

DIE DOPPELTE PFLEGEGARANTIE:

PLÄDOYER FÜR EIN NEUES DENKEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Viele Menschen in Deutschland kennen das Problem: Sie selbst sind auf Pflege angewiesen oder es gibt plötzlich einen Pflegefall in der Familie und man möchte schnell dafür sorgen, dass die betroffene Person gut versorgt ist. Doch das auf die Beine zu stellen, ist neben dem Beruf und dem sonstigen Familienleben keinesfalls eine leichte Aufgabe. Es kann zu einer echten Herausforderung werden, die Zeit dafür aufzubringen und die nötigen Informationen für eine von den Pflegebedürftigen gewollte Betreuung zu Hause einzuholen. Hat man als Pflegebedürftiger*r oder Angehörige*r dann Pflegedienste gefunden und bei ihnen angefragt, hagelt es nicht selten Absagen, weil das Personal fehlt und viele Pflegedienste überlastet sind. Und wenn man doch endlich eine Versorgung organisieren konnte, kann es schnell teurer werden. Verschlimmert sich der eigene gesundheitliche Zustand oder der der geliebten Person und wird der Pflegebedarf höher und ist vielleicht stationäre Pflege erforderlich, können die Kosten für die Pflegebedürftigen schnell aus dem Ruder laufen. Nicht selten steht dann der Gang zum Sozialamt bevor, vor dem sich viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen fürchten oder sogar davor zurückschrecken. Niemand weiß schon im Voraus, wie Aufwand und Kosten für die Pflege sein oder sich entwickeln werden. Es ist in Deutschland trotz Pflegeversicherung keinesfalls sichergestellt, dass alle Menschen für sich oder ihre pflegebedürftigen Angehörigen eine passende Versorgung finden und sie die Kosten der Pflege tragen können.

Bereits seit 2016 fordert die grüne Bundestagsfraktion für berufstätige Angehörige und Freund*innen von Pflegebedürftigen eine dreimonatige Auszeit mit Lohnersatzleistung, um die Pflege zu organisieren (PflegeZeit Plus). Nun wollen wir die Pflege selbst planbarer und bezahlbarer machen und schlagen mit der doppelten Pflegegarantie eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung vor.

Wir müssen heute die Weichen für eine gute Pflege in den nächsten Jahrzehnten stellen. Um im Bild zu bleiben: Wir müssen die ganze Pflegestruktur, das notwendige Schienennetz, die Züge, die Bahnhöfe, die Anschlüsse bis zu Hause am Pflegebedarf der Zukunft ausrichten. Dazu braucht es einige Umbaumaßnahmen, die miteinander abgestimmt werden müssen. Wir können bei der Pflege, auf die sich alle Menschen im Alter verlassen wollen, nicht immer nur reparieren und nachbessern. Wir brauchen ein vom Grunde auf verlässliches und zukunftsfähiges Angebot für alle.

Die doppelte Pflegegarantie ist dabei ein wichtiger Streckenabschnitt, an dem heute die Arbeit beginnen sollte. Denn je länger wir warten, desto komplizierter wird es: In ca. zehn Jahren werden die ersten geburtenstarken Jahrgänge der „Babyboomer“-Generation in das Alter kommen, in dem das Risiko pflegebedürftig zu werden deutlich zunimmt. Prognostiziert wird, dass im sozialen Zweig der Pflegeversicherung die Zahl der

pflegebedürftigen Menschen zwischen 2017 und 2050 um gut 60 Prozent¹ steigt. Das stellt uns vor große Herausforderungen.

Schon heute ist der Fachkräftemangel in vielen Branchen besonders aber in der Pflege spürbar. Die Konkurrenz um diese Arbeitskräfte wird sich verschärfen: Das Statistische Bundesamt prognostiziert, dass im Jahre 2060 nur noch die Hälfte der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter sein wird. Auch die Zahl derjenigen, die die Pflege von Angehörigen und Freund*innen übernehmen können, wird relativ - im Verhältnis zur steigenden Zahl Pflegebedürftiger - weiter sinken. Sowohl der professionellen als auch der Laienpflege droht ein Mangel an Pflegenden.

Ohne aufeinander abgestimmte und vielfältige Gegenmaßnahmen wird die Schere zwischen Nachfrage und Angebot in der Pflege immer weiter auseinanderklaffen. Ohne diese Gegenmaßnahmen droht ein massiver Pflegenotstand, bei dem zu befürchten ist, dass viele Ältere professionelle Pflegeleistungen entweder nicht erhalten oder nicht bezahlen können und (teilweise) unversorgt bleiben. Damit dies nicht eintritt, wollen wir mit der Gesellschaft an einem neuen Schienennetz arbeiten, damit der Zug in Richtung guter Pflege Fahrt aufnimmt. Ziel ist eine zukunftssichere Pflegeversicherung mit einer solidarischen Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos.

DIE IDEE DER DOPPELTEN PFLEGEGARANTIE

Die grüne Bundestagsfraktion setzt sich für eine umfassende Reform der Pflegeversicherung ein, die dafür sorgt, dass alle pflegebedürftigen Menschen die Pflege erhalten, die sie benötigen und die Kosten dafür für sie begrenzt sind.

Wir garantieren zum ersten: Die finanzielle Vorsorge für die selbst aufzubringenden Pflegekosten wird verlässlich planbar. Der Pflege-Eigenanteil, den Pflegebedürftige monatlich selbst für die Pflege tragen, wird künftig festgeschrieben und gedeckelt.

Wir garantieren zum zweiten: Die Pflegeversicherung übernimmt in Zukunft alle darüber hinaus gehenden pflegerischen Kosten für eine bedarfsgerechte Versorgung. Damit wollen wir erreichen, dass in Zukunft alle Pflegebedürftigen die für sie notwendigen, am konkreten Bedarf orientierten Pflegeleistungen erhalten – wir wollen damit die Unterversorgung, die insbesondere bei der häuslichen Pflege vorkommen kann, beseitigen.

DIE WIRKUNG DER DOPPELTEN PFLEGEGARANTIE

- Sie bietet Verlässlichkeit und finanzielle Planbarkeit, weil klarer abgeschätzt werden kann, welche Kosten für die Pflege auf eine*n zukommen. Und das nicht nur für die heute schon Pflegebedürftigen, sondern auch mittel- und langfristig.
- Sie mindert das Armutrisiko 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.

¹ Quelle: BMG Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand 11. Juli 2018, S. 14 Stand 2017: 3,3 Millionen, 2050 5,32 Millionen unter der Annahme konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeiten.

Die Steigerungen im privaten Zweig werden wegen der aktuell noch deutlich günstigeren Altersstruktur der Versicherten um einiges höher sein.

- Sie schafft mehr Solidarität, denn sie verteilt das Risiko steigender Pflegekosten von wenigen auf viele Schultern – von den Pflegebedürftigen auf alle Beitragszahler*innen – Versicherte und Arbeitgeber*innen.
- 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 Idee ist einfach, die Umsetzung jedoch anspruchsvoll. Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen will mit diesem Eckpunktepapier dazu beitragen, die Weichen für eine zukunftsfähige Pflege(-versicherung) zu stellen. Da für die Umsetzung ein breiter politischer und gesellschaftlicher Konsens wichtig ist, appellieren wir an alle Beteiligten, sich an der Debatte zu beteiligen und gemeinsam die Weichen für die doppelte Pflegegarantie zu stellen.

DIE AKTUELLE BELASTUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER IN DER STATIONÄREN PFLEGE

Die heutige Pflegeversicherung ist eine Teilkostenversicherung: Eine pflegebedürftige Person erhält von der Versicherung je nach Pflegegrad einen Zuschuss für die Pflege zwischen 125 und 2.005 Euro im Monat. Pflegebedürftige, die im Pflegeheim leben, erhalten die Pflegeleistungen als sogenannte Sachleistungen. Diese werden von den Betreiber*innen direkt mit der Versicherung abgerechnet. Das Geld der Pflegeversicherung reicht jedoch nicht aus, um alle Kosten, die für die Pflege anfallen, abzudecken. Das heißt, dass alles, was Pflege über die Zuschüsse der Pflegeversicherung hinaus kostet, von den Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen selbst bezahlt werden muss. Für die Pflege im Heim sind dies derzeit durchschnittlich etwa 680 Euro/Monat – Tendenz steigend. Bei der Einführung der Pflegeversicherung deckten diese Zuschüsse die durchschnittlichen Pflegekosten voll ab.

Der derzeit begrenzte Zuschuss aus der Pflegeversicherung führt außerdem dazu, dass jede kostenrelevante Verbesserung im Zusammenhang mit der Pflege, wie z.B. mehr Personal oder die angemessene tarifliche Bezahlung der Pflegekräfte, direkt von den Pflegebedürftigen selbst zu zahlen ist. Diese Kosten sind für sie weder im Voraus planbar noch von ihnen beeinflussbar. Damit ist eine verlässliche Vorsorge für die Pflege im Alter nicht möglich. Die „Konzertierte Aktion Pflege“ der Bundesregierung fordert genau solche Verbesserungen ohne jedoch vorzuschlagen, wie dies ohne die alleinige Belastung der Pflegebedürftigen finanziert werden soll.

UNSERE ANTWORT FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE IN DER STATIONÄREN PFLEGE

Durch die doppelte Pflegegarantie sollen Pflegebedürftige zukünftig einen festen Betrag für die stationäre Pflege zahlen – deutlich unterhalb der aktuell durchschnittlichen rund 680 Euro/Monat. Alle darüber hinaus gehenden Pflegekosten soll die Pflegeversicherung übernehmen. Mit diesem in der wissenschaftlichen Diskussion „Sockel-Spitze-Tausch“ genannten Vorschlag werden die Kosten der Pflege für die Pflegebedürftigen sofort gesenkt, auf Dauer gedeckelt und damit für sie berechenbar.

DIE AKTUELLE BELASTUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER IN DER AMBULANTEN PFLEGE

Etwa drei Viertel aller Pflegebedürftigen leben zu Hause und werden in der Regel durch Angehörige, Freund*innen, Nachbar*innen und freiwillig Engagierte unterstützt, begleitet und gepflegt. Rund ein Drittel davon nimmt zusätzlich professionelle Hilfe durch Pflegekräfte in Anspruch. Die Pflegebedürftigen erhalten im ambulanten Bereich insbesondere sogenannte Geld- oder Sachleistungen² oder eine Kombination von beidem. Ob bzw. wie die Geldleistungen tatsächlich zur Pflege eingesetzt werden, ist unbekannt. Dies hängt auch davon ab, ob und von wem sich die Pflegebedürftigen helfen lassen wollen. Dabei spielen auch soziale, kulturelle und persönliche Gründe, wie z.B. die Selbstständigkeit möglichst lange erhalten zu wollen, eine wichtige Rolle. Durch den Betrag der Pflegeversicherung wird jedoch auch im ambulanten Bereich nur ein Teil der notwendigen Pflege abgedeckt.³ 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 zu einer Unterversorgung kommen, da Pflegebedürftige etwa zugunsten der Kinder oder Enkel*innen sparen und auf dringend benötigte Leistungen verzichten. Besonders ungerecht ist es, wenn Pflegebedürftige mit kleiner Rente sich zusätzliche Pflege nicht leisten können und sich schämen „Hilfe zur Pflege“ zu beantragen. Sie werden dann schlechter gepflegt als diejenigen, die ein hohes Einkommen haben. Diese soziale Benachteiligung wollen wir abschaffen.

UNSERE ANTWORT FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE IN DER AMBULANTEN PFLEGE

Wir wollen, dass Pflegebedürftige zukünftig die Leistungen erhalten, die wirklich benötigt werden, und dass die dafür notwendigen Angebotsstrukturen aufgebaut werden, die dafür Sorge tragen (können). Dazu müssen Pflegebedürftige und deren Angehörige besser informiert, beraten und, wenn notwendig, ausführlich begleitet werden. Sie sollen durch ein Case-Management, d.h. eine individuelle professionelle Beratung und Begleitung, besser unterstützt werden, um die notwendigen Pflegeleistungen passend auszuwählen, geeignet zusammenzustellen und zweckmäßig zu organisieren. Wir erwarten, dass in diese Beratung auch Anträge auf Leistungen etwa der Krankenversicherung oder der „Hilfe zur Pflege“ integriert werden.

Die grüne Bundestagsfraktion will, gemeinsam mit Ländern und Kommunen, einen Weg finden, dass 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

² Sachleistungen sind hier die Unterstützung durch Pflegedienste, die direkt von diesen mit der Versicherung abgerechnet werden.

³ Während im stationären Sektor der pflegebedingte Eigenanteil präzise ausgewiesen wird, fehlt eine ähnlich klare Kennzahl im ambulanten Bereich. Hier muss auf Befragungsdaten zurückgegriffen werden. Vorliegende Daten für 2016 berücksichtigen nicht, dass zwischenzeitlich weitere Leistungen durch die Pflegeversicherung finanziert werden. Diese Veränderungen berücksichtigend, werden im ambulanten Bereich durchschnittlichen selbst getragene Pflegeausgaben in Höhe von 125 Euro / Monat angenommen.

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. Die grüne Bundestagsfraktion schlägt daher auch vor, dass die Städte und Landkreise eine stärkere Steuerungsfunktion in der Planung der pflegerischen Versorgung übernehmen.

VERHÄLTNIS EIGENVERANTWORTUNG - VERSICHERUNG - STAAT

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde das Verhältnis zwischen Eigenverantwortung, verpflichtender Vorsorge via Pflegeversicherung und gesamtgesellschaftlicher Solidarität grundlegend neu bestimmt. Die Entwicklungen der letzten rund 25 Jahre haben zu einigen Verschiebungen geführt – insbesondere dazu, dass die Pflegekosten in immer höherem Umfang von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden müssen. Dieses Verhältnis wird mit unserem Konzept der doppelten Pflegegarantie neu ausgerichtet sowie gerechter und sozialer ausgestaltet. Dabei behalten wir im Blick, dass die Interessen von Pflegebedürftigen an einer möglichst umfassenden Versorgung mit den ebenso berechtigten Interessen der Beitrags- und Steuerzahler*innen nach möglichst geringen Beiträgen oder Steuern verantwortungsvoll abgewogen werden. Die mit der doppelten Pflegegarantie verbundene stärkere Belastung der Beitragszahler*innen (Versicherte und Arbeitgeber*innen) wollen wir daher in einem vernünftigen Rahmen halten und sehen durchaus auch zukünftig für Pflegebedürftige einen Eigenanteil an den Pflegekosten vor.

