



Wortprotokoll der 173. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 7. Juni 2021, 10:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Erwin Rüdgel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drucksache 19/26822

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

Berichterstatter/in:

Abg. Karin Maag [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

Abg. Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]



b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) – 19/26822-

Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates

BT-Drucksache 19/27214

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Berichterstatter/in:

Abg. Karin Maag [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

Abg. Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

c) Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Solidarische Pflegevollversicherung umsetzen

BT-Drucksache 19/24448

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Finanzausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Berichterstatter/in:

Abg. Karin Maag [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

Abg. Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

d) Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Die Pflegeversicherung verlässlich und solidarisch gestalten – Die doppelte Pflegegarantie umsetzen

BT-Drucksache 19/14827

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung und Kommunen

Haushaltsausschuss

Berichterstatter/in:

Abg. Heike Baehrens [SPD]

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Knoerig, Axel Lezius, Antje Nordt, Kristina Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

**Beginn der Sitzung: 10:31**

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen, sehr verehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, ich begrüße Sie sehr herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die heute wieder eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting mit den Sachverständigen ist. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Webex zugeschaltet sind bitten, sich mit Ihrem Namen anzumelden, so dass Ihre Teilnahme für uns und auch für das Protokoll erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten. Zum weiteren Vorgehen komme ich später zurück. In der heutigen Anhörung geht es um den Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ und die vorliegenden Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen sowie um den Antrag der Fraktion Die Linke. „Solidarische Pflegevollversicherung umsetzen“ und den Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Die Pflegeversicherung verlässlich und solidarisch gestalten - Die doppelte Pflegegarantie umsetzen“. Meine sehr geehrten Damen und Herren, mit den vorliegenden Änderungsanträgen werden gravierende Reformen in der Altenpflege eingeleitet. Ab dem 1. September 2022 sollen nur noch diejenigen Pflegeeinrichtungen Leistungen mit der Pflegeversicherung abrechnen können, die ihre Pflege- und Betreuungskräfte nach Tarif bezahlen. Es wird ein bundeseinheitlicher Personalschlüssel vorgegeben, der die weitere Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte ermöglicht. Pflegekräfte erhalten mehr Verantwortung und künftig wird auch die Kurzzeitpflege im Krankenhaus möglich gemacht. Die zu Pflegenden werden finanziell entlastet, nach mehr als 24 Monaten Pflege durchschnittlich um rund 410 Euro monatlich und nach mehr als 36 Monaten um rund 638 Euro im Monat. Das heißt, je länger die Pflegesituation andauert, desto höher ist die Entlastung. Ab 2022 soll die Pflegeversicherung einen pauschalen Bundeszuschuss in Höhe von jährlich einer Milliarde Euro erhalten. Außerdem soll der Beitragszuschlag für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte angehoben wer-

den. Dadurch würde die Pflegeversicherung zusätzlich 400 Millionen Euro im Jahr erhalten. Die Linke. fordert eine solidarische Pflegevollversicherung und ein Sofortprogramm zur Verbesserung der Einnahmesituation der Pflegeversicherung, unter anderem durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, die Einbeziehung versicherungsfreier Bevölkerungsgruppen in die Pflichtversicherung und die Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in den stationären Pflegeeinrichtungen durch die GKV. Bündnis 90/Die Grünen fordern eine Pflegereform, die unter anderem den monatlichen Eigenanteil für Pflegebedürftige deutlich unterhalb der derzeitigen Grenzen für die ambulante und stationäre Pflege festschreibt. Außerdem soll die Pflegeversicherung in Zukunft alle darüber hinausgehenden pflegerischen Kosten für eine bedarfsgerechte Versorgung übernehmen. Eigenverantwortung besteht weiterhin bei den Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Ein Steuerzuschuss des Bundes für die Pflegeversicherung soll insbesondere versicherungsfremde Leistungen zur sozialen Sicherung der pflegenden Angehörigen ausgleichen. Über alle diese Vorstellungen werden wir uns gleich mit den Experten austauschen. Bevor wir anfangen, will ich kurz den Ablauf der Anhörung erklären. Die Anhörung dauert insgesamt 120 Minuten. Diese 120 Minuten werden die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke unter sich aufteilen. Auf die CDU/CSU entfallen 42 Minuten, auf die SPD 26 Minuten, auf die AfD 15 Minuten, auf die FDP 14 Minuten, Die Linke. hat 12 Minuten und Bündnis 90/Die Grünen haben 11 Minuten Fragezeit. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen, damit viele Fragen gestellt und beantwortet werden können. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Frage daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich mit Namen und Verband vorstellen. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie hier bei uns im Saal auf dem Videowürfel zu sehen. Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro für einen guten Zweck. Nach dieser Sitzung wird das Webex-Video in die Bundestags-Mediathek eingestellt und das Wortprotokoll wird heute Abend auf der Internetseite des Ausschusses



veröffentlicht. Ich danke denjenigen Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben und ich darf für die erste Frage das Wort an die CDU/CSU-Fraktion geben, Karin Maag.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Unser Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Pflegekassen ab September 2022 nur noch Verträge mit solchen Einrichtungen schließen können, die ihren Beschäftigten auch Pflege und Betreuung nach Tarifvertrag oder vergleichbarem Niveau bezahlen. Die Lohnkosten werden dann von der Pflegeversicherung refinanziert. Dennoch üben Sie Kritik an diesem Vorhaben. Könnten Sie uns da Anhaltspunkte dafür geben und bitte gehen Sie auch darauf ein, welche Entgeltbestandteile refinanziert werden?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Unser Problem sind nicht steigende Löhne. Die Löhne sind in den letzten Jahren überproportional gestiegen. Unser Problem ist die Berücksichtigung der Kosten. Wenn tarifliche Kosten berücksichtigt werden, haben wir in mehreren Gutachten nachgewiesen, dass das alleine nicht reicht, um ein Unternehmen zu führen. Wir haben im betrieblichen Risiko immer wieder Kosten, die nebenher anfallen, die bisher in keiner Weise berücksichtigt sind. Wir haben unternehmerisches Wagnis, das kann man auch Gewinnaussicht nennen, das bisher in keiner Weise eingepreist ist und es ist verheerend, das den Verhandlungspartnern zu überlassen. Wir haben jetzt mehrere Jahre hinter uns, in denen diese gesetzliche Regelung besteht und die Klagen sind seitdem nicht geringer geworden. Wir haben merkwürdige Auswüchse, dass zum Beispiel Personal unterschiedlich behandelt wird, je nachdem, ob es der Pflegevergütung oder den Kosten für Unterkunft und Verpflegung zugeschlagen wird, ob es um die Gesamtvergütung geht und so weiter. Wir haben Schiedsstellenentscheidungen, die zum Bundessozialgericht gehen und wieder zurück, ohne dass wir nennenswert einen Schritt weitergehen. Was wir also brauchen ist eine gesetzliche Regelung, um unternehmerisches Wagnis und betriebliches Risiko mit einzupreisen. Betriebliches Risiko bedeutet, wir müssen überhaupt einmal auf eine Nulllinie kommen, ohne absehbar Verluste zu machen. Bei der

Regelung, die jetzt vorgesehen ist, mit hohen Nachweispflichten, hohen Kontrollrechten und so weiter, sehen wir es als unabdingbar an, dass eine solche Regelung in das Gesetz aufgenommen wird. Ansonsten wird sich auf Kostenträgerseite ohne Not niemand dort bewegen. Das ist ein Problem, das Betriebe tatsächlich gefährden wird.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich ebenfalls an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Es geht darum, dass Sie in den Ausführungen das Risiko und Wagnis ansprechen. Hat das damit zu tun, dass der Unternehmerlohn beispielsweise nach einem Schiedsverfahren in Baden-Württemberg nur mit 1,6 Prozent bewertet wird?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Diesen Schiedsspruch aus Baden-Württemberg gibt es. Dort wird aber nicht nur der Unternehmerlohn mit 1,6 Prozent bewertet, sondern Risiko und Gewinn. Wir haben aber allein in unserer Studie, an der auch viele Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände und der Kommunen teilgenommen haben, insgesamt 500 Einrichtungen, gesehen, dass wir nahezu bei fünf Prozent unvorhersehbarer Kosten sind, die immer einmal wieder auftreten, allein bei den Personalkosten. 1,6 Prozent würde dazu führen, dass man absehbar im Minus bleibt und Verluste macht.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CSU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Sie haben die Ausführungen vom bpa gehört. Wie ist Ihre Haltung dazu?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Zunächst will ich grundsätzlich sagen, und da freue ich mich, dass wir auch mit den Vertretern der Einrichtungen in Übereinstimmung sind, dass die jetzt vorgesehene striktere Bindung der Vergütung an tarifliche Normen und Ergebnisse umgesetzt wird. Im Detail müsste man das noch einmal genauer angucken. Ich will aber gerne die Hinweise des Kollegen vom bpa noch einmal aufgreifen. Wenn ich es richtig sehe, haben wir eine Struktur im Bereich der pflegerischen Angebote, sowohl stationär als auch ambulant, die nennenswert auch von privater Initi-



ative, von privaten Anbietern getragen ist. Zunächst will ich darauf hinweisen, dass die Rahmenbedingungen offensichtlich nicht so unattraktiv sein können, weil es immer noch ein deutliches Engagement und ein zunehmendes Engagement unternehmerischen Handelns im Angebot von Pflegediensten, sowohl ambulant als auch stationär, gibt. Ein Indikator, dass die Welt etwas differenzierter ist, als vom bpa dargestellt. Zweitens, die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung scheint mir, zumindest in dieser schlanken Ausprägung, die reale Lage im Sozialgesetzbuch etwas zu übersehen. Wir haben im § 84 Absatz 2 Satz 4 SGB XI eine Formulierung, wonach die Pflegesätze in Pflegeheimen eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen müssen und weiter ist dort ausgeführt, sie müssen geeignet sein die Aufwendungen zu finanzieren, dass der Versorgungsauftrag erfüllt werden kann und sie müssen eine angemessene Vergütung auch des Unternehmerrisikos berücksichtigen. Das heißt, es gibt heute schon eine gesetzliche Norm, den § 84 SGB XI, der genau diese Intention des Gesetzgebers zum Ausdruck bringt. Ich hoffe doch, dass wir insbesondere mit den Vertreter:innen der privaten Anbieter von Pflegedienstleistungen dann auch gemeinsam für selbstverwaltete vertragliche Lösungen stehen und nicht die Details der Findung der Höhe des richtigen Unternehmerlohns oder des richtigen Abfederns eines Wagnisses noch dem Deutschen Bundestag aufbürden wollen. Es gibt also Verträge, die haben nach den gesetzlichen Vorschriften diese Komponenten zu berücksichtigen. Wir haben keine ausgeprägten Insolvenzfälle im Bereich der pflegerischen Angebote, Gott sei Dank. Insofern glaube ich, wird hier ein Problem beschrieben, was eher gefühlte Lage als reale Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland betrifft.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Meine Frage geht ebenfalls an den GKV-Spitzenverband, und zwar würde mich interessieren, wir haben in dem Entwurf ein Wirksamwerden der Regelungen zum 1. September 2022 vorgesehen. Mich interessiert, ob das von Ihrer Seite her für die gegebenenfalls erforderlichen Prüfungen und Anpassungen von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen ein ausreichender Zeitraum ist?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Der Zeitraum ist kritisch zu bewerten. Das hat auch was damit zu tun, dass ein Surrogat ins Gesetz geschrieben wird, weil die ursprüngliche Idee, insbesondere aus dem Arbeitsministerium, die Parteien der Arbeitsverträge in der Pflege zu unterstützen, tarifvertragliche Bindungen einzugehen, gescheitert ist. Insofern ist dieses ganze Konstrukt aus der Not geboren ein Ersatzkonstrukt, das einerseits in der ersten Stufe praktisch die Zulassung zur Vertragsanbahnung mit den Pflegekassen an die Zahlung von Tarifgebundenheit bindet und zweitens dann noch in einem sehr komplizierten Mechanismus die Frage, wie hoch ist denn die tarifliche Entlohnung in den Vereinbarungen für die Einrichtung anzusetzen, noch an den regionalen Durchschnitt bindet. Das ist ein komplizierter Prozess. Wir würden empfehlen, das deutlich einfacher zu machen, nämlich, dass die entsprechende Anwendung eines Tarifvertrags in der Region auch bei der Findung der Vereinbarungen für die Heime berücksichtigt wird. Der Zeitraum ist kritisch – 30 000 Verträge sind anzufassen, mehrstufig – auch wenn wir dabei sind zu sagen, ja, wir wollen natürlich eine angemessene, auch tarifbezogene Entlohnung der Pflegekräfte sicherstellen, da sind wir völlig mit der Regierung in einem Boot. Aber es muss dann auch machbar sein, bei aller Berechtigung, ein stückweit Zeitdruck reinzubringen – nach Fest kommt Ab. Also aus meiner Sicht muss man einer zeitlichen Perspektive, insbesondere bei dieser komplizierten zweistufigen Regelung, etwas mehr Raum geben.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an die Caritas, an Frau Dr. Fix. Mit dem PSG III haben wir ein Initiativrecht für die Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten eingeführt und das ganze bis 31. Dezember dieses Jahres befristet. Halten Sie es für sinnvoll, diese Frist für die Ausübung dieses Initiativrechts zu verlängern, um weiteren Kommunen zu ermöglichen, Pflegestützpunkte einzurichten?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): Soweit mir bekannt ist, haben die Kommunen von diesem Initiativrecht bislang wenig Gebrauch gemacht. Gleichzeitig sollten sich aus Sicht der Wohlfahrt und der Caritas die Kommunen genau bei der Pflegeberatung stärker engagieren. Von



daher würde ich schon begrüßen, wenn die Frist nochmals verlängert würde, um mehreren Kommunen die Möglichkeit zu geben, initiativ zu werden.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesverband der privaten Anbieter sozialer Dienste. Sie sprechen sich für eine Stärkung der sogenannten stambulanten Versorgung aus. Können Sie uns bitte die wesentlichen Argumentationspunkte für die kombinierte Versorgung ambulanter und stationärer Leistungen einmal kurz darstellen?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir sprechen uns in dieser Form nicht für die Aufnahme der Regelung aus, weil sie recht willkürlich erscheint. Was wir durchaus richtig finden, dass wir mehr Flexibilität für die Heime erproben müssen. Dort haben wir ein äußerst starres Korsett. Wir haben alles vorgeschrieben, Personalmenge, Personalqualifikation, demnächst das Gehalt, das Entgelt. Wir dürfen an keiner Stelle abweichen, was auch unsere Unruhe zur Bezahlung insgesamt erklärt. Wer Stapelleistungen, die Sie hier beschlossen haben und die genauso umgesetzt wurden, kritisiert, kann eigentlich dieses Konstrukt, das für stambulant gedacht war, nicht unterstützen. Dort ist kein Mehr an Leistungen versprochen, dort ist kein Mehr an Personal versprochen und kein Mehr an Qualität. Dass dann ein einzelnes Konzept oder ein einzelnes Unternehmen einen Preisvorteil von 600 Euro bekommt, ist nicht wirklich nachvollziehbar. Diese Gruppengröße, die dort vorgesehen ist, das wäre, wenn ich das mal salopp formulieren darf, ein Aufruf an die Trockenbauer. Das würden wir überall hinbekommen. Das hat aber mit den konzeptionellen Notwendigkeiten nichts zu tun. Also Flexibilisierung für alle, ja. Wir hätten uns auch eine Regelung gewünscht, die insbesondere kleinen Heimen das Leben etwas leichter macht. Aber bei dieser stambulanten Versorgung einem Unternehmenskonzept immense Unterstützung zukommen zu lassen, ohne dass erkennbar mehr Leistung oder mehr Qualität damit verbunden ist, erschließt sich uns nicht.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den Caritas-Verband. Viele Menschen haben nach der Krankenhausentlassung das

Problem, dass sie einen Kurzzeitpflegeplatz benötigen, der aber nicht zur Verfügung steht. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die Regelungen zur Übergangspflege im Krankenhaus?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Das ist eine ganz wichtige Regelung, die der Gesetzgeber hier beabsichtigt, in das Gesetz aufzunehmen. Die Krankenhäuser haben immer wieder das Problem, dass insbesondere dort, wo es sich um relativ kurze stationäre Verweildauern der Patientinnen und Patienten handelt, vielfach zwar die akut-stationäre Behandlungsphase tatsächlich abgeschlossen ist und insofern keine Verweilrechte der Patienten in den Krankenhäusern existieren. Die Krankenkassen wollen dies – zu Recht muss man sagen – dann nicht finanzieren. Gleichzeitig können die Patienten nicht nach Hause entlassen werden, weil dort niemand ist, der sich um sie kümmern kann. Es muss aber dennoch ein existierender Pflegebedarf realisiert werden und gleichzeitig steht aber vielfach kein Kurzzeitpflegeplatz kurzfristig zur Verfügung. Deswegen ist die Möglichkeit für die Krankenhäuser, bis zu zehn Tage eine sogenannte Überleitungs- oder Überleitungspflege zu machen, im Interesse der Patientinnen und Patienten, die das betrifft, eine ganz wichtige Regelung.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): Ich kann mich Herrn Dr. Gaß gut anschließen. Auch wir begrüßen die Regelung ausdrücklich vor dem Hintergrund der geschilderten Probleme. Denn es ist ein gravierendes Problem, dass zu wenige Kurzzeitpflegeplätze in den vollstationären Einrichtungen oder auch in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen. Gleichzeitig möchte ich ergänzen, dass wir froh sind, dass in dem § 88a auch das Problem angegangen wird, dass Kurzzeitpflegeplätze im SGB XI auf eine wirtschaftlich tragfähige Basis gestellt werden sollen. Wenn ich das kurz ergänzen darf. Hier sehe ich eigentlich nur einen Nachbesserungsbedarf, nämlich, dass die Landesrahmenverträge nicht nur bei Bedarf anzu- und anpassen sind und dass es ein Schiedsverfahren geben muss. Die beiden Regelungen zusammen werden sicherlich helfen, da bin ich zuversichtlich, die Situation bei der Kurzzeitpflege zu entspannen.



Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich richte die Fragen an den GKV-Spitzenverband und den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Wir haben im Koalitionsvertrag zugesagt, eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung für die Kurzzeitpflege sicherstellen zu wollen. Deshalb möchte ich die Absicht, die Verhandlungspartner auf Bundesebene gesetzlich zu beauftragen, dass sie Empfehlungen abgeben, an welche dann die Landesrahmenvereinbarungen angepasst werden müssen, gerne von Ihnen beiden bewertet haben.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Wir halten die vorgesehenen Regelungen insgesamt für sinnvoll und notwendig. Insbesondere begrüßen wir die Neugestaltung der Angebote von Kurzzeitpflege im Hinblick auf eine dann auch bedarfsgerechte Differenzierung von Leistungen. Diese Angebote sollen zukünftig nach unterschiedlichen Aufnahmeanlässen differenziert vergütet werden. Das ist aus unserer Sicht sinnvoll. Wir regen an, dass diese vorgesehene Differenzierung auch im leistungsrechtlichen SGB XI-Kapitel nachgebildet wird. Aber insgesamt ist die Idee zu sagen, wir gehen über eine Rahmenempfehlung auf der Bundesebene, um dann die Vertragspartner auf der Landesebene sich in einer bestimmten Range bewegen zu lassen, sinnvoll und wird von uns als begrüßenswert angesehen.

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Es gibt gute Vorbilder aus den Ländern für diese Regelung. Der Hintergrund ist, dass Kurzzeitpflege wirklich mit hohem Aufwand verbunden ist. Wenn eine demenzkranke Person ins Heim kommt, die kennen Sie erstmal nicht. Und Sie haben eine kurze Zeit, in der sie vollumfänglich verantwortlich sind. Das ist schwierig zu planen. Insofern ist es richtig, dass dort eine bessere Vergütung kommt. Wir haben dazu gute Muster aus einigen Bundesländern, die das bereits vollzogen haben. Ich möchte aber auf einen Aspekt hinweisen. Damit wird natürlich Kurzzeitpflege deutlich teurer beziehungsweise die Möglichkeit, sie in Anspruch zu nehmen, könnte dadurch ganz erheblich verkürzt werden. Insofern ist es logisch, dass man dann versuchen muss, über Leistungsbeträge diese mögliche Inanspruchnahmezeit in etwa gleichzuhalten. Ansonsten hat man die

Finanzierung der Kurzzeitpflege zwar etwas erleichtert, aber durch die dann mit der Finanzierung einhergehende Verkürzung der Inanspruchnahmezeit würde es vor Ort, glaube ich, sehr schwierig werden. Zweiter Punkt: Man muss aufpassen, dass man nicht zu viele Modelle parallel macht, die völlig unterschiedliche finanzielle Auswirkungen haben. Wenn ich eine Kurzzeitpflege nach SGB V mache, wo ich zehn Euro am Tag zuzahle, und dann anschließend als Alternative eine Kurzzeitpflege im Heim angeboten bekomme, wo ich 2 500 Euro zuzahle, wirft das Fragen auf, die überhaupt niemand beantworten kann und wo ich sage, dann sind die Menschen schlecht beraten worden, dass sie nicht auf die Kurzzeitpflege im SGB V verwiesen wurden.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Rothgang. Wie wirkt sich die Entlastung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege auf die ambulanten Hausgemeinschaften aus? Erwarten Sie dadurch Nachteile für die ambulanten Hausgemeinschaften, auch in Anbetracht der Erhöhung der Leistungsansprüche in der ambulanten Pflege?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Also, wenn es jetzt um die Zuschläge geht, wäre für mich eine andere Frage viel relevanter, nämlich die, ob es überhaupt zu einer Entlastung der Menschen in Heimen kommt. Da bin ich sehr skeptisch, weil bei den Effekten der Zuschläge muss gegengerechnet werden, welche Belastungen in diesem Gesetzentwurf vorgesehen sind. Und da haben wir zusätzliche Belastungen etwa dadurch, dass Personal besser bezahlt wird, dadurch dass mehr Personal in die Einrichtungen kommen sollen, dass die 30 000, dass die 20 000 Stellen ...

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Herr Prof. Rothgang, Entschuldigung, aber ich hatte Sie ausdrücklich nach den ambulanten Hausgemeinschaften gefragt. Die Sorge ist, dass die ambulanten Hausgemeinschaften sozusagen austrocknen wegen der Entlastungen über die vollstationäre Pflege. Das ist der Inhalt der Frage.



ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Entschuldigung, ich wollte etwas länger ausholen und sagen, ich sehe keine Entlastung der vollstationären Pflege und insofern auch keine Effekte auf die ambulanten Hausgemeinschaften, weil spätestens 2023, wenn alle Maßnahmen des Gesetzes wirken, im Vergleich zu heute keine Entlastung der Heimbewohner erfolgt.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Deutschen Pflegerat, den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste und an die BAG Selbsthilfe. Wir sehen vor, die bundeseinheitliche Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege auszubauen, auch um die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der Pflege weiter zu verbessern. Konkret wollen wir dazu ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren mit Korridoren für bundeseinheitliche Personalwerte je Pflegegrad einführen. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Maßnahmen?

SVe **Ulrike Döring** (Deutscher Pflegerat): Die Richtung ist richtig, aber der Schritt ist zu kurz, der 1. Juli 2023 ist sehr spät zur ersten Umsetzung eines Schrittes. Das Personalbemessungsverfahren ist das, was nach § 113c entwickelt werden sollte, entwickelt worden ist, wissenschaftlich fundiert. Dieser erste Schritt, und dann auch erst im Juli 2023, entlastet nachweislich, oder führt nachweislich in einer größeren Zahl von Bundesländern zu keinen Verbesserungen gegenüber der augenblicklichen Situation, sehr wohl in östlichen, aber nicht nur in den östlichen Bundesländern, in einigen schon. Von daher hätten wir gerne, dass dieser erste Schritt eher ist, damit wissenschaftlich begleitet wirklich geguckt werden kann, wann der zweite Schritt und die Endausbaustufe, diese gegebenenfalls angepasst nach der Begleitung, eingeführt werden können. Wir befürchten einfach, das Signal an die Pflegenden in der stationären Langzeitpflege ist im Grunde katastrophal, wenn sich erst in längerer Zeit an ihren Rahmenbedingungen von Stellenmessungen etwas ändern soll. Sie sind einfach dann weg, sie wandern jetzt schon in die Krankenhäuser ab und wenn es da nicht stimmt, ganz aus dem Beruf raus.

SVe **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG-Selbsthilfe)): Wir begrüßen die entsprechenden Maßnahmen durchaus, weil wir uns davon schon eine Verbesserung für die Patienten erhoffen. Natürlich hätten wir uns gewünscht, dass stärker auf Pflegefachkräfte gesetzt wird. Wir sehen aber natürlich auch, dass der Markt hier inzwischen wirklich eng ist. Aus unserer Sicht ist eine wichtige Stellschraube für die Verbesserung der Patientenversorgung vor allem das Qualitätsniveau. Das soll nach unseren Einschätzungen größtenteils landesrechtlich oder in den Landesrahmenverträgen geregelt werden. Hier würden wir uns wirklich wünschen, dass man das auch engmaschig begleitet, weil wir sonst ein Auseinanderlaufen der Qualitätsniveaus riskieren oder eine sehr uneinheitliche Ausstattung. Was wir sehr begrüßen ist tatsächlich die Möglichkeit, für Einrichtungen, die derzeit überdurchschnittlich ausgestattet sind, dieses Niveau weiterhin zu halten, weil wir durchaus die Befürchtung hatten, dass die bundeseinheitliche Personalbemessung dann teilweise auch dort zu einer Verschlechterung führen könnte.

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Aus unserer Sicht ist die Erprobung zentral. Wir haben immer noch eine Menge offener Fragen. Wir waren selber an der Entwicklung nicht unmaßgeblich beteiligt. Wir haben uns auch beteiligt an diesen Erhebungen, damit die zweifelsfrei sind und haben jetzt eine Situation, wo sich möglicherweise die akademische Sichtweise deutlich von der machbaren unterscheidet. Ich finde es wenig hilfreich bei jeder Gelegenheit runter zu beten, dass alles zur Berufsflucht führt. Wir haben in den letzten fünf Jahren 100 000 zusätzliche Arbeitsplätze besetzen können. Wir haben aber auch eine deutlich steigende Zahl von pflegebedürftigen Menschen. Die Studie gibt keine Antwort darauf, ob eigentlich mehr Personal bessere Leistung bedeutet. Das werden wir in der Erprobung tatsächlich mal gucken müssen. Wir haben dort keinen signifikanten Unterschied zwischen Bayern und Mecklenburg-Vorpommern gesehen, was zumindest nachdenklich machen muss. Das man jetzt sagt „besser gar nicht versorgt als nicht bestmöglich versorgt“, halte ich für eine zynische Sichtweise. Wir müssen immer auch im Blick be-



halten, dass es eine Antwort braucht auf die pflegebedürftigen Menschen. Die demografische Entwicklung ist sehr eindeutig. Insofern ist die Erprobung für uns der absolut zentrale Punkt, damit wir sehen, was möglich und was nicht möglich ist. Eine Engführung auf Qualifikationsniveaus, das können Sie im Moment schon sehr schön beobachten: Wir haben 13 000 Fachkraftstellen, die verhungern, wir haben 20 000 Assistentenstellen, die so ausgestattet sind, dass sie tatsächlich nicht besetzt werden können. Genau auf diesen beiden Säulen bauen die Vorschläge auf und wir dürfen nichts auf Dauer festschreiben, was dann faktisch nicht umsetzbar ist. Insofern nochmal: Uns geht es sehr stark jetzt um diese Erprobung. Damit müssen wir uns sehr viel Mühe geben und danach müssen Vorschriften kommen, die auch eine Chance haben umgesetzt zu werden.

Abg. **Lothar Riessamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wir sehen für 2022 einen Bundeszuschuss von sieben Milliarden Euro an die gesetzliche Krankenversicherung vor und eine Verordnungsermächtigung zur gegebenenfalls erforderlichen Anpassung, um insbesondere vor dem Hintergrund der pandemiebedingten Kosten die Beiträge zu stabilisieren. Was halten Sie davon?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Also unumwunden und in aller Klarheit: Die Tatsache, dass wir gemeinsam, dass die Bundesregierung das Ziel hat, den Gesamtsozialversicherungsbeitrag stabil bei 40 Prozent zu halten, führt dazu – und das ist richtig –, dass ein ergänzender zusätzlicher Bundeszuschuss notwendig ist. Insofern begrüßen wir die jetzt vorgesehenen sieben Milliarden Euro als zusätzlichen Bundeszuschuss ausdrücklich. Wir müssen aber darauf hinweisen, deshalb habe ich eingangs auf die Zielmarke verwiesen, dass nach allen Fakten, die wir derzeit zur Kenntnis nehmen, diese durchaus erhebliche Summe trotzdem nicht ausreichend sein wird. Deshalb ist es wichtig, über die ergänzende Verordnungsermächtigung hier bei Zahlen, die dann im Halbjahresergebnis vorliegen, auch eine Ergänzung dieses Bundeszuschusses vorzusehen. Ich will nur nochmal darauf hinweisen, dass der zeitliche Ablauf nicht ganz unwichtig ist. Die Gesetzeslage sieht vor, dass wir über einen bestimmten Mechanismus, Schätzerkreis, und dann

Festlegung des einheitlichen durchschnittlichen Zusatzbeitrages zum 1. November praktisch die Finanzen insgesamt geklärt haben müssen für die GKV. Das bedingt, dass wir dann auch im August auf Basis des Halbjahreszahlenwerkes eine aktualisierte Schätzung vornehmen sollten, die Grundlage für eine Verordnung wird, die auch nach der Gesetzeslage durch den Deutschen Bundestag zu beraten und mit zu beraten ist. Also, grundsätzlich positiv. Die Ergänzung dieses Betrages sollte zeitnah bis in den September über die Rechtsverordnung kommen, damit Arbeitnehmer und Betriebe Klarheit haben über die Höhe des Beitragssatzes und des Zusatzbeitragssatzes im Jahre 2022. Das ist, glaube ich, ganz wichtig. Insofern wäre es uns ein Anliegen, dies in den Materialien zum jetzigen Gesetzgebungsverfahren auch eindeutig klarzustellen.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Meine Frage geht auch an den GKV-Spitzenverband. Erstmals ist künftig ein Bundeszuschuss für die soziale Pflegekasse geplant. Der soll ab 2022 pauschal mit einer Milliarde Euro starten. Wie finden Sie das?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Erstmal muss man sagen, wir freuen uns, dass unsere langjährigen Argumente zur Notwendigkeit eines Bundeszuschusses dem Grunde nach jetzt auch eine Chance haben, eine Mehrheit im Deutschen Bundestag zu finden. Wir sind ein bisschen irritiert über die Diskussion innerhalb der Koalition in den letzten Wochen und Monaten, insbesondere in der Phase der Ressortabstimmung. Da wurde die Notwendigkeit eines Bundeszuschusses praktisch von Woche zu Woche oder von Runde zu Runde in der Höhe nach unten korrigiert. Uns wäre es wichtig einen Bundeszuschuss zu haben, der klar gebunden ist an Kriterien, nämlich an gesamtgesellschaftliche oder versicherungsfremde Leistungen. Das war auch mal seitens des BMG eine Diskussionslage, wo gesagt worden ist, die Aufwendung für die Altersversorgung der Pflegeperson, round about drei Milliarden Euro, klassische gesamtgesellschaftliche versicherungsfremde Leistungen, sollten finanziell durch den Bund gestemmt werden. Das Ganze ist dann geschmolzen, offensichtlich in Gesprächen und auf Initiative des Finanzministeriums, wie ein sommerlicher Tag in Berlin und jetzt haben wir eine Milliarde Euro. Immerhin, es ist eine Blaupause, aber wir gehen davon aus, dass



eine kommende Legislaturperiode, ein kommender Deutschen Bundestag, hier erheblich nachbessern muss, weil die Gesamtfinanzlage kann man mit diesem Finanztableau nicht stabilisieren.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): KBV, Bundesärztekammer und Deutscher Pflegerat sind von mir angesprochen. Es geht um die Modellprojekte zur Übertragung heilkundlicher Maßnahmen auf Pflegefachkräfte mit entsprechender Qualifikation und ich bitte Sie dazu Stellung zu nehmen. Was halten Sie von diesen Modellprojekten, von der Regelung insgesamt?

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Grundsätzlich haben wir uns als KBV zur Frage der Substitution ärztlicher Leistungen klar geäußert. Die Delegation ärztlicher Leistungen ist heute schon gang und gäbe. Die Qualifikation der Fachberufe, der qualifizierten Fachberufe, nimmt ständig zu. Insofern ist das begrüßenswert. Die Substitution ist natürlich eine andere Dimension. Hier muss auch völlig klar sein, wer berufsrechtlich und wirtschaftlich Verantwortung trägt. Zur Frage, das jetzt in diesen Modellprojekten zu verankern, muss man sagen, haben wir den Eindruck, dass durch diese zwingende Umsetzung, diese Verquickung der §§ 63 und 64 SGB V dem Thema kein Segen innewohnt. Wir würden meinen, wenn diese verpflichtend umgesetzt werden sollen nach § 63, dann sollte das auch im § 63 geregelt werden und nicht im § 64. Insgesamt halten wir die Fristen dieser Rahmenvereinbarung ohnehin für zu knapp und würden anregen, diese zu verlängern.

SVe Dr. Katrin Bräutigam (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir halten natürlich einen interdisziplinären, multiprofessionellen, ganzheitlichen Behandlungs- und Betreuungsansatz, gerade in der Versorgung, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit, in der Prävention, für erforderlich. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass sich die Vorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V nicht haben durchsetzen können und die jetzt im § 64d neu vorgesehenen Regelungen zu den Modellvorhaben neuen Typs weichen natürlich von den Richtlinien nach § 63 Absatz 3c ab. Das Verhältnis zwischen §§ 64d und 63c, ich

glaube, das hat Herr Dr. Gassen auch schon angesprochen, ist uns nicht bekannt und ist auch nicht entsprechend dargelegt. Im Rahmen der Modellvorhaben sollen weitere Erkenntnisse zur schon bewährten interprofessionellen Zusammenarbeit gewonnen und entsprechende Standards entwickelt werden. Die Anforderungen an die Modellvorhaben, nämlich konkrete Zeit- und Zielvorgaben sowie eine evaluierende Begleitforschung durchzuführen, sind bei der Ausgestaltung nur teilweise berücksichtigt. Mit der Begrenzung auf vier Jahre Gewährleistet wird durch den Modellcharakter sicherlich Sicherheit gewährleistet. Für uns ist natürlich die Frage, inwiefern diese vier Jahre ausreichend sind, wenn man sich jetzt die gleichzeitig ablaufende Entwicklung im Pflegeberufgesetz anschaut. Außerdem möchten wir darauf hinweisen, dass die Evaluation zwar erwähnt, aber nicht verpflichtend formuliert ist. Zudem darf ich noch sagen, dass natürlich im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Katalogs von zu übernehmenden Tätigkeiten, wie in Absatz 1 beschrieben, insbesondere zu beachten ist, dass es natürlich Tätigkeiten gibt, die Ärzten vorbehalten sind, die eigentlich wegen ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit, Komplexität oder Unvorhersehbarkeit, etwa in ihren Reaktionen, nur wirklich von Ärzten ausgeführt werden können.

SVe Ulrike Döring (Deutscher Pflegerat): Wir begrüßen sehr, dass es überhaupt jetzt zu einer Regelung kommt, nachdem § 63 Absatz 3c zehn Jahre lang in keiner Weise umgesetzt wurde. Wir haben damals schon sehr deutlich Stellung genommen, dass sehr viele Pflegefachpersonen gerade im Lauf der letzten Jahre auch zusätzlich durch Pflegeexpertise nach den Expertenstandards dieses alles können, und sowohl in der ambulanten Pflege als auch in der stationären Langzeitpflege ganz oft riesengroße Hürden zu überwinden sind, dass die ärztlichen Verordnungen überhaupt erfolgen, oder dass sie das ausführen können, was wissenschaftlich, aus pflegewissenschaftlicher Sicht auch geboten ist. Von daher halten wir diese Regelung jetzt für sehr gut und hoffen, dass das ganz schnell auf den Weg kommt, gut begleitet wird, und dass über die Regelung im Pflegeberufgesetz und die dortigen Ausbildungsmöglichkeiten zusätzlich auch Weiterbildungsmöglichkeiten noch einmal verankert werden, dass all die Pflegefachpersonen, die



jetzt schon ihre Ausbildung haben, Expertise haben, auch die formalen Bedingungen dafür erfüllen können.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die BAG-Selbsthilfe. Wir möchten ermöglichen, dass die Kostenerstattungsansprüche nach dem Versterben des Pflegebedürftigen nachträglich geltend gemacht werden können. Was halten Sie von diesem Vorschlag?

Sve **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG-Selbsthilfe)): Wir begrüßen das sehr, weil das für die Pflegebedürftigen beziehungsweise die Angehörigen nach ihrem Versterben kaum zu vermitteln ist, dass auf einmal Kosten, die während der Erkrankung unter Pflegebedürftigkeit angefallen sind, auf einmal nicht mehr erstattungsfähig sein sollen. Insofern begrüßen wir das sehr, dass hier die Regelung getroffen wurde.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die DKG. Es geht um die OPS-Strukturprüfungen. Die Krankenhäuser bitten um eine Fristverlängerung für die OPS-Strukturdaten. Können Sie begründen, warum dies notwendig ist?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Der Gesetzgeber hatte vorgesehen, die Einzelfallprüfung bei den OPS-Abrechnungen zu ersetzen durch grundsätzliche Strukturprüfungen. Die sollten jetzt bereits letztlich begonnen haben und vielfach auch abgeschlossen sein. Grundlage dafür war eine Strukturprüfungsrichtlinie, die der MDK dem BMG vorgelegt hat und die mehrere Monate im BMG zur Prüfung lag. Leider ist diese Richtlinie jetzt erst am 28. Mai vom MDK, nach der Freigabe durch das BMG, veröffentlicht worden. Erst jetzt können die Krankenhäuser sich auf die wirklich sehr umfangreichen Nachweispflichten mit allen möglichen Unterlagen, die einzureichen sind, vorbereiten. Die Frist, bis wann dann alles abgegeben sein muss, ist schon fünf Wochen später, nämlich Ende Juni. Wer nicht fristgerecht abgeliefert hat, der verliert im Prinzip die Möglichkeit abrechnen zu können ab 1. Januar 2022. Das ist für die Krankenhäuser auf der einen Seite ein Problem,

ist aber ein riesiges Problem für die Patientinnen und Patienten. Es handelt sich bei diesen OPS-Codes um komplexe Behandlungsverfahren, wie komplexe geriatrische Behandlungen komplexe neurologische Versorgung und vieles mehr. Es gibt viele Krankenhäuser, die eine ganze Reihe dieser Komplex-Codes erbringen, die diese Behandlungen erbringen und die sind jetzt gefährdet. Die DKG hat letzte Woche eine Umfrage gemacht um zu erfahren, wer sich da überhaupt jetzt noch in dieser kurzen Frist in der Lage sieht bis Ende Juni alles vorzulegen. Da ist deutlich geworden, dass bei jedem zweiten Krankenhaus die Antwort lautete, wir sind uns unsicher. Ein Teil von denen hat auch gesagt, wir werden das definitiv nicht schaffen. Deswegen unsere herzliche Bitte, und ich glaube, das ist auch angemessen nach so einer langen Prüfungsphase im BMG – die sicherlich mit der Pandemie zu tun hat, dafür haben wir auch Verständnis – diese Frist, 1. Juli beziehungsweise Ende Juni, nach hinten zu schieben und den Krankenhäusern mehr Zeit einzuräumen, um diese umfangreichen Nachweise zu erbringen. Wir brauchen mindestens drei Monate. Wer sich diese Richtlinie anschaut mit mehreren hundert Seiten Anlagen, der hat auch, glaube ich, viel Verständnis dafür.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Die Leistungsbeträge für ambulante Sachleistungen sollen um fünf Prozent angehoben werden um Kostensteigerungen auszugleichen. Wie beurteilen Sie, dass zwar die ambulanten Sachleistungen gemäß § 35 SGB XI, nicht aber die Leistungen zur Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 SGB XI bei der Anhebung der Leistungsbeträge berücksichtigt werden?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Eigentlich eine relativ klare Aussage und ziemlich kurz; wir verstehen das nicht und suchen ein Stück weit etwas verzweifelt nach der inhaltlich sachlichen Begründung und finden sie nicht. Damit bleibt unberücksichtigt, dass die Leistungsbeträge seit Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff 2017 nicht dynamisiert wurden. Insofern ist das aus unserer Sicht sehr unverständlich. Wir regen an, dass vielleicht in Konsequenz aus dieser Anhörung dieser Punkt noch einmal präzisiert und nachgeschärft wird, weil so ist er, glaube ich, eigentlich unsystematisch und nicht nachvollziehbar.



Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Caritasverband. In Ihrer Stellungnahme weisen Sie darauf hin, dass die im Gesetzentwurf gewählte Formulierung „Entlohnung“ missverständlich sein kann. Bitte erläutern Sie dies und schildern Sie, welche alternative Formulierung sachgemäß wäre?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): Grundsätzlich möchte ich vorausschicken, dass die Regelungen zur Tarifbindung in den §§ 72 und 82c schon sehr weitgehend in die absolut richtige Richtung gehen. Den Entlohnungsbegriff haben wir dahingehend kritisiert in unserer Stellungnahme zur Entwurfsfassung, die jetzt aber zur Kabinettsfassung hin nachgebessert wurde, weil der Begriff der Entlohnung die betriebliche Altersvorsorge nicht umfasst und bei den tarifgebundenen Anbietern, wie beispielsweise bei den Kirchen und bei anderen, wird von den Tarifwerken auch die betriebliche Altersvorsorge umfasst und die muss natürlich auch bei der Vergütungsverhandlung anerkannt werden für die Refinanzierung, also in § 82c Absatz 1 ist das jetzt nachgebessert. Das halten wir für sachgerecht, denn dort ist der Begriff der Entlohnung durch den Begriff der Gehälter ersetzt worden, den es bisher auch schon in § 84 gibt. Das halten wir für sachgerecht.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe auch noch einmal eine Frage an den Caritasverband und zwar will ich noch einmal auf die Modellvorhaben zurückkommen. Mit dieser geplanten Regelung in § 64d SGB V, da werden diese Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung ermöglicht, zusätzlich zu den bis jetzt schon zustande gekommenen Vorhaben nach § 63c. Wie beurteilen Sie diese Regelungen? Halten Sie die gesetzten Fristen für praktikabel, damit diese Modellvorhaben diesmal auch tatsächlich starten können?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): Es wurde vorher auch vom Deutschen Pflegerat schon darauf hingewiesen, wie froh wir sind, dass es den neuen § 64d gibt. Herr Dr. Gassen hat auch schon darauf hingewiesen, dass es durchaus problematisch ist, dass dieser jetzt wiederum auf § 63 Absatz 3c aufsetzt, indem jetzt nämlich auf

einmal verpflichtend hier steht, dass § 64d bedeutet, dass in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c durchzuführen sei. Dieses hat sich aber als totgerittenes Pferd erwiesen. Wir haben extra im Strategieprozess darauf abgestellt, dass es hier ein Modellvorhaben neuen Typs sein soll, indem unter anderem auch die interprofessionelle Versorgung berücksichtigt werden soll. Das ist das Eine, also wir wünschen uns, dass die Entwurfsfassung nachgebessert wird, die davon ausgegangen ist, dass das Modellvorhaben nach § 63 und nicht nach § 63c sind. Das Andere sind die Fristen, die scheinen uns relativ sportlich, da wir mit Sicherheit bei den Rahmenverträgen in ein Schiedsverfahren laufen werden von drei Monaten. Deshalb schlagen wir vor, die Frist vom 31. März auf den 30. Juni zu verlegen, da kann auch ein Schiedsverfahren einkalkuliert werden. Entsprechend, glaube ich, wäre es sinnvoll für die Modellvorhaben nicht den spätesten Beginn zum 1. Januar 2023 zu setzen, sondern den frühesten Beginn und den spätestens vielleicht realistischer Weise auf den 1. September 2023 zu setzen. Aber noch einmal, auch insgesamt, wir begrüßen außerordentlich, dass mit § 64d ein neuer Typus von Modellvorhaben auf den Weg gebracht werden soll.

Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht ebenfalls an den Caritasverband. Bewohnerinnen und Bewohner ambulant betreuter Wohngemeinschaften zahlen Eigenanteile, die auch denen in der stationären Pflege entsprechen. Was muss getan werden, damit auch sie mit den pflegebedingten Eigenanteilen nicht überfordert werden und ambulant betreute Wohneinrichtungen weiterhin attraktiv bleiben?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): Das Thema klang vorher schon in einer Frage von Frau Maag an. Auch wir machen uns tatsächlich Sorgen, dass die ambulanten WGs durch die Verbesserungen im vollstationären Bereich ein wenig hinten weg fallen. Es adressiert aber generell das Thema, was Herr Kiefer auch schon angesprochen hat, nämlich, dass der gesamte ambulante Bereich in dieser Reform fast vollständig aus dem Blick gerät, also die häusliche Versorgung. Das betrifft dann auch die ambulanten WGs. Dort haben wir den Wohngruppenzuschlag nach § 38a und noch im Ar-



beitsentwurf – Herr Dr. Rothgang hatte das auch anklingen lassen – war vorgesehen, hier alle Leistungsbeträge um fünf Prozent zu dynamisieren. Zumindest diese Maßnahme würden wir uns wünschen. Ich möchte hinzufügen, ich möchte aber das Thema nicht verwässern, dass der gesamte häusliche Bereich der Versorgung auch noch einmal angeschaut werden sollte mit Blick auf Leistungsverbesserungen.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage geht an ver.di. Erklärtes Ziel des Gesetzgebers ist es, die Entlohnung von Pflegekräften zu verbessern. Es besteht aber die Sorge, dass nicht tarifgebundene Einrichtungen sich an einem sehr niedrigen Haustarif der Region orientieren können und dadurch dieses Ziel verfehlt wird. Wäre es mit Blick darauf zielführender, nicht tarifgebundene Einrichtungen zu einer Entlohnung zu verpflichten, die mindestens der Höhe des Durchschnitts aus Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die in der Region, in der die Einrichtung betrieben wird, gezahlt wird? Zum Beispiel also vergleichbar § 82?

Sve Barbara Susec (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Wie Herr Kiefer vorhin schon erwähnt hat, handelt es sich hier um einen Ersatz für einen Tarifvertrag, der erstreckt werden sollte auf die gesamte Pflegebranche und der bereits zum 1. August diesen Jahres für zehntausende von Beschäftigten sowohl in der stationären wie in der ambulanten Pflege deutlich höhere Löhne gebracht hätte. Deswegen müssen wir jetzt gucken, dass diese Ersatzlösung, die wir hier vorliegen haben, die sehr komplex ist, so ausgestaltet wird, dass es eine Haltelinie gibt, die eingezogen wird. Aus unserer Sicht ist es deswegen absolut notwendig, wenn dieses Gesetz nicht nur eine Scheinlösung darstellen soll – denn wenn man die Regelung, so wie sie bislang formuliert ist anschaut, bedeutet das in der Praxis, dass alle Anbieter in einem Bundesland die Möglichkeit haben, ihre Zulassung über die Anwendung eines einzigen, sehr niedrigen, ja sogar des schlechtesten Tarifvertrags für die Bezahlung ihrer Beschäftigten zu erhalten. Da muss man einfach die Verhältnismäßigkeit sehen. Es kann sein, der gilt nur für eine Handvoll von Beschäftigten und hat eigentlich keinerlei Relevanz. Damit würde aus unserer Sicht ein niedriges Entlohnungsniveau

weiter zementiert und auch das das West-Ost-Gehaltsgefälle weiter verstärkt werden. Ein zweiter Punkt ist, dass der § 82 überhaupt keinen Mechanismus enthält, um Gefälligkeitstarifverträge zwischen arbeitgeberhörigen Gewerkschaften, also gelben Gewerkschaften und Pflegeanbietern zu verhindern bzw. auszuschließen, die weiterhin keine angemessene Vergütung zahlen wollen. Es werden aus unserer Sicht sogar noch Anreize für Dumpingtarifverträge gesetzt und damit könnten andere Arbeitgeber ebenfalls auf einen solchen Tarifvertrag abstellen. Gute Tarifverträge mit richtigen Gewerkschaften geraten auch weiterhin unter Druck und das regionale Niveau würde noch weiter nach unten gezogen werden. Das Ziel, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten, würde definitiv verfehlt. Ich würde mich auch Frau Dr. Fix anschließen, die angemerkt hat, dass alle Entgeltbestandteile erfasst werden müssen. Das sehen wir genauso. Es wird praktisch nur die Entgelttabelle rausgelöst und muss angewendet werden. Tarifverträge sind in der Regel auch wesentlich mehr und es werden auch andere Entgeltbestandteile darin geregelt.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage richtet sich noch einmal an ver.di und aber auch an den bpa, Herrn Mauel. Im Änderungsantrag 5 soll in § 82c Absatz 2 festgelegt werden, dass eine Entlohnung bei nicht tarifgebundenen Einrichtungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf, solange sie die durchschnittliche Entlohnung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die in der Region in der die Einrichtung betrieben wird, gezahlt werden, nicht um mehr als zehn Prozent überschreiten. Könnte das aus Ihrer Sicht dazu führen, dass Einrichtungen die sich an hohe regionale Tarife anlehnen oder schon heute hohe Gehälter zahlen, diese nicht refinanziert bekommen? Wie müsste die Regelung verändert werden, damit dies nicht passiert? Halten Sie es für sachgerecht § 82 c Absatz 2 stattdessen so zu formulieren, dass eine Entlohnung bis zur Höhe des höchsten regional geltenden Tarifvertrags als nicht unwirtschaftlich abgelehnt werden darf?



SVe **Barbara Susec** (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ja, die Gefahr besteht durchaus. Vor allen Dingen auch so lange die Pflegeversicherung nicht entsprechend ausgestattet ist und nicht zu einer Vollversicherung umgewandelt wird, wie das die beiden Oppositionsanträge zu Recht fordern. Aber es gibt auch noch einen weiteren Aspekt: Aus unserer Sicht wird die Zehn-Prozent-Regelung dazu führen, dass das auch den Verhandlungsspielraum in Tarifverträgen beeinträchtigen wird bzw. einschränken kann. Die zuletzt von Ihnen Frau Baehrens vorgeschlagene Regelung, wonach eine Entlohnung bis zur Höhe des höchsten regional geltenden Tarifvertrags nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf, würde aus unserer Sicht zu einer weiteren Schwächung der Tarifhoheit führen und widerspricht auch dem, was im § 82 c Absatz 1 geschrieben wird. Es würde diesen Absatz aushöhlen. Es wäre damit aus unserer Sicht überhaupt kein Anreiz mehr gegeben, überhaupt Tarifverträge abzuschließen. Wie vorhin schon erwähnt, Tarifverträge regeln nicht nur bessere Entlohnung, sondern sie regeln oft auch bessere Arbeitsbedingungen und sind auf jeden Fall zu fördern. Und damit würde mit diesem Gesetz keine weitere tarifliche Bindung gefördert.

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Frau Baehrens, herzlichen Dank, dass Sie mir die Gelegenheit geben, das so kurz auszuführen. Ein solcher Refinanzierungsdeckel ist nichts anderes als ein Lohndeckel. Insofern verstehen wir den auch nicht. Es gibt für ein Unternehmen keinerlei Grund, seine Geschäftsidee auf Dumpinglöhnen aufzubauen. Also diese Befürchtung halte ich für abstrus in einem Bereich, wo wir um Arbeitskräfte ringen und alle miteinander konkurrieren. Den hohen Bedarf haben die tarifgebundenen, wie die nicht tarifgebundenen Einrichtungen. Und natürlich kann es sein, dass ein von den Pflegekassen festgelegter Deckel dann dazu führt, dass vor Ort schlechter bezahlt werden kann. In Thüringen sehen wir diese Gefahr ganz aktuell, wenn wir, je nach dem was die Pflegekasse dann auswirft, uns danach richten müssen. Unser Problem ist nicht die Lohnhöhe oder die Gehaltshöhe. Unser Problem ist, dass wir mehr und mehr Länder haben, wo für jeden einzelnen Beschäftigten eine eigene Zeile im Pflegesatzantrag gemacht wird. Dann wird das Gehalt eingetragen und dann wird ein Strich drunter gemacht und das ist das,

was bezahlt wird. Damit kann kein Unternehmen bestehen. Aber die Regelung so wie sie jetzt ist, einen Refinanzierungsdeckel zu machen, der dann zum Lohndeckel wird, das widerspricht eigentlich dem, was der Gesetzgeber möchte damit.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht jetzt an den Caritasverband, Frau Dr. Fix. Die Kurzzeitpflegeleistungen werden um zehn Prozent erhöht, gleichzeitig bleibt der für Verhinderungspflege einsetzbare Betrag unverändert. Für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege besteht bislang ein einheitlicher Leistungsbetrag, gleichzeitig sind die Leistungen auch miteinander kombinierbar und wechselseitig verrechenbar. Sollte es dabei bleiben, dass Menschen, die Verhinderungspflege in Anspruch nehmen wollen, weiterhin 50 Prozent der Kurzzeitpflegeleistungen für die Verhinderungspflege nutzen können?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): Zunächst Mal sind wir froh, dass der Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege um zehn Prozent angehoben wird. Es ist wirklich angemessen, wenn wir mit dem § 88a die Rahmenbedingungen für die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Kurzzeitpflege verbessern wollen. Gleichzeitig waren, Sie haben es erwähnt, seit Bestehen der Pflegeversicherung die Leistungsbeträge für Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege identisch. Es wäre jetzt an sich kein Problem, wenn die beiden Leistungen nicht, und wir begrüßen das, miteinander kombinierfähig wären und wechselseitig verrechenbar wären. Es gibt eine ganze Reihe von pflegenden Angehörigen, die keinerlei Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen. Oft wollen die Menschen auch für die Urlaubspflege überhaupt nicht in eine stationäre Einrichtung. Und die Verhinderungspflege ist das, was die pflegenden Angehörigen brauchen. Insofern muss mit den Regelungen wirklich sichergestellt sein, dass es auch weiterhin ceteris paribus dabei bleibt, dass wenn Kurzzeitpflegeleistungen für die Verhinderungspflege eingesetzt werden, 50 Prozent – ich nenne das jetzt mal dieses Budgets – dafür zur Verfügung stehen und nicht unterm Strich als Fazit nur noch 45 Prozent. Also hier braucht es nochmal eine zusätzliche Regelung.



Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Rothgang. Herr Prof. Dr. Rothgang, halten Sie die vollständige Umsetzung des Personalbemessungsinstruments, so wie es in der Konzertierte Aktion Pflege (KAP) beschlossen wurde, durch den vorliegenden Entwurf für gesichert? Was müsste aus Ihrer Sicht geändert werden, um eine Umsetzung auch über die zweite Stufe hinaus zu sichern?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Der zweite Schritt, der jetzt vorgesehen ist, enthält viele wichtige und richtige Elemente. Insbesondere ist es sehr wichtig, dass wir auf eine bundeseinheitliche Regelung umsteigen. Im ersten Schritt gab es ja Zuschläge auf die Länderwerte, das heißt, die Unterschiede wurden perpetuiert. Jetzt wird das eingeebnet und es gibt eine Konvergenzphase. Dass der zweite Schritt auf 40 Prozent des Deltas begrenzt ist, dass wir festgestellt haben, dass der Mehrbedarf nur zu 40 Prozent gedeckt werden soll, das ist vielleicht weniger als ich mir erhofft hätte. Aber darin würde ich auch noch kein Problem sehen. Das große Problem ist, dass der dritte Schritt jetzt tatsächlich infrage gestellt wird. In der Formulierung heißt es jetzt: „Das Bundesgesundheitsministerium prüft, ob es einen dritten Schritt geben soll.“ Das ist schon sehr enttäuschend. Wenn wir das Personalbemessungsverfahren umsetzen wollen und wenn wir ein kraftvolles Signal in die Szene senden wollen, dann müsste es jetzt heißen, natürlich kommt der dritte Schritt 2025 und das Bundesgesundheitsministerium prüft dann, wie groß er ist, in welchem Umfang und orientiert sich dabei natürlich an dem, was wir 2018 erhoben haben und was zwischendurch in den Modellprojekten stattfindet. Aber das jetzt dieser dritte Schritt insgesamt infrage gestellt wird, halte ich für hoch problematisch, insbesondere wenn es darum geht, mehr Personen für den Pflegeberuf zu begeistern.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Die Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen, BAGSO. Die Regelung zur Entlastung der Heimbewohner ist als stufenweises Modell der Eigenanteilsreduzierung vorgesehen. Wie bewerten Sie das vorliegende Stufenmodell?

SVe **Anna Brückner** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO)): Wir begrüßen zwar grundsätzlich, dass die Eigenanteile in der stationären Langzeitpflege reduziert werden sollen. Allerdings sehen wir es durchaus kritisch, ob das der Masse der Pflegebedürftigen letztlich zugutekommen wird. Dafür sehen wir die Regelung, dass erst ab dem zweiten Jahr die Eigenanteile 25 Prozent reduziert werden sollen, für nicht ausreichend.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Frau Dr. Vorholz. Durch die vorgesehene Eigenanteilsreduzierung werden die Sozialhilfeträger auch erheblich entlastet, weil die größte Entlastungswirkung bei denjenigen Pflegeheimbewohnerinnen und Bewohnern ist, die über einen längeren Zeitraum versorgt werden müssen. Können Sie schon einschätzen, in welcher Größenordnung die Sozialhilfe entlastet wird? Gibt es auf der Seite der kommunalen Spitzenverbände schon Überlegungen, wie man mit dieser Entlastungswirkung umgeht? Also welche Verantwortung übernimmt die Sozialhilfe für das Vor- und Umfeld von Pflege?

SVe **Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (BVkom)): Sie gehen davon aus, dass es zu einer Entlastung der Sozialhilfe kommen wird. Das sehen wir in dieser allgemeinen Aussage noch nicht. Wir sehen zwar eine Entlastung durch die Begrenzung der Eigenanteile, aber die Änderungsanträge enthalten auch neue Belastungen für die Pflegebedürftigen und wenn die Pflegebedürftigen nicht ausreichend Einkommen und Vermögen haben, auch für die Sozialhilfe. Wir gehen davon aus, dass ein nennenswerter Anteil der Pflegebedürftigen gar nicht entlastet wird, durch diese Kombination mit den neuen Belastungen im Bereich der Personalfragen, sodass es darauf ankommen wird, sich den Einzelfall anzusehen. Ich denke, dass es wenn, dann systematisch folgend eine Entlastung der Sozialhilfe ist und dass man die Erwartung, gleich wieder neue Aufgaben für die soziale Hilfe damit zu verbinden, hinterfragen muss. Wir gehen davon aus, dass wir im Bereich der Pflege umfangreiche Verantwortung auch weiterhin vor Ort umsetzen werden und hoffen, dass es im Verlaufe dieses Verfahrens vielleicht



noch etwas Nachbesserung bei der Entlastung, bei der Begrenzung der Eigenanteile geben wird, so dass auch wirklich eine nennenswerte Entlastung in toto zu erwarten sein wird.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Die Frage geht an den Deutschen Pflegerat. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Verordnungsmöglichkeiten für Pflegekräfte? Sehen Sie gegebenenfalls noch Änderungsbedarf?

SVe **Ulrike Döring** (Deutscher Pflegerat): Wir sind sehr froh, dass es jetzt Verordnungsmöglichkeiten im Bereich der Hilfsmittelverordnung für Pflegekräfte geben soll. Denn da sind ganz viele Schwierigkeiten immer wieder im ambulanten Bereich und zum Teil auch im stationären Langzeitpflegebereich, dass Hilfsmittel nötig sind und es sehr lange dauert, bis diese Hilfsmittel überhaupt durch die Ärzte verordnet werden, oder auch gar nicht verordnet werden, weil es da zu keiner Verständigung kommt, gerade in den Bereichen, wo Pfleger sehr aktiv sind und die Versorgungssituation der Patienten kennen. Von daher begrüßen wir das und hoffen, dass das jetzt umgesetzt wird und dass es auch nicht irgendwie verwässert wird, sondern dass sehr klar definiert wird, in welchen Bereichen Hilfsmittel durch Pflegefachpersonen verordnet werden können und diese Verordnungen dann auch nicht in Frage gestellt werden.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Eine Frage an den DGB. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Regelungen zur Tarifbindung? Ist damit der Grundsatz der negativen Koalitionsfreiheit gewahrt? Werden die Regelungen den wichtigen Grundsatz der Tariftreue befördern?

SV **Marco Frank** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Grundsätzlich begrüßen wir den Ansatz, den Abschluss von Versorgungsverträgen an die Tarifbindung zu knüpfen. Sowohl der Grundsatz der Koalitionsfreiheit als auch der dann negativen Koalitionsfreiheit bleibt natürlich uneingeschränkt gewahrt. Es steht den Arbeitgebern wie den Gewerkschaften natürlich auch weiterhin grundsätzlich frei, ob sie Tarifverträge abschließen wollen oder nicht. Aber, jetzt kommt das Aber: Die jetzt vorgelegte Regelung hat mit Tariftreue eigentlich nichts zu tun, denn solange sich ein Arbeitgeber

den schlechtesten Tarifvertrag und gegebenenfalls sogar einen Dumping-Tarifvertrag aussuchen kann, fehlt natürlich eine Haltelinie und ein Schutz sozusagen vor schlechten und viel zu niedrigen Löhnen. Den Begriff der Tariftreue auf diese Regelung anzuwenden, wäre deshalb falsch. Tariftreue kann nur befördert werden, wenn es einen Mechanismus gibt, der das Entlohnungsniveau durch die Anwendung von Tarifverträgen auch faktisch anhebt, anstatt ein niedriges Niveau festzuschreiben.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die Frage geht an den Sozialverband VdK Deutschland, an Frau Viol, und an den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten, Herrn Waldherr. Der erste Teil der Frage: Es ist geplant, den Beitragszuschlag für kinderlose ab dem 23. Lebensjahr in der gesetzlichen Pflegeversicherung auf 0,35 Prozent des Bruttogehaltes zu erhöhen, vorher waren es 0,25. Zudem soll sich der Bund ab 2022 jährlich mit einer Milliarde Euro an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung beteiligen. Die Frage an Frau Viol ist: Halten Sie diese neue Regelung für zielführend, um sämtliche finanziellen Lücken in der Pflegereform decken zu können? Falls nein, welche Lösung schlagen Sie vor, um finanzielle Defizite in der Pflege aufzufangen? Und die Frage an Herrn Waldherr: Es ist, so gesehen, eine Art Bestrafung für die Menschen, die keine Kinder haben – welche wollen auch bestimmt Kinder haben, kriegen aber eine Art Strafe draufgebrummt. Haben Sie in Ihrem Bereich schon mit diesen Problemen zu tun gehabt?

SVe **Madeleine Viol** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Erstmal zu der Kinderlosenpauschale: In der Begründung wird aufgeführt, dass der Beitragszuschlag für die Kinderlosen, anders als der allgemeine Beitragssatz, seit seiner Einführung im Jahr 2005 nicht angehoben wurde. Dem ist aber nicht so. Der Kinderlosenzuschlag läuft linear zum allgemeinen Beitragssatz. Also erhöhte sich der Beitragssatz für die Kinderlosen auch schon 2008, 2013, 2015, 2017 und 2019. Nur mit der jetzigen Regelung erweitert man die Kluft zwischen Kinderlosen und Familien. Unseres Erachtens nach sollte der Ausgleich zwischen diesen Gruppen eher im Steuersystem erfolgen als in der Sozialversicherung, weil die Sozialversicherung kein Finanzamt ist und man sollte auch keines daraus machen. Man sollte den Anlass jetzt dazu nehmen, komplett



über die Finanzierung der Pflegeversicherung nachzudenken. Für uns besteht kein Zweifel, dass die gesetzliche und die private Pflegeversicherung zusammengeführt werden müssen. Dann zu dem Bundeszuschuss von einer Milliarde. Wir sind gestartet bei sechs Milliarden. Wir halten die Unterdeckung für eklatant. Weiteres kann man auch in unserer Stellungnahme und auch im Finanzierungstableau nachsehen. Da muss man einfach nochmal ran auch um zu gucken, wo kommt die Ausbildungsumlage hin? Ist es nicht eine versicherungsfremde Leistung? Was machen wir bei den Rentenbeiträgen für die pflegenden Angehörigen? Die müssen eigentlich rausgelöst werden aus der Pflegeversicherung. Dann entsteht ein wesentlich größeres Finanzpolster für die Pflegeversicherung, um hier nachhaltig zu finanzieren.

SV Benedikt Waldherr (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (BVVP)): Ich bin ein wenig überrascht über die Frage, denn ich bin kein Fachmann für Pflege, sondern für ambulante Psychotherapie. Ob die Frage der Kostenverteilung auf die jüngere Generation in der ambulanten Psychotherapie vorkommt und dort ein Problem darstellt, kann ich eigentlich nicht wirklich beantworten. Es tut mir sehr leid. Ich bedanke mich trotzdem für Ihre Frage.

Abg. **Ulrich Oehme** (AfD): Meine Frage richtet sich an den Paritätischen Wohlfahrtsverband. Sie weisen in Ihrer Stellungnahme auf die besondere Belastungssituation von Familien mit behinderten Kindern hin und stellen fest, dass gerade die flexible, stundenweise Inanspruchnahme der Verhinderungspflege nach individuellem Bedarf wichtig ist. Sind aus Ihrer Sicht folgende Forderungen gerechtfertigt: Erstens, den jährlichen Beitrag für Verhinderungspflege nach § 39 Sozialgesetzbuch von derzeit 1 612 Euro um 20 Prozent sowie die Mittel aus der Kurzzeitpflege von derzeit bis zu 806 Euro um 20 Prozent zu erhöhen? Zweitens, für die stundenweise Inanspruchnahme der Verhinderungspflege den derzeitigen Rahmen deutlich zu erhöhen? Und drittens, für Kinder mit hohem Unterstützungsbedarf Ersatzpflegeangebote zu schaffen, die die Kinder nicht schlechter stellen als Erwachsene?

SV Thorsten Mittag (Der Paritätische Wohlfahrtsverband): Ich denke, dass gegenüber dem Arbeitsentwurf das Systemfeld Verhinderungspflege nicht unbedingt in der Form noch weiter angesprochen war, wie Sie es gerade mit Blick auf stundenweise Verhinderungspflege angesprochen haben. Dieses Themenfeld ist gar nicht mehr aufgegriffen. Was wir richtig finden. Wir denken, eine Begrenzung, prozentual oder wie auch immer, von dem Einsatz dieser Mittel der Verhinderungspflege für stundenweise Erbringung, wäre nicht gerechtfertigt. Zur Höhe von 20 Prozent, die Sie ansprechen, da fragen Sie, ob das gerechtfertigt wäre. Naja, da kann ich natürlich nur sagen, je mehr desto besser. Also ich kann mich jetzt aber auch nicht erinnern, dass wir tatsächlich mal 20 oder 30 Prozent für Verhinderungspflege oder dergleichen an Erhöhung gefordert haben. Aber natürlich ist das ein Themenfeld, das auch in finanzieller Hinsicht deutlich weiterentwickelt werden muss. Vielleicht muss man an der Stelle nochmal ein bisschen an das Themenfeld Flexibilisierung erinnern. Wir haben ursprünglich im Koalitionsvertrag stehen gehabt, dass es ein Entlastungsbudget geben wird, wo unter anderem auch das Themenfeld Verhinderungspflege mit seinen Mitteln eingeflossen wäre. Das wäre der richtige Weg, mit einem Gesamtbudget für Entlastung zu sorgen, das jährlich zur Verfügung steht und mit dem auch dann sozusagen der jeweilige Bedarf individueller, gerechter aufgefangen und abgegriffen werden kann.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Herrn Dr. Gaß, und an den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, Frau Dettmann. In den letzten Monaten wurde von Seiten der Länder die geplante Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten von Krankenhäusern kritisiert, unter anderem mit den Argumenten, eine Veröffentlichung könnte Kliniken ungerechtfertigt brandmarken vor allem vor dem Hintergrund, dass die vergebliche Bemühung bei der Anwerbung von zusätzlichem Personal in Ballungsräumen dabei nicht berücksichtigt würde. Jetzt die Frage: Können Sie Aussagen darüber treffen, in welchen Ländern und Regionen die Anwerbung von qualifizierten Pflegepersonal besonders hoch ist und Ihre Aussagen dazu bzw. welches sind Ihrer Kenntnis nach die größten Herausforderungen bei der Anwerbung von Pflegepersonal?



SV Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wir haben nach wie vor, trotz der durchaus erkennbaren Änderungen der Pflegepolitik und der Refinanzierungsmöglichkeiten für die Krankenhäuser, einen ungedeckten Fachkräftebedarf in der Pflege, der sich auch durch eigene Ausbildungsanstrengungen der Krankenhäuser erst in den kommenden Jahren signifikant reduzieren wird. Es ist natürlich für die Krankenhäuser bei tendenziell sinkenden Schulabgängerzahlen eine dauerhafte Herausforderung, zunehmend mehr junge Menschen für die Ausbildung in den Krankenpflegeschulen zu begeistern und anzuwerben. Insofern stellt sich dieses Problem ziemlich flächendeckend in ganz Deutschland. Es gibt natürlich gewisse regionale Unterschiede, die ich jetzt aber nicht an einzelnen Bundesländern festmachen kann. Ganz grundsätzlich fehlen nach unseren jüngsten Erhebungen 30 000 bis 40 000 Vollkraftstellen in der Pflege in den deutschen Krankenhäusern. Es gibt andere Studien, die zum Teil noch darüber hinausgehende Prognosen abgegeben haben. Die Veröffentlichung der detaillierten Besetzungen und des Pflegequotienten, der das Verhältnis der Fallzahlen der Patientinnen und Patienten zu den beschäftigten Pflegekräften angeben soll, ist aus unserer Sicht zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht sinnvoll. Sie haben unsere Stellungnahme dazu zitiert, weil wir ganz eindeutig sagen, dass alle Krankenhäuser sich massiv anstrengen, zusätzliche Pflegekräfte zu gewinnen. Dort, wo das noch nicht, muss man sagen, in ausreichendem Maße möglich ist, hat das überhaupt keinerlei Gründe, die bei den Krankenhäusern liegen im Sinne von Refinanzierungsmöglichkeit oder Ähnlichem. Wir haben durch das Pflegebudget die Möglichkeit, jede zusätzliche Pflegekraft im Grunde nach auch durch die Vereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen finanzieren zu können. Es ist also eine Phase, in der wir uns jetzt befinden, wo wir der Auffassung sind, dass es keinen Sinn macht, Krankenhäuser in irgendeiner Art und Weise auszudeuten, dass sie möglicherweise weniger Pflegekräfte beschäftigen als andere. Wir haben darüber hinaus in Qualitätsberichten Aussagen über die Behandlungsqualität. Wir haben dort auch Aussagen über die Besetzungen. Wir haben im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen Informationen, die öffentlich zugänglich sind. Insofern halten wir diese Veröffentlichungspflicht insbesondere zum jetzigen Zeitpunkt für nicht angemessen.

SVe Maria Dettmann (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)): Ich kann Ihnen keine Zahlen, Daten oder Fakten nennen, aus welchen Ländern die Pflegekräfte kommen. Zu Ihrer Frage zu den Schwierigkeiten: Es sind in erster Linie, glaube ich, die fehlenden Pflegefachpersonen, die wir in Deutschland zu beklagen haben. Das heißt, wir müssen hier vermehrt ausbilden, wir müssen dort vermehrt einsteigen. Wenn Sie auf Pflegefachpersonen aus anderen Ländern gucken, dann müssen wir natürlich gucken, dass wir schnellstmöglich die Zulassung in dem Bereich ermöglichen.

Abg. Ulrich Oehme (AfD): Meine Frage richtet sich an den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten, Herrn Waldherr. Viele Fachverbände halten ein mögliches Praxisranking für Psychotherapeuten für problematisch und betonen, dass dieses Ranking falsche Anreize setzen könnte. Welche Risiken sehen Sie in dem Ranking? Wie kann Ihrer Ansicht nach die Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Psychotherapie am besten gewährleistet werden?

SV Benedikt Waldherr (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (BVVP)): Herzlichen Dank für diese Frage, für die ich mich tatsächlich zuständig fühle. Also das Benchmarking im Bereich Psychotherapie halten wir deshalb für sehr problematisch, weil Psychotherapeuten generell über geringe Patientenzahlen verfügen. Hier spielt die therapeutische Beziehung eine so große Rolle, dass wir nicht so viele Menschen gleichzeitig behandeln können. Deshalb sind statistische Vergleiche auf so geringer Patientenzahl erstmal äußerst wenig aussagekräftig. Zweitens könnte es dazu führen, dass sich durch die Verlagerung auf ein Benchmarking eine Patientenselektion ergeben könnte, die keiner haben möchte. Das heißt, schwierige Patienten werden länger Therapie benötigen oder mehr Zeit benötigen als andere Patienten. Es könnte dazu kommen, um sich im Benchmarking irgendwie zu positionieren, dass man sich dort einer Patientenselektion bedient. Das sind beides Gründe, die wir nicht haben wollen. Wir wollen eigentlich klarstellen, dass Psychotherapie ausreichend Zeit braucht, dass es eine individuelle Passung braucht, bei der vor allen Dingen der Patient entscheidet, welchen Therapeuten er nimmt. Das geht eigentlich nicht über ein Benchmarking.



Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die Frage geht an den Paritätischen Wohlfahrtsverband, Herrn Mittag, Herr Mittag, in der Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes wird vorgeschlagen, den Kostenanteil der medizinischen Behandlungspflege pauschal zu beziffern und den pflegebedingten Eigenanteil um diese Pauschale zu senken. Können Sie dazu Angaben machen, wie hoch schätzen Sie so eine Pauschale? Wie wird die ermittelt und wer übernimmt die Kosten oder wer sollte sie übernehmen?

SV **Thorsten Mittag** (Der Paritätische Wohlfahrtsverband): Es ist jetzt angelegt, dass die 640 Millionen Euro, die bereits schon eingesetzt worden sind für die Umsetzung von § 8 Absatz 6, dass die jetzt regelhaft an die Pflegeversicherung seitens der GKV überwiesen werden. Wir sind der Meinung, das ist erst einmal der richtige Schritt. Allerdings kann das auch nur der erste Schritt sein, weil wir insgesamt der Auffassung sind, dass die Behandlungspflegekosten im Pflegeheim durch die Krankenversicherungen zu übernehmen sind. In der Tat stellen wir uns vor, dass eine Pauschalregelung zum Tragen kommen sollte. Wir können jetzt aber nicht sagen, wie hoch die Pauschale dann tatsächlich sein sollte. Das ist etwas, was noch ausgehandelt werden müsste. Wir haben im Augenblick noch keine Vorberechnungen angesichts der drei Milliarden Euro, von denen wir ausgehen. Da gibt es mehrere Studien, die ungefähr in diese Richtung gehen, die das Ganze kosten würde. Das lässt sich aber sicherlich relativ zügig, wenn man sich an solchen Kosten orientiert, bewerkstelligen.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine erste Frage geht an Prof. Dr. Raffelhüschen. Aus guten Gründen gilt in der Pflege ambulant vor stationär. Denken Sie, dass die Deckelung der Eigenanteile und die Vollversicherung dieses Prinzip unverändert lässt?

ESV **Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen**: Die entsprechenden Tendenzen, die dadurch ausgelöst werden, sind eindeutig. Wir kriegen im Grunde genommen eine Verschärfung des sogenannten Heimsogeffektes, das heißt, wir bekommen mehr und mehr Menschen in stationäre Versorgung. Wir bekommen mehr kostenintensive Fälle. Die Nachhaltigkeitslücke, die da in dem Generationenvertrag, der

gar keiner ist, weil die Generation, die diesen Generationenvertrag erfüllen soll, gar nicht geboren worden ist. Das wusste man auch bei der Einführung. Die Hypothek zu Lasten zukünftiger Generationen wird sich massiv verschärfen durch die Vollversicherung. Das sind Größenordnungen, die kann man sich nicht vorstellen. Die kann man sich natürlich schon vorstellen, wenn jemand sagt, o.k., wir rechnen nur drei oder vier Jahre. Aber so machen wir das nicht. Im Tragfähigkeitsbericht der Bundesregierung oder auch in der Nachhaltigkeitsanalyse der Stiftung Marktwirtschaft haben wir ganz klar gesagt, wir reden hier über zusätzliche Kosten bei einer Vollversicherung zum Beispiel von der Grünen-Fraktion oder der Linken-Fraktion in der Größenordnung von sicherlich 300 bis 350 Milliarden Euro. Das sind Hypotheken zu Lasten unserer Kinder. Und die sitzen bei dieser Anhörung tatsächlich nicht mit dabei. Das ist schade.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine nächste Frage geht an die denkschmiede gesundheit, Frau Roither. Zur Gegenfinanzierung von Reformvorhaben werden Mittel aus verschiedenen Quellen herangezogen, Steuerzuschuss, Bürgerversicherung, Pflegevorsorgefonds. Wie bewerten Sie diese Finanzmittel, die zum Einsatz kommen sollen, vor dem Hintergrund der Generationengerechtigkeit?

Sve **Luise Roither** (denkschmiede gesundheit): Ich greife mir das Wichtigste zuerst. Der Vorsorgefonds verschafft uns gemäß meinen Berechnungen mit dem Prognosemodell des GKV-SV eine Beitragsstabilität von 13 Jahren. Und beim Vorsorgefonds handelt es sich um eine zweckgebundene Rücklage zur Beitragssatzstabilisierung. Das schafft er auch, wenn auch die Gesamtwirkung sehr begrenzt ist, das ist unbestritten. Er verschafft uns aber in den Jahren 2034 bis 2046, das sind diese 13 Jahre, die ich erwähnte, einen stabilen Beitragssatz, der uns Zeit verschafft an den Ursachen zu arbeiten, also die grundlegenden Probleme anzugehen. Und nichts anderes hat derzeit eine vergleichbare Wirkung auf den Beitragssatz. Auch deswegen, weil es das einzige Instrument für mehr Generationengerechtigkeit ist, das wir überhaupt haben, halte ich die Abschaffung oder Umwidmung, wie sie vorgeschlagen wird, für unverantwortlich. Nächster Punkt, der Steuerzuschuss. Ein Steuerzuschuss ist durchaus sinnvoll, aber dazu darf er nicht pauschal



sein, sondern muss ganz zweckgebunden zum Einsatz kommen. Es ist zu bedenken, dass wir einen Finanztropf an den bisher kleinsten Sozialversicherungszweig anhängen, den wir nie wieder entfernen werden, sondern im Gegenteil, der weiter wächst. Da muss man sich nichts vormachen. Und ein Feuerlöschen der Finanzprobleme mit höheren Steuermitteln geht, wie Beitragserhöhungen auch, ebenfalls zu Lasten der jungen und zukünftigen Generationen. Zum Beispiel übrigens, die soziale Sicherung von pflegenden Angehörigen ist ein Rechnungsposten, der auf jeden Fall versicherungsfremd ist. Und den darf man zum Beispiel ganz gezielt abdecken mit Steuermitteln. Wenn also weiterhin ganz juristisch sauber argumentiert wird, wofür wir diese Steuermittel einsetzen, eben für diese versicherungsfremden Rechnungsposten, dann befürworten wir das in der denkschmiede gesund. Noch eine kurze Einschätzung zur Bürgerversicherung. Diese würde natürlich die Einnahmensituation verbessern, da wir bekanntermaßen wohlhabendere und gesündere Menschen hinzuziehen. Die Ausgaben hingegen würden weniger wachsen. Und das ist langfristig sehr positiv. Berechnungen zeigen ein Plus von fünf Milliarden Euro, also ein Saldo-Plus bei der Einbeziehung der PKV in die GKV. Und diese verbesserte Einnahmensituation würde das System auf einen viel solideren Boden stellen, wie Prof. Dr. Rothgang rechnerisch gezeigt hat. Ich möchte trotzdem noch eine Sache anmerken: Eine Gleichsetzung mit dem Sockel-Spitze-Tausch oder sogar einer Vollversicherung sollte das aber nicht sein. Denn eine große SBV mit allen Bürger:innen schafft es gerade mal, das Finanzproblem des jetzigen Systems abzumildern.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine nächste Frage geht an den bpa. Der bpa hat regelmäßig die geplante Einschränkung der Tarifautonomie kritisiert. Welche anderen Möglichkeiten sehen Sie, um zu höheren Gehältern in der Pflege zu kommen?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Ich möchte zunächst einmal darauf verweisen, dass es eine mehr als beeindruckende Entwicklung der Gehälter gibt. Kein einziges Unternehmen kann mit Lohn, der im Dumpingbereich ist, auch nur über das nächste halbe Jahr kommen. Die hätten nach kürzester Zeit

keine Mitarbeiter mehr. Wer keine Mitarbeiter hat, hat auch keine Versorgung mehr, der ist weg vom Markt. Wenn wir das machen, was im Moment vorgesehen wird, dann muss man zu Ende reden. Man kann nicht nur Antworten geben für Pflegebedürftige und für Mitarbeiter. Bei der Regelungsdichte wird man sich dringend mit der Frage beschäftigen müssen, was ist mit unternehmerischem Wagnis, was ist mit betrieblichem Risiko. Wir haben in unserer Stellungnahme auch noch einmal sehr deutlich darum gebeten klarzustellen, dass es auch weiterhin Preisverhandlungen geben muss. Wir brauchen auch mehr Gestaltungsspielraum als Unternehmen. Das, was im Moment gemacht wird, macht vor allen Dingen eines ganz sicher, es macht die Angelegenheit sehr, sehr teuer. Aber dass den Unternehmen keinerlei Spielraum mehr zugebilligt wird, halten wir für völlig fehlplatziert. Und wenn man sich anguckt, in welchen Ländern wir im Moment relativ gute einvernehmliche Regelungen haben, dann sind das diejenigen, die die niedrigste Regelungsdichte umsetzen; Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland. Dort haben wir kaum Schwierigkeiten bei allen Vertragsbeteiligten, haben einen Bruchteil des Verhandlungsaufwandes und haben insgesamt eine gute Ausstattung. Also dieser Weg, immer mehr zu reglementieren führt nur dazu, dass man noch mehr reglementieren muss. Und wenn ich etwas Freiheiten gebe und sage, es müssen auch weiter definitiv Preisverhandlungen möglich sein, glaube ich, ist damit allen gedient.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine nächste Frage geht an Frau Dr. Fix von der Caritas. Sie beklagen in Ihrer Stellungnahme das Auslaufen des Reha-Schutzschirms. Bitte schildern Sie uns die Situation der Reha-Einrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks. Was passiert, wenn der Schutzschirm ausläuft und welchen gesetzlichen Änderungsbedarf sehen Sie?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband): Die Reha-Einrichtungen versuchen, soweit es geht, wieder auf Normalbetrieb umzustellen und nicht nur umzustellen, sondern auch nach Normalbetrieb zu versorgen. Gleichzeitig ist es so, dass die Auslastungsquoten der Reha-Einrichtungen gegenwärtig bei weitem noch nicht die 95 Prozent erreichen, die für die wirtschaftliche Betriebsführung notwendig wären, sondern sie liegen irgendwo zwischen 70



und 90 Prozent. Das ist nicht ausreichend. Die Ursachen dafür sind sehr viele behördliche Auflagen. Es kommt zu Infektionen oder Re-Infektionen in den Einrichtungen. Da müssen ganze Kohorten abreisen. Das ist behördlich vorgeschrieben. Es kommt zu Quarantänesituationen. Ein anderes Thema ist, dass auch behördlich vorgegeben wird, dass immer noch kleinere Gruppengrößen in der Reha vorgeschrieben sind, wegen des Abstandsgebots. Des Weiteren haben wir das Problem in den Reha-Einrichtungen, dass beispielsweise die Testkosten, also die Personalkosten für die Testungen, nicht refinanziert werden. Die Deutsche Rentenversicherung und auch der GKV sehen hier nur einen Hygienevorschlag vor, der bei weitem nicht ausreichend ist. Kurzum, wir bräuchten im Moment eine gesetzliche Regelung, die es uns ermöglicht, diese pandemiebedingten Mindereinnahmen und Mehrausgaben verhandeln zu können. Da sehen wir eine Anpassung der Rahmenempfehlung nach § 111 Absatz 7 für erforderlich an und zwar auf gesetzlicher Grundlage. Und wünschenswert wäre auch eine Verlängerung der Ausgleichszahlungen nach § 111d, gegebenenfalls aber auch auf dem Verordnungsweg.

Abg. Nicole Westig (FDP): Meine nächste Frage geht an Herrn Prof. Dr. Raffelhüschen. Sie forschen schon lange zur Finanzierung der Sozialversicherung im Allgemeinen und der sozialen Pflegeversicherung im Speziellen. Welche Form der langfristigen Finanzierung schlagen Sie für die Pflegeversicherung vor?

ESV Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen: Die Finanzierung der Pflegeversicherung war von Anfang an falsch. Wir haben im Grunde genommen eine Versicherung auf Lohnbasis, wo das Risiko letztlich mit Löhnen nichts zu tun hat. Das gilt genauso für die KV wie für anderes. Das zu korrigieren heißt auf gut Deutsch, wir brauchen irgendwie eine Entkopplung von den Löhnen. Wir müssen auf eine Pauschale, auf eine Gesundheitspauschale, auch für die Pflege hinaus. Die muss dann für alle gelten, das ist ganz klar. Aber, und das ist ganz wichtig, die Deckelung der Einnahmen muss beschlossen werden. Es darf nicht mehr hereinkommen, also es beispielsweise bei zwei Prozent oder 2,5 oder wie auch immer wir uns da einigen, Prozent belassen.

Wenn diese Einnahmen nicht reichen um die steigende Zahl der Pflegefälle zu versorgen, dann müssen wir die Leistungen reduzieren. Nochmal, ob Herr Spahn da ist oder die Vollversicherung da ist, oder ob hier argumentiert wird in diesem Zirkel, es geht immer um eine Leistungsausweitung eines Kettenbriefs. Denn diejenigen, die diese Leistungen erhalten, haben dafür nicht bezahlt. Und deshalb müssen wir mit Karenzzeiten operieren, wir müssen die Eigenvorsorge stärken, auch für die Pflege. Und wenn wir das nicht tun, dann werden uns Frau Roither und ihre Generation diesen Generationenvertrag kündigen. Und das ist das Dümme, was uns passieren kann.

Abg. Nicole Westig (FDP): Meine nächste Frage geht an Herrn Dr. Reuther von der PKV. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme, dass mit dem Gesetzesvorhaben Leistungen ausgeweitet und zusätzliche Kostenbelastungen für die Pflegebedürftigen und die Beitragszahler ohne eine nachhaltige Finanzierung begründet werden. Gibt es aus Ihrer Sicht alternative Finanzierungsmöglichkeiten für die gesetzliche Pflegeversicherung?

SV Dr. Florian Reuther (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Ich glaube, es ist schon sehr deutlich geworden, dass aufgrund der neuen Regelungen die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung insgesamt, auch unter Berücksichtigung des zusätzlichen Steuerzuschusses, vor großer Unsicherheit steht. Im Grunde steht schon heute fest, dass der Steuerzuschuss nicht reichen wird um die demographische Herausforderung zu finanzieren. Wir haben das berechnet. Wenn man die eine Milliarde fortschreibt unter der Prämisse von konstanten Beitragssätzen, dann wird das schon im Laufe der nächsten zehn Jahre auf einen Betrag von über zehn Milliarden Euro ansteigen, die man investieren müsste. Der bessere Weg wäre gewesen, statt dieses Steuerzuschusses die private Eigenvorsorge zu fördern. Das ist die richtige Antwort auf die demographische Herausforderung. Und zwar private Eigenvorsorge durch betriebliche, tarifliche Pflegezusatzversicherungen und auch individuelle Zusatzversicherungen. Hier sah der Arbeitsentwurf des BMG schon eine Reihe von guten Ansätzen vor. Leider findet sich davon in den Änderungsanträgen nichts mehr wieder. Hier wird



eine Chance vertan, um eine wirklich zukunftsgerichtete Finanzierung durch private Eigenvorsorge anzugehen. Der Steuerzuschuss ist dagegen ein Finanzierungsrisiko.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Es ist nett, bei dieser Anhörung zu hören, dass dieser Gesetzesvorschlag von unterschiedlicher Seite unterschiedlich kritisiert wird. Ich möchte auf einen anderen Aspekt nochmal eingehen und diese Frage stellen an ver.di und an den GKV-Spitzenverband. Es ist so, dass die Modalitäten der tariflichen Bezahlung in einer Richtlinie geregelt werden sollen. Wie beurteilen Sie diesen Vorschlag?

Sve **Barbara Suscec** (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Zum einen ist es aus unserer Sicht unverständlich, warum das alleine in die Hand des GKV-Spitzenverbandes gegeben wird und die Tarifvertragsparteien da komplett außen vor sein sollen. Zum anderen würde ich auch nochmal den Zeitrahmen in diesem Kontext anmahnen wollen. Es ist vorgesehen, dass das Ganze zum 1. September 2022 in Kraft tritt. Hier mahnen wir einen sehr viel ambitionierteren Zeitplan an, dass der 1. Januar 2022 das Ziel sein muss. Der GKV-Spitzenverband, Herr Kiefer, hat vorhin gesagt, dass die Zeit nicht ausreicht, weil es sehr bürokratisch ist. Da verstehe ich den Gesetzentwurf nicht, warum man sich nicht einfach an die Tarifregister der einzelnen Bundesländer wendet. Dort müssen alle Tarifverträge hinterlegt werden, dort könnte man sie einfach über die Landesarbeitsministerien abfragen. Da würde sehr viel Zeit gespart werden. Es müsste auch zu einer zügigeren Überprüfung kommen, nämlich schon 2023 und nicht erst in der nächsten Legislaturperiode. Ich denke, dass da einfach auch ein hoher Erwartungsdruck seitens der Beschäftigten da ist, die wirklich Veränderungen sehen wollen.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Also die Diskussion ist schon auch ein bisschen, ich sage mal vorsichtig, sie stimmt nachdenklich. Weil diejenigen, deren wesentlicher Organisationszweck es ist, eigentlich sowas wie Arbeitnehmerinteressen erstens zu bündeln und zweitens zum Beispiel im Rahmen der Koalitionsfreiheit auch Tarifverträge abzuschließen und das aus vielfältigen Gründen im

Moment nicht hinkriegen, die kritisieren eine Ersatzregelung, die dem politischen Ziel verbunden ist, einen Wirkungseffekt auf die Bezahlung zu erzielen und das auf einem anderen Weg. Ich hatte ausgeführt, die Regelung ist relativ kompliziert. Sie hat vor allen Dingen, und ich sage mal, dafür würde ich auch die Kritik von ver.di gerne zurückweisen, eine Rolle für den GKV-Spitzenverband, um die wir nicht gebeten haben. Nämlich, wir müssen uns in irgendeiner Weise damit beschäftigen auf Basis der jetzt vorgesehenen Formulierung festzustellen, wie sind sozusagen die Strukturen der tariflichen Einigungen in der jeweiligen Region und wie ist dann zu definieren, welche Schwelle. Das ist insgesamt überkompliziert, es ist Murks und dann zu sagen, es muss aber schon zum 1. Januar 2023 sein, wie die Kollegin von ver.di das gerade gemacht hat, verkennt einfach die Tatsache, dass wir es hier damit zu tun haben, 30 000 Vereinbarungen zwischen ambulanten und stationären Pflegediensten und den Pflegekassen anzufassen und in eine vernünftige Struktur, nach den demnächst dann irgendwann in Kraft getretenen gesetzlichen Vorgaben zu bringen. Also da bitte ich doch um einen gewissen Realitätsbezug. Also, wir sind nicht glücklich über die Aufgabe, anders gesagt, wir sind nicht die Tarifpolizei, mein Appell heißt einfach, machen Sie diese Regelung etwas einfacher. Vielleicht sind die Beschäftigten und ihre Gewerkschaft in der Lage, ihre tariflichen Ambitionen vielleicht zukünftig so zu verfolgen, dass man zu solchen Surrogatlösungen nicht greifen muss.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Prof. Dr. Heinz Rothgang. Wie bewerten Sie die angekündigten Entlastungswirkungen für Menschen mit Pflegebedarf im stationären und im ambulanten Bereich ohne Dynamisierung der Leistungssätze?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Wir haben das in der Anhörung jetzt schon vielfach gehört. Es gibt durch den Verzicht auf die Leistungsdynamisierung in diesem Jahr verringerte Leistungen für alle Pflegebedürftigen. Das ganze Jahr über, denn die Dynamisierung wäre schon im Januar 2021 eigentlich fällig gewesen. Zweitens, wir kriegen Verluste für die Pflegegeldempfänger, das sind immerhin mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen, weil die Dynamisierung gestrichen wird, ausweislich des



Finanztableaus des BMG bis 2025. Das heißt, es wird auch nie wieder nachgeholt. Das heißt, dass es dauerhaft einen Verlust für die Pflegegeldempfänger gibt. Bei den Heimbewohnern werden wir 2022 eine Entlastung erleben, die aber 2023 schon wieder verschwindet, weil dann die anderen Maßnahmen greifen, insbesondere die Personalmehrung aufgrund von § 113c, die Finanzierung der 13 000 und der 20 000 Stellen, die bisher außerhalb des Pflegesatzes finanziert werden, die Tariflohnsteigerungen. Alles das zusammen führt dazu, dass wir 2023 wieder einen höheren Eigenanteil haben werden als jetzt und dass die Sozialhilfeempfängerzahlen höher sind als jetzt, worauf Frau Vorholz schon hingewiesen hatte.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe auch nochmal eine Frage an Herrn Prof. Dr. Rothgang. Warum halten Sie die Refinanzierung der vorgeschlagenen Maßnahmen für nicht gesichert und welche Finanzmittel wären erforderlich, um die Vorschläge umzusetzen, ohne die Menschen mit Pflegebedarf weiter finanziell zu belasten? Vielleicht können Sie in dem Kontext auch nochmal auf dieses Thema Generationengerechtigkeit eingehen.

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Die Frage ist allerdings sehr umfassend. Ich versuche jetzt mal so viel wie möglich davon zu erledigen und fange mit der Generationengerechtigkeit an. Ich denke, es ist klar, wir werden mehr alte Menschen haben, wir werden mehr Pflegebedürftige haben. Da geht kein Weg dran vorbei. Wir haben uns darauf verständigt, dass wir einen neuen, modernen Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde legen, wo es nicht mehr nur um Satt- und Sauberpflege geht, sondern um gesellschaftliche Teilhabe. Das heißt, das Ganze wird teurer werden und dem müssen wir uns stellen. Und jetzt hier zu sagen, wir brauchen Leistungsbegrenzungen, um dann zu sagen, wir machen das über Eigenverantwortung, ist nichts anderes als eine Entsolidarisierung. Es ist nicht möglich für die Pflegebedürftigen und die pflegenahen Jahrgänge jetzt vorzusorgen und zu sagen, hättet ihr doch vor 30 Jahren was gemacht. Deshalb bin ich da sehr skeptisch, auch was der Kollege Raffelhüschen dazu gesagt hat. Wenn wir sagen, wir wollen etwas tun für die Pflegebedürftigen, und ich denke, wir sollten das müssen, oder wir müssen das sollen,

dann ist klar, dass das immer finanziert werden muss von den ökonomisch Aktiven. Ich kann hier auf die alte Mackenroth-Hypothese zurückverweisen, der sagt, natürlich, in einer real wirtschaftlichen Betrachtung sind es immer die ökonomisch Aktiven, die die Alten versorgen. Wir verbuddeln keine Nüsse, die wir dann ausbuddeln, sondern es geht ökonomisch immer nur so, dass die ökonomisch Aktiven finanzieren. Und wenn wir über Generationengerechtigkeit sprechen, dann müssen wir da auch bitte ein vollständiges Bild nehmen und überlegen, was wir der nachfolgenden Generation alles hinterlassen. Das ist Infrastruktur, das sind Kapitalstock, das Humankapital, das ist eine ganze Menge. In der Beziehung habe ich, und vielleicht unterscheide ich mich da ein bisschen vom Kollegen Raffelhüschen, keine Ängste, meinen Kindern ins Gesicht zu schauen. Ich glaube, wir haben für die auch eine Menge getan. Wenn wir an Generationengerechtigkeit denken und an das, was diese Generation bewegt, komme ich zu anderen Themen, nämlich zum Beispiel Klimaschutz. Aber das jetzt nur mal zur Generationengerechtigkeit. Entschuldigung, das war etwas improvisiert und etwas länglich. Zur anderen Frage, die vorgeschlagenen Maßnahmen: Ich hatte in meiner Stellungnahme ausgeführt, das Ganze ist unterfinanziert, weil die Ausgaben für die Zuschläge zu den Eigenanteilen schon initial zu niedrig sind. Also wir kommen bei unseren Berechnungen dahin, dass das drei Milliarden Euro kostet, nicht zweieinhalb. Wir haben dabei zugrunde gelegt die Werte für das erste Quartal dieses Jahres und die Verteilung der Dauer in der Pflege, so wie wir sie haben. Ich habe keine Ahnung, was das BMG da zugrunde legt, aber ich glaube, da ist schon eine falsche Berechnung da. Dann werden lediglich die Steigerungen der pflegebedingten Kosten berücksichtigt, die durch die Reform anfallen, aber nicht dadurch, dass in den Tarifverträgen auch sonst normalerweise Tariflohnsteigerungen anfallen, die zu höheren Zuschlägen führen. Das ist überhaupt nicht berücksichtigt. Und die Eigenanteilssteigerung und dann die Zuschläge darauf, die auf den 13 000 und 20 000 Stellen liegen, die sind auch nicht berücksichtigt. Deshalb, ich halte das für unterfinanziert. Wenn wir gucken, wie können wir das stattdessen ändern, dann muss man sagen, der Steuerzuschuss, der mal auf sechs Milliarden angedacht war, ist jetzt auf eine Milliarde zusammengeschrumpft. Da ist nichts möglich. Die Sozialgarantie begrenzt die Möglichkeit, über



Beitragssatzsteigerung hinaus etwas zu tun. Wir müssen also letztlich einen anderen Weg gehen. Und der einzige, der mir dazu einfällt, ist eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage durch Berücksichtigung anderer Einkommen, durch Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und vor allem durch Einbeziehung der privat Versicherten in das System oder durch einen Finanzausgleich zwischen diesen beiden Zweigen, deswegen Volksversicherung.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Marco Frank vom DGB. Nicht wenige Sachverständige fordern eine andere Finanzierungslogik. Wie muss die Pflegeversicherung umgebaut werden und wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang den Antrag der Linken?

SV **Marco Frank** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Ich mache es kurz, wir haben es gerade gehört. Die Probleme der Unterdeckung in der Pflegeversicherung werden nicht gelöst. Wir sind der Meinung, dass die berechtigten Ansprüche der Pflegebeschäftigten auf bessere Lohn- und Arbeitsbedingungen keinesfalls ausgespielt werden dürfen gegen die genauso berechtigten Ansprüche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen für eine bezahlbare pflegerische Versorgung. Die Lösung, die sich bietet aus unserer Sicht, ist natürlich das Konzept der Pflegebürgervollversicherung – das ist gerade auch nochmal angeklungen bei Herrn Prof. Dr. Rothgang – die auf der einen Seite die Einnahmeseite verbreitert und auf der anderen Seite, der Ausgabenseite, sämtliche pflegerischen Kosten übernimmt. Das würde natürlich die Pflegeversicherung aus unserer Sicht zukunftsfest und bezahlbar machen und deckt sich auch mit den Einschätzungen des Antrags der Linken und der Grünen. Wir fordern in diesem Sinne die Bundesregierung auf, jetzt endlich wirksame Schritte zu unternehmen, um die Pflegeversicherung in dieser Hinsicht weiterzuentwickeln.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an den Einzel-sachverständigen Herrn Storm. Die Vorschläge der Bundesregierung sehen vor, dass die Dynamisierung der Leistungspauschalen aus der Pflegeversi-

cherung bis 2025 ausbleiben soll. In welchem Verhältnis sehen Sie die von der Bundesregierung vorgeschlagenen Maßnahmen zur Entlastung der pflegebedürftigen Menschen zu den Auswirkungen, die beispielsweise die ausbleibende Dynamisierung auf die finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Menschen hat?

ESV **Andreas Storm** (DAK Gesundheit): Die Bundesregierung hat im vergangenen Dezember zum ersten Mal den Dynamisierungsbericht nach § 30 SGB XI vorgelegt und es wurde damals angekündigt, dass eine fünfprozentige Dynamisierung der Leistungen stattfinden sollte. Stattdessen ist nun dieser Reformentwurf vorgelegt worden. Vergleicht man beide Maßnahmen, dann gibt es zwei Gruppen, die sich deutlich schlechter stellen im Vergleich zu der ursprünglich geplanten Dynamisierung der Leistung. Die erste Gruppe, und das ist bereits mehrfach angesprochen worden, sind die Empfänger von Pflegegeld. Das halte ich für ausgesprochen problematisch, weil es zum einen die Mehrzahl der Pflegebedürftigen betrifft, also mehr als zwei Millionen Menschen, weil zum zweiten, der Grundsatz ambulant vor stationär zu den leitenden Prinzipien der Pflegepolitik seit Jahrzehnten gehört und ein kompletter Verzicht auf eine Dynamisierung des Pflegegeldes im Zeitraum von 2017 bis 2025 dazu führen würde, dass die ambulante Pflege, die Pflege zuhause, wesentlich unattraktiver würde im Vergleich zur stationären Pflege. Deshalb auch an der Stelle nochmal der Appell, dass man hier doch zwingend eine Dynamisierung vorsehen müsste und die hierfür erforderlichen Finanzmittel von 650 Millionen Euro pro Jahr bereitstellt. Eine zweite Gruppe, die sich schlechter stellen würde, ist ein Teil der stationär Pflegebedürftigen. Das hängt damit zusammen, dass ab dem Pflegegrad III und einer Zeit der Pflege in einem Pflegeheim von weniger als zwölf Monaten der fünfprozentige Leistungszuschlag weniger ergibt an Entlastung als die ursprünglich vorgesehene fünfprozentige Dynamisierung. Das betrifft nach unseren Berechnungen etwa ein Viertel der stationär Pflegebedürftigen. Wir haben darüber hinaus von Prof. Dr. Rothgang, der auch für die DAK Gesundheit Berechnungen erstellt, in den in seinen Unterlagen vorliegenden Berechnungen den Effekt, dass insgesamt die Auswirkungen auf die monatlichen Eigenanteile bereits in der Anfangsphase, bei einer Verweildauer von we-



niger als zwei Jahren, negativ sind. Das würde sogar die Hälfte der stationär Pflegebedürftigen betreffen. Also das macht deutlich, dass im Vergleich zur ursprünglich angedachten Dynamisierung der Leistungen, auf Grund des Berichts nach § 30 wir doch für erhebliche Gruppen eine Verschlechterung haben und die Verbesserungen für einen Teil der stationär Pflegedürftigen doch sehr begrenzt sind.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den Deutschen Pflegerat. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht modellhafte Kompetenzerweiterungen für Pflegefachkräfte vor. Hier geht es in der Regel um die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten, die international übrigens tatsächlich zum Berufsfeld Fachpflege gehören, außer in Deutschland. Wir haben auch seit mehreren Jahren Modellprojektierungen, die im Prinzip auch immer positiv ausgelaufen sind. Wie bewerten Sie die vorgeschlagenen Ansätze jetzt im Gesetzentwurf? Wo sehen Sie Änderungsbedarf? Glauben Sie, dass es an der Zeit ist für einen Roll-out, die Pflegefachkräfte tatsächlich auch in ihrer berufsständischen Kompetenz in Wert zu setzen?

Sve **Ulrike Döring** (Deutscher Pflegerat): Ergänzend zudem, was ich vorhin schon ausgeführt habe, ist es ein ganz wichtiges Signal an die Pflegenden, auch die, die jetzt in den Beruf reingehen, dass dieser Beruf attraktiver wird. Die Modellvorhaben haben leider nicht funktioniert, weil es zu einem Modellvorhaben in dem Maß, wie es gedacht war, gar nicht gekommen ist. Neben der Möglichkeit jetzt heilkundliche Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen nach entsprechender Ausbildung oder mit der entsprechenden Fachkompetenz ausführen zu können, wird es vor allen Dingen ein wichtiges Signal auch an andere Möglichkeiten des Zusammenarbeitens, gerade in Kommunen und in der sektorenübergreifenden Versorgung. Stichworte dazu sind die Community Health Nurse oder auch die School-Nurse, die in anderen Ländern längst da sind, durch die pflegerische Versorgung und durch pflegerische Kompetenz und die Möglichkeit, da auch eigenverantwortlich zu arbeiten, zu weniger Brüchen kommt und zu einer besseren übergreifenden Versorgung neben der Attraktivitätssteigerung für den Beruf.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht noch einmal an den Einzelsachverständigen Herrn Storm. Sie haben sich als Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit maßgeblich für die Einführung eines Finanzierungsmodells eingesetzt, das in Fachkreisen als Sockel-Spitze-Tausch bekannt ist und der auch unserem Konzept der doppelten Pflegegarantie zugrunde liegt. Können Sie kurz skizzieren, warum Sie dieses Finanzierungsmodell im Vergleich zu den Vorschlägen der Bundesregierung für überlegen halten und inwiefern?

ESV **Andreas Storm**: Zunächst einmal ist der Sockel-Spitze-Tausch ein mögliches Instrument zur Begrenzung des Eigenanteils und zur Reduktion des Anteils der Sozialhilfeempfänger im Bereich der stationären Pflege. Da gibt es unterschiedliche Wege. Die DAK Gesundheit hatte im Januar dieses Jahres berechnen lassen, wie der Effekt der ursprünglichen Vorschläge des Bundesgesundheitsministers, der unter anderem eine Begrenzung des Eigenanteils auf 700 Euro vorgesehen hätte, gewesen wäre. Bei diesen ursprünglichen Vorschlägen wäre eine Reduktion des Anteils der Fürsorgeempfänger im Bereich der stationären Pflege um zwölf Prozentpunkte möglich gewesen. Bei den jetzt zur Diskussion stehenden Vorschlägen wird dieser Effekt nicht mehr erreicht. Im Gegenteil, die Berechnungen von Prof. Dr. Rothgang zeigen, dass wir auf einen neuen Rekordwert in diesem Jahrhundert von über 37 Prozent gehen werden. Wir halten deshalb einen Sockel-Spitze-Tausch für das geeignetere Instrument, weil er drei Vorteile hat. Der erste Vorteil ist, dass der Eigenanteil klar kalkulierbar ist. Der zweite Vorteil ist der, dass man beim Sockel-Spitze-Tausch auch passgenauer steuern kann, wenn es darum geht, den Anteil der Sozialhilfeempfänger zu begrenzen oder zu reduzieren und der dritte Vorteil ist der, dass auch die ergänzende Eigenvorsorge, egal ob privat oder betrieblich durchgeführt, dadurch erleichtert wird, dass die Versorgungslücke klar definiert ist. All das spricht für das Instrument des Sockel-Spitze-Tausches und das halten wir nach wie vor für zielführender als den jetzt angedachten Weg.



Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den Einzel-sachverständigen Prof. Dr. Rothgang. Die wirk-samste Form, das haben wir auch gerade eben von Herrn Storm gehört, ist die Deckelung der Eigenan-teile durch den Sockel-Spitze-Tausch. Die Umkehr der Finanzierungslogik setzt allerdings die Gefahr, den Anreiz, die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung über dem tatsächlichen Pflegebedarf. Welche Instanz bräuchte es, um einer Kostenexplosion entgegenzuwirken und zeitgleich eine höhere Pflegequalität durch passgenauere Pflege zu schaffen?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Der Sockel-Spitze-Tausch hat zunächst einmal in Bezug auf moral Ha-zard relativ geringe Effekte, je nachdem, wie wir den Sockel festsetzen. Herr Spahn hatte den Sockel auf 700 Euro festgesetzt, wir hatten ihn auf 450 Euro festgesetzt, das alles sind Beträge, bei denen man im stationären Bereich die Eigenanteile nur geringfügig reduziert, vor allem aber zukunfts-fest macht. Das heißt, da sehe ich die Gefahr einer Überinanspruchnahme in dem Sinne, dass ein Heimsog entsteht, grundsätzlich für gering an. Wenn wir dieses Sockel-Spitze-Modell auch in den ambulanten Bereich ausdehnen wollen, und das fände ich sehr sinnvoll – allerdings braucht das sicherlich eine gewisse längere Vorbereitung – dann müssen wir schauen, dass wir im ambulanten Be-reich wirklich eine Instanz haben, die die Lei-stungsansprüche individuell zumisst und dann mit Case-Management verbindet. Das wäre wirklich ein Quantensprung in der Versorgung, wenn man Case-Management und individuelle Leistungszumessung hätte. Das ist nicht unmöglich. Das sehen wir im Ausland, wo eine individuelle Leistungszumessung durchaus üblich ist. Das sehen wir auch in der GKV, wo wir auch individuelle und keine pauscha-len Leistungen haben, dort zugemessen durch die Ärzte, die dann diese Aufgabe übernehmen. Für uns würde das aber bedeuten, der MDK bräuchte eine ganz andere Aufstellung. Er müsste wesentlich mehr machen als jetzt nur Pflegegrade festlegen, sondern wirklich in den Einzelfall reingucken und dann Vorgaben machen, die im Rahmen des Case-Managements zu einem individuellen Pflegearran-gement umgewandelt würden.

Der **Vorsitzende**: Wir sind am Ende unserer Anhö-rung angekommen. Ich wünsche allen eine gute Be-ratung. Ich bedanke mich ganz herzlich bei den Sachverständigen und schließe die Sitzung, damit wir in sieben Minuten unsere nächste Anhörung starten können. Ich wünsche in der Zwischenzeit gute Erholung und etwas Zeit zur Nahrungsauf-nahme.

Schluss der Sitzung: 12:38 Uhr

gez.
Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender