

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(1)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 -
Pflegeversicherung
30.4.2019



**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

Antrag der Fraktion der FDP

**Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege
generationengerecht sichern**
Bundestags-Drucksache 19/7691

und zum

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden
Bundestags-Drucksache 19/7480

sowie zum

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-
Bürgerversicherung vollenden**
Bundestags-Drucksache 19/8561

Berlin, 30. April 2019

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
I.) Grundsätzliche Anmerkungen	3
II.) Antrag der Fraktion der FDP „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“	9
III.) Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“	11
IV.) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“	13

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 10.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 305.000 Arbeitsplätze und ca. 23.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 5.050 Pflegediensten, die ca. 230.000 Patienten betreuen, und 4.950 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 303.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

I.) Grundsätzliche Anmerkungen

Die Pflegeversicherung ist ein Erfolgsmodell. Sie ermöglicht eine qualitativ hochwertige Versorgung zu tragbaren Kosten. In Anbetracht des demographischen Wandels, der absehbar stark steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen, dem dramatischen Fachkräftemangel und dem weiter großen Investitionsbedarf stehen jedoch eine Vielzahl großer Herausforderungen für das System bevor.

Die finanziellen Auswirkungen dieser Herausforderungen lassen sich schon heute beobachten und werden in Kürze in Folge der politisch motivierten Lohnpolitik sowie der neuen Ausbildungsfinanzierung deutlich beschleunigt. Die Ausgaben der Pflegeversicherung sind in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Die zentralen Gründe hierfür waren die deutlich gestiegene Zahl der Pflegebedürftigen und die Leistungsausweitungen der vergangenen Legislaturperiode. Die mit den Pflegestärkungsgesetzen I-III in den letzten Jahren einhergehenden Leistungsverbesserungen wurden vom bpa insgesamt begrüßt. Die deutlich größere Inanspruchnahme von Leistungen gegenüber der ursprünglichen Schätzung der Bundesregierung spricht auch für das gute Leistungsangebot der Pflegeunternehmen. Gleichwohl hat der bpa zu Beginn dieser Legislaturperiode deutlich davor gewarnt, immer neue Maßnahmen anzukündigen, ohne vorher eine Aussage darüber zu treffen, wer die Kosten am Ende zahlt. Den pflegebedürftigen Menschen dürfen keine Verbesserungen versprochen werden, die sie am Ende selbst bezahlen müssen.

Die Bundesregierung hat bis dato in erster Linie mit Beitragssatzerhöhungen auf die konstant steigenden Kosten reagiert. Zuletzt stieg zum 1. Januar 2019 der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung um 0,5 Prozentpunkte. In den vergangenen fünf Jahren wuchs der Beitragssatz somit von 2,05 auf 3,05 Prozent an. Entgegen der immer wieder aufgestellten Be-

hauptung des wachsenden Anteils der Sozialhilfeempfänger in der Pflege sinkt dieser und erreichte 2017 den niedrigsten Stand seit zehn Jahren. 2017 sind die Ausgaben der Hilfe zur Pflege im Vergleich zum Vorjahr um fast 11 Prozent gesunken; 60.000 Menschen weniger waren auf Unterstützungsleistungen angewiesen.

Pflegeversicherung entlasten

Während der bpa in der Vergangenheit grundsätzlich Verständnis für die Notwendigkeit der Anpassung des Beitragssatzes gezeigt hat, so bedarf es endlich einer Diskussion über die Leistungen der Pflegeversicherung und welche Kosten von ihr übernommen werden sollen. Es ist wenig sinnvoll, eine deutliche Ausweitung der Einnahmen der Pflegeversicherung zu fordern, ohne parallel einen Blick auf die Ausgaben zu werfen.

Der bpa verweist seit vielen Jahren auf die derzeit von der Pflegeversicherung geleisteten Aufgaben, die nicht originär in deren Zuständigkeit liegen. Würden diese von den eigentlich Verantwortlichen finanziert, wäre eine sofortige Entlastung der Pflegeversicherung und der pflegebedürftigen Menschen möglich. Dies umfasst unter anderem die Kosten der medizinischen Behandlungspflege, die mit dem PpSG eingeführte Förderung von Familie, Pflege und Beruf sowie die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (beispielsweise die Zahlung von Rentenpunkten für pflegende Angehörige). Insgesamt betragen die Kosten dieser Leistungen bis zu 6 Milliarden Euro. Dies entspricht etwa 0,4 Beitragssatzpunkten.

Die fehlende Finanzierung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen durch die Krankenversicherung ist ein Systemfehler, der vom bpa seit vielen Jahren kritisiert wird. Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime sind wie alle anderen Versicherten auch Beitragszahler der Krankenversicherung. Bei den Leistungen der Krankenkasse werden sie jedoch systematisch benachteiligt, da sie die Kosten für die medizinische Behandlungspflege und für zahlreiche Hilfsmittel aus eigener Tasche zahlen müssen. Bei allen anderen Versicherten übernimmt die Krankenversicherung die Finanzierung dieser Leistungen. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden damit Monat für Monat mit mehreren hundert Euro zusätzlich belastet. Die zusätzlichen Kosten liegen bei über drei Milliarden Euro jährlich und stellen damit die größte Position von Leistungen dar, die nicht originär in der Zuständigkeit der Pflegeversicherung liegen und dennoch von ihr und insbesondere von den pflegebedürftigen gezahlt werden. Die durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) eingeführte Regelung zur Finanzierung zusätzlicher Stellen, die insbesondere im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege stehen sollen und von der Krankenversicherung finanziert werden, führt aufgrund ihrer Ausgestaltung zu keiner finanziellen Entlastung der Pflegeversicherung oder der pflegebedürftigen Menschen.

Die durch das PpSG ebenfalls eingeführte Fördermöglichkeit von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (§ 8 Abs. 7 SGB XI) bedeutet Mehrausgaben von 100 Millionen Euro jährlich für die Pflegeversicherung. Während die Zielsetzung des Gesetzgebers, Einrichtungen bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu unterstützen, vom bpa ausdrücklich begrüßt wird, kann jedoch in Frage gestellt werden, ob die Finanzierung insbesondere der Kinderbetreuung aus Mitteln der Pflegeversicherung erfolgen muss. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass die Kommunen aus einer ihrer zentralen Verantwortlichkeiten entlassen werden. Die Pflegeversicherung kann nicht für das fehlende Engagement der Kommunen verantwortlich gemacht werden und es auch nicht ausgleichen.

Mit Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes werden in allen Bundesländern Ausbildungsumlagen eingeführt, die – anders als im Krankenhausbereich – maßgeblich durch die Pflegebedürftigen refinanziert werden müssen. Diese Mittel reduzieren deren Sachleistungsanspruch. Die Kosten der Pflegeausbildung, inklusive der gesamten Schulkosten, werden zukünftig aus den Umlagen zu finanzieren sein. Hinzu kommen deutliche Kostensteigerungen aufgrund der deutlich ausgeweiteten Personal- und Qualitätsanforderungen. Die Bundesländer werden hingegen von der Verpflichtung der Finanzierung der Schulen weitestgehend entlastet und die entstehenden Kosten stattdessen über die Umlage anteilig den Pflegebedürftigen aufgebürdet.

Konsequenzen der Modelle zur „Weiterentwicklung“ der Pflegeversicherung beachten

Die derzeit vorrangig diskutierten Modelle zur „Weiterentwicklung“ der Pflegeversicherung stellen aus Sicht des bpa keine Verbesserung des Status Quo dar. Besonders problematisch ist das Modell des sogenannten „Sockel-Spitze-Tausches“. Dieses würde eine Kostenexplosion bei den Pflegekassen verursachen.

Bei einer Begrenzung der Zuzahlung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf einen festen Betrag würde die je nach Personalschlüsseln und -kosten in den Bundesländern unterschiedliche Zuzahlung nivelliert. Aus Verbrauchersicht gäbe es als Folge der politisch motivierten Beendigung einer wettbewerblichen Ausrichtung keinen Preisunterschied mehr. Eine wahrscheinliche Folge wäre, dass die Pflegekassen in Bundesländern mit höheren Eigenanteilen wie beispielsweise in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg wesentlich höhere Beträge zahlen müssten als zum Beispiel in Sachsen-Anhalt, Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern. Es käme demnach zu einer Umverteilung der Bei-

tragsgelder von Ost nach West.

Überhaupt gäbe es erstmals ein echtes Kostenrisiko für die Pflegekassen. Bereits heute, wo die Kassen Mehrausgaben aus höheren Gehältern und besserer Personalausstattung nicht selbst tragen müssen, verzögern die Pflegekassen in Verhandlungen wiederholt die Einigung, drücken die Preise und verweigern notwendige Verbesserungen und Finanzierungen. Im ambulanten Bereich erfolgt dabei regelmäßig der Hinweis auf die zur Verfügung stehende Leistungsmenge. Es ist davon auszugehen, dass bei einer tatsächlichen Pflicht zur Kostenübernahme durch die Pflegekassen entsprechende Verhandlungen zukünftig nur noch konfliktreicher würden. Die Folgen der Verweigerungshaltung der Pflegekassen lassen sich aktuell u.a. in Niedersachsen beobachten.

Darüber hinaus sind weitere Aspekte beim Sockel-Spitze-Tausch ungeklärt. Beispielhaft sei auf die offene Frage verwiesen, wie zukünftig die Inanspruchnahme von Leistungen gesteuert werden soll. Wenn pflegebedürftige Menschen für ein mehr an Leistungen nicht mehr zahlen müssen, wird es zu einer massiven Ausweitung kommen. Die teils vorgeschlagene individuelle Leistungsbedarfsermittlung wäre gegenüber dem derzeitigen System keinesfalls zwingend besser. Im ambulanten Bereich würde dem Pflegebedürftigen die Wahlfreiheit entzogen. Anspruch bestünde ausschließlich auf die von der Pflegekasse definierten und genehmigten Leistungen. Zu befürchten ist, dass es in allen Leistungsbereichen aus Kostengründen zu einer rigiden Leistungsgewährung kommt und die pflegebedürftigen Menschen sowie die Pflegeeinrichtungen mit einer Vielzahl an bürokratischem Mehraufwand konfrontiert wären.

Der bpa begrüßt dennoch, dass endlich Diskussionen über die Ausgestaltung der Pflegeversicherung geführt werden. Im Rahmen dieser gilt es wichtige Entscheidungen über die zukünftige Ausrichtung zu treffen:

- Eine erste Richtungsentscheidung ist notwendig, um die bisherige Teilleistungsausrichtung der Pflegeversicherung zu bestätigen oder zu verändern.
- Eine zweite Richtungsentscheidung ist notwendig zur Beibehaltung oder Abschaffung der bisher einheitlichen Leistungen aus der Pflegeversicherung, welche in den einzelnen Bundesländern zu teils sehr unterschiedlicher Belastung der pflegebedürftigen Menschen führen.
- Eine dritte Richtungsentscheidung müsste festlegen, welches Kostenniveau bei einer Begrenzung der individuellen Zuzahlung zugrunde gelegt werden soll. Denkbar wären hier als Orientierungsmaßstab in der stationären Pflege die bundesweit niedrigste individuelle Zuzahlung (niemand soll stärker belastet werden), die

durchschnittliche Zuzahlung oder auch die aktuelle Zuzahlung. Bei einer Anwendung des Vorschlages auf den ambulanten Bereich wäre vorab die Leistungsmenge pro Pflegegrad zu definieren. Die Finanz- und Verteilungswirkung wären jeweils sehr unterschiedlich, die Anreize für eine verstärkte Inanspruchnahme ebenso schwer kalkulierbar wie die Kostenentwicklung bei teils fragwürdigen Auswirkungen auf die Nutzerinnen und Nutzer.

- Beantwortet werden muss auch, ob die Pflegeversicherung Vermögen schonen oder vor pflegebedingter Sozialhilfebedürftigkeit bewahren soll. Im zweiten Falle wäre z.B. eine nach Dauer der finanziell belastenden Pflegebedürftigkeit gestaffelte Leistungshöhe denkbar.

Um eine konstant steigende Belastung der pflegebedürftigen Menschen, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfeträger zu vermeiden, muss endlich eine gesetzliche Regelung über eine jährlich regelgebundene Dynamisierung zur Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung eingeführt werden. Diese kann beispielsweise an die Lohn- oder Preisentwicklung angeknüpft sein. Die durch das PSG II erfolgte Leistungsanpassung genügt nicht. Im Koalitionsvertrag wird eine kontinuierliche Anpassung der Sachleistungen an die Personalentwicklung angekündigt. Abhängig von der konkreten Ausgestaltung, stellt dies einen sinnvollen ersten Schritt der Dynamisierung dar.

Wettbewerb erhalten

Entscheidend für die langfristige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung und den Erhalt der qualitativ hochwertigen Versorgung ist deren wettbewerbliche Ausgestaltung. Der politisch gewollte Wettbewerb hat pflegebedürftige Menschen und Sozialhilfeträger vor ungebremsten Kostensteigerungen bewahrt und gleichzeitig einen Wettbewerb um gute Qualität und Innovationen gefördert. Wer Markt und Wettbewerb in der Pflege in Frage stellt, der verschärft die Probleme weiter.

Dies gilt umso mehr, als bis 2030 allein in stationären Einrichtungen bis zu 80 Milliarden Euro investiert werden müssen. Im Bereich der teilstationären und ambulanten Einrichtungen kommen nochmals rund 40 Milliarden Euro hinzu. Die Länder haben sich aus der Förderung und Finanzierungsverantwortung längst herausgezogen. Die Pflegeversicherung finanziert keine pflegerische Infrastruktur. Investitionen der privaten Träger sichern ein flächendeckendes und bedarfsdeckendes Angebot. Privates Kapital wird jedoch nur dann zur Verfügung gestellt, wenn die dafür nötigen Rahmenbedingungen geschaffen werden, eine langfristige Planungssicherheit herrscht und es risikogerechte Renditemöglichkeiten gibt.

Vor diesem Hintergrund muss jede weitere Einschränkung des Wettbe-

werbs in der bereits überregulierten Pflege kritisch gesehen werden. Dies umfasst auch weitere Eingriffe in das System aus sozialer und privater Pflegeversicherung. Weniger Wettbewerb und immer weitere Regulierung helfen dem Gesundheits- und Pflegewesen nicht. Stattdessen treiben sie die Kosten nach oben, erhöhen den Bürokratieaufwand und senken die Innovationskraft. Deshalb brauchen wir mehr statt weniger Wettbewerb.

II.) Antrag der Fraktion der FDP

„Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“

A) Forderungen des Antrags

Der Antrag der Fraktion der FDP fordert die Bundesregierung auf, noch in dieser Legislaturperiode einen Vorschlag zur zukünftigen Finanzierung der Pflege vorzulegen, der sich an einem Dreisäulenmodell aus sozialer Pflegeversicherung, privater Pflegevorsorge sowie betrieblicher Pflegevorsorge orientiert.

Der Bedarf zur privaten Vorsorge soll offen kommuniziert, die kapitalgedeckten Elemente in der Pflegeversicherung weiterentwickelt und die wettbewerblichen Elemente erhöht werden. Staatliche geförderte Pflege-Zusatzversicherungen („Pflege-Bahr“) sollen evaluiert, die Einführung vergleichbarer Instrumente geprüft und die steuerlichen Anreize zur Vorsorge erhöht werden.

Die Bundesregierung soll Modellprojekte zur betrieblichen Pflegevorsorge unterstützen und fördern sowie die Umwidmung von Altersvorsorgeprodukten zweckgebunden für die Pflege prüfen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Beitragssatzanpassungen der privaten Pflegeversicherung sollen verändert werden, um die Beitragssatzentwicklung zu glätten. Zudem soll die Forschung im Bereich der Pflegevorsorge intensiviert werden.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt grundsätzlich die Forderung, noch in der laufenden Legislaturperiode einen konkreten Vorschlag zur künftigen Finanzierung auszuarbeiten. Wichtig ist jedoch, dabei keine Vorfestlegungen zu treffen. Die Forderung einiger Bundesländer und Parteien zur Begrenzung der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen ist eine derartige Vorfestlegung und für eine zielführende Diskussion über die Zukunft der Pflegeversicherung keinesfalls hilfreich. Gleichzeitig darf eine solche Diskussion aber eben nicht nur auf die Frage der Finanzierung der Pflegeversicherung begrenzt bleiben. Die Leistungen dieser müssen gleichberechtigt in den Blick genommen werden. Andernfalls droht die Wiederholung vergangener Reformen, bei denen durch Veränderungen im Leistungsrecht die Ausgaben die Einnahmen der Pflegeversicherung deutlich übertrafen. Zudem müssen auch derzeitige Leistungen der Pflegeversicherung betrachtet werden, deren Zuständigkeit systematisch bei anderen Kostenträgern läge. Beispielhaft sei diesbezüglich auf die medizinische Behandlungs-

pflege in stationären Pflegeeinrichtungen verwiesen (siehe S. 4).

Der Ausbau der wettbewerblichen Elemente im System der privaten und sozialen Pflegeversicherung kann sinnvoll sein. Wichtig ist jedoch, dass dies nicht zu weniger Leistungen für die pflegebedürftigen Menschen führt oder einseitig in den Wettbewerb der Leistungserbringer eingreift.

Die Intensivierung und Evaluation der Forschung im Bereich der Pflegevorsorge erscheint sinnvoll. Neben den aus der demographischen Entwicklung resultierenden Mehrausgaben sollte eine solche Forschung insbesondere die Kosten der im politischen Raum diskutierten Reformvorschläge untersuchen. Der bpa warnt wiederholt davor, immer neue Maßnahmen anzukündigen, ohne vorher eine Aussage darüber zu treffen, wer die Kosten am Ende zahlt.

III.) Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“

A) Forderungen des Antrags

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch welchen ein Finanzausgleich zwischen der privaten und sozialen Pflegeversicherung aufgebaut wird, der die unterschiedlichen Versichertenausgaben vollständig ausgleicht.

Im Anschluss sollen innerhalb von zwölf Monaten Regelungen erarbeitet werden, die die private in die soziale Pflegeversicherung überführen.

B) Stellungnahme

Aus Sicht der Pflegeeinrichtungen ist es nicht relevant, ob ein Bewohner oder Kunde in der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung versichert ist. Die erbrachten Leistungen unterscheiden sich weder im Umfang noch in der Qualität zwischen den Versicherungsarten.

Vorteile der Abschaffung der privaten Pflegeversicherung ergeben sich somit weder für die pflegebedürftigen Menschen noch für die Pflegeeinrichtungen. Der bpa lehnt eine solche auch aus systematischen Gründen ab. Weniger Wettbewerb und immer weitere Regulierung helfen dem Gesundheits- und Pflegewesen nicht. Stattdessen treiben sie die Kosten nach oben, erhöhen den Bürokratieaufwand und senken die Innovationskraft.

Die unter I. im Antrag dargestellten Gründe für steigende Finanzbedarfe würden durch den Antrag gleichwohl keineswegs angegangen. Der Antrag würde zunächst weder eine Reduzierung der Eigenanteile noch einen geringeren Sozialhilfebedarf bedeuten. Es findet ebenfalls keine Finanzierung entstehender Kosten aus besseren Personalschlüsseln oder höheren Gehältern statt. Hierzu bedarf es einer Erhöhung der Leistungen der Pflegeversicherung sowie einer regelmäßigen jährlichen Dynamisierung der Leistungshöhen. Derlei Regelungen sind im Antrag jedoch nicht vorgesehen.

Problematisch ist, dass der Antrag nur auf die Einnahmesituation der Pflegeversicherung eingeht. Die Leistungen dieser müssen aber gleichberechtigt in den Blick genommen werden. Andernfalls droht die Wiederholung vergangener Reformen, bei denen durch Veränderungen im Leistungsrecht die Ausgaben die Einnahmen der Pflegeversicherung deutlich übertrafen. Zudem müssen auch derzeitige Leistungen der Pflegeversi-

cherung betrachtet werden, deren Zuständigkeit systematisch bei anderen Kostenträgern läge. Beispielhaft sei diesbezüglich auf die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen verwiesen (siehe S. 4).

IV.) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege- Bürgerversicherung vollenden“

A) Forderungen des Antrags

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert die Bundesregierung auf, verschiedene Änderungen des SGB XI umzusetzen. Zwischen der privaten und der sozialen Pflegeversicherung soll ein vollständiger Finanzausgleich erfolgen. In beiden Versicherungsarten sollen einheitliche, einkommensabhängige Beiträge erhoben werden. Als Basis der Beitragsberechnung sollen dabei alle Einkommensarten berücksichtigt werden. Die Beitragsbemessungsgrenze soll schrittweise bis zur Höhe der der Rentenversicherung gehoben werden.

Die Altersrückstellungen der privat Krankenversicherten sollen aufgelöst und möglichst allen Pflegeversicherten zu Gute kommen.

Kinder sowie nicht erwerbstätige, pflegende oder erziehende Lebens- und Ehepartner sollen keine Beiträge zahlen müssen. Bestehen Anreize, die eine Alleinverdienenehe begünstigen, sollen abgebaut werden.

B) Stellungnahme

Wie bereits unter III.) zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. ausgeführt (siehe S. 11), ist es für die Pflegeeinrichtungen und die Leistungserbringung nicht relevant, ob ein Bewohner oder Patient Mitglied der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung ist.

Vorteile der Abschaffung der privaten Pflegeversicherung ergeben sich somit weder für die pflegebedürftigen Menschen noch für die Pflegeeinrichtungen. Der bpa lehnt eine solche auch aus systematischen Gründen ab. Weniger Wettbewerb und immer weitere Regulierung helfen dem Gesundheits- und Pflegewesen nicht. Stattdessen treiben sie die Kosten nach oben, erhöhen den Bürokratieaufwand und senken die Innovationskraft.

Problematisch ist, dass der Antrag nur auf die Einnahmesituation der Pflegeversicherung eingeht. Die Leistungen dieser müssen aber gleichberechtigt in den Blick genommen werden. Andernfalls droht die Wiederholung vergangener Reformen, bei denen durch Veränderungen im Leistungsrecht die Ausgaben die Einnahmen der Pflegeversicherung deutlich übertrafen. Zudem müssen auch derzeitige Leistungen der Pflegeversicherung betrachtet werden, deren Zuständigkeit systematisch bei anderen

Kostenträgern läge. Beispielhaft sei diesbezüglich auf die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen verwiesen (siehe S. 4).

Nicht nachvollziehbar ist die unter I. vorgebrachte Behauptung, dass Leistungsverbesserungen wie wohnortnahe Pflegekonzepte einzig mit einer veränderten Pflegeversicherung bzw. einer sogenannten Pflege-Bürgerversicherung möglich seien. Bereits heute bieten die privaten Pflegeeinrichtungen eine Vielzahl innovativer Pflegekonzepte an, die eine ganz individuelle Versorgung der pflegebedürftigen Menschen ermöglichen. Die Grundlage dessen bildet keineswegs die Arbeit der Pflegekassen, sondern die durch die wettbewerbliche Ausrichtung der Pflege hervorgebrachte Innovationskraft der privaten Pflegeanbieter.