

**„Für eine gerechte, bezahlbare und gute Pflege“ – Rede von
Frau Senatorin Prüfer-Storcks zum KDA-Kongress
„Pflegerreform als Gesellschaftsreform?“ am 13. Februar 2020
– Es gilt das gesprochene Wort –**

Sehr geehrter Herr Professor Schulz-Nieswandt,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe mich sehr über Ihre Einladung gefreut.
Ich glaube, und da sind wir uns sicher einig, dass
die Pflege eines der wichtigsten sozialpolitischen
Zukunftsthemen ist. Ich begrüße, dass sich das
KDA hier so nachdrücklich einbringt.

Ihre heutige Veranstaltung steht ja unter der Frage
„Pflegerreform als Gesellschaftsreform?“

Das zeigt: Ihnen geht es um das große Ganze.

Diese Einladung nehme ich gerne an und möchte
heute einen etwas größeren Bogen spannen und auf
die Zusammenhänge von Pflege und Prävention,
Familienpolitik, Berufspolitik, Angebotsstrukturen
sowie auf die Finanzierung eingehen.

Denn ich glaube, nur wenn wir alle diese
Handlungsfelder systematisch und integriert
betrachten, werden wir der großen politischen
und gesellschaftlichen Herausforderung gerecht:

Ein gutes selbstbestimmtes Leben und eine gute Versorgung auch im höchsten Alter abzusichern.

Lassen Sie uns dazu zuerst über die Herausforderungen sprechen, die vor uns liegen – also über Zahlen.

Was sagen denn die Prognosen?

Wie sieht die Pflege in 20 Jahren aus?

Im Moment gehen wir davon aus, dass die relevante Entwicklung für die Pflege sich bei den über 80-Jährigen abspielt. In dieser Altersgruppe liegt die Pflegewahrscheinlichkeit bei über 30 Prozent. Wohingegen die Pflegewahrscheinlichkeit bei den 65 bis 80-Jährigen nur bei bis zu 10 Prozent liegt.

Für Deutschland gehen wir davon aus, dass die Zahl der über 80-Jährigen in 20 Jahren um deutlich mehr als 3 Millionen, auf fast 8 Millionen ansteigen wird. Damit wird sich der Anteil der Hochaltrigen an der Gesamtbevölkerung bis 2040 von heute 5 auf 10 Prozent verdoppeln.

Dieser Anstieg spiegelt sich auch in den Prognosen für die Pflegebedürftigkeit wieder:

Liegen wir heute – wohlgemerkt nach den Pflegestärkungsgesetzen – bei fast 4 Millionen Leistungsbeziehern in der sozialen Pflegeversicherung, müssen wir in 20 Jahren mit mehr als 5 Millionen Pflegebedürftigen rechnen – alleine aufgrund der demografischen Entwicklung.

Dazu gibt es verschiedene Berechnungen, welchen Personalbedarf diese 5 Millionen Pflegebedürftigen haben. Unter anderem hat das Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) im Herbst neue Zahlen veröffentlicht. Demnach arbeiten im Moment ungefähr 820.000 Pflegekräfte deutschlandweit in den Pflegeeinrichtungen.

Das ist das IST. Dieses IST ist in den letzten 10 Jahren jährlich um 25.000 gestiegen. Das ist ein richtig kräftiger Personalaufbau, den wir in den letzten Jahren geschafft haben.

Das zeigt auch, welche Größenordnung grundsätzlich möglich ist – unter bestimmten Rahmenbedingungen. Jetzt aber zum Soll:

Das RWI geht davon aus, dass wir in 20 Jahren einen Mehrbedarf von 380.000 stationären Pflegeplätzen und allein bei den

Pflegefachkräften einen zusätzlichen Personalbedarf von rund 100.000 im stationären Bereich und 65.000 im ambulanten Sektor hätten. Wohlgermerkt auf dem Niveau der Pflegekräfte von heute – eingerechnet sind hier noch nicht die Altersabgänge.

Diese Zahlen werden in der öffentlichen Debatte gerne an die Wand geworfen, um den Personalnotstand auszurufen und ein riesiges öffentliches Investitionsprogramm für stationäre Kapazitäten zu fordern.

All diese Prognosen und Vorausberechnungen haben aber eines gemeinsam: Sie gehen aus vom heutigen Status Quo.

Sie basieren auf der Annahme, dass sich die Art, wie wir arbeiten, wie wir leben und wie wir gesundheitlich versorgt werden, nicht verändert. Dass können wir so annehmen – müssen wir aber nicht. Den demografischen Wandel gilt es ja zu gestalten – nicht nur „auszuhalten“.

So, wie wir es im Pflegesystem geschafft haben, einen Paradigmenwechsel vorzunehmen, nämlich von der Defizitorientierung hin zur

Potenzialorientierung, müssen wir auch die weitere Pflegedebatte angehen.

Wir führen heute aber meist eine Diskussion, in der Bedarfe und Risiken addiert werden, woraus sich dann ein abstrakter Bedarf an pflegerischen Kapazitäten ergibt, der zumeist aus der institutionellen Logik stationärer Versorgung gedacht ist.

Ich bin aber der festen Überzeugung, dass wir für eine gerechte, bezahlbare, gute und leistbare Pflege neue Perspektiven einnehmen müssen.

Es lohnt sich, sich mehr Gedanken über die Voraussetzungen zu machen, die all diesen Prognosen zugrunde liegen, denn sie sind entscheidende Hebel – und diese möchte ich heute in den Blick nehmen.

Ich glaube, insbesondere fünf strategische Fragen müssen wir uns stellen:

1. Schaffen wir es in Zukunft, gesünder älter zu werden? Wir müssen uns mehr Gedanken um **Prävention** machen, um das Vermeiden von zukünftiger Pflegebedürftigkeit.
2. Viele unserer Annahmen, auf die die üblichen Prognosen setzen, sind ohnehin schon wackelig. Stichwort **pflegende Angehörige**.

Diese müssen unbedingt stärker unterstützt werden.

3. **Attraktivität der beruflichen Pflege:** Schaffen wir es, mehr Menschen für die Pflege zu gewinnen und auch zu halten?
4. **Angebotsstrukturen**, die Menschenrechte sichern - große Worte, aber es geht um Selbstbestimmung, Teilhabe am Leben, das Normalitätsprinzip. Dazu müssen wir Leistungen nach dem Baukastensystem unkompliziert zur Verfügung stellen – und vom Heim wegdenken.
5. Wie bleibt gute Pflege auch bezahlbar? Wir müssen die **Finanzierung** auf eine breite und gerechtere Basis stellen.

1. Prävention

Was sind eigentlich die sechs Krankheitsgruppen, die nach MDK-Daten Pflegebedürftigkeit verursachen?

- Die Folgen klassischer Herz-Kreislaufkrankungen stehen als Ursache für Pflegebedürftigkeit ganz oben!
- Psychische Erkrankungen – und hierzu zählen auch die dementiellen Erkrankungen – stehen auf Platz 2.

- Dann kommt die Gruppen der Nervenerkrankungen, wie Multiple Sklerose oder Parkinson.
- Auf Platz 4 stehen Krankheiten des Bewegungsapparats: Im Wesentlichen Langzeitfolgen von Arthrosen, Rheuma und damit verbundene Stürze, die zu Pflegebedürftigkeit führen.
- Dann kommen Tumore.
- Zuletzt: unspezifische altersbedingte Abbaukrankungen ohne spezifische Diagnosen.

Strategisch ist also alles wichtig, was diese Erkrankungen vermeidet, ihre Folgen mindert oder hinauszögert, insbesondere durch Stärkung der Rehabilitation.

Wir müssen darauf setzen, dass die Phase, in der wir gesund altern, möglichst lang – und die Phase, in der wir am Lebensende krank und pflegebedürftig sind, möglichst kurz ist.

Die Frage ist also, wie es uns gelingen kann, durch Prävention weiter die Morbidität zu reduzieren. Das ist nicht leicht zu erreichen, gerade auch bei demenziellen Erkrankungen oder

schweren Behinderungen. Aber es ist auch nicht so, dass mir hierzu nichts einfallen würde.

Stichwort präventiver Hausbesuch: Wir haben im Koalitionsvertrag des Bundes noch die Finanzierung des präventiven Hausbesuchs stehen, aber noch nicht umgesetzt.

Bislang tut sich hier auch leider nichts, aber ich verliere das Projekt nicht aus den Augen.

In Hamburg haben wir den Hamburger Hausbesuch vor 1,5 Jahren als Modellprojekt eingeführt – und er ist so ein Erfolg, dass wir das Angebot stadtweit ausrollen. Es ist auch eine Antwort auf die Tatsache, dass auch Einsamkeit Pflegebedürftigkeit forciert.

Ich habe ja auch auf die Folgen von Herzinfarkt und Schlaganfall hingewiesen.

Hier sind wir auf die verbesserte Versorgung solcher Erkrankungen im Krankenhausbereich angewiesen – denn wenn wir in der Qualitätssicherung über Zeitfenster (vom Erstkontakt nach Herzinfarkt bis zur Katheterintervention) reden, dann geht es am Ende auch darum, Langzeitfolgen von Schlaganfällen und Herzerkrankungen zu

vermeiden. Denn eine bessere Behandlung vermeidet eine spätere Pflegebedürftigkeit. Krankenhausstrukturreformen sind am Ende auch Pflegepolitik. Nicht ganz schnell in das nächstbeste, sondern zügig in das richtige Krankenhaus muss die Reise gehen.

Zum Thema Demenz:

Es gibt zwar international erste Anzeichen für sinkende Inzidenzen bei Demenz. Verlassen sollten wir uns darauf aber nicht. Im Entwurf der Demenzstrategie Deutschland finden wir Themen der Versorgung, der Betreuung und der Pflege. Die Forschung hingegen wird in der Demenzstrategie sehr unambitioniert angegangen für ein Land wie Deutschland. Denn eigentlich wissen wir, dass wir in den kommenden 20 Jahren zwingend einen Durchbruch bei den Behandlungsoptionen für Demenz brauchen.

Denn von einem Erfolg bei neuen Behandlungsstrategien, die die Demenz herauszögert, Folgen mindert oder vermeidet, hängt die Größe der Herausforderungen in den nächsten 20 Jahren ab.

2. Informelle Pflege durch Angehörige

Ich habe eingangs die Zahlen der Pflegebedürftigen erwähnt: 3,7 Millionen sind es im Moment und deutlich mehr als 5 Millionen in 20 Jahren. Von diesen werden schon heute rund 2 Millionen Pflegebedürftige durch ihre Angehörigen versorgt.

In 2040 liegen wir dann bei prognostizierten 2,5 Millionen. Der größte Pflegedienst der Nation – so wird es immer auf den Punkt gebracht.

Und es stimmt ja auch, denn es sind die Angehörigen, die schon heute mehr Pflegebedürftige versorgen, als Heime und ambulante Dienste zusammen.

Fortschrittliche Politik tut sich mit dem Thema oft schwer. Die Debatte geht häufig schnell zur Sicherstellung der professionellen Pflege über. Das Thema Angehörigenpflege wird oft im Bereich der Familien- oder Geschlechterpolitik gesehen, weil es eben ganz vorwiegend Frauen sind, die pflegen. Mit den bekannten, schwerwiegenden Folgen für deren Lebensplanung und Altersversorgung.

Angehörige leisten diese Arbeit unter prekären Bedingungen. Der Barmer-Pflege Report hat gezeigt, dass die pflegenden Angehörigen wegen der Belastung häufig selbst krank werden.

Ich möchte an dieser Stelle keine Grundsatzdebatte aufmachen. Deutschland hat bekanntermaßen ein Pflegesystem, das sich stark auf die Pflege durch die Familien und Angehörigen verlässt und nicht wie in den skandinavischen Ländern, darauf orientiert ist, dass Pflege umfänglich staatlich abgesichert wird.

Aber es ist ein Fakt: Unser Pflegesystem funktioniert nur, weil Angehörige so viel leisten.

Wenn sich auch nur 10 Prozent der heute pflegenden Angehörigen morgen dafür entscheiden würden, mit der Pflege ihrer Angehörigen aufzuhören und auf professionelle Pflege zu gehen – dann hätten wir ein nicht lösbares akutes Problem.

Hier möchte ich ansetzen. Denn dafür, dass die Angehörigenpflege in Deutschland eine so – wenn nicht sogar DIE – tragende Säule spielt, nehmen wir diese als allzu selbstverständlich hin.

Aktuell ausstehende Entscheidungen zur Stärkung häuslicher Pflege insbesondere durch Angehörige sind:

- Die Einführung einer steuerfinanzierten Lohnersatzleistung für beschäftigte pflegende Angehörige
- Die Finanzierung technisch unterstützender Hilfssysteme über den Hilfsmittelkatalog.
- Wir haben das Entlastungsbudget aus der Koalitionsvereinbarung noch nicht umgesetzt. Seit dieser Woche liegt mit dem Vorschlag für ein Doppeltes Pflegebudget des Pflegebevollmächtigten, Herrn Westerfellhaus, ein diskussionswürdiger Vorschlag auf dem Tisch.

Dass es pflegenden Angehörigen nicht länger zumutbar ist, sich durch den dichten Leistungsdschungel zu kämpfen, darüber besteht ja weitestgehend Konsens.

Denn es ist grotesk, dass Menschen, die sich ohnehin in einer belastenden Situation befinden, bürokratische Hindernisse, wie das Kostenerstattungsprinzip, statt niedrigschwelliger Unterstützungsangebote vorfinden.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen müssen die ihnen zustehenden Leistungen so einfach wie möglich abrufen können!

Ein Entlastungsbudget mit einem Pflegebudget zu kombinieren, und so durch zwei flexible Budgets alle Leistungsbeträge der bisherigen häuslichen Pflege zu kombinieren, erfüllt diesen Anspruch.

Angehörige können diese Budgets, die sich am Pflegegrad bemessen und monatlich zur Verfügung stehen sollen, selbstbestimmt und flexibel nach ihren Bedarfen nutzen – ohne Unmengen an Anträge zu formulieren.

Auch die neue Idee, immer 50 Prozent des nicht für Sachleistungen verbrauchten Budgets automatisch als Pflegegeld auszus zahlen, sollte weiterverfolgt werden – spiegelt sie doch wider, dass häusliche Pflege in aller Regel gemeinsam von Angehörigen, Pflegediensten und niedrigschwelligen Unterstützungsstrukturen gesichert wird.

Dass das von der SPD schon lange geforderte Entlastungsbudget flexibel für Tages-, Nacht-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege eingesetzt

werden kann, ist eine gute Nachricht für alle pflegenden Angehörigen.

Ein einfaches System ist wichtig. Aber wir brauchen auch mehr Unterstützung für unvorhergesehene Krisensituationen.

- In Hamburg planen wir deshalb einen „Pflegetruf mit Pflegetdienst“ – gemeint ist hier die Hilfe und Sicherstellung der Akutversorgung, wenn es in der Häuslichkeit zu einer krisenhaften Pflegesituation kommt. Die Anlässe sind vielfältig:
 - Die Pflegeperson wird krank oder hat einen Unfall und braucht eine kurzfristige Lösung.
 - Überfordernde Pflegesituationen, z.B. bei gravierenden Verschlechterungen demenzieller Symptomatik, Komplikationen o.ä.
 - hilflose, demenziell erkrankte Pflegebedürftige, die von der Polizei aufgegriffen werden.

Hier setzen meine Überlegungen für Hamburg an:
Wir wollen ein solches Angebot als Pflegetdienst schaffen.

Ein Pflegenottelefon soll 24/7 über eine Zentrale mit erfahrenen Pflegekräften telefonisch erreichbar sein. Gleichzeitig soll die Möglichkeit gegeben sein, dass rund um die Uhr Pflegekräfte Pflegebedürftige zu Hause auch aufsuchen kann und als Notdienst zur Verfügung steht. Ebenfalls kann von hier aus eine kurzfristige Aufnahmemöglichkeit in eine Kurzzeitpflege vermittelt werden. Kurzzeitpflegeplätze müssen bundesweit ausgebaut werden, auch an Krankenhäusern.

3. Attraktivität der beruflichen Pflege

Gleichzeitig muss es weiterhin unser Ziel sein, so viele professionelle Pflegekräfte wie möglich für die Pflege zu gewinnen – und auch zu halten.

Grund für Optimismus sehe ich durchaus: Nie zuvor hatten wir so viele Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler wie heute. Der Pflegeberuf ist attraktiv! Entgegen aller pessimistischen Annahmen wollen sehr viele junge Menschen in die Pflege. Dieses Engagement wollen wir nicht nur aufrechterhalten, sondern weiter steigern.

Hier spreche ich von gezielter Nachqualifizierung und Umschulungen, möglichst vielen neuen Auszubildenden und möglichst wenigen, die die Ausbildung abbrechen.

Quereinsteiger sollten motiviert werden, die volle Ausbildung zu machen. Auch die mit 60 Prozent hohe Teilzeitquote von Pflegekräften weist noch viel Potenzial für „mehr Pflege“ auf – denn ich glaube, viele würden auch mehr arbeiten, wenn denn die Bedingungen stimmen. Oder zurückkommen.

Deswegen ist es gut, dass mittlerweile ein ganzes Bündel von Maßnahmen zur Stärkung der Arbeitsbedingungen in der Pflege gesetzlich festgeschrieben ist:

- faire Entlohnung: tariflich – ohne Lücke zwischen Pflegeheim und Krankenhaus
- In der Altenpflege: ab kommendem Jahr ein Personalmessungssystem
- der Einstieg in die Generalistik
- Umfassende Vereinbarung für die Verbesserung der Pflege in der Konzentrierten Aktion Pflege

Hier haben wir viel erreicht – vieles ist auf den Weg gebracht. Aber wir können auch nicht alles gesetzlich verordnen, sondern brauchen die aktive Mitwirkung der Arbeitgeber.

Das gilt besonders für gute Arbeitsbedingungen: Personalmindestbesetzung ist bald überall vorgegeben. Aber wichtig ist auch, dass der Schichtdienst verlässlich gestaltet ist, Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten bestehen und Angebote für Gesundheitsförderung gemacht werden.

Nur so können wir auch glaubwürdige Imagekampagnen durchführen und für ein realistisches Berufsbild werben.

In Hamburg haben wir deshalb einen positiven Wettbewerb um die besten Arbeitgeber ins Leben gerufen: Die Allianz für Pflege.

Dabei sind nur die Arbeitgeber, die sich diesen genannten Zielen verpflichten und bereit sind, diese einzuhalten und auch in unserem öffentlichen Arbeitgeberportal transparent zu machen.

Ich glaube aber auch, dass wir das Potenzial der Digitalisierung für die Attraktivität der beruflichen Pflege heute noch häufig unterschätzen.

Ich spreche hier nicht von Robotern, die Pflegekräfte ersetzen – aber entlasten.

Mehr digitale Anwendungen oder Robotik sind mit Sicherheit ein Hebel die Arbeit der Pflegekräfte zu unterstützen, um sich auf ihre originäre Profession zu konzentrieren oder auch gesünder zu arbeiten – sei es bei der Dokumentation, bei Abrechnungen oder körperlich schwerer Arbeit.

4. Angebotsstrukturen in der Langzeitpflege

Die Planung und Gestaltung der Angebotsstrukturen in der Pflege muss sich am Pflegebedürftigen und den Rechten orientieren, die wir schon in der „Charta der Rechte Pflegebedürftiger“ miteinander beschrieben haben. Angemessene, gute Pflege muss sich am Normalitätsprinzip orientieren und die gleichberechtigte Teilhabe ermöglichen. Sie muss individuell passen und den jeweiligen Lebenshintergrund einbeziehen.

Im Verlauf der Pflegebedürftigkeit müssen wir sicherstellen, dass es so lange wie möglich Pflegeleistungen nach individuellem Bedarf aus einem breiten Angebotssystem gibt – in verbindlicher Kooperation auf der Basis, dass ich in einer barrierefreien Wohnung lebe und nicht von Kontakten im Quartier und zu anderen Menschen im Umfeld abgeschnitten bin.

Das ist die Basis – sie ist aber auch voraussetzungsreich und eine wichtige Aufgabe für die Kommunen. Denn das betrifft den Wohnungsbau, das betrifft die Quartiersentwicklung, das betrifft die Infrastruktur im Stadtteil.

Aufgabe der Kommunen ist es, dafür Sorge zu tragen, dass Unterstützungsangebote bereitstehen, die es ermöglichen, möglichst lange eigenständig im vertrauten Umfeld zu leben und dort gezielt zu fördern, wo der Markt versagt. Die Subvention stationärer Pflege sehe ich eher nicht als kommunale Landesaufgabe.

Wenn das alles aber nicht mehr geht, dann brauchen wir im Verlauf der Pflegebedürftigkeit eben auch die Angebote, die einen Umzug in eine

Einrichtung oder eine Wohngruppe mit 24/7-Pflege gewährleisten.

Mir schwebt hierbei aber vor – und das entspricht auch den Wünschen der Menschen, wie wir aus Befragungen wissen: So lange wie möglich zuhause, mit Unterstützung und koordinierten Hilfesystemen und so kurz wie möglich ins Pflegeheim oder die Wohngruppe.

5. Finanzierung

Und damit komme ich zum letzten Punkt für heute: der Finanzierung.

Schon heute ist die Schmerzgrenze der finanziellen Leistungsfähigkeit in der Breite erreicht.

Laut Zahlen der DAK mussten Pflegebedürftige 2019 rund 1.900 Euro pro Monat aus eigener Tasche zahlen, um vollstationär versorgt zu werden. Dies ist nur der Durchschnitt, je nach Bundesland kann es viel teurer oder auch günstiger sein.

Der durchschnittliche Eigenanteil in den Ländern reicht von rund 1.200 Euro bis über 2.500 Euro -

abhängig von der jeweiligen Personalausstattung und den tariflichen Bedingungen. Im Einzelfall und je nach Pflegegrad kann dieser Anteil selbstverständlich noch deutlich höher ausfallen. Auch die Form der Unterbringung hat natürlich Einfluss auf die monatlich zu leistende Zahlung.

Selbst wenn man nur die reine Pflegeleistung zugrunde legt, reichen die aufzubringenden Eigenanteile von ca. 300 Euro in Thüringen, bis zu über 950 Euro in Baden-Württemberg.

Vergleicht man dies mit den durchschnittlichen Alterseinkommen, so wird klar, dass für viele Betroffene das Risiko Pflegebedürftigkeit gleichbedeutend ist mit dem Armutsrisiko.

Und das Problem wird sich noch weiter verschärfen: Durch die bessere Personalausstattung und Bezahlung in der stationären Altenpflege – unverzichtbare Schritte – drohen den Bewohnerinnen und Bewohnern künftig weiterhin massive Steigerungen bei den Eigenbeiträgen.

Deshalb ist zu erwarten, dass die Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege massiv steigen wird, von heute einem Drittel der

Heimbewohner auf die Hälfte. Dies kann nicht der Sinn und Zweck einer Sozialversicherung sein, deren Gründungsmythos gerade der Schutz vor Bedürftigkeit war.

Daher ist es auch geradezu zwingend, dass wir uns über die Architektur der Finanzierung und der Leistungen Gedanken machen und diese reformieren.

Der Großteil von Ihnen weiß wahrscheinlich, dass Hamburg bereits im letzten Frühjahr zusammen mit den Ländern Schleswig-Holstein, Bremen und Berlin den Vorschlag in den Bundesrat eingebracht hat, nicht die Leistungen der Pflegeversicherung zu deckeln, sondern die Eigenanteile.

Aus meiner Sicht kann eine nachhaltige und sozial gerechte Finanzierung nur durch einen Mix aus solidarischen Beiträgen, Steuermitteln und in begrenztem Maße Eigenbeiträgen bestehen.

Dazu hatten die Länder vorgeschlagen, die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege und geriatrische Rehabilitation jeweils in das SGB V und das SGB XI zu tauschen, um eine sachgerechtere

Zuordnung der Leistungen und eine Senkung der Eigenanteile zu erwirken.

Verbunden mit der Einführung eines Steuerzuschusses von zunächst 1,5 Milliarden Euro, wäre nach unseren Berechnungen diese Reform mit einem minimalen finanziellen Mehraufwand für die Beitragszahler in Höhe von 0,05 Prozent verbunden.

Also durchaus eine Reform, die den Namen Pflege-Solidarität-Stärkungsgesetz verdienen würde.

Unser Antrag an den Bundesrat wäre eine gute Gelegenheit für Bund und Länder gewesen, sich frühzeitig präventiv mit den Folgekosten der ausstehenden Entwicklungen in der Pflege zu befassen.

Aber für die Union war die Zeit wohl noch nicht reif genug. Deshalb haben wir die Initiative ruhend gestellt.

Aber mittlerweile ist es im Rahmen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz im November gelungen, vom Bund einstimmig die Begrenzung der Eigenanteile von Pflegebedürftigen und einen Steuerzuschuss sowie die Einrichtung einer

Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Pflegeversicherung zu fordern.

Der Bundesgesundheitsminister verweigert sich dem noch, aber wir bleiben dran. Ich halte diese Reform für noch machbar in der großen Koalition.

Aber Sie wissen auch, dass ich Sozialdemokratin bin: Deshalb geht es mir langfristig selbstverständlich auch um die Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung.

Es war schon immer ein großer Konstruktionsfehler der Pflegeversicherung, dass sie bei gleichen Leistungen eine unterschiedliche Finanzierungssystematik für privat und gesetzlich Versicherte vorgesehen hat. Es ist schlicht und einfach nicht logisch.

Mit einer Pflege-Bürgerversicherung könnten wir auch die Einführung einer Pflege-Vollversicherung finanzieren, bei der als Eigenanteil nur die Kosten für die Unterkunft, Investitionen und Verpflegung blieben.

Aber das ist Zukunftsmusik – und es ist ja nicht so, dass wir nicht noch leichtere Hürden zu nehmen hätten.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen heute interessante Gespräche und anregende Diskussionen – daran habe ich auch keinen Zweifel. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.