

Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll

71. Sitzung

Berlin, den 21.01.2008, 11:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S 001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung (Block I: Abbau von Schnittstellen, Entbürokratisierung, Qualitätssicherung, Hilfsmittel, Rehabilitation, Prävention) zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksachen 16/7439, 16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte
Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für eine zukunftsfest und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende,
transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
 Eichhorn, Maria
 Faust, Hans Georg, Dr.
 Hüppe, Hubert
 Koschorrek, Rolf, Dr.
 Michalk, Maria
 Scharf, Hermann-Josef
 Spahn, Jens
 Straubinger, Max
 Widmann-Mauz, Annette
 Zylajew, Willi

SPD

Friedrich, Peter
 Hovermann, Eike
 Kleiminger, Christian
 Lauterbach, Karl, Dr.
 Mattheis, Hilde
 Rawert, Mechthild
 Reimann, Carola, Dr.
 Spielmann, Margrit, Dr.
 Teuchner, Jella
 Volkmer, Marlies, Dr.
 Wodarg, Wolfgang, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
 Lanfermann, Heinz
 Schily, Konrad, Dr.

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
 Seifert, Ilja, Dr.
 Spieth, Frank

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
 Scharfenberg, Elisabeth
 Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Blumenthal, Antje
 Brüning, Monika
 Hennrich, Michael
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
 Krichbaum, Gunther
 Luther, Michael, Dr.
 Meckelburg, Wolfgang
 Philipp, Beatrix
 Scheuer, Andreas, Dr.
 Zöller, Wolfgang
 N.N.

Bätzing, Sabine
 Becker, Dirk
 Bollmann, Gerd
 Ferner, Elke
 Gleicke, Iris
 Hemker, Reinhold, Dr.
 Kramme, Anette
 Kühn-Mengel, Helga
 Marks, Caren
 Schmidt, Silvia
 Schurer, Ewald

Ackermann, Jens
 Kauch, Michael
 Parr, Detlef

Ernst, Klaus
 Höger, Inge
 Knoche, Monika

Haßelmann, Britta
 Koczy, Ute
 Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Abg. Christian Kleiminger (SPD)	29	SV Andreas Besche (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	17
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	18	SV Andreas Wagener (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	27
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	12, 30, 31	SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa))	16, 18, 28
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	9, 27	SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.):	11, 13, 24
Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.)	19, 20, 21	SV Dr. Alfred Spieler (Volkssolidarität - Bundesverband e.V. (VS))	14
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	16	SV Dr. Carl-Heinz Müller (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	27
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	13, 31	SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	12, 31, 32
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	14, 31	SV Dr. Joachim Wilbers	9, 10, 25, 27
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	7, 9, 12, 16, 19, 21, 22, 25, 29, 30, 31, 32	SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE))	13, 31
Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	22, 23, 24	SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.(MDS))	8, 11, 13, 15, 19
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	19, 20, 21	SV Elke Bartz (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e.V. (ForseA))	19, 20, 32
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	16, 17, 18	SV Gerd Kukla (IKK-Bundesverband (IKK-BV))	13
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	10, 28	SV Gerhard Igl (Bundskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (BUKO-QS))	23, 24
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	13, 14, 31	SV Helmut Wallrafen-Dreisow	22
Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU)	26	SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa))	9, 17, 26
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	8	SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	20, 21, 30
Abg. Max Straubinger (CDU/CSU)	26	SV Jürgen Sandler (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	30
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	8, 25, 28	SV Mario Damitz (Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP))	18
		SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband	26, 28, 29

		der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	
		SV Prof. Dr. Thomas Klie (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.)	9, 24
		SV Rainer Brückers (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO))	12, 14
		SV Sebastian A. Froese (Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.):	8, 31
		SV Stephan Baumann (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB))	30
		SV Thomas Ballast (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	13, 28
		SV Thomas Eisenreich	16, 17
		SV Thomas Montag (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP))	29
		SV Ulrich Krüger (Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK))	14
		SV Wolfram-Arnim Candidus (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP))	11
		SVe Christiane Schiller (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.)	11
		SVe Dr. Brigitte Weihrauch (Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (DHPV))	29
		SVe Dr. Cornelia Goesmann (Bundesärztekammer (BÄK))	21
		SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.)	12, 18, 25, 26
		SVe Dr. Gabriele Kuhn-Zuber (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD))	20, 21
		SVe Dr. Irene Vorholz (Deutscher Landkreistag) (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände)	28
		SVe Helga Walter (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.)	13
		SVe Prof. Dr. Doris Schiemann (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP))	10
		SVe Prof. Dr. Martina Hasseler	14, 15

		SVe Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG))	21, 32
		SVe Sabine Mattes (Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e.V. (BKSB))	8
		SVe Silvia Raffel (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK))	30, 31
		SV Wilfried Voigt (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP))	19

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksache 16/7439

16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für eine zukunfts- und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

Beginn: 11.00 Uhr

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):

Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich darf Sie recht herzlich begrüßen. Da das Jahr noch nicht so sehr alt ist, gestatten Sie mir, Ihnen alles Gute für 2008 zu wünschen, vor allen Dingen Gesundheit und möglichst keinen Unfall, damit Sie nicht womöglich noch pflegebedürftig werden. Wir werden sehen, was uns heute zum Thema Pflege vorliegt.

Als einzigen Tagesordnungspunkt rufe ich die öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen auf dem Gesetzentwurf der Bundesregierung: „Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) - BT-Drs. 16/7439, Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung“ - BT-Drs. 16/7136, Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung“ - BT-Drs. 16/7472 und den Antrag der Fraktion der FDP „Für eine zukunfts- und generationengerecht finanzierte,

die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege“ - BT-Drs. 16/7491.

Ich habe die Drucksachen zum einen der Form halber aufgerufen, zum anderen aber auch, um Ihnen zu verdeutlichen, dass es in dieser Anhörung nicht allein um den Gesetzentwurf geht, den die Bundesregierung vorgelegt hat.

Der Ausschuss hat für die Anhörung zu diesen Vorlagen elf Stunden eingeplant. Heute Vormittag beschäftigen wir uns mit „Block I: Abbau von Schnittstellen, Entbürokratisierung, Qualitätssicherung, Hilfsmittel, Rehabilitation, Prävention“.

Neben den Mitgliedern des Ausschusses begrüße ich zuvörderst die Sachverständigen der Verbände und die Einzelsachverständigen recht herzlich. An dieser Stelle begrüße ich natürlich auch die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, voran Herrn Parlamentarischen Staatssekretär Schwanitz. Auch die Bundesratsbank ist gut besetzt. Ich begrüße die Mitarbeiter des Stenografischen Dienstes recht herzlich, die uns ob des Mammutprogramms

unterstützen. Ich danke Ihnen, dass Sie uns so tatkräftig unter die Arme greifen. Natürlich begrüße ich auch alle Gäste, die auf der Gästebank sitzen, und die Medienvertreter.

Jetzt legen wir los. Einige von Ihnen kennen das Prozedere vielleicht schon. Ich bitte alle, zum Sprechen das Mikrofon zu benutzen, sich vorzustellen, Verband und Namen zu nennen, soweit ich das nicht tue. Da wir dieses Mal Vertreter von 66 Verbänden und fünf Einzelsachverständige anhören und darunter etliche sind, die nicht täglich hier im Hause sind, bitte ich meine Kolleginnen und Kollegen Abgeordneten, nicht mit Abkürzungen um sich zu werfen, weil das sowohl für die Handhabung auf unserer Seite als auch für die anwesenden Gäste schwierig wäre. Ich bitte Sie also, die Verbandsnamen auszusprechen, soweit es nötig ist; es gibt sicherlich Ausnahmen.

Jetzt ist unser Geburtstagskind anwesend: der Einzelsachverständige Herr Wallrafen-Dreisow. Alles Gute, natürlich vor allen Dingen Gesundheit!

So einen Geburtstag haben Sie selten, nicht wahr?

Sie wissen, dass wir die Frage- und Antwortzeit zwischen den Fraktionen aufgeteilt haben. Wir beginnen mit der Frage- und Antwortzeit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Wir würden gerne mit einem Themenkomplex beginnen, der uns sehr wichtig ist: mit der Frage der Qualitätssicherung und der Transparenz. Als Erstes habe ich zwei Fragen an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass alle Pflegeheime alle drei Jahre einmal geprüft werden sollen. Wie stehen Sie zu dieser Festlegung auf eine Frequenz von drei Jahren? Können Sie diese Frequenz sicherstellen?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.): Die Situation im Bereich der Pflege ist nicht so, dass wir uns entspannt zurücklehnen können. In der internen, aber auch in der externen Qualitätssicherung muss mehr passieren. Deshalb halten wir es für richtig, dass eine Prüffrequenz durch den Gesetzgeber vorgegeben wird. Ich denke, der Zeitraum von drei Jahren

ist gut, damit alle Pflegeeinrichtungen in die Prüfung hineingenommen werden können. Die Medizinischen Dienste werden sicherstellen, dass diese Gesetzesvorschrift umgesetzt wird. Den Ehrgeiz haben wir. Gegenwärtig werden jedes Jahr rund 20 Prozent der Einrichtungen geprüft. Durch die Prüfquote kommen wir auf deutlich über 30 Prozent. Wir werden das leisten.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich richte meine Fragen an den Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V., an den Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. sowie an den bpa. Die Fragen zielen in die gleiche Richtung. Die im Gesetz vorgesehene Festschreibung einer Dreijahresfrequenz für die Prüfung von Pflegeeinrichtungen würde ich gerne aus Ihrer Sicht bewertet wissen. Insbesondere würde ich gerne erfahren, wie sich die Prüffrequenz für Sie derzeit real darstellt.

SVe **Sabine Mattes** (Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V.): Im Moment ist die Prüffrequenz relativ unterschiedlich. Sie hängt davon ab, wie gut oder schlecht die Pflegeheime bei den jeweiligen Prüfungen abscheiden. Das finden wir auch gut so; denn Einrichtungen, die nicht so gut sind, sollten häufiger geprüft werden. Das wird in dem Gesetzentwurf ja auch nicht ausgeschlossen. Im Moment werden die Einrichtungen etwa alle fünf Jahre geprüft, manche natürlich wesentlich seltener. Im letzten Bericht des MDS wurde festgestellt, dass manche Einrichtungen bis jetzt erst einmal oder noch gar nicht geprüft worden sind. Die kommunalen Einrichtungen stellen hier keine Ausnahme dar. Auch wir finden die im Gesetzentwurf vorgesehene Prüffrequenz von drei Jahren gut.

SV **Sebastian A. Froese** (Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.): Auch der bad begrüßt die dreijährige Regelprüfzeit. Nach unserer Wahrnehmung gibt es in den Bundesländern derzeit höchst unterschiedliche Praktiken. Es gibt Bundesländer, die den dreijährigen Turnus schon jetzt, ohne Vorgabe, einhalten. In anderen Bundesländern hält der MDK diesen Turnus allerdings noch nicht ein. Es gibt Beispiele, die belegen, dass sich das im Einzelfall über einen sehr lan-

gen Zeitraum erstreckt. Das mögen zwar Einzelfälle sein, aber unter diesem Gesichtspunkt begrüßen wir einen regelmäßigen dreijährigen Turnus. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass zur Veröffentlichung der Ergebnisse eine Neuregelung vorgesehen ist dazu werden wir heute sicherlich noch etwas hören, halten wir es für zwingend erforderlich, dass ein entsprechender Turnus eingeführt wird; denn nur so kann Vergleichbarkeit hergestellt werden.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Die Prüffrequenz ist gegenwärtig keineswegs zu hoch. Wir haben überhaupt nichts dagegen, dass alle drei Jahre geprüft wird. Aus unserer Sicht kann auch häufiger geprüft werden. Ich glaube aber, es ist zu hinterfragen, ob die Prüfungen so bleiben müssen, wie sie jetzt sind, ob es zum Beispiel bei dem langen Fragenkatalog bleiben muss. Vielleicht sollte man sich stärker auf die Ergebnisqualität konzentrieren. Das, was jetzt vorgeschlagen wird, ist eine Verdoppelung der Prüffrequenz, wodurch die Ergebnisqualität sichergestellt werden soll.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an Herrn Dr. Wilbers, an die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. sowie das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Die Pflege selbstverwaltung wird gemäß § 113 SGB XI beauftragt, Expertenstandards entwickeln zu lassen. Diese Standards werden nach entsprechender Beschlussfassung für alle Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen verbindlich. Jetzt die Fragen: Ist das geplante Gremium so, wie es zusammengesetzt ist, geeignet, diese Aufgabe zu erfüllen? Wenn ja: Ist der Zeitraum bis zum 31. März 2009 realistisch und ausreichend? Ist die vorgesehene Schiedsstelle als Konfliktlösungsinstrument in diesem Zusammenhang geeignet?

SV Dr. Joachim Wilbers: Ich halte sehr viel von nationalen Expertenstandards. Der Idee, dass diese durch eine Veröffentlichung im Bundesanzeiger quasi amtlich gemacht werden, stehe ich aber kritisch gegenüber; denn es wird kaum möglich sein, dafür zu sorgen, dass sich ausnahmslos alle Experten eines Fachgebiets bei der Erarbeitung einbringen und sich auf einen Standard einigen, der dann als Endpunkt der Diskussion zu gelten hat. Auch zu

den bisher erarbeiteten nationalen Standards gab es immer wieder kritische Stimmen aus der Fachwelt. Es ist problematisch, wenn man sagt: Das ist es jetzt, und das wird jetzt sozusagen amtlich gemacht.

Ein Weiteres kommt hinzu: Die Standards sind nur gut, wenn die zugrunde liegenden Erkenntnisse aktuell sind. Was passiert, wenn es neue Erkenntnisse gibt, die nahelegen, vom bisherigen Standard abzuweichen? Den Standard kann man natürlich nicht alle paar Monate überarbeiten; das geht so seinen Gang. Was soll eine Pflegeeinrichtung in dem Fall machen? Auf der einen Seite muss sie sich an die neuesten Erkenntnisse halten so steht es im Gesetz, auf der anderen Seite soll sie sich aber an den Standard halten. Wenn das auseinandergeht, ist das ein Problem.

Ich plädiere dafür, den nationalen Standards großes Gewicht beizumessen. Die Allgemeinverbindlichkeitserklärung in Form einer Veröffentlichung im Bundesanzeiger sollte aber noch einmal überdacht werden.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Ich hatte noch zwei andere Fragen an Herrn Dr. Wilbers gerichtet: bezüglich der Schiedsstelle als Konfliktlösungsinstrument und bezüglich des Zeitraums bis zum 31. März 2009. Oder möchten Sie nachher noch einmal antworten?

SV Dr. Joachim Wilbers: Das kann ich nachher beantworten.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Das heißt, jetzt antwortet zunächst Professor Klie für die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie.

SV Prof. Dr. Thomas Klie (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.): Insgesamt begrüßen wir es sehr, dass die Qualitätssicherungsdiskussion nicht von den Prüfinstanzen allein geführt werden soll und die Qualitätsmaßstäbe nicht von ihnen selbst festgelegt werden, sondern dass systematisch aggregierte Wissensbestände in Expertenstandards übergeführt und somit zur Grundlage der Qualitätssicherungsaktivitäten gemacht werden sollen. Damit wird der allgemein anerkannte Stand der Erkenntnis verbindlich.

Große Bedenken haben wir in dreierlei Hinsicht:

Erstens. Die Expertenstandards so heißen sie im Gesetz; in der Begründung heißen sie etwas anders sind im Wesentlichen monodisziplinär angelegt. Das halten wir angesichts der Tatsache, dass das Care-Geschehen multidisziplinär geprägt ist, für falsch.

Zweitens halten wir ebenso wie Herr Wilbers die Verbindlichkeitserklärung für hochproblematisch, auch unter juristischen Gesichtspunkten. Für uns stellt sich dabei auch die Frage, ob in dem vorgesehenen Gremium diejenigen vertreten sein werden, die dort hingehören. Die Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe und der Patienten ist in der Schiedsstelle bisher überhaupt nicht vorgesehen.

Drittens. Die Konzeption, nach der die Qualitätssicherungsmaßstäbe im Vereinbarungswege festgelegt werden, sehen wir als problematisch an. Insofern schließen wir uns der Stellungnahme der BUKO-QS an. Herr Wilbers hat angedeutet, dass man nicht auf dem Konsenswege feststellen kann, was verbindlich ist und was der allgemein anerkannte Stand ist.

Wir sprechen uns für eine Empfehlungsstrategie aus. Man sollte sich auf Empfehlungen verständigen. Diesen Empfehlungen kann in der Qualitätssicherungs-, aber auch in der haftungsrechtlichen Diskussion der gleiche Grad an Verbindlichkeit beigemessen werden, der hier vorgesehen ist. Die Schiedsstelle scheint uns ein Fremdkörper in der Gesamtkonzeption der Qualitätssicherung zu sein. Man weiß nicht recht, wie das funktionieren soll. Wenn es allgemein anerkannte Erkenntnisstände gibt, die sich in die Praxis implementieren lassen, dann sollten sie nicht von einem Schiedsstellenverfahren abhängig gemacht werden, das uns im Übrigen auch juristisch problematisch zu sein scheint.

Wir plädieren sehr dafür, die Unabhängigkeit ähnlich wie im Bereich der Medizin durch Institutionalisierung sicherzustellen. Mittelfristig könnte diese Institutionalisierung in einem deutschen Institut für Qualität in der Pflege münden.

Sve Prof. Dr. Doris Schiemann (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege): Grundsätzlich begrüßen wir es sehr, dass durch die Verbindlichkeitsregelung im SGB XI eine Regelfinanzierung der Entwicklung von Expertenstandards hergestellt werden soll. Die Entwicklung von Expertenstandards fand bislang auf der Projektebene statt und wurde projektbezogen finanziert. Wir halten es allerdings für wichtig, dass im Gesetz nicht nur steht, dass die Standards wie bisher evidenzbasiert, also auf der Basis von internationalen Erkenntnissen entwickelt werden, sondern auch, dass das Verfahren unabhängig sein soll. In der Begründung steht, dass eine Lenkungsgruppe das übernehmen kann. Aus unserer Sicht muss dort stehen, dass es eine unabhängige Lenkungsgruppe geben muss. Wir denken, dass die Unabhängigkeit durch die Vertragspartner nicht gewährleistet werden kann.

SV Dr. Joachim Wilbers: Entschuldigung, dass ich die beiden anderen Fragen in der ersten Runde nicht beantwortet habe. Ich denke, der Terminplan bis zum 31. März 2009 ist ambitioniert. Ich bin mir nicht sicher, ob das bis dahin erledigt werden kann.

Ich schließe mich der Aussage von Herrn Professor Klie an: Eine Schiedsstelle wäre in dem ganzen Qualitätsmechanismus ein Fremdkörper. Die Frage ist, was die Schiedsstelle machen soll. Üblicherweise ist eine Schiedsstelle dafür da, um über unterschiedliche Pflegesätze oder so etwas zu entscheiden. Ich halte es für ausgesprochen schwierig, wenn sie über unterschiedliche Qualitätsstandards entscheiden soll. Das sollte der fachlichen Diskussion überlassen bleiben.

Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V., die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. und den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.

Die Landesverbände der Pflegekassen sollen nach § 115 Abs. 1 a SGB XI sicherstellen, dass die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen

gen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden.

Die Kriterien der Veröffentlichung sollen „durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ sowie „die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe“ vereinbart werden. Der MDS ist daran zu beteiligen.

Bieten die bisherigen Prüfinhalte des MDK eine geeignete Grundlage, um insbesondere die Ergebnisqualität abbilden zu können? Können die Prüfergebnisse des MDK übersichtlich und laienverständlich aufbereitet werden? Wie beurteilen Sie die Vorschrift, nach der die Veröffentlichung von Prüfergebnissen von der Landesebene vorgenommen werden soll?

SV Wolfram-Armin Candidus (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V.): Ich behaupte, dass die Pflegekassen bisher nicht in der Lage waren, hinsichtlich der individuellen Leistungen für Transparenz zu sorgen. Angesichts der jetzt vorgesehenen Gesichtspunkte bezweifle ich auch, dass sie in Zukunft dazu in der Lage sein werden. Aus unserer Sicht wäre es im Sinne der Versicherten und Patienten, wenn Beteiligte aus unterschiedlichen Berufsgruppen, Institutionen und Bereichen deutlich stärker an der Schaffung von Rahmenbedingungen für Transparenz beteiligt würden. Das System muss nachvollziehbar und überprüfbar werden und darf nicht zum Teil beeinflusst werden können.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Ich kann mich meinem Vordr. anschließen. Auch ich bin der Meinung, dass das bisherige System nicht ausreichend ist, um die Punkte Lebensqualität und Ergebnisqualität zur vollen Zufriedenheit ermitteln zu können. Im Übrigen bin ich der Meinung, dass den Verbraucherverbänden sowie den Verbänden der Patienten und der pflegebedürftigen Menschen die Grunddaten aus diesen Erhebungen zur Verfügung zu stellen sind, damit über diese Verbände eine Aufarbeitung der Daten stattfinden kann, was im Hinblick auf die Veröffentlichung der Daten und Prüfberichte eine Hilfestellung wäre. Ich bin der Meinung, dass wir das durchaus auf Landesebene regeln

können. Es wäre aber sicherlich von Vorteil, wenn das bereits auf der Bundesebene angegangen würde.

Sve Christiane Schiller (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V.): Wir begrüßen es, dass jetzt davon gesprochen wird, dass die Lebensqualität Niederschlag finden soll. Das Ganze ist vonseiten der MDKs sicherlich zu erweitern. Wir sehen es als Herausforderung an, dass die Prüfergebnisse jetzt übersichtlich gestaltet werden sollen. Unter dem Aspekt des Verbraucherschutzes sollte dem Rechnung getragen werden. Wir halten das für möglich. Das muss gelingen. Insofern schließen wir uns der Auffassung des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände an. Auch wir sagen: Auf Landesebene liegen entsprechende Erfahrungen vor, die einfließen können.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.): Gegenwärtig ist die Situation so, dass die Prüfergebnisse der MDKs weder von den Pflegekassen noch vom Medizinischen Dienst veröffentlicht werden können. Dadurch, dass die Veröffentlichung der Prüfergebnisse ermöglicht wird, geht man einen wichtigen Schritt in Richtung Herstellung von Transparenz.

Wir denken, dass die MDK-Prüfergebnisse wesentliche Dimensionen der Pflegequalität abbilden: die Wohnlichkeit einer Einrichtung, die Versorgung mit Essen und Trinken, das Vorhalten von Betreuungsangeboten. All diese Daten werden bei den Prüfungen der MDKs erhoben. Wir werden unsere Arbeit in Zukunft sehr stark auf die Ergebnisqualität fokussieren: Wie ist die Versorgung bei Druckgeschwüren? Liegt eine Unterernährung vor? Wie wird mit Inkontinenz umgegangen? Wie wird in der Einrichtung mit Demenz umgegangen?

Die Prüfkriterien der MDKs enthalten also schon wesentliche Dimensionen und können veröffentlicht werden. Es ist klar, dass wir das in eine laienverständliche Sprache übersetzen müssen. Unsere Prüfberichte werden heute für Fachleute geschrieben. Sie müssen daher übersetzt werden. Uns ist klar, dass es weitere Dimensionen gibt, die in einen solchen Bericht zu integrieren sind. Die Verbraucherschützer haben das angesprochen. Eine wesentliche Dimension kann der MDK aber liefern.

Eine Anmerkung zu der Frage, ob die Landesebene geeignet ist: Natürlich ist es zweckmäßig, die Landesebene mit der Veröffentlichung zu beauftragen. Ich würde aber Wert auf eine bundeseinheitliche Darstellung legen. Das heißt, es muss bundesweit einheitlich geregelt sein, wie und worüber berichtet wird. Denken Sie nur an die Versicherten, die im Landesgrenzbereich, zum Beispiel im Umland von Hamburg wohnen. Sie schauen auf die Internetplattform von Hamburg und stellen fest, dass sie ganz anders ist als die Internetplattform von Schleswig-Holstein. Das kann nicht beabsichtigt sein. Die Darstellungskriterien sollten einheitlich sein. Ansonsten haben wir keine Bedenken dagegen, das auf die Landesebene zu ziehen.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Damit kommen wir zur Fragezeit der SPD-Fraktion.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe eine Frage zur Zertifizierung. Im Gesetzentwurf sind dazu Regelungen vorgesehen. Ich möchte die AWO, die Caritas, die AOK, den VdAK und den IKK-BV fragen, wie sie die Regelungen bewerten, die zur Zertifizierung von Pflegeeinrichtungen vorgesehen sind. Ich möchte Sie bitten, darzustellen, warum die Regelprüfung des MDK bei den zertifizierten Einrichtungen entfallen soll.

SV Rainer Brückers (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.): Wir begrüßen die Regelung im Gesetz. Wir halten eine Verknüpfung zwischen Zertifizierungsverfahren und staatlichen Überwachungsprüfungen für eine Stärkung des Qualitätsverbesserungsprozesses, insbesondere unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit. Wir müssen aber ganz klar festhalten: Das gilt nur für solche Verfahren, die auf der Basis eines Qualitätsmanagements von externen Zertifizierungsstellen nach ISO 17021:2006 begutachtet und geprüft werden. Es handelt sich an dieser Stelle also nicht um sogenannte Gütesiegel. Diese Zertifizierungsstellen werden vom Deutschen Akkreditierungsrat beim Bundeswirtschaftsminister beaufsichtigt und bieten deshalb die Gewähr für Unabhängigkeit, Unparteilichkeit und Kompetenz.

Im Übrigen haben sich alle Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege auf ein solches System verständigt. Es gibt Spitzenverbände, die das in ihren Statuten für ihre Einrichtungen zwingend vorschreiben. Beispielsweise ist dies für die AWO-Einrichtungen gemacht worden.

Gleichwohl sind wir der Auffassung, dass öffentlich-rechtliche Prüfungen notwendig sind, insbesondere bei Einrichtungen ohne Zertifikat und bei konkreten Anlässen. Allerdings muss die Prüfung auch Folgen haben. Es ist besser, unverbesserlich schlechte Einrichtungen vom Netz zu nehmen, als alle Einrichtungen permanent zu überwachen und zu überprüfen. Das halten wir für unverhältnismäßig und für nicht wirksam. Im Übrigen würde das die Selbstregulierungskräfte der Träger der freien Wohlfahrtspflege zerstören. Wir brauchen Anreize, und das Gesetz ist ein solcher Anreiz. Das begrüßen wir sehr.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir begrüßen, dass der Gesetzgeber durch die Anerkennung der Zertifizierungsverfahren das interne Qualitätsmanagement gestärkt hat. Dieser Weg ist durch das PQsG eingeschlagen worden und sollte weiterhin verstärkt verfolgt werden. Es ist positiv zu bewerten, dass zertifizierte Einrichtungen im Hinblick auf Prüfturnus, Prüfumfang und Prüf-dichte durch den MDK entsprechend angenommen werden. Aus unserer Sicht kann eine externe Prüfung durch den MDK entfallen, wenn die Zertifizierungen den Kriterien der Qualitätsprüfrichtlinien entsprechen.

Wir möchten allerdings anmerken, dass die vorgesehene Stichprobenquote von 20 Prozent den an sich sehr positiven Gesetzentwurf konterkariert, da die Stichprobe pro Jahr gezogen wird und somit innerhalb von drei Jahren 60 Prozent der zertifizierten Einrichtungen erneut geprüft werden. An dieser Stelle bitten wir, auf die Regelung des Referentenentwurfs, in dem eine Stichprobenquote von 10 Prozent vorgesehen war, zurückzukommen.

SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband): Wir sind der Meinung, dass es für die Qualitätssicherung wichtig ist, dass das bisherige Prüferecht des MDK in den Pflegeheimen und bei den Pflegediensten uneingeschränkt gültig bleibt. Die Wächterfunktion, die der MDK ausübt, darf nicht tangiert wer-

den. Nun enthält der Gesetzentwurf für die Kassen die Option, zu entscheiden, ob sie von einer MDK-Prüfung absehen, wenn ihnen ein überzeugendes Zertifikat vorgelegt wird. Das ist der springende Punkt. Denn mit den Zertifikaten und Gütesiegeln hat es in der Vergangenheit nicht die besten Erfahrungen gegeben. Insoweit denke ich, dass die Frage, wie sichergestellt wird, dass diese Zertifikate ihre Funktion erfüllen, beantwortet werden muss. Gleichwohl sollte es beim MDK-Prüferecht bleiben.

Wir denken allerdings auch, dass durch die Möglichkeit, ein solches Zertifikat beizubringen, das den Pflegekassen vorgelegt werden kann, die Motivation der Pflegeeinrichtungen, in der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung selber tätig zu werden, durchaus gesteigert werden kann. Insofern ist das zu begrüßen. Aber beides sollte nebeneinander Bestand haben.

SV Thomas Ballast (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.): Ich kann mich den Ausführungen meines Vorredners im Großen und Ganzen anschließen. Prüfung ist wichtig und muss neutral und unabhängig erfolgen. Aus unserer Sicht geschieht das im Wesentlichen durch den MDK. Um die Befürchtungen im Hinblick auf Gefälligkeitsatteste auszuräumen, könnte man sich allenfalls überlegen, ob man begrenzte Erprobungen solcher Zertifizierungen zulässt, um zu testen, ob es wirtschaftliche Verflechtungen gibt oder nicht. Ansonsten sehen wir den MDK als hauptsächlichen Partner in diesem Prüfgeschäft und unterstützen ihn.

SV Gerd Kukla (IKK-Bundesverband): Die Kollegen vom AOK-Bundesverband und vom VDAK haben alles Notwendige dazu gesagt. Wir schließen uns diesen Auffassungen an.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich möchte an dieser Stelle gern noch einmal nachhaken und fragen, wie die Vertreterinnen und Vertreter der Verbraucherzentrale, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen und der BAG Selbsthilfe es sehen, wenn der MDK-Prüfauftrag durch eine Zertifizierung ersetzt werden würden.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Diese Regelung begegnet großen Bedenken. Wir sind nach wie vor der Meinung, dass ein wesentlich kürzerer Zeitraum angemessen wäre. Das ist aber wohl zurzeit nicht machbar.

Sve Helga Walter (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V.): Wir schließen uns dem Vorredner von der Verbraucherzentrale an. Es gibt Bedenken dagegen, dass dieses Prüfverfahren ausgesetzt wird und ein Zertifikat die Prüfung ersetzt.

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Aus unserer Sicht liegt der Schlüssel zur Verbesserung der Qualität der Pflege in den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Aus unserer Sicht ist es sehr wichtig, dass auch die Prüfkriterien künftig unter Beteiligung von Vertretern der Selbsthilfe erstellt und weiterentwickelt werden; denn dann kann es gelingen, betroffenenorientierte Kriterien maßgeblich zu überprüfen.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine Frage richtet sich an Dr. Pick und Frau Professor Hasseler. Herr Dr. Pick, wie können Expertenstandards, so wie wir sie vorgesehen haben, zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen, und wie kann dies wissenschaftlich untersucht werden? Die Frage nach einer wissenschaftlichen Untersuchung dieser Expertenstandards möchte ich explizit an Frau Professor Hasseler weiterreichen.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.): Wir brauchen Expertenstandards, weil sie ein wesentlicher Beitrag zur Beschreibung des Stands der Kunst in der Pflege, also des medizinisch-pflegerischen Wissens, sind. Wir brauchen sie auch, um eine gewisse Vereinheitlichung des Wissens sicherzustellen. Deshalb glaube ich, dass es richtig ist, die Expertenstandards durch den Gesetzgeber stärker zu unterstützen und zu fördern.

Wichtig ist, dass eine große Unabhängigkeit zum Tragen kommt, wenn die Konsentierung

und die Erarbeitung der Expertenstandards stattfindet. Das halten wir für nötig und sinnvoll. Für uns als Medizinische Dienste ist selbstverständlich, dass das, was in den Expertenstandards als Konsens dargelegt wird, dann auch in die Prüfmaßstäbe des Medizinischen Dienstes eingeht. Aber auch da muss man beachten das knüpft an das an, was Herr Wilbers eben gesagt hat: Wenn Expertenstandards heute erarbeitet und beschlossen werden, braucht es natürlich eine gewisse Zeit, bis sie in der Versorgungsrealität ankommen. Diese Zeit muss man den Einrichtungen geben. Hier muss man entsprechende Flankierungen leisten.

SVe Prof. Dr. Martina Hasseler. In der wissenschaftlichen Untersuchung von Qualität ist es erstens wichtig, auf die Ergebnisebene zu gehen und zu fragen, welche Ergebnisse erreicht werden sollen, und natürlich die Ziele zu bestimmen. Zweitens ist es sehr wichtig, die Perspektive der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen einzubeziehen. Wir haben Hinweise darauf, dass Pflegebedürftige und pflegende Angehörige andere Parameter an Qualität anlegen, als wir es aus fachlicher Perspektive vermuten.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich bleibe beim Thema Pflegequalität. Meine Frage richtet sich an den Vertreter der Arbeiterwohlfahrt, an den Vertreter der Volkssolidarität und an die Aktion Psychisch Kranke. Im Rahmen des Ausbaus der Qualitätssicherung soll das interne Qualitätsmanagement gestärkt werden, die Inhalte der Qualitätssicherung sollen transparenter gemacht und gleichzeitig soll die Prüftiefe bei externer Prüfung verringert werden. Meine Frage lautet: Dient das bei Nachfragen der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen der besseren Information?

SV Rainer Brückers (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.): Es ist bisher so, dass die Prüftiefe und der Umfang der internen Qualitätsmanagementverfahren, die einer externen Prüfung unterliegen, weit größer sind als das, was der MDK bisher durch seine Prüfungen vorweisen kann. Sie bieten aufgrund ihrer Datenbasis eine viel bessere Übersicht über das Gesamtspektrum der Leistungen einer Einrichtung. Dies ist für Verbraucher, die sich einen Überblick über das Gesamtleistungsspektrum von Einrichtungen verschaffen müssen, von

entscheidender Bedeutung. Deshalb ist es - dies betrifft die Kriterien zur Veröffentlichung - wichtig, darauf zu achten, dass die Bewertung nicht auf reine Defizitkriterien verengt wird, sondern das Gesamtspektrum der Leistungen einer Einrichtung zum Tragen kommt.

SV Dr. Alfred Spieler (Volkssolidarität Bundesverband e. V.): Im Wesentlichen möchte ich mich Herrn Brückers anschließen. Ich möchte aber zusätzlich darauf aufmerksam machen, dass die Prüfberichte des MDK im Großen und Ganzen auf die Struktur- und Prozessqualität abzielen und weniger auf die Ergebnisqualität. Dieses Problem sehen wir hinsichtlich der umfassenden Darstellung, die auch von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen genutzt werden soll. Wir meinen, dass überlegt werden muss, welche zusätzlichen Aspekte, die die Ergebnisqualität betreffen, in der Darstellung berücksichtigt werden müssen.

SV Ulrich Krüger (Aktion Psychisch Kranke e. V.): Die Frage kann ich mit Ja beantworten. Als Instrument zur Verbesserung der Qualität wird das interne Qualitätsmanagement der entscheidende Hebel sein. Zur Überprüfung leistet die externe Qualitätssicherung einen starken Beitrag. Insofern regt der hier gefundene Weg dazu an, in einer produktiven Form zusammenzuarbeiten.

Wir haben beim Thema Qualitätssicherung insgesamt darauf hingewiesen, dass wir es für wichtig halten, die Beteiligung der Nutzer stärker in den Blick zu nehmen und über die einzelfallbezogene Qualitätssicherung hinaus auch regionale Versorgungsaspekte mit in den Blick zu nehmen. Im Moment ist alle Qualitätssicherung im Wesentlichen einzelfallbezogen; auch die einrichtungsbezogene Qualitätssicherung orientiert sich an der Qualität der Leistungen für die einzelnen Klienten dieser Einrichtungen. Dabei wird nicht geprüft, wie das Versorgungsangebot in der Region ist. Es wäre nötig, das zu berücksichtigen.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich habe eine Nachfrage bezüglich der Zertifizierung und richte sie an Herrn Dr. Pick und Frau Professor Hasseler. Ich möchte außerdem zum Prüfrhythmus eine Nebenfrage stellen. Welche Ergebnisse erzielen zertifizierte Einrichtungen

bei MDK-Prüfungen? Ich würde Sie bitten, darauf noch einmal einzugehen. Ich habe auch die Bitte, dass Sie die Frage mit aufnehmen, ob man über einen kürzeren Prüfrhythmus, zum Beispiel von einem Jahr, verstärkt nachdenken könnte. Wenn ja, warum?

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.): Sie haben als Erstes nach den Erfahrungen, die wir mit Zertifizierungen in der MDK-Qualitätsprüfung machen, gefragt. Wir haben das im zweiten Qualitätsbericht beschrieben. Wir haben die Einrichtungen, die ein Zertifikat hatten mit denen verglichen, die kein Zertifikat hatten. Das Ergebnis war, dass die zertifizierten Einrichtungen bezogen auf die Prozessqualität durchaus besser als der Durchschnitt, aber bezogen auf die Ergebnisqualität nicht besser, sondern sogar leicht schlechter waren. Man muss beachten: Unter Zertifikaten versteht man heute vieles. Von daher bieten Zertifizierungen und Zertifikate aus unserer Sicht nicht in jedem Fall Gewähr für gute Qualität.

Der zweite Punkt, der bezüglich Zertifizierungen zu beachten ist: Wenige Zertifizierungsverfahren beziehen überhaupt den Pflegebedürftigen im Rahmen einer Inaugenscheinnahme ein. Das heißt, die zentral geforderte Dimension der Ergebnisqualität fehlt gerade bei den Zertifizierungen. Deshalb ist unsere Empfehlung, diese beiden Instrumente nicht miteinander zu vermischen. Zertifizierungen sind ein Instrument des internen Qualitätsmanagements. Sie haben einen Stellenwert bei der Unterstützung der Einrichtung im Rahmen der Erledigung ihrer Aufgaben. Aber die externe Qualitätsprüfung des MDK geht deutlich darüber hinaus und ist unabhängiger.

Zum Prüfturnus und zur Prüftiefe: Den Turnus der Zertifizierung zu reduzieren, lehnen wir ab; das halten wir für falsch. Wir können uns vorstellen, dass da, wo anerkannte Zertifikate vorgelegt werden, die Prüftiefe zurückgefahren wird. Für uns ist aber zentral, dass in jedem Fall die Ergebnisqualität erhoben und beschrieben wird. Wenn sich dort ein gutes Ergebnis zeigt und ein Zertifikat vorliegt, sind wir bereit, die Prüftiefe zu reduzieren. Aber wenn das Ergebnis negativ ausfällt, sind wir für eine volle Prüfung.

Zur letzten Frage bezüglich des kürzeren Prüfrhythmus, Frau Mattheis: Ich denke, die Fest-

legung auf drei Jahre ist ein wichtiger Schritt. Dies können wir auch zügig leisten. Aber man muss sich schon überlegen, ob das auf Dauer ausreicht oder ob man noch weitere Schritte gehen muss. Ein Jahr ist natürlich im Moment ein sehr ehrgeiziges Ziel.

SVe Prof. Dr. Martina Hasseler: Pflegewissenschaftlich kann ich nur sagen, dass wir keine Erkenntnisse darüber haben, ob zertifizierte Einrichtungen eine bessere Pflegequalität erzeugen oder sichern als nichtzertifizierte Einrichtungen. Einen Hinweis gibt der MDS-Qualitätsbericht; aber wir haben keine systematischen wissenschaftlichen Erkenntnisse dazu.

Es gibt eine große Heterogenität bei den Qualitätssiegeln. Sie berücksichtigen soweit ich informiert bin zwar alle die gesetzlichen Grundlagen; dennoch legen sie unterschiedliche Verfahren und Instrumente zugrunde, um die Qualität zu prüfen. Diese sind, wie alle Instrumente, die wir zurzeit anwenden, wissenschaftlich nicht geprüft. Die Frage lautet: Messen sie Qualität, und messen sie das, was sie messen sollen? Wir können im Moment nur davon ausgehen, dass sie unterschiedliche Dimensionen von Qualität messen.

Dies führt zu Problemen bei den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen. Die Heterogenität der Qualitätssiegel führt zu Intransparenz. Letztendlich wissen sie nicht, was dort geprüft worden ist und ob das, was geprüft worden ist, auch ihren eigenen, also den für sie relevanten Qualitätskriterien entspricht. Pflegewissenschaftlich haben wir auch keine Kenntnisse darüber, ob die Qualitätssicherungsverfahren tatsächlich Effekte auf Qualitätssicherung oder Qualitätsentwicklung haben.

Jetzt noch zur Frage nach dem Prüfrhythmus: Das ist eine relativ schwierige Frage, weil wir wissenschaftlich überhaupt sehr wenig über das Thema Pflegequalität wissen. Welche Instrumente messen Qualität, und welche Indikatoren brauchen wir? Es müsste dann auch noch geklärt werden, ob ein kürzerer Rhythmus tatsächlich mehr Qualität in den Einrichtungen erzeugen kann.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur Frage- und Antwortzeit der FDP-Fraktion.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage an den Sachverständigen Herrn Eisenreich und an den bpa. Die Pflegekassen dürfen nur noch mit Pflegeeinrichtungen einen Versorgungsvertrag abschließen und Leistungen für die dort erbrachte Pflege gewähren, wenn diese eine ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen. Ich frage jetzt: Wie bewerten Sie diese Regelung, und was kann nach Ihrer Auffassung jeweils unter ortsüblichen Tarifen verstanden werden? Zu welchen unterschiedlichen Auffassungen von ortsüblich mit welchen Inhalten und Folgen kann man hier gelangen? Genauer: Wenn auf ortsübliche Tarifverträge abgezielt werden soll, welche sind dann Ihrer Meinung nach gemeint, AVR, Haustarife oder TVöD?

SV **Thomas Eisenreich**: Die spannende Frage dabei ist, was Herr Lanfermann hat das schon angesprochen ortsüblich ist. Ich nenne ein Beispiel aus der Praxis. Wir haben bei uns recherchiert, dass wir in einem Umkreis von 40 Kilometern sage und schreibe drei geltende Tarifverträge plus Hausregelungen und Einzelaussprachen mit den Mitarbeitern vorfinden. Der TVöD liegt bei gewissen Altersgruppen und Anstellungskonstellationen unter unserem eigenen Vergütungssystem. Die AVR der Caritas liegen darüber.

Für eine Vergleichbarkeit der Ortsüblichkeit würde das bedeuten: Nimmt man jetzt den TVöD für eine bestimmte Altersklasse, zum Beispiel junge Mitarbeiter, zur Grundlage, oder nimmt man ein Durchschnittsalter und eine durchschnittliche Familienkonstellation, für die die AVR höhere Vergütung vorsehen? Das heißt, in den Verhandlungen über einen Versorgungsvertrag würde es wahrscheinlich zum Streit darüber kommen, wie man diese Ortsüblichkeit überhaupt bemisst und welche Altersgruppe oder Mitarbeiterkonstellation man zugrunde legt. Das ist aus meiner Sicht nicht praktikabel.

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Einen Teil der Antwort hat Herr Eisenreich schon gegeben. Auch wir sind der Auffassung, dass es schwie-

rig sein dürfte, festzustellen, wie hoch genau die ortsübliche Vergütung im jeweiligen Einzugsgebiet ist. Darüber hinaus sind wir der Auffassung, dass es zwar sinnvoll ist, gegen Dumpinglöhne vorzugehen und keine Vergütungs- oder Lohnzahlungen unterhalb von sogenannten Mindestlöhnen zuzulassen. Allerdings möchten wir darauf hinweisen, dass in diesem Zusammenhang nicht von Mindestlöhnen, sondern von durchschnittlichem Tariflohn die Rede ist. Dieser durchschnittliche Tariflohn liegt deutlich oberhalb eines Mindestlohnes, aber gegebenenfalls auch deutlich unterhalb eines üblichen Tariflohnes.

Es gibt verschiedene Tarifverträge. Sie unterscheiden sich in der Höhe der Vergütung bei den jeweiligen Berufsgruppen. Einige dieser Tarifverträge sehen eine höhere Vergütung vor als andere. Insofern wäre die Folge, dass diese ortsüblichen Löhne zukünftig in einen mittleren Tariflohn münden und dass von den Pflegekassen ausschließlich diese weil sie einen erheblichen Teil der Kosten der Pflegeeinrichtungen, ungefähr 70 Prozent darstellen, übernommen werden. Das würde dazu führen, dass alle, die oberhalb dieses durchschnittlichen Tariflohns zahlen, dies entweder nicht refinanziert bekommen oder ihre tarifvertraglich geschlossene Vereinbarung zugunsten dieses neuen mittleren Tariflohns auflösen müssen.

Das hätte erhebliche Folgen. Die Absicherung der Löhne und Gehälter auf einem durchschnittlichen Niveau würde dadurch nicht erreicht, weil ein Großteil der Gehälter abgesenkt werden müsste, immer unter der Voraussetzung, dass ausschließlich diese Gehälter durch die Pflegekassen refinanziert werden. In Verbindung mit der beabsichtigten Abschaffung des externen Vergleiches würde das dazu führen, dass wir das, was die Pflegeversicherung ursprünglich vorgesehen hatte, nämlich Markt und Wettbewerb, weitestgehend wieder dem Selbstkostendeckungsprinzip übereignen. Das würde aus unserer Sicht zu deutlich steigenden Kosten führen, weil das Marktprinzip, das mit der Einführung der Pflegeversicherung beabsichtigt war, nicht mehr zum Tragen käme.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Auch ich habe eine Frage an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Sie lautet: Sehen Sie in dem hier zur Diskussion stehenden Gesetzentwurf Ansätze für eine Entbürokratisierung,

und wo sehen Sie die? Umgekehrt: Wenn Sie keine Ansätze dazu sehen, wo sehen Sie, dass eine verstärkte Bürokratie einsetzt?

Wenn ich gleich weiterfragen darf, dann richte ich meine nächste Frage an Herrn Eisenreich. Ich möchte noch einmal auf die Standardisierung eingehen und nach seiner Meinung zu einer Standardisierung der Pflegedokumentation fragen. Gegenwärtig besteht das Problem, dass die Dienste vielfach aus Angst vor externen Qualitätsprüfungen und dem Wunsch nach haftungsrechtlicher Absicherung im Falle von Pflegemängeln zu einer Überdokumentierung tendieren.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Es kommt bekanntlich zu Problemen, wenn es Vorschriften gibt, die schwierig umzusetzen sind. Ein Problem ist sicherlich die Umsetzung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung, die uns seit Jahren wegen fehlender einvernehmlich akzeptierter Leistungsbeschreibungen und damit auch Personalbemessungsgrundlagen mehr als schwerfällt. Insofern ist es an der Stelle gut gemeint, aber nicht wirklich ein guter Beitrag zur Abschaffung der Bürokratie. Die LQV soll zwar abgeschafft werden; aber das funktioniert nach dem Prinzip: markieren, kopieren, einfügen. Bei der Entgeltvereinbarung wird nämlich die gleiche Regelung wieder aufgenommen, sodass wir dort auf die gleichen inhaltlichen Schwierigkeiten stoßen.

Ein anderer Punkt, der immer wieder angesprochen wird, ist die Pflege-Buchführungsverordnung. Ich glaube, dass wir uns dort sehr schnell auf die Grundlagen der ordnungsgemäßen Buchführungsvorschriften verständigen können, sodass dieser Teil dann entfallen würde.

SV Thomas Eisenreich: Das ist eine sehr interessante Frage. Wir haben das in der Praxis bei 35 Einrichtungen untersucht. Das Problem ist, glaube ich, nicht allein die Standardisierung der Prüfung bzw. der Dokumentation, sondern sind die Anforderungen der Prüfer des MDK. Sie stellen sehr unterschiedliche Anforderungen. Insbesondere dann, wenn es einen Mitarbeiterwechsel gibt, gibt es meistens auch einen Wechsel in den Anforderungen an die Dokumentation. Insofern ist eine Standardisierung zu begrüßen, damit ein einheitlicher Standard

geschaffen und dieses Überdokumentieren aufgegeben wird.

Allerdings möchte ich darauf hinweisen, dass die Frage besteht, ob durch die Expertenstandards neue Dokumentationsanforderungen entstehen würden, die dem eigentlichen Streben nach Entbürokratisierung zum Teil oder vollständig zuwiderliefen.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Ich habe zu den Expertenstandards noch eine kurze Frage mit der Bitte um kurze Antwort an den Vertreter der privaten Krankenversicherung. Sie fordern in Ihrer Stellungnahme, beiden Expertenstandards gleichberechtigte Vertragspartei zu werden. Deshalb lautet meine Frage: In welcher Hinsicht würden Sie an der Entwicklung der Expertenstandards mitarbeiten wollen und können?

SV Andreas Besche (Verband der privaten Krankenversicherung e. V.): Wir stellen uns vor, dass wir aktiv und durch eigene fachliche Vorschläge in diesen Gremien mitarbeiten. Wir wollen dafür innerhalb unseres eigenen Verbandes in Zukunft verstärkt wissenschaftliche Anstrengungen unternehmen, um uns auch fachlich einbringen zu können.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Eine Frage noch an Herrn Eisenreich. Sie haben in Ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass Ärzte, die viele Patienten in Pflege- und Behinderteneinrichtungen betreuen, besonders stark von Regresszahlungen betroffen sind, weil sie besonders viele Arzneimittel oder Heilmittel verordnen müssen. Können Sie uns vielleicht sagen, welche Größenordnung man sich da vorstellen muss und ob es schon signifikantes Verhalten der betroffenen Ärzte beim Verordnungsverfahren gibt?

SV Thomas Eisenreich: Ich hatte zwei Fälle, wobei der eine Fall den niedrigen Betrag betrifft. Da geht es innerhalb von sechs Quartalen um Rückforderungen in Höhe von ca. 90 000 Euro für zu viel verordnete physikalische Heilmittel. Die Reaktion des Arztes war ein Schreiben an die Behinderteneinrichtung und unsere Pflegeeinrichtung, dass die Verordnungen entsprechend reduziert werden. Wir stehen im Moment vor der Frage, wie wir die aus un-

serer Sicht medizinisch-fachlich notwendigen Heilmittelabgaben entsprechend kompensieren können. Das betrifft zum Beispiel die mobile Rehabilitation, bei der die Krankenkassen sehr unterschiedlicher Meinung sind, ob sie tatsächlich ein Ersatz für eingeschränkte Heilmittelabgaben sein soll.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine weitere Frage an einige Verbände; ich schlage Caritas, bpa und ABVP, also den Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege, vor. Die Pflegedienste sollen ihre Leistungen künftig nur in einem bestimmten Einzugsgebiet erbringen dürfen. Das betrifft Sie. Mich interessiert, wie Sie dazu stehen.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Das Bundessozialgericht hat ja diesbezüglich eine andere Rechtsprechung getroffen, als der Gesetzgeber es jetzt vorsieht. Wir sehen in der Beschränkung des Einzugsgebietes eine Zulassungsbeschränkung. Die Wahl eines bestimmten Pflegedienstes oder einer Pflegeeinrichtung entspricht dem Wunsch und Wahlrecht und sollte über das definierte Einzugsgebiet hinaus zulässig sein. Das BSG wollte mit seinem Urteil eigentlich einen Sicherstellungsauftrag für ein bestimmtes Einzugsgebiet definieren und nicht eine Zulassungsbeschränkung. Wir bitten darum, diesen Passus aus dem Gesetzentwurf zu entfernen.

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Ich möchte mich weitestgehend den Ausführungen von Frau Dr. Fix anschließen. Auch wir sind der Auffassung, dass hier sozusagen das Recht des Pflegebedürftigen auf freie Wahl der Pflegeeinrichtung eingeschränkt wird. Das war nicht die Absicht der BSG-Rechtsprechung.

Außerdem sind wir der Auffassung, dass es den Pflegediensten durchaus ermöglicht werden sollte, auch über das vereinbarte Einzugsgebiet hinaus Leistungen zu erbringen, wenn es vom Pflegebedürftigen gewünscht wird; dies betrifft auch Gesichtspunkte der Wirtschaftlichkeit und die Möglichkeit, flexibel zu agieren. Davon abgesehen haben wir natürlich Verständnis dafür, dass wie in der Begründung ausgeführt die Bundesregierung den Pflegekassen einen Überblick darüber verschaffen

möchte, in welchem Einzugsbereich der jeweilige Pflegedienst tätig ist.

Das kann man, wie ich denke, außerhalb der Zulassung regeln.

SV **Mario Damitz** (Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.): Ich möchte darauf hinweisen, dass die Pflegedienste schon allein aus wirtschaftlichen Gründen ein Interesse daran haben, dass der Einzugsbereich nicht zu stark erweitert wird. Außerdem ist die Abgeltung zusätzlicher Wegekosten in den Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI bisher ausgeschlossen. Insofern sehen wir keinen Grund, hier eine Regelung zu treffen, und verweisen in diesem Zusammenhang auf das BSG-Urteil.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe eine Frage an den Caritasverband und den DEVAP. Es wurde bereits die Frage aufgeworfen, ob die Veröffentlichung der MDK-Prüfberichte ein geeignetes Mittel ist. Mich würde interessieren, ob der Caritasverband und der DEVAP Alternativen zur Veröffentlichung der Prüfberichte des MDK sehen, um die Transparenz in der Pflege zu erhöhen.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Bisher kommt die Ergebnisqualität in den MDK-Prüfberichten weitaus zu kurz. Überwiegend wird darin die Struktur- und Prozessqualität abgebildet. Der Verbraucher ist aber an der Ergebnisqualität interessiert. Unser Vorschlag ist, die Kriterien zur Definition von Ergebnisindikatoren von den Leistungserbringern und den Leistungsträgern gemeinschaftlich entwickeln zu lassen. Dann sollten sie als Grundlage für die Erstellung der Qualitätsberichte, die veröffentlicht werden, herangezogen werden.

Darüber hinaus sollte, wie vom Gesetzgeber gefordert, auch die Lebensqualität abgebildet werden. Diese kann der MDK nicht definieren. Hier ist man im Wesentlichen auf die Daten der Einrichtungen angewiesen. Des Weiteren sollte es möglich sein, dass auf der Basis freiwilliger Angaben Berichte, die den Aspekt der Lebensqualität beinhalten, angefertigt werden. Der Deutsche Caritasverband beschäftigt sich gegenwärtig in Zusammenarbeit mit seinem

Fachverband, dem VKAD, damit, solche Kriterien zu erarbeiten.

SV Wilfried Voigt (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V.): Daran will ich kurz anschließen. Im Grunde genommen befürworten wir Veröffentlichungen. Sie müssen aber nach einheitlichen Kriterien aufgebaut sein. Deswegen muss tatsächlich von einem Gremium festgelegt werden, was veröffentlicht wird.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Wir kommen zur Fragerunde der Fraktion Die Linke.

Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.): Ich kann an das, was gerade gesagt wurde, anknüpfen. Meine erste Frage richte ich an Frau Bartz vom Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen; ich bedaure übrigens, dass die Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung, der ich diese Frage auch gern gestellt hätte, hier nicht vertreten ist.

Im Hinblick auf die Kriterien, die Betroffene an Prüfaufträge anlegen, frage ich Sie: Sind für die Betroffenen tatsächlich die Fragen, um die es hier immerzu geht, wichtig, oder sind für sie andere Aspekte wichtiger, zum Beispiel die Ermöglichung von Teilhabe und selbstbestimmter Lebensführung oder die Erhöhung der Lebensqualität, die gerade angesprochen wurde?

SVe Elke Bartz (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Wenn ich den gesamten Prozess betrachte, habe ich sehr große Bedenken. Denn wir verfolgen immer noch den Ansatz, wegorientiert zu agieren und zu fragen: Wie laufen die einzelnen Prozesse ab? Das ist nicht ergebnisorientiert. Es sollte uns immer um eine Ergebnisorientierung zum Wohle der Heimbewohnerinnen und -bewohner gehen. Das heißt, dass sie viel stärker einbezogen werden müssen.

Was die Zertifikationen angeht, habe ich in meinem Umfeld in einer Region, die recht dünn besiedelt ist feststellen können, dass es zu einem regelrechten Zertifikationsreigen ge-

kommen ist. Einrichtungen haben sich gegenseitig zertifiziert unter der Prämisse: Dann werden wir nicht mehr so oft und nicht mehr in so kurzen Abständen kontrolliert.

Durch eine Zertifikation kann immer nur die Istsituation dargestellt werden. Viele Einrichtungen sind ab dem Moment, in dem sie ein Zertifikat erhalten, nicht mehr unbedingt bemüht, ihren bisherigen Standard zu halten; denn sie wissen, dass sie sicher sein können, in den nächsten Jahren nicht überprüft zu werden.

Ich denke, der einzige Sinn des Ganzen ist, dass man bei Regressforderungen seitens der Heimbewohnerinnen und -bewohner sagen kann: Rückwirkend vom Zeitpunkt X, dem Tag, an dem die Zertifizierung erfolgt ist, war vermutlich alles in Ordnung. Darauf, wie die Situation in der Zukunft ist, hat das meiner Meinung nach aber keine Auswirkungen. Die Lebensqualität der Heimbewohnerinnen und -bewohner spielt bisher ohnehin eine viel zu geringe Rolle.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Herrn Pick, den Vertreter des MDS. Mit der begrüßenswerten Verkürzung der Prüfintervalle auf drei Jahre hätten wir, wenn der Inhalt dieses Gesetzentwurfes Wirklichkeit würde, durchaus einen Fortschritt erzielt. Dennoch bedeutet diese Verkürzung, dass lediglich an zwei von 1 095 Tagen geprüft wird. An 1 093 Tagen geschieht nichts. Vor diesem Hintergrund frage ich Sie: Können Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen mit den Prüfungen des MDK und den Berichten des MDS Vorschläge machen, wie die Qualität in den ambulanten und stationären Einrichtungen darüber hinaus gesichert werden kann?

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.): Zunächst muss man immer fragen: Was kann eine Einrichtung selbst tun? Ich denke, was das eigene Engagement betrifft, kann sicherlich noch mehr getan werden. Wir vertrauen nicht auf die Selbstregulierung der Einrichtungen. Hier sind mehr Engagement und Aktivitäten gefordert.

Mit der Regelprüfung, die gewährleistet, dass spätestens alle drei Jahre eine Prüfung stattfindet, haben wir ein ganz gutes Raster entwickelt; das ist ein wesentlicher Schritt. Daneben

besteht nach wie vor die Möglichkeit, Anlassprüfungen zu initiieren. Immer dann, wenn im Umfeld negative Vorkommnisse bekannt werden, sollte man die Pflegekassen informieren, sodass sie die Möglichkeit haben, dem MDK einen Prüfauftrag zu erteilen.

Man muss sagen: Es ist in sehr hohem Maße vom Umfeld abhängig, ob Missstände bekannt und Maßnahmen eingeleitet werden. Man sollte dazu ermuntern, an die Pflegekassen und die Heimaufsicht heranzutreten, um zusätzlich zum geplanten Dreijahresrhythmus die Durchführung anlassbezogener Prüfungen zu ermöglichen. Natürlich ist es vorstellbar, die Prüfintervalle in Zukunft noch weiter zu verkürzen; das habe ich bereits angedeutet. Die Verkürzung der Prüfintervalle auf drei Jahre ist allerdings erst einmal ein wichtiger Schritt, den wir sehr begrüßen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Verdi. Welche Gründe sind aus Ihrer Sicht für Mängel in der Versorgungsqualität verantwortlich, und welche Vorschläge würden Sie machen, wie diese Mängel beseitigt werden könnten?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Für Versorgungsmängel ist insbesondere die Personalknappheit ursächlich. Die Personalknappheit ist eines der größten Probleme, die wir haben. Insbesondere in der Altenpflege wird zu wenig ausgebildet, und die Vergütungen sind häufig zu gering. Wir sind der Meinung, dass als ein Qualitätsinstrument für höhere Vergütungen gesorgt werden sollte; hier hat der Gesetzgeber einen guten Weg eingeschlagen. Wir halten es allerdings für wichtig, dass dabei nicht auf die ortsüblichen Vergütungen, sondern auf den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst abgestellt wird. Es muss gewährleistet sein, dass die entsprechenden Vergütungen von den Einrichtungen gezahlt werden.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE.): Ich habe eine zweite Frage an Frau Bartz. Wie beurteilen Sie, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ immer wieder proklamiert, in der Praxis aber häufig nicht umgesetzt wird? Da heute ein Gesetzentwurf und verschiedene Anträge zur Diskussion stehen, frage ich Sie: In welcher dieser Vorlagen werden Wege aufgezeigt,

die Ihrer Meinung nach geeignet sind, die ambulanten Angebote im Interesse pflegebedürftiger Menschen zu verbessern, und in welcher eher nicht?

SVe **Elke Bartz** (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Noch lieber als der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wäre mir der Grundsatz „ambulant statt stationär“. Es gibt aber im gesamten Leistungsbereich noch sehr viele Defizite. In den Pflegestufen I und II sind der Umfang der Unterstützung und die Höhe der Sachleistungen im stationären Bereich nach wie vor größer. Das Niveau dieser Leistungen soll laut Gesetzentwurf nicht gesenkt werden. Eine tatsächliche Angleichung der ambulanten und der stationären Leistungen findet allerdings nicht statt.

Wesentlich besser wäre es gewesen, die Regelung zu treffen, dass die Leistungen personenorientiert gewährt werden, und zwar unabhängig davon, wo sich die betreffende Person befindet. Die Höhe der Leistung sollte sich nur nach der jeweiligen Einstufung richten. Die jetzige Situation hat für stationäre Einrichtungen den großen Anreiz, dafür zu sorgen, dass sie ihren Status und ihre Bewohnerinnen und Bewohner behalten und sie nicht durch rehabilitative Maßnahmen in die Lage versetzen, vom stationären in den ambulanten Bereich zu wechseln.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE.): Jetzt habe ich zu einem ganz anderen Themengebiet eine Frage an den Sozialverband Deutschland, den SoVD diese Frage richte ich auch an den Deutschen Frauenrat: Wie bewerten Sie die im Omnibusverfahren angehängte geplante Neuregelung zur Verpflichtung von Ärzten und Einrichtungen, sich in bestimmten Fällen nicht an die Schweigepflicht zu halten und Daten an die Krankenkassen zu übermitteln?

SVe **Dr. Gabriele Kuhn-Zuber** (Sozialverband Deutschland e. V.): Wir halten das Omnibusverfahren für etwas fragwürdig, weil es zu einer Änderung des SGB V im Rahmen des Pflege-Versicherungsgesetzes führt. Die geplante Verpflichtung der Ärzte, die Krankenkassen zu informieren, stellt einen schweren Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung dar. Wir befürchten, dass

dadurch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nachhaltig gestört wird.

Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass durch die Verpflichtung der Ärzte, eine Meldung zu machen, wenn sie zum Beispiel einen Patienten behandeln, der sich bei einem Vergehen oder einem Verbrechen verletzt hat, der rechtsstaatliche Grundsatz der Unschuldsvermutung unterlaufen wird; denn die Ärzte, die diese Meldung nicht machen, werden sanktioniert. Wir halten das Ganze mit Blick auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht für eine sehr große Gefahr.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Da im Moment keine Vertreterin des Deutschen Frauenrates anwesend ist, kann Ihre Frage von dieser Seite leider nicht beantwortet werden.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Dann würde ich meine Frage gern an die Bundesärztekammer richten. Sofern möglich, möchte ich darüber hinaus den Vertreter von Verdi fragen, wie er die Einführung flexibler Personalschlüssel im Pflegebereich beurteilt.

SVe **Dr. Cornelia Goesmann** (Bundesärztekammer): Auch wir lehnen die geplante Regelung vehement ab. Sie ist nicht nur gegen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gerichtet, sondern sie untergräbt natürlich auch die ärztliche Schweigepflicht. Ärztinnen und Ärzte würden die Patientinnen und Patienten in entsprechenden Situationen sicherlich darauf hinweisen, dass es keine Leistung der GKV ist, wenn sie sie behandeln. Wir möchten aber nicht, dass es zu einer Verletzung der Schweigepflicht kommt.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Was die Einführung flexibler Personalschlüssel betrifft, sind wir der Meinung, dass erst dann für Flexibilität gesorgt werden kann, wenn es klare Vergütungsregelungen gibt. Darüber hinaus ist eine eindeutige Definition des Begriffs Pflegebedürftigkeit notwendig diese gibt es derzeit noch nicht, damit deutlich wird, mit welcher Qualifikation man welche Aufgaben verrichten kann. Hier gibt es Nachholbedarf. Diese Rahmenbedingungen müssen erst einmal geschaffen werden.

Wir halten es außerdem für erforderlich, dass Leistungserbringer und Krankenkassen ein Personalbemessungsinstrument vereinbaren, dem zugrunde gelegt wird, welche Möglichkeiten der Pflege bestehen. Ein solches Personalbemessungsinstrument gibt es derzeit noch nicht. Diese Voraussetzungen müssen erst einmal erfüllt werden. Im bisherigen Gesetzgebungsverfahren ist das noch nicht der Fall.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den SoVD und an die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft. Wie bewerten Sie den Zusammenhang zwischen Pflege, Rehabilitation und Prävention und insbesondere die vorgesehene Einführung von Strafzahlungen?

SVe **Dr. Gabriele Kuhn-Zuber** (Sozialverband Deutschland e. V.): Im Gesetz ist bereits vom Vorrang von Rehabilitation und Prävention die Rede. Dennoch ist auf diesem Gebiet noch nicht viel passiert. Wir bezweifeln, dass die geplante Einführung von Strafzahlungen dazu führen wird, dass verstärkt Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden. Besonders kritisch beurteilen wir die Regelung, dass sich die Krankenkassen von ihrer Verpflichtung zur Durchführung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation freikaufen können, wenn sie einen Betrag in Höhe von 1 536 Euro zahlen; denn die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ist teurer als 1 536 Euro. Wir halten dieses Instrument für überprüfungswürdig.

SVe **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Der bisher nicht wahrgenommene Tatbestand, dass vor der Pflege in der Regel keine Reha stattgefunden hat, soll nun behoben werden; das ist zunächst einmal zu begrüßen. Allerdings sind wir ähnlich wie der SoVD der Auffassung, dass sich die beabsichtigte Anreizwirkung nicht entfalten wird, wenn es möglich ist, diese Regelung durch Zahlung des vorgesehenen Betrages zu umgehen; denn Reha-Maßnahmen sind teurer. Eigentlich müsste man diesem Gesetzentwurf einen anderen Geist verleihen. Es müsste eine Selbstverständlichkeit sein, Rehabilitation im Rahmen der Pflege stärker zu verankern.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen damit zur Fragerunde der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine ersten Fragen richten sich an Herrn Wallrafen-Dreisow. Welche Bedeutung hat im Rahmen der Qualitätssicherung die Einbindung und Mitbestimmung der Nutzerinnen und Nutzer in den Diensten und Einrichtungen vor Ort? Wird der vorliegende Gesetzentwurf dieser Bedeutung gerecht?

SV **Helmut Wallrafen-Dreisow**: Ich würde gern zwei Begriffe, von denen bis jetzt noch nicht die Rede war, in diese Diskussion einbringen: die Würde und die Wertschätzung der älteren Menschen, um die es geht. Wenn diese Aspekte zentrale Punkte sind das unterstelle ich, dann haben sie auch Einfluss auf die Haltung der Beschäftigten im Arbeitsalltag, sowohl auf die der Auszubildenden als auch auf die der Vorgesetzten. Wenn die Arbeitgeber also die Kunden sind als Konzerngeschäftsführer steuert man einen Apparat; letztlich geht es aber um die älteren Menschen, dann ist es existenziell wichtig, dass mit dieser Reform die Ergebnisqualität in den Mittelpunkt gerückt wird.

Wie bereits gesagt wurde, haben wir bisher viel über die Struktur- und Prozessqualität gesprochen. Völlig unklar ist aber das wurde in den Stellungnahmen der Verbände deutlich, was letztlich unter Ergebnisqualität zu verstehen ist. Das finden wir allerdings nicht heraus, wenn wir Träger uns mit dem Gesetzgeber zusammensetzen. Hier ist eine existenzielle Einbindung der Kunden vonnöten. Ob diese Einbindung durch Personen vor Ort oder im Rahmen der Verbandsstrukturen erfolgen sollte, möchte ich an dieser Stelle offen lassen.

Es wird immer wieder verkannt, weshalb die Einbindung der Nutzerinnen und Nutzer von so großer Bedeutung ist. Bitte berechnen Sie doch einmal, wie viel Eigenkapital die Menschen, die in einem Heim leben, mitbringen. Dieser Anteil beträgt nicht etwa nur 5 Prozent. Wir haben berechnet, dass sich der Anteil des Eigenkapitals, der ausgeschöpft wird, bevor andere Refinanzierungsquellen in Anspruch genommen werden, auf circa 50 Prozent beläuft.

All das macht aus meiner Sicht eine stärkere Einbindung der Kundinnen und Kunden erforderlich. Die im Heimgesetz getroffenen Regelungen der Heimmitwirkung sind völlig unzureichend. Hier geht es, wie in Ihrer Frage deutlich wurde, um Mitbestimmung. Dass Mitbestimmung praktiziert werden soll, kann ich zum jetzigen Zeitpunkt weder im vorliegenden Gesetzentwurf noch an der Entwicklung der Landesheimgesetze erkennen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Auch meine nächsten Fragen richte ich an Herrn Wallrafen-Dreisow. Wie bewerten Sie die geplante Regelung, dass den Einrichtungen die Möglichkeit eröffnet werden soll, die Tiefe der MDK-Regelprüfung zu verringern und den Prüfungsturnus zu verlängern, sofern aus anderen Zertifizierungsverfahren vergleichbare Prüfungsergebnisse vorliegen? Halten Sie es für ausreichend, dass jedes Jahr mindestens 20 Prozent der betreffenden Einrichtungen einer unangemeldeten Stichprobe unterzogen werden sollen und dass für die Regelprüfung ein Dreijahresturnus vorgesehen ist?

SV **Helmut Wallrafen-Dreisow**: Davon halte ich nichts. Heute Morgen ist schon mehrfach angekungen, dass zwischen der Zertifizierung und der Einflussnahme auf den Turnus der Prüfungen ein Zusammenhang bestehen kann. Wer die Zertifizierung ernst nimmt wir tun das und wenden das EFQM-Modell an, dem ist letztlich egal, wie häufig geprüft wird. Für uns kommt die Selbstbestimmung vor der Fremdbestimmung. Sie sind übrigens herzlich eingeladen, die Regelung zu treffen, dass auch unangemeldet geprüft werden kann; das fordern wir schon lange.

Durch eine gute Zertifizierung wird das Selbstbewusstsein der Belegschaft, das in ihrem Arbeitsalltag notwendig ist, gestärkt. Dadurch wird man unabhängig davon, ob eine Fremdkontrolle stattfindet oder nicht. Von daher halte ich es für sehr bedenklich, eine Verrechnung von Zertifizierung, die nach vielen Zertifizierungsmodellen nur eine Momentaufnahme ist, und Prüfung vorzunehmen; auch das wurde bereits angesprochen. Das eine, unsere Selbstprüfung, hat mit der Ergebnisqualität zu tun, das andere betrifft Aspekte, die ich nicht weiter kommentieren möchte.

Wie Sie sagten, sollen jedes Jahr 20 Prozent der Einrichtungen einer unangemeldeten Stichprobe unterzogen werden. Dieser Anteil ist eindeutig zu gering. Wir Heimträger sagen zu Recht, dass viele Einrichtungen über eine hohe Qualität verfügen. Gerade deshalb fordern wir, viel häufiger überprüft zu werden. Wir wollen unsere Qualität unter Beweis stellen und dazu beitragen, dass endlich die Spreu vom Weizen getrennt werden kann. Das muss endlich rüberkommen. Wenn man an die schlechten Einrichtungen, die es auch gibt, denkt, muss man feststellen: Wenn nur alle drei Jahre eine Prüfung durchgeführt wird, ist das viel zu selten.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen. Die grüne Bundestagsfraktion plädiert in ihrem Antrag für die Errichtung einer unabhängigen und multidisziplinär besetzten Instanz für Qualität in der Pflege mit dem Ziel, in einem transparenten und unabhängigen Verfahren verbindliche Kriterien und Standards zur Definition und Bewertung der Pflegequalität zu entwickeln. Wie bewerten Sie diese Forderung insbesondere vor dem Hintergrund der im Gesetzentwurf geplanten Regelungen?

SV Prof. Dr. Gerhard Igl (Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V.): Frau Abgeordnete, lassen Sie mich zunächst eine Freude, eine Bitte und eine Sorge zum Ausdruck bringen.

Die Freude bezieht sich darauf, dass in der Gesetzgebung, die sich mit pflegebedürftigen Menschen befasst, zum ersten Mal etwas Positives zur Qualitätsentwicklung gesagt wird; das hat eine Folgewirkung. Es wird zwar immer beklagt, dass der MDK eine andere Qualität prüft, als es später die Heimaufsicht tut. Wir beurteilen es aber als sehr positiv, dass dieser Aspekt vom Gesetzgeber aufgegriffen wurde und die notwendige Finanzierung sichergestellt werden soll.

Unsere Bitte ist: Stellen Sie klar, dass sich der Begriff Expertenstandards nicht nur, wie es in der Gesetzesbegründung heißt, auf monodisziplinäre Standards, sondern auch auf multiprofessionelle Standards bezieht. Ich denke, eine

solche Klarstellung ist auch im Gesetzentwurf notwendig.

Die Sorge, die wir haben, betrifft die Unabhängigkeit der Qualitätsentwicklung; dieses Thema ist von Herrn Dr. Wilbers, Frau Professor Schiemann und Herrn Professor Klie schon aufgegriffen worden. Unserer Ansicht nach ist die Unabhängigkeit der Qualitätsentwicklung in diesem System, das die Schaffung eines Gremiums nach § 113 SGB XI und einer Schiedsstelle vorsieht, nicht gewährleistet. Wir plädieren, wie Frau Scharfenberg von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ausgeführt hat, für die Einrichtung eines unabhängigen Gremiums zur Sicherstellung der Qualität in Pflege und Betreuung.

Unser Verein hat hierzu Machbarkeitsstudien erstellt. Wir kamen zu dem Ergebnis: Das ist verfassungsrechtlich machbar, gesundheitspolitisch ohne weiteres in dieses System einzufügen und auch organisatorisch so umzusetzen, dass Unabhängigkeit gewährleistet ist. Unsere Studien liegen vor und sind bekannt. Ich bitte Sie, diese Ergebnisse zur Kenntnis zu nehmen.

Damit würden sich die anderen Fragen erübrigen. Das Gremium nach § 113 SGB XI kann Qualität nicht sozusagen per Vertrag festlegen. Man kann Qualität erst recht nicht von einer Schiedsstelle bestimmen lassen. Was unser Gesundheitswesen angeht, wäre das rechtlich problematisch und systemfremd. Diese Schiedsstelle wäre die erste, die über Qualität befindet; ansonsten entscheiden Schiedsstellen nur über Vergütungen. International ist kein solches Beispiel bekannt.

Ich möchte dafür plädieren, dass die Qualitätsmaßstäbe, die entwickelt werden, empfohlen werden. Da in allen Qualitätsklauseln von allgemein anerkannter Qualität und allgemein anerkannten Erkenntnissen die Rede ist, würde eine Art Beweislastumkehr stattfinden. Derjenige, der diese Qualität nicht anerkennt, bekommt ein Problem. Er muss begründen, warum er sie nicht anerkennt. Deswegen muss man sie nicht vorschreiben.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richte ich erneut an die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen und an die Verbraucherzentrale; ich bitte

um eine möglichst akzentuierte Antwort, damit ich danach eine weitere Frage stellen kann.

In ihrem Antrag fordert die grüne Bundestagsfraktion bezüglich der Qualitätsentwicklung, die Beteiligung und Mitwirkung der Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe von pflegebedürftigen und behinderten Menschen sicherzustellen. Wie beurteilen Sie diese Forderung nach Mitwirkung, und wird ihr im Gesetzentwurf der Bundesregierung Ihres Erachtens in ausreichendem Maße Rechnung getragen?

SV Prof. Dr. Gerhard Igl (Bundeskongress zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V.): Ich bitte um Nachsicht, dass ich diese Frage noch nicht beantwortet habe. Es ist eigenartig, dass diese Beteiligung, was die Schiedsstelle betrifft, nach dem Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht gewährleistet ist. Auch wenn man dieses Modell beibehalten würde, könnte man den Betroffenenverbänden wenn auch keine entscheidende, so doch zumindest eine beratende Beteiligung ermöglichen. Bisher ist das aber nicht gewährleistet. Im Übrigen unterstütze ich Ihre Ansicht.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): In den §§ 113 ff. des Gesetzentwurfes werden die Art und Weise und der Rahmen der Beteiligung der sogenannten maßgeblichen Organisationen nicht einheitlich geregelt. Für meine Begriffe fehlen aber an entscheidender Stelle entscheidende Vorschriften, wie diese Beteiligung im Einzelnen stattfinden soll. Wir sind der Auffassung, dass den maßgeblichen Organisationen ein Beratungsrecht eingeräumt werden sollte. Der Gesetzentwurf sollte dahin gehend ergänzt werden, dass die Bundesregierung nähere Einzelheiten zur Zertifizierung der maßgeblichen Organisationen durch eine Verordnung regelt.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und an den Caritasverband. Die grüne Bundestagsfraktion betont in ihrem Antrag, dass Qualitätsentwicklung multidisziplinär zu erfolgen hat. Wie bewerten Sie diese Forderung vor dem Hintergrund der

im Gesetzentwurf der Bundesregierung formulierten Ansätze?

SV Prof. Dr. Thomas Klie (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.): Für die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie ist Multidisziplinarität ein sehr wichtiger Qualitätsbaustein zur Sicherung der Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf. Dieser Ansatz ist im Gesetzentwurf leider nicht prominent vertreten bzw. wird sogar eher vernachlässigt.

Das gilt, wie ich schon erwähnte, auch für die Formulierung der Expertenstandards, bei der die Multidisziplinarität anders als es das Leistungsrecht des SGB XI eigentlich nahelegen würde nicht berücksichtigt wurde, bei aller Bedeutung, die wir gerade in diesem Zusammenhang den monodisziplinären Standards beimessen. Die Dimension der Multidisziplinarität ist unserer Meinung nach auch in den Konzepten der Qualitätsprüfung nicht hinreichend berücksichtigt.

In unserem Prüfungspapier haben wir formuliert, dass Qualitätssicherung für uns mindestens vier Ebenen hat: nicht nur die externe Ebene, die im vorliegenden Gesetzentwurf besonders betont wird, sondern natürlich auch eine interne, die ebenfalls erwähnt wird, eine regionale, in deren Rahmen regionale Akteursgruppen, insbesondere Akteure der Zivilgesellschaft, stärker einzubeziehen sind, und eine individuelle.

Wir würden uns wünschen, dass die Ergebnisqualität im Rahmen der in Auftrag gegebenen Entwicklung eines neuen Begutachtungsverfahrens und Assessmentinstruments auf der Einzelfallebene geprüft wird, sodass man den Prüfaufwand in den Einrichtungen reduzieren kann. Wenn wir die Lebenssituation der Menschen mit Pflegebedarf in einem Begutachtungs- und Assessmentverfahren aus multidisziplinärer Perspektive betrachten, dann können wir auch die in der gesamten Diskussion über Qualitätssicherung vernachlässigten Personengruppen, die bisher nur Pflegegeld beziehen, mit in den Blick nehmen. Aus unserer Sicht könnte dies einen Quantensprung in Sachen multidisziplinärer Qualitätsentwicklung bedeuten.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Qualitätsentwicklung erfordert einen multidisziplinären Ansatz und die Einbeziehung aller Professionen. Im Mittelpunkt muss die Lebensqualität der Bewohner stehen. Hierbei geht es auch um die hauswirtschaftliche Versorgung und die soziale Betreuung, orientiert an den Grundsätzen der Selbstbestimmung und der Normalität. Insofern müssen alle Disziplinen in den Prozess der Qualitätsentwicklung einbezogen werden.

Eine kurze Anmerkung zu den Expertenstandards. Wir sehen es als erforderlich an, dass nicht nur die Regelungen zur Pflege im SGB XI einseitig in den Blick genommen werden, sondern auch die im SGB V. Auch hinsichtlich der Expertenstandards ist ein interdisziplinärer Ansatz zugrunde zu legen.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Wir kommen zur zweiten Fragerunde der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Uns interessiert die Position des Herrn Dr. Wilbers zu dem Bereich Prävention und Rehabilitation und ganz konkret zu § 40 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V. Hier ist eine Strafzahlung der Krankenkassen für den Fall vorgesehen, dass nicht innerhalb von sechs Monaten notwendige Leistungen zur Rehabilitation erbracht worden sind.

Erste Frage: Wie sehen Sie diesen Betrag, Herr Dr. Wilbers, und zwar sowohl von der Idee als auch von der Höhe her? Zweite Frage: Wie ist Ihre Einschätzung zu den Leistungen der Heilberufe in diesem Bereich insgesamt?

SV Dr. Joachim Wilbers: Überall wird gesagt, Rehabilitation solle vor Pflege gehen. Wenn man sich aber den vierten Pflegebericht der Bundesregierung von letzter Woche anschaut, dann stellt man fest, dass nur in 1,7 Prozent aller Begutachtungen eine Rehabilitationsempfehlung gegeben wird. Das ist vor dem Hintergrund überraschend, dass das Motto „Rehabilitation vor Pflege“ immer nach außen getragen wird. Ich habe keine Information darüber, wie viele dieser Anregungen tatsächlich umgesetzt worden sind. Ich nenne hier eine Größenordnung: 1,7 Prozent entspricht pro Jahr ungefähr 25 000 Personen. Wer sich mit

Pflegebedürftigkeit auskennt, der weiß, dass es einen deutlich höheren Rehabilitationsbedarf oder auch mehr Rehabilitationsmöglichkeiten gibt. Die Umsetzung muss also anders gestaltet sein.

Ich halte grundsätzlich die Idee, finanzielle Anreize zu setzen, für richtig. Bisher ist die Situation folgende: Die Krankenkasse muss die Rehabilitation bezahlen, wovon die Pflegekasse profitiert, weil das unterschiedliche Finanzierungskreise sind. Strafzahlungen besser wären natürlich Anreize sind im Grunde genommen der richtige Weg, weil dann ein finanzielles Interesse vorhanden ist. Ob der Betrag von 1 536 Euro ausreicht, wage ich zu bezweifeln. Ich würde, um ein Zeichen zu setzen, den Betrag verdoppeln. Ich sehe, dass hier einige schon tief durchatmen. Aber auch die Vertreter der Kassen sagen, dass sie für das Motto „Rehabilitation vor Pflege“ sind. Deswegen dürfte sie dieser Betrag gar nicht schrecken, weil diese Strafzahlungen nie anfallen würden. Insofern wäre es eine gute Sache, wenn man eine höhere Zahl in den Gesetzentwurf hineinschreiben würde.

Man stellt sich die Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit immer als eine sechswöchige stationäre geriatrische Behandlung vor. Das muss nicht immer der Fall sein. Das ist auch nicht immer indiziert. Vielmehr gibt es ganz gezielte Maßnahmen, die die Lebensqualität deutlich verbessern. Ich denke zum Beispiel an den Bereich der Logopädie oder auch der Ergotherapie, in dem rehabilitative Maßnahmen sehr schnell zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen können, die ambulant erbracht werden können.

Dafür müssen natürlich die entsprechenden Dienstleister vorhanden sein. Versuchen Sie einmal, für einen älteren pflegebedürftigen Menschen eine logopädische Betreuung zu organisieren. Das ist in der Praxis gar nicht so einfach. Hier sollte man das breite Spektrum im ambulanten, stationären und auch im teilstationären Bereich der Rehabilitation nutzen. Das würde mich sehr freuen; denn dann kann der Ansatz „Rehabilitation vor Pflege“ tatsächlich umgesetzt werden.

Ich möchte einen weiteren Punkt ansprechen. Bei der Begutachtung des MDK werden auch Menschen beurteilt, die dann keine Pflegestufe genehmigt bekommen. Diese haben aber trotzdem meistens irgendeine Art von Pflegebedarf;

sonst würden sie keinen Antrag stellen. Hier könnte man durch gezielte Maßnahmen sogar erreichen, dass die Pflegebedürftigkeit erst gar nicht eintritt, sondern dass schon vorab präventiv und rehabilitativ eingegriffen wird. Die Informationen, die der MDK durch die Begutachtung gewinnt auch bei denjenigen, bei denen die Genehmigung einer Pflegestufe abgelehnt wird, könnten genutzt werden, um zu erreichen, dass diese Personen auch in näherer Zukunft keine Pflegestufe benötigen, sodass es bei einem leichten Pflegebedarf bleibt bzw. der Gesundheitszustand sogar verbessert werden kann. Hier kann man recht viel erreichen, wenn die vorliegenden Informationen an die Stellen gelangen, die etwas machen können.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Verband der Pflegekassen und den bpa. Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Pflegeeinrichtungen gelten allgemein als unstritten. Es kommt tatsächlich öfter zu juristischen Auseinandersetzungen. Von daher meine Frage: Wird die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Ergänzung hier zu mehr Klarheit und Rechtssicherheit führen?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Wir begrüßen die jetzt vorgeschlagene Regelung ausdrücklich. Es geht ja nicht darum, bei möglichen Anhaltspunkten dafür, dass nur die halbe Zahl des vorgesehenen Personals beschäftigt ist, eine Pflegeeinrichtung zu überprüfen. Vielmehr geht es darum: Haben die Unternehmen die Verantwortung für das, was sie tun, oder haben sie sie nicht? Der bisherige Ansatz ist bisweilen nicht umgesetzt worden. Die Regelung ist so, wie sie jetzt vorgesehen ist, aus unserer Sicht eine sehr klare, verfassungskonforme Auslegung. Wir sehen hier keinen Änderungsbedarf.

SV **Paul-Jürgen Schiffer** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Wir unterstützen diese Neuregelung. Ich weise noch darauf hin, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Lande Bayern in der Vergangenheit gemeinsam mit allen Beteiligten wiederholt mit einem positiven Ansatz durchgeführt wurden. Von daher sollte es bei dieser Regelung bleiben.

Abg. **Max Straubinger** (CDU/CSU): Ich habe einige Fragen an den Deutschen Caritasverband und an den bpa bezüglich des Bürokratieabbaus. Sehen Sie in der Aufhebung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen eine Regelung zur Entbürokratisierung? Ist die LQV tatsächlich verzichtbar oder droht damit ein Verlust an Qualität? Woran ist die inhaltliche Umsetzung der LQV bisher gescheitert?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir sehen in der Abschaffung der LQV nach § 80 a SGB XI so, wie die Regelung bisher vorgesehen ist, einen positiven Ansatz; denn das, was mit der LQV erzielt werden sollte, konnte nicht erreicht werden. Es ging nämlich um das vergütungsrechtliche Postulat, dem zur Folge qualitätsgesicherte und -bezogene Leistungen der Einrichtung tatsächlich vergütet werden sollten. Mit den bisherigen LQVs, die auf Länderebene erstellt wurden, konnte dieses Ziel nicht erreicht werden.

Zudem sind die Daten, die mit den LQVs erhoben wurden, zum Großteil mit den Daten identisch, die wir in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 SGB XI oder in bisherigen § 80, jetzt § 113 SGB XI, oder in den Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI abgebildet finden, sodass sich die LQV als zahnloser Tiger erwiesen hat und in dieser Form abgeschafft werden kann. Allerdings sehen wir weiter Handlungsbedarf darin, dass sich das Wechselverhältnis von Leistung, Qualität und Preis tatsächlich auch im Gesetz wiederfinden soll. Insofern ist eine Integration in die Pflegesatzverhandlungen nach § 85 SGB XI erforderlich.

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Wir sind der Überzeugung, dass es bei der Abschaffung der LQV nicht zu Qualitätseinbußen kommt. Gedacht war diese, um die Aufgaben und die personelle Ausstattung einvernehmlich zu regeln. Das geht aber nur, wenn dafür einvernehmliche Spielregeln herrschen, die sowohl für die Kostenträger als auch für die Einrichtungsträger klar und verbindlich sind. Daran mangelt es uns nach wie vor. Wir haben nach wie vor kein entsprechendes Pflegezeitbemessungssystem oder Personalbemessungssystem. Solange wir das nicht haben, fehlt es schlichtweg an Grundlagen, um die inhaltliche Umsetzung der LQV so zu gestalten, wie sie eigentlich gedacht war.

Bisher hat sie nicht dazu gedient, den Einrichtungen die Ausstattung zu verschaffen, die sie brauchen, weil dafür schlichtweg die Differenzierungspunkte fehlten. Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen ähneln sich häufig sehr stark, sodass dabei wenig Differenzierung möglich ist. Insofern ist wegen der fehlenden inhaltlichen Grundlage die Abschaffung der LQV kein Verlust.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an Dr. Wilbers, an die KBV und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Das Entlassungsmanagement eines Krankenhauses ist an der Schnittstelle immer ein besonderes Sorgenkind des Gesetzgebers gewesen. Mit § 11 des GKV-WSG wurden Neuregelungen eingeführt. Auch mit diesem Gesetz wird weiter an diesem Bereich gearbeitet. Ist aus Ihrer Sicht das, was in diesem Gesetzentwurf verankert werden soll, zielführend, um das Entlassungsmanagement an der stationär-ambulanten Schnittstelle zu verbessern? Was könnte man aus Ihrer Sicht noch machen, damit dieses Sorgenkind kein Sorgenkind bleibt?

SV Dr. Joachim Wilbers: Aufgrund langjähriger Erfahrungen glaube ich, dass es Schnittstellenprobleme immer geben wird, egal welche gesetzlichen Bestimmungen gelten. Es liegt in der Natur der Sache, dass es unterschiedliche Interessen und Verfahrensabläufe gibt. Man kann die Zahl der Schnittstellenprobleme verringern, aber man kann sie nie ganz aufheben. Das, was im Gesetzentwurf steht, könnte dazu aber ein Beitrag sein.

Ich nenne ein praktisches Beispiel: Ein Patient wird an einem Freitag aus dem Krankenhaus in die Kurzzeitpflege entlassen und bekommt die Medikation für zwei oder zweieinhalb Tage bis zum Montag mit. Hier muss die Anschlussmedikation sichergestellt werden. An dem Montag das ist ein realer Fall wird der Hausarzt angerufen. Der Hausarzt erklärt, ein bestimmtes Medikament nicht verschreiben zu dürfen, weil das nur ein Neurologe verschreiben dürfe. Ein daraufhin angerufener Neurologe sagt, er verschreibe erstens nichts für einen Patienten, den er nicht kenne, und er könne zweitens jetzt nicht kurzfristig einen Hausbesuch vornehmen. Was machen Sie hier? Das ist eine echte Schnittstellenproblematik.

Dieses Problem kann man nicht dadurch lösen, dass man alles in die Verantwortung des Krankenhauses überträgt, weil das Krankenhaus diese Probleme nicht aus eigener Kraft lösen kann. Man kann hier gute Ansätze finden. Ich denke, es hat sich in den letzten Jahren bei der Kooperation zwischen Pflege und Krankenhäusern eine ganze Menge verbessert. Ich glaube aber nicht, dass man mit den Regelungen, die im Gesetzentwurf stehen, das Thema vom Tisch haben wird, sondern das wird uns weiter begleiten.

SV Dr. Carl-Heinz Müller (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Mehrdimensionalität der Pflege wurde bereits mehrfach angesprochen. Hier kann man Abhilfe schaffen. Das bedarf aber Vereinbarungen, die nach Möglichkeit dreiseitig sein sollten. Hier ist, wie vorgesehen, nach § 73b SGB V der Hausarzt in die Koordinierung mit einzubeziehen. Nichtsdestotrotz kennen wir es insbesondere aus der Pflege, dass die anderen Facharztdisziplinen, der Chirurg, der Dermatologe, der Kollege aus der Geriatrie und der Neurologe, einzubeziehen sind. Das kann man sowohl vor Ort wie auch überregional mit entsprechenden Vertragsregelungen schaffen. Dafür haben wir unter anderem die Möglichkeit der IV-Verträge. Hier ist festzulegen, dass der zu Pflegenden geleitet wird.

SV Andreas Wagener (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.): In der Tat kann ich mich den Ausführungen von Herrn Wilbers weitgehend anschließen. In der Regel scheidet es nicht am Management. Tatsächlich muss die Versorgungssituation auch im ambulanten Bereich sichergestellt sein. Ansonsten besteht die Möglichkeit, das Personalmanagement im Krankenhaus dadurch zu verbessern, dass Geld zur Verfügung gestellt und das Personal bereitgestellt wird, welches das Management besser praktiziert. Hier müsste man dem Krankenhaus extrabudgetär Mittel geben, die dann auch beim Krankenhaus verbleiben.

Angesichts der Verdichtung gerade im Pflegebereich darf die Arbeit der Personalgruppen nicht weiter verdichtet werden, sondern sie muss so gestaltet werden, dass sie sich mehr um die Patienten und das Management kümmern können.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Verband der Kranken- und Pflegekassen sowie die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. Wie beurteilen Sie die in § 75 SGB XI neu aufgenommene Klarstellung, dass in den Landesrahmenverträgen nicht nur die personelle Ausstattung, sondern auch die Grundausrüstung der Pflegeeinrichtungen mit Hilfsmitteln zu vereinbaren ist?

SV **Paul-Jürgen Schiffer** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Die Vereinbarung hinsichtlich der Personalbemessungen ist schon heute durchaus Gegenstand in den Landesrahmenvereinbarungen. Von daher gibt es dagegen keine Bedenken.

Erhebliche Bedenken haben wir aber gegen die Vereinbarung in Bezug auf die Ausstattung mit sächlichen Hilfsmitteln. Das hat in der Vergangenheit der Streit zwischen den Kostenträgern immer wieder gezeigt. Dabei geht es nicht nur um die Pflegeversicherung, sondern teilweise auch um die Krankenversicherung bis hin zum Sozialhilfeträger. Hier erwarten wir eine ganz klare Abgrenzung. Diese wäre durch eine Rechtsverordnung des Gesetzgebers zu erreichen.

SVe **Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Wir haben gleichfalls Bedenken. Die Einbeziehung der sächlichen Ausstattung in die Rahmenverträge wirft Fragen hinsichtlich der Abgrenzung zu Investitionsaufwendungen auf, weil die sächlichen Aufwendungen eigentlich zu den Investitionsaufwendungen gehören. Daneben sind die Abgrenzungsprobleme zu den Hilfsmitteln in § 33 SGB V schon heute nicht geklärt. Hier wird es zu einer doppelt schwierigen Abgrenzung kommen.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen, und zwar zum einen an den Verband der Pflegekassen und die kommunalen Spitzenverbände sowie den bpa. Gehen Sie davon aus, dass die in § 76 SGB XI neu vorgesehene Möglichkeit zur Beauftragung einer unabhängigen Schiedsperson zu einer Beschleunigung des Schiedsverfahrens führt?

Daran möchte ich die Frage an den Verband der Pflegekassen anschließen. Bei den Leistungs- und Qualitätsstandards der MDKs gibt es enorme Unterschiede; das haben wir heute schon mehrfach gehört. Welche gesetzliche Regelung müssen wir treffen, sodass wir ein etwa gleiches und am Interesse des Bewohners orientiertes Niveau erreichen?

SV **Thomas Ballast** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Grundsätzlich begrüßen wir die Möglichkeit, unabhängige Schiedspersonen einzuschalten. Ob es tatsächlich zu einer Beschleunigung des Verfahrens kommt, hängt natürlich sehr stark von den Verhältnissen im Einzelfall ab. Auch Einigungsprozesse von unabhängigen Schiedspersonen können manchmal sehr lange dauern.

SVe **Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Wenn nur eine einzelne Person entscheidet, geht das in der Regel schneller, als wenn sich ein Gremium eine Meinung bilden soll. Wir fragen uns aber, wie die praktische Relevanz aussehen wird, weil die Beauftragung einer unabhängigen Person, die entscheiden soll, ein quasi blindes Vertrauen voraussetzt. Hier müsste also eine Art Blankoscheck ausgestellt werden, zumal kein Rechtsbehelf vorgesehen ist. Die Fragen, um die es geht, sind aber in der Regel höchst strittig. Daher machen wir von der Sache her ein Fragezeichen.

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Wir schließen uns weitestgehend dem an, was Frau Dr. Vorholz gesagt hat. Wir sind der Auffassung, dass eine zusätzliche Schiedsperson nicht zwingend erforderlich ist. Der bestehenden Schiedsstellenregelung ist hier der Vorzug zu geben. Insofern bedarf es keiner weiteren Schiedsperson.

Allerdings sind wir der Auffassung, dass die Zusammensetzung der Schiedsstellen im Rahmen der jetzigen Regelung hinsichtlich der Gleichberechtigung der Bänke zu überprüfen ist, weil nach unserer Erfahrung der Sozialhilfeträger zum Teil nicht mit eigenen Einrichtungen ausgestattet ist und sich trotzdem auf der Bank der Leistungserbringer und der Kostenträger wiederfindet. Das halten wir für korrekturbedürftig. Insofern würden wir einer

Korrektur auf der Ebene der Besetzung und Zusammensetzung der bestehenden Schiedsstelle den Vorrang geben.

SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.): Die Frage ist durchaus berechtigt. Wenn man die Qualitätsberichte der MDKs liest, und zwar sowohl für die abzugebenden Berichte in Bezug auf die Qualität der Begutachtung wie auch mit Blick auf die Qualität der erbrachten Pflegeleistungen das sind die heute Morgen schon vielfach zitierten Qualitätsergebnisse, dann wird man sicherlich feststellen, dass es dabei unterschiedliche Ergebnisse gibt, weil die MDKs landesunmittelbar sind. Da nützen die Richtlinien der Spitzenverbände auf Bundesebene mit Blick auf die Einheitlichkeit nicht überall etwas.

Allerdings - das muss man positiv hervorheben - wird bei einem Vergleich der Berichte deutlich, dass - dies zeigt auch der in der letzten Woche präsentierte vierte Pflegebericht der Bundesregierung - sich die Ergebnisse in den letzten Jahren stark angenähert haben. Es muss unsere Aufgabe sein, gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände, aber auch mit den MDKs zu weiteren Annäherungen zu kommen, um die darzustellenden Qualitätsergebnisse zu verbessern.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Damit kommen wir zur zweiten Fragerunde der SPD-Fraktion.

Abg. Christian Kleiminger (SPD): Meine Fragen richten sich an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und den Deutschen Hospiz- und Palliativverband. Mich interessiert, welche Berührungspunkte im Gesetzentwurf für den Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung besondere Relevanz haben. Sehen Sie eventuell und, wenn ja, an welchen Stellen Konkretisierungsbedarf? An welchen Schnittstellen muss der Entwurf hinsichtlich der Hospiz- und Palliativversorgung noch besser abgestimmt werden? Ich denke dabei an den Aufbau der spezialisierten ambulanten Versorgung durch Palliativcareteams im Rahmen des § 37 b SGB V.

SV Thomas Montag (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.): Es gibt gerade im Rahmen der Veränderung des § 37 b SGB V, Sie haben es angesprochen, mit der Entwicklung von Palliativcareteams viele Schnittstellen zwischen dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und der Palliativversorgung. Die Schnittstellen liegen aus unserer Sicht insbesondere in der Einrichtung der Pflegestützpunkte, der Beratungsstellen. Überall dort, wo Pflegebedarf entsteht, gibt es dann ein Problem, wenn die Patienten im Sterben liegen. In dem Gesetzentwurf müssen die Regelungen zur Versorgung der Palliativpatienten überall ergänzt werden. Es geht also nicht nur um die Versorgung im kurativen oder rehabilitativen Bereich, sondern eben auch im palliativen Bereich. Die Regelungen zur Versorgung von Palliativpatienten müssen konkretisiert und genauer beschrieben werden.

Sve Dr. Birgit Wehrauch (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.): Ich kann mich der Aussage von Herrn Montag voll anschließen. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf einige andere Aspekte eingehen und betonen, warum wir eine enge Verzahnung zwischen beiden Gesetz unbedingt brauchen, also zwischen der gesetzlichen Regelung in § 37 b SGB V und dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. In beiden Bereichen haben wir gerade beim Ausbau der ambulanten Versorgung, um den es im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz entscheidend geht, eine große Zahl einer gemeinsamen Klientel. Gerade in den stationären Pflegeeinrichtungen spielt die Hospiz- und Palliativversorgung zunehmend eine Rolle, sodass wir sie im Rahmen der Pflege mit berücksichtigen müssen.

Ich möchte über die Beratung und die Pflegestützpunkte hinaus zwei weitere Regelungen ansprechen, die wir beim Thema Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung unbedingt in den Blick nehmen müssen. Der erste Punkt ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die nach § 18 SGB XI anders geregelt werden soll. Bei der Hospizversorgung wird die Finanzierung zum Teil von der Pflegeversicherung übernommen. Wir haben derzeit mit der geltenden zeitlichen Frist der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein großes Problem, weil die Hospizpatienten in aller Regel sehr spät in die Hospize kommen und die verbleibende Zeit gar nicht ausreicht, um die Pflegebedürftigkeit

innerhalb dieser Frist festzustellen. Hier gibt es Änderungsbedarf.

Der zweite Punkt ist die Pflegezeit, die in dem neuen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eine große Rolle spielt. Wir plädieren sehr dafür, dass in die Pflegezeitregelung auch Angehörige einbezogen werden, die Palliativpatienten versorgen, bei denen keine der drei Pflegestufen I bis III festgestellt wurde. In diesem Fall fallen sie nach § 37 b SGB V in die Gruppe der Schwerstkranken, die die Voraussetzungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung erfüllen. In einem solchen Fall ist auch für die Angehörigen unbedingt die Pflegezeit geltend zu machen.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich möchte gern auf die Qualitätssicherung und die Pflegequalität zurückkommen. Die Sicherung der Qualität der pflegerischen Versorgung hat maßgeblich mit den Menschen, die pflegen, zu tun. Deswegen möchte ich an Verdi, den DGB, den Deutschen Bundesverband für Pflegeberufe und den Berufsverband für Altenpflege eine Frage richten.

Bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen soll sichergestellt sein, dass diese den Beschäftigten eine Arbeitsvergütung entrichten, die dem Lohnniveau des Wirtschaftskreises entspricht. Diese Regelung der ortsüblichen Vergütung wurde bereits kritisiert. Meine Frage ist: Reicht die Regelung der ortsüblichen Vergütung aus, um Lohndumping zu vermeiden und die Qualität zu verbessern? Wenn Sie dazu Vorschläge haben, die in eine andere Richtung gehen, möchte ich sie gerne hören. Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort auch den Aspekt der Einzelpflegerkräfte.

SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ich habe vorhin schon ausgeführt, dass die Regelung der ortsüblichen Vergütung meines Erachtens nicht ausreicht. Das ging auch aus anderen Beiträgen hervor. Ich möchte dazu noch gerne ergänzen, dass wir bereits bei der Krankenhausversorgung an verschiedenen Stellen einen Hinweis auf den Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes haben. Wir können uns vorstellen, dass dieser auch im Bereich der Pflegeversicherung eingeführt wird. Man muss davon ausgehen, dass es heute eher zu Unter- als zu Überschreitungen der Rege-

lungen des Tarifvertrages kommt. Mir liegen keine Beispiele von Überschreitungen vor.

Zu den Einzelpflegerkräften kann man sagen, dass man auch für sie dieselben Regelungen braucht; denn es kann nicht sein, dass für Pflegeeinrichtungen, mit denen Verträge ausgehandelt werden, ein Vergütungskriterium zugrunde gelegt wird, aber für Einzelpflegerkräfte, die Verträge mit den Krankenkassen schließen und daher bei Vertragsverhandlungen in einer schwächeren Position als eine Organisation sind, kein Schutz durch den TVöD gilt. Ich halte die vorgesehene Lösung für praktikabel und würde es begrüßen, wenn man diese klare Regelung tatsächlich einbaute.

SV Jürgen Sandler (Deutscher Gewerkschaftsbund): Ich bedanke mich für die Frage. Ich kann meine Antwort sehr einfach machen: Ich möchte mich den Ausführungen des Kollegen Weisbrod-Frey inhaltlich voll anschließen.

SVe Silvia Raffel (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.): Auch wir schließen uns den Aussagen der Vorredner an. Allerdings sind die Regelungen in dem Gesetzentwurf, mit denen Lohndumping vermieden werden soll, nicht an den Stellen, an denen sie hingehören. Zur Vermeidung von Lohndumping muss die Ausführung konkreter gestaltet werden.

Im Zusammenhang mit den Einzelpflegerkräften ist auszuführen, dass es nicht sein kann, dass Einzelpflegerkräfte, wenn sie Verträge mit den Krankenkassen abschließen, entgegen dem Tarifvertrag zu gering vergütet werden. Dies öffnet dem Missbrauch Tor und Tür.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Jetzt haben wir das Problem, dass wir keinen weiteren Sachverständigen für diese Fragen haben. Wer fühlt sich angesprochen? Bitte schön.

SV Stephan Baumann (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.): Entschuldigung, ich glaube, hier liegt ein Missverständnis vor. Der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe wurde nicht aufgerufen. Ich gebe also die Frage zurück.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich wollte ganz konkret den Berufsverband für Altenpflege hören. Wir hatten einen Vertreter eingeladen; aber ich habe ihn im Sitzplan nicht gefunden.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wahrscheinlich hat der Berufsverband abge-sagt.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich richte meine Frage an die BAG Selbsthilfe, an den DBVA, den DBfK und an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Wäre es im Interesse einer Verbesserung der Qualität der Arzneimittelversorgung, insbesondere von Pflegebedürftigen, wenn Apothekerinnen und Apotheker stärker in die Qualitätssicherung eingebunden würden?

SV **Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Das Regelungsgefüge im Arzneimittelbereich wird immer komplizierter. Das Wechselspiel zwischen Ärzten und Apothekern bei der Verordnung von Arzneimitteln ist schon für den nicht pflegebedürftigen Patienten schwer zu durchschauen. Insofern wäre eine bessere Einbindung derer, die an der Medikation beteiligt sind, sicherlich hilfreich.

SVe **Silvia Raffel** (Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe e. V.): Wir schließen uns dieser Stellungnahme an, weil auch wir der Meinung sind, dass eine fachliche medikamentöse Versorgung nicht immer gesichert ist. Je mehr, gerade im stationären Bereich, an Beratung hinzugezogen wird, desto besser.

SV **Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband): Die Arzneimittelverordnung ist umfangreich geregelt. Es bedarf in diesem Zusammenhang aus unserer Sicht keiner besonderen Regelung. Wir haben hier die ärztliche Verschreibung; dies muss der Fall bleiben.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich komme noch einmal auf den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zurück und möchte die Spitzenver-

bände der Pflege- und Krankenkassen, den Bundesverband für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter sowie den Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen fragen: Wie stehen Sie zu den Zahlungen nach § 40 SGB XI? Erachten Sie, damit diesem Grundsatz besser Rechnung getragen wird, weitere Maßnahmen für notwendig, zum Beispiel dass der MDK bei der Begutachtung der Notwendigkeit von Pflege auch etwas zum Rehabilitationsbedarf und zum Bedarf an Maßnahmen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sagt?

SV **Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband): Zu diesem Betrag ist heute schon viel gesagt worden. Diese Regelung unterstreicht das Anliegen der Politik, dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ Nachdruck zu verleihen. Insofern ist das grundsätzlich zu begrüßen. Doch in der Praxis wird das wahrscheinlich keine Rolle spielen, weil gar nicht zu erwarten ist, dass die Krankenkassen die notwendigen Rehaleistungen nicht initiieren.

Was die Notwendigkeit angeht, dass der MDK bereits bei der Begutachtung auf Rehamaßnahmen eingeht, muss ich sagen: Auch das kann man nur begrüßen. Wir unterstützen das und sehen es als einen Fortschritt an.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Herr Bahr vom BDH. Er ist nicht da. Dann kommen wir zu Herrn Froese.

SV **Sebastian A. Froese** (Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.): Ich kann mich den Ausführungen Herrn Dr. Reichelts weitgehend anschließen. Was die Frage angeht, wo bei den Hilfsmitteln noch Präzisierungsbedarf besteht, möchte ich sagen, dass die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben der Rechtsprechung zufolge in der Praxis umgesetzt werden muss. Die Rechtsprechung ist auf dem richtigen Weg; aber sicherlich kann man im Gesetz bezüglich der Hilfsmittel ein Zeichen setzen.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Ich komme auf Frau Mattheis' Frage zur Arzneimittelversorgung zurück. Ich möchte die Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft fragen: Reichen die gesetzlichen Regelungen

für die Verordnung von Arzneimitteln und weiterer Leistungen im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b Abs. 2 SGB V aus, oder sind weitere Regelungen erforderlich und, wenn ja, welche?

Meine zweite Frage richte ich an die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft, an Frau Bartz und an die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegeversicherung: Welche Erwartungen haben Sie hinsichtlich des Bedarfs an und des Ausbaus von Angeboten der Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen, und wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die Regelung nach § 31 Abs. 3 SGB XI in Art. 1 Nr. 14, wonach die Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehaträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 SGB IX gilt?

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Für diese zwei Fragen haben die vier Antwortter zwei Minuten Zeit. Alles klar? Wer beginnt für die DKG?

SVe **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Ich kann Ihnen das mengenmäßig nicht genau beantworten. Wie wir gehört haben, bekommen nur 1,7 Prozent der Pflegebedürftigen eine Empfehlung für eine Reha. Ich glaube aber, dass der Bedarf viel höher ist. Wenn man ihn abdecken will, wird man auf verschiedene Settings schauen müssen. Zum Beispiel wird man besonders für Demenzkranke im Frühstadium niedrigschwellige Rehaangebote, zum Beispiel mobile geriatrische Rehabilitation, ins Auge fassen müssen. Wichtig sind aber auch stationäre Programme, bei denen die Demenzkranken mit ihren Angehörigen zusammen auf den weiteren Verlauf der Krankheit vorbereitet werden. In den wenigen Fällen, in denen so etwas schon angeboten wird, gibt es große Probleme bei der Kostenerstattung. Wir sehen Bedarf, diese Angebote auszuweiten. Auch im stationären Bereich müsste es viel selbstverständlicher sein, die Rehabilitation in die Pflege zu integrieren.

SVe **Elke Bartz** (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Ich denke, man muss vor allen Dingen definieren: Was bedeutet Reha? Reha kann bedeuten: Maßnahmen vor dem Eintreten von Pflegebedürftigkeit. Reha kann aber auch bedeuten: Stuserhalt, Verschlechterung verzögern.

Wenn Menschen mit Behinderung eine Reha-Maßnahme beantragen, wird dies mit der Begründung abgelehnt: Du wirst eh nie unabhängig von Pflegebedarf. Auch für diese Menschen brauchen wir entsprechende Rehaangebote. Auch finden viele pflegebedürftige Menschen, die eine Behinderung haben, keine Rehakliniken, in denen sie individuelle Reha-Maßnahmen bekommen können.

SV **Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband): Wir können diese Regelung nur unterstützen; sie wird zur Verfahrensbeschleunigung beitragen.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich schließe damit den Block I der Anhörung.

Ich darf mich für Ihr Hiersein ganz herzlich bedanken. Ich wünsche denjenigen, die nach Hause fahren das sind einige wenige, eine gute Heimreise.

(Schluss: 13.10 Uhr)

Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll

72. Sitzung

Berlin, den 21.01.2008, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB
Dr. Hans Georg Faust, MdB (zeitweise)

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung (Block II: Stärkung der Versorgung, Pflegestützpunkte, Pflegezeit, Pflegebegriff, Demenzielle Versorgung) zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksache 16/7439, 16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für eine zukunfts- und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
 Eichhorn, Maria
 Faust, Hans Georg, Dr.
 Hüppe, Hubert
 Koschorrek, Rolf, Dr.
 Michalk, Maria
 Scharf, Hermann-Josef
 Spahn, Jens
 Straubinger, Max
 Widmann-Mauz, Annette
 Zylajew, Willi

Blumenthal, Antje
 Brüning, Monika
 Hennrich, Michael
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
 Krichbaum, Gunther
 Luther, Michael, Dr.
 Meckelburg, Wolfgang
 Philipp, Beatrix
 Scheuer, Andreas, Dr.
 Zöllner, Wolfgang
 N.N.

SPD

Friedrich, Peter
 Hovermann, Eike
 Kleiminger, Christian
 Lauterbach, Karl, Dr.
 Mattheis, Hilde
 Rawert, Mechthild
 Reimann, Carola, Dr.
 Spielmann, Margrit, Dr.
 Teuchner, Jella
 Volkmer, Marlies, Dr.
 Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
 Becker, Dirk
 Bollmann, Gerd
 Ferner, Elke
 Gleicke, Iris
 Hemker, Reinhold, Dr.
 Kramme, Anette
 Kühn-Mengel, Helga
 Marks, Caren
 Schmidt, Silvia
 Schurer, Ewald

FDP

Bahr, Daniel
 Lanfermann, Heinz
 Schily, Konrad, Dr.

Ackermann, Jens
 Kauch, Michael
 Parr, Detlef

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
 Seifert, Ilja, Dr.
 Spieth, Frank

Ernst, Klaus
 Höger, Inge
 Knoche, Monika

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
 Scharfenberg, Elisabeth
 Terpe, Harald, Dr.

Haßelmann, Britta
 Koczy, Ute
 Kurth, Markus

-

Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	8, 9, 16, 56	SV Andreas Besche (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	33
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	51, 52	SV Andreas Leimpek-Mohler (Deutscher Caritasverband e.V.)	16
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	35, 36	SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa))	11, 31, 37, 56, 58, 59
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	18, 22, 23, 61	SV Claus Fussek	40, 44
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	14	SV Detlev Heins (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.)	24
Stellvertretender Vorsitzender, Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	18, 29	SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.):	11, 13, 24, 52, 57, 68
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	52, 53, 54	SV Dietmar J. Herdes	30
Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.)	37, 42, 45	SV Dr. Alfred Spieler (Volkssolidarität - Bundesverband e.V. (VS))	41
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	34	SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	9, 14, 34, 69
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	23, 24, 67	SV Dr. Joachim Wilbers	11, 15, 17
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	21, 22, 68	SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE))	24, 28, 41, 52, 68
Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	46, 47, 49, 50, 51	SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.(MDS))	17, 21, 27, 54
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	41, 44	SV Dr. Peter Weskamp	19
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	29, 32, 33, 37	SV Franz Wagner (Deutscher Pflegerat e. V.)	14
Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD)	27	SV Gerd Kukla (IKK-Bundesverband (IKK-BV))	10, 15
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	13, 58	SV Herbert Mael (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa))	55, 57, 60
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	18, 26, 64, 70	SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	52
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	10, 11, 15, 54, 59, 60	SV Jan Dannenbring (Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V.)	35
Abg. Maria Eichhorn (CDU/CSU)	13, 17, 57	SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e. V.)	38, 58, 64
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	20, 66	SV Klaus Lachwitz (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (BVLH))	50, 67
Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD)	25	SV Michael Löher (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.)	58

Abg. Ute Kumpf (SPD)	27	SV Norbert Müller-Fehling (Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.):	53
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	12, 14, 17, 55, 60	SV Otto Frey	22
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	7, 9, 37, 46, 54, 61, 71	SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	16, 25, 33, 58, 59
		SV Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer (Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA))	50
		SV Prof. Dr. Felix Welti	25, 39, 43, 49, 70
		SV Prof. Dr. Gregor Thüsing	8, 10, 11, 22, 23, 26
		SV Prof. Dr. Hugo Mennemann	46, 47
		SV Prof. Dr. Thomas Klie (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatric e. V.)	47, 52, 64
		SV Rainer Brückers (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO))	27, 29, 65
		SV Sebastian A. Froese (Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.):	57, 60
		SV Thomas Ballast (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	16, 30, 36, 37
		SV Thomas Montag (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP))	51
		SV Ulrich Krüger (Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK))	20, 71
		SV Wolfram-Arnim Candidus (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP))	13, 60
		SVe Andrea Pawils (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V. (DPWV))	52, 54
		SVe Astrid Grunewald-Feskorn (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V.)	39, 57, 61
		SVe Dr. Brigitte Weihrauch (Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (DHPV))	64
		SVe Dr. Cornelia Goesmann (Bundesärztekammer (BÄK))	36
		SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.)	31, 34
		SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.)	27, 56, 58, 61

		SVe Dr. Irene Vorholz (Deutscher Landkreistag) (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände)	18, 32, 34, 37
		SVe Dr. Regina Klackow-Franck (Bundesärztekammer)	18
		SVe Elke Bartz (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e.V. (ForseA))	25, 38, 42, 45, 48
		SVe Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)) 2	14, 16, 28, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 65
		SVe Gabriele Feld-Fritz (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	68
		SVe Helga Nielebock (Deutscher Gewerkschaftsbund)	62
		SVe Helga Walter (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.)	67
		SVe Henny Engels (Deutscher Frauenrat e. V.)	21, 45, 51, 58, 66
		SVe Iris Emmelmann (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Familienorganisationen e. V./Deutscher Familienverband e. V.)	61, 63
		SVe Katrin Kollex	29
		SVe Kerstin Bordt (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V.)	35
		SVe Kerstin Brandhorst (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e.V. (bagfa))	28
		SVe Mona Frommelt (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO))	18
		SVe Mona Frommelt (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management)	69
		SVe Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG))	15, 17, 23, 64, 71
		SVe Ulrike Döring (Deutscher Pflegerat e. V.):	59
		SVe Verena Göppert (Deutscher Städtetag) (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände)	12, 70

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksache 16/7439, 16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für eine zukunftsfest und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

Beginn: 14.06 Uhr

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich darf Sie recht herzlich begrüßen. Ich rufe jetzt den einzigen Punkt der Tagesordnung der 72. Sitzung des Gesundheitsausschusses auf:

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen zu folgenden Vorlagen:

Bundesregierung: **„Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)“**, - **BT-Drucksachen 16/7439, 16/7486** -

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: **„Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung“**, - **BT-Drucksache 16/7136** -

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE: **„Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung“** - **BT-Drucksache 16/7472** -

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: **„Für eine zukunftsfest und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege“** - **BT-Drucksache 16/7491** -

Wir haben jetzt den Block II von insgesamt elf Stunden, mit den Schwerpunkten: Stärkung der Versorgung, Pflegestützpunkte, Pflegezeit, Pflegebegriff, demenzielle Versorgung. Die Vertreter von insgesamt 64 Verbänden und zehn Einzelsachverständige haben hier Platz genommen. Soweit wir uns noch nicht gesehen haben, darf ich Sie recht herzlich begrüßen. Ich begrüße auch die Vertreter der Bundesregierung - die Regierungsbank hat sich inzwischen gefüllt -, an der Spitze Herrn Parlamentarischen Staatssekretär Schwanitz. Auch die Bundesratsseite ist gut vertreten. Ich begrüße ferner die Gäste und Medienvertreter, die an dieser Anhörung teilnehmen.

Das Reglement kennen die meisten. Ich bitte Sie alle, die Mikrofone zu benutzen; das bedeutet: ein- und ausschalten. Sobald eines Ihrer Mikrofone an bleibt, hat der Nächste Schwierigkeiten; das kann dazu führen, dass hier gar nichts mehr geht.

Soweit ich Sie nicht mit Namen und Verband aufrufe - das ist bei der Vielzahl von Personen manchmal nicht einfach, vor allem wenn mehrere Vertreter anwesend sind und einer antwortet -, stellen Sie sich bitte vor.

Ich habe schon heute Morgen an die Abgeordneten appelliert, möglichst nicht nur die Abkürzung zu nennen; denn viele Verbände, die hier vertreten sind, sind nicht tagtäglich zu Anhörungen in den Bundestag eingela den.

Wir nehmen uns am heutigen Nachmittag für die eben genannten Schwerpunkte insgesamt fünf Stunden Zeit. Wir haben große Anhö rungsblöcke: 48 Minuten seitens der Koaliti onsfractionen, 40 bzw. 35 Minuten seitens der Oppositionsfractionen, dann noch einmal 47 Minuten seitens der Koalitionsfractionen.

Wir beginnen wie immer mit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine erste Frage betrifft den Themenkomplex der Pflegestützpunkte. Das Ziel dabei ist ja, dass die Beratung im Hinblick auf die unterschiedlichen Bereiche an einem Ort, inklusive der Leistungsentscheidung, stattfindet. Herr Professor Thüsing, wie ist dies aus verfas sungsrechtlicher und ordnungspolitischer Sicht zu bewerten?

SV Prof. Dr. Gregor Thüsing: Herzlichen Dank für die Ehre, heute Nachmittag den Vor trag der Hundertschaft anzuführen! Bei der vorgeschlagenen Regelung nach § 92 c SGB XI hat der Gesetzgeber sicherlich gese hen, dass verfassungsrechtliche Probleme be stehen, und er hat versucht, diese zu umschif fen. Die Frage ist, ob er von den Klippen weit genug Abstand genommen hat. Das Problem, um das es hier geht, hat das Bundesverfas sungsgericht in seiner Entscheidung vom 20. Dezember 2007 zu den Arbeitsgemeinschaften aufgearbeitet. Nun war diese Entscheidung beim Bundesverfassungsgericht selber nicht unumstritten; Sie wissen, dass drei Richter des Senats, von durchaus unterschiedlicher politi-

scher Couleur, ein abweichendes Sondervotum abgegeben haben.

Überall dort, wo Träger verschiedener Körper schaften zusammengeführt werden und die Gefahr einer Mischverwaltung entsteht, wie es bei der vorgeschlagenen Regelung von § 92 c der Fall ist, ist die Grauzone zwischen dem, was zulässig ist, und dem, was unzulässig ist, nur schwer auszuleuchten.

Meines Erachtens spricht viel dafür, die Ansät ze, die hier gewählt sind, einer intensiven Prü fung zu unterziehen. Ich weiß nicht, inwieweit das bislang geschehen ist. Ich halte jedoch wesentliche Punkte für fragwürdig, insbeson dere deswegen, weil in der Gesetzesbegrün dung eine weiter gehende Kompetenz der Pfl egestützpunkte angedeutet ist, als es der eigent liche Wortlaut des Gesetzes hergibt. Wenn das alles bloß Beratung ist, könnte man noch dafür votieren, dass das zulässig ist. Aber spätestens dann, wenn es tatsächlich mit Kompetenzen verbunden ist, die eine einheitliche Entsch eidung über die Leistungen verschiedener Träger begründen, wäre der Schritt zu einer unzulässi gen Mischverwaltung gemacht. So wird in der Gesetzesbegründung an einigen Stellen aus drücklich davon gesprochen, dass es wün schenswert wäre, hier eine Entsch eidungskompetenz einzusetzen, und dass die Möglichkeit einer sofortigen Entscheidung bestehen solle. Insofern muss man sich die Frage stellen, ob diese Mischverwaltung ge rechtfertigt ist. Ich sehe keine Gründe für eine ausnahmsweise Zulässigkeit nach Art. 87 Abs. 2 und 3 des Grundgesetzes.

Die gleichen Fragen stellen sich im Hinblick auf die beteiligten Kassen, für die, wie Sie wissen, der Selbstverwaltungsgrundsatz gilt. Wie kann ein Angestellter einer fremden Kas se, der an einem solchen Stützpunkt arbeitet, über die Leistungen einer anderen Kasse ent scheiden oder beraten? Wenn er entscheiden kann, wird offensichtlich in das Selbstverwal tungsrecht der Kassen eingegriffen; darf er nur beraten, muss man sich fragen, was dies helfen soll. Denn wenn sich die Kasse nicht daran halten sollte, würde die Beratung letztlich ins Leere greifen. Das wäre sicherlich nicht im

Sinne dieses Gesetzes. Das, was geht, wird also nicht viel helfen, wäre nicht effizient und nicht sinnvoll, während das, was sinnvoll und effizient wäre, bei dieser Ausgestaltung der Pflegestützpunkte verfassungsrechtlich fragwürdig wäre.

Und wie sollte das im typischen Fall mit der Haftung sein? Der Ratsuchende, der sich wegen Leistungen beraten lässt, wird oftmals gar nicht wissen, welcher Kasse derjenige, der ihm gegenübersteht, zuzuordnen ist. Das wirft viele Folgefragen auf, die ich in meiner schriftlichen Stellungnahme aufgearbeitet habe.

Bei der Beteiligung der Gemeinden müssen wir ebenfalls das Selbstverwaltungsrecht nach Art. 28 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes beachten. Wenn Sie sich den Wortlaut der Entscheidung zu den Arbeitsgemeinschaften anschauen, werden Sie sehen, dass sich viele Punkte auf dieses Vorhaben übertragen lassen.

Zur Einbeziehung der privaten Krankenversicherung, die fragwürdig ist, möchte ich auf meine schriftlichen Ausführungen verweisen. Entscheidend scheint mir zu sein - das sage ich, weil dieses Argument im politischen Kontext gebracht wurde -: Die Tatsache, dass wir hier vertragliche Vereinbarungen haben, führt nicht zu einer vom Grundgesetz abweichenden Zuordnung der Kompetenzen. Dies gilt insbesondere, wenn die vertraglichen Vereinbarungen zwangsweise erfolgen sollen. Laut Grundgesetz sind die zugewiesenen Zuständigkeiten mit eigenem Personal, eigenen Sachmitteln und eigener Organisation wahrzunehmen. Grund für diese strikte und nicht abdingbare Trennung ist, dass eine Verwischung der Kompetenzordnung droht. Genau das droht bei § 92 c SGB XI.

Eine letzte Bemerkung: Ich rege an, dass das Gesetz einer erweiterten Rechtsförmlichkeitsprüfung zu unterziehen. § 92 c SGB XI ist sprachlich doch gewöhnungsbedürftig. Wenn Sie einmal das Handbuch der Rechtsförmlichkeit, das Ihnen das Bundesjustizministerium gerne ausleihen wird, aufschlagen, werden Sie feststellen, dass dort steht: Ein Satz soll nicht mehr als 22 Wörter haben. Ich habe welche mit

62 Wörtern gefunden. Auch die Begrifflichkeit „Pflegestützpunkt“: Geben Sie einmal „Stützpunkt“ bei Wikipedia ein! Dann werden Sie zu einem Artikel zum Thema „Militärbasis“ weitergeleitet.

„Pflegestützpunkt“ würde man dann wohl mit „Lazarett“ übersetzen; in der Tat gab es diese militärische Begrifflichkeit im Ersten und Zweiten Weltkrieg. „Pflegestützpunkt“ ist also ein Unwort. Wenn Sie diese Einrichtungen wirklich schaffen wollen, sollten Sie sie anders nennen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Da Sie zu einer eher die Form betreffenden Anmerkung Beifall gependet haben, toleriere ich ihn. Ansonsten ist so etwas hier nicht üblich.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine nächsten Fragen richten sich an den AOK-Bundesverband und an den IKK-Bundesverband. Ist die Vertragskonstruktion, die für die Pflegestützpunkte vorgesehen ist, aus Ihrer Sicht ein geeignetes Instrument? Wie ist diese Konstruktion unter Wettbewerbsgesichtspunkten zu bewerten? Wie beurteilen Sie die flächendeckende Einführung von Pflegestützpunkten in der Verantwortung der Pflege- und Krankenkassen, insbesondere unter finanziellen Aspekten?

SV **Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband): Wir halten es für dringend geboten und begrüßen es, dass ein individueller Rechtsanspruch auf Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements geschaffen werden soll. Die wohnortbezogene integrierte Beratung und Versorgung Pflegebedürftiger muss künftig stärker zwischen den verschiedenen Leistungsträgern vernetzt werden. Des Aufbaus neuer Strukturen in Form einer flächendeckenden Einführung von Pflegestützpunkten, in denen die Pflegeberater angesiedelt werden, bedarf es jedoch aus der Sicht der AOK nicht.

Die Regelungen werfen Rechtsfragen auf; es gibt aber auch eine ganze Reihe organisatorischer Probleme: Das Konzept ist sehr komplex und beinhaltet Tendenzen zur Bürokratisierung. Wir sehen die Gefahr, dass das wichtige Ziel, die ambulante und wohnortnahe Versorgung von Pflegebedürftigen zu verbessern, nur mit einem sehr hohen finanziellen und personellen Aufwand erreicht werden könnte. Auch der Termin für den Start der Pflegestützpunkte, der 1. Januar 2009, dürfte für den Aufbau solcher Strukturen unrealistisch sein.

Frau Widmann-Mauz, Sie sprachen die Wettbewerbsaspekte an. In der Tat muss man sehen, dass auch heute Pflegeberatung stattfindet. Bei der AOK beispielsweise sind rund 2500 Personen in der Pflegeberatung tätig. Natürlich wird man über eine kompetente und qualifizierte Beratung auch wettbewerbsfähig tätig. Ich persönlich halte solche Anreizsysteme, die dazu führen, dass ein qualitativ gutes Angebot entsteht, für wesentlich besser.

Wenn man an diesem Konzept festhalten will, dann wäre es aus unserer Sicht sehr wichtig, dass man die Ergebnisse der Modellversuche - es sind ja nicht nur Modellversuche seitens des BMG initiiert worden sind; vielmehr hat die AOK beispielsweise an verschiedenen Stellen schon vorher ähnliche Modellvorhaben in eigener Regie entwickelt - zunächst einmal erwartet, um zu sehen, wie solche Konstrukte gelingen können. Ganz wichtig ist aus unserer Sicht auch, dass die vorhandenen Strukturen in diesem Kontext genutzt werden, das heißt, dass insbesondere die Kompetenz der Pflegekassen genutzt wird. Das ist der eigentlich zentrale Punkt.

In der ersten Runde haben wir heute Morgen viel über die Qualität der ergänzenden Angebote gesprochen. Hierbei kommt es darauf an, dass das aus einer Hand geleistet wird. Das lässt sich nur in der Regie der Pflegekassen realisieren. Aus unserer Sicht ist das der richtige Ansatz.

SV Gerd Kukla (IKK-Bundesverband): Ich kann mich den Ausführungen von Herrn Dr. Reichelt in weiten Teilen anschließen, möchte aber noch auf einige besondere Aspekte hinweisen.

Es ist gefragt worden, ob dieses Vertragskonstrukt geeignet ist. Das Vertragswerk über die integrierte Versorgung spielt hauptsächlich im Bereich der wettbewerblichen Organisation der Vertragsstrukturen eine Rolle. In diesem Bereich soll der Wettbewerb hingegen ausgeschlossen werden. In den Pflegestützpunkten soll eine wettbewerbsneutrale Beratung geleistet werden. Hier sehen wir einen gewissen Widerspruch.

Die Finanzen sind ebenfalls angesprochen worden. Wir teilen nicht die Auffassung, dass die Einrichtung der Pflegestützpunkte insgesamt kostenneutral vonstatten gehen kann. Auch wenn bestehende Beratungsangebote in weiten Teilen genutzt werden sollen, so sehen wir doch die in den einzelnen Regionen sicherlich unterschiedlichen Notwendigkeiten, Pflegestützpunkte mit all den laufenden Kosten - Miete, Telefon, Strom usw. - neu zu gestalten. Von daher ist es nicht nur damit getan, die Pflegeberater, die dort angesiedelt sind, von den originären Trägern dorthin abzuordnen, sondern es gibt auch andere laufende Kosten. Deshalb sehen wir hier keine Kostenneutralität.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Professor Thüsing, an Herrn Dr. Wilbers, an den Verbraucherzentrale Bundesverband und an den bpa. Die gerade diskutierten Pflegestützpunkte und auch die Pflegeberater sollen eine Beratung der Angehörigen unter Einbeziehung wohnortnaher Strukturen und die Koordination derselben sicherstellen. Kann dieses Ziel auch ohne den Aufbau von Pflegestützpunkten erreicht werden, und, wenn ja, wie?

SV Prof. Dr. Gregor Thüsing: Die Fraktion fragt nach ihren eigenen Vorschlägen, die Ihnen bekannt sein könnten. Ich benenne Sie gerne noch einmal; das ist nicht das Problem.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Sie können auch weitere Vorschläge machen, wenn Sie wollen; so ist es nicht.

SV Prof. Dr. Gregor Thüsing: Herr Spahn, das ist die ordnungspolitische Seite. Ich glaube, das Ziel wird von allen Fraktionen geteilt. Man will ein effizientes Beratungsangebot haben, das über das bisherige System hinausgeht, und über die Information einen möglichen Zugang zur Pflege schaffen. Das ist legitim. Die Frage ist, ob das am besten durch eine solche Stützpunktsystematik erreicht wird, die eine Zwangszusammenführung von unterschiedlichen Trägern bedeutet, oder ob eine Beratung - neutrale und unabhängige Beratung - auch dadurch möglich ist, dass man diese Verbindung nicht herstellt und stattdessen neutrale Systeme schafft, die von den Hilfesuchenden selber frei gewählt werden können.

Mein tiefes Bekenntnis ist: Wenn ich selber entscheiden kann, von wem ich mich beraten lasse, dann werde ich mir die beste Beratung aussuchen. Das ist etwas anderes, als wenn ich einem bestimmten Stützpunkt zugewiesen werde, der über einen großen Verwaltungsaufbau verfügt, deshalb vielleicht nicht flexibel genug auf Neuerungen reagieren kann und vielleicht auch Eigeninteressen verfolgt. Es wurde teilweise schon angesprochen, dass die Wettbewerbsneutralität hier fraglich sein kann. Insofern habe ich große Sympathien für die Alternative, die von der CDU/CSU-Fraktion vorgebracht wurde.

SV Dr. Joachim Wilbers : Auch ich sehe, dass es nicht zwingend erforderlich ist, neue Strukturen aufzubauen; denn es gibt schon jetzt eine ganze Reihe von Strukturen und Beratungsmöglichkeiten. Die Pflegekassen sind schon jetzt dazu verpflichtet, zu beraten, und es gibt kommunale Beratungsstrukturen. Herr Pogadl hat in seiner Stellungnahme geschildert, dass es in Dortmund zum Beispiel Seniorenbüros gibt.

Insofern sollte man zunächst einmal überlegen, wie man das, was es schon gibt, einbeziehen kann, ehe man sich über neue Strukturen Ge-

danken macht. Wenn es eine Wahlfreiheit für denjenigen gibt, der sich beraten lässt, dann ist das natürlich umso besser, weil es zu einer Qualitätsentwicklung kommen kann, die es möglicherweise nicht gibt, wenn eine feste Zuordnung besteht.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Pflegestützpunkte können durchaus einen wertvollen Beitrag zur besseren Versorgung der pflegebedürftigen Menschen leisten. Ich bin allerdings der Meinung - das gilt in gleicher Weise auch für den Pflegeberater -, dass wir mit dieser umfänglichen Aufgabenzuweisung an die Stützpunkte keinen Fortschritt erzielen. Wir sind der Meinung, dass die Pflegeberatung unabhängig erfolgen sollte. Dafür gibt es in Deutschland bereits umfängliche Strukturen. Man hätte das Rad an dieser Stelle nicht neu erfinden müssen.

Wenn man die Ausführungen im Gesetzentwurf im Einzelnen betrachtet, dann wird klar, dass auch unabhängige dritte Organisationen in die Arbeit am Stützpunkt einbezogen werden können. Diese Möglichkeit gab es bisher aber auch schon: Im Rahmen einer Kannvorschrift sollten die Pflegekassen eine unabhängige Beratung fördern. Von dieser Kannmöglichkeit wurde in der Vergangenheit aber kein Gebrauch gemacht. Ich habe die Befürchtung, dass das auch in Zukunft zwar im Gesetz steht, dem aber keine Taten folgen werden.

Hinsichtlich des Pflegeberaters bin ich der Meinung, dass ein unabhängiges und in Richtung eines tatsächlichen Case-Managements entwickeltes System den Konstruktionsmerkmalen vorzuziehen ist, die jetzt im Entwurf stehen.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Die Antwort ist zum Teil schon gegeben worden. Auch wir sehen die Notwendigkeit zum Ausbau der Beratung und zur Unterstützung pflegender Angehöriger. Wir sind nicht der Meinung, dass es dazu zusätzlicher Stützpunkte bedarf; vielmehr sollten die Mittel dafür ausgegeben werden, die

bestehenden Beratungsstrukturen auszubauen und die bestehenden Beratungsverpflichtungen umzusetzen.

Es ist bereits mehrfach darauf hingewiesen worden, dass der Sozialhilfeträger beispielsweise über die Altenhilfe schon heute die Möglichkeit der Beratung hat. Die Pflegekassen sind nach § 7 SGB XI zur Beratung und zum Informationsaustausch mit anderen Trägern verpflichtet. Dieses Beratungsangebot, auf dem man aufbauen kann, hätte eigentlich schon heute vorhanden sein müssen.

Die Beratungstätigkeit der Pflegeeinrichtungen ist bereits heute in § 37 Abs. 3 SGB XI geregelt. Dies betrifft ungefähr 70 Prozent der Pflegebedürftigen. Für Bezieher von Geldleistungen, die von Angehörigen gepflegt werden, sind bereits heute Pflegeeinrichtungen verpflichtend in der Beratung tätig. Diese Beratungstätigkeit besteht auch gemäß § 45 SGB XI, in dem es um die Schulung und Anleitung von pflegenden Angehörigen geht. Die AOK hat eben darauf hingewiesen, dass diese Leistungen durch die in diesem Bereich bestehende Struktur bundesweit bereits sichergestellt werden können und dass die Pflegeberatung bereits bei Krankenhausentlassungen erfolgt.

Der bpa hat - genauso wie die AOK - bundesweit 2500 Pflegeberater qualifiziert und setzt sie in diesem Kontext ein. Vor diesem Hintergrund sind wir der Auffassung, dass die bestehenden Beratungsstrukturen ausgeweitet werden müssen. Dann wäre ein Pflegestützpunkt obsolet. Hinsichtlich der Zusammenarbeit und Vernetzung - Herr Kukla hat schon darauf hingewiesen - sind wir der Auffassung, dass das Instrument der integrierten Versorgung bereits Bestandteil des Gesetzes ist. Das Instrument der Integrationsversorgung müsste in diesem Kontext auch auf die bestehenden und auszubauenden Beratungsstrukturen Anwendung finden.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. Nach unserer

Auffassung ist es von Bedeutung, wie Sie die gesetzlichen Regelungen zu den Pflegestützpunkten sehen. Sind sie praktikabel gefasst, und sind die Aufgaben der einzelnen Akteure in diesem Bereich klar abgegrenzt? Daneben habe ich noch die Frage, wie Sie den Rechengang - je 50 000 Euro Anlauffinanzierung für 4 000 Stützpunkte ergibt einen Budgetansatz von 80 Millionen Euro - nachvollziehen.

Sve Verena Göppert (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Herr Zylajew, zu Ihrer ersten Frage, der Praktikabilität der Pflegestützpunkte. Herr Thüsing hat zu Recht darauf hingewiesen, dass es sicher der Mühe wert ist, dieses Konstrukt noch einmal vor dem Hintergrund des Verfassungsgerichtsurteils zu beleuchten. Wir als Kommunen sind bei nicht genau beschriebenen Aufgabenzuweisungen und Aufgabenwahrnehmungen gebrannte Kinder: Wir haben bei den Arbeitsgemeinschaften nach dem SGB II leidvolle Erfahrungen machen müssen.

Die Zielsetzung der Pflegestützpunkte, dass man den Pflegesuchenden vollumfänglich an einem Ort beraten sollte, kann man mit Nachdruck unterstützen. Das wird aber gemäß der im Regierungsentwurf vorgesehenen Fassung nicht umsetzbar sein. Keiner weiß so richtig, wer was durchführen soll und wer letztendlich die Verantwortung für Entscheidungen hat. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Im Gesetz und in der Begründung kann man lesen, dass der Pflegestützpunkt entscheidet. Man muss aber wissen, wer der jeweilige Entscheidungsträger dahinter ist. Das vermissen wir im Gesetzentwurf noch. Die Verantwortlichkeiten müssten klar geregelt sein.

Ich verrate kein Geheimnis, wenn ich sage, dass sich die Kommunen hier stärker einbinden wollen und dass sie im Rahmen der Daseinsvorsorge bereit sind, die Koordinierungsfunktion zu übernehmen. Nach Beendigung der Arbeit der Föderalismuskommission II ist der Weg nicht mehr so einfach wie vorher. Er müsste über die Länder gefunden werden. Wir als Kommunen sind mit

unseren Erfahrungen nicht nur im Bereich der Pflegeberatung, sondern auch bei sonstigen Dienstleistungen - ich erwähne hier nur die Altenhilfe und die Wohnraumberatung - prädestiniert dafür, hier eine größere Verantwortung und die Koordinierungsfunktion zu übernehmen.

Zu Ihrer zweiten Frage, dem Rechenvorgang, wie man also auf 80 Millionen Euro kommt, wenn man 50 000 Euro mit 4 000 multipliziert: Es ist mir neu, dass dieses Ergebnis am Ende der Rechenkette steht. Es wären 200 Millionen Euro bzw., wenn man von 45 000 Euro ausgeht, 180 Millionen Euro notwendig.

Im Gesetzentwurf steht, dass die Verteilung der Mittel gewissermaßen nach dem Eingang des Antrags erfolgt. Man nennt das das Windhundverfahren. Ich denke, es ist notwendig, diese Regelung noch einmal zu überprüfen.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Verbraucherzentrale Bundesverband und an die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten. Im Rahmen der Pflegestützpunkte sollen die Beratung über Angebote und die Entscheidung über Leistungen aus einer Hand erfolgen. Wie bewerten Sie diese Konzeption, und welche Folgen kann das für die Betroffenen haben?

SV **Dieter Lang** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Das ist genau der Punkt. In vielen Bundesländern gibt es bereits ordentliche Strukturen. Ich erinnere zum Beispiel an das Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen. Danach gibt es die Möglichkeit, dass die Landkreise bestimmten Trägern die unabhängige Beratung und Begleitung übertragen. Das ist nicht nur eine Rechtsberatung, sondern das ist auch eine aufsuchende Begleitung im Pflegeprozess.

Diese Strukturen wird man aller Voraussicht nach irgendwann nicht mehr auf dem Markt sehen; denn das Land wird an dieser Stelle natürlich fragen, warum es noch etwas finan-

zieren soll, was parallel dazu installiert und finanziert wird.

SV **Wolfram-Arnim Candidus** (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V.): Ich vertrete den Standpunkt, dass wir genügend Institutionen haben, die den Pflegebedürftigen und die Angehörigen schon heute beraten können. Das gilt auch für die Vernetzung.

Wir reden in dem Gesetzgebungsverfahren über die integrierte Versorgung und die Vernetzung zwischen den Apothekern und den Ärzten. Im Moment gibt es bei der Patienten-Compliance hinsichtlich der Medikamente ein Desaster. Ein Arzt verordnet einem Normalversicherten ein bestimmtes Medikament; der Apotheker muss das aber nach den AOK-Rabattverträgen abgeben. Das soll jetzt durch einen Pflegestützpunkt oder einen Pflegeberater geleistet werden, obwohl sich bereits die Apotheker kaum noch damit auskennen.

Ich warne davor, eine Überstruktur aufzubauen, und fordere, lieber das zu nutzen, was wir haben, und Anreizsysteme zu schaffen. Wir finden Beispiele dafür. Sie brauchen nur einmal ins Internet zu gehen. Selbsthilfeorganisationen, Sozialstationen und Altenheime haben sich mit Kommunen zusammengeschlossen, um einen Stützpunkt aufzubauen und eine effektive Beratung unter einer Notfall- bzw. Beratungsnummer zu leisten. Dabei werden die stationären Einrichtungen integriert, damit auch das Entlassungsmanagement effektiv betrieben wird. Hier und nicht darin, weitere Institutionen aufzubauen, sehen wir einen Handlungsbedarf.

Abg. **Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Deutschen Pflegerat und an das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland. Welche Anforderungen sind an ein Fallmanagement zu richten, und ist es vor diesem Hintergrund sachgerecht, die Pflegeberatung bzw. den Fallmanager bei den Pflegekassen anzusiedeln?

SV Franz Wagner (Deutscher Pflegerat e. V.): Aus unserer Sicht ist es zwingend erforderlich, dass die Fallmanager unabhängig, also losgelöst von den Interessen der Leistungserbringer und der Kostenträger, arbeiten können und dass sie ausschließlich im Interesse der Versicherten tätig sind. Die Versicherten müssen darauf vertrauen können, dass ihre Situation im Vordergrund steht.

Es wurde bereits das Konzept des Case-Managements erwähnt. Wir sehen das eher in dieser Richtung. Wir sind der Auffassung, dass es zumindest im Erstkontakt einer pflegfachlichen Kompetenz bedarf, um festzustellen, welchen weiteren Beratungsbedarf es gibt und welche Unterstützung man geben kann. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass wir eine Ansiedlung bei den Pflegekassen nicht für zielführend halten. Die verschiedenen Parteien müssten sich vielmehr zum Beispiel unter einer unabhängigen Rechtsform zusammenfinden, die es ermöglicht, dass die Pflegeberater tatsächlich im Sinne der Versicherten tätig werden.

SVe Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Zu den Anforderungen an das Fallmanagement: Wir denken, dass die Fallmanagerinnen und Fallmanager von der Grundqualifikation her entweder eine pflegfachliche oder eine sozialarbeiterische Qualifikation haben müssen. Darüber hinaus sind wir der Auffassung, dass die Grundausbildung nicht ausreicht, sondern dass es entsprechender Weiterbildungen bedarf. Dazu gibt es Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management, die sowohl von den Angehörigen der Pflegeberufe als auch von den Sozialarbeitern anerkannt sind. Diese sind unserer Ansicht nach auf die Pflegeberater gemäß § 7 a SGB XI anzuwenden.

Wir halten die Ansiedlung bei den Kranken- oder Pflegekassen für nicht geeignet, da es keine unabhängige, sondern immer eine leistungssteuernde Beratung sein wird. Wir denken, dass für die Verortung der Pflegeberater und gegebenenfalls auch der Pflegestützpunkte

neutrale Strukturen geschaffen werden müssen. Diese müssen sich vor Ort ergeben. Dabei sind gewachsene Strukturen zu berücksichtigen und je nach Bundesland unter Umständen auch unterschiedlich auszugestalten.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Pflegekassen. Wie bewerten Sie die Vorgabe, dass ein Pflegeberater für 100 Pflegebedürftige vorzuhalten ist? Wie viele Kontakte hat ein Berater der Pflegekassen schon heute?

SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband): Wir halten die Richtschnur bzw. Relation, die in der Gesetzesbegründung vorgesehen ist - ein Pflegeberater auf 100 Pflegebedürftige oder Angehörige -, aufgrund unserer Erfahrungen im Case-Management für deutlich überzogen. Unsere Erfahrungen in der Kundenberatung zeigen, dass ein gutes Beratungsangebot auch mit einem geringeren Personaleinsatz zu gewährleisten ist. Wir haben die Erfahrung gemacht: Entscheidend ist nicht die Quantität, sondern die Qualität der Beratung. Das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Es wäre zielgerichtet, hier auf der Grundlage der Erfahrungen der Krankenkassen ein lernendes System zu nutzen, um über den zukünftigen Personalbedarf angemessen entscheiden zu können. Rein statische Angaben führen aus unserer Sicht möglicherweise zu einer Über- oder Unterversorgung, zumindest aber zu einer regionalen Über- oder Unterversorgung. Ein vernünftiges System müsste sich an dem wirklichen Bedarf und der Inanspruchnahme orientieren.

Ich darf noch einmal sehr deutlich herausstellen, dass wir ein großes Interesse daran haben, Kundenzufriedenheit herzustellen. Aus meiner Sicht ist es der richtige Ansatzpunkt, dass die Versicherten in ihrem Sinne beraten werden. Das ist ein ganz entscheidender Punkt.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den IKK-Bundesverband. Im

Zusammenhang mit der Pflegeberatung ist in dem Gesetzentwurf vorgesehen, dass die damit verbundenen Leistungsaufwendungen zu 50 Prozent in die Verwaltungskostenabrechnung einfließen. Wie beurteilen Sie aus Ihrer Sicht diese Regelung - auch unter dem Aspekt des Beratungsaufwands?

SV Gerd Kukla (IKK-Bundesverband): Die gesetzliche Regelung ist an dieser Stelle nicht ganz interpretationsfrei. Wenn man sich die Gesetzesbegründung anschaut, dann kommt man zu dem Ergebnis, dass es bei der Berechnung der Verwaltungskostenpauschale keinen Unterschied zwischen den normalen Leistungsausgaben, die zugrunde gelegt werden, und der Finanzierung der Pflegeberatung über den Leistungshaushalt gibt.

Gemeint ist offensichtlich, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass die Pflegekassen schon jetzt den Auftrag haben, einen Teil der Beratungsleistungen, die über die Pflegeberatung erbracht werden sollen und zukünftig über den Leistungshaushalt der Pflegeversicherung finanziert werden, zu erbringen. Von daher wird der individuelle Anteil, den die einzelne Pflegekasse aus der Verwaltungskostenpauschale erhält, um die Hälfte der Kosten der Pflegeberater bei der einzelnen Pflegekasse reduziert. Deshalb wirken sich diese Anrechnungsregelungen recht unterschiedlich auf die einzelnen Pflegekassen aus.

Im Ergebnis geht der Beratungsauftrag, den die Pflegekassen durch dieses neue Gesetz erhalten werden, allerdings wesentlich über den bisherigen Beratungsauftrag hinaus. Von daher ist die Anrechnung zur Hälfte aus unserer Sicht überzogen.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Vorneweg ein Hinweis, um das verfassungsrechtlich klarzustellen: Es geht nicht um einen Gesetzentwurf des Gesetzgebers, sondern um einen Gesetzentwurf der Bundesregierung.

Ich habe eine Frage an Dr. Wilbers, an die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft und an den

Deutschen Caritasverband. Zusätzliche Betreuungsleistungen für Demenzkranke sollen nur Personen gewährt werden, die sich im ambulanten Bereich befinden. Wie groß ist die Notwendigkeit, diese Betreuungsleistungen auch im stationären Bereich in Anspruch nehmen zu können, und wie könnte das in der Praxis aussehen?

SV Dr. Joachim Wilbers: Eine große Anzahl von Demenzkranken lebt in Heimen. Insofern ist es sicherlich sinnvoll, Leistungen für Demenzkranke in den Heimen vorzusehen - auch separate Leistungen -, solange der Pflegebegriff noch nicht geändert worden ist. Wenn man einen neuen Pflegebegriff definiert, dann kann man das alles integrieren und in die Leistungen mit aufnehmen. Solange das noch nicht so ist, bin ich dafür, dass man diese Leistungen auch den demenzkranken Menschen, die im stationären Bereich leben, zugute kommen lässt.

Das kann man auf zwei Arten tun: Zum einen können zusätzliche Mittel zur Verfügung stehen, die von den Einrichtungen nachgewiesenermaßen für mehr Betreuung ausgegeben werden. Zum anderen kann man individuelle Zusatzleistungen definieren, die individuell hinzugewählt werden können. Wenn die Demenzkranken selber nicht mehr in der Lage dazu sind, dann können deren Betreuer bestimmte zusätzliche Leistungen in den Einrichtungen hinzuwählen, die der speziellen Lebenssituation gerecht werden.

Sve Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Sicherlich ist es richtig, zunächst einmal die häusliche Pflege im ambulanten Bereich zu stärken; aber genau wie Herr Dr. Wilbers sehen auch wir durchaus einen Bedarf im stationären Bereich. Immer wieder werden wir mit Horrorberichten aus der stationären Pflege in der Presse konfrontiert.

Eine Verbesserung im stationären Bereich könnten wir uns durch den zusätzlichen Einsatz von Präsenzkraften vorstellen, deren Finanzierung gesichert werden muss. Auf jeden Fall sollte man dafür sorgen, dass tatsächlich verbesserte Angebote für Demenzkranke in den

entsprechenden stationären Einrichtungen vorgehalten werden und dass nicht eine Förderung nach dem Gießkannenprinzip erfolgt. Einem zusätzlichen Betrag in der stationären Pflege sollte gerade im Hinblick auf die soziale Betreuung und Begleitung auch eine Qualitätsverbesserung über die professionelle Pflege hinaus gegenüberstehen.

SV Andreas Leimpek-Mohler (Deutscher Caritasverband e. V.): Etwa 70 Prozent der Menschen, die in Mitgliedseinrichtungen unseres Fachverbandes, Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland, wohnen, sind auch an einer demenziellen Krankheit erkrankt. Die Formen sind sehr unterschiedlich. Es gibt bis zu 30 unterschiedliche demenzielle Erkrankungen. Es wäre unseres Erachtens angebracht, durch die Ausweitung der Leistungen auf Demenzkranke in stationären Einrichtungen eine Vielfältigkeit von Angeboten der Therapie und der Betreuung zu sichern.

Eine praktikable Möglichkeit bestünde darin, dass die Vernetzung mit den niedrigschwelligen Angeboten, die durch Ehrenamtliche oder Gruppen von Kirchengemeinden oft in den Räumlichkeiten von stationären Einrichtungen bereits gemacht werden, dazu führt, dass auch Demenzkranke, die in stationären Einrichtungen leben, davon profitieren und daran teilnehmen. Wir finden, dass das viel zur zivilgesellschaftlichen Verantwortung und Bewusstseinsbildung beitragen würde.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Bereits heute gibt es Betreuungsleistungen nach dem SGB V. Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit der Gewährung dieser Betreuungsleistungen gemacht, und in welchem Umfang wurden diese Leistungen bislang in Anspruch genommen? Wie bewerten Sie es, dass die Leistungsbeträge für zusätzliche Betreuungsleistungen an qualifizierte Betreuungsangebote geknüpft sind? Ist der vorgesehene Katalog im Gesetzentwurf sachgerecht? Die zweite Frage richtet sich auch an das Diakonische Werk.

SV Thomas Ballast (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Ich werde etwas zur ersten Frage und Herr Schiffer wird etwas zur zweiten Frage sagen.

Im Jahre 2007 wurden zusätzliche Betreuungsleistungen im Umfang von 6,8 Millionen Euro in Anspruch genommen. Davon entfielen 5,1 Millionen Euro auf niedrigschwellige Betreuungsangebote und 1,7 Millionen Euro auf die Inanspruchnahme im Rahmen von Modellvorhaben. Es war insgesamt also ein beträchtlicher Betrag.

SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Bezogen auf die Grundsätze der Leistungsverpflichtungen gibt es heute entsprechende Richtlinien, durch die festgelegt wird, welcher Versicherte diesen Anspruch auf die Betreuungsleistungen hat.

In dem Gesetzentwurf ist eine Bis-Regelung vorgesehen: bis 200 Euro monatlich, bis 2 400 Euro jährlich. Da haben wir erhebliche Bedenken. Wir müssen uns nämlich vergegenwärtigen, dass die Begutachtung, ob und inwieweit der Tatbestand für diese Leistung erfüllt ist, eine Momentaufnahme ist. Ich denke, das ist durchaus ein Problembereich, der dazu führen kann, dass es zu unnötigen Rechtsstreiten kommt, weil sich der Zustand des Betroffenen im Laufe der Zeit natürlich verändert.

Von daher geht unser Petitum klar dahin, jedem Betroffenen den vollen Betrag von 200 Euro monatlich bzw. 2400 Euro jährlich zur Verfügung zu stellen, wenn in der Begutachtung festgestellt worden ist, dass die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.

Sve Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Erstens können wir das letzte Petitum von Herrn Schiffer unterstützen. Wir sind ebenfalls der Meinung, dass es keine Abstufung geben sollte, sondern dass jeder den Betrag von 200 Euro bekommen sollte. Da es bei der an-

gestrebten Reform, die 2008 in Kraft treten soll, auch um den Begriff der Pflegebedürftigkeit geht, sehen wir diesen zusätzlichen Betreuungsbetrag als eine Interimslösung an. Zum einen halten wir die Bemessung der Abstufung für sehr schwierig, und zum anderen - heute Vormittag ging es bereits um das Thema Entbürokratisierung - meinen wir, dass es sich dabei um eine sehr bürokratische Lösung handelt.

Zweitens ist im Vorfeld der Reform kolportiert worden, dass jeder, der dem Personenkreis nach § 45 a SGB XI in der neuen Fassung angehört, den Betrag von 200 Euro monatlich bzw. 2 400 Euro jährlich bekommen soll. Insofern ist die Enttäuschung bei den Betroffenen groß.

Was die Inanspruchnahme angeht, haben die Pflegekassen bereits Daten vorgelegt. Wir merken in diesem Zusammenhang an, dass die regionale Verteilung insbesondere bei den Modellversuchen und bei der Förderung nach § 45 c SGB XI sehr unterschiedlich ist, da die Länder, die zur Kofinanzierung verpflichtet sind und 50 Prozent der Kosten selber aufbringen müssen, diese Aufgabe unterschiedlich ernst genommen haben und ihr unterschiedlich schnell nachgekommen sind. Zum Beispiel ist in Mecklenburg-Vorpommern meines Wissens erst vorletztes Jahr eine entsprechende Verordnung erlassen worden.

Drittens meinen wir, dass die niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45 c SGB XI qualitätsgesichert sein müssen und dass es keinen Bedarf an weiteren niedrigschwelligen Betreuungsangeboten durch die Pflegestützpunkte ohne Qualitätssicherung gibt. Wir denken, dass die bestehenden Angebote ausreichen.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich frage die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft und Herrn Dr. Wilbers: Wir bewerten Sie die erstmalige Einbeziehung der Pflegestufe 0 in den Leistungsbereich Demenz?

SVe **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Wir bewerten die Einbeziehung der Pflegestufe 0 als sehr positiv. Wir fordern schließlich schon lange, dass die Symptome, die gerade bei Demenzkranken die Pflegebedürftigkeit ausmachen, Berücksichtigung finden müssen, was in der gegenwärtig sehr somatisch orientierten Pflegeversicherung nicht der Fall ist. Wir glauben, dass das ein erster Schritt ist. Gleichzeitig findet die Arbeit des Beirats zur Überprüfung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit statt, mit dessen Abschluss es hoffentlich dann ein schlüssiges Konzept gibt, nachdem eine Einstufung nach allen Symptomen – sozusagen aus einem Guss – erfolgen kann. Aber zu diesem Zeitpunkt ist es sehr wichtig, dass erstmalig auch Menschen mit der Pflegestufe 0 Leistungen bekommen können. Viele Angehörige sind enttäuscht, weil ihre Kranken bisher bei der Einstufung unberücksichtigt bleiben.

SV **Dr. Joachim Wilbers**: Ich sehe das genauso. Das ist besonders für den Personenkreis der bereits demenziell Erkrankten positiv, bei denen körperliche Symptome noch nicht so weit fortgeschritten sind, dass eine Pflegestufe zuerkannt wird. Bei diesen Personen ist die Belastung besonders groß. Der Betrag von bis zu 200 Euro im Leistungskatalog kann in dieser Situation eine große Hilfe sein und Entlastung bringen. Deswegen begrüße ich das sehr.

Abg. **Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und an die Bundesärztekammer. Sind Sie der Meinung, dass das bisherige Verfahren zur Feststellung von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz geeignet ist, Menschen mit psychischen Störungen angemessen zu erfassen?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen): Wir gehen davon aus, dass das gegenwärtige Verfahren geeignet ist, den Personenkreis derjenigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu erfassen. Es geht schließlich nicht um eine

Diagnose, sondern um die Feststellung einer Einschränkung. Dazu ist das Instrument geeignet.

Es ist aber nicht - darauf haben wir bereits hingewiesen - für eine Abstufung innerhalb dieses Personenkreises geeignet. Wir können also feststellen, ob jemand diesem Personenkreis angehört, aber keine Abstufung vornehmen. Von daher schließen wir uns den vorgebrachten Empfehlungen an, auf die Abstufung zu verzichten.

Bei der Begutachtung ist zu berücksichtigen - Herr Schiffer hat es bereits angesprochen -, dass es bei körperlichen Einschränkungen möglich ist, sich bestimmte Kompensationen demonstrieren zu lassen. Das ist bei den Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten, um deren Erhebung es hier geht, nicht der Fall. Dabei ist man auf die Angaben der Angehörigen und eine gewisse Plausibilität angewiesen, was ebenfalls gegen die Einführung einer Abstufung spricht. Diese würde auch von den Betroffenen hinterfragt werden. Von daher halte ich es auch für politisch klug, bei dem zur Diskussion stehenden Betrag keine weitere Differenzierung vorzunehmen, die dem Einzelnen gegenüber schwer zu begründen wäre.

SVe Dr. Regina Klackow-Franck (Bundesärztekammer): Den Ausführungen meines Vordrängers schließen wir uns inhaltlich voll an. Die bestehende Begutachtungsrichtlinie sieht zwar schon in vorbildlicher Weise den Aufbau eines Screening- oder Assessmentverfahrens vor; aber eine Differenzierung verschiedener Stufen eingeschränkter Alltagskompetenz ist dabei nicht möglich. Insofern sind wir dafür, von einer abgestuften Auszahlung bei eingeschränkter Alltagskompetenz abzusehen.

Im Übrigen erhoffen wir uns eine weitere Verbesserung des Begutachtungsverfahrens im Zusammenhang mit der Aktualisierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Insofern sehen wir dem Ergebnis der Reform Ende 2008 entgegen.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Wir kommen dann zur Fragezeit der SPD.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich möchte auf die Pflegestützpunkte zurückkommen und unsere Eingangsfrage an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände richten. Inwieweit kommen die Kommunen schon heute Ihrer Aufgabe im Rahmen der Verantwortung für die Hilfe zur Pflege, der kommunalen Altenhilfe und auch der Daseinsvorsorge nach?

SVe Dr. Irene Vorholz (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Die von Ihnen angesprochenen Bereiche sind sehr unterschiedlicher Natur. Nach den bestehenden gesetzlichen Regelungen kommen die Kommunen - das heißt konkret, die örtlichen Sozialhilfeträger - den Aufgaben in diesen Bereichen umfänglich nach. Auf den Pflegestützpunkt bezogen weise ich aber darauf hin, dass in diesem Bereich über unsere bereits vorhandenen Aktivitäten hinaus etwas Neues verankert werden soll.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe zwei Fragen an Frau Frommelt, die für die AWO spricht, und an Herrn Dr. Weskamp. Welche Möglichkeiten der konkreten Zusammenarbeit zwischen den Pflegekassen und den Kommunen können Sie sich in den Pflegestützpunkten vorstellen? Wie sehen Sie die Entwicklung von Pflegestützpunkten im Kontext von Angebotsstrukturen der kommunalen Altenhilfe?

SVe Mona Frommelt (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.): Ich spreche für das Praxisnetz Nürnberg-Nord, wo wir hervorragende praktische Erfahrungen in der Vernetzung unterschiedlichster Strukturen sowohl der Hausärzte als auch der Kassen - das hat mein Vordränger von der AOK bereits angesprochen - und der Kommunen gemacht haben. Nürnberg ist eine hervorragend vernetzte Stadt. Alle Strukturen sind vorhanden. Jetzt ist es aber im

Rahmen der Pflegestützpunkte erforderlich, diese Strukturen zu verknüpfen, und zwar nicht nur auf der Beratungsebene, wie es bisher geschildert wurde, sondern auch auf einer Versorgungssteuerungsebene, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen ist. Dazu bedarf es nicht nur einer Beratung, die auf Ansprüche hinweist, Erwartungen erzeugt und den Ratsuchenden dann sich selbst überlässt, sondern es muss auch eine entsprechende Durchsetzungskraft gewährleistet werden. Das ist mit der Gesetzesvorlage der Fall. Allerdings handelt es sich dabei nach unseren Erfahrungen im Praxisnetz Nürnberg-Nord um einen Aushandlungsprozess zwischen den Versorgungsanbietern und den Leistungsträgern, der auf diese Weise institutionalisiert wird. Das begrüßen wir.

SV Dr. Peter Weskamp: Ich möchte mit der Strukturebene beginnen. Pflegestützpunkte schaffen aus der Sicht einer kommunalen Sozialplanung zunächst für den Pflegebedürftigen und dessen Angehörige erstmalig nachhaltige und qualifizierte Strukturen, die Beratung, Bedarfsanalyse und Leistungsgewährung integrieren.

Alleine mit der Etablierung dieses Strukturelements in der Altenhilfelandchaft ist nach meiner Überzeugung ein wichtiger Entwicklungsschritt - gleichsam ein Paradigmenwechsel, wie ich es sehe - auf dem Weg zur Erreichung des Ziels einer integrierten Versorgung vollzogen worden. Pflegestützpunkte sind danach auch immer integraler Bestandteil einer kommunalen Daseinsvorsorge. Damit besteht erstmalig auch strukturell und vor allen Dingen praktisch die Möglichkeit, die Angebotsentwicklung sowohl in der Pflege als auch in der kommunalen Altenhilfe nach SGB XII planvoll zu einem umfassenden Care-Management in unmittelbaren Nahräumen auf einer vertraglichen Grundlage zu entwickeln. Die daraus resultierenden Effekte bringen meiner Meinung nach für alle daran Beteiligten Win-win-Situationen. Zur Erreichung des Ziels der vorrangigen häuslichen Versorgung primär durch ambulante Angebote gibt es mit den Pflegestützpunkten erstmals ein Strukturele-

ment auf der kommunalen Ebene, das die hierzu notwendigen Prozesse zielgerichtet integrieren kann. Es wird somit Hilfe aus zwei Händen - allerdings in koordinierten Bewegungsabläufen - realisiert. Die Dimension dieses Vorhabens wird deutlich, wenn man das, was man mit einer Hand machen kann, mit dem vergleicht, was mit zwei Händen möglich ist.

Für die Pflegebedürftigen kann dann unter Berücksichtigung ihrer konkreten Lebenslage auf der Grundlage einer unabhängigen Beratung ein passgenaues Angebot für Pflege und Versorgung in einer Kombination von Leistungen nach dem SGB XI und dem SGB XII in einem einheitlichen Versorgungsplan darstellt werden. Für die Leistungserbringer und den Dienstleister besteht in einem räumlich überschaubaren Markt die Chance, unter diesen Rahmenbedingungen ihr Leistungsangebot darzustellen und zu realisieren sowie es auf diesen Kontext abgestimmt weiterzuentwickeln.

Für die Leistungsträger, Pflegekassen und Kommunen besteht die Möglichkeit eines abgestimmten Care-Managements zur Etablierung optimal aufeinander abgestimmter Leistungsangebote. Die Transparenz der Hilfeerbringung und der Kostenentwicklung bietet dadurch erhebliche Evaluations- und Steuerungspotenziale hinsichtlich der Qualität und der Quantität von Hilfen. Ich bin davon überzeugt, dass erst dadurch eine Steigerung der Compliance zugunsten der Wirksamkeit von Prävention strukturell möglich und darstellbar wird.

Die konkrete Zusammenarbeit bezieht sich auf die Prozessebene. Hier ist es möglich, durch die Zusammenarbeit im Pflegestützpunkt erstmalig ein erfolgreiches Case-Management unter Einbeziehung der Leistungen des SGB XII und des SGB XI als Pflegeberatung zu ermöglichen. Für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen werden mit einer gleichsam integrierten Beratung durch beide Leistungsträger und aufeinander abgestimmte Hilfen und Versorgungspläne ein hohes Maß an Qualität und Verlässlichkeit sowie eine erweiterte Lebensplanung und damit umfangreichere Le-

bensqualität erreicht. Für den Leistungserbringer erhöht sich die Planbarkeit seines Angebots. Es ist in eine räumlich überschaubare Qualitätsentwicklung eingebunden.

Die Einbeziehung auch des Leistungserbringers in die individuelle Versorgungsplanung ermöglicht die Abstimmung und Weiterentwicklung sowohl des eigenen Leistungsangebots als auch des eigenen Geschäftsmodells. Sie erhält dadurch wesentlich mehr Sicherheit.

Beide Leistungsträger sind in die Leistungssteuerung im Einzelfall eingebunden. Sie haben dadurch in einem abgestimmten Verfahren der Versorgungsplanung Steuerungsmöglichkeiten hinsichtlich der Angebote, Qualität und Kosten und können damit umfassende Hilfs- und Versorgungsangebote entwickeln und Leistungen passgenau erbringen. Durch eine frühzeitige Beratung wird die Prävention größere Wirksamkeit entfalten.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Auch ich beziehe mich auf die Pflegestützpunkte und die Einführung der Pflegeberatung. Meine erste Frage richtet sich an die Aktion Psychisch Kranke e. V. und an den Medizinischen Dienst. Wie bewerten diese Institutionen den Aufbau von Pflegestützpunkten bzw. die Einführung von Pflegeberatung?

Meine zweite Frage richtet sich an den Deutschen Frauenrat und bezieht sich auf die gleichgeschlechtliche Pflege. Wie bewerten Sie die vorgesehene Formulierung, nicht zuletzt angesichts der Tatsache, dass viele Pflegebedürftige weiblich sind und es viele Pflegerinnen gibt?

SV **Ulrich Krüger** (Aktion Psychisch Kranke e. V.): Wir halten die Pflegestützpunkte und die Pflegeberatung für notwendige und höchst sinnvolle Instrumente zur Lösung der derzeit bestehenden erheblichen Schnittstellenprobleme. Mit Schnittstellenproblemen ist zum einen die Frage des Zugangs und zum anderen die Vernetzung mit anderen Hilfen gemeint. Dazu

gehören andere sozialrechtlich abgesicherte Hilfen, aber auch Selbsthilfeeleistungen innerhalb der Familie und in der Nachbarschaft. Das erscheint in besonderem Maße bei unserer Klientel, aber auch generell das vordringliche Problem mit der Konsequenz, dass die Möglichkeiten zur Reduzierung der Pflegebedarfe aus unserer Sicht derzeit bei weitem nicht ausgeschöpft werden.

Hinzu kommt, dass bei bestehenden Pflegebedarfen erbrachte Pflegeleistungen im Rahmen der Gesamtleistung kein Optimum an Effizienz erbringen, weil wir ein System additiver Einzelleistungen haben, in dem jeder im Rahmen seiner jeweils selektiven Zuständigkeiten agiert. Das ist für Menschen, die selbst nicht gut in der Lage sind, solche unterschiedlichen Hilfen zu organisieren, ein enormes Problem. Genau diese beiden Instrumente sind aus unserer Sicht notwendig.

Wir sprechen von einem Konzept der personenzentrierten Hilfen. Damit ist gemeint, dass man alle im Rahmen eines Gesamthilfebedarfs erforderlichen Leistungen bündelt und einzelfallbezogen koordiniert, statt darauf zu vertrauen, dass sich aus der Summe der jeweils arrangierten und organisierten Einzelleistungen ein gutes Gesamtprogramm ergeben wird. Das ist, wie die Erfahrung sehr deutlich zeigt, nicht der Fall.

Die Pflege - ich beziehe mich zunächst nur auf die Pflegestützpunkte - realisiert die sechs Prinzipien durch die Koppelung von zwei notwendigen Aspekten. Zum einen sind die Pflegestützpunkte leistungsübergreifend organisiert, und zum anderen haben sie einen überregionalen Bezug. Das Leistungsübergreifende halte ich ebenso wie die Einbeziehung der Selbsthilfeförderung für sehr wichtig. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang aber, dass die bisherigen Beratungsangebote in aller Regel selektiv sind; sie sind auf Pflegeleistungen bezogen und zusätzlich in der Regel jeweils auf die Versicherten der eigenen Kasse oder auf tatsächliche oder potenzielle Nutzer der eigenen Angebote. Übergreifende Angebote fehlen weitgehend. Die bereits bestehenden und gut funktionierenden

Angebote entsprechen genau dem Konzept des Pflegestützpunktes.

Diese Vorgehensweise, sich nicht auf spezifische Leistungen zu konzentrieren, erhöht die Komplexität erheblich, sodass sich die Frage der Praktikabilität stellt. Sie ist - das zeigen alle Erfahrungen - nur durch eine räumliche Eingrenzung möglich. Sonst wäre dieser Zuständigkeitsgewinn für keinen Beteiligten realisierbar. Umgekehrt zeigen aber die Erfahrungen, dass bei einer Beschränkung auf ein kleines Wohngebiet tatsächlich neue Ressourcen insbesondere der Selbsthilfe herangezogen werden können, die im bestehenden System weitgehend ungenutzt bleiben.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen): Was die Pflegeberatung angeht, wird die institutionelle Ausgestaltung intensiv diskutiert. Dass ein großer Beratungsbedarf besteht, ist offensichtlich. Denn wer in seinem familiären Umfeld einen Pflegebedürftigen hat und alles mitbegleiten muss, der weiß, wie schwierig es ist, die pflegerischen und sonstige Hilfen zu organisieren. Daher halte ich Pflegeberatung für wichtig. Das wird auch sehr häufig in unserer Begutachtung deutlich, bei der wir immer wieder mit solchen Fragen zu tun haben.

Wir haben ein gutes Leistungsfallmanagement. Notwendig ist ein Case-Management. Ich halte Strukturen für notwendig, die mehr auf die Pflegebedürftigen zugehen und die im Leistungsgeschehen vorhandenen Ansatzpunkte nutzen. Ich teile aber auch die Auffassung, dass die im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehenen Regelungen in der Ausgestaltung etwas überdimensioniert sind. Ich plädiere dafür, mehr bei dem anzusetzen, was es bei den Kassen und den Kommunen bereits gibt, und diese Möglichkeiten zu nutzen und zu verbreitern.

Ich halte es, wie gesagt, für wichtig, einen größeren Schwerpunkt auf die Pflegeberatung zu setzen und auch denjenigen, die noch keine Pflegestufe erhalten, Unterstützung zu bieten, um auch hier frühzeitig - heute Vormittag ging

es um Prävention und Rehabilitation - die notwendige Weichenstellung vorzunehmen.

SV Henny Engels (Deutscher Frauenrat e. V.): Der Deutsche Frauenrat hält die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, dass dem Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit stattzugeben ist, für nicht zureichend. Das ist zum einen grundsätzlich begründet; denn wir sind der Meinung, dass die Würde der zu Pflegenden zu berücksichtigen und dem berechtigten Wunsch nach Selbstbestimmung in jedem Fall ohne Wenn und Aber stattzugeben ist. Zum anderen sind wir sehr davon überzeugt, dass alle Beteiligten mit etwas Fantasie und gutem Willen einen Weg finden werden, dies zu ermöglichen.

Ich möchte die Aufmerksamkeit auf zwei Gruppen richten, die wir im Blick haben. Zum einen ist es Menschen mit Behinderungen, die ein Leben lang auf Assistenz angewiesen sind, unserer Meinung nach nicht zuzumuten, gegen ihren Willen von einer Person des anderen Geschlechts gepflegt zu werden. Mit Blick auf die Frauen, die bekanntlich die Mehrheit der zu Pflegenden ausmachen, ist dies insoweit nicht zumutbar, als 60 Prozent der zu pflegenden Frauen im Laufe ihres Leben einmal oder mehrfach Gewalterfahrungen - auch sexualisierte Gewalterfahrungen - gemacht haben. Wir sehen die Gefahr, dass diese Frauen retraumatisiert werden. Auch Männern, denen Ähnliches widerfahren ist, wollen wir das nicht zumuten.

Wir sehen das zum anderen mit Blick auf die kultursensible Pflege für notwendig an, nämlich im Bezug auf die immer stärker werdende Gruppe von Migrantinnen und Migranten mit anderen Vorstellungen und traditionellen Einstellungen und Erfahrungen, über die wir uns, glaube ich, nicht hinwegsetzen dürfen.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Es gibt ein Projekt Demenz im Diakonieverband Ulm/Alb-Donau. Ich frage Herrn Frey, wie er aufgrund seiner Erfahrungen mit dem Projekt Demenz die im Gesetzentwurf vorgesehenen Aufgaben

und Strukturen der Pflegestützpunkte und Pflegeberatung einschätzt. Insbesondere interessiert mich Ihre Einschätzung zum Vorwurf des Aufbaus von Parallelstrukturen und von Bürokratisierung.

SV Otto Frey: Ich berichte vor dem Hintergrund eines Modellvorhabens nach § 45 c SGB XI. Wir sind im fünften Jahr dieses Modellvorhabens, in dessen Verlauf es gelungen ist, 400 an Demenz erkrankte Menschen in einem Stadtteil mit 20 000 Einwohnern persönlich kennenzulernen. In dem Modellvorhaben sind zwei Fachkräfte beschäftigt, eine Pflegekraft und eine Sozialarbeiterin mit hoher beratender Kompetenz.

Ich möchte auf zwei Punkte hinweisen, die sich im Projekt als wesentlich herausgestellt haben: Zum einen werden durch die aufsuchende Arbeit - das heißt der Besuch im häuslichen Bereich - vor allem die Angehörigen wesentlich entlastet. Die Mitarbeiterinnen werden zu wichtigen Ansprech- und Vertrauenspersonen in Krisensituationen und bei chronischer Überlastung, die einen wichtigen Punkt in der Pflege von Demenzkranken darstellt. Von entscheidender Bedeutung war es, die Öffentlichkeit und das Gemeinwesen für die Belange der Betroffenen zu sensibilisieren und auf eine demenzfreundlichere Gestaltung des Zusammenlebens hin zu wirken.

Das Modellvorhaben hat gezeigt, dass es dadurch gelingt, bürgerschaftlich engagierte Personen zu gewinnen. Unsere Gesellschaft wird lernen müssen, dass Menschen ein Recht darauf haben, in Würde die Orientierung verlieren zu können. Es wurden Berufsgruppen geschult, die in besonderer Weise mit den Betroffenen in Kontakt kommen, zum Beispiel Polizeibeamte, Bankangestellte, Beschäftigte im Einzelhandel und Busfahrer. Dafür wurden Kurrikula entwickelt.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Könnten Sie bitte noch meine Frage beantworten, wie Sie gerade vor dem Hintergrund Ihres Modellprojekts die Einführung von Pflegestütz-

punkten und Pflegeberatung beurteilen, und insbesondere auf den Aufbau von Doppelstrukturen und Bürokratie eingehen?

SV Otto Frey: Ich denke, in meinen Ausführungen wurde deutlich, dass ich die Pflegeberatung für sehr wichtig halte. Den Aufbau von Doppelstrukturen sehe ich dadurch nicht gegeben.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich möchte zum Thema Mischverwaltung einige Fragen an Herrn Professor Thüsing richten. Trifft es zu, dass sich Kommunen und Landesbehörden nach dem vorliegenden Gesetzentwurf beteiligen können, aber nicht müssen? Kennt das Verwaltungsrecht - insbesondere das SGB X - allgemeine Regeln für das Zusammenwirken von Behörden im Sozialbereich? Halten Sie insbesondere die Vorschriften für die Beauftragung für verfassungswidrig?

SV Prof. Dr. Gregor Thüsing: Ihre Frage zielt in eine bestimmte Richtung. In dieser Richtung darf ich Ihnen recht geben. Es gibt die Möglichkeit einer Mischverwaltung. Sie haben die Bereiche angesprochen, in denen das bereits in Ansätzen realisiert worden ist. Dafür ist es aber erforderlich, dass es einen hinreichenden sachlichen Grund gibt und die Sache nicht ähnlich effektiv ohne Mischverwaltung geregelt werden kann. Die Frage nach der Rechtfertigungsprüfung muss sich der Gesetzentwurf gefallen lassen. Ich halte die Frage der Prüfung für offen; sie ist vielleicht sogar dahingehend zu beantworten, dass eine sachliche Rechtfertigung nicht vorliegt.

Die Tatsache, dass durch den Vertrag Beteiligungen erzwungen werden, führt im Übrigen nicht zur Abweichung von der Gesetzeszuständigkeit des Bundes. Das ist ein Instrument, das eine gewisse Flexibilität erlauben soll, aber das Ziel der Vermischung des Auftretens zum Ziel hat. Das hat nur dann Sinn - dies ist, glaube ich, in der Diskussion schon deutlich geworden -, wenn tatsächlich Entscheidungen gebündelt werden. Bloße Be-

ratung wird oftmals nicht reichen, vor allem wenn sie von den Stellen, deren Leistungen Gegenstand der Beratung sind, nicht als verbindlich anerkannt wird. Dies ist insbesondere dort problematisch, wo verbindliche Entscheidungsstrukturen geschaffen werden. Das ist sozusagen ein gewisser Eiertanz zwischen der Gesetzesbegründung und dem Gesetzeswortlaut, der nicht ganz klar ist.

In die Bewertung des sachlichen Grundes im Zusammenhang mit den Pflegestützpunkten muss auch der angesprochene Gesichtspunkt der Doppelung von Zuständigkeiten einfließen. Ich empfehle, dazu die Stellungnahmen der unabhängigen Verbände wie des Deutschen Caritasverbandes zu lesen. Deren Aussagen kann ich mich nur anschließen.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe eine Nachfrage zu den Entscheidungen. Trifft es zu, dass das Bundesverfassungsgericht die Kooperation unterschiedlicher Sozialleistungsträger unter einem Dach ausdrücklich für zulässig hält, solange die Entscheidungskompetenz getrennt bleibt?

SV Prof. Dr. Gregor Thüsing: Ich würde es anders formulieren. Dass die Entscheidungskompetenz getrennt bleibt, hat das Bundesverfassungsgericht nicht als ausdrücklich unzulässig bezeichnet. Die Problematik, zu der eine intensive Prüfung notwendig ist, liegt an der Stelle, wo die Entscheidungsfindung zusammengeführt wird, nämlich bei der Beratung. Meine persönliche Ansicht dazu ist, dass man das Ganze zwar so durchspielen kann, dass es aber in der Praxis keinen Bestand haben wird und die Ausgestaltung insofern nicht sinnvoll ist.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Ich frage die Deutsche Alzheimergesellschaft, die BAG Selbsthilfe und die Verbraucherzentrale, welche Alternativen sie für sinnvoll halten: die wohnortnahen Stützpunkte, an die sich Ratsuchende bei Beratungsbedarf jederzeit wenden

können, oder die Aushändigung von vier Beratungsgutscheinen?

Sve Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Ich möchte auf diese Fragen antworten: sowohl - als auch. Pflegestützpunkte halte ich insbesondere da für ein sehr gutes Angebot für Hilfesuchende, wo es keine Alternative gibt und wo sie einen strukturellen Anreiz bieten. Es gibt in jedem Fall Beratungsbedarf; das sehe ich genauso wie meine Vorredner.

Aber nicht nur wir, sondern viele andere Verbände - sie haben sich zum Teil in dieser Anhörung schon geäußert - sehen bei dieser Konstruktion allerdings auch einige Kritikpunkte. Zum Beispiel verstehe ich unter dem Begriff Pflegeberatung etwas Umfassendes, das weit über die Information, welche Leistungen es gibt und wie sie finanziert werden können, hinausgeht. Mit den häufig verzweifelten Betroffenen sind auch psychosoziale Gespräche notwendig.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Qualifikation der Menschen in den Pflegestützpunkten. Meine Erfahrungen in der telefonischen Beratung von Alzheimerkranken, bei der es auch um die Ablehnung von Leistungen geht, zeigen, dass dieser Punkt wichtig ist. Insofern halte ich es für notwendig, dass die Pflegeberatung unabhängig stattfindet. Deswegen halte ich es auch für eine Option, Beratungsgutscheine auszugeben, wo entsprechende Strukturen vorhanden sind.

Dabei stellt sich auch hier die Frage nach dem Akkreditierungsverfahren der Krankenkassen. Man muss sehr strenge Maßstäbe anlegen. Welche Qualifikation müssen unabhängige Case-Manager haben? Sie müssen meiner Meinung nach besser ausgebildet sein, gerade wenn sie sozusagen als Einzelkämpfer in die Haushalte gehen. Vorstellbar ist aber auch, dass unabhängige Organisationen das machen. Ich denke zum Beispiel an die Verbände der Selbsthilfe, die eine sehr spezifische Pflegeberatung für bestimmte Krankheitsbilder anbieten können. Daher sehe ich beides als eine Option.

Angesichts der Tatsache, dass sehr viel Geld im Spiel ist, plädiere ich dafür, an manchen Orten Pflegestützpunkte einzurichten und an anderen Orten, wo es bereits gute Strukturen gibt, Beratungsgutscheine auszugeben. Man sollte das nach drei Jahren evaluieren und schauen, welche Ergebnisse erzielt wurden und wie groß die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen ist. Wir sind der Meinung, dass wir in naher Zukunft wieder eine Reform der Pflegeversicherung brauchen, wenn der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert wird. Wir investieren nun unheimlich viel Geld in den Aufbau neuer Pflegestützpunkte, das dann den Pflegebedürftigen unter Umständen nicht mehr zur Verfügung steht. Daher kann ich keine eindeutige Meinung zu einer der beiden Alternativen abgeben, sondern nur eine differenzierte Stellungnahme.

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Auch wir sehen Pflegestützpunkte in Trägerschaft der Kassen als problematisch an. Insofern kann ich diese Option nicht unterstützen. Aber Gutscheine sind nur so viel wert wie das Angebot, das man mit ihnen in Anspruch nehmen kann. Aus unserer Sicht ist der beste Weg, dass unabhängige Einrichtungen der Selbsthilfe - Frau Jansen von der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft hat gerade darauf hingewiesen - kompetent Beratungsangebote machen. Insofern ist es sicherlich ein sehr guter Weg, die Förderung dieser Einrichtungen zu intensivieren, das Ganze zu evaluieren und zu sehen, ob man eine flächendeckende, unabhängige Beratung aufbauen kann.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Ich schließe mich Herrn Danner weitgehend an. Auch im Rahmen einer unabhängigen Beratung sind Beratungsgutscheine denkbar. Ich halte diese Lösung aber für eher geeignet, wenn es um Rechtsberatungsfragen und nicht um die zugehende Beratung in pflegfachlicher Hinsicht geht. Hier halte ich eine Gutscheinelösung für praktisch

nicht machbar. Ich hätte mir gewünscht - ich weiß nicht, warum das nicht geschehen ist -, dass man eine nationale Konferenz derjenigen einberufen hätte, die im Beratungs- und Begleitungsgeschäft tätig sind. Dann hätte man sehen können, wer bereit ist, welche Aufgaben zu übernehmen. Danach hätte sich ein Akkreditierungs- bzw. Zertifizierungsverfahren anschließen müssen. So hätte man es machen können. Nun werden uns die Kassen vorge-setzt. Das ist die zweitschlechteste Lösung.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Ich möchte eine Frage stellen, die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der vorangegangenen Runde nicht beantwortet wurde. Ich gestatte mir daher, diese für unser Gesetzesvorhaben wichtige Frage zu wie derholen. Reichen die gesetzlichen Regelungen zur Verordnung von Arzneimitteln und weiteren Leistungen im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V aus, oder sind weitere Regelungen erforderlich, und, wenn ja, welche?

SV Detlev Heins (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.): Bei § 116b geht es um die ambulante Behandlung besonders schwerer Erkrankungen im Krankenhaus. Vor dem GKV-WSG war es bekanntlich drei Jahre in das Belieben der Krankenkassen gestellt, mit den Krankenhäusern Vereinbarungen und Verträge zu schließen. Der Gesetzgeber schafft das ab. Nun werden die Landesplanungsbehörden tätig. In Sonderheit haben wir aber ein Problem: Den Krankenhäusern soll eine Abgabe von Arzneimitteln durch das Apothekengesetz ermöglicht werden. Allerdings sind damit die Verordnung und die Finanzierung der Arzneimittel nicht geregelt. Das ist zum Beispiel bei der Abgabe von Zytostatika bei der onkologischen Behandlung problematisch. Faktisch können wir hier eine ambulante Behandlung im Krankenhaus nicht durchführen. Es ist daher korrekt, dass hier Regelungsbedarf vonseiten der DKG gesehen wird.

Im Moment behelfen wir uns mit freiwilligen Vereinbarungen mit den Krankenkassen, so-

fern es denn schon Genehmigungen vonseiten der Landesplanungsbehörden gibt. Aber es geschieht nur hilfsweise und ist wieder in das Belieben der Krankenkassen gestellt, Vereinbarungen mit den Krankenhäusern zu schließen. Hier müsste aus unserer Sicht eine verpflichtende und deutliche Regelung getroffen werden, die im günstigsten Fall den Krankenhäusern eine direkte Rezeptierung zulasten der GKV ermöglicht.

Abg. **Silvia Schmidt** (Eisleben) (SPD): Meine erste Frage zu den Pflegestützpunkten geht an Herrn Schiffer. Ist es nicht so, dass die Beratung nach dem SGB bereits kostenlos stattfindet und dass der Pflegeversicherung durch die Ausgabe von Gutscheinen ein zusätzlicher Aufwand entsteht? Natürlich hat ein Hilfesuchender durch einen Pflegestützpunkt einen einzigen Anlaufpunkt und muss nicht durch das gesamte Beratungssystem gehen.

Meine zweite Frage geht an Frau Elke Bartz und Herrn Professor Welti. Wäre es nicht gut, wenn Menschen mit Behinderung im Rahmen ihres persönlichen Budgets einen Geldbetrag von der Pflegeversicherung bekämen, der so hoch wäre wie ein entsprechender ambulanter Sachleistungsbetrag? Das fordert unter anderem der Bundesrat. Wahrscheinlich wären es nicht allzu viele Menschen, die ein solches Budget beantragten.

SV **Paul-Jürgen Schiffer** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Beratung und Information betreffen nicht nur Pflegebedürftige, die einen Leistungsanspruch nach dem SGB XI haben. Das ist sicherlich im Gesetz so vorgesehen. Aber es gibt auch eine Reihe von Versicherten mit Hilfsbedarf unterhalb der Leistungen der Pflegeversicherung, die ebenfalls eine Beratung benötigen. Daher muss eine Anlaufstelle, unabhängig davon, ob es sich um einen Pflegestützpunkt handelt oder wie auch immer man eine solche Beratungs- und Informationsstelle vor Ort nennen will, für alle Bewohner in einem Wohnquartier bzw. einer Gemeinde eingerichtet werden.

Ein Beratungsgutschein ist sicherlich nicht das A und O; denn Anspruch auf einen Beratungsgutschein hätte laut Gesetz nur derjenige, der einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat. Vielleicht sollte man generell allen Betroffenen, die Fragen oder Hilfsbedarf bei ihrer Lebensführung haben, den Weg zu einer Beratungsstelle eröffnen. Das wäre das Wesentliche.

SVe **Elke Bartz** (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Zum Thema Geldleistungen in Höhe der Sachleistungen für behinderte Menschen: Selbstverständlich sehen wir es als dringend notwendig an, dass behinderte Menschen entweder im Rahmen eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets oder ohne Budget als Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die ihre Assistenz selbst organisieren und damit sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze schaffen, Geldleistungen in Höhe der ambulanten Sachleistungen bekommen. Die Geldleistungen dienen ursprünglich als Anerkennungsleistung für pflegende Angehörige. Über solche verfügen behinderte Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in der Regel nicht. Wir haben genauso wie ambulante Dienste Assistenzpersonen als abhängig Beschäftigte. Daher ist die Geldleistung in Höhe der Sachleistung unbedingt notwendig, insbesondere im Hinblick auf §66 SGB XII, der Leistungskonkurrenz. Die Sozialhilfeträger versagen immer wieder Leistungen, weil sie die Differenz zwischen Geld- und Sachleistungen nicht finanzieren wollen. Zumindest innerhalb eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets sollten Geldleistungen in Höhe der Sachleistungen eine Selbstverständlichkeit sein. Es besteht nach wie vor die Problematik, dass die Pflegeversicherung nicht teilhabeorientiert ist. Ein erster Schritt wäre, zu sagen: Pflege ist ein Teil von Teilhabe; ohne Pflege ist keine Teilhabe möglich.

SV **Prof. Dr. Felix Welti**: Die Bundesregierung spricht sich zu Recht für das persönliche Budget als eine innovative Leistungsform für behinderte Menschen aus und hat dies auch in der Gesetzgebung zum SGB IX wirksam aus-

gestaltet. Die dazugehörigen Modellversuche sind weitgehend erfolgreich abgeschlossen. Leider wird dies im Gesetzentwurf der Bundesregierung noch nicht berücksichtigt. Die Möglichkeit, das persönliche Budget mit Leistungen der Pflegeversicherung trägerübergreifend zu kombinieren, sollte in den Gesetzentwurf aufgenommen werden. Es droht ansonsten eine Auseinanderentwicklung und Widersprüchlichkeit im Sozialrecht. Es ist zu vermuten, dass hier Meinungsverschiedenheiten zwischen zwei Bundesministerien auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen werden. Das sollten Sie als Gesetzgeber durch politische Entscheidungen verhindern. Der Bundesrat hat zu Recht die Streichung der Sonderregelungen in § 35 a SGB XI zum persönlichen Budget einstimmig gefordert. Ein Verzicht auf pflegespezifische Sonderregelungen beendet zum einen die bestehende Benachteiligung pflegebedürftiger Behinderter und leistete zum anderen ein Beitrag zur Entbürokratisierung. Man hätte dann eine klare Regelung im SGB IX. Damit könnte man viel für die betroffenen Menschen tun.

Das System der Pflegeversicherung würde dadurch nicht gefährdet; denn das persönliche Budget wäre kein Pflegegeld, sondern eine Leistung, die durch eine Zielvereinbarung an eine bedarfsgerechte Verwendung gebunden wäre. Sie würde nach dem SGB IX nur demjenigen gewährt werden, der Ansprüche gegenüber anderen Trägern hätte. Es würde sich also um einen überschaubaren Adressatenkreis handeln.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Herr Professor Thüsing, § 92 c SGB XI im Gesetzentwurf sieht nicht vor, dass ein Pflegestützpunkt selbst Verwaltungsakte oder Widerspruchsbescheide erlässt. Sehen Sie trotzdem die Gefahr einer unzulässigen Mischverwaltung?

SV Prof. Dr. Gregor Thüsing: Auch bei meiner dritten Stellungnahme werde ich nichts anderes sagen als zuvor. Aber ich danke für die Gelegenheit, das, was ich bislang angedeutet habe, zu vertiefen. Wenn Sie meine Stellung-

nahme genau lesen, werden Sie feststellen, dass ich die Frage, ob es tatsächlich zu Verwaltungsakten kommt, offengelassen und wohl unterstellt habe, dass das nicht der Fall ist. Es wird aber Entscheidungsbefugnisse geben. Ob diese in das öffentlich-rechtliche Gewand nach § 35 Verwaltungsverfahrensgesetz gekleidet sind oder nicht, wird letztlich nicht entscheidend sein.

Stellen wir uns einmal folgenden Fall vor: Ein Hilfsbedürftiger wird von einem Sachbearbeiter beraten, der von einer Krankenkasse entsandt wurde. Der Hilfsbedürftige selber ist aber bei einer anderen Krankenkasse versichert. Trotzdem wird er vom Sachbearbeiter erwarten, dass die empfohlene Behandlung von seiner Krankenkasse gewährt wird. Sollte dies nicht der Fall sein, wäre das System der Pflegestützpunkte sinnlos, weil es den Hilfesuchenden falsch informiert. Um dies zu vermeiden, werden sich die Krankenkassen gezwungen sehen, Leistungen nicht nur nach ihren eigenen Maßstäben und Gepflogenheiten zu gewähren, sondern auch nach denjenigen, die der Berater des jeweiligen Pflegestützpunktes für angemessen hält. Hier spielt auch das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen eine Rolle.

Im Gesetzentwurf heißt es auf Seite 189, dass es zu begrüßen wäre, wenn Mitarbeiter mit Entscheidungskompetenz eingesetzt würden. Es sollte die Möglichkeit der sofortigen Entscheidung geben. Ziel ist, eine enge Verzahnung zu erreichen. Das alles wird faktisch mit den dort zu treffenden Entscheidungen zusammenhängen. Ob diese als öffentlich-rechtlicher Verwaltungsakt ausgestaltet sind, ist letztlich im Hinblick auf das Verbot der Mischverwaltung nicht entscheidend. Das würde es vielleicht ein wenig dramatisieren, überspitzen oder akzentuieren; aber es wäre keine grundlegende Weichenstellung, die das Problem löste. Ich weiß nicht, ob das verfassungswidrig ist. Aber bei den Arbeitsgemeinschaften haben wir damals diese Frage nicht ausreichend geprüft. Ich sehe daher die Gefahr, dass das Bundesverfassungsgericht auf dem Weg voranschreitet, den es mit seiner Ent-

scheidung vom letzten Dezember eingeschlagen hat.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Ich richte meine Fragen an die Vertreter des Deutschen Caritasverbandes, des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt und des MDS. Es geht um die Beratungseinsätze nach § 37. Meine Frage lautet: Wer soll diese Einsätze durchführen?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Gegenwärtig werden die Beratungseinsätze von Pflegediensten, die einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse haben, durchgeführt. Das birgt die Gefahr, dass Pflegedienste, die Personen, die Pflegegeld beziehen, besuchen, im Sinne ihres eigenen Leistungsangebots beraten. Wir setzen uns daher dafür ein, dass der Pflegeberatungseinsatz künftig nur von neutralen, das heißt von Kosten- und Leistungsträgern bzw. Leistungserbringern unabhängigen Pflegefachkräften, durchgeführt wird, die über eine entsprechende pflegfachliche Kompetenz verfügen müssen. Nur auf diese Art und Weise kann eine echte Kontroll- und Schutzfunktion ausgeübt werden.

Wir lehnen es in diesem Zusammenhang ab, dass bei Pflegekassen angestellte Berater nach § 7 a auch Pflegeberatungsbesuche durchführen. Das ist entsprechend unserer Argumentation für eine neutrale Beratung nur möglich, wenn sich der Pflegestützpunkt nicht in der Trägerschaft der Pflegekasse befindet, was aber nach dem Gesetzentwurf so vorgesehen ist.

SV **Rainer Brückers** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.): Inhaltlich schließe ich mich dem an, was Frau Dr. Fix von der Caritas gesagt hat. Entscheidend ist, dass Pflegeberater, die auch die Beratung nach § 37 machen sollen, möglichst neutral beraten können. Dazu bedarf es einer gewissen Unabhängigkeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern. Diese sollte auf jeden Fall gewahrt bleiben.

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.): Sie haben primär danach gefragt, wer es machen soll. Man sollte noch einmal darüber nachdenken, welches Ziel die Beratungseinsätze verfolgen. Am Anfang stand der Kontrollaspekt im Vordergrund. Dann rückte der Beratungsaspekt mehr in den Vordergrund. Man sollte sich fragen, ob die Beratungseinsätze tatsächlich den Nutzen bringen, den man sich von ihnen versprochen hat. Wenn man von ihrem Nutzen überzeugt ist, dann spricht einiges dafür, die Beratung unabhängig durchzuführen. Das bedeutet, man sollte es nicht mehr so fortführen wie bisher. Wir sollten auch noch einmal über die Zielsetzung reden und darüber, wer das sinnvollerweise im System machen sollte.

Abg. **Ute Kumpf** (SPD): Meine erste Frage zum bürgerschaftlichen Engagement richte ich an die Vertreterin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen. Es ist erfreulich, dass das bürgerschaftliche Engagement im Gesetzentwurf aufgegriffen wird. Wir haben in § 45 PfwG auch die Freiwilligenagenturen im Blick. Sollten die Freiwilligenagenturen in diesen Paragraphen aufgenommen werden, und welche Erfahrungen können diese beim Aufbau ehrenamtlicher Strukturen einbringen?

Meine zweite Frage geht an die Vertreter der BAG Selbsthilfe, des Diakonischen Werkes und der Arbeiterwohlfahrt. Wir haben in § 75 Abs. 2 Nr. 9 des Gesetzentwurfs die Bedingungen geregelt, unter denen sich Selbsthilfegruppen sowohl in der häuslichen Pflege als auch in Einrichtungen an der Versorgung und der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können. Dies soll durch Rahmenvereinbarungen auf Landesebene geregelt werden, und zwar zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, unter Beteiligung des MDK sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherungen und der Vereinigung der ambulanten und der stationären Pflegeeinrichtungen. Reichen Rahmenverträge auf Landesebene aus, oder sollten wir als Gesetzgeber Vorgaben machen, damit hier kein Schindluder getrieben wird?

SV Kerstin Brandhorst (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e. V.): Die Struktur der Freiwilligenagenturen ist bislang im Pflegebereich weitgehend ungenutzt. Das ist sehr schade; denn wir sind der Auffassung, dass die Freiwilligenagenturen einiges beitragen könnten. Dazu möchte ich ein paar Punkte nennen.

Der erste Punkt betrifft die Tatsache, dass Freiwilligenagenturen vor allem in der Aufbauphase von bürgerschaftlichem Engagement Unterstützung geben können, das heißt im dem Zeitraum, in dem Freiwillige noch auf der Suche nach einem passenden Engagement im kommunalen Raum sind.

Zweitens können Freiwilligenagenturen solche Organisationen unterstützen, die freiwilliges Engagement bei sich selber etablieren wollen.

Drittens verfügen Freiwilligenagenturen über Erfahrungen mit Modellprojekten im Pflegebereich.

Viertens haben Freiwilligenagenturen ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem im Bereich der Freiwilligenarbeit - auch in der Pflege - eingeführt.

Fünftens können Freiwilligenagenturen auf eine umfassende Struktur im kommunalen Raum zurückgreifen. Es gibt zurzeit circa 300 solcher Einrichtungen. Diese Zahl wächst stetig.

Wir bewerten den neuen § 45 d positiv. Aber unseres Erachtens sind dort nicht alle Bereiche bürgerschaftlichen Engagements verankert. Nicht alle Menschen wollen sich in Gruppen engagieren und haben aufgrund persönlicher Betroffenheit - etwa wie im Selbsthilfebereich - die Motivation für ein bürgerschaftliches Engagement. Es fehlen zum Teil Möglichkeiten, Menschen für bürgerschaftliches Engagement zu gewinnen. Frau Kumpf, deswegen plädieren wir dafür, die Freiwilligenagenturen in § 45 d aufzunehmen.

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Aus Sicht der BAG Selbsthilfe ist es sehr zu begrüßen, dass in § 75 Abs. 2 Nr. 9 des Gesetzentwurfs nunmehr festgelegt ist, dass Kooperationen mit der Selbsthilfe zwingender Bestandteil der Rahmenverträge auf Landesebene sein sollen. Er ist aus unserer Sicht allerdings ergänzungsbedürftig. Die Organisation der Selbsthilfe sollte an den Beratungen über die Ausgestaltung der Verträge im Wege eines Mitberatungsrechts beteiligt werden, um dafür zu sorgen, dass der Aspekt der Betroffenenpartizipation Eingang findet. Im Sinne einer bundeseinheitlichen Weiterentwicklung wäre es aus unserer Sicht sicherlich hilfreich, wenn es auch in diesem Bereich bundeseinheitliche Vorgaben oder zumindest Eckpunkte für die Ausgestaltung der Landesverträge gäbe.

Sve Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): § 75 Abs. 2 Nr. 9 regelt insbesondere Vertragsinhalte. Wir denken, dass es dazu keiner Regelung auf Bundesebene bedarf, da die Strukturen auf der Landesebene sehr unterschiedlich sind und ehrenamtliches Engagement sozusagen zusätzlich sein soll. Wir haben die Sorge, dass wir dann, wenn das verpflichtend in die Rahmenverträge aufgenommen wird, der Vielfalt in den Bundesländern nicht gerecht werden, der zusätzliche, unterstützende Charakter des ehrenamtlichen Engagements verloren geht und die Ehrenamtlichen verstärkt in die Regelarbeit eingebunden werden, was auf jeden Fall verhindert werden muss.

§ 82 b ist nicht gut formuliert. Hier geht es um die Refinanzierung der ehrenamtlichen Arbeit. Insbesondere im ambulanten Bereich können die Dienste, die sehr viel mit Ehrenamtlichen und Selbsthilfegruppen arbeiten, den Punktwert nicht erhöhen. Aber der Klient, der eine Grundpflege bucht, hat einen höheren Punktwert, obwohl er gar nicht an der ehrenamtlichen Leistung partizipiert, was auch gar nicht sein Ansinnen ist. Deshalb schlagen wir insbesondere im Hinblick auf den ambulanten Be-

reich eine Fondslösung - analog zu § 39 a im Hospizbereich - vor.

SV Rainer Brückers (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.): Wir sind für die Aufnahme der Förderung der ehrenamtlichen Arbeit und Strukturen in die Empfehlungen. Gleichwohl stehen wir der Aufnahme in die Vereinbarungen skeptisch gegenüber. Ehrenamtliche Arbeit verträgt sich nicht mit gesetzlichen Vorgaben. Insoweit sollte es bei Empfehlungen bleiben. Das ehrenamtliche Engagement sollte nicht in Vereinbarungen aufgenommen werden. Alle Verantwortlichen, die versuchen, ehrenamtliche Arbeit in pflegerische Strukturen und Dienste einzubeziehen, sind sich der Gefahr des Missbrauchs bewusst. Wer das ehrenamtliche Engagement fördern und zum erklärten Ziel seines Qualitätsstandards machen will, ist gut beraten, sehr sorgsam mit der Förderung ehrenamtlicher Strukturen umzugehen.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Wir kommen jetzt zur Fragezeit der FDP.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich möchte mit einer komplexen Frage beginnen, die sich auf das Verhältnis eventuell einzurichtender Pflegestützpunkte zu denjenigen bezieht, die schon vor Ort tätig sind bzw. damit zu tun haben. Die Frage richtet sich an die Sachverständigen Frau Kollex und Herrn Herdes sowie an die Vertreter der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und des Bundesvereinigungen der kommunalen Spitzenverbände.

Wie könnte die Verknüpfung der Pflegestützpunkte mit bestehenden Strukturen in der Praxis überhaupt aussehen? Ist das realistisch und durchführbar, oder gibt es Probleme? Welche Folgen hätte das für diejenigen, die bereits vor Ort tätig sind? Sicherlich gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Was bedeutet das für diejenigen, die bereits solche Strukturen vorhalten? Gibt es für sie Anreize, soweit Sie das aufgrund des Ge-

setzentwurfs und seiner Begründung erkennen können, oder ist das für sie eher abschreckend? Welche Befürchtungen haben Sie? Ich hätte gerne einen kleinen Überblick, wie sich das aus Sicht der Betroffenen darstellt.

Sve Katrin Kollex: Wir selber bieten als Leistungserbringer bereits ein Netzwerk zur ambulanten Versorgung von Patienten an. Wir setzen uns sehr intensiv mit Fragen nach dem ambulanten Fall- bzw. Case-Management und der Pflegeberatung auseinander. Wir kennen daher die Thematik sehr gut.

Für uns ist die Frage, welche Anreize zu einer Kooperation für einen bei den Pflegekassen angesiedelten Pflegestützpunkt mit Pflegeberatung bestehen, eine Frage der Existenzgrundlage. Unsere Existenzgrundlage ist die Patientenversorgung. Das alles hängt für uns eng miteinander zusammen. Es stellt sich für uns gar nicht allein die Frage der Anreize, sondern wir werden zusehen müssen, ob es einen Weg zur Kooperation gibt und ob man uns überhaupt kooperieren lässt.

Uns schreckt sehr stark ab, dass Pflegestützpunkte und insbesondere die Pflegeberatung und die Entscheidungsmöglichkeiten bei den Pflegekassen angesiedelt sind. Für uns bedeutet das einen sehr starken, steuernden Eingriff in den Markt. Das betrifft auch die Qualität der Leistungen, die zukünftig finanziert werden. Wir haben große Befürchtungen, dass es auch zu Leistungsausgrenzungen kommen wird und wir in die Misere geraten werden, dass wir auf der einen Seite unseren eigenen Qualitätsanspruch im Rahmen der wettbewerblich orientierten Patientenberatung aufrechterhalten wollen, uns aber auf der anderen Seite den monetären Sachzwängen der Kranken- und Pflegekassen unterordnen müssen. Deshalb sind wir der Meinung, dass definitiv Pflegeberatung, aber auch Pflegestützpunkte wettbewerblich organisiert werden sollten. Die Zielsetzung sollte ganz klar die beste Qualität für den Patienten sein. Das sollte in unseren Augen eine solche Struktur der Pflegestützpunkte berücksichtigen. Deshalb sollten diese bei den Pflegekassen angesiedelt

werden, sondern im Wettbewerb durch Leistungserbringer oder bei den Kommunen entstehen.

SV Dietmar J. Herdes: In Baden-Württemberg gibt es ein breites Spektrum von Beratungsstellen. Ausgehend von einer Struktur, die das Land am Anfang der 90er-Jahre aufgebaut hat, sind sogenannte IAV-Stellen, Informationsanlauf- und Vermittlungsstellen, geschaffen worden. In Baden-Württemberg ist eigentlich eine blühende Wiese vorhanden, was Beratungsarbeit angeht. Sie ist in den Stadt- und Landkreisen sehr unterschiedlich konfiguriert. Diese Arbeit funktioniert vor allem, was die Bedienung der Netzwerke angeht. Sie ist nicht nur auf den Bereich der Pflegeversicherung konzentriert; auch die Bürgerinnen und Bürger mit der Pflegestufe 0 haben die Möglichkeit, zur Beratung zu kommen. Es gelingt, das bürgerschaftliche Engagement und die Selbsthilfegruppen zu integrieren. Ebenfalls funktioniert - dann komme ich zu dem strukturellen Anteil - Folgendes: In allen 44 Stadt- und Landkreisen sind Altenhilfefachberatungen institutionalisiert. Damit ist ein Transmissionsriemen vorhanden, der Prozesse mit den Beteiligten vor Ort in Schwung bringt.

Die Frage ist nun, wie man das neue System mit dem alten verzahnen und gegebenenfalls weiterentwickeln kann. Ich denke, die kommunale Seite wird mit einer gewissen Skepsis der Aufgabenübertragung an die Pflegekassen gegenüberstehen, weil die Pflegekassen mit ihrem Teilauftrag der kommunalen Seite, die eigentlich das ganze Spektrum bedienen will und eher einen ganzheitlichen Auftrag hat, ein Stück weit die Steuerungsfunktion entziehen. Ob sich die kommunale Seite jetzt zurückziehen wird, kann man schwer beurteilen. Ich glaube es nicht, da die Verpflichtung im Rahmen der Daseinsvorsorge vorhanden ist. Aber es besteht schon die Befürchtung, dass ein funktionierendes System, das Angebote vorhält, die die Menschen brauchen, ein Stück weit umstrukturiert wird. Vielleicht bricht auch manches wegen anderer Finanzierungsformen weg. Deshalb wäre mein Plädoyer, sehr viel stärker darauf zu achten, was in den einzelnen

Bundesländern dezentral vorhanden ist und wie man das in die künftige Struktur integrieren kann.

SV Thomas Ballast (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Es ist schwer, den gewünschten Überblick zu geben, weil wir Dinge beschreiben müssen, die zum Teil jetzt schon da sind, zum Teil aber auch erst entstehen sollen. Die Pflegestützpunkte haben eine doppelte Zielsetzung: Auf der einen Seite sollen die individuelle Beratung und das individuelle Fallmanagement ausgebaut werden; auf der anderen Seite soll die Vernetzung der Beratungs- und Unterstützungsangebote vor Ort geleistet werden. Was die individuelle Beratung betrifft, so muss man feststellen, dass der Gesetzentwurf vorsieht, dass zum 1. Januar 2009 die Pflegeberatung der Pflegekassen erheblich ausgeweitet wird. Wenn man das ernst nimmt und das zum 1. Januar 2009 erreicht wird, wird ein gutes Stück dessen, was möglicherweise heute noch als Defizit empfunden wird, durch die ausgebaute Pflegeberatung abgedeckt. Dann muss man sich die Frage stellen, was an Vernetzung tatsächlich noch zu leisten ist.

Wir stellen fest, dass das Beratungs- und Unterstützungsangebot vor Ort schon heute sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Das betrifft sowohl das, was die Pflegekassen jetzt schon bereitstellen - da ist schon einiges in der Vergangenheit geleistet worden -, als auch das, was an kommunalen, kreisbezogenen und landbezogenen Angeboten vorhanden ist.

Die Fragen im Einzelnen zu beantworten, beispielsweise ob Doppelstrukturen entstehen werden, ob man diese vermeiden kann und was mit den bereits bestehenden Angeboten geschieht, ist im Moment sehr schwer. Wir haben es deshalb außerordentlich begrüßt, dass jetzt Modellprojekte durchgeführt werden, in denen die Organisation und der Betrieb der Pflegestützpunkte getestet werden sollen. Mehrere Kassen und Kassenarten beteiligen sich daran. Wir haben die Hoffnung, dass offene Fragen durch erfolgreiche Musterbeispiele im Rahmen

dieser Modellprojekte beantwortet werden können. Wir finden schlecht, dass offenbar zu wenig Zeit eingeräumt wird, um diese Modellprojekte überhaupt bis zum Ende durchzuführen und die Ergebnisse auszuwerten; denn erst wenn man die Musterbeispiele kennt, kann man die notwendigen Konsequenzen ziehen und sich Gedanken über ein flächendeckendes Angebot in Deutschland machen.

Sve Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.): Zunächst zu dem gefragten Überblick, welche Strukturen und welche Träger vorhanden sind, die die Aufgaben der Pflegestützpunkte, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen sind, wahrnehmen. Da kann ich drei Institutionen nennen. Die Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen erbringen vielfache Beratungsleistungen, auch den vorhin schon genannten Pflegeberatungseinsatz nach § 37 und die Schulungen in der Häuslichkeit nach § 45. Viele Kommunen haben Beratungsstellen eingerichtet, und es gibt in mehreren Bundesländern - zum Teil flächendeckend - so etwas wie Pflegestützpunkte, nämlich die schon von Herrn Herdes genannten IAV-Stellen in Baden-Württemberg, die Bekos im Saarland und in Rheinland-Pfalz, die Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ in Berlin, die Lotsendienste in Schleswig-Holstein, die Demenz-Servicezentren in Nordrhein-Westfalen und die Angehörigenfachstellen in Bayern. Es gibt also eine ganze Reihe von Beratungseinrichtungen, die auch über eine einfache Beratung hinaus im Sinne eines Case-Managements Angebote machen.

Es gilt, mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zu vermeiden, dass diese Strukturen zerstört werden. Also dürfen keine Doppel- und Parallelstrukturen aufgebaut werden. Solange aber der Gesetzentwurf vorsieht, dass die Pflege- und die Krankenkassen die Regie bei der Errichtung des Pflegestützpunktes haben, indem sie Verträge initiieren, sind die bestehenden Strukturen - da meine ich vor allem die Strukturen, die in den Ländern schon entstanden sind - in Gefahr. Auch wenn die Pflegeberater bei den Pflegekassen angestellt sind, ist ein bestimmter Weg vorgebahnt, der nicht mit den

Strukturen konform geht, die in den Ländern existieren. Daher plädieren wir als freie Wohlfahrtspflege dafür, dass möglichst flexible Lösungen in den Ländern ermöglicht werden. Wir finden hierzu den Beschluss des Bundesrats vom November 2007 zielführend, wonach gemeinsam einheitliche Bundesempfehlungen zum Aufbau, zu den Aufgaben und der Finanzierung dieser Pflegestützpunkte erarbeitet werden, dass dann aber die Umsetzung auf der Grundlage von Landesrahmenempfehlungen erfolgt und somit flexible Lösungen vor Ort in den Bundesländern möglich werden.

Aus unserer Sicht ist es essenziell, dass die Kommunen und die Pflegeeinrichtungen in die Pflegestützpunkte einbezogen werden, und zwar auf Augenhöhe. Für die Leistungserbringerverbände, die zugleich zahlreiche Stellen der offenen Altenhilfe anbieten und auch ehrenamtliche Strukturen vorhalten, kann man sicherlich sagen, dass ein hohes Interesse an der Einbindung in die künftigen Pflegestützpunkte besteht. Es ist auch im Sinne der Verbraucher erforderlich, dass diese Angebote einbezogen werden, da diese die Strukturen bereits kennen.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Frau Dr. Fix hat schon auf vieles hingewiesen. Auch wir sind der Auffassung, dass eine Einbeziehung der bestehenden Struktur im Rahmen der Optimierung der Pflegeberatung und der Anleitung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen mehr als notwendig ist. Wir sind darüber hinaus der Auffassung, dass diese Pflegestützpunkte wettbewerbsneutral ausgestaltet werden müssen und dass sie in der Ausgestaltung des Beratungsangebots eine größere Wahlfreiheit bieten müssen, als das gegenwärtig im Gesetzentwurf vorgesehen ist.

Zu der Frage, ob sich bestimmte Anreize wiederfinden lassen: Theoretisch bestehen die Anreize im Gesetzentwurf darin, dass sich auch Pflegeeinrichtungen an bestimmten Leistungen der Pflegestützpunkte beteiligen können, gegebenenfalls sogar als Vertragspartner. Wir sind allerdings der Auffassung, dass der

Ausbau und die Stärkung der bestehenden Strukturen mit einem deutlich geringeren finanziellen Aufwand verbunden wären und deshalb die bestehenden Strukturen ausgebaut werden müssten. Da ist insbesondere auf die Leistungen nach § 45 hinzuweisen. Da gibt es ein zugehendes Angebot. Die Pflegeeinrichtungen sind sowohl in Krankenhäusern bei akut auftretenden Krisensituationen als auch bei den Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit mit diesem zugehenden Angebot präsent. Insofern halten wir insbesondere dieses Angebot der individuellen häuslichen Beratung, der Schulung von Angehörigen, aber auch der Überleitung aus Krankenhäusern in die Pflegeeinrichtungen für ein optimales Angebot. Wir sind der Auffassung, dass dieses Angebot weiterentwickelt werden sollte. Darüber hinaus sollten die Pflegebedürftigen die Wahlfreiheit haben, auch auf die darüber hinaus weiterhin bestehenden Einrichtungen im Quartier und in der Kommune zurückgreifen zu können.

Sve Dr. Irene Vorholz (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Die Diskussion dreht sich oftmals relativ pauschal um Pflegestützpunkte allgemein. Die Frage, welche Auswirkungen es auf die bestehenden Strukturen geben wird, macht es notwendig, sich die einzelnen Aufgaben des Pflegestützpunktes anzuschauen und sauber zu unterscheiden. §92 c des Entwurfes gibt eine genaue Trennung der einzelnen Bereiche vor und bestimmt, dass zunächst die Beratung vorzunehmen ist. Bei der Beratung muss man ganz klar sagen: Wenn es bislang zum Beispiel zehn Beratungsstellen gibt und es jetzt einen Pflegestützpunkt geben soll, der diese Beratung übernimmt, dann kann man diese Beratung bei einer der bestehenden Beratungsstellen ansiedeln. Die Frage ist dann, ob die anderen neun Stellen bestehen bleiben oder nicht. Man muss also auch wissen, welche Strukturen nicht mehr fortbestehen können. Wenn ich räumlich etwas zusammenfügen möchte - in einem Pflegestützpunkt sollen Ansprechpartner für den Pflegebedürftigen räumlich anwesend sein können -, dann geht das nur an einer Stelle und nicht verteilt auf die zehn bislang beratenden Stellen. Für uns ist dabei eine anbieterunabhängige

hängige Beratung von ganz entscheidender Bedeutung.

Beim zweiten Bereich ist es vielleicht leichter. Dabei geht es um die Koordination und Vernetzung der Angebote. Da kann man durchaus sagen, dass das den strukturellen Bereich betrifft. Das kann man auch virtuell machen. Da muss man keine räumliche Struktur schaffen; das kann man im sogenannten Backoffice machen. Man kann sich verständigen, welche Angebote man vorhalten muss, welche fehlen und welche man zusätzlich braucht.

Der dritte Bereich betrifft das rechtlich Schwierige, nämlich die individuelle Bedarfserfüllung, die Leistungserbringung für den einzelnen Pflegebedürftigen. Der Bereich der vielfältigen unterschiedlichen Leistungen, die hier erbracht werden sollen, knüpft an die Frage an, die die SPD-Fraktion eingangs stellte, nämlich was denn die Kommunen schon alles machen: die Hilfe zur Pflege, die Altenhilfe, der Fahrdienst, der ÖPNV. Das alles ist ein vielfältiges Spektrum. Das lässt sich in den Pflegestützpunkt nicht einbinden, weil die Entscheidung jeweils beim Leistungsträger bleiben muss und das Gleiche für die SGB-XI-Leistungen der Pflegekassen gilt. Insofern wird es hier bei den bestehenden Strukturen bleiben müssen. Die werden schlecht verknüpft werden können, ohne dass es wieder zu einer Mischverwaltung kommt.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Zusatzfrage an den Vertreter der Pflegekassen. Ich habe bisher immer geglaubt, soweit man das aus dem Gesetz erkennen konnte, dass in dem Stützpunkt Vertreter einer Pflegekasse sitzen, um dort zu beraten. Jetzt hat aber Frau Ministerin Schmidt am letzten Mittwoch bei der Regierungsbefragung auf eine Frage der Kollegin Scharfenberg, der es um die Neutralität und Unabhängigkeit dieser Beratung ging, folgende Antwort gegeben. Diese möchte ich Ihnen mit der Frage vorhalten, ob das mit Ihnen so vereinbart worden ist bzw. ob das so kommen soll. Die Ministerin sagte:

Oft wird behauptet, dass die Menschen, die die Beratung ausüben, deswegen nicht unabhängig seien, weil die Pflegekassen auch die Pflegeberatung finanzieren sollen. Doch wir haben eine Konstruktion, dass man nicht von einer einzelnen Pflegekasse bezahlt wird, sondern die Pflegekassen als Ganzes die Finanzierung der Pflegeberatung, das Fallmanagement, übernehmen.

Trifft das so zu, ist das mit Ihnen abgesprochen, oder gibt es einen Pflegekassenberaterfonds? Wie soll man sich das vorstellen?

SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Das ist mit uns garantiert nicht abgesprochen worden. Das kann ich ganz deutlich von uns weisen. Vorgeesehen ist, dass die Pflegeberatung insgesamt - das hat Herr Kukla heute Vormittag schon im Zusammenhang mit einer anderen Frage ausgeführt - über das Leistungskonto der Pflegeversicherung ausgeglichen werden soll, mit der entsprechenden Anrechnung in Bezug auf die Krankenkassen. Ich könnte mir bei dieser Frage etwas anderes eher vorstellen, nämlich die Beauftragung, die auch von Professor Thüsing schon einmal angesprochen worden ist. Der Hintergedanke ist, dass nicht alle Kassen am Ort, also dort, wo der Pflegestützpunkt etabliert ist, vertreten sind. Dann sieht das Gesetz eine Art Beauftragung im Sinne des SGB X vor. Das allerdings halten wir für undurchführbar. Ich könnte mir keine Kasse vorstellen, die so etwas in Auftrag gibt. Herr Dr. Reichelt hat zu Recht heute Morgen darauf hingewiesen, dass wir uns insgesamt auch in diesem Feld ein ganzes Stück im Wettbewerb bewegen. Ob eine Krankenkasse oder eine Pflegekasse gut beraten ist, jemand anderem einen Auftrag nach SGB X zu erteilen, halte ich für sehr fraglich.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage an den Vertreter des Verbands der privaten Krankenversicherung. Bei Ihnen besteht eine andere Situation, weil die bei Ihnen Versicherten in einem privatrechtlichen Verhältnis zu Ihnen stehen. Gleichwohl wird aber in dem

Gesetzentwurf geregelt, dass auch diese Bürger Anspruch haben sollen, in diesen Pflegestützpunkten beraten und betreut zu werden. Das hat zur Folge, dass sie dafür bezahlen sollen, sei es pauschal oder im Einzelfall; das sei jetzt einmal dahingestellt. Da dies aber ein Eingriff in das privatrechtliche Verhältnis ist, möchte ich Sie bitten, aus Ihrer Sicht darzulegen, wie Sie das sehen, einerseits rechtlich, andererseits aber auch praktisch, und wie Sie damit umgehen würden, wenn diese Regelung Gesetz würde.

SV Andreas Besche (Verband der privaten Krankenversicherung e. V.): Wir teilen Ihre Einschätzung, Herr Lanfermann. Auch wir sehen uns im Augenblick durch das Gesetz nicht verpflichtet, die Beratungsleistung der Pflegekassen in den Stützpunkten in Anspruch zu nehmen. Ich glaube, Herr Professor Thüsing hat das in seinen Ausführungen, auch wenn er im Einzelnen nicht darauf eingegangen ist - das findet sich in der Stellungnahme, wie ich eben gelesen habe -, bestätigt. Auch andere Verfassungsrechtler haben uns in diesem Sinne beraten. Wir sind der Meinung, dass wir als private Versicherungsträger aufgefordert sind - die private Pflegepflichtversicherung ist nun einmal ein eigenes System neben dem der sozialen Pflegeversicherung -, den Anspruch unserer Versicherten, wenn er denn kommt, nach § 7 a auf Pflegeberatung, der sich auch im § 28 findet, einzulösen. Wir wollen das durch ein eigenes Pflegeberatungskonzept tun. Wir können uns schlichtweg nicht vorstellen, dass Mitarbeiter der Pflegekassen, ohne deren Qualifikation in Abrede stellen zu wollen - Herr Schiffer hat eben angedeutet, dass hier der Wettbewerb eine noch stärkere Rolle spielt als bei den Kassen untereinander -, diese Beratungsleistung für uns erbringen. Wir wollen aber auf jeden Fall eine hochwertige, am besten sogar eine noch höherwertige Leistung für unsere Versicherten in diesem Bereich erbringen, die unbedingt neutral sein soll. Wir haben inzwischen Konzepte erarbeitet, die, wenn das Ganze so kommt, umgesetzt werden. Eine neutrale, unabhängige, qualifizierte, zeitnahe, aufsuchende und umfassende Beratung stellen wir uns vor. Wir wollen dabei auch Erfahrungen aus dem

Bereich des Care- und Case-Managements nutzen. Wir werden das Ganze sicher spätestens zum 1. Januar 2009 umsetzen.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Ich habe - anschließend an Herrn Scharf - folgende Fragen: Über welche Leistung kann die Pflegeberaterin oder Pflegeberater selbst entscheiden? Welche Befugnis haben die Pflegeberater in den Verfahren der Leistungsbewilligung durch die Krankenkassen oder Sozialhilfeträger? Anders herum: Welche Folgen hat die Ablehnung eines aufgestellten Versorgungsplanes durch die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen? Ich würde gerne die Pflegekassen, die Krankenkassen, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege fragen.

SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband): Ich glaube, eines ist ganz wichtig. Ich habe heute im Laufe des Tages schon einmal darauf hingewiesen, dass das Angebot tatsächlich aus einer Hand sein muss. Das betrifft das Problem, das Sie mit Ihrer Frage gerade angesprochen haben. Das lässt sich nicht dadurch auflösen, dass man das trennt. Es muss in einer Hand sein. Das muss nicht administrativ von einer Person durchgeführt werden; aber das Ganze muss nachhaltig abgestimmt sein. Das können wir sicherstellen, indem das bei den Pflegekassen angesiedelt wird.

Man muss sich einmal vorstellen, um ganz praktisch zu werden, was es hieße, wenn man das anders machen würde. In der Tat müsste dann derjenige, der die Pflegeberatung wünscht, mehrere Stellen anlaufen; denn er hätte im Pflegestützpunkt die Beratung anzunehmen und müsste anschließend natürlich noch das gesamte Verfahren der Antragstellung und Bewilligung bei den Pflegekassen weiterhin auf sich nehmen. Dann treten genau diese Probleme auf. Deshalb sind wir nachdrücklich dafür, das in einer Hand zu belassen und über die Pflegekassen zu steuern.

Ich kann nur wiederholen: Die Idee, dass dadurch eine unabhängige Beratung nicht möglich sei, halte ich schon deswegen für abwegig, weil in der Tat die Pflegekassen ein nachhaltiges Interesse daran haben müssen, dass eine qualitativ gute Beratung stattfindet. Warum ist das so? Es ist tatsächlich der Wettbewerb, und ich halte in diesem Punkt den Wettbewerb für enorm wichtig, weil er dazu beiträgt, dass sich niemand aus seiner Verantwortung stehlen wird; er wird vielmehr dafür sorgen, dass eine vernünftige Beratung verknüpft mit einem qualitativ guten Pflegeangebot stattfindet.

SVe Dr. Irene Vorholz (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Der Berater ist den Pflegekassen nach dem SGB XI zugehörig und kann deswegen auch nur über SGB-XI-Leistungen entscheiden. Das muss man so deutlich sagen. Er kann nicht in die Sozialhilfeleistungen „hineinregieren“ und über SGB-XII-Leistungen entscheiden. So ist nun einmal unser System. Wir haben zwei Leistungsträger. Das Prinzip der eigenverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung - auch das ist Teil des Karlsruher Urteils - besagt eben: Jeder muss über seine Leistungen selbst entscheiden können. Deswegen kann es da kein Hinüberschwappen geben. Sofern der individuelle Versorgungsplan vom Pflegeberater aufgestellt ist und dieser etwas aus dem Bereich der Sozialhilfe umfasst, ist das ein Problem. Er kann dann insofern nicht verbindlich sein, als er wieder in einen anderen Bereich hinüberreicht, der von ihm nicht zu verantworten ist. Deswegen gilt auch hier das Gebot der Verantwortungsklarheit: Über das SGB XI entscheiden die Pflegekassen, über das SGB XII die Sozialhilfeträger.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege): Für uns ist es unabdingbar, dass Beratung und Leistungsentscheidung strikt voneinander getrennt bleiben. Das heißt, der Case-Manager muss zwar umfassende Kompetenz besitzen, und zwar von der Analyse des Hilfebedarfs bis zur Erschließung von Hilfebedarf einschließlich der Aufstellung eines auch individuellen Ver-

sorgungsplans und der Umsetzung des Versorgungsplans, er darf aber über keine Leistungen entscheiden, und zwar weder im SGB-XI-Bereich noch im Bereich des SGB XII oder SGB V. Er hat durchaus umfassende Beratungskompetenzen; aber seine Kompetenzen enden bei der Beratung.

Es ist wichtig, dass bei der Aufstellung des Versorgungsplans Einvernehmen mit dem betroffenen Versicherten und seinen Angehörigen hergestellt wird, damit der Versicherte auch die Möglichkeit hat, empfohlene Leistungen abzulehnen, wenn er keinen Bedarf sieht. Insofern muss die Ablehnung des Angebots, wonach Sie, Herr Lanfermann, gefragt haben, im Sinne der Wahlfreiheit und Autonomie der Betroffenen jederzeit gewährleistet sein. Noch einmal zusammengefasst: Beratung und Leistungsentscheidung dürfen nicht in einer Hand liegen. In dieser Hinsicht ist der Gesetzentwurf aus unserer Sicht zu präzisieren.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Ich habe eine Frage zu dem Komplex Pflegezeit und kurzzeitige Arbeitsverhinderung. Ich selbst habe als Angehöriger eines Pflegebedürftigen, aber auch als Vorgesetzter/Arbeitgeber erlebt, welch ein Aufwand es ist, das richtige Pflegeheim zu finden und sich mit diesem Komplex zu beschäftigen. Gleichwohl weiß ich, dass zu starre Vorgaben und zu rigide gesetzliche Regelungen häufig für Arbeitgeber ein Hemmnis sein können, Arbeitnehmer einzustellen. Deshalb möchte ich gerne die Vertreter des BDA und des ZDH fragen, ob sie durch einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegezeit und Pflegeurlaub auch in diesem Bereich Einstellungs- und Beschäftigungschancen gerade von Frauen und älteren Arbeitnehmern gefährdet sehen. Die zweite Frage lautet: Gibt es Alternativen, um dem Wunsch gerecht zu werden, die Angehörigen von Pflegebedürftigen besser zu unterstützen, wenn sie für ihre Pflegebedürftigen die passenden Angebote suchen, ohne dass man gleich starre gesetzliche Vorgaben macht?

SVe **Kerstin Bordt** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V.): Wir sehen durchaus nachteilige Auswirkungen, die ein gesetzlicher Pflegezeitanspruch hervorrufen kann. Es gibt derzeit bereits zahlreiche Lösungen auf betrieblicher Ebene. Es gibt Tarifverträge, die Freistellungen vorsehen, zum Teil auch bezahlte Freistellungen für den Fall, dass pflegebedürftige Angehörige zu pflegen sind. Es gibt Lösungen auf betrieblicher Ebene durch Betriebsvereinbarungen. Es gibt individuelle Lösungen, die man vor allem bei kleineren Betrieben antrifft, die ganz besonders auf die Mithilfe jedes einzelnen Arbeitnehmers angewiesen sind.

Wenn ein gesetzlicher Anspruch eingeführt wird, dann sehen wir die Gefahr, dass die Vielzahl der freiwilligen Lösungen, die bisher in der Praxis gefunden wurden, abnimmt und dass der Wille, solche Lösungen zu finden, nicht mehr vorhanden sein wird. Es besteht die Gefahr, dass dann allein die gesetzliche Lösung - eine Freistellung von einem halben Jahr, wie hier vorgesehen - die Regel wird und dass das Maximum ist, was in der Praxis anzutreffen ist. Es ist zu befürchten, dass darüber hinaus keine Wege gefunden werden, um das Problem zu lösen.

Es zeigt sich, dass aufgrund der Dauer der Pflege - derzeit liegt die durchschnittliche Pflegezeit bei 8,2 Jahren - Lösungen auf Dauer notwendig sind. Solche aber wären mit dem vorgesehenen Pflegezeitanspruch nicht erreichbar.

Also sind die Arbeitgeber gefordert, mit den Arbeitnehmern Lösungen zu finden. Sie sind darauf angewiesen, um ihre Fachkräfte zu behalten. Solche Lösungen werden derzeit in der Praxis erarbeitet. Es gibt immer mehr davon. Wir sehen diese Lösungen gefährdet, wenn ein gesetzlicher Anspruch eingeführt wird.

SV **Jan Dannenbring** (Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V.): Ich kann mich den Ausführungen meiner Vorrednerin weitestgehend anschließen. Gerade kleine und mittlere Unternehmen leiden bereits heute sehr stark unter der zunehmenden Verrechtlichung

von Arbeitsverhältnissen. Diese Tendenz wird durch das vorgesehene Pflegezeitgesetz noch einmal verstärkt.

Schematische Lösungen, die vom Gesetzgeber vorgegeben werden, sind für kleine und mittlere Unternehmen nicht der richtige Weg, um das Problem der Pflege zu lösen. Vielmehr sind freiwillige Vereinbarungen innerhalb des Betriebes vorzuziehen. Gerade in kleinen Betrieben gibt es ein sehr direktes Miteinander von Betriebsinhaber und Mitarbeitern. Hier sind freiwillige Lösungen besser als schematische gesetzliche Verpflichtungen.

Insofern plädieren wir dafür, dass die im Arbeitsrecht bestehenden Flexibilisierungsmöglichkeiten wie Telearbeit, Heimarbeit oder flexible Arbeitszeitmodelle genutzt werden, um gerade für Beschäftigte in kleineren und mittleren Betrieben das Problem der Pflege zu lösen.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): In der Pflegereform ist auch die Erweiterung der Tätigkeitsmöglichkeiten einer Pflegekraft vorgesehen. Mit der Neuregelung zu den Modellvorhaben - das ist der neue Abs. 3 c des § 63 des SGB V - und den Änderungen des Krankenpflege- und des Altenpflegegesetzes zielt die Bundesregierung auf eine Erweiterung der Leistungserbringerseite. Deshalb frage ich den VdAK und vor allem die Bundesärztekammer: Wie würde sich ein direkter Zugang des Patienten zu neuen nichtärztlichen Leistungserbringern voraussichtlich auf Wirtschaftlichkeit und Effizienz im GKV-System auswirken?

SV **Thomas Ballast** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Die Regelung des neuen Abs. 3 c des § 63 SGB V hat zwei Aspekte. Die eine Frage ist: Wie kann man in Bereichen, in denen es Schwierigkeiten gibt, die ärztliche Versorgung sicherzustellen, möglicherweise durch Rückgriff auf qualifizierte Fachkräfte mit medizinisch-pflegerischer Ausbildung die ärztliche Versorgung sicherstellen? Die andere Frage ist: Ist es notwendig, eine

neue Leistungserbringergruppe, die Krankenpflegekräfte, zu schaffen?

Wir halten es für richtig, dass man sich Gedanken über die Frage macht: Wie kann man die Ärzte gerade in den neuen Bundesländern, wo es zum Teil Schwierigkeiten gibt, Praxen nachzubeseetzen, entlasten und ihr Leistungsspektrum durch entsprechend qualifizierte Kräfte ergänzen? Nicht für notwendig erachten wir die Schaffung einer neuen Leistungserbringergruppe. Wir befürchten, dass es dadurch letztlich zu nicht kontrollierbaren neuen Ausgaben kommt.

Insgesamt sind wir also der Meinung: Wir müssen uns mit dem Thema der Einbeziehung von pflegerischen Kräften in die ärztliche Versorgung auseinandersetzen; aber wir benötigen diese Neuregelung zu den Modellversuchen nicht.

SVe **Dr. Cornelia Goesmann** (Bundesärztekammer): Wir sind Modellversuchen gegenüber durchaus aufgeschlossen. Wir meinen, dass man überprüfen sollte, welche Möglichkeiten der Delegation von Leistungen an andere Berufsgruppen in Betracht kommen, aber ohne völligen Übergang in den Verantwortungsbereich dieser anderen Berufsgruppen. Wenn Leistungen delegiert werden, bleiben sie weiterhin unter der rechtlichen Aufsicht und der Verantwortung der Ärzteschaft. Wenn auch die Verantwortung für solche Leistungen übergeht, hat das haftungsrechtliche Konsequenzen für die anderen Berufsgruppen.

Wir wünschen uns zunächst einmal Modellversuche, bei denen die Delegierbarkeit von ärztlichen Leistungen überprüft wird, um Ärzte zu entlasten und andere Berufsgruppen im Sinne auch von Kooperation im Gesundheitswesen zu unterstützen. Das ist auch das, was wir mit unseren eigenen Modellversuchen, die derzeit schon durchgeführt werden, im Sinne der Versorgungsforschung anregen und unterstützen möchten. Also: Modellvorhaben - ja, aber im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe noch eine Frage an die Vertreter der Pflegekassen und der Krankenkassen - das können sie vielleicht auch gemeinsam beantworten -, an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, den Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege und den bpa.

Nach Angaben im Gesetzentwurf sollen bei der anteiligen Kostenübernahme keine Mehrkosten entstehen und soll die Pflegeberatung ab 2008 zunächst 30 Millionen Euro, dann 110 Millionen Euro und in den folgenden Jahren 290 Millionen Euro kosten. Man geht davon aus, dass etwa 1 Million Personen diese Beratung in Anspruch nehmen. Die Frage ist nun ganz einfach die: Wie hoch sind die notwendigen Aufwendungen nach Ihrer Schätzung? Trifft es aus Ihrer Sicht zu, dass keine Mehrkosten entstehen? Halten Sie die Zahl von 1 Million Personen für realistisch, oder von welcher Zahl würden Sie ausgehen?

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Die Antwort muss knapp sein; es sind nur noch anderthalb Minuten.

SV **Thomas Ballast** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Ich kann es wirklich kurz machen. Wir wissen, dass nach dem Gesetzentwurf 290 Millionen Euro vorgesehen sind. Die Frage, ob das ausreicht, können wir heute nicht konkret beantworten. Wir fürchten allerdings, dass insgesamt eher mit höheren Kosten zu rechnen sein wird.

Sve **Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Auch wir rechnen eigentlich mit höheren Kosten, ohne das im Detail quantifizieren zu können. Wenn man einen Pflegestützpunkt und insbesondere die Beratung vernünftig betreiben will, dann kostet das etwas. Je nachdem, wie die Strukturen vor Ort sind, was man einbeziehen kann, was neu aufgebaut werden muss, wie die Personenkreise beschaffen sind, was alles einzu-

beziehen ist, fallen die Kosten unterschiedlich hoch aus.

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Wir haben einmal vorsichtig geschätzt und sind davon ausgegangen, dass es pro Jahr ungefähr 1,3 Millionen MDK-Begutachtungen gibt. Der Versorgungsplan knüpft an die MDK-Begutachtungen an. Wir haben dann hochgerechnet, dass die Arbeitgeberbruttokosten inklusive der Verwaltungskosten ungefähr bei 65 000 Euro pro Mitarbeiter und Jahr liegen. 13 000 Pflegebegleiter werden benötigt. Nach dieser Rechnung kommen wir auf 845 Millionen Euro für die Pflegebegleiter.

Wenn diese Zahlen zutreffend sind, gibt es zwei Probleme. Einmal wissen wir nicht genau, woher die 13 000 examinierten Pflegefachkräfte als Pflegebegleiter kommen sollen. Wir befürchten ein wenig, dass sie den Pflegeeinrichtungen entzogen werden und damit die Versorgung der Pflegebedürftigen durch die hierfür dringend erforderlichen examinierten Pflegefachkräfte problematisch wird. Zum anderen sind wir der Auffassung, dass diese Versorgung, wie vorhin schon ausgeführt, durch Unterstützung der bestehenden Beratungseinrichtungen deutlich günstiger erbracht werden könnte.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur Fragerunde der Fraktion Die Linke.

Die Zeit ist aber schon überschritten. Ich unterbreche ungern bei den Antworten. Dann hätten Sie bei den etwas längeren Ausführungen gerade „Stopp!“ sagen müssen.

Abg. **Dr. Ija Seifert** (DIE LINKE): Ich frage nach dem Pflegebegriff. Das richtet sich an Herrn Kaffenberger vom VdK, Frau Bartz vom Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen, die Vertreterin der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten

sowie die Einzelsachverständigen Herrn Welti und Herrn Füssek.

Ich habe eine ganze Frage, zwei halbe Fragen und zwei Vorbemerkungen.

Die erste Vorbemerkung. Die Frau Ministerin hat am vergangenen Mittwoch in der Befragung der Bundesregierung erwähnt, dass bereits die ersten Gutachten zur Veränderung des Pflegebegriffs vorlägen, die Ende des Jahres der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden soll. Sollte sich einer derjenigen, die diese Gutachten geschrieben haben, hier outen können, wäre das sehr schön. Mich würde schon interessieren, in welche Richtung der Pflegebegriff geändert werden soll. Ich befürchte allerdings, dass die Betroffenen im Panzerschrank schlafen müssen, weil das noch so geheim ist.

Zweite Vorbemerkung. Ich will gar nicht so tun, als ob ich es für richtig hielte, dass die Pflegeversicherung geändert wird und erst anschließend der Pflegebegriff neu definiert werden soll. Deswegen frage ich die genannten Organisationen bzw. Personen: Wie müsste ein solcher Begriff eigentlich definiert werden?

Die zweite halbe Frage ist: Brauchen wir eigentlich einen Pflegebegriff oder einen Pflegebedürftigkeitsbegriff? Geht es also um die Bedürftigkeit nach Sozialhilfekriterien, oder geht es um die Pflege, die verrichtet werden soll?

SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Herr Seifert, das ist eine sehr umfangreiche Frage, die natürlich ganz viele Implikationen hat.

Ich möchte kurz berichten: Ich bin auch Mitglied im Beirat für die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dort ist in der letzten Sitzung ein erster Entwurf eines Assessments vorgestellt worden. Das ist eigentlich ein ganz guter Aufschlag gewesen. Es geht tatsächlich darum, alle Lebensbereiche abzudecken und eine umfassende Erfassung des Versorgungs-, Pflege- und auch Teilhabebedarfs zu ermöglichen. Das ist schon einmal positiv.

Viel weniger weit ist man im Beirat und insgesamt mit der Erarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der Begriff ist noch kaum konturiert. Er hat natürlich sehr viele Implikationen und steuert letztlich den Zugang zu Leistungen. Insofern wird es dabei hoch kontrovers zugehen.

Wir sind der Auffassung, dass eine umfassende Abdeckung des Teilhabebedarfs notwendig ist. Das heißt nicht unbedingt, dass alle Leistungen sozusagen schon im Pflegebegriff angelegt sein müssen. Aber der Bedarf muss zumindest umfassend festgestellt und bestimmten Leistungsträgern zugeordnet werden; ich nenne die Stichworte Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe.

Sie haben gefragt, was wirklich notwendig ist. Dazu darf ich kurz erläutern. - Was heißt eigentlich „teilhabeorientierte Pflege“? Das Problem heute ist, dass die Pflege viel zu sehr auf „satt und sauber“ ausgerichtet ist - das steht im Fokus; aber selbst das wird zum Teil nicht gewährleistet -, aber die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, soziale Aspekte und psychosoziale Aspekte in der Praxis zu kurz kommen. Aus unserer Beratung wissen wir jedoch, dass das Dinge sind, an denen den Menschen am meisten liegt. Sie sagen: Im Pflegeheim erleben wir einen grauen Pflegealltag. Es gibt nur ganz wenige Mosaiksteinchen von Betreuung. - Im Sinne von würdevoller Pflege, im Sinne von Pflege, die eine Teilhabe ermöglicht, bei der das soziale Leben weiterhin aufrechterhalten wird, ist das natürlich nicht ausreichend.

SVe Elke Bartz (Form selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Ich sehe es nach wie vor als problematisch an, dass wir über Leistungen der Pflegeversicherung diskutieren, ohne zu wissen: Wie wird der Pflegebedarf- oder der Pflegebedürftigkeitsbegriff in Zukunft aussehen, und wie viele Personen sind letzten Endes leistungsberechtigt? Die Mittel sind gedeckelt und müssen entsprechend den Kriterien auf vielleicht 100 000, 200 000 oder 300 000 Personen verteilt werden. Man muss doch wissen, wie viel letztlich übrig bleibt. Ich

muss mich also wirklich wundern, dass erst die Reform der Pflegeversicherung kommt und dann der Pflegebedürftigkeitsbegriff geklärt wird.

Ich sehe es als sehr problematisch an, dass der Gedanke des SGB IX hierbei leider überhaupt keine Rolle spielt. Aus unserer Sicht ist es außerordentlich wichtig, dass die Pflegeversicherung in den Kreis der Rehaträger aufgenommen wird und entsprechenden Vergaben des SGB IX nachkommen muss. Ich nenne hier nur § 9 SGB IX und § 14 SGB IX. Die Pflegeversicherung muss endlich zur Zusammenarbeit mit anderen Rehaträgern gezwungen werden.

Das betrifft auch die Pflegestützpunkte. Es gibt verschiedene Bereiche, die wieder zusammengeführt müssen, aber strikt getrennt werden. Bei SGB-XII-Leistungen geht es bei den beabsichtigten Pflegestützpunkten eigentlich nur um ergänzende Hilfe zur Pflege; mit Sicherheit ist da keine Eingliederungshilfe gemeint.

Es besteht eine große Problematik bezüglich der Leistungsberechtigung: Zunächst einmal muss klargestellt werden, wer letzten Endes überhaupt leistungsberechtigt ist. Wenn das geschehen ist, können wir weiterfragen: Beschränkt sich das auf Menschen mit rein somatischen Beschwerden? Dann müssten Menschen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen außen vor bleiben. Man erweitert Gott sei Dank den Leistungskatalog oder die Möglichkeit, Leistungen zu beziehen; aber die Frage ist dann: Wo hört Teilhabe auf?

Es gibt noch viele ungeklärte Fragen. Als jemand, der schon jetzt berechtigt ist, Leistungen aus der Pflegeversicherung zu beziehen, sehe ich keine Überwindung der einzelnen Strukturen, auch nicht in Form von Zusammenarbeit der einzelnen Rehaträger und der einzelnen Leistungsbereiche.

Sve Astrid Grunewald-Feskorn (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V.): Ich kann mich weitestgehend dem anschließen, was die Vor-

redner gesagt haben. Für uns ist wichtig, dass der Pflegebegriff erweitert wird, eben um den Aspekt der Teilhabe. Uns wird oft entgegengehalten, dass gerade Heimbewohner keine Lust mehr auf Teilhabe haben. Das sehen wir nicht so. Die Erfahrungen zeigen da anderes. Wenn Aspekte der Menschenwürde mit in den Pflegebegriff eingehen würden, wäre das sehr erfreulich.

Die Ratlosigkeit, was die Reihenfolge der Regelungen angeht - erst werden die Leistungen definiert, und dann soll über den Pflegebegriff geredet werden -, teilen wir; den Fragezeichen, die dazu angebracht worden sind, schließen wir uns an.

SV Prof. Dr. Felix Welti: Das Recht kann sich nicht völlig autonom entwickeln, auch nicht in der Pflegeversicherung. Die Pflegeversicherung - SGB XI - verspricht, den Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu rezipieren, das heißt, sich nicht losgelöst von dem zu entwickeln, was in der Fachwelt unter dem Begriff der Pflegebedürftigkeit und der Pflege verstanden wird. Dementsprechend ist es überfällig, dass die Pflegeversicherung diesem Versprechen nachkommt.

Es ist ein Geburtsfehler der 1994er Reform gewesen, dass man meinte, man könne die knappen Mittel nur verteilen, indem man einen restringierten Begriff von Pflegebedürftigkeit schafft. Dadurch ist das Problem entstanden, dass die knappen Mittel - das wissen wir alle inzwischen - ungerecht verteilt werden. Geistig und seelisch Behinderte sowie Demenzkranke werden durch diesen Pflegebedürftigkeitsbegriff ausgegrenzt.

Wenn es gilt, knappe Mittel zu verteilen - Sie entscheiden ja, ein wie hoher Beitrag erhoben werden soll -, kann festgelegt werden: Es sollen diejenigen Leistungen erhalten, die den tatsächlich höheren Pflegebedarf haben. - Daran muss sich ein Instrument orientieren, das den Pflegebedarf in einer gerechten und letztlich auch verfassungsrechtlich akzeptablen Weise misst. Hier ist das Recht gefordert. Es gilt, den aktuellen Stand der Pflege- und Reha-

bilitationswissenschaft so schnell wie möglich zu rezipieren. Wir wären gut beraten, das schon in den Beratungen dieser Reform stärker zu berücksichtigen.

Pflegebedarf muss vom Pflegebedürftigen her gedacht werden. Pflege selbst muss von den Pflegeberufen her gedacht werden. Herr Seifert, es ist richtig, finde ich, zu sagen: Diese beiden Dinge müssen auseinandergehalten werden. Von beiden brauchen wir einen klaren Begriff im Recht.

SV Claus Fussek: Nach der langen Zeit ist es für mich nun ein bisschen schwierig. Ich arbeite übrigens seit 25 oder fast 30 Jahren an der Basis und kann diese Diskussion nur schwer nachvollziehen.

Die Debatte über den Pflegebegriff fasziniert mich, aber negativ. Ich kenne niemanden, der gegen einen neuen Pflegebegriff ist, der gegen eine sofortige Veränderung ist. - Nebenbei gesagt: In Bayern wurde bereits ein neuer Begriff entwickelt. In einer Bundestagsnotiz war zu lesen, dass dieser Begriff zur Unzeit entstanden ist.

Für mich stellt sich die Frage: Warum geschieht das erst so spät, da wir doch eigentlich kein Erkenntnisproblem haben? Gibt es irgendwelche taktischen Überlegungen? Solche könnte ich nicht nachvollziehen. Ich kenne keine Gegner von guter Pflege. Ich kenne niemanden, der für schlechte Pflege ist. Das fasziniert mich immer wieder. Wir führen eine absurde Diskussion. Man muss doch konsequent sein. Eine Pflegeversicherungsreform ohne einen umfassenden Pflegebegriff, den alle wollen, den alle befürworten, und zwar schon seit über 10 oder 15 Jahren - man schaue einmal in die Literatur -, das kann nicht sein.

Noch etwas aus der Praxis heraus. Es muss letzten Endes einmal die Wahrheit gesagt werden: Die Pflegestufen gehören abgeschafft, schlicht und einfach abgeschafft. Ich kenne niemanden, der nach Minuten bemessen werden will oder nach Minuten bemessen

zur Toilette gehen will. Man stelle sich einmal vor, wir hätten hier genau abgezählt, wie viele Abgeordnete da sind, wie oft jemand zur Toilette geht, ob er sein Kontingent schon ausgeschöpft hat usw. Das ist absurd und weltfremd. Die Pflegestufen gehören abgeschafft!

Hinzu kommt - auch das ist, glaube ich, Konsens -: Niemand, der einen gesunden Menschenverstand hat, kann die Fließbandpflege befürworten. Eine Pflegefachkraft will nicht nach Minuten pflegen. Sie hat das nicht gelernt. Sie will umfassend pflegen. Sie will nach dem individuellen Bedarf pflegen. Hier ist eine gesamtgesellschaftliche Diskussion gefragt. Da muss man den Fokus ein bisschen erweitern. Kein Mensch will in ein Pflegeheim. Kein Mensch will in ein Doppelzimmer. Kein Mensch will in Windeln gelegt werden. Jeder will zur Toilette gehen. Jeder will in Ruhe essen und trinken. - Das System ist irgendwie verrückt.

Ich komme zu einer Forderung, die vielleicht schon fast revolutionär ist. Es sollte darüber nachgedacht werden - aufgrund der Diskussion haben wir es doch gemerkt -, inwieweit die Pflegeversicherung und die Krankenversicherung zusammengelegt werden müssen. Ich verweise auf die Abgrenzungsdiskussion, die wir im Zusammenhang mit den Pflegestützpunkten erleben. Jeder ist dafür. Jeder ist für Beratung. Jeder ist für optimale Pflege. Aber es funktioniert nicht. Da muss doch die Frage erlaubt sein: Warum funktioniert es nicht? Wo sind die Bedenken-träger? Wo liegen die Probleme?

Aus meiner Praxis kann ich nur sagen: Dort, wo alle, die in der Pflege tätig sind, ihrer persönlichen und gesetzlichen Verantwortung nachkommen, funktioniert es. Dort brauchen wir keine neuen Modelle, keine neuen Projekte. Wenn eine Gemeinde ihrer Verantwortung nachkommt, wenn eine Pflege- oder Krankenkasse ihrer Verantwortung nachkommt, wenn die Menschen, die vor Ort arbeiten, ihrer Verantwortung nachkommen, dann funktioniert es. Das sollte man anstreben, und zwar sehr dringend.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Meine Fragen richten sich an die Volkssolidarität, Herrn Spieler, und an die BAG Selbsthilfe, Herrn Danner. - Ich vermute, dass Sie das ähnlich sehen wie die Vorredner in der letzten Frageunde. Deshalb gehe ich mit meinen Fragen einen Schritt weiter: Wie beurteilen Sie die von der Regierung geplanten Leistungsausweitungen? Entsprechen die Pläne der Bundesregierung dem, was aus Ihrer Sicht erforderlich ist? Wie beurteilen Sie insbesondere die Dynamisierung? Ein besonderer Aspekt interessiert mich noch: Wie bewerten Sie die Tatsache, dass im Bereich der stationären Pflege in den Stufen I und II quasi überhaupt nichts geschieht? - Dazu erbitte ich Ihre Antworten.

SV **Dr. Alfred Spieler** (Volkssolidarität - Bundesverband e. V.): Die Volkssolidarität begrüßt die Leistungsausweitungen. Allerdings fiel heute schon der Begriff der Interimslösungen. Dass es solche Lösungen sind, kann ich nur bestätigen.

In vielerlei Hinsicht ist es bedauerlich - insofern knüpfe ich an die Ausführungen der Sachverständigen in der vorhergegangenen Fragerunde an -, dass der Pflegebegriff oder Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens geklärt wird, sondern erst im Nachhinein, nach Verabschiedung des Gesetzes, geklärt werden soll.

Wir befürworten die Anhebung der Leistungssätze vor allen Dingen im ambulanten Bereich. Wir bedauern allerdings, dass das Pflegegeld, mit dem auch die Pflegeleistung der Angehörigen gewürdigt werden soll, nur in sehr geringem Umfang steigen soll. Wir stehen kritisch zu der Anhebung der Leistungssätze im stationären Bereich. Wenn das so realisiert wird, wie es jetzt im Gesetzentwurf steht, erfolgt bei 80 Prozent der Pflegebedürftigen im stationären Bereich de facto keine Leistungsverbesserung. Hier bleibt also der Wertverlust seit Einführung der Pflegeversicherung wirksam. Bedauerlich ist auch, dass nicht vorgesehen ist, das Pflegegeld für Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe anzuheben. - Insofern halten wir das für sehr widersprüchlich.

Hinzu kommt die Problematik der Dynamisierung der Leistungssätze. Es ist de facto vorgesehen, mit der Dynamisierung erst zum Jahr 2014 bzw. 2015 einzusetzen. Das ist unseres Erachtens deutlich zu spät. Wir plädieren dafür, nach der Anhebung der Leistungssätze mit der Dynamisierung spätestens im Jahr 2012 zu beginnen und dabei zu berücksichtigen, dass bis dahin ein Wertverlust eintritt, der unbedingt mit Zuschlägen aufgefangen werden muss. - Das ist unser Vorschlag zur Anhebung der Leistungssätze.

Hier ist der Pflegebegriff schon diskutiert worden. Lassen Sie mich dazu abschließend sagen: Dass der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriff im November 2008 eine Empfehlung vorlegen soll, darf unseres Erachtens nicht folgenlos im Gesetz stehen bleiben. Wir regen an, dazu einen Auftrag an die Bundesregierung vorzusehen, damit die Empfehlung zum Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht folgenlos bleibt. Das muss Folgen haben in Bezug auf ein Gesetzgebungsverfahren spätestens im Jahr 2010.

SV **Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Auch wir sehen Klärungsbedarf beim Pflegebedürftigkeitsbegriff; eine teilhabeorientierte Ausgestaltung ist dringend notwendig.

Ich bin etwas darüber enttäuscht, dass die Tragweite des SGB IX im Rahmen der heutigen Anhörung nicht ausreichend zum Ausdruck gebracht wurde. Alle Menschen, die hilfe- und pflegebedürftig sind, sind quasi auch von einer Behinderung betroffen bzw. sind zumindest in der Situation, dass eine Behinderung droht. Insofern muss das Regelungsprogramm des SGB IX natürlich auch im SGB XI umgesetzt werden. Das bedingt natürlich eine Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Das findet sich übrigens auch in einem Grundsatzpapier der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen wieder und sollte aufgegriffen werden.

Dies hat natürlich gravierende Auswirkungen auf die Finanzierungsfrage. Insofern ist es schlichtweg unlogisch, im Rahmen dieser Reform Beitragssatzsteigerungen zu diskutieren, aber den Basisbegriff der Pflegebedürftigkeit nicht zu klären.

Auch die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker ist nicht zum Nulltarif zu haben. Diese Verbesserung ist, wie von verschiedenen Seiten heute schon dargelegt wurde, gut und wichtig.

Die Pflegestützpunkte sind, wenn sie in unabhängiger Trägerschaft geschaffen werden, ebenfalls zu finanzieren. Das muss einkalkuliert werden, wenn es um die künftige Finanzierung der Pflegeversicherung geht.

Auch die Problematik der Dynamisierung wurde schon angesprochen. Aus unserer Sicht muss das unmittelbar angegangen werden und darf nicht auf die Zeit nach 2014 vertagt werden.

Insofern muss man sich schon fragen, ob die Reformüberlegungen bei der Finanzierung der Pflegeversicherung im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs hinreichend durchdacht sind. Ich meine das nicht in dem Sinne, dass man fragen sollte, ob wir uns das alles leisten können. Meines Erachtens ist es Aufgabe der Politik, der Situation Rechnung zu tragen, dass wir infolge der Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung künftig weitaus mehr in die Pflege investieren müssen, als wir das bislang getan haben. Diese Grundsituation darf man nicht aus dem Auge verlieren. Es geht nicht an, die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nachzuschieben und es jetzt erst einmal mit einer geringfügigen Anhebung des Beitragssatzes zu versuchen. Ich würde mir wünschen, dass man die Finanzierungsprobleme mit offenem Visier angeht und eine mittel- und langfristige Planung auch für diesen Versicherungsweig ins Auge fasst.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE): Bezugnehmend auf die bereits gegebenen Antworten möchte ich Frau Bartz und Herrn Welti noch nach den konkreten Lebensbedingungen au-

ßerhalb stationärer Einrichtungen fragen, danach, wie die Pflegeversicherung da wirkt und in welche Richtung sie entwickelt werden sollte. Ich denke an die Situation, dass man beispielsweise bei Pflegebedarf mit Assistenz ins Ausland reisen möchte oder ins Krankenhaus muss. Mir geht es darum, zu erfahren, was sich ändern muss, damit so etwas möglich wird.

Wenn ich Sie, Frau Bartz, richtig verstanden habe - bestätigen Sie mir es bitte noch einmal oder widersprechen Sie -, wollen Sie genauso wie wir von der Fraktion Die Linke in unserem Antrag, dass die Pflegeversicherung als Rehaträger im SGB IX benannt wird, damit dem SGB IX ein bisschen mehr Gewicht zukommt.

SVe **Elke Bartz** (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Ich sehe es, wie vorhin schon mehrfach gesagt, als notwendig an, die Pflegeversicherung auch als Rehaträger zu benennen. Warum sie das nicht will, ist ganz klar: So hat sie vermeintlich einen Sonderstatus inne und muss nicht notwendigerweise mit Rehaträgern kooperieren.

Bei einem Auslandsaufenthalt und bei einem Krankenhausaufenthalt wird ja im Moment das Pflegegeld noch vier Wochen weiter gezahlt. Wenn also ein Krankenhausaufenthalt bis zu vier Wochen dauert, ist es durchaus möglich, die Assistenz mit ins Krankenhaus zu nehmen. Wer jedoch Pflegeleistungen bezieht, steht vor dem großen Problem, dass die Leistungen vom ersten Tag an eingestellt werden, weil das Krankenhaus vermeintlich auch die Pflege sicherstellt. Bezüglich des Versorgungsauftrags der Krankenhäuser steht im SGB V aber ganz deutlich, dass nur die medizinisch notwendige Pflege und nicht die behinderungsbedingte Pflege gesichert werden muss. Vor diesem Hintergrund haben wir eine Rechtsexpertise erstellen lassen, die das sehr deutlich belegt. Sie ist Teil einer Kampagne unter dem Motto „Ich muss ins Krankenhaus ... und nun?“, die wir durchgeführt haben.

Weiterhin haben Menschen mit Behinderungen, die im Rahmen eines Studiums entweder ein Auslandssemester oder ein Aus-

landspraktikum machen möchten, um hinterher überhaupt Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu haben, große Probleme, Pflegeversicherungsleistungen ins Ausland zu transferieren, insbesondere wenn der Auslandsaufenthalt ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder noch länger dauert. Wir plädieren deshalb dafür, Pflegeversicherungsleistungen ins Ausland mitnehmen zu können, wenn der Auslandsaufenthalt nachweislich begrenzt ist. Über die maximale Zeitdauer kann man sicherlich diskutieren. Es muss aber möglich sein, im Rahmen von Erwerbstätigkeit oder von Ausbildung, Pflegeversicherungsleistungen mit ins Ausland zu nehmen. Damit wird auch sichergestellt, dass man hinterher die gleichen Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hat wie Menschen ohne Pflege-/Assistenzbedarf. Ich denke, das wird keinesfalls zu Leistungsausweitungen führen, weil die Leistungen ja sowieso anfallen, wenn der behinderte Mensch aufgrund der derzeitigen Rechtslage nicht ins Ausland geht. Es findet also keinerlei Leistungsausweitung statt, sondern nur ein vorübergehender Transfer von Leistungen ins Ausland, wobei dann, wenn eigene Assistentinnen oder Assistenten mitgenommen werden oder der ambulante Dienst die entsprechenden Leistungen im Ausland zur Verfügung stellt, nur die Leistungen an einem anderen Ort erbracht werden, die Zahlungen aber weiterhin Deutschland zugute kommen.

SV Prof. Dr. Felix Welti: Das Problem, das Sie angesprochen haben, zeigt deutlich, dass eine schlechte Rechtssystematik auch Folgen in der Lebenswirklichkeit hat. Dementsprechend ist es genau richtig, zu fragen, warum die Pflegekassen nach wie vor nicht die gleichen Rechte und Pflichten wie ein Rehabilitationsträger nach dem SGB IX haben. Das wäre eine Reform, die zunächst einmal auch kein Geld kosten würde und darüber hinaus die Effektivität und Effizienz des Systems erhöhen und die Teilhabe an Leistungen gerechter gestalten könnte. Pflegebedürftige Menschen sind auch behinderte Menschen. Warum ausgerechnet diesen besonders schwer behinderten Menschen die rechtssystematischen Wohltaten des SGB IX verwehrt werden, ist eine Frage,

die hier wohl niemand beantworten kann. Behinderte Menschen haben zudem Bedarf an Leistungen der Krankenbehandlung.

Wir haben ja gesehen, dass es zwischen den Sektoren Pflege, Reha und Krankenbehandlung eine unzureichende Abstimmung gibt. Um die Lebenssituation der Betroffenen zu verbessern, müssen diese Leistungsansprüche dringend koordiniert werden. Dazu müsste die Pflegekasse Rehabilitationsträgerin werden. Dann hätte sie nach §§ 14 und 10 des SGB IX die Instrumente, um gegenüber den Rehabilitationsträgern Krankenkasse und Sozialhilfe Leistungsgewährung durchzusetzen. Der Gesetzentwurf operiert hier mit untauglichen Mitteln, anstatt die rechtssystematischen Probleme zu lösen.

Das Problem tritt bereits bei der Bedarfsfeststellung auf. Die Pflegebegutachtung stellt auch weiterhin keine voll koordinierte Bedarfsfeststellung dar, wie sie nach § 10 SGB IX stattfinden würde. So bleibt etwa der Bedarf an Eingliederungshilfe bei der Pflegebegutachtung unberücksichtigt. Es fehlen weiterhin Regelungen, die eine wirklich zügige Bedarfsfeststellung an jedem Punkt der Leistungskette gewährleisten; ich denke hier insbesondere an die Schnittstellen zu Beginn und Ende eines Krankenhausaufenthaltes. Es gibt konkrete Vorschläge, durch die beispielsweise Pflegebegutachtung bei einem oder auch vor einem Krankenhausaufenthalt gewährleistet und Ausflüchten, die Fristen würden nicht eingehalten werden, ein Riegel vorgeschoben werden könnte. Diese Vorschläge sind bisher im Gesetzgebungsverfahren leider nicht aufgegriffen worden.

Schließlich könnte eine selbstbestimmte Lebensweise durch das schon angesprochene trägerübergreifende Budget sichergestellt werden. Damit könnte auch das Problem der Assistenz im Ausland gelöst werden. Das persönliche Budget ist ja eine Leistung, die ein Rehabilitationsträger ohne Wenn und Aber etwa in Form von Gutscheinen zu erbringen hat. Pflegebedürftige behinderte Menschen werden jetzt aber gegenüber anderen behinderten Menschen

in einer Weise benachteiligt, für die es keine Rechtfertigung gibt.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Herr Füssek, zwei Fragen:

Erstens. Betrachten Sie es noch als zeitgemäß, dass die Pflegeversicherung quasi als Teilkaskomodell gefahren wird? Oder müsste diese nicht, um es vereinfacht zu sagen, auch auf ein Vollkasko-, also Sachleistungsmodell umgestellt werden?

Zweitens. Welche finanziellen Größenordnungen müsste man ins Auge fassen, um diesen umfassenden Anspruch zu finanzieren?

SV **Claus Füssek**: Mit Ihrer Frage haben Sie das Kernproblem angesprochen: Man hätte eigentlich schon längst eine gesamtgesellschaftliche Diskussion führen müssen.

Wie man angesichts der unterschiedlichen Kostenträgerstrukturen zu einer Gesamtfinanzierung kommen könnte, ist mir schleierhaft. Ich rege deshalb an, einmal festzustellen, wie viele Milliarden jährlich eingespart werden könnten, wenn man gezielt das Prinzip „Prävention bzw. Rehabilitation vor Pflege“ umsetzen würde. Dass das Milliarden sind, ergibt sich aus zahllosen wissenschaftlichen Untersuchungen. Man müsste daraus endlich Konsequenzen ziehen. So könnte man - auch das ist zig Mal in Fachpublikationen veröffentlicht worden - zum Beispiel Maßnahmen zur Sturzprophylaxe in Pflegeheimen durchführen. Sehr viele Menschen stürzen nämlich und ziehen sich die gefürchteten Oberschenkelhalsbrüche zu, weil sie zu viele Medikamente bekommen oder zu wenig Personal da ist.

Tatsache ist, dass man diese Erkenntnisse ignoriert und an Prophylaxe spart, aber dafür einen Transport ins Krankenhaus bezahlt, der teurer ist als alle Präventionsmaßnahmen, ganz zu schweigen von den Kosten für den Krankenhausaufenthalt und die daran anschließenden Rehamaßnahmen. Tatsache ist auch, dass man viel Geld für missbräuchlich verwendete Me-

dikamente einsparen könnte, wenn man gezielt mehr Personal, mehr engagierte Mitarbeiter vor Ort hätte. Alle diese Dinge sind bekannt, sind veröffentlicht und publiziert.

Wir kommen deshalb - diese Forderung habe ich ja vorhin schon aufgestellt - nicht umhin, Krankenkasse und Pflegeversicherung zusammenzulegen. Am Vormittag habe ich mit Schrecken feststellen müssen - meine diesbezüglichen Vermutungen wurden völlig bestätigt -, dass dem gesetzlichen Anspruch „Rehabilitation vor Pflege“ nicht nachgekommen wird. Der Medizinische Dienst verschreibt nur in 1,7 Prozent der Fälle Rehabilitationsmaßnahmen. Das ist für mich ein volkswirtschaftlicher, aber darüber hinaus auch ein ethischer Irrsinn.

Ich will Ihnen an dieser Stelle noch ein Beispiel bringen, um Sie in dieser Diskussion zum Nachdenken anzuregen: Ein Chirurg erklärte mir einmal - das wurde mir auch immer wieder bestätigt -, dass in unserem System inzwischen ein Druckgeschwür, ein Dekubitus, bei einem Oberschenkelhalsbruch zur wirtschaftlichen Sicherstellung der Arbeitsplätze in der Chirurgie dient. Man muss sich einmal vorstellen, wie viele Milliarden hier eingespart werden könnten, ganz abgesehen von den Schmerzen und den menschlichen Problemen.

Wenn es uns nicht gelingt, all dies als Teil der Gesamtproblematik zu sehen, dann wird das System kollabieren. Deswegen verstehe ich auch nicht die Diskussion über den Pflegebegriff. Wir haben doch keine Erkenntnisprobleme. Alles, was heute gesagt worden ist, wurde zig Mal publiziert, gesagt, geschrieben oder gedruckt. Es ist heute nicht ein einziger neuer Satz gefallen oder eine einzige neue Erkenntnis vorgetragen worden. Wir müssen deshalb endlich aus den Erkenntnissen Konsequenzen ziehen und die Problematik Pflegeversicherung zur Schicksalsfrage der Nation erklären. Wenn wir dabei genauso leidenschaftlich wie für die Zukunft von kleinen Eisbären kämpfen würden, dann täte das dem Thema Pflege gut.

Ja, bezüglich der Frage, ob zwei kleine Eisbären im Nürnberger Zoo verhungern dürfen oder nicht, gab es einen kleinen Volksaufstand. Als die Berichte des MDK zum Thema „Mangelernährung in Pflegeheimen“ veröffentlicht wurden, sind wir relativ schnell zur Tagesordnung übergegangen.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Frauenrat und noch einmal an das Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen. Es geht um geschlechtergleiche Pflege bzw. Assistenz.

Zunächst einmal möchte ich geklärt haben, ob es um gleichgeschlechtliche oder geschlechtergleiche Pflege geht. Ich vermute, eher um Letzteres, aber beide Begriffe wurden hier ja verschiedentlich gebracht.

Nun meine Frage: Bringt der Gesetzentwurf das, was gebraucht wird, oder gibt es Nachbesserungsbedarf? Wenn ja, worin besteht dieser?

SV **Henny Engels** (Deutscher Frauenrat e. V.): Wir meinen nicht gleichgeschlechtliche, sondern geschlechtergleiche Pflege. Danke für den Hinweis; auch wir haben den Begriff falsch verwandt.

Wir sind der Meinung, wie eben schon einmal ausgeführt, dass der Gesetzentwurf in diesem Punkt nicht ausreicht und dem Wunsch nach geschlechtergleicher Pflege ohne Wenn und Aber in jedem Fall stattgegeben werden sollte.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE): Dann brauchen wir mehr Personal!

SV **Henny Engels** (Deutscher Frauenrat e. V.): Das ist unzweifelhaft richtig. Ich könnte mich jetzt dem Vorredner anschließen und sagen, das ist alles ganz wichtig und unumstritten, aber wenn es ums Geld geht, gilt das Sankt-Florians-Prinzip: „Verschon mein Haus, zünde andere an“.

Dieses Problem könnte mit etwas Fantasie gelöst werden. Wenn es jetzt nicht geht, dann müsste es zumindest eine Absichtserklärung geben. Aber es reicht nicht aus, wenn es im Gesetz nur heißt: „nach Möglichkeit“. Ich muss gar nicht lange nachdenken, um darauf zu kommen, wer dann alles feststellt, dass die Möglichkeit im konkreten Fall leider nicht gegeben ist.

Sve **Elke Bartz** (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Dem kann ich mich nur anschließen, auch aus der eigenen Erfahrung heraus, dass ich männliche Assistenz akzeptieren musste, als ich selbst noch in einer stationären Einrichtung war und keinerlei Einfluss darauf hatte, wer zu mir kommt und Pflege, auch Intimpflege, verrichtet. Im Gesetzentwurf steht: „nach Möglichkeit“. Jeder Einrichtungsträger, jeder ambulante Dienst wird stichfeste Begründungen haben, warum es ihm gerade jetzt und in dieser Situation und vielleicht auch in Zukunft nicht möglich sein wird, Personen des Geschlechts einzusetzen, das gewünscht wird. Jeder, der das nicht nachvollziehen kann und sagt: „Sei doch froh, dass du überhaupt gewaschen wirst oder auf die Toilette kommst“, möge sich, wenn er gleich zur Toilette geht, vorstellen, wie es wäre, wenn jemand neben ihm stehen würde - eine Frau bei einem Mann oder umgekehrt. Allein die Anwesenheit einer anderen Person würde sicherlich bei manchem von Ihnen Unbehagen wecken. Bei uns ist es Lebensalltag, den akzeptieren zu müssen, der geschickt wird.

Gerade bei Frauen mit Gewalterfahrung - wir haben es vorhin gehört - ist das absolut nicht akzeptabel. Man muss sich einfach einmal vorstellen, was demenzkranke Frauen, die vielleicht Gewalterfahrung hinter sich haben, empfinden, wenn sie sich plötzlich einem jungen Zivildienstleistenden oder einem jungen Pfleger gegenübersehen, der ihr Enkel sein könnte und von dem sie aus für sie nicht nachvollziehbaren Gründen plötzlich ausgezogen werden. Wenn sich diese Frauen dann wehren, um sich hauen und um sich schlagen, um ihre Ehre und ihre Würde zu verteidigen, werden sie als aggressiv bezeichnet und mit Psychopharmaka

ruhig gestellt, weil man ihnen doch nur Gutes tun wolle. Wer nicht nachvollziehen kann, warum und wie sich diese Frauen wehren, der sollte sich das doch bitte selbst einmal anschauen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Danke für die Punktlandung bei der Zeit. - Wir kommen zur Fragerunde der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte in meiner ersten Frage, die an Herrn Professor Mememann geht, den Komplex Pflegestützpunkte und Pflegeberater ansprechen. Die Bundestagsfraktion der Grünen verweist in ihrem Antrag auf die Notwendigkeit der Etablierung von Case-Managern. Können die im Gesetzentwurf der Bundesregierung geplanten Pflegeberater dem Anspruch eines Case-Managements gerecht werden? Wenn Sie es nicht so sehen, erläutern Sie uns bitte kurz, warum nicht und worin der Unterschied liegt.

SV Prof. Dr. Hugo Mememann: Grundsätzlich zu begrüßen ist die Aufnahme des Aspekts der Versorgungssteuerung im Gesetz über die Betonung der Pflegestützpunkte. So eröffnet das Gesetz die Möglichkeit, Case-Management zu implementieren, sichert dies aber in keiner Weise hinreichend ab. Case-Manager sollen ja die Angebote in einer Region bedarfsgerecht und subsidiär auf den Einzelfall bezogen koordinieren und abstimmen. Dazu muss zunächst strukturell, also mit Blick auf die Trägerschaft der Pflegeberatung, sichergestellt sein, dass die Beratung unabhängig von den Interessen einzelner Kostenträger und auch unabhängig von den Interessen einzelner Leistungsanbieter vor Ort erfolgen kann. Allerdings ist die Unabhängigkeit der Berater in dem Gesetzentwurf nicht gegeben, da die Beratung und die Leistungsentscheidung in einer Hand liegen.

Zudem benötigt der Pflegeberater eine autorisierte Stellung im Versorgungsgefüge. Er kann nur das koordinieren, wozu er auch Kompeten-

zen zugesprochen bekommen hat. Aber die autorisierte Stellung des Pflegeberaters ist im Versorgungsgefüge im Gesetzentwurf nicht gegeben.

Zu fordern wäre also, dass die Trägerschaft der Pflegeberatung, die Festlegung der Qualifizierungsvoraussetzungen für die Berater und die konzeptuelle Ausgestaltung der Pflegeberatung nicht federführend und schon gar nicht alleine in den Händen der Pflegekassen liegen dürfen. Verweisen kann man an dieser Stelle auf eine Expertise und auf die Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management, die meines Erachtens in dem Gesetzentwurf unbedingt Berücksichtigung finden sollten.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Professor Mememann, welche Risiken ergeben sich aus der dominierenden Stellung, die den Kassen im Rahmen der Trägerschaft, also der Finanzierung der Pflegestützpunkte und der Berater, im Pflege-WG zugeschrieben wird?

SV Prof. Dr. Hugo Mememann: Zunächst einmal wird damit die Definitionsmacht und die Zuständigkeit bezüglich Pflegeberatung einem Kostenträger allein zugewiesen. Das heißt, die vorhin schon angesprochene Vermischung von alltagsnaher umfassender Beratung, die adressatenorientiert sein soll, und von Leistungsentscheidung findet statt; beides liegt nämlich in einer Hand. Damit droht die Gefahr, dass die Funktion des Gate-Keepings, also der Zuweisung von Geld- und Sachleistungen, dominant wird und die anderen Funktionen im Case-Management, insbesondere die advokatorische und die unterstützende Funktion immer mehr zurückgedrängt werden. Das könnte bedeuten, dass die hohen Standards der Pflegeberatung, die in einigen Regionen erreicht wurden, beispielsweise bei den BeKo-Stellen in Rheinland-Pfalz, unterschritten werden, dass das Qualifizierungsniveau der Pflegeberater gesenkt wird und dass auch einige Berufsgruppen, beispielsweise aus dem Bereich der Sozialen Arbeit, zurückgedrängt werden, ob-

wohl diese derzeit mit Abstand am meisten im Bereich der Pflegeberatung tätig sind.

Es könnte auch dazu kommen, dass bisherige Beratungsstrukturen zerstört werden - das kann man ersten Gesprächen beispielsweise der Träger von BeKo-Stellen mit den Pflegekassen in Rheinland-Pfalz entnehmen - und sich die Voraussetzungen, die Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene weiter konsequent adressatenorientiert aufzubauen, verschlechtern. Das würde insgesamt die Gefahr mit sich bringen, dass Pflegeberatung entgegen der im Gesetz genannten Zielperspektive über die Dominanz der Pflegekassen eher zu einem Gate-Keeping umdefiniert wird.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Professor Mennemann, der Gesetzentwurf sieht vor, dass Pflegefachkräfte und Sozialfachangestellte zukünftig die Aufgabe der Pflegeberatung übernehmen sollen. Konkrete Angaben zu entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen werden jedoch nicht gemacht. Welche Voraussetzungen und welche Qualifikation ist Ihrer Ansicht nach notwendig, um als Pflegeberater im Bereich des Fallmanagements zielgerichtet und auch erfolgreich agieren zu können?

SV Prof. Dr. Hugo Mememann: Man sollte sich an dieser Stelle vor Augen führen, mit welcher Adressatengruppe wir es zu tun haben. Ich selber war auch Leiter einer Pflegeberatungsstelle. Wir haben es häufig mit Menschen zu tun, die viel zu spät die Pflegeberatung aufsuchen, die zum Teil vereinsamt sind. Das bedeutet, dass die Pflegeberater vor allem zunächst einmal Beratungskompetenz mitbringen müssen. Es geht also nicht primär darum, pflegerelevante oder rechtliche Fragen zu erörtern, sondern die Berater müssen vor allem die alten Menschen erreichen und ihr Vertrauen gewinnen können. Das heißt, man sollte Moderationskenntnisse haben und auch lösungsorientierte und motivationsfördernde Beratung anbieten können. Um das Sozialrecht zu überschauen, muss man darüber hinaus ein sehr umfangreiches Wissen haben. Außerdem muss

man Versorgungsstrukturen vor Ort aufbauen können. Das ist gar nicht so leicht angesichts der unterschiedlichen Interessenslagen vor Ort. Schließlich muss man Kenntnisse im Bereich der Wohnberatung, Pflegegrundkenntnisse und Kenntnisse von Alterserkrankungen usw. haben.

Insgesamt wird daran deutlich, dass es wichtig ist, die Qualifikation für eine Pflegeberatung an eine Hochschulausbildung anzubinden. Die Kenntnisse können dann in unterschiedlichen Disziplinen erworben werden. Die Soziale Arbeit sollte meines Erachtens unbedingt mitbedacht werden. Darüber hinaus ist eine Bindung an die zertifizierte Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management notwendig; denn Case-Management kann man nicht einfach so leisten, sondern dazu ist eine qualifizierte Weiterbildung erforderlich.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie sowie an das Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen. Können Ihrer Ansicht nach die mit den Stützpunkten verfolgten Ziele einer effektiven Bündelung von Leistungsansprüchen und einer effektiven Kooperation der relevanten Akteure erreicht werden?

SV Prof. Dr. Thomas Klie (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.): Ich würde die Frage noch etwas weiter führen und neben Effektivität auch Effizienz betrachten. Es liegen ja sehr interessante Erfahrungen aus dem Wissenschaftsbereich vor, unter welchen Voraussetzungen Case-Management seine Effizienz entfalten kann. Dabei muss natürlich darüber nachgedacht werden, woran wir Effizienz messen. Eine in der Diskussion aus meiner Sicht weitgehend vernachlässigte Dimension der Effizienz ist die Sicherung der subsidiären Anlage der Pflegeversicherung; das heißt, gerade angesichts des demografischen und sozialen Wandels die Bereitschaft der Bevölkerung zu befördern respektive zu erhalten,

sich verantwortlich an Pflegeaufgaben zu beteiligen. Dies ist eine ganz zentrale Dimension der Effizienz; denn sonst gerät uns die Pflegeversicherung auch fiskalisch völlig außer Rand und Band.

Es geht auch darum, einen effizienten Mix zu organisieren bzw. sicherzustellen und zu verhindern, dass unnötigerweise Heimaufnahmen erfolgen. Modellprojekte haben gezeigt, dass die Quote der Heimaufnahmen um 40 Prozent gesenkt werden kann. Auch die Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen gehört zu dem, was man durch eine effiziente Organisation von Case-Management erreichen kann. Es geht also nicht - da kann ich dem Kollegen Mennemann nur zustimmen - primär um das Leistungsrecht.

Der Befund ist eindeutig der - da möchte ich gerne dem widersprechen, was heute hier schon mehrfach gesagt wurde -, dass die Beratung bei Pflege vielerorts nicht gewährleistet ist, mit entsprechenden Folgen, und insofern die Gefahr besteht, dass Effizienzkriterien missachtet werden. Die Pflegestützpunkte können hier einen wichtigen Beitrag leisten, indem man Case-Management-Erfahrungen aufnimmt. Für dringend halte ich es, dass man die Expertise der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management ähnlich wie einen Expertenstandard zur Grundlage macht, weil man sonst überhaupt keine Parameter hat. Das ist übrigens aus meiner Sicht auch ein Problem der experimentellen Förderung des Pflegestützpunktmodells durch das BMG, die in einigen Bundesländern bereits vor Verabschiedung des Gesetzes angestoßen wurde.

Als nicht notwendig erachte ich, dass Entscheidungen in sozialleistungsrechtlicher Hinsicht in den Pflegestützpunkten getroffen werden. Da möchte ich eindeutig dem widersprechen, was hier heute gesagt wurde. Wenn man die Verknüpfung mit dem SGB IX schafft - da möchte ich dem Kollegen Welti ausdrücklich zustimmen -, bräuchte man die ganze Entscheidungsthematik nicht aufnehmen. Es geht eher um die Schaffung effizienter Prozeduren für eine abgestimmte Entscheidungsfindung und Beratung. Hier können Pflege-

gestützpunkte einen zentralen Baustein für eine effizientere Gestaltung der Beratung darstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass wir auch zielgruppenspezifische Angebote beispielsweise für bestimmte Versichertengruppen, die einen speziellen Beratungsbedarf haben - Stichwort: private Pflegeversicherung -, brauchen.

Zentral erscheint mir, dass man die Erfahrungen evaluiert und ähnlich wie im SGB II systematisch versucht, die Erkenntnisse für eine Etablierung und Implementierung von Case-Management zu nutzen. Ich halte es im Übrigen auch für ziemlich problematisch, jetzt die entsprechenden Strukturen für Pflegestützpunkte aufzubauen, ohne zu wissen, auf welchen Pflegebedürftigkeitsbegriff und auf welches Begutachtungsverfahren man sich bezieht. Die Entscheidung darüber hat nämlich Auswirkungen auf die Beratungen und die Strukturentwicklung.

Sve **Elke Bartz** (Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.): Ich sehe nach wie vor große Probleme bezüglich der Pflegestützpunkte. Den Vergleich zum Militärischen, der ganz am Anfang dieses Blocks gezogen wurde, fand ich ganz gut. Diesen kann man noch ausweiten und den Spruch „Stell dir vor, es ist Krieg, und keiner geht hin“ so umformulieren: „Stell dir vor, wir haben Pflegestützpunkte, und keiner geht hin“. Das ist nicht aus der Luft gegriffen und polemisch, sondern beruht auf der eigenen Beratungserfahrung, dass immer mehr Menschen, die zu uns kommen und ihre Probleme in Bezug auf Leistungen der Pflegeversicherung vortragen, also was ihnen überhaupt zusteht, wo sie was bekommen und wie sie das Ganze organisieren können, dann, wenn ich sie unterstütze und berate, sehr oft sagen: Sie sind die Erste, die mir zuhört und mich entsprechend meinen Bedürfnissen berät.

Das heißt also, in den Pflegestützpunkten, ob sie allein von den Pflegekassen getragen werden oder in Kooperation mit den Kommunen, die ja auch ihre eigenen Interessen verfolgen, werden immer die Interessenslagen der Dienst-

herren bzw. der Träger, die sie finanzieren, verfolgt werden. Ich kann mir nicht vorstellen, dass hier eine unabhängige Beratung stattfinden wird. Es wäre sehr gut gewesen, wenn man im Vorfeld zum einen Menschen, die kurz vor einer Antragstellung stehen, gefragt hätte, was sie sich wünschen bzw. was sie brauchen, und zum anderen Menschen, die schon Leistungen beziehen, gefragt hätte, was sie sich anders gewünscht hätten. Die Antworten wären wohl ein wenig unterschiedlich ausgefallen. Diejenigen, die noch keine Erfahrungen haben, hätten vielleicht gesagt: Wir suchen eine Stelle, an die wir uns wenden können und die uns berät. - Die andere Gruppe, die schon Leistungen bekommt, hätte wohl gesagt: Ich hätte mir eine unabhängige Beratungsstelle gewünscht.

Als großes Problem sehe ich auch, dass ein pflegebedürftiger Mensch mit einem erweiterten Hilfebedarf, dann, wenn keine Teilhabeorientierung stattfindet, erst zum Pflegestützpunkt und danach für den ganzen Komplex der sozialen Teilhabe zu einer weiteren Beratungsstelle gehen muss. Wenn man großes Glück hat, kooperieren beide miteinander, wenn man Pech hat, allerdings nicht.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Mein nächstes Fragegebiet betrifft das Pflegebudget. Meine erste Frage geht an Professor Welti: Wird der vorliegende Gesetzentwurf der multiplen Lebenslagenproblematik pflegebedürftiger Menschen und ihren multiplen Leistungsansprüchen in unterschiedlichen Sozialsleistungsbeichen gerecht? Wenn nicht, erläutern Sie bitte kurz, warum nicht.

SV Prof. Dr. Felix Welti: Eine multiple Fragestellung kurz beantwortet: Pflegebedürftige Menschen sind immer nicht nur pflegebedürftig. Das ist das Problem unserer Pflegeversicherung. Ihr liegt immer noch das falsche Bild eines alten, pflegebedürftigen Menschen zugrunde, der keine Teilhabe an der Gesellschaft mehr braucht und nichts mehr vom Leben will außer der Befriedigung seiner Grundbedürfnisse durch Pflege. Für diese Menschen

haben wir dementsprechend ein isoliertes Sondersystem außerhalb anderer sozialrechtlicher Koordinierungsmechanismen mit einem Träger geschaffen, der nicht Rehabilitationsträger ist.

Wir haben aber auch pflegebedürftige Kinder. Der Gesetzentwurf bringt zum Glück im Bereich der Begutachtung eine kleine Verbesserung; ansonsten wird er der besonderen Problematik pflegebedürftiger Kinder oder junger Menschen, die ja auch Leistungen in der Schule oder am Ausbildungsplatz gemäß SGB XI brauchen, gegenwärtig nicht gerecht.

Meistens wird auch völlig ausgeblendet, dass wir pflegebedürftige Menschen haben, die erwerbstätig sind.

Auch auf die Tatsache, dass das soziale Umfeld pflegebedürftiger Menschen völlig unterschiedlich ist, müsste man besser eingehen.

Ein Instrument, um diesen multiplen Lebenslagen besser gerecht werden zu können, wäre ein integriertes Budget, mit dem für verschiedene Bedarfslagen auf Leistungen verschiedener Träger zurückgegriffen werden kann. So nehmen Pflegebedürftige Leistungen zur Rehabilitation und der Krankenbehandlung in Anspruch, zum Teil auch Leistungen zur Ermöglichung der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft.

Diese Leistungen kann man zusammenfassen, wenn man das Budget einführt. Dies bedeutet keine Mehrkosten, sondern Effizienzgewinne.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage in dem Bereich geht an die Bundesvereinigung Lebenshilfe. Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen fordert in ihrem Antrag, das integrierte Budget für Menschen mit Behinderungen in ein trägerübergreifendes persönliches Budget nach SGB IX zu überführen. Darin sind Pflegeleistungen anstelle von Gutscheinen als echte Budgetleistungen integriert. Wie bewerten Sie diese Forderungen vor dem Hintergrund, dass in dem Gesetzentwurf der Koalition diesbezüglich keine Aussagen gemacht werden, und die

entsprechenden Forschungsergebnisse? Auch hier bitte ich um eine relativ kurze Antwort.

SV Klaus Lachwitz (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.): Ich kann mich in vielen Punkten dem anschließen, was Herr Welti ausgeführt hat. Hier wird eine große Chance vertan. Für den großen Personenkreis von Menschen, die ihr ganzes Leben lang auf Pflege angewiesen sind - geistig und Mehrfachbehinderte sind oft von Geburt an pflegebedürftig -, steht nicht nur die Pflege im Vordergrund, sondern auch Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Selbstbestimmung.

Das wirksamste Mittel, um die beiden Bereiche, die hier berührt sind - nämlich Teilhabe und Pflege -, zusammenzuführen und flexibel zu gestalten, ist das persönliche Budget in der Pflege. Insofern ist es wirklich sehr zu bedauern, dass die Bundesregierung nach wie vor an der Gutscheinregelung festhält. Gutscheine können eben nur bei anerkannten Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen eingelöst werden. Im Grunde genommen ist dies die Aufrechterhaltung des Sachleistungsprinzips.

Der Bundesrat hat einstimmig gefordert, dass das integrierte Budget in der Pflegeversicherung eingeführt wird. Dem schließen wir uns an. Wir hoffen, dass es noch zu Veränderungen in diesem Bereich kommt. Die Gegenäußerung der Bundesregierung beinhaltet keine Totalablehnung. Es wird vielmehr davon gesprochen, dass zunächst die Ergebnisse der Modellvorhaben abgewartet werden sollen. Diese sind so gut wie abgeschlossen; Herr Klie kann sich näher dazu äußern. Die Modellvorhaben zeigen, dass das persönliche Budget mit dem Ausschütten von Geldleistungen das ideale Instrument wäre, um beides, Teilhabe und Pflege, sicherzustellen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächsten Fragen behandeln die Pflegezeit. Meine erste Frage geht an das Deutsche Zentrum für Altersfragen. Die grüne Bundestagsfraktion fordert in ihrem Antrag die Einführung einer Pflegezeit, die sich im Gegensatz zum Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht über sechs, sondern über drei

Monate erstrecken und mit einer steuerlichen Lohnersatzleistung verbunden sein soll. Wie bewerten Sie diese Forderung?

SV Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer (Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V.): Die häusliche Pflege in Deutschland wird vor allem durch Angehörige, aber auch durch weitere Mitglieder des privaten Netzwerkes geleistet. Es sind vor allen Dingen Frauen - Mütter, Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter -, die die Pflege im häuslichen Kontext leisten. Bei den Männern, die Pflege leisten, handelt es sich in erster Linie um Ehepartner.

Im Augenblick gibt es eine Unterstützung der häuslichen Pflege durch das Pflegegeld. Wir denken, dass die Einführung der Pflegezeit eine außerordentlich gute Möglichkeit ist, die Pflege durch Angehörige oder durch andere Mitglieder des privaten Netzwerkes zu unterstützen. Allerdings stellen sich in diesem Zusammenhang folgende Fragen: Was ist das Ziel der Pflegezeit? Wie sieht die Ausgestaltung der Pflegezeit aus? Welche möglichen Folgen entstehen durch die Einführung der Pflegezeit?

Wir denken, das Ziel der Pflegezeit sollte die Herstellung eines guten häuslichen Pflegearrangements sein. Im Augenblick sind eine kurzfristige und eine längerfristige Pflegezeit bis zu sechs Monaten vorgesehen. Insbesondere bei der längeren Pflegezeit ist festgelegt, dass eine häusliche Pflege vorliegen muss. Wir sind aber der Meinung, dass es Pflegekonstellationen gibt, in denen die Voraussetzung, dass eine häusliche Pflege besteht, nicht unbedingt sinnvoll ist. Auch für Angehörige, die beispielsweise an einem anderen Ort in Deutschland leben, sollte ein Pflegearrangement getroffen werden können. Wir glauben daher, dass es sinnvoll und notwendig ist, den Zeitraum von sechs Monaten zu stückeln.

Eine Pflegezeit von sechs Monaten - damit komme ich zur Ausgestaltung - ist sicherlich nicht ausreichend, um häusliche Pflege langfristig zu organisieren. Häusliche Pflege erstreckt sich in der Regel über mehrere Jahre. Die Folgen der Pflegezeit sind möglicherweise

cherweise - das ist vorhin in den Stellungnahmen der Arbeitgeber schon angedeutet worden -, dass bestimmte Personengruppen - das sind vor allem Frauen und ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, bei denen ein höheres Risiko besteht, dass sie die Pflegezeit in Anspruch nehmen - auf dem Arbeitsmarkt diskriminiert werden. Daher ist es gut, dass die Pflegezeit auf sechs Monate begrenzt wird. Eine Pflegezeit von drei Monaten sollte in bestimmten Fällen sicherlich auch ausreichen, um das Ziel, ein gutes häusliches Arrangement zu gestalten, zu erreichen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Die grüne Bundestagsfraktion fordert in ihrem Antrag, dass eine gesetzliche Pflegezeit auch dem Zweck der Sterbebegleitung dienen soll. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht das aber nicht vor. Wie bewerten Sie das? Auch hier bitte ich um eine kurze Antwort.

SV **Thomas Montag** (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.): Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin begrüßt die Einführung der Pflegezeit. Sie sieht allerdings gerade in Bezug auf die Begleitung Sterbender bzw. von Palliativpatienten durch ihre Familien das Problem, dass diese Pflegezeit an die Pflegeeinstufung geknüpft wird. Wir würden natürlich lieber sehen, wenn die Familien von Sterbenden jeden Alters ihre Angehörigen unabhängig von ihrer Pflegebedürftigkeit und von dem Vorliegen einer Pflegestufe begleiten könnten. Es sollte eine Karenzzeit für Angehörige von Palliativpatienten geben, die von solchen Voraussetzungen unabhängig ist und auch nicht ausschließlich am Begriff der Sterbebegleitung festgemacht wird. Man könnte dies bewerkstelligen, indem man innerhalb dieses Gesetzes die Voraussetzungen für den Zugang zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die in § 37 b SGB V eingeführt worden ist, mit der Pflegezeit verknüpft und damit die Zugangskriterien ausweitet.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine letzte Frage zu diesem Komplex richtet sich an den Deutschen Frauenrat. Die grüne Bundestagsfraktion fordert in ihrem Antrag, dass nach einem erweiterten Familienbegriff auch Personen ohne direkte verwandtschaftliche Beziehungen anspruchsberechtigt für eine Pflegezeit sein sollen. Wie bewerten Sie diese Forderung vor dem Hintergrund der von der Bundesregierung geplanten Pflegezeit? Auch hier bitte ich um eine kurze Stellungnahme.

SV **Henny Engels** (Deutscher Frauenrat e. V.): Der Deutsche Frauenrat befürwortet diese Forderung. Er hat sie in seiner Stellungnahme angesichts der Tatsache aufgenommen, dass die Zahl der Menschen in unserer Gesellschaft, die keine nahen Verwandten haben, zunimmt. Es muss die Möglichkeit geben, die Regelung, die für nahe Verwandte vorgesehen ist, auf Grundlage einer eidesstattlichen Erklärung auf diejenigen, die im Sinne des Gesetzes pflegen wollen, auszudehnen.

Ich möchte noch folgenden Punkt hinzufügen, den wir in unserer Stellungnahme nicht erwähnt haben. Möglicherweise nimmt auch die Zahl derjenigen zu, die zwar noch Verwandte haben, die in der Lage wären, sie zu pflegen, deren Verhältnis zu Freunden und Nachbarn aber sehr viel besser für die Pflege geeignet ist. Dieser Punkt ist besonders wichtig, wenn es um die Intimpflege geht. Wir sind der Meinung, dass dieser Aspekt unbedingt beachtet werden muss und dass es zu einer entsprechenden Erweiterung kommen sollte.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte die in dem vorliegenden Gesetzentwurf eingefügte Vorschrift des § 294 SGB V aufgreifen. Es geht darin um die Informationspflicht der Ärzte im Falle selbstverschuldeter Krankheiten. Ich möchte dazu die Verbraucherzentrale Bundesverband und den Paritätischen Wohlfahrtsverband fragen: Welche Gefahren für den Datenschutz ergeben sich Ihrer Ansicht nach aus dieser Vorschrift?

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Wir waren natürlich sehr überrascht, als wir im Rahmen des Entwurfs zur Pflegereform bei den Änderungen zum SGB V diese Vorschrift gefunden haben, die sozusagen eine Ergänzung zu den Änderungen im Rahmen des GKV-WSG darstellt. Wir halten diese Vorschrift unter datenschutzrechtlichen Kriterien für höchst problematisch. Wenn man davon ausgeht, dass die Definition einer nichtindizierten Behandlung nicht hinreichend konkretisiert ist, kann man sich leicht vorstellen, dass hier Erweiterungen - auch über die genannten Beispiele hinaus - ohne weiteres möglich sind. Blicke die Regelung auf Piercings, Tätowierungen und Schönheitsoperationen beschränkt, dann würden wir hier nur Marginalien abhandeln. Das ist wohl nicht Sinn und Zweck einer solchen Vorschrift im Rahmen einer Pflegereform.

SVe Andrea Pawils (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.): Auch wir haben genauso wie die Verbraucherzentrale Bundesverband große Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes und der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Die ärztliche Schweigepflicht und auch das Patientengeheimnis werden mit dieser Regelung ausgehebelt. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient erleidet dadurch einen sehr großen Vertrauensverlust.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zur Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin habe ich noch eine Nachfrage. Ich hätte gerne von der BAG Selbsthilfe und von Verdi gehört, welche Auswirkungen sie von der Vorschrift in dieser Beziehung erwarten.

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Auch wir befürchten, dass es zu einer tiefgreifenden Störung des Verhältnisses von Ärzten und Patienten kommen würde, wenn diese Regelung Realität

würde. Die Ärzte würden quasi zu Zwangsermittlern der Krankenkassen. Für die Patienten wäre überhaupt nicht mehr klar, was die ärztliche Schweigepflicht noch beinhaltet. Diese Regelung ist auch aufgrund der sehr offenen Formulierung der Norm aus unserer Sicht nicht hinnehmbar. Die „positiven“ Auswirkungen, die man sich von derartigen Ermittlungen verspricht, muss man als zweifelhaft bezeichnen.

SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Auch wir halten diese aus unserer Sicht katastrophale Regelung für nicht sachgerecht. Wir hatten schon beim GKV-WSG Bedenken geäußert, weil Leistungen aus dem Sachleistungsprinzip herausgenommen werden. Wir finden es schade, dass sich in einem ansonsten guten Pflegegesetz eine solche Regelung findet.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zum Pflegebudget noch eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Wie bewerten Sie den Umstand, dass in dem vorliegenden Gesetzentwurf kaum weiterführende Regelungen zum persönlichen Budget getroffen werden, obwohl die Ergebnisse der entsprechenden Modellprojekte bereits vorliegen?

SV Prof. Dr. Thomas Klie (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.): Es geht hier - das ist heute schon angekommen - um unterschiedliche Budgets. Zunächst gibt es das trägerübergreifende Budget, das im SGB IX verankert ist. Die praktische Erprobung des sogenannten Pflegebudgets, in denen die Sachleistungen als Geldleistungen ausbezahlt werden - allerdings durch Case-Management begleitet -, wird zum 30. April abgeschlossen sein. Schließlich gibt es das integrierte Budget, bei dem die Gutscheinelösung aufgegeben und die Möglichkeit für Menschen mit Behinderungen geschaffen wurde, auch Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen eines echten Budgets zu erhalten.

Das sogenannte Integrierte Budget ist angesichts der Effekte, die sich in der modellhaften Erprobung zeigen, sehr gut geeignet, Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf eine autonomere und auch eine an ihre Lebenssituation wesentlich besser angepasste Lebensführung zu ermöglichen. Es ist auch nicht zu befürchten, dass sich bei Aufgabe der Gutscheinregelung in § 35 a SGB XI eine große Resonanz ergeben wird, weil hier die Regularien des trägerübergreifenden Budgets greifen, die durchaus mit einigen Hürden verbunden sind. Es ist auszuschließen, dass es hier zu einer Zweckentfremdung dieser Leistung kommt.

Es spricht demzufolge sehr viel dafür, das integrierte Budget, das der Bundesrat in einer einstimmigen Entscheidung vorgeschlagen hat, mit dieser Reform einzuführen. Dies wäre auch deshalb wichtig, damit Menschen mit Behinderungen im Rahmen dieser Reform nicht völlig leer ausgehen. Denn bisher haben die Empfehlungen der Bundesbeauftragten für die Belange behinderter Menschen hinsichtlich der teilhaberorientierten Pflege überhaupt keine Berücksichtigung gefunden. Aufgrund der Ergebnisse der Begleitforschung kann man nur sagen: Es gibt keinen Grund, das integrierte Budget nicht schon jetzt einzuführen.

Beim sogenannten Pflegebudget ist es anders. Wir finden es durchaus richtig, dass man hier nicht auf eine weitere Erprobung setzt. Das Pflegebudget zeigt sehr deutliche Effekte. Es spricht sehr viel dafür, Budgets mittelfristig als Regelleistung zu etablieren. Mit Budgets ist man der Lage, vor allen Dingen völlig unterversorgte und alleinlebende Menschen wesentlich besser zu versorgen, als das heute im Sachleistungssystem der Fall ist. Die entsprechenden Zahlen liegen vor. Aber nach meiner Meinung sollte ein Pflegebudget nicht als dritte Leistungsoption im ambulanten Bereich eingeführt werden. Hier müssen vielmehr weiter reichende Konsequenzen im Leistungsrecht gezogen werden. Außerdem muss man die Ergebnisse der Begleitforschung auswerten und Bedingungen schaffen, die eine verantwortliche Einführung dieses Budgets ermöglichen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte zu den Leistungen für behinderte Menschen. Der Leistungsbetrag für Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43 a SGB XI wird mit dem Gesetzentwurf keine Veränderung erfahren. Halten Sie das für sachgerecht? Wie hoch sollte dieser Betrag Ihres Erachtens künftig sein?

SV Norbert Müller-Fehling (Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.): Seit Einführung der Pflegeversicherung setzen wir uns mit dem Problem auseinander, dass Einrichtungen der Behindertenhilfe unter Druck geraten, in Einrichtungen der Pflegeversicherung mit Versorgungsvertrag umgewandelt zu werden. Gleichzeitig wird Druck auf pflegebedürftige behinderte Menschen ausgeübt, Pflegeeinrichtungen aufzusuchen und nicht Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Es ist den Verbänden der Behindertenhilfe zu verdanken, dass immer noch 70 000 behinderte Menschen mit Pflegebedarf in Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt werden und nicht in Pflegeeinrichtungen abgeschoben werden. Dem Bundestag liegt zurzeit eine Petition aus Baden-Württemberg vor. Es gibt entsprechende Elterninitiativen in Hessen und in Berlin, die sich dagegen zur Wehr setzen, dass Einrichtungen der Eingliederungshilfe umgewandelt werden.

Eine Möglichkeit der Unterstützung wäre, den Betrag von 256 Euro zu erhöhen, sodass die heute bestehende Diskrepanz zwischen den Sachleistungen im ambulanten oder im stationären Bereich und denen nach § 43 a SGB XI nicht größer wird. Die Erhöhung, die im ambulanten Bereich im Zuge der Reform vorgesehen wird, sollte auch für die Leistungen nach § 43 a gelten. Langfristig müssen die Leistungen an die Person des Leistungsberechtigten, in diesem Fall des Pflegebedürftigen, gekoppelt werden. Nur so lässt sich letztendlich die von uns erwartete Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe sinnvoll vorantreiben.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine kurze Frage an den Paritätischen Wohlfahrtsverband zur Ehrenamtlichkeit. Wird der Gesetzentwurf die ehrenamtlichen Strukturen überfordern? Wenn ja, möchte ich um eine kurze Begründung bitten.

SVe **Andrea Pawils** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.): Diese Gefahr besteht natürlich. In der Begründung zum Gesetzentwurf habe ich gelesen, dass die Ehrenamtlichen auch unterstützend tätig werden sollen. Die Gefahr, dass die Ehrenamtlichen eventuell in die professionelle Pflege eingreifen sollen, besteht also nach unserer Auffassung durchaus.

Für uns stellt sich auch die Frage, inwie weit es wirklich erforderlich ist, die ehrenamtlichen Strukturen vertraglich festzuschreiben. Nach unserer Auffassung muss eine Art Win-win-Situation entstehen. Die Ehrenamtlichen müssen ihre Arbeit sozusagen von sich aus machen, ohne dass es von gesetzlicher Seite strikte Vorgaben gibt.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir beginnen die zweite Runde mit der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den MDS. Halten Sie die vorgesehene Frist zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit von fünf Wochen für realistisch? Welche Mehrkosten sind aus Ihrer Sicht für Sie damit verbunden? Eine Zusatzfrage an das Diakonische Werk der EKD und an den bpa: Wie bewerten Sie diese Frist von fünf Wochen?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen): Es ist klar, dass der MDK zügig begutachten muss. Mit der Frist von fünf Wochen setzen Sie den MDK natürlich ein Stück weit unter Druck. Ich denke, das ist beabsichtigt. Aber es wird nicht nur eine Frist von fünf Wochen für die normale Begutachtung gesetzt, sondern es wird auch

eine Frist von einer Woche bei Überleitung aus dem Krankenhaus und der Rehaklinik sowie eine Frist von zwei Wochen bei der Beantragung der Pflegezeit gesetzt. Das ist natürlich ein ganz schönes Paket, das Sie dem MDK mit auf den Weg geben.

Da wir nun auch Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alterskompetenz festzustellen haben, werden Anträge von Personen gestellt, die bisher noch keine Leistungen erhalten haben. Außerdem beauftragen Sie uns, noch intensiver die Rehabilitation zu prüfen. Daher kann man sagen, dass dieses Gesamtpaket mit einem Mehrbedarf an Personal für den MDK verbunden ist.

Wir würden angesichts dieses Gesamtpaketes anregen, die Zeit etwas großzügiger zu bemessen. Wir denken an sechs bis acht Wochen. Das wäre eher machbar. Berücksichtigen Sie bitte auch, dass wir aufgrund der kurzen Frist nicht mehr die Möglichkeit haben, die Begutachtungen beispielsweise nach Stadtteilen zu bündeln. Sie ermuntern uns sozusagen zu Sternfahrten innerhalb einer Region. Das ist natürlich mit einem entsprechenden Zeitbedarf verbunden.

Wir sehen die politische Zielsetzung; diese akzeptieren wir auch. Aber wir glauben, dass unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eine Frist von sechs bis acht Wochen realistischer ist als die Frist von fünf Wochen, die jetzt im Entwurf steht.

SVe **Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Wir begrüßen diese Fünfwochenfrist eindeutig. Sie kennen alle die Zahlen und wissen daher, wie lange Pflegebegutachtungen dauern. Sie dauern in der Regel sehr viel länger als fünf Wochen. Es variiert von Bundesland zu Bundesland. Die Frist von fünf Wochen ist erforderlich, damit die Betroffenen ihre Pflegearrangements planen und entsprechende Entscheidungen treffen können. Wir begrüßen genauso die Einwochenfrist beim Übergang aus dem Krankenhaus bzw. aus der Rehaklinik

und die Zweiwochenfrist bei der Beantragung der Pflegezeit.

Wir bitten die Anwesenden darum, dass diese Fristen im Gesetz stehen bleiben. Denn die Leistung muss bei den Betroffenen ankommen, die Pflegebereitschaft muss gestärkt werden und die Möglichkeiten für die Planung von Pflegearrangements müssen verbessert werden.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Es muss das gesamte Verfahren in den Blick genommen werden und nicht nur die MDK-Begutachtung. Im Moment dauern diese Begutachtungen wesentlich zu lange. Ich glaube, anfallende höhere Fahrtkosten dürfen nicht der Grund sein, dass man die Fristen nicht verkürzt.

Es kann nicht sein, dass die Einrichtungen und letztendlich die Betroffenen monatelang auf ihre Einstufung warten. Dass die Verkürzung der Frist möglicherweise mit zusätzlichem Aufwand verbunden ist, ist in Kauf zu nehmen. Das gilt insbesondere dann, wenn es um die Begutachtung des Rehabedarfs geht. Wenn das Gutachten des MDK nicht die Anforderungen an einen Antrag auf Rehabilitationsleistungen erfüllt, werden alle anderen Regelungen, die vorher diskutiert wurden, ins Leere laufen. Denn dann kann immer argumentiert werden, es liege kein Antrag vor.

Wir plädieren also sehr dafür, kurze Zeiten vorzugeben. Das sollte aber nicht nur für die Begutachtung, sondern auch für den Zeitraum von der Antragstellung bis zur Zustellung des Bescheides gelten. Es dürfen nicht an anderer Stelle lange Bearbeitungszeiten entstehen.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an das Diakonische Werk der EKD und ebenfalls an den bpa. Wie bewerten Sie die Möglichkeit, ambulante Sachleistungsansprüche von verschiedenen Pflegebedürftigen zusammenzufassen, also zu poolen? Welche Auswirkungen hat dies auf die Pflegeeinrichtungen? Wie beurteilen Sie dabei insbesondere die Chancen für neue Wohnformen?

SVe Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Prinzipiell begrüßen wir die Möglichkeit, Pflegesachleistungen zu poolen. Denn gerade im Bereich neuer Wohnformen wie bei den sogenannten ambulant betreuten Wohngemeinschaften gab es bisher immer wieder einmal juristische Schwierigkeiten. Mit dieser Regelung wird nach unserer Ansicht Rechtsklarheit geschaffen. Wir denken aber, dass hiermit Erwartungen geweckt werden, die nicht erfüllt werden können.

Zum Stichwort Effizienzgewinne. Durch das Poolen soll Zeit gewonnen werden. Die Effizienzgewinne sollen dazu verwendet werden, dass im ambulanten Bereich Betreuungsleistungen im Pool für den Betroffenen zur Verfügung stehen. Wir sehen diese Effizienzgewinne bei den Wegezeiten der ambulanten Dienste. Wir sehen aber auch, dass in der Regel in den Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI und bei den Einsatzpauschalen für das betreute Wohnen wurden hierfür Regelungen getroffen.

Wir sehen Effizienzgewinne in der hauswirtschaftlichen Versorgung. Das gilt für den Fall, dass Menschen in einem gemeinsamen Haushalt leben. Wir sehen aber keine Effizienzgewinne bei der Grundpflege und auch keine bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, wenn die Menschen nicht in einem gemeinsamen Haushalt leben. Wir bedauern, dass die Leistungen um die Betreuungsleistung erweitert werden, ohne dass es eine Erhöhung des Pflegesachleistungsbetrages gibt.

Die Leistungsflexibilisierung halten wir prinzipiell für gut. Wir denken aber, dass sie unabhängig vom Poolen erfolgen sollte. In der Begründung ist die Aussage enthalten, dass Pflegestützpunkte das Poolen anregen sollten. Aber wir sehen darin die Gefahr, dass die Wahlmöglichkeiten der Betroffenen eingeschränkt werden. Außerdem fehlt uns beim Poolen die Schnittstelle zum SGB XII. Wir haben heute darüber diskutiert, dass die Pflegeversicherung einen Teilleistungscharakter hat. Viele Menschen erhalten noch ergänzende Hilfe zur Pflege. Auch da muss es in ambulant betreuten Wohngemeinschaften die Möglichkeit zum Poolen geben.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Wir begrüßen es ausdrücklich, dass diese Möglichkeit zum Poolen ins Gesetz aufgenommen worden ist. Wir begrüßen es insbesondere deswegen, weil dadurch die Möglichkeit besteht, Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich zu erbringen. Das war bisher nicht möglich. Es gab nur die Grundpflege und die hauswirtschaftlichen Einrichtungen. Insofern sind wir sehr davon angegan, dass hier gerade zur Entlastung der Angehörigen von demenziell Erkrankten die zusätzliche Möglichkeit eröffnet wird, Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich durch das Poolen zu erbringen.

Selbstverständlich hätten auch wir uns für die demenziell Erkrankten eine Leistungsausweitung im Rahmen der Einzelleistung und nicht nur im Rahmen des Poolens gewünscht. Wir gehen aber davon aus, dass dieses dann im Rahmen der Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes berücksichtigt wird. Wir sind der Auffassung, dass es sich hier um einen Teilschritt in die richtige Richtung handelt, den wir insbesondere vor dem Hintergrund begrüßen, dass hier die sogenannten neuen Wohnformen rechtskonformer versorgt werden können. Damit ist eine zusätzliche, flexible Möglichkeit der Ausgestaltung gegeben.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen. Die erste Frage, die ich an das Diakonische Werk, an die Caritas und an den bpa richte, behandelt die ortsübliche Vergütung. Wie ist aus Ihrer Sicht zu bewerten, dass Versorgungsverträge an eine ortsübliche Vergütung der Pflegekräfte gebunden werden sollen? In der Gesetzesbegründung wird die ortsübliche Vergütung mit dem Tariflohn gleichgesetzt. Gibt es überhaupt einheitliche Tariflöhne in der Pflegebranche?

Die zweite Frage, die das Thema Gesamtversorgungsvertrag behandelt, richte ich an den bpa, an den Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen, an die Verbraucherzentrale Bundesverband und an die Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderungen. Mich

würde interessieren, ob Sie die Gesamtversorgungsverträge als praxisgerecht empfinden, und wenn ja, warum.

SVe Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Wir halten die Formulierung „ortsübliche Vergütung“ für nicht ausreichend. Wir schlagen stattdessen vor, §72 Abs. 3 SGB XI um die Formulierung „angemessene tarifliche Arbeitsvergütung“ zu ergänzen. Denn wir denken, dass der Begriff „ortsübliche Vergütung“ zu schwammig ist.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich kann mich meiner Vorrednerin vollumfänglich anschließen und möchte ergänzen, dass nach Art. 140 des Grundgesetzes in Verbindung mit Art. 137 der Weimarer Reichsverfassung die Arbeitsvertragsrichtlinien der Kirchen einem besonderen Schutz unterliegen. Im kirchlichen Bereich gibt es keine Tarifverträge, sondern tarifliche Regelungen, die nach einem anerkannten geregelten Verfahren zustande kommen. Insofern halten wir auch aus verfassungsrechtlichen Gründen eine Ergänzung der für den Abschluss von Versorgungsverträgen vorgesehenen Bedingung einer ortsüblichen Vergütung um den Begriff „tarifliche Vergütung“ für angemessen.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Zunächst zur ersten Frage, was die ortsübliche Vergütung angeht; dazu hatte ich vorhin schon Ausführungen gemacht. Wir sind der Auffassung, dass die Begrifflichkeit „ortsübliche Vergütung“ - sie wird in der Gesetzesbegründung durch den Begriff „tarifliche Vergütung“ gefestigt - jede Menge Schwierigkeiten mit sich bringen dürfte. In der Pflege gibt es - Frau Widmann-Mauz, das hatten Sie in Ihrer Frage schon angedeutet - keinen Einheitstarifvertrag, keinen Flächentarifvertrag. Frau Dr. Fix hat gerade ein Spezialproblem angesprochen; es gibt also diverse unterschiedliche tarifliche Regelungen. Insofern besteht das Problem: Wenn, wie es jetzt im Gesetzentwurf vorgesehen ist, für den Ab-

schluss von Versorgungsverträgen die Bedingung einer ortsüblichen Vergütung eingeführt würde, würde gegebenenfalls ein Durchschnittswert für die jeweilige Berufsgruppe verankert werden. Das würde bedeuten: Es gibt sozusagen einen Durchschnittstarif für die jeweilige Berufsgruppe, nach der dann vergütet werden müsste. Die Einrichtungen, die mehr als diesen Tarif zahlen, würden die zusätzlichen Kosten, die sie für ihre Arbeitnehmer aufzuwenden haben, vermutlich nicht von den Pflegekassen refinanziert bekommen, weil nur ein ortsüblicher durchschnittlicher Tariflohn vorgesehen würde. Das würde im Übrigen auch für viele der privaten Pflegeeinrichtungen gelten, die in der Regel übertariflich zahlen. Gerade bei den jüngeren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern würde das zum Tragen kommen.

Vor diesem Hintergrund sind wir der Auffassung, dass diese Regelung dazu führen würde - das hat auch schon der Bundesrat in seiner Stellungnahme befürchtet -, dass das Selbstkostendeckungsprinzip, einhergehend mit der Abschaffung des externen Vergleich, eingeführt werden würde und damit ein Großteil der Kosten, die den Pflegeeinrichtungen entstehen, ausschließlich dem Selbstkostendeckungsprinzip übereignet und so zu einem durchlaufenden Posten bei der Vergütung werden würde. Das ist aus unserer Sicht eigentlich mit der Verabschiedung des Pflege-Versicherungsgesetzes ausgeschlossen worden, indem seinerzeit das Selbstkostendeckungsprinzip genau vor diesem Hintergrund abgeschafft und Wettbewerb eingeführt wurde. Das halten wir nach wie vor für die optimalere Lösung und plädieren dafür, dass die in § 72 SGB XI vorgesehene Regelung entsprechend gestrichen wird.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Zum Gesamtversorgungsvertrag. Wir halten diese Möglichkeit für notwendig, um die Leistungen konsequent am Bedarf der Versicherten ausrichten zu können. Es kann nicht sein, dass Frau Müller im benachbarten Heim fragt: „Können Sie morgen Nachmittag meine Mutter betreuen?“ und wir erst unglaublich viele leistungsrechtli-

che Fragen beantworten müssen und nach einem halben Jahr einen Zwischenbescheid geben. Insofern hilft es uns nicht, wenn nur mehrere Verträge hintereinander geheftet werden und obendrauf Gesamtversorgungsvertrag steht. Wenn man einen solchen ermöglichen will, dann müssen wir ein durchlässiges Leistungssystem haben. So viel Freiheit müssen wir dann wagen und auf viele vorherige Regelungen verzichten. Wenn die Leistung in Kombination erbracht werden kann, können wir diese viel besser am Bedarf der Versicherten ausrichten. Insofern befürworten wir die Möglichkeit eines Gesamtversorgungsvertrages ausdrücklich.

SVe Astrid Grunewald-Feskorn (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V.): Wir schließen uns den Ausführungen des bpa zum Gesamtversorgungsvertrag an; auch wir sehen dies unter dem Strich so.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Auch wir halten den Gesamtversorgungsvertrag für durchaus praxisgerecht. Da gibt es keine Einwendungen.

SV Sebastian A. Froese (Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.): Auch wir können uns den Ausführungen von Herrn Mauel anschließen. Wir halten das für eine sachgerechte Lösung, die letztendlich bürokratische Hürden abbaut und im Zweifelsfalle sogar wirtschaftlich von Vorteil ist.

Abg. Maria Eichhorn (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an mehrere Verbände: an den Deutschen Frauenrat, den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge, den Caritasverband, den VdK und die Spitzenverbände der Pflegekassen. Es geht um die soziale Absicherung der Pflegepersonen, die die vorgesehene Pflegezeit von sechs Monaten beanspruchen. Wie bewerten Sie die vorgesehene soziale Absicherung, insbesondere die Regelung zu

den Rentenversicherungsbeiträgen? Sehen Sie eine Möglichkeit, dass wir dieses Geld zum Beispiel zusätzlich für Demente verwenden, oder halten Sie die soziale Absicherung in der Weise, wie es jetzt vorgesehen ist, für unbedingt erforderlich?

SV Henny Engels (Deutscher Frauenrat e. V.): Wir halten eine soziale Absicherung dieser Pflegepersonen für unabdingbar notwendig. Es ist heute mehrfach darauf hingewiesen worden, dass viele Frauen diese Pflegezeit wahrnehmen. Frauen unterbrechen ihre Erwerbstätigkeit und damit den Erwerb eigenständiger Rentenversicherungsansprüche bekanntlich des Öfteren: erst durch Kindererziehung, dann durch Pflege. Wir alle wollen wieder mehr Kinder; daher tritt dies zukünftig noch häufiger auf. Deshalb denken wir, dass eine soziale Absicherung zwingend erforderlich ist.

SV Michael Löher (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.): Im Grundsatz wird die Zielrichtung begrüßt. Wir sind der Auffassung, dass die Anforderungen an die Arbeitsorganisationen in den Betrieben, die durch die Inanspruchnahme von Pflegezeit entstehen, aufgrund des hohen Nutzens der Pflegezeit sowie zugunsten der Pflegebereitschaft von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und der Kultur des Pflegens in der Bevölkerung zu vernachlässigen sind. Wir lehnen allerdings ab, dass nunmehr der Anspruch auf Pflegezeit gegenüber Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten ausgeschlossen sein soll. Im Referententwurf war noch von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern mit in der Regel zehn oder weniger Beschäftigten die Rede.

Im Zusammenhang mit der Frage der Rentenversicherung sind wir der Auffassung, dass dies bei der Pflegezeit analog zur Elternzeit geregelt werden sollte.

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir halten die vorgesehenen Regelungen der sozialen Absicherung während

der Pflegezeit für unabdingbar. Personen, die diese Auszeit nehmen werden, werden überwiegend Frauen sein, die ohnehin häufig auch aus anderen Gründen, zum Beispiel Kindererziehung, eine gebrochene Berufsbiografie haben, sodass jeder Monat der Beitragszahlung zählt.

SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Auch wir halten diese Regelung für dringend notwendig. Es sind insbesondere Frauen, die die Verantwortung für die Pflege ihrer Angehörigen übernehmen. Diese Regelung soll ja verhindern, dass ihnen daraus übermäßige Nachteile entstehen. Deswegen ist es richtig, dass, wenn keine Familienversicherung vorliegt, zumindest Krankenversicherung zuschüsse gezahlt werden, damit eine entsprechende Absicherung erfolgt. Auch Leistungen zur Arbeitslosenversicherung müssen sichergestellt werden. Analog zur Elternzeit bei kleinen Kindern müssen Regelungen zu Rentenleistungen gelten.

SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Die Spitzenverbände stimmen dem, was zuvor ausgeführt wurde, zu. Auch wir sehen das als dringend notwendig an.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den bpa: Ist es ausreichend, dass sowohl für Verhinderungs- als auch für Kurzzeitpflege ein fixer Betrag vorgesehen ist, der dazu führt, dass die Möglichkeit der Leistungsanspruchnahme mit der Pflegestufe abnimmt? Welche Auswirkungen hat dies auf die Versicherten der unterschiedlichen Pflegestufen und deren Angehörige?

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Im Hinblick auf die Einführung einer Regelung zur Kurzzeitpflege sind wir der Auffassung, dass sowohl die Kurzzeitpflege als bestehendes Element, so wie sie gegenwärtig durchgeführt wird, als

auch ergänzend die Entlastungspflege, die der Entlastung der pflegenden Angehörigen bei Krankheit oder anderen Dingen dient, in der ambulanten Pflege durchführbar sein sollten. Insofern regen wir an, an dieser Stelle neben der sogenannten Urlaubspflege die Möglichkeit der Kurzzeitpflege in der Häuslichkeit als zusätzliche Entlastung einzuräumen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich hätte einige Fragen zur Einzelpflegekraftregelung, zu dem geplanten § 77 SGB XI, und zwar an den Deutschen Pflegerat, das Diakonische Werk der EKD und den bpa: Einzelpflegekräfte sollen insbesondere dann eingesetzt werden, wenn dies besonders wirksam und wirtschaftlich ist. Welche Auswirkungen könnte diese Regelung auf die Vergütung der Leistungen von Einzelpflegekräften haben? Ergänzend an die Spitzenverbände der Pflegekassen die Frage, welche Erfahrungen sie bisher mit Verträgen für Einzelpflegekräfte gemacht haben und wie hoch die Zahl der momentanen Verträge ist?

SVe **Ulrike Döring** (Deutscher Pflegerat e. V.): Wir befürchten, dass weit weg von den Überlegungen eines freien Marktes mit der Formulierung „besonders wirksam und wirtschaftlich“ Lohndumping auf uns zukommt. Wir sagen Ja zu Einzelpflegekräften, aber unter folgenden Bedingungen: Grundsätzlich muss es sich um Pflegefachkräfte handeln; denn nur dann ist eine ausreichende Qualität der Versorgung sichergestellt. Die Auswahlkriterien für die Entscheidung müssen sich darauf beschränken, dass die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpflegekräften nicht möglich ist und eine Versorgung durch zugelassene Pflegedienste nicht gewährleistet werden kann. Es müssen insbesondere die gleichen Qualitätsmaßstäbe an die Leistungserbringung von Einzelpflegekräften gestellt werden wie an die der ambulanten Pflegedienste. Im Rahmen des Wettbewerbs müssen ortsübliche Leistungsvergütungen analog den mit ambulanten Pflegediensten in der Region ausgehandelten Sätzen gezahlt werden, damit es nicht zu Lohndumping kommt.

SVe **Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Wir unterstützen zunächst einmal die Positionierungen des Deutschen Pflegerats. Unserer Ansicht nach könnte ein Grund zum Abschluss eines Vertrages mit einer Einzelpflegekraft sein, dass dies den Wünschen des pflegebedürftigen Menschen entspricht. Das ist unserer Ansicht nach zu respektieren. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn es um den Bereich der Assistenzverhältnisse bei Menschen mit Behinderungen geht.

Wir halten es allerdings nicht für erforderlich, generell die Zulassung von Einzelpflegekräften zu eröffnen.

Ansonsten unterstützen wir die Forderungen des Deutschen Pflegerats. Es müssen Verträge nach § 120 SGB XI abgeschlossen werden. Die Qualitätssicherung muss Anwendung finden. Es muss eine tarifliche Vergütung geben, und es müssen Preise nach § 89 SGB XI verabredet werden. Es muss also gleiche Kriterien geben wie für die zugelassenen ambulanten Pflegedienste.

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Wir schließen uns den hierzu gemachten Ausführungen an.

SV **Paul-Jürgen Schiffer** (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.): Dies ist ja keine grundsätzlich neue Regelung. Das bisherige Recht des SGB XI sieht schon in § 77 den Abschluss von Einzelverträgen vor. Von daher wird diese erweiterte Regelung - es ist keine Neuregelung - begrüßt.

Dann hat Herr Spahn die Frage gestellt, inwieweit in der Vergangenheit entsprechende Verträge geschlossen worden sind. Ich kann Ihnen ganz deutlich sagen, dass die Zahl sehr gering ist. Zu beachten bei dieser Erweiterung in § 77 ist auch, dass bestimmte Sanktionsmechanismen eingezogen worden sind, sodass es nicht

regelmäßig zu Abschlüssen von Verträgen nach § 77 kommen wird.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich bitte um Antwort auf die folgende Frage durch den bpa, den Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen, das Diakonische Werk und die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten: Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass das Inkrafttreten von Pflege-satzvereinbarungen und Schiedsstel-lenentscheidungen zu Pflegesatzvereinba-rungen an die angemessene Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner zu koppeln ist. Unsere Frage: Ist diese Regelung aus Ihrer Sicht sachgerecht?

SV **Herbert Mael** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.): Die angemessene Berücksichtigung der Interessen ist selbstverständlich sachgerecht. Wir befürchten aber, dass sich dahinter etwas verbirgt, wozu es auch in den letzten Jahren immer wieder erhebliche Streitereien und eine höchstrichterliche Rechtsprechung des BSG gab. Es geht zum Beispiel darum, dass eine Entgelterhöhung angekündigt wurde, Einsichtnahme gewährt wurde, der Heimbeirat angehört wurde usw. und man sich dann in der Verhandlung nicht einigen kann. Anschließend tagt die Schiedsstelle, und das dauert in Einzelfällen Monate. Die Frage ist, ob die Erhöhung dann zum angekündigten Zeitpunkt wirksam gemacht werden kann oder ob durch eine erhebliche Verzögerung völlig neue Kalkulationsgrundlagen geschaffen werden. Wir möchten auf gar keinen Fall - das haben wir schon erlebt -, dass die zu einem bestimmten Zeitpunkt angekündigte und vereinbarte oder festgesetzte Erhöhung über zielgerichtetes Zuwarten schlichtweg verschoben oder unterlaufen wird.

Insofern ist es selbstverständlich richtig, eine angemessene Berücksichtigung zu wahren. Aber ein Instrument zu eröffnen, mit dem die Umsetzung von Entgeltvereinbarungen monatelang verzögert werden kann, halten wir für schlichtweg falsch. Unserer Ansicht nach ist

die Rechtsprechung, so wie sie beim BSG vorgenommen wurde, genau richtig.

SVe **Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Wir schließen uns den Ausführungen des bpa an.

SV **Sebastian A. Froese** (Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.): Auch wir schließen uns diesen Ausführungen an, wobei ich ergänzen möchte: Auch wir sehen es als eine Selbstverständlichkeit an, dass die Interessen der Pflegeheimbewohner angemessen berücksichtigt werden. Soweit der Entwurf aber implizieren sollte, dass das bisher nicht der Fall gewesen sei, möchten wir dem widersprechen.

SV **Wolfram-Arnim Candidus** (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V.): Ich schließe mich ebenfalls an, muss aber etwas hinzufügen: Wir haben mit Schiedsstellen in allen Bereichen des Gesundheitswesens keine hervorragende Erfahrung. Das betrifft nicht nur die Pflege; das betrifft auch die medizinische Versorgung. Wir erleben es - wir sind selber am Schiedsausschussverfahren in Rheinland-Pfalz beteiligt -, dass die Fälle immer zugunsten derer ablaufen, die Leistungen zu erbringen haben, und zulasten des Patienten - bis auf 1,2 bis 1,5 Prozent. Das müssen wir im Bereich der Pflege verhindern; denn hier liegen komplexe Dinge vor, die durch das, worüber wir heute diskutiert haben, nicht einfacher, sondern eher komplexer werden.

Aus meiner Sicht müssen wir also dafür Sorge tragen, dass die Interessen der Versicherten und Patienten bei allen unseren Überlegungen, bei jedem Gesetz, bei jeder Handhabung und bei regionalen und überregionalen Strukturen in den Vordergrund gestellt werden.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich hätte an das Diakonische Werk, die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Familienorganisationen

und die Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung die Frage, wie sie die vorgesehenen Regelungen in § 87 a SGB XI bewerten, wonach der Heimvertrag am Tag des Auszuges oder des Todes beendet wird und wie die Regelungen heute aussehen. Eine Zusatzfrage an die Caritas: Ist aus Ihrer Sicht eine detaillierte gesetzliche Regelung für Abwesenheitszeiten erforderlich? Das wäre dann unsere letzte Frage für heute im Sinne christlich-demokratischer Effizienz. Wir danken Ihnen allen für die Ausführungen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Aber es ist noch nicht Schluss; es geht noch weiter.

SVe **Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Wir halten die Regelung, die im Gesetzentwurf vorgesehen ist, für nicht zielführend, weil sie impliziert, dass die Angehörigen am Tag des Todes das Zimmer räumen bzw. ausziehen müssen. Das halten wir für ethisch nicht vertretbar. Wir denken, dass ein Mensch aus ethischen Gründen das Recht hat, nach seinem Tod noch eine Weile in seiner Wohnung oder in seinem Zimmer zu bleiben. Deshalb stößt diese Regelung oft auf Unverständnis und Ablehnung. Wir denken, dass es Sinn machen könnte, die vorgesehene Regelung an die Regelung des jetzigen Bundesheimrechtes anzupassen.

SVe **Iris Emmelmann** (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Familienorganisationen e. V./Deutscher Familienverband e. V.): Wir haben diese Frage in unserer Stellungnahme nicht behandelt. Ich möchte mich aus der Erfahrung, die wir von unseren Mitgliedsfamilien mitgeteilt bekommen haben, der Vorrednerin anschließen. Das betrifft durchaus nicht nur solch eine Einzelregelung. Es geht vielmehr darum, zu schauen, unter welchen psychischen Belastungen Familien stehen, die gepflegt haben und jetzt ertragen müssen, dass beispielsweise ihre alten Eltern, ihre alten Verwandten gestorben sind. Von daher besteht hier als Teil

einer familiennahen Regelung Nachbesonderungsbedarf.

SVe **Astrid Grunewald-Feskorn** (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V.): Das Problem ist, dass die bisherige heimgesetzliche Regelung und die Regelung in SGB XI auseinanderfallen. Das ist in der Praxis ein Problem; das versteht kaum einer, der vor dieser Situation steht. Deshalb sind auch wir dafür, dass man das SGB XI dem derzeitigen Heimrecht anpasst und den Leistungsbezug verlängert.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir halten eine Regelung, wonach Heimbewohner für fünf Tage Zuschläge für Entgeltbestandteile, betreffend Wohnraum- und Investitionskosten, zahlen müssen, für angemessen, sehen hier also gegenüber dem geltenden Heimgesetz durchaus Modifizierungsbedarf.

Was Ihre Zusatzfrage zu Abschlägen bei Abwesenheit anbelangt, sehen wir keinen Regelungsbedarf. Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI regeln bereits die Abschläge bei Abwesenheit. Diese Regelungen sollten weiterhin den Vertragspartnern überlassen bleiben. Wir sehen also in diesem Punkt keinen weiteren Regelungsbedarf in § 87 a SGB XI.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Jetzt schließe ich die Fragerunde der CDU/CSU-Fraktion mit einem Dank ab und komme zur letzten Runde der SPD-Fraktion.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich möchte die Runde noch einmal mit einer Frage nach der Pflegezeit beginnen und den DGB, die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Familienorganisationen, die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft, den Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verband und den SoVD fragen: Wie bewerten Sie die Zielsetzung des Pflegezeitgesetzes, und werden durch das Gesetz die

Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege Ihrer Ansicht nach verbessert und wird die Pflegebereitschaft gefördert?

SVe **Helga Nielebock** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Der DGB begrüßt die Zielsetzung des Pflegezeitgesetzes und hält es für richtig, dass dies in einem eigenständigen Gesetz geregelt wird. Er begrüßt, dass es eine kurzzeitige Unterbrechung der Arbeitszeit und dadurch eine Freistellung zur Akutpflege ebenso wie eine bis zu sechs Monate vorgesehene Vollfreistellung und die Möglichkeit zur Teilfreistellung geben soll.

Wir bedauern es außerordentlich, dass die noch im Referentenentwurf enthaltene Bezahlung der bis zu zehn Tage vorgesehenen Möglichkeit zur Akutpflege und Unterstützung entfallen ist. Wir regen in einer gemeinsamen Erklärung mit anderen Verbänden dringend an, die Bezahlung dieser zehn Tage wieder vorzusehen. Das würde nämlich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie besser fördern. Außerdem sollte eine Bezahlung davon abhängig gemacht werden, wie viel die einzelnen Personen verdienen und ob sie es sich überhaupt leisten können, ihre nahen pflegebedürftigen Angehörigen im Akutfall zu unterstützen. Deshalb sind wir der Auffassung, dass die Zahlung eines Pflegeunterstützungsgeldes wieder vorgesehen werden sollte.

Was die sonstige Ausgestaltung der Pflegezeit angeht, halten wir die vorgesehenen Regelungen für sachgerecht. Wir regen dringend an, dass nach Beendigung einer Vollfreistellung oder einer Teilfreistellung das Recht zur Rückkehr auf den bisherigen Arbeitsplatz bzw. zur bisherigen Tätigkeit ausdrücklich im Gesetz vorgesehen wird. Das erscheint auch im Hinblick auf die gleichlautende Regelung zur Elternzeit sinnvoll. Hier sollte es dann keinen Abbruch geben, also möglicherweise andere Tätigkeitszuweisungen oder das Verlangen anderer Arbeitszeiten.

Wir halten es allerdings für erforderlich, dass auch Teilzeitbeschäftigte die Möglichkeit ha-

ben, obwohl sie in Teilzeit sind, Pflegezeit zu beantragen, damit sie vor Überstunden oder Mehrarbeitsanforderungen gefeit sind. Wir meinen, dass es erforderlich und richtig ist, dass im Gesetzentwurf ein weiter Beschäftigungsbegriff unterlegt wird und auch arbeitnehmerähnliche Personen mit einbezogen sind.

Wir haben in unserer Stellungnahme abgelehnt, dass Kleinbetriebe mit bis zu 15 Beschäftigten nicht einbezogen und diese Beschäftigten von vornherein ausgegrenzt werden. Das sind immerhin 6,5 Millionen Beschäftigte in 1,8 Millionen Betrieben. Sie grenzen damit viele Personen von der Möglichkeit aus, eine Vollfreistellung oder eine Teilfreistellung in Anspruch zu nehmen.

Was die Frage der sonstigen Details angeht, habe ich bei der Beantragung einer Teilfreistellung die dringende Anregung, dass in diesem Zusammenhang das Erfordernis der Schriftform nicht zwingend festgelegt wird und es ausreicht, dass der Arbeitgeber dringende betriebliche Gründe einwendet. Wenn er diese nicht einwendet, gilt dies als Fiktion, und dann wird der Antrag als bewilligt angesehen. Das ist unbürokratisch, gibt je dem Menschen, der einen solchen Antrag gestellt hat, Rechtsklarheit - und dies innerhalb der notwendigen Zeit, die nur zehn Tage umfassen darf; denn sonst ist möglicherweise ein Anschluss nicht möglich. Ich würde hier dringend darum bitten, dass diese Änderung durchgeführt wird.

Ich habe eine weitere Anregung, was das Zusammenspiel im Hinblick auf die Frage angeht, wann mindestens die Pflegestufe I vorliegt, damit eine Vollfreistellung oder Teilfreistellung überhaupt in Anspruch genommen werden kann. Wir hatten vorhin die Diskussion, dass bei denjenigen, die im Krankenhaus liegen, dieser Antrag in einer Begutachtungszeit von möglichst einer bzw. zwei Wochen bewilligt oder abgelehnt werden soll, dass dann also Klarheit besteht. Es ist gesagt worden, man wolle den Zeitraum für die Feststellung der Pflegestufe auf insgesamt fünf Wochen reduzieren. Das ist erfreulich; denn die Zeiten sind jetzt viel länger. Was ist aber in dem Fall, in dem jemand zu Hause bereits

pflegebedürftig ist, dies aber noch nicht festgestellt worden ist und eine Voll- oder Teilfreistellung für die Pflege erforderlich ist? Hier müsste als Auffanglösung ein ärztliches Attest für die Freistellung ausreichen, wenn die Pflege nicht anders geleistet werden kann und man im Anschluss an die zehn Tage, die man eventuell für eine Akutpflege nutzt - fünf Wochen sind doch wesentlich länger -, eine Voll- oder Teilfreistellung in Anspruch nehmen muss, weil man es in den zehn Tagen nicht anders gelöst bekommen hat. Das wäre für Sie vielleicht eine Kleinigkeit, ist aber für die Praxis möglicherweise von Bedeutung.

Sve Iris Emmelmann (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Familienorganisationen e. V./Deutscher Familienverband e. V.): Wir unterstützen prinzipiell die Idee der Pflegezeit. Wir halten das für ein grundsätzlich sinnvolles Angebot an Menschen, die ihre Angehörigen pflegen möchten und plädieren für eine Ausweitung auf weitere nahestehende Personen, zum Beispiel auf Nichten und Neffen.

Die vorgesehenen sechs Monate der Pflegezeit sind zeitlich sehr knapp bemessen. Die durchschnittlichen Pflegezeiten sind wesentlich länger. Wir halten es daher zumindest für erforderlich, dass man sehr intensiv beobachtet, wie sich die Inanspruchnahme der Pflegezeit entwickelt, und dies in einem zeitnahen Berichtswesen aufbereitet, um zu sehen, ob eine Verlängerung eventuell erforderlich wäre. Sechs Monate sind ein sehr kurzer Zeitraum.

Ein weiteres Problem, das wir in der Anspruchsvoraussetzung sehen, ist die Kleinbetriebsklausel, also die Ausnahme aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Betrieben mit bis zu 15 Beschäftigten. Das ist die große Mehrheit der Arbeitnehmerbevölkerung; das muss man sich klarmachen. Auch hier gibt es Verbesserungsbedarf und zumindest den Wunsch, das sehr genau zu beobachten.

Aber wie sich die Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege durch die Gewährung von Pflegezeit verbessern, steht und fällt vor allem mit der Ausgestaltung des Pflegegeldes. Es ist

einfach so: Mir nützt eine Freistellung relativ wenig, wenn ich mir als pflegender Angehöriger die Pflege nicht leisten kann. Wir haben heute leider sehr wenig von der geplanten Ausgestaltung des Pflegegeldes für die häusliche Pflege gehört.

Ich will das jetzt auch nicht weiter ausführen, weil die Frage eine andere ist. Aber wenn es so bleibt, dass das Pflegegeld über vier Jahre hinweg nur um 30 Euro erhöht werden soll, muss ich sagen: Da stimmt etwas nicht bei der Ausgestaltung der im Pflege-Versicherungsgesetz als vorrangig angesehenen häuslichen Pflege.

Im Hinblick auf den zweiten Teil des Pflegezeitgesetzes, die Freistellung wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2, halten wir es für dringend erforderlich, dass die Lohnfortzahlung durchgesetzt wird. Es ist nicht hinnehmbar und für uns nicht nachvollziehbar, dass in diesen zehn Tagen die Angehörigen ohne Lohn oder Gehalt auskommen müssen. Wir insbesondere Probleme mit Blick auf das Fortlaufen der sozialversicherungsrechtlichen Absicherung während dieser Zeit. Deswegen lautet unsere sehr dringende Forderung, in dieser Frage einen Weg aufzuzeigen, wie Lohn und Gehalt fortgezahlt werden. Möglich wären etwa eine analoge Regelung zu der, die für Krankentage bei Kindern gilt, oder ein Umlageverfahren.

Wir haben uns auch mit dem Argument auseinandergesetzt, dass der bestehende, ungefähr 30tägige Urlaubsanspruch bereits ausreicht und darüber mit Mitgliedsfamilien, die pflegen und die Pflege organisieren müssen, gesprochen. Tatsächlich führt in diesen Familien die Bewältigung plötzlich eintretender Pflegefälle bereits jetzt dazu, dass sie einen großen Teil ihres Erholungsurlaubs für die Organisation von Pflege verwenden. Mit der Organisation von Pflege sind sie psychisch und zum Teil auch physisch sehr gefordert. Es wäre sicher auch im Sinne der Arbeitgeber, dass Arbeitnehmer nicht zu einem großen Teil ihren Erholungsurlaub dafür einsetzen. Daher der Appell, in Bezug auf diese zehn Tage eine Lösung zu finden, damit Familien die Organisation von Pflege ohne finanzielles oder absicherungsrechtliches Risiko leisten können.

SVe **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Die Details sind jetzt schon ausführlich besprochen worden; deswegen möchte ich mich grundsätzlich äußern.

Auch wir befürworten die Pflegezeit. Wir glauben, dass das zu einer Entlastung führen wird und pflegenden Angehörigen, insbesondere Frauen, helfen wird, nicht vorschnell Entscheidungen zu treffen, etwa ihre Arbeit aufzugeben oder aufgrund des Drucks nach einer stationären Einrichtung zu suchen. Gerade häusliche Arrangements brauchen Zeit und Überlegung.

Einen weiteren Aspekt, warum die Pflegezeit wichtig ist, möchte ich noch anführen. Ich meine die Wertschätzung, die pflegende Angehörige in diesem Gesetz erfahren. Die Wertschätzung ist dabei umso höher, je besser die Pflege vergütet wird.

SVe **Dr. Brigitte Wehrauch** (Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V.): Der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband begrüßt ebenfalls grundsätzlich, dass es jetzt bei Pflegebedürftigkeit einen Rechtsanspruch nach dem SGB XI geben soll, eine solche Pflegezeit nehmen zu können. Wir möchten aber auch darauf hinweisen, dass die Menschen, die palliativmedizinisch oder hospizlich versorgt werden, also Menschen in ihrer letzten Lebensphase, sehr häufig eine genauso intensive häusliche Betreuung durch ihre Angehörigen benötigen. Diese Menschen sind in ihrer überwiegenden Zahl nicht in einer Pflegestufe eingestuft. Wir wünschen uns daher, dass die Möglichkeit, Pflegezeit zu nehmen, auch auf Angehörige von Menschen ausgedehnt wird, die in der letzten Lebensphase palliativmedizinisch betreut werden, und zwar besonders vor dem Hintergrund, dass wir den neuen § 37 b Sozialgesetzbuch V umsetzen, der den Vorrang der häuslichen Versorgung schwerstkranker und sterbender palliativmedizinisch versorgter Menschen vorsieht. Das hat natürlich auch damit zu tun, dass Angehörige die Möglichkeit erhalten, solche Patienten zu pflegen. Wir würden daher vorschlagen, dass in diesem Gesetz eine Erweiterung vorgenommen wird, dass

nämlich nicht nur die Einstufung in eine Pflegestufe, sondern auch die Indikationsstellung im Sinne einer Versorgung nach § 37 b die Möglichkeit eröffnet, eine Pflegezeit zu nehmen. Wir haben in unserer Stellungnahme auch konkrete Formulierungsvorschläge mit Blick auf die §§ 1, 3 und 7 des Pflegezeitgesetzes gemacht.

Es gibt klare statistische Zahlen dazu. Im Allgemeinen ist es so - das betrifft über die Hälfte der Fälle -, dass selbst Menschen, die eine relativ lange palliativmedizinische Versorgung hinter sich haben, nicht in eine Pflegestufe eingestuft sind.

SV **Jens Kaffenberger** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Auch wir begrüßen die Einführung der Pflegezeit; ich kann mich den Vorrednerinnen da im Grunde genommen nur anschließen. Ich möchte aber deutlich machen, dass auch wir finden, dass eine zehntägige bezahlte Freistellung aus unserer Sicht erforderlich ist, gerade um die Pflege zu Hause und das entsprechende Arrangement kurzfristig organisieren zu können. Dafür wäre der Anspruch auf eine bezahlte Freistellung sehr sinnvoll.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Nachdem in der letzten Fragerunde so ausführlich auf die Freistellung eingegangen worden ist, möchte ich jetzt eine Frage zum Pflegebudget stellen, und zwar an Professor Klie. Ich hätte gern von Ihnen gewusst: Wie hoch schätzen Sie die Kosten für die Pflegeversicherung ein, wenn das persönliche Budget als Regelleistung eingeführt würde? An die Vertreter der AWO und der Diakonie habe ich die zusätzliche Frage: Wie wird sich die Situation für die Anbieter ändern, wenn sie mit Pflegebudgets agieren müssen?

SV **Prof. Dr. Thomas Klie** (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.): Ich habe ja vorhin schon kurz angedeutet, dass ich die Zeit für eine regelhafte Einführung des Pflegebudgets noch nicht für gekommen sehe. Gleichwohl ist es natürlich wichtig, mittelfris-

tig abschätzen zu können, welcher Aufwand und welche Nachfrage sich mit der Budgetierungsoption für Pflegeleistungen ergeben. Befragungen in zwei Modellregionen, in denen wir dies erproben, haben das Ergebnis gebracht, dass etwa mit einem grundsätzlichen Interesse von bis zu 30 Prozent der Versicherten zu rechnen ist. Diese Zahl ist etwas hoch gegriffen. Wir haben nach den Mentalitäten der 40- bis 65-Jährigen gefragt, nämlich, wie sie sich die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit vorstellen. Deutlich war, dass man es sich nicht gut vorstellen kann, „unschlüssige“ Tauschbeziehungen, d. h. die Sachleistungen, zu präferieren. Wir gehen aber davon aus, dass von diesen 30 Prozent, die generell an einem Pflegebudget interessiert wären, nur ein kleinerer Teil die entsprechenden Leistungen in Anspruch nehmen würde. Dazu ist zu beachten, dass die Pflegebudgetleistungen nicht dazu da sind, dass damit nahe Angehörige finanziert werden, sondern dass sie dazu dienen, dass der Betreffende auf andere Weise Leistungen einkaufen kann, und zwar begleitet durch Case-Management oder andere geeignete Beratung.

Die Kosten, die damit verbunden wären, können wir jetzt noch nicht beziffern. Aber sie wären letztlich ja nicht höher als die Kosten, die die bisherigen Leistungen verursachen. Man kann davon ausgehen - das zeigen auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung -, dass vergleichsweise vielen Personen aufgrund des Budgets der Heimaufenthalt erspart bleibt, sodass damit auch erhöhte Heimkosten vermieden werden können. Ansonsten wäre bei ausgebauter Case-Management-Struktur und suffizientem Assessment-Verfahren, die die Pflegebedürftigen und alle ihre Bedarfe in den Blick nehmen, Budget nicht mit höheren Kosten zu rechnen.

Ich möchte betonen: Das ist kein Ersatz für das Pflegegeld. Es muss natürlich verhindert werden, dass es dort Mitnahmeeffekte gibt, die sich so umschreiben lassen: Wir nehmen das Pflegebudget, einfach weil es da mehr Geld gibt. Dadurch gönnen wir uns mehr für die eigene Haushaltskasse. - Das muss verhindert werden; das kann man aber auch verhindern, wenn man das verfahrensrechtlich intelligent

absichert. Hierfür eignet sich das Instrument der Zielvereinbarungen in denen auch die Leistungsform definiert wird.

SV Rainer Brückers (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.): Wir halten das grundsätzlich für positiv, weil damit bedarfsindizierte Leistungen ermöglicht werden. Es wird natürlich notwendig sein, dass die Seite der Leistungserbringer zu einer höheren Flexibilität bei ihren Angeboten kommt und dass sie aufgrund dessen in Bereichen Angebote macht, wo bisher keine Angebote vorhanden waren. Es bietet darüber hinaus eine große Möglichkeit der Verzahnung von privaten Netzwerken, insbesondere von ehrenamtlichen Strukturen vor Ort.

Insgesamt würde dies, wenn es so, wie es im Gesetzentwurf steht, umgesetzt werden würde, zu einer Verbesserung der Versorgungsstruktur für die Betroffenen führen.

Sve Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.): Für den Bereich des § 35 a SGB XI sprechen auch wir uns dafür aus, dass in der Behindertenhilfe die Sachleistungen für Menschen im integrierten Budget in Geldleistungen umgewandelt werden.

Zum Thema „persönliches Pflegebudget“ gibt es in unserem Verband Pros und Kontras. Wir denken, dass die Einführung des Pflegebudgets an eine Begleitungs- oder Beratungsstruktur gebunden sein sollte, wobei eine Frage ist, wie man sie nennen sollte: „Case-Management“, „Budgetassistenz“ oder einfach nur „Beratung“. Eine weitere Frage ist, ob es verpflichtend oder fakultativ sein soll. Auf jeden Fall sollte es für die Betroffenen die Möglichkeit geben, das in Anspruch zu nehmen. Wir denken, dass die Ergebnisse des Modellversuchs ausgewertet werden müssen. Zudem muss es entsprechende Assessment-Systeme geben.

Wir sehen die Chance, dass unsere Dienste andere Angebote entwickeln können, flexibler sein können. Wir meinen in diesem Zusam-

menhang, dass es andere Indikatoren für die Nachfrage als nur den Preis geben müsste. Hier liegt eine Schwierigkeit. Sie in der SPD diskutieren ja über den Mindestlohn in der Pflege. Was ich aus den Ergebnissen des Modellversuchs zum Pflegebudget weiß, ist, dass nach dem Maximierungsprinzip verfahren worden ist. Die Personen erhielten eine Pflegesachleistung und bekamen nun andere Leistungen. Sie sind durch ein Angebotsmix entstanden, durch eine Kombination von Ehrenamtlichen und Profis. Das ist sicherlich generell sinnvoll. Aber wir denken eben auch, dass die Personen, die diese Leistungen erbringen, davon müssen leben können.

Ein weiteres Thema ist die Qualitätssicherung.

Wir stehen diesem Thema also durchaus offen gegenüber und denken, dass das für bestimmte Betroffenenengruppen die richtige Versorgungsform ist, aber nicht die alleinige Regelversorgung sein sollte.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich möchte folgende Vorbemerkungen machen: Es freut mich sehr, dass wir heute den Familienbegriff nicht mehr in der traditionellen Art und Weise verstehen, nämlich dass die Frau ihn ausfüllt. Das ist gerade auch für den Bereich der Pflege von hoher Bedeutung.

Die zweite Vorbemerkung. Wir haben uns darauf geeinigt, dass gute Arbeit auch etwas mit Tarifen zu tun hat.

Ich möchte meine Fragen an den Deutschen Frauenrat, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen und die Lebenshilfe richten und auf den Pflegebegriff zurückkommen. Meine Frage: Wo wären die konkreten Anknüpfungspunkte im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, wo die diskutierten neuen Gegebenheiten - das müsste dann ja noch beschlossen werden - im Gesetz eingefügt werden können? Als für den Bereich Frauengesundheit Verantwortliche frage ich weiter: Hat das Pflegegesetz die gender- bzw. frauenpolitischen Aspekte genügend berücksichtigt?

SV Henny Engels (Deutscher Frauenrat e. V.): Ich fange mit der letzten Frage an – das ist ja meine Hausfrage. Um es kurz und knapp zu sagen: Nein. Wir haben Ihnen diesen Eindruck auch schon beim GKV-WSG mitgeteilt. Wir haben Ihnen damals mitgeteilt, dass für den Entwurf die Bewertung „hat keine gleichstellungspolitische Relevanz“ zutrifft, aber leider für die Problemlage nicht.

Im Fall des vorliegenden Entwurfs ist das insofern etwas besser gelungen, als Frauen bei den zu Pflegenden erwähnt sind. Was Ihnen leider entgangen ist, ist, dass die Mehrheit der haupt- und ehrenamtlich Pflegenden ebenfalls Frauen sind. Von daher sind sie in vielfältiger Weise von den Regelungen des Gesetzes betroffen. Insofern hätte dieser Aspekt deutlicher herausgestellt werden können. Wir bedauern, dass das nicht geschehen ist, glauben aber, dass der Bundestag lernfähig ist und die Regierung auch. Wir setzen also darauf, dass es in die Beziehung immer besser wird und Sie bei den nächsten Gesetzentwürfen den Anforderungen Ihrer eigenen Geschäftsordnung gerecht werden.

Zu den Anknüpfungspunkten, zu den Stellen im Gesetz, wo der Begriff der Pflegebedürftigkeit aufgegriffen werden kann. Es gibt einige bei den Qualitätskriterien, bei der Frage, wie Pflege überhaupt definiert wird, wozu sie dient. Ich glaube aber - das haben wir auch in unserer Stellungnahme geschrieben -: Damit wird der missliche Umstand, dass der Begriff Pflegebedürftigkeit geklärt wird, nachdem das Gesetz verabschiedet sein wird, nicht aus der Welt geschafft. Es ist eine halbgeare Lösung. Es ist vielleicht ein Schritt in die richtige Richtung. Aber ich befürchte, dass der Bundestag bei der Beschlussfassung über dieses Gesetz deutlich machen muss, dass er sich darüber im Klaren ist, dass dann, wenn der Begriff Pflegebedürftigkeit geklärt ist, das Gesetz entsprechend geändert werden müsste. Ansonsten werden Sie der Befürchtung nicht entgegen treten können, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit den vorhandenen Ressourcen angepasst werden soll, dass er somit nicht den Erfordernissen gerecht wird. Wir haben ja die gute Erfahrung mit dem GKV-WSG. Damals

haben Sie in eine Entschlie ßung das hineinge-
schrieben, was Sie im Gesetz nicht regeln
konnten. Wir hoffen sehr darauf, dass Ihnen
das jetzt auch gelingt.

SVe Helga Walter (Bun-
desarbeitsgemeinschaft der Senioren-Orga-
nisationen e. V.): Es ist müßig, darüber zu dis-
kutieren, warum nicht zwei Jahre, bevor das
Pflege-Versicherungsgesetz in Angriff ge-
nommen wurde, der Pflegebedürftigkeits-
begriff geklärt wurde. Ich halte sehr viel da-
von, dass diese Klärung nun in aller Ruhe mit
der erforderlichen Genauigkeit erfolgt. An-
knüpfungspunkte im Gesetz gibt es insofern,
als die im Gesetz vorgesehenen Pflegebe-
ratungsstützpunkte - wie immer sie auch hin-
terher tatsächlich genannt werden - für die
Betroffenen wichtige Voraussetzungen dar-
stellen. Denn nach erfolgter Definition des
Begriffs der Pflegebedürftigkeit - er soll ja
umfassend sein und soll nicht nur den Bereich
der Pflegeversicherung beinhalten - brauchen
sie eine Anlaufstelle, in der sie Beratung dazu
erhalten, wo bei ihrem Hilfebedarf angesetzt
wird. Das ist für uns ein ganz wichtiger An-
knüpfungspunkt. Deshalb kann ich nur appel-
lieren, nicht von der Vernetzung vor Ort abzu-
gehen, sondern darauf zu bestehen, dass sie vor
Ort geschaffen wird.

Die Diskussionen zeigen, dass in den Kommu-
nen - nicht in allen; es gibt ja gute Beispiele
dafür, dass es funktioniert - die Hilfe für die
Menschen viel früher ansetzen muss. Über die
5 Prozent Pflegebedürftige diskutieren wir
jetzt. Damit es in Zukunft nicht noch viel mehr
werden und wir die Kosten für die Pflege sen-
ken können, brauchen wir die Vernetzung vor
Ort, die Beratungsstellen. So kann frühzeitig
angesetzt werden und eine Pflegebedürftigkeit
bzw. eine Einweisung in ein Heim verhindert
werden. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Ich
denke, es ist unsere Aufgabe, dafür zu sorgen,
dass das auch so umgesetzt wird.

SV Klaus Lachwitz (Bundesvereinigung Le-
benshilfe für Menschen mit geistiger Behinde-
rung e. V.): Dass der Begriff der Pflegebedürf-

tigkeit in dieser Reform nicht mit geklärt wer-
den kann, hat ja seine eigentliche Ursache dar-
in, dass ein neues Begutachtungsverfahren
entwickelt werden soll, weg von der Minuten-
pflege hin zu einer ganz anderen Form der
Begutachtung, in der eben nicht der Zeitfaktor
in den Mittelpunkt gestellt werden soll. Das
lässt sich nicht übers Knie brechen; das haben
wir inzwischen gelernt. Insofern kommt man
an der Erkenntnis nicht vorbei, dass es eine
Reform in zwei Schritten geben wird.

Wir können aber einmal im Voraus über-
denken, was passieren wird: Wir werden einen
Pflegebedürftigkeitsbegriff bekommen, der
sehr viel weiter sein wird als der jetzige. Dann
wird es auch zunehmend zu Überschneidungen
mit Leistungen der Eingliederungshilfe und
Teilhabe kommen. Es könnte schon jetzt disku-
tiert werden, wie man mit diesen Überschnei-
dungen umgeht. Wir bedauern sehr, dass im
vorliegenden Gesetzentwurf der Begriff der
Teilhabe nur an einer einzigen Stelle erwähnt
wird - es ist allerdings eine zentrale Stelle -: Es
ist § 12 SGB XI, in dem steht, dass zum Si-
cherstellungsauftrag der Kassen auch die Teil-
habe zählt.

Nur: Welche Teilhabe ist damit überhaupt ge-
meint? Ist das die Teilhabe im umfassenden
Sinn des SGB IX? Ist das ein abgespeckter
Teilhabebegriff? Das kann eigentlich niemand
richtig beantworten. Es kann nicht der volle
Begriff gemeint sein; denn sonst würden Sie ja
die gesamten Abgrenzungsfragen in das SGB
XI, in das Reformwerk, hineinnehmen.

Wir sehen insofern im Moment wenig An-
knüpfungspunkte. Wir müssen einfach ab-
warten, wie die Diskussion über den Pflege-
bedürftigkeitsbegriff und über das neue Gut-
achten ausgehen wird. Aber wir können jetzt
schon prophezeien: Die Aufgaben, die sich
dann stellen, werden möglicherweise noch
größer als die jetzigen sein. Denn die Systeme
aus SGB IX und SGB XI müssen vernünftig
miteinander verknüpft werden.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Ich frage
Dr. Danner, einen Vertreter von Verdi und der

Verbraucherzentrale und möchte mich einer anderen Thematik zuwenden. Ich glaube, Sie alle haben die Änderung im Gesetzentwurf zur Kenntnis genommen, wonach sich die Kostenbeteiligung der Versicherten auf die Folgen von Tätowierungen, Piercings und Schönheitsoperationen beschränkt. Halten Sie eine Inanspruchnahme der Solidargemeinschaft für die Folgen solcher Maßnahmen für gerechtfertigt?

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.): Die Problematik sehen wir weniger in Bezug auf Piercings, Tätowierungen usw., sondern eher in der Unklarheit des Begriffs „nicht indizierte Maßnahmen“. Es ist ja so, dass eine Maßnahme im Rahmen einer Behandlung, die fehlerhaft ist, im Prinzip nicht indiziert ist. Schon hat man in der Praxis ein ganz brisantes Streitthema, wenn der Patient der Auffassung ist, dass ein Behandlungsfehler zu den Kosten geführt hat, und der Arzt diese Auffassung nicht teilt. Der Arzt kann über eine Meldung an die Kasse seine Sicht weitertragen. So etwas kann in der Praxis auftauchen.

Zu den grundsätzlichen Erwägungen hinsichtlich Datenschutz, Schweigepflicht des Arztes und Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient habe ich ja vorhin schon etwas ausgeführt.

SVe Gabriele Feld-Fritz (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ganz herzlichen Dank an den Vorredner. In dem, was er gesagt hat, finden wir unsere Position zum Teil wieder. Ich möchte darüber hinaus noch betonen, dass wir die Rolle des Arztes nicht darin sehen, dass er eine Ermittlungsbehörde ist. Ansonsten ist dieser Sachverhalt ja schon in der letzten Runde der Gesundheitsreform geregelt worden, was wir kritisiert haben. Ich meine, dass hier andere Wege gefunden werden müssen, als das Arzt-Patientin/Patient-Verhältnis auszunutzen, um diese Einschränkungen, wenn sie denn der Gesetzgeber für gerechtfertigt hält, praktikabel zu machen.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Zu den datenschutzrechtlichen Problemen habe ich ja vorhin schon etwas gesagt. Es ist so, wie Herr Dr. Danner gesagt hat: Es ist wegen der im Gesetz gefundenen unklaren Rechtsbegriffe in hohem Maße unklar, was denn nun unter diese Vorschriften fallen soll. Was ist eine „angemessene Beteiligung“? Für welche Eingriffe muss eine zusätzliche private Absicherung vorgenommen werden? Was ist mit Menschen, die ein bestimmtes Vorrisiko haben? Wenn wir nur über Piercings, Tätowierungen usw. sprechen, möchte ich darauf hinweisen: Die Ausgaben dafür sind im Gesamtverhältnis höchst marginal.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich möchte auf die Pflegeberatung zurückkommen, weil das ein zentrales Element dieses Gesetzes ist. Es geht ja darum, die Strukturen den Bedürfnissen des zu Pflegenden und seiner Angehörigen anzupassen. Ich möchte die Vertreter der Spitzenverbände der Pflege- und Krankenkassen, der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management, Herrn Professor Welti und den Vertreter des Bundesverbandes der kommunalen Spitzenverbände fragen.

Erstens möchte ich gern wissen, welche Qualifikation der Pflegeberater haben muss. Haben die Beschäftigten der Pflegekassen, die heute die Beratung durchführen, die notwendige Qualifikation? Es geht ja nicht nur um Beratung, sondern auch um die Veranlassung von Leistungen, um deren Überwachung und Anpassung.

Zweitens würde ich gern wissen, ob Sie mir darin recht geben, dass es nicht so ist, wie es vorhin geäußert worden ist, dass sich die Pflegeberater wirklich nur zur Pflege äußern. Vielmehr beraten sie zu folgenden Themen: gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und sonstige medizinische sowie pflegerische Hilfen.

Schließlich drittens: Wie kann man es hinbekommen, dass die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen hinsichtlich der erforderlichen sozialen Hilfen und einer Einbeziehung des

Ehrenamtes unter Beachtung der Rechtsprechung beraten werden? Die Menschen interessiert es ja nicht, wer es durchführt und wie die Struktur ist; sie wollen die Pflegestützpunkte mit einem vollständigen Plan dazu verlassen, welche Hilfen sie in ihrem Fall nun tatsächlich bekommen können.

SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband): Es ist in der Tat so, dass wir davon ausgehen müssen, dass es eine umfassende Beratung geben soll; das sehen wir genauso. Sonst wäre das Konzept mit der erweiterten Beratung in sich nicht schlüssig. Insofern gehört das eindeutig dazu. Die Frage ist: Wo kann man das ansiedeln? Wir sind mit den Pflegekassen durchaus in der Lage, diesem Anspruch gerecht zu werden. Diejenigen, die derzeit in der Pflegeberatung tätig sind, haben sehr unterschiedliche Qualifikationen. Hier geht es zum einen um eine Bewertung sozialrechtlicher Zusammenhänge. Inzwischen haben wir auch Fachpersonal eingestellt. Die bei uns beschäftigten Ärzte, Pflegefachkräfte, Sozialpädagogen und Arzthelferinnen können hinzugezogen werden; das kann auch vor Ort geschehen.

Das Wichtige in diesem Zusammenhang ist, dass die ergänzenden Leistungen, also die Leistungen, die die Pflegekassen nicht zu bewilligen haben, über ein angemessenes Fallmanagement vermittelt werden.

Ausgehend von den Pflegekassen erhalten wir eine flächendeckende Infrastruktur.

Aus unseren Erfahrungen können wir von der AOK sagen, dass das auch eine Erwartung der Versicherten ist - die sich als Versicherte verstehen -, dass sie ihre Leistungen genau dort abfragen wollen.

Es ist heute Nachmittag häufig angeführt worden, dass die Pflegeberater der Pflegekassen ihren Auftrag nicht hinreichend, objektiv, neutral, unabhängig durchführen könnten. Das halten wir für abwegig; wir halten das für unbegründet. Das können sie schon. Dass sie es auch tun, dafür sorgen mehrere Faktoren. Der

erste Faktor ist, dass wir natürlich über die Selbstverwaltung eine entsprechende Kontrolle ausüben. Der zweite Faktor besteht darin - das führe ich noch einmal sehr gerne aus -, dass in der Tat alle Pflegekassen in dem Bemühen einig sind, gerade für diesen Bereich ihren Versicherten ein wirklich kompetentes Angebot an Beratung und Leistung zu bieten, ein Angebot, das den Betreffenden darin bestätigen soll, die richtige Kasse gewählt zu haben. Das ist ein starker Wettbewerbsfaktor. Nicht zuletzt ist es ja doch auch so - das sollte man an dieser Stelle vielleicht noch einmal erwähnen -, dass die zentrale Leistungsgewährung auf der Basis von Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst erfolgt, der nach einheitlichen Vorgaben und Kriterien arbeitet.

Insofern meinen wir schon, dass das in diesem Kontext leistbar ist. Zudem bin ich der Ansicht, dass jede andere Form, zum Beispiel eine Ausgestaltung unter Einbeziehung Dritter, lediglich Schnittstellen schafft, die dann wieder zu Komplikationen führen.

Sve Mona Frommelt (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management): Pflegebedürftige sind - in der Sicht der Betroffenen - nicht in erster Linie Versicherte, sondern komplex Unterstützungs- und Hilfebedürftige. Von daher sind sie nicht leistungsrechtlich, aus Sicht der Kassen, sondern in Bezug auf Pflege und die komplexen Unterstützungsbedarfe zu definieren. Eine Vertrauensbasis dieser Pflegebedürftigen ist unabdingbar für den Zugang zum Pflegeberater. Dort, wo diese Vertrauensbasis immer schon besteht, muss sie weiterhin genutzt werden.

Zu Qualifikation des Case-Managements möchte ich aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management sagen: Man muss zwei Ebenen in Betracht ziehen. Die eine betrifft das Case-Management als Handlungsset auf der Fall- und der Systemebene. Das setzt ein umfangreiches Wissen voraus nicht nur hinsichtlich der Beratung und des Aufbaus einer Vertrauensbasis; die Advokatfunktion, die Gatekeeping-Funktion wurden heute schon genannt. Es geht also um eine

Beziehungsarbeit, die auf Dauer angelegt ist. Deshalb kann sie - das ist schon häufig gesagt worden - nur aus einer Hand kommen. Dazu ist, besonders bei der Fallsteuerung, Vertrauen erforderlich. Ob diese Voraussetzungen bei den Mitarbeitern der Pflegekassen immer gegeben sind, weiß ich nicht. Die zweite Ebene betrifft die fachliche Qualifikation, die zu fordern ist, und zwar in verschiedenen Abstufungen. Bei der Beratung geht es zuerst um das sozialrechtliche Leistungsspektrum. Man sollte nicht unterschätzen, wie komplex die regionalen Versorgungsangebote sind. Wenn man sie genau kennen und auf sie hinsteuern will, erfordert das eine Menge Aufwand. Bei der klientenzentrierten Beratung sind Fallsteuerung und Netzwerkarbeit zu nennen.

Wir von der DGCC haben dazu ein Curriculum erarbeitet, das heute schon mehrfach angesprochen worden ist und das die verschiedenen Ebenen berücksichtigt. Darauf verweise ich. Auch in der Praxis haben wir damit nur beste Erfahrungen gemacht.

SV Prof. Dr. Felix Welti: Bei der Beratungstätigkeit sind auf jeden Fall übergreifende sozialrechtliche Kenntnisse und Systemkenntnisse erforderlich. Wenn die Intentionen, die mit dem Gesetzentwurf verfolgt werden, verwirklicht werden sollen und erst recht wenn wir zu einer umfassenden teilhabeorientierten Bedarfsermittlung kommen wollen, werden wir Kenntnisse des Sozialhilferechts und des Krankenversicherungsrechts benötigen. Man kann davon ausgehen, dass diese Kenntnisse nicht automatisch vorausgesetzt werden können, nicht bei Pflegefachkräften, nicht bei Angehörigen der sozialen Arbeit, nicht bei Angehörigen des Arztberufs, aber auch nicht bei Sozialversicherungsfachangestellten. Das heißt, der Gesetzgeber wäre an dieser und an anderen Stellen gut beraten, wenn er das nicht unter Bezugnahme auf eine Berufsgruppe, auf die der Fokus dann gerichtet würde, definieren würde, sondern funktional danach, was erforderlich ist, um diese Beratungsaufgabe wahrnehmen zu können. Man muss weiterhin davon ausgehen, dass wir niemals einen Pflegeberater finden, der das gesamte Spektrum abdecken

kann; vielmehr müssen wir davon ausgehen, dass eine solche Tätigkeit in einem interdisziplinären Team geleistet werden muss. Wenn Case- und Care-Management daran beteiligt werden sollen, dann muss das von jemandem angeleitet werden, der dafür eine besondere Ausbildung - sei es im Rahmen einer Fort- und Weiterbildung, sei es im Rahmen der Erstausbildung - bekommen hat.

Sve Verena Göppert (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Ich kann daran nahtlos anknüpfen. Wenn man sich das Aufgabenspektrum ansieht, das der Pflegeberater bewältigen soll, so muss man sagen: Das ist ein Allround-Genie, das sämtliche Rechtsbereiche zu kennen hat. Wir müssen einfach davon ausgehen, dass der Schwerpunkt - so, wie es vorgesehen ist - im Sozialversicherungsrecht liegt und dass die Anforderungen, die sich im sozialen Bereich ergeben - ich erinnere auch da wiederum an die Beratungsfunktionen, die von den Kommunen wahrgenommen werden -, abgebildet werden. Ein solches Berufsbild ist eigentlich kaum vorstellbar. Bevor man über Berufsbilder nachdenkt und sich dazu äußert, müsste man, auch in Abgrenzung zu anderen Regelungsbereichen, die Aufgaben klar definieren. Das gilt auch für die Ansiedlung des Pflegeberaters im Pflegestützpunkt, wobei wir wieder bei der Diskussion von heute Mittag sind: Sind die Verantwortlichkeiten klar erkennbar, bzw. wie sind sie abgegrenzt? Ich denke, in dieser Beziehung ist noch einiges am Gesetzentwurf nachzubessern.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Eine kurze Frage noch an die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft und die Aktion Psychisch Kranke. Es wurde bezüglich der Pflegebegriffsdefinition bzw. seiner Aus- oder Neugestaltung in einigen Antworten deutlich, dass die Reihenfolge besser anders wäre. Ich würde Sie beide gern fragen: Halten Sie dieses Gesetz, das ja eine Pauschale von 200 Euro vorsieht, für den von Ihnen vertretenen Personenkreis für positiv? Und: Würde das, was heute Nachmittag ebenfalls gesagt wurde, dass es nicht „bis zu“, sondern „200 Euro generell“ heißen müsste, nicht

eventuell eine Erwartung hervorrufen, die bei einer Neugestaltung des Pflegebegriffes möglicherweise so gar nicht eingelöst werden könnte?

Abschließend möchte ich mich für unsere Fraktion ebenfalls für die Beantwortung aller Fragen herzlich bedanken.

SV Ulrich Krüger (Aktion Psychisch Kranke e. V.): Ich kann Ihnen in beiden Punkten absolut zustimmen. Was den Geldbetrag angeht: Das ist nicht nur in materieller Hinsicht sehr sinnvoll; vielmehr ist aus unserer Sicht sehr positiv, dass in dem Gesetzentwurf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in dieser klaren Form aufgegriffen werden. Eine Differenzierung bei dieser Finanzierung ist nicht praktikabel und sollte von daher entfallen.

Zum Zweiten, zum Pflegebegriff und den Anknüpfungspunkten. Ich glaube, in der Aufgabenbeschreibung der Pflegestützpunkte und der Pflegeberatung sind wesentliche Elemente dessen enthalten, was künftig auch im Pflegebegriff berücksichtigt werden soll, nämlich all die Aspekte, die über einzelfallbezogene Sachverhalte und die Verrichtung hinausgehen: der gesamte soziale Kontext, die Kooperation mit anderen Hilfebereichen, die Teilhabe usw. usf. Im Grunde findet man da die vollständige Stichwortliste einschließlich der Selbsthilfeförderung. Ich finde, das wird sich gut an das anschließen lassen, was jetzt im Gesetzentwurf angelegt ist.

Sve Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V.): Da ich selbst Mitglied im Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bin, weiß ich, dass dieser die vorgesehene Zeit braucht, um das Vorhaben fundiert umzusetzen. Deswegen sind die 200 Euro zu diesem Zeitpunkt ein positiver erster Schritt. Besonders positiv ist im Zusammenhang mit der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, dass der Betrag jetzt auch

in der Pflegestufe 0 gezahlt werden kann, dass also schon jetzt eine Leistung erfolgen kann.

Eine Differenzierung halten wir nicht für zielführend. Wir halten es einfach für schwierig, in der Begutachtung überhaupt eine Differenzierung zu erkennen, weil es sich dabei oftmals um Augenblicksausnahmen handelt.

Den folgenden Wunsch hätten wir noch: Im Moment ist im Gesetzentwurf vorgesehen, dass eine Übertragbarkeit in das erste Quartal des Folgejahres möglich ist. Hier würden wir uns noch mehr Flexibilität wünschen, dass also eine Übertragbarkeit auf das ganze Kalenderjahr möglich wäre. Ferner wünschen wir, dass die Verhinderungspflege in den Katalog aufgenommen wird, weil wir es mit unterschiedlichen Angehörigen zu tun haben und man deswegen das Spektrum der Entlastungsangebote möglichst weit fassen sollte. Wenn Angehörige das Geld für die Verhinderungspflege gebrauchen wollen, sollte man ihnen die Möglichkeit dazu geben, und es sollte auch eine Übertragbarkeit in das nächste Kalenderjahr möglich sein.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Damit haben wir unser Pensum für heute erfüllt. Ich darf mich bei allen Sachverständigen bedanken, dass sie uns, den Abgeordneten dieses Ausschusses, heute für die Befragung zur Verfügung standen, bereitwillig geantwortet haben. Ich darf mich auch für Ihre Geduld bedanken. Es war doch ein Mammutprogramm. Erholen Sie sich heute Abend gut! Kommen Sie gut nach Hause! Vielleicht sehen sich ja einige am Mittwoch wieder. Auch meinen Kolleginnen und Kollegen wünsche ich einen schönen Abend.

Danke schön.

Ende der Sitzung: 18.58 Uhr

Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll

74. Sitzung

Berlin, den 23.01.2008, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung (Block III: Finanzierung, PKV) zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksache 16/7439, 16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte
Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für eine zukunftsfest und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende,
transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
 Eichhorn, Maria
 Faust, Hans Georg, Dr.
 Hüppe, Hubert
 Koschorrek, Rolf, Dr.
 Michalk, Maria
 Scharf, Hermann-Josef
 Spahn, Jens
 Straubinger, Max
 Widmann-Mauz, Annette
 Zylajew, Willi

SPD

Friedrich, Peter
 Hovermann, Eike
 Kleiminger, Christian
 Lauterbach, Karl, Dr.
 Mattheis, Hilde
 Rawert, Mechthild
 Reimann, Carola, Dr.
 Spielmann, Margrit, Dr.
 Teuchner, Jella
 Volkmer, Marlies, Dr.
 Wodarg, Wolfgang, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
 Lanfermann, Heinz
 Schily, Konrad, Dr.

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
 Seifert, Ilja, Dr.
 Spieth, Frank

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
 Scharfenberg, Elisabeth
 Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Blumenthal, Antje
 Brüning, Monika
 Hennrich, Michael
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
 Krichbaum, Gunther
 Luther, Michael, Dr.
 Meckelburg, Wolfgang
 Philipp, Beatrix
 Scheuer, Andreas, Dr.
 Zöllner, Wolfgang
 N.N.

Bätzing, Sabine
 Becker, Dirk
 Bollmann, Gerd
 Ferner, Elke
 Gleicke, Iris
 Hemker, Reinhold, Dr.
 Kramme, Anette
 Kühn-Mengel, Helga
 Marks, Caren
 Schmidt, Silvia
 Schurer, Ewald

Ackermann, Jens
 Kauch, Michael
 Parr, Detlef

Ernst, Klaus
 Höger, Inge
 Knoche, Monika

Haßelmann, Britta
 Koczy, Ute
 Kurth, Markus

Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Fehler! Keine Indexeinträge gefunden.

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):	5	SV Alexander Gunkel (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA))	7
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	5, 6	SV Dr. Alfred Spieler (Volkssolidarität - Bundesverband e.V. (VS))	15, 17
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	17, 18, 19	SV Dr. Pekka Helstelä (AOK-Bundesverband)	6, 8
Abg. Christian Kleiminger (SPD)	10	SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	13, 20, 21
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	14	SV Erwin Dehlinger (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	6
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	9	SV Gerd Kukla (IKK-Bundesverband (IKK-BV))	9
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	19	SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	18
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	13	SV Jens Kaffenberger	16
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	11	SV Jürgen Sandler (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	10, 12, 17
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	20	SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	9
Abg. Eike Hovermann (SPD)	11	SV Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen	12, 14
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	15, 16, 17	SV Prof. Dr. Eckart Bomsdorf	5, 7
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	12, 14	SV Prof. Dr. Heinz Rothgang	9, 10, 16, 17, 18, 21
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	9, 21	SV Prof. Dr. Helge Sodan	8, 14, 19
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	7, 21	SV Prof. Dr. Winfried Schmähl	9, 10, 11, 19
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	8	SVe Bettina Wagner (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.)	18
		SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.)	19
		SVe Verena Göppert (Deutscher Städtetag) (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände)	19

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksache 16/7439

16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Für eine zukunftsfest und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

Beginn der Sitzung: 14.00 Uhr

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich darf Sie ganz herzlich zur 74. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, der öffentlichen Anhörung zu folgenden vier Vorlagen begrüßen:

- Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – BT-Drucksache 16/7439,
- Antrag der Abgeordneten der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung – BT-Drucksache 16/7136,
- Antrag der Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE. – Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung – BT-Drucksache 16/7472,
- Antrag der Abgeordneten der Fraktion der FDP – Für eine zukunftsfest und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege – BT-Drucksache 16/7491.

Der Schwerpunkt dieser Anhörung liegt auf der Finanzierung und der PKV. Die Fraktionen haben ein Zeitkontingent für ihre Fragen, Sie antworten auf meine Aufforderung. Soweit ich Ihren Namen und Verband nicht gesagt habe, stellen Sie sich bitte vor, damit wir ein exaktes Protokoll führen können. Bitte benutzen Sie die Mikrofone und vergessen das Ausschalten nicht.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Einzel-sachverständigen, Herrn Prof. Bomsdorf. Wie ist aus Ihrer Sicht die Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung zu bewerten? Halten Sie die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zur Dynamisierung, insbesondere die Bindung an den Verbraucherpreisindex, für eine geeignete, statistische Größe zur Feststellung der Preisentwicklung im Pflegebereich? Wenn nicht, welche Indikatoren wären aus Ihrer Sicht besser geeignet?

SV **Prof. Dr. Eckart Bomsdorf**: Die zukünftige Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung wird – ohne Berücksichtigung der Dynamisierung – im Wesentlichen vom demographischen Wandel und von der Verschiebung

der Pflegefall-Wahrscheinlichkeiten bestimmt. Nach den in meiner Stellungnahme dargelegten Berechnungen scheint es mir, dass die positiven Folgen z. B. eines Rückgangs der Pflegewahrscheinlichkeiten etwas überbewertet werden. Außerdem muss man bedenken, dass wir verschiedene Komponenten haben, die für die Ausgabenentwicklung verantwortlich sind. Ich habe die Dynamisierung herausgelassen, weil diese sicher bei der Einnahmen-Entwicklung noch eine Rolle spielen sollte. Die Ausgaben-seite lässt sich jedoch nicht ohne die Einnahmenseite sehen. Dabei genügt es nicht, immer einfach die absolute Zahl der Pflegebedürftigen zu berechnen, sondern wir müssen vor allem deren Anteil an der Bevölkerung sehen. Wir haben einen Rückgang der Bevölkerung bei steigender Zahl der Pflegebedürftigen; das ist eine divergente Entwicklung. Letzten Endes ist nicht nur der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung entscheidend, sondern auch das Verhältnis der Anzahl der Pflegebedürftigen zur Anzahl der Beitragszahler.

Wenn man den neuesten Pflegebericht liest, sieht die Ausgabenentwicklung sehr positiv aus. Der Bericht endet nämlich 2006. Wir wissen alle, dass es im Jahr 13 statt 12 Beiträge gab. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes aus der letzten oder vorletzten Woche hatten wir jedoch in den ersten neun Monaten des letzten Jahres bereits ein Finanzierungsdefizit von über 500 Mio. Euro in der Pflegeversicherung.

Die Dynamisierung der Leistung ist notwendig, wenn die Pflegeversicherung ihre Legitimation behalten soll. Das ist 1995 nicht gemacht worden. Die Dynamisierung sollte aber aus meiner Sicht nicht Gegenstand politischer Verhandlungen sein. Daher wäre es zu begrüßen, wenn man die Dynamisierung weitgehend automatisiert. So etwas ist angedacht. Vorgesehen ist dabei eine Anpassung an den Verbraucherpreisindex. Die Frage ist nun, ob das aus statistischer Sicht der geeignete Index ist. Meines Erachtens ist er das nicht. Man muss sehen, ob es man nicht eine andere Größe gibt, die die Preisentwicklung im Pflegebereich besser abbildet. Als z.B. Studiengebühren eingeführt wurden bzw. wenn sie erhöht werden, stieg bzw. steigt der Verbraucherpreisindex. Gehen wir davon aus, nur die Studiengebühren würden sich verändern und alle anderen Preise blieben konstant, dann stiege der Verbraucherpreisindex. In der Folge würden die Leistungen aus der Pflegeversicherung steigen, obwohl die Studiengebühren sicher mit der Pflegeversicherung weniger zu tun haben. Ich empfehle da-

her, aufbauend auf Vorarbeiten des Statistischen Bundesamtes einen Preisindex für den Pflegebereich zu konstruieren. Man sollte sehen, ob man auf diese Weise zu einer geeigneten Größe kommt. Es wäre wichtig, dass die dynamische Anpassung dann weitgehend automatisch erfolgt.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine zweite Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Pflegekassen. Wird aus Ihrer Sicht die geplante Beitragssatzanhebung von 0,25 % nach heutigem Ermessen ausreichen, um den Beitragssatz bis 2015 stabil zu halten? Wie beurteilen Sie die Dynamisierung der Leistungen ab dem Jahr 2015 unter finanziellen Aspekten? Ist diese Dynamisierung der Leistungen darüber hinaus auch finanzierbar?

Den zweiten Teil der Frage betreffend die Dynamisierung ab 2015 richte ich auch an den Bundesverband der Arbeitgeberverbände.

SV Erwin Dehlinger (AOK Bundesverband (AOK-BV)): Das Gesetz sieht eine Reihe sehr begrüßenswerter Leistungsverbesserungen vor, die zu höheren Ausgaben führen werden. Das BMG hat Berechnungen vorgelegt, die aus unserer Sicht realistisch sind. Entscheidend ist aber auch, wie sich die Einnahmesituation entwickeln wird. Angesichts der derzeitigen Krisen und der Berechnungen der Bundesregierung, dass die Wirtschaftsleistung nicht mehr so stark steigen wird, wie ursprünglich erwartet, gibt es hier Unwägbarkeiten. Wenn man das auf das Jahr 2015 verlängert, gibt es hier natürlich noch Risiken, aber insgesamt muss man beim heutigen Stand davon ausgehen, dass die 1,95 % Beitragssatzpunkte bis zum Jahr 2015 stabil bleiben können.

SV Dr. Pekka Helstelä (AOK-BV): Nach einer groben Faustformel halbiert sich der Realwert der Leistungen ohne Dynamisierung alle 20 Jahre, d. h., der Zeitraum von 1995 bis 2015 halbiert den Realwert, bis zum Jahr 2055 schrumpft er sogar auf einen Wert von einem Achtel. Dies zeigt, wie bedeutsam die Leistungsdynamisierung ist. Insofern begrüßen die Spitzenverbände der Pflegekassen ausdrücklich, dass nun eine Leistungsdynamisierung vorgesehen ist.

Die konkret vorgeschlagene Regelung sieht vor, dass alle drei Jahre eine am Verbraucherpreisindex orientierte Dynamisierung stattfin-

det, die jedoch nicht höher ausfallen sollte als die Bruttolohnentwicklung. Hier ist eine Obergrenze eingezogen, aufgrund derer damit zu rechnen ist, dass die allgemeine Inflationsrate nicht erreicht wird. Der von Herrn Prof. Bomsdorf vorgeschlagene Weg, sich vom allgemeinen Verbraucherpreisindex zu lösen, ist sachlich sicherlich gerechtfertigt, führt jedoch in eine ganz andere Dimension der Dynamisierung. Während langfristig von einem Verbraucherpreisindexzuwachs von rd. 1,5 Prozent im Jahresdurchschnitt auszugehen ist, ist aufgrund des sehr personalintensiven Dienstleistungsreiches in der Pflege sicherlich mit einem höheren Wert zu rechnen. So hat die „Rürup-Kommission“ hier mit einem Wert von 2,25 Prozent argumentiert. Der AOK-Bundesverband hat versucht, diese verschiedenen Zahlen rechnerisch in eine langfristige Beitragssatzentwicklung umzusetzen, um Ihre Frage beantworten zu können, ob das langfristig finanzierbar ist. Die Extremvariante einer Orientierung an der Entwicklung der Pflegeleistungen in einer Größenordnung von über 2 Prozent würde dazu führen, dass der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung langfristig auf eine Dimension von über 5,5 Prozent anwachsen würde. Eine Orientierung am langfristigen Durchschnitt der Inflationsrate von 1,5 Prozent würde eine Größenordnung von etwas unterhalb von 4 Prozent erwarten lassen. Der hier vorgelegte Vorschlag, eine an der Bruttolohnentwicklung orientierte Obergrenze einzuziehen, würde in der langfristigen Perspektive eine Größenordnung von etwa 3,2 bis 3,3 %-Beitragssatzpunkten bedeuten. Die vorgesehene Deckelung würde den langfristigen Beitragssatz also gegenüber einer reinen Inflationsorientierung nochmals um etwa 0,5 Prozent Beitragssatzpunkte dämpfen. Insofern bewerten wir diesen Vorschlag insgesamt als langfristig finanzierbar.

SV Alexander Gunkel (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Wir halten die Einschätzung im Gesetzentwurf für realistisch, dass die Finanzierung der Pflegeversicherung trotz der vorgesehenen Beitragssatzanhebung nur bis zum Jahr 2014 gesichert ist – auch wenn das im Einzelnen sicherlich von der dann vorhandenen Beitragsbasis abhängt, insbesondere vom Beschäftigungsniveau. Angesichts der vorgesehenen Leistungsausweitung ist der jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene Beitragssatz langfristig nicht ausreichend. Wir halten es für vertretbar

und nachvollziehbar, über eine Dynamisierung der Pflegeleistung nachzudenken, dann aber auch zu sagen, wie eine dauerhafte Finanzierung gewährleistet sein kann. Darauf gibt der Gesetzentwurf keine Antwort. Wir schlagen hierzu vor, die Finanzierung vom Arbeitsverhältnis abzukoppeln und im Wege der Kapitaldeckung eine Demographiereserve zu schaffen, wie ursprünglich vorgesehen.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an Herrn Prof. Bomsdorf und Herrn Prof. Sodan. Ist die umlagefinanzierte Pflegeversicherung aus Ihrer Sicht dauerhaft sicher finanziert? Wenn nein, welche Alternative gibt es dazu?

SV Prof. Dr. Eckart Bomsdorf: Die soziale Pflegeversicherung kann man prinzipiell auf Dauer über das Umlageverfahren finanzieren. Man muss sich aber im Klaren darüber sein, welchen Beitragssatz man damit akzeptiert. Bei allen Berechnungen zur Entwicklung der Beitragssätze handelt es sich nur um Modellrechnungen. Wenn gesagt wird, bereits die demographische Entwicklung sei in ihren Berechnungen relativ unsicher, würde ich sagen, alle anderen Berechnungen sind deutlich unsicherer. Das müssen wir immer bedenken. Der demographische Wandel ist sicher und hat Konsequenzen, auch für das Umlageverfahren. Selbst wenn man jetzt die Dynamisierung einführt, am Preisindex orientiert und dabei deckelt, lassen sich die Dynamisierung der Pflegeversicherung und der demographische Wandel nicht gleichzeitig mit einem konstanten Beitragssatz finanzieren. Das ist wie die Quadratur des Kreises, die bekanntlich nicht funktioniert. Bei steigender Zahl der Pflegefälle, zugleich schrumpfender Bevölkerung sowie gleichzeitiger Dynamisierung muss der Beitragssatz steigen. Aus meiner Sicht ist langfristig ein reines Umlageverfahren nicht tragfähig. Das wissen wir allerdings schon seit der Einführung der Pflegeversicherung. Es stellt sich die Frage, ob es für ein reines Kapitaldeckungsverfahren überhaupt Mehrheiten gibt. Das dürfte aber nicht mein Problem sein. Ich möchte daher etwas anders formulieren. Gegenwärtig reproduziert sich jede Generation nur zu zwei Drittel, d. h., wir haben nur zwei Drittel der Kinder, die notwendig wären, damit die jeweilige Generation sich reproduziert. Daraus ließe sich die Regel ableiten, dass man zwei Drittel dieser Pflegeversicherung durch

das Umlageverfahren, ein Drittel über das Kapitaldeckungsverfahren finanziert. Wir sollten im Übrigen immer bedenken, dass die Pflegeversicherung keine Vollkaskoversicherung sein wollte.

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Ich stimme Herrn Bomsdorf zu und erinnere zugleich daran, dass der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005 den Plan vorsah, bei der sozialen Pflegeversicherung das Umlageverfahren durch kapitalgedeckte Elemente als Demografiereserven zu ergänzen. Bei einem Umlageverfahren ist nicht nur die demographische Entwicklung problematisch, sondern selbstverständlich auch die konjunkturelle. Niemand kann im Moment voraussagen, wie sich die Finanzkrise an den Märkten auf die konjunkturelle Entwicklung in Deutschland auswirken wird. Wir hoffen natürlich, dass das Schlimmste abzuwenden ist, aber sicher kann man nicht sein. Insofern ist in Erinnerung zu rufen, dass weniger Beitragszahler in umlagefinanzierten Systemen zu Problemen führen, d. h., sollte die Massenarbeitslosigkeit wieder ansteigen, werden auch die Sozialsicherungssysteme verschärfte Probleme bekommen. In Bezug auf die demografische Entwicklung zitiere ich aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 zur sozialen Pflegeversicherung: „In Deutschland ist seit Mitte der sechziger Jahre die Zahl der Lebendgeborenen je Frau von 2,49 in rascher Folge auf mittlerweile 1,3 gesunken. In den meisten der wirtschaftlich entwickelten Länder hat der Effekt beobachtet werden können, dass mit steigendem Lebensstandard und steigendem Pro-Kopf-Einkommen die Geburtenrate zum Teil erheblich unter 2,0 sinkt. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass sich die für diese Entwicklung verantwortlichen Rahmenbedingungen alsbald grundlegend wandeln.“ Diese Feststellungen sollte man ernst nehmen. In der Analyse hat sich seit 2001 nichts geändert. Wenn man nun überlegt, kapitalgedeckte Elemente in die soziale Pflegeversicherung einzubeziehen, ergibt das meines Erachtens auch deshalb Sinn, weil hier – im Gegensatz etwa zur gesetzlichen Renten- und zur gesetzlichen Krankenversicherung – ein deutlich geringeres Finanzvolumen notwendig ist. Vor diesem Hintergrund halte ich die Forderung der „Herzog-Kommission“ aus dem Jahre 2003 für völlig richtig. Damals hat die „Herzog-Kommission“ speziell für die soziale Pflegeversicherung die Überführung in ein kapitalgedecktes System befürwortet.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an die AOK und die IKK. Wäre angesichts der demografischen Entwicklung aus Ihrer Sicht eine Demografiereserve, d.h. ein Kapitalstock, notwendig, um finanzielle Nachhaltigkeit zu schaffen?

SV Dr. Pekka Helstelä (AOK-BV): Die AOK hat auch hierzu Berechnungen durchgeführt. Ich gebe Herrn Prof. Bomsdorf Recht, dass es sich um Prognosen handelt, d.h. grobe Modellrechnungen. Umso mehr ist man auf Angaben von Spannbreiten angewiesen. Wir haben langfristig die Wirkung einer Demografiereserve analysiert. Wir sind dabei davon ausgegangen, dass der Beitragssatz um 0,7 Prozent statt 0,25 Prozent angehoben würde, und haben berechnet, wie viel Kapital sich ansammeln und wie lange dieser Kapitalstock vorhalten würde. Je nach konjunktureller Entwicklung und je nach Leistungsdynamisierung wäre mit einem Kapitalstock von 50 bis 75 Mrd. Euro in einem Zeitraum von 40 bis 45 Jahren zu rechnen, der dann auf Null abgebaut würde.

Spannend wird, was nach dem Abbau passiert, wenn kein Geld mehr in der Kasse ist. Nach dem über einen Zeitraum von 40 bis 45 Jahren konstant gehaltenen Beitragssatz wäre ein abrupter Anstieg in einer Größenordnung von etwa 1 bis 1,5 Beitragssatzpunkten erforderlich, um die soziale Pflegeversicherung im Umlageverfahren weiterzufinanzieren. Dies ergibt sich daraus, dass die demografische Entwicklung kein vorübergehendes Phänomen ist, sondern die Zahl der Beitragszahler dauerhaft sinkt, die Zahl der Pflegebedürftigen dauerhaft steigt und das Verhältnis von einem Pflegebedürftigen zu Beitragszahlern im Zeitablauf dauerhaft um mindestens 70 Prozent zugenommen haben wird, sodass ein niedrigerer Beitragssatz nicht zu erwarten ist.

Es wird vorübergehend scheinbar Nachhaltigkeit erzielt, indem der Beitragssatz über einen relativ langen Zeitraum konstant gehalten werden kann. Die Frage ist aber, ob die soziale Pflegeversicherung überlebensfähig ist, wenn nach dem bereits zu Beginn des Prozesses mit 0,7 Prozent recht dramatischen Anstieg der Zeitpunkt einer erneuten Beitragssatzsteigerung in einer Größenordnung von 1 bis 1,5 Prozent kommt und die Beitragszahler das verkraften müssen. Um die Frage der Nachhaltigkeit zu beantworten, reicht also nicht der Blick auf die Zeitspanne, für die ein Kapitalstock

reicht, sondern man muss vor allem fragen, ob die Beitragszahler und das System bereit sind, diesen anschließenden abrupten Anstieg zu verkraften.

SV Gerd Kukla (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Wir halten eine vorsorgende Finanzierungsregelung für notwendig. Wir halten es auch für sinnvoll, einen Kapitalstock anzulegen, aber innerhalb der sozialen Pflegeversicherung. Bei der Ausgestaltung der Finanzierungsregelungen muss die Leistungsfähigkeit des einzelnen Beitragszahlers Berücksichtigung finden.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich möchte Herrn Prof. Schmähl und Herrn Prof. Rothgang zur Entwicklung des Beitragssatzes befragen. Herr Prof. Raffelhüschen und sein Institut haben für Generationenverträge bis 2050 eine Beitragssatzsteigerung auf bis zu 7 Prozent errechnet. Wie beurteilen Sie diese Berechnung?

SV Prof. Dr. Winfried Schmähl: Aus der Antwort von Herrn Prof. Bomsdorf wurde schon deutlich, dass für die Beitragssatzentwicklung sowohl auf der Ausgaben- als auch auf der Einnahmenseite eine ganze Reihe von Faktoren maßgebend sind. Man kann in Modellberechnungen jeden Beitragssatz errechnen, aber es stellt sich die Frage, wie realistisch das ist. Hier müsste man im Detail sehen, inwieweit es z.B. Verhaltensänderungen gibt, mehr Verlagerungen in den stationären Bereich zu beobachten sind, mehr Sach- als Geldleistungen eine Rolle spielen und welche Effekt in Bezug auf die mögliche Entwicklung der Morbidität man ansetzt, die dazu führt, dass sich die Pflegebedürftigkeit noch weiter in ein höheres Lebensalter verlagert. Ganz entscheidend ist die Frage der Dynamisierung der Leistungen und in welcher Weise sie erfolgt.

Es ist auch wichtig zu fragen, wie die Einnahmentwicklung aussieht, auf die sehr viele Faktoren einwirken, darunter z.B. Entscheidungen im Rentenrecht. Der Anteil der Rentner an den Beitragszahlenden wird in Zukunft deutlich steigen, und die Beitragsbemessungsgrundlage der Rentenempfänger wird aufgrund der geplanten Kürzungsfaktoren langfristig deutlich von der Beitragsbemessungsgrundlage der aktiv Erwerbstätigen abweichen. Nach unseren Modellberechnungen scheint mir eine Anhebung auf 7 Prozent jedoch deutlich über-

zogen zu sein. Keiner weiß, was wirklich passiert, aber aus heutiger Sicht hielte ich zwischen drei und vier Beitragssatzpunkte für realistisch.

SV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Dem kann ich mich im Wesentlichen anschließen. Es hängt von den Annahmen ab, die man setzt. Wenn man sich die Berechnungen von der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“ bis zur „Rürup-Kommission“ ansieht, unsere eigenen und die der PKV, sieht man, dass man sehr extreme Annahmen setzen muss, um auf den genannten Beitragssatz zu kommen. Realistischer und in der Regel bei den anderen Berechnungen das Ergebnis ist ein Beitragssatz von drei bis vier Beitragssatzpunkten im Jahre 2040/2050.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen sowie an den DGB. Im Koalitionsvertrag war ein Ausgleichsbetrag der privaten Pflegeversicherung an die soziale Pflegeversicherung vorgesehen. Halten Sie das für gerechtfertigt? Wie hoch müsste dieser ggf. ausfallen, und wie lange wäre er nach Ihrer Einschätzung zu zahlen? Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hält einen solchen Ausgleichsbetrag für möglich.

SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. (VdAK)): Die Spitzenverbände haben diesen Ausgleich bereits in der Vergangenheit immer wieder gefordert. Wir müssen uns zunächst noch einmal die Situation bei der Einführung der Pflegeversicherung vor Augen führen: Die Pflegeversicherung war als eine Volksversicherung gedacht. Lediglich aufgrund der damaligen Problematik der Versorgung der Bahn- und Postbeamten ist seinerzeit die private Pflegeversicherung mit ihrer Struktur in den Vordergrund gerückt. Ausgehend von diesem Grundansatz einer Volksversicherung halten wir einen Ausgleich zwischen diesen beiden Systemen für dringend notwendig.

Wenn man die beiden Systeme sowohl auf der Ausgaben- wie auch auf der Einnahmenseite miteinander vergleicht, zeigt sich sehr schnell das Ungleichgewicht zwischen beiden Systemen. Es gibt Berechnungen, wonach sich ein derartiger Finanzausgleich in einer Größenord-

nung von 1 Mrd. Euro bewegen dürfte; es will keiner an die berühmten 16,5 Mrd. Euro heran, über die die PPV zum Ende des letzten Jahres an Rücklagen verfügt und die als Altersrückstellungen für die Versicherten in der PPV gesichert sind. Wenn man alleine den Ausgabebereich miteinander vergleicht, wäre es durchaus möglich, einen Ausgleich zwischen der privaten und der sozialen Pflegeversicherung in einer Größenordnung von 1 Mrd. Euro durchzuführen. Die vorliegenden Gutachten zur Verfassungskonformität sind uns allen bekannt, aber wenn der Gesetzgeber die entsprechende Regelung trifft, kann ein solcher Ausgleich auch entgegen den Feststellungen und Aussagen in den Gutachten Platz greifen.

SV Jürgen Sandler (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Der DGB begrüßt Ausgleichszahlungen außerordentlich. Wir halten sie für sachlich berechtigt, weil die gesetzlichen Grundlagen für die privaten Versicherungsunternehmen und die soziale Pflegeversicherung gleich sind. Es werden die gleichen Leistungen geboten, es gibt das gleiche Verfahren der Einstufung und der Bestimmung von Pflegebedürftigkeit. Es wäre finanziell vor allem deswegen gerechtfertigt, weil hier ein Ausgleich der unterschiedlichen Risiken stattfinden könnte, die in den beiden Zweigen zu Hause sind. Dass sich die soziale Pflegeversicherung heute immer am unteren Rand der Reserven bewegt, während bei den privaten Unternehmen eine hohe Rücklage aufgebaut werden konnte, liegt nicht an anderer Umgehungsweise mit Geld. Vielmehr sind hier unterschiedliche Risiken zu Hause, so dass die Ausgaben für Pflegeleistungen bei den privaten Versicherungsunternehmen bedeutend geringer sind. Ein Ausgleich würde einen Schritt in die von uns befürwortete einheitliche gesetzliche Pflegeversicherung auf gleicher rechtlicher Basis bedeuten. Sie würde zu mehr Gerechtigkeit bei der Tragung von finanziellen Lasten führen und „breitere Schultern“ einschließen können. Die bereits gegebenen Antworten zur Frage der Höhe des Ausgleichs bewegen sich im Rahmen dessen, was von verschiedener Seite berechnet worden ist. Dort könnte vielleicht Herr Dr. Leienbach eigene Zahlen anführen. In Bezug auf die Dauer sind wir dafür, dass die heute privat Versicherten die Wahl hätten, ob sie bleiben oder wechseln wollen, wenn es einen solchen Ausgleich und eine gemeinsame Versicherung gäbe. Für die Zukunft würde die Wahl vermutlich so ausfallen, dass die Mehr-

heit freiwillig gehen und nicht mehr in der privaten Versicherung bleiben würde. Es wäre demnach ein abnehmendes Geschäft, aber es ist sehr schwer, dies nach Zeiten zu schätzen.

Abg. Christian Kleiminger (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Schmähl und Herrn Prof. Rothgang. Halten Sie einen Finanztransfer von der privaten an die soziale Pflegeversicherung mit Blick auf die unterschiedliche Risikostruktur und zum Ausgleich derselben für gerechtfertigt? Wenn ja, müsste ein solcher Ausgleichbestand Teil einer langfristigen Finanzierungslösung in der Pflegeversicherung sein?

SV Prof. Dr. Winfried Schmähl: Auf der Leistungsseite liegt ein einheitliches Leistungsrecht zu Grunde. Die Risikostruktur der beiden Populationen in der sozialen und der privaten Pflegeversicherung unterscheidet sich. Auf der Ausgabenseite muss man zudem darauf achten, dass bei der PKV z.B. über Beihilfen ein Ausgaben mindernder Effekt eintritt. Auf der Einnahmenseite haben wir nicht nur unterschiedliche Finanzierungsverfahren, sondern die Mittel werden auch verschieden aufgebracht. Wir haben den einkommensbezogenen Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung und die vom Einkommen unabhängige Prämiengestaltung, berechnet nach dem jeweiligen Risiko. Deshalb liegt die Frage des Ausgleichs eigentlich eher auf der Ausgabenseite nahe, d.h. im Sinne eines Risikostrukturausgleichs, der z.B. unter anderen Gesichtspunkten auch innerhalb der Krankenversicherung gemacht wird. Schwieriger sehe ich das im Hinblick auf die Gestaltung der Einnahmenseite. Auf alle Fälle müssten Ausgleichselemente in eine langfristige Gestaltung der Finanzierung eingebettet werden, aber diese Frage wurde im Gesetzentwurf eigentlich offen gelassen.

SV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Ich würde eine Integration von Pflegepflichtversicherungen sozialer Pflegeversicherung vorziehen. Wenn das aber nicht möglich ist, halte ich einen Finanzausgleich der beiden Systeme für zwingend. Die Risikostruktur zwischen beiden Versicherungskollektiven unterscheidet sich erheblich. Der Anteil der Hochaltrigen ist in der sozialen Pflegeversicherung um mehr als 50 Prozent höher als in der privaten Pflegepflichtversicherung. Die altersspezifischen Pflegehäufig-

keiten unterscheiden sich. Auch dort hat die private Pflegeversicherung einen Vorteil. Wenn man beides zusammen betrachtet, sind die Ausgaben pro Versicherten im Moment in der sozialen Pflegeversicherung um das 2,5fache höher als in der privaten Pflegeversicherung, wenn man die Beihilfezahlung schon berücksichtigt – sonst ist der Unterschied noch größer. Es ist normativ nicht zu rechtfertigen, dass wir die Bevölkerung in zwei Versicherungskollektive mit unterschiedlicher Risikostruktur einteilen und den Solidarausgleich dann nur innerhalb des jeweiligen Kollektivs stattfinden lassen, aber nicht zwischen den Kollektiven. Beide Versicherungen sind obligatorisch und haben praktisch identische Leistungen. Insofern ist nicht einzusehen, warum die in der privaten Pflegeversicherung Versicherten so viel besser gestellt werden sollen. Ich halte vor diesem Hintergrund einen Finanzausgleich für zwingend.

Die Dimensionen sind schon genannt worden: Auf der Ausgabenseite würde der sozialen Pflegeversicherung ungefähr 1 Mrd. Euro zufließen. Wenn man auch auf der Einnahmenseite einen Ausgleich durchführt, wird sich das Volumen ungefähr verdoppeln. Auch fiskalisch ist das also eine relevante Größe.

Abg. **Eike Hovermann** (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Schmähl. Herr Prof. So dan hat gesagt, dass der Parameter „wirtschaftliche Entwicklung“, d.h. die Arbeitslosigkeit, nicht genau einzuschätzen ist. Es sei aber davon auszugehen, dass dies Probleme mit sich bringen werde. Die AOK hat gesagt, dass sie davon ausgehe, dass die Zahl der Pflegebedürftigen ansteige, während die Zahl der Beitragszahler aber absinke. Im Rahmen dieser Prognose wisse man aber nicht genau, wie das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sein werde und wie sich die Pflegestufen weiterentwickeln werden. Sie selbst haben sehr offen gesagt, dass sich im Grunde genommen jeder Beitrag errechnen ließe. Es ist also insgesamt viel Vermutung dabei. Damit wir nicht alle zwei bis drei Jahre gesetzlich nachjustieren müssen, wenn wir von Werten oder Parametern überholt werden, stellt sich mir vor diesem Hintergrund die Frage, ob mittels einer Demographiereserve bzw. durch den Aufbau eines Kapitalstocks Nachhaltigkeit ins System gebracht werden könnte, indem sich dieser Kapitalstock „anpasst“ und flexibel ist. Wie müsste ein solcher Kapitalstock aussehen?

SV **Prof. Dr. Winfried Schmähl**: Die Frage des Aufbaus eines Kapitalstocks in der Pflegeversicherung ist meines Erachtens nicht unabhängig zu sehen von der Entwicklung in anderen sozialen Sicherungssystemen, insbesondere der Alterssicherung in Deutschland, aber auch in anderen Ländern. Der Aufbau eines Kapitalstocks wird vielleicht keine großen Rückwirkungen haben, weil die Größenordnung bei der Pflegeversicherung gesamtwirtschaftlich nicht durchschlagend ist. Man muss das aber im Zusammenhang sehen. Der Aufbau eines Kapitalstocks ist mit beträchtlichen Risiken verbunden – auf die Finanzmarktrisiken brauche ich in diesen Tagen nicht besonders hinzuweisen. Wenn Sie sich vorstellen, die Demografiereserve wäre in Aktien angelegt worden, würden wir wahrscheinlich jetzt zittern. Es gibt aber auch andere Risiken, auch politische – unabhängig davon, ob die Reserve im öffentlichen oder im privaten System angesammelt wird. Durch Regulierung, Steuergesetzgebung u.a. können Sie als Gesetzgeber eingreifen. Die auf die Ansammlung eines Kapitalbestandes gesetzten Hoffnungen halte ich deshalb für weit überzogen. Man sollte an der Stelle zu einer ausgewogenen Sicht kommen und hier nicht isoliert die Frage einer Demografiereserve in der Pflegeversicherung betrachten, sondern insgesamt die Frage der Ausweitung der Kapitalfundierung im gesamten sozialen Sicherungssystem und seine Rückwirkungen.

Hier wurde schon deutlich, dass es nicht um ein Modell geht, wie es auch schon in den 60er und 70er Jahren – damals für die Rentenversicherung – diskutiert wurde, d.h. eine Untertunnelung eines „Pflegeberges“. Wir haben diesen Berg mit dem deutlichen Rückgang an der Stelle nicht, sodass am Ende auch wieder die Frage steht, was ich mit der Beitragssatzentwicklung mache. Wenn Sie nach einer flexiblen Demographiereserve gefragt haben, heißt das nichts anderes, als dass Sie eigentlich einen mehr oder weniger permanenten Kapitalstock aufbauen wollen. Wenn man eine Reserve anlegen will, muss man den Beitragssatz im Vergleich zu dem, was bereits vorgesehen ist, im Zweifel deutlich anheben. Ob das heutzutage der richtige Weg ist, wage ich zu bezweifeln.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Meine Frage richte ich an den DGB. Wie bewertet der DGB die moderate Beitragssatzanhebung?

SV Jürgen Sendler (DGB): Zunächst einmal begrüßt der DGB außerordentlich, dass die Beitragsanhebung paritätisch erfolgt. Das war in der Diskussion nicht von Anfang an klar. Ansonsten gehen wir davon aus, dass durch ein Ausbleiben weitergehender Maßnahmen, wie wir sie eben schon diskutiert haben, dies auch für die Leistungsverbesserungen in den nächsten Jahren ausreichen kann. Wir hoffen, dass im Zusammenhang mit den Ergebnissen des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriff und dessen Umsetzung in einer nächsten Stufe der Reform an dieser Stelle nachgearbeitet werden kann.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Raffelhüschen. Vielleicht könnten Sie im Zusammenhang Stellung dazu nehmen, wie Sie den jetzigen Zustand und die zu erwartende Entwicklung der Pflegeversicherung sehen und dabei auch auf die Frage einer zukünftig finanziell nachhaltigen Entwicklung eingehen.

SV Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen: Der Kernpunkt des Gesetzentwurfs besteht darin, dass wir einen umlagefinanzierten Generationenvertrag weiterführen und ausweiten. Wir wissen, dass das Einführen des umlagefinanzierten Generationenvertrags historisch gesehen ein Fehler war. Die Einführung der Pflegeversicherung gehört in das Kapitel „Denn sie wussten, was sie taten.“ Wir wussten zum Zeitpunkt der Einführung der Umlagefinanzierung, dass die entsprechenden Beitragszahler nicht da sind. Wir wussten zu dem Zeitpunkt, dass sich die Anzahl der Pflegebedürftigen erheblich nach oben bewegen würde und wir ca. 2,5mal soviel Pflegefälle zu finanzieren haben würden. Da unterscheiden sich die Projektionen kaum. Wir wussten, dass die Beitragszahler im günstigen Fall 75 Prozent der Beitragszahler ausmachen werden, die wir heute haben. Trotzdem haben wir den Generationenvertrag gestartet. Das Gesetz weitet ihn aus. Er war von Anfang an falsch, sowohl auf der Einnahmenseite wie auch auf der Ausgabenseite. Die Einnahmenseite ist schon deshalb falsch konstruiert, weil sie eine lohnabhängige Beitragszahlung vorsieht. Nun sind Statistiker in der Lage nachzuweisen, dass das deshalb falsch ist, weil eine Lohnerhöhung nicht zum Pflegefall macht. Das Risiko, ein Pflegefall zu werden, hat mit dem Einkommen zunächst einmal nichts zu tun. Wir haben keine Äquivalenz.

Deshalb hätte man eine ganz andere Orientierung suchen sollen.

Der zweite Fehler war die Umlagefinanzierung. Wir wissen von den Experten, dass die Beitragssätze steigen werden. Nun gibt es darüber Streit. Wir haben dies bei einer anderen Frage gemerkt. In meinem Institut kommen wir nicht auf 7 %. Vielmehr haben wir errechnet, dass sich der Korridor in Abhängigkeit von den gesetzten Annahmen zwischen 4 und 7 Prozent bewegt. Wenn die untere Marge bei 3 bis 4 Prozent liegt und die obere bei 5, 6 oder 7 Prozent, sind das Annahmen. Daran merken Sie aber, dass alle Experten irgendwo zwischen 4 und 7 Prozent ankommen. Wir liegen derzeit bei 1,7 Prozent; d. h., wir kommen im Minimum auf das 2,5fache des Beitragssatzes. Wir erhöhen die lohnbezogenen Beiträge im Minimum 2,5 Prozent. Wir sehen, dass wir uns die Leistungen von heute offensichtlich nicht leisten können, denn im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz geht es nicht um die erste Beitragssatzerhöhung, sondern um die dritte. Mit der ersten haben wir die Kinderlosen mit 0,25 Prozent stärker herangezogen. Die zweite Beitragssatzerhöhung bestand im 13maligen Einzug. Jetzt ist die dritte Beitragssatzerhöhung in Folge vorgesehen, um die Leistungen auszuweiten. Eine Leistungsausweitung in dem Maße ist aber selbst durch diese Beiträge nicht gedeckelt. Wir kommen im Grunde genommen von einer nicht nachhaltigen Situation in eine „noch nicht nachhaltigere“ Situation. Wenn Sie das wollen und es für gerecht und vernünftig halten, dass zukünftige Generationen diese Lasten zu schultern haben, sollten Sie das Gesetz so verabschieden.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich möchte Sie bitten, noch einmal kurz darzustellen, wie man aus Ihrer Sicht alternativ ein neues Gesetz gestalten sollte.

SV Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen: Das Vernünftigste ist es einzusehen, was Sie angestellt haben. Die Pflegeversicherung ist ein groß angelegtes Erbschaftsbewahrungsprogramm für den deutschen Mittelstand gewesen, hat aber den Armen nicht geholfen. Solidarisch ist hier nichts, denn die Armen haben nichts gewonnen. Wir sollten uns deshalb klar machen, dass wir der heutigen Altengeneration ein Einführungsgeschenk gegeben haben, das bei jeder Umlagefinanzierung entsteht. Wir sollten darüber diskutieren, inwieweit wir dieses Ge-

schon teilweise zurücknehmen. Wenn wir ehrlich wären, würden wir sagen, dass es nicht finanzierbar ist. Wir müssen hier eine solidarische Finanzierung für die Bedürftigen vorsehen, d.h. über die Steuer, bei der es die Progression gibt und die alle erfasst. Allerdings müssten wir dann natürlich die Bedürftigkeit prüfen. Den Rest sollten wir den Menschen selbst überlassen. Das wäre ein mutiger Schritt, ein so genanntes Auslaufmodell.

Wenn das nicht möglich ist, würde ich die entsprechenden „Einfrier-Modelle“ wählen, d.h. ohne die Leistungen zu dynamisieren. Dadurch kann man auch mehr Nachhaltigkeit herstellen. Völlig abwegig ist es, diejenigen, die mit dem Geld gut umgegangen sind und Demographie-Reserven gebildet haben, dadurch zu bestrafen, dass sie das Geld jetzt mit allen anderen zu teilen haben. Die Einbeziehung der Privatversicherten in eine Bürgerversicherung ist nichts anderes, als dass Sie die Ersparnisse von einigen unter allen aufteilen. Wenn Sie die Ersparnisse aufteilen, haben sie auch einen Indikator dafür, wie staatliche, großkollektive Organisationen mit Kapitalstöcken umgehen. Ich bin im Gegensatz zu vielen Kollegen nicht der Meinung, dass ein staatlicher Kapitalstock hier wirklich helfen würde. Denn ich glaube nicht, dass einer der Politiker dieser Bank wirklich in der Lage ist, auf so einen Stock gut aufzupassen.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Ich würde gerne die PKV fragen, wie weit der Finanzausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung ein Instrument zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierbarkeit der sozialen Pflegeversicherung sein könnte.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Mit einem Finanzausgleich, mit dem eine Überweisungsrichtung von privater zu sozialer Pflegeversicherung beabsichtigt wäre, würde das System gestärkt, das nachweislich nicht nachhaltig und nicht generationengerecht ist. Die Umlagefinanzierung würde „stabilisiert“, ohne dass 10 Prozent der Bevölkerung mit Finanzausgleichszahlungen in der Lage wären, dies *tatsächlich* zu tun. Das „schleichende Aus“ würde etwas verlängert.

Rechtliche Bedenken wurden hier und heute etwas leichtfertig beiseite geschoben. Die Gutachtenlage ist aber eindeutig. Ich meine das Gutachten aus dem BMI, aber auch das aus

dem BMJ, dessen Fazit mit dem übrigen Text nicht in Einklang zu bringen ist. Ich meine auch andere Gutachten, die von zwei Solidargemeinschaften sprechen, die nach unterschiedlichen Prinzipien arbeiten und jeweils in sich eine solidarische Versicherungsgemeinschaft darstellen.

Ein weiterer Punkt: wenn Sie sich die Einnahmen der privaten Pflegeversicherung anschauen, sind das knapp 1,9 Mrd. Euro. Hier werden Finanzausgleichsbeträge diskutiert, die rechtlich – auch wenn sie gegen Null mutieren – nicht zulässig sind, aber in einer Größenordnung von 1 Mrd. Euro liegen. Es würde damit eine Beitragserhöhung von deutlich über 50 Prozent zugemutet, obwohl die betroffene Klientel heute im Durchschnitt schon einen wesentlich höheren Beitrag zahlt als in der sozialen Pflegeversicherung. Das würde bedeuten, großen Teilen der Beamten aus dem einfachen und mittleren Dienst mit einem Bruttoeinkommen von 2.000 bis 2.500 Euro um 50 Prozent höhere Beiträge zuzumuten, um freiwillig in der GKV Versicherte zu subventionieren, die über ein deutlich höheres Einkommen verfügen. Das mit Solidarität zu verknüpfen ist, während andererseits die Generationensolidarität völlig ausgespart wird, bleibt im Dunkeln.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Würden Sie es für zweckmäßig halten, den Pflegekassen in § 47 SGB XI per Satzung die Vermittlung von Zusatzversicherungen analog zu § 194 Abs. 1a SGB V mit dem Ziel zu ermöglichen, die Eigenvorsorge zu stärken?

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Es gibt derzeit schon Zusatzversicherungen im Bereich der Pflege. Die Inanspruchnahme ist vergleichsweise bescheiden. Etwa 1 Mio. Menschen in Deutschland haben eine Pflegezusatzversicherung. Jetzt steht in Rede, diese über die gesetzliche Krankenversicherung vermitteln zu lassen. Hierzu gibt es eine eindeutige Verbandsposition. Wir halten nichts davon, dass eine öffentlich-rechtliche und mit allen Privilegien ausgestattete Körperschaft in Konkurrenz zu Vermittlern am Markt auftritt, damit den Wettbewerb ausschaltet und zu unfairen Bedingungen antritt, weil keine Provisionen fließen, man nicht davon leben muss und letztlich der Wettbewerb zerstört wird. Wenn sich eine gesetzliche Krankenversicherung einen privaten Krankenversicherer als Kooperationspart-

ner nimmt, der nach den Rankings z.B. an fünfter Stelle steht, haben die Nummern 1 bis 4 keine Chancen. Gleichwohl sehen wir, dass dieser Weg angelegt ist und die Wirklichkeit häufig etwas anders tickt als die Verbandsposition. Es ist die Vorstufe dazu, dass die gesetzliche Krankenversicherung in Zukunft auch im Bereich der Pflege eigene Angebote machen wird. Ob sich die gesetzliche Krankenversicherung als Sozialversicherung einen Gefallen damit tut, dass sie zur Privatversicherung mutiert, ist eine Frage, die politisch zu beantworten wäre.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Meine Frage richte ich an Herrn Prof. Raffelhüschchen. Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die Pflegestufen dynamisiert werden sollen. Ziel dieser Regelung ist es, einen weiteren Realwertverlust der letzten Jahre bei den Leistungen aus der Pflegeversicherung für die kommenden Jahre zu verhindern und damit auch einen weiteren Anstieg der Empfänger von Hilfe zur Pflege zu vermeiden. Wie beurteilen Sie diese Dynamisierung? Ist sie geeignet, diesen beiden Effekten – Realwertverlust und Anstieg der Empfänger von Hilfe zur Pflege – zu verringern?

SV **Prof. Dr. Bernd Raffelhüschchen**: Die Dynamisierung hat Kollege Bomsdorf schon thematisiert. So wie sie jetzt angelegt ist, ist sie unterhalb der Realdynamisierung angelegt. Die reale Kaufkraft ist nicht zu 100 Prozent ausgeglichen. Es gibt darüber Streit, wie viel Prozent darunter, aber auf jeden Fall ist auch die im Gesetz vorgesehene Dynamisierung kein echter Realkaufkraftserhalt. Das ist glücklicherweise so, denn der reale Kaufkraftserhalt ist sehr teuer. Wenn man dazu übergehen wollte, die Übergänge in die Hilfe zur Pflege konstant zu halten, würde dies wahrscheinlich eine Differenz von etwa 2 Prozentpunkten gegenüber einem Szenario bedeuten, dass das nicht macht. Auch diese Zahlen werden die Kollegen wahrscheinlich bestätigen, auch wenn es Streit gibt, ob es 2 oder 2,5 Prozentpunkte sind. Aber das wäre der Preis. Es stellt sich die Frage, warum wir mit so einem System Übergänge in die Hilfe zur Pflege vermeiden wollen. Das macht keinen Sinn. Wenn wir bedürftige Menschen haben, die sich nicht leisten können, was wir als Gesellschaft für relevant erachten, ist die Pflege dafür nicht der geeignete Transformator. Das muss durch die Steuer passieren. Sozia-

ausgleich und Solidarität geschehen durch die Steuer, denn sie erfasst alle Einkommen, alle Menschen und ist progressiv, indem der Reiche überproportional zahlt. Das ist Solidarität. Die Solidarität wird hier untergraben. Wir sollten uns vielleicht wieder auf unsere alten Systeme besinnen. Die Sozialversicherungen sind Äquivalenzsysteme. Der Sozialausgleich hat dagegen durch die Steuer zu erfolgen. Das war etwa 70 bis 80 Jahren die Richtschnur.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich möchte noch einmal auf die Frage der Ausgleichszahlungen von der privaten an die soziale Pflegeversicherung zurückkommen, den von Herrn Dr. Leienbach kurz angesprochenen rechtlichen Aspekt aufgreifen und Herrn Prof. Sodan fragen, wie er die Frage aus rechtlicher Sicht beurteilt.

SV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Ich halte den Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung – wie er übrigens auch im Koalitionsvertrag angesprochen ist – für verfassungsrechtlich äußerst bedenklich, um nicht zu sagen für verfassungswidrig. Die nähere Ausgestaltung bleibt allerdings auch im Koalitionsvertrag offen, und zwar insofern, als nicht klar ist, ob die privaten Pflegeversicherer an die soziale Pflegeversicherung eine einmalige Zahlung oder jährliche Ausgleichszahlungen leisten sollen. Solche Ausgleichsverpflichtungen treffen die privaten Versicherer unmittelbar und die Versicherten mittelbar. Insofern kann hier offenbleiben, ob darin ein Eingriff in die Eigentumsgarantie des Artikels 14 Abs. 1 des Grundgesetzes oder ein Eingriff in das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit nach Artikel 2 Abs. 1 des Grundgesetzes zu sehen ist. In jedem Fall müsste der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt sein. Das kann ich nicht erkennen. Zwar würde ein solcher Finanzausgleich mit der Sicherung der finanziellen Stabilität der sozialen Pflegeversicherung einen legitimen Zweck erfüllen, aber nach meiner Überzeugung erweist sich ein solcher Ausgleich weder als erforderlich noch als angemessen. Die bereits diskutierte Überführung der sozialen Pflegeversicherung in ein kapitalgedecktes System würde jedenfalls deutlich mehr der Sicherung der finanziellen Stabilität dienen, als dies mit der Regelung einer Abgabepflicht für die private Pflegeversicherung hier der Fall wäre. Im Übrigen fehlt es auch an der Zumutbarkeit des Finanzausgleichs

aus Sicht der privaten Versicherer und ihrer Versicherten, denn diese trifft keine Verantwortlichkeit für die soziale Pflegeversicherung. Es gibt im Bereich der Pflegeversicherung zwei völlig unterschiedlich strukturierte Systeme. Das eine basiert auf dem Umlageverfahren; dies führt zu einem unsicheren Leben „von der Hand in den Mund“. Das andere System beruht – trotz gewisser Umlageelemente – im Wesentlichen auf einer Kapitaldeckung, die wirtschaftlich gesehen wesentlich solider ist. Im Übrigen würde die eigenständige Stellung der privaten Pflegeversicherung missachtet, wenn es zu einem solchen Finanzausgleich käme. Das wäre auch mit den Grundsätzen unvereinbar, die das Bundesverfassungsgericht zu den Sonderabgaben entwickelt hat. Hierzu gibt es eine ausdifferenzierte Rechtsprechung. Darin heißt es, dass Sonderabgaben nur in engen Grenzen zulässig sind. Beispielsweise die Verfassungsmäßigkeit eine gruppennützige Verwendung der erhobenen Abgabe voraus. Das ist natürlich nicht der Fall, wenn die Gruppe der privaten Versicherer und ihrer Versicherten selbst nichts von der Solidarabgabe hat und diese ausschließlich der sozialen Pflegeversicherung zugute kommt.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an die Volkssolidarität: Wir haben gehört, dass das Reformvorhaben im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sehr kritisch bewertet wird. Es wird vor allem die Finanzierungsseite kritisiert. Wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund die von der Bundesregierung im Gesetzentwurf vorgesehene Beitragserhöhung um 0,25 Prozent? Wie beurteilen Sie demgegenüber das Anliegen im Antrag der Fraktion DIE LINKE., eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung einzuführen, und die dort gemachten Finanzierungsvorschläge? Glauben Sie im Übrigen, dass mit den hier vorgelegten Erhöhungsansätzen die Leistungsausweitung – insbesondere vor dem Hintergrund des Ende dieses Jahres voraussichtlich neu vorgelegten Pflegebedürftigkeitsbegriffs – überhaupt finanzierbar wäre?

SV **Dr. Alfred Spieler** (Volkssolidarität-Bundesverband e.V.(VS)): In Bezug auf die Beitragssatzerhöhung um 0,25 Prozentpunkte pflichte ich den Sachverständigen bei, die unterstrichen haben, dass diese Beitragssatzerhö-

hung insofern ausreichend ist, als sie Leistungsverbesserungen in der Perspektive bis 2014/2015 erfasst. Aber sie erfasst nicht die ab dem Jahre 2015 vorgesehene Dynamisierung der Leistung und auch nicht Leistungsverbesserungen, die sich daraus ergeben, dass der Pflegebegriff neu definiert wird. Im Übrigen stellen wir mit Bedauern fest, dass die Leistungsverbesserungen – insbesondere beim Pflegegeld – nicht den Realwertverlust ausgleichen und z. B. keine Anhebung der Leistungssätze im Bereich der stationären Pflege in den Pflegestufen I und II vorgesehen ist. Dieses Geld fehlt real z.B. auch bei der Prävention und für Leistungen im Bereich der Rehabilitation. Das führt dazu, dass sich die Tendenz weiter verstärkt, dass wieder mehr Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind.

Wir begrüßen als Verband ausdrücklich die Vorschläge zur Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung im Antrag der Fraktion DIE LINKE. und im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Wir unterstützen diese Forderung ausdrücklich, weil die Probleme nicht am umlagefinanzierten System liegen. Vielmehr schöpfen wir Ressourcen nicht aus, die das umlagefinanzierte System in sich birgt, indem wir die Beitragsbemessungsgrundlagen nicht auf breitere Schultern stellen. Dafür gibt es derzeit keine Mehrheiten. Wenn man sich den Deutschen Bundestag anschaut, gäbe es allerdings eine strukturelle Mehrheit. Persönlich bedauere ich sehr, dass sie nicht realisierbar ist.

Unabhängig davon kann man darüber nachdenken, wie bestimmte Schritte verwirklicht werden sollten, die sogar in der Koalitionsvereinbarung stehen. Hier nehme ich den dort vorgesehenen Finanzausgleich noch einmal auf, der sich ausdrücklich darauf beruft, dass es in der sozialen und in der privaten Pflegeversicherung unterschiedliche Risikostrukturen gibt. Ich möchte hier ergänzend auf die Struktur der Leistungsausgaben gemäß dem Vierten Pflegebericht der Bundesregierung verweisen. Bei der sozialen Pflegeversicherung sind demnach 95 Prozent aller Ausgaben Leistungsausgaben, in der privaten Pflegeversicherung sind es nicht einmal 21 Prozent. Das macht deutlich, dass hier strukturell unbedingt Schritte gegangen werden müssen, um nicht nur innerhalb der Systeme mehr Solidarität herzustellen, sondern auch zwischen den Systemen. Ein Finanzausgleich, wie er im Koalitionsvertrag vorgesehen war, wäre ein erster richtiger Schritt in diese Richtung.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich möchte Herrn Kaffenberger fragen, ob er etwas zur Frage der paritätischen Finanzierung sagen kann. Nach meiner Auffassung und Wahrnehmung können wir hier nur noch von einer fiktiven Parität reden. Ist die paritätische Finanzierung mit den vorgesehenen Regelungen gewährleistet oder wird sie nicht noch stärker infrage gestellt?

SV Jens Kaffenberger: Gute Pflege kostet Geld, und dieses Geld muss aufgebracht werden. Angemessen fände ich auch noch mehr als 2,5 Mrd. Euro bis 2015, allerdings im Rahmen einer fairen Lastenverteilung zwischen Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Rentnern und Beziehern anderer Einkommensarten. Die vorgesehenen Finanzierungsregelungen werfen im Hinblick auf die Fairness der Lastenverteilung, aber auch im Hinblick auf die Nachhaltigkeit einige Probleme auf. Die Beitragserhöhung von 0,25 Prozent wirkt sich sehr unterschiedlich auf die verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen aus. Während Arbeitgeber und Arbeitnehmer durch eine Senkung des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung entlastet werden, werden Rentnerinnen und Rentner in Höhe von 0,25 Prozent erheblich zusätzlich belastet. Man kann aber nicht nur die isolierten Bereiche der Sozialversicherung betrachten, sondern muss auch die Gesamtbelastung betrachten. Gerade im Bereich der Rentnerinnen und Rentner haben sich in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Kürzungen, Nullrunden und Belastungen ergeben. Wir haben es mit einer Kaskade der Teilhabe am Wohlstand zu tun. Die Löhne bleiben immer weiter hinter der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung zurück, und die Renten bleiben immer weiter hinter den Löhnen zurück. In der Folge warnt mittlerweile auch schon die OECD vor Altersarmut in Deutschland. Deswegen muss man hier darüber nachdenken, bestimmte Entscheidungen rückgängig zu machen, indem man z.B. wieder zur paritätischen Finanzierung bei der Rente übergeht und den hälftigen Beitragssatz durch die Rentenversicherung wieder einführt. Wenigstens muss man dafür sorgen, dass Beitragserhöhungen nicht voll auf die Rentner umgelegt werden.

Ein anderes Problem der Parität ist altbekannt: Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber werden entlastet, obwohl sie sich seit Einführung der Pflegeversicherung kaum an den finanziellen

Lasten der Pflegeversicherung beteiligen, weil sie durch einen Feiertag kompensiert worden sind. Im Sinne einer fairen Lastenverteilung wäre auch hier zu überlegen, dass man den Beitragssatz beispielsweise für Arbeitgeber einseitig stärker anhebt. Allerdings ist diese Maßnahme kein Ausweg aus der zum Teil problematischen Lohnzentriertheit. Es müssen auch noch andere Aspekte berücksichtigt werden, etwa der bereits angesprochene Solidarausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung oder auch die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen. Es ist nicht kohärent, dass man die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der Krankenversicherung über Steuern finanziert wird, während man diesen Schritt in der Pflegeversicherung, wo der Sachverständigenrat die dafür nötige Summe auf 3,1 bis 3,4 Mrd. Euro schätzt, nicht nachvollzieht.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Die nächste Frage geht an Herrn Prof. Rothgang: Welchen Betrag und welche Beitragssetzung bräuchten wir, um die von der Bundesregierung im demenziellen Bereich versprochenen Leistungsverbesserungen allen Dementen anbieten, die Realwertverluste ausgleichen, Qualitätsverbesserungen auch im professionellen, d.h. stationären und ambulanten Pflegebereich, vornehmen zu können?

SV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Wenn die Leistungen der Pflegeversicherung real konstant bleiben sollen, müssen sie ungefähr so steigen wie die Preise für die Pflegeleistungen. Diese werden in erster Linie durch die Lohnkosten getrieben, d.h. in etwa so wie die Lohnentwicklung. Wenn man eine Formel sucht, mit der man die Leistungen der Pflegeversicherung langfristig real konstant halten will, muss deshalb die Orientierung an der Entwicklung der durchschnittlichen Löhne und Gehälter eine große Rolle dabei spielen.

Konkrete Zahlen zu den Dementen und der Qualität kann ich nicht nennen. Es gibt den Beirat der Bundesregierung zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der im November nächsten Jahres ein Ergebnis vorlegen wird. Die Diskussion um eine neue Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist vor allem dadurch angestoßen worden, dass demenziell Erkrankte in der Pflegeversicherung nicht hinreichend berücksichtigt sind. Da muss etwas passieren. Das wird ausgabenwirksam sein und

bedeutet eine Gefahr für die im Moment im Gesetzentwurf vorgesehene Finanzierung. In welchem Umfang das zum Tragen kommt, wird man aber erst nächstes Jahr sehen können.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich würde die Frage gerne noch einmal an die Volkssolidarität richten: Glauben Sie sagen zu können, welcher Betrag insgesamt erforderlich ist, um die versprochenen Leistungsverbesserungen der Bundesregierung tatsächlich zu finanzieren?

SV **Dr. Alfred Spieler** (VS): Das ist zwar eine interessante Frage, geht aber in das Feld der Spekulation. Eine konkrete Zahl sollten hier eher die Finanzexperten nennen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Rothgang. Wie bewerten Sie die Schätzung im Gesetzentwurf, wonach die Erhöhung des Beitragssatzes um 0,25 % bis zum Jahr 2014 oder 2015 zur Finanzierung der Reformmaßnahmen ausreicht? Halten Sie diese Prognose für stimmig?

SV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Wenn 2014 wie geplant weitere Dynamisierungen beschlossen werden, reichen die Einnahmen nicht mehr aus. Auf der anderen Seite ist auch klar: Bis 2014 reichen die Mehreinnahmen aus, um die beschlossenen Mehrausgaben zu finanzieren. Fraglich dagegen ist meines Erachtens, ob die Erhöhung ausreicht, um das Defizit bis 2014 zu vermeiden. Das ist zumindest unsicher. Die zu Grunde liegenden Annahmen im Gesetzentwurf sind optimistisch und blenden einige fiskalische Risiken aus, etwa die makroökonomische Frage, ob die gute Konjunkturlage tatsächlich so lange anhält – gerade in diesen Tagen werden die Fragezeichen da sehr deutlich – oder die sozialpolitische Frage, inwieweit wir Beitragsverluste, z. B. durch die verstärkte Nutzung von Entgeltumwandlung oder geringere Rentensteigerung haben. Das alles würde dem System Mittel entziehen. Pflegepolitisch bleibt das große Fragezeichen, inwieweit die geplante Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu mehr Ausgaben führt. Insgesamt sind die Berechnungen der Regierung angesichts der genannten Fragezeichen sehr „auf Kante genäht“. Wenn wir Glück ha-

ben und die Konjunktur gut weiterläuft, kann es ausreichen. Es würde mich aber auch nicht wundern, wenn wir in der nächsten Legislaturperiode wieder über eine Erhöhung der Einnahmen reden müssten, weil die Pflegeversicherung sonst in ein Defizit kommt.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richtet sich wieder an Herrn Prof. Rothgang sowie an den DGB und ver.di. Als Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordern wir in unserem Antrag eine Zusammenführung der sozialen und privaten Pflegeversicherung zu einer solidarischen Pflegebürgerversicherung und sehen darin einen Baustein zur Finanzierungsreform. Wie bewerten Sie diese Forderung?

SV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Ich halte es für eine zwingende Forderung, entweder die beiden Systeme zusammenzuführen oder zumindest einen Solidarausgleich, d.h. einen Risikoausgleich, herbeizuführen. Die günstige finanzielle Lage der privaten Pflegeversicherung beruht nicht darauf, dass sie effizienter arbeitet. Die Leistungsstrukturen, Leistungshöhen und Leistungen sind identisch. Die Vorteile der privaten Pflegeversicherung beruhen ausschließlich darauf, dass sie eine andere Risikostruktur und das günstigere Klientel hat. Insofern halte ich es sozialpolitisch für zwingend, hier einen Ausgleich herbeizuführen.

Rechtliche Bedenken sind schon geäußert worden. Ich bin kein Jurist, würde hier allerdings gerne das Verfassungsgericht zitieren, das in seinem Urteil 2001 gesagt hat, „dass die private Pflegeversicherung Teil eines gesetzgeberischen Gesamtkonzeptes einer möglichst alle Bürger umfassenden sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit ist.“ Das Verfassungsgericht spricht davon, dass der Gesetzgeber eine Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen hat. Für mich als Nichtjurist klingt das so, als würde nichts dagegen sprechen, diese zwei Zweige der Volksversicherung stärker zu verzahnen.

SV **Jürgen Sandler** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Grundsätzlich ist unsere Einstellung zu dieser Frage positiv, und die Forderungen sind sehr ähnlich. Wir werden verfassungsrechtliche Überlegungen ernst

nehmen, aber festzustellen ist ein äußerst gewichtiger Einfluss der privaten Versicherungswirtschaft auf diesen ganzen Komplex in der politischen Entscheidungsfindung. Ohne diesen sichtbar sehr gewichtigen Einfluss wäre es vermutlich ganz leicht, dahingehende rechtspolitische Phantasie zu entwickeln, dass die Sache im Sinne einer gemeinsamen Volksversicherung lösbar ist.

SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Ich kann mich im Wesentlichen den Vorrednern anschließen. Es ist auch eine Frage der Würde der Menschen, dass eine gute und ausreichende Finanzierung der Pflegeversicherung vorliegt. Deswegen brauchen wir die solidarische Bürgerversicherung, an der sich alle gleichermaßen beteiligen. Wir haben durch die Pflegeversicherung erreicht, dass der entwürdigende Gang zum Sozialamt für viele Menschen entfallen ist. Mit dem Wertverlust der Pflegeversicherung sehen wir, dass der Gang zum Sozialamt wieder für viele angesagt ist. Deswegen muss man diesen Schritt in eine andere Richtung der Finanzierung noch machen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage an Herrn Prof. Rothgang und den Deutschen Verein. Wie ist es fachlich zu beurteilen, das erstmals 2014 und dann alle drei Jahre eine Dynamisierung erst nach Prüfung durch die Bundesregierung erfolgen soll? Halten Sie den dreijährigen Turnus für angemessen und dieses Verfahren für sinnvoll? Ist damit eine Dynamisierung überhaupt gesichert?

SV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Der Gesetzentwurf sieht vor, dass alle drei Jahre geprüft werden soll, ob die Leistungen angepasst werden. Wünschenswert wäre eine eindeutige Regelbindung, die eine Anpassung zwingend vorsieht, ohne dass vorher geprüft wird. Gemäß der jetzigen Formulierung sollen Inflationsrate und Lohnsteigerungen betrachtet werden. Die Dynamisierung soll dann der niedrigeren der beiden Raten folgen. Das ist aus meiner Sicht ebenfalls unbefriedigend. Wenn wir davon ausgehen, dass die realen Bruttolöhne in Zukunft steigen, ist eine Anpassung gemäß der Inflationsrate unzureichend, wenn die Kaufkraft der Versicherungsleistung aufrechterhalten werden soll. Sinnvoll wäre vielmehr eine Anpassung,

die etwa als gewogener Mittelwert von Brutto-lohnsteigerungen und Inflation konzipiert wird, z. B. im Verhältnis 2:1.

Das im Gesetzentwurf genannte Kriterium der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen erscheint mir als eine Klausel, mit der die Leistungsdynamisierung in Zeiten knapper Kassen ausgesetzt werden kann und soll. Das würde dann zu einem Realwertverlust der Versicherungsleistungen führen. Da das unbedingt zu vermeiden ist, wäre ich dafür, diese Klausel zu streichen.

SVe Bettina Wagner (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.): Der Deutsche Verein fordert, die Leistungen der Pflegeversicherung schon jetzt zu dynamisieren, da die geplanten Erhöhungen selbst den Kaufkraftverlust nicht ausgleichen werden. Die jetzt vorgesehene Regelung, die lediglich eine Prüfung der Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen vorsieht – und dies auch erstmals ab dem Jahr 2014 –, lässt befürchten, dass wegen der auch in Zukunft zum Teil anhaltend hohen Eigenleistungen der Menschen die Akzeptanz des Gesetzes bei den Betroffenen, den pflegebedürftigen Menschen, und deren Angehörigen leidet.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richtet sich an Herrn Prof. Rothgang, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und Herrn Prof. Schmähl. Reicht die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene schrittweise Erhöhung der Leistungssätze bis zum Jahr 2012 aus, um den bisher eingetretenen Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistungen auszugleichen bzw. wenn nein, warum nicht?

SV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Die im Gesetz vorgesehene schrittweise Erhöhung ist nach Pflegestufen und Leistungsarten differenziert. Dabei werden beispielsweise die Leistungen der stationären Pflege in Stufe I und II nicht angehoben. Dies ist ein Bereich, der im Moment mehr als 40 Prozent aller Ausgaben abdeckt. Es findet also für einen großen Bereich keine Angleichung statt. Wenn man deshalb versucht, sich anhand der derzeitigen Inanspruchnahmequoten ein Gesamtbild zu verschaffen, sieht man, dass bis zum Ende des Betrachtungszeitraumes insgesamt eine Erhöhung um 7 Prozent vorgesehen ist. Bezogen auf den

Zeitraum von fünf Jahren sind das im Durchschnitt 1,4 Prozent pro Jahr. Das ist gerade in der Nähe der Inflation und reicht knapp aus, um die Leistungen bis 2012 konstant real zu halten. Rückwirkend passiert gar nichts. Wenn man das auf den Zeitraum 1996 bis 2012 bzw. 2015 bezieht, würde das einer jährlichen Anhebung von etwa 0,4 Prozent entsprechen, also deutlich unter der Inflationsrate. Entsprechend findet keine nachholende Angleichung statt.

SVe Verena Göppert (Deutscher Städtetag und Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): In einigen Beiträgen wurde schon verneint, dass ein Realwertverlustausgleich mit der Erhöhung stattfindet. Das hat auch Herr Prof. Raffelhüschen bereits ausgeführt. Er hat aber eine Schlussfolgerung gezogen, die wir als Kommunen nicht teilen können. Es ist nicht Aufgabe der Kommunen und der Sozialhilfe, hier als Ausfallbürge für ein vorgelagertes Sozialleistungs-Versicherungssystem einzuspringen. Es geht bei der Pflege um ein allgemeines Lebensrisiko, das gerade diese Versicherung auffangen soll. Es kann nicht Aufgabe der kommunalen Sozialhilfe sein und ist auch im Sinne der Hilfeempfänger kein sinnvoller Weg, hier die Bedarfs- und Bedürfniskriterien in der Sozialhilfe heranziehen und die Unterhaltsverpflichtungen anwenden zu müssen. Es ist Aufgabe der Pflegeversicherung, die Ausgabenentwicklung mit einer entsprechenden Anpassung der Leistungen aufzufangen.

SV Prof. Dr. Winfried Schmähl: Es scheint mir statistisch eindeutig zu sein, dass es auch bei der vorgesehenen Anhebung von Leistungssätzen insgesamt zu einer Minderung des Leistungsniveaus im Vergleich zu dem kommt, was bei Einführung der Pflegeversicherung vorgesehen war. Damit besteht auch die Gefahr, dass eines der zentralen Ziele bei Einführung der Pflegeversicherung – Menschen in höherem Maße aus der Sozialhilfebedürftigkeit heraus zu nehmen – weiter verfehlt wird. Schließlich muss man darauf hinweisen, dass es nicht um den Zeitraum bis 2012, sondern um den Zeitraum bis 2014/2015 geht, wenn erst einmal die weitere Dynamisierung einsetzen soll. Wenn im Jahre 2014/15 eine tatsächlich sachadäquate Dynamisierung regelgebunden – und nicht in der jetzt im Gesetz vorgesehenen Form – erfolgen sollte, würde man das verminderte Leistungsniveau, das wir dann ha-

ben und das sich in Zukunft evtl. noch verringern wird, für die Zukunft fortschreiben. Das ist eine Entwicklung, die man sehr sorgfältig und kritisch betrachten muss.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richte ich an die Caritas. Als Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordern wir in unserem Antrag den Aufbau einer kollektiven, vor politischem Zugriff geschützten Demographiereserve zur Abfederung künftiger demografischer Belastungen. Wie stehen Sie zu dieser Forderung?

SVn Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Forderung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach dem Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks. Wir sehen die Notwendigkeit, die zusätzlichen Belastungen auszugleichen, die durch den demographischen Übergang entstehen. Hierfür ist ein kollektiver Kapitalstock ein geeignetes Instrument. Er soll allerdings ausschließlich zur Beitragsglättung verwendet werden und vor politischen Zugriffen geschützt sein. Vorstellbar ist daher z. B. eine Verwaltung durch die Deutsche Bundesbank.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Sodan und die PKV. Wie beurteilen Sie die Regelungen im § 110 Abs. 2 Satz 2 ff SGB XI, wonach Versicherte des Standardtarifs und Versicherte des Basistarifs, unabhängig von ihrem individuellen Risiko, maximal den sozialen Pflegeversicherungshöchstbeitrag von demnächst voraussichtlich 70,20 Euro zahlen sollen, bei Hilfebedürftigkeit die Hälfte davon?

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Artikel 1 Nr. 67 und Artikel 2 des Entwurfs des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes regeln die angesprochene Ergänzung des § 110 Abs. 2 SGB XI. Bezug genommen wird auf Regelungen zum Basistarif und zum Standardtarif, d. h. auf Vorschriften, die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 enthalten sind. Mit der Anknüpfung nehmen die Bestimmungen aus dem Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes nach meiner Überzeugung aber auch an der Verfassungswidrigkeit der Regelungen des GKV-

Wettbewerbsstärkungsgesetz teil. Ich habe im Rahmen der Anhörung vor diesem Ausschuss am 8. November 2006 versucht darzulegen, dass sich insbesondere die Regelungen zum Basistarif nicht mit den Vorgaben des Grundgesetzes vereinbaren lassen. Sie werden verstehen, dass ich von dieser Position auch heute nicht abrücken werde.

Wegen der engen Verknüpfung möchte ich noch einmal einige verfassungsrechtliche Überlegungen zum Basistarif und zum Standardtarif nach § 315 SGB V in der neuen Fassung darlegen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sind darauf angewiesen, dass ihre den Versicherungsprämien zu Grunde liegenden Risikoprognosen so präzise wie möglich die Realität abbilden. Bei einer Abweichung ist die Äquivalenz zwischen den beitragsbezogenen Einnahmen und den Ausgaben für die Krankheitskosten der Versicherten nicht mehr gegeben. Je ungenauer nun diese Risikoprognosen sind, desto größer ist sogleich die Gefährdung der Äquivalenz, also eines tragenden Prinzips der privaten Krankenversicherung. Um die Äquivalenz wieder herzustellen, müssen dann zwangsläufig die Beiträge der Versicherten erhöht werden. Die Einführung eines Tarifs mit Kontrahierungszwang ohne Risikoprüfung trägt wegen der ungenauen Prognose der Krankheitskosten dazu bei, dass die Äquivalenz bei denjenigen, die diesen Tarif wählen, nicht vorliegt. Das entsprechende Defizit ist regelmäßig von den übrigen Versicherten zu tragen. Darin sehe ich Grundrechtseingriffe zu Lasten der Versicherer: zum einen in das durch Artikel 12 Abs. 1 des Grundgesetzes geschützte Grundrecht der Berufsfreiheit, das auch die Wettbewerbs- und die beruflich genutzte Vertragsfreiheit umfasst, und zum anderen in das Grundrecht der Eigentumsgarantie nach Artikel 14 Abs. 1 des Grundgesetzes. Betroffen sind auch die Grundrechte von Altbestandskunden, welche für die entstehenden Defizite mit ihren Beiträgen aufkommen müssen. Insgesamt erweisen sich die gesetzlichen Regelungen nach meiner Überzeugung als unverhältnismäßig. Der Personenkreis, dem man es ermöglicht, sich im Basistarif zu versichern, ist viel zu groß. Es können sich sogar Personen versichern, die wegen vorangegangener arglistiger Täuschung über den Gesundheitsstatus ihren Versicherungsschutz verloren hatten. Sie haben nun einen Aufnahmeanspruch – zwar nicht bei demselben, aber bei einem anderen Versicherer. Ebenso versicherungsberechtigt sind hier Personen, denen der Versicherungsvertrag wegen Zahlungsverzugs gekündigt

worden war; dabei handelt es sich um eine Gruppe, die wegen ihrer Schutzbedürftigkeit in eine Sozialversicherung gehört, aber ganz gewiss nicht in eine private Versicherung.

Entsprechendes ist für den Versicherungsschutz im Standardtarif anzunehmen. Die wesentlichen Elemente des Standardtarifs, welcher der Einführung des Basistarifs „vorgeklagert“ ist, stimmen mit denen des Basistarifs überein, so dass durch diese gesetzlichen Vorgaben auch im Standardtarif eine Äquivalenzstörung zwischen den Krankheitskosten und den Beitragseinnahmen angelegt ist.

Die vorgesehene Neuregelung in Artikel 1 Nr. 67 und Artikel 2 des Entwurfs eines Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes steht damit in unmittelbarem Zusammenhang, denn sie gibt dem genannten Personenkreis auch die Möglichkeit, sich entsprechend privat Pflege zu versichern. Damit führt auch diese Regelung zu einer ganz erheblichen Störung des Äquivalenzverhältnisses zwischen den Pflegekosten und den Beitragseinnahmen und verstößt nach meiner Auffassung sowohl gegen die Grundrechte der Berufsfreiheit wie auch der Eigentumsgarantie von Versicherern.

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Herr Prof. Sodan hat das Wesentliche gesagt. Den Basistarif und seine Mechanik haben wir vielfältig – auch rechtlich – kritisiert; dies wird zur Entscheidung nach Karlsruhe gebracht. Durch die Beitragslimitierung, vor allem durch die Halbierung des Beitrags, ist der Subventionstatbestand angelegt, d. h. man schafft hier einen Tarif, von dem man weiß, dass er sich aus sich heraus nicht finanziert. Wenn es der politische Wille ist, den man zu akzeptieren hat, dass Versicherte mit geringem Einkommen Versicherungsschutz haben, ist es Aufgabe der öffentlichen Hand, für eine adäquate Beitragsleistung zu sorgen. Es kann nicht sein, dass die öffentliche Hand sich zu Lasten eines Teilkollektivs von Versicherten entlastet.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die private Pflegeversicherung. Wird die Einbeziehung und Mitfinanzierung der privaten Pflegeversicherung in die Gemeinschaftsaufgaben zur Sicherung der Qualität im Gesetzentwurf sachgerecht geregelt?

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Die PKV soll mit 10 Prozent der Kosten belastet werden. Dazu möchte ich zwei Bemerkungen machen: Zum einen wäre ein Schlüssel von 7 Prozent angemessen, weil hier die anteilige Beihilfefinanzierung herausgerechnet werden müsste. Wenn die PKV zu einer Finanzierung herangezogen wird, müssen zweitens dem auch entsprechende Rechte gegenüberstehen. Hier stellen wir – wie in unserer Stellungnahme ausführlich begründet – fest, dass unsere Beteiligungsrechte unzureichend sind. Wir fordern keineswegs „gemeinsam und einheitlich“, wie bei der GKV, vorzugehen, aber wenn wir in gleichem Umfang zahlen, wollen wir auch mindestens die gleichen Rechte haben, um als weiterer Player für Wettbewerbsintensität und letztlich bessere Qualität sorgen zu können. Dafür gibt es viele Anwendungsbeispiele, die in unserer Stellungnahme im Einzelnen genannt sind.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die PKV. Von anderen Sachverständigen wurde mehrfach das Stichwort „Rosinenpickerei“ gebraucht. Ich bitte dazu um Ihre Stellungnahme. Es gibt Prognosen, nach denen bei einem Transfer zwischen den beiden Systemen in einem absehbaren Zeitraum ein umgekehrter Finanztransfer nötig würde, weil sich die Risikolage in der privaten Pflegeversicherung entsprechend verschärft. Könnten Sie dazu auch Ausführungen machen?

SV Dr. Volker Leienbach (PKV): Es gibt den Grundsatz „Pflege folgt Kranken“, d. h., bei Pflege erfolgt keine Selektion, und wer krankenversichert ist, wird unabhängig vom Zeitpunkt seines Eintritts auch pflegeversichert. Wir haben als Solidarbeitrag schon die Versi-

cherten von Bahn und Post übernommen. Das sind rd. 1 Mio. Versicherte, die keinen Nachwuchs haben und im versicherungstechnischen Sinne eher „schlechte Risiken“ sind. Es ist richtig, dass sich die Altersstruktur der privaten Pflegeversicherung im Augenblick noch positiv von der in der sozialen Pflegeversicherung unterscheidet. Das liegt im Wesentlichen daran, dass privat versicherte Rentner bis 1989 in die gesetzliche Krankenversicherung zurückwechseln konnten. Dieser unhaltbare Zustand ist inzwischen beseitigt, doch die Altersstruktur der PKV lebt noch von diesem Effekt, der aber selbstverständlich auslaufen wird. Wir können davon ausgehen, dass wir in ca. 15 Jahren zu einer Angleichung der Altersstruktur kommen. Dann werden die Verhältnisse sogar kippen, und die private Pflegeversicherung wird mittelfristig eine schlechtere Altersstruktur haben als die soziale Pflegeversicherung. Ich warne davor, jetzt kurzfristig einen kleinen Zeitraum in Betracht zu ziehen, wenn wir das langfristige Problem der Generationensolidarität lösen müssen.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Mich interessiert, ob Herr Prof. Rothgang befürwortet, dass sich der Sozialtransfer in 15 Jahren umkehrt.

SV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Sicher, ja.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Wir haben keinen Fragebedarf mehr.

Ende der Sitzung: 15.40 Uhr

Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll

75. Sitzung

Berlin, den 23.01.2008, 16:30 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung (Block IV: Berufsrechtliche Fragestellungen) zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksache 16/7439, 16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte
Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für eine zukunftsfest und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende,
transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
 Eichhorn, Maria
 Faust, Hans Georg, Dr.
 Hüppe, Hubert
 Koschorrek, Rolf, Dr.
 Michalk, Maria
 Scharf, Hermann-Josef
 Spahn, Jens
 Straubinger, Max
 Widmann-Mauz, Annette
 Zylajew, Willi

SPD

Friedrich, Peter
 Hovermann, Eike
 Kleiminger, Christian
 Lauterbach, Karl, Dr.
 Mattheis, Hilde
 Rawert, Mechthild
 Reimann, Carola, Dr.
 Spielmann, Margrit, Dr.
 Teuchner, Jella
 Volkmer, Marlies, Dr.
 Wodarg, Wolfgang, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
 Lanfermann, Heinz
 Schily, Konrad, Dr.

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
 Seifert, Ilja, Dr.
 Spieth, Frank

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
 Scharfenberg, Elisabeth
 Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Blumenthal, Antje
 Brüning, Monika
 Hennrich, Michael
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
 Krichbaum, Gunther
 Luther, Michael, Dr.
 Meckelburg, Wolfgang
 Philipp, Beatrix
 Scheuer, Andreas, Dr.
 Zöllner, Wolfgang
 N.N.

Bätzing, Sabine
 Becker, Dirk
 Bollmann, Gerd
 Ferner, Elke
 Gleicke, Iris
 Hemker, Reinhold, Dr.
 Kramme, Anette
 Kühn-Mengel, Helga
 Marks, Caren
 Schmidt, Silvia
 Schurer, Ewald

Ackermann, Jens
 Kauch, Michael
 Parr, Detlef

Ernst, Klaus
 Höger, Inge
 Knoche, Monika

Haßelmann, Britta
 Koczy, Ute
 Kurth, Markus

Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigegefügt.

Fehler! Keine Indexeinträge gefunden.

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	10	SV Deflev Heins (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.)	18
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	16, 17	SV Dr. Carl-Heinz Müller (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	7, 9, 15, 17, 25
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	11	SV Dr. Diethard Sturm (Deutscher Hausärzteverband e.V.)	8
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	6, 25	SV Dr. Monika Rausch (Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V.(ZVK))	26
Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.)	18, 19	SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.(MDS))	7, 27
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	15, 16, 18	SV Dr. Susanne Jassim-Guddorp	28
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	13	SV Dr. Theodor Windhorst	16, 17, 25
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	14, 26	SV Dr. Thomas Scharmann (Deutscher Facharztverband e.V. (DFV))	8, 17
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):	6, 29	SV Dr. Wolfram Johannes	7, 8, 10, 24
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	23	SV Arno Metzler (Bundesverband der Freien Berufe (BFB))	16
Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	21, 22, 23	SV Erwin Dehlinger (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	8, 17
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	20	SV Franz Wagner (Deutscher Pflegerat e. V.)	11, 13, 19
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	26	SV Gerd Dielmann (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	19, 20, 23
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	28	SV Heinz Christian Esser (Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V. (ZVK))	24
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	7, 25	SV Herbert Mael (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa))	9
Abg. Maria Eichhorn (CDU/CSU)	8, 24	SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	20
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	27	SV Horst-Dieter Schirmer (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	12, 26
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	9, 24	SV Jörg Fröhlich (Deutscher Caritasverband e.V.)	14
		SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	27
		SV Prof. Dr. Christel Bienstein	15, 21, 22
		SV Prof. Dr. Stefan Görres	10, 22, 26
		SV Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann	12, 26

		SV Ralf Neiheiser (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG))	23
		SV Robert Roßbruch	18
		SVe Dr. Cornelia Goesmann (Bundesärztekammer (BÄK))	10, 11, 14, 24, 25, 27
		SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.)	9
		SVe Erika Stempfle (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD))	29
		SVe Gertrud Stöcker (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK))	13, 20, 23
		SVe Mona Frommelt (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO))	14

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

BT-Drucksache 16/7439

16/7486

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung

BT-Drucksache 16/7136

Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

BT-Drucksache 16/7472

Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für eine zukunfts- und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege

BT-Drucksache 16/7491

Beginn: 16.30 Uhr

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich möchte Sie, die Sachverständigen und Verbandsvertreter, die Kolleginnen und Kollegen Abgeordneten, die Vertreterinnen und Vertreter der Regierung, des BMG, insbesondere Herrn Staatssekretär Dr. Schröder sowie Herrn Staatssekretär Schwanitz und die Bundesratsbank, unsere Gäste und die Medienvertreter recht herzlich zur 75. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit begrüßen. Einziger Tagesordnungspunkt ist heute Nachmittag eine öffentliche Anhörung zu folgenden vier Vorlagen: 1. Gesetzentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) - BT-Drs. 16/7439, 2. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher - Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung - BT-Drs. 16/7136, 3. Antrag der Fraktion DIE LINKE.: Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung - BT-Drs. 16/7472 und 4. Antrag der Fraktion der FDP: Für eine zukunfts- und generationsgerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende,

transparente und unbürokratische Pflege - BT-Drs. 16/7491.

Da nicht alle der Anwesenden schon an Anhörungen teilgenommen haben, erkläre ich kurz das Prozedere. Jede Fraktion hat für Fragen und Antworten ein bestimmtes Zeitkontingent zur Verfügung. Ich möchte Sie bitten, nur auf meine Aufforderung hin zu antworten. Sofern ich das noch nicht getan habe, bitte ich Sie, Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen. Am Ende Ihres Wortbeitrages sollten Sie das Mikrofon ausschalten. Wir beginnen mit der Fragezeit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an Herrn Dr. Johannes und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Wie ist aus Ihrer Sicht die geplante Regelung im Paragraphen 119b SGB V zu bewerten, derzufolge Pflegeheime zukünftig ermächtigt werden können, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Ärzte anzustellen. Gibt es aus Ihrer Sicht andere Möglichkeiten, die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen zu verbessern? Eine spezielle Frage an die KBV: Wie beurteilen Sie die vorgesehene Ermächti-

gung eines Pflegeheims zur ambulanten Versorgung?

SV Dr. Wolfram Johannes: Zum Heimarztmodell habe ich eine sehr kritische Meinung, und zwar aus folgenden Gründen: Erstens ist die ambulante und jetzt die stationäre Pflege eine Phase in der Biographie eines Menschen, in der spezielle Probleme auftreten, die am besten gelöst werden können, wenn die bisherige betreuende Struktur, sprich die hausärztliche Primärversorgung, weiterhin bestehen bleibt. Der Hausarzt hat den Patienten oft über Jahre und Jahrzehnte begleitet, und auch der Patient hat sich auf seinen Arzt eingestellt. Auch die Kommunikation mit den Angehörigen hat sich oft über Jahre eingespielt. Ein zweiter Grund dafür, das Heimarztmodell abzulehnen, ist die ungesicherte Regelung für die Nächte, die Wochenenden und Feiertage. Zu diesen Zeiten müsste dann wieder der normale ärztliche Dienst tätig werden. Drittens wird das Modell objektiv daran scheitern, dass der Arbeitsmarkt momentan keine Kollegen bereithält, die diese Funktionen ausfüllen können, und das, meiner Meinung nach, auch auf lange Sicht hin.

SV Dr. Carl-Heinz Müller (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich kann mich den Ausführungen des Kollegen Johannes nur anschließen. Auch wir sehen es als problematisch an, mit nur einem Heimarzt ein Heim zu versorgen. Das gilt insbesondere für die Urlaubsvertretung, die Wochenenden und die Nächte. In Altenheimen spielt auch die Multiprofessionalität eine Rolle. Das heißt, die Patienten werden nicht nur von dem einem Arzt betreut, sondern es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt und den Fachärzten. Insofern ist die Einführung des Heimarztes keine Lösung, die hier weiterführen würde. Wir hatten es aber für richtig – und das hatten wir auch schon einmal im Zusammenhang mit dem GKV-WSG vorgeschlagen –, dass es den Heimen ermöglicht wird, mit den kassenärztlichen Vereinigungen Vereinbarungen zu schließen, die eine multiprofessionelle Versorgung gewährleisten. Zur zweiten Frage ist Folgendes zu sagen: Die Ermächtigung eines Pflegeheims, das nicht ärztlich geleitet wird, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung halten wir für einen verfehlten Vorschlag. Unabhängig davon, dass der Regelungsvorschlag des Paragraphen 119b ange-

sichts der von uns entwickelten Alternative ohnehin abzulehnen ist, käme allenfalls eine persönliche Ermächtigung eines Arztes in Betracht. Es wäre das erste Mal in der Entwicklung des Vertragsarztrechts, dass der Gesetzgeber einer nicht ärztlich geleiteten Institution eine entsprechende Möglichkeit einräumt. Die Alternative bilden Kooperationsverträge, die unter der Regie der Kassenärztlichen Vereinigung mit den betroffenen Ärzten vor Ort, also gemeinsam mit Fachärzten und Hausärzten, geschlossen werden mit dem Ziel, eine Rundumversorgung des Altenheimes zu gewährleisten, und zwar unter Einschluss des Nacht- und Wochenenddienstes.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe zunächst eine Frage an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS): Wie bewerten Sie die derzeitige ärztliche Versorgung in den Pflegeheimen? Daran anknüpfend möchte ich Herrn Dr. Johannes von den Spitzenverbänden der Krankenkassen fragen, welche Alternativen es zu den Heimarzten gibt.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS)): Klar ist, dass viele Pflegebedürftige auch einen medizinischen Behandlungsbedarf haben, der entsprechend zu befriedigen ist. Wir hören immer häufiger, dass dies in den Pflegeheimen nicht immer gewährleistet ist, dass Pflegeheime Schwierigkeiten haben, die ärztliche Versorgung in ihren Einrichtungen sicherzustellen. Daher denke ich, dass die Einführung des Heimarztes eine weitere Option schafft, diese Versorgung durch Ärzte sicherzustellen. Dabei muss natürlich weiterhin die freie Arztwahl gewährleistet sein; das heißt, ein Patient muss, wie es eben schon angeklungen ist, die Möglichkeit haben, auf seinen Wunsch hin, auch bei einem Wohnortwechsel und ähnlichen Gegebenheiten, weiter durch seinen Hausarzt betreut zu werden. Die Schaffung dieser Option ist somit positiv zu bewerten, aber eben nur als Option. Uns als Medizinischem Dienst geht es nicht darum – und ich glaube, so denken auch viele Pflegeheime –, wer die ärztliche Versorgung sicherstellt, sondern dass sie sichergestellt wird. Dies kann entweder durch das vertragsärztliche Versorgungssystem – das ist möglich, muss aber entsprechend organisiert werden – oder durch einen Heimarzt gewährleistet werden. Entschei-

dend ist, dass es tatsächlich geschieht. Jedenfalls besteht hier aus unserer Sicht ein Verbesserungsbedarf.

SV Erwin Dehlinger (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Wir können uns dem, was Herr Dr. Pick gesagt hat, in der Analyse anschließen. Vor diesem Hintergrund halten wir auch die jetzt vorgesehene Regelung für sinnvoll. Wir würden es begrüßen, wenn durch den Einsatz eines Arztes im Pflegeheim die medizinische Versorgung der Bewohner verbessert würde und damit auch Kosten, beispielsweise durch Vermeidung unnötiger Krankenhausbehandlungen und Einweisungen, vermindert würden. Es gibt hier ja bestimmte Modellprojekte, zu denen ich gleich noch etwas sagen werde. Grundsätzlich muss die Möglichkeit der freien Arztwahl erhalten bleiben. Das sehen wir auch so. Andererseits muss man natürlich auch sehen, dass dort, wo Defizite bestehen, wo Ärzte, die die Heimbewohner versorgen könnten, nicht in ausreichender Zahl vorhanden sind, die Frage der freien Arztwahl keine Rolle spielt, weil eben kein Arzt da ist. Genau das ist das Problematische an der Situation. Die AOK Berlin führt gemeinsam mit der IKK seit 1998 ein Berliner Projekt durch, das sehr erfolgreich war. Im Rahmen des Projektes waren in 27 Einrichtungen angestellte Ärzte tätig. In elf Fällen handelte es sich um kooperierende Ärzte. Daraus kann man ersehen, dass auch Mischformen möglich sind. Da die Ergebnisse überaus positiv waren, wird das Projekt jetzt übergeleitet in die Integrationsversorgung nach § 140. Aus Sicht der AOK ist dies sehr zu begrüßen. Wir versuchen also, mit Modellvorhaben und solchen Projekten Beispiele für Versorgungskonzepte zu geben. In Bayern gibt es übrigens ein ähnliches Projekt wie in Berlin. Ich denke, das ist der richtige Weg.

SV Dr. Wolfram Johannes: Wie Sie wissen, bin ich hier als Praktiker und nicht als Funktionär. Ich arbeite in einer großen Gemeinschaftspraxis. Wir betreuen am Ort ein Heim mit 80 Plätzen zu ungefähr drei Vierteln. Wir sind an drei Tagen in der Woche präsent. Wir sehen an diesen Tagen nicht jeden Patienten im Sinne einer Visite, wir sehen aber diejenigen, bei denen das notwendig ist. Wir fragen vor der Nacht und auch am Samstag ab, ob noch ein Besuchsbedarf vorliegt. Falls das so wäre, würden wir das Heim aufsuchen. Das regeln wir im Rahmen des derzeit gültigen EBM. Es

wäre sicher sinnvoll, und da stimme ich einem der Vorredner zu, diese Finanzierung über IV-Verträge sicherzustellen.

Abg. Maria Eichhorn (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an mehrere Verbände, nämlich an den Deutschen Hausärzterverband, den Facharztverband, den Caritasverband und den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Wie beurteilen Sie die haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in den Heimen, also in den stationären Pflegeeinrichtungen, und ist nach Ihrer Meinung die Anstellung von Ärzten in Heimen eine geeignete Maßnahme, um eventuelle Engpässe zu beseitigen?

SV Dr. Diethard Sturm (Deutscher Hausärzterverband e.V.): Im Allgemeinen werden die Patienten im Heim auf Grundlage der freien Arztwahl durchgängig durch Hausärzte versorgt. Der Hausarzt zieht auch Spezialisten hinzu, sofern dies für die Versorgung notwendig ist. Es ist richtig, dass die Versorgungsbedingungen je nach Facharzt- und Hausarztichte unterschiedlich sind. Aber durch die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten wird in dieser Hinsicht keine Abhilfe geschaffen. Wir benötigen hier vertragliche Regelungen und entsprechende Anreize. Ich denke, dass gerade der neue EBM, der eine zusätzliche Vergütung für Hausbesuche im Heim auf Anforderung vorsieht, die Voraussetzung dafür geschaffen hat, dass diese Aufgabe ernster genommen wird.

SV Dr. Thomas Scharmann (Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)): Niedergelassene Fachärzte können in Alten- und Pflegeheimen nur auf Aufforderung des Hausarztes tätig werden. Dies ist der Hauptgrund für die mangelnde Präsenz der Fachärzte in den Heimen. Ohne einen Ruf des Hausarztes dürfen Fachärzte nur in Ausnahmefällen eine sogenannte Besuchsbehandlung in Pflegeheimen durchführen. Das Prozedere ist für Primärkassen im Bundesmantelvertrag Ärzte im Paragraphen 17 Abs. 6 und für die Ersatzkassen im Bundesmantelvertrag Paragraph 13 Abs. 14 geregelt. Das bedeutet, dass fachärztliche Medizin erst nach einem Konsil mit dem Hausarzt in Pflegeheimen ausgeübt werden kann. In diesem Zusammenhang muss auch das Thema Arzneimittelregresse gesehen werden. So können Fachärzte, hier vor allem Neurologen und Ner-

venärzte, auch auf Grund der hohen Zahl von Demenzpatienten in Gefahr geraten, in Regress genommen zu werden. Wir schlagen in diesem Zusammenhang vor, dass die Fachärzte durch Schaffung eines engeren Konsilzusammenhangs zwischen Haus- und Fachärzten stärker in die Pflegeheime eingebunden werden. Wir meinen, das dies auch am Wochenende möglich sein sollte. Fachärzte tragen entscheidend dazu bei, unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und damit Kosten einzusparen. Es sollte daher eine gesetzlich verpflichtende konsiliarische Regelversorgung durch niedergelassene Fachärzte im Zusammenhang mit den Hausärzten geschaffen werden.

SV Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): In den Pflegeheimen weist sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung Mängel auf. Das zeigt die SÄVIP-Studie, eine Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, ganz deutlich. Dabei sind die Lücken in der hausärztlichen Versorgung weniger gravierend als in der fachärztlichen Versorgung, bei der wir erhebliche Defizite feststellen. Dies betrifft insbesondere Gynäkologen, Urologen, Zahnärzte, Augenärzte, Orthopäden, also viele Facharztgruppen, die gerade für ältere und pflegebedürftige Menschen besonders wichtig sind. Die Anstellung eines Heimarztes kann dieses Problem natürlich auch nicht lösen, denn bei den Heimärzten wird es sich überwiegend um Allgemeinmediziner oder Internisten handeln. Jedenfalls wird kaum ein Heimarzt einer der eben genannten Facharztgruppen angehören. Dennoch befürworten wir die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Einstellung eines Heimarztes als zusätzliches Instrument. In einigen Bundesländern, wie beispielsweise in Berlin, wurden mit diesem Instrument auch gute Erfahrungen gemacht. Von größerer Bedeutung ist es aber, dass sich erstens die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Fachärzten verbessert, wie mein Vorredner gerade ausgeführt hat, und dass zweitens Ärzte insgesamt in ihrer Ausbildung mehr Kenntnisse in Geriatrie und Gerontopsychiatrie erwerben. Wir setzen uns dafür ein, dass ältere Menschen einen Rechtsanspruch auf ein jährliches geriatrisches Assessment erhalten. Denn nur durch frühzeitige Diagnosen, durch Prävention und Rehabilitation, lässt sich der Gesundheitszustand älterer und pflegebedürftiger Menschen in Pflegeheimen nachhaltig verbessern. Zudem ist eine Verbesserung der geriatrischen Kenntnisse auch für

die Behandlung von Patienten im häuslichen Umfeld erforderlich.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BpA)): Wir müssen dafür sorgen, dass sowohl die Regel- als auch die Notfallversorgung funktioniert. Wir machen in letzter Zeit immer wieder die Erfahrung, dass Einrichtungen und Hausärzte keine neuen Patienten mehr übernehmen können. Daran zeigt sich ein großes Problem, denn die Menschen in den Pflegeheimen sind in aller Regel wirklich behandlungsbedürftig. Es darf nicht sein, dass plötzlich eine Notfallversorgung notwendig wird, wo eigentlich eine Regelversorgung angemessen wäre. Wenn man bedenkt, wie viele Heime es gibt, glaube ich nicht, dass das Heimarztmodell gut funktionieren würde. In jedem Falle müsste aber klar sein, dass das nicht über Entgelte zusätzlich zum Krankenversicherungsbeitrag finanziert wird, sondern dass die Finanzierung letztlich im System der Krankenversicherung erfolgt. Wir glauben, dass das Problem durch Kooperationsvereinbarungen und Integrationsverträge regional zu lösen wäre, wenn zugleich auch die Budgetprobleme aus dem Weg geräumt würden. Wir begrüßen allerdings ausdrücklich die Option auf Zulassung eines weiteren Arztes im Pflegeheim. Dieser könnte an einer vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und nicht nur die Patienten des Pflegeheimes, sondern auch der Region betreuen und damit zur Lösung sowohl der Finanzierungs- als auch der Auslastungsfrage beitragen.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Mich würde interessieren, welche Position die KVen und die Ärztekammer zu dem Themenbereich Arzneimittelversorgung in Pflegeheimen vor dem Hintergrund der Situation der ärztlichen Versorgung einnehmen, insbesondere die Haltung zu den Arzneimittelbudgets, speziell auch für den Bereich der Dementen.

SV Dr. Carl-Heinz Müller (KBV): Das Problem ist allseits bekannt: Die Heimbetreuung erfordert erhöhte Arzneimittelbudgets. Hier ist Abhilfe zu schaffen. Eine Möglichkeit, die Sie gerade vorgeschlagen haben, besteht sicherlich darin, dies über entsprechende Versorgungsverträge zwischen dem Altenheim, den behandelnden Ärzten und der Kassenärztlichen Vereinigung zu regeln. Wie Sie am Beispiel der

Demenz dargestellt haben, haben wir es hier mit der Situation der Multiprofessionalität zu tun. Bei Demenzerkrankungen erfolgt in den Heimen eben oft auch eine Mitbehandlung durch Neurologen und Psychiater. Hier sollten sich die verschiedenen Fachdisziplinen die Bälle gegenseitig zuspielen. Ich glaube, das geht am besten über Verträge, die die Gesamtversorgung regeln.

SV Dr. Cornelia Goesmann (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich kann mich dem, was Herr Müller ausgeführt hat, anschließen. Ich bin auch der Ansicht, dass wir im Hinblick auf die besondere Versorgungssituation von alten Menschen und Demenzkranken die bestehenden Arzneimittelbudgets in Frage stellen müssen und dass hier über IV-Verträge, aber auch durch Argumentationshilfen gegenüber den regressierenden Institutionen, Abhilfe geschaffen werden müsste. Aus eigener täglicher Erfahrung – ich bin Heimärztin für etwa 200 Heimpatientinnen und -patienten – würde ich jedoch sagen, dass die größte Problematik im Heilmittelbereich liegt. Bei den Heilmittelbudgets, vor allem was die Verordnung von Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie angeht, befinden wir uns in noch viel größeren Schwierigkeiten. Daher möchte ich dringend darum bitten, hier Abhilfe zu schaffen und neue Regelungen zu treffen.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Fragen beziehen sich auf das Thema Delegation ärztlicher Leistungen. Ich frage die Einzelsachverständigen Prof. Dr. Görres und Dr. Johannes, wie Sie die Möglichkeiten beurteilen, die Ausweitung von Kompetenzen der Pflegeberufe im Rahmen von Modellvorhaben zu erproben. Welche Auswirkungen könnten die Modellklauseln auf die einzelnen Berufsbilder und die künftige Abgrenzung der Gesundheitsberufe untereinander haben? Sind Ihrer Auffassung nach die geplanten Kompetenzerweiterungen für Kranken- und Pflegeberufe geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung, insbesondere in strukturschwachen Regionen? Die zweite Frage richtet sich auch an die Bundesärztekammer und den Deutschen Pflegerat.

SV Prof. Dr. Stefan Görres: Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass Experten in der Erweiterung des Kompetenz- und Aufga-

benspektrums der Pflege inzwischen ein durchaus innovatives Potential sehen, was die Versorgungsqualität betrifft, insbesondere auch angesichts neuer Bedarfsentwicklungen. Insofern ist die Notwendigkeit einer Reform der Pflegeausbildung in Deutschland unstrittig. Man sollte auch darauf hinweisen, dass die Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2004 und das bundeseinheitliche Altenpflegegesetz 2003 in diese Richtung gegangen sind und über entsprechende Modellklauseln Möglichkeiten eröffnet haben, die Pflege innovativ weiterzuentwickeln. Die beiden Gesetze gehen aber an zwei Stellen nicht weit genug; und ich sage das hier nicht als Jurist, sondern als Pflegewissenschaftler: zum einen, was die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten betrifft, oder anders formuliert: was Tätigkeiten betrifft, die über das Delegationsverfahren hinausgehen. Hier ist gerade angesichts neuer Bedarfslagen eine Weiterentwicklung notwendig. Zum anderen besteht ein Defizit im Hinblick auf die Akademisierung der Pflegeberufe im Sinne einer grundständigen Pflegeausbildung. Wir haben bisher deutliche Schwerpunktsetzungen in den Bereichen Management, Pädagogik und Pflegewissenschaft. Wir haben aber bei der Akademisierung bisher keine wirklich nennenswerte Entwicklung, was die patientennahe Tätigkeit betrifft. Insofern sehe ich die Chance, dass Modellvorhaben uns hier weiter bringen. Dies bringt es natürlich auch mit sich, dass Aufgaben zwischen den Berufen neu zu verteilen sind. Ich bin mit dieser Auffassung in guter Gesellschaft, denn das Ministerium für Arbeit und Soziales in Baden-Württemberg und der Sachverständigenrat haben sich ähnlich geäußert. Deren Argumentation geht dahin, dass jede Veränderung der Kooperation und der Aufgabenverteilung zwischen den heute bestehenden Gesundheitsberufen der Überprüfung und gegebenenfalls auch der Änderung der rechtlichen Voraussetzungen bedarf. Dabei kann man sicherlich über Modellklauseln, die in Richtung Kompetenzerweiterung gehen, Fortschritte erzielen.

SV Dr. Wolfram Johannes: Ich will mich kurz fassen: Diagnose und Therapie gehören in die Hand des Arztes. Über delegierbare Leistungen kann man immer reden. Die Pflege sollte in ihrer Professionalität gestärkt werden. Die Qualität der medizinischen Ausbildung, insbesondere die künftiger Hausärzte, sollte nicht reduziert werden. Und in strukturalarmen Gebieten hilft man am besten mit Geld.

SV Dr. Cornelia Goesmann (BÄK): Ich kann mich den Ausführungen meines Vorredners anschließen. Natürlich sind wir gegenüber innovativen Ideen im Gesundheitswesen immer aufgeschlossen. Gerade die strukturschwachen Regionen brauchen aber nicht einen Ersatz ärztlicher Tätigkeit durch andere Berufsgruppen, sondern Anreize dafür, dass sich dort wieder mehr Ärztinnen und Ärzte niederlassen. Ich habe bisher Äußerungen dazu vermisst, wo eigentlich eine Übertragung von bisher ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen, speziell an die Pflege, angebracht ist. Wir denken, dass man gerade strukturschwache Regionen vor allem dadurch besser versorgen kann, dass man im Delegationsverfahren vor allem unsere medizinischen Fachangestellten, aber auch andere Berufsgruppen dazu bewegt, unter Aufsicht des Arztes Arzt unterstützende Tätigkeiten aufzunehmen und damit die Patientenversorgung zu verbessern. Wir halten aber die Übertragung von primär ärztlichen Aufgaben, die unter Arztvorbehalt stehen, aus haftungsrechtlichen, inhaltlichen und auch aus ökonomischen Gründen für sehr problematisch. Die Zeit ist jetzt vielleicht zu kurz, um dies auszuführen, aber wir werden das sicherlich heute noch mehrfach untermauern können.

SV Franz Wagner (Deutscher Pflegerat e.V. (DPR) Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen): Wir begrüßen es grundsätzlich, dass der Pflege heute die Möglichkeit gegeben wird, sich mit ihren Kompetenzen stärker als früher in das Versorgungsgeschehen einzubringen. Gerade im ländlichen Bereich stellt sich bei der Versorgung die Frage, wie bestimmte Aufgaben erfüllt werden können. Es geht uns nicht darum, dass die Pflege Ärzte ersetzen soll oder dass dort, wo heute ein Hausarzt tätig ist, demnächst eine Pflegepraxis entstehen soll, sondern es geht uns um die Frage, wie die pflegerische Fachexpertise zum Beispiel in die Versorgung chronisch kranker Menschen, etwa in die Versorgung von chronischen Wunden, eingebracht werden kann und wie sich dies mit den bestehenden Strukturen verknüpfen lässt. Wir sehen in der vorgeschlagenen Regelung zumindest einen Einstieg in die Lösung dieser Frage n.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Meine Fragen beziehen sich auch auf die Modellvorhaben nach Paragraph 63. Dieser Regelung zufolge soll eine stärkere Einbeziehung des

nichtärztlichen Personals in die Ausgestaltung der verordneten häuslichen Krankenpflege ermöglicht werden. Die Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie an Prof. Hoffmann. Außerdem würde gern Frau Dr. Goesmann die Gelegenheit geben, das zu ergänzen, was sie vorhin nicht zu Ende führen konnte. Sind die Regelungen hinreichend bestimmt und geeignet, um die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und nichtärztlichen medizinischen Pflegeberufen im Sinne einer integrierten Versorgung zu verbessern?

SV Dr. Cornelia Goesmann (BÄK): Die Modellversuche sind grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sind wir der Ansicht, dass heilkundliche Aufgaben unter Arztvorbehalt stehen und dass der diagnostische und therapeutische Prozess weiterhin in der Hand von Ärztinnen und Ärzten bleiben sollte. Auch die Patienten wünschen, dass der Gesamtkoordinierungsprozess für ihre Versorgung in ärztlicher Hand bleibt. Aus Gründen der Patientensicherheit sollte man diesen Prozess nicht aufsplintern, indem man bestimmte ärztliche Tätigkeiten ausgliedert und an andere Berufsgruppen überträgt. Es wäre zumindest sehr intensiv zu prüfen, welche Tätigkeiten das sein könnten und wie das dann auch haftungsrechtlich zu behandeln wäre. Die Frage ist, ob eine Tätigkeit, die der Arzt abgibt, dann auch haftungsrechtlich von den anderen Berufsgruppen übernommen wird oder ob es nicht sinnvoller wäre, dies im Delegationsverfahren – den Arzt entlastend – an andere Berufsgruppen zu geben, wie dies in den Modellversuchen vorgesehen ist, bei denen eben die haftungsrechtliche Verantwortung letztlich beim Arzt verbleibt. Im Hinblick auf die Patientensicherheit ist vor allem Folgendes zu sagen: Ärztinnen und Ärzte haben immerhin eine mindestens elfjährige Aus- und Weiterbildung absolviert, bevor sie eigenverantwortlich in der Patientenarbeit tätig werden können, und die Patientinnen und Patienten wünschen sicherlich nicht, wie das auch schon Herr Wagner gesagt hat, dass andere Berufsgruppen diese Tätigkeit jetzt gänzlich übernehmen, sondern sie wünschen sich eine bessere Kooperation im Gesundheitswesen. Dies ließe sich aus unserer Sicht am besten mit neuen Modellen zur Delegation ärztlicher Leistungen erreichen. Wir haben selbst eigene Modellversuche über die Versorgungsforschungsprojekte initiiert, die die Bundesärztekammer im Augenblick in Auftrag gibt. Im Rahmen dieser Modellversuche sollen Möglichkeiten zur erweiterten De-

legation von ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen überprüft und untersucht werden. Es ist anzunehmen, dass hierzu bald interessante Ergebnisse vorliegen werden.

SV Horst-Dieter Schirmer (KBV): Ich schließe mich dem an, möchte aber noch Folgendes ergänzen: Die vorgeschlagenen Vorschriften des Paragraphen 63 Abs. 3b und 3c sind gesetzestechnisch so unbestimmt, dass völlig unklar bleibt, was getan werden darf. Auch die ausschließlich von Krankenkassen organisierten Modellversuche lassen den Bezug zur ärztlichen Tätigkeit möglicherweise völlig außer Acht. Die Frage der Haftung wurde ebenfalls schon angesprochen: Das Gesetz lässt offen, ob diese Personen in selbstständige Behandlungsbeziehungen zum Patienten treten. Wenn eine solche Person Tätigkeiten entfaltet, für die sie gar nicht befähigt ist, hat sie möglicherweise auch mit Abgrenzungsfragen und mit der Rechtsfigur des Übernahmeverschuldens zu tun. Wir meinen auch, dass die Grundlage für diese Modellversuche, die durch die Änderungen im Altenpflege- und Krankenpflegegesetz gelegt worden sein soll, in der Form von relativen Kompetenzermittlungen in speziellen Ausbildungsstätten eine punktuell unterschiedliche Kompetenz für diese Berufe schafft. Vor diesem Hintergrund stellt sich natürlich auch die verfassungsrechtliche Frage, ob nicht der parlamentarische Gesetzesvorbehalt, demzufolge für einen Beruf eine generelle einheitliche Ausbildung geschaffen werden muss, verletzt ist. Denn am Ende liegen hier ganz unterschiedliche Qualifikationen vor. Man müsste eigentlich als Arzt oder als betroffener Patient immer nachfragen, wo derjenige, der eine bestimmte Maßnahme ergreift, ausgebildet worden ist und ob er das auch darf. Denn nach dem Gesetzentwurf entscheidet jede Ausbildungsstätte nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage eines Ausbildungsplans, wie sie weiterbildet. Das wollte ich nur hinzufügen, ohne damit die Auffassung der KBV zu relativieren, dass wir uns eigentlich generell gegen diese Regelung aussprechen.

SV Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann: Ich möchte an die beiden Kollegen anschließen, die vor mir Stellung bezogen haben. Bei uns in Greifswald geht es gerade um die Delegation von ärztlichen Leistungen und zwar in Verantwortung des Arztes, also um die Arztentlas-

tung. Wir sind von der Universität Greifswald aus seit zweieinhalb Jahren an mehreren Modellprojekten beteiligt. Diese werden in verschiedenen Bundesländern durchgeführt und haben Bezeichnungen wie „Schwester AGnES“, „Gemeindeschwester“ oder „Telegesundheitsschwester“. Wir haben dort den Delegationsprozess genau überprüft. Die beteiligten Kollegen fühlen sich tatsächlich entlastet, und die Schwestern machen das auch gern, wenn sie die dafür nötige Zusatzausbildung erworben haben. Auch die Patienten beurteilen das positiv. Die Modellprojekte finden faktisch bisher nur im Osten statt, wir sind dort aber in einer länderübergreifenden Arbeitsgruppe aktiv, in der auch Vertreter der alten Bundesländer mitwirken. Wie sich bisher herausgestellt hat, funktioniert das AGnES-Modell auch in der Fläche sehr gut, und es ist sehr wahrscheinlich sogar wirtschaftlich, zumindest den Zahlen nach zu urteilen, die uns bisher vorliegen. Wir überblicken etwa 1100 Patienten und 5000 Hausbesuche. Allerdings gibt es eine Rechtsunsicherheit bezüglich der Möglichkeit, dass der Arzt diese Delegation überhaupt ausspricht. Unsere juristischen Berater sagen, dass die Fachaufsicht nicht eindeutig geregelt ist, und es gibt Urteile, denen zufolge der Arzt in Rufweite oder sogar persönlich anwesend sein muss. Daher ist im Zusammenhang mit einer Beauftragung für Hausbesuche – und genau darum geht es in diesen Projekten in den dünn besiedelten Gebieten mit Hausarztmangel – eben nicht ganz klar, ob die Schwester das darf bzw. ob der Arzt das delegieren darf. Ganz unabhängig von dem Paragraphen 63 3c, der bestimmt, dass in Modellvorhaben die Schwestern auch ohne Arztdelegation tätig werden dürfen, sind wir der Meinung, dass im Hinblick auf die Delegationsfähigkeit ein Regelungsbedarf besteht. Es gibt den Vorschlag einer gemeinsamen Arbeitsgruppe aus den fünf neuen Bundesländern, dem sich mittlerweile auch mehrere der alten Bundesländer angeschlossen haben, mit einem Halbsatz festzuschreiben, dass auch dann, wenn der Arzt nicht persönlich anwesend ist, die Delegation erfolgen darf. Das hat hier zwar noch nicht im Mittelpunkt der Diskussion gestanden, es ist aber eine Angelegenheit, die noch nicht geregelt ist. Wenn sie geregelt wäre, würde dies nach Auffassung der beteiligten Kollegen die Möglichkeit schaffen, in den Regionen, in denen eine solche Delegation wirklich den Arzt entlasten würde, das entsprechende Verfahren zu erleichtern. Wir haben festgestellt, dass die Modellprojekte, die gut evaluiert sind und die im

Gründe in die Regelversorgung überführt werden könnten, in diesem Punkt noch eine Klärstellung brauchen, und die könnte im Zusammenhang mit diesem Gesetzentwurf erfolgen.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine ersten Fragen richten sich an Herrn Wagner vom Deutschen Pflegerat: Warum ist Ihres Erachtens die Erweiterung der Aufgaben der Pflegefachkräfte eine sinnvolle Regelung? Und des Weiteren: Halten Sie die vorgeschlagenen Regelungen im Artikel 15 (Krankenpflegegesetz) und Artikel 16 (Altenpflegegesetz) im Hinblick auf die angestrebte Verbesserung der Versorgung für Ziel führend? Die folgenden Fragen richten sich an den Deutschen Berufsverband der Pflege, Frau Stöcker, an die AWO und an den Caritasverband. Wie bewerten Sie es, dass die pflegerischen Handlungsfelder im Gesetzentwurf erweitert werden und wie beurteilen Sie die im Gesetzentwurf genannten Modellprojekte zur Erweiterung pflegerischer Handlungsfelder?

SV Franz Wagner (DPR): Die Notwendigkeit zur Erweiterung der Kompetenzen ergibt sich für uns aus der praktischen Erfahrung in der Arbeit mit Patienten bzw. Bewohnern. Dabei stellen wir fest, dass im Rahmen des heute Möglichen Kompetenz häufig nicht effektiv genug umgesetzt wird; das bedeutet, die Kompetenz, über die die Pflegenden verfügen, stößt an Grenzen. Es wurde von Herrn Prof. Hoffmann gerade ein Beispiel angeführt, wo dies im Rahmen der Delegation eine Rolle spielt. Es gibt aber viele andere Beispiele dafür, dass sich die unterschiedlichen Professionen effektiver in das gesamte Behandlungsgeschehen einbringen und ihre eigenen Kompetenzen umsetzen könnten. Oft ist dies aber nicht möglich, weil hier eine Rückkoppelung mit einem delegierenden Arzt erfolgen muss. Um das zu konkretisieren: Die Regelung in Paragraph 63 Artikel 3b sieht vor, dass die Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege zukünftig auch von dafür qualifizierten Pflegefachkräften übernommen werden kann. Im heutigen Praxisalltag stellt es sich bei einer guten Zusammenarbeit so dar, dass sich der Arzt, der die Verordnung ausfüllen muss, mit dem ambulanten Pflegedienst rückkoppelt und nachfragt, was er verordnen soll. Deshalb fragen wir uns, warum man zukünftig nicht gleich diejenigen, die die Expertise für die häusliche Krankenpflege haben, damit beauftragen sollte. Ich hatte in die-

sem Zusammenhang vorhin schon die Behandlung von chronisch Kranken, etwa von chronischen Wunden bzw. das Wundmanagement, erwähnt. Es gibt internationale und nationale Evidenz dafür, dass die Behandlung mindestens gleichwertig ist, wenn pflegerische Wundexperten die Versorgung übernehmen. Und zur Versorgung gehört eben auch die Auswahl von geeigneten Verbandsmitteln. Dies nur als kleines Beispiel. Es gibt darüber hinaus Bereiche, in denen heute eine Unterversorgung besteht. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Pflegenden über Beratung einen besseren Zugang zu bestimmten Zielgruppen, etwa zu vulnerablen Gruppen, finden und hier auch eine höhere Adherence erreichen können, also bessere Versorgungsregime. Wir sind der Auffassung – und damit komme ich zum zweiten Teil der Frage –, dass diese Regelung, wie sie jetzt vorgesehen ist, zwar eine Art kleinstmöglicher Einstieg, aber ein Schritt in die richtige Richtung ist. Es geht hier um Modelle. Es ist immer unser Petium gewesen – in Übereinstimmung mit dem Sachverständigenrat –, neue Versorgungsformen zu erproben und zu evaluieren, um am Ende sagen zu können, ob dies etwas bringt oder nicht. Es geht nicht darum, etwas an sich zu reißen und dies irgendwie zu bewältigen, sondern wir wollen tatsächlich eine Überprüfung haben. Aber diese Überprüfung muss auch zugelassen werden. Wir sind des Weiteren der Auffassung, dass man unabhängig von der Frage der Übertragung und Erweiterung von Aufgaben auch jetzt schon regelhaft die Möglichkeit einer Hochschulausbildung eröffnen sollte. Denn wir haben bereits an zwölf Standorten eine hochschulische Erstausbildung in der Pflege, die aber auf der Grundlage des heute bestehenden Modellparagraphen immer wieder an Grenzen stößt.

SV Gertrud Stöcker (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK): Ich beziehe mich in meiner Antwort auf den ersten Teil der Frage darauf, dass es eine Kompetenzentwicklung in der Pflege gibt, die maßgeblich auf die neuen Berufsgesetze aus den Jahren 2003 und 2004, also auf das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz, zurückzuführen ist. Wir haben die Fort- und Weiterbildung entsprechend ausgestaltet und auch bereits neue Studiengänge eingerichtet. Damit verfügt die Pflege über ein eigenes Wissen, eigene Methoden und eigene Konzepte. Diese Kompetenzentwicklung findet in der Pflegepraxis jedoch keine Entsprechung. Wir haben hier immer

noch die überkommenen Strukturen der beruflichen Zuweisung von Arbeitsbereichen an die unterschiedlichen Gesundheitsberufe, explizit an die Heilberufe. Hier spreche ich insbesondere die Kernkompetenzen von Medizin und Pflege an. Um dieses Wissen – wie auch Herr Wagner und Prof. Görres angedeutet haben – ständig weiterentwickeln zu können, brauchen wir eine strukturelle Öffnung der Krankenversicherung. Das heißt, dass insbesondere die Hierarchieebenen zwischen der Medizin und der Pflege abgebaut werden müssen, damit die Kompetenzen, die die Pflege heute schon einbringt bzw. über neue Modelle in die gesundheitliche Versorgung einbringen kann, auch greifen.

SV Mona Frommelt (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO)): Wir sind für die Bestimmungen in Artikel 15 und 16 wirklich dankbar. Das ist endlich ein richtiger Schritt, um die Pflegelandschaft in Deutschland für die EU-Qualifikationen anschlussfähig zu machen. Dieser Schritt ist sowohl in sich rechtlich konsistent als auch logisch abgestimmt mit der Qualitätssicherung in den Paragraphen 113 folgende, durch die Evidenzbasierung, wie sie gefordert wird. Das eine kann man nicht ohne das andere haben. Die Pflege hat, wie die Vordner schon ausgeführt haben, in den letzten 10 Jahren zwar ein ganz eigenes Kompetenzprofil erworben, es besteht aber ein erheblicher Bedarf, dieses noch weiter auszubauen. Das geht nur mit einer Akademisierung der Pflege, auch im grundständigen Bereich. Ich möchte folgende These vertreten: Je besser die pflegerische Versorgung ist, desto besser ist auch die gesamtgesundheitliche Versorgung. Das heißt, Pflege und Ärzte nehmen sich hier gegenseitig überhaupt nichts weg, sondern müssen gut Hand in Hand arbeiten. Die fehlenden Vorbehaltsaufgaben der Pflege wären tatsächlich dringend zu definieren, so dass dort eine klare und auch haftungsrechtliche Abgrenzung bzw. ein Ineinandergreifen möglich wird.

SV Jörg Fröhlich (Deutscher Caritasverband e.V.): Der Deutsche Caritasverband begrüßt prinzipiell die Erweiterung des Paragraphen 63. Damit die Modellvorhaben nach dem Inkrafttreten aber auch wirklich gestartet und auf die Berufsangehörigen mit bereits vorhandenen entsprechenden Qualifikationen ausgedehnt werden können, sollten unserer Auffassung nach Übergangsregelungen geschaffen werden,

die dafür Sorge tragen, dass die vorgesehenen und für die Modellversuche notwendigen Qualifikationen auch auf anderem Wege als der grundständigen Ausbildung, zum Beispiel über entsprechende Studiengänge, Fort- und Weiterbildungen bereits ausgebildeter Gesundheits- und Krankenpflegekräfte bzw. Altenpflegekräfte, nachgewiesen werden können. Haftungsrechtlich sehen wir durchweg ein Problem bei dieser Kompetenzerweiterung für die Pflegekräfte bzw. schlussfolgernd auch für die Betroffenen. Dieses könnte aber dadurch gelöst werden, dass der Gesetzgeber für die Pflegekräfte eine verpflichtende Berufshaftpflicht vorschreibt. Damit könnten Regressansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen bedient werden.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer und an die Kassenärztliche Vereinigung. Herr Prof. Hoffmann hat gerade einen Vorschlag vorgebracht für die Etablierung der Arzt entlastenden gemeindenahen Versorgung durch besonders qualifizierte Schwestern, also praktisch die Ausdehnung des Modellprojektes „Agnes“ auf eine flächendeckende Versorgung. Halten Sie diesen Vorschlag für sinnvoll und praktikabel?

SV Dr. Cornelia Goesmann (BÄK): Grundsätzlich befürworten wir nachdrücklich solche Modellversuche, die die Delegation von Aufgaben an nicht ärztliche Berufsgruppen zur Entlastung der Ärzte von bestimmten definierten Tätigkeiten erproben und die damit die Voraussetzungen für ihre Etablierung schaffen. Die Frage ist nur, ob man dafür eine ganz neue Ebene an Gemeindeschwestern oder „Agnes“-ähnlichen Pflegeberufen einrichten müsste. Das werden die Modellversuche zeigen. Wir könnten uns demgegenüber sehr gut vorstellen, dass, wenn die rechtlichen Fragen der Delegation in Abwesenheit der Ärzte geklärt sind, unsere eigenen Mitarbeiterinnen oder auch Pflegekräfte, die wir in den Praxen anstellen, also die medizinischen Fachangestellten oder auch Pflegepersonen aus der Praxis, diese Versorgungsebene darstellen könnten. Das heißt, wir müssen nicht eine neue Ebene von Gemeindeschwestern oder etwas Vergleichbares einziehen, sondern wir könnten auch aus den Praxen heraus Ähnliches leisten. Das würde aber eine Finanzierung dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter voraussetzen. Die Frage ist, was Pati-

entinnen und Patienten wollen. Sie möchten ihre Ärzte haben, sie möchten zusätzlich aber auch noch die pflegerische Versorgung. Das heißt, die Schaffung einer solchen Ebene würde nicht unbedingt Geld einsparen. Man müsste also prüfen, was ökonomisch, medizinisch und haftungsrechtlich sinnvoll ist.

SV Dr. Carl-Heinz Müller (KBV): Ich möchte kurz noch einmal auf die Diskussion vom Montag zurückkommen. Wir haben hier unter anderem das Problem der Koordination und der Kooperation zu lösen. Zunächst einmal sollten für die Übernahme von erweiterten Pflegeleistungen auch die nötigen rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Diese sind zurzeit noch nicht vorhanden, wie heute auch schon mehrfach dargelegt wurde. Wenn sie geschaffen worden sind, ist es sehr wichtig, dass die Koordination funktioniert und dass vor allem die Kompetenzen klar sind. Modellversuche finden derzeit kassenspezifisch statt. Es kann also ohne weiteres sein, dass in einem Pflegeheim oder in einer ambulanten Pflegeeinrichtung Modellversuche von einer Kasse zugelassen sind, wonach die Pflege diese oder jene Tätigkeit ausführen darf. Aber bei einem anderen Patienten, der einer anderen Kasse angehört, kann das anders sein. Insofern plädieren wir für Modellversuche, die in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung kassenübergreifend durchgeführt werden und dies – damit die Koordination auch klappt und die Kompetenzen klar sind – unter Anleitung durch ärztliches Personal, das sich entsprechend fortbilden muss. Abgesehen davon, welche Kasse welchen Modellversuch laufen hat, stellt sich auch die Frage, welche Pflegekraft über welche Kompetenz verfügt, durch welche Fortbildungen sie diese erlangt hat und wie lange die Kompetenz gilt. Denn es kann heute vorkommen, dass innerhalb des gleichen Pflegedienstes zwei Pflegekräfte über diese Kompetenz verfügen, drei andere aber nicht. Ich glaube, das entspricht nicht der Transparenz des Pflegemarktes, so wie wir ihn uns vorstellen.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Ich möchte noch einmal auf die Frage der Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch die Pflege zurückkommen. Ich würde gern von Frau Prof. Bienstein erfahren, wie sie dazu steht, und zwar insbesondere unter den bereits angesprochenen Aspekten der Patientensicherheit, der

Haftung, aber auch hinsichtlich einer möglichen akademischen Ausbildung in der Pflege bzw. in Teilen der Pflegeberufe.

SV Prof. Dr. Christel Bienstein: Ich schließe mich vor allen dem Sachverständigenrat an, der gefordert hat, dass die Arbeit von Ärzten und Pflegepersonen eine gemeinsame Arbeit sein soll. Es geht nicht primär darum, Ärzte von ihrer Arbeit zu entlasten, sondern es gilt, auf die sehr komplexen Versorgungszusammenhänge zu reagieren, die mittlerweile aufgetreten sind. Man muss sehr genau beobachten, welche Aufgaben überhaupt übertragen bzw. übernommen werden könnten. Das hängt sehr vom Setting ab. In unseren Nachbarstaaten gibt es schon langjährige Erfahrungen in der Zusammenarbeit von Pflege und Ärzten. Dabei übernehmen die Pflegenden nicht primär, sondern nur teilweise ärztliche Aufgaben. Es werden meist Aufgaben übernommen, die im Augenblick gar nicht wahrgenommen werden. Studien belegen eindeutig, dass Angehörige und auch Betroffene sich immer wieder darüber beklagen, dass sich niemand um sie kümmert. Wir wissen, dass unsere Hausärzte sehr stark belastet sind und dass heute ein Facharzt bis zu vier Stunden täglich lesen müsste, um auf dem aktuellen Stand der Dinge zu bleiben. Ich weiß nicht, wie er es schaffen sollte, auch noch einen Überblick über Wechseldruckmatten, Rollstühle, Lifte oder Stomahilfsmittel zu bekommen. Es geht darum, dass, wenn wir Pflegenden mit ihrer Expertise dem Arzt an die Seite stellen, beide Seiten absprechen müssen, wer welche Aufgabe übernehmen soll und was die medizinische Fachangestellte übernehmen kann. Bei einem Schlaganfallpatienten, der in der eigenen Häuslichkeit versorgt wird, könnte das beispielsweise bedeuten, dass zuerst eine Pflegenden erfassen muss, welcher Unterstützungsbedarf bei diesem Menschen vorliegt, welche Bewegungsunterstützung ihm angeboten werden muss, wie man Angehörige unterstützen kann, welche Hilfsmittelausstattung und welche Ernährungsunterstützung nötig ist, ob eine Schluckproblematik oder mangelnde Sprachfähigkeit vorliegt. Insgesamt betrachtet geht es also nicht um Delegation, sondern um gemeinsam gestaltete Aufgabenaufteilung und um neue Aufgabenzuschneide. Beides ist dringend erforderlich, um die Struktur der Versorgungssituation zu verbessern. Ich plädiere dafür, dies nicht vom grünen Tisch aus zu planen. Ich glaube, man kann nicht einfach sagen: Die übernehmen jetzt die Blutzuckerbestimmung

etc., sondern die Aufgabenteilung muss in Modellmaßnahmen gemeinsam erarbeitet werden, und es müssen Outcomekriterien entwickelt werden, nach denen sich beurteilen lässt, ob es wirklich zu einer besseren Versorgung gekommen ist. Wir können nicht einfach vermuten, dass sich die Versorgung verbessert, sondern wir müssen das auch nachweisen. Dabei kann es eine Hilfe sein – wie unsere Nachbarstaaten zeigen –, wenn wir grundständige Studiengänge einrichten, in denen Pflegende direkt für die Praxis vorbereitet werden. Das funktioniert natürlich bei uns in Witten/Herdecke besonders gut, weil wir dort die Mediziner mit integriert haben.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Dr. Windhorst zum gleichen Themenkomplex, also zum Thema Kompetenzverlagerung auf Pflegeberufe. Könnten Sie aus der ärztlichen Praxis, aus Ihrer Erfahrung heraus darstellen, wo Sie die Chancen, aber auch wo Sie Probleme bei einer solchen Verlagerung sehen? Ich denke insbesondere an einen Bereich, der heute schon stark durch Budgets, Regresse und haftungsrechtliche Fragen reglementiert ist. Könnten Sie des Weiteren einmal Praxisbeispiele nennen, wo Sie eine engere Kooperation zwischen Pflegeberufen und ärztlicher Tätigkeit für sinnvoll halten? Ich denke dabei an das Beispiel von Herrn Wagner, der uns gezeigt hat, wo Ärzte bei Verordnungen auf Erfahrungen in der Pflege angewiesen sind.

SV **Dr. Theodor Windhorst**: Ich bin der Ansicht, dass das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz der Notwendigkeit Rechnung trägt, die Pflege in vielen Bereichen fortzuentwickeln. Das findet meine Unterstützung. Ich spreche mich aber dagegen aus, dass die Pflege stärker in die Ausübung der Heilkunde am Menschen eingebunden wird. Wir haben in der Bundesrepublik Deutschland ganz eindeutig den Facharztstandard. Es ist auch juristisch durch viele Gerichtsurteile abgeklärt, dass zu einem Arzt, in Abgrenzung zum Beispiel zu einem Heilpraktiker, eine Aus- und Weiterbildung über 11 Jahre gehört, die auch die Erlangung von Fähigkeiten und Kenntnissen im Team einschließt. Dabei steht die Patientensicherheit ganz im Vordergrund. Durch den Facharztstandard sollen auch Haftungsprobleme minimiert werden. Die ärztliche Verantwortung etwa für Budgetprobleme, vor allem aber für die

Gesundung der Patienten ist in ihrer Gänze nicht teilbar. Wir sind natürlich bereit, über innovative Vorschläge zu diskutieren. Für mich gehört dazu auch die Delegation von Arbeiten, aber eben außerhalb des Bereichs der Heilkunde. Wir überlegen auch im Rahmen der Bundesärztekammer, ob es nicht notwendig wäre, einen sogenannten Case-Manager einzuführen, der Pflegeüberleitungen organisiert und der als Koordinator auftritt. Es ist sicherlich erforderlich, in Modellversuchen zu erproben, inwiefern die Pflege eingebunden werden kann, damit wir vor allem keine Doppelstrukturen und auch keine Zwei-Klassen-Medizin aufbauen. Wir können nicht sagen, in Pflegeheimen, in der stationären Pflege, ist es möglich, dass Pflegekräfte diese Aufgaben übernehmen, aber ansonsten machen es die Ärzte weiter. Das wäre eine ganz gefährliche Entwicklung. Wir sagen also klar und deutlich, dass der Facharztstandard bei der Heilkundenausübung die *conditio sine qua non* darstellt. Ich will gar nicht dem Besitzstand das Wort reden, es geht nur darum, keine Parallelstrukturen, keine Doppelfunktionen zu etablieren. Ansonsten, Herr Bahr, können wir gern über die Dinge reden, die ich gerade aufgezählt habe.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Meine Frage richtet sich an den Berufsverband der Freien Berufe. Ihr Verband hat ein Modell für die Neuorganisation der Selbstverwaltung der Pflegeberufe als Qualitätssicherungsinstrument angeboten. Sehen Sie einen Weg für die Qualitätssicherung ohne vermehrten Aufbau von Bürokratie? Geht es nicht letztlich darum, dass wir Qualität von unten aufbauen und nicht von oben mehr und mehr Kontrolle ausüben?

SV **Arno Metzler** (Bundesverband der Freien Berufe (BFB)): Ich kann hier aus dem Papier zitieren, dass wir vorgestellt haben. Bei der berufsrechtlichen Frage, die Sie zum Thema dieses Teils der Anhörung gemacht haben, geht es darum, ein Recht für die entsprechenden Berufe zu schaffen und dafür zu sorgen, dass im Rahmen einer Selbstverwaltung – wie auch immer diese rechtlich aufgebaut ist, ob das eine Körperschaft oder eine Gesellschaft mit entsprechenden Aufträgen ist –, die Qualität von unten aufzubauen und zu sichern. Die Qualitätssicherung erfolgte dann in Selbstverwaltung durch Überwachung von Kollege zu Kollegen. Das hat den unschätzbaren Vorteil, dass die Konkurrenz zu einem Element der Quali-

tätssicherung wird. Dies kommt der Sachkunde des Handelns am Patienten zugute. Wenn dann von der entsprechenden Anbieterseite auch noch die Kosten für diese Selbstverwaltung getragen werden, dann ist hier, wie das in anderen Berufen auch der Fall ist, ein System etabliert, das in ausreichendem Maße Qualitätsmonitoring und Qualitätsentwicklung betreiben kann und das auch garantiert, dass die unmittelbaren Erfahrungen aus der Praxis in die Qualitätssicherung einfließen.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe eine Frage an den AOK-Bundesverband und die KBV. In das Pflgereformgesetz ist eine Bestimmung aufgenommen worden, die uns im Nachgang zur Gesundheitsreform beschäftigt hat. Herr Prof. Hoppe von der Bundesärztekammer hat das den sogenannten „Petz-Paragrafen“ genannt. Es geht um die Meldepflicht. Ärzte sollen durch Neuregelung des Paragraphen 294a SGB V dazu verpflichtet werden, den Krankenkassen die erforderlichen Daten zu übermitteln, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sich Versicherte vorsätzlich Krankheiten oder Schäden zugefügt haben, etwa auch im Zusammenhang mit Tätowierungen, ästhetischen Operationen oder Piercings. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

SV **Erwin Dehlinger** (AOK-BV): Ich kann darauf eine kurze Antwort geben. Aus unserer Sicht ist diese Regelung notwendig und sinnvoll, damit wir das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Leistungsbeschränkung überprüfen können.

SV **Dr. Carl-Heinz Müller** (KBV): Wir bleiben bei der Auffassung, die wir bereits geäußert haben. Die Regelung zerstört das Arzt-Patienten-Verhältnis. Unseres Erachtens ist es mit der Schweigepflicht, der der Arzt oder die Ärztin unterliegen, nicht vereinbar, dass diese Meldung erfolgt, ohne dass der Patient seine Einwilligung gibt. Wenn er diese Einwilligung nicht gibt, kann der Patient selbstverständlich nicht zu Lasten der Krankenkasse behandelt werden, aber es ist für uns unvorstellbar, dass wir einen solchen Vorgang melden, ohne dass der Patient darüber informiert wird und ohne seine Einwilligung.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe noch eine Frage an den Deutschen Facharztverband und an den Einzelsachverständigen Dr. Windhorst. Wie stehen Sie zu dem Vorschlag, dass Modellvorhaben, die eine Erweiterung der Delegationsfähigkeit bzw. eine Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Kranken- und Altenpfleger vorsehen, ausschließlich von den Krankenkassen durchgeführt werden sollen?

SV **Dr. Thomas Scharmann** (DFV): Die Substitution hoch spezialisierter fachärztlicher Tätigkeiten durch Kranken- und Altenpflege ist schlicht nicht möglich. Denkbar ist ein Delegieren entsprechender Leistungen; medizinisch verantwortlich und damit federführend muss dabei jedoch ein Facharzt sein. Das ist allein schon eine Haftungsfrage. Nach der derzeitigen Rechtslage müssen Nicht-Fachärzte bzw. Hausärzte fachärztliche Leistungen an nicht-ärztliche Berufe delegieren. Das kann so nicht bleiben. Wenn die Politik den Systemfehler, nämlich das künstliche Fernhalten der Fachärzte von den Pflegeeinrichtungen, nicht erkennt, kommt es zudem zu einer fehlerhaften Bindung von finanziellen Mitteln. Alle Maßnahmen, von der Festanstellung eines Arztes bis hin zur stärkeren Einbindung nichtärztlicher Berufe, kosten zusätzliches Geld, das für die notwendige Honorierung der fachärztlichen Tätigkeit in Pflegeheimen fehlen wird. Der Systemfehler wird so weiter vertieft und unumkehrbar. Die Verantwortung für krasse Fehlentwicklungen in der medizinischen Versorgung würden in einem solchen Fall nicht die Fachärzte tragen. Die Organisatoren der Pflege in Deutschland wären gut beraten, gemeinsam mit Fach- und Hausärzten die medizinische Versorgung zu verbessern. Fachärztliche Tätigkeit muss vernetzt in die Altenpflege eingebracht werden. Sie zeichnet sich durch Nachprüfbarkeit in Diagnostik und Therapie aus. Das ist auch ein wichtiger Beitrag, um mögliche gravierende Missstände in Pflegeheimen zu vermeiden bzw. aufzudecken.

SV **Dr. Theodor Windhorst**: Für die Qualität im ambulanten wie im stationären System ist nach wie vor letztlich der Facharztstandard maßgebend. Wir haben ein qualitativ hochwertiges System. Daher frage ich mich, wie man die Krankenkassen in die Lage versetzen will, besondere Modellversuche begleitend zu unterstützen. Die Krankenkassen haben andere

Aufgaben als die Fachärzte bzw. die Ärzteschaft. Der MDK, der sich bewusst aus der kurativen Medizin zurückgezogen und auf Kontrollmedizin spezialisiert hat, ist sicherlich nicht die richtige Instanz, die hier die regulierenden Maßstäbe setzen könnte. Ich muss es noch einmal betonen: Die Ausübung des Heilberufes am Menschen ist nicht in einem Modellversuch, auch nicht hilfsweise, unterzubringen. Die Patientensicherheit sollte genauso ernst genommen werden wie die Flugsicherheit. Wenn bei Air Berlin kein Geld mehr für die Piloten vorhanden ist, dann fliegen auch nicht die Stewardessen das Flugzeug. Jeder an seinem Platz: Das macht die Stärke des Teams aus.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe noch eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft: Wie müssten Ihres Erachtens die notwendigen Leistungen beim Übergang von der Krankenhausbehandlung in ambulante Versorgung, Reha oder Pflege finanziert werden?

SV **Detlev Heins** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): In der Tat sehen wir ein Finanzierungsproblem an dieser Stelle, also beim Entlassungsmanagement. Wir sind der Auffassung, dass die Bundesregierung, wenn sie diesen Bereich als förderungswürdig ansieht, auch die finanziellen Mittel dafür bereitstellen sollte, und zwar außerhalb der gedeckelten und ohnehin zu knappen Budgets. Da die Krankenhäuser sich in einer prekären finanziellen Situation befinden, wäre es angemessen, hier zusätzliche Finanzmittel bereit zu stellen. Besonders problematisch ist die Finanzierung des Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung. Erschwerend kommt die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hinzu, das hier auch noch Regelungsbedarf sieht. Aus Sicht der DKG besteht die Lösung darin, dass eine entsprechende Klarstellung im Gesetz erfolgt, wonach eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit auch dann gegeben wäre, wenn die Krankenkasse keine konkrete Behandlungs- und Versorgungsalternative aufzeigen kann. Das wäre dann die Wiederherstellung der Rechtslage vor dem Urteil des Bundessozialgerichts, und dafür würden wir plädieren.

Abg. **Dr. Ilja Seifert** (DIE LINKE.): Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. will unter anderem die Situation der Pflegenden und der Assistentinnen und Assistenten dadurch verbessern, dass er ihnen eine berufliche Perspektive gibt und diese noch ausbaut. Das ist in dem Gesetzentwurf der Regierung so nicht enthalten. Ich frage Herr Roßbruch und den Vertreter von ver.di: Wie kann man die Ausbildung von Pflege- und Assistenzkräften so gestalten, dass sie nicht das Bestreben haben, nach wenigen Jahren wieder aus dem Beruf auszuschneiden?

SV **Robert Roßbruch**: Es ist grundsätzlich zu begrüßen, wenn Assistenz- und Pflegekräfte angemessen qualifiziert werden und auch einen höheren gesellschaftlichen Stellenwert in Deutschland erhalten. Allerdings besteht ein Grundproblem darin – das ist in der Diskussion auch schon deutlich geworden –, wie die Frage der Delegation ärztlicher Tätigkeiten – und für mich geht es dabei um die Erweiterung von Handlungskompetenzen, so wie es auch im Gesetzesentwurf formuliert ist – geregelt werden soll. Dazu muss ich sagen – ich bin kein Pflegeexperte und kein Arzt, sondern Jurist –, dass mich die Diskussion etwas befremdet. Denn die Delegation ärztlicher Tätigkeit haben wir schon seit Jahren in der ambulanten Pflege und im stationären Bereich. Schon seit Jahren wird die intravenöse Injektion, die Subkutaninjektion, die Blutzuckerkontrolle delegiert. Es kann also nicht um die Delegation als solche, sondern nur um die Erweiterung der Handlungskompetenzen gehen. Diese muss auch berufsrechtlich abgesichert werden. Auch die Tatsache, dass plötzlich das Haftungsrecht ins Spiel gebracht wird, befremdet mich etwas. Das Haftungsrecht ist gar nicht das Problem. Eine Pflegefachkraft kann, wenn sie die entsprechende Qualifikation hat, im Prinzip alles tun, wenn der Arzt es anordnet und der Patient einwilligt. Denn es gibt überhaupt keine Verbote. Das Problem ist vielmehr ein arbeitsrechtliches und ein versicherungsrechtliches. Denn eine Pflegefachkraft, die eine ärztliche Tätigkeit durchführt und dabei einen Fehler macht, durch den es zu einem Schadensfall kommt, ist versicherungsrechtlich überhaupt nicht abgesichert, weil die Berufshaftpflichtversicherungen eine Deckung bei der Durchführung berufsfremder Tätigkeiten nicht übernehmen. Wir würden somit das Problem dieser Rechtsunsicherheit abstellen, wenn wir diesen Bereich in den Berufsgesetzen endlich normieren würden. Dabei stellt sich allerdings aus

meiner Sicht das große Problem, was denn unter dem Begriff „erweiterte Kompetenzen“ zu verstehen ist. Denn hier handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Der Gesetzentwurf geht mir an dieser Stelle nicht weit genug und muss daher nachgebessert werden. Denn entweder wird dieser Begriff eindeutig definiert, andernfalls ist er überflüssig, oder er wird durch bestimmte Tätigkeiten beschrieben und in die Berufsgesetze aufgenommen. Das heißt also, man könnte einen entsprechenden Kompetenzkatalog in das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz aufnehmen, so wie ich das in meiner schriftlichen Stellungnahme auf Seite 14 vorgeschlagen habe.

SV Gerd Dielmann (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Die Frage bezieht sich, wenn ich Sie richtig verstanden habe, auf die beruflichen Perspektiven von Pflegeassistenzkräften. Wir sind prinzipiell sehr stark daran interessiert, dass Pflege von Fachkräften ausgeübt wird. Auf der anderen Seite gibt es natürlich eine große Zahl von Menschen, die pflegerisch tätig sind, ohne dafür hinreichend qualifiziert zu sein, sei es auf freiwilliger Basis im häuslichen Bereich oder auch teilberuflich. Es ist natürlich richtig, diesen Menschen auch eine Perspektive in den Fachberuf zu geben. Wir halten die entsprechenden Ansatzpunkte, die es in einer Reihe von Modellversuchen zur Pflegeassistenzausbildung, aber auch in der Regelausbildung im Bereich der Pflegehelferinnen gibt, für unzureichend, weil sie gerade diese Perspektive oft nicht eröffnen. Die Fachberufe müssen die Anrechenbarkeit dieser Qualifikationen sicherstellen. Dies muss im Gesetz geregelt und dabei so organisiert werden, dass sich tatsächlich eine Perspektive bietet. Wir sehen diese Perspektive vor allen Dingen darin, dass eine Berufsorientierung vermittelt wird und dass auch die fachlichen Voraussetzungen im Sinne von Allgemeinbildung geschaffen werden. Denn die Defizite in der Allgemeinbildung stellen für viele Hauptschulabsolventen eine Hürde beim Einstieg in einem Pflegefachberuf dar. Im Rahmen einer Pflegehilfsausbildung sollte daher auch die Allgemeinbildung verbessert werden können. Zudem sollten eine erste berufliche Orientierung und eine erste Berufsqualifikation vermittelt werden, die dann auch anrechenbar sein müssen. Die Stichworte lauten also: Durchlässigkeit und Orientierung hin auf Fachlichkeit. Die Einsetzbarkeit von Pflegehilfskräften hängt auch davon ab, in welchem Maße die Selbst-

pflegefähigkeit des Betroffenen noch vorhanden ist. Sofern er noch eigene Verantwortung übernehmen kann, können auch Hilfskräfte eingesetzt werden. Aber in dem Maße, wie der Pflegebedürftige keine Verantwortung mehr für sich selbst übernehmen kann, müssen Fachkräfte eingesetzt werden. Dafür sollte man dann auch klare Abgrenzungen schaffen – möglicherweise im Berufsgesetz – zwischen dem, was Pflegehilfskräfte und dem, was Pflegefachkräfte tun können. Es reicht dann nicht, in einem Gesetz festzulegen, wie das oft in den Ländern geschieht, dass Pflegehilfskräfte „unter der Verantwortung“ einer Pflegefachkraft tätig werden dürfen, denn damit erfolgt so gut wie keine Abgrenzung.

Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an den Deutschen Pflegerat und an den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. geht davon aus, dass im Falle von Pflegebedürftigkeit nicht das Motto „satt, sauber und trocken“ maßgebend sein kann, sondern Ziele wie Persönlichkeitsentfaltung, Teilhabe und selbstbestimmte Lebensführung verwirklicht werden sollten. Nun wissen wir, dass im Pflegebereich einfach nur Menschen fehlen, die pflegen, also Arbeitskräfte. Wie groß wäre nach Ihrer Einschätzung der Personalbedarf, wenn man diesen Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben mit Hilfe von pflegenden und assistierenden Menschen umfassend einlösen wollte?

SV Franz Wagner (DPR): Ich kann den Personalbedarf nicht wirklich quantifizieren. Ich denke, wir brauchen deutlich mehr Menschen, die in der pflegerischen Betreuung tätig werden. Wir brauchen auch eine hohe pflegerische Fachkompetenz, gepaart mit Assistenz, mit weiteren Unterstützungs- und Serviceleistungen. Es gibt eine Umfrage des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung zur Situation in den Krankenhäusern. Auf deren Grundlage wurde hochgerechnet, dass im Moment in den Krankenhäusern bei den Pflegefachkräften ein Maß an Überstunden aufgelaufen ist, das einem Äquivalent von etwa 5000 Stellen entspricht. Wenn man nun anstrebt, in diesem Bereich auch nur ein Stück weit Normalität zu erreichen, dann käme man zu einer deutlich höheren Zahl, zumindest wenn man eine bessere Versorgung haben möchte. Für die Versorgung

in der stationären Altenhilfe kann ich leider überhaupt keine Quantifizierung vornehmen.

SV Gertrud Stöcker (DBfK): Ich würde die Frage gerne von einer anderen Seite her beantworten. Es gibt in Deutschland keine qualitativ ausgerichtete Bedarfsbestimmung, das heißt keine, die den Pflegebedarf aus der Sicht zu pflegender Menschen definieren würde. Vielmehr gehen wir von quantitativen Bedarfsbestimmungen aus, die sich an Statistiken und an ökonomischen Gegebenheiten orientieren. Was in Deutschland fehlt, sind Kriterien dafür, welcher Personalbestand qualifiziert und vorgehalten werden muss, um eine qualitativ gute, würdevolle Versorgung von Menschen sicher zu stellen. Die Pflegeversicherung ist sehr streng somatisch orientiert. Wir beklagen, dass demenziell oder gerontopsychiatrisch erkrankte Versicherte nicht ausreichend versorgt werden. Hier fehlt einfach die Beweislage dafür, welche Qualifikationen und wie viele Pflegekräfte wir brauchen. Wenn es dazu Daten gäbe, würde sich die Frage nach dem quantitativen Verhältnis von qualifizierten zu weniger qualifizierten Pflegepersonen auflösen.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich noch einmal an ver.di. Sind Sie der Auffassung, dass die qualitativen und quantitativen Anforderungen an die Pflege mit den in dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz avisierten Mitte In eingelöst werden können?

SV Gerd Dielmann (ver.di): Wenn Sie mit ihrer Frage die Kompetenzen ansprechen wollen, die für heilkundliche Tätigkeiten zusätzlich vermittelt werden sollen, dann kann ich nur sagen, dass das, was in dem Gesetz versucht wird, aus unserer Sicht unzureichend ist, weil die Probleme, die wir in der Praxis haben, mit der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten, wie sie in der Tat schon seit geraumer Zeit erfolgt, so nicht zu lösen sind. Herr Roßbruch hat darauf schon hingewiesen. In den Krankenhäusern gibt es derzeit einen Trend dahingehend, Ärzte zu entlasten und Tätigkeiten auf die Pflege zu übertragen. Es werden neue Berufe geschaffen, bei denen völlig unklar ist, ob sie die neuen Aufgaben haftungsrechtlich tragen können. In dem Gesetzentwurf ist dies aus unserer Sicht nicht ausreichend dargelegt. Er hebt zu stark auf Qualifikationen ab, über die die Pflegekräfte heute schon verfügen. Dies gilt etwa für die

häusliche Krankenpflege. Das kann jede Krankenschwester, dafür muss man die Ausbildung nicht verlängern und auch nicht an die Hochschule verlegen. Sie brauchen dann aber die rechtliche Kompetenz, um häusliche Krankenpflege auch organisieren zu dürfen. Darüber hinaus wäre etwa Wundmanagement ein Tätigkeitsfeld, das auch schon angesprochen worden ist, in dem Krankenpflegepersonen eine sehr hohe Expertise haben, die sie auch realisieren können. Insoweit geht der Gesetzentwurf an dieser Stelle nicht weit genug. Was die ausbildungsrechtlichen Regelungen betrifft, geht er hingegen zu weit. Er schüttet das Kind gewissermaßen mit dem Bade aus, weil die Regelungen, die er für die Ausbildung vorsieht, in diesem Maße gar nicht erforderlich sind. Wir kritisieren vor allem die Aufhebung der ausbildungsrechtlichen Schutzbestimmungen, die sowohl für die Regelausbildung als auch für die Hochschulausbildung vorgesehen ist. Sie wird der Situation nicht gerecht, sondern verschlechtert sie sogar. Wir befürchten vor allem, dass ein weiterer Ausbildungsplatzabbau in der Regelausbildung erfolgen wird, wenn kostenlose Praktikanten aus den Hochschulen die Auszubildenden ersetzen können. Dies wird so kommen, weil die Ausbildung überwiegend praktisch sein muss, unabhängig davon, ob es sich um ein Studium oder um eine betriebliche Ausbildung handelt. Die EU-Richtlinie schreibt das so vor. Dies ist ein Punkt, den wir kritisieren. Hier müsste der Gesetzgeber nachbessern, weil das nichts mit dem eigentlichen Anliegen zu tun hat, die pflegerische Kompetenz zu erweitern. Das kann man auch erreichen, ohne die Schutzbestimmung aufzuheben.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich möchte noch eine weitere Frage an ver.di stellen. Wir nehmen zur Kenntnis, dass die Pflegestufen im stationären Bereich, außer in der Stufe 3, nicht angepasst werden sollen. Die unterlassene Anpassung der zurückliegenden Jahre wirft aber schon jetzt im personellen Bereich erhebliche Finanzierungsprobleme auf. Auch Sie fordern eine deutliche Erhöhung der Fachkräftequote. Glauben Sie, dass diese angesichts der finanziellen Rahmenbedingung mit diesem Gesetz zu realisieren ist?

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di): Wir sind der Auffassung, wie ich schon ausgeführt habe, dass die finanziellen Rahmenbedingungen

nicht ausreichend sind. Wir haben auch schon dargelegt, dass wir eine bessere Finanzierungsgrundlage für die Pflegeversicherung für notwendig halten. Dies wird mit dieser Reform nicht realisiert. Wir stellen derzeit auch schon vielfach eine Überarbeitung der Pflegekräfte fest. Das ist nicht mehr wegzudiskutieren. Es ist vor allem dem enormen Engagement der Pflegepersonen zu verdanken, dass die Pflege häufig doch noch so gut funktioniert. Wir sehen hier einen großen Änderungsbedarf und hoffen, dass auch in Rahmen der weiteren Diskussionen über den Pflegebegriff noch Verbesserungen erzielt werden.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte vorweg anmerken, dass wir bei einer Anhörung zu berufsrechtlichen Regelungen in der Pflege nicht von Schwestern, sondern von Pflegefachkräften sprechen sollten. Meine Frage richtet sich an Frau Prof. Bienstein. Werden in dem vorliegenden Gesetzentwurf die durch die Pflegewissenschaft gewonnenen Erkenntnisse ausreichend berücksichtigt? Wenn nicht, könnten Sie einen zentralen Punkt benennen, an dem diese unzureichende Berücksichtigung deutlich wird?

SV **Prof. Dr. Christel Bienstein**: Ich bin der Auffassung, dass die Pflegewissenschaft und ihre Fähigkeit, zur Lösung der in der Pflege bestehenden Probleme einen Beitrag zu leisten, zu wenig genutzt worden sind. An erster Stelle muss erwähnt werden, dass wir in Deutschland keine Pflegebedarfserfassung haben. Das wurde vorhin schon einmal angesprochen. Wir haben auch keine sinnvolle nationale Pflegeberichterstattung, die regelmäßig, wie zum Beispiel in den Niederlanden oder in Luxemburg, erheben würde, welche Pflegebedarfe existieren. Allein dies führt dazu, dass wir nach dem Prinzip von Versuch und Irrtum Personen ausbilden, Schwerpunkte setzen und auch Expertenstandards entwickeln müssen. Ich war selbst mit verantwortlich dafür und habe erlebt, wie wir sozusagen über dem Daumen gepeilt haben, was wohl die Probleme sind. Das ist im Augenblick in Deutschland noch in ganz vielen Fällen so. Da wir keine epidemiologischen Daten haben, kann die Bedarfsplanung nicht passgenau erfolgen. Hier müsste sich dringend etwas ändern. Darüber hinaus hätte auch eine explizite Aufgabenver- bzw. -zuteilung erfolgen müssen, um zum Beispiel die Pflegewis-

senschaft mit in die Verantwortung für die Wissenszirkulation zu nehmen. Dies betrifft die Fragen, wie neues Wissen wirklich in die Praxis kommt und wie es gelingen kann, Implementationsstrategien zu entwickeln, die auch wirklich evaluiert sind. Wir müssen natürlich auch die Pflegewissenschaft damit beauftragen, Ergebnisse zu ermitteln. Zu welchen Ergebnissen kommt man, wenn man verschiedene Modellprojekte durchführt? Ist das wirklich etwas, was die Situation der Patienten, der Pflegebedürftigen verbessert? Des Weiteren ist es sehr erstaunlich, dass durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Entwicklung von Qualitätskriterien und Expertenstandards im Grunde primär in die Zuständigkeit der Leistungs- und Kostenträger überführt und die Pflegewissenschaft nur beratend hinzugezogen wird. Damit setzt sich das fort, was wir schon damals bei der Einführung der Pflegeversicherung 1995 erlebt haben. Wir haben die Einführung des MDK vorgeschlagen als eine Instanz, die regelmäßig prüft, ob ein Mensch wirklich Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen muss. Bis heute gibt es aber kein Instrument, das wirklich wissenschaftlich fundiert ist. Es ist auch sehr erstaunlich, dass die Expertenstandards über das SGB XI finanziert werden sollen. Die Expertenstandards, die in unserem Hause im Auftrag des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung entstanden sind, beziehen sich immer auf das gesamte Panorama der Pflege. Da sind Kliniken ebenso einbezogen wie Rehaabteilungen etc. Es wurde also versäumt mit einzuplanen, dass es eine nationale Pflegebedarfserfassung geben muss, die regelmäßig erfolgt und wahrscheinlich auch von unabhängigen Instituten durchgeführt werden muss. Ich hätte es auch sehr begrüßt, wenn man etwas mehr zu den vulnerablen Gruppen gesagt hätte, zum Beispiel zu Migranten oder zu behinderten Menschen. Es wird zwar etwas zu chronisch kranken Kindern gesagt, aber es wäre wichtig gewesen, hier auch gefährdete Familien und Obdachlose einzubeziehen. Wir hätten die Chance gehabt – und das wäre einmalig gewesen –, in diesem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zum ersten Mal einen Sonderforschungsbereich für die Pflegeforschung einzuplanen oder anzuregen. Wir haben hier einen großen Bedarf. Die Institute, die wir in Deutschland haben, werden ständig aufgefordert, Forschungsprojekte durchzuführen. Wir brauchen eigene Strukturen und Entwicklungsmaßnahmen, damit die Pflegewissenschaft diesen Rückstand aufholen kann. Im Moment können wir das nicht. Wir haben so-

mit etwas versäumt, was wir hätten tun können.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an Frau Prof. Bienstein: Werden Ihrer Ansicht nach im Gesetzentwurf die Potentiale von Pflegekräften im Bereich von Prävention und Rehabilitation ausreichend gefördert und adäquat honoriert?

SV Prof. Dr. Christel Bienstein: Meiner Ansicht nach nicht. Wir verfügen inzwischen über sehr qualifizierte Pflegende mit neurologischen Zusatzqualifikationen, die sich gezielt der Rehabilitation widmen. Wir haben inzwischen auch die Familien- und Gesundheitsschwester, – stark unterstützt vom Bundesgesundheitsministerium –, die sehr gut auch präventive Aufgaben wahrnehmen kann, wir haben Experten für Herzinsuffizienz und für die Begleitung von Brustkrebserkrankten Patienten. Das heißt, es gibt inzwischen eine hohe Kompetenz auch im Bereich des Case-Managements. In vielen Kliniken ist dies in die Hände der Pflegenden gelegt worden, gerade auch mit dem Ziel, die rehabilitativen Potentiale auszuschöpfen und auch die präventiven Konzepte für die Patienten mit auf den Weg zu bringen. In der Praxis zeichnet sich im Moment eine dramatische Entwicklung ab: Unsere solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen gehen reihenweise Pleite. Wir haben viel zu wenige Kurzzeitpflegeeinrichtungen, weil diese alle nach dem SGB XI finanziert werden. Wir haben aber einen hohen Bedarf. Es kommen schwerkranke Menschen aus den Kliniken in diese Einrichtungen. Wir bräuchten spezifisch rehabilitative Kurzzeitpflegeeinrichtungen und auch Tagespflegeeinrichtungen, die sich bestimmter Problemstellungen annehmen. Also dieser Grundsatz „Wir pflegen alles, was kommt“ muss unbedingt eingestellt werden, und zwar sowohl bei den häuslichen Pflegediensten als auch bei den Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen. Wir brauchen Einrichtungen, in denen die gebündelte Expertise von Fachexperten zum Tragen kommt. Wir haben hier inzwischen einzelne kleine Modellprojekte – zum Beispiel hat die Barmer Ersatzkasse ein sehr gutes Projekt aufgelegt, das in der eigenen Häuslichkeit spezifisch geschulte Pflegekräfte einsetzt, so genannte Kinästhetik-Trainer, die Angehörige anleiten, wie sie die Pflegebedürftigen bewegungsfähiger machen können. Es fehlt uns also

in diesem Bereich sehr vieles. Wir haben es auch versäumt, aus Erfahrungen im Ausland zu lernen. So hat zum Beispiel Finnland bei der PISA-Studie unter anderem deshalb so gut abgeschnitten, weil es dort die School-Nurse gibt. Wir haben viele präventive, rehabilitative Potentiale nicht ausgeschöpft. Wir wissen inzwischen, dass bei Wohnungsbaugesellschaften eine hohe Bereitschaft besteht, im Bereich der Prävention tätig zu werden. Sie machen das sogar schon auf eigene Kosten. Wir müssten in viel höherem Maße herauszufinden versuchen, wie wir die Menschen erreichen, die Hilfe brauchen. Es wäre spannend, zum Beispiel mit ALDI darüber zu verhandeln, ob nicht in solchen Läden Präventionskonzepte vorgestellt werden könnten, ähnlich wie wir das aus dem Ausland kennen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Prof. Görres. Welche Maßnahmen müssten ergriffen werden, damit die neu hinzukommenden Aufgaben nicht zur beruflichen Überforderung von Pflegekräften führen?

SV Prof. Dr. Stefan Görres: Ich kann hier eindeutig mit dem Stichwort Qualifikation antworten. Ich denke, eine angemessene Qualifikation ist die Grundvoraussetzung dafür, dass es nicht zur Überforderung kommt. Wir haben jetzt schon mehrfach gehört, dass die Versorgungssituation sehr komplex geworden sind und weit über das hinausgehen, was wir mit den Stichworten Delegation oder Heilkunde zu beschreiben versuchen. Ich würde also Herrn Roßbruch durchaus Recht geben, wenn er sich dafür ausspricht, die Kompetenzen stärker in den Mittelpunkt zu rücken. Ich will aber noch etwas hinzufügen. Ich bedauere es sehr, dass wir hier, zum Teil vielleicht in lobbyistischer Art und Weise, zur Polarisierung tendieren und Delegation gegen Heilkunde auszuspielen versuchen. Es geht hier um eine Optimierung der Versorgungssituation und auch darum, alle Berufsgruppen entsprechend gut zu qualifizieren. Gerade die Pflege bedarf einer sehr guten Qualifikation, denn die Erfahrungen in allen europäischen Ländern zeigen, dass eine gute Qualifikation auch zu guten Ergebnissen führt. Man kann es kaum nachvollziehen, warum wir in Deutschland auf diesen Vorteil im Gesundheitswesen und in der Qualität der Versorgung verzichten wollen. Es gibt aus meiner Sicht nur

einen Weg, und der liegt eindeutig in der Qualifizierung. Qualifikation muss man jedoch sehr differenziert betrachten. Der Vertreter von ver.di hat etwa auf die Allgemeinbildung hingewiesen. Wir wissen, dass hier auch bei den Pflegeberufen einiges im Argen liegt. Aber es geht auch um die berufliche Qualifikation. Die muss sicherlich durch Weiterbildung gestärkt werden. Ich bin allerdings kein Anhänger einer endlosen Addition von Weiterbildungen, weil dies nämlich zu Überforderungen führen würde, sondern ich bin dafür, dass man einen konsequenten Schritt geht, was man in anderen Berufen auch tut, und dieser konsequente Schritt kann für mich nur in der Hochschulausbildung liegen. Auch dort hinken wir allen anderen europäischen Ländern hinterher. Es ist kaum nachvollziehbar, warum wir auf das entsprechende Potential verzichten. Denn wir befinden uns in Deutschland in einer Situation, in der wir große Probleme in der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen haben. Mein Appell geht daher dahin, dieses Potential durch Qualifikation zu aktivieren, denn dann können die Pflegekräfte den komplexen Versorgungssituationen durchaus Stand halten. Wir haben auch evidenzbasierte Hinweise darauf, dass in ganz bestimmten komplexen Versorgungssituationen durch akademisch gebildete Pflegekräfte eine ähnlich hohe Qualität der Versorgung erzielt werden kann wie durch Ärzte. Dieses Potential sollten wir nutzen. Und daher sage ich es noch einmal: Es geht hier nicht um ein Entweder-oder, also darum, Delegation und Heilkunde gegeneinander auszuspielen, sondern es geht um die Qualität der gesundheitlichen Versorgung und um die Frage, welche Berufsgruppe am besten geeignet ist, auf bestimmte Versorgungssituationen adäquat zu reagieren. Dazu brauchen wir für alle Berufsgruppen eine adäquate Ausbildung und ganz besonders für die Pflegeberufe.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. Wie bewerten Sie es, dass die Erweiterung pflegerischer Handlungsfelder im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit dem Ziel einer Entlastung von Ärztinnen und Ärzten begründet wird? Müsste die Argumentation nicht eher dahin gehen, dass die Versorgungssicherheit der Bevölkerung gewährleistet wird?

SV **Gertrud Stöcker** (DBfK): Ich denke, dieser überkommene Gedanke einer Aufwertung der Pflege durch Entlastung der Ärzte holt uns immer wieder ein. Im Dienste der Versorgungsqualität ist aber zunächst die gerade von Frau Prof. Bienstein beschriebene Weiterentwicklung der Kompetenz in der Pflege gefragt. Es geht hier nicht um eine Konkurrenz mit den Ärzten. Es geht um die Verordnung der Ausführung von Pflege vor Ort, die nur die Pflege leisten kann und die nicht automatisch durch das Vorbehaltsmonopol der Ärzte in Deutschland zur ärztlichen Tätigkeit wird. Delegation, so wurde eben auch gesagt, ist kein neues Thema in der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten. Wenn die Eigenverantwortlichkeit der Pflege, das Interprofessionelle und das Interdisziplinäre der Pflege, greifen soll, brauchen wir ein gleichberechtigtes Verantwortungsgefüge. Jede Verschiebung in diesem Verantwortungsgefüge nennt man Delegation, und Delegationsmöglichkeiten machen professionelle Pflege ersetzbar. Wir stellen vor Ort fest, dass der Arzt delegieren kann, solange er bereit ist, die Verantwortung dafür zu tragen. Das ist dann aber nicht unbedingt an Pflegefachkräfte gerichtet.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine letzte Frage richtet sich an ver.di. Leistet der Gesetzentwurf der Regierung Ihrer Ansicht nach einen ausreichenden Beitrag zur Verbesserung der Arbeitssituation von Pflegekräften in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen?

SV **Gerd Dielmann** (ver.di): Darauf kann ich eine sehr kurze Antwort geben: Nein.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die DKG. Wir beurteilen Sie das Modell zur Verlängerung der Ausbildungszeit im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz und welche Auswirkung hätte eine Verlängerung der Ausbildung für die Krankenhäuser? Welche Folgen hat die zukünftige Höherqualifizierung in der Pflege für die Finanz- und Ausbildungsstruktur und was bedeutet sie für die Krankenpflegeschulen?

SV **Ralf Neiheiser** (DKG): Sollte es zu einer Verlängerung der Ausbildungszeit kommen, muss aus Sicht der Deutschen Krankenhausge-

sellschaft unbedingt eine Refinanzierungsregelung geschaffen werden, durch die sichergestellt wird, dass die entstehenden Mehrkosten für die Krankenhäuser in vollem Umfang refinanziert werden. Darüber hinaus sollte eine verlängerte Ausbildungszeit festgelegt werden.

Abg. **Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Johannes und an die Bundesärztekammer. Als Voraussetzung für die Anstellung eines Arztes im Pflegeheim ist der Nachweis einer Weiterbildung im Bereich Geriatrie vorgesehen. Wie viele Ärzte verfügen nach Ihrer Kenntnis über eine derartige Weiterbildungsqualifikation und ist eine solche Voraussetzung für die Tätigkeit in Heimen aus Ihrer Sicht notwendig und sachgerecht?

SV **Dr. Wolfram Johannes**: Ich habe mir die Zahlen für die Anerkennungen im Fach Geriatrie im Regierungsbezirk Koblenz aus den Jahren 1998 bis 2007 übermitteln lassen. Wir müssen dabei Folgendes berücksichtigen: Wir hatten bis zum Jahr 2006 nach der alten Weiterbildungsordnung das Fach klinische Geriatrie. Das war eine zweijährige Zusatzweiterbildung in der Regel für Internisten, Neurologen und Psychiater. Seit 2006 haben wir die Zusatzbezeichnung Geriatrie. Dafür werden 18 Monate Weiterbildung gefordert. In dem genannten Zeitraum haben im Bereich der Bezirksärztekammer Koblenz 13 Mediziner diese Anerkennung erworben. 13 Mediziner! Es gibt im selben Kammerbezirk fünf Weiterbildungsstätten für Geriatrie. Daher ist deutlich zu sehen, dass mit dem bisherigen Weiterbildungsinstrument im Fach Geriatrie kein Staat zu machen ist und erst recht keine Voraussetzungen für die Anstellung von Heimärzten gegeben sind. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf eine Diskussion verweisen, die wir vor ungefähr 17 Jahren geführt haben. Dabei ging es – ich war daran auch beteiligt – unter Federführung von Rheinland-Pfalz um den Diabetologen. Das Land bzw. das Ministerium und die Kassen haben als Grundvoraussetzung eine Qualifikation als Endokrinologe gefordert. Damals haben wir eine ähnliche Recherche durchgeführt. Ihr zufolge hatten wir in einem Fünf-Jahres-Zeitraum in ganz Rheinland-Pfalz zwei Anerkennungen als Endokrinologen. Mein Vorschlag wäre, dass wir die Geriatrie als Zusatzweiterbildung etablieren, wie wir es auch bei der Palliativmedizin gemacht haben.

Hier gibt es ein Kursprogramm über 160 Stunden, mit ganz speziellen Lernverfahren. Diese Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ist bundesweit sehr gut angenommen worden. Geriatrie gehört neben der Palliativmedizin, der psychosomatischen Grundversorgung, der Akutversorgung und der Prävention im weitesten Sinne zu den Kernstücken hausärztlicher Tätigkeiten, und wenn wir den Hausarzt landesweit auf hohem qualitativem Niveau installieren wollen, dann muss hier eine Lösung geschaffen werden.

SV **Dr. Cornelia Goesmann** (BÄK): Ich kann nicht mit Zahlen aufwarten, sondern nur damit argumentieren, dass in der fünfjährigen Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, wie er derzeit heißt, erhebliche geriatrische Anteile enthalten sind und das man, wenn man die Weiterbildung zum Facharzt durchlaufen hat, also Hausärztin oder Hausarzt ist, auch ein erhebliches Know-How im Bereich der Geriatrie mitbringt. Ich möchte jetzt nicht, sozusagen en passant, die Weiterbildungsordnung ändern. Das ist ein Komplex, über den auf dem Deutschen Ärztetag und in den entsprechenden Gremien entschieden werden muss. Ich würde aber behaupten, dass Hausärztinnen und Hausärzte durch die bestehenden Weiterbildungsmöglichkeiten ausreichende Kompetenz erwerben, um geriatrisch tätig zu werden. Selbstverständlich sollte man, wenn man merkt, dass man eine Fortbildung braucht, versuchen, auf dem Laufenden bleibt, um adäquat reagieren und die Patientinnen und Patienten angemessen behandeln zu können.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Vertreter des Verbandes für Physiotherapie und die Bundesarbeitsgemeinschaft Heilmittelverbände. Sie schlagen für den Heilmittelbereich Modellvorhaben nach Paragraph 63 Absatz 3 SGB V vor. Gibt es hierfür aus Ihrer Sicht wirklich einen Bedarf bei den Patientinnen und Patienten?

SV **Heinz Christian Esser** (Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V. (ZVK)): Ich kann eindeutig bestätigen, dass ein solcher Bedarf besteht. Den besten Nachweis hierfür liefert der GEK-Heilmittelreport 2007. Darin wird völlig zu Recht beanstandet, dass die Versorgung insbesondere von Schlag-

anfallpatienten darunter leidet, dass zwischen der Entlassung aus der stationären Versorgung, sei es nun Reha oder Krankenhaus, und der Aufnahme der Heilmittelversorgung, also insbesondere Krankengymnastik und Logopädie, in der Regel 40 Tage liegen. Hier gibt es also eine Versorgungslücke bzw. eine Schnittstellenproblematik, die aus Sicht der Krankenkassen schnellstmöglich gelöst werden muss. Dies zum einen. Zum anderen gibt es valide Untersuchungen zu diesen Fragen, und zwar nicht nur in Schottland, worauf ja im Gutachten des Sachverständigenrates Bezug genommen worden ist. Wir wissen zum Beispiel, dass die Anzahl der Fehltage deutlich zurückgeht, wenn Versicherte sofort nach der Entlassung aus der stationären Einrichtung einen Physiotherapeuten aufsuchen und nicht erst 14 Tage oder drei Wochen auf einen Termin beim Hausarzt warten müssen, um dann an den Orthopäden weiterverwiesen zu werden, bis sie dann das Interesse an einer physiotherapeutischen Therapie letztlich verloren haben. Dies sind Ergebnisse valider Untersuchungen, die auch in das Gutachten des Sachverständigenrates eingeflossen sind.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage zum Paragraphen 294a an Herrn Dr. Müller von der KBV, an Frau Dr. Goesmann von der BÄK und an Herrn Dr. Windhorst. Wie werden ihrer Meinung nach die Ärzte reagieren, wenn es zu dieser gesetzlichen Regelung kommt, und zwar angesichts des Umstands, dass es faktisch keine Sanktionsmöglichkeit gibt? Was schlagen Sie vor, um in den vorgesehenen Fällen eine unter sozialpolitischen Gesichtspunkten durchaus vertretbare Leistungsanspruchsminderung umzusetzen? Und welche Alternative würden Sie vorschlagen, wenn Sie die geplante Regelung rundweg ablehnen, um das, was das SGB V vorschreibt, auch umsetzen zu können?

SV Dr. Carl-Heinz Müller (KBV): Die Ärzte werden das höherrangige Recht beachten und keine Meldung vornehmen, das ist für mich klar. Wenn es eine Lösung hierfür gibt – mit der sich die Ärzteschaft letztlich schwer tun wird, denn sie ist nicht die Gesundheitspolizei der Patienten –, dann kann die nur so aussehen, dass die Ärzte die Patienten darauf aufmerksam machen, dass der Schaden, der zum Beispiel durch Piercings entstanden ist, nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung

gehen kann und daher gemeldet werden muss. Aber dazu müsste der Patient seine schriftliche Einwilligung geben. Anders kann ich mir das für die Ärzteschaft nicht vorstellen.

SV Dr. Cornelia Goesmann (BÄK): Ich sehe das genauso. Wir werden die Schweigepflicht nicht brechen, aber wir haben es schon immer so gehandhabt, dass wir die Patientinnen und Patienten bei eindeutig selbstinduzierten Erkrankungen – ich glaube, so lautet die Formulierung – privat liquidiert haben. Wir haben schon bisher gesagt, dass das keine Leistung der GKV ist. In der Praxis wird dann vorab vereinbart, dass die Behandlung über eine Privatliquidation zu zahlen ist. Wir sehen uns auch der GKV gegenüber in der Pflicht, Patientinnen und Patienten auf diesen Umstand hinzuweisen. Darüber hinaus könnte man natürlich zum Beispiel für bestimmte gefährliche Sportarten, die ein gesundheitliches Risiko bergen, die Verpflichtung zum Abschluss von Zusatzversicherungen beim Kauf eines entsprechenden Sportgerätes oder etwas Ähnliches erwägen. Das wird ja auch in der gesundheitspolitischen Diskussion immer wieder thematisiert. Ich will keinen entsprechenden Vorschlag machen, sondern nur anregen, darüber noch einmal nachzudenken. Aber eines steht fest: Wir werden die Patienten nicht denunzieren und die Schweigepflicht nicht brechen.

SV Dr. Theodor Windhorst: Das sehe ich auch so. Wir werden natürlich hohe Hürden errichten, wir werden mit den Patienten sprechen und sie darauf hinweisen, dass sie sich eigentlich in einer Situation befinden, aus der sie mit eigenen Leistungen wieder herausfinden müssen. Aber wenn es zum Konflikt kommt, wird man natürlich letztlich keine Meldung machen, sondern den Patienten weiterhin versorgen. Das ist unser eigentlicher Auftrag. Bei den chronischen Erkrankungen haben wir eine ähnliche Situation. Auch hier werden wir versuchen, mit den Patienten zu einvernehmlichen Regelungen zu kommen. Der Patient ist unser erster Ansprechpartner.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Schirmer. Welchen Entscheidungsspielraum hätte der Zulassungsausschuss für die Ermächtigung der Pflegeeinrichtungen zur ambulanten Versorgung – es

geht dort um den Heimarzt – im Hinblick auf die im Paragraph 119b des Gesetzentwurfs vorgegebenen Entscheidungskriterien?

SV Horst-Dieter Schirmer (KBV): Nach diesem Paragraphen soll der Zulassungsausschuss prüfen, ob der Träger eines Heimes ohne Heimarzt die Versorgung nicht sicherstellen kann. Die Vergleichsversorgung wird dabei bezogen auf besondere Versorgungsformen, also auf die Hausarzt zentrierte Versorgung nach Paragraph 73b, eine spezifische oder eine integrierte Versorgung. Unseres Erachtens ist hier aber schon der Vergleichsmaßstab falsch gewählt, weil diese Versorgungsformen krankenkassenspezifisch sind. Da die Heimbewohner unterschiedlichen Krankenkassen angehören, kann gar nicht festgestellt werden, ob ein solcher Parallelvertrag überhaupt existiert. Anscheinend ist dies bewusst so ausgestaltet worden, um den Vergleich mit der Sicherstellung in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, also der üblichen vertragsärztlichen Versorgung, zu vermeiden. Außerdem würde dieses System die Bewohner dazu zwingen, den Heimarzt in Anspruch nehmen. Sie haben aber eigentlich eine freie Arztwahl. Das sind die Probleme, die wir bei der Betrachtung dieser Vorschrift feststellen. Faktisch hat der Zulassungsausschuss bei dieser Art von Vergleichsmaßstab keine andere Möglichkeit, als eine Ermächtigung auszusprechen. Diese Ermächtigung ist auch ausgenommen von den üblichen Regeln. Sie ist nicht befristet und kann nicht mit Auflagen versehen werden. Es gibt dann praktisch eine Kontinuität der Tätigkeit des Heimarztes in dieser Einrichtung. Aus diesen Gründen ist die Regelung unseres Erachtens nicht nur politisch – wie hier schon zum Ausdruck gebracht worden ist –, sondern auch gesetzestechnisch völlig verfehlt.

Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Verband für Physiotherapie. Was halten Sie von der Anregung des Bundesrates, in die Berufsausbildungsgesetze eine generelle Erprobungsklausel für die akademische Ausbildung aufzunehmen?

SV Dr. Monika Rausch (ZVK): Ich kann, glaube ich, für alle Heilmittelverbände sagen, dass wir das sehr begrüßen würden. Die schon heute an den Hochschulen vorhandenen Stu-

diengänge würden damit auf eine sicherere rechtliche Basis gestellt. Insbesondere könnte dann dort auch die Berufsanerkennung erfolgen.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich möchte Herrn Prof. Görres fragen, ob er mir zustimmt, dass wir einerseits die gut qualifizierte Pflegefachkraft brauchen, die in bestimmten Bereichen eigenständig arbeitet, ohne selbst zur Ausübung der Heilkunde befugt zu sein, andererseits aber auch – vor allem in bestimmten Regionen – die Arzt entlastende, gemeindenah arbeitende Pflegefachkraft. Herrn Prof. Hoffmann möchte ich noch einmal fragen, wie denn die zusätzliche Qualifikation dieser Arzt entlastenden Schwestern aussehen soll, die in dem „Agnes“-Modell arbeiten. Was hat Ihre Evaluation im Hinblick auf die Verbesserung der medizinischen Versorgung ergeben?

SV Prof. Dr. Stefan Görres: Es ist inzwischen in allen einschlägigen Fachkreisen unstrittig, dass wir ein gestuftes Qualifikationssystem in der Pflege brauchen. Das heißt, ein Qualifikationssystem, das im Servicebereich anfängt und bis zum PhD-Level reicht, wenn Sie so wollen. Insofern sind hier viele Varianten möglich und müssen in Zukunft auch möglich sein. Die Robert-Bosch-Stiftung hat zum Beispiel in ihrer Schrift „Pflege neu denken“ genau auf dieses Qualifikationsstufenmodell hingewiesen. Insofern sind die von Ihnen angesprochenen Varianten in dieses Stufenmodell einzuordnen. Ich will aber noch einmal deutlich sagen, dass wir darüber hinaus eben auch eine akademische Stufe brauchen. Es gibt Schätzungen, wonach der Bedarf bundesweit bei sieben bis zehn Prozent liegt. Dies entspricht etwa 100.000 bis 125.000 Pflegekräften, denen eine Akademisierung ermöglicht werden sollte. Das zeigt aber auch, dass überhaupt nicht daran gedacht ist, sozusagen schlagartig alle Pflegekräfte zu akademisieren, wie dies in anderen Ländern der Fall ist. Das würde ich auch überhaupt nicht für sinnvoll halten, sondern ich befürworte eindeutig das Stufenmodell.

SV Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann: Das ist eine Frage, die wir mit erforscht haben, weil zu Beginn der Modellprojekte unklar war, welcher zusätzliche Qualifikationsbedarf in diesem Delegations-Setting besteht. Es geht, um

das noch einmal deutlich zu sagen, darum, dass die Pflegefachkraft im Setting der Häuslichkeit, also i.d.R. weit entfernt von der Praxis des Arztes – beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern oder auch in den anderen östlichen Bundesländern – in der Regel selbstständig tätig wird, und dies ohne die Möglichkeit, kurzfristig den Arzt hinzuzuziehen. Hier existiert somit ein Aufgabenspektrum, zu dem bislang keine langen Erfahrungen vorlagen. Wir haben in unseren Modellprojekten zusammen mit den Pflegeexperten erforscht, wo Qualifikationsbedarfe bestehen und haben die entsprechenden Erkenntnisse gleichzeitig mit der Hochschule Neubrandenburg in eine Weiterbildungsstudiengang umgesetzt. Die Entwicklung des Curriculums ist unter anderem von den Kollegen der Gewerkschaft ver.di mit einem Modellprojekt unterstützt worden, in dem es darum geht, die Gesundheitsberufe für die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu wappnen. Dieses „Lernende Curriculum“§ enthält im Wesentlichen Elemente, die auch in diesem Setting gebraucht werden und die den Pflegefachkräften in der Primärqualifizierung noch nicht so stark vermittelt worden sind. Das sind zum Beispiel Beratungskompetenzen, die in den unterschiedlichsten Bereichen erforderlich sind, aber auch technische Dinge, weil wir in unserem Projekt in größerem Umfang auch mit Telemedizin und Videofunktionalitäten gearbeitet haben. Das umfasst des Weiteren Bereiche wie das Medikamentenmanagement, die Sturzprophylaxe oder das geriatrische Assessment, also Dinge, die originär medizinische Aufgaben sind, die dort aber in der Häuslichkeit durch Delegation durchaus auch von weitergebildeten Pflegekräften ausgeführt werden können. Das hat sich zu einem Curriculum von ungefähr 250 Stunden addiert, und derzeit entwickeln wir gerade ein weiteres Curriculum, das etwa 300 Stunden umfassen wird. Wir haben über 100 Bewerbungen, weil eben auch von der Pflegeseite her ein Qualifizierungsbedarf gesehen wird, und dies, obwohl es zurzeit noch gar keine Möglichkeit gibt, dieses Curriculum zu belegen. Wir glauben, dass Pflege und Arzt in ihrer Zusammenarbeit ein sehr gutes Tandem bilden können. Dafür bedarf es aber eben noch einer Qualifizierung in den Bereichen, die ich genannt habe.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich habe eine Frage an die Pflegekassen, an den MDS und an die Bundesärztekammer. Halten Sie die fach-

ärztliche Versorgung in den Pflegeheimen für ausreichend?

SV Paul-Jürgen Schiffer (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. (VdAK)): Wir halten die Versorgung für nicht ausreichend. Verbesserungen sind dringend notwendig. Im Hinblick auf das Ziel, das hier erreicht werden soll, kann ich mich den Ausführungen meiner Vorredner anschließen. Wir sind für eine Art von Ermächtigung in diesen Bereich. Zudem gilt es, das Problem der Fachärzte zu lösen, weil dafür auch in diesem Gesetzentwurf keine optimale Lösung gefunden worden ist.

SV Dr. Peter Pick (MDS): Die Anhörung hat deutlich gemacht, dass wir Probleme bei der Sicherstellung der Versorgung in Pflegeheimen haben. Daran muss gearbeitet werden. Ich möchte noch einmal unterstreichen, dass die Option für den Hausarzt aus meiner Sicht in das System eingefügt werden sollte. Die Erfahrungen in Berlin zeigen, dass das sehr gut funktioniert. Und wir haben von Herrn Dr. Johannes gehört, dass das auch im niedergehassten System möglich ist. Aus meiner Sicht ist beides wichtig. In der Ausrichtung kommt es darauf an, dass durch eine dauerhafte Kooperation zwischen Pflegeheimen und Ärzten auch eine dauerhafte Kooperation zwischen Pflegefachkräften und Ärzten erreicht wird. Dies setzt aber voraus, dass man häufiger miteinander zu tun hat, um auch die jeweiligen Kompetenzen entsprechend einschätzen zu können. Ich möchte auch noch einmal unterstreichen, dass eine geriatrische Ausrichtung dieser Ärzte nötig ist und dass auf Dauer 61 Stunden Geriatrie sicher zu wenig sein werden, um dieses Feld ausreichend abzudecken.

SV Dr. Cornelia Goesmann (BÄK): Man kann Verhältnisse immer verbessern, und als Praktikerin, die seit 20 Jahren mit Heimen zusammenarbeitet und dort Patientinnen und Patienten betreut, würde ich durchaus Verbesserungspotentiale sehen. Zunächst möchte ich aber auf ein Dilemma hinweisen: Einerseits muss die Wahlfreiheit des Patienten gegeben sein, also die Freiheit, sich für einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl zu entscheiden, andererseits sind Heime dadurch oft mit dem Problem konfrontiert, dass viele verschiedene Ärztinnen und Ärzte zu unterschiedlichen Zeiten unkoordiniert in den Heimen auftauchen und

dort Visite oder Besprechungen machen wollen. Man sollte dieses Dilemma vielleicht durch eine verstärkte Kooperation mit Heimärztinnen und Hausärzten lösen. Es sollte Modelle einer kooperativen Versorgung geben – darauf hatte der BPA schon hingewiesen, und wir führen darüber auch Gespräche miteinander –, bei denen verschiedene Ärztinnen und Ärzte, Fachärzte und Hausärzte sich gemeinsam um ein Heim kümmern, den Not- und Wochenenddienst gemeinsam gestalten und eine Rufbereitschaft anbieten. Das könnte, so glaube ich, ein erfolgversprechendes Modell für die Zukunft sein. Es sollte regelmäßig Fallkonferenzen in den Heimen geben, bei denen sich die Pflege mit ihrer speziellen Kompetenz, die Heimbetreuer und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte über die Patientinnen und Patienten austauschen könnten. Wir machen zwar Visiten, aber die könnte man durchaus noch weiter ausbauen. Man könnte auch noch weitere Berufsgruppen wie die Physiotherapeuten in diese Fallkonferenzen einbeziehen. Wenn das entsprechend finanziert würde und ausreichend Zeit dafür zur Verfügung stünde, dies optimal zu gestalten, dann wäre das ein großer Fortschritt in der Heimversorgung. Ich bin immer für Kooperation und Bündelung von Kompetenzen. Daher würde ich mir wünschen, dass das ausgebaut wird.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Jassim-Guddorp und auch an die Diakonie. Frau Dr. Jassim-Guddorp, Sie haben ja Erfahrung als Heimärztin. Ich frage Sie, wie Sie die ärztliche Versorgung in den Pflegeheimen im Moment einschätzen, welche positiven Aspekte Sie für die Tätigkeit anführen können und wie Sie unseren Vorschlag beurteilen, die Möglichkeit für die Anstellung von Hausärzten zu schaffen, also nicht nur Kooperationen einzugehen.

SV **Dr. Susanne Jassim-Guddorp**: Ich habe der Diskussion aufmerksam zugehört und würde sagen, dass zur adäquaten Behandlung, Pflege und Therapie in jedes Pflegeheim ein ständig anwesender Arzt gehört. Er ist dort dringend erforderlich. Es gab bereits vor 20 Jahren – ausgerichtet vom Deutschen Zentrum für Altersfragen – sechs Arbeitssitzungen zu dem Thema „Das Heimkonzept der Zukunft“. Auch da wurde bereits eindeutig festgestellt, dass jedes Heim einen Hausarzt braucht. Dieses Erfordernis ist in den letzten 20 Jahren

noch sehr viel dringlicher geworden, weil die Mitarbeiter durch die kürzeren Liegezeiten in den Krankenhäusern, die Zunahme der Multimorbidität und den zunehmenden Schweregrad der Diagnosen in einen Zwiespalt zwischen Akutmedizin und Chroniker-Bereich geraten sind. Die Ängste, die daraus resultieren, könnten auch mit der Unterstützung durch einen fest angestellten Arzt in gewisser Weise kompensiert werden. Des Weiteren muss man sehen, dass immer mehr Menschen in die Heime kommen, die eine Fortsetzung der begonnenen Behandlungen brauchen, und zwar nicht erst nach vier Wochen, wie hier gerade bestätigt wurde, sondern sofort. Das beinhaltet auch die rehabilitative Therapie. Wenn ein Arzt vor Ort ist, können interkurrente Infekte und Krankheiten vor Ort behoben werden. Der chronisch kranke Mensch muss nicht unbedingt ins Akutkrankenhaus verlegt werden. Ein Ortswechsel ist immer eine ziemlich schwierige Angelegenheit und verursacht neben den Krankenhauskosten auch Transportkosten. Des Weiteren gibt es die wichtige Frage der Erhaltungstherapie. Oft wird ein Patient von zu Hause aus in ein Akutkrankenhaus eingewiesen und dort einigermaßen „wiederhergestellt“. Dieser Zustand sollte dann auch erhalten bleiben, um dem Patienten ein bisschen Lebensqualität zurückzugeben. Sehr wichtig ist im Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie die Compliance, die zu Hause und auch in den Heimen ohne Arzt vielfach zu kurz kommt. Oft verschreiben Hausärzte und Hausärzte, die im Heim ein- und ausgehen, verschiedene Medikamente, die sich gegenseitig nicht vertragen. Dann sollte man auch noch an die Schmerztherapie denken. Es ist oft so, dass in einem Haus mit einem festangestellten Arzt der Arzt sofort ans Krankenbett eilen und etwas unternehmen kann, etwa wenn ein Mensch starke Schmerzen hat. Das ist im Alter besonders wichtig, vor allem bei Osteoporose- und auch bei Karzinompatienten. Ganz wichtig ist auch die Sterbebegleitung zusammen mit den Pflegekräften. Um das alles regeln zu können, bedarf es einer regelmäßigen ärztlichen Grundversorgung mit Visiten und Sofortmaßnahmen, einer 24-Stunden-Rufbereitschaft und der Koordination des ärztlichen Therapieplans unter Einbeziehung mitbehandelnder Fachärzte und unter Integration des im Heim tätigen pflegerischen und therapeutischen Personals. Dies sind die Voraussetzungen für einen geringen Notarzt- und Bereitschaftsarzteinsatz. Und dies sind auch die Forderungen, die ich angesichts meiner 30-jährigen Erfahrung erheben möchte.

Wenn die Pflegereform wirklich dazu dienen soll, die Bedürfnisse der chronisch Kranken stärker zu berücksichtigen, dann sollte diese Forderung berücksichtigt werden. Positive Erfahrungen habe ich an einem der heute schon häufiger erwähnten Berliner Krankenhäuser gemacht, wo im Grunde genommen alles praktiziert wird, was hier heute gefordert worden ist. Die Krankenhäuser im Land Berlin gibt es seit 30 Jahren. Bei der Einführung der Pflegeversicherung im stationären Bereich Mitte der 90er Jahre gab es einen sehr intelligenten Vertrag mit der AOK-Berlin, den ganzen Trägerverbänden, der IKK Berlin, einigen Betriebskrankenkassen, die erst ab- und jetzt wieder auf den Zug aufgesprungen sind, in dem für die Häuser zur Vorbedingung gemacht worden ist, sowohl ihre Wirtschaftlichkeit als auch die Qualitätsentwicklung unter Beweis zu stellen. Dies betrifft 38 Häuser im Land Berlin. Beide Anforderungen haben wir erfüllt. Das kann auch an Hand von Zahlen belegt werden, die ich jetzt allerdings nicht vorliegen habe. Wir haben auf jeden Fall die Pflegequalität bzw. die Versorgungsqualität deutlich verbessern können. Wir realisieren dies mit dem Resident-Assessment-Instrument (RAI 2.0), das aus 210 Items pro Patient besteht und das alle Bereiche, also die Pflege, den Arzt und die Therapeuten, einschließt. Insgesamt gelingt es uns so, ein wirklich gutes Ergebnis zu erzielen, und zwar gleichermaßen im Hinblick auf die Pflegeplanung, den Therapieplan und die individuelle Versorgung. Es ist nötig, dass alle Bereiche, Therapie, Pflegebereich und eben auch die Ärzte, eng zusammenarbeiten, und dies auf verschiedenen Ebenen, etwa bei den Fallgesprächen, den regelmäßigen Visiten, den Helferkonferenzen und bei der Erstellung des Pflegeplans, der so auch sehr viel schneller und mit weniger Bürokratieaufwand erstellt werden kann. Wichtig ist auch, dass die Hierarchie zwischen Ärzten, Pflegenden und Therapeuten mehr und mehr entfällt, weil man im Interesse des Patienten einfach gezwungen ist zusammenzuarbeiten.

SV **Erika Stempfle** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)): Wir haben uns innerhalb der Diakonie sehr intensiv mit dem Thema ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern befasst. Wir haben dazu auch eine Handreichung herausgegeben. In unserer Stellungnahme gibt es in der Fußnote einen Internet-Link zu dieser Handreichung. Deshalb kann ich mich hier ganz

kurz fassen. Wir denken, dass es verschiedene Modelle geben muss, um ärztliche Versorgung in Pflegeheimen zu regeln. Ein Thema kann dabei die Kompetenzerweiterung für Pflegekräfte sein. Des Weiteren sprechen wir uns zwar gegen die grundsätzliche Einführung eines Heimarztes aus, denken aber, dass dieser für einzelne Heime dennoch eine Option sein kann. Die Wahlfreiheit für die Heimbewohner muss gewährleistet sein. Wir denken, dass der Sicherstellungsauftrag auf jeden Fall bei der kassenärztlichen Vereinigung und nicht beim Pflegeheim liegen sollte. Das Pflegeheim ist aber für die Kooperation zuständig. Wir sehen Versorgungslücken nicht nur bei den Hausärzten, sondern vor allem auch bei den Fachärzten. Zu unseren weiteren Vorschlägen gehören zugelassene Praxen in den Heimen, integrierte Versorgung, Verbesserung der ärztlichen Vergütung, geriatrisches Assessment, Ausbau der mobilen geriatrischen Rehabilitation, Ausbau der akutergeriatrischen Versorgung und anderes mehr.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich danke allen, die an der heutigen Sitzung teilgenommen haben. Nach insgesamt 11 Stunden Anhörung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und den drei Anträgen schließe ich die Sitzung. Die Fraktionen werden Ihre Ausführungen aufnehmen. Der Ausschuss wird in seiner Sitzung am 13. Februar die Beratung über die Vorlagen fortsetzen. Ich wünsche allen noch einen schönen Abend und einen guten Heimweg.

Ende der Sitzung: 18:30 Uhr