

# Mehr Mut zum Querdenken

## Autorenpapier zur Pflegepolitik von Elisabeth Scharfenberg

### Einleitung

In den letzten Jahren hat sich die Pflege vom „Anhängsel“ der Gesundheitspolitik zu einem eigenständigen Politikfeld entwickelt, auch dank der parlamentarischen Arbeit der Grünen. Wirklich emanzipiert hat sie sich noch nicht. Doch angesichts der steigenden Zahl von Menschen mit Pflegebedarf sind wir bereits heute mit gravierenden Problemen in der alltäglichen pflegerischen Versorgung konfrontiert, und damit steigt der Druck im System. Nach zwölf Jahren als pflegepolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, in denen ich Konzepte zur Pflegepolitik mitgestalten konnte, habe ich im September 2017 nicht erneut für den Bundestag kandidiert. Vielmehr möchte ich unsere Konzepte nun dem Praxistest unterziehen. Zeit also, Bilanz zu ziehen und einen Ausblick nach vorn zu wagen.

Vor uns liegt eine Reihe ungelöster Aufgaben:

- die Förderung der quartiersorientierten, ambulanten Versorgung und die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege
- die Ausgestaltung der Versorgungsangebote und -strukturen, orientiert an den Bedürfnissen und der Lebensqualität Pflegebedürftiger und ihrer Familien
- die Aufwertung und Kompetenzerweiterung der Pflegeberufe, Verbesserung von Arbeitsbedingungen, Erweiterung pflegerischer Kompetenzen und vor allem die Bekämpfung des Personalmangels in der Pflege
- eine gerechte und zukunftsfeste Finanzierung der Pflege

Im Zentrum grüner Pflegepolitik steht dabei der selbstbestimmte pflegebedürftige Mensch, seine Souveränität, seine Würde und sein Anspruch auf Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben. Ich möchte einen Blick nach vorne wagen und die vor uns liegenden Aufgaben näher darstellen, zunächst aber kurz zurückblicken, woher wir pflegepolitisch gekommen sind.

### Pflegepolitik bis heute

Die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) im Jahre 1995, nach 20-jähriger Debatte über die Notwendigkeit einer Absicherung des Pflegerisikos, war ein Meilenstein in der Entwicklung der Pflegepolitik. Auch wenn sie zweifellos reformbedürftig ist, ist die „Institutionalisierung“ dieser Absicherung nicht zu unterschätzen. Allerdings wird Pflege auf Bundesebene weiter unter „Gesundheit“ subsummiert. Nordrhein-Westfalen war das erste Bundesland, das nach den Landtagswahlen 2010 die Pflege explizit in die Bezeichnung des dortigen Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter aufgenommen hat.

Seit den frühen 1980er Jahren – damals noch als Die Grünen – war Pflegepolitik für uns ein wichtiges Thema. Bis in die 1990er waren die Grünen übrigens nicht Verfechter einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung, sondern für ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz. Die grünen Bundestagsfraktionen der 10. und 11. Wahlperiode legten 1984 und 1988 – u.a.

unter Beteiligung von Trude Unruh – einen Gesetzentwurf für ein „Bundespflegegesetz“ vor (BT-Drucksachen 10/2609 und 11/1790). Bei der Abstimmung über die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung im April 1994 stimmten sie – nun als BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – entsprechend mit „nein“. Bekanntermaßen haben wir in dieser – bis heute ungelösten – Frage der bestmöglichen Finanzierung unsere Haltung weiter entwickelt. Wie in der Krankenversicherung treten wir seit den frühen 2000er Jahren als erste Partei für eine solidarische Bürgerversicherung in der Pflege ein (s.u.).

„Niemand soll eine vertraute Umgebung verlassen müssen. [...] Insgesamt geht es ja darum, den Pflegebedürftigen die Verfügungsgewalt über sich selbst wieder zu verschaffen“, heißt im grünen Entwurf für ein Bundespflegegesetz von 1988 (BT-Drucksache 11/1790, S. 8). Die mangelnde Souveränität pflegebedürftiger Menschen zu thematisieren war damals so richtig wie heute.

Ohne Zweifel hat sich seitdem pflegepolitisch viel getan, aber immer wieder gab es reformpolitische „Pausen“. Unter der rot-grünen Bundesregierung von 1998 bis 2005 professionalisierte sich die Pflegepolitik zwar, dank der ersten grünen Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer (1998-2001) und ihrer Staatssekretärin Christa Nickels (1998-2001), einer ausgebildeten Krankenschwester. Doch die rot-grünen Regierungsjahre blieben pflegepolitisch unter ihren Möglichkeiten.

Schon seit Mitte der 1990er Jahre wurde über die zu somatische Ausrichtung der Pflegeversicherung diskutiert. In den 2000er Jahren wurden entsprechende Forderungen nach einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff lauter. Auch finanziell geriet die Pflegeversicherung an ihre Grenzen. Dass auf Dauer eine Anhebung des Beitragssatzes kaum zu vermeiden sein dürfte, war damals schon klar. Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom Dezember 2001 brachte zwar einige Leistungsverbesserungen, u.a. für demenziell erkrankte Personen, aber erst in der zweiten rot-grünen Regierungsperiode (2002-2005) sollte eine umfassende Pflegereform erfolgen. Über die Eckpunkte herrschte im Jahr 2003, unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, weitgehend Einigkeit zwischen den Koalitionspartnern. Doch die Reform wurde zum Jahresbeginn 2004 zum Entsetzen des grünen Koalitionspartners (und vieler Sozialdemokrat\*innen) von Bundeskanzler Gerhard Schröder gestoppt. Eine weitere Belastung der Bevölkerung sollte es nicht geben.

Nach dieser Fehlentscheidung wurde im selben Jahr lediglich das Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2001 pflichtgemäß umgesetzt, wonach Erziehende beim Beitrag zur Pflegeversicherung während der Erziehungszeit gegenüber Nicht-Erziehenden entlastet werden müssen. Im Rahmen des sog. „Kinder-Berücksichtigungsgesetzes“ (KiBG) wurde der Beitragssatz für kinderlose Pflegeversicherte um 0,25 Prozentpunkte erhöht. Die Verkündung der vorgezogenen Neuwahlen im Jahr 2005 erstickten alle Reformbemühungen. Rot-Grün endet pflegepolitisch letztlich dann doch mit einer Belastungsbotschaft, nämlich der Einführung des „Kinderlosen-Zuschlags“.

## **Pflegepolitik in der Opposition seit 2005**

In den vergangenen 12 Jahren konnten wir die grüne Pflegepolitik auch in der Opposition gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen aus der Bundestagsfraktion, den Ländern und der Partei weiterentwickeln. Ich möchte mich an dieser Stelle für die konstruktiven

Diskussionen bedanken bei Biggi Bender, Britta Haßelmann, Fritz Kuhn, Renate Künast, Bärbl Mielich, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Barbara Steffens, Heinrich Sydow, Dr. Harald Terpe, Helmut Wallrafen und Harald Wölter sowie den Pflegereferentinnen der grünen Bundestagsfraktion Dr. Anja Ludwig und Alexandra Baronsky.

## **Pflegepolitik seit 2005 – eine Übersicht**

Insgesamt hat sich die Pflegepolitik seit 2005 deutlich fortentwickelt. Pflegepolitisch untätig sind die jeweiligen Bundesregierungen nicht gewesen. Ihre Reformvorhaben waren allerdings von sehr unterschiedlicher Qualität. Es gab ganz zweifellos Fortschritte, aber auch mehr als problematische Entscheidungen.

### **Erste Reformbewegungen seit 1995: Pflegepolitik von 2005-2009 unter Schwarz-Rot**

2005 musste jeder neuen Bundesregierung klar sein, dass eine Pflegereform notwendig war, sollte die Pflegeversicherung finanziell nicht an die Wand gefahren werden und das Vertrauen als leistungsfähiges System einbüßen. Die Debatte um die notwendige Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs konnte nicht mehr ignoriert werden. Dennoch war die erste pflegepolitische Entscheidung der großen Koalition unnötig und falsch. Im Zuge der Föderalismusreform wurde im Jahr 2006, gegen den Protest der überragenden Mehrheit aller Expert\*innen und Verbände, der Grünen und im Übrigen auch vieler Fachpolitiker\*innen aus den Reihen der Koalition, die Kompetenz für das Heimrecht vom Bund an die Länder übertragen.

Im Oktober 2006 berief Gesundheitsministerin Ulla Schmidt dann den Expertenbeirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Pbb) ein. Ein grundsätzlich überfälliger Schritt, aber auch wieder ein Vertagen gesetzgeberischer Entscheidungen. Über zehn Jahre vergingen, bis mit dem zweiten und dritten Pflegestärkungsgesetz der neue Pbb tatsächlich in Kraft trat (s.u.).

