



Wortprotokoll der 11. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 4. Juni 2018, 15.30 Uhr
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungsaal 3 101

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 4

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

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlasten

BT-Drucksache 19/960

**Mitglieder des Ausschusses**

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



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 15.32 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Guten Tag, meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Damen und Herren Sachverständigen. Ich begrüße Sie ganz herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit. Zu meiner Linken würde ich gerne den parlamentarischen Staatssekretär Dr. Thomas Gebhart begrüßen, der sicherlich in den nächsten Minuten hier eintreffen wird, sowie weitere Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung. In unserer heutigen öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit einem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Eigenanteile in Pflegeheimen senken, Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlasten“. Wie Sie vielleicht bemerkt haben, wurde uns vor der Sitzung ein offener Brief und eine Unterschriftenliste von Seniorenheim-Bewohnern in Ost-Brandenburg übergeben. Das passt zum Thema dieser Anhörung. Es geht um einen Antrag der Fraktion DIE LINKE. mit der Forderung, den Eigenanteil für Menschen mit Pflegebedarf in Pflegeheimen zu begrenzen sowie die Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Pflegevollversicherung, damit die Umsetzung einer flächendeckenden tariflichen Bezahlung der Pflegekräfte nicht zu Lasten der Menschen mit Pflegebedarf geht. Ich freue mich auf einen interessanten und spannenden Austausch. Bevor wir in die Diskussion einsteigen, möchte ich ein paar Erläuterungen zu der Anhörung geben. Die Anhörung wird genau 90 Minuten dauern und die Fraktionen werden abwechselnd in einer festen Reihenfolge Fragen stellen. Die Reihenfolge wird durch die Stärke der Fraktionen vorgegeben und der vorliegenden Liste können Sie entnehmen, wer wann welche Frage stellt. Jede fragestellende Fraktion stellt eine Frage an einen Sachverständigen. Nach 90 Minuten wird die Anhörung beendet. Ich bitte darum, dass wir die Wortbeiträge möglichst kurz halten, damit viele Fragen gestellt und viele Sachverständige zu Wort kommen können. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, bei der Beantwortung der Frage die Mikrofone zu benutzen und sich immer mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen. Das erleichtert einerseits die Protokollierung, aber es ermöglicht auch den Zuschauerinnen und Zuschauern eine direkte Zuordnung der Sachverständigen. Gleichzeitig danke ich allen Sachverständigen und Experten, die eine schriftliche

Stellungnahme abgegeben haben. Wir haben hier im Ausschuss die Regel, dass Mobiltelefone, die sich bemerkbar machen, dem Besitzer fünf Euro für einen guten Zweck entlocken. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und live im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem können Sie sich die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages anschauen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Soweit die Formalien. Ich darf der Abgeordneten Karin Maag das Wort für die erste Frage geben.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Thüsing. Der Antrag will durch eine Umwidmung des Pflegevorsorgefonds die Finanzierung der aktuellen Pflegekosten erleichtern. Wäre dies rechtspolitisch wünschenswert und vor allem auch verfassungsrechtlich zulässig?

ESV Prof. Dr. Gregor Thüsing: Ich halte es für rechtspolitisch weder wünschenswert noch verfassungsrechtlich unproblematisch, den Vorsorgefonds einfach umzuwidmen. Es wäre rechtspolitisch auch deswegen verfehlt, weil der Pflegevorsorgefonds wichtige Aspekte der Generationengerechtigkeit erfüllt. Die einzelnen Voraussetzungen und Ziele des Pflegevorsorgefonds habe nicht nur ich, sondern auch Frau Dr. Kochskämper und der GKV-Verband haben sie in ihren Stellungnahmen ausführlich beschrieben. Dieses Instrument mag für sein Ziel, Generationengerechtigkeit darzustellen, vielleicht nicht ausreichend sein, ihn aber mit dieser Begründung ganz abzuschaffen, hielte ich für den falschen Schritt. Man sollte sich eher um einen Fortschritt und nicht um einen Rückschritt bemühen und versuchen, diese Mittel auszubauen, nicht aber abzuschaffen. Es ist verfassungsrechtlich durchaus nicht unproblematisch, einen Beitragsanteil, der in der Vergangenheit durch Beiträge erbracht wurde und einem ganz bestimmten Zweck gewidmet war, einem anderen Zweck zukommen zu lassen. Ich würde insofern die Unbekümmertheit des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages nicht teilen, der hier letztlich kein Problem sieht. Die Stellungnahme, die der Wissenschaftliche Dienst erarbeitet hat, arbeitet hier nach der Salami-Taktik-Argumentation nach dem Motto: Wenn das, dann wäre aber zumindest



dann... Wir haben hier Fragen der Rechtfertigung zu dieser Umwidmung und das sind immer Fragen, die letztlich inkommensurable Größen miteinander vergleichen müssen. Insofern würde ich dieses Ergebnis als offen bezeichnen, und weil es offen und rechtspolitisch verfehlt ist, sollte man sich diesen Gedanken nicht weiter öffnen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an die AWO. Wie begründen sich die teils massiven Anstiege der Eigenanteile bei den einzelnen Einrichtungen und welche Entwicklung ist für die Zukunft zu erwarten?

SV **Claus Bölicke** (AWO Bundesverband e. V.): Insbesondere haben wir in den neuen Bundesländern und hier in Brandenburg ein Tarifniveau, das deutlich unter den Tarifen in den alten Bundesländern liegt. Insofern gab es hier Aufholbedarf. Es hat über drei Jahre Tarifverhandlungen gegeben, die letztes Jahr zum Abschluss kamen und nicht nur eine normale Lohnsteigerung darstellen, sondern auch ein Aufholen annähernd auf Westniveau. Das war notwendig, denn wir hatten insbesondere in den berlinnahen Gebieten das Problem, dass das Pflegepersonal nach Berlin abgewandert ist, weil dort höhere Gehälter gezahlt wurden. In Brandenburg mussten Einrichtungen Abteilungen schließen, weil nicht genug Personal da war. Insofern war Ziel dieser Tarifierhöhung und -anpassung insbesondere, diese Abwanderung zu stoppen. Das führte zu Entgeltsteigerungen auf Personalkosten basierend je nach Einrichtung und verschiedenen Personalgruppen von im Schnitt zwischen 10 und 16 Prozent, in Einzelfällen sogar bis 35 Prozent, und das nicht nur bei den pflegebedingten Kosten, weil die Tarifverträge nicht nur für das Pflegepersonal gelten, sondern auch für sonstige Beschäftigte wie Hausmeister, Küchenangestellte und ähnliche, die auch von dem Tarifvertrag betroffen sind. Auch gab es weitere Erhöhungen.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Es ist unstrittig, dass auch Heimbewohner Beiträge in die GKV einzahlen und damit Anspruch auf entsprechende Leistungen aus der Krankenversicherung hätten. Meine Frage ist, warum übernimmt die GKV nicht die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und wie

hoch schätzen Sie die Mehrausgaben bei Übernahme dieser Leistungen? Sind diese Mehrausgaben durch die GKV-Beiträge der Versicherten bereits gedeckt oder sind sie größer?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes würde eine Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege von der Pflegeversicherung in die GKV einem Volumen von etwa 3 Milliarden Euro entsprechen. Das wäre aber nur dann der Fall, wenn man die vollstationäre Versorgung mit berücksichtigt. Je nachdem, wie eine solche Regelung ausgestaltet wird, müsste man davon ausgehen, dass auch teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und Tages- oder Nachtpflege mit einberechnet wird. Dann würde sich der Betrag entsprechend erhöhen. Weiterhin müsste berücksichtigt werden, wie man eine solche Regelung konstruiert, ob es Einzelleistungsabrechnungen oder eine pauschalisierte Form der Finanzierung gibt. Einzelleistungsabrechnungen hätten auch ohne entsprechende Regularien einen Mengenanreiz zur Folge. Je nach Ausgestaltung wäre das Finanzrisiko deutlich höher als rund 3 Milliarden Euro. Warum übernehmen wir das heute nicht? Weil im SGB XI die Regelungen so gestaltet sind, dass die Pflege aus einer Hand finanziert wird und die medizinische Behandlungspflege bei der stationären Altenpflege nicht aus Mitteln der GKV zu finanzieren ist. Wenn Sie es versorgungspolitisch beleuchten wollen, kann man auch zu der Auffassung gelangen, dass die Pflege aus einer Hand in der stationären Altenpflege durchaus Sinn macht, statt eine getrennte Finanzierung, vielleicht mit getrenntem Personal, am Pflegebett zu organisieren.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Kochskämper. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass bei einer Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Vollversicherung vermögende Personen überproportional profitieren würden. Könnten Sie das begründen?

