte ein Kompromiss sein. Diesen aber damit zu verbinden, dass Menschen, die in einem Pflegeheim leben, unabhängig vom Alter, von Eingliederungshilfeleistungen ausgeschlossen werden, lehnen wir ab. Genauso müssen wir es ablehnen, dass Menschen, die die Regelaltersgrenze überschritten haben, künftig keinen Anspruch auf Eingliederungshilfeleistungen mehr haben sollen. Das kann nicht funktionieren.

Die Brailleschrift ist z. B. keine Leistung der Pflegeversicherung. Wenn ein 70-jähriger Mensch, der erblindet, die Brailleschrift lernen möchte, ist das im Moment nur über die Eingliederungshilfe möglich. Wenn die anderen Verrichtungen, Frau Dr. Fix hat es ausgeführt, eine so feste Bindungswirkung an die Pflegeversicherung haben, bestehen keine Möglichkeiten mehr, älteren Menschen mit Behinderung die entsprechenden Hilfen zukommen zu lassen.

Unsere Forderung lautet, die Pflegeversicherung bzw. § 13 SGB XI wieder in den Gleichrang zu bringen, so wie es heute im Gesetz der Fall ist. Auf keinen Fall darf der Vorrang der Pflegehilfen gegenüber den Eingliederungshilfeleistungen festgeschrieben werden. Dann könnte die Regelaltersgrenze eine Lösung sein. Unabhängig davon, ob

Menschen in einem Pflegeheim leben oder nicht, würde für diese, wenn sie jünger sind, der Vorrang der Eingliederungshilfe gelten. Ich will mit einem Beispiel untermauern, warum wir darauf so großen Wert legen. Stellen Sie sich vor, Sie sind 25 Jahre alt, haben einen Verkehrsunfall und werden in unseren hervorragenden Klinikum wiederhergestellt. Sie haben aber eine Hirnleistungsstörung und eine physische Einschränkung, z. B. eine Querschnittslähmung. Sie müssen das Krankenhaus auf Grund der DRG, hier im Gesundheitsausschuss beschlossen, relativ schnell verlassen und werden, weil Sie den Werteindex noch nicht erfüllen und deshalb noch nicht in die Reha gehen können, in ein Altenheim verlegt. In der Regel ist dies die sogenannte Kurzzeitpflege. Dann kommt der Medizinische Dienst der Pflegekasse und stellt fest, dass sich in ihrem Fall nicht viel ändern wird und beschließt die Unterbringung in einem Pflegeheim. Dann erhält dieser 25-jährige Mensch nie wieder Eingliederungshilfe. Das kann nicht ernsthaft gewollt sein.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Die nächste Frage geht an Herrn Matthias Vernaldi von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben. Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme von einer drohenden Unterversorgung. Können Sie dies bitte näher erläutern? Welchen Lösungsvorschlag haben Sie? Sie kritisieren eine Schlechterbehandlung der in eigener Häuslichkeit lebenden Leistungsberechtigten im künftigen SGB XII. Welche besonderen Nachteile entstehen für Menschen mit Behinderung und gleichzeitigem Pflegebedarf?

SV **Matthias Vernaldi** (Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e.V. (ISL)): Ich will zunächst als Betroffener betonen, dass ich zwar in der Hauptsache für Menschen mit Bedarf an persönlicher Assistenz spreche, dass sich diese Versorgungslücken aber auch auf andere Pflegebedürftige auswirken werden. Ich will die persönliche Assistenz in seiner Besonderheit kurz herausstellen, weil gern von Assistenz gesprochen wird, ohne zu wissen, was das Besondere gegenüber anderer Pflegearten ist. In der persönlichen Assistenz prägt derjenige, der die Hilfe bekommt, die Hilfe von sich aus, indem er bestimmt, wer bei ihm arbeitet, wie die Dienstpläne aussehen und was konkret getan und wie es getan wird. Persönliche Assistenz gibt es seit ungefähr 40 Jahren, ohne schon immer so geheißen zu haben. Sie findet sich in den Gesetzesbergen konkret



kaum wieder, obwohl sie oft zu großen Teilen aus der Hilfe zur Pflege finanziert wird. Wir haben uns hier auch an die §§ 61 ff, konkret § 61a SGB XII in der neuen Form fehlenden anderen Einrichtungen aufgehängt. Es gibt keine Öffnungsklausel mehr. Im Referentenentwurf war zumindest der § 63 a SGB XII noch in die Richtung der besonderen Bedarfe interpretierbar. Das wurde aus der Kabinettsvorlage herausgenommen. Andere Einrichtungen sind die Dinge, die in den Leistungskatalogen nicht aufgeführt werden. Davon haben wir bei der Assistenz, zumindest was die rechtliche Herleitung betrifft, immer gelebt. Wenn man es ernst nimmt, ist nicht einmal das morgendliche Duschen wirklich nach dem Expertenstandard zu erbringen, sondern so, wie es derjenige, der die Assistenz erhält, mag und anweist. Das ist oft etwas ganz anderes als der Expertenstandard.

Aber es gibt auch Dinge, die nie genannt werden. Ganz wichtig für Menschen wie mich ist die ständige Anwesenheit eines Assistenten für besondere Notfälle oder für die alltäglichen Problemlagen, die nicht planbar sind. Bei mir ist es z. B. so, dass ich beatmet werde und dass ich, wenn ich mich verschlucke oder einen Hustenanfall bekomme, in Lebensgefahr gerate, wenn nicht sofort ein von mir angelernter Assistent zur Stelle ist und die nötigen Handgriffe machen kann oder weniger dramatisch formuliert, meine Sitzhaltung verändert. Je nach Tagesform und je nachdem, was gerade anliegt, findet das fünf- bis achtmal in der Stunde statt. Es geht um Kleinigkeiten wie die Veränderung von Arm- und Beinhaltung und Ähnlichem. Wenn die nicht stattfinden, kann das zu Dekubitus, Herz- und Kreislauf- und auch zu Atemproblemen führen. Ich will gar nicht von den Dingen reden, die von manchen Pflegemanagern und Sozialpolitikern als Luxus bezeichnet werden, wie das Brille putzen, Speichel aus den Mundwinkeln wischen oder die Nase putzen. Diese Handhabungen korrelieren unmittelbar mit der Menschenwürde, finden in den Leistungskatalogen aber so nicht statt. Im Fall der Assistenz wäre es wichtig, dass die Betroffenen, obwohl sie oft hohe pflegerische Bedarfe haben, vollständig in die Eingliederungshilfe überführt würden. Bis dahin, und ich weiß nicht, ob wir jemals dahin kommen, es sieht nicht danach aus. Die Öffnungsklausel, um andere Einrichtungen wieder reinzubringen, muss auf jeden Fall drin bleiben. Es gibt keinen Katalog, auch wenn die Technokraten meinen, es gäbe ihn, der das wirkliche Leben mit

seinen Bedarfen abbildet. Wir hatten ein Bundesverfassungsurteil zum SGB II, zum Existenzminimum, nach dem diese Öffnungsklausel wieder aufgenommen werden musste. Also die Öffnungsklausel muss wieder rein. Das ist das Allerwichtigste, bevor hier Tatsachen geschaffen werden, die in der Wirklichkeit große Versorgungslücken auf tun werden.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an den Deutschen Frauenrat. Welche Konsequenzen hat die geplante Regelung im § 64 SGB XII, der die Kommunen verpflichtet, die Pflege im häuslichen Umfeld über das häusliche Pflegegeld sicherzustellen, für die pflegenden Angehörigen, die vor allem Frauen im bürgerschaftlichen Arrangement sind?