Die erste umfassendere Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung folgte 2008 mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (Pflege-WG). Im Mittelpunkt standen vor allem die erstmalige Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes seit 1995, die Einführung der sogenannten Pflegestützpunkte und die Verankerung der Pflegeberatung, die Anhebung der Leistungsbeträge, die Grundlage zur Schaffung des „Pflege-TÜVs“ sowie nicht zuletzt die Einführung einer gesetzlichen Pflegezeit. Keine Kraft fand die große Koalition für eine umfassende Finanzreform – bis heute nicht.

Man muss Schwarz-Rot attestieren, dass sie mit dem Pflege-WG die wohnortnahe Beratung in der Pflege und den Aufbau entsprechender Strukturen in vielen Städten und Regionen zumindest angestoßen haben. Von unserer grünen Forderung eines neutralen und individuellen Case-Managements sind wir jedoch noch weit entfernt. Auch der Gedanke der Offenlegung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen war und ist richtig. Allerdings wurden die Verbände der Betroffenen und Verbraucher\*innen von vornherein bei der Erarbeitung des Konzepts außen vor gelassen. Der „Pflege-TÜV“ ist gescheitert. Es ist in allen Pflege-Einrichtungen ein Leichtes, trotz schlechter Pflege gute Noten zu erhalten. Eine grundlegende Überarbeitung ist veranlasst, aber eben noch nicht umgesetzt.

## **Verlorene Jahre: Pflegepolitik von 2009-2013 unter Schwarz-Gelb**

Unter Schwarz-Gelb in der 17. Wahlperiode galt es für uns in der Opposition, die Gesundheits- und Pflegepolitik vor größerem Schaden zu bewahren. Das Worst-Case-Szenario einer privatisierten Pflegeversicherung und Kopfpauschalen trat zwar nicht ein, insgesamt war das pflegepolitische Erbe dieser Koalition allerdings dürftig und beschränkte sich auf die Verschleppung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) mit dem unseligen „Pflege-Bahr“.

Nachdem der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs am Ende der vorherigen Wahlperiode bereits seine Empfehlungen abgegeben hatte, griffen der neue Überraschungs-Gesundheitsminister Philipp Rösler und, ab Mitte 2011, auch sein Nachfolger Daniel Bahr diese nicht auf. Es geschah einfach nichts. Ende 2011 schmiss dann der Vorsitzende des Expertenbeirats, Dr. Jürgen Gohde, der sich jahrelang für diese wichtige Reform eingesetzt hatte, entnervt das Handtuch. Dieser Schritt machte überdeutlich, dass vor allem die Liberalen nicht verstanden, um was es eigentlich ging. Erst im März 2012 wurde der Beirat, nun unter Vorsitz von K.-Dieter Voß und dem Patientenbeauftragten Wolfgang Zöller (CSU), neu eingesetzt. Er konnte dann tatsächlich bis Juni 2013, pünktlich zum Wahlkampf, einen umfassenden Abschlussbericht vorlegen. Für eine Umsetzung war es zu diesem Zeitpunkt allerdings wieder zu spät.

Das PNG enthielt also keinen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ist sicherlich das schwächste Pflegereformgesetz, von dem hier die Rede ist. Neu ausgerichtet wurde gar nichts. Die Einführung der staatlich geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherung, des Pflege-Bahrs, kann nur als pflegepolitischer Irrtum verbucht werden. Er ist ein deutliches Signal hin zu der von Schwarz-Gelb gewollten Entsolidarisierung und Privatisierung der Pflegesicherung, er benachteiligt Geringverdiener und er war zudem schlecht konzipiert. Bis heute wird er wenig in Anspruch genommen. Dennoch gibt es den Pflege-Bahr immer noch, und die SPD, die in der Opposition gegen den Pflege-Bahr gewettert hatte, wurde 2013 bei diesem Thema plötzlich sehr still, als sie an die Regierung kam.

Dem gegenüber steht seit 2012 unser sauber berechnetes und fachlich gut ausgearbeitetes Modell einer Pflege-Bürgerversicherung. Konzeptionell verstärkten wir außerdem die Forderung nach einer stärker nutzerorientierten und quartiersbezogenen Ausrichtung der Wohn- und Versorgungsangebote – vor allem unter Betonung des von Schwarz-Gelb weitgehend ignorierten Aspektes der Einbeziehung und Stärkung der Rolle der Kommunen.

## **Emsig, aber ohne klaren Kompass: Pflegepolitik von 2013-2017 unter Schwarz-Rot**

2013 war der pflegepolitische Handlungsbedarf so groß geworden, dass umfassende Reformwerke alternativlos waren. Mit insgesamt drei Pflegestärkungsgesetzen (PSG I-III) wurde die jahrelang diskutierte und immer wieder verschleppte Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs grundsätzlich realisiert. Außerdem wurde das Finanz- und Leistungsvolumen deutlich ausgeweitet. Auch in der Hospiz- und Palliativversorgung hat es Verbesserungen gegeben – auch auf Anregung der bündnisgrünen Bundestagsfraktion.

Welche Verbesserungen der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bringen wird, wird die Praxis zeigen. Wir Grüne haben immer betont: Der neue Pbb ist im Wesentlichen ein neues Begutachtungsverfahren, das den Pflegebedarf differenzierter und besser erfassen wird. Schon heute erreichen uns zahlreiche Hinweise aus der pflegerischen Praxis, die allerdings

die Umstellung auf den neuen Pbb vor allem als großen bürokratischen Aufwand erleben, ohne wirklichen Nutzen für die Pflegebedürftigen. Ich bin daher überzeugt, dass die Diskussion um wirklich bedarfsgerechte, individuell passgenaue Leistungsangebote längst nicht beendet ist. Positiv betrachtet wird sie u.U. durch den neuen Pbb befördert.

Zudem steht eine Finanzierungsreform weiter aus. Die Ausweitung des Volumens der Pflegeversicherung um etwa 6 Milliarden Euro, die wir für richtig halten, ersetzt diese nicht. Die Quittung bekommen die Versicherten in ein paar Jahren, wenn klar wird, dass die Kosten der Pflegeversicherung nun dauerhaft erhöht sind, die Zahl der Pflegebedürftigen weiter steigt und sich das Ganze auch weiter nicht von selbst zahlen wird. Schon 2017 wird die Pflegeversicherung vermutlich mehr ausgeben als einnehmen, schon 2022 könnte die nächste Beitragssatzerhöhung fällig werden.

Übrigens hat die Koalition mit dem PSG I ein von uns Grünen entwickeltes Finanzierungselement umgesetzt: den „Pflegevorsorgefonds“. In unserem Reformkonzept von 2006 hieß das noch „solidarische Demografiereserve“. Allerdings haben wir dieses Modell – bestätigt durch das Gutachten zur Pflege-Bürgerversicherung von Professor Rothgang – schon 2011 als unbrauchbar ad acta gelegt.

Denn jährlich fließen nun 0,1% des Beitragssatzes (derzeit 2,55%, Kinderlose 2,8%) in den Fonds, also 1,2 Mrd. Euro. Dieses Geld wird angespart bis zum Jahr 2035. Dann wird der Fonds bis zum Jahr 2055 schrittweise entleert, um den Beitragssatz zur Pflegeversicherung senken zu können. Das Problem ist: Zwar wird die Zahl der Pflegebedürftigen gegen Ende der 2050er Jahre wieder sinken, jedoch sinkt auch die Zahl der Beitragszahlerinnen und -zahler. Damit wird der Beitragssatz nach der Entleerung des Fonds im Jahr 2055 nicht etwa sinken, sondern sich auf einem konstant hohen Niveau einpendeln. Der Fonds bringt also nichts, sondern bindet nur viel Geld, das aktuell in der Pflege dringend gebraucht wird. Zudem dürfte die Beitragssatzsenkung, die in den Jahren 2035 bis 2055 stattfindet, nur sehr gering ausfallen und kaum spürbar sein.

Common sense ist auch, dass der „Pflege-TÜV“ gescheitert ist. Eine neue Prüfsystematik wurde mit dem PSG II zwar veranlasst, aber auf die nächste Wahlperiode vertagt. Derweil bleibt der Pflege-TÜV weiter in Kraft.

Besonders enttäuschend ist die pflegepolitische Bilanz der großen Koalition in Bezug auf den Personal- und Fachkräftemangel sowie die Rolle der Kommunen in der Pflege. Unsere langjährige Forderung nach der Erarbeitung verbindlicher Personalbemessungssysteme wurde zwar endlich aufgegriffen, die Frist zur Erarbeitung lag jedoch in der nächsten Wahlperiode, und von einer verbindlichen Umsetzung war nicht die Rede. Wirkungsvolle Ansätze zur Nachwuchsgewinnung und um Pflegekräfte länger an ihren Beruf zu binden, sind ebenfalls ausgeblieben. Die Reform der Pflegeausbildung stand monatelang still und führte schließlich auf den letzten Metern dieser Wahlperiode zu einem unausgegorenen Zwitter-Konzept aus generalistischer und integrativer Ausbildung. Dieses Konzept wurde ohne vernünftige fachliche und parlamentarische Befassung durch den Bundestag gepeitscht. Es ist völlig ungewiss, welche Auswirkungen die Reform haben wird.