ESVe **Dr. Susanna Kochskämper**: Ich habe in der Tat untersucht, wie es aussieht, wenn man Pflegekosten voll finanziert. Letztendlich geht es einfach um eine Umwidmung der Mittel oder um eine



Verschiebung von der Steuerfinanzierung in die Beitragsfinanzierung. Genau hier liegen die Probleme, wenn man sich die Umverteilungseffekte anschaut. Zum einen ist es so, dass nicht nur diejenigen profitieren würden, die heute schon Hilfe zur Pflege bekommen, also keine Möglichkeit haben, das aus eigenem Vermögen zu finanzieren. Würde die Pflegeversicherung voll finanziert, würden auch diejenigen profitieren, die heute schon vorgesorgt haben, also ein entsprechendes Vermögen und bzw. Einkommen im Haushalt haben. Deren Vermögen würde dann sofort geschont werden. Das heißt, diese Menschen könnten es anderweitig ausgeben oder vererben. Der zweite Punkt ist, man muss sich auf der Finanzierungsseite anschauen, wie Steuer- und wie Beitragszahlungen belasten. Beitragssätze werden schon auf Einkommen erhoben, die über der Geringfügigkeitsgrenze liegen. Bereits ab dieser Grenze werden Beiträge auch für die Pflegeversicherung fällig. Die geringen Einkommen sind aber teilweise von der Steuer aufgrund von Freibeträgen und Abschreibungsregeln ausgenommen. Das heißt, gerade Geringverdiener müssten auf ihr geringes Einkommen Beiträge bezahlen, in der Steuerfinanzierung müssten sie das noch nicht. Der dritte Punkt ist, wenn man das ganze Bild betrachtet, die Beitragsbemessungsgrenze. Das heißt, ich möchte diese Kosten, die momentan unter oder teilweise in der Steuer liegen, in die Beitragssätze verschieben. Dann profitieren diejenigen mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, denn deren Einkommen würde in dem Bereich nicht mehr verbeitragt, während sie momentan mit Steuerausgaben belastet sind.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Bahnsen. Wie stehen Sie zu der vorgeschlagenen Umwidmung des Pflegevorsorgefonds und welche Maßnahme sollte man stattdessen ergreifen, um demographische Risiken abzumildern?

ESV **Lewe Bahnsen**: Zum einen stehe ich dem Vorschlag skeptisch gegenüber, unabhängig davon, dass sich die Situation der Pflegekräfte in Alten- und Krankenpflege verbessern muss. Ich denke nicht, dass die Umwidmung des Pflegevorsorgefonds das Problem lösen würde, bzw. es würden zusätzlich neue Probleme geschaffen. Allgemein gesprochen ist es erstmal ein schlechtes Signal an

künftige langfristige Reformvorhaben, wenn Kapitalbestände bei jeder Gelegenheit zweckentfremdet werden. Ich bin mir der Kritik am Vorsorgefonds durchaus bewusst, die auch im Vorfeld der Einführung angeführt wurde, insbesondere der geringen Dimensionierung und der späteren Wirkung des Fonds. Die Dimensionierung kann nicht das Argument sein, den Pflegevorsorgefonds umzuwidmen, sondern die Konsequenz muss sein, ihn auszubauen. Wie gerade angemerkt, ist die Wirkung des Fonds begrenzt. Dies wurde vor Einführung von verschiedenen Experten angemerkt. Wir sprechen hier allerdings nicht von zukünftiger Beitragssatzsenkung, sondern von Stabilisierung und würden diese Mittel nun umgewidmet werden, würden sie später fehlen, unabhängig davon, ob die Wirkung gering ist oder nicht. Wir sprechen jetzt schon bis zum Jahr 2040 unter realistischen Annahmen von Beitragssätzen zwischen vier und fünf Prozent, die, sollten die Mittel umgewidmet werden, noch höher liegen könnten. Ein weiterer Punkt ist die unmittelbare Ausgabenerhöhung, die wir durch mehr Pflegekräfte und bessere Bezahlung hätten. Von denen würden insbesondere die der Pflege nahen Kohorten profitieren, die aber selbst in begrenztem Maße zur Finanzierung beigetragen haben. Jüngeren Kohorten würden diese Mittel ab dem Jahr 2035, ab der Abschmelzphase, fehlen. Meiner Meinung nach sieht intergenerativ gerechte Lastenverteilung anders aus. Die einzige Maßnahme, um Kapital vor dem Zugriff des Staates zu schützen wäre, und das ist die Konsequenz aus der Umwidmung und gleichzeitig auch die Antwort auf Ihre zweite Frage, eine private obligatorische, vielleicht auch staatlich geförderte kapitalgedeckte Zusatzversicherung der Personen, um eine private Demografiereserve anzulegen um vor dem Zugriff des Staates geschützt zu sein.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an SOCIUM Bremen. Seit Einführung der Pflegeversicherung belasten nahezu alle Leistungsverbesserungen in der Pflege einseitig die Familien mit Pflegebedarf. Das System der Pflegeversicherung gehört also auf den Prüfstand. Wie können Sie sich vorstellen, dass es eine Abkehr vom System der Teilleistungsversicherung geben könnte, wie kann es ausgestaltet werden und wie bewerten Sie die Einführung einer Pflegevollversicherung als Reformziel?



SV **Thomas Kalwitzki** (SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen): Wenn wir heute Eigenanteile für die stationär Pflegebedürftigen um die 600 Euro haben, ist das doppelt so viel wie vor 20 Jahren, und die Entwicklung wird voranschreiten, wenn das, was an Lohn- und Gehaltssteigerungen angekündigt worden ist und an Personalverbesserungen so ausgeführt wird, wie es jetzt gedacht ist. Aus unserer Sicht kann dadurch weder die konkrete noch die abstrakte Zielsetzung der Pflegeversicherung erreicht werden, dass bei Einführung der Pflegeversicherung die Leistungssätze ausreichend oder nahezu ausreichend gewesen wären, um die entstehenden Kosten voll zu übernehmen und die abstrakte Funktion der Pflegeversicherung durch eine eigene Sozialversicherung vor den Folgen dieses konkreten Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit zu schützen. Das wird beides im Moment nicht erfüllt. Das zu erreichen, ist es aus unserer Sicht nicht ausreichend, nur Leistungsanpassungen und Dynamisierungen vorzunehmen, egal ob diese regelhaft, regelgeleitet oder zeitlich regelhaft sind. Wir denken, dass zwei grundsätzliche strukturelle Veränderungen vorgenommen werden müssen. Die erste strukturelle Veränderung wäre die Rückverlagerung der Finanzierungskompetenz der medizinischen Behandlungspflege in die GKV, da die Kosten heute implizit, dadurch, dass es nur einen Pflege-satz im stationären Bereich gibt, von den Pflegebedürftigen selber getragen werden. Es ist also nicht nur ein ästhetisches Problem, das aus der richtigen Sozialversicherung zu bezahlen, sondern eine Verlagerung der Finanzierungskompetenz in das SGB V, in die GKV, kann bei einer entsprechenden Senkung der Pflegesätze die Eigenanteile der Pflegebedürftigen direkt senken, da die Gesamtkosten nicht nur durch die Pflegebedürftigen selber, sondern durch die große Gemeinschaft der Krankenversicherten getragen wird. Die zweite Veränderung, die aus unserer Sicht notwendig ist, ist die Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Vollversicherung, aus unserer Perspektive mit einem fixen Eigenanteil. Systematisch kann das Risiko der Pflegebedürftigkeit nur darüber vollständig abgefangen werden, wenn sowohl die unbegrenzten monatlichen Eigenanteile, als auch die unbekannte Überlebensdauer für jeden einzelnen Pflegebedürftigen abgefangen wird. Das ist ein zweidimensionales finanzielles Risiko. Wenn wir eine Lebensstandardsicherung unter diesem Risiko haben wollen,

ist das heute nicht möglich. Wünschenswert wäre daher eine alternative Ausgestaltung mit einem sogenannten Sockel-Spitze-Tausch, der bedeutet, dass jeder Pflegebedürftige einen pauschalen monatlichen Sockelbetrag in einer politisch zu bestimmenden Höhe entrichtet und alle darüber hinausgehenden pflegebedingten Kosten von der Pflegeversicherung übernommen werden. Das ist eine Vollversicherung. Das muss nicht heißen, dass sie ohne jede Zuzahlung erfolgt. Wir haben dazu eine Modellrechnung gemacht. Eine kostenneutrale Umsetzung könnte bei einem Zahlungszeitraum von 4 Jahren um die 400 Euro im Monat an Eigenanteilen verursachen. Sollte man den Sockelbetrag auf null Euro absenken, was einer echten Vollversicherung gleichkäme, würde es mit 0,7 Beitragssatzpunkten gegenzufinanzieren sein. In diesen Zahlen ist die Verlagerung der medizinischen Behandlungspflege noch nicht mit eingerechnet. Die würde die Beträge natürlich nochmal senken, wenn es entsprechend ausgestaltet wird. Um Lebensstandardsicherung zu ermöglichen, ist es allerdings erforderlich, sowohl die absolute Höhe des maximalen Eigenanteils als auch die monatlich zu entrichtenden Sockelbeträge extrem festzuschreiben, damit sie versicherbar sind. Als dynamisches Element könnte vielleicht ein Inflationsausgleich oder Ähnliches eingesetzt werden.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Caritasverband. Die Krankenversicherung ist eine Vollversicherung, bei der auf der Grundlage von Diagnosen Behandlungen entsprechend bestimmter, in der Regel vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegter Leitlinien durchgeführt werden. Die Pflegeversicherung hingegen kennt keinen Leistungskatalog in diesem Sinne, sondern die Betroffenen können, besonders im ambulanten Bereich, aus einem Spektrum von Leistungen auswählen, das sie für ihre individuelle Situation brauchen. Das ist auch gut so. Sind vor diesem Hintergrund aus Ihrer Sicht schon alle Fragen beantwortet worden, um den Schritt vom heutigen Teilsicherungssystem in eine Teilkasko- oder Vollversicherung gehen zu können? Welche Themenbereiche müssten noch näher diskutiert werden?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V. (DCV)): Das Gutachten von Herrn Prof.



Dr. Rothgang richtet den Blick vor allem auf die vollstationäre Pflege. Dort stellen sich andere Fragen als im ambulanten Bereich. Sie haben das angesprochen. Gerade wenn man sich den ambulanten Bereich anschaut, denke ich, dass es noch einige Fragen zu beantworten gibt, bevor man einen Systemwechsel in eine Teilkasko- oder in eine Vollversicherung vollziehen kann. Ich will vor allem drei Punkte benennen. Der erste Punkt ist: Wie soll in einem System der Vollversicherung und auch der Teilkaskoversicherung der pflegerische Bedarf festgestellt werden? Die Pflegeversicherung und ihr neues Begutachtungsinstrument oder auch das alte Begutachtungsverfahren kennt keine Ermittlung von Bedarfen. Wir haben also kein Bedarfsermittlungs- oder Bedarfsfeststellungsverfahren aus dem sich Leistungen unmittelbar ableiten ließen. Das wird insbesondere im ambulanten Bereich sehr virulent. Im vollstationären Bereich haben wir das Versprechen der Vollversorgung. Da taucht die Frage noch nicht auf, ist aber in gleicher Weise natürlich im Verborgenen virulent. Zweitens: Eng damit verbunden ist auch das Problem des sogenannten Moral Hazard. Wenn jemand in einem System mit einem offenen Leistungskatalog ohne Bedarfsfeststellung einen fixen Betrag oder gar keinen Eigenbetrag mehr leisten muss, stellt sich die Frage, wie können wir verhindern, dass er mehr Leistung oder gar teurere Leistungen abgreift, als es in der Vergangenheit des jetzigen Systems der Fall gewesen wäre. Moral Hazard hängt auch eng mit der Bedarfsermittlung zusammen. Drittens möchte ich noch das Problem aufwerfen, dass die Frage unbeantwortet ist, wie wir mit dem Pflegegeld verfahren würden. Die Kombinationsleistung sieht die Möglichkeit der Kombination von Sachleistungen und Pflegegeld vor. Die Frage nach der Teilkasko- oder Vollkaskoversicherung. Oder das Modell beantwortet nicht, wie wir das Pflegegeld in diesem System verankern würden. Es gibt also noch eine Reihe von offenen Fragen, was aber nicht bedeutet, dass diese Fragen nicht zu lösen sind. Ich bin der Auffassung, dass die Gutachten von Herrn Prof. Dr. Lungen für ver.di 2012 und von Herrn Prof. Dr. Rothgang und auch andere wertvolle Impulse für eine Debatte geliefert haben, die wir jetzt in der näheren Zukunft dringend führen müssen.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich auch an den Caritasverband. Welche Rolle spielen die Investitionskosten im Gesamtableau

der Eigenbelastung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner? Wie hat sich die Investitionskostenförderung in den Bundesländern entwickelt und was kann getan werden, damit die Investitionskostenanteile in den Pflegesätzen nicht weiter steigen?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V. (DCV)): Der Anteil der Investitionskosten am Gesamtableau der Eigenbelastung der Leistungsempfänger in vollstationären Heimen ist verhältnismäßig hoch. Er beträgt im Bundesdurchschnitt derzeit 463 Euro, das sind in etwa 29 Prozent des Gesamtanteils der Eigenbelastung der Versicherten, wobei es erhebliche Schwankungen zwischen den Bundesländern gibt. In den östlichen Bundesländern ist der Anteil noch höher als 29 Prozent, mit Ausnahme von Berlin und Brandenburg. Auch in Norddeutschland liegt er relativ hoch, in Bayern und Baden Württemberg hingegen liegt er mit circa 20 Prozent niedriger. Diese Schwankungen erklären sich sehr stark durch die Entwicklung der Investitionskostenförderung in den Ländern. Die Länder haben sich in den letzten Jahren nicht nur schleichend, sondern sehr vehement aus der Investitionskostenförderung zurückgezogen. Aus einer kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. geht hervor, dass nur noch in sechs Bundesländern in der vollstationären Pflege und in der ambulanten Pflege Investivförderung erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat dazu in seiner Antwort eine schöne Übersicht geliefert. Insgesamt sind vier Bundesländer gänzlich aus der Investitionskostenförderung ausgestiegen, verbleiben zwölf Bundesländer. Dort wird aber teilweise auch die solitäre Kurzzeitpflege und die Tagespflege gefördert, also ein ganz buntes Tableau. Man kann sagen, das stellt auch der BARMER-Pflegereport 2017 fest, dass die Investitionskosten einen erheblichen Anteil an den immer noch sehr hohen Quoten der Sozialhilfeempfänger im vollstationären Bereich beitragen. Wir haben in diesem Bereich einen Anteil von 30 Prozent Sozialhilfeempfänger, gegenüber nur fünf Prozent in der ambulanten Pflege. Wenn die Bundesländer sich hier mehr engagieren würden, könnte dieser Betrag und die Quote der Sozialhilfeempfänger entscheidend gesenkt werden. Ich möchte darauf verweisen, dass nach § 9 SGB XI seit Beginn der Pflegeversicherung die Bundesländer in der Verantwortung sind, die Pflegeinfrastruktur zu fördern. Diesem Umstand wird in keiner Weise mehr hinreichend Rechnung



getragen und ich denke, dass hierüber eine Debatte auch zwischen Bund und Ländern geführt werden muss.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an Prof. Herrn Dr. Thüsing. Wir haben gehört und können im Antrag lesen, dass eine stärkere Kostenbegrenzung bei den Pflegenden und der Ausbau zur Vollversicherung gefordert werden. Gibt es Gründe, die gegen eine Vollversicherung sprechen?

ESV **Prof. Dr. Gregor Thüsing**: In der Tat ist die Pflegeversicherung von Anfang an nicht als Vollversicherung, sondern als Ergänzung konzipiert worden. Das ist ein Pfad, den man einmal aus guten Gründen eingeschlagen hat, von dem man sich genau überlegen sollte, ob man ihn wechseln möchte. Frau Dr. Fix vom Deutschen Caritasverband hat den einen oder anderen Aspekt genannt, der einem Perspektivenwechsel entgegensteht und der geklärt werden müsste, bevor man tatsächlich zu einem anderen Modell in der Versicherung fortschreiten sollte. Selbst wenn man unterstellt, dass man auf jede dieser Fragen eine befriedigende Antwort bekommen und für jedes dieser Probleme eine hinreichende Lösung finden würde, müsste man sich doch fragen, ob die Mitnahmeeffekte, die unter Umständen eintreten könnten, wie die Dämpfung von Anreizen für die Pflege familiärer Angehöriger selbst verantwortlich tätig zu werden, nicht in solchem Maße gemindert würden, dass dies Nachteile sind, die wir nicht bereit sind, in Kauf zu nehmen. Frau Dr. Kochskämper hat aus ökonomischer Sicht deutlich gemacht, dass es auch durchaus eine Frage von Gerechtigkeit ist, wem das letztendlich zugutekommen würde, wenn man diese Beitragsversichertenleistungen ausbauen würde. Es ist deutlich gemacht worden, dass Beiträge auch von denen gefordert werden, die unter Umständen gar keine Steuern zahlen müssen. Der Wunsch, dass Versicherte eine angemessene Pflege bekommen, die sie sich auch leisten können, sollte uns nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Weg dahin vielleicht nicht über einen Pauschalausbau der Pflegeversicherung gehen sollte, sondern intelligentere Lösungen gefunden werden müssen.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Dr. Kochskämper. Welche Folgen hätten die von den Antragstellern geforderten Leistungsausweitungen insbesondere für die jüngere Generation? Wir müssen uns der Verantwortung stellen, eine pflegende und sorgende Gesellschaft aufzubauen. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, es könnten negative Auswirkungen auf dem Arbeitsmarkt stattfinden. Welche negativen Auswirkungen befürchten Sie?

ESV **Dr. Susanna Kochskämper**: Das Problem ist, dass der Großteil der Pflegeversicherung momentan umlagefinanziert ist und wir aufgrund der Bevölkerungsalterung schon jetzt absehen können, dass die Ausgaben auf jeden Fall steigen werden. Damit werden auch die Beitragssätze steigen müssen. Warum? Die Pflege fällt größtenteils im höheren Alter an und ist damit stark altersabhängig. Wir haben gerechnet, sogar relativ optimistisch, und eine etwas gesündere Bevölkerung und sehr geringe Kostensteigerungen in der Pflege angenommen und kommen trotz Pflegevorsorgefonds zu durchschnittlichen Beitragssätzen von 3,5 bzw. später 3,7 oder 3,8 Prozent bis zum Jahr 2045 in der sozialen Pflegeversicherung. Wir haben in dieses Szenario eingerechnet, dass ausschließlich die stationäre Pflege vollfinanziert würde und kommen zu jährlichen Beitragssatzsteigerungen von plus einem Prozent. Dann sind wir im Jahr 2035 bei etwa 4 Prozent und im Jahr 2045 bei 4,7 Prozent Beitragssatz ausschließlich für die Pflegeversicherung. Jetzt passiert das Ganze auch noch in der Rentenversicherung und in der Krankenversicherung. Letztendlich kommen schon noch stärkere Beitragsbelastungen auf die dann arbeitende Generation zu. Man muss überlegen, wie wirken Beiträge? Beiträge wirken für Arbeitseinkommen wie Steuern. Ich gucke nicht auf meinen Lohnzettel und überlege, das geht alles in die Pflegeversicherung, sondern ich schaue, was bekomme ich brutto und was erhalte ich netto. Dementsprechend kann sich für Geringverdiener oder in niedrigen Einkommensbereichen die Frage stellen, arbeite ich überhaupt sozialversicherungspflichtig oder nicht. Mit steigender Abgabenlast ist der Anreiz entsprechend geringer. Der zweite Punkt ist letztendlich die Frage, wie gehen die Tarifparteien mit dem Problem um. Trotz Produktivitätssteigerungen sieht der Arbeitnehmer auf seinem Lohnzettel den Nettolohn. Da ist nicht ersichtlich, dass ich jetzt auch mehr für die Pflege zahle,