Sve **Hannelore Bulls** (Deutscher Frauenrat e. V. (DF)): Wir vertreten 56 verschiedene frauenpolitische Verbände und haben auch die Pflegegesetze immer aus der gleichstellungspolitischen Perspektive kommentiert. Wir kritisieren den § 64 SGB XII weil hier der Subsidiaritätsgrundsatz, mit dem die Pflege als erstes immer der Familie aufgebürdet wird, auf die Spitze getrieben wird. Es wird eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung nach Kassenlage durchgesetzt, um damit die Leistungen, insbesondere für das SGB XII, möglichst klein zu halten, indem man das niedrigere Pflegegeld nutzt. Man kann auch sagen, dass hier eine Hierarchie von Pflegefällen nach finanzieller Leistungsfähigkeit der Betroffenen eingeführt wird, die dazu führt, dass dieser Personenkreis nach der Pflegebedürftigkeitsprüfung von professionellen Pflegeleistungen ausgeschlossen werden kann. Das lehnen wir selbstverständlich ab. Bisher gab es eine Kann-Regelung. Nach der neuen Ausgestaltung müssen die Kommunen so verfahren. Davon sind zum einen die Pflegebedürftigen selbst betroffen, weil Frauen im Alter häufiger arm sind und eher in die Grundsicherung fallen würden. Es gibt dieses Risiko aber insbesondere für die Angehörigen. Hier wird das persönliche Risiko höher, weil die Übernahme einer häuslichen Pflege durch den Träger der kommunalen Sozialhilfe unfreiwillig aufgelastet wird. Wir wissen auch, dass Pflege gesundheitliche und persönliche Armutrisiken für pflegende Angehörige bedeutet. Davon sind insbesondere Frauen betroffen. Es ist aus pflegefachlicher Sicht falsch, Pflegebedürftige auf diese Weise von



professionellen Sachleistungen auszuschließen. Das können wir nicht hinnehmen. Sie sind möglicherweise von einer Tagespflege oder auch vom Bezug einer Wohngemeinschaft ausgeschlossen. Das müssen wir insgesamt ablehnen. Den Vorrang von Laienpflege für einen bestimmten und auch geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Personenkreis lehnen wir ebenfalls ab. Es ist aus Sicht der Frauen falsch, dass sie damit als Angehörige ihrer persönlichen Entscheidung enthoben werden, ob sie dieses übernehmen oder nicht. Wir können nicht unterstützen, dass wir auf diese Weise die Rolle der Frauen als Ersatzpflegedienst der Nation weiter ausbauen.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an ver.di. Herr Erdmeier, ver.di schätzt, dass eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung ohne eine Pflegevollversicherung nicht möglich ist. Welche Effekte hätte die Pflegevollversicherung für die Menschen mit Pflegebedarf und für die Kommunen? Welche weiteren Voraussetzungen sind kurzfristig zu sichern, damit neue Pflegeleistungen nicht nur finanziert, sondern auch real in hoher Qualität vorgehalten und erbracht werden können?

SV **Dietmar Erdmeier** (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Ver.di sieht ein grundlegendes Problem darin, dass die Pflegeversicherung keine Vollkosten- sondern eine Teilkostenversicherung ist. Hohe Eigenanteile der Pflegekosten verbleiben trotz aller Leistungsverbesserungen bei den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder sind vom Sozialhilfeträger zu finanzieren. Haushalte mit geringen Einkommen und niedrigen Renten tragen heute die Hauptlast der unterfinanzierten Pflegeversicherung. Die Vollversicherung würde die wachsenden Eigenanteile der Pflegekosten reduzieren, Einkommensverluste von pflegenden Angehörigen abfangen und langfristig Altersarmut vermeiden. Im Vollleistungssystem werden Pflegeleistungen als Sachleistung zudem an einheitliche Standards geknüpft. Die Vollversicherung kann maßgeblich zur Herstellung gleicher Lebensbedingungen Pflegebedürftiger beitragen. Als Vollversicherung könnte die soziale Pflegeversicherung maßgeblich zur Entwicklung der regionalen Beschäftigungspolitik, die an den Dienstleistungsbedarfen älterer Menschen, Privathaushalten und den stationären Einrichtungen ansetzt, beitragen. Ein bedarfsgerechtes Leistungsangebot ließe sich besser

am Sozialraum der Menschen orientieren und nicht zuletzt könnten deutlich mehr legale und sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse entstehen. Mit der Zunahme von pflegebedürftigen Menschen ist mit einer steigenden gesellschaftlichen Nachfrage nach Pflege- und Unterstützungsleistungen in alten Haushalten zu rechnen. Die Leistungen sozialer Dienste werden die Leistungsfähigkeit anderer Wirtschaftsbranchen positiv beeinflussen. Ver.di kann mit einem wissenschaftlichen Gutachten nachweisen, dass die Vollversicherung im Solidarsystem in Kombination mit der Bürgerversicherung finanzierbar ist.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich zunächst an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Rolf Hoberg. Es geht um die §§ 123 und 124 SGB XI, um die befristeten Modellvorhaben zur kommunalen Beratung. Inwieweit halten Sie diese für sinnvoll und ausreichend gestaltet? Welche Regelung sehen Sie als notwendig an, um die Rolle der Kommunen in der Gestaltung der Pflege vor Ort zu stärken?

ESV **Dr. Rolf Hoberg**: Liest man die Einleitung zum Gesetzentwurf, ist man erst einmal zufrieden und freut sich, dass die Problembeschreibung und die Lösung auf der Höhe der Zeit sind und man die Erfahrungen, die man in Skandinavien gewonnen hat, auch in Deutschland umsetzen möchte. Liest man aber das Kleingedruckte, entsteht ein völlig anderer Eindruck, so dass man davon ausgehen muss, dass hier eine jahrelange Blockade des Themas und ein Scheitern der Verknüpfungen von sozialer Pflegeversicherung in Kommunen vorprogrammiert werden. Lassen Sie mich das an acht Punkten deutlich machen. Erstens: Durch die Einschränkung der Modellkommunen auf die Pflegeberatung werden Chancen eines systematischen Case-Managements und einer Leistungszivilisierung z. B. durch das persönliche Budget systematisch nicht genutzt. Die Verfahrensvorschriften, das als zweiter Punkt, sind von Misstrauen geprägt. Es entsteht ein bürokratischer Aufwand für Antrag, Genehmigung, Nachweise und Entzug der Genehmigung gegenüber den Modellkommunen. Drittens: Die Bundesempfehlungen für die Modellkommunen sollen durch den Spitzenverband Pflege formuliert werden, der in seiner Stellungnahme ausdrücklich den gesamten Ansatz streichen möchte. Viertens: Von den 60 Kommunen müssen 50 Prozent ohne



Vorerfahrung sein. Damit wird das Scheitern des Wirkungsnachweises in der begrenzten Laufzeit wahrscheinlich. Fünftens: Die Vergabe der Evaluation wird wiederum in die Hände des Spitzenverbandes Pflege, der die Verknüpfung von Sozialversicherung und Kommunen nicht will, gelegt. Sechstens: Im Entwurf ist keine Anschlussfinanzierung für die Modellkommunen vorgesehen. Damit wird der Absturz ab dem Jahr 2025 vorprogrammiert. Siebtens: Die Laufzeit der Erprobungsregelung ist so angelegt, dass die Evaluation 2025 vorliegt. Damit würde erst 2027 wieder im Parlament über die Stärkung der Kommunen beraten. Achttens: Die nächste Gesetzesberatung zur Stärkung der Kommunen ist für das Jahr 2028 zu erwarten, mit einem Neustart ab 2030. Es bleibt die Hoffnung, dass die Politik erkennt, dass hier Etikett und Inhalt nicht ganz übereinstimmen und dass in der nächsten Legislaturperiode ein korrigierender Anlauf unternommen wird.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die Caritas. Viele Fragen sind schon beantwortet. Wir reden über Prävention und damit auch über das Thema Prävention von Pflegebedürftigkeit. Deswegen meine Frage: Inwieweit sehen Sie in dem jetzt vorliegenden Gesetzesentwurf den präventiven Hausbesuch ausreichend berücksichtigt? Wie bewerten Sie andere Maßnahmen, die die Pflegebedürftigkeit vermeiden und Verschlechterungen in Angriff nehmen können?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): In der Tat ist der Gesetzesentwurf bei den Modellvorhaben relativ starr. Es werden die Beratungskompetenzen nach §§ 7a bis c SGB XI etc. übertragen. Es wird aber kaum Raum für innovative Ansätze gegeben. Einen solchen innovativen Ansatz sehen wir, wir hatten schon in der Anhörung zum Präventionsgesetz darauf hingewiesen, im präventiven Hausbesuch. Das wäre eine vornehme Beratungsaufgabe für die Kommunen. Skandinavien wurde heute schon vom Kollegen Hoberg als Vorbild genannt. Der präventive Hausbesuch ist dort bestens erprobt. In Dänemark haben alle über 75-jährigen Personen einen Anspruch auf einen präventiven Hausbesuch. Er kann vermeiden, dass Pflegebedürftigkeit überhaupt eintritt, indem man frühzeitig eruiert, welche Hilfebedürftigkeit da ist. Es geht um Wohnumfeld verbessernde und um

psychosoziale Maßnahmen sowie darum, Vereinsamung und Verwahrlosung vorzubeugen. Der präventive Hausbesuch ist eine hervorragende Möglichkeit für die Kommunen, ihre Beratungstätigkeit auf eine Art und Weise ausüben, die genuin in ihrer Kompetenz liegt. Es wäre gut, wenn dieses Modell in den 60 Modellkommunen Berücksichtigung finden könnte.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Bundesverband Osteopathie. Wir hatten schon einiges zum Problem der Integration in die Physiotherapeutenausbildung gehört. Nach derzeitiger Erstattung osteopathischer Leistungen durch die Kassen sind bestimmte Qualitätskriterien zu erfüllen. Welcher Art sind diese Kriterien? Was würde sich ändern, wenn die jetzt vorgeschlagene Integration in die Physiotherapeutische Ausbildung stattfinden würde?

