

Antrag

der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Anja Hajduk, Britta Haßelmann, Sven-Christian Kindler, Markus Kurth, Beate Müller-Gemmeke, Lisa Paus, Filiz Polat, Tabea Rößner, Dr. Manuela Rottmann, Corinna Rüffer, Stefan Schmidt, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Die Pflegeversicherung verlässlich und solidarisch gestalten – Die doppelte Pflegegarantie umsetzen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Pflegebedürftigkeit wird zunehmend zu einem Armutsrisiko in Deutschland. Die Kosten, die Pflegebedürftige für ihre Versorgung aufbringen müssen, steigen stark an. Im Zuge des demografischen Wandels stehen immer mehr Menschen vor der Herausforderung, diese Kosten zu stemmen und viele sind damit finanziell überfordert.

Ein wichtiger Grund dafür ist, dass die Pflegeversicherung eine Teilkostenversicherung ist. Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit leistet sie für die Pflege in einer stationären Einrichtung oder in der eigenen Häuslichkeit festgelegte Zuschüsse, die immer nur einen Teil der Pflegekosten abdecken. Dieser Teil wird mit der Zeit immer kleiner, da er nicht regelmäßig an die Lohn- und Inflationsentwicklung angepasst wird. Alles, was die Pflege über diese festen Beträge hinaus kostet, müssen Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen selbst bezahlen.

In der stationären Pflege führt dies dazu, dass jede Verbesserung, etwa mehr oder besser bezahltes Personal, die zu zahlenden Eigenanteile für die pflegerische Versorgung für die Bewohnerinnen und Bewohner in die Höhe treibt. Allein zwischen Januar 2018 und Juli 2019 sind sie laut den Daten zum Gesundheitswerden des vdek von durchschnittlich 590 Euro auf 690 Euro angestiegen, also um satte 100 Euro. Sie sind damit ein Hauptgrund für die steigenden Gesamtkosten für einen Heimplatz.

Können Pflegebedürftige sich die Kosten für ihre Versorgung nicht leisten, sind sie auf die „Hilfe zur Pflege“ nach §§ 61 ff. SGB XII angewiesen. Das gilt laut den Daten zum Gesundheitswesen bundesweit bereits für rund 400.000 Menschen. Dementsprechend ist die Angst vor Armut durch Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung weit verbreitet. 80 Prozent der Befragten äußerten in einer Umfrage

im DAK-Pflegereport 2019 die Befürchtung, dass sie trotz Pflegeversicherung bei einer Pflege im Heim sämtliche Ersparnisse verlieren würden. Vier von zehn Befragten bewerteten die Pflegekosten als sehr starke Belastung.

In der ambulanten Pflege verschärfen die gedeckelten Beträge der Pflegeversicherung in erster Linie eine andere Problemlage. Welche Leistungen bei der Pflege zu Hause zusätzlich zu den von der Versicherung übernommenen Kosten in Anspruch genommen werden, entscheidet sich in der Regel danach, was pflegebedürftige Menschen oder deren Angehörigen zahlen wollen oder können. Das entspricht oft nicht der Unterstützung, die Pflegebedürftige tatsächlich benötigen. Es kann bei der Pflege zu Hause zur Unterversorgung oder zur Überlastung von pflegenden Angehörigen kommen. Besonders ungerecht ist es, wenn Pflegebedürftige mit kleiner Rente sich zusätzliche Pflege nicht leisten können und sich schämen, „Hilfe zur Pflege“ zu beantragen.

Doch selbst wenn Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wissen, welche Leistungen sie brauchen, ist viel zu oft nicht sichergestellt, dass sie diese auch erhalten. Fehlende Kurzzeitpflegeplätze sind beispielsweise ein Dauerthema. Bislang gibt es keine Steuerung der Angebote in der Pflege. Es ist dringend erforderlich, dass Kommunen mehr Möglichkeiten erhalten, das Pflegeangebot vor Ort zu gestalten. Nur so können sie darauf hinwirken, dass diejenigen Dienstleistungen auch vorhanden sind, die die Menschen vor Ort benötigen.

Es ist höchste Zeit, die Ausgestaltung der Pflegeversicherung an die Bedarfe der Menschen in der Gegenwart anzupassen und auf die Herausforderungen der Zukunft vorzubereiten. Dazu braucht es eine umfassende Reform der Pflegeversicherung, die dafür sorgt, dass alle pflegebedürftigen Menschen die Pflege erhalten, die sie benötigen, und die Kosten dafür für sie begrenzt sind. Das leistet die doppelte Pflegegarantie.

Garantiert werden soll zum Ersten: Der Pflege-Eigenanteil, den Pflegebedürftige monatlich selbst für die Pflege tragen, wird künftig festgeschrieben und gedeckelt. Die finanzielle Vorsorge für die selbst aufzubringenden Pflegekosten wird so verlässlich planbar und das Armutsrisiko gemindert.

Garantiert werden soll zum Zweiten: Die Pflegeversicherung übernimmt in Zukunft alle darüber hinaus gehenden pflegerischen Kosten für eine bedarfsgerechte Versorgung, damit alle Pflegebedürftigen die für sie notwendigen, am konkreten Bedarf orientierten Pflegeleistungen erhalten.

Die Bundesregierung versäumt es bislang, eine Reform der Pflegeversicherung in die Wege zu leiten. Gleichzeitig bringt sie mit der „Konzertierten Aktion Pflege“ oder dem „Pflegelöhneverbesserungsgesetz“ mehrere Initiativen auf den Weg, die zwar notwendige Verbesserungen in der Pflege anstoßen, im derzeitigen System aber gleichzeitig eine massive Kostensteigerung für Pflegebedürftige bedeuten. Die Bundesregierung bietet keine Antworten darauf, wie Betroffene vor diesen steigenden Belastungen geschützt werden können.

- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,
 - 1) Eine Reform der Pflegeversicherung anzustoßen, die der doppelten Pflegegarantie entsprechend folgende Elemente umsetzt:
 - a) Der Pflege-Eigenanteil, den Pflegebedürftige monatlich selbst für die Pflege tragen, wird künftig festgeschrieben und gedeckelt: für die stationäre Pflege deutlich unterhalb der derzeitig durchschnittlich 690 Euro, für die ambulante Pflege darunter.

- b) Die Pflegeversicherung übernimmt in Zukunft alle darüber hinaus gehenden pflegerischen Kosten für eine bedarfsgerechte Versorgung. Eigenverantwortung besteht weiterhin bei den Kosten für Unterkunft und Verpflegung.
- c) Im Rahmen eines unabhängigen Case-Managements, also einer individuellen, professionellen Beratung und Begleitung, erfolgt eine systematische, nach festgelegten Vorgaben vorgenommene Erhebung und Bewertung des konkreten individuellen Pflegebedarfs im ambulanten Bereich.
- d) Die Steuerungs- und Planungskompetenz der Landkreise und kreisfreien Städte für die regionale Pflegestruktur wird gestärkt durch die Implementierung einer Kreis- und Gemeindepflegebedarfsplanung, die jährliche Berichte umfasst, in die kommunale Sozialraumplanung eingebunden ist und perspektivisch verpflichtend bei der Zulassung von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten zu berücksichtigen ist.
- e) Die durch die Reform der Pflegeversicherung frei werdenden Mittel aus der Hilfe zur Pflege sollten dafür genutzt werden, im Rahmen der kommunalen Pflegestruktur- und Sozialraumplanung für ein vielfältiges pflegerisches Angebot und lebenswerte Quartiere für alle Generationen zu sorgen.
- 2) Die Umsetzung der Reform durch folgende Maßnahmen zu flankieren und zu unterstützen:
- a) Die Kosten für die aus medizinischen Gründen notwendige Behandlungspflege werden – wie im häuslichen Bereich – auch in stationären Pflegeeinrichtungen durch die Krankenversicherung übernommen. Hierdurch kann der Pflege-Eigenanteil im Heim kurzfristig deutlich gesenkt werden.
- b) Es wird in Zukunft ein Steuerzuschuss des Bundes für die Pflegeversicherung eingeführt, der insbesondere versicherungsfremde Leistungen zur sozialen Sicherung der pflegenden Angehörigen ausgleicht. Dieser Steuerzuschuss hilft, die vorgesehene Systemumstellung mitzufinanzieren und dafür Sorge zu tragen, dass zwischenzeitliche Erfahrungen evaluiert werden, damit gegebenenfalls konzeptionell nachgesteuert werden kann.
- 3) Zur Umsetzung der Pflegereform einen breiten Beteiligungsprozess zu organisieren, in dem unter anderem die relevanten Ministerien auf Bundes- und Landesebene, die im Bundestag vertretenen Fraktionen, die Verbände der Wohlfahrt, der Pflegeberufe und –anbieter sowie der Pflegebedürftigen und ihrer Interessensvertreterinnen und -vertreter, die Gewerkschaften, die kommunalen Spitzenverbände und die Pflege- und Krankenkassen eingebunden sind.
- 4) Im Rahmen dieses Beteiligungsprozesses Voraussetzungen und Details zur Etablierung des Case-Managements, der Kreispflegeplanung und zur Neuausrichtung der Pflegestützpunkte zu klären und dafür erforderliche Gutachten in Auftrag zu geben.
- 5) Für eine gerechte, stabile und nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung eine solidarische Pflege-Bürgerversicherung einzuführen, bei der alle Bürgerinnen und Bürger einkommensabhängig zum

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Solidarausgleich beitragen und alle Einkommensarten bei der Berechnung der Beiträge berücksichtigt werden, beispielsweise auch Gewinne und Vermögenseinkünfte.

Berlin, den 5. November 2019

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Das Konzept der doppelten Pflegegarantie umfasst konkrete Vorschläge für eine faire und zeitgemäße Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Die doppelte Pflegegarantie bietet Verlässlichkeit und finanzielle Planbarkeit, weil klarer abgeschätzt werden kann, welche Kosten für die Pflege persönlich aufzubringen sind. Und das nicht nur für die heute schon Pflegebedürftigen, sondern auch mittel- und langfristig; sie mindert das Armutsrisiko im Alter, weil Ersparnisse nicht von steigenden Pflegekosten aufgeessen werden; sie entlastet Kommunen finanziell, weil weniger Menschen Sozialhilfe über die „Hilfe zur Pflege“ beantragen müssen; sie schafft mehr Solidarität, denn sie verteilt das Risiko steigender Pflegekosten von wenigen auf viele Schultern – von den Pflegebedürftigen auf alle Beitragszahlerinnen und Beitragszahler – Versicherte und Arbeitgeber; und sie entlastet und unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, weil diese zukünftig besser informiert, beraten und falls notwendig bei der Auswahl der Leistungen begleitet werden.

Die zugrundeliegende Idee, die bisherige Finanzierungslogik der Pflegeversicherung mit der Deckelung der Eigenanteile „umzukehren“, wird in der Wissenschaft unter dem Begriff „Sockel-Spitze-Tausch“ diskutiert und hat Prominenz erlangt durch ein Gutachten von Prof. Dr. Heinz Rothgang für die „Initiative Pro Pflegereform“. In dieser Initiative haben sich zahlreiche Wohlfahrts- und Berufsverbände auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene zusammengeschlossen, um die Umsetzung einer solchen Pflegereform zu befördern. Der Ansatz erhält aber auch außerhalb der Initiative breite Unterstützung von einer Vielzahl an Akteuren. Auf Bundesebene seien beispielhaft der Deutsche Caritasverband, die Diakonie Deutschland oder der AWO Bundesverband als Befürworterinnen und Befürworter des Konzepts genannt. Im Bundesrat haben im April 2019 die Landesregierungen von Hamburg, Berlin, Bremen und Schleswig-Holstein zu einer Reform in diesem Sinne aufgerufen und auch die SPD-Bundestagsfraktion hat sich in ihrem Beschluss „Pflege solidarisch gestalten“ vom 06. September 2019 dafür ausgesprochen. Die DAK-Gesundheit hat am 16. Oktober 2019 ihren Pflegereport 2019 vorgestellt, der ein Reformkonzept für die Pflegeversicherung enthält, das ebenfalls auf der Deckelung der Eigenanteile beruht.

Zu 1 a und b)

Die Notwendigkeit, die Finanzierungslogik der Pflegeversicherung durch eine Deckelung der Eigenanteile „umzukehren“, wurde bereits im Feststellungsteil mit den stark steigenden Kosten in der stationären Pflege und der drohenden Unterversorgung im häuslichen Bereich begründet. Es ist geboten, die finanzielle Belastung durch die Kosten für die pflegerische Versorgung für die Einzelnen zu begrenzen und solidarisch auf das Kollektiv der Versichertengemeinschaft umzuverteilen. Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und Pflegebedürftigkeit darf nicht in dem Maß wie heutzutage zur Abhängigkeit von Sozialhilfe und dem Verlust von Lebensstandard führen.

Zum Start der doppelten Pflegegarantie schlägt die grüne Bundestagsfraktion unterschiedliche Eigenanteile für die ambulante und stationäre Pflege vor. In der stationären Pflege sollen sie deutlich unter den aktuell üblichen 690 Euro liegen und in der ambulanten Pflege noch darunter, da in der häuslichen Pflege die nichtfinanzielle Beteiligung der Familie und des Umfeldes höher ist. Zusätzlich sollen im ambulanten Bereich von der Pflegever-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

sicherung maximal die durchschnittlichen Kosten übernommen werden, die bei einer Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung anfallen würden. Verhindert werden soll damit eine rein formale „Ambulantisierung“, die an der Versorgung der Pflegebedürftigen nichts verbessern, den Anbieter aber höhere Einnahmen ermöglichen würde.

Es gibt einige Stimmen, die einen Eigenanteil für die Pflegeleistungen von null Euro, die sogenannte Pflegevollversicherung, fordern. Demgegenüber stehen Unterstützerinnen und Unterstützer des Sockel-Spitze-Modells mit gedeckelten Eigenanteilen oberhalb von null Euro. Der Vorschlag der DAK-Gesundheit in ihrem Pflegereport 2019 ist der aktuellste Vorschlag in dieser Richtung und schlägt einen Pflege-Eigenanteil von 450 Euro vor.

Es ist an der Zeit, für die Pflegeversicherung realistische Reformperspektiven zu entwickeln, dafür langfristige Mehrheiten zu gewinnen und in einem partizipativen Prozess gemeinsam mit den an der Umsetzung Beteiligten die konkrete Ausgestaltung unter der Berücksichtigung der zu erwartenden Rahmenbedingungen (u. a. die Entwicklung der Pflegekosten und die wirtschaftliche Lage), vorzunehmen.

Die doppelte Pflegegarantie bietet die Chance, im Laufe des Umsetzungsprozesses die Höhe des Pflegeeigenanteils und den damit verbundenen Ausgleich zwischen den berechtigten Interessen von Pflegebedürftigen an einer möglichst umfassenden Versorgung, mit den ebenso berechtigten Interessen der Beitrags- und Steuerzahlerinnen und -zahler nach möglichst geringen Beiträgen und Steuern, abzuwägen und festzulegen. Dabei ist es möglich, auch die Kosten der durch die doppelte Pflegegarantie angestoßenen Veränderungen der Leistungen (z. B. Abbau Unterversorgung, Kosten des Case-Managements) und die aktuellen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Der Rückhalt in der Bevölkerung für eine Pflegeversicherung mit gedeckelten Eigenanteilen ist höher als für eine Pflegeversicherung ohne Eigenanteile: die erste Variante befürworten 74 Prozent der Befragten, die zweite 46 Prozent laut einer Umfrage im Rahmen des DAK-Pflegereports 2019.

Zu 1c)

Die Ermittlung des Pflegegrades in der derzeitigen Pflegebegutachtung hat nur eine bedingte Aussagekraft über die Art der jeweiligen Einschränkung, da das Begutachtungsverfahren keine Bedarfe erhebt. Deshalb soll zusätzlich zur bestehenden Eingruppierung in Pflegegrade eine systematische, nach festgelegten Vorgaben vorgenommene Erhebung und Bewertung des konkreten individuellen Pflegebedarfs erfolgen – das Case-Management. Es würde damit einen Beitrag leisten, dass die Kostenentwicklung in der Pflegeversicherung kalkulierbar und steuerbar ist, auch wenn alle über die festgelegten Eigenanteile hinausgehenden Kosten künftig übernommen werden. Zudem werden Betroffene und ihre Angehörigen durch das Case-Management besser informiert, beraten und dabei unterstützt, die Versorgung zusammenzustellen und zu organisieren.

Zu 1d)

Bislang sehen die gesetzlichen Vorschriften vor, dass alle Pflegeanbieter, die die Anforderungen erfüllen, Anspruch auf den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Pflegekassen haben, also zur Leistungserbringung zugelassen werden müssen („Kontrahierungszwang“, vgl. § 72 SGB XI). Landkreise, kreisfreie Städte und Kommunen haben also bisher kaum Möglichkeiten, auf die Angebotsstruktur vor Ort Einfluss zu nehmen. Durch den Aufbau einer Kreis- und Gemeindepflegebedarfsplanung und deren verpflichtender Berücksichtigung bei der Zulassung von neuen Anbietern soll sichergestellt werden, dass Landkreise und kreisfreie Städte darauf einwirken können, dass das Angebot stärker die Bedarfe vor Ort abdeckt. Dazu sollte in einem ersten Schritt im SGB XI den Bundesländern die Festschreibung einer verbindlichen Kreis- und Gemeindepflegebedarfsplanung in den Landesgesetzen ermöglicht und eine jährliche Berichterstattung über die bestehenden Angebote und Anbieter verankert werden. Als zweiter Schritt sollten die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, damit die Kreispflegebedarfsplanung verpflichtend bei der Zulassung von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten zu berücksichtigen ist. Diese Planung der pflegerischen Versorgung sollte in eine kommunale Sozialraumplanung integriert sein, die Pflege, Altenhilfe, bürgerschaftliches Engagement, soziale Arbeit und Wohnungs(bau)politik umfasst.

Zu 1e)

Die Kommunen würden durch die vorgeschlagene Reform der Pflegeversicherung bei der „Hilfe zur Pflege“ weiter entlastet. Die Kosten für die „Hilfe zur Pflege“ sanken durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr

Vorbfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

1995 auf 36 Prozent der ursprünglichen Summe und betragen 2015 nur 57 Prozent der Ausgaben von 1995. Die frei werdenden Gelder sollten laut § 9 SGB XI von den Trägern der Sozialhilfe zur „finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen“ eingesetzt werden.

	EmpfängerInnen	davon stationär	Nettoausgaben	davon stationär
1995 (vor PV)	574.000	365.000	6,264 Mrd. €	5,754 Mrd. €
1998	289.000	205.000	2,284 Mrd. €	1,894 Mrd. €
2015	451.000	327.000	3,569 Mrd. €	2,593 Mrd. €

Anders als vor 25 Jahren muss die Bundespolitik gemeinsam mit Ländern und Kommunen nun einen Weg finden, damit das bei der „Hilfe zur Pflege“ eingesparte Geld von allen Gemeinden eingesetzt wird, um für ein vielfältiges soziales und pflegerisches Angebot vor Ort zu sorgen, z. B. für Quartiersmanagement sowie Tages- und Kurzzeitpflege. Das pflegerische Angebot sollte eingebettet sein in ein Umfeld, das älter werdende Menschen dabei unterstützt, ein selbstbestimmtes Leben zu führen und aktiv an der Gesellschaft teilzuhaben. Das berührt einerseits die Gestaltung der Rahmenbedingungen für Lebensbereiche wie barrierefreies und altersgerechtes Wohnen, barrierefreie Mobilität oder Engagementstrukturen, umfasst aber auch gezielte Angebote für Beratung, Begegnung und Unterstützung in der Nachbarschaft. So entstehen lebenswerte Quartiere für alle Generationen – ob im Dorf oder im Stadtteil. Deswegen ist es so wichtig, dass die Planung der pflegerischen Versorgung in eine kommunale Sozialraumplanung integriert wird, die Pflege, Altenhilfe, bürgerschaftliches Engagement, soziale Arbeit und Wohnungs(bau)politik umfasst (vgl. 1e). Je flexibler der Pflege- und Hilfebedarf abgedeckt werden kann, desto eher können Pflegebedürftige ihren Wunsch verwirklichen, in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben. Gleichzeitig würden hierdurch die Haushalte der Sozialhilfeträger entlastet, da „Hilfe zur Pflege“ insbesondere Heimbewohnerinnen und -bewohner beantragen müssen.

Zu 2a)

Die medizinische Behandlungspflege erreicht ein Kostenvolumen von ca. 3 Mrd. Euro pro Jahr im stationären Bereich und ist systematisch dem Heilen („cure“) und nicht dem Pflegen („care“) zuzurechnen. Solange Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit leben, wird die „häusliche Krankenpflege“ von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Mit dem Wechsel in ein Pflegeheim geht dieser Anspruch verloren und die entsprechenden Leistungen sind als „medizinische Behandlungspflege“ Teil der von der Pflegeversicherung gewährten pauschalen Leistungsbeträge (§ 43 SGB XI, Abs. 2 Satz 1). Diese 1996 eingeführte Regelung war bis 1999 befristet und mit einem ausdrücklichen Prüfauftrag versehen. 1999, 2001 und 2005 wurde sie (mit Prüfauftrag) verlängert. 2007 wurde sie ohne echte Prüfung für dauerhaft erklärt (vgl. Rothgang Stellungnahme zur Anhörung zum Pflegepersonalstärkungsgesetz). Diese ungerechtfertigte Ungleichbehandlung gilt es zu beseitigen. Auch in stationären Pflegeeinrichtungen sollen die Kosten für die aus medizinischen Gründen notwendige Behandlungspflege durch die Krankenversicherung voll übernommen werden. Hierdurch könnte der Pflege-Eigenanteil im Heim kurzfristig sehr deutlich (mindestens um ein Drittel, aktuell eher um die Hälfte) gesenkt werden. Dies ist zur Umsetzung und Unterstützung des Reformkonzepts der doppelten Pflegegarantie sinnvoll.

Zu 2b)

In der Renten- sowie der Krankenversicherung bestehen Steuerzuschüsse für sogenannte versicherungsfremde Leistungen. Das sind Aufgaben, die die jeweilige Sozialversicherung zu erfüllen hat, obwohl sie nicht in ihre eigentliche Zuständigkeit fallen. Solche Aufgaben gibt es auch in der Pflegeversicherung. Die Kosten der versicherungsfremden Leistungen im sozialen Zweig der Pflegeversicherung betragen laut Schätzungen des Dachverbands der Pflege- und Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) 2,7 Milliarden Euro pro Jahr. Der Steuerzuschuss soll insbesondere die soziale Sicherung der pflegenden Angehörigen finanzieren. Aktuell soll er dem sozialen Zweig der Pflegeversicherung zugutekommen, da deren Risikostruktur deutlich kostenintensiver ist als im privaten Zweig. Wenn eine Pflege-Bürgerversicherung eingeführt ist, sollte er (in Anlehnung an Regelungen bei der Kindererziehung) dazu dienen, Rentenversicherungsbeiträge von pflegenden Angehörigen übernehmen.

Zu 3)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Wie dargestellt ist 25 Jahre nach ihrer Einführung eine umfassende Reform der Pflegeversicherung notwendig, um das Ziel der sozialen Absicherung im Pflegefall weiterhin bzw. wieder zu erfüllen. Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen macht mit ihrem Konzept der „Doppelten Pflegegarantie“ konkrete Vorschläge dafür. Eine solche Reform hat weitreichende Auswirkungen und Implikationen und lässt sich nur in einem breiten gesellschaftlichen und politischen Konsens umsetzen. Außerdem handelt es sich um einen Prozess, bei dem über konkrete Umsetzungsschritte und Zeitpläne eine Verständigung erreicht werden muss. Dies ist nur möglich, wenn alle Akteure einbezogen werden, die von den Auswirkungen betroffen sind und zu einem Gelingen beitragen können und müssen. Deshalb ist Bundesgesundheitsminister Spahn aufgefordert, seinem Ruf nach einer breiten Debatte Taten folgen zu lassen und einen breiten Beteiligungsprozess zu initiieren.

Zu 4)

Damit das Case-Management nach möglichst einheitlichen Regeln und Kriterien erfolgt, ist zur Festlegung und übergreifenden Steuerung der von der Pflegeversicherung zu übernehmenden Leistungen ein bundesweiter Rahmen erforderlich, für den der Qualitätsausschuss Pflege zuständig sein soll. Die Aufgaben des Qualitätsausschusses Pflege müssen dafür erweitert und die Geschäftsstelle entsprechend ausgestattet werden. Die Zusammensetzung ist zu überprüfen und ein unparteiischer Vorsitz dauerhaft einzuführen. Für die fachliche Zuarbeit soll ein dem Qualitätsausschuss zugeordnetes Forschungsinstitut gegründet werden.

Das vorgeschlagene Case-Management soll von der Pflegeversicherung finanziert werden, aber unabhängig von ihr agieren können, die Situation vor Ort kennen und für Pflegebedürftige leicht zugänglich sein. Zu prüfen ist, wie bestehende Strukturen, die über entsprechend qualifiziertes Personal verfügen, dafür genutzt und umgebaut werden können. Anknüpfungspunkte finden sich insbesondere bei Pflegestützpunkten sowie beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und bei Medicproof. Die durch das Case-Management festgelegten Pflegebedarfe sollten verbindlich sein.

In Bezug auf die Pflegebedarfsplanung müssen die relevanten Daten flächendeckend zur Verfügung gestellt werden. Dabei ist zu überprüfen, welche Angaben in der Pflegestatistik nach §109 SGB XI ergänzt und für welche Bereiche regional differenzierte Monitorings zur Verfügung gestellt werden können. Diese erforderlichen Daten sollen vom Statistischen Bundesamt sowie den Statistischen Landesämtern nicht nur wie bisher auf die Landkreise und kreisfreien Städte, sondern auch auf Gemeinden, Stadtteile und Quartiere heruntergebrochen zur Verfügung gestellt werden. In der Pflegestatistik sollten Vergleiche für zentrale Aspekte nicht nur auf der Ebene der Länder, sondern (wie bis 2011 Praxis) auf der Ebene der Kreise publiziert werden. Die Daten sollen in einem Format bereitgestellt werden, das einen einfachen Vergleich zwischen Kommunen ermöglicht.

In Bezug auf die Pflegestützpunkte ist die u. a. schrittweise Einführung einer bundesweit einheitlichen Richtgröße für die Personalausstattung zu befürworten. Ziel sollte es sein, wie in Rheinland-Pfalz mindestens eine Vollzeitstelle auf 30.000 Bewohnerinnen und Bewohner zu haben. Bei der Erarbeitung der konkreten Aufgaben und Konzepte sind Betroffenenverbänden zu beteiligen.

Zu 5)

Durch eine Reform der Pflegeversicherung nach dem Vorbild der doppelten Pflegegarantie ist es wahrscheinlich, dass die Beitragssätze für die Versicherung steigen, da mehr Leistungen übernommen werden. Dieser Anstieg lässt sich mit einer Pflege-Bürgerversicherung, wie die grüne Bundestagsfraktion sie fordert (vgl. Drs. 19/8561), sehr gut auffangen. Ein aktuell von Prof. Dr. Rothgang im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung vorgelegtes Gutachten besagt: Mit einer Pflege-Bürgerversicherung müssten gesetzlich Versicherte für eine (mit den dortigen Annahmen gerechnete) Pflegevollversicherung ohne Eigenanteile durchschnittlich gut fünf Euro im Monat mehr bezahlen als jetzt, im Jahr rund 65 Euro.

Diese Berechnung müsste für die doppelte Pflegegarantie mit gedeckelten Eigenanteilen (oberhalb von null Euro, wie bei der Pflegevollversicherung) günstiger ausfallen. Die Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung ist also im Hinblick auf die Stabilität der Beitragssätze sinnvoll. Sie würde aber auch ein verfassungsrechtlich relevantes Gerechtigkeitsproblem lösen: Die derzeitige Trennung in einen sozialen und einen privaten Zweig der Pflegeversicherung ist unsolidarisch, da Ausgaben und Einnahmen ausschließlich innerhalb des jeweiligen und nicht zwischen den beiden Zweigen ausgeglichen werden. Das ist ungerecht, da die privat Versicherten ein viel geringeres

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Pflegerisiko und auch ein deutlich höheres Durchschnittseinkommen haben. Folglich tragen derzeit die im Durchschnitt einkommensstärkeren, jüngeren, gesünderen und häufig männlichen privat Versicherten einen deutlich geringeren Anteil zu den Ausgaben der Pflege bei, als ihr Anteil an den insgesamt Versicherten beträgt. Es ist außerdem ungerecht, dass bei rund 90 Prozent der Bürgerinnen und Bürger für die Absicherung des Pflegerisikos einseitig Löhne und Gehälter, Renten und Arbeitslosengeld belastet werden, während Vermögenseinkommen sowie Gewinne beitragsfrei bleiben.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil zur Verfassungskonformität einer obligatorischen privaten Pflegeversicherung vom 3. April 2001 gefordert, dass der Gesetzgeber „die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen“ durfte (BVerfG 2001: Rn. 92). Diese „ausgewogene Lastenverteilung“ wird wie geschildert tatsächlich aber nicht realisiert. Die grüne Pflege-Bürgerversicherung behebt dieses Gerechtigkeitsproblem. Es soll ein vollständiger Kostenausgleich zwischen dem sozialen und dem privaten Zweig der Pflegeversicherung stattfinden, um die extrem unterschiedlichen und im sozialen Zweig deutlich höheren Pflegerisiken auszugleichen. Außerdem sollen alle Bürgerinnen und Bürger - gerade auch die Einkommensstärksten – zum Solidarausgleich durch einkommensabhängige Beiträge beitragen. Im Gegensatz zur heutigen Regelung werden alle Einkommensarten zur Ermittlung der Beiträge herangezogen. So gelingt eine gerechte, solidarische und nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung.

Es ist in dieser Hinsicht zwar vorteilhaft, neben der doppelten Pflegegarantie auch eine Pflegebürgerversicherung einzuführen. Die beiden Reformen können jedoch explizit auch unabhängig voneinander realisiert werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.