oder meine Großeltern haben weniger bezahlt, oder wie auch immer, sondern letztendlich ist die Frage, wie gehe ich damit in die Tarifverhandlungen. Es könnte eben bei steigenden Beiträgen umso problematischer werden, wenn Arbeitnehmer noch höhere Lohnforderungen stellen, weil sie ihre Belastung reduzieren und letztendlich einen höheren Nettolohn haben möchten. Das heißt, wenn man über die Frage diskutiert, wie es mit Pflegevollversicherung und der Entlastung bestimmter Gruppen von Pflegebedürftigen aussieht, wäre in der Tat eher zu überlegen, ob ich nicht noch eine kapitalgedeckte Säule aufbauen kann. Es gibt momentan sehr wenig Wissen darüber, wie Menschen überhaupt für ihr Alter vorsorgen, ob sie „richtig“ und ausreichend vorsorgen. Aber wenn, wäre zumindest über diesen Teil stärker nachzudenken und zu überlegen, ob man eine zweite Säule aufbauen kann. Ob verpflichtend oder nicht, sei dahingestellt. Eine Ausweitung des Umlageverfahrens ist vor diesem Hintergrund der Bevölkerungsalterung problematisch.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an den Deutschen Evangelischen Verband für Altenarbeit und Pflege. Wir haben fünf unterschiedliche Pflegegrade. Wie ist es, wenn zum Beispiel jemand zu Hause einen Angehörigen mit Pflegegrad fünf betreut und es gleichzeitig die Möglichkeit gibt, ambulant zu pflegen. Ist da aus Ihrer Sicht ein Unterschied in der Qualität zu spüren, da die ambulanten Pflegekräfte in der Regel ausgebildet sind? Wenn die Qualität wirklich gleich ist, warum gibt es eine unterschiedliche Entlohnung der pflegenden Angehörigen, die nur die Hälfte der Entlohnung der ambulante Dienste bekommen? Ist diese Differenz allein durch irgendwelche Kosten wie Fahrtkosten usw. gerechtfertigt oder müsste man den zu Hause Pflegenden einen höheren Satz zahlen?

Sve **Madeleine Viol** (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP)): Wir haben keine generellen Erkenntnisse darüber, ob die ambulante oder die stationäre Versorgung besser ist. Im ambulanten Bereich muss man berücksichtigen, dass es durchaus möglich ist, dass es einen Mix von pflegenden Angehörigen und Pflegedienst gibt. Wir als DEVAP haben keine Erkenntnisse über den Qualitätsunterschied. Es gibt

unterschiedliche Leistungsbeträge und es kommt auch immer auf das Pflegesetting im ambulanten Bereich an, was die pflegenden Angehörigen auch immer wählen, ob sie nun Pflegesachleistungen, Kombileistungen oder das komplette Pflegegeld nehmen. Da wäre eventuell die Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e. V. (BIVA) besser geeignet, zu den pflegenden Angehörigen Auskunft zu geben.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Welche Möglichkeiten sehen Sie, um die finanzielle Belastung der Betroffenen zukünftig zu begrenzen und wie kann eine kontinuierliche Anpassung der Sachleistungen an die Personalentwicklung dazu beitragen?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Pflege ist vor allem auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das möchte ich vorwegschicken. Eine Erhöhung der Leistungsbeträge durch den Gesetzgeber könnte zu einer finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen führen. Das ist selbstredend. Grundsätzlich existiert aber bereits heute die Möglichkeit laut Gesetz, die Dynamisierung angemessen vorzunehmen. Nach § 30 SGB XI kann die Bundesregierung alle drei Jahre, erneut im Jahre 2020, die Höhe der Leistungen überprüfen und gegebenenfalls anpassen. Wenn die Leistungsbezüge erhöht werden, wird es Auswirkungen auf die Beitragssatzentwicklung haben. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist wegen der gesamtgesellschaftlichen Dimension auch über die Einführung eines Bundeszuschusses nachzudenken. Dafür würden wir votieren. Das ist nichts Neues, wir haben sowohl in der gesetzlichen Renten, als auch in der GKV das Instrument eines Bundeszuschusses. Zum Umfang und zur Höhe der Ausgestaltung kann ich derzeit nichts sagen. Der GKV-Spitzenverband ist aktuell dabei, so etwas zu prüfen.

Abg. **Erich Irlstorfer** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. In den letzten Jahren gab es einen deutlichen Anstieg der Zahl privater Anbieter und Heimbetreiber. Hat dieser Prozess zu einem überdurchschnittlichen Anstieg der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile geführt? Welche Folgen hätte eine Begrenzung der Anbietervielfalt in der Langzeitpflege?



SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Es wird die Behauptung aufgestellt, es gäbe einen Zusammenhang zwischen steigenden Eigenanteilen und dem Anteil der privaten Anbieter. Ich glaube, das Gegenteil ist der Fall. Wir hatten nicht nur einen Wettbewerb um die Qualität der Leistungen, sondern auch um den Preis der Leistungen, was sich im Übrigen heute zeigt. Wenn ich diese Unterschriftenaktion richtig verstanden habe, gibt es eine äußerst sensible Reaktion insbesondere der Angehörigen, wenn es um Kostensteigerungen geht. Wenn man sich anguckt, wie es mit großen und kleinen Trägern aussieht, haben große Träger bisher einen Marktanteil von etwa 10 Prozent, aber unter den 30 größten Anbietern ist fast die Hälfte freigemeinnützig und kommunaler Anbieter. Auch das ist keine Besonderheit privater Träger. Wir sehen eine immense Investitionsnotwendigkeit. Die privaten Träger sind deshalb gewachsen, weil sie in diesem Bereich investiert haben. Frau Dr. Fix hat darauf hingewiesen, dass die Länder das nicht machen. Insbesondere haben sie, was ich richtig finde, die wettbewerbsverzerrende Objektförderung abgeschafft, aber auch die wettbewerbsneutrale Subjektförderung ist in den Ländern nicht mehr gemacht worden. Die Steigerung der Eigenanteile hat zwei Ursachen. Die erste Ursache ist, dass wir bessere Personalschlüssel haben. Wir haben mit der Einführung und Umsetzung des PSG II in nahezu allen Bundesländern höhere Personalschlüssel, die jetzt umgesetzt werden. Der zweite Punkt ist, wir sind gemeinsam bemüht, eine deutlich bessere Bezahlung der Mitarbeiter umzusetzen, was in den Verhandlungen nicht immer ganz einfach ist. Das ist den pflegenden Angehörigen und den betroffenen Menschen schwer zu vermitteln. Das gilt insbesondere für die Bundesländer, die bisher einen sehr geringen Eigenanteil hatten. In Sachsen-Anhalt hat man beispielsweise einen Pflegeheimplatz mit allen Beträgen für etwa 1 000 Euro im Monat bekommen. Wenn dort der Eigenanteil um 500 Euro steigt, würden die Menschen in Bayern sich freuen, dass sie nur 1 500 Euro dazuzahlen müssten. In Sachsen-Anhalt würde eine Erhöhung um 500 Euro zu Schwierigkeiten führen. Ob die Anbietervielfalt sich ändert, ist schwer vorauszusagen. Klar und deutlich vorauszusagen ist aber, dass alle Unternehmen auch als Wirtschaftsunternehmen bestehen können müssen, weil sie ansonsten die Versorgung, die Beschäftigungsverhältnisse und

auch die Investitionen riskieren, die getätigt sind. Das sind Anforderungen, die sämtliche Anbieter erfüllen müssen. Würde man jetzt die Regulendichte weitertreiben, würde das zunächst dazu führen, dass es nur noch einen Qualitäts- und keinen Kostenwettbewerb gibt. Ich glaube, dass das von den Angehörigen nicht nur unterstützt wird. Dass sofort der Ruf ertönt, das müsse der Staat abfedern, erleben wir gerade. Das führt aber auch dazu, dass damit nicht automatisch mehr Leistungen für die Angehörigen und für die pflegebedürftigen Menschen verbunden sind. Die Regulendichte müsste steigen, und es müsste noch sehr viel deutlicher geregelt werden, wie Wagnis und Gewinn für alle Träger zu regeln sind. Ansonsten werden wir das Problem der flächendeckenden Versorgung nicht lösen können. Die Privaten leisten im Übrigen 50 Prozent der pflegerischen Grundversorgung, und zwar bundesweit und nicht nur in einzelnen Orten.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine Frage geht auch an den Bundesverband privater sozialer Dienste. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme, dass die Leistungsausweitung der vergangenen Legislaturperiode bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der Heime nicht ankam. Bitte begründen Sie dies.

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Die Leistungsausweitungen sind insofern bei den Bewohnern kaum angekommen, als dass damit automatisch Leistungsverbesserungen der Heime verbunden gewesen wären. Die Budgets der Heime wurden in der Regel budgetneutral eins zu eins umgesetzt. Das heißt, zu Beginn gab es keine nennenswerte Verbesserung. Mittlerweile ist das durch Verträge etwas besser geworden. Spürbar wurde der Effekt damals an der sinkenden Zuzahlung der Heimbewohner. Als die Pflegeversicherungsleistungen erhöht wurden, hat das nicht zu mehr Leistungen geführt, sondern zunächst zu sinkenden Eigenanteilen. Das ist noch nicht besonders lange her, etwa eineinhalb Jahre. Davon redet aber mittlerweile niemand mehr. Jetzt ist die Diskussion einzig und allein auf die Erhöhung beschränkt, die durch mehr Personal und durch bessere Bezahlung zustande kommt.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Deutschen Evangelischen Verband für



Altenarbeit und Pflege (DEVAP). Sie beschreiben in Ihrer Stellungnahme den Geburtsfehler der Pflegeversicherung als kalte Privatisierung der Pflegeaufwandskosten und das wollen Sie umkehren. Können Sie uns kurz erläutern, warum die Eigenanteile nur sinnvoll gedeckelt werden können, wenn die Pflegeversicherung eine Teilkaskoversicherung wird und welche sozialen Auswirkungen dies für die zu pflegenden Menschen und für die Leistungserbringer hat?

SVe **Madeleine Viol** (DEVAP Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V.): Eine Deckelung der pflegebedingten Aufwendungen ist unserer Meinung nach dringend notwendig, weil ansonsten alle anstehenden Verbesserungen wie die Realisierung von mehr Personal, tarifliche Vergütung und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung, die wir zum Beispiel im Zuge der Hospizbegleitung und palliativen Pflege vornehmen würden allein von den Menschen mit Pflegebedarf finanziert werden müssen. Wir fordern deshalb die Umsetzung einer echten Pflegekaskoversicherung, bei der nach wie vor ein angemessener Eigenanteil von den zu Pflegenden aufgebracht wird. Herr Kalwitzki hat das vorhin als fixen Eigenanteil benannt. Dieser fixe Eigenanteil sollte auch auf eine Höhe nach oben begrenzt werden. Dabei geht es unserer Meinung nach nicht um die Realisierung einer Vollversicherung, alle weiteren Kosten wie Investitionskosten in der stationären Pflege würden nach wie vor von den Pflegebedürftigen übernommen werden. Aber es hätte den Vorteil, dass dieser fixe Eigenanteil trotz Pflegerisiko kalkulierbar wird und ich die Risiken durch eine private Versicherung schon vorab versichern könnte. Man kann also auch schon in jüngeren Jahren vorsorgen und muss nicht wie jetzt bei den privaten Vorsorgemodellen mit immer weiter steigenden Kosten rechnen, denn das haben wir gerade. Die Frage ist, ob diese privaten Versicherungen wirklich so zielführend sind. Laut Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen wurden die privaten Pflegepolice wie zum Beispiel der Pflege-Bahr durch die Umstellung der Pflege auf einen Schlag um 30, 40 oder sogar bis 60 Prozent teurer und waren mitunter sogar mit Leistungseinbußen verbunden. Das wäre mit einer echten Pflegekaskoversicherung nicht zu erwarten. Bei dem Modell mit dem fixen Eigenanteil, das wir präferieren, würde es auch der Politik obliegen, diesen einkommensabhängig zu

gestalten. Da wären wir bei der Frage, die Frau Dr. Kochskämper aufgeworfen hat, ob nicht die profitieren, die schon Vermögen besitzen. Alle pflegebedingten Erhöhungen werden von der Pflegeversicherung gedeckt. Würde man dagegen nur die Eigenanteile deckeln, wie es die Fraktion DIE LINKE. in ihrem Antrag fordert, und die Pflegeversicherung bleibt bei einer festgelegten Pauschale, die man im SGB XI nachlesen kann, so haben wir immer einen Differenzbetrag. Die Frage ist, wer den begleichen soll, der Sozialhilfeträger oder der Heimbetreiber? Den würde das in den Bankrott oder sogar in die Minimalversorgung treiben. Somit würden sogar die guten Einrichtungen, die nach Tarif bezahlen und schon jetzt mehr Leistungen vorhalten, mit einer alleinigen Deckelung des einheitlichen Eigenanteils bestraft werden, denn diese müssten einen höheren Differenzbetrag ausgleichen. Die Einrichtungen, die viele Leistungen vorhalten, müssten ihr Angebot herunterfahren, um überleben zu können. Das ist sicherlich von niemandem hier im Saal gewollt. Deshalb müssen wir über diese Variante, dass nur der Eigenanteil gedeckelt wird, nicht diskutieren. Damit treffen Sie im Endeffekt nur die Falschen. Man muss schon beides machen, einen fixen Beitrag, also die Deckelung, und eine Reform der Pflegeversicherung. Sie fragten noch danach, was es für die Beteiligten bedeutet. Wenn eine Pflegekaskoversicherung mit einem fixen Eigenanteil eingeführt wird, wird der auf Pflege angewiesene Mensch durch die steigenden Mehrkosten entlastet. Es gibt sogar Pflegeexperten, wie Herr Prof. Dr. Rothgang, die davon ausgehen, dass der Heimbewohner heute bereits 100 Prozent der medizinischen Behandlungspflege selbst trägt. Damit wäre Schluss. Er wäre vor einer finanziellen Überforderung geschützt und kann in jüngeren Jahren gut vorsorgen. Die Politik hat sogar noch einen Spielraum, den fixen Eigenanteil nach solidarischen Kriterien zu gestalten. Da sehe ich keinen Widerspruch zu dem, was Frau Dr. Kochskämper vorgebracht hat. Man hätte sogar die Option, die Betroffenen nach einer Karenzzeit von diesem fixen Eigenanteil zu entlasten. Es wäre also alles möglich. Schauen wir uns die Träger an. Die hätten formal zunächst keinen direkten Nutzen. Vielleicht wären die Pflegesatzverhandlungen leichter, aber nach wie vor müssten die Kosten der Kalkulation in den Pflegesatzverhandlungen begründet und auch nachgewiesen werden. Was sich wirklich



ändern würde, wäre, dass die guten Einrichtungen nicht mehr die teuersten am Platz wären. Derzeit sind dies oft die kirchlichen Träger. Das kann die Caritas sicherlich bestätigen. Unser Tarifvertrag trägt dazu bei, dass sie nicht mehr die Billigsten sind. Das schlägt sich immer beim Preis nieder. Der Pflegebedürftige und die Angehörigen haben noch keine Qualitätskriterien, weil der Pflege-TÜV kein Qualitätskriterium ist. Die Sozialhilfeträger, also Bezirke, Städte und Kommunen, würden durch die Finanzreform erstmal entlastet, sie müssten aber im Gegenzug unserer Meinung nach neue Aufgaben erhalten und sich zum Beispiel um die Versorgungsstruktur kümmern. Sie haben sich schon bei der Einführung der Pflegeversicherung sehr zurückgenommen. Wir brauchen, weil die Bedarfe groß sind, mehr denn je aktive Kommunen, um mit uns die Pflege zu gestalten. Wir brauchen mehr Angebote fernab von Pflege und Betreuung, die auch Teilhabe am Leben ermöglichen.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände. Wie bewerten Sie die Forderung der Antragsteller, die Pflegeversicherung in eine Pflegevollversicherung umzugestalten? Bitte erläutern Sie mir auch, ob die Forderung Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt haben könnte.

SV **Dominik Naumann** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Die Umwandlung der sozialen Pflegeversicherung in eine Vollkostendeckung lehnen wir ab. Das hat sowohl systemische als auch andere Gründe. Es fängt damit an, dass wir hier in einem System der Zwangsabgaben wären und sich erzwungene Sozialabgaben immer auf eine Basissicherung beschränken und den Beteiligten entsprechende Handlungsspielräume einräumen sollten. Besonders relevant ist die Konsequenz, zu der das Ganze führen würde. In der Tat sind dies vor allem Kost und Logis. Diese Bestandteile sind so oder so für im Grunde genommen jeden Menschen selbst zu leisten. Wenn im Fall einer Pflegebedürftigkeit Probleme und bzw. oder Bedürftigkeit eintreten, ist es vollkommen richtig, dass die Menschen eine Unterstützung erhalten. Das ist aber keine Pflegeleistung als Versicherungsleistung. Hier muss man sehr genau unterscheiden. Letzten Endes muss man sehen, welche Personengruppen entlastet werden

und welche nicht. Das heißt, bei diesem Vorschlag würden noch nicht einmal die besonders hilfsbedürftigen Menschen entlastet. Derjenige, der als Sozialfall ohne Wenn und Aber Hilfe zur Pflege beantragen muss, dessen Situation wird sich dadurch nicht verändern, sondern tatsächlich käme die Entlastung bei Personen an, auf die hier mit Sicherheit aus sozialpolitischen Gründen gar nicht abgezielt wird, die so oder so kein Sozialfall sind. Um noch auf die Arbeitsmarktwirkung entsprechend einzugehen: seit 2012, also innerhalb von fünf Jahren, haben die Leistungsausgaben um zwei Drittel zugenommen. Nach einer Studie der Prognos-AG ist damit zu rechnen, dass jeder zusätzliche Beitragssatzpunkt über das ohne gesetzliche Änderungen sowieso zu erwartende Niveau im Jahre 2040 weitere 90 000 Beschäftigte kostet. Es gibt dazu viele andere Studien. Die konkreten Zahlen mögen in den verschiedenen Studien unterschiedlich sein, aber es gibt überhaupt keinen Zweifel, dass zu hohe Sozialbeiträge irgendwann auch Spuren auf dem Arbeitsmarkt hinterlassen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Pflegerat. In Ihrer Stellungnahme heißt es im Kontext der Forderung der Linken zu einem für die Pflegebedürftigen festgeschriebenen Eigenanteil der Pflegekosten, dass ein solcher Ansatz die Klärung einiger Fragen notwendig mache, zum Beispiel die Definition des Leistungsumfangs und dass es eine Herausforderung sei, die Leistung auf das, was individuell bedarfsgerecht ist, zu begrenzen, um eine ungebremste Ausweitung wünschenswerter Leistungen zu verhindern. Ebenso heißt es, dass eine unabhängige Instanz dafür notwendig sei. Könnten Sie bitte ausführen, welche Voraussetzungen und möglichen Ansätze der Deutsche Pflegerat sieht, um hier sinnvoll steuern zu können und Leistungen kollektiv und dann auch individuell festzulegen, und wer das jeweils tun sollte oder könnte.

Sve **Ulrike Döring** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Zur Zeit ist es so, dass sich die mögliche Erbringung der Pflegeleistungen nach den jeweiligen Personalstellenbemessungen, die in den Bundesländern sehr unterschiedlich und auch unterschiedlich an den Pflegegraden ausgerichtet sind, letztlich das ermöglichen, was überhaupt an



Leistung erbracht werden kann. Wir wissen alle miteinander, dass diese Leistungen nicht die sind, die wirklich erforderlich sind. Wir erwarten, dass das pflegewissenschaftliche Gutachten, was im Moment erarbeitet wird, zur Festlegung einer neuen Personalausstattung in der stationären Langzeitpflege sich an den Fragen des Neuen Begutachtungsassessments ausrichtet und gleichzeitig mit berücksichtigt, dass in § 4 Pflegeberufgesetz die Feststellung des Pflegebedarfs als pflegerische Aufgabe genannt ist. Wir erwarten, dass es ein Personalbemessungssystem geben wird, das für die einzelnen Pflegegrade einen Korridor der Leistungszeit für die Erbringung der Leistungen nach SGB XI bringt. Davon unabhängig müssen die SGB V-Leistungen erhoben werden. Diese SGB V-Leistungen, sprich medizinische Behandlungspflege, sind ärztlich angeordnete Leistungen, also nicht von der Pflege feststellbar, sondern von den Ärzten angeordnet und unbedingt zu erbringen, gegebenenfalls unter Weglassung von SGB XI-Leistungen, wenn sie bei einem Pflegebedürftigen gleichzeitig zutreffen. Von daher hoffen wir, dass es im Jahr 2020 über dieses System dazu kommt. Als unabhängige Instanz sehen wir die Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), und an der Stelle die Pflegefachpersonen, die beim MDK angestellt sind, weil sie den Pflegebedarf feststellen können. Ich hoffe, dass wir damit zu einem Instrument kommen, bei dem für den einzelnen Pflegebedürftigen, gemessen an seinem Pflegegrad, einerseits der Umfang der Pflegeleistungen festgestellt wird und andererseits begrenzt ist.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den Caritasverband. Welchen Beitrag zur Entlastung der Versicherten erwarten Sie, wenn die Kosten für die medizinische Behandlungspflege systemkonform vollständig von der Krankenversicherung getragen werden?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V. (DCV)): Der Deutsche Caritasverband setzt sich seit Jahren, wenn nicht Jahrzehnten, für die Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in den vollstationären Einrichtungen aus dem SGB V ein. Es gab im Verlauf der Jahre einige Studien, die versucht haben, das Kostenvolumen einzuschätzen, so Herr Prof. Dr. Rothgang mit dem Ergebnis von 2,6 bis 2,9 Milliarden

Euro. Unser Fachverband, der Verband katholischer Altenhilfe, hat im letzten Jahr eine Studie vorgelegt, bei der er das Volumen mit 3 Milliarden Euro beziffert hat. Herr Weller hat die Zahl vorhin auch schon genannt. Wir erwarten eine Entlastungswirkung in dieser Höhe. Man muss konstatieren, dass die medizinische Behandlungspflege heute über den Pflegesatz kalkuliert wird und die Kosten aufgrund des begrenzten Zuschusses aus der Pflegeversicherung zu mehreren hundert Euro für die Betroffenen auflaufen. Somit hätte eine solche Entlastung von 3 Milliarden Euro schon eine sehr wertvolle Wirkung für die Entlastung der Pflegebedürftigen. Ein erster Schritt ist das Sofortprogramm Pflege mit 13 000 neuen Stellen und einem Kostenvolumen von circa 650 Millionen Euro. Das würden wir vor diesem Hintergrund als ersten wichtigen Schritt begrüßen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich frage nochmal Herrn Prof. Dr. Thüsing. Der Antrag zielt auf die Finanzierung umfassender Tarifbindungen im Pflegebereich. Vorgelagert ist aus unserer Sicht die Frage, wie eine umfassende Tarifbindung sichergestellt werden kann. Wie sehen Sie den Handlungsbedarf?

ESV **Prof. Dr. Gregor Thüsing**: In der Tat ist der Antrag, wie er hier vorliegt, teilweise ein Wiederhänger, der ähnliche Fragen bereits in der Vergangenheit zur Diskussion gestellt hat. Wesentlich neu scheint mir zu sein, und darin sehe ich auch einen Verdienst, die Frage, wie wir zu flächendeckenden Tarifbindungen und zu besseren Arbeitsbedingungen in der Pflege kommen, noch einmal neu zur Diskussion gestellt zu haben. Das sind maßgebliche Faktoren für den zukünftigen Erfolg der Pflege. Es geht nicht nur um die Frage, wie verteilen wir die entstehenden Lasten und Kosten, sondern auch darum, wie können wir Pflege hinreichend attraktiv machen, so dass wir sie auch zukünftig gewährleisten können. Die AWO hat es schon deutlich gemacht, maßgeblich für die Möglichkeit, überhaupt Pflege zur Verfügung zu stellen, ist, dass man gerade in den Bereichen, wo es vielleicht bislang mit der Vergütung nicht so gut aussieht, Pflegekräfte findet. Deswegen ist es gut, dass die Linken den Wunsch nach flächendeckender tariflicher Bezahlung in ihren Antrag aufgenommen haben. Das ist aber bislang vor allem ein Wunsch und



nicht Faktum. Wir haben die dritte Verordnung, das ist aber auf Grundlage des Arbeitnehmerentwergesetzes (AEntG) nur ein Tarifmindestlohn in einer festgesetzten Größe. Wir haben Bereiche, die vollständig außen vor sind. Die häusliche Pflege hat keine solche Verordnung, die die Arbeitnehmer schützt, so dass man sich fragen sollte, ob es nicht ergänzende Mittel geben könnte, um flächendeckend tarifliche Vergütungsstrukturen im Bereich der Pflege zu erreichen. Wenn man den Mut dazu hat, und ich glaube, das Ziel ist es wert, diesen Mut aufzubringen, dann sollte man allgemeiner danach fragen, ob zum Beispiel im Bereich der häuslichen Pflege nicht mehr getan werden kann, damit das Arbeitsrecht und das Arbeitszeitrecht tatsächlich eingehalten werden. Ich habe mit meinem Lehrstuhl im Rahmen einer kleinen Studie untersucht, ob es unter vollständiger Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes für das verlangte Geld überhaupt möglich ist, diese Leistungen zu erbringen. Mir fehlt bei einigen Angeboten, die ich gesehen habe, die Fantasie. Aber ich will mich zukünftig gern schlauer machen. Wichtig ist, dass momentan von einer Pflegeeinrichtung nur verlangt wird, die ortsübliche Vergütung zu zahlen. Diese ortsübliche Vergütung kann aber eine unter den einschlägigen Tarifverträgen sein. Wäre es nicht ein mutiger Schritt zu sagen, zukünftig wollen wir nicht die ortsübliche Vergütung für eine Pflegeeinrichtung nach § 72 Absatz 3 SGB XI verlangen, sondern die tarifliche Vergütung? Nicht nur ich schlage das vor. Herr Prof. Dr. Dr. Ulrich Preis von der Universität Köln hat das gesagt und Herr Matthias Denzer, ein anderer Kollege, geht in die gleiche Richtung. Das würde auch den Verdrängungswettbewerb nach unten ein wenig einengen, denn dort, wo eine untere Vergütungslinie geschaffen wird, kann der Preiswettbewerb nicht zu Lasten des Arbeitnehmers gehen. Deswegen sollte man in der Tat darüber nachdenken. Man muss durchrechnen, was das kostet, das gibt es nicht umsonst. Wenn man es durchgerechnet hat, kann man sich dieser Frage noch einmal bewusster stellen und zu differenzierteren Antworten kommen, als wir sie bislang haben.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Ich möchte meine Frage ebenfalls an Herrn Prof. Dr. Thüsing richten. Sie haben ein paar Ideen genannt, die wir mit unserer Frage aufgreifen möchten, die Stärkung der häuslichen Pflege, also der Pflege durch Familie und

Angehörige, um den Pflegenotstand zu entlasten. Gleichzeitig müssen wir auch die zu Hause gepflegten Angehörigen vor Missbrauch oder vor Fehlbehandlungen schützen. Halten Sie es für sinnvoll, dass wir die Aufwendungen, die zu Hause Pflegende erhalten, erhöhen, wenn wir gleichzeitig das Ganze mit einem System flankieren, das beispielsweise durch Prüfung sicherstellt, dass zu Hause tatsächlich ordentlich und anständig gepflegt wird?

ESV **Prof. Dr. Gregor Thüsing**: Es käme darauf an, die verschiedenen Effekte abzuwägen. Ich bin Jurist und beschränke mich auf den Leisten, den ich gelernt habe, zu bedienen. Man muss sich in dem Moment, wo man häusliche Pflege so attraktiv macht, dass sie auch von denjenigen erbracht werden könnte, die dazu vielleicht nicht in dem notwendigen Umfang bereit sind und sie in dem erforderlichen Umfang nicht leisten können, fragen, ob ich das tatsächlich richtig einsetze. Ich habe bislang aus meiner begrenzten Erfahrung mit der Praxis nicht den Eindruck, dass das ein breitflächiges Problem ist. Aber in dem Moment, wo man dafür virulente Anzeichen sehen würde, müsste man dies in die zukünftige Planung mit einbeziehen.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Ich komme zum Anhörungsgegenstand zurück und meine Frage geht an ver.di. Sie machen in Ihrer Stellungnahme auf Verwerfungen auf dem Markt der Altenpflege aufmerksam. Bitte schildern Sie diese und die Auswirkungen auf die Bezahlung des Pflegepersonals und erläutern Sie bitte, warum es eine flächendeckende Tarifbezahlung in der Pflege geben muss.

SV **Dietmar Erdmeier** (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Ver.di geht davon aus, dass gesetzlich verbindliche Rahmenbedingungen notwendig sind, insbesondere in der bundeseinheitlichen Personalbemessung, aber auch mit flächentarifvertraglichen Vergütungsstrukturen, die notwendig sind, um den Wettbewerb nicht auf günstigen Löhnen und auf möglichst wenig Personal auszugetragen. Ver.di fordert, den Wettbewerb auf die Qualität der Versorgung zu richten. Der Bundesgesetzgeber kann an dieser Stelle regulierend eingreifen. Im Februar 2018 hat die ZDF-Sendung Frontal21 eine Reportage zu den Finanzinvestoren in der Altenpflege gesendet. Bei einer Stichprobe der



40 größten deutschen Pflegeheimbetreiber wurde deutlich, welche Rendite im Pflegemarkt möglich ist. Nach diesem Bericht erwirtschaften öffentlich-rechtliche Träger eine Gesamtkapitalrendite von durchschnittlich 2,8 Prozent, frei gemeinnützige Heimträger 5 Prozent und kommerzielle Betreiber eine Rendite von 8,3 Prozent. Es sei laut Bericht deutlich geworden, dass die kommerziellen Träger an Personal sparen. So würden öffentlich-rechtliche Heime durchschnittlich 62 Prozent des Umsatzes für Personal ausgeben, frei gemeinnützige Heime noch knapp 61 Prozent und kommerzielle Anbieter verwenden gerade mal 50 Prozent des Umsatzes für Personal. So sei ein Gewinn vor Steuern von monatlich bis zu 300 Euro pro Bewohner möglich. Ver.di ist der Überzeugung, dass mit Tarifverträgen eine bessere Bezahlung und gute Arbeitsbedingungen in der Altenpflege zu erreichen sind. Nur mit einer flächendeckenden tarifvertraglichen Bezahlung können die Verwerfungen auf dem Arbeitsmarkt, wie Lohndumping, Kostendruck, Flexibilisierung und Gewinnmaximierung trägerübergreifend gemindert werden. Es muss sichergestellt werden, dass sich diesem Tarifvertrag weder ausländische Investoren und Anbieter noch einzelne Unternehmen über Haustarifverträge entziehen können. Wir schlagen einen klaren Weg vor, der für uns Vorrang hat. Ver.di ist der Überzeugung, dass dieser Situation mit einer Rechtsverordnung nach § 7a AentG am besten begegnet werden kann. Damit wird ein zwischen Arbeitgebern und ver.di vereinbarter Tarifvertrag über Mindestentgelte und Mindestregularien für weitere Arbeitsbedingungen auf die gesamte Altenpflege erstreckt. Das dafür notwendige öffentliche Interesse ist aus unserer Sicht gegeben und die Tarifautonomie und ihre Ordnungs- und Befriedungsfunktion wird an dieser Stelle gewahrt. Über die Löhne haben wir vorhin schon einmal kurz gesprochen. Auch bei den Arbeitsbedingungen, insbesondere beim Jahresurlaub oder bei der Wochenarbeitszeit, gibt es große Fragen. Es würde zu deutlichen Entlastungen führen, wenn wir auch da auf ein deutlich höheres Niveau kommen würden, beispielsweise beim Jahresurlaub oder bei der Vereinheitlichung der Wochenarbeitszeit.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an die BDA. Herr Prof. Dr. Thüsing hat schon einiges zur rechtspolitischen und verfassungsrechtlichen Umwidmung des Pflegevor-

sorgefonds ausgeführt. Was halten Sie von diesem Vorschlag der Antragsteller?

SV **Dominik Naumann** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Ich schließe mich sowohl bei den juristischen als auch bei den Gerechtigkeitsfragen ausdrücklich der Einschätzung an, dass diese sogenannte Umwidmung, was ein intensiver Euphemismus ist, unbedingt zu unterbleiben hat. Der Pflegevorsorgefonds ist tatsächlich mit der klaren Zielsetzung gebildet worden, die Beitragszahler in der Zukunft zumindest ein Stück weit zu entlasten. An dieser wirklich notwendigen Zweckbindung muss unbedingt festgehalten werden. Es geht hier in der Tat um Generationengerechtigkeit. Wir haben mehrere Dimensionen der Gerechtigkeit und wenn wir sehen, wie die Sozialversicherungsbeiträge in den verschiedenen Zweigen sich in einigen Jahren entwickeln werden, dann wird es zwingend notwendig sein, zumindest ein Stück weit zu einer Stabilität zu kommen. Deswegen darf es zu einer Umwidmung, was eine Zweckentfremdung der Mittel der Beitragszahler ist, auf keinen Fall kommen und das ist unbedingt abzulehnen.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Thüsing. Welche Folgen sehen Sie bei der Einführung einer Pflegevollversicherung für die in § 6 SGB XI festgeschriebene Eigenverantwortung?

ESV **Prof. Dr. Gregor Thüsing**: In dem Moment, wo meine Kosten aus einer Pflegebedürftigkeit wachsen und gleichzeitig auf eine Versichertengemeinschaft abgewälzt werden können, sinkt mein Anreiz, mich selber darum zu bemühen, eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Nun wird man selber aus vielen guten Gründen, die nichts mit der möglichen Kostentragung einer Pflegebedürftigkeit zu tun haben, versuchen, eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, weil sie eine Einschränkung der Lebensqualität darstellt. Die Frage ist aber, wie weit es Gerechtigkeitsaspekten bei einem Wechsel zu einer Vollversicherung bedürfte, da die Versichertengemeinschaft eine Zwangsgemeinschaft ist. Die Gründe dafür, dass die Pflegeversicherung seinerzeit im Konsens in der jetzigen Form und nicht als Voll- oder Teilkaskoversicherung ausgestaltet



wurde, sind geblieben. Das gesetzgeberische Konzept ist, dass ich diese Pflegebedürftigkeit als Risiko primär in Eigenverantwortung in Kauf nehmen und dafür Vorsorge leisten muss. Die Pflegeversicherung hilft, das sozial abzusichern. Es darf aber keinen vollständigen Perspektivenwechsel geben und diese zu einer Versicherung ähnlich der Krankenversicherung ausgebaut werden.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an Frau Dr. Kochskämper. Die Antragsteller begründen ihre Forderung damit, dass die Pflege zunehmend arm mache. Nun entnehme ich Ihrer Stellungnahme, dass von einer deutlichen Zunahme von Leistungsempfängern der Hilfe zur Pflege nicht die Rede sein kann. Könnten Sie das bitte erläutern?

ESVe **Dr. Susanna Kochskämper**: In der Tat ist es so, dass zwar absolut betrachtet die Zahlen der Hilfeempfänger zugenommen haben. In der gleichen Zeit aber, wenn man sich den Zeitraum seit Einführung der Pflegeversicherung ansieht, ist auch die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt gestiegen. Setzt man die beiden Zahlen ins Verhältnis, also die Hilfeempfänger zu den Pflegeempfängern und die Pflegebedürftigen insgesamt, dann sieht man, dass der Anteil in den letzten zehn Jahren relativ stabil geblieben ist. Auch der Anteil derjenigen, die stationär versorgt werden, ist über die letzten Jahrzehnte bei etwa einem Drittel geblieben. Es scheint also zunächst nicht so zu sein, dass im bundesweiten Durchschnitt erkennbar ist, dass es hier ein enorm wachsendes Problem gibt. Das heißt nicht, dass es immer mal wieder mögliche regionale Probleme gibt, gerade wenn in bestimmten Regionen die Kosten im Bereich der stationären Pflege stark ansteigen. Gleichzeitig ist es so, dass es, wenn man noch genauer hinsieht, nicht für alle Altersgruppen gleichermaßen gilt. Den Zahlen nach scheint es momentan so zu sein, dass gerade Pflegebedürftige im hohen Alter verhältnismäßig gut für den Fall, dass sie pflegebedürftig werden, vorsorgen konnten. Problematischer ist es eher in der Gruppe der jüngeren Pflegebedürftigen, im Alter von etwa 40 bis 65 Jahren. Da sind verhältnismäßig viele Menschen von der Hilfe zur Pflege abhängig. Das mag aber den Grund haben, dass man in diesem Alter für den Fall der Pflegebedürftigkeit noch nicht gut genug vorsorgen konnte. Wenn es um Reformen

gehen soll, wäre zu berücksichtigen, wie es denn in diesen Altersgruppen aussieht, ob es spezielle Gruppen gibt, die stärker gefährdet sind, in diese Hilfe zur Pflege abzurutschen als andere. Wäre es dann nicht sinnvoll, gezielte Maßnahmen in diesem Bereich zu ergreifen und nicht gleich die komplette Pflegeversicherung zu einer Vollversicherung auszubauen?

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Können Sie mir sagen, welche finanziellen Auswirkungen Ihrer Ansicht nach der Übergang zu einer echten Teilkasko- oder zu der von den Antragstellern geforderten Vollversicherung in der Pflege auf die Pflegeversicherung hat?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Das ist eine für den GKV-Spitzenverband äußerst schwierig zu beantwortende Frage, weil wir eine paritätisch besetzte Selbstverwaltung haben. Die politische Diskussion, die Sie hier führen und die gesellschaftspolitisch draußen geführt wird, die hier zum Tragen gekommen ist, schlägt voll auf den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes durch, sodass wir keine Position zu Vollversicherung ja oder nein oder Teilkaskoversicherung ja oder nein haben. Insofern haben wir auch keine Berechnungen ange stellt, wie eine echte Teilkasko, wie Herr Prof. Dr. Rothgang sie in seinem Gutachten dargestellt hat, sich finanziell entwickeln würde, geschweige denn eine Pflegevollversicherung. Ich kann mit einer Antwort nicht dienen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE): Ich möchte auf den Koalitionsvertrag zu sprechen kommen und die Erfahrungen vom Caritasverband hören. Die Koalition will die Personalausstattung erhöhen, 13 000 neue Pflegekräfte sind im Gespräch, und die Bezahlung der Pflegekräfte soll durch eine flächen deckende Tarifbindung verbessert werden. Das sind Allgemeinverbindlichkeitserklärungen. Beides kostet Geld und erhöht ohne Gegensteuerung die Eigenbelastung der Heimbewohner. Wie kann die Einnahmebasis der Pflegeversicherung auf eine nachhaltige und tragfähige Grundlage gestellt werden, um das zu verhindern?



SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V. (DCV)): In der Tat wirft der Koalitionsvertrag mit seinen sehr guten Elementen die Frage auf, wie finanzieren wir das Ganze. Die Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Höhe von 650 Millionen Euro erfolgt aus dem SGB V. Angesichts der gut gefüllten Kassen der Krankenversicherung dürfte das kein Problem darstellen. Es stellt sich aber die Frage, wie die Belastungen in der Pflegeversicherung zu finanzieren sind und da können wir uns seitens des Deutschen Caritasverbandes durchaus vorstellen, den Pflegevorsorgefonds umzuwidmen, zumal er im Moment und auch auf absehbare Zeit Negativzinsen abwerfen wird und daher nicht viel beitragen kann. Das Ziel an sich, eine generationengerechte Absicherung zu schaffen, ist sehr aner kennenswert. Hier stimme ich vollkommen mit Frau Dr. Kochskämper und Herrn Prof. Dr. Thüsing überein. Dieses Ziel wird er aber nicht leisten können, das klang heute durchaus schon mehrfach an. Der zweite Punkt ist, wir müssen die Pflegeversicherung und die Krankenversicherung insgesamt auf eine breitere Basis stellen. Da ist für den Deutschen Caritasverband das Modell, das Bürgerversicherung genannt wird und das wir Einheitliche Versicherung nennen, von großer Relevanz, um die gesetzliche und die private Krankenversicherung miteinander in Wettbewerb zu bringen, unter gleichen Konditionen und mit dem gleichen Leistungskatalog, ohne dass die private Versicherung weiterhin risikoadjustierte Prämien nehmen kann. Es ist auch über eine Erweiterung der Einnahmehasis bei der Beitragsbemessung zu reden, nämlich durch Einbeziehung weiterer Einkommensarten.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Pflegerat. Sie sprechen sich, wie wir das auch als Grüne fordern, dafür aus, die medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen aus der GKV zu finanzieren. Warum ist Ihnen das besonders wichtig und wie schätzen Sie aus der Sicht der Praxis die Anmerkung des GKV-Spitzenverbandes ein?

SVe **Ulrike Döring** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Zu der Möglichkeit, medizinische Behandlungspflege aus dem SGB V zu finanzieren, ist schon einiges gesagt worden. Grundsätzlich stimmt

es nicht, dass die Leistungen aus der Pflegeversicherung mitfinanziert werden, sondern sie werden einfach zu Lasten der Leistungen der Pflegeversicherung erbracht. Ein praktisches Beispiel: Da ist jemand mit Pflegegrad 2, hat also einen relativ niedrigen Aufwand, der auch finanziert wird. Zudem ist er Diabetiker mit einer hochaufwändigen Blutzuckerwert abhängigen Insulinbehandlung. Das kann schon zwischen 30 und 40 Minuten am Tag dauern. Das hieße für denjenigen, dass er keine weiteren Leistungen bekommen kann bzw. es kommt aus dem Gesamtopf und geht dann zu Lasten anderer. Das ist für die Pflegesatzverhandlungen wichtig. Da es überhaupt keine Grundlage für die Größenordnung der für den Einzelnen und für die Bewohner einer Einrichtung erforderlichen, ärztlich angeordneten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege und der zeitlich erforderlichen Maßnahmen gibt, wird es einfach geleistet, weil es geleistet werden muss und ist nicht mitfinanziert. Es muss endlich aus demselben Topf wie die ambulante Pflege, wie in Krankenhäusern bei der Akutpflege, finanziert werden.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Die Frage geht an den Deutschen Pflegerat. Wir haben heute schon mehrfach Vorschläge gehört, dass alle pflegerelevanten Kosten von der Pflegeversicherung übernommen werden sollen, also nicht nur Pauschalbeträge gezahlt werden. Sie schreiben in Ihrem Gutachten, für uns schon erstaunlich, dass dadurch nicht nur die Eigenanteile sinken würden, sondern sogar ein Bürokratieabbau erreicht würde. In welchem prozentualen Ausmaß wäre so ein Bürokratieabbau möglich, welche Abläufe möchten Sie entbürokratisieren und ist unsere Befürchtung begründet, dass gerade bei der Umstellung auf Einzelleistungsabrechnung in der Pflegeversicherung eher mehr Bürokratie entstünde?

SVe **Ulrike Döring** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Es geht ganz bestimmt nicht darum, dass in dem gesamten SGB XI-Leistungsbereich Einzelleistungen abgerechnet werden sollen, sondern es geht um die Feststellung eines Pflegebedarfes auch in Paketen, die Finanzierung von Pflegesätzen und um einen festen Eigenanteil, auf den sich der Versicherte verlassen kann. Da entsteht keine weitere Bürokratie. Bei den SGB V-Leistungen wäre zu verhandeln, wie dieses geschehen soll, ob in Einzel-



leistungen wie in der ambulanten Pflege, da in den stationären Einrichtungen ärztliche Verordnungen vorliegen, oder ob es Komplexe für bestimmte Gruppierungen von medizinischer Behandlungspflege gibt. Das wäre dann tatsächlich auch ein Bürokratieabbau. Ansonsten wäre der Bürokratieabbau höchstens in der Frage, wie weit muss ich jede einzelne Leistung, die ich erbracht habe, einzeln abhaken, möglich. Wie in dem Entbürokratisierungsprojekt könnte man auch generell Leistungspakete abhaken und sagen, das, was da geplant ist, ist erbracht, und nur Leistungen, die nicht erbracht sind, werden begründet dargestellt.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Die Frage geht an den bpa. Laut Ihrer Stellungnahme auf Seite 3 würden die steigenden Belastungen der Bewohnerinnen und Bewohner durch eine Festschreibung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile nicht behoben werden können. Können Sie dies bitte erläutern?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Der pflegebedingte Aufwand ist ein Teil der Entgelte, die verhandelt, vereinbart und berechnet werden. Daneben gibt es die Entgelte für Unterkunft, für Verpflegung und für Investitionskosten, die, wie die Personalkosten auch, Steigerungen unterworfen sind. Wenn aus dem, was an Eigenanteil zu leisten ist, lediglich ein Drittel festgeschrieben würde, ist es logisch, dass zwei Drittel davon nicht umfasst werden und in ähnlichem Maße weiter steigen würden, wie bei den Personalkosten. Die Unterscheidung nach Bundesländern ist dabei interessant. Würde man festschreiben, dass beispielsweise in Sachsen-Anhalt der gleiche Eigenanteil festgeschrieben wird wie in Bayern, führt das zu ganz erheblichen Verwerfungen, da im Moment die Entgelte sehr unterschiedlich sind, und zwar bei allen drei Entgeltbestandteilen.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Frau Dr. Kochskämper. In Ihrer Stellungnahme führen Sie aus, dass im Jahr 2016 insgesamt nur rund 2,7 Millionen Menschen eine Pflegezusatzversicherung abgeschlossen haben. Das sind natürlich zu wenige, gerade für die junge Generation. Wie glauben Sie, dass Sie Ihren Vorschlag in die

Umsetzung bringen, dass mehr junge Leute sich eine private Säule in der Pflegeversicherung aufbauen?

ESVe **Dr. Susanna Kochskämper**: Da gibt es in der Tat Forschungsbedarf, wie die Alters- und Pflegevorsorge der Menschen tatsächlich aussieht. Es kann sein, dass einige Personen ausreichend vorsorgen, allerdings nicht in eine Pflegezusatzversicherung, sondern beispielsweise über Immobilien oder andere Altersvorsorgeprodukte, die umgewidmet werden können. Nichtsdestotrotz wäre darüber nachzudenken, ob es in der Pflegezusatzversicherung zusätzliche Anreize geben könnte, beispielsweise im Bereich arbeitgeberspezifischer Angebote, die als freiwillige Angebote oder zusätzliche Leistungen durchaus den Arbeitgeber attraktiv machen könnten. Eine weitere Überlegung wäre, was gibt es für Altersvorsorgeprodukte, die sich auch für die Pflege umwidmen lassen? Sind diese in einem bestimmten Bereich steuerlich zu fördern oder müssen wir prüfen, wie es in diesem Bereich überhaupt aussieht. Momentan konzentrieren wir uns sehr stark auf die Rente in diesem Bereich, der zweiten und dritten Säule. Die Frage wäre, gibt es Möglichkeiten, mit Pflegezusatzversicherungen oder geeigneten Produkten zu arbeiten und diese weiter auszubauen. Das sind allgemeine Gedanken, die wir noch nicht weiter ausgeführt oder detailliert erarbeitet haben. Das ist nur eine Anregung in der Stellungnahme gewesen.

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich sehe keinen weiteren Fragebedarf und darf mich ganz herzlich bedanken. Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich bedanke mich beim Ausschussesekretariat für die hervorragende Vorbereitung, bei den fragestellenden Fraktionen für die präzisen Formulierungen konkreter Fragen und für die zeitlich angemessene hervorragende Beantwortung der Fragen durch die Sachverständigen und Verbände. Ich beende die Anhörung und wünsche Ihnen noch einen schönen Nachmittag.



Schluss der Sitzung: 17.05 Uhr

gez.
Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender