

Gerechtigkeit und Solidarität in der Pflege – ein sozialetischer Blick auf die Pflegesicherung in Deutschland

Christof Mandry

Die Reform der Pflegeversicherung wird seit längerem diskutiert. Anlass ist nicht nur die Finanzierungsproblematik allein, sondern auch die Tatsache einer alternden Bevölkerung, in der die Aussicht auf das eigene Betroffensein von Pflegebedürftigkeit für immer mehr Menschen zu einer realistischen Aussicht wird. Die Finanzierung der Pflege ist ein wichtiges Problem, das weder auf den Aspekt der Stabilisierung der Einkommenseite der sozialen Pflegeversicherung reduziert, noch vom sozialen, d.h. in erster Linie dem Wandel der Familien- und der Arbeitsverhältnisse isoliert werden kann. Das Anliegen der christlichen Sozialethik besteht in zentraler Weise darin, eine umfassende, niemanden ausschließende Perspektive auf die sozialetische Dimension des sozialen Zusammenhangs „Pflegebedürftigkeit“ und „Pflegesicherung“ zu bekommen und ethische Orientierung zu ihrer verantwortlichen gesellschaftlichen und letztlich politischen Bearbeitung zu geben. Dies soll im Rahmen dieses Beitrags wenigstens in seinen Grundzügen skizziert werden. Der Fokus liegt dabei auf dem Aspekt der Solidarität, die sich im bestehenden Pflegearrangement bereits realisiert, und auf seiner weiteren gerechten Verbesserung. Die Frage nach der Finanzierung der Pflegeleistungen wird dabei eine wichtige, aber nicht die einzige Thematik darstellen.

1 Ethische Ausgangspunkte

Aus ethischer Sicht ist die staatlich organisierte Pflegesicherung insgesamt dem moralisch hochrangigen Ziel verpflichtet, eine menschliche und menschenwürdige Pflege von Pflegebedürftigen zu gewährleisten.¹

¹ Vgl. SGB XI, § 2 Abs. 1: „Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzu-

Dabei hat das institutionelle Arrangement, das diesem Ziel dient, mit Blick auf die gesellschaftliche Lastenverteilung gerecht zu verfahren. Die ethische Aufmerksamkeit richtet sich folglich nicht allein auf die Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung (SPV), ihre Leistungen und ihre Finanzierung, sondern auf das Gesamtsetting, innerhalb dessen die Pflege von Personen erfolgt (oder auch nicht erfolgt), die der Pflege durch andere bedürfen. Das ist gleichwohl insoweit einzuschränken, als hier nur die Pflege aufgrund von Alter oder Behinderung, nicht jedoch die Krankenpflege berücksichtigt wird, die im Zusammenhang mit medizinischer Behandlung als sogenannte Behandlungspflege in einem im engeren Sinne medizinischen Kontext steht und von der Krankenversicherung bezahlt wird. Dass die Abgrenzung zwischen beiden mitunter sachlich schwierig sein mag und, das ist hier weitaus wichtiger, zum Verschieben von Kostenübernahmen zwischen Leistungsträgern Anlass gibt, sei in diesem Rahmen nur angemerkt. Die ethische Betrachtung bezieht also sowohl die SPV als auch die private Pflegepflichtversicherung (PPV) ein, außerdem kann sie nicht außer Acht lassen, dass es noch eine rein private Pflegefinanzierung durch privates Vermögen oder durch nicht-pekuniär vergoltene Leistungen – also etwa unentgeltliches Pflegen durch Familienangehörige – gibt. Darauf wird zurückzukommen sein. Es kommt zunächst darauf an, dass das moralische Ziel möglichst weitgehend und ethisch effizient verwirklicht wird, nämlich pflegebedürftige Menschen mit der Pflege zu versorgen, die ihnen im Horizont ihrer Menschenwürde zusteht.

Autonomie

Pflege als die grundsätzlich asymmetrische Tätigkeit eines Menschen an einem anderen findet stets in einer Situation besonderer Verletzlichkeit statt. Pflegebedürftig zu sein bedeutet, in seiner Handlungsfähigkeit vermindert zu sein, aufgrund körperlicher, seelischer oder geistiger Einschränkung. Pflege findet jedoch nicht nur in einer Situation von Verletzlichkeit statt, sondern legitimiert sich geradezu daraus: Die Pflegeaktivität bedarf der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit als Einsatzzeichen, und sie ist durch die Überwindung, Verringerung oder das Aufhalten

gewinnen oder zu erhalten.“ § 1 Abs. 3 charakterisiert die Hilfe durch die SPV als „solidarische Unterstützung“, die sich aus der Schwere der Pflegebedürftigkeit ergibt, nicht etwa aus finanzieller Bedürftigkeit der betroffenen Personen.

eines Fortschreitens von Handlungsbeeinträchtigung legitimiert. Wie Bobbert (2002) pflegeethisch grundlegend dargelegt hat, stehen Pflegebedürftigkeit und Pflege auf einem normativen Grund, nämlich der prinzipiellen Orientierung an der Menschenwürde, die in der Handlungsfähigkeit intersubjektiv konkret erfahrbar und an der Handlungsfähigkeit (und deren Stufen) von Pflegebedürftigen kriteriologisch ausweisbar wird. Ziel der Pflege muss es sein, die Handlungsfähigkeit von Menschen wieder herzustellen oder in einem möglichst weitgehenden Ausmaß zu restituieren. Damit ist sie auf Autonomie als die Selbstbestimmung eines endlichen Wesens ausgerichtet.² Ethisch gesehen kann man die Finanzierung von Pflege durch die Institution Pflegeversicherung selbst als eine Sicherung der Autonomie der demokratischen Bürgersubjekte sehen, deren Risiko vermindert werden soll, durch die hohen Pflegekosten in die Abhängigkeit von staatlichen Transfers zu geraten, wie es für eine große Zahl der stationär Gepflegten vor der Einführung der SPV der Fall war. Fraglich ist jedoch, ob dies durch die Gestaltung der SPV tatsächlich erreicht wurde oder nicht nur der Zeitraum bis zur Inanspruchnahme von Sozialhilfe als Hilfe zur Pflege gestreckt wird.

Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit

Ist Pflege somit in ihrer Legitimation und in ihrem Verlauf durch die Autonomie des Pflegebedürftigen prinzipiell bestimmt, darf doch nicht aus dem Blick verloren werden, dass andere Subjekte und ihre – ihrerseits verletzliche – Autonomie im Pflegearrangement betroffen sind. Die ethische Reflexion muss somit alle Betroffenen einbeziehen, also prima facie die Pflegebedürftigen, die pflegenden Angehörigen und die professionellen Pflegekräfte. Diese interpersonalen Beziehungen und Handlungsgefüge müssen sozialetisch vor dem Hintergrund der institutionellen Rahmenbedingungen betrachtet werden, unter denen Pflege bereitgestellt, organisiert, durchgeführt und nicht zuletzt auch finanziert wird, sowie mit Blick auf die Auswirkungen dieser Regelungen auf die Gesamtgesellschaft in der Perspektive des Gemeinwohls. Die Sicherung einer menschenwürdigen Pflege muss schließlich gerecht und nachhaltig erfolgen. Der aus der Forstwirtschaft stammende Begriff Nachhaltigkeit zielt auf den vorsorgenden, mit einem langfristigen Erhalt vertretbaren Umgang mit Ressourcen. Der ethische Nachhaltigkeitsbegriff umfasst ökologi-

² Vgl. auch Heinz 2009.

sche, ökonomische, kulturelle und soziale Dimensionen; bezogen auf unsere Thematik versteht er die Gerechtigkeit gewissermaßen mit einem Zeitindex und erweitert sie um die Einbeziehung der „Interessen, Bedürfnisse und Rechte nicht nur der Lebenden, sondern auch der zukünftigen Generationen“.³ Es ist also nicht damit getan, dass das Pflegerisiko einer Gruppe oder einer Alterskohorte abgesichert ist, sondern dass dies auf absehbare Zeit für nachfolgende Alterskohorten ebenfalls – in gerechter Weise – gewährleistet werden kann. Im umfassenden Sinne schließt Gerechtigkeit somit Nachhaltigkeit ein und muss intragenerationelle und intergenerationelle Gerechtigkeit ins Verhältnis setzen.

Solidarität

Weil das Angewiesensein auf Pflege durch andere, ähnlich wie das Krankheitsrisiko, prinzipiell jeden betreffen und aufgrund der eingeschränkten Handlungsfähigkeit als auch der hohen Kostenträchtigkeit leicht existenzielle Größenordnungen annehmen kann, zählt Pflegebedürftigkeit zu jenen Lebensrisiken, die mit Recht nicht allein an die private Vorsorge verwiesen werden, sondern die eine solidarisch ausgestaltete, staatlich regulierte Absicherung legitimieren. Auf diese Aspekte ist im Folgenden einzugehen, um eine sozialetische Gesamtsicht auf die Pflegesicherung zu erhalten. Zunächst ist eine Zusammenschau der gegenwärtigen Lage der Pflegesicherung vorzunehmen. Dabei steht die SPV nicht nur wegen ihres institutionellen und finanziellen Volumens, sondern auch wegen ihrer Bedeutung als Bestandteil des auch von normativen Erwartungen stark umhегten deutschen Sozialversicherungssystems an erster Stelle, bevor der Blick auf die Solidaritäten gerichtet wird, die in den bestehenden Pflegearrangements typischerweise impliziert sind.

³ Veith 2004, S. 309. Veith folgert, dass sich „die ethische Legitimation von Handlungen der gegenwärtigen Generation erst im Horizont der Zukunft ausweisen“ lässt (ebd., S. 313). Das gemeinsame Wort der Kirchen „Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit“ zählt den Grundsatz der Nachhaltigkeit zu den grundlegenden ethischen Orientierungen christlicher Sozialetik (vgl. Rat der evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) und deutsche Bischofskonferenz (DBK) 1997, Rn. 122).

2 Probleme der sozialen Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung ist für den Großteil der deutschen Bevölkerung eine zentrale – wenn auch nicht die einzige – Instanz, die ihr Pflegerisiko finanziell absichert oder zumindest abfedert. Die Nachhaltigkeit der Pflegesicherung durch die SPV ist jedoch in mehrfacher Hinsicht gefährdet.⁴

