

Menschenwürdige Pflege gerecht finanzieren

Ausgangspunkte für eine ethische Bewertung der Pflegeversicherung und ihres Reformbedarfs

Christof Mandry

In alternden modernen westlichen Gesellschaften wie der deutschen sind immer mehr Menschen davon betroffen, dass sie – vor allem im hohen Alter – auf die Betreuung und Pflege durch andere, seien es Angehörige oder professionelle Pflegekräfte, angewiesen sind. Der Pflege durch andere zu bedürfen und ihre Pflege zu erhalten ist dabei für viele eine ambivalente Erfahrung. Einerseits lässt sich die gewohnte Lebensführung nur beibehalten, wenn andere dabei helfen. Hilfe durch Angehörige oder Fremde im nahen und nächsten Lebensbereich, in der eigenen Wohnung und am eigenen Körper bedeutet aber auch einen Eingriff in die gewohnte Eigenständigkeit. Andererseits ist das bisherige Leben in der gewohnten Weise und möglichst auch in der gewohnten Umgebung nur aufrecht zu erhalten, wenn qualitative Pflege erhältlich ist und angenommen wird.

Betrachtet man das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung und die allgemeinen gesellschaftlichen Umstände und Entwicklungen, so ist deutlich, dass aus unterschiedlichen Gründen die Pflege durch Angehörige als Normalfall für die Mehrzahl der Pflegebedürftigen an ihre Grenzen kommt. Die Inanspruchnahme professioneller Pflegedienstleistungen ist jedoch mit hohen Kosten verbunden, die besonders bei Unterbringung in einem Pflegeheim die durchschnittlichen Alterseinkünfte leicht übersteigen und auch ein vorhandenes mehr oder weniger großes Vermögen rasch aufzehren können. Für die aktuell Pflegebedürftigen wie auch für künftige Generationen von Alten und möglicherweise Pflegebedürftigen stellt sich somit die Frage: Wie kann ich eine Pflege erhalten, die mir ein selbstbestimmtes und zufriedenes Leben trotz verschiedener Einschränkungen möglichst lange ermöglicht? Hinzu kommt die Frage: Wie kann ich eine solche qualitativ hochwertige Pflege über einen von vornherein nicht absehbaren Zeitraum einst bezahlen? Beiden Fragen geht der folgende sozi-

alethische Beitrag nach, mit Schwerpunkt auf der Finanzierungsfrage und der Bewertung der Pflegeversicherung.

1. DIE FINANZIERUNG VON PFLEGE DURCH DIE PFLEGEVERSICHERUNG UND IHRE PROBLEME

Die 1995 eingeführte soziale Pflegeversicherung (SPV) ist dazu angetreten, das Armutsrisiko infolge von Pflegebedürftigkeit – vor allem im Alter – zu bekämpfen. Als „fünfte Säule“ der gesetzlichen Sozialversicherung funktioniert sie ebenfalls nach dem Umlageverfahren. Dessen Probleme werden an ihr besonders deutlich: 2005, im elften Jahr ihres Bestehens beträgt das Defizit der SPV knapp 500 Millionen Euro. Die Ausgaben übersteigen die Einnahmen dabei bereits seit 1999 und sind in 2004 zu einem Rekordjahresfehlbetrag von 820 Millionen Euro aufgelaufen. Das zwischen 1995 und 1998 angesparte Rücklagenpolster beträgt 2005 nur noch ungefähr 3 Milliarden Euro und wird voraussichtlich 2007 aufgezehrt sein. Eine nachhaltige Reform der SPV ist unausweichlich.

Wie kann angesichts dieser desolaten Lage die Pflegebedürftigkeit der alternden deutschen Bevölkerung weiterhin solidarisch abgesichert werden? Die zukünftige Finanzierung von Pflege ist jedoch nicht das einzige Problem der SPV. Aus ethischer Sicht geht es auch darum, dass die Finanzierungslasten gerecht verteilt werden und dass die finanzierten Leistungen zu einer möglichst guten, menschenwürdigen Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden beitragen. Es geht nicht allein darum, wer auf der Einnahmenseite die Pflegefinanzierung trägt, sondern auch darum, was auf der Ausgabenseite mit den finanzierten Instrumenten für die Betroffenen erreicht werden kann, wie sich also ihre Lebenslagen unter den Umständen der SPV gestalten.

1.1. Charakteristiken der Pflegeversicherung

Als zuletzt eingerichtete „Säule“ der sozialen Sicherung ist die SPV relativ kompliziert angelegt. Das ist unter anderem der Tatsache geschuldet, dass die Probleme der sozialen Sicherungssysteme bei ihrer Einrichtung bereits bekannt waren. Beispielsweise wurde versucht, die Lohnnebenkosten durch die SPV-Beiträge nicht zu sehr zu belasten. Die SPV zeichnet sich demnach durch Gemeinsamkeiten wie auch Unterschiede zu den anderen Sozialversicherungszweigen aus:

Für die Pflegeversicherung besteht Versicherungspflicht, wobei es ein Nebeneinander von gesetzlicher SPV und privater Pflegeversicherung gibt. Die Abgrenzung entlang einer Versicherungspflichtgrenze erfolgt wie in der gesetzlichen Krankenversicherung, ebenso wie die Beitragsbemessungsgrenze in der SPV der der GKV entspricht. Ebenfalls wie in der GKV sind nicht erwerbstätige Familienangehörige beitragsfrei mitversichert.

Die Beiträge zur SPV werden als Abgaben auf Löhne entrichtet. Der feste, seit 1995 unveränderte Beitragssatz von 1,7% wird paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen.¹ Durch die Beitragsfestschreibung sollte von Anfang an die Belastung der Lohnnebenkosten begrenzt werden.

Die Leistungen der SPV zeichnen sich dadurch aus, dass sie – anders als etwa die der Krankenversicherung – nicht den notwendigen Pflegebedarf vollständig abdecken, sondern nur Zuschüsse darstellen. Die SPV funktioniert als „Teilkaskoversicherung“, da sie bei nachgewiesener Pflegebedürftigkeit pauschale Leistungen gewährt, die je nach Pflegestufe gestaffelt sind.

Zudem differenziert sie zwischen Leistungen der ambulanten Pflege im häuslichen Rahmen und stationärer Pflege. Hinzu kommt noch, dass außer den so genannten Sachleistungen auch ein Pflegegeld an pflegende Angehörige ausgezahlt werden kann.

	Pflegegeld	Sachleistungen	
		<i>ambulant</i>	<i>Stationär</i>
Pflegestufe 1	205,-	384,-	1.023,-
Pflegestufe 2	410,-	921,-	1.279,-
Pflegestufe 3	665,-	1.432,-	1.432,-

Tabelle 1: Leistungen der SPV in Euro pro Monat

Die Höhe dieser Leistungen ist – wie der Beitragssatz² von 1,7% – seit 1995 unverändert. Sie wurden also nicht an die Preissteigerung angepasst.

¹ Der hälftige Arbeitgeberbeitrag wurde allerdings durch die Streichung eines Feiertages, des Buß- und Bettages, kompensiert. Somit tragen die Arbeitnehmer die Beiträge im Grunde alleine. In Sachsen besteht der Feiertag fort, dafür gibt es keinen Arbeitgeberanteil.

² Seit 2005 müssen Kinderlose einen Beitragszuschlag von 0,25% zahlen. Mit dieser Regelung kam der Gesetzgeber einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts nach, demzufolge Personen mit Kindern in der SPV nicht benachteiligt werden dürfen. Eine bedeutende finanzielle Entlastung der SPV ist damit nicht verbunden.

Die Pflegebedürftigkeit stellt sich typischerweise im (hohen) Alter ein, jedoch spart nicht jedes Individuum – wie in der privaten Pflegeversicherung – oder jede Alterskohorte die eigenen Versorgungsansprüche durch Aufbau eines Kapitalstocks an, vielmehr dienen die eingezahlten Beiträge dazu, die Leistungen für die jetzt Pflegebedürftigen zu bezahlen. Anders als in der Rentenversicherung ist die Leistungshöhe aber unabhängig von den geleisteten Beiträgen. Das wirkt sich vor allem für diejenigen Pflegebedürftigen aus, die unmittelbar oder kurz nach Einführung der SPV Leistungen erhielten bzw. noch erhalten, ohne dafür Jahre oder Jahrzehnte eingezahlt zu haben. Kommt hingegen die jetzt beitragsentrichtende, arbeitende Generation einst ins „Pflegealter“ werden zukünftige Generationen die Pflegeleistungen aus ihren dann auf die Arbeitentgelte erhobenen Abgaben zu bezahlen haben. Es liegt auf der Hand und ist als „Demografieproblem“ in aller Munde, dass das Umlagesystem dann unter Druck gerät, wenn die nachwachsenden Beitragszahlergenerationen spürbar abnehmen.

1.2. Das Pflegeverständnis der Pflegeversicherung

Neben dem Finanzierungsproblem, auf das im nächsten Kapitel ausführlicher eingegangen wird, ist die SPV in ihrer bisherigen Form mit einigen Problemen verbunden, die mit ihrem Begriff von „Pflege“ und „Pflegebedürftigkeit“ zusammenhängen.

Für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen kann es vielerlei bedeuten, wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt und Betreuung, Hilfestellung und Unterstützung erforderlich sind. Menschen können beispielsweise auf Hilfe bei Verrichtungen des täglichen Lebens angewiesen sein, angefangen beim morgendlichen Aufstehen, Waschen und Anziehen, bei der Einnahme von Mahlzeiten bis hin zur Hilfestellung beim Toilettengang. Es kann aber auch darum gehen, dass sie Hilfe beim Einkaufen und Wäschewaschen, beim Aufräumen und Kochen benötigen, weil sie die hauswirtschaftlichen Verrichtungen, die mit dem Verbleiben in der eigenen Wohnung verbunden sind, nicht mehr alleine bewältigen können. Ferner können sie Hilfe beim Ortswechsel benötigen, etwa wenn sie zum Arzt gehen oder Freunde besuchen wollen. Bettlägerige müssen umgebettet, Katheder und Sonden gereinigt oder gewechselt, Verbände kontrolliert und erneuert, Medikamente gemäß der ärztlichen Anweisung eingenommen und Blutzuckerwerte bestimmt werden. Aber auch seelische und kommunikative Bedürfnisse müssen erfüllt werden, wenn pflegebedürftige Men-

schen nicht nur „versorgt“ werden sollen – sie bedürfen der Zuwendung, Aufmerksamkeit und Anerkennung, der Abwechslung und Unterhaltung, der Anteilnahme und des Verständnisses – auch wenn ihre kommunikativen Fähigkeiten u. U. schon sehr reduziert sein mögen. Sowohl die Pflege durch Angehörige wie auch die Pflege durch professionelle Pflegekräfte vermag dies im Prinzip zu leisten, die Schwerpunkte, die ausgebildeten oder angeeigneten Fähigkeiten und die Bereitschaft mag unterschiedlich sein. Aber was versteht die SPV unter Pflege und was finanziert sie bzw. fördert sie bevorzugt?

Die Leistungen der SPV richten sich auf die Pflegebedarfe im Bereich der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität (die so genannte Grundpflege) und die Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (§14 SGB XI). Voraussetzung ist, dass die jeweiligen Personen diese Verrichtungen nicht mehr oder nicht mehr allein durchführen können, und dass dieses Nichtkönnen infolge von Krankheit oder Behinderung besteht. Zudem muss der Pflegebedarf mindestens „erheblich“ sein und darf nicht allein die hauswirtschaftlichen Dinge betreffen.³ Anders gesagt: Nicht unter die SPV fällt die medizinisch-therapeutische Pflege wie Medikamentenverabreichung, Verbandswechsel oder rehabilitative Maßnahmen – die so genannte Behandlungspflege muss von der Krankenversicherung übernommen werden. Ebenfalls nicht von der SPV gezahlt wird die Unterstützung bei der Mobilität, die nicht im strengen Sinne dazu erforderlich ist, die Selbstständigkeit aufrecht zu erhalten, also alles was über Arzt-, Therapeuten- und Behördengänge hinaus führt, wie der Besuch von Freunden, kulturellen Veranstaltungen etc. Diese Hilfestellungen müssen von Angehörigen oder Ehrenamtlichen übernommen werden. Auch kommunikative Leistungen – das Vorlesen von Büchern oder der Zeitung, Gespräch und Zuhören – gehören nicht zu den Leistungen, die die SPV übernimmt bzw. bezuschusst.

Das Pflegeverständnis der SPV ist oftmals als reduziert, der pflegewissenschaftlichen Fachlichkeit nicht entsprechend und defizitorientiert kritisiert worden. Der enge Begriff, der in Orientierung an den Regelungen des BSHG der „Hilfe zur Pflege“ übernommen wurde, soll sicherlich auch der Budgetkontrolle dienen. Besonders problematisch ist, dass Betreuungsbedarf aufgrund von demenziellen Erkrankungen nur unvollständig erfasst wird: Menschen, die viele Verrichtungen zwar tun könnten, sie aber nicht oder nicht regelmäßig tun, weil sie es ver-

³ Vgl. §14 SGB XI Abs. 1 und §15. „Erheblich“ meint einen Pflegebedarf von mindestens 90 Minuten täglich, davon mehr als die Hälfte auf die „Grundpflege“ entfallend, und zusätzlich die mehrmals wöchentlich erforderliche hauswirtschaftliche Unterstützung.

gessen oder den Sinn nicht erkennen können, oder aber die sich infolge ihrer Verwirrung beim Umgang mit elektrischem Strom, mit Gas oder Wasser selbst gefährden können, benötigen Beaufsichtigung und Betreuung, die nicht durch das erfolgreiche Verrichten dieser Tätigkeiten definiert werden kann und außerdem sich vielfach auf den ganzen Tag erstrecken muss. Ein ernst zu nehmendes Problem liegt im Anstieg des Bevölkerungsanteils der Altersdementen, da es effektiv vorhandene Pflegebedürftigkeit aus den Leistungen der SPV ausgrenzt, das heißt, dass sie die notwendigen Pflegeleistungen selbst bezahlen müssen.⁴ Die „Fixierung auf vorwiegend körperliche Beeinträchtigungen und Gebrechen“ hat „in der Praxis des Gesetzesvollzugs bzw. bei der Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Gesetz eine deutliche Benachteiligung von Menschen mit geistiger Behinderung, von psychisch Kranken und gerontopsychisch veränderten Personen zur Folge.“⁵ Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (2002) bringt gewisse Verbesserungen, hält am bisherigen Pflegebegriff jedoch fest. Das ist gerade aus Gründen der Prävention von weiterer Pflegebedürftigkeit allerdings nicht sachgerecht.⁶ In der Koalitionsvereinbarung von CDU, CSU und SPD heißt es dazu allerdings nur sehr allgemein, der „besondere Hilfe- und Betreuungsbedarf zum Beispiel der Demenzzkranken“ solle „künftig durch die Pflegeversicherung besser berücksichtigt werden.“ Die damit verbundene Überarbeitung des Pflegebegriffs, „der die aktuellen Erkenntnisse der Pflegewissenschaften berücksichtigt“, wird allerdings nur für „mittelfristig“ in Aussicht gestellt.⁷

Die adäquate Berücksichtigung der Situation von Demenzzkranken würde eine erhebliche Leistungsausweitung der SPV bedeuten. Es ist also damit zu rechnen, dass sie – wenn sie wie von der Politik seit geraumer Zeit versprochen tatsächlich kommt – die finanziellen Schwierigkeiten der SPV noch erhöht. Dies wird umso mehr der Fall sein, wenn nicht nur die quantitative Ausweitung auf einen größeren Personenkreis von Leistungsberechtigten betrachtet wird, sondern auch die qualitative Besonderheit in den Blick genommen wird. Demenziell

⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*, Bonn 2004, 15. Das Bundesverfassungsgericht hat eine Klage gegen die Ungleichbehandlung von Demenzzkranken durch die SPV mit dem Hinweis auf den Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers abgewiesen (vgl. ebd.).

⁵ Priester, Klaus, *Aktuelle und künftige Dimensionen demenzieller Erkrankungen in Deutschland – Anforderungen an die Pflegeversicherung*, Berlin 2004, 18.

⁶ Vgl. Priester, *Aktuelle und künftige Dimensionen*, 21 f.

⁷ Vgl. *Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit*. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, 107 f. In der Diskussion wird vorgeschlagen, die besondere Situation der Demenzzkranken dadurch zu berücksichtigen, dass bei der Begutachtung ihrer Pflegebedürftigkeit pauschal 30 Minuten hinzugerechnet werden.

Erkrankte benötigen nämlich spezielle Pflegeangebote und spezifische Pflegekonzepte, die zum Teil erst entwickelt werden müssen. Auch die entsprechenden Infrastrukturen werden erst aufgebaut oder ausgebaut werden müssen. Eine nachhaltige Finanzreform der SPV kann also von dieser Leistungsausweitung auch unter dem Gesichtspunkt der – noch zu finanzierenden – Qualitätsausweitung nicht absehen. Hierauf wird noch zurückzukommen sein.

Die Abgrenzung von Grundpflege und Behandlungspflege markiert gleichzeitig die Trennlinie zwischen der SPV und der Krankenversicherung. Von der pflegerischen Seite her betrachtet, kann diese Trennlinie nicht völlig trennscharf sein, auch wenn die gesetzlichen Regelungen vorsehen, dass die SPV nur zu zahlen hat, wenn keine Übernahmespflicht durch die Krankenversicherung vorliegt. In der Abrechnungspraxis kommt es zu „Verschiebebahnhöfen“ zwischen SPV und GKV, beispielsweise wenn Hilfsmittel wie Badewannenlifter, Spezialbetten oder Rollstühle, deren Finanzierung eigentlich den Krankenkassen obliegt, über die Pflegeversicherung abgerechnet werden.⁸ Attraktiv ist das deshalb, weil die Krankenversicherungen gleichzeitig Anbieter von Pflegeversicherung sind, die Ausgaben in der GKV jedoch aufgrund höheren Kostendrucks stärker „gedeckt“ sind. Die Krankenversicherungen schaffen sich so Entlastung auf Kosten der Pflegeversicherung. Es mag also sein, dass an diesen Schnittstellen noch Bereinigspotenzial besteht, der sich zugunsten der SPV auswirken könnte.

Effizienzgewinne sind außerdem dann zu realisieren, wenn der Grundsatz der Pflege zur Rehabilitation noch stärker berücksichtigt wird. Das Verständnis der Pflegebedürftigkeit der SPV betont den Aspekt der Dauerhaftigkeit⁹ und vermittelt mindestens in der Praxis die Einstellung, dass Pflegebedürftigkeit ein Endzustand ist. Der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit stellt jedoch nicht zwangsläufig den ersten Schritt in eine „Pflegetaufbahn“ dar, die allmählich in den Pflegestufen hinaufsteigt.¹⁰ Moderne Pflegekonzepte gehen vielmehr davon aus,

⁸ Vgl. BMGS, *Dritter Bericht*, 72–74; Rothgang, Heinz, *Reformoptionen zur Finanzierung der Pflegesicherung. Darstellung und Bewertung*, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 50 (2004), 584–616, 587.

⁹ Vgl. §14 SGB XI Abs. 1, wo als Anspruchsvoraussetzung die Hilfsbedürftigkeit „auf Dauer“ gefordert und mit „voraussichtlich für mindestens sechs Monate“ präzisiert wird.

¹⁰ „Die Wissensbestände über Prävention und Rehabilitation im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit gehören zu den gesichertesten in der Geriatrie und ihre Umsetzung gelingt trotz entsprechender normativer Vorgaben nicht. Hieran tragen sowohl bekannte gesundheitsökonomische Fehlanreize als auch Aufgabenfragmentierung

dass es ein Hin und Her zwischen Angewiesensein auf Pflege und Nichtangewiesensein sowie wechselnde Grade der Selbstständigkeit geben wird. Diesen müssen moderne Strukturen und neuartige Wohnformen entsprechen, die die starre Abgrenzung zwischen ambulant und stationär durch eine flexiblere Verzahnung verschiedener Dienste, Hilfestellungen und ehrenamtlicher Unterstützung überwinden. Diese – durchaus schon erprobten – Innovationen erfordern vielfach aufeinander abgestimmte Kooperation zwischen Pflegedienstleistern, Medizin, Rehabilitation, Sozialer Arbeit und öffentlicher Verwaltung.¹¹

Dem steht bislang noch entgegen, dass die SPV strukturell dazu Anreize setzt, Pflege nicht als Gesamtkonzept anzulegen, das über die Pflegedienstleistung im engeren Sinne hinausreicht. Die Bestimmungen der SPV und mehr noch das Abrechnungssystem orientieren sich nämlich kleinteilig an Einzelverrichtungen. Mit diesen korrespondiert ein detailliertes Punktesystem, das die Entlohnung regelt.¹² Diese „Taylorisierung“ der Pflege steht jedoch dem Berufsethos der meisten Pflegenden entgegen. Die Qualitätsprobleme in der Pflege, von denen publizistisch viel die Rede ist, haben ihre Ursache sicherlich nicht in erster Linie in falschen Anreizen durch die SPV. Allerdings muss es der SPV daran gelegen sein, dass die Gelder effektiv – für richtige und hochwertige Pflege – und effizient – nämlich ökonomisch-rationell – ausgegeben werden. Die Finanzierungsfrage und die Frage nach Qualitätsstandards und ihrer Implementierung, nach angemessenen Pflegekonzepten und sozial-strukturellen Investitionen greifen hier erneut ineinander.¹³

zwischen Berufsgruppen (z. B. zwischen Medizin und Pflege) die Verantwortung.“ Runder Tisch Pflege, *Ergebnisse der AG 3: Entbürokratisierung*, Bonn 2005, 32.

- ¹¹ Dies fordert beispielsweise der Runde Tisch Pflege, auch mit Hinweis auf konkrete Modelle und Beispiellösungen, vgl. Runder Tisch Pflege, *Ergebnisse der AG 1: Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege*, Bonn 2005 und Ders., *Anhang: Praxisbeispiele*, Bonn 2005.
- ¹² Die Auszahlung der SPV-Leistungen als Pflegebudgets, die die Pflegebedürftigen nach eigenen Vorstellungen ausgeben können, bedeutet für diese in der Regel einen Zuwachs an Autonomie. Dieses Instrument ist in der Erprobung und soll künftig ausgeweitet werden.
- ¹³ Die Diskussion um Pflegestandards und Pflegerichtlinien wird in der Pflegewissenschaft und -praxis intensiv geführt, vgl. z. B. Runder Tisch Pflege, *Ergebnisse der AG 1*. Ethische Standards der guten und richtigen Pflege werden in der Pflegeethik erörtert, vgl. z. B. Körtner, Ulrich H. J., *Grundkurs Pflegeethik*, Wien 2004; Bobbert, Monika, *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*, Frankfurt a.M. u.a. 2002; Rabe, Marianne, *Dienst am Nächsten oder professionelle Fürsorge. Werte für die Krankenpflege*, Dortmund 2000; Runder Tisch Pflege, *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*, Berlin 2005.

2. DAS TEILKASKOPRINZIP DER PFLEGEVERSICHERUNG IN DER REALITÄT

Kommen wir zurück auf die Finanzierung der erforderlichen und gewünschten Pflege durch die Pflegebedürftigen. Was die Pflegedienste bzw. die stationären Pflegeheime über die Teilleistungen der SPV hinaus verlangen, müssen die pflegebedürftigen Menschen selbst aus ihrem Einkommen oder ihrem Vermögen beisteuern. Damit ist entscheidend, wie hoch die realen Zuzahlungen ausfallen bzw. wie hoch der Anteil an den tatsächlich anfallenden Pflegekosten ist, den die SPV abdeckt, um abschätzen zu können, was die SPV für die Pflegebedürftigen leistet und inwiefern sie den mit ihr verbundenen Zielsetzungen gerecht wird.

Die folgende Tabelle stellt die monatlichen Beträge, die für die vollstationäre Pflege in Pflegeheimen im Bundesdurchschnitt zu zahlen sind, den Leistungen der SPV gegenüber.

	Vollkosten für stationäre Pflege ¹⁴	Leistungen der SPV für stationäre Pflege
Pflegestufe 1	1.824,-	1.023,-
Pflegestufe 2	2.250,-	1.279,-
Pflegestufe 3	2.675,-	1.432,-

Tabelle 2: Durchschnittliche Vollkosten für stationäre Pflege in Pflegeheimen (Pflege, Unterbringung, Verpflegung) in 2003 und die Leistungen der Pflegeversicherung

Es handelt sich um Durchschnittsbeträge, die sowohl zwischen einzelnen Häusern als auch regional erheblich schwanken.¹⁵ Die selbst zu tragenden Kosten liegen demnach durchschnittlich zwischen ungefähr 800,- Euro monatlich in Pflegestufe 1 und ungefähr 1.200,- Euro monatlich für Stufe 3. Für den ambulanten Bereich, in dem die Leistungen der SPV in Stufe 1 und 2 niedriger liegen, sind keine aussagekräftigen Daten über die tatsächlichen Pflegeausgaben erhältlich. Das liegt

¹⁴ Statistisches Bundesamt, *Pressemitteilung vom 3. August 2005*, <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p3190095.htm>. Hinzukommen können jeweils Aufschläge für größere oder besser ausgestattete Zimmer oder gesondert berechenbare Investitionsaufwendungen der Pflegeheime; vgl. Statistisches Bundesamt, *Pflegestatistik 2003. Ländervergleich: Pflegeheime*, Bonn 2004.

¹⁵ In den neuen Bundesländern liegen die Kosten unter dem Durchschnitt: In Sachsen betragen z. B. die monatlichen Vollkosten in Pflegestufe 3 nur 2.160,-. Die höchsten Heimkosten fallen in derselben Pflegestufe in Nordrhein-Westfalen (3.010,-) und Hamburg (2.980,-) an; vgl. Statistisches Bundesamt, *Pflegestatistik 2003. Ländervergleich: Pflegeheime*, 6.

daran, dass es eine enorme Anzahl an Anbietern gibt, dass die Preise sehr unterschiedlich ausfallen und dass regional unterschiedliche Berechnungssysteme existieren, die den Vergleich sehr erschweren.¹⁶

Die notwendigen eigenen Zahlungen sind demnach beträchtlich und dürften besonders in Pflegestufe 3 das Alterseinkommen tendenziell übersteigen, so dass das eigene Vermögen eingesetzt werden muss. Aus ethischer Sicht ist dieser Sachverhalt nicht grundsätzlich kritikwürdig, da eigene Rücklagen ja dazu dienen sollen, bestimmte Aufwendungen im Alter zu finanzieren. Sind jedoch alle Rücklagen aufgebraucht und tritt Bedürftigkeit ein, müssen wie sonst auch zunächst Familienangehörige eintreten, bevor die Sozialhilfe (v.a. als Hilfe zur Pflege) einspringt und die Finanzierungslücke ausgleicht.

Es stellt sich allerdings die Frage nach der Effizienz der SPV, da sie gerade mit dem Ziel eingeführt worden ist, die Abhängigkeit von Pflegebedürftigen von Sozialhilfe zu vermeiden und damit die kommunalen Kostenträger der Sozialhilfe zu entlasten. Wenn dies nicht nachhaltig erreicht wird, sondern die Sozialhilfebedürftigkeit durch die SPV nur zeitlich hinausgeschoben, aber nicht grundsätzlich vermieden wird, sind Zweifel am Leitungszuschnitt der SPV angebracht. Denn Abhängigkeit von Sozialhilfe durch ein solidarisches Versicherungssystem zu vermeiden, ist einerseits ein volkswirtschaftlich sinnvolles Unternehmen. Es ist zudem auch ethisch wünschenswert, da die Autonomie Pflegebedürftiger tendenziell eher gewahrt bleibt, wenn sie eigene Mittel für ihre Pflege einsetzen können (zu denen auch die Leistungen aus Versicherungen zählen), als auf staatliche Unterstützung angewiesen zu sein. Wie sieht die Bilanz der SPV in dieser Hinsicht aus?

Im Jahr 2003 erhielten 323.000 Personen Sozialhilfe als Hilfe zur Pflege, was einen Anstieg von 3,1% gegenüber 2002 bedeutet. Von diesen Empfängern der Hilfe zur Pflege befanden sich 235.000 in vollstationärer Heimpflege.¹⁷ Von den insgesamt 612.000 vollstationär Gepflegten¹⁸ macht das 38,4% aus. Bei ambulant Gepflegten spielt Sozialhilfe hingegen als Haupteinkommensquelle dem Mikrozensus 2003 zufolge keine bedeutende Rolle. Ein Bedürftigkeitsrisiko wohnt hingegen der stationären Pflege mit ihren hohen Kosten inne: 22,7% der stationär Gepflegten bestreiten ihren Lebensunterhalt überwiegend

¹⁶ Vgl. WIdO, *Der Pflegemarkt in Deutschland – ein statistischer Überblick*, Bonn 1998, 40–47. Für ausgewählte Leistungen betragen die Preisdifferenzen zwischen den Bundesländern bis zu 25%.

¹⁷ Statistisches Bundesamt, *Pressemitteilung vom 25.11.2004*.

¹⁸ Statistisches Bundesamt, *Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Bonn 2004, 6.

aus der Sozialhilfe.¹⁹ Außerdem bekommen die Leistungen aus der Pflegeversicherung mit steigender Pflegestufe immer größere Bedeutung: Für 29,1% der Menschen in Pflegeheimen mit Pflegestufe 3 machen sie die Hauptunterhaltsquelle aus (Pflegestufe 1: 8,6%), Renten und Pensionen nur noch für 57,7% (Pflegestufe 1: 77,6%).²⁰

Damit wird für die jüngere Vergangenheit bestätigt, was bereits zwischen 1997 und 2000 beobachtet wurde. Mit der Einführung der SPV sank die Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege zunächst deutlich ab, zuerst unter den ambulant Gepflegten, dann auch unter den Heimbewohnern. Auch die Sozialhilfeausgaben gingen stark zurück. Seit Ende dieses Zeitraums steigen jedoch die Ausgaben und die Fallzahlen der Pflegebedürftigen in der Sozialhilfe wieder an. Dieser Effekt ist darauf zurückzuführen, dass die Leistungen der SPV die Deckungslücke zwischen tatsächlichen Pflegekosten (vor allem Heimkosten) und eigener Zahlungsfähigkeit verringern und entsprechend den Zeitraum verlängern, bevor die eigenen Rücklagen aufgezehrt sind und Sozialhilfebezug notwendig wird. Bleiben die Sätze der SPV weiterhin gleich und steigen die Pflegekosten bzw. die Heimkosten stärker an als die Renten und Pensionen, ist weiter damit zu rechnen, dass die Abhängigkeitsquote von Sozialhilfe im Pflegefall noch weiter ansteigt.²¹ Der Leistungseffekt der SPV wird damit noch stärker zusammenschmelzen.

3. DAS DOPPELTE NACHHALTIGKEITSPROBLEM DER PFLEGEVERSICHERUNG

Die Pflegeversicherung hat im Grunde ein doppeltes Nachhaltigkeitsproblem. Auf der Leistungsseite ist es wie gezeigt fraglich, ob das Ziel, Pflegebedürftigkeit im Alter als Armutsrisiko und damit die Sozialhilfe-

¹⁹ Statistisches Bundesamt, *Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003*, 5 f. Interessanterweise sind pflegebedürftige Männer relativ häufiger auf Sozialhilfe als Hauptversorgungsquelle angewiesen als Frauen: ca. 23% gegenüber 8% (vgl. ebd., 6 und 14).

²⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt, *Sonderbericht: Lebenslagen*, 14. Die Anzahl derer, die geringere Zuschüsse aus Sozialhilfe erhalten, ist natürlich größer. Vgl. zu den so genannten Hotelkosten, den Pflegezuzahlungen und Investitionskosten als bedeutenden Belastungen der Pflegebedürftigen Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), *Wirkungen der Pflegeversicherung*, Baden-Baden 2000, 180–182.

²¹ Vgl. Roth, Günter/Rothgang, Heinz, *Pflegeversicherung und Sozialhilfe. Eine Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Pflegeversicherung hinsichtlich der Sozialhilfebezugs*, in: Buhl, Anke u.a. (Hg.), *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf*, Frankfurt a.M. 2002, 45–76, bes. 57–76.

abhängigkeit Pflegebedürftiger dauerhaft zu reduzieren wirklich erreicht wird. Die entscheidende Stellschraube ist dabei einerseits der einschränkende Pflegebegriff, andererseits die Höhe der Leistungen bzw. der verbleibenden Zahlungslücke zu den tatsächlich entstehenden Pflegekosten. Die zweite Seite des Nachhaltigkeitsproblems betrifft die Finanzierung der Pflegeversicherung insgesamt, also die Einnahmenseite. Bei abnehmender erwerbstätiger Bevölkerung und ansteigenden älteren Generationen und entsprechend mehr Pflegebedürftigen müssen entweder die Beiträge zur Pflegeversicherung erhöht werden oder die Leistungen verringert werden. Die beiden Facetten des Problems verstärken sich also gegenseitig.

3.1. Faktoren der finanziellen Schieflage in der Pflegeversicherung

Bei näherem Hinsehen sind es einige, zum Teil schon genannte Faktoren, die die zukünftige Leistungsfähigkeit der SPV verringern bzw. ihr finanzielles Defizit erhöhen werden. Denn entweder sinkt die Bedeutung der SPV für die Absicherung des Pflegerisikos – Sozialhilfe oder vermehrte eigene Vorsorge müssen dann eingreifen – oder der Fehlbeitrag der SPV steigt an. Diese Faktoren sind zum einen soziologischer und demografischer, zum anderen ökonomischer Natur.

Zu den soziologischen Faktoren zählt, dass die Pflege durch die Angehörigen an Bedeutung verliert. Die Ursachen dafür liegen in der gestiegenen Mobilität, in der steigenden Anzahl kinder- und angehöriger Pflegebedürftigen, im höheren Alter der Pflegebedürftigen und in kulturellen, auch schichtabhängigen Einstellungen zur familiären Pflege.²² Das hat zur Folge, dass der Anteil des niedrigeren Pflegegeldes zurückgeht und weiter zurückgehen wird, und im Gegenzug immer mehr professionelle Pflege eingekauft werden muss, wodurch vermehrt die teureren Sachleistungen und v. a. die stationäre Pflege in Anspruch genommen werden. Um Pflege sicher zu stellen, wird dafür also mehr Geld aufgewendet werden müssen, sowohl durch die SPV als auch durch private Zuzahlung.

Außerdem wird die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich ansteigen, jedenfalls unter der Voraussetzung, dass die Pflegequote, also das Ver-

²² Vgl. Klie, Thomas/Blaumeiser, Heinz, *Perspektive Pflegemix. Pflegekulturelle Orientierungen im Wandel und die Zukunft der Pflege*, in: Buhl, Anke u.a. (Hg.), *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf*, Frankfurt a.M. 2002, 132–152.

hältnis der Pflegebedürftigen zur Gesamtbevölkerung, gleich bleibt.²³ Da der alte und sehr alte Bevölkerungsteil wächst, werden auch mehr Menschen pflegebedürftig sein. Steigende Ausgaben kommen auf die SPV auch dann zu, wenn die seit langem geforderte Anpassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Behinderte und v. a. demenziell Erkrankte angemessener in den Genuss ihrer Leistungen kommen lassen wird.²⁴

Ein weiteres und grundsätzliches Finanzierungsproblem hängt damit zusammen, dass die SPV ein reales Pflegeleistungsniveau absichern soll – deshalb zahlt sie feste Leistungssätze. Da diese seit Einführung nicht erhöht wurden, ist angesichts der Preissteigerungen eine Realentwertung der SPV-Leistungen die Folge. Um eine vergleichbare Pflege zu erhalten, muss gegenwärtig mehr zugezahlt werden als 1995.²⁵ Wie auch immer die Preis- bzw. Produktivitätssteigerungen im Pflegesektor angenommen werden, um einer weiteren Realentwertung entgegenzuwirken bzw. um eine künftige aufzufangen, müssen auch die Leistungssätze der SPV erhöht, sinnvoller Weise sogar dynamisiert werden. Am fixen Beitragssatz von 1,7% kann dann aber nicht festgehalten werden. Unterschiedlichen Berechnungen zufolge muss der Beitragssatz bis 2040 auf 3,5 bis 4% ansteigen, um nur das gegenwärtige Kaufkraftniveau der Leistungen zu erhalten.²⁶ Wird jedoch keine oder nur eine unter der Preisentwicklung liegende Leistungsdynamisierung einge-

²³ Der medizinische und pflegerisch-rehabilitative Fortschritt könnte im Gegensatz auch zum Sinken der Pflegequote führen. Wegen der demografischen Alterung würden die absoluten Zahlen der Pflegebedürftigen vermutlich trotzdem (langsamer) steigen.

²⁴ Der Rürup-Kommission zufolge ist bis 2050 günstigstenfalls mit einem Anstieg der Demenzkranken um 240% (gegenüber 1993) zu rechnen. Die Berücksichtigung der Demenzkranken in der SPV würde gegenwärtig Mehrkosten von ca. 750 Mio. Euro p.a. verursachen (vgl. BMGS, *Nachhaltigkeit*, 198 f.). Andere halten die Einbeziehung Demenzkranker im bestehenden System wegen der hohen Zuwachsraten im weiteren Verlauf für unfinanzierbar, vgl. Häcker, Jasmin/Raffelhüschen, Bernd, *Wider besseres Wissen. Zur Finanzierbarkeit Demenzkranker in der Gesetzlichen Pflegeversicherung*, Diskussionsbeiträge Institut für Finanzwissenschaften der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br. Nr. 127/2005, bes. 17.

²⁵ Wie hoch die Preissteigerung im Pflegesektor ist, ist umstritten, wahrscheinlich etwas höher als die durchschnittliche Preisentwicklung insgesamt, die bei ca. 1,5% p.a. liegt. Historisch lag sie zwischen 1970 und 1994 bei 2,74% (ambulante Pflege) bzw. bei 4,49% (Heimpflege), vgl. Häcker, Jasmin, *Dynamisierung der Pflegeleistungen: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft*, Diskussionsbeiträge Institut für Finanzwissenschaften der Albert-Ludwigs-Universität Freiberg i.Br. Nr. 139/2006, 5–8.

²⁶ Vgl. Rothgang, Heinz, *Reformoptionen*, 589; Häcker, Jasmin/Raffelhüschen, Bernd, *Denn sie wussten, was sie taten. Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung*, in: Vierteljahrshefte für Wirtschaftsforschung 73 (2004) 1, 158–174, 166 f. Häcker und Raffelhüschen nehmen zusätzlich an, dass die Kostenentwicklung im Pflegesektor wegen der Personalknappheit und der geringeren Rationalisierungspotenziale um (mindestens) 1% höher als im Durchschnitt liegen wird – dann muss der Beitragssatz bis 2040 sogar auf 7% steigen.

führt, sinkt – bei steigenden Beitragssätzen! – die reale Kaufkraft der SPV-Leistungen immer weiter ab.

Die SPV steckt somit in der Zwickmühle: Entweder es werden die Beitragssätze schrittweise spürbar erhöht, oder die Kaufkraft ihrer Leistungen geht deutlich zurück und die Finanzierung der Pflege obliegt hauptsächlich wieder – wie vor ihrer Einführung – den Betroffenen, ihren direkten Angehörigen und schließlich der Sozialhilfe. In jedem Fall kommen auf die gegenwärtigen jüngeren und vor allem auf die zukünftigen beitragszahlenden Generationen höhere Lasten zu: entweder für höhere SPV-Beiträge, oder für die Pflege ihrer Eltern, oder für die Sozialhilfe über die Steuern – schließlich auch für die Finanzierung ihrer eigenen Pflegebedürftigkeit, wenn sie in der Lage (und willens) sind, selbst finanziell vorzusorgen. Die an sich sinnvolle Leistungsausweitung auf demenziell Erkrankte verschärft diese Situation noch weiter.

3.2. Optionen für eine Finanzreform der Pflegeversicherung

Um die beschriebenen Finanzierungsprobleme der SPV zu kurieren, wird eine Vielzahl an Reformoptionen diskutiert. Grundsätzlich bestehen drei mögliche Reformwege:²⁷ (1) Die SPV wird aufgegeben und durch ein steuerfinanziertes Bundesleistungsgesetz für Bedürftige aufgelöst. Pflegevorsorge wird damit wieder zur privaten Vorsorgeaufgabe, flankiert von solidarischer Absicherung bei Bedürftigkeit. (2) Die SPV in der bisherigen Form wird aufgegeben, stattdessen besteht eine Versicherungspflicht in einer kapitalgedeckten privaten Pflegeversicherung. Die Pflegeversicherungen stehen in einem Wettbewerb zu einander. (3) An der umlagefinanzierten SPV wird grundsätzlich festgehalten, es werden jedoch zusätzliche Einnahmequellen aus Vermögenserträgen u. ä. erschlossen, außerdem wird der Kreis der Mitglieder ausgedehnt.

Reformweg 1 bedeutet im Prinzip die Rückkehr zum Zustand vor der Einführung der SPV, wobei ein Bundesleistungsgesetz die damalige Sozialhilfe/Hilfe zur Pflege ersetzt. Dagegen sprechen so viele finanzielle, ordnungspolitische und sozialpolitische Gründe, dass er gegenwärtig kaum mehr erwogen wird.²⁸ Reformweg 2 ist auf den ersten Blick ähnlich radikal. Sieht man vom „reinen“ Modell des sofortigen Aus-

²⁷ Vgl. Rothgang, *Reformoptionen*, 593.

²⁸ Vgl. Rothgang, *Reformoptionen*, 593–597; BMGS, *Nachhaltigkeit*, 210–212.

stiegs ab – dessen enorme Kosten kaum tragbar sein dürften²⁹ – werden sehr unterschiedliche Versionen erkennbar. Die Unterschiede liegen dabei hauptsächlich in der Weise, wie der Übergang zwischen SPV und kapitalgedeckter Versicherung gestaltet wird. Es ist ja zu beachten, dass die jetzt pflegebedürftigen und pflegenahen Bevölkerungsteile keine Kapitaldecke mehr ansparen können und zudem Vertrauensschutz hinsichtlich der Absicherung durch die SPV genießen. Für die jetzt beitragszahlende Generation hat diese Option eine jahrelange Doppelbelastung zur Folge, da sie einerseits weiterhin in die SPV einzahlt, um die Leistungen für die aktuell Pflegebedürftigen zu finanzieren, und zusätzlich den Kapitalstock für die Pflegesicherung der Zukunft ansparen muss. Die verschiedenen Ausphasungs- und Umstiegsmodelle sehen entsprechend unterschiedliche Wege vor, wie diese Doppelbelastung verteilt und zeitlich gestreckt wird und wie auch die bislang begünstigte Rentnergeneration dafür herangezogen wird.³⁰

Die Ausphasungs- und Umstiegsmodelle verlieren auf den zweiten Blick an Radikalität, denn sie gehen ja vom Fortbestehen des umlagefinanzierten Systems bis 2040 aus. Deutlich werden hingegen Gemeinsamkeiten mit Reformweg 3. Denn die meisten Modelle, die grundsätzlich am Umlagesystem festhalten, setzen flankierende Kapitaldeckungselemente ein, um demografiebedingte „Spitzen“ in der Beitragssatzentwicklung abzufedern.³¹ Auch hier kommt auf die nun beitragszahlende Generation eine bedeutende Mehrbelastung zu, einerseits aufgrund steigender Beitragssätze, andererseits durch den Aufbau des ergänzenden Kapitalstocks. Der einzige bedeutende prinzipielle Unterschied liegt darin, ob es um einen *Ersatz* der umlagefinanzierten Pflegesicherung durch ein kapitalfundiertes System geht oder ob es auf eine *Ergänzung* der SPV hinausläuft.

Die Diskussion dieser beiden Optionen und ihrer detailreichen Ausgestaltung – in der übrigens Elemente aus der Diskussion um die Reform der Krankenversicherung wiederkehren, nämlich Bürgerversicherung und Bürgerpauschale – wird sicherlich noch intensiv weitergeführt werden müssen. An dieser Stelle kann das nicht geleistet wer-

²⁹ Vgl. BMGS, *Nachhaltigkeit*, 215–219.

³⁰ Vgl. v.a. die Modelle des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, *Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland*, Jahresgutachten 2004/05, 413–417 (Kohortenmodell); Häcker/Raffelhüschen, *Denn sie wussten*, 169–172 (Auslaufmodell).

³¹ Vgl. z. B. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, *Erfolge*, 418–421 (Pauschalbeitragsmodell); BMGS, *Nachhaltigkeit*, (Modell intergenerativer Lastenausgleich).

den.³² Stattdessen sollen abschließend einige ethische Eckpunkte für einen noch zu leistenden sozialetischen Beitrag zu dieser Diskussion über die Absicherung des Pflegerisikos skizziert werden.

4. ECKPUNKTE FÜR EINE ETHISCHE BETRACHTUNG DER PFLEGESICHERUNG

Insofern und insoweit es sich bei Pflegebedürftigkeit um ein allgemeines Lebensrisiko von Menschen in ausdifferenzierten Gesellschaften unter den Bedingungen und den Voraussetzungen moderner Medizin handelt, ist es für einen Sozialstaat konsequent, dass es für alle potenziell Betroffenen eine Absicherung gibt. Sozialetisch gesehen sind dabei einige Grundaspekte wichtig, die die vorschnelle Verengung auf die Finanzierungsfrage vermeiden lassen: Pflegebedürftigkeit als „Lebensrisiko“ hat viele Facetten. Das Risiko umfasst sicherlich die Gefahr, die eigene Pflege eines Tages nicht mehr finanzieren zu können, geht aber darüber hinaus und muss umfassender als Risiko verstanden werden, dass die eigene Fähigkeit, ein gutes Leben führen zu können, unnötig beeinträchtigt wird. Was das „gute Leben“ jeweils ausmacht, kann nur der betroffene Mensch jeweils selbst bestimmen – daher stehen Pflege und Hilfe immer unter dem Anspruch und unter dem Vorbehalt, die Selbstbestimmung der Betroffenen so weit wie möglich zu erhalten oder ihr Wiedergewinnen zu unterstützen. Auch die Pflegeversicherung und die von ihr mit beeinflussten Pflegestrukturen und -konditionen müssen dieser grundsätzlichen Vorstellung entsprechen. Dass Pflegebedürftigkeit gerade die Endlichkeit des Selbstbestimmungs- und Selbstverfügungsanspruchs erfahrbar macht, steht dazu nicht im Widerspruch, sondern fordert dazu heraus, auch den Lebensumständen der Beschränkung das größtmögliche Maß an Menschenwürdigkeit abzugewinnen.

Daraus folgt, dass zusammen gesehen werden muss, wann „Pflegebedürftigkeit“ vorliegt, durch welche Pflegeleistungen und Hilfsangebote dieser „Bedarf“ am besten und am effektivsten befriedigt wird und wie er am effizientesten und gerechtesten finanziert wird. Ausgabenseite und Einnahmenseite der Pflegesicherung können also nicht getrennt werden – Pflegedefinition, Bedürftigkeitsverständnis, Pflegeleistungen, Leistungssätze und die Weisen ihre Finanzierung gehören

³² Vgl. dazu z. B. Rothgang, *Reformoptionen*; Jacobs, Klaus/Dräther, Hendrik, *Wer bezahlt die Pflege? Reformvorschläge im Vergleich*, in: *Gesundheit und Gesellschaft* 8 (2005), Heft 9, 22–29.

zusammen, ebenso die Anreize und pflegestrukturellen Auswirkungen, die mit ihnen verbunden sind. Finanzielle, ökonomische und moralische Effizienz und Effektivität sind untrennbar.

Die Pflegesicherung ist ein großer Umschlagplatz der Solidaritäten. Sie sind vielfältiger Natur und müssen genau untersucht werden, um sozialetisch fundiert über die Pflegeversicherung mitzudiskutieren. Pflege wird einerseits solidarisch geleistet – nämlich von pflegenden Menschen an ihren Angehörigen und von Ehrenamtlichen im Umfeld der Pflege im engeren Sinne. Diese Solidarität wird zu einem großen Anteil von Frauen geleistet. Zugleich ist dies ein Solidartransfer, der überwiegend von jung zu alt verläuft. Andere Solidarströme sind finanzieller Natur und mit der Pflegeversicherung als Institution verbunden. Als solidarische Versicherung arrangiert sie Umverteilung: von guten Risiken zu schlechten (wie jede Versicherung), von reich zu arm, und von jung zu alt.

In ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung sind die beiden letztgenannten Transferströme ethisch gesehen nicht unproblematisch. Denn für die Bemessung der Leistungsfähigkeit in der SPV werden nur Lohn-einkommen herangezogen, andere Einkommensarten sowie Beamte und Selbständige bleiben außen vor. Außerdem können sich ausgerechnet besonders hohe Einkommensbezieher zu besonders günstigen Bedingungen in der privaten Pflegeversicherung absichern. Der Transfer von jung zu alt wird für gewöhnlich mit dem so genannten Generationenvertrag erläutert und legitimiert. Er ist eng mit dem Umlagesystem der SPV verbunden und gerät dann in eine Schiefelage, wenn demografische und ökonomische Faktoren die Leistungs- und Ertragsbilanzen der Generationen stark unterschiedlich ausfallen lassen. Jüngere Generationen müssen in diesem Fall erheblich mehr beitragen als ältere bzw. erhalten sie für ihre Beiträge relativ weniger Leistung aus der SPV. Für die sehr junge SPV fällt in dieser Hinsicht besonders ins Gewicht, dass sie mit einem „Einführungsgeschenk“ an die ältere Generation verbunden war: Sie 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 zunehmend verschlechtert. Anders ausgedrückt: Das Einbeziehen auch der pflegebedürftigen oder pflegenahen Generationen in die SPV bedeutet Leistungszusagen für die Zukunft, eine implizite Staatsverschuldung. Spä-

tere Generationen werden sie abbezahlen müssen³³ – entweder über höhere Beiträge oder geringere Leistungen. Hier stehen somit sowohl die Generationengerechtigkeit als auch die Nachhaltigkeit der Pflegesicherung als Problem zur Diskussion. Der ethische Anspruch auf soziale Sicherheit – als subjektiv gefühlte und verantwortliche Lebensführung befördernde wie als objektiv gegebene – umfasst auch einen Anspruch an staatliches Handeln, mindestens als Abwehrrecht gegen die Verunsicherung durch unklare und unsichere Sozialversicherungsarrangements.³⁴

Diese Überlegung rückt schließlich in den Blick, dass die Ethik der sozialen Pflegesicherung nicht zuletzt eine Frage der politischen Ethik ist. Denn gerade die sozialen Sicherungssysteme und die an ihnen hängenden sozialen und ökonomischen Akteure üben Einfluss auf die gesetzliche und institutionelle Gestaltung der Pflegesicherung aus. Die sozialetische Frage nach dem Gegenstand der Pflegesicherung und der gerechten Finanzierung kann folglich nicht davon absehen, welche gerechtfertigten oder ungerechtfertigten Ansprüche welcher Betroffenen in die notwendigen, abwägungs- und kompromissreichen politischen Entscheidungen eingehen und wie diese zustande kommen (sollen).

Literatur

Bobbert, Monika, *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*, Frankfurt a.M./New York 2002.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), *Wirkungen der Pflegeversicherung* (Band 127 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit), Baden-Baden 2000.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.), *Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*, (BT-Drucksache 15/4125), Bonn 2004.

³³ Für eine Berechnung vgl. Häcker, Jasmin/Raffelhüschen, Bernd, *Die Interne Rendite der Gesetzlichen Pflegeversicherung*, Diskussionsbeiträge Institut für Finanzwissenschaften der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br., Nr. 136/2005, denen zufolge alle derzeit lebenden Generationen Nettoempfänger sind (freilich mit den Generationen abnehmend). Übrigens sehen sehr viele Reformmodelle für die SPV höhere Beiträge für die gegenwärtigen Rentner vor, um wenigstens einen Teil des „Einführungsgeschenks“ auszugleichen.

³⁴ Vgl. Lob-Hüdepohl, Andreas, *Soziale Sicherheit – ein vergessenes Menschenrecht*, in: ICEP argumente 1 (2005) Nr. 1, 1–2.

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.), *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme*. Bericht der Kommission (Rürup-Kommission), Berlin 2003.
- Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit*. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, http://www.spd.de/servlet/PB/show/1589444/111105_Koalitionsvertrag.pdf (18.05.2006).
- Häcker, Jasmin, *Dynamisierung der Pflegeleistungen: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft*, Diskussionsbeiträge Institut für Finanzwissenschaften der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br. Nr. 139/2006.
- Häcker, Jasmin/Raffelhüschen, Bernd, *Denn sie wussten, was sie taten. Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung*, in: Vierteljahreshefte für Wirtschaftsforschung 73 (2004) 1, 158–174.
- Häcker, Jasmin/Raffelhüschen, Bernd, *Wider besseres Wissen. Zur Finanzierbarkeit Demenzzkranker in der Gesetzlichen Pflegeversicherung*, Diskussionsbeiträge Institut für Finanzwissenschaften der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br. Nr. 127/2005.
- Häcker, Jasmin/Raffelhüschen, Bernd, *Die Interne Rendite der Gesetzlichen Pflegeversicherung*, Diskussionsbeiträge Institut für Finanzwissenschaften der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br. Nr. 136/2005.
- Jacobs, Klaus/Dräther, Hendrik, *Wer bezahlt die Pflege? Reformvorschläge im Vergleich*, in: Gesundheit und Gesellschaft 8 (2005), Heft 9, 22–29.
- Klie, Thomas/Blaumeiser, Heinz, *Perspektive Pflegemix. Pflegekulturelle Orientierungen im Wandel und die Zukunft der Pflege*, in: Buhl, Anke u.a. (Hg.), *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf*, Frankfurt a.M. 2002, 132–152.
- Körtner, Ulrich H. J., *Grundkurs Pflegeethik*, Wien 2004.
- Lob-Hüdepohl, Andreas, *Soziale Sicherheit – ein vergessenes Menschenrecht*, in: ICEP argumente 1 (2005) Nr. 1, 1–2.
- Priester, Klaus, *Aktuelle und künftige Dimensionen demenzieller Erkrankungen in Deutschland – Anforderungen an die Pflegeversicherung* (Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health), Wissenschaftszentrum Berlin, 2004.
- Rabe, Marianne, *Dienst am Nächsten oder professionelle Fürsorge. Werte für die Krankenpflege*, Dortmund 2000.
- Roth, Günter/Rothgang, Heinz, *Pflegeversicherung und Sozialhilfe. Eine Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Pflegeversicherung hinsichtlich der Sozialhilfebezugs*, in: Buhl, Anke u.a. (Hg.), *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf*, Frankfurt a.M. 2002, 45–76.

- Rothgang, Heinz, *Reformoptionen zur Finanzierung der Pflegeversicherung. Darstellung und Bewertung*, in: Zeitschrift für Sozialreform 50 (2004), 584–616.
- Runder Tisch Pflege, *Ergebnisse der AG 1: Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege*, Berlin 2005, <http://www.dza.de/download/ErgebnisseRunderTischArbeitsgruppe%20I.pdf> (01.06.2006).
- Runder Tisch Pflege, *Ergebnisse der AG 1: Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege*, Anhang: Praxisbeispiele, Berlin 2005, http://www.dza.de/download/ErgebnisseRunderTischArbeitsgruppe%20I_Anhang.pdf (01.06.2006).
- Runder Tisch Pflege, *Ergebnisse der AG 3: Entbürokratisierung*, Berlin 2005, <http://www.dza.de/download/ErgebnisseRunderTischArbeitsgruppeIII.pdf> (01.06.2006).
- Runder Tisch Pflege, *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*, Berlin 2005, <http://www.dza.de/download/ErgebnisseRunderTischArbeitsgruppeIV.pdf> (01.06.2006).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, *Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland*, Jahresgutachten 2004/05, vorgestellt am 12.11.2004.
- Statistisches Bundesamt, *Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: ambulante Pflegedienste*, Bonn 2004.
- Statistisches Bundesamt, *Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Pflegeheime*, Bonn 2004.
- Statistisches Bundesamt, *Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Bonn 2004.
- Statistisches Bundesamt, *Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003*, Bonn 2004.
- Statistisches Bundesamt, *Pressemitteilung vom 3. August 2005*, <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p3190095.htm> (11.05.2006).
- Statistisches Bundesamt, *Pressemitteilung vom 25. November 2004*, <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2004/p5010081.htm> (11.05.2006).
- WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK, *Der Pflegemarkt in Deutschland – ein statistischer Überblick*, (WIdO Materialien Band 38) Bonn 1998, http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pflege/wido_pfl_mat38_031.pdf (18.05.2006).