Eigenverantwortung besteht auch weiterhin - neben einem Pflegeeigenanteil - bei den Kosten von Unterkunft und Verpflegung, denn diese Kosten fallen immer an, unabhängig davon, ob jemand pflegebedürftig ist oder nicht. Deshalb ist auch zukünftig jede*r selbst für die Kosten für Wohnen und Essen verantwortlich – egal ob zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung⁴.

Wo das Einkommen für Pflege und Lebensunterhalt nicht reicht, muss der Staat wie bisher über die Kommunen („Hilfe zur Pflege“) unterstützen. Derzeit müssen mehr als 30 Prozent der pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen aufgrund kleiner Renten und geringen Ersparnissen „Hilfe zur Pflege“ beantragen. Die absolut steigende Zahl an Pflegebedürftigen, die „Hilfe zur Pflege“ beantragen, belastet im bestehenden System zunehmend die Kommunen. Diese Entwicklung wollen wir stoppen.

DER WEG ZUR DOPPELTEN PFLEGEGARANTIE

Die Idee ist einfach, die Umsetzung jedoch anspruchsvoll. Es sind einige Schritte zu gehen und bis zur Vollendung des Vorhabens kann man durchaus mit rund fünf Jahren rechnen. Starten sollten wir jetzt!

Zentral sind strukturelle und fachliche Antworten auf die folgende Frage: Welche Leistungen übernimmt die Pflegeversicherung künftig? Bisher steuert der Geldbeutel der

⁴ Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten betragen im Pflegeheim durchschnittlich rund 1.200 Euro/Monat.

Pflegebedürftigen, welche Leistungen sie zusätzlich in Anspruch nehmen. Dabei besteht der Anreiz, nur das aus der eigenen Sicht notwendige und damit in der Regel möglichst wenige zusätzliche Pflegeleistungen einzukaufen. Wenn zukünftig die über den fixen Betrag hinaus nötigen Pflegekosten von der Solidargemeinschaft getragen werden sollen, könnte das ein Anreiz sein, möglichst viele - auch pflegerisch nicht notwendige - Pflegeleistungen erhalten zu wollen.⁵ Damit die Kosten für die Pflegeversicherung und die Beitragszahler*innen im Rahmen bleiben, werden bundesweit geltende Kriterien notwendig, die den individuellen Pflegebedarf unter Berücksichtigung der Gegebenheiten vor Ort sinnvoll definieren. Auf deren Basis würden dann Pflegebedürftige und Angehörige informiert, beraten und wenn notwendig durch ein multiprofessionelles Case-Management begleitet. Für diese Unterstützung braucht es passende und flexible Angebote vor Ort. Dazu gehören etwa Pflegedienste, Angebote der Tages- oder Kurzzeitpflege oder neue Formen der Pflege und Betreuung. Städte und Gemeinden sollen eine größere Rolle dabei spielen, diese Angebote zu befördern oder entstehen zu lassen.

SOFORTPROGRAMM

Die mit der doppelten Pflegegarantie verbundene Systemumstellung benötigt einen konzeptionellen Vorlauf und lässt sich nur Schritt für Schritt flächendeckend einführen. Um dieses Reformvorhaben angehen zu können, braucht es ein zeitnah wirkendes Sofortprogramm: Erstens sollen Pflegebedürftige kurzfristig und umgehend finanziell entlastet werden. Zweitens hilft ein Steuerzuschuss die vorgesehene Systemumstellung (mit)zuzufinanzieren und Sorge dafür zu tragen, dass zwischenzeitliche Erfahrungen evaluiert werden und wenn notwendig konzeptionell nachgesteuert werden kann.⁶ Drittens werden die Pflegeversicherungsbeiträge kurz- und langfristig stabilisiert.

Die grüne Bundestagsfraktion schlägt als konkrete Maßnahmen vor:

Die Kosten für die aus medizinischen Gründen notwendige Behandlungspflege sollen (wie im häuslichen Bereich) auch in stationären Pflegeeinrichtungen durch die Krankenversicherung übernommen werden.⁷ Hierdurch könnte der Pflege-Eigenanteil im Heim kurzfristig sehr deutlich (mindestens um ein Drittel, aktuell eher um die Hälfte) gesenkt werden.⁸

⁵ „Es entsteht ein anreiztheoretisches Problem des Moral Hazard, das ohne jegliche normative Begrenzung zur Wahl einer teuren Versorgungsform, zur Wahl teurerer Anbieter und zu einer Maximierung des Konsums von Pflegeleistungen – verbunden mit einem analogen Anstieg der Leistungskosten – führen wird.“ S.17 Gutachten Rothgang/Kalwitzki „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur“ für Initiative Pro-Pflegereform, Mai 2017

⁶ So wird sich im Laufe der Zeit z.B. die Frage stellen, ob zusätzlich zur vorgeschlagenen Reform die sektorale Trennung in ambulante und stationäre Pflege aufgehoben werden sollte. Das hätte zur Konsequenz, dass es nur einen Pflegeeigenanteil geben könnte und neue „Mischformen“ der Versorgung entstehen. Bisherige Pflegeheime bieten z.B. die Unterkunft an. Die Pflege wird weiterhin durch den ambulanten Dienst, der die/den Pflegebedürftige*n seit Jahren betreut, übernommen. Zum (Mittag)Essen geht sie/er zum Enkel und andere Personen aus der Umgebung nutzen dafür das Mittagessensangebot im sich öffnenden Pflegeheim.

Siehe Szenario 1b: Zuwahllogik Gutachten Rothgang/Kalwitzki „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur“

⁷ EA PpSG 19/5600, EA PSG III 18/10530

⁸ Die medizinische Behandlungspflege (ca. 3 Mrd. Euro pro Jahr im stationären Bereich) 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

Es wird ein Steuerzuschuss des Bundes für die Pflegeversicherung eingeführt. 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.⁹ Der Steuerzuschuss¹⁰ soll insbesondere die soziale Sicherung der pflegenden Angehörigen finanzieren.

EINBINDUNG IN DIE GRÜNE GESAMTVISION „GUTE PFLEGE DER ZUKUNFT“

Wir wollen die doppelte Pflegegarantie, die sich mit der Leistungsseite der Pflegeversicherung befasst, als eigenständigen Vorschlag debattieren. Sie könnte unabhängig von unseren weiteren Konzepten eingeführt werden. Gleichzeitig ist sie selbstverständlich in die grüne Gesamtvision für gute Pflege der Zukunft eingebunden.

Zur grünen Gesamtvision gehört für die Finanzierungsseite der Pflegeversicherung die von uns vorgeschlagene Pflege-Bürgerversicherung. Die solidarische Pflege-Bürgerversicherung, mit der wir die Pflegeversicherung gerechter, stabiler und nachhaltiger finanzieren, passt sehr gut zur doppelten Pflegegarantie. Die stärkere Beteiligung der Beitragszahler*innen an den Kosten der doppelten Pflegegarantie würde damit fairer und solider finanziert werden. Aber beide Vorschläge sind voneinander unabhängig und können jeweils eigenständig umgesetzt werden.

Ein weiteres Element unserer grünen Gesamtvision „Gute Pflege der Zukunft“ ist die Unterstützung pflegender Angehöriger und Freund*innen. Heute werden rund drei Viertel aller Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt, oft von Frauen, die nicht berufstätig sind. Laut Barmer Pflegereport 2018 sind gut 38 % der Hauptpflegepersonen älter als 70 Jahre, mehr als 17 % sind jünger als 50 Jahre. Zwei der vier in diesem Report am häufigsten genannten Wünsche von Pflegenden sind eine bessere Aufklärung über die Leistungen und Informationen darüber, woher sie Hilfe bekommen können. Hier bietet die doppelte Pflegegarantie klare Verbesserungen. Das Case-Management als eine niedrigschwellige Pflegeberatung vor Ort kann Pflegenden dabei unterstützen. Eine direkte Verbesserung für berufstätige Angehörige oder Freund*innen, die plötzlich mit einer Pflegebedürftigkeit konfrontiert werden, beinhaltet unser Konzept der grünen PflegeZeit Plus. Berufstätigen Angehörigen und Freund*innen wird eine dreimonatige Auszeit mit Lohnersatzleistung ermöglicht, um die Pflege zu organisieren. Zusätzlich sollen jedes Jahr zehn Tage (mit Lohnersatz) flexibel freigenommen werden können, wenn die/der Pflegebedürftige Unterstützung braucht, wenn sich die Situation verschlechtert oder wenn z.B. ein Arztbesuch oder ein Krankenhausaufenthalt ansteht.

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 Anhörung PpSG

⁹ 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.

¹⁰ Aktuell soll er dem sozialen Zweig der Pflegeversicherung zugutekommen, da deren Risikostruktur deutlich kostenintensiver ist als im privaten Zweig. Sobald eine Pflege-Bürgerversicherung eingeführt ist, sollte der (in Anlehnung an Regelungen bei der Kindererziehung) dazu dienen, Rentenversicherungsbeiträge von pflegenden Angehörigen übernehmen.

Einen wichtigen Platz in der grünen Gesamtvision „Gute Pflege der Zukunft“ nehmen die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung professionell Pflegenden ein. Kurzfristig fordern wir eine bessere, nach einheitlichen Kriterien festgelegte, personelle Ausstattung in Pflegeeinrichtungen. Dafür wollen wir - wie auch im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ vorgeschlagen - eine verbindliche am Pflegebedarf orientierte (Mindest-)Personalausstattung im stationären Bereich einführen.¹¹ Die Anrechnung von Auszubildenden auf den Personalschlüssel in der stationären Langzeitpflege soll gestrichen werden. Wir setzen uns dafür ein, dass der Bund die (Alten-)Pflegesschulen bei der Umsetzung der Ausbildungsreform unterstützt, und wollen über die Bundesagentur für Arbeit die Weiterqualifizierung von Pflegehelfer*innen zu Pflegefachkräften fördern. Wir unterstützen die Gewerkschaften, Kirchen und Arbeitgeber*innen darin, bis Ende 2019 eine tarifliche oder vergleichbare Bezahlung in allen Einrichtungen der Langzeitpflege zu verankern, die die Pflegetätigkeiten angemessen entlohnt und ihrer gesellschaftlichen Bedeutung gerecht wird. Diese Entlohnung muss für alle Beschäftigten gelten, auch für entsandte Pflegekräfte aus der EU.¹² Auch über solche allgemein verbindlich erklärten Tarifverträge sollte es möglich werden, den Pflegeberuf so attraktiv zu gestalten, damit die heutigen Probleme mit Leiharbeit in der Pflege überwunden werden können. Ist dies nicht der Fall, sollten weitere Maßnahmen bei der Leiharbeit in der Pflege ergriffen werden, um problematische Tendenzen einzudämmen. Gleichzeitig müssen die Arbeitsbedingungen in der Pflege verlässlicher und besser werden. Hierzu gehören auch flexible Arbeitszeitmodelle und Schichtpläne, die den Beschäftigten eine größere Zeitsouveränität ermöglichen. Wir fordern daher die Kammern und Anbieterzusammenschlüsse auf, verstärkt Fortbildungen u.a. zur Verbesserung der Arbeitsorganisation oder der Förderung des Wiedereinstiegs anzubieten. Von modernen Konzepten der Pflege im Stadtteil oder Dorf versprechen wir uns zudem für Pflegefachkräfte interessante neue Einsatzgebiete (z.B. Gemeindepflege oder der an der Nachbarschaft ansetzende, selbstorganisierte Ansatz aus den Niederlanden Buurtzorg), die zu mehr Attraktivität des Pflegeberufs beitragen können.

Wir setzen auf ein abgestimmtes Miteinander von privater Pflege und professioneller Fachpflege, das die Nachbarschaft einbezieht, sei es durch Unterstützungsangebote der Wohnungsbaugenossenschaften, Tagesangebote von Wohlfahrtsverbänden, freiwillig Engagierte, teilstationäre Angebote oder Pflegeheime, die ein offener Ort für alle werden. Wir setzen auf ein buntes Spektrum, das das Leben im Quartier oder Kiez für alle Generationen lebenswert macht. Damit dies gelingt, braucht es viele: Kommunen inklusive Sozialraumplanung, Sozialversicherungen, Wohlfahrtsverbände und Unternehmen (die professionelle Pflege und/oder haushaltsnahe Dienstleistungen anbieten), Wohnungsbaugenossenschaften, Vereine und andere Organisationen, die gemeinsam an einem Strang ziehen. Wenn man die Realität betrachtet, erscheint dies für viele Kommunen noch ein weiter Weg. Und doch ist es im Grunde der Ansatz, den Bundestag und Bundesrat bei der Einführung der Pflegeversicherung 1995 als „gemeinsame Verantwortung“ in Paragraph 8 des SGB XI festgelegt haben.¹³

¹¹ Hierzu sollen die Ergebnisse des Projektes zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens gemäß § 113c SGB XI zum Ausgangspunkt genommen werden.

¹² Hierbei ist sicherzustellen, dass die Vergütung von in der Langzeitpflege eingesetzten Pflegekräften nicht hinter die im Krankenhaus zurückfällt, da ansonsten – insbesondere wenn die generalistisch ausgebildeten Pflegekräfte auf den Markt kommen – ein Sog ins Krankenhaus unausweichlich erscheint.

¹³ § 8 Abs. 1 SGB XI: „Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.“ Absatz 2 konkretisiert dies: „Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter

DIE DOPPELTE PFLEGEGARANTIE – KONKRETE UMSETZUNGSELEMENTE

Zentrale Stellschrauben, um die doppelte Pflegegarantie zu realisieren

Die Leistungen im sozialen und im privaten Zweig der Pflegeversicherung bleiben – wie bisher auch - identisch. Die Preise sollen gemeinsam verhandelt werden. Der private Zweig der Pflegeversicherung muss zukünftig verbindlich in die neuen Steuerungsgremien einbezogen werden.¹⁴

Zusätzlich zur bestehenden Eingruppierung in Pflegegrade muss eine systematische, nach festgelegten Vorgaben vorgenommene Erhebung und Bewertung des konkreten individuellen Pflegebedarfs erfolgen, da der Pflegegrad nur bedingt etwas über die Art der jeweiligen Einschränkung aussagt und das Begutachtungsverfahren keine Bedarfe erhebt. Diese Aufgabe soll von einem Case-Management übernommen werden, das von der Pflegeversicherung finanziert, aber unabhängig von ihr agieren kann, die Situation vor Ort kennt und für Pflegebedürftige leicht zugänglich ist. Zu prüfen ist, wie bestehende Strukturen, die über entsprechend qualifiziertes Personal verfügen, genutzt und dafür umgebaut werden können. Anknüpfungspunkte finden sich insbesondere bei Pflegestützpunkten sowie beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)¹⁵ und bei Medicproof¹⁶. Die durch das Case-Management festgelegten Pflegebedarfe sollten verbindlich sein.

