

Positionspapier

AK I »Arbeit, Soziales und Gesundheit«,

AK-Beschluss vom 8. Juni 2021

verantwortlich: Pia Zimmermann, AG Gesundheit und Pflege

DIE LINKE.
I M B U N D E S T A G

Pflegende Angehörige entlasten und absichern

Auf einen Blick:

1. Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Angehörige müssen auf allen politischen Ebenen besser eingebunden werden und mitbestimmen können.
2. Die Menschen brauchen deutlich mehr Pflegekräfte und massive Investitionen in die Pflegeinfrastruktur für eine hochwertige pflegerische Versorgung und Entlastung pflegender Angehöriger. Die Hauptverantwortung für Pflege darf nicht länger bei den Familien liegen.
3. Die Pflegeinfrastruktur muss auch qualitativ weiterentwickelt werden. Sie muss niedrigschwellige Zugänge und einen bedarfsgerechten Pflegemix gewährleisten sowie umfassende soziale Teilhabe ermöglichen.
4. Pflegende Angehörige müssen zeitlich und finanziell entlastet und besser sozial abgesichert werden. Pflegerische Sorgearbeit darf nicht weiter in Armut führen.

1. Bedeutung der häuslichen Pflege

Pflegende Angehörige gelten als größter Pflegedienst der Nation. Denn in Deutschland pflegen und betreuen knapp 5 Millionen Angehörige, Freund*innen und Nachbar*innen¹ einen nahestehenden Menschen mit Pflegebedarf. Insgesamt leben über 80 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf zu Hause.

Ein wesentliches Ziel und Prinzip der Pflegeversicherung ist der »Vorrang der häuslichen Pflege« (§3 SGB XI). Mit ihren Leistungen soll die »Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn« unterstützt werden. Begründet wird das vor allem mit dem Wunsch vieler Menschen, auch im höheren Alter und bei Pflegebedarf möglichst lange zu Hause zu leben. Doch der Vorrang der häuslichen Pflege diene von Beginn an auch dem Ziel, die Kosten des Pflegesystems möglichst gering zu halten.² Das Ziel wurde übererfüllt: Die Arbeit der

¹ Im Weiteren wird der meist gängige Begriff pflegende Angehörige genutzt. Es werden aber auch Freund*innen und Nachbar*innen mitgedacht.

² Drucksache 12/5262: »Der Vorrang der häuslichen Pflege berücksichtigt zudem, dass die stationäre Pflege und Betreuung auf Dauer – jedenfalls bei den Stufen I und II (§ 13) – teurer ist als die ambulante Versorgung. Im Interesse der Solidargemeinschaft der Versicherten müssen deren begrenzte finanzielle Mittel in optimaler Weise genutzt werden.«

pflegenden Angehörigen entspricht mindestens 3,2 Millionen Vollzeitstellen und einer Wertschöpfung von 44 Milliarden Euro pro Jahr. Die Wertschöpfung liegt damit höher als im Wirtschaftszweig der Forst- und Landwirtschaft.

»Dabei wird die häusliche Pflege oftmals unter großen, nicht selten unzumutbaren persönlichen Opfern und Anstrengungen erbracht.« Das Zitat liest sich wie das Ergebnis einer aktuellen Studie. Doch es stammt aus dem Gesetzentwurf von Union und FDP zur Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1993. Fast 30 Jahre später ist die Situationsbeschreibung deckungsgleich. Trotz Pflegeversicherung fühlen sich viele Familien alleingelassen, finden kaum Unterstützung und sind aufgrund der Pflege vielfach von Armut und Krankheit oder eigener Pflegebedürftigkeit bedroht. Ihr Gesundheitszustand ist im Vergleich zu Nicht-Pflegepersonen deutlich schlechter. Das Durchschnittseinkommen liegt für 44 Prozent bei unter 1.000 Euro und pro Woche fallen im Durchschnitt 55 Stunden für Pflege und Betreuung an.

Die Corona-Pandemie hat die Situation in der häuslichen Pflege noch verschärft und das Vertrauen in die Pflegepolitik der Bundesregierung weiter erschüttert. Die Familien müssen zumeist selbst den Ausfall von Unterstützungsleistungen und die deutlich erschwerte Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auffangen. Bei den Impf- und Teststrategien wurden pflegende Angehörige zunächst übergangen und dann nicht ausreichend eingebunden.

2. Strukturelle Abhängigkeiten und Ausbeutung in der häuslichen Pflege

Pflegerische Sorgearbeit wird zu 70 Prozent von Frauen geleistet. Dafür gibt es drei wichtige Gründe: 1. Pflege wird noch immer als primär weibliche Tätigkeit und Aufgabe wahrgenommen. 2. Aufgrund der Unterschiede im Lohnniveau zwischen Frauen und Männern fallen die Einbußen beim Haushaltseinkommen in der Regel geringer aus, wenn Frauen aufgrund der Pflege ihre Arbeitszeit reduzieren oder den Beruf aufgeben müssen. 3. Der Teilleistungs-Charakter der sozialen Pflegeversicherung führt zu ständig stei-

genden Pflegekosten für die Familien und wirkt sich zugleich negativ auf die Pflegequalität in der professionellen Pflege aus. Der Pflegenotstand hat auch das Vertrauen in die professionelle Pflegeinfrastruktur untergraben.

Grundsätzlich wird unentgeltliche pflegerische Sorgearbeit im Kapitalismus einerseits vorausgesetzt und andererseits systematisch entwertet. Sie lässt sich nicht nach Effizienzkriterien ausrichten und dient keiner marktnotwendigen Reproduktion von Arbeitskraft. Diese Aspekte und Mechanismen wirken auf die Entscheidung zur Art und Organisation der Pflege ein und führen dazu, dass besonders Frauen in eine strukturelle Abhängigkeit geraten.³

Die pflegenden Angehörigen sind die unbezahlte Reservearmee der Pflege, die die ungebremste Dynamik des Pflegenotstands drosseln. Doch viele Familien können und wollen die Pflege nicht mehr alleine stemmen. Das führt zu einer Expansion des grauen Pflegemarkts, der für zumeist ausländische Betreuungskräfte hochprekäre Arbeits- und Lohnbedingungen mit sich bringt. Begriffe wie 24-Stunden-Betreuung verdeutlichen die oft völlige Außerkraftsetzung des Arbeitsrechts und die prekäre Lage der rund 300.000 Betreuungskräfte in Deutschland. Vielfach wird ihnen der Mindestlohn verwehrt, werden Überstunden nicht bezahlt und fehlt die Sozialversicherung. Auch die Qualität und Form der Unterbringung ist oftmals entgrenzend und unwürdig. Die politisch Verantwortlichen dulden den grauen Pflegemarkt und folgen weiterhin der Maxime der kostengünstigsten Sicherstellung der Pflege.

3. Defizite und Mängel bei der Unterstützung und Absicherung

Eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung kann nicht allein über die Familien sichergestellt werden. Sie setzt ein hohes Maß an Fachlichkeit voraus, weshalb es deutlich mehr und gut ausgebildete Pflegefachkräfte und Assistenzkräfte und wohnortnahe professionelle Angebote braucht. Die pflegerische Sorgearbeit der Angehörigen kann nur ein Teil des Versorgungsprozesses sein. Pflegequalität braucht eine Vernetzung professioneller und informeller Pflege.

Wenn ein Pflegefall in der Familie eintritt, wollen Angehörige häufig in dieser besonderen Lebensphase unterstützen und begleiten, oft aus Liebe und Pflichtgefühl. Das heutige Pflegesystem nutzt diese gelebte Solidarität aus. Sie wird von Bundes- und Landesregierungen alljährlich als Aufopferung erklärt und zum stillen Heldentum verklärt. Dem Ideal der Aufopferung entsprechend, finden pflegende Angehörige vor Ort kaum Unterstützungsangebote, werden weder während noch nach der Pflegezeit ausreichend abgesichert und müssen immer wieder mit einem bürokratischen Pflegedschungel kämpfen. Somit sind Angehörige heute nicht ein Teil des pflegerischen Versorgungsprozesses, sie müssen den Großteil der Versorgung selbst leisten.

³ Siehe auch Haubner, Tine (2016): Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft – Laienpflege in Deutschland, Campus Verlag, Frankfurt/New York auHH

Die aus den Beitragszahlungen resultierenden Ansprüche aus der Pflegeversicherung können in der Praxis oft nicht eingelöst werden. Zum einen »gewähren« die Pflegekassen wichtige Leistungen, wie besondere Pflegehilfsmittel, vielfach erst nach kräftezehrenden Widerspruchs- und Klagewegen. Zum anderen weist die Pflegeinfrastruktur gravierende Mängel auf. Besonders deutlich wird das bei der Kurzzeitpflege: Bundesweit ist die Zahl der Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeplätzen zwischen 2011 und 2017 von 1.673 auf 1.205 gesunken. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der zu Hause lebenden Menschen mit Pflegebedarf von 1,8 auf 2,6 Millionen gestiegen. Der erhebliche Mangel an Kurzzeitpflege, die vor allem den kurzfristigen Ausfall von Pflegepersonen kompensieren soll, führt zu langen Wartezeiten, die nicht selten bei über einem Jahr liegen. Von einer wohnortnahen und barrierefreien Versorgung sind die meisten Regionen in Deutschland meilenweit entfernt.

Die Pflegepolitik der Bundesregierung schränkt, die ohnehin mangelnde Flexibilität in der häuslichen Pflege weiter ein und verstärkt Abhängigkeiten. Anstatt die Verhinderungs- und Tagespflege als wichtige Pfeiler im Pflegealltag zu stärken, gibt es vermehrt Bestrebungen, beide Leistungen zu kürzen. Den notwendigen Umbau der Pflegeversicherung wollen einige Akteure nutzen, um die Auszahlung des häuslichen Pflegegeldes an Verträge zu binden, die die Angehörigen zur Leistungserbringung verpflichtet, darüber die Leistungserbringung zu kontrollieren und bei Vertragsverstößen das Pflegegeld zu kürzen. Über aktuelle Vorschläge werden rechte Bestrebungen befeuert, die häusliche Pflege als Mosaik einer familienpolitischen Kehrtwende zu nutzen und Frauen bewusst in die Pflege zu drängen. Ursache sind schon lange fehlende Verbesserungen bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. So können berufstätige pflegende Angehörige Einkommensverluste durch Arbeitszeitreduzierung noch immer nur über ein zinsloses Darlehen ausgleichen und haben, anders als Eltern, keinen Anspruch auf einen längerfristigen Lohnersatz.

Pflegende Angehörige und ihre Interessenvertretungen melden sich immer häufiger öffentlich zu Wort und fordern mehr Anerkennung und Wertschätzung für ihre Arbeit und soziale Sicherheit. Doch mit der Organisationsmacht der etablierten Pflegeakteure können sie nicht mithalten. Obwohl das Pflegesystem am Ende den Bedarfen der Menschen mit Pflegebedarf und pflegenden Angehörigen entsprechen soll, wird ihnen die Möglichkeit verwehrt, sich in alle relevanten Pflegegremien auf kommunaler, Landes- und Bundesebene einzubringen. Auch das ist ein Grund, warum Reformen und Angebote regelmäßig an den tatsächlichen Bedarfen in der (häuslichen) Pflege vorbeigeplant und -gesteuert werden.

4. Sofortprogramm und Weichenstellungen

Die prekäre Situation der Menschen in der häuslichen Pflege erfordert uneingeschränkte Solidarität zwischen ausgebildeten und informell Pflegenden. Die strukturelle Abhängigkeit und Ausbeutung von Frauen, Fami-

lien und 24-Stunden-Betreuungskräften muss überwunden werden. Selbstbestimmung, Selbstverwirklichung, soziale Teilhabe und eine hohe Versorgungsqualität für alle Menschen in der (häuslichen) Pflege müssen in den Mittelpunkt rücken. Dafür braucht es grundlegende Lösungen und Weichenstellungen. Die Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung ist die Basis für den Ausbau der Pflegeversicherung zu einer Vollversicherung bei gleichzeitig besseren Leistungen. Erst wenn der finanzielle und zeitliche Druck im Pflegefall reduziert und ausreichend wohnortnahe und qualitativ gute Angebote bereitgestellt werden, können die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen frei und bedarfsgerecht entscheiden, wie die pflegerische Versorgung aussehen soll und in welchem Umfang sich Angehörige an der Pflege und Betreuung beteiligen.

Auf diesem Weg sind Sofortmaßnahmen unabdingbar, die dazu dienen, die Situation für die Menschen in der häuslichen Pflege schnell und spürbar zu verbessern. Darüber hinaus braucht es mittelfristig grundlegende Weichenstellungen für eine bedarfsgerechte und teilhabeorientierte Ausrichtung der Leistungs- und Angebotsstrukturen in der Pflegeversicherung:

10 Punkte Sofort-Programm

1. Alle bisher getrennten Entlastungsleistungen der Pflegeversicherung (Verhinderungspflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege und Entlastungsbetrag) werden in ein Teilhabebudget überführt.
2. Die zusätzlichen pflegebedingten Eigenanteile werden auf max. 200 Euro pro Monat gedeckelt.
3. Über ein Investitionsprogramm »Pflegeentlastung« in Höhe von jährlich zwei Milliarden Euro zur Kofinanzierung von Investitionen in die Pflegeinfrastruktur aus Landesmitteln, wird der Ausbau der ambulanten Pflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege und alternativer ambulanter Versorgungsformen forciert. Bund und Länder beteiligen sich jeweils zur Hälfte an der Finanzierung.
4. Die Zulassung von Pflegediensten wird an tarifvertragliche Bezahlung gebunden und die Löhne werden voll durch die Pflegeversicherung refinanziert. Dabei ist auszuschließen, dass Gefälligkeitstarifverträge so genannter gelber Gewerkschaften anerkannt werden. Auf diesem Wege sollen die Gehälter der Pflegekräfte in der Altenpflege schnellstmöglich um 500 Euro angehoben und so die Lohndifferenz zwischen Alten- und Krankenpflege sowie zwischen ambulanter und stationärer Pflegeversorgung geschlossen werden.
5. Die Pflegeberatung wird auf der Basis der Pflegestützpunkte zu einer bundesweit einheitlichen und flächendeckend verfügbaren Pflege- und Teilhabeberatung für Menschen mit Pflegebedarf, pflegende Angehörige und ältere Menschen ausgebaut. Vorbild sind die Unabhängigen Teilhabeberatungen für Menschen mit Behinderung.

6. Die Vertretungen der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Menschen mit Pflegebedarf, Menschen mit Behinderung und ihrer Angehörigen erhalten im Qualitätsausschuss Pflege ein Stimmrecht. Die bisherige beratende Funktion ist nicht ausreichend. Die Möglichkeit der Mitbestimmung muss auch auf Länderebene und in den Kommunen forciert werden. Die regionalen Interessenvertretungen sollten mindestens ein Sitz mit Stimmrecht in den jeweiligen Landespflegeausschüssen und regionalen Pflegekonferenzen haben. Regionale Pflegekonferenzen sollten in allen Bundesländern verbindlich zur Steuerung und Planung der Pflege vor Ort eingerichtet werden.
7. Eine sechswöchige arbeitgeberfinanzierte Freistellung mit vollem Lohnausgleich wird zur Organisation der Pflege bei erstmaligem Eintreten einer Pflegesituation eingeführt. Kleine Betriebe mit bis zu 25 Beschäftigten erhalten einen steuerfinanzierten Zuschuss zur Deckung der Kosten. Darüber hinaus wird eine flexible Freistellung mit steuerfinanziertem Lohnersatz auf der Grundlage der Empfehlungen des Unabhängigen Beirates für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf eingeführt.
8. Arbeitgeber werden zur Gewährleistung pflegesensibler Rahmenbedingungen verpflichtet und ein umfassender Kündigungsschutz für Pflegepersonen ab Antragstellung auf Pflegegrad eingeführt. Ansprüche gelten für alle nach der Pflegeversicherung Anspruchsberechtigten. Betriebliche Schwellenwerte werden abgeschafft.
9. Pflegebedingte Rentenverluste werden über höhere Rentenbeträge für Pflegepersonen ab Pflegegrad 1 ausgeglichen, unabhängig von der Nutzung von Entlastungsleistungen und der Regelaltersgrenze und einheitlich für Ost und West. Für nicht-erwerbstätige und -familienversicherte Pflegepersonen werden Beiträge in die Krankenversicherung eingezahlt und so der Versicherungsschutz für alle Pflegepersonen gewährleistet.
10. Die Bundesländer entwickeln ihre Landespflegegesetze auf der Basis des § 71 SGB XII zu Altenhilfestrukturen weiter beziehungsweise führen diese ein. Die Altenhilfe muss bundesweit als ressort- und politikfeldübergreifende Querschnittsaufgabe verankert werden.

Mittelfristige Weichenstellungen

1. Abschaffung des Vorrangs der häuslichen Pflege und Ersatz durch das neue Primärziel der »selbstbestimmten Versorgungsentscheidung und Pflegebeteiligung«.
2. Abschaffung der Eigenanteile an den Pflegekosten durch Einführung einer Pflegevollversicherung, finanziert über eine Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung.
3. Angemessene Entlohnung und gute Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte werden über einen all-

gemeinverbindlichen flächendeckenden Tarifvertrag geregelt und bundeseinheitlich von den Kostenträgern anerkannt.

4. Weiterentwicklung des Teilhabebudgets zu einem bedarfsgerechten Teilhabebudget in dem jeweils, in Anlehnungen an das Persönliche Budget im SGB IX, alle Bedarfe der Menschen mit Pflegebedarf und pflegenden Angehörigen kostenträgerübergreifend einfließen.
5. Pflege, Beratung und Entlastungsleitungen »aus einer Hand« und das in öffentlicher Trägerschaft. Dazu werden die Pflegestützpunkte zu integrierten kommunalen Beratungs- und Versorgungszentren mit der Aufgabe der Bedarfsermittlung, Beratung, Organisation und Durchführung der Pflege (Fallmanagement) weiterentwickelt. So können niedrighschwellige transparente Versorgungsstrukturen entstehen und die Rolle der Kommunen in der Pflege wird gestärkt.
6. Verpflichtung der Länder zu einer alle zwei Jahre durchzuführenden Altenhilfe- und Pflegebedarfsplanung. Die Planungsergebnisse werden in Investitionsbedarfe umgerechnet und in ein bundesweites Pflegestrukturprogramm überführt. Der Bund beteiligt sich hälftig an den abgerufenen Mitteln. Innerhalb der ersten zwei Jahre müssen mindestens drei Viertel der ermittelten Bedarfe gedeckt sein, danach gilt die Zielmarke von 100 Prozent der erfassten Bedarfe.