SV **Georg Schöner** (BVO - Bundesverband Osteopathie e. V.): Das einzige Kriterium der Erstattung ist derzeit mangels staatlicher Regelungen, ob der Therapeut in einem Berufsverband eintreten kann. Die Kassen sind allerdings in letzter Zeit dazu übergegangen, sich die Sichtweise unserer Verbände anzueignen und verlangen einen stärkeren Ausbildungs- und Stundennachweis. Dabei dauert die Ausbildung, und das ist Konsens in allen führenden Verbänden der Osteopathie und auch internationaler Standard, derzeit 1 350 Stunden. Wenn Änderungsantrag 33 angenommen wird, fehlt eine ganz erhebliche Anzahl von Stunden in der Grundausbildung. Ich kann mir nicht vorstellen, dass die Kassen auf Basis dieser Schmalspurausbildung weiterhin Erstattungen gewähren.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den Verbraucherzentrale Bundesverband. In den vorgesehenen Landespflegeausschüssen nach § 8a SGB XI ist die Interessenvertretung der Betroffenen bzw. der Verbraucherinnen und Verbrauchern vorgesehen. Halten Sie diese Regelung für ausreichend? Gilt das auch für die Angehörigen, die zum Teil in der Selbsthilfe organisiert sind aber in der Planung und in der Gestaltung berücksichtigt werden müssen? Wie sehen Sie die betroffenen Verbraucher und Angehörigen in den Landespflegeausschüssen berücksichtigt?



SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Ich habe mich sehr gewundert, dass man nun sogar auf die regionale Ebene hinunter geht und Pflegeausschüsse, die auch Empfehlungen abgeben, installieren will. Eine Frage ist, ob es reicht, an dieser Stelle bei den Empfehlungen zu bleiben. Direkt im Gesetzestext finden sich keine Hinweise darauf, dass auch Organisationen und Verbände der Interessenvertretung auf kommunaler Ebene unmittelbar ins Geschehen eingebunden werden. Das gilt im Übrigen auch für die sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse. Auch dazu findet sich im Gesetzestext kein Hinweis, dass diese Verbände der Interessenorganisation ein Wort mitreden können. Es gab schon einmal eine entsprechende Regelung im § 8a Absatz 1 SGB XI. Diese hat man bei der Ausführung und bei der Integration der Stimmen derjenigen Menschen, auf die es ankommt, nicht übernommen.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Stiftung Patientenschutz zum Thema Abrechnungsbetrug. Welchen Schutz würden Sie für Hinweisgeber oder Whistleblower für notwendig erachten, um solche Abrechnungsbetrugsfälle aufzudecken? Was würden Sie uns empfehlen, mit in das Gesetz aufzunehmen?

Sve Rieke Detering (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Wir glauben, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Bekämpfung des Pflegebetrugs nicht ausreichen. Wir brauchen bessere Anlaufstellen für Hinweisgeber. Die Kontrollen im ambulanten Bereich sind wegen des Grundrechts auf die Unverletzlichkeit der Wohnung schwierig. Es gibt bereits Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Wir glauben aber, dass weitere Anpassungen erforderlich sind, damit diese Stellen effektiver arbeiten können. Wir empfehlen eine Veröffentlichungspflicht der Berichte dieser Stellen, damit eine Abschreckungswirkung entfaltet wird und um eine öffentliche Debatte zu ermöglichen. Wir denken darüber hinaus, dass gesetzlich klargestellt werden sollte, dass alle Stellen verpflichtet sind, Möglichkeiten zu schaffen, um anonyme Hinweise abzugeben. Weiter sollte man darüber nachdenken, ob man nicht eine Straffreiheit bei einer Selbstanzeige einführen könnte, ähnlich dem Steuerrecht.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an ver.di. Welche Konsequenzen hat die Regelung aus dem Änderungsantrag 6, dass die Pflegekassen in stationären Einrichtungen auch die Aufwendungen für Unterkünfte und Verpflegung übernehmen, wenn der gewährte Leistungsbetrag aus der Pflegeversicherung die Aufwendungen für das Pflegepersonal in der Pflege übersteigen?

SV Dietmar Erdmeier (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Ver.di befürchtet, dass mit dieser Regelung negative Anreize geschaffen werden, die zu einem Unterbietungswettbewerb der stationären Einrichtung führen könnten. Dieser Unterbietungswettbewerb würde zu Lasten der Beschäftigten und somit der pflegebedürftigen Menschen gehen. Die wesentliche Stellschraube, um Kosten zu sparen, ist das Pflegepersonal bzw. das Personal insgesamt. Ver.di fordert Transparenz über die Pflegesatzverhandlung, insbesondere über die Höhe und Ausgestaltung der Pflegesätze, der Investitionskosten, der Zuschüsse und über das tatsächlich ausverhandelte und refinanzierte Personal. Vor allem Betriebs- und Personalräten muss ein gesetzliches Informationsrecht zugesprochen werden, damit sie ihrer Mitbestimmungsaufgabe besser gerecht werden können.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage den DGB. Wie bewerten Sie die im SGB XII geplante Regelung, dass Pflegegeld Vorrang gegenüber Pflegesachleistungen haben soll. Welche Folgen hat das vor allem für die pflegenden Angehörigen?

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Ich schließe mich an der Stelle dem Deutschen Frauenrat e. V. mit seiner Stellungnahme an.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Frau Dr. Vorholz, Sie haben unseren Antrag gelesen. Wir wollen eine Stärkung der Steuerungs- und Planungskompetenzen der Kommunen. Wie würde aus Ihrer Sicht die Rolle der Kommunen aussehen, wenn wir vor Ort tatsächlich eine sehr patienten-, wohnort- und bürgernahe Versorgung herstellen? Welche Kompetenzen würden Sie in erster Linie auf der Ebene des Deutschen Landkreistages oder auch des Städtetages sehen? Halten Sie die finanziellen Anreize, die es im Moment für



die Kommunen gibt, für ausreichend, um die kommunale Planung und Kooperation vor Ort zu verbessern?

SVe **Dr. Irene Vorholz** (Deutscher Landkreistag (DLK), Deutscher Städtetag (DST)): Sie fragen zunächst danach, was wir uns für eine stärkere Rolle der Kommunen in der Pflege insgesamt vorstellen würden. Hier würde ich die strukturelle und die individuelle Ebene unterscheiden. Auf struktureller Ebene teilen wir das, was Sie auch in ihrem Antrag genannt haben, mehr Steuerungs- und Planungskompetenz. Heute machen wir als Landkreise eine Kreispflegeplanung nach Landesrecht. Aber mit der passiert nichts. Sie entfaltet keine Wirkung. Ein Heim kann gebaut werden, auch wenn es nicht in der Kreispflegeplanung steht und umgekehrt. Da kann eine Einrichtung drin stehen, aber wenn es dafür keinen Anbieter gibt, entsteht das Heim nicht. Wir haben gerade auch im ländlichen Raum in dünn besiedelten Gebieten mittlerweile die Situation, dass es nicht mehr ausreichend Anbieter gibt. Es geht nicht nur um Überversorgung. Es geht mittlerweile auch um Unterversorgung. Das Hauptproblem ist, dass Wohnortnähe kommunal und auch aus Sicht der Betroffenen anders verstanden wird, als es die Pflegekassen verstehen, weil deren Zuschnitt wesentlich größer ist. Wir halten es deshalb für erforderlich, eine stärkere Steuerungs- und Planungskompetenz zu ermöglichen. Wenn es eine Kreispflegeplanung gibt, dann muss diese umgesetzt und von den Pflegekassen, die nach wie vor den Sicherstellungsauftrag haben, berücksichtigt werden. Auf der individuellen Ebene sagen wir, die Pflegeversicherung ist ein sehr wichtiger Partner. Sie erbringt wichtige Leistungen, aber das ist nur ein Baustein im Leben des Pflegebedürftigen. Dieser hat einen deutlich breiteren Bedarf und ein deutlich breiteres Portfolio. Da gibt es jede Menge kommunale Leistungen. Es muss ein stärkeres Fallmanagement aller Leistungen in kommunaler Verantwortung geben. Wenn Sie darauf abstellen, was im PSG III und was in den Modellkommunen enthalten ist, will ich vorweg schicken, dass dies auf einen Vorschlag der kommunalen Spitzenverbände zurückgeht. Weil wir das, was ich geschildert habe, für erforderlich halten, haben wir gesagt, es braucht eine deutlich stärkere Rolle der Kommunen, selbstverständlich finanziell abgesichert. Das ist eine wichtige Voraussetzung. Wir hätten uns durchaus einen wesentlich größeren Schritt vorstellen