Die SPV wird (1) unter den gegenwärtigen Bedingungen das Pflegeniveau und die Pflegequalität nicht aufrechterhalten können. Denn die Leistungen aus der SPV folgen nicht dem Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, grundsätzlich das medizinisch bzw. hier das pflegerisch Notwendige zu finanzieren, sondern die SPV bezahlt je nach Pflegestufe bzw. als Pflegegeld einheitliche und feste Sätze. Sie folgt also dem „Teilkaskoprinzip“. Die Differenz zu den tatsächlichen Pflegekosten muss von den Pflegebedürftigen selbst bezahlt werden, also etwa aus ihren Renteneinkünften oder aus einem evtl. vorhandenen Vermögen. Dies betrifft vor allem die stationäre Unterkunft in Pflegeheimen, in denen nicht allein Kosten für die Pflegeleistungen anfallen, sondern auch für die Unterbringung (so genannte Hotelkosten) und wo Investitionen auf die Heimbewohner umgelegt werden können. Letztere Kostenarten müssen in der Regel von den Pflegebedürftigen allein bezahlt werden und werden nicht von der SPV übernommen.⁵ Die Leistungen der SPV sind zwischen 1996 und 2008 nicht erhöht worden, trotz allgemeiner Preissteigerungen und trotz nachweislicher spezifischer Kostensteigerungen im Pflegesektor. Die Kaufkraft der SPV-Leistungen ist folglich gesunken und damit der von der SPV übernommene Anteil an den Gesamtpflegekosten, die die Pflegebedürftigen bzw. ggfls. ihre Angehörigen zu bewältigen haben. Rothgang und Dräther (2009) berechnen für den stationären Bereich einen kumulierten Realwertverlust der SPV-Leistungen von 15 Prozent bis 2008.⁶ Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) von 2008 sieht nun schrittweise Erhöhungen der Leistungen (etwa für Pflegesachleistungen, Pflegegeld bei selbst organisierter Pflege, Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflege-

⁴ In Mandry 2006 spreche ich von einem „doppelten Nachhaltigkeitsproblem“ der Pflegesicherung. Damals habe ich den Aspekt der sozialen Nachhaltigkeit noch nicht hinreichend bedacht.

⁵ Wohl jedoch, bei nachgewiesener Bedürftigkeit, von der Sozialhilfe bzw. Hilfe zur Pflege.

⁶ Auf der Basis der seit 1999 vom Statistischen Bundesamt im zweijährigen Abstand erhobenen Vollkosten für die Heimpflege, vgl. Rothgang und Dräther 2009, S. 51f.

person etc.) bis 2012 und ab 2015 eine – von bestimmten Parametern abhängige – Dynamisierung der Leistungen im Dreijahresabstand vor. Die Pflegestufen I und II, in die fast 80 Prozent der vollstationär gepflegten Personen eingestuft ist, sind von den Erhöhungen jedoch ausgenommen. Die Erhöhungen gleichen weder die Realwertverluste bis 2008 aus, noch halten sie mit den erwartbaren Kostensteigerungen mit.⁷ Stellt man in Rechnung, dass die Zahl der Leistungsempfänger in den nächsten Jahren und Jahrzehnten die der Einzahler immer deutlicher übersteigen wird und dass wegen der pflegewissenschaftlich und sozialpolitisch gebotenen Einführung des der SPV zugrunde gelegten neuen Pflegebegriffs eine Ausdehnung des Kreises der Leistungsberechtigten zu erwarten ist⁸, wird man nicht umhinkommen, die Einnahmen der SPV zu erhöhen, wenn nicht ein spürbarer, weiterhin voranschreitender Realwertverlust die SPV delegitimieren soll. Seit der Erhöhung durch das PFWG von 2008 beträgt der Beitragssatz zur SPV gegenwärtig 1,9 Prozent des Bruttolohnes (zuzüglich 0,25 Prozent für Kinderlose).

Die Nachhaltigkeit der Pflegesicherung ist (2) auch auf der Einnahmeseite gefährdet, denn die maßvolle Beitragssatzerhöhung von 2008 kann die strukturelle Einnahmeschwäche der SPV nicht beheben. Diese hängt zum einen mit dem Umlagesystem zusammen, das durch die demografische Entwicklung in der Schiefelage ist, zum anderen mit der Fixierung auf den Arbeitslohn. Die demografische Problematik des Umlagesystems, das auch die gesetzliche Rentenversicherung betrifft, besteht bekanntlich darin, dass die Beiträge der aktuellen Lohnbezieher als Leistungen an die aktuellen Pflegebedürftigen ausgeschüttet werden und dass folglich bei zunehmender Alterung der Bevölkerung immer weniger Beitragszahler immer mehr Leistungsbeziehern gegenüberstehen. Die Beiträge müssen also erhöht werden, wenn die Leistungen nicht reduziert werden sollen; sie müssen stärker erhöht werden, wenn die Leistungen ausgeweitet und an Preissteigerungen im Pflegebereich angepasst werden sollen, die die durchschnittliche Lohnerhöhung übersteigen.

⁷ Vgl. Rothgang und Dräther 2009, S. 53–56.

⁸ Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) von 2008 hat bereits die Leistungen für Personen mit so genanntem „erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ – etwa aufgrund von Demenz – deutlich erhöht, nämlich auf den Betrag von 1.200,- bzw. 2.400,- pro Jahr. Zudem ist mit § 87b SGB XI den Pflegeheimen die Möglichkeit eröffnet worden, zusätzliche Betreuungskräfte für diesen Personenkreis einzustellen. Es ist unbestritten, dass nach den Kriterien des PFWG nur ein Teil der Demenzerkrankten, die andauernde Betreuung benötigen, in den Genuss dieser Leistungen kommen.

Die Besorgnis über die demografische Entwicklung darf jedoch nicht übersehen lassen, dass der Wandel der Beschäftigung in mindestens gleichem Ausmaß an der Einkommensproblematik der SPV beteiligt ist. Denn die Ausweitung von atypischer Beschäftigung wie Minijobs, prekärer Selbstständigkeit, Teilzeitbeschäftigung und Beschäftigung im Niedriglohnbereich ist mit niedrigerem Aufkommen bei den Sozialversicherungsbeiträgen verbunden. Anders gesagt: Der Rückgang von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen und der wachsende Anteil von nicht oder nur gering sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verringern die Einkünfte der SPV zusätzlich zur demografisch bedingten Abnahme der Arbeitsbevölkerung. Dies geht so weit, dass selbst der konjunkturell bedingte Rückgang von Arbeitslosigkeit sich kaum als Plus bei den Einnahmen der Sozialversicherung auswirkt, wenn er sich vorwiegend als Zuwachs im Teilzeit- und Niedriglohnbereich abspielt.⁹

Schließlich ist die soziale Nachhaltigkeit der Pflegesicherung bedroht, weil (3) die Rekrutierung des Pflegepersonals nicht gesichert ist. Dieser Umstand hat seinerseits mehrere Ursachen. Zunächst wird nach wie vor ein bedeutender Anteil der Pflege von Angehörigen geleistet, und zwar in der Mehrzahl von Frauen. Der demografische Wandel wirkt sich jedoch dahingehend aus, dass es immer mehr Pflegebedürftige ohne Angehörige gibt. Die Mobilitätsanforderungen des Arbeitsmarktes erschweren zudem durch die räumliche Entfernung zwischen Kindern und pflegebedürftigen Eltern die familiäre Pflege, und der Wandel in der Erwerbsbiographie von Frauen – mit steigender weiblicher Erwerbstätigkeit – führt ebenfalls zum Rückgang der Pflege durch Angehörige.¹⁰ Spürbar ist bereits jetzt eine Professionalisierung der Pflege, die sich in den kommenden Jahren und Jahrzehnten fortsetzen wird. Damit wird schließlich die generelle Abnahme der Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter künftig den Wettbewerb um Arbeitskräfte zwischen den Wirtschaftszweigen verschärfen.¹¹ Folglich wird es also darauf ankommen, eine Tätigkeit im

⁹ Vgl. Rothgang und Dräther 2009, S. 46f.

¹⁰ Vgl. ausführlich zu dieser Problematik Dammert 2009.

¹¹ Dies gilt jedenfalls unter der Voraussetzung, dass die Erwerbsbevölkerung stärker sinkt als die Produktivität steigt, und unter der Voraussetzung, dass die Pflegequote – der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung – einigermaßen stabil bleibt. Natürlich ist nicht ausgeschlossen, dass medizinischer und pflegerischer Fortschritt zur Reduzierung der Pflegequote führt, aber es wäre außerordentlich optimistisch davon auszugehen, dass dieser Effekt so stark ist, dass er sich deutlich positiv auf die finanzielle Situation der SPV auswirkt oder den beschriebenen Trend sogar stoppt.

Pflegebereich attraktiv zu gestalten. Dies wird nicht ohne finanzielle Anreize – also Gehaltssteigerungen – zu erreichen sein. Gegenwärtig zeigt sich hier ein widersprüchlicher Trend: Die Budgetierung der SPV-Leistungen wirkt sich unter den Wettbewerbsbedingungen des Pflegemarktes so aus, dass Kostenvorteile überwiegend durch Druck auf die Lohnkosten erreichbar ist.¹² Zu erwarten ist eine deutliche Lohnspreizung zwischen Pflegefachkräften, um die mit attraktiven Arbeits- und Verdienstbedingungen geworben wird,¹³ und Personen, die pflegerische Hilfstätigkeiten durchführen und an die der Kostendruck weitergegeben wird.¹⁴ Die beschriebene Professionalisierung – also die steigende Nachfrage nach pflegerischen Dienstleistungen – und die finanzielle Enge – der Pflegebereich ist strukturell unterfinanziert – führen schließlich zur Zunahme der irregulären Pflege durch Migranten sowohl im Privatbereich als auch in Pflegeeinrichtungen.¹⁵

Aus christlich-ethischer Sicht ist die aktuelle Pflegesicherung somit in mehrfacher Hinsicht nicht nachhaltig: Das Finanzierungsarrangement der SPV ist weder demografiefest noch auf den Wandel der Arbeitsverhältnisse eingestellt; die Autonomie der Pflegebedürftigen ist gefährdet, weil ihnen nach wie vor Abhängigkeit von Sozialhilfe, insbesondere bei stationärer Pflege, droht; es ist fraglich, ob die steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen vom Arbeitsmarkt künftig befriedigt werden kann; es drohen soziale Schieflagen im Niedriglohnbereich der Pflege durch Weitergabe des Kostendrucks an Hilfskräfte und Pflegende mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus.

¹² Vgl. Reichert 2009, S. 11–16, der von „struktureller Unterfinanzierung“ im Pflegebereich spricht und das System der Pflegesatzverhandlungen zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen dafür mitverantwortlich macht, dass es v.a. im Bereich der freigemeinnützigen Träger zu einer Aufweichung der bisherigen Tarifbindung kommt. Die Altenpflege sei „vielerorts bereits zum Niedriglohnsektor geworden“ (ebd. 14).

¹³ Vgl. Augurzky et al. 2011, die „erste Zeichen eines Mangels an Pflegefachkräften“ ausmachen (S. 6).

¹⁴ Hier wirken sich atypische Beschäftigungsverhältnisse und arbeitsmarktpolitische Instrumente wie Minijobs und Ein-Euro-Jobs aus. Eine Studie des Wissenschaftszentrums Berlin (Dathe et al. 2009) stellt fest, dass im gesamten Dritten Sektor in Ostdeutschland Ein-Euro-Jobs bereits 16 Prozent der Beschäftigten ausmachen.

¹⁵ Vgl. Reichert 2009, S. 15; Lutz und Palenga-Mollenbeck 2010.

3 Solidaritäten in der Pflege

Die sozialetische Perspektive geht über die Frage nach der sozialen und finanziellen Nachhaltigkeit eines gesellschaftlichen Pflegearrangements hinaus und analysiert zusätzlich die bestehenden Solidaritätsverhältnisse im Pflegebereich, die auf ihre normative und faktische Konsistenz und Gerechtigkeit befragt werden. Eine Reform der Pflegesicherung muss auf die gerechtfertigten Solidaritäten Rücksicht nehmen, denn im gesellschaftlichen Pflegearrangement als einer fürsorgenden Zuwendung zum bedürftigen und verletzlichen Mitmenschen realisiert sich gesellschaftliche Solidarität schlechthin. Auf sie kann nicht verzichtet werden, wenn gesellschaftlicher Zusammenhalt nicht gänzlich als funktionales, selbstinteressiertes Tauschverhältnis gedacht werden soll. Insofern geht es bei der sozialen Sicherung – und eben auch bei der Pflegesicherung – um das Grundverständnis einer Gesellschaft und ihr Solidaritätsprofil.

Dem Grundgedanken der Subsidiarität folgend ist dabei zwischen familiärer und gesellschaftlicher Solidarität zu unterscheiden. Deren Zuordnung kann jedoch nicht als unveränderlich vorausgesetzt werden, sondern muss angesichts der tatsächlichen gesellschaftlichen Verhältnisse, insbesondere des Wandels der Familienverhältnisse, jeweils neu bedacht werden, soll nicht die reale Leistungsfähigkeit der Familien- und Partnerschaftsverhältnisse überschätzt werden.

Familiensolidarität

Familiensolidarität ist, auch in der Pflege, überwiegend Frauensolidarität.¹⁶ Es sind Frauen, die als Mütter, Partnerinnen und Töchter ihre pflegebedürftigen Kinder, Partner und Eltern pflegen. Sie sind nicht nur den emotionalen und physischen Belastungen ausgesetzt, die mit der Pflege von Angehörigen verbunden sind, sondern stellen häufig auch ihre eigenen beruflichen und persönlichen Ziele hintan. Dabei nehmen sie strukturelle Nachteile bei ihrer eigenen finanziellen und sozialversicherungsbezogenen Absicherung in Kauf. Weil die familiäre Pflege aus sozialen und pflegesachlichen – und nicht zuletzt auch aus finanziellen – Gründen gesellschaftlich erwünscht ist, wird sie durch das Instrument

¹⁶ Vgl. Schnabl 2005.

des Pflegegelds in der SPV und verschiedene Instrumente der sachlichen Pflegeunterstützung, etwa durch Beratung oder Krankheits- und Urlaubsvertretung, unterstützt. Das Pflegegeld entspricht zudem dem Grundsatz der Autonomie der Pflegebedürftigen, denn es stärkt ihren Entscheidungsspielraum bei der Gestaltung ihrer Lebenssituation.

Weil die Pflege durch Angehörige – eben überwiegend Frauen – gesellschaftlich erwünschte Solidarität realisiert, sind die damit verbundenen Nachteile, die in zentraler Weise mit dem Aufgeben oder Reduzieren sozialversicherungspflichtiger Erwerbstätigkeit zusammenhängen, gerechterweise durch entsprechende Gutschriften oder beitragsfreie Mitgliedschaft in den Sozialversicherungen zu kompensieren. Die beitragsfreie Mitversicherung in der SPV, in der GKV sowie die Anrechnung von Pflegezeiten in der GRV weisen in diese Richtung. Nicht so einfach auf dem Regulierungsweg aufzufangen sind die Nachteile im Erwerbsleben und auf dem Arbeitsmarkt, dem pflegende Erwerbstätige ausgesetzt sind. Denn die Sorge um einen pflegebedürftigen Angehörigen ist mit erheblicher Einschränkung der zeitlichen Flexibilität und der räumlichen Mobilität verbunden. Sie bedeutet einen ständigen Spagat zwischen dem Arbeitsplatz und der häuslichen Pflege, die am Arbeitsplatz mit Reaktionen vom Unverständnis bis hin zum Mobbing verbunden sein kann, und von den Pflegenden häufig mit der Reduzierung der Erwerbstätigkeit oder ihrem völligen Aufgeben quittiert wird. Die vom PFWG eingeführten Rechtsansprüche auf – unbezahlte – „Pflegebeurlaubung“ und Pfegetage versuchen diesen Erfordernissen einer Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit nachzukommen. Mit Keck (2011) ist jedoch festzuhalten, dass insbesondere einkommensschwache Familien auf erhebliche Schwierigkeiten treffen, Pflege und Beruf zu vereinbaren, weil sie nur geringe Mittel zur Verfügung haben, um entlastende Pflegedienstleistungen dazuzukaufen, und es vor allem Arbeitnehmern auf unteren Hierarchiestufen schwer fällt, ihre Rechtsansprüche auch einzufordern.

Abgesehen davon, ob diese Instrumente die skizzierten Nachteile tatsächlich ausgleichen, ist mit dieser Solidaritätsarchitektur jedoch eine weitere Frage verbunden, die für eine künftige Finanzreform der SPV bedeutsam ist. Um von der einseitigen Belastung der Erwerbsarbeit durch Sozialversicherungsbeiträge abzukommen, werden bekanntlich weitere Finanzie-

rungselemente zum Umlagesystem diskutiert.¹⁷ Dazu gehört insbesondere das „einschleichende“ Aufbauen eines Kapitalstocks. Sollte dies ökonomisch sinnvoll und gangbar sein, wird sozialetisch zu berücksichtigen sein, dass die damit verbundene Beitragslast nicht die einkommensschwachen Personen überfordert und unter ihnen gerade jene besonders belastet, die der Pflege von Angehörigen wegen auf ein (höheres) Erwerbseinkommen verzichten (müssen).

Gesamtgesellschaftliche Solidarität

Wird Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko aufgefasst, das grundsätzlich jeden betreffen und in eine seine Autonomie bedrohende Lage bringen kann, so ist die subsidiäre Absicherung dieses Risikos eine Aufgabe der gesamtgesellschaftlichen Solidarität. Auch dass in Gestalt der steuerfinanzierten Sozialhilfe bzw. Hilfe zur Pflege letztlich eine gesamtgesellschaftlich Haftung für eine finanzielle Überforderung des einzelnen durch Pflegekosten etabliert und akzeptiert ist, spricht für diese Sicht. Allerdings bestehen hier Schief lagen in der Ausgestaltung dieser Solidarität, die aus ethischer Sicht zu kritisieren sind und bei einer Reform korrigiert werden sollten. Generell gestaltet das Arrangement der Pflegefinanzierung eine Solidarität der geringeren und mittleren Einkommen aus, aber gestattet den höheren Einkommen, sich einer Einbeziehung – teilweise zugunsten von vorteilhaften Gruppensolidaritäten – zu entziehen. Dazu gehört etwa, dass für die Beiträge zur SPV nur Lohn Einkommen herangezogen werden, andere Einkommensarten sowie die Besoldung von Beamten und die Einkünfte Selbstständiger jedoch außen vor bleiben. Ausgerechnet die Bezieher besonders hoher Einkommen können sich zu besonders günstigen Bedingungen in einer privaten Pflegeversicherung absichern. Beides hängt mit der institutionellen Zerteilung der Pflegesicherung in die Soziale Pflegeversicherung und die Private Pflegeversicherung (PPV) zusammen.¹⁸ Aufgrund der Zugangsregelungen besteht nahezu keine Wahlmöglichkeit zwischen beiden Zweigen: Gesetzlich Krankenversicherte – die weitaus meisten sind ab-

¹⁷ Es wird hier vorausgesetzt, dass ein radikaler Systemwechsel vom Umlagesystem zu einem reinen Kapitaldeckungssystem ökonomisch wie politisch wenig aussichtsreich ist (vgl. Rothgang 2009, S. 95f.; anders Häcker und Raffelhüschen 2004) und dass es um den Aufbau einer zusätzlichen Kapitalkomponente – sowie weitere Maßnahmen – bei grundsätzlicher Beibehaltung des Umlagesystems geht.

¹⁸ Zum Folgenden vgl. Rothgang 2010.

hängig Beschäftigte – sowie die Familienmitversicherten sind gesetzlich zur Mitgliedschaft in der SPV verpflichtet. Für privat Krankenversicherte besteht Versicherungspflicht in einer PPV. Eine Wahlmöglichkeit besteht nur für den kleinen Teil der freiwillig in der GKV Versicherten, die auf Antrag in eine gleichwertige PPV wechseln können. Nun ist eine solche obligatorische Zuweisung zu einem der beiden Versicherungszweige, die gleichwertige Leistungen bieten (vgl. § 23 SGB XI), aus ethischer Sicht zunächst unerheblich, sofern das Ziel einer allgemeinen menschenwürdigen Pflegesicherung erreicht wird. Ethisch fragwürdig wird dies jedoch dann, wenn die Zuweisung zu einem der beiden Systeme mit erheblich unterschiedlicher finanzieller Belastung verbunden ist, und wenn diese Belastungsunterschiede nicht zugunsten, sondern zulasten der finanziell weniger Leistungsfähigen ausfallen. Genau dies ist allerdings beim deutschen System der Zweiteilung in SPV und PPV der Fall. Denn bei grundsätzlich gleichwertigen Leistungen sind die Beiträge zur PPV signifikant niedriger als die zur SPV. Das liegt daran, dass die PPV-Mitglieder die „besseren Risiken“ darstellen, d.h. die SPV-Mitglieder sind altersspezifisch relativ häufiger pflegebedürftig¹⁹ und die SPV hat entsprechend höhere Ausgaben pro Mitglied. Rothgang zufolge ist die Risikostruktur der PPV „um den Faktor 3 günstiger“ als die der SPV.²⁰ Die Zweiteilung in SPV und PPV widerspricht folglich einer gesamtgesellschaftlichen solidarischen Absicherung des finanziellen Pflegerisikos, indem sie eine sachlich und ethisch nicht gerechtfertigte Ausgliederung der finanziell Leistungsfähigeren vornimmt.

Für die relativ junge SPV fällt zudem ins Gewicht, dass sie mit einem „Einführungsgeschenk“ an die ältere Generation verbunden war, das diese Alterskohorte massiv besser als die nachfolgenden Kohorten stellt. Denn diese erhalten umfangreiche Leistungen aus der SPV, ohne lange eingezahlt zu haben. Dies war politisch gewünscht, da eine sofort wirksame Entlastung der Sozialhilfe angestrebt wurde, bedeutet aber, dass die SPV für die erste Pflegegeneration eine ausgesprochen positive Rendite hat, die sich für die nächsten Alterskohorten zunehmend anders darstellt. Anders ausgedrückt: Das Einbeziehen auch der pflegebedürftigen oder pflegenahen Generationen in die SPV bedeutet Leistungszusagen für die Zukunft, die eine erhebliche Staatsverschuldung implizieren. Spätere Generationen müssen diese Finanzierungszusage einlösen, entweder

¹⁹ Vgl. Rothgang 2010, S. 156–158; sowie Behrens 2008, S. 183.

²⁰ Rothgang 2010, S. 158.

über höhere Beiträge oder einen geringeren eigenen Leistungsbezug. Hier steht somit die Generationengerechtigkeit in der Pflegesicherung zur Diskussion. Selbst wenn man Reuter (2005) folgt und Generationengerechtigkeit nicht als Schlagwort versteht, das für jede Alterskohorte eine vergleichbare „Rendite“ aus den Beiträgen zur Sozialversicherung fordert, sondern Generationengerechtigkeit als nur einen Aspekt in der gesellschaftlichen Lastenverteilung ansieht, neben dem die intragenerationelle Gerechtigkeit ebenfalls zu berücksichtigen ist, stellt sich doch die Frage, ob nicht die finanziell vergleichsweise gut gestellte gegenwärtige Rentnergeneration bzw. SPV-Leistungsbeziehergeneration sich an der Reform der SPV-Einkommenseite ebenfalls beteiligen sollte.²¹

4 Ethische Eckpunkte für die Reform der Pflegesicherung

Es ist nicht die Aufgabe der Sozialethik, ein Reformkonzept für die Finanzierung oder die institutionelle Neugestaltung der Pflegesicherung vorzuschlagen. Sie beteiligt sich an der öffentlichen Diskussion über Reformoptionen, indem sie ethische Eckpunkte für die Reform darlegt, die eine mittlere Konkretion erreichen. In diesem Sinne sind die abschließenden vier Eckpunkte zu verstehen.

Aus Gründen einer gerechteren Solidarität in der Pflegesicherung ist (1) die bestehende Zweiteilung in SPV und PPV nicht zu rechtfertigen. Die staatlich regulierte Institutionalisierung von Gruppensolidaritäten ist (entsprechend dem Rawlsschen Differenzprinzip) nur dann legitimierbar, wenn sie zugunsten der weniger Begünstigten ausfällt. Da dies offenkundig nicht, sondern das Gegenteil der Fall ist, sollte die Zweiteilung des Systems aufgehoben und SPV und PPV sollten zusammengelegt werden. Wenn dies, wie Rothgang mit dem Hinweis auf Vertrauensschutz und die Eigentumsgarantie für die Rücklagen in der PPV verdeutlicht, verfassungsrechtliche Probleme aufwirft, ist ein Risikostruktur- und Lastenausgleich zwischen PPV und SPV einzuführen, um trotz Beibehaltung der

²¹ Behrens (2008, S. 187) diagnostiziert bei der Pflegeversicherung explizit eine Umverteilung „von unten nach oben“ und charakterisiert sie als „Erbenschutzversicherung“, die das Eigentum der Vermögenden schützt. Vgl. in diesem Zusammenhang den Reformvorschlag von Aloys Prinz in diesem Band.

Zweiteilung eine gesamtgesellschaftliche Solidarität in der Pflegefinanzierung herbeizuführen.²²

Um der Einnahmeschwäche der SPV zu begegnen, sind (2) weitere Einkommensarten in die Beitragsberechnung einzubeziehen. Allerdings werden Einkünfte aus Vermögen und aus Immobilien vermutlich – dies hat die Diskussion über die Bürgerversicherung in der GKV gezeigt – nur einen eher geringen Entlastungseffekt zeitigen.²³ Für sie sprechen vor allem Überlegungen der intragenerationellen Gerechtigkeit, sowie – dies leitet bereits zum nächsten Eckpunkt über – die Lockerung der Bindung der Pflegefinanzierung an Löhne und Gehälter und die daraus folgende Belastung des „Faktors Arbeit“.

Da (3) die Problematik des Umlagesystems am Wandel der Erwerbsarbeit und am demografischen Wandel hängt, ist um die Erschließung zusätzlicher Einnahmequellen, die nicht auf die Arbeitskosten durchschlagen, wohl kaum herzukommen. Das zentrale Element ist in diesem Zusammenhang der Aufbau einer begleitenden Kapitaldeckung, um das Umlagesystem zu flankieren und den mit ihm verbundenen Beitragssatzsteigerungsdruck zu mildern. Bei jedem der diskutierten Modelle besteht das Problem in der doppelten Belastung derjenigen, die mit ihren Beiträgen zum einen die Leistungen an die aktuell Pflegebedürftigen finanzieren müssen und zum anderen auch noch wachsende Beiträge zum Aufbau eines Kapitalstocks aufbringen müssen, aus dem ihre eigene Pflege künftig mitfinanziert werden soll. Aus sozialetischer Sicht wird es hierbei um eine sozial verträgliche Ausgestaltung gehen müssen, die etwa steuerfinanzierte Kapitalbeiträge für Geringverdiener vorsieht und einen Zusatzbeitrag von den Rentnern der Einführungsgeneration erhebt, um das „Einführungsgeschenk“ anteilig an die späteren Generationen zurückzahlen. Der intragenerationellen Gerechtigkeit könnte zudem entsprochen werden, wenn der Kapitalstock nicht individuenbezogen, sondern kohortenbezogen angelegt würde.

Schließlich ist (4) das Lohnniveau in der Pflege gegen eine Lohnspirale nach unten und das Ausnutzen arbeitsmarktpolitischer Instrumente im Personalpreiskampf zu sichern. Der bereits eingeführte Mindestlohn für

²² Vgl. Rothgang 2010, S. 159.

²³ Vgl. die Diskussion bei Dräther et al. 2009, S. 86–89, die in diesem Zusammenhang auf die regressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze hinweisen, deren Abschaffung aber weder politisch durchsetzbar noch sachlich zwingend sei.

den Pflegebereich, besser noch das Beibehalten der Tarifbindung, wären hier zu bedenken. Dabei geht es nicht nur um die – allerdings sehr wichtigen – Arbeitsbedingungen der Pflegenden, sondern es ist entscheidend, dass die Qualität der Pflege im Interesse eines jeden Pflegebedürftigen sichergestellt werden kann.

Literatur

- Augurzky, Boris; Krolop, Sebastian; Mennicken, Roman; Schmidt, Hartmut; Schmitz, Hendrik; Terkat, Stefan (2011): Pflegeheim Rating Report 2011. Boom ohne Arbeitskräfte? Executive Summary. Hg. v. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Essen (RWI Materialien, 68). Online verfügbar unter http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_68_PRR-2011_ExecSum.pdf, zuletzt geprüft am 04.07.2011.
- Behrens, Johann (2008): Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In: Ullrich Bauer und Andreas Büscher (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss, S. 180–211.
- Bobbert, Monika (2002): Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Frankfurt/Main; New York: Campus-Verl (Kultur der Medizin, 5).
- Dammert, Matthias (2009): Angehörige im Visier der Pflegepolitik. Wie zukunftsfähig ist die subsidiäre Logik der deutschen Pflegeversicherung? 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften; VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Dathe, Dietmar; Hohendanner, Christian; Priller, Eckhard (2009): Wenig Licht, viel Schatten – der dritte Sektor als arbeitsmarktpolitisches Experimentierfeld. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin (WZBrief Arbeit, 03). Online verfügbar unter http://www.wzb.eu/sites/default/files/publikationen/wzbrief/wzbriefarbeit032009_dathe_hohendanner_priller.pdf, zuletzt geprüft am 13.07.2011.
- Dräther, Hendrik; Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (2009): Pflege-Bürgerversicherung. In: Hendrik Dräther, Klaus Jacobs und Heinz Rothgang (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 71–93.

- Häcker, Jasmin; Raffelhüschen, Bernd (2004): Denn sie wussten, was sie taten. Zur Reform der sozialen Pflegeversicherung. In: *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 73, S. 158–174.
- Heinz, Dirk (2009): Beachtung der Menschenwürde bei der Rechtsanwendung im Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Zu den praktischen Auswirkungen des obersten Verfassungsprinzips bei der Rechtsfindung. In: *Zeitschrift für Fürsorgewesen* 61 (9), S. 203–206.
- Keck, Wolfgang (2011): Pflege und Beruf. Ungleiche Chancen der Vereinbarkeit. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin (WZBrief Arbeit, 09). Online verfügbar unter http://www.wzb.eu/sites/default/files/publikationen/wzbrief/wzbrief_arbeit092011_keck.pdf, zuletzt geprüft am 13.07.2011.
- Lutz, Helma; Palenga-Mollenbeck, Ewa (2010): Care work migration in Germany: Semi-compliance and complicity. In: *Social Policy and Society* 9 (3), S. 419–430.
- Mandry, Christof (2006): Menschenwürdige Pflege gerecht finanzieren. Ausgangspunkte für eine ethische Bewertung der Pflegeversicherung und ihres Reformbedarfs. In: Stefan Kurzke-Maasmeier, Christof Mandry und Christine Oberer (Hg.): Baustelle Sozialstaat! Sozialethische Sondierungen in unübersichtlichem Gelände. Münster: Aschen-dorff (Forum Sozialethik, 4), S. 181–200.
- Rat der evangelischen Kirche in Deutschland (EKD); Deutsche Bischofskonferenz (DBK) (Hg.) (1997): Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit. Wort des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland. Unter Mitarbeit von Marianne Heimbach-Steins und Andreas Lienkamp. München: Don Bosco-Verl.
- Reichert, Wolf-Gero (2009): Gerechter Lohn in der Altenhilfe. Was ist unserer Gesellschaft die Betreuung und Pflege alter Menschen wert? Expertise des Oswald von Nell-Breuning-Instituts. Hg. v. Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. Frankfurt am Main.
- Reuter, Hans-Richard (2005): Der „Generationenvertrag“ in der Konkurrenz der Gerechtigkeitsvorstellungen. In: Matthias Möhring-Hesse (Hg.): Streit um die Gerechtigkeit. Themen und Kontroversen im gegenwärtigen Gerechtigkeitsdiskurs. Schwalbach/Ts: Wochenschau-Verl, S. 163–174.

- Rothgang, Heinz (2009): Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung. In: Hendrik Dräther, Klaus Jacobs und Heinz Rothgang (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 95–121.
- Rothgang, Heinz (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. In: *Das Gesundheitswesen* 72 (3), S. 154–160.
- Rothgang, Heinz; Dräther, Hendrik (2009): Zur aktuellen Diskussion über die Finanzierungsreform der Sozialen Pflegeversicherung. In: Hendrik Dräther, Klaus Jacobs und Heinz Rothgang (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 41–69.
- Schnabl, Christa (2005): Solidarität. Ein sozialetischer Grundbegriff – genderethisch betrachtet. In: Michael Krüggeler, Stephanie Klein und Karl Gabriel (Hg.): Solidarität – ein christlicher Grundbegriff? Soziologische und theologische Perspektiven. Zürich: Theologischer Verlag, S. 135–161.
- Veith, Werner (2004): Nachhaltigkeit. In: Marianne Heimbach-Steins (Hg.): Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch. Band 1: Grundlagen. Regensburg: Pustet, S. 302–314.