Was die Kommunen betrifft, so hatte der Koalitionsvertrag von Schwarz und Rot Anlass zu Hoffnung gegeben. Die Stärkung ihrer Rolle war dort als Ziel formuliert worden. Herausgekommen ist ein mutloses Pflegestärkungsgesetz III (PSG III) mit ein paar Modellvorhaben, in denen Kommunen Pflegeberatung erproben können.

Begrüßenswert sind im PSG III die Maßnahmen gegen den zum Teil massiven Abrechnungsbetrug durch organisierte Kriminalität. Dies ist ein Thema, das viele Menschen zu Recht empört, aber zu Unrecht eine gesamte Branche unter Generalverdacht stellt. Ich bin der Ansicht, dass die Koalition nicht genug gegen den Abrechnungsbetrug getan hat.

Erforderlich wäre eine bessere Zusammenarbeit auch der Kassen mit den Sozialbehörden, also der kommunalen Ebene. Auch die Sozialhilfeträger sind nämlich massiv finanziell von solchen Betrugereien mitbetroffen. Zudem schlagen wir eine engere Zusammenarbeit der Staatsanwaltschaft mit den Kranken- und Pflegekassen vor, z.B. durch eine Fachstelle zur Beratung der ermittelnden Staatsanwaltschaften. Eine weitere Maßnahme sollte in der Förderung der digitalen Dokumentation von Leistungen bestehen. Dadurch würde mehr Transparenz und eine bessere Vergleichbarkeit über die erbrachten und abgerechneten Leistungen geschaffen werden. Auf einer Pflege-Quittung können Pflegebedürftige schließlich sehen, ob wirklich nur erbrachte Leistungen abgerechnet wurden.

## **Herausforderungen für die Zukunft**

Solange etwa ein Drittel aller Pflegekräfte immer noch davon berichtet, dass sie bereits Zeuge wurden, wie die Rechte Pflegebedürftiger missachtet wurden, so lange freiheitsentziehende Maßnahmen (ob in Form von Fixiergurten oder von Psychopharmaka) zum Versorgungsalltag gehören, kann von einer menschenwürdigen Pflege für alle nicht die Rede sein. Es fehlt noch immer ein schlüssiges pflegepolitisches Gesamtkonzept für die Herausforderungen des demografischen Wandels. Ein Konzept, das sich konsequent an den Bedürfnissen der Menschen orientiert und ihnen souveräne Entscheidungen ermöglicht. Folgende Aufgaben stehen an:

1. Die konsequent nutzerorientierte Ausgestaltung der Versorgungsangebote und -strukturen entlang der Bedürfnisse und der Lebensqualität Pflegebedürftiger und ihrer Familien – insbesondere durch die Förderung quartiersorientierter, ambulanter Versorgungsansätze und die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege,
2. die Ausgestaltung der Versorgungsangebote und -strukturen orientiert an den Bedürfnissen und der Lebensqualität Pflegebedürftiger und ihrer Familien,
3. die Aufwertung und Kompetenzerweiterung der Pflegeberufe, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Erweiterung pflegerischer Kompetenzen und die Bekämpfung des Personalmangels in der Pflege,
4. eine gerechte und zukunftsfeste Finanzierung der Pflege.

Schwarz-Rot hat zwar die Pflegeversicherung mit sehr viel Geld ausgestattet. Sie hat es aber versäumt, Strukturen zu schaffen, die dafür sorgen, dass dieses Geld auch dort ankommt, wo es hingehört - nämlich bei Pflegebedürftigen und Pflegekräften.

## **1. Lebensqualität für Pflegebedürftige und ihre Familien und die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege**

Sehr gut deutlich wird der noch immer sehr große Handlungsbedarf in der ambulanten Versorgung an einem Phänomen, das unter den Überschriften „illegale Pflegekräfte“ oder „24-Stunde-Pflege“ seit Jahren immer wieder große Aufmerksamkeit erzielt. Etwa 2,1 Millionen Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, werden derzeit im eigenen Wohnumfeld versorgt. (Rechnet man diejenigen hinzu, die keine Leistungen erhalten, sind es deutlich mehr.) Laut einer aktuellen Studie der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) kommt bei 11 Prozent der Pflegehaushalte eine osteuropäische Hilfskraft zum Einsatz, also etwa in 160.000 Haushalten (V. Hielscher u.a., „Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten“. HBS. Juni 2017). Andere Schätzungen gehen von bis zu 300.000 Hilfskräften in privaten Pflegehaushalten aus, manche sogar von höheren Zahlen. Diese Hilfskräfte, sogenannte Live-Ins, leben und arbeiten in den Haushalten oft unter inakzeptablen Bedingungen. Viele werden zumindest in einem rechtlichen Graubereich beschäftigt, d.h. es werden keine Steuern und Abgaben gezahlt. Sie arbeiten oftmals deutlich mehr als 8 Stunden pro Tag, sind nicht selten rund um die Uhr in Bereitschaft, vorgeschriebene Ruhezeiten und Urlaubsansprüche existieren oft nicht mal auf dem Papier.

Lösungen für dieses Problemfeld ist der Gesetzgeber bislang schuldig geblieben. Dies ist, offen gestanden, auch nicht einfach. Denn die 24-Stunden-Pflege ist kein isoliert zu betrachtendes Problem. Vielmehr kommen hier zugespitzt alle Probleme zum Ausdruck, mit denen wir es in der Pflege zu tun haben.

Die oben genannte HBS-Studie bestätigt dies durch den Hinweis auf weitere Probleme der Pflege im häuslichen Umfeld: So leisten 20 Prozent aller Hauptpflegepersonen die Versorgung allein ohne informelle oder professionelle Hilfe. Durchschnittlich entspricht der tägliche Zeitaufwand der Hauptpflegeperson einem Vollzeit-Arbeitstag. In einem durchschnittlichen Pflegehaushalt beträgt der Aufwand 63 Stunden pro Woche. Zwei Fünftel der Haushalte, vor allem aus bildungsfernen Schichten, nehmen keine Pflegeberatung in Anspruch. Etwa ein Drittel der Pflegepersonen muss wegen der Pflege die Berufstätigkeit einschränken. Die diversen Pflegezeitgesetze werden bislang kaum genutzt. Die Studie bestätigt zudem, was ich seit Jahren betone, nämlich dass die 24-Stunden-Pflege ein Phänomen der Mittel- und höherer Schichten ist. Durchschnittlich werden für solche Kräfte 1.800 Euro monatlich aufgewendet. Über 25 Prozent der betreffenden Haushalte verfügten über ein Monatseinkommen von mehr als 5.000 Euro. Wir reden also keinesfalls über ein „Billigpflege-Modell“, das sich jeder leisten könnte.

In den letzten Jahren hat es immer wieder Vorstöße einzelner Parteien gegeben, sich des Problems anzunehmen, etwa vor einigen Jahren seitens der CDU, die eine Amnestie für die betroffenen Haushalte nach österreichischem Vorbild vorschlug. Meist verschwanden solche Ideen schnell wieder in den Schubladen. Aus guten Gründen, wie ich meine. Wir Grüne haben uns bei diesem Thema immer für eine differenzierte Betrachtung ausgesprochen. Denn man muss ein zweites und drittes Mal hinschauen, um sich der Dimension des Problems klar zu werden.

Wenn wir allen häuslich Versorgten eine 24-Stunde-Pflege in Aussicht stellen, dann reden wir über etwa 2 Millionen Menschen, die 1.800 Euro monatlich beanspruchen könnten und

damit über eine Summe von ca. 40 Milliarden Euro jährlich. Das entspricht etwa einer Verdreifachung dessen, was die Pflegeversicherung zurzeit für die ambulante Pflege ausgibt. Zu bedenken ist auch, dass die besagten 1.800 Euro nicht der „echte“ Preis für eine solche Leistung sind, da die Arbeitsbedingungen oft nicht den gesetzlichen Anforderungen genügen. Mit anderen Worten: Ein solches Angebot würde auf legalem Wege sehr, sehr viel teurer.

