

Finanzierung der Pflegeversicherung:

## Was bringt eine ergänzende Kapitaldeckung?

Von Harry Fuchs

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Pflegeversicherung ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, in der Form der Umlagefinanzierung auf Dauer nicht erfüllen kann. Daher brauche sie neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung.<sup>1</sup> Die Bundesregierung plant deshalb nach dem Koalitionsvertrag vom Oktober 2009, das bestehende Umlageverfahren der Pflegeversicherung durch eine Kapitaldeckung zu ergänzen. Diese soll »verpflichtend, individualisiert und generationengerecht« sein. Wem würde eine Kapitaldeckung etwas bringen? Und wie steht es um die Finanzierung der Pflegeversicherung, wenn der Pflegebedürftigkeitsbegriff geändert wird?

### Pflegeversicherung bezuschusst die Pflegekosten

Die Pflegeversicherung sollte zu keiner Zeit das Risiko der Pflege vollständig decken, sondern lediglich die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen »umfassend verbessern«.<sup>2</sup> Die Leistungen der Pflegeversicherung sollten so ausgestaltet werden, dass »nur noch ein Teil der Pflegebedürftigen wegen der pflegebedingten Aufwendungen auf Sozialhilfe angewiesen«<sup>3</sup> ist. Danach hatte die Pflegeversicherung zwar das Ziel, möglichst viele Betroffene vor Leistungen der Sozialhilfe zu bewahren. Es bestand aber auch kein Zweifel, dass die Sozialhilfeträger neben der Pflegeversicherung in erheblichem Umfang weiterhin Leistungen zur Pflege erbringen müssen.<sup>4</sup>

Die Mittel der Pflegeversicherung dienen im Wesentlichen dazu, durch Zuschüsse teilweise die Kosten der medizinisch-pflegerischen Versorgung zu decken. Aus Mitteln der Sozialhilfe sind die Kosten von Unterkunft und Verpflegung sowie die pflegerischen Aufwendungen zu finanzieren, die durch die Zuschüsse nach dem SGB XI ungedeckt bleiben. Zudem hat der Gesetzgeber schon während des Gesetzgebungsverfahrens durch eine drastische Beschränkung der Zugangsvoraussetzungen – zum damaligen Zeitpunkt – rund 500.000 pflegebedürftige Menschen aus der Pflegeversicherung ausgegrenzt, deren Pflegeaufwand allein von den Trägern der Sozialhilfe zu finanzieren ist (Betroffene der so genannten Pflegestufe 0).

### Wechselwirkung zwischen Pflegeversicherung und Sozialhilfe

Bei der Diskussion der Finanzierung der Pflege muss immer bewusst sein, dass die Gesamtkosten der pflegeri-

schen Versorgung für Betroffene, die selbst (oder deren Familienangehörige) keinen Eigenanteil dafür aufbringen können, immer zum Teil durch die Zuschüsse der Pflegekassen und im Übrigen aus Steuermitteln von den Trägern der Sozialhilfe getragen werden. Dabei stehen die beiden Finanzierungsanteile in einer Wechselwirkung zueinander: Je größer der Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung, desto kleiner wird der Anteil der Sozialhilfeträger.

Vorschläge zur Erhöhung der Finanzierung (Zuschüsse) der Pflegekassen entlasten deshalb bei den Pflegebedürftigen ohne eigenen Finanzierungsanteil durchweg in gleicher Höhe die Kommunen. Nur bei der zunehmend geringer werdenden Zahl der Pflegebedürftigen mit Eigenanteil kommen bei einer Erhöhung der Zuschüsse der Pflegekassen Anteile in den Budgets der Leistungserbringer an.

Da die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der Pflege in einem unmittelbaren Zusammenhang damit stehen, über welche Mittel die Einrichtungen tatsächlich verfügen können, müssen Leistungsverbesserungen auch bei den Einrichtungen und -diensten – und nicht bei den Kommunen ankommen. Die überfällige Entlastung kommunaler Haushalte darf nicht über das Leistungsrecht der Pflegeversicherung allein durch die Beitragszahler finanziert werden! Die Finanzierung der als Folge der demografischen Entwicklung explodierenden Kosten für die Hilfe zur Pflege bei den Kommunen und die Hilfe bei Behinderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.<sup>5</sup>

### Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung

Bei Einführung der Pflegeversicherung war der damaligen Bundesregierung klar, dass der bis heute geltende Beitragssatz wegen der demografischen Entwicklung, aber auch wegen der kontinuierlichen Kostensteigerungen nur für eine begrenzte Zeit zur Finanzierung der Zuschüsse der Pflegeversicherung ausreichen würde. Bereits für das Jahr 2010 wurde ein Beitragssatz von 1,9 Prozent und für das Jahr 2030 ein Beitragssatz von 2,4 Prozent für erforderlich gehalten.<sup>6</sup>

Prognosen für die Bundesregierung gehen davon aus, dass der rechnerisch notwendige Beitragssatz bis zum Jahr

1 Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP vom 26.10.2009, S. 93

2 BT-Drs. 12/5262 vom 24.06.1993, Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungs-Gesetz) der Fraktionen CDU/CSU und FDP, S. 61, Abschnitt A, Ziffer I, 1. Absatz

3 ebenda, S. 73 (vorletzter Satz)

4 vgl. Harry Fuchs: Pflegeversicherung – eine sozialpolitische Bilanz, in: Soz. Sich 1/1996, S. 1–6

5 vgl. unten, Abschnitt »Alternativen«

6 vgl. BT-Drs. 12/5262, a. a. O., Abschnitt C.VI

2030 etwa 2,3 Prozent betragen muss.<sup>7</sup> Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung schätzt in seinem Jahresgutachten 2008/2009 für das Jahr 2050 sogar einen Beitragssatz von über drei Prozent.

Seit Einführung der Pflegeversicherung gab es bis einschließlich 2008 keine Veränderung des Leistungsspektrums. Durch die 2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) vorgenommenen Leistungsanpassungen<sup>8</sup> sind bis zum Jahr 2030 Mehrbelastungen in Höhe von 12,38 Mrd. Euro zu erwarten, die aus den gleichzeitig vorgenommenen Einnahmesteigerungen nur bis Ende 2011 gedeckt sind.

Da keine der Bundesregierungen die bei Einführung der Pflegeversicherung als notwendig und selbstverständlich erachtete Anpassung der Beiträge zur Pflegeversicherung vorgenommen hat, entsteht durch den zusätzlichen Kostendruck der Leistungsverbesserungen des PFWG nunmehr ein unausweichlicher Handlungsbedarf.

### Fiskalische Auswirkungen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Der ohnehin vorhandene Handlungsdruck, etwas für die zusätzliche Finanzierung der Pflegeversicherung zu tun, würde noch weiter erhöht, wenn die Vorschläge umgesetzt würden, die im Bericht des von der Bundesregierung eingesetzten Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs enthalten sind (siehe Kasten »Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff«).

Führt man das vom Beirat vorgeschlagene neue Begutachtungsassessment ein, so wird durch das Abstellen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf den Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen die Zahl der Anspruchsberechtigten nach dem SGB XI größer, weil dann viele Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die mit dem bisherigen Begutachtungsverfahren keine Pflegeeinstufung erhalten können, einen Leistungsanspruch haben werden. Würde man den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Bedarfsfeststellungsverfahren strikt kostenneutral einführen<sup>9</sup>, würde die größere Zahl der Anspruchsberechtigten zwangsläufig eine Absenkung der Zuschusshöhe zur Folge haben. Es bekämen mehr Menschen eine geringere Leistung.

Deshalb haben insbesondere die Vertreter der Betroffenenorganisationen im Beirat die Anpassung der leistungsrechtlichen Vorschriften gefordert. Dem ist der Beirat gefolgt<sup>10</sup> und hat den Vorschlag des neuen Begutachtungsinstrumentes, fünf Bedarfsgrade zu bestimmen, nur unter der Voraussetzung akzeptiert, dass diese mit Leistungen hinterlegt sind.<sup>11</sup>

Die Beurteilung der finanziellen Auswirkungen der Umsetzung der Vorschläge des Beirates ist damit sehr fragil, weil das finanzielle Volumen in einem unmittelbaren Zusammenhang einerseits mit dem Bestand der vorgeschlagenen Bedarfsgrade und andererseits mit der geforderten leistungsrechtlichen Weiterentwicklung steht. Dabei ist die Haltung der Vertreter der Bundesregierung zu Aus-

### Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff: Die Vorschläge des Beirats

Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingesetzte Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat in seinem Bericht vom 26. Januar 2009 vorgeschlagen, den Pflegebedürftigkeitsbegriff künftig nicht mehr an Art und Umfang – vorwiegend körperlicher – Defizite und dem Unvermögen, bestimmte Verrichtungen des täglichen Lebens ausführen zu können, sondern am Ausmaß der Selbstständigkeit zu orientieren.<sup>12</sup> Mit der Anknüpfung an das Ausmaß der Selbstständigkeit soll der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff alle körperlichen und geistigen bzw. psychischen Einschränkungen und Störungen sowie ein Bewertungssystem umfassen, das Lebens- und Bedarfslagen hilfe- und pflegebedürftiger Menschen flexibel erfasst und einen hohen Grad an Differenziertheit gewährleistet.

Der Beirat hat dazu ein neues, modulares Begutachtungsinstrument empfohlen, das die für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit relevanten Aktivitäten und Lebensbereiche abbildet und die Erfassung inhaltlich klar abgrenzbarer Teilbereiche der Pflegebedürftigkeit in Bedarfsgraden ermöglicht. Die bisherigen drei Pflegestufen, sollen durch fünf Bedarfsgrade ersetzt werden.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das zu seiner Umsetzung entwickelte Begutachtungsinstrument bilden die Grundlage für die Feststellung, ob Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bestehen oder nicht. Sie regeln danach nur den Leistungszugang, haben aber keine direkte Auswirkung auf den Inhalt und den Umfang der Leistungen des SGB XI. Deswegen hat der Beirat seine Empfehlung unter den Vorbehalt gestellt, dass die Bedarfsgrade auch mit Leistungen hinterlegt sind.

wirkungen im Leistungsrecht deutlich dokumentiert: »Die Arbeitsgruppe ist davon ausgegangen, dass der Beirat die Auswirkungen [...] auf der Grundlage des geltenden Leistungssystems (d. h. ohne Veränderung) zu beurteilen hat.«<sup>13</sup>

7 vgl. Vierter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Januar 2008

8 vgl. Bereich Sozialpolitik beim DGB-Bundesvorstand: Gesetzentwurf zur Pflegereform: Die wichtigsten Änderungen – mit einer Bewertung des DGB, in: SozSich 10/2007, S. 325–329; Harry Fuchs: Reform der Pflegeversicherung: Die Einzelheiten des Pflegekompromisses. Eine Analyse und Bewertung der geplanten Änderungen, in: SozSich 6–7/2007, S. 229–235

9 So das Selbstverständnis der Vertreter der Bundesregierung innerhalb des Beirats.

10 vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin, Januar 2009, S. 77, Ziffer 3.11

11 vgl. ebenda, S. 74, Ziffer 3.7

12 vgl. dazu auch Andrea Kimmel/Stefanie Thomas/Alexander Wagner/Jürgen Windeler/Karl Reif/Ingo Langer/Stefan Görres: Grad der Selbstständigkeit soll entscheiden. Neues Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, in: SozSich 1/2009, S. 22–26

13 ebenda, S. 48, Ziffer 2.3.3

Schon auf der Basis des geltenden Leistungssystems kamen die Modellrechnungen zu den fiskalischen Auswirkungen auf die Pflegeversicherung für die Basisvariante zu einer Mehrbelastung der Pflegeversicherung von 3,8 Mrd. Euro. »Durch Variation der Schwellenwerte können diese Mehrausgaben aber reduziert werden und in den Varianten 1C und 2C (im Prinzip: nur wenig oder keine Leistungen in der heutigen Pflegestufe 0) kann annähernd Kostenneutralität gewährleistet werden.«<sup>14</sup>

Der Beirat hat die Tatsache, dass – je nach der politischen Umsetzung seiner Empfehlungen – entweder ein Mehraufwand unabdingbar ist oder sogar die Gefahr einer Verschlechterung des Leistungsgeschehens besteht, erkannt und dies deutlich formuliert: »Der Beirat stellt fest, dass die Politik über die Festlegung der Zahl der mit Leistungen unterlegten Bedarfsgrade sowie der jeweiligen Leistungen in den einzelnen Bedarfsgraden, über die Definition der Schwellenwerte der einzelnen Bedarfsgrade und die Gewichtung der Module erheblichen Gestaltungsspielraum hat, dessen Handhabung letztlich die Folgen für die pflegerische Versorgung und die Finanzen der betroffenen Sozialleistungsbereiche bestimmt. Es ist darauf zu achten, dass es nicht zur Benachteiligung bisheriger Leistungsberechtigter kommt.«<sup>15</sup> Und: »Die Festlegung des Schwellenwertes als Instrument von Leistungskürzungen zu nutzen, würde letztlich nur zu einer Verschiebung der Probleme alter, pflegebedürftiger und/oder behinderter Menschen führen.«<sup>16</sup>

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Umsetzung der Beiratsempfehlungen – entgegen der öffentlich verbreiteten Bewertungen – keinesfalls automatisch positive Wirkungen für die pflegebedürftigen Menschen und die Beschäftigten in der Pflege hat. Eine aus gewerkschaftlicher Sicht in Ansätzen positive Umsetzung bzw. zumindest die Erhaltung des Status quo ist auf jeden Fall mit Mehrkosten in Milliarden-Höhe verbunden<sup>17</sup>, deren Finanzierung noch zu regeln ist.

### Ergänzende Kapitaldeckung

Die Gewerkschaften haben in der vom Präsidium der SPD in den Jahren 1995 bis 1997 eingesetzten Alterssicherungskommission zur Erhaltung des damaligen Leistungsniveaus der gesetzlichen Rentenversicherung den Vorschlag eines temporären ergänzenden Kapitalstocks mitgetragen. Der Kapitalstock sollte aus erwarteten Beitragssenkungen über einen Zeitraum von fast 20 Jahren aufgebaut, und dann in der Spitze des demografischen Problems von 2030 bis 2050 zur ergänzenden Finanzierung der Rentenversicherung wieder abgebaut werden.

<sup>14</sup> ebenda, S 58, Ziffer 2.4.8.2

<sup>15</sup> ebenda, S. 78, Ziffer 3.13

<sup>16</sup> ebenda, S 79 f.

<sup>17</sup> vgl. auch DGB-Bundesvorstand: Anforderungen des DGB an die Reform der Pflegeversicherung, S. 104 in diesem Heft

Bei der Diskussion einer ergänzenden Kapitaldeckung geht es jedoch weder um die Sicherung des vorhandenen Leistungsniveaus ohne zusätzliche Belastung der Arbeitnehmer. Auch das immer wieder zu hörende Argument, dass die Kapitaldeckung über den Finanzmarkt Zinsgewinne schöpft und damit den Aufwand verringert, trägt mit Blick auf die derzeit geringen Renditen des Finanzmarktes und die kurze Zeit zur Ansparung eines Kapitalstocks nicht.

Es geht ausschließlich darum, die überfällige Anhebung der Beiträge der Pflegeversicherung und die damit verbundene solidarische Mitbelastung der Arbeitgeber auszuschließen. Die demografischen Lasten der Pflegeversicherung sollen in Zukunft allein durch die Versicherten getragen werden. Die Formulierung »generationengerecht« im Koalitionsvertrag umschreibt die Belastung der

*»Bei der ergänzenden Kapitaldeckung geht es ausschließlich darum, die überfällige Anhebung der Beiträge der Pflegeversicherung und die damit verbundene solidarische Mitbelastung der Arbeitgeber auszuschließen.«*

Rentnerinnen und Rentner, weil diese angeblich in absehbarer Zeit Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, ohne selbst hinreichend lange zur Finanzierung beigetragen zu haben. Dies übersieht allerdings, dass die heutigen

und künftigen Rentner in den letzten 50 Jahren mit ihrer Lohn- und Einkommensteuer die Hilfe zur Pflege der Träger der Sozialhilfe finanziert haben.

Die ergänzende Kapitaldeckung hat danach – insbesondere auch mit Blick auf den zeitnah zur Deckung aktueller Ausgaben erforderlichen hohen Kapitalbedarf – für die Finanzierung der Pflegeversicherung im Verhältnis zum Umlageverfahren keine Vorteile. Wie die Entwicklung der Finanzmärkte in den letzten Jahren deutlich belegt, ist jedoch die mangelnde Sicherheit der Kapitalanlagen ein eklatanter Nachteil für eine nachhaltige Finanzierungssicherung. Dieser Nachteil ist selbst dann nicht auszuschließen, wenn die Verwaltung des Kapitalstocks ausschließlich den Pflegekassen – und nicht etwa Geldinstituten oder privaten Versicherungsunternehmen – übertragen wird.

Da der Bevölkerung die Notwendigkeit und angebliche Vorteile einer ergänzenden privaten Kapitaldeckung kaum schlüssig zu vermitteln sind, deutet vieles darauf hin, dass eine ergänzende obligatorische Zusatzfinanzierung ausgestaltet wird und damit eine politische (Verkaufs-) Motivation erhält, die sich auf bestimmte – im Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung – zusätzliche Leistungen richtet. Es wäre besonders prekär, wenn diese Zusatzversicherungsleistungen zuvor aus dem bisherigen Sachleistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung herausgenommen würden. Dies hätte unweigerlich eine Mehrklassenversorgung zur Folge und würde in der Praxis der Pflegeeinrichtungen nicht nur zu erheblichen schichtenspezifischen Verwerfungen und Konflikten führen. Für die Pflegenden wäre dies ethisch verwerflich und faktisch nicht umsetzbar, weil sie anstelle der individuellen, bedarfsorientierten Pflege ihr pflegerisches Handeln an den Inhalten der Zusatzversicherungsverträge orientieren müssten.

Mit Blick auf die auch für pflegebedürftige Menschen geltende UN-Behindertenrechtskonvention<sup>18</sup>, die ein umfassendes Verbot der Diskriminierung behinderter Menschen<sup>19</sup> sowie einen Anspruch darauf enthält, dass für behinderte Menschen eine »unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung (steht) wie für andere Menschen«<sup>20</sup>, kann die Abhängigkeit des Umfangs und der Qualität der pflegerischen Versorgung von der Art des Versicherungsschutzes (öffentlich-rechtlich oder privat) als Diskriminierung und damit als Menschenrechtsverletzung mit der Folge der Unwirksamkeit angesehen werden.

## Alternativen

Die naheliegende Alternative ist, die schon bei der Einführung der Pflegeversicherung für erforderlich gehaltene Beitragserhöhung vorzunehmen. Dabei ist vor allem auch die zukünftige Beteiligung der Arbeitgeber am Beitragsaufkommen zwingend. Die Sozialstaatsverpflichtung des Einkommens in Artikel 14 Abs. 2 Grundgesetz (GG) wird systematisch weitgehend über die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Beteiligung am Beitragsaufkommen der Sozialversicherungsträger realisiert. Die Arbeitgeber dürfen nicht von der Tragung der demografischen Lasten – um die es sich bei der Pflegeversicherung handelt – befreit werden.

Eine weitere Alternative ist die Ausgestaltung der Pflegeversicherung zur Bürgerversicherung, die hinreichend publiziert ist und deshalb hier nicht erneut vertieft wird.<sup>21</sup>

Die Träger der Sozialhilfe, die mit Blick auf die demografische Entwicklung und die abnehmende Entlastung durch die Pflegeversicherung zunehmend Lasten der Hilfe zur Pflege zu tragen haben, werden durch die ergänzende Kapitaldeckung nur dann entlastet, wenn diese als Zusatzversicherung mit Leistungen gekoppelt würde, die die Kommunen allein zu tragen haben (z.B. Unterkunft und Verpflegung). Dennoch würde auch bei einer solchen Entwicklung keine nachhaltige Finanzierungssicherheit erzeugt. Die demografische Entwicklung bei den Hilfen bei Behinderung steht noch am Anfang. Es ist abzusehen, dass der Aufwand der Kommunen für Hilfe bei Behinderung und Hilfe zur Pflege innerhalb von zehn Jahren mehr als die Hälfte der Mittel der kommunalen Haushalte in Anspruch nehmen wird. Eine dauerhafte Entlastung und Lösung kann nur darin bestehen, diese Leistungen nicht mehr durch Länder/Kommunen, sondern unmittelbar durch den Bund zu finanzieren.

Durch die Weiterentwicklung des Leistungsrechts könnte die Pflegeversicherung wesentlich zielgerichteter sowie bedarfsgerechter und damit auch ökonomisch wirksamer ausgeformt werden. Bis heute ist z. B. unklar, welche konkreten Hilfen ein pflegebedürftiger Mensch mit einer bestimmten Ausprägung seiner Pflegebedürftigkeit regelhaft zu erhalten hat und in welcher Qualität die dabei eingesetzten pflegerischen Verfahren und Methoden auszuführen sind. Dazu bedarf es wissenschaftlich fundierter

Grundlagen, die von allen Beteiligten konsentiert sind. Die in diesem Zusammenhang mit der Umsetzung des § 113 a SGB XI verbundenen Erwartungen werden erkennbar nicht erfüllt.

## Interessen der Beschäftigten in der Pflege

Die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der Pflege sind im Kern geprägt durch die sich aus dem Versorgungsbedarf der Pflegebedürftigen ergebenden Anforderungen an das pflegerische Handeln und die für die Pflege verfügbaren Mittel des Leistungserbringers.

Bisher besteht kein Zusammenhang zwischen dem tatsächlichen Versorgungsaufwand und der Vergütung im Einzelfall. Die Leistungserbringer haben zwar einen gesetzlichen Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung<sup>22</sup>, auf welchen Indikatoren eine solche Vergütung zu kalkulieren ist, wurde aber nicht geregelt. Stattdessen führen die Pflegekassen bundesweit Pflegesatzverhandlungen nach unterschiedlichen Maßstäben und Kriterien, die den tatsächlichen individuellen pflegerischen Aufwand völlig unzureichend abbilden. Von der Einheit der Lebensverhältnisse pflegebedürftiger Menschen – insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen – kann deshalb schon lange nicht mehr die Rede sein.

Letztlich bildet die Pflegeeinrichtung das Lebensumfeld für den Betroffenen ab, das nicht nur aus medizinischer Pflege besteht, sondern die gesamte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft umfasst. In stationären Einrichtungen wird jedoch nur die medizinisch-pflegerische Versorgung, die Behandlungspflege und die soziale Betreuung sowie Unterkunft und Verpflegung finanziert, während die gesamten erforderlichen Aufwendungen zur Teilhabe zu Lasten der für die Pflege zur Verfügung stehenden Mittel gehen.

Aus der Sicht der Beschäftigten ist deshalb eine Konkretisierung des Vergütungsrechts der Pflegeversicherung mindestens so überfällig, wie die Klärung der Fragen zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs oder der ergänzenden privaten Kapitaldeckung der Pflegeversicherung. ■

### Der Autor:

*Dr. Harry Fuchs ist Rehabilitations-, Organisations- und Verwaltungswissenschaftler und arbeitet als Sachverständiger und Politikberater in Düsseldorf.*

18 vgl. Herbert Bienk/Karl-Heinz Köpke: UN-Behindertenrechtskonvention: Neue Chancen für Menschen mit Behinderungen; Harry Fuchs: UN-Behindertenrechtskonvention: Welcher Handlungsbedarf folgt daraus in Deutschland, beide in: SozSich 10/2009, S. 325–335; Harry Fuchs: UN-Behindertenrechtskonvention erfordert Gesetzesänderungen: Vorschläge zur Weiterentwicklung des SGB IX, in: SozSich 10/2010, S. 341–348

19 Artikel 3 Buchst. b UN-Behindertenrechtskonvention

20 Artikel 25 Buchst. a UN-Behindertenrechtskonvention

21 vgl. etwa Karl W. Lauterbach: Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung, in: SozSich 3/2005, S. 93–101; DGB-Bundesvorstand, a. a. O., S. 107 f. in diesem Heft

22 vgl. § 82 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI