

Impulspapier

Pflege weiterdenken

Eine Konsolidierung der Pflegeversicherung und der gemeinsamen Verantwortung

Ort, Datum: Berlin, 26. Januar 2026

Autoren: Benjamin Fehrecke-Harpke, Thomas Schade,
Team Gesundheit, Seniorenarbeit und Pflege



Das vorliegende Impulspapier schärft den Blick auf Versorgungssicherheit als gemeinsame Verantwortung, die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung sowie eine Balance zwischen Leistungsansprüchen und Finanzierung. Aufgrund des demografischen Wandels verändern sich die Grundlagen des bisherigen Generationenvertrags: Die Boomer-Generation vertraute auf den Sozialstaat, während die Post-Boomer-Generation steigende Belastungen und sinkende Leistungsversprechen erwartet. Damit droht das bisherige Modell von Reziprozität und Solidarität zu erodieren – und mit ihm die Pflegeversicherung in ihrer heutigen Form. Pflege muss daher nicht nur strukturell, sondern gesamtgesellschaftlich weitergedacht werden, innerhalb und außerhalb der Pflegeversicherung. Das DRK sollte sich hierbei als Vermittler und Integrator, der gesellschaftliche Solidarität stärkt und die Debatte zur zukünftigen Organisation von Pflege aktiv mitgestaltet, sehen.

Impuls im Überblick

1. Warum wir uns äußern. Eine inhaltliche Einordnung
2. Die Konsolidierung der Pflegeversicherung
3. Verantwortungsgemeinschaften für die Pflege
4. Die Abgrenzung von Verantwortung, Pflichten und Zuständigkeiten
5. Ausblick: Balance zwischen Leistungsansprüchen und Finanzierung

1. Warum wir uns äußern. Eine inhaltliche Einordnung

Beim DRK-Impulspapier "[Pflege neu denken Vorschläge des Deutschen Roten Kreuzes zur Gestaltung der pflegerischen Versorgungssicherheit](#)" vom Februar 2024 lag der Fokus auf der ehrlichen und selbstkritischen Analyse und Beschreibung der Problemlagen und des Handlungsbedarfs im Arbeitsfeld Pflege inklusive der Skizzierung konkreter Ansätze zur Gestaltung der Versorgungssicherheit.

In der vorliegenden Ausführung soll nun der Blick auf die beiden Themen Konsolidierung der Sozialen Pflegeversicherung sowie Verantwortungsgemeinschaften für die Pflege weiter geschärft werden. Es wird klargestellt, was derzeit hinsichtlich des Erhalts der pflegerischen Versorgungssicherheit im Rahmen der Pflegeversicherung diskutiert wird und unterstützenswert erscheint. An einigen Stellen werden die mit der versicherungsrechtlichen Doppelstruktur (SGB V und XI) verbundenen Konstruktionsmängel der Pflegeversicherung deutlich. Dies anerkennend ist dieses Impulspapier auf die Pflegeversicherung innerhalb ihres aktuellen Rahmens fokussiert.

Beim Thema Verantwortungsgemeinschaften für die Pflege werden die sozio-demografischen Herausforderungen für die Pflege mit Blick auf die Bedeutung der informellen Pflege antizipiert.

Mit Blick auf das Thema pflegerische Versorgungssicherheit müssen angesichts der sozio-demografischen Entwicklungen verschiedene und sich potenziell gegenseitig verstärkende sozio-demografische Trends in ihrer Wirkung auf die Relevanz sozialer Sicherungssysteme antizipiert werden. Die Boomer-Generation (bis 1964) ist, anders als die Post-Boomer-Generation, grundsätzlich geprägt vom allgemeinen Vertrauen in den Sozialstaat und seine Sicherungssysteme. Durch den Geburtenrückgang seit 1965 und die Zuwanderung nach Deutschland ändert sich der demografische Aufbau der Gesellschaft. Der "Generationenvertrag", der als demografische Grundlage einer intergenerativen Solidarität gesehen werden kann, wird seitens der Post-Boomer-Generation voraussichtlich nur durch Mehrbelastungen bei Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern sowie durch Leistungseinschränkungen bedient werden können.