Das Beispiel macht deutlich, wie viel betroffene Familien bereit sind in die Versorgung im vertrauten, häuslichen Umfeld zu investieren. Das ist eine positive Ressource, die wir unterstützen sollten. Denn die überragende Mehrheit der Menschen möchte in einer vertrauten Häuslichkeit leben und versorgt werden. Die Studie der HBS macht dabei deutlich, wie dringend pflegende Angehörige Hilfe und Unterstützung benötigen. Eine „24-Stunde-Pflege für alle“ wäre aber nicht die richtige Antwort. Zum einen wäre sie unbezahlbar, zum anderen nicht notwendig. Zur Erinnerung: Durchschnittlich entspricht der tägliche Zeitaufwand der Hauptpflegeperson einem Vollzeit-Arbeitstag. Das ist viel, aber es sind eben keine 24 Stunden pro Tag. Aber auch bei einem Vollzeit-Arbeitstag in der häuslichen Pflege fällt auf, dass etwa 40 Prozent der Haushalte keine Pflegeberatung in Anspruch nehmen. Das heißt, diese Menschen erfahren gar nicht, welche Leistungen es gibt und worauf sie Anspruch haben.

### **Case Management – Kommunen stärken**

Der demografische Wandel geht mit einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen einher. Zugleich verändern sich familiäre Lebensformen. Familien leben immer häufiger weit voneinander entfernt und die Zahl Alleinlebender nimmt zu. Pflege wird künftig immer seltener ausschließlich von Familien und Angehörigen und auch nicht nur durch professionelle ambulante Pflegekräfte geleistet werden können. Wir brauchen neue Formen von Hilfestrukturen.

Seit 2006 fordern wir für die Betroffenen Ansprechpartnerinnen und -partner, die neutral und rein fachlich Unterstützung, Beratung und Begleitung anbieten. Die Tatsache, dass etwa 40 Prozent der Betroffenen keine Beratung in Anspruch nehmen, muss ein Alarmsignal sein. Dies spricht zudem dafür, dass die Beratung aufsuchend sein muss. Eine solche individuelle Begleitung muss auch deshalb sein, um Lösungen in komplexen Versorgungssituationen zu gewährleisten, wie etwa in der außerklinischen Intensivpflege, der Versorgung schwerstpflegebedürftiger Kinder oder bei schwer demenziell erkrankten, sehr betreuungsintensiven Menschen.

Die 2008 geschaffenen Pflegestützpunkte und auch die verpflichtende Pflegeberatung bieten dafür immerhin eine Grundlage, müssen aber weiterentwickelt werden. Sie stehen zu sehr unter dem Einfluss der Kostenträger und werden in vielen Fällen – ob bewusst oder unbewusst – zur Leistungssteuerung genutzt. Natürlich spielt der Aspekt der Wirtschaftlichkeit der Versorgung eine Rolle. Vorrangig muss es aber darum gehen, die für den Einzelfall beste Versorgungslösung zu finden.

### **Die Idee des persönlichen Pflege-Budgets wiederbeleben**

Damit Pflegebedürftige für ihre Situationen auch individuelle Versorgungsentscheidungen treffen können, muss das Leistungsrecht der Pflegeversicherung flexibler werden. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff schafft diese Flexibilität nicht an sich. Zu Beginn und Mitte der



2000er Jahre wurde in diesem Kontext der Ansatz des persönlichen Pflegebudgets erfolgreich modellhaft erprobt, setzte sich aber nicht regelhaft durch. Die Idee des Pflegebudgets sieht vor, dass Pflegebedürftige die Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung als Budget ausgezahlt bekommen und dann Leistungen jenseits der starren Vorgaben der Pflegeversicherung selbst auswählen, „einkaufen“ und auch kontrollieren. Die Betroffenen gewinnen so mehr Souveränität und Gestaltungsmacht über ihre eigene Versorgung, was zu einer durchaus gewollten Veränderung des Marktes führen kann. Das persönliche Budget kann so im besten Falle individuell passgenauere und finanziell flexiblere Versorgungslösungen befördern.

Mit dem PSG I wurde im Jahr 2014 in § 45a SGB XI die Möglichkeit geschaffen, einen Teil der ambulanten Sachleistungen für sogenannte „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ umzuwandeln. Das entspricht im Prinzip dem Budgetgedanken. Durch die Einführung des Entlastungsbetrags und Flexibilisierung und gegenseitige Anrechenbarkeit der Leistungen, wie sie in den Pflegestärkungsgesetzen festgelegt wurde, haben sich die Bedingungen für eine Budgetlösung weiterhin verbessert. Das könnte auch dazu führen, den Weg durch den Leistungsdschungel ein wenig übersichtlicher zu machen. Entscheidend dafür ist die Begleitung durch Case-Manager\*innen, die diejenigen, die ein Budget in Anspruch nehmen, beraten und unterstützen und darauf achten, dass sie die notwendigen Leistungen erhalten.

### **Pflege in die Mitte der Gesellschaft holen – Mehr Kompetenzen für Kommunen**

Stabile, wortortnahe Pflege-Arrangements und ein gutes Case-Management gelingen nur, wenn sie wohnortnah/quartiersorientiert organisiert werden. Denn welcher Ort könnte näher dran sein als die Kommune? Hier findet das soziale, wirtschaftliche und kulturelle Leben statt, hier leben die Nachbarn, hier kennt man sich. Hier können alle Akteure gut miteinander vernetzt werden, also Pflegeeinrichtungen und -dienste, ehrenamtliche Besuchs- oder Hospizdienste, Ärztinnen und Ärzte, Selbsthilfegruppen, Krankenhäuser und Heilmittelerbringern usw. usw.

Die Kommunen sollten zum Mittelpunkt und zum Träger des pflegerischen Geschehens werden. Unsere Forderung „Pflege in die Mitte der Gesellschaft“ zu holen sieht diese „Mitte“ in den Kommunen. Bisher fehlen ihnen in der pflegerischen und auch gesundheitlichen Versorgung allerdings die Mittel und Kompetenzen dazu. Deswegen haben Bündnis 90/DIE GRÜNEN immer wieder gefordert, den Kommunen mehr Kompetenzen zu geben. Das dritte Pflegestärkungsgesetz war allenfalls ein zaghafter Schritt in diese Richtung.

Es wird die Aufgabe der nächsten Bundesregierung sein, hier zügig wirkungsvollere Maßnahmen auf den Weg zu bringen. Die bündnisgrüne Bundestagsfraktion hat dazu im September 2016 einen Antrag in den Bundestag eingebracht, der mögliche Handlungsschritte beschreibt (BT-Drs. 18/9668). Unter anderem bringen wir darin zum Ausdruck, dass das Case-Management bei den Kommunen angegliedert werden sollte. Außerdem haben wir ein innovatives Konzept für die Einrichtung sogenannter „Gesundheitsregionen“ entwickelt, zu denen sich Kommunen und die örtlichen Kassen zusammenschließen können, um die örtliche gesundheitliche Versorgung sicherzustellen („Auch morgen gut versorgt – Die neuen Gesundheitsregionen“. Fraktionsbeschluss vom 27.9.2016) Damit eng verwoben sollte natürlich auch die Pflege sein.

Die rechtlichen Steuerungskompetenzen und die Finanzausstattung der Kommunen für die regionale Pflegestruktur zu stärken ist eine zentrale grüne Forderung (Care-Management). Die Entscheidung über den Bau einer Pflegeeinrichtung darf nicht nur aus betriebsindividueller Sicht erfolgen, sondern muss eingebettet sein in eine planerische Gesamtentscheidung, die bei den Kommunen verankert sein sollte und die alle relevanten Akteure, nicht zuletzt die Vertreter der Selbsthilfe und Verbraucher\*innen, einbezieht. Dabei werden die Kommunen weder fachlich noch finanziell von heute auf morgen in der Lage sein, diese Aufgaben zu übernehmen. Deswegen ist die Idee von Modellkommunen, wie mit dem PSG III geschaffen, im Grundsatz richtig. Nur sind 60 Modellkommunen viel zu wenig. Zudem sollten sie nicht „nur“ Pflegeberatung erproben dürfen, sondern auch Planungs- und Steuerungskompetenzen erhalten. Wir brauchen hierfür einen hinreichend gefüllten Förderfonds, in dem unter anderem Mittel der Pflegeversicherung, vielleicht auch Bundesmittel fließen sollten.

## **2. Mehr Unterstützung für pflegende Angehörige**

Neben der Einführung eines echten Case-Managements, eines Pflege-Budgets und der Stärkung der Kommunen sind weitere Maßnahmen erforderlich, um Pflegebedürftige, aber auch ihre Angehörigen zu unterstützen. Angebote etwa der Tages-, Kurzzeit- und Nachtpflege können immense Hilfe dabei leisten, zeitliche Freiräume schaffen, in denen pflegende Angehörige ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen oder auch einmal „durchatmen“ können. Viele Angehörige wissen schlicht nicht, dass es solche Angebote gibt und sie Ansprüche hierauf haben. Zudem sind die Angebote quantitativ unterentwickelt. Deswegen sollte man zügig wirkungsvolle Anreize entwickeln, damit Leistungserbringer diese vermehrt anbieten.

