

ONLINE-PUBLIKATION

Pia Zimmermann

Wir brauchen eine Pflegerrevolution!

Ein Plädoyer für tief greifende
Reformen im deutschen
Pflegesystem

**ROSA
LUXEMBURG
STIFTUNG**

PIA ZIMMERMANN ist Sprecherin für Pflegepolitik der Fraktion DIE LINKE. im Deutschen Bundestag.

IMPRESSUM

ONLINE-Publikation 10/2020

wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung

V. i. S. d. P.: Ulrike Hempel

Franz-Mehring-Platz 1 · 10243 Berlin · www.rosalux.de

ISSN 2567-1235 · Redaktionsschluss: Juni 2020

Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin

Layout/Satz: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

INHALT

Rendite auf dem Pflegemarkt	4
Eigenanteile belasten Menschen mit Pflegebedarf	5
Ambulante Pflege	5
Pflegende Angehörige	6
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	6
Kein Platz im Corona-Kabinett	7
Pflegebedürftigkeitsbegriff	7
Solidarische Pflegevollversicherung	8
Strategien gegen den Pflegenotstand	8
Corona-Prämie als mahnendes Beispiel	9
Das Recht auf würdige Pflege	9

PIA ZIMMERMANN

WIR BRAUCHEN EINE PFLEGEREVOLUTION!

EIN PLÄDOYER FÜR TIEF GREIFENDE REFORMEN IM DEUTSCHEN PFLEGESYSTEM

Durch die Corona-bedingte Krise im Gesundheits- und Pflegesystem droht in Vergessenheit zu geraten, dass dort schon seit Langem Notstand herrscht – der jedoch Normalzustand geworden ist. In der Corona-Krise verschärfen sich die katastrophalen Zustände in der Pflege deutlich. Doch die Rede vom Pflegenotstand ist schon dermaßen in den üblichen Sprachgebrauch übergegangen, dass kaum noch jemand auf die Schilderungen aus Alten- und Krankenpflege schockiert reagiert. Im folgenden Text soll es deshalb um seit Langem notwendige Reformen in der Pflege gehen. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Altenpflege. Auch in der Krankenpflege braucht es dringend Reformen, allerdings sind die beiden Bereiche trotz vieler Schnittstellen gesondert zu betrachten, um allen gerecht zu werden.

Zu Beginn möchte ich klarstellen, dass ich zwar in allen Bereichen von dringend notwendigen Reformen spreche, wir aber vor allem in der Altenpflege eine Revolution brauchen. Wir brauchen eine Revolution, um ein System zu entwickeln, in dem der Mensch und seine Bedürfnisse ebenso wie sein Bedarf im Mittelpunkt stehen. Als Linke sollten wir auch weiterhin diese Systemfrage stellen und daran arbeiten, vor allem die Grundrechte, wie das Recht auf Gesundheit, zu revolutionieren. In der Zwischenzeit nutzen wir die Reformen als Zwischenschritte, damit in der Pflege nichts so schlecht bleibt, wie es ist.

RENDITE AUF DEM PFLEGEMARKT

Pflegeheimplätze sind seit Jahren rar und gefragt. In vielen Kommunen sind alle stationären Pflegeeinrichtungen komplett belegt. Kurzfristige Hilfe, weil plötzlich Pflegebedarf eingetreten ist? Fehlanzeige! Menschen, die einen Platz benötigen, haben allenfalls die Möglichkeit, sich auf eine Warteliste setzen zu lassen – auf unbestimmte Zeit. Noch schwieriger ist die Situation im ländlichen Raum.

Pflege im Heim ist mittlerweile vor allem ein Geschäft. Private Anbieter machen zum Teil hohe Gewinne mit den Pflegeleistungen, die einerseits über die Pflegeversicherung gezahlt werden, andererseits aber durch die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile der Bewohner*innen kofinanziert werden müssen. In Niedersachsen sind überdurchschnittlich viele Pflegeheime in privater Hand. Knapp 70 Prozent werden von privaten Betreibern getragen, der Bundesdurchschnitt liegt bei etwa 52 Prozent. Die Begehrlichkeiten der Kapitalmarkt-Spezialisten beweisen, dass der Pflegemarkt ein lukratives Geschäft ist. Heute sprechen Unternehmensberater*innen von einem Investitionsstau zwischen 60 und 85 Milliarden Euro allein für stationäre Pflegeeinrichtungen. Privates Kapital erobert den neuen Markt in verschiedenen Formen wie Minderheitenbeteiligungen über Immobilienkäufe durch Private-Equity-Fonds (außerbörsliches Eigenkapital).

Der Konzentrationsprozess nimmt aktuell sowohl in der ambulanten wie auch in der stationären Pflege Fahrt auf. Laut ver.di wurden im Jahr 2015 neun Pflegeheime von Private-Equity-Fonds gekauft, 2016 waren es elf, 2017 sogar schon 23 Pflegeheime. Im Jahr 2018 betrug der Anteil der sogenannten Private-Equity-Gesellschaften an allen stationären Pflegeeinrichtungen etwa fünf Prozent – Tendenz steigend. Bei privaten Pflegediensten ist deren Anteil komplett unklar. Denn wir haben es bei den Investoren mit einem undurchsichtigen Komplex zu tun. Meine schriftliche Anfrage dazu blieb unbeantwortet: «Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.» Dabei wäre es wichtig zu wissen, wohin die Mittel aus der Pflegeversicherung fließen und vor allem wie viel davon zu Renditen werden, schließlich handelt es sich dabei um von den Versicherten aufgebrauchte Beitragszahlungen.

Der Markt wandelt sich also und die großen Private-Equity-Fonds finden darin ihren Platz. Es wird voraussichtlich nicht mehr lange dauern, bis sie als völlig legitimer Teil der Gesundheits- und Pflegebranche angesehen werden. Dann werden auch öffentliche und freigemeinnützige Träger an diese verkaufen. Bis jetzt passiert das noch über Bande, etwa bei «Pflege & Wohnen» in Hamburg: Dort verkaufte der Senat 2007 die städtischen Pflegeheime («Pflegen & Wohnen») an den Familienkonzern Vitanas Holding. Einen Tag nach Ablauf des zehnjährigen Weiterveräußerungsverbotes verkaufte dieser an die US-amerikanische Investmentgesellschaft Oaktree Capital Management. Ein weiteres Jahr später, im August 2018, wurden wiederum 45 Prozent des Geschäftsbetriebes veräußert, die Immobilien gingen an die «Deutsche Wohnen».

Überakkumulation, verstärkt durch Umverteilung von unten nach oben, führte schon lange vor den Finanzkrisen von 2000 ff. und 2007 ff. zu Anlagedruck: Es suchen mehr Mittel nach Verwertungsmöglichkeiten, als es Gelegenheiten dafür gibt. Umverteilung von unten nach oben ist eben nur der erste Schritt. Ihm folgen kein dankbares oder auch nur stillschweigendes Einsacken und Verschwinden, sondern das genaue Gegenteil: Die Finanzmittel treten uns wieder gegenüber und pochen auf Gewinn. Je mehr es werden, desto aggressiver. Finanzkrisen könnten daran etwas ändern, sofern sie als Reinigungskrisen verlaufen würden, in ihnen also eine entsprechend jähe, «naturwüchsige» Vernichtung von Finanzkapital stattfinden würde, die allerdings mit erheblichen gesellschaftlichen Kosten verbunden wäre. Zur Rettung des Großteils des Finanzkapitals vor allem 2007 ff. gab es daher gute Gründe. Der Krise hätte aber eine gesellschaftlich gesteuerte Abschmelzung der angehäuften Finanzmittel folgen müssen – in Form einer Umverteilung von oben nach unten. Allerdings blieb diese aus. Die Folge war erneut steigender Anlagedruck, vor allem in sichere Anlagemöglichkeiten. Die Altenpflege ist ein solcher Markt. *Erstens* werden immer mehr Menschen immer älter, entwickeln also absehbar einen Pflegebedarf. *Zweitens* ist diese Tendenz kaum konjunkturabhängig, sondern «nachhaltig» und «zukunftsfest». Der Altenpflegemarkt gilt *drittens* noch immer als fragmentiert, das heißt, er ist von einem hohen Anteil kleinerer und mittlerer Unternehmen gekennzeichnet und damit günstig für Zukäufe.

EIGENANTEILE BELASTEN MENSCHEN MIT PFLEGEBEDARF

Die eingefahrenen Renditen werden über die Pflegeversicherung von der Allgemeinheit und individuell von den Menschen mit Pflegebedarf und gegebenenfalls ihren Angehörigen getragen. Diese Eigenanteile stellen für viele eine nicht tragbare Belastung dar. Denn die Pflegekasse zahlt lediglich einen festgelegten Zuschuss, der vom Pflegegrad abhängt. Dieser Beitrag ist immer gleich geblieben, während alle anderen Kosten, wie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungszulagen, seit Jahren kontinuierlich steigen.

Inzwischen liegt der sogenannte einrichtungseinheitliche Eigenanteil bei 731 Euro, hinzu kommen durchschnittlich 756 Euro für Unterkunft und Verpflegung und 453 Euro für Investitionskosten (Stand 1. Januar 2020). Das macht einen monatlichen Betrag von 1.940 Euro. Zum Vergleich: Im Jahr 2019 lag die durchschnittliche ausgezahlte gesetzliche Rente einer Frau bei 991 Euro im Monat, Männer bekamen im Durchschnitt etwa 1.362 Euro.

AMBULANTE PFLEGE

Das mediale Bild der Altenpflege ist stark von Pflegeheimen geprägt. Tatsächlich werden jedoch mehr als zwei Drittel aller Menschen mit Pflegebedarf zu Hause gepflegt, knapp die Hälfte von ihnen ausschließlich durch Angehörige – ohne Unterstützung. Damit stimmt der Ausspruch von Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) von der Familie als «größtem Pflegedienst der Nation». Um es genau zu sagen, sind die Frauen in den Familien der größte Pflegedienst. Denn wie in allen Bereichen der unbezahlten Sorgearbeit wird die Pflegearbeit vor allem von Ehefrauen, Töchtern und Schwiegertöchtern getragen.

Sofern die Pflegekassen eine Unterstützung finanzieren, kommt diese von den Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten, mehr als 30.000 davon gibt es allein in Niedersachsen. Die ambulante Pflege zu organisieren wird dabei immer schwerer. Pflegedienste haben schon seit Jahren Schwierigkeiten, Pflegekräfte zu finden. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die Gehälter in der ambulanten Pflege noch geringer ausfallen als die in den Krankenhäusern. Dazu kommt die schlechte Zahlungsmoral der Krankenkassen. Zwar dürfen Kranken- und Pflegeversicherungen die Bezahlung von Tariflöhnen nicht als «unwirtschaftlich» ablehnen, aber genau das geschieht immer wieder. Vertreter*innen der Caritas Niedersachsen haben im März 2019 offengelegt, dass nur etwa 15 Prozent der Betriebe Tariflohn zahlen. Die Pflegeunternehmen, die nicht nur eine gute Pflege leisten wollen, sondern auch ihrer Verantwortung für die Beschäftigten nachkommen, werden durch die Weigerung der Pflege- und Krankenkassen in den finanziellen Ruin getrieben.

Da ist es kein Wunder, dass immer mehr Stellen unbesetzt bleiben und dadurch Pflegedienste immer öfter Hilfesuchende abweisen müssen. Das geschieht mittlerweile sogar in den Ballungszentren, vom ländlichen Raum ganz zu schweigen. Dort kommen zu den allgemeinen Problemen in der häuslichen Pflege lange Anfahrtswege hinzu, die die Wirtschaftlichkeit der Betriebe zusätzlich gefährden.

PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Keinen Pflegedienst mehr zu finden stellt Familien mit Pflegebedarf vor schier unlösbare Aufgaben: Sollen Angehörige eine Auszeit vom Beruf nehmen oder ihn sogar ganz kündigen? Schließlich bedeutet die häusliche Pflege für die sogenannte Hauptpflegeperson im Durchschnitt einen Arbeitsaufwand von mehr als 50 Stunden in der Woche. Muss ein Mensch mit Pflegebedarf gegen seinen Willen das Zuhause verlassen und ins Heim? Was bedeutet das für das Familiengefüge? Das alles muss in einer ohnehin emotional belastenden Situation geklärt werden.

Hinzu kommt ein wahrer Bürokratietschubengel, durch den sich pflegende Angehörige schlagen müssen, um die wenigen Hilfen, die ihnen zustehen, überhaupt zu bekommen. Auf dem Papier hat sich die Situation von Pflegepersonen in den vergangenen Jahren verbessert, die jahrelang gestellten Forderungen der LINKEN sind endlich durchgedrungen. Allerdings kommen viele Verbesserungen nicht bei den Betroffenen an. Und eine wirkliche Entlastung lässt ebenfalls auf sich warten, beziehungsweise sind Entlastungsmöglichkeiten wie Verhinderungspflege schwierig umzusetzen und ein Platz kaum zu kriegen.

Denn Pflege ist preiswert, wenn sie ohne Bezahlung von Angehörigen geleistet wird. Eine Hilfe bei der familiären Sorgearbeit durch tariflich bezahlte Fachkräfte ist deutlich teurer, daran ändern auch die Ansätze wie Pflegegeld, Rentenansprüche für pflegende Angehörige oder Pflegeunterstützungsgeld nichts, sondern sind vielmehr ein Tropfen auf den heißen Stein.

Die Bedingungen, um Ansprüche geltend machen zu können, sind nur schwer oder gar nicht zu erfüllen. So kostet etwa der Kampf mit Pflege- oder Krankenkassen um eine Reha-Maßnahme oft so viel Zeit und Energie, dass viele aufgeben. Der Ausbau der häuslichen Pflege ohne die gleichzeitige Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bedeutet immer, Pflege nicht als gesellschaftliches, sondern als privates Problem zu begreifen. Das heißt auch, besonders Frauen im privaten, häuslichen Bereich festzusetzen, und schreibt ein rückwärtsgewandtes Familienbild fort, wonach die Pflege von Angehörigen Frauensache ist. Wie bei anderer unbezahlter Sorgearbeit stecken Frauen auch hier oft im Erwerbsberuf zurück, mit allen Konsequenzen wie beispielsweise geringeren Aufstiegschancen, Lohn- und Rentenansprüchen.

VEREINBARKEIT VON PFLEGE UND BERUF

Dabei darf man nicht vergessen, dass die fehlende Vereinbarkeit von Pflege und Beruf kein Zufall oder Versehen ist, sondern im Gegenteil bewusst in Kauf genommen wird. Im vergangenen Jahr hat der unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf einen interessanten Bericht vorgelegt.¹ Er enthält Vorschläge, um die Situation pflegender Angehöriger zu verbessern und um ihnen somit zu ermöglichen, ihr Leben selbstbestimmter führen zu können. Neben einem Pflegegeld, analog zur bestehenden Elterngeldregelung, oder der Möglichkeit, sich freustellen zu lassen mit dem Recht, in den angestammten Beruf zurückzukehren, fordert der Beirat auch, die Dimension der Geschlechtergerechtigkeit bei allen Entscheidungen zu berücksichtigen. Dafür sollen konkret zum Beispiel «Fehlansätze im Steuerrecht» beseitigt werden.

Man sollte davon ausgehen können, dass solch ein Bericht im Kabinett für Gesprächsstoff sorgt, gleichwohl wurde er dort gar nicht behandelt. Auf meine Anfrage beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hieß es, es habe zwar die gesetzliche Verpflichtung gegeben, einen Beirat einzusetzen, der eben diesen Bericht dem Ministerium vorzulegen hatte. Eine Verpflichtung für die Bundesregierung, ihn zu berücksichtigen oder sich auch nur mit ihm auseinanderzusetzen, sei damit nicht verbunden.

Ändert sich an dem Vorgehen der Bundesregierung nichts, wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auch in den kommenden Jahren eine Illusion bleiben. In den Bevölkerungsschutzpaketen der Bundesregierung zur Corona-Pandemie kommen häusliche Pflege kaum und Entlastungen für pflegende Angehörige noch weniger vor. Nicht einmal eine unbürokratische Umwandlung der vorgesehenen Gelder für Tages- oder Kurzzeitpflege, die momentan nicht zu nutzen sind, ist vorgesehen. Gerade das aber wäre dringlich, denn pflegenden Angehörigen sind wegen der notwendigen Kontaktbeschränkungen vielfach auch informelle Unterstützungsnetzwerke weggebrochen und die Isolationsempfehlungen müssen sie wegen der Anfälligkeit der Angehörigen mit Pflegebedarf besonders ernst nehmen. Sie brauchen also Entlastung, müssen diese privat organisieren und selbst bezahlen, weil das Geld, das gesetzlich für genau derartige Unterstützungsleistungen vorgesehen ist, dafür nicht verausgabt werden darf und deshalb unangetastet bei den Pflegekassen verbleibt. Dabei hatten

¹ Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Erster Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, Juni 2019, unter: www.bmfsfj.de/blob/138138/1aac7b66ce0541ce2e48cb12fb962eef/erster-bericht-des-unabh-aengigen-beirats-fuer-die-vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-data.pdf.

CDU/CSU und SPD im Koalitionsvertrag einen Entlastungsbetrag für pflegende Angehörige vereinbart, der genau diese Entlastung von unnötiger Bürokratie befreien sollte. Nun ist das kein Thema mehr.

KEIN PLATZ IM CORONA-KABINETT

Dazu passt es, dass das BMFSFJ keinen Platz im sogenannten Corona-Kabinett der Bundesregierung bekommen hat. Diese schnelle Eingreiftruppe entwickelte die Leitlinien der Pandemie-Bekämpfung, die daraufhin vom restlichen Kabinett nur abgenickt wurden und mit Koalitionsmehrheit auch den Bundestag passierten. Menschen mit Pflegebedarf werden von diesem technokratischen Rumpfkabinett dabei aber vor allem als Patient*innen oder auch Kostenverursacher*innen gesehen. Dass der Pflegebedarf eines Menschen nur ein Bedarf von vielen verschiedenen Bedarfen und Bedürfnissen ist, geht dabei fast gänzlich unter.

Die einseitige Sicht auf Menschen mit Pflegebedarf erklärt auch die rigorosen Besuchsverbote in Pflegeheimen zu Beginn der Pandemie. Diese erschienen sachgerecht, allerdings stellte sich bereits nach kurzer Zeit heraus, dass sie alleine nicht zielführend sind. Denn leider mussten trotz der Maßnahmen viele Menschen in zahlreichen Pflegeheimen sterben, nachdem das Virus dort in Umlauf gekommen war. Diese menschliche Tragödie wurde dadurch verschlimmert, dass sie oft alleine sterben mussten und ihre Angehörigen sich nicht von ihnen verabschieden konnten. Das hat wenig damit zu tun, die Bedürfnisse eines Menschen zu achten, und wird dem Anspruch, bis zum Schluss ein Leben in Würde zu ermöglichen, nicht gerecht.

Trotzdem wurden keine umgehend flächendeckenden Möglichkeiten geschaffen, Menschen mit Pflegebedarf, Beschäftigte in Pflegeheimen und ambulanten Diensten sowie pflegende Angehörige regelmäßig auf das Virus zu testen. Lokale Ausbrüche, die dank schneller und oftmals privat finanzierter Testungen relativ zügig eingedämmt werden konnten, haben bewiesen, dass diese Strategie weitaus erfolgversprechender ist. Trotzdem wurde sie in den öffentlichen Diskussionen zu den Pandemie-Paketen nicht einmal in Betracht gezogen, wie die lapidar abgeschmetterten Anträge der Fraktion DIE LINKE., die genau diese Forderung immer wieder einbrachte, verdeutlichen.

PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFF

Das Regierungshandeln verkennt, dass sich das Verständnis von Pflege in den Pflegewissenschaften und der beruflichen Pflege deutlich verändert hat. Es handelt sich bei Pflege dementsprechend nicht (mehr) um eine Tat der Fürsorge, sondern vielmehr um die Möglichkeit, die Selbstbestimmung eines Menschen zu achten, zu wahren und zu erhalten – bis zum Ende. Daraus ergibt sich ein teilhabeorientiertes Pflegeverständnis, das alle Bedürfnisse und den kompletten Bedarf eines Menschen betrachtet. Dabei ist der Bedarf nach Pflege einer von vielen, wenn auch ein wichtiger und oftmals elementarer. Diesen zu decken ist nur möglich, wenn eine Umgebung geschaffen wird, die eine sogenannte Bezugspflege zulässt. Im Unterschied zur Funktionspflege ist damit ein ganzheitliches System der Pflege gemeint, in dem individuell auf die Menschen eingegangen werden kann. Es bietet neben der Selbstbestimmung und Autonomie für den zu Pflegenden auch den Vorteil, dass die Bezugspflegepersonen kleine Abweichungen, die medizinische Frühindikatoren sein können, leichter erkennen.

Dieses teilhabeorientierte Pflegeverständnis ist auch Teil des neuen «Pflegebedürftigkeitsbegriffs» der Bundesregierung. Seit 2017 sollen bei der Ermittlung des Pflegebedarfs nicht mehr die Handgriffe und Verrichtungen, die bei der Pflege zu tun sind, sondern der Mensch mit Pflegebedarf und seine Verhaltensweisen und Möglichkeiten im Vordergrund stehen. Dabei ist zum Beispiel die soziale Teilhabe explizit in die Begutachtung aufgenommen worden.

Dieser Pflegebegriff ist allerdings in der Theorie deutlich weitreichender, als er in der Praxis umgesetzt wird. Das fängt schon bei der Sprache an. Die Bundesregierung hält am Wort «Pflegebedürftigkeit» fest. Allerdings sind Menschen, die einen Pflegebedarf haben, nicht automatisch bedürftig. «Bedürftigkeit» suggeriert, dass alle anderen Bedürfnisse dieses Menschen hinter seiner Bedürftigkeit zurückstehen müssen. Wenn man die verrichtungsbezogene Pflege wirklich bewusst hinter sich lassen möchte, muss man auch diesen Begriff überdenken.

Denn er definiert unser Pflegeverständnis, das wiederum der Maßstab für alle weiteren Stellschrauben im Pflegeprozess ist: den Personalschlüssel der Beschäftigten, deren Bezahlung und Arbeitsbedingungen. Und aus diesem Verständnis von Pflege lässt sich ableiten, ob individuelle Finanzierungsmöglichkeiten wirklich die Entscheidung vorwegnehmen sollten, wo und welche Pflege jemand in Anspruch nehmen kann.

SOLIDARISCHE PFLEGEVOLLVERSICHERUNG

Natürlich sollten allein der Pflegebedarf und die Wünsche eines Menschen bestimmen, wo und wie er oder sie leben und gepflegt werden möchte. In der Realität ist dies aber nicht der Fall: Die Zuzahlungen zu ambulanten Pflegeleistungen und die Eigenanteile in stationären Pflegeeinrichtungen sorgen dafür, dass viele Menschen diese nicht in Anspruch nehmen oder sich schlicht nicht leisten können. Die durchschnittlichen Eigenanteile übersteigen in den meisten Bundesländern die durchschnittlichen Regelaltersrenten deutlich. Nach der jetzigen Logik müsste ein Mensch mit Pflegebedarf in einer stationären Einrichtung immer noch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die sogenannten Investitionskosten tragen. Ausgehend von den heutigen Zahlen läge dieser Anteil im Bundesdurchschnitt immer noch bei monatlich 1.209 Euro und damit über der durchschnittlichen Regelaltersrente von Frauen. Auch wenn Kinder seit verganginem Jahr erst ab einem Jahreseinkommen von mehr als 100.000 Euro zur Unterstützung herangezogen werden, gilt diese Grenze nicht für Ehepartner*innen. Außerdem scheuen besonders ältere Menschen, bei denen ein Pflegebedarf statistisch mit fortschreitendem Alter immer wahrscheinlicher wird, oftmals den Gang zum Amt, um Hilfe zur Pflege zu beantragen. Auch die anfallende Bürokratie kann Menschen, denen es schwerfällt, Anträge zu verstehen, abschrecken – sei es, um Hilfe zur Pflege, Pflegeleistungen oder Entlastung als pflegende*r Angehörige*r anzufordern. Dabei ist eine Pflegevollversicherung durchaus möglich. Das bedeutet, dass alle pflegebedingten Leistungen von der Pflegeversicherung übernommen werden. Finanziert werden kann eine solche Pflegevollversicherung durch eine breite Ausweitung der Finanzierungsbasis in der Pflegeversicherung: Zum einen muss dafür die künstliche Trennung zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung überwunden werden. Ausnahmslos alle bezahlen dann in denselben Topf ein, auch Selbständige, Bundestagsabgeordnete und Privatiers – nicht mehr nur aus Einkünften aus Lohn oder Gehalt, sondern aus ausnahmslos allen Einnahmen, auch aus Kapitalmarktrenditen oder Mieteinnahmen und dergleichen. Zum anderen ist kurzfristig eine Anhebung und langfristig die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze wichtig. Sie sorgt momentan dafür, dass Spitzenverdiener*innen, relativ gesehen, geschont werden, während Menschen mit geringen und mittleren Einkommen bislang den Großteil der Finanzierung der Pflegeversicherung tragen.

Der renommierte Pflegeforscher Heinz Rothgang hat im vergangenen Jahr in einer aufwendigen Studie gezeigt, dass diese Art der Finanzierung einer Pflegevollversicherung für sogenannte Normalverdiener*innen eine monatliche Mehrbelastung von unter fünf Euro im Monat bedeuten würde – bei enormen Entlastungen im Falle eines Pflegebedarfs.²

Diese Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung würde endlich den Raum dafür schaffen, weitere Baustellen in der professionellen Langzeitpflege nachhaltig anzupacken. Denn auch diese werden Geld kosten – Geld, das im jetzigen System an anderen Stellen umverteilt wird, aber dringend gebraucht wird.

STRATEGIEN GEGEN DEN PFLEGENOTSTAND

Dem Pflegenotstand – also der unzureichenden Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf, der mangelhaften Unterstützung pflegender Angehöriger und der schlechten Bezahlung der in der Pflege Beschäftigten trotz Arbeitsüberlastung – ist nur beizukommen, wenn sich sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die Löhne in der Branche nachhaltig verbessern. Das ist vor allem deshalb so wichtig, da absehbar ist, dass sich der Pflegenotstand in den kommenden Jahren deutlich verschärfen wird. So werden wegen der demografischen Entwicklung einer alternden Gesellschaft, aber auch aufgrund der Altersstruktur der Pflegefachkräfte, von denen viele in den kommenden Jahren in Rente gehen werden, deutlich mehr neue Fachkräfte gebraucht. Will man den Stand von heute halten, bedeutet dies, dass in den kommenden zehn Jahren zusätzlich 10.000 Pflegekräfte gebraucht werden – jedes Jahr! Und dabei sprechen wir noch nicht darüber, dass die Schaffung besserer Arbeitsbedingungen vor allem bedeutet, dass mehr Kolleg*innen eingestellt werden müssen.

Denn Arbeitsdruck und Hetze, keine planbare Freizeit, keine Möglichkeit zu haben, Hilfsmittel zu nutzen, die Zeit kosten, aber den Rücken schonen – all dem lässt sich nur begegnen, wenn der Schlüssel von Pflegefachkräften zu Menschen mit Pflegebedarf deutlich verbessert wird. Die benötigten Arbeitskräfte wiederum lassen sich nur durch bessere Arbeitsbedingungen und höhere Löhne gewinnen.

2 Rothgang, Heinz/Domhoff, Dominik: Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung, Working Paper Forschungsförderung Nr. 150, September 2019, hrsg. von der Hand-Böckler-Stiftung, unter: www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf.

CORONA-PRÄMIE ALS MAHNENDES BEISPIEL

Die Bemühungen um eine bessere Bezahlung in der Pflege laufen bereits, stehen aber vor zwei Hindernissen. Ver.di verhandelt seit vergangenem Jahr mit der Bundesvereinigung der Arbeitgeber in der Pflegebranche (BVAP) über einen Tarifvertrag. In dem Arbeitgeberverband ist aber nur jener Teil der – größtenteils gemeinnützigen, nicht gewinnorientierten – Pflegeanbieter organisiert, die einem allgemeinverbindlichen Tarifvertrag offen gegenüberstehen. Der überwiegende Teil der privaten und gewinnorientierten Arbeitgeber findet sich im Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa). Dieser hat beste Verbindungen zu FDP und CDU – und für den Fall einer Tarifeinigung, der durch das Bildungsministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) allgemein verbindlich erklärt wird, hat der Verein bereits Klage vor dem Bundesverfassungsgericht angekündigt.

Zwar gibt es mit dem «Pflegelöhneverbesserungsgesetz» ebenfalls seit vergangenem Jahr schon einen Fahrplan, um bei einer Tarifeinigung die kirchlichen Arbeitgeber mittelbar einzubeziehen und diesen Tarifvertrag dann für allgemeinverbindlich zu erklären. Ein zweites Hindernis besteht jedoch darin, dass die Refinanzierung einer Lohnsteigerung im Pflegelöhneverbesserungsgesetz nicht verankert ist. Die steigenden Kosten für die Anbieter würden also direkt durch steigende Eigenanteile beziehungsweise Zuzahlungen bei den Menschen mit Pflegebedarf ankommen.

Eine gesellschaftliche Debatte über den Wert von Arbeit, hier insbesondere professionelle, aber schlecht bezahlte Sorgearbeit, über steigende Löhne und deren Finanzierung muss in den Parlamenten und auch auf den Straßen geführt werden. Stattdessen aber werden die Probleme individualisiert und stehen im schlimmsten Fall am Pflegebett zwischen Pflegefachkräften und Menschen mit Pflegebedarf.

Die Debatte um die sogenannte Corona-Prämie ist dafür ein Paradebeispiel. Nachdem sich die Tarifpartner in der Altenpflege auf eine Prämie geeinigt hatten, ließ sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn regelrecht für die Vereinbarung feiern. Aber aus Steuermitteln wollte die Bundesregierung eine Prämie für Altenpflegekräfte in Höhe von 1.500 Euro nicht bezahlen. Die Pflegemindestlohnkommission hat die Einigung über die Prämie übernommen und auf alle Beschäftigten der Branche ausgeweitet – was gut ist. Das peinliche und unwürdige Gezerre um deren Finanzierung ist indes geblieben. Bis zu 1.000 Euro pro vollzeitbeschäftigter Pflegefachkraft kommen aus Mitteln der Pflegeversicherung, die restlichen bis zu 500 Euro sollen die Bundesländer oder die Arbeitgeber übernehmen. Die meisten Bundesländer haben eine entsprechende Prämie schon zugesagt, aber die Arbeitgeber haben bereits abgewunken. Eine Übernahme durch die Arbeitgeber würde de facto heißen, die Finanzierung der Prämie den Menschen mit Pflegebedarf aufzudrücken. Laut Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) bedeutet dies in der ambulanten Pflege Mehrkosten von im Durchschnitt einmalig etwa 355 Euro pro Person, in der stationären Langzeitpflege durchschnittlich rund 980 Euro.³ Hinzu kommt, dass die Prämie, so wie sie im Mai 2020 beschlossen wurde, ausschließlich Beschäftigten in der Altenpflege zustehen soll. Pflegekräfte und andere nicht ärztliche Beschäftigte in Kliniken, beim Rettungsdienst oder in anderen hoch belasteten und schlecht bezahlten Gesundheitsberufen sollen außen vor bleiben. Das kommt einer regelrechten Spaltung der Beschäftigten gleich, die trotzdem weiterhin ein gemeinsames Ziel haben: die bestmögliche Betreuung und Versorgung der ihnen anvertrauten Menschen mit Pflegebedarf und Patient*innen zu gewährleisten.

DAS RECHT AUF WÜRDIGE PFLEGE

Damit Pflegekräfte und andere Beschäftigte in Gesundheit und Pflege ihren Beruf so ausüben können, wie sie ihn gelernt haben, braucht es nicht nur Reformen in diesem Bereich. Wir brauchen eine Pflegerevolution. Es ist gut, dass etliche Pflegekräfte als Pflegerebell*innen bereits aufstehen und aktiv an dieser Revolution arbeiten. Dazu ist die radikale Überarbeitung der Finanzierung von Gesundheit und Pflege in Form einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung unumgänglich. Die skizzierte solidarische Pflegevollversicherung ist elementarer Bestandteil dieses Konzepts. Des Weiteren müssen zumindest die Renditen begrenzt werden, die mit Pflege gemacht werden können. Im Sozialgesetzbuch XI ist eine Gewinnpauschale für private Pflegeheime zugesichert. So ist eine Führung des Heims, die über eine wirtschaftliche Betriebsführung hinausgeht, nicht nur legitim, sondern sogar gesetzlich geboten. Und das alles wird finanziert aus Versicherungsmitteln der Beitragszahler*innen. Währenddessen zweifeln die Pflegekassen die tarifvertragliche Entlohnung an, welche oft zum Einsatz sogenannter Schiedsstellen zwischen Pflegekasse und Pflegeanbieter führt.

³ Kochskämper, Susanne: Corona-Prämie für die Altenpflege – die Finanzierung muss geklärt sein, IW-Kurzbericht 50/2020, unter: www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Kurzberichte/PDF/2020/IW-Kurzbericht_2020_Altenpflege_Sonderprämie.pdf.

Pflege ist ein Grundrecht. Wir alle haben das Recht, so gepflegt zu werden, wie wir es uns wünschen, in Würde, selbstbestimmt, individuell, mobilisierend. Egal, wie viel wir für diese Pflege zuzahlen können. Deshalb darf Pflege nicht zu einer Ware verkommen, in der derjenige den größten Gewinn einstreicht, der die meisten Handgriffe in der kürzesten Zeit machen kann. Gesundheit und Pflege sind Teile der Daseinsvorsorge – nicht Teile eines Pflegemarkts, in dem die Renditen umso höher sind, je mehr Menschen sich abhetzen und unter Einsatz ihrer Gesundheit schuften.

Pflege ist ein Grundrecht. Mit Grundrechten dürfen keine Geschäfte gemacht werden. Grundrechte müssen für alle zugänglich sein. Das gilt für die gegenwärtige Krise ebenso wie für den Normalbetrieb.