

Antrag

der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Diana Golze, Matthias W. Birkwald, Nicole Gohlke, Dr. Rosemarie Hein, Sigrid Hupach, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Ralph Lenkert, Cornelia Möhring, Harald Petzold, Azize Tank, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Katrin Werner, Birgit Wöllert, Jörn Wunderlich und der Fraktion DIE LINKE.

Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen – Soziale Pflegeversicherung solidarisch weiterentwickeln

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Menschen, die auf Pflege und Assistenz angewiesen sind, haben einen Anspruch darauf, bestmöglich gepflegt, versorgt und unterstützt zu werden. Pflege sollte entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse erfolgen und nicht nach dem Prinzip „still, satt und sauber“. Beschäftigte in der Pflege haben ein Recht auf gute Arbeitsbedingungen und faire Löhne. Angehörige brauchen die Sicherheit, dass ihre Familienmitglieder, Freundinnen und Freunde gut versorgt sind. Sie benötigen Unterstützung, wenn sie selbst die Pflege ihrer Angehörigen oder Freundinnen und Freunde übernehmen wollen.

Die Pflege zu stärken heißt, den Handlungs- und Entscheidungsspielraum von Menschen zu stärken, die auf Pflege angewiesen sind oder diese leisten. Pflegebedürftige Menschen und ihnen nahestehende Personen sind Expertinnen und Experten für ihre eigenen Bedürfnisse und müssen selbstbestimmt entscheiden können, wo, von wem und auf welche Weise sie gepflegt werden. Die Leistungen der Pflegeabsicherung sind so auszugestalten, dass allen Menschen tatsächlich ermöglicht wird, selbstbestimmt zu entscheiden, ob sie ambulante, teilstationäre oder stationäre Pflege- oder Assistenzleistungen in Anspruch nehmen wollen. Diese Selbstbestimmung verlangt auch die rechtsverbindliche UN-Behindertenrechtskonvention.

Die Erfüllung dieser Ansprüche ist die Messlatte für eine erfolgreiche Pflegepolitik. Eine wirkliche Stärkung der Pflege heißt, die Leistungen umfassend auszugestalten, damit Menschen sich unabhängig von ökonomischen Zwängen für ihr jeweiliges Pflegearrangement entscheiden können. Dafür ist die Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit auf eine solide und solidarische finanzielle Grundlage zu stellen.

Doch die Bundesregierung zieht eine solche Stärkung der Pflegeversicherung nicht in Betracht. Statt die pflegerische Verantwortung als gesellschaftliche Aufgabe zu organisieren und zu finanzieren, muss die Hauptlast der

pflegerischen Verantwortung weiterhin privat getragen werden, und das sowohl in finanzieller Hinsicht als auch in Form von sogenannter informeller (privater) Pflege und Betreuung.

Gute Pflege darf nicht von den eigenen finanziellen Möglichkeiten abhängig sein. Solange die Pflegeversicherung nur einen Teil der tatsächlich anfallenden Kosten abdeckt, ist keine wirkliche Entscheidungsfreiheit gegeben. Daran wird sich auch mit dem Pflegestärkungsgesetz nichts ändern.

Die Bundesregierung ist durch § 30 SGB XI verpflichtet, alle drei Jahre und erstmals 2014 die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung zu prüfen. Die nun geplanten Erhöhungen können nicht einmal den unzureichenden Status Quo aufrechterhalten. Die immer wieder formulierte Kritik an den fehlenden Regeln für die Leistungsdynamisierung wird hiermit erneut bestätigt. Ohne einen Regelmechanismus bleibt die Sicherung der Werthaltigkeit der Versicherungsleistungen abhängig von der (haushalts-)politischen Großwetterlage. Leidtragende dieser Politik nach Kassenlage sind die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, die für die immer teurer werdende Pflege aufkommen müssen.

Die Organisation der pflegerischen Versorgung in Deutschland basiert in erster Linie auf der Pflege durch Angehörige und das heißt wiederum mehrheitlich auf der Pflege durch Frauen. Es sind vor allem Töchter, Schwiegertöchter oder Partnerinnen, die die Hauptlast der Pflege- und Sorgearbeit tragen: Zwei Drittel der rund sechs Millionen pflegenden Angehörigen sind Frauen. Weibliche Pflegepersonen sind zudem häufiger als männliche nicht oder geringfügig erwerbstätig. Frauen geben häufiger als Männer ihre Erwerbstätigkeit für die Pflege von Angehörigen auf. Solche Unterbrechungen führen zu Nachteilen für die künftige berufliche Laufbahn und zu geringeren Rentenansprüchen im Alter. Um Altersarmut zu verhindern, müssen Pflegezeiten bei der Berechnung des Rentenanspruches stärker berücksichtigt werden. Das in der letzten Wahlperiode eingeführte Familienpflegezeitgesetz, das für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sorgen sollte, ist wirkungslos und hilft den Betroffenen nicht. Grund dafür ist vor allem der fehlende Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit.

Die meisten auf Pflege angewiesenen Menschen möchten in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden. Das bedeutet aber nicht automatisch, dass sie auch von ihren Angehörigen oder ihnen nahestehenden Personen gepflegt werden wollen. Oftmals reichen die finanziellen Möglichkeiten für eine professionelle Pflege nicht aus. Damit eine Neuausrichtung der Pflege gelingt, muss das Leistungsniveau der Pflegeversicherung deutlich angehoben werden. Das eröffnet die Möglichkeit, in der häuslichen Umgebung bedarfsgerecht gepflegt zu werden und – wenn gewünscht – stärker auf professionelle Pflege zurückzugreifen.

Der Alltag von Pflegekräften ist von Arbeitsverdichtung, starren Zeitvorgaben und schlechter Bezahlung geprägt. Darunter leiden alle Beteiligten: das Pflegepersonal und die zu pflegenden Menschen sowie deren Angehörige. Pflege ist eine schwere und anspruchsvolle Arbeit, die gesellschaftlich anerkannt werden muss. Für eine qualitativ hochwertige Pflege braucht es dringend mehr qualifizierte Pflegekräfte, bessere Arbeitsbedingungen und eine höhere Bezahlung der Pflege(-fach)kräfte. Die Pflegeberufe und deren Berufsausbildung müssen insgesamt attraktiver werden. Nur so kann auch dem sich bereits abzeichnenden Fachkräftemangel entgegengewirkt werden.

Die vorgesehene Erhöhung der Zahl der Betreuungskräfte führt kaum zu einer Entspannung der Arbeitssituation für Pflegefachkräfte. Denn deren Aufgabenspektrum ist klar geregelt und umfasst keine originären Pflege Tätigkeiten. Am Fachkräftemangel ändert sich durch mehr Betreuung nichts. Auf der anderen Seite führt die Aufspaltung der Pflege- und Sorgearbeit in verschiedene Arbeitsprozesse dazu, Tätigkeiten wie die soziale Betreuung und kommunikative und affektive Aspekte der Arbeit, aber auch Aufgaben der

Grundpflege, wie die Hilfe bei der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme, als unqualifizierte Arbeit abzuwerten. Sie werden von der höher qualifizierten Pflegekraft auf weniger qualifizierte Betreuungs- oder Hilfspflegekräfte verlagert und erhalten damit nicht zuletzt in Form der Entlohnung deutlich weniger Anerkennung. Dieser Paradigmenwechsel von einer umfassenden Pflege hin zur Segmentierung der einzelnen Arbeitsschritte berührt damit nicht nur unmittelbar das berufliche Selbstverständnis vieler Pflegekräfte, sondern trägt auch zu einer weiteren Spaltung von Beschäftigtengruppen bei. Eine qualitativ hochwertige, auf individuelle Bedürfnisse und die jeweilige Persönlichkeit der Menschen mit Pflegebedarf eingehende Pflege bleibt auf der Strecke.

Der von der Regierung geplante kapitalgedeckte kollektive Vorsorgefonds geht an der Lösung der aktuellen Probleme vorbei. Die umlagefinanzierte Pflegeversicherung wird geschwächt, weil heute dringend benötigtes Geld dem Umlageverfahren entzogen wird. Die Versicherten müssen doppelt zahlen: Zum einen für den Aufbau des Kapitalstocks, zum anderen für die jetzige Soziale Pflegeversicherung. Auch die Probleme der Zukunft werden nicht gelöst. Die Kapitaldeckung wirft neue Probleme auf und birgt angesichts der nach wie vor ungelösten Wirtschafts- und Finanzkrise und der langen Niedrigzinsphase hohe Risiken. Die Kapitaldeckung hat die Versprechen der Vergangenheit nicht eingehalten und wird sie in absehbarer Zeit nicht einlösen. Mit dem Geld der Beitragszahlerinnen und -zahler darf nicht spekuliert werden. Auch rückwirkend gilt: Wenn 1995 die Pflegeversicherung mit Kapitaldeckung eingeführt worden wäre, gäbe es bis heute keinen Rückfluss.

Dazu kommt, dass die Pflege- und Assistenzbedarfe nicht im gleichen Umfang zunehmen müssen wie der Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft. Denn mit der gestiegenen Lebenserwartung geht auch eine Verbesserung des Gesundheitszustands älterer Menschen einher. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, sinkt in den jeweiligen Alterskohorten. Das bedeutet, Menschen werden gesund älter und später pflegebedürftig. Zentrale Einflussfaktoren auf die Gesundheit sind in der Bundesrepublik Deutschland noch immer Bildung, Einkommen und die berufliche Position. Personen mit niedrigem Sozialstatus sterben in der Regel nicht nur früher als Personen mit hohem Sozialstatus, sie werden auch deutlich eher pflegebedürftig. Wirkliche Vorsorge muss an den Ursachen sozialer Ungleichheit ansetzen, um die Gesundheit möglichst lange zu erhalten und um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Damit die Pflegeabsicherung zukunftsicher ausgestaltet wird, müssen die Kosten von Pflege und Betreuung gerechter verteilt werden. Die Umlagefinanzierung hat sich bewährt. Nicht der demographische Wandel, sondern Umbrüche in der Erwerbsarbeit sind ein zentrales Problem bei der Finanzierung: Erwerbslosigkeit und gebrochene Erwerbsbiographien, ein sich ausweitender Niedriglohnsektor und ausbleibende Lohnzuwächse führen dazu, dass die Beitragseinnahmen der Pflegeversicherung langsamer wachsen als die Ausgaben. Zugleich wächst die Bedeutung anderer Einkommensarten. Auf die relativ schnell wachsenden Kapitalerträge müssen bislang fast keine Beiträge gezahlt werden. Mit der solidarischen Gesundheitsversicherung (Bürgerinnen- und Bürgerversicherung) in der Pflege würde die Finanzierung sozial gerecht und zukunftsfest gestaltet. Der finanzielle Spielraum würde geschaffen, um die großen Herausforderungen auf der Leistungsseite zu bewältigen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

unverzüglich einen Gesetzentwurf für eine grundlegende Reform der Pflegeabsicherung vorzulegen, der die nachfolgend genannten Punkte umfasst:

1. Leistungen der Pflegeversicherung ausweiten und deutlich anheben

a) Das Teilkostenprinzip ist abzuschaffen zugunsten einer solidarischen Ausgestaltung der Leistungen entsprechend der individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf. Als Sofortmaßnahme ist der Realwertverlust der Pflegeleistungen vollständig auszugleichen. Zusätzlich sind die Sachleistungsbeträge für die ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege je Kalendermonat sofort um weitere 25 Prozent zu erhöhen. Zur Sicherung der Werthaltigkeit der Pflegeleistungen sind die Dynamisierungsregeln in § 30 SGB XI zu ersetzen durch eine jährliche regelgebundene Leistungsdynamisierung, die sich zu zwei Dritteln an der allgemeinen Lohnentwicklung und zu einem Drittel an der allgemeinen Preisentwicklung orientiert.

b) Für eine Neuausrichtung der Pflege, die sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und ihrem individuellen Bedarf orientiert sowie gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht, sind der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren (vgl. Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009); Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2013)) zügig gesetzlich zu verankern und umzusetzen. Hierzu ist ein konkreter Zeitplan vorzulegen. Kognitive und/oder psychische Einschränkungen müssen endlich genauso wie körperliche Beeinträchtigungen mit erfasst werden. Pflege muss sich an den Menschen in ihrer jeweiligen Gesamtheit und damit am Grad ihrer individuellen Selbstständigkeit und individuellen Ressourcen orientieren und nicht an ihren jeweiligen Defiziten sowie am Zeitfaktor der alltäglichen Verrichtungen. Das starre Pflegestufenmodell gilt es zu überwinden. Im Vordergrund muss stattdessen stehen, gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen und Alltagskompetenzen zu stärken. Durch einen Bestandsschutz in Höhe des bisherigen Leistungsanspruchs muss sichergestellt werden, dass durch die neue Begutachtungspraxis niemand im Vergleich zur bisherigen Einstufungspraxis schlechter gestellt wird.

c) Die Möglichkeit von geschlechtersensibler und/oder kultursensibler Pflege und Assistenz ist zu gewährleisten. Ebenso muss das neue Begutachtungsverfahren eine Methode zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen enthalten. Rehabilitations-, Präventions- und Hilfsmittelbedarfe müssen von der neuen Bedarfsermittlung ableitbar sein. Mit der Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens ist auch das starre Pflegestufenmodell zu überwinden.

2. Angehörige entlasten

a) Die Rahmenbedingungen für Angehörige und Ehrenamtliche sind zu verbessern: Es ist eine sechswöchige durch die Arbeitgeber bezahlte Pflegezeit für eine Erwerbstätige oder einen Erwerbstätigen einzuführen, die der Organisation der Pflege und der ersten pflegerischen Versorgung von Angehörigen oder nahestehenden Personen dient. Für Personen, die die Pflege dauerhaft übernehmen wollen, sind Teilzeitvereinbarungen und flexible Arbeitszeitregelungen zu ermöglichen.

b) Die notwendige Infrastruktur ist weiter auszubauen, um eine professionelle, unabhängige, wohnortnahe und barrierefreie Beratung, Anleitung, Unterstützung und Supervision auf hohem Niveau flächendeckend sicherzustellen.

c) Alternative Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige sind weiter auszubauen. Es ist darauf hinzuwirken, dass den Kommunen hierfür in angemessenem Umfang finanzielle Mittel zur Verfügung stehen.

d) Die Rentenversicherungsbeiträge für Zeiten der Pflege von Angehörigen sind zu verbessern, damit die oft langjährige Pflege nicht zu Rentenlücken und Altersarmut führt.

3. Pflege attraktiver gestalten – Pflegeberufe anerkennen

a) Die solidarische Gesundheitsversicherung in der Pflege eröffnet den finanziellen Spielraum, Pflegekräfte besser zu bezahlen. Damit Lohndumping in der Pflege verhindert wird, ist als unterste Grenze ein flächendeckender gesetzlicher Mindestlohn von 10 Euro pro Stunde einzuführen. Der gesetzliche Pflege-Mindestlohn für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die überwiegend pflegerische Tätigkeiten in der Grundpflege erbringen, ist in Ost- und Westdeutschland auf 12,50 Euro pro Stunde zu erhöhen. Um die Arbeitsbedingungen attraktiver zu gestalten, sind die Arbeitsgestaltung, das Maß an Selbstbestimmung, der Abbau von Belastungen, soziale Absicherung und Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf zu verbessern. Mini- und Midijobs in der Pflege sind in reguläre und tariflich bezahlte Arbeitsplätze umzuwandeln.

b) In den ambulanten und stationären Einrichtungen ist eine ausreichende Ausstattung mit qualifiziertem Personal zu gewährleisten. Zur Sicherung der Qualität in der Pflege ist ein bundesweit anzustrebender Standard über eine qualitätsbezogene Personalbemessung zu entwickeln. Bis dahin hat die Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern zu erreichen, dass mindestens die Hälfte des Personals in stationären Einrichtungen oder ambulanten Pflegediensten aus Fachkräften besteht.

4. Gerechte und stabile Finanzierung

a) Der Pflegevorsorgefonds ist nicht einzuführen und die steuerliche Förderung der ergänzenden privaten Pflegeversicherung („Pflege-Bahr“) ist zu beenden. Für die Versicherten ist in der fünfjährigen Karenzphase ein Rückabwicklungsrecht für die vorhandenen geförderten Zusatzverträge vorzusehen.

b) Eine solidarische Gesundheitsversicherung (Bürgerinnen- und Bürgerversicherung) ist einzuführen, um langfristig die solidarische Finanzierung der Pflegeabsicherung zu gewährleisten und bestehende Gerechtigkeitsdefizite zu beseitigen. Finanziell starke Schultern müssen mehr tragen. Die anderen werden entlastet. Die Versicherten zahlen einen festzulegenden Beitrag nach ihrer individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit in die solidarische Gesundheitsversicherung ein. Grundsätzlich werden die Einkommen aus unselbständiger und selbständiger Arbeit sowie die weiteren Einkommensarten wie Kapital-, Miet- und Pächterträge bei der Bemessung des Beitrags zur solidarischen Gesundheitsversicherung zu Grunde gelegt. Kapitalerträge und Zinsen bis zum Sparer- Pauschbetrag (§ 20 Absatz 9 Einkommensteuergesetz) bleiben beitragsfrei. Die Beitragsbemessungsgrenze ist abzuschaffen.

c) Die in Deutschland lebenden Menschen werden Mitglieder der solidarischen Gesundheitsversicherung (Bürgerinnen- und Bürgerversicherung). Die private Pflegeversicherung ist in die Soziale Pflegeversicherung zu integrieren. Bei Einkommen aus Löhnen und Gehältern hat der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge zu zahlen. Der zur Entlastung der Arbeitgeber bei der Einführung der Pflegeversicherung abgeschaffte Feiertag wird wieder eingeführt oder eine andere Maßnahme ergriffen, welche die Parität zwischen Beschäftigten und Arbeitgebern tatsächlich herstellt. Rentnerinnen und Rentner zahlen in der gesetzlichen Pflegeversicherung künftig nur den halben Beitragssatz; die andere Hälfte wird aus der gesetzlichen Rentenversicherung beglichen.

Berlin, den 1. Juli 2014

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

Begründung

Die Pflegeversicherung ist unterfinanziert und kann als Teilleistungsversicherung nur einen geringen Teil der tatsächlich im Pflegefall anfallenden Kosten übernehmen. Die Versorgungslücke zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und dem tatsächlichen Pflegebedarf vergrößert sich seit der erstmaligen Durchführung der Pflegestatistik 1999 stetig. Der monatliche Eigenanteil an den Pflegekosten steigt von Jahr zu Jahr. Mittlerweile wird von der Pflegeversicherung nur noch deutlich weniger als die Hälfte der Gesamtkosten übernommen. So beträgt in der stationären Pflege der monatliche Eigenanteil in der Pflegestufe I 1 370 Euro, in der Pflegestufe II 1 556 Euro und in der Pflegestufe III 1 832 Euro bezogen auf die Gesamtkosten inklusive Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten. Immer mehr Menschen werden von der Unterstützung ihrer Angehörigen abhängig. Wenn nicht genügend Einkommen oder Vermögen vorhanden sind, muss Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) beantragt werden. Die zunehmende soziale Ungleichheit in der Versorgung führt zu einer sozialen Schieflage, die dringend behoben werden muss.

Darüber hinaus liegt der Pflegeversicherung noch immer ein zu enger und vor allem einseitig verrichtungsbezogener Pflegebegriff zugrunde, der schon bei der Einführung 1995 überholt war. Der im SGB XI verankerte Pflegebedürftigkeitsbegriff kann den Pflege- und Betreuungsbedarf von Menschen mit psychischen und demenziellen Erkrankungen nicht angemessen erfassen, weshalb sie auch nur sehr begrenzt anspruchsberechtigt sind. Bei der Pflege müssen aber selbstbestimmte Teilhabe, Ganzheitlichkeit und Alltagskompetenz im Vordergrund stehen. Menschen mit psychischen und dementiellen Erkrankungen müssen endlich angemessen in die Pflegeversicherung einbezogen werden. Perspektivisch müssen sich Pflege und Assistenz am individuellen Bedarf des betroffenen Menschen orientieren.

Die geplante Anhebung des Pflegebeitrags um 0,3 Prozentpunkte reicht bei Weitem nicht aus, um gute und umfassende Pflegeleistungen – auch für Menschen mit Demenzerkrankungen – zu ermöglichen und eine echte Wahlfreiheit zwischen professioneller und informeller, zwischen häuslicher Pflege und Pflege in einer Einrichtung herzustellen.

0,1 Prozent der Beitragserhöhung sollen in einen kapitalgedeckten Vorsorgefonds fließen. Doch kapitalgedeckte Systeme sind keineswegs „demographiefester“ oder „demographieresistenter“ als das Umlageverfahren. Schließlich müssen die angesammelten Vermögenswerte in ein paar Jahrzehnten wieder verkauft werden. Hierzu bedarf es einer kaufkräftigen Nachfrage, die aus der Wirtschaftsleistung zum Zeitpunkt der Auflösung des Vorsorgefonds finanziert werden muss. Die Kapitaldeckung als Ansparprinzip hat gegenüber dem Umlageverfahren keinerlei Vorteile, sie schafft neue Risiken. Zudem belastet der Umstieg auf ein kapitalgedecktes System die Versicherten doppelt: Zum einen müssten sie für den Aufbau des Kapitalstocks zahlen, zum anderen für die jetzige Soziale Pflegeversicherung.

Die solidarische Gesundheitsversicherung (Bürgerinnen- und Bürgerversicherung) in der Pflege sorgt für soziale Gerechtigkeit und eine stabil finanzierte Pflegeabsicherung. Aufgrund der gleichartigen Ausgestaltung von Privater und Sozialer Pflegeversicherung bei gleichen Leistungen ist eine Zusammenführung in einer integrierten Pflegeversicherung rechtlich und organisatorisch möglich. Mit einer wissenschaftlichen Studie konnte nachgewiesen werden, dass der Beitragssatz trotz eingerechnetem Ausgleich des Realwertverlusts und einer sofortigen Erhöhung der Sachleistungen um 25 Prozent dauerhaft unter 2 Prozent gehalten werden kann (Bartsch, Klaus: Eine Simulationsstudie zu den kurz-, mittel- und langfristigen Entwicklungen der Beitragssätze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nach dem Konzept einer solidarischen Gesundheitsversicherung der Fraktion DIE LINKE im Bundestag, Neuendorf 2011). Finanzielle Sicherheit und die Grundlage für eine weiterreichende Pflegereform sind also nachweislich solidarisch gerecht zu erreichen.