Reziprozität bedeutet allgemein Wechselseitigkeit: Menschen helfen sich gegenseitig, schenken sich etwas oder tauschen Dienstleistungen aus. Es entsteht ein Gleichgewicht: Geben und Nehmen. In sozialen Interaktionen bedeutet Reziprozität, dass Menschen darauf achten, dass sich Geben und Nehmen ausgleichen. Es ist ein grundlegendes Prinzip menschlicher Beziehungen und sozialer Normen. Reziprozität ist ein Bindungsmittel zwischen Menschen: sie schafft Vertrauen. Sie fördert Kooperation. Sie stärkt soziale Bindungen. Wer immer nur nimmt, ohne zu geben, wird als ausnutzend wahrgenommen. Wer immer nur gibt, ohne etwas zurückzubekommen, erschöpft sich emotional. Ohne Reziprozität würden soziale Beziehungen nicht funktionieren. Menschen könnten nicht einschätzen, wem sie vertrauen oder mit wem sie zusammenarbeiten sollen.

Subsidiarität bezeichnet ein Organisations- oder Entscheidungsprinzip, nach dem Aufgaben immer auf der niedrigsten möglichen Ebene erledigt werden sollen – also dort, wo sie am besten, wirksamsten und bürgerlichsten gelöst werden können. Erst wenn diese Ebene überfordert ist, sollen höhere Ebenen (z. B. Kommune statt Bürger, Staat statt Kommune, EU statt Nationalstaat) eingreifen und unterstützen.

Solidarität heißt, dass Menschen füreinander einstehen – besonders dann, wenn jemand Unterstützung braucht oder benachteiligt ist. Es ist ein Akt von Zusammengehörigkeit und Verantwortung gegenüber anderen, oft auch ohne direkte Gegenleistung – also die wechselseitige Verpflichtung von Mitgliedern einer Gemeinschaft, füreinander Verantwortung zu übernehmen, um gemeinsame Werte und Zusammenhalt zu sichern – unabhängig von unmittelbarer Gegenleistung.

”

„Menschlichkeit entsteht gemeinschaftlich“

Thomas Schade, Deutsches Rotes Kreuz e.V. – Generalsekretariat

Der moderne Sozialstaat ist eine zivilisatorische Errungenschaft von hohem Wert. Seine Existenz trägt wesentlich zum sozialen Frieden bei und bildet das Fundament einer solidarischen und leistungsfähigen Gesellschaft. Es besteht Konsens darüber, dass Änderungen und Eingriffe dementsprechend wohlüberlegt und zweckmäßig sein sollten. Der Sozialstaat funktionierte bisher wesentlich durch den über die Sozialversicherungssysteme umgeleiteten Generationenvertrag.

Beides - Reziprozität und Solidarität - sind sowohl kulturell als auch demografisch nicht wie gewohnt fortschreibbar. Ausgehend von den sich aus diesen Entwicklungen ergebenden Veränderungen bzgl. abnehmender sozialpolitischer Gestaltungsmöglichkeiten und geringer werdender ebensolcher Erwartungen ist das DRK als gesellschaftlicher Vermittler und Integrator gefordert.

Als Verband, der dem Gemeinwesen verbunden ist bzw. aus ihm hervorgeht, ist das DRK aufgerufen, einen integrativen Beitrag zur Weiterentwicklung gesellschaftlicher Reziprozität und Solidarität zu leisten. Als humanitärer und freier (im Sinne von ethisch unabhängig und vorstaatlich) Verband sollte das DRK dabei den Fokus einerseits auf den Erhalt und die Stabilisierung der Pflegeversicherung legen und gleichzeitig seine Rolle innerhalb der Pflege reflektieren, um sich und die Gesellschaft auf die anstehende Debatte um die Organisation von Pflege innerhalb und außerhalb der Pflegeversicherung vorbereiten zu können.

2. Die Konsolidierung der Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung sichert seit über 30 Jahren Menschen gegen die Folgen einer Pflegebedürftigkeit ab. Die umlagefinanzierte Pflichtversicherung ist als Teilleistungsversicherung konzipiert und deckt seit jeher nur einen Teil der Pflegekosten ab. Kosten, die darüber hinausgehen, müssen von den Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen bzw. anderen Sozialleistungssystemen (in Form von Eigenanteilen) getragen werden. Ihre paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer hat sich bewährt und sollte fortgesetzt werden.

Die unzureichende Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen, notwendige Leistungsausweitungen, bessere Rahmenbedingungen in der Pflege, qualitative Verbesserungen sowie höhere Lohnkosten führen zu permanent steigenden Eigenanteilen. Dabei haben diese bereits seit längerem einen Stand erreicht, der kaum noch vertretbar ist. Nach aktuellen Zahlen des [Verbandes der Ersatzkassen](#) liegt die Eigenbeteiligung bundesweit durchschnittlich bei 3.245 Euro - im Saarland am höchsten bei 3.920 Euro.

Die hohen Eigenanteile übersteigen schon jetzt die finanziellen Möglichkeiten vieler pflegebedürftiger Menschen. Die zunehmend höheren Finanzierungslasten können Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen nicht dauerhaft allein tragen. Es ist in der Folge absehbar, dass zunehmend mehr Pflegebedürftige Leistungen zur Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen müssen. Dies ist für uns inakzeptabel. Pflegebedürftigkeit darf nicht für immer mehr Menschen unmittelbar in die Sozialhilfeabhängigkeit führen.

An dieser Stelle ist es gleichwohl wichtig darauf hinzuweisen, dass aus unserer Sicht weder notwenige Tarifsteigerungen und Entgeltanpassungen noch Verbesserungen in der Personalstruktur und Qualitätsverbesserungen allein zu Lasten der Leistungsempfänger gehen und zu höheren Eigenanteilen führen dürfen.

Das derzeit geltende Teilleistungssystem ist so weiterzuentwickeln, dass die Versicherten eine bedarfsgerechte Versorgung erhalten und ihre selbst zu tragenden Kosten auf einer transparenten und verlässlichen Basis begrenzt werden.

Ergebnis muss ein finanziell tragfähiges, faires und zukunftsfestes Pflegeversicherungssystem sein, in dem pflegebedürftige Menschen gut versorgt werden und die Träger von Einrichtungen und Diensten weiterhin ihren Beitrag in verlässlichen Strukturen leisten können. Die finanziellen Belastungen von Beitragszahlenden, Pflegebedürftigen, An- und Zugehörigen sowie den Einrichtungen, Diensten und

sonstigen Kostenträgern müssen schlussendlich in einem ausgewogenen Verhältnis stehen.

Um die soziale Pflegeversicherung langfristig zu stabilisieren sind aus unserer Sicht verschiedene Maßnahmen geeignet.

2.1 Begrenzung der Eigenanteile

Für die nachhaltige Finanzierungsstruktur der sozialen Pflegeversicherung wird von uns der sogenannte „Sockel-Spitze-Tausch“ – die Umkehr von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze – befürwortet. Dies würde sich so gestalten, dass Pflegebedürftige nur noch einen festen Eigenanteil (also den neuen Sockel) zur Finanzierung der Pflegebedürftigkeit zahlen würden. Alle Belastungen darüber hinaus für eine bedarfsgerechte Versorgung würden von der Sozialen Pflegeversicherung übernommen werden müssen (neue Spitze). Um eine finanzielle Überforderung zu verhindern, bedarf es einer gesellschaftlichen Debatte über die Aufteilung der Verantwortung und der finanziellen Belastung für Pflege insgesamt. Folgerichtig wäre u. a. eine Stärkung von staatlichen Zuschüssen aber auch zugleich eine kritische Auseinandersetzung mit dem bestehenden Leistungsumfang.

Anspruch bleibt, die wirtschaftliche Überlastung Pflegebedürftiger und ihrer An- und Zugehörigen zu verhindern und soziale und finanzielle Überforderungen bei Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Durch fair ausgehandelten Sockel-Spitze-Tausch würden sich die Mehrkosten, die u.a. durch Qualitätsverbesserungen oder Entgeltsteigerungen entstehen, auf die gesamte Versichertengemeinschaft – unterstützt durch Steuermittel - und nicht mehr ausschließlich auf die tatsächlich Pflegebedürftigen verteilen. Durch die Finanzierungsumkehr würde zudem einer pflegerischen Unterversorgung, die im Besonderen bei der häuslichen Pflege durch Abwahl von Leistungen vorkommen kann, vorgebeugt werden.

2.2 Ausweitung der Beitragsbemessung

Aus unserer Sicht sollte eine Erweiterung der Einnahmebasis der sozialen Pflegeversicherung auch durch eine Erhöhung der bestehenden Beitragsbemessungsgrenze angestrebt werden, beispielsweise schrittweise bis auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung. Nicht zuletzt muss dann auch, im Sinne der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen, über die Einbeziehung weiterer Einkommensarten diskutiert werden.

2.3 Steuerfinanzierte Bundeszuschüsse

Zweckgebundene Bundeszuschüsse aus Steuereinnahmen sollten für die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung insbesondere hinsichtlich Innovationen und Ausbildung nicht ausgeschlossen werden. Versicherungsfremde Leistungen, die nicht systemgerecht von einem anderen Sozialversicherungszweig getragen werden können, sind durch Steuerzuschüsse zu übernehmen. Die Pflegeversicherung sollte so auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen oder die Beitragsleistungen an die Rentenversicherung ohne zusätzliche Belastung systemgerecht aufbringen können. Solche Maßnahmen unterstrichen die gemeinsame, gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Pflege.

2.4 Refinanzierung versicherungsfreier Leistungen durch den Bundeshaushalt

Die Soziale Pflegeversicherung trägt seit jeher auch sogenannte versicherungsfreie Leistungen. Zu nennen sind hier unter anderem die Gesundheitskosten, die während der Corona-Pandemie in Höhe von 5,9 Milliarden Euro entstanden sind. Systemfremde Leistungen sollten nicht von der beitragsfinanzierten Pflegeversicherung übernommen werden, weil sie das Finanzierungsprinzip der

Sozialversicherung untergraben. Diese Leistungen sind oft nicht durch die Beiträge der Versicherten gedeckt und führen zu einer finanziellen Überlastung der sozialen Pflegeversicherung. Die Abgrenzung von leistungsrechtlich definierten und versicherungsfremden Leistungen ist wichtig, um sie von staatlichen Aufgaben zu unterscheiden und zu trennen, sodass die Sozialversicherung zur Erfüllung ihrer Kernaufgaben funktionsfähig bleibt.

Weitere Beispiele: Die Kosten für die Ausbildung von beruflich Pflegenden werden derzeit durch die Pflegeversicherung übernommen. Die Ausbildung ist aus unserer Sicht jedoch klar eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung und die Kosten müssen daher aus der Sozialen Pflegeversicherung herausgelöst werden. Zudem besteht Handlungsbedarf hinsichtlich der Rentenansprüche für pflegende Angehörige. Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für pflegende Angehörige, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, um den Rentenanspruch zu sichern. Auch Lohnersatzleistungen wie das Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung des pflegenden Angehörigen sind Teil der aus unserer Sicht versicherungsfremden Leistungen. Ferner übernimmt die Pflegeversicherung Beiträge für die Kranken- und Arbeitslosenversicherung der pflegenden Angehörigen, damit sie sozial abgesichert sind. Darüber hinaus gilt es zu diskutieren, ob die Pflegeversicherung ebenfalls die Gründung von Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige fördern sollte oder diese Kosten nicht auch vom Steuerhaushalt, im Sinne der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung, zu tragen wären.

Eine Stabilisierung der Pflegeversicherung ist nur zu erreichen, wenn versicherungsfremde Leistungen konsequent aus Steuermitteln finanziert und die Verantwortung aller damit unterstrichen würde.

2.5 Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus dem SGB V

Zu einer nachhaltigen Reform der sozialen Pflegeversicherung gehört ferner die Finanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus dem SGB V. Das DRK tritt für eine Gleichbehandlung von Versicherten unabhängig vom Wohnort, bzw. von der Art der gewählten Pflegeversorgung ein. Während Pflegebedürftige in der eigenen Wohnung Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V erhalten können, wird dieses Leistungsspektrum für Pflegebedürftige in der vollstationären Pflege bisher aus dem SGB XI bezahlt. Aus unserer Sicht sollte die medizinische Behandlungspflege auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen systemlogisch vollumfänglich aus dem SGB V finanziert werden, ohne dass es dabei zu Kürzungen der im SGB XI vorgeschriebenen Personalschlüssel kommt. Die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V ist nicht nur sachgerecht, sie würde auch die Ungleichbehandlung zwischen ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen auflösen und die soziale Pflegeversicherung deutlich finanziell entlasten.

”

„In der Pflege tickt eine Zeitbombe, die man nur entschärfen kann, wenn man beherzt, ehrlich und realistisch gegensteuert.“

Benjamin Fehrecke-Harpke, Deutsches Rotes Kreuz e.V. – Generalsekretariat

2.6 Risikostrukturausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung

Die aktuell ungleiche Verteilung der finanziellen Belastungen zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung gilt es zu diskutieren. Wir möchten hierzu eine sachliche Auseinandersetzung anregen. Die Ausgaben für eine pflegeversicherte Person in der gesetzlichen Pflegeversicherung sind bei gleichen Leistungsansprüchen und identischen Begutachtungskriterien fast doppelt so hoch wie für eine privatversicherte pflegebedürftige Person. Diese Diskrepanz erklärt sich durch die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherten: Höhere Einkommen, die oft mit besseren gesundheitlichen Voraussetzungen einhergehen, begünstigen die Kostenstruktur der privaten Pflegeversicherung entsprechend. Bereits bei der Einführung des dualen Systems betonte das Bundesverfassungsgericht, dass eine ausgewogene Lastenverteilung zwischen beiden Versicherungssystemen sichergestellt werden müsse. Jedoch kann diese ausgewogene Verteilung der Lasten bereits seit Längerem nicht mehr beobachtet werden. Ein Finanzausgleich, der in Höhe und Art definiert werden muss, sollte hier für mehr Fairness sorgen können.

Infolgedessen könnte auch insgesamt geprüft werden, ob die soziale und private Pflegeversicherung in ein integriertes Versicherungssystem mit einer risikounabhängigen Kalkulation der Beiträge bzw. Prämien überführt werden könnte. Gleichwohl sind einheitliche Rahmenbedingungen für alle Pflegeversicherungsträger notwendig. Es gilt den Blick auch darauf zu richten, dass in der derzeitigen Versicherungslogik privat Versicherte gegenüber gesetzlich Versicherten Vorteile genießen: gesetzlich Versicherte zahlen höhere Beiträge in die Pflegeversicherung ein als privat Versicherte, obwohl die Leistungsversprechen der sozialen und privaten Pflegeversicherung identisch sind. In einem integrierten Versicherungssystem wären alle Versicherten auf die gleiche Weise für die Pflege versichert und an ihrer Finanzierung beteiligt.

3. Verantwortungsgemeinschaften für die Pflege

Neben den gesetzlichen bzw. versicherungsrelevanten Anpassungen gilt es auch den größeren Blick auf das Grundverständnis innerhalb der Gesellschaft für die Übernahme von pflegerischer Verantwortung zu richten.

Bei vielen der aktuellen Debatten um die sozio-demografischen Entwicklungen in Deutschland schwingt – bislang meist unausgesprochen – die Frage mit, wer sich für wen überhaupt noch zuständig und verantwortlich fühlt und wer sich zu welcher Verantwortungsgemeinschaft zählt bzw. zählen lässt. Die Verantwortung, die Menschen füreinander empfinden, ist ein komplexes Zusammenspiel aus biologischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Faktoren, die unterschiedliche Grundlagen haben.

Verantwortungsgemeinschaft bezeichnet allgemein eine Gruppe von Personen, die freiwillig füreinander eintreten und sich gegenseitig unterstützen. Sie entsteht durch miteinander geteilte Erwartungen an gegenseitiger Unterstützung. Sie beschreibt den sozialen Raum möglicher und erwarteter Hilfe innerhalb einer Gruppe.

Wenn man Verantwortungsgemeinschaften aus gesellschaftlicher Sicht betrachtet, geht es weniger um persönliche Bindung als um das Verständnis, dass jeder Einzelne Teil eines größeren Ganzen und auf gesellschaftlichen Zusammenhalt angewiesen ist. Denn gegenseitiges Vertrauen und

Verantwortung füreinander ist Grundvoraussetzung für das Funktionieren einer Gesellschaft. Ohne Vertrauen gäbe es keine Verantwortung, keine Kooperation und keine Solidarität – und damit keine stabilen und funktionierenden sozialen Strukturen.

So hat sich in vielen Gesellschaften, besonders in Sozialstaaten das Prinzip einer staatlichen Verantwortungsgemeinschaft durchgesetzt, in der Starke Schwachen helfen und füreinander in solidarisch organisierten Sicherungssystemen einstehen – man zahlt mit ein, damit im Bedarfsfall anderen (und sich selbst) geholfen wird.

Dieses Prinzip gilt auch für das Feld der Pflege, das aufgrund der sozio-demografischen Entwicklung in Deutschland in besonderer Weise auf ein geklärtes Verständnis der sie tragenden Verantwortungsgemeinschaft angewiesen ist. Zu einer Verantwortungsgemeinschaft gehört man bzw. rechnet sich und andere hinzu. Eine Verantwortungsgemeinschaft setzt sowohl gegenseitiges Vertrauen und Zutrauen voraus als auch die Bereitschaft Entbehrungen und Zumutungen zu ertragen.

Grundsätzlich ist hierzu ein gewisses Maß an Reziprozität, Solidarität und Subsidiarität erforderlich. Vertrauen und Zutrauen gründen auf erfahrener fairer Behandlung und der damit einhergehenden verlässlichen Gegen- bzw. Wechselseitigkeit (Reziprozität). Entbehrungen werden zur kollektiven Abmilderung individueller Risiken und Krisen akzeptiert (Solidarität). Das (soweit mögliche) eigenständige Sorgen für sich und seine An- und Zugehörigen verhindert die Überforderung der nächstgrößeren Verantwortungsgemeinschaft (Subsidiarität). Diese drei Faktoren sind miteinander verschränkt. Ohne Reziprozität kann Solidarität im Sinne interessenverbundener ähnlicher Individuen kaum entstehen und erhalten werden. Und ohne Subsidiarität - als Solidarität im Kleinsten – wird Solidarität im Großen entgrenzt und überfordert.

Durch den allgemeinen Geburtenrückgang in Europa seit Mitte der 1960er Jahre und die sich seitdem stetig verändernde Bevölkerungsstruktur verändern sich auch die gesellschaftliche Reziprozität, Solidarität und das Subsidiaritätsverständnis. Hierdurch werden hinsichtlich der Funktionsfähigkeit, der Weiterentwicklung und des Erhalts einer Verantwortungsgemeinschaft, die sich zur pflegerischen Versorgung bekennt und diese leisten will, grundlegende Fragen aufgeworfen, die im Folgenden weiter heruntergebrochen werden.

4. Die Abgrenzung von Verantwortung, Pflichten und Zuständigkeiten

4.1 Abgrenzungsproblematik

Im Kontext Pflege erscheint hier zunächst eine Klärung hinsichtlich der Rollen und Positionen, die in einer Verantwortungsgemeinschaft eingenommen werden, sinnvoll, sodass verständlich wird, wer wen wie pflegt.

Allgemein findet die Auseinandersetzung hinsichtlich der Abgrenzung von Pflichten und Zuständigkeiten in der Pflege unter leistungsrechtlichen bzw. vergütungsrechtlichen Gesichtspunkten statt und meint entsprechend des SGB XI Pflegeleistungen der sozialen Pflegeversicherung, deren Ziel ist es, Menschen mit einem erheblichen Unterstützungsbedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu helfen. Nach § 14 SGB XI ist jemand pflegebedürftig, wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder seiner Fähigkeiten aufweist und deshalb Hilfe durch andere benötigt. Dieser Pflegebegriff ist reduziert auf ein rechtlich-monetär-medizinisch definiertes Geschehen, übersieht jedoch sein Angewiesensein auf die zu seiner allgemeinen Akzeptanz erforderlichen Voraussetzungen. Denn § 14 SGB XI definiert Pflegebedürftigkeit weder zeitlos noch

universell, sondern beschreibt lediglich das, was derzeit in Deutschland als Zugangsvoraussetzung für den Erhalt refinanzierter Pflegeleistungen politisch gewollt ist.

Ohne eine – und sei sie auch nur eine stillschweigende – Übereinkunft darüber, dass Menschen innerhalb einer Gesellschaft sich füreinander verantwortlich fühlen, sich umeinander kümmern und pflegerisch versorgen, gäbe es keine Pflegeversicherung. Sie ist nur das Gesetz gewordene Bekenntnis dazu. Das Fundament dieser Übereinkunft bildet das oben beschriebene Gerüst aus Subsidiarität, Reziprozität und Solidarität.

Wenn nun aufgrund der sozio-demografischen Veränderungen das Bewusstsein zu einer Verantwortungsgemeinschaft zu gehören, ihr gegenüber verpflichtet zu sein und etwas von ihr erwarten zu können, abnimmt, verlassen den Sozialstaat die ihn tragenden Kräfte. Die sozialstaatlichen Leistungen werden nicht mehr als solche auf Gegenseitigkeit erkannt und die Bereitschaft sich für ihren Erhalt und ihre Entwicklung einzusetzen, schwindet. Die formale Abgrenzung von Pflichten und Zuständigkeiten wird sozialversicherungsrechtlich vermutlich noch eine Zeitlang weitergeführt werden, doch das tatsächlich geleistete Pflegegeschehen wird sich aus demografisch bedingter Leistungsbegrenzung und einem vermutlich wachsenden Teil informeller Pflege allmählig aus dem gesetzlichen Regelungsbereich verabschieden.

Um damit konstruktiv umgehen zu können, sind verschiedene zwischenmenschliche, interfamiliale, intergenerative und interkulturelle Aspekte des Pflegegeschehens beachtenswert.

4.2 Einstellung, Haltung und Erwartung von Gepflegten

Generell ist nicht davon auszugehen, dass es hier einfache oder allgemeingültige Antworten gibt. Die Lebenslagen von pflegebedürftigen Menschen sind vielfältig und vielseitig. Ihre Erwartungen an ihre persönliche sowie medizinisch-pflegerische Umgebung variieren stark ebenso wie ihre Handlungsoptionen und Ressourcen.

Diese Lebenslagen-Diversität muss in der pflegepolitischen Debatte stärker berücksichtigt werden. Denn ein weiteres, wie auch immer gut gemeintes Zur-Verfügung-Stellen-Wollen gleicher Pflegeleistungen jederzeit und überall sowie unabhängig von der persönlichen Lebenslage des Gepflegten überfordert die Gesellschaft. Dafür werden nicht ausreichend viele entgeltliche Pflege(fach)personen zur Verfügung stehen. Auch zusätzlich aufgewendete Mittel, ob durch Beiträge, staatliche Zuzahlungen oder Sozialhilfe gedeckt, werden dies nicht kompensieren. Geld kann und wird Menschen nicht pflegen.

Pflegebedürftige Menschen benötigen spätestens bei Eintritt ihrer Pflegebedürftigkeit eine realistische Sicht auf ihre Lebenslage. Sie müssen rechtzeitig einschätzen können, wie sie die Zeit ihrer Pflegebedürftigkeit gestalten (lassen) wollen. Sie sollten sich von unrealistischen Erwartungen gegenüber der Pflegeversicherung und den Pflegenden sowie hinsichtlich uneinlösbarer Versprechungen und Leistungserbringern verabschieden. Es geht also um entscheidende Fragen, die jeder für sich aber auch mit anderen besprechen und klären sollte - bestenfalls nicht erst, wenn die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

4.3 Einstellung, Haltung und Erwartung von Pflegenden

Die Frage „Wer wen wie pflegen kann, will, soll oder muss?“ lässt sich weder rein rechtlich noch organisatorisch beantworten. Mit bzw. in ihr sind gesellschaftliche Rollenbilder, rechtliche Regelungen, zwischenmenschliche Beziehungen, moralische und fachliche Normen, individuelle Fähigkeiten sowie Motivlagen vermischt.

Wer zu den Pflegenden gehört, unabhängig davon, ob er es hauptberuflich oder unentgeltlich tut, hat sich schon dazu bekannt, einen Beitrag zur pflegerischen Versorgung seiner Mitmenschen zu leisten. Wer dies nicht kann, will oder muss sich dennoch darüber Klarheit verschaffen, wie Pflege ohne ihn funktioniert und das Pflegegeschehen nicht ignorieren, sondern respektieren. Denn diejenigen, die sich in der Pflege engagieren, dürfen dies erwarten, denn Pflegende erhalten und stärken das menschliche Antlitz der Gesellschaft und sollten eine dementsprechende Wertschätzung erfahren.

Da dies nicht erzwingbar ist und der Pflegealltag auch negative zwischenmenschliche Erfahrungen mit sich bringt, ist von Pflegenden ein besonders hohes Maß an Frustrationstoleranz, Resilienz, intrinsischer Motivation und Reflexionsvermögen gefordert. Wer pflegen kann und will, sollte sich, bevor er unerfüllbare Erwartungen entwickelt oder hegt, gründlich und ehrlich mit seiner Einstellung und Haltung gegenüber den Menschen, die er pflegt, auseinandersetzen.

4.4 Zeit der Pflege und des Gepflegt Werdens

Ausgehend davon, dass jeder Mensch zum Gepflegten oder Pflegenden werden kann, erscheint es allgemein vernünftig, beide Szenarien zu antizipieren und sich darauf einzustellen und vorzubereiten. Sofern man Kinder bekommt, ändert sich die eigene Lebenslage erheblich und man erfährt durch das Sorgen für oder „Pflegen“ der Kinder persönlich und intensiv ein neues Maß an Verantwortung, Sorgfaltspflicht und Verbindlichkeit gegenüber ihnen. Hat man selbst keine Kinder und auch keine Kinder im persönlichen Umfeld, um die man sich oft oder gelegentlich kümmert, bleibt einem die Rolle des Sorgenden bzw. „Pflegenden“ oft eher fremd.

Abgesehen von ehrenamtlich oder hauptamtlich in der Pflege Tätigen, entstehen die ersten Gelegenheiten Pflegende oder Pflegender zu werden, mit der eintretenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit von Eltern oder älteren Verwandten, Bekannten, Kolleginnen und Kollegen und Freunden. Hier nun spätestens werden Erfahrungen zum bzw. innerhalb des Pflegegeschehens gesammelt – natürlich abhängig von der jeweiligen Anteilnahme an und Aufteilung der Pflege unter den daran beteiligten Pflegenden. Je mehr Erfahrungen hier von den – wie intensiv auch immer – beteiligten Pflegenden gesammelt werden, umso mehr Substanz kann zur Antizipation zukünftiger eigener Betroffenheit generiert werden. Hierfür ist die Reflexion der eigenen Situation und Betroffenheit sowie die Akzeptanz sich wandelnder Lebenslagen erforderlich, sodass das intergenerative Aufeinander-Angewiesensein nicht verdrängt oder nur in Kauf genommen, sondern als Bereicherung und Entwicklungschance wahrgenommen wird.

4.5 Die besondere Zuständigkeit des DRK

Selbst wenn es gelingt, dass sich die Gesellschaft insgesamt und der oder die Einzelne mit den Themen Pflegen und des Gepflegt-Werdens auseinandersetzen, ist davon auszugehen, dass auch oder gerade das DRK aufgrund seiner Verankerung in verschiedenen gesellschaftlichen Milieus feststellen wird, dass es in einer Gesellschaft – mit sich immer weiter und schneller ausdifferenzierenden Milieus – langfristig keine allgemeingültige Sichtweise auf das Thema Pflege mehr geben wird.

Der Verlust des Common Sense zum individuellen oder kollektiven Umgang mit Pflegen und Gepflegt-Werden, ehemals herausgebildet aus Reziprozität und Solidarität innerhalb einer homogenen Gesellschaft, entzieht der Gesellschaft die Voraussetzungen zum Einlösen des Versprechens einer allgemeinen pflegerischen Versorgungssicherheit. Diese wird ihrerseits, wie oben schon angesprochen, gerade aufgrund des gesellschaftlichen Wandels, auf lange Sicht wahrscheinlich immer weniger vermisst oder eingefordert werden.

Das DRK als interkulturell divers aufgestellte und generationenverbindende Organisation, deren Wesen die unvoreingenommene Hilfsbereitschaft gegenüber allen Hilfebedürftigen ist, kann und sollte aus diesem Ethos heraus und mithilfe seiner Akzeptanz in allen Milieus seine Grundsätze selbstbewusst neu verbreiten und das Verlangen innerhalb der Gesellschaft nach gegenseitigem Vertrauen und Verantwortung beleben. Denn das Aufeinander-Angewiesensein, das Füreinander-Dasein und Einstehen erzeugen ein Miteinander, das den gesellschaftlichen Zusammenhalt stärkt.

5. Ausblick: Balance zwischen Leistungsansprüchen und Finanzierung

Wir müssen feststellen, dass der demografische Wandel die umlagefinanzierten Sozialversicherungen – insbesondere Kranken- und Pflegeversicherung – strukturell überfordert. Sinkende Geburtenraten und der Ruhestand der Babyboomer lassen die Zahl der Beitragszahler schrumpfen, während Leistungsansprüche und Pflegebedarfe weiter steigen. Dies führt zu einer wachsenden Lastenverschiebung zulasten der jüngeren Generationen.

Die Pflegeversicherung steht angesichts des demografischen Wandels vor einer doppelten Herausforderung: Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt deutlich, während die Beitragsbasis schrumpft und Personalkosten wachsen. Ohne strukturelle Reformen wird das System künftig weder finanziierbar noch generationengerecht sein.

Für eine künftig tragfähige und generationengerechte Finanzierung bedarf es daher Reformen, die sowohl Leistungsversprechen neu justieren als auch die Finanzierungsbasis verbreitern. Zugleich bedarf es eines Bewusstmachens hinsichtlich der Fragen, inwiefern die Pflege ausreichend als gesamtgesellschaftliche Verantwortung verstanden wird und ob die finanziellen Lasten derzeit ausgewogen und gerecht verteilt sind. Es gilt die Grundsatzentscheidung zu treffen, ob das System Pflege weiterhin ausschließlich über die Versicherungsgemeinschaft finanziell getragen werden soll, es einen Ausgleich zwischen dem gesetzlichen und privatem Versicherungssystemen geben kann und ob der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung auch durch Steuerzuschüsse strukturell Nachdruck verliehen werden kann. Entsprechend dieser Grundsatzentscheidungen muss über den (noch) möglichen refinanzierten Leistungsumfang, und auch entgegen eventuell berechtigter pflegfachlicher Bedenken, ehrlich diskutiert werden. Letztendlich gilt es, die Versorgungssicherheit langfristig zu gewährleisten und gleichzeitig die Belastungen der die Pflegeversicherung Tragenden fair zu gestalten.

Für die Pflege bedeutet dies, dass eine Balance zwischen Anspruch und Finanzierung nur erreichbar ist, wenn Leistungsniveaus, Beitragssätze und staatliche Zuschüsse künftig enger an die demografische Realität gekoppelt werden. Gleichzeitig rücken Anreize für präventive Pflegepolitik, Gesundheitsförderung, -kompetenz, Eigenvorsorge und eine faire Verteilung der Kosten zwischen den Generationen sowie der bestehenden Versicherungszweige in den Mittelpunkt. Ziel muss ein System sein, das weiterhin verlässliche Pflegeleistungen bietet, ohne die Beitragslast der Jüngeren untragbar anwachsen zu lassen.

Die Zukunft der Pflegeversicherung lässt sich nur durch eine integrierte Strategie sichern: klare Lastenverteilung, generationengerechte Finanzierung und moderne Strukturen. So bleibt die Pflege verlässlich, fair, finanziert und solidarisch – heute und für kommende Generationen.