Zwar haben Angehörige inzwischen die Möglichkeit, Pflegezeiten in Anspruch zu nehmen. Praktisch spielen die Pflegezeitregelungen jedoch kaum eine Rolle. Das Ziel muss es sein, erwerbstätigen pflegenden Angehörigen ggf. kombinierbare Pflegezeitmodelle anzubieten, um die für ihre individuelle Lebenssituation passende Lösung zu finden. Kein pflegender Angehöriger darf wegen der Pflege seinen Job aufgeben müssen und in existenzielle Not geraten.

Mit dem Modell der grünen PflegezeitPlus, das wir seit 2007 stetig weiterentwickelt haben, wollen wir eine dreimonatige Pflegezeit einführen, während der Angehörige komplett aus dem Beruf aussteigen können, um Informationen und Beratung einzuholen und ein möglichst auf Dauer angelegtes Pflegearrangement für Angehörige oder Freunde organisieren oder um Sterbebegleitung leisten zu können. Unser Modell sieht während der PflegezeitPlus einen vollen Kündigungsschutz und ein Rückkehrrecht auf die alte Stelle vor. Auch die in der großen Koalition nicht durchgesetzte Idee eines Rechts für pflegende Angehörige von einer Teilzeit- auf eine Vollzeitstelle zurückkehren zu dürfen, muss dringend umgesetzt werden.

Die grüne PflegezeitPlus geht einher mit einer unkompliziert zu beantragenden, steuerfinanzierten Lohnersatzleistung. Das unterscheidet sie von der bisherigen Pflegezeit und der Familienpflegezeit, die mit einem extrem bürokratischen Darlehensmodell verbunden sind, womit die Belastung wieder auf den pflegenden Angehörigen liegt. Unser Modell sieht zudem jährlich 10 Tage vor, die einzeln oder am Stück genommen werden

können, um Zeit zu haben, wenn sich die Pflegesituation ändert, um Angehörige zum Arzt zu begleiten u.a., vergleichbar den Regelungen zum Kinderkrankengeld.

Perspektivisch müssen wir für alle, auch für längere Pflegezeiten, überzeugende Wege der Einkommenssicherung finden. Natürlich sind weder der Staat noch die Pflegeversicherung in der Lage, pflegenden Angehörigen über Jahre hinweg eine vollwertige Lohnersatzleistung zu zahlen, die gleichsam ein „Gehalt“ ersetzt. Wir kämen auch gesellschaftlich auf eine merkwürdige Bahn, würden wir familiäre Betreuung wie eine Quasi-Erwerbsarbeit definieren, zumal es sich nicht um professionelle, ausgebildete Pflegekräfte handelt. Dennoch darf die Pflege eines Angehörigen nicht zu einer existenziellen Bedrohung werden! Um Altersarmut durch Pflege zu vermeiden, müssen deshalb die Rentenansprüche pflegender Angehöriger verbessert werden. Diese Ansprüche sind in den letzten Jahren zwar deutlich angehoben worden, schwanken allerdings je nach Grad der Pflegebedürftigkeit extrem.

Familie ist dort, wo Menschen Verantwortung füreinander übernehmen. Diesen Satz haben die Grünen geprägt – und er gilt auch für die Pflege! So kann die grüne PflegezeitPlus auch von nahen Freunden oder Nachbarn in Anspruch genommen werden. Wer hierbei über zusätzliche Kosten klagt, sollte nicht vergessen, welche immense Leistung pflegende Angehörige – oder Freunde - Tag für Tag erbringen.

### **Den Pflege-TÜV durch ein neues System der Qualitätssicherung ersetzen**

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen brauchen verlässliche Orientierung, um die Qualität einer Pflegeeinrichtung oder eines -dienstes beurteilen zu können. Der Pflege-TÜV hat in dieser Hinsicht versagt. Er prüft lediglich die Pflege-Dokumentation. Hierauf haben sich inzwischen alle Einrichtungen und Dienste eingestellt und werden mit „sehr gut“ bewertet. Die Feststellung der wirklichen Ergebnis- und Lebensqualität muss endlich in den Fokus rücken. Zugleich dürfen die Einrichtungen durch ein neues Prüfsystem nicht wieder in Bürokratie ersticken, denn sie brauchen Zeit für die reale, nicht die dokumentierte Pflege.

### **Verschiebepbahnhöfe zu Lasten Betroffener beenden**

Ein ungelöstes Thema bleiben die Verschiebepbahnhöfe, bei denen Leistungen etwa der Krankenversicherung auf der Pflegeversicherung oder auch Leistungen der Pflegeversicherung auf der Eingliederungshilfe abgeladen werden. Man könnte einwenden es sei doch am Ende egal, wer die Leistung bezahlt. Hauptsache, sie wird bezahlt. So einfach ist es leider nicht. Diese Schnittstellenprobleme oder Verschiebepbahnhöfe dienen in den seltensten Fällen den Versicherten, sondern beschneiden ihre Versorgungsqualität. Drei Beispiele, bei denen endlich Abhilfe geschaffen werden muss:

- a) Der Anspruch pflegebedürftiger Menschen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe auf Leistungen der Pflegeversicherung ist nach § 43a SGB XI stark begrenzt. Sie erhalten 15 Prozent der Heimkosten, maximal jedoch 266 Euro. Diese völlig unbegründete Ungleichbehandlung führt zu dem fatalen Anreiz, Menschen, die eine Behinderung *und* einen Pflegebedarf haben, in stationäre Pflegeeinrichtungen „abzuschieben“. Das ist diskriminierend und muss geändert werden! Auch wenn dies zu

einer deutlichen Mehrbelastung der Pflegeversicherung führen würde (ca. 1,6-1,8 Mrd. Euro).

- b) Seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung wird die sogenannte „medizinische Behandlungspflege“ im ambulanten Bereich nach § 37 Abs. 2 SGB V durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert. Die medizinische Behandlungspflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und der vollstationären Pflege wird dagegen aus den gedeckelten Leistungssätzen der Sozialen Pflegeversicherung finanziert. Da diese in aller Regel nicht ausreichend sind, um die Kosten der pflegerischen Versorgung abzudecken, müssen die Betroffenen in diesen Settings die Behandlungspflege letztlich selbst bezahlen bzw. zuzahlen, während Versicherte im häuslichen Umfeld dies nicht müssen. Für diese Ungleichbehandlung je nach dem Ort der Leistungserbringung gibt es keine fachliche Begründung. Auch hier reden wir über keine unwesentlichen Kosten: Es sind rund 2,6 Mrd. Euro im Jahr. Wie beim oben genannten Beispiel des § 43a SGB XI kann dies kein Argument für die fortgesetzte Ungleichbehandlung von Bewohner\*innen stationärer Pflegeeinrichtungen sein. Deswegen sollte, nach meiner Überzeugung, die medizinische Behandlungspflege künftig komplett von der GKV finanziert werden.
- c) Das Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ spielt im Versorgungsalltag kaum eine Rolle. Wir müssen die Reha aber dringend stärken, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern. Derzeit ist der Anreiz für die Einrichtungen, Reha-Maßnahmen zu fördern oder durchzuführen, begrenzt. Ein höherer Pflegegrad ist betriebswirtschaftlich interessanter, weil damit höhere Leistungsbeträge der Pflegeversicherung verbunden sind. Auch hierfür brauchen wir überzeugendere Lösungen.

Auch die Krankenkassen haben als Träger der pflegerischen Reha keinen systemischen Anreiz, ihren Job zu machen. Denn gelingt eine Reha-Maßnahme, dann profitiert davon nicht die Krankenkasse, sondern die Pflegeversicherung. Hier aber gilt der ausgabenbezogene vollständige Finanzausgleich zwischen allen Kassen. Das heißt, von einer erfolgreichen pflegebezogenen Reha-Maßnahme *einer* Kasse profitieren letztlich in der Pflegeversicherung alle Kassen, also auch die „Konkurrenz“. Das kann unter Wettbewerbsgesichtspunkten nicht funktionieren.

Zur wirksamen Umsetzung des Prinzips Rehabilitation vor Pflege sind verschiedene Wege denkbar. Zum einen könnte die Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen werden. Als Rehabilitationsträger würde sie ein eigenes Interesse an medizinischer Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit entwickeln und durchsetzen. Heute schieben sich die Träger der Reha, also die Renten- und Krankenversicherung, munter die Verantwortung hin und her. Ein Dritter im Bunde darf auf keinen Fall diese Verschiebebahnhöfe erweitern.

Interessant finde ich das 2009 an der Universität Duisburg-Essen entwickelte „Konzept zur nachhaltigen Stärkung von Anreizen für die gesetzlichen Krankenkassen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit“ (R. Jahn, G. Lux u.a.). Danach leistet die Pflegeversicherung Ausgleichszahlungen an die gesetzliche Krankenversicherung für geleistete Maßnahmen der Rehabilitation. So könnten die Anreize für die Krankenkassen,

ihrer Aufgabe der pflegerischen Rehabilitation nachzukommen, deutlich erhöht werden. Dieses Konzept wäre es durchaus wert, erprobt zu werden.

Hinzu treten fachliche Probleme. Wir wissen seitens der Forschung noch viel zu wenig darüber, wie und unter welchen Umständen Reha-Maßnahmen in der Pflege funktionieren. Pflegewissenschaftliche Studien könnten hier mehr Evidenz schaffen. Wir müssen zudem in den Einrichtungen und bei den Pflegebedürftigen selbst mehr über rehabilitative Maßnahmen aufklären, Pflegekräfte schon in der Ausbildung zum Thema schulen und die Zusammenarbeit von stationären Pflegeeinrichtungen und mobilen Reha-Teams fördern.

### **3. Pflege-KRÄFTE-Stärkungsgesetz erforderlich**

Diese Legislaturperiode brachte uns drei Pflegestärkungsgesetze – aber kein Pflege-KRÄFTE-Stärkungsgesetz. Die Bilanz der schwarz-roten Koalition zur Verbesserung der Personalsituation und der Arbeitsbedingungen in der Pflege ist dürftig. Die meisten Probleme wurden auf die nächste Wahlperiode vertagt. Das unzureichende Ergebnis der Reform der Pflegeausbildung wird uns in den nächsten Jahren wieder einholen. Uns allen muss klar sein: Alle Leistungsverbesserungen in der Pflege- und Krankenversicherung sind wertlos, wenn es kein Personal gibt, das sie erbringen könnte.

Aktuell fehlen bereits bis zu 100.000 Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen, -diensten und Krankenhäusern. Nur für die Langzeitpflege schätzt der BARMER GEK Pflegereport die Beschäftigungslücke für das Jahr 2030 auf bis zu 350.000 Vollzeitstellen, darunter 140.000 Pflegefachkräfte. Zwischen 1995 und 2015 fand in der Krankenhauspflege ein Abbau von Vollzeitkräften von 350.500 auf 320.900 statt, das heißt um 8 Prozent. Im selben Zeitraum wurden ärztliche Personalstellen erhöht. Auf einen im Krankenhaus beschäftigten Arzt bzw. eine Ärztin kamen im Jahr 1995 noch 3,5 Pflegefachpersonen, 2015 waren es nur noch 2,1. Kaum eine Pflegekraft kennt das nicht: Aus dem Frei gerufen zu werden, länger zu bleiben, tagelang durchzuarbeiten ohne einen freien Tag, während der Schicht keine Pause machen zu können, allein im Nachtdienst für 30, 40, 50 Patient\*innen oder Pflegebedürftige verantwortlich zu sein – all das ist für unzählige Pflegekräfte hierzulande die Regel, nicht die Ausnahme.

Trotzdem, auch unter diesen Bedingungen entscheiden sich immer noch viele Menschen für einen Pflegeberuf. Aktuell arbeiten etwa 1 Million Menschen in der (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflege und ca. 570.000 Menschen in der Altenpflege. Diese Zahlen steigen seit ein paar Jahren sogar. Auch die Zahl der Auszubildenden nimmt zu. Über 130.000 Menschen jährlich beginnen eine Pflegeausbildung. Sie wählen einen verantwortungsvollen, sicheren, krisenfesten Job.

Aber es knirscht an allen Ecken und Enden. Pflegekräfte – etwa 85 Prozent sind Frauen! – ertragen schon lange ein hohes Maß an Ungleichbehandlung im Vergleich zu typischen „Männerberufen“, bezogen auf Gehalt, Arbeitsbedingungen oder öffentlichen Einfluss. Allerdings nehmen Unmutsbekundungen von Pflegekräften derzeit spürbar zu, zum Beispiel in Form von Streiks, die noch vor 10 Jahren kaum denkbar waren, oder Aktionsbündnissen, wie etwa „Pflege am Boden“, „Bündnis für gute Pflege“ oder „Pflege in Bewegung“. Diese

ungeheure Energie der Pflegekräfte gilt es in eine positive Aufbruchsstimmung umzumünzen. Denn wir müssen nicht nur die vorhandenen Pflegekräfte im Beruf halten. Wir müssen darüber hinaus noch viele Hunderttausende neu für die Pflegeberufe gewinnen!

Im Kern geht es um zwei zentrale Herausforderungen: Die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte müsse auf allen Ebenen verbessert werden, d.h. bessere Personalausstattung und Gehaltsstrukturen sowie attraktivere Arbeitszeitmodelle. Zum anderen müssen Pflegekräfte mehr Einfluss- und Mitsprachemöglichkeiten auf institutioneller Ebene erhalten. Wir haben deshalb im März 2017 einen Antrag zur Bekämpfung des Personalmangels in der Pflege eingebracht<sup>1</sup>. Hier die wichtigsten Forderungen, die in der nächsten Legislaturperiode angepackt werden müssen:

### **Personalbemessungsverfahren in Kliniken, Pflegeeinrichtungen und -diensten entwickeln, erproben und einführen**

Für eine angemessene Personalausstattung gibt es derzeit weder in der Altenpflege nach SGB XI noch für den Krankenhausbereich verbindliche Regelungen. Derzeit gelten Personaluntergrenzen nur in pflegeintensiven und besonders sensiblen Bereichen. Dass muss sich ändern. Gesetzliche Regelungen für die Personalbemessung sind dringend erforderlich, um die Anzahl der Pflegekräfte festzulegen. Wir Grüne, wie auch die Fachwelt, fordern dies schon lange mit Nachdruck.

Mit dem PSG II soll die Entwicklung und Erprobung eines solchen Systems in der Altenpflege bis Mitte 2020 erfolgen und damit viel zu spät. Auch ist hier die Rede nur von Erprobung und nicht von Einführung. Das ist verschwendete Zeit. Die Einführung der Personalbemessung muss als Ziel verbindlich werden! Am Ende der Erprobung darf es nicht heißen, das System könne aus irgendwelchen Gründen nicht eingeführt werden. Die Personalbemessung brauchen wir auch, damit die deutlichen Leistungsausweitungen in der Pflegeversicherung bei denen ankommen, die die Leistungen letzten Endes erbringen, nämlich die Pflegekräfte.

Bis dahin brauchen wir Übergangslösungen. Um notwendige Leistungen und einen daraus resultierenden höheren Personalbedarf zu finanzieren, könnte man beispielsweise auf den Pflegevorsorgefonds zugreifen, der in seiner jetzigen Form unnütz ist. Im Krankenhaussektor muss unverzüglich ein Pflegeprogramm aufgelegt werden. Für 1,2 Mrd. Euro im Jahr könnten 25.000 zusätzliche Stellen geschaffen. Mittelfristig muss die Regelung zu den Personaluntergrenzen so funktionieren, dass sie in allen Bereichen im Krankenhaus für das dort notwendige Personal sorgt.

### **Offenheit für den Einsatz technischer Hilfesysteme schaffen**

Eine „maschinelle Pflege“ wünsche auch ich mir nicht und so kann ich die Skepsis vieler Menschen gegenüber den rasanten technischen Innovationen, die unseren Alltag

---

<sup>1</sup> „Eine Lobby für die Pflege – Arbeitsbedingungen und Mitspracherechte von Pflegekräften verbessern“, BT-Drs. 18/11414

bestimmen, verstehen. Angesichts der steigenden Zahl Pflegebedürftiger, die noch mehr pflegfachliche und auch ärztliche „WoMan-Power“ erfordert, aber auch zu mehr administrativem Aufwand führt, sollten wir uns offener zeigen für Erleichterungen in diesem Feld. Das können Robotik-gestützte Hebe-Assistenz-Systeme zur Rückenentlastung der Pflegekräfte sein, Erleichterungen durch die digitale Pflegedokumentation (die nicht zuletzt wichtig sein kann bei der Bekämpfung und Vorbeugung von Abrechnungsbetrug) bis hin zu Anwendungen der Telemedizin. Ich sehe hierin großes Erleichterungspotenzial, nicht um Menschlichkeit abzubauen, sondern im Gegenteil, um wieder Zeit zu schaffen für die menschliche Begegnung und Zuwendung im pflegerischen Alltag. Die Digitalisierung ermöglicht zudem in der Arbeitswelt neue Formen der Zusammenarbeit und der Kommunikation – auch hier wären neue Ansätze für die Pflege denkbar. Außerdem kann technische Unterstützung in der eigenen Wohnung (AAL = Ambient Assisted Living) dazu führen, dass Hilfs- und Pflegebedürftige viele länger dort alleine leben können. Ein Wunsch, den viele Menschen immer wieder äußern.

### **Die Arbeitsbedingungen müssen drastisch verbessert werden**

Die Pflege braucht nicht nur mehr Personal, sondern auch bessere Arbeitsbedingungen. Dazu gehört eine Arbeitszeitorganisation, die gerade in diesem Frauenberuf familienfreundlicher werden muss, etwa durch die Unterstützung von Betreuungsmöglichkeiten für Kinder oder verlässliche Dienstpläne. Auch langfristige Arbeitsverträge zählen dazu, die in diesem Mangelberuf längst nicht die Regel sind. Genauso, wie Teilzeit immer noch die überwiegende Arbeitszeitform ist – gegen den Wunsch vieler Pflegekräfte!

Mitarbeiter\*innen zu motivieren, teamorientierter zu arbeiten ist von zentraler Bedeutung. Ich bin deshalb dafür, dass wir von Seiten des Gesetzgebers Geld in die Hand nehmen, um Kliniken, Pflegeeinrichtungen und -dienste bei der Schaffung solcher Arbeitsbedingungen aktiv zu beraten, zu unterstützen und zu schulen.

Die Pflegearbeit muss spürbar von bürokratischen Pflichten befreit werden. Ein gutes Beispiel ist etwa das von der Bundesregierung unterstützte „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“. Es sollte fortgeführt werden. Aus meiner Sicht wäre es auch wünschenswert, wenn die entsprechende Koordinierungsstelle weiterfinanziert würde. Zudem sollte bei allen Neuerungen darauf geachtet werden, dass sie die Entbürokratisierungsbemühungen in der Pflege nicht konterkarieren. So darf bspw. das neue Qualitätssicherungssystem in der Nachfolge des „Pflege-TÜV“ nicht dazu führen, dass die Einrichtungen in neuen bürokratischen Dokumentationspflichten ersticken und das letztlich wieder nur zu dokumentierter, nicht realer Pflegequalität führt.

### **Der Gesetzgeber muss seine Möglichkeit zur Verbesserung der Gehälter von Pflegekräften voll ausschöpfen.**

Die Tarifautonomie ist ein hohes Gut. Eine angemessene Vergütung auszuhandeln ist grundsätzlich Sache der Tarifpartner, und das ist gut so. Will man den Pflegeberuf attraktiver machen, spielt auch das Gehalt eine deutliche Rolle. Die zum Teil massiven

Gehaltsunterschiede etwa zwischen einer Altenpflegekraft in Baden-Württemberg (durchschn. 2725 Euro brutto/Monat) und Sachsen-Anhalt (1.743 Euro) werfen zu Recht kritische Fragen auf. Angesichts des massiven Personalmangels ist es eine schlichte Notwendigkeit darüber nachzudenken, wie man über angemessene Gehaltsstrukturen mehr Menschen für einen Pflegeberuf interessieren kann. Ich will deshalb eine positive Neuerung besonders hervorheben, die Schwarz-Rot eingeführt hat. Mit den Pflegestärkungsgesetzen ist geregelt worden, dass tariflich vereinbarte Vergütungen von den Kassen weder in der ambulanten noch der stationären Altenpflege als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Das stärkt die Einrichtungen, die ihren Beschäftigten Tariflohn zahlen wollen. In einem „Tarifvertrag Soziales“ könnten auskömmliche und angemessene Gehälter für die sozialen Berufe vereinbart werden. Wir Grüne sind dafür, einen solchen Tarifvertrag seitens des Gesetzgebers und der Regierung zu unterstützen und ihn für allgemein verbindlich zu erklären, damit sich niemand mehr aus der Verantwortung stehlen kann.

### **Professionelle Pflege in Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung stärken – Diskussion über Pflegekammern intensivieren**

Viele wichtige Detailentscheidungen in der Pflege und im Gesundheitswesen trifft der Gesetzgeber nicht selbst, sondern delegiert sie an die Verbände der Kostenträger und Leistungserbringer. Das Selbstverwaltungs-Prinzip hat sich grundsätzlich bewährt. Es sieht vor, dass der Gesetzgeber nur den normativen Rahmen setzt, innerhalb dessen jedoch die Fachleute selbst entscheiden. Allerdings ist die Selbstverwaltung weiterhin nicht perfekt. Wir Grüne waren es, die in der rot-grünen Regierungszeit dafür gesorgt haben, dass etwa die Patient\*innen, Verbraucher und Selbsthilfe erstmals Zugang zu diesen Gremien erhielten, die bis dahin eher den Charakter von Geheimclubs hatten. Damit wurde die Selbstverwaltung modernisiert und verbessert. Was die Pflege betrifft, bleibt der Zustand aber unbefriedigend. Die Selbstverwaltung ist nämlich im Wesentlichen mit Vertretern der Ärzt\*innen und Kassen besetzt, die auch pflegerelevante Entscheidungen treffen. Ich bin davon überzeugt: Das kann die Pflege besser.

Wir müssen Wege zu einer geregelten Beteiligung der professionellen Pflege in der Selbstverwaltung finden, etwa im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der die Erstellung der Richtlinien zur Heilkundeübertragung (§ 63 Abs. 3c) verantwortet und in den gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V, die u.a. Empfehlungen zur sektorübergreifenden Versorgung abgeben sollen, die wiederum ohne die Pflege praktisch nicht vorstellbar ist. Oder nicht zuletzt in vielen Landesgesundheitskonferenzen, in denen die Pflege ganz oft fehlt. Selbst in den mit dem PSG III geschaffenen sektorübergreifenden und regionalen Ausschüssen zur Beratung der pflegerischen Versorgung (§ 8a SGB XI) sind Vertreter\*innen der professionellen Pflege nicht explizit vorgesehen.

Die Pflege verlangt zunehmend nach einer stärkeren Stimme. Ein Ausdruck hierfür ist die Debatte über die Pflegekammern. Die Idee einer umfassenden berufsständischen Vertretungs- und Organisationsform für die Pflege wird von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bereits seit den frühen 1990er Jahren diskutiert. Eine Kammer ist dabei eine Möglichkeit, die Interessen der Pflege im Gesundheits- und Pflegesystem stärker zu vertreten und auch institutionell Einfluss zu gewinnen. Ich persönlich sehe die Pflegekammern eher skeptisch.



Wir sollten die Möglichkeiten einer Kammer realistisch einschätzen und die Erwartungen nicht überhöhen. Eine Pflegekammer würde vor allem die Qualitätsstandards der Pflege und die Fortbildungen regeln. Ihre bloße Einrichtung wird aber vermutlich nicht ausreichen, um eine vollständige Statusangleichung an andere Berufsgruppen zu erreichen. Auch kann sie nicht für bessere Gehälter in der Pflege sorgen oder Arbeitsbedingungen aushandeln.

Aber die Kammern sind derzeit der am weitesten gediehene Ansatz, um eine Stimme der Pflegekräfte zu werden und ihnen Gestaltungsmöglichkeiten zu verschaffen. Ich finde es deshalb gut, dass in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen Landespflegekammern errichtet wurden bzw. werden – übrigens allesamt in grün-mitregierte Bundesländer. Davon kann eine wichtige Signalwirkung ausgehen. In jedem Fall tun wir gut daran, diese Debatte offen und vorurteilsfrei zu führen. Wichtig ist zudem, die Pflegekräfte selbst eng in die Entscheidung einzubinden, ob sie durch eine Pflegekammer vertreten werden wollen oder nicht. Wenn die Pflegekräfte mehrheitlich dafür sind, sollte sich der Gesetzgeber dem nicht verschließen.

### **Umsetzung der schwarz-roten Pflegeberufereform unabhängig auswerten lassen und Fehler zügig beheben**

Wie gesagt, den Kompromiss von CDU/CSU und SPD zur Reform der Pflegeausbildung sehe ich kritisch. Positiv aber ist, dass damit endlich die Schulgeldfreiheit der Pflegeausbildung und eine Ausbildungsumlage auf den Weg gebracht wurden! Eine so große und tiefgreifende Reform kurz vor Toresschluss, als schnell zusammengestrickenen Kompromiss auf die Reise zu schicken, kann jedoch kaum gut gehen. Zwei entscheidende Kritikpunkte sind hier zu nennen:

- a) Neu in dem Gesetzentwurf ist ein sogenanntes „Wahlrecht“ der Auszubildenden zum Abschluss in der Alten- oder Kinderkrankenpflege (§ 59). Bereits bei Abschluss des Ausbildungsvertrages müssen die Auszubildenden entscheiden, ob sie im letzten Drittel der Ausbildung einen Vertiefungseinsatz in der Langzeit- oder Kinderkrankenpflege absolvieren wollen. Nur dann(!) können sie nach zwei Dritteln der Ausbildung wählen, ob sie einen Abschluss in der Alten- oder Kinderkrankenpflege machen wollen. Sie können nach zwei Dritteln aber auch die generalistische Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann fortsetzen. Jemand hingegen, der sich zu Beginn für die Generalistik entschieden hat, darf nicht nach zwei Jahren doch noch auf die Kinderkranken- oder Altenpflege umschwenken. Warum nicht? Warum muss man sich schon am Anfang zwingend für die Alten- oder Kinderkrankenpflege entscheiden? Warum gibt es eigentlich kein Wahlrecht zur Vertiefung in der Kranken- und Gesundheitspflege? Bedeutet das nicht, dass die generalistische Ausbildung im Wesentlichen eine Krankenpflege-Ausbildung ist? Wo bleiben dann die alten- und kinderkrankenpflegerischen Anteile in der generalistischen Ausbildung? Um es klar zu sagen: Das Ganze ist eben *kein* echtes Wahlrecht, sondern soll ziemlich unverhohlen doch der Generalistik den Weg ebnen.
- b) Die generalistische und die Alten- und Kinderkrankenpflege-Ausbildung sollen bis Ende des Jahres 2025 parallel laufen. Dann soll evaluiert werden, ob sich am Ende dieser Probephase 50 Prozent oder mehr für die spezialisierte Ausbildung entschieden haben. Sind es weniger als 50 Prozent, kann die Alten- oder Kinderkrankenpflege-Ausbildung

nach Beschluss des Bundestages eventuell abgeschafft werden – die Generalistik aber nicht. Warum nicht?

Warum sollte die Zahl der Azubis über die Zukunft eines Berufsbildes entscheiden? Warum spielt die Qualität der Ausbildung keine Rolle? Was ist denn, wenn sich 67,28% für die Generalistik entscheiden, die Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und -dienste aber mehrheitlich rückmelden, dass diese generalistisch ausgebildeten Kräfte nicht qualifiziert genug sind, die spezialisierten Altenpflegekräfte aber sehr gut? Wird die Altenpflege dann trotzdem abgeschafft? Das kann nicht sinnvoll sein!

Wie viele andere Akteure auch hätten wir Grüne gerne mehr Zeit gehabt, um diese Fragen mit Fachleuten zu erörtern. Die große Koalition hat die letzte Wahlperiode pflegepolitisch mit der Botschaft beendet, dass ihr qualitätsorientierte, transparente und demokratische Politikprozesse gleichgültig sind. Bei einer Reform, die nicht nur von uns Grünen, sondern von zahllosen Experten, Fachverbänden, Pflegeeinrichtungen und Pflegekräften kritisch gesehen wird, ist das schon bemerkenswert. Eine solche Reform braucht breite Akzeptanz. Das ist hier nicht der Fall.

Nach meiner Überzeugung wäre eine integrativ-gestufte Pflegeausbildung der bessere Weg gewesen. Es wird in der kommenden Wahlperiode Aufgabe sein, die Umsetzung dieses Kompromisses sehr kritisch zu begleiten, Probleme schonungslos zu benennen und zu beheben. Es steht viel auf dem Spiel!

### **Gesundheitsberufe – Zusammenarbeit auf Augenhöhe**

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat immer wieder eine stärkere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe angemahnt. Es liegen genug Erkenntnisse dazu vor, dass eine bessere Zusammenarbeit zu einer hochwertigeren Versorgungsqualität und weniger Fehlern führt. Hierzu gehört, dass die Gesundheitsberufe ihre Aufgaben untereinander besser aufteilen. So können Pflegekräfte, PhysiotherapeutInnen oder LogopädInnen mehr, als sie dürfen. Sie sollten ihre Fähigkeiten einsetzen und bestimmte Tätigkeiten selbstständig ausüben können (sogenannte Pool-Kompetenzen). Darauf müssen wir die Aus-, Fort- und Weiterbildung noch stärker ausrichten, um in allen Berufen Fähigkeiten und die Bereitschaft zu schaffen, anderen Berufen Kompetenzen zuzugestehen.

Ein möglicher Ansatz dafür könnte ein „Allgemeines Heilberufegesetz“ sein, wie es 2013 in der Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln“ empfohlen wurde. Wir sollten diese Diskussion intensiv vorantreiben und dabei insbesondere in den Dialog mit den Berufsgruppen treten.

## **4. Eine gerechte und zukunftsfeste Finanzierung der Pflege**

Gute Pflege muss am Ende des Tages bezahlt werden. Doch darüber, wie eine gerechte und nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung ausgestaltet werden muss, gehen die Meinungen weit auseinander. Die letzten drei Bundesregierungen, darunter zwei große Koalitionen, haben keine Finanzreform zustande gebracht, obwohl eine zunehmende Zahl Pflegebedürftiger und damit steigende Kosten absehbar sind. Für mich spricht weiter alles für die solidarische Pflege-Bürgerversicherung! Sie würde die ungerechte Zweiteilung in

Soziale und Private Pflegeversicherung überwinden und zur Zusammenführung beider Systeme in eine Pflege-Bürger\*innenversicherung führen. Dies ist in der Pflege im Übrigen leichter möglich als in jedem anderen System. Die Soziale und Private Pflegeversicherung weisen seit jeher einen identischen Leistungskatalog auf. Sie sind quasi auf der Leistungsseite bereits eine Bürgerversicherung. Wir müssen also keine Leistungsunterscheide überwinden, sondern Gerechtigkeitsunterschiede.

Das Konzept der Grünen Pflege-Bürger\*innenversicherung sieht die Mitgliedschaft aller Bürgerinnen und Bürger vor. Alle Einkunftsarten – auch Vermögenseinkommen, Gewinne und Mieteinkünfte – werden in die Finanzierung der Pflegeversicherung einbezogen. Die Beitragsbemessungsgrenze wird auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung (West) angehoben. Die Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung werden weiterhin paritätisch finanziert. Die Pflege-Bürger\*innenversicherung kann auch durch private Versicherungsunternehmen angeboten werden, die sich dem Wettbewerb mit den gesetzlichen Kassen stellen müssen. Die Regeln, die dabei gelten, sind: Umlagefinanzierung, einkommensbezogene Beiträge, einheitlicher Leistungskatalog, Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot.

Hierzu gehört auch ein klares Konzept für die Anpassung der gedeckelten Leistungsbeträge (Pflegegrade). Da sich die Pflegekosten zu etwa zwei Dritteln aus Personal- und zu etwa einem Drittel aus Sachkosten zusammensetzen, müssen wir auch dafür sorgen, dass die Leistungen regelmäßig in diesem Verhältnis an die Lohn- und Inflationsentwicklung angepasst werden.

Seit dem Gutachten zur Pflege-Bürgerversicherung, das Prof. Dr. Heinz Rothgang von der Universität Bremen 2011 für die bündnisgrüne Bundestagsfraktion erstellt hat, wissen wir, dass die Bürgerversicherung auch langfristig über die Spitzen des demografischen Wandels hinweg das Potenzial hat, den Anstieg der Pflegeversicherungsbeiträge zwar nicht zu vermeiden (das kann kein mir bekanntes Finanzierungskonzept, außer es würden Leistungen gekürzt!), aber auf ein überschaubares Maß zu reduzieren.

Ich glaube aber, dass wir innerhalb der Logik der Pflege-Bürgerversicherung auch über finanzielle Weiterentwicklungen der Pflegeversicherung sprechen müssen. Angesichts der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs brauchen wir eine bessere Ausgestaltung des Leistungsrechts, damit der neue Begriff auch wirklich neue Leistungen veranlasst.

Sehr interessant finde ich den Ansatz der „Initiative Pro-Pflegereform“ für eine sogenannte „Echte Teilkasko-Versicherung“. Die Initiative hat dazu im Mai 2017 ein Gutachten von Prof. Heinz Rothgang vorgestellt. Danach wird das bisherige Teilkaskoprinzip der Pflegeversicherung umgedreht. Der bisher nach oben offene privat zu zahlende Eigenanteil der Pflegebedürftigen, der zu erheblichen existenziellen Belastungen führen kann, wird damit nach oben gedeckelt und pauschaliert. Dafür wird aber der bisher gedeckelte Leistungsbetrag der Pflegeversicherung (Pflegegrade) geöffnet und der Aushandlung der Kostenträger und Leistungserbringer überantwortet. Dieser Ansatz wirft viele Fragen auf, vor allem aber bricht er aus den üblichen Denkmustern aus.

Insgesamt brauchen wir in der Pflege mehr Mut zum Querdenken. Wir sollten aus eingefahrenen Mustern ausbrechen, neue Wege gehen. Hier meine ich nicht nur die Politik, sondern insbesondere auch die Leistungsträger, die (zukünftigen) Pflegekammern, die Gewerkschaften und auch die Pflegekräfte selbst. Wir alle stehen gemeinsam in der Verantwortung. Zukunft ist aus Mut gemacht – auch in der Pflege!