Damit das Case-Management nach möglichst einheitlichen Regeln und Kriterien erfolgt, benötigen wir zur Festlegung und übergreifenden Steuerung der von der Pflegeversicherung zu übernehmenden Leistungen einen bundesweiten Rahmen, 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 einzuführen¹⁷. Für die fachliche Zuarbeit soll ein dem Qualitätsausschuss zugeordnetes Forschungsinstitut gegründet werden.

In der Pflege muss ein verbindliches, am Bedarf orientiertes Personalbemessungsinstrument eingeführt werden und alle Beschäftigten müssen mindestens tariflich bezahlt werden. Das schafft auf der einen Seite bessere Arbeitsbedingungen für Pflege(fach-)kräfte und stärkt die Position der Anbieter*innen im Wettbewerb um Arbeitskräfte. Auf

Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Sie tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei; das gilt insbesondere für die Ergänzung des Angebots an häuslicher und stationärer Pflege durch neue Formen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege sowie für die Vorhaltung eines Angebots von den die Pflege ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen und wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hin.“

¹⁴ Aktuell kann der Verband der privaten Krankenversicherer eine*n Vertreter*in in den Qualitätsausschuss entsenden (§113 b (2) Satz 3 SGB XI). Diese Möglichkeit wird vom Verband der privaten Krankenversicherer genutzt.

¹⁵ Für den sozialen Zweig der Pflegeversicherung tätig.

¹⁶ Für den privaten Zweig der Pflegeversicherung tätig.

¹⁷ Dabei sind die Diskussionen im Zusammenhang des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Repräsentanz und die demokratische Legitimation zu berücksichtigen.

der anderen Seite vermindert es Pflegesatzunterschiede zwischen den Bundesländern und würde daher den Ost-West-Transfer innerhalb der Pflegeversicherung reduzieren.¹⁸

Die Kosten von Pflege, Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionen müssen in allen stationären Einrichtungen bundesweit nach einheitlichen Kriterien voneinander abgegrenzt werden. Das ist insbesondere für die Verteilung von Gemeinkosten (z.B. Heimleitung, Buchhaltung, Qualitätsmanagement, Sozialdienst) relevant. Ziel ist es, dass in allen Bundesländern nach einheitlichen Grundsätzen zwischen den von der Versicherung zu tragenden Kosten der Pflege und den von den Einzelnen zu übernehmenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionen unterschieden wird.

Zum Start der doppelten Pflegegarantie schlagen wir, wie es aktuell Praxis ist, unterschiedliche Eigenanteile¹⁹ für die ambulante (niedriger) und stationäre Pflege (höher) vor, da in der häuslichen Pflege die nichtfinanzielle Beteiligung der Familie und des Umfeldes höher ist. Zusätzlich sollen im ambulanten Bereich von der Pflegeversicherung maximal die durchschnittlichen Kosten übernommen werden, die bei einer Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung anfallen würden. Verhindert werden soll damit eine rein formale „Ambulantisierung“²⁰, die an der Versorgung der Pflegebedürftigen nichts verbessern, den Anbieter*innen aber höhere Einnahmen ermöglichen würde.

Die Rolle von Kommunen für Pflege vor Ort neu denken

Welche Leistungen die Pflegeversicherung übernimmt, hat bis heute große Auswirkungen auf das Angebot. Oft reicht dieses Angebot aber nicht aus. Die doppelte Pflegegarantie ist in der Praxis nur erfolgreich, wenn es vor Ort ausreichende, flexible und untereinander abgestimmte Versorgungsangebote gibt.

Deshalb schlägt die grüne Bundestagsfraktion vor, dass Landkreise und Städte eine stärkere Steuerungsfunktion in der Planung der pflegerischen Versorgung übernehmen. Diese Steuerung sollte in eine kommunale Sozialraumplanung integriert sein, die Pflege, Altenhilfe, bürgerschaftliches Engagement, soziale Arbeit und Wohnungs(bau)politik umfasst. In die Planung der Landkreise sollen die Gemeinden und Verbände partizipativ eingebunden und institutionell einbezogen werden. Die Kommunen wollen wir stärker in die Pflicht nehmen, sich um ein vielfältiges pflegerisches Angebot zu kümmern, das den

¹⁸ Durch die im sozialen Zweig der Pflegeversicherung bestehende Beitragsbemessungsgrenze tragen Versicherte mit Einkommen unterhalb dieser Grenze prozentual in höherem Umfang zur Finanzierung der Pflegeversicherung bei als Personen mit Einkommen oberhalb dieser Grenze. Die Einkommen in den östlichen Bundesländern sind im Durchschnitt geringer als in den westlichen, deswegen ist ihre prozentuale Belastung höher. Im Westen dagegen sind die Einkommen der Pflegekräfte deutlich höher. Wenn beides unverändert bleibt und zukünftig alle über den gedeckelten Pflegeeigenanteil hinausgehenden Kosten von der Versicherung übernommen würden, würden Versicherte aus den östlichen Bundesländern zusätzlich finanziell belastet und die Pflegeversicherung würde gleichzeitig, wegen der geringeren Lohnkosten, für dieselben Leistungen im Osten weniger als im Westen zahlen.

¹⁹ Die genaue Höhe hängt von direkten (Case Management, Erweiterung Qualitätsausschuss, Aufbau Institut) und indirekten Kosten (mehr Leistungen im ambulanten Bereich, Teilverschiebung aus dem „grauen“ in den offiziellen/regulierten Pflegemarkt) ab, die für die Umstellung anfallen, und ob unser vorgeschlagenes Sofortprogramm umgesetzt wird.

²⁰ Gemeint sind hiermit z.B. Angebote, die für Außenstehende und Pflegebedürftige nicht von einem Pflegeheim zu unterscheiden sind. Sie werden oftmals als Wohngruppen geführt, weil damit zum einen geringere Anforderungen zu erfüllen sind (fallen nicht unter die Heimaufsicht) und sie zum anderen bei der Kranken- und Pflegeversicherung mehr Leistungen abrechnen können. Diese Angebote werden unserem Anspruch an die ambulante Versorgung, dass Pflegebedürftige im vertrauten und selbstgewählten Umfeld Wohnen bleiben können, nicht gerecht.

Wünschen und Bedarfen älterer Menschen entspricht und in eine gute Infrastruktur eingebunden ist.

Die Kommunen würden durch die doppelte Pflegegarantie bei der „Hilfe zur Pflege“ weiter entlastet. Die Kosten für die „Hilfe zur Pflege“ sanken durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 auf 36 % der ursprünglichen Summe und betragen 2015 nur 57 % der Ausgaben von 1995.²¹ Anders als vor 25 Jahren muss die Bundespolitik gemeinsam mit Ländern und Kommunen nun einen Weg finden, wie alle Gemeinden aktiv werden und für ein vielfältiges pflegerisches Angebot und lebenswerte Quartiere für alle Generationen sorgen können. 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 Heimbewohner*innen beantragen müssen.

Die grüne Bundestagsfraktion schlägt zur Stärkung der Kommunen bei der Planung und Gestaltung der pflegerischen Struktur vor Ort vor:

Das Recht für Kommunen, Pflegestützpunkte²² zu initiieren, wird dauerhaft verankert. Wir befürworten die schrittweise Einführung einer bundesweit einheitlichen Richtgröße für die Personalausstattung²³. Bei der Erarbeitung der konkreten Aufgaben und Konzepte sind Betroffenenverbänden zu beteiligen.

Die Steuerungs- und Planungskompetenz der Landkreise und kreisfreien Städte für die regionale Pflegestruktur wird gestärkt. Als ersten Schritt schlagen wir vor, im SGB XI den Bundesländern die Festschreibung einer verbindlichen Kreis- und Gemeindepflegebedarfsplanung in den Landesgesetzen zu ermöglichen und eine jährliche Berichterstattung über die bestehenden Angebote und Anbieter zu verankern. Als zweiten Schritt unterstützen wir die Forderung des Landkreistags, die Kreispflegebedarfsplanung verpflichtend bei der Zulassung von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten zu berücksichtigen.²⁴

Die vor Ort für die Pflegebedarfsplanung relevanten Daten werden flächendeckend zur Verfügung gestellt. 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

21

	Empfänger*innen	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. €

Die frei werdenden Gelder sollten laut § 9 SGB XI von den Trägern der Sozialhilfe zur „finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen“ eingesetzt werden.

²² Wir präferieren eine Trägerkombination (Kommune, Pflegekassen, Krankenkassen), die als Anlaufstelle für Beratungen zu SGB XI, SGB V und Sozialhilfe dient und möglichst dezentral Beratung anbietet.

²³ Mit dem Ziel, wie in Rheinland-Pfalz mindestens eine Vollzeitstelle auf 30.000 Bewohner*innen zu haben.

²⁴ Dafür muss ein konkretes, möglichst einheitliches Planungsmodell (Gerüst mit Mindestanforderungen) für alle Bundesländer erarbeitet und eingeführt werden. Wir präferieren eine gemeinsame Steuerung von Landkreisen bzw. kreisfreien Städten und Pflegekassen, um bundesweit relativ einheitliche Planungsprinzipien zu gewährleisten.

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.