können, sowohl was die Steuerungs- und Planungskompetenz, als auch die Modellkommunen betrifft. Nur ein kleiner Teil der Vorhaben findet sich im PSG III. 60 Modellkommunen sind nicht besonders viel. Es wäre auch flächendeckend möglich gewesen. Aber es muss auch gangbar und für die Praxis umsetzbar sein. Der jetzige Vorschlag ist so, als wäre er nicht wirklich gewollt. Man kann hinterher sagen, dass wir die Möglichkeit gehabt aber keinen Gebrauch davon gemacht haben. Deswegen ist es mir wichtig, schon jetzt zu sagen, dass wir das für einen wichtigen Bereich halten. Manche Landkreise und kreisfreie Städte würden wegen der starken Verantwortung für die Sozialhilfe mehr einsteigen. Dann brauchen wir Handwerkszeug, das umsetzbar ist. Da fand ich die Kritik des Einzelsachverständigen Dr. Hoberg sehr einprägsam. Dem möchte ich mich uneingeschränkt anschließen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Sind Sie mit der Bundesregierung der Meinung, dass die Mehrkosten für die Kommunen von rund 200 Mio. Euro im Jahr durch die Entlastungen, die im PSG II entstanden sind, ausgeglichen werden und wenn nein, warum nicht?

SV **Matthias Münning** (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)): In der Tat teilen wir die Auffassung der Bundesregierung nicht. Wir glauben nicht, dass ihre Kostenschätzung zutreffend ist. Da befinden wir uns in Übereinstimmung mit dem Bundesrat, der das noch einmal dargelegt hat. Das Hauptproblem besteht darin, dass wir über Personen sprechen, die heute noch niemand kennt. Das ist die Gruppe derjenigen, die jetzt leistungsberechtigt wird. Dazu gibt es keine sicheren und validen Erhebungen. Die Bundesregierung neigt dazu anzunehmen, dass das relativ wenige Menschen sind. Dafür gibt es aber keinen nachvollziehbaren Beleg. Es ist durchaus möglich, dass es deutlich mehr Personen sein werden. Dann ergeben sich andere Mehrbelastungen der Träger der Hilfe zur Pflege. Das ist die Grundsituation. Wir haben Verständnis dafür, dass man nicht von vornherein eine Kostenerstattungsregelung treffen kann, die das ausgleicht. Man muss bei dieser Grundproblematik überlegen, wie man mit der Situation umgehen will. Der von uns unterbreitete Vorschlag sieht vor, dass man zunächst die



Evaluationsklausel entsprechend ausgestaltet und dort festlegt, welche Wirkungen zu untersuchen sind. Sie müssen bei dem weiteren Vorgehen bedenken, dass es voraussichtlich mehrere Erklärungsansätze für die Kostensteigerung, wenn sie eintreten wird, geben wird. Weiter schlagen wir vor, eine Kostenausgleichsklausel aufzunehmen, die sicherstellt, dass die eintretenden Mehrkosten tatsächlich ausgeglichen werden. Die Gegenäußerung der Bundesregierung sagt deutlich, dass man keine Kostenausgleichsklausel einführen will, da die Kostenschätzung richtig sei und es kein Problem gebe. Wenn kein Problem besteht, dürfte diese Kostenausgleichsklausel ins Leere laufen. Wenn aber ein Problem besteht, würde die Ausgleichsklausel dazu führen, dass ein entsprechender Ausgleich im Gesamtstaatshaushalt vorgenommen würde. Wir glauben nicht, dass die Kostenschätzung der Bundesregierung wirklich zutreffend ist.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Sie beklagen in Ihrer Stellungnahme die Ungleichbehandlung im Gesetzentwurf. Welche Auswirkungen hat die Tatsache, dass die medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen bis heute nicht nach § 37 SGB V vergütet wird auf die Versorgungsqualität der Menschen mit Pflegebedarf?

SVe Rieke Detering (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Aus unserer Sicht besteht eine Ungleichbehandlung in der Versorgungsqualität. Wir denken, dass eine neue Regelung geschaffen werden sollte. Vorgesehen ist nur eine weitere Ausnahmeregelung, wonach intensivpflegebedürftige Menschen, die in Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe leben, künftig unter § 37 SGB V fallen sollen. Ehe man eine weitere Ausnahmeregelung schafft, halten wir es für sinnvoll, eine Neuregelung für alle, unabhängig vom Aufenthaltsort zu schaffen. Aus unserer Sicht gibt es dafür verschiedene Gründe. Wir glauben, dass sich die Versorgungsqualität für Menschen mit Pflegebedarf nicht verbessert. Im Besonderen stellen wir fest, dass in den Pflegeheimen das Geld fehlt, um eine gute medizinische Behandlungspflege durchführen zu können. Unsere Erfahrungen am bundesweiten Patientenschutztelefon zeigen beispielsweise, dass sich die Situation alter Menschen, die mit einem Dekubitus aus dem Kran-

kenhaus entlassen werden, in aller Regel im Pflegeheim nicht verbessert. Dafür fehlt das Geld in den Pflegeheimen. Das belegen auch die Zahlen. Im Jahr 2015 hat die GKV 5,25 Mrd. Euro für die häusliche Krankenpflege ausgegeben. Das ist eine Ausgabensteigerung um 170 Prozent in den vergangenen zehn Jahren. Für den Bereich der medizinischen Behandlungspflege schätzt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) die Kosten auf jährlich rund 2,3 Mrd. Euro. Im gleichen Zeitraum sind die stationären Leistungsbeträge in der Pflegeversicherung, über die die medizinische Behandlungspflege pauschal abgegolten wird, nur um vier bis zwölf Prozent gestiegen. Auch der Eigenanteil ist im gleichen Zeitraum nur um durchschnittlich 54 Prozent gestiegen, so dass selbst die Steigerung des Eigenanteils den Mehraufwand nicht abbilden kann. Für uns ist offensichtlich, dass die Qualität der medizinischen Behandlungspflege im Pflegeheim darunter leiden muss. Wir sehen deshalb eine zweifache Ungleichbehandlung. Die erste ist finanzieller Art, da diejenigen, die im Pflegeheim versorgt werden, die medizinische Behandlungspflege über ihren Eigenanteil erhalten, auf den die Versorgten im ambulanten Bereich einen Anspruch haben. Zweitens unterscheidet sich die Qualität der Versorgung. Wir haben als Deutsche Stiftung Patientenschutz ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben und gebeten zu prüfen, ob diese Ungleichbehandlung mit der Verfassung vereinbar ist. Prof. Dr. Höfling und Prof. Dr. Schäfer kommen zu dem Ergebnis, dass die Situation verfassungsrechtlich höchst bedenklich ist. Sie stellen in ihrem Gutachten fest, dass Sachgründe für die Ungleichbehandlung in der Gesetzgebungsgeschichte nicht zu finden sind. Deshalb bitten wir darum, den Anspruch auf medizinische Behandlungspflege in der stationären Versorgung systemgerecht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Bundesverband für Logopädie. Wie bewerten Sie die Regelung, dass der Unterricht künftig modularisiert und kompetenzorientiert gestaltet werden kann und die Modulprüfungen, die nicht früher als zwei Monate vor Ende der Studienzeit durchgeführt werden, mit Zustimmung der zuständigen Behörde den schriftlichen oder mündlichen Teil der staatlichen Prüfung ganz oder teilweise ersetzen können?



