

Es geht voran. Die bereits im Koalitionsvertrag angekündigte, aber anfangs etwas holprige Tour der Bundesregierung mit der Abrissbirne durch die Systeme der Sozialversicherung und andere Bereiche der sozialen Daseinsvorsorge hat Fahrt aufgenommen. Inzwischen wird gerne vom „größten Reformpaket in der Geschichte der Bundesrepublik“ gesprochen und dessen Alternativlosigkeit beschworen, da andernfalls der finale Zusammenbruch der deutschen Wirtschaft und letztendlich des Staates drohten. Von **Rainer Balcerowiak**.

Das in größeren Teilen der Bevölkerung unbeliebte „Bürgergeld“ hat man bereits abgeräumt, die Proteste dagegen waren ziemlich überschaubar. Die Gesundheitsreform befindet sich in der parlamentarischen Beratung, die Eckpunkte für eine Rentenreform sollen noch vor der Mitte Juli beginnenden parlamentarischen Sommerpause vorgelegt werden und auch bei der Steuerreform und der Deregulierung des Arbeitsrechts sollen alsbald Pflöcke eingeschlagen werden.

Das gilt auch für die 1995 vom damaligen Bundesarbeitsminister Norbert Blüm (CDU) eingeführte gesetzliche Pflegeversicherung (SPV), und in der Tat droht dieses System in seiner bisherigen Form zu kollabieren. Mehr als 6 Millionen Menschen beziehen derzeit Leistungen aus der SPV, vor zehn Jahren waren es noch 2,86 Millionen und in den kommenden Jahren wird die Zahl weiter deutlich steigen.

Nach mehrmaliger Verschiebung hat Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) nunmehr [einen Gesetzentwurf vorgelegt](#), der sich derzeit in der Ressortabstimmung befindet. Einen Kabinettsbeschluss soll es ebenfalls noch vor der Sommerpause geben, doch es ist offen, ob das eingehalten werden kann. Denn die SPD zickt da noch ein bisschen rum, bevor sie wieder einknicken wird.

Es geht um ein ziemlich dickes Brett, das es zu bohren gilt. Für 2026 erwartet die SPV ein Defizit von 4,2 Milliarden Euro, und in den Jahren 2027/28 könnten es insgesamt bereits 22,8 Milliarden sein. Der Gesetzentwurf der Ministerin zielt darauf ab, bereits ab dem Jahr 2027 durch einen Mix aus Mehreinnahmen und Minderausgaben Einsparungen in Höhe von rund 11 Milliarden Euro pro Jahr zu realisieren.

Mehreinnahmen soll es - analog zur gesetzlichen Krankenversicherung - vor allem durch eine deutliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze bei abhängig Beschäftigten geben. Dazu kommen höhere Beiträge für Kinderlose, Einbeziehung von Minijobbern und die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern. Noch wesentlich bunter ist der Instrumentenkasten für die Einsparungen. Dazu gehören unter anderem:

- Massive Restriktionen bei der Einstufung in die jeweiligen Pflegegrade

- Abschaffung des Entlastungsbetrags von bis zu 131 Euro monatlich für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, mit dem u.a. haushaltsnahe Dienstleistungen und Alltagshilfen bezahlt werden können
- Kürzung der Rentenbeiträge (und somit auch -ansprüche) für pflegende Angehörige, die wegen der Pflegearbeit weniger oder gar nicht arbeiten können. Diese Leistungen sollen auf etwa 70 Prozent des bisherigen Umfangs reduziert werden.
- Höhere Eigenanteile bei den Pflegeheimkosten und Deckelung der Kostenübernahme bei Leistungssteigerungen.

### **Pflegeversicherung ist eine Fehlkonstruktion**

Natürlich bedeuten diese „Reformpläne“ für viele Pflegebedürftige, aber auch deren Angehörige massive Einschränkungen und Mehrbelastungen. Was aber nicht bedeutet, dass die Pflegeversicherung und mit ihr das gesamte System der Pflege bisher auch nur einigermaßen gut funktioniert hat. Und zwar nicht aufgrund einiger Fehlentwicklungen bei der Ausgestaltung - vielmehr handelt es sich um eine systemische Fehlkonstruktion. Von vornherein war die SPV eben nicht als umfassendes Instrument zur Absicherung gegen die materiellen Risiken einer Pflegebedürftigkeit konzipiert, sondern als eine Art Teilkasko-Versicherung, die Zuschüsse zu den entstehenden Kosten gewährt. Von vornherein wurde ein System privater Pflegezusatzversicherungen installiert und ausgebaut, das bestimmten Berufsgruppen und Wohlhabenden eine deutlich höhere Absicherung ermöglicht.

Für „nur“ gesetzlich versicherte Pflegebedürftige bleibt aufgrund der gedeckelten und nicht kostendeckenden Festzuschüsse stets ein erheblicher Eigenanteil, sowohl bei stationären Pflegeheimplätzen als auch bei der häuslichen Pflege. In stationären Einrichtungen beträgt dieser Anteil derzeit rund 3.250 Euro pro Monat, wovon rund ein Drittel auf die unmittelbaren Kosten für Pflege und Betreuung entfällt. Der Rest entfällt auf Unterbringung, Verpflegung, Investitions- und Instandhaltungskosten, Ausbildungsumlagen u.a.m. Es gibt ein Zuschusssystem der Pflegeversicherung, das diesen Anteil je nach Länge der stationären Unterbringung mindert, was aber durch die Kostensteigerungen wieder zunichte gemacht und zudem mit der Reform gekürzt wird.

Da viele Betroffene diese Kosten nicht aus ihren regelmäßigen Einkünften decken können, müssen sie - falls vorhanden - ihr Vermögen aufbrauchen, bis auf einen „Schonbetrag“ von 10.000 Euro. Dann können auch Kinder herangezogen werden, ab einem Jahreseinkommen von 100.000 Euro. Ministerin Warken will diese Schongrenze aber absenken. Wenn da auch

nichts zu holen ist, landet man beim Sozialamt. Das übernimmt die Lücke bei den Heimkosten und zahlt ein monatliches „Taschengeld“ von 152 Euro an die Pflegebedürftigen sowie eine Bekleidungs pauschale von 20 bis 40 Euro.

86 Prozent aller Pflegebedürftigen werden aber nicht stationär, sondern häuslich versorgt, davon mehr als die Hälfte ausschließlich von Angehörigen. Beim Rest wird Unterstützung oder die volle Übernahme der Pflege von ambulanten Pflegediensten in Anspruch genommen. Auch das auf der Basis von gedeckelten Zuschüssen und Eigenanteilen bzw. bei versorgenden Angehörigen durch Bezahlung eines „Pflegegelds“ von maximal 990 Euro pro Monat (bei Pflegegrad 5).

Ein wichtiger Faktor des maroden Pflegesystems ist dessen ökonomische Struktur. Denn Pflege ist längst ein lukrativer und vor allem wachsender Markt, [auf dem sich zunehmend profitorientierte Unternehmen tummeln](#). Nur noch rund 4 Prozent der stationären Einrichtungen befinden sich in öffentlicher, meistens kommunaler Trägerschaft. Bei der ambulanten Pflege sind es gar nur 1,3 Prozent.

Gegen die jetzt geplanten massiven Einschnitte bei der Pflegeversicherung regt sich natürlich hier und da Kritik, vor allem von Sozialverbänden und Kommunen, die enorme Mehrbelastungen durch einen massiven Anstieg der dann fälligen Sozialausgaben befürchten. Es gibt - auch aus Kreisen der SPD und der Gewerkschaften - Vorschläge, wie etwa eine „Bürgerversicherung“, in die alle einzahlen und auch alle Einkommensarten einbezogen werden, um die Einnahmesituation zu verbessern. Aber das greift natürlich viel zu kurz, und lässt den grundlegenden Konstruktionsfehler dieser ökonomisierten Teilkasko-Pflegeversicherung außer Acht. Wenn man der Prämisse folgt, dass Pflege eine Kernaufgabe der sozialen Daseinsvorsorge sein muss, kann es aus dem ganzen Desaster eigentlich nur eine Konsequenz geben: Die komplette Abschaffung der Pflegeversicherung und ihre Ersetzung durch unmittelbar öffentliche Finanzierung und Organisation der Pflegeinfrastruktur.

### **Dänemark zeigt, wie es geht**

Wie das funktionieren kann, zeigt unser Nachbar Dänemark. Dort ist man erst gar nicht auf die Schnapsidee einer „Pflegeversicherung“ gekommen. Vielmehr wird dieser Sektor unmittelbar staatlich finanziert und von den 98 dänischen Kommunen organisiert. Das betrifft alle Bereiche, also häusliche Pflege (auch Krankenpflege ohne allgemeine Pflegebedürftigkeit), Rehabilitationsmaßnahmen, Tagespflege, Pflegeheime und betreute Wohnformen, sowie Unterstützungsangebote für Angehörige. Dazu kommen umfangreiche Präventionsprogramme.

Alle Pflege- und Betreuungsleistungen sind grundsätzlich kostenlos, egal ob stationär oder häuslich. In einem Pflegeheim zahlt der Bewohner nur für Wohnen, Verpflegung und persönliche Ausgaben. Für Menschen mit geringem Einkommen gibt es zusätzliche Wohnkostenzuschüsse. Auch Bezieher der staatlichen Grundrente können sich in diesem System eine anerkanntermaßen hochwertige Pflege leisten, ohne zum Sozialfall zu werden.

Die dänische Pflege folgt bestimmten Grundsätzen:

- Rehabilitation vor Pflege. Das heißt, nach einem Krankenhausaufenthalt wird intensiv versucht, Menschen wieder selbstständig zu machen, statt dauerhaft Pflegeleistungen auszuweiten.
- Vorrang der häuslichen Versorgung. Dänemark hat seit Jahrzehnten den Ausbau großer Pflegeheime begrenzt und setzt stärker auf Unterstützung im eigenen Zuhause oder in speziellen Wohnformen.

Träger der Pflegeinfrastruktur sind in der Regel die Kommunen, ergänzt durch gemeinnützige Träger. Privatunternehmen haben lediglich einen Anteil von 2 Prozent. Dazu kommt, dass pflegerische Berufe in Dänemark deutlich attraktiver ausgestaltet sind als in Deutschland. Das betrifft nicht nur die Bezahlung, sondern vor allem auch die Arbeitsbedingungen. Die Betreuungsschlüssel sind wesentlich besser, die Regelarbeitszeit beträgt 37 Stunden pro Woche, die Arbeitsorganisation ist vor allem teamorientiert.

Allerdings hat Dänemark im Vergleich zu Deutschland auch einige erhebliche „Defizite“. So gibt es in Deutschland 95 gesetzliche Kranken- und daran angegliederte Pflegekassen, und in Dänemark nur eine einzige (staatliche) Krankenkasse, in der jeder Einwohner automatisch beitragsfrei versichert ist. So etwas regelt man dort mit Steuern. Ja, wo kämen wir denn hin, wenn wir das auch so machen würden?

Titelbild: [azrin\\_aziri/shutterstock.com](https://www.shutterstock.com) 