SV **Diedlinde Schrey-Dern** (Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)): Wir sind der Auffassung, dass das ein Übergangsschritt hin zu einer Hochschulqualifikation ist. Im Moment sieht es so aus, dass die Studierenden parallel zwei Prüfungen machen müssen. Das heißt auf der einen Seite die Prüfung zum staatlich anerkannten Logopäden und darüber hinaus den Abschluss im Rahmen der Modellversuche an der Universität. Wenn die beiden Ausbildungen für den Zeitpunkt des Übergangs stärker miteinander verzahnt werden, indem modulare Überprüfungen vorgesehen werden, die sowohl einen Anteil der nach geltendem Gesetz erforderlichen Prüfungen enthalten aber auch den Anforderungen einer Hochschulqualifikation entsprechen, so ist dies eine Vorbereitung für die grundständige hochschulische Qualifikation, die wir als Verband fordern und anstreben. Es handelt sich so um einen Zwischenschritt zur Revision des stark veralteten Berufsgesetzes von 1980.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Befürchten Sie eine Versorgungslücke, wenn der Abrechnungsbetrag z. B. bei Beatmungspatienten härter verfolgt und sanktioniert wird? Wenn ja, was könnten Maßnahmen sein, um eine solche Versorgungslücke zu vermeiden?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Gestatten Sie mir eine Vorbemerkung zu machen. Die Verknüpfung von Versorgungslücke und das Unterbinden von Abrechnungsbetrag muss man kritisch sehen. Wir haben gemeinsam die Verpflichtung und die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass Patientinnen und Patienten, die schwerwiegende Erkrankungen haben und deshalb im Bereich der häuslichen Krankenpflege massive Unterstützung brauchen, von qualifiziertem Personal versorgt werden. Ein Phänomen besteht darin, dass die Versorgung nicht gänzlich unterlassen wird, sondern dass sie durch Personen durchgeführt wird, die für derart anspruchsvolle und komplizierte Arten der Versorgung entweder überhaupt nicht qualifiziert und ausgebildet sind oder die nur für Bruchteile der Zeit zur Verfügung stehen, die sie eigentlich zur Verfügung stehen müssten. Wir sind uns einig, dass wir das mit den jetzt vorgesehenen Instrumenten gemeinsam unterbinden müssen. Es gibt aus unserer Datenlage keine Hinweise darauf, dass hier Versorgungslücken entstehen.

Abg. **Dr. Katja Leikert** (CDU/CSU): Aufgrund der kurzen Beantwortungszeit konnte vorhin die Frage zur osteopathischen Behandlung durch Physiotherapeuten nicht abschließend beantwortet werden. Ich möchte Prof. Landau bitten, zu der im Änderungsantrag vorgenommenen Regelung hinsichtlich der osteopathischen Ausbildungsinhalte für Physiotherapeuten Stellung zu nehmen und auch den Deutschen Verband für Physiotherapie um seine Meinung bitten.

SV **Prof. Dr. Herbert Landau** (Verband der Osteopathen Deutschland e. V. (VOD)): Sie sehen, wie umstritten die Sachlage zwischen den Verbänden ist. Es gibt Verbände, die den Antrag unterstützen aber 1 000 Ausbildungsstunden verlangen. Die osteopathischen Verbände verlangen 1 350 Stunden. Der Grund ist der Verdacht oder die Wahrscheinlichkeit, dass eine Gesundheitsgefährdung bei nicht hochqualifizierter osteopathischer Behandlung ausgelöst werden könnte. Es macht keinen Sinn dem auszuweichen, weil die Fachgerichte, wenn es Gesetz würde, über die Frage entscheiden werden. Wie das Oberlandesgericht Düsseldorf in einer Wettbewerbsstreitigkeit entschieden hätte, so können andere ordentliche Gerichte entscheiden, wenn konkretere Gefahren drohen. Insofern kommt man daran nicht vorbei. Dahinter steht das grundsätzliche Problem, dass Grundrechte nicht nur als Abwehrrechte verstanden werden, sondern das ist der Fortschritt der Dogmatik, als Teilhaberecht und auch als Schutzpflichtrecht. Die ergeben sich aus Artikel 2 Grundgesetz, dem Recht auf körperliche Unversehrtheit, dem Recht auf Leben und, wie es eben schon einmal anklang, dem Recht auf Menschenwürde und menschenwürdige Behandlung. Wenn es so ist, dass sich Schutzpflichten ergeben, und da gibt es eine reichhaltige Dogmatik, die mit dem 33. Band zu der Fachärztsentscheidung beginnt und bis zur Risikovorsorgeentscheidung im 128. Band, Seite 38 geht, wo sie nachlesen können, wie der Gesetzgeber die erste Gewalt und auch die Rechtsprechung angehalten werden, Schutzpflichten zu beachten. Natürlich hat der Gesetzgeber einen großen Ermessungs- und Gestaltungsspielraum, wie er seiner Verantwortung gerecht werden will. Auf der anderen Seite steht in der Abwägung die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts, der Schutzpflichtverletzung und die besondere Situation der Hilfebedürftigen und Schutzbedürftigen, bei denen wir es mit Patienten zu tun haben. Wenn



man das abwägt und noch hinzunimmt, dass Gesundheitsgefährdungen möglich sind, muss diese Abwägung dazu führen, dass der Änderungsantrag 33 ersatzlos zu streichen ist. Sie brauchen diesen Änderungsantrag für Ihr großes Vorhaben nicht. Er ist wirklich unnötig und Sie sollten sich stattdessen der Frage zuwenden, ob nicht ein Berufsgesetz für Osteopathen notwendig ist.

SVe **Andrea Rädlein** (Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK)): Wir erheben als Physiotherapeuten nicht den Anspruch, das Gleiche, was wir bisher an den Patienten an Leistungen erbringen, innerhalb von 60 Stunden zu erlernen. Wir begrüßen aber die Vorstellung, dass wir als Physiotherapeuten legitimiert werden, den Patienten zu behandeln. Die osteopathische Behandlung erfolgt derzeit zu 80 Prozent durch Physiotherapeuten und nicht nur durch Heilpraktiker. Wir reden hier erstmal von einer delegierbaren Leistung von Ärzten. Ich frage mich, wo hier die Gefährdung für den Patienten liegt. Im Zeitalter, wo wir Direktzugang und Substitutionen besprechen und Leistungen innerhalb von Modellvorhaben zukünftig selber und anders regeln werden, können wir nicht mehr von „Schaden zufügen“ sprechen. Wir werden eine anständige und gut fundierte Weiterbildung aufstellen, die rechtfertigt, dass Physiotherapeuten zukünftig auch osteopathische Techniken anwenden und abrechnen dürfen. Wir tun das mit vielen Bereichen, die wir in der Physiotherapie verinnerlicht haben, bereits jetzt. Der Physiotherapeut hat eine Grundausbildung von 4 500 Stunden. Es gibt eine Vielzahl von Physiotherapeuten, die bisher auch die 1 300 Stunden nach der hessischen Weiterbildungsordnung verrichtet haben. Die müssen die Chance haben, am Patienten zu arbeiten. Wir müssen überlegen, was hier parallel im System läuft und was Physiotherapeuten gewillt sind, noch an Leistungen oder an Kenntnissen hinzuzufügen. Ich glaube, dass es der richtige Schritt ist, dass Physiotherapeuten osteopathische Verfahren anwenden können.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage betrifft die Vergütung der Pflegekräfte, insofern geht meine Frage an den Deutschen Pflegerat. Nach der Einkommensstudie der Bundesregierung zu den Pflegekräften, die im Jahr 2015 gemacht wurde, zeigt sich, dass die Bezahlung in der Altenpflege deutlich unter der in der Krankenpflege liegt. Mich

würde interessieren, ob die gesetzlichen Vergütungsregelungen in der Altenpflege ausreichend sind, damit Betreiber privater Pflegeeinrichtungen ähnlich hohe Löhne für ihre Beschäftigten von den Kostenträgern refinanziert bekommen wie in der Krankenpflege.

SVe **Irmgard Menger** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR) Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen): Wir glauben, dass das Gesetz die Vergütung für die Pflegekräfte noch nicht ausreichend berücksichtigt. Unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG, nach der die tarifliche Bezahlung von den Kostenträgern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, wurde mit dem PSG I Tariflöhne für kirchlich gebundene Pflegeeinrichtungen gesetzlich verankert. Tarifverträge in der Altenpflege haben sich bislang durchgesetzt, allerdings nicht flächendeckend. In der Praxis zeigt sich, dass Kostenträger in den Vergütungsverhandlungen an die Tarife angelehnte Löhne als Entlohnung häufig nicht anerkennen und mit dem Hinweis fehlender Plausibilität ablehnen. Die gesetzlichen Regelungen reichen also nicht aus. Ein privater Einrichtungsträger kann mit seinen Mitarbeitern dann höhere Löhne für die Zukunft vereinbaren, wenn er diese über die mit dem Kostenträger vereinbarte Vergütung refinanzieren kann. Daher muss auch die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe vom Tariflohn bei nichttarifgebundenen Einrichtungen als wirtschaftlich anerkannt werden. Die tatsächliche Bezahlung der vereinbarten Löhne muss gemäß dem mit dem PSG I eingeführten Nachweisrecht von den Kostenträgern vorgelegt werden. Damit wurde verhindert, dass Renditen verdeckt zu Lasten der Löhne von Beschäftigten realisiert werden. Die Rahmenvertragsparteien müssen sich noch darüber verständigen, wie das Nachweisrecht im Detail aussehen soll. Da ist noch eine Gesetzeslücke zu schließen, damit wir von gleichen Löhnen für alle in der Altenpflege Tätige ausgehen können.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Zu diesem Komplex der Entlohnung möchte ich den AOK-Bundesverband fragen. Wir haben mit dem PSG I, das ist gerade schon gesagt worden, die Möglichkeit eingeräumt, dass Tariflöhne in den Verhandlungen als Wirtschaftlichkeitsfaktor berücksichtigt werden können. Hat sich diese Regelung aus Ihrer Sicht in der Praxis bewährt oder was müsste getan werden,



damit sie ihre Wirkung entfaltet? Was halten Sie davon, wenn wir diese Regelung auf Einrichtungen ausweiten, die zwar nicht tarifgebunden sind, aber mit Nachweispflicht Tariflöhne zahlen?

SV Martin Litsch (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Grundsätzlich sind wir der Auffassung, dass ein Arbeitsentgelt, das in Vergütungsverhandlungen vereinbart wird, auch beim Personal ankommt. Dafür sind die Regelungen da. Das PSG I hat hier einen wichtigen Schritt nach vorn gebracht. Nicht verständlich ist in dem Zusammenhang, dass nicht tarifgebundene Einrichtungen anders behandelt werden als tarifgebundene Einrichtungen. Das ist aus unserer Sicht keine Gleichbehandlung. Auch was die Nachweispflichten anbelangt, sind Unterschiede hier durchaus problematisch. Wir haben in Mecklenburg-Vorpommern Beispiele, wo wir als Kostenträger in Vergütungsverhandlungen mit nicht tarifgebundenen Leistungserbringern eine höhere Entlohnung vereinbaren oder vereinbaren wollen. Das wird aber gar nicht angenommen, weil damit Offenlegungspflichten verbunden wären. Deswegen glauben wir, dass es hier vernünftig wäre, Regelungen einzuführen, die dann auch dafür sorgen, dass sie angenommen werden. Wir haben Ähnliches auch im Krankenhausbereich.

Abg. Erwin Rüdgel (CDU/CSU): Ich hatte mir zwar eine andere Frage zurecht gelegt, aber nachdem wir uns jetzt darauf konzentrieren, wie eine Refinanzierung von ordentlicher Bezahlung in der Pflege realisiert werden kann und wir verschiedene Aspekte gehört haben, würde mich interessieren, wie das aus der Sicht des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste gesehen wird. Es geht darum, wie man ordentliche Mitarbeiter bezahlt und es hinbekommt, dass das von den Kostenträgern finanziert wird.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)): Ich will Ihnen aus der Schiedsstelle in Baden-Württemberg in der vorletzten oder letzten Woche berichten. Dort hat ein Träger gesagt, dass er nach Tarif zahlen will, um die Mitarbeiter halten zu können und bereit sei, das nachzuweisen. Der Träger habe seinen Mitarbeitern gegenüber erklärt, dass er das entsprechend ausschütete. Insofern sind die genannten Bedingungen erfüllt. Die Schiedsstelle hat erklärt, dass das eine nette Idee sei, aber sie sich nicht sicher sein könne

und deshalb gilt für den Träger der externe Vergleich. Er hätte eine Tarif- oder Entgeltsteigerung über zehn Prozent, so zwischen zwölf bis 13 Prozent, gebraucht. Er hat eine Steigerung von etwa fünf Prozent bekommen. Das heißt, er war faktisch nicht in der Lage, das zu machen. Das wurde von der Schiedsstelle so festgesetzt. Ansonsten muss man sich an dieser Stelle entscheiden, ob man künftig eine wettbewerbliche Ausrichtung haben möchte oder nicht. Wenn ich die Ausgabenseite weiter reglementieren möchte, werde ich irgendwann die Frage stellen müssen, wie ich das Unternehmertum fördere. Wer investiert dort noch? Im Moment investieren nicht die Kommunen, sondern die Betriebe. Die Betriebe haben dafür gesorgt, dass es ein breites Angebot und eine wettbewerbliche Ausrichtung gibt. Wir haben kein Problem damit, wenn wir in die Lage versetzt würden, ähnlich zu zahlen wie im Krankenhaus. Das würde unsere Situation deutlich verbessern. Dann müsste aber auch die Frage beantwortet werden, wer diese Mehrkosten tragen soll. Es gibt immer Vorschläge, die sagen, dass darf aber nicht bei den Versicherten ankommen. Das ist die Stelle, wo Sie gefragt sind. Wenn es bei den Versicherten und bei der Sozialhilfe nicht ankommen darf, müsste es komplett von der Pflegeversicherung bezahlt werden. Dort gibt es eine Lücke, wie diese Studie von Staatssekretär Laumann nachgewiesen hat. Wir halten eine wettbewerbliche Ausrichtung nach wie vor für richtig. Wir halten auch für erheblich, dass sich Wettbewerb unter anderem an den Preisen zeigt. Es ist nicht so, dass die Qualität deutliche Unterschiede in der Wahlmöglichkeit eröffnet.

Abg. Ute Bertram (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zu dem Bereich Landes- und regionale Pflegeausschüsse und frage den Deutschen Städtetag und den GKV-Spitzenverband. Zur Verbesserung des unmittelbaren Austausches über Versorgungsfragen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sollen künftig sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse etabliert werden können. Ergänzend sollen auch regionale Pflegeausschüsse eingerichtet werden können. Wie beurteilen Sie diese Maßnahme?

Sve Dr. Irene Vorholz (Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Städtetag (DST)): Wir haben erstmalig die sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse in der Bundesregelung. Wir haben in den Ländern schon jetzt Landespflegeausschüsse, die



unterschiedlich besetzt sind. Jetzt wird das aber auch im SGB XI geregelt. Das halten wir für richtig. Allerdings haben wir ein Fragezeichen bei der Besetzung, die im SGB XI vorgesehen ist, gemacht, weil uns dort wiederum der kommunale Part völlig fehlt. Es wäre möglich, dort aufzunehmen, dass auch die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene in den Landespflegeausschüssen beteiligt werden sollen, z. B. wegen der Diskussion über die stärkere Rolle der Kommunen in der Pflege, der Verantwortung für die Sozialhilfe und des breiten Spektrums der kommunalen Daseinsvorsorge. Es gibt eine sehr starke kommunale Verantwortung. Deswegen hat es uns verwundert, dass das in den sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen in der Regel, wie sie jetzt im SGB XI vorgesehen ist, nicht enthalten ist.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Es ist wichtig und gut, die Zusammenarbeit zwischen den Pflegekassen und den Ländern und Kommunen weiter zu verbessern. Insofern können wir auch das Missverständnis, das dem Einzelsachverständigen Dr. Hoberg unterlaufen ist, dass der GKV-Spitzenverband diese Zusammenarbeit nicht ausbauen will, nicht teilen und nutzen die Chance, dass hier klarzustellen. Wichtig ist aus unserer Sicht, dass diese Zusammenarbeit intensiviert wird und dass sie nach bestimmten Prinzipien und Spielregeln stattfindet. In unserer schriftlichen Stellungnahme haben wir insbesondere zwei Tatbestände kritisiert: Einerseits sehen wir das Risiko, dass sich durch die gesamten Regelungen das Problem des Verschiebens der Finanzverantwortung von den Kommunen in die Pflegekassen weiter verschärfen wird. Das ist ein Hauptkritikpunkt, auf den wir hinweisen. Das hat aber nichts damit zu tun, dass wir es im Grundsatz für sinnvoll halten, auf der inhaltlichen Ebene zusammenzuarbeiten. Der zweite Punkt, der im Rahmen dieser Anhörung sehr deutlich und nachvollziehbar dargestellt wurde, ist, das haben die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, die ich gerne als Kronzeugen aufrufe, deutlich gemacht, dass das Problem der Doppelstrukturen massiv besteht. Bei knappen Ressourcen und Defiziten in verschiedenen Bereichen in ein Modell zu gehen und dadurch gegebenenfalls Doppelstrukturen zu schaffen und dann zu meinen, dass in der Evaluation sinnvolle Erkenntnisse gewonnen werden können, möchte ich hinterfragen. Unser Ansatz ist eine stärkere

Zusammenarbeit, wobei jeder das macht, wozu er verpflichtet ist. Die Verpflichtung der Pflegekassen besteht im Wesentlichen darin, den Betroffenen die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in vernünftiger, nachvollziehbarer Weise zugutekommen zu lassen und sie bei der Leistungsanspruchnahme in ihrer Lebenssituation zu beraten und zu unterstützen. Wir sind uns einig, dass die Länder und Kommunen eine Gesamtverantwortung insbesondere für die Existenz und Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur in der Fläche haben. Das alles muss zusammenwirken. Deshalb macht es Sinn, stärker miteinander zu kooperieren. Eine letzte Anmerkung als Replik auf die Sachverständige Frau Dr. Vorholz. Es ist richtig, dass die Pflegeversicherung als einziger Sozialversicherungszweig seit der Gründung bis heute ohne überbordende Planungsinstrumentarien ausgestattet ist. Ich habe den Eindruck, dass die Art der Versorgung überhaupt nicht kritikwürdig ist. Der Ruf nach noch mehr staatlicher Planung lässt, mit Blick auf die Erfahrungen, die wir bei der Planungsverantwortung für die stationäre Akutbehandlung durch die Länder machen mussten, bei uns nicht gerade Freude aufkommen.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Ich darf mich den sogenannten fachfremden Änderungsanträgen und insbesondere der Änderung des Heilpraktikergesetzes zuwenden. Meine Frage geht an Die Deutschen Heilpraktikerverbände. Künftig soll eine Heilpraktikererlaubnis nicht erteilt werden, wenn sich bei der Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten der Antragsteller ergibt, dass die Ausübung der Heilkunde durch die Antragsteller eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung oder für die Patienten bedeuten würde. Halten Sie diese Regelung für wirksam, um dem Patientenschutz gerecht zu werden? Wen sehen Sie hinsichtlich der Überprüfung der Qualität der erbrachten Leistungen in der Pflicht?

SV Christian Wilms (Die Deutschen Heilpraktikerverbände (DDH)): Die Überprüfung, ob eine Gefahr für die Volksgesundheit besteht, gibt es bereits. Allerdings sind die Leitlinien für die Heilpraktikerüberprüfung, die 1992 eingeführt wurden, ein Vorschlag an die Länder gewesen und deshalb derzeit Ländersache. Das heißt, sie werden unterschiedlich ausgelegt. Wenn ich den Vorschlag im Anhang des PSG III richtig verstanden habe, sollen



diese Leitlinien überarbeitet und verbindlich ins Heilpraktikergesetz aufgenommen werden. Sie werden Bundesgesetz und somit in ganz Deutschland gleich angewendet. Das halten wir Heilpraktikerverbände für sinnvoll. Wir haben bereits 1992, als die Leitlinien entwickelt wurden, bzw. im Vorfeld dafür plädiert, dass die Leitlinien in der ganzen Bundesrepublik einheitlich sind. Wir selbst halten diesen Vorschlag nicht nur für gut, sondern auch für ausreichend.

Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die PKV und die GKV. Wie beurteilen Sie die zur Schaffung gleichwertiger Lebensbedingungen vorgeschlagenen Maßnahmen der Fraktion DIE LINKE.?

SV **Andreas Besche** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Es sind umfangreiche Vorschläge durch die Fraktion DIE LINKE. formuliert worden. Ich sehe wenig, was in diesen Vorschlägen, es sind allein acht zu diesem Punkt, geeignet oder erforderlich ist, um die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse sicherzustellen oder zu beeinflussen. Damit will ich nicht gesagt haben, dass im Augenblick eine Ungleichwertigkeit besteht oder dass es dieses Problem gibt und es gelöst werden muss. Natürlich muss durch die Hilfe zur Pflege sichergestellt werden, dass jeder in unserem Land, der Pflege benötigt, diese Pflege auch erhält. Ob die vorgeschlagenen Maßnahmen geeignet sind oder hinter dem, was notwendig ist, zurückbleiben, möchte ich als PKV, wir sind für die Pflegeversicherung und nicht für die Sozialhilfe zuständig, nicht beurteilen. Transparenz ist grundsätzlich zu begrüßen. Wir haben bereits sehr viel Transparenz in den Portalen der Kassen. Auch in unserem Portal werden die Pflegesätze oder die Investitionskostenzuschläge abgebildet. Ob die Pflegekommission überhaupt einen erhöhten Pflegeaufwand auf Grund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs feststellen wird, ist mir nicht bekannt und dazu liegen mir auch keine Erkenntnisse vor.

Der **Vorsitzende**: Wir haben eine Minute der Fragezeit überzogen. Den GKV-Spitzenverband können wir leider nicht mehr hören, Herr Rüdgel.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Ich greife eine Frage zur Altersgrenze auf, von der wir uns thematisch ein bisschen entfernt haben, die uns aber

wichtig ist. Die Frage geht an die BAG SELBSTHILFE und die Deutsche Alzheimer Gesellschaft und dreht sich um die Altersgrenze bei der Regelung der Schnittstelle Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe. Entspricht dieses Instrument einer Lösung, die Klarheit schafft oder schafft eine solche Regelung neue Probleme und ist eventuell sogar ein Tatbestand der Altersdiskriminierung?

Sve **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Diese Lösung schafft sicher mehr Klarheit als die Lösung im Kabinettsentwurf. Gleichzeitig schafft sie aber neue Abgrenzungsprobleme. Wir halten die Regelung auf der einen Seite für einige Menschen für gut geeignet. Auf der anderen Seite ist sie für Menschen, die das 65. Lebensjahr überschritten haben und dann eine Behinderung erleiden, mit Einschränkungen verbunden. Sie ist insoweit als Altersdiskriminierung anzusehen. Deshalb würden wir uns dafür aussprechen, die Gleichrangigkeit aufrechtzuerhalten. Welches Leistungssystem dann führend sein wird, ist eine andere Frage. Wir würden uns wünschen, dass auch Menschen jenseits des 65. Lebensjahres einen Anspruch auf Teilhabeleistungen haben.

Sve **Bärbel Schönhof** (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DALZG)): Wir lehnen die Regelung der Einführung einer solchen Altersgrenze ab. Wir sehen hier eindeutig eine Diskriminierung im Alter. Wir verweisen darauf, dass die UN-Behindertenrechtskonvention eine solche Altersgrenze nicht kennt. Deshalb könnte eine solche gesetzliche Regelung in Deutschland vermutlich gekippt werden. Wir sehen nicht, dass hier die Schnittstellenproblematik durch eine Altersgrenze entschärft oder gelöst werden kann. Wie meine Vorrednerin schon angemerkt hat, gibt es häufig die Situation, dass ältere Menschen im hohen Alter Behinderungen und somit eine Diskriminierung erleiden.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich komme, nachdem es einige kritische Stimmen gab, auf die Rolle der Kommunen und die Modellvorhaben zu sprechen. Meine Frage richtet sich an die BAGSO, an den Pflegerat und an die Verbraucherzentrale. Sagen Sie mir bitte, wie Sie die Freiheit für sozialräumliche Planung vor Ort ausgestalten wollen und ob diese unweigerlich zu Doppelstrukturen führen



wird und ob die Zeitschiene ernst zu nehmen ist. Ich glaube, dass mit den Modellvorhaben eine große Chance besteht, die Infrastruktur sehr viel stärker auf der Kommunen auszurichten.

SV Rudolf Herweck (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO)): Die BAGSO findet es erfreulich, dass versucht wird, die Rolle der Kommunen zu stärken. Es wird versucht, das Papier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe abzuarbeiten, das meines Erachtens relativ zurückhaltend war. Da hätte man sich mehr wünschen können. Wenn man die kommunale Rolle stärken will, muss man überlegen, wo die Stellschrauben für die Kommunen sind oder wo man sie sich wünschen würde. Da stellt sich für mich die Frage, an welchen Gesetzen man das festmachen müsste. Beim SGB XI müsste es so sein, wenn es Pflegeplanungen gibt, müssten die Kommunen in die Lage versetzt werden, diese Pflegeplanung durchzusetzen. Sei es positiv, dass sie im Notfall selber in Aktion treten und Strukturen aufbauen. Wenn die Pflegeplanungen nicht in die Planung passen, müssen sie ein Recht haben zu sagen, dass das nicht in Betracht kommt. Man müsste im SGB XI ein Recht der Kommunen statuieren, dass diese ablehnen können, wenn sie Überversorgung befürchten. Man müsste dies dann auch auf das SGB V ausweiten, also etwa für die Frage von Facharztsitzen oder von Krankenhausplanungen. Dort müsste man den Kommunen viel mehr Rechte einräumen. Das Ganze müsste auch finanziell flankiert werden und die Finanzverfassung muss vorsehen, dass die Kommunen besser ausgestattet würden. Daneben müsste den Kommunen Fachpersonal zur Verfügung gestellt werden, so dass sie ihre Struktur entsprechend einrichten könnten. Mit dieser relativen Engführung im Modellprogramm auf Beratung kommen wir nicht viel weiter. Wir brauchen gesetzliche Änderungen, die die Kommunen in ihrer Rolle stärken.

Sve Irmgard Menger (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR) Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen): Die Aufgaben besonders durch Pflegefachpersonal müssen erweitert werden. Wir sehen z. B. Beratungsleistung, die man in Modellprojekten einführen könnte, als sinnvoll an. Vor allem in ländlichen Gebieten könnte der präventive Hausbesuch sinnvoll genutzt werden. Dafür bedarf es sicherlich Fachpersonal. Es könnte aber auch sinnvoll sein, dies im Rahmen der

Pflegebedürftigkeitsfeststellung durch den Medizinischen Dienst bzw. durch Medizinprofessionelle zu erweitern.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): 60 Modellkommunen wird es geben. Das ist angesichts der Vielzahl von Kommunen, die wir in Deutschland haben, nicht viel. Ich hätte mir gewünscht, dass man diese Modelle in Deutschland auf eine wirklich breite Basis stellt. Wir werden in diesen 60 Modellkommunen, weil die Antragsfrist sich bis 2021 erstreckt, erst Ende der 2020er Jahre Ergebnisse vorliegen haben. Das halte ich für zu kurz gesprungen. Wir wissen, dass die 60 Modellkommunen auch in den Empfehlungen der Bund-Länder-Kommissionen verortet waren und dass das ein Herzstück der Empfehlungen gewesen ist. Wir haben uns damals gewundert, warum in dieser Bund-Länder-Kommission zivilgesellschaftliche Akteure keine Rolle gespielt haben, um auf Modelle hinzuwirken, die einen breiteren Ursprung und einen breiteren Boden besitzen. Das ist nicht gelungen. 60 Modellkommunen sind zu wenig. Dieses Gefühl, man ist zu kurz gesprungen ist, hat man auch in anderen, vergleichbaren Bereichen. Wir haben heute schon die Situation im Rahmen von § 8a SGB XI angesprochen. Auch dort werden nicht die Betroffenen selbst genannt, die bei Empfehlungen mitwirken dürfen. Auch sollen sie nicht nur in einem Gremium, sei es regionaler Pflegeausschuss oder sektorenübergreifender Pflegeausschuss, mitwirken. Sie müssen, weil es sich nur um Empfehlungen handelt, mit am Tisch sitzen, wenn es um die Umsetzung der Empfehlungen, um Vereinbarungen geht. Hier finden sich in den bisherigen Gesetzesentwürfen und auch in den Änderungsanträgen keine entsprechenden Hinweise.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Ein mir wirklich sehr wichtiges Anliegen ist die Gewährleistung gleicher Pflegeleistung und Pflegequalität für alle Menschen. Ist der MDK bereit und sehen Sie sich in der Lage, diese Aufgabe mit der Pflegebedürftigkeitsprüfung auch für diesen Personenkreis adäquat zu übernehmen? Finden Sie die hier getroffenen, entsprechenden gesetzlichen Vorschriften sachgerecht ausgestaltet?

Eine ergänzende Frage richte ich an den Caritasverband. Das PSG III hat das Ziel, den Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in der Sozialhilfe zu verankern



und die gleichen Grundlagen für die Pflegeversicherung und für Sozialhilfe zu schaffen. Sehen Sie dort die Gewährleistung von Teilhabe?

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Sie fragten, ob wir bereit sind, die Begutachtung auch für die Kommunen zu übernehmen. Im Prinzip ja und wir glauben auch, dass das zu leisten ist. Wir finden aber die Gesetzesvorschrift merkwürdig gestaltet. Die Kommunen haben ein Wahlrecht, eigene Sachverständige einzusetzen. Wenn sie dieses Wahlrecht nicht ausüben, wird der MDK verpflichtet, diese Aufgabe zu übernehmen. Schon die Reihenfolge ist merkwürdig. Wenn man eine Kann-Regelung hat, dann sollte das für beide Institutionen gelten. Also brauchen wir keine Verpflichtung des MDK und ein Wahlrecht für die eigenen Sachverständigen. Unser Vorschlag lautet, eine Kann-Regelung mit den entsprechenden Wahloptionen für beide Seiten einzuführen.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich habe die Lücken bereits dargestellt. Wenn diese so bleiben, beispielsweise das Fehlen des Pflegegrades und der Bedarfe unterhalb der Pflegestufe 0 etc., dann sehe ich die Teilhabe, jetzt nicht im Eingliederungshilfesinn, nicht hinreichend gewährleistet. Ich darf die Gelegenheit nutzen und darauf hinweisen, dass wir noch eine Lücke in § 19 Absatz 6 SGB XII, Tod des Sozialhilfeempfängers bei noch nicht erfolgter Genehmigung durch das Sozialamt, sehen. Die Dienste versorgen die Betroffenen, erhalten aber, wenn sie Pflegedienste und keine stationären Einrichtungen sind, auf Grund der Gesetzessystematik des SGB XII unter Umständen ihre Leistungen nicht refinanziert, es sei denn, der Sozialhilfeträger in den einzelnen Ländern sieht es kulanzmäßig vor.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Eine kurze Frage an die Lebenshilfe, weil vorhin der Aspekt der Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe angesprochen und kritisiert wurde. Haben Sie konkrete Vorschläge, wie man diese Regelung ändern könnte?

SVe Antje Welke (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (BVLH)): Die Idee ist gut. Es ist auch schon gesagt worden, dass wir hier im § 37 SGB V für die häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe Klarheit brauchen. Allerdings ist der Vorschlag nicht gut genug. Der Vorschlag meint, er setzt ein Urteil des BSG um, indem er einen kleinen Bereich herausgreift und auf die spezialisierte Rund-um-die-Uhr-Betreuung abstellt. Man muss das BSG-Urteil an sich formulieren und darin steht: „Alle Leistungen, die nicht einfachste Leistungen umfassen und die nicht bereits von den Rahmenverträgen umfasst sind, sind Leistungen der häuslichen Krankenpflege und somit von der GKV zu erstatten.“ Das entsprechend formuliert, wäre der Antrag, den man einbringen könnte.

Der **Vorsitzende**: Herzlichen Dank, meine sehr verehrten Damen und Herren. Ich darf mich herzlich bedanken, dass Sie so diszipliniert drei Stunden an der Anhörung teilgenommen haben. Kommen Sie gut nach Hause.

Schluss der Sitzung: 14.15 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender