

# **Pflegeversicherung – Finanzierungszwang und die Leistungswirkungen**

von Günter Steffen, Lemwerder

**Gegenwärtig wissen Sie als einigermaßen informierte Arbeitnehmer und Rentner wenig mehr als dieses: Auf ihrem monatlichen Gehaltzettel oder (Jahres)-Rentenbescheid werden 1,95% (oder 2,2%) Beiträge für die Pflegeversicherung als Pflichtmitgliedschaft monatlich abgezogen und falls Sie später Pflege benötigen, treten die Leistungen dafür ein.**

**Da die Bundesregierung im nächsten Jahr voraussichtlich Zusatzbeiträge gesetzlich neben den bereits üblichen Prozentabzügen beschließen lassen will, halte ich es für sinnvoll, schon heute ganz wichtige Fakten und finanzielle Überlegungen zur Pflegeversicherung näher zu beschreiben. Die Medien versäumen es in der Regel, wenn der Gesundheitsminister im Dezember 2010 diesbezüglich in den politischen Gremien aktiv wird, die Hintergründe und die Problemstellungen für den einzelnen Bürger verständlich zu erläutern.**

**Es ist nicht von der Hand zu weisen: Die Pflegeversicherung ist eine solidarische Finanzierung. Und es ist durchaus möglich, dass der Einzelne diese Absicherung nie in seinem Leben benötigt, weil die Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen bei ihm gar nicht eintreten wird. Trotzdem bezahlt er sein Leben lang dafür Beiträge und zukünftig möglicher Weise auch noch Zusatzbeiträge, die ihm gesetzlich auferlegt werden. Anders als zur Absicherung von Krankheiten in einer Mitgliedschaft bei seiner Krankenkasse, denn dort nimmt er dafür in aller Regel auch Leistungen in Anspruch.**

**Was heißt nun Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen?**

**Mit dem Besuch eines Arztes oder einer Pflegefachkraft des**

**Medizinischen Dienstes, auf Veranlassung der Pflegekasse, findet auf Ihren Antrag eine Begutachtung mit dem Zweck statt, die sachgerechte Einstufung im Falle einer Pflegebedürftigkeit zu prüfen. (Die Pflegekassen entscheiden dann, ob eine Pflegestufe genehmigt wird). Übrigens: Anträge auf Anerkennung einer Pflegestufe stellt man bei der zuständigen Krankenkasse.**

**In öffentlichen Verlautbarungen verbreiten Politiker und Funktionäre der Krankenkassen immer wieder den Eindruck, bei der Pflegeversicherung handele es sich um eine Art Vollkasko, die immer und überall eintritt, wenn der alte Mensch oder der Behinderte mit seinem Alltag Probleme hat. Das ist falsch. Diese Zwangsversicherung ist nichts anderes als eine Teilkasko, noch dazu mit außerordentlich hohem Selbstbehalt.**

**Wann ist nun der Mensch nach der staatlichen Begrifflichkeit pflegebedürftig?**

**Wenn Sie/Er sowohl pflegerisch (also direkt am Körper z.B. beim Waschen, Toilettengang) als auch in der hauswirtschaftlichen Versorgung (Kochen, Einkaufen) auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen ist. Die Hilfe muss dauerhaft und regelmäßig stattfinden, so das Gesetz.**

**Die Stufeneinteilungen:**

**Pflegestufe 1**

**Wer als erheblich pflegebedürftig eingestuft wird, hat ein Hilfebedarf von MINDESTENS 90 Minuten pro Tag. Davon muss mehr als die Hälfte pflegerischer Bedarf sein. (46 Minuten). Es ist nicht einfach, eine solange Zeit bei der notwendigen Körperpflege angerechnet zu erhalten.**

**Pflegestufe 2**

**Wer als schwer pflegebedürftig einen Hilfebedarf von MINDESTENS 180 Minuten pro Tag benötigt. Davon muss**

**eine Zeitaufwendigkeit von mindestens 120 Minuten für den pflegerischen Bedarf entfallen.**

**Der pflegerische Bedarf ist unterteilt in die Hauptgruppen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Zur Hauswirtschaftlichen Versorgung gehören Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wäsche waschen, Beheizen der Wohnung.**

### **Pflegestufe 3**

**In diese Stufe wird der Pflegebedürftige eingestuft, wenn er 5 Stunden täglich professionelle Hilfe erwarten muss. Davon müssen mindestens 240 Minuten auf den pflegerischen Bedarf (Oberbegriff Körperpflege/ Ernährung/Mobilität) entfallen. Dieser Hilfebedarf muss rund um die Uhr, also 24 Stunden, nötig sein, also auch in der Nacht.**

**Darüber hinaus gibt es noch eine erweiterte Stufe, die aber nicht näher beschrieben werden muss, weil diese in der Praxis fast aussichtslos ist, zugeteilt zu werden.**

**Die Pflegebedürftigkeit kann ambulant- also in der eigenen Wohnung - aber auch in einer stationären Einrichtung (Altenpflegeheim) stattfinden. Die Entscheidung treffen die Angehörigen bzw. der Pflegebedürftige.**

**Nach dem Sozialgesetz Buch XI erhalten Pflegebedürftige folgende finanziellen Erstattungen:**

**a) Verbleib in den eigenen Räumlichkeiten durch familiäre oder selbst beschaffte Pflegehilfe/Kein ambulanter Betrieb**

**Stufe 1: 225 Euro Pflegegeld**

**Stufe 2: 430 Euro Pflegegeld**

**Stufe 3: 685 Euro Pflegegeld**

## **Alternative:**

### **b) Übernahme für Sachleistungen von der Pflegekasse in Durchführung eines ambulanten Pflegebetriebes**

**Stufe 1: bis 440 Euro monatlich in Verrechnung**  
**Stufe 2: bis 1040 Euro monatlich in Verrechnung**  
**Stufe 3: bis 1510 Euro monatlich in Verrechnung**

#### **Beispiel:**

**Inanspruchnahme eines ambulanten  
Pflegebetriebes bei Pflegebedürftigkeit Stufe 2:**

**Jeden Morgen Körperpflege/Toilettengang**  
**Jeden Abend Körperpflege/Toilettengang**  
**Abendessenzubereitung/Frühstückvorbereitung**  
**2x in der Woche Einkaufen**  
**1x in der Woche Mobilität**  
**Für diese Leistungen werden nach gegenwärtigem  
Vertragsstand etwa 1300 Euro monatlich in  
Rechnung gestellt.**

**An diesem Beispiel ergibt sich eine  
Finanzierungslücke von rund  
260 Euro. Noch nicht mitgerechnet die Leistung  
“Mittagessen auf Rädern”.**

**Auch eine Kombination von Geldleistung und Ambulanter  
Sachleistungen ist möglich.**

### **c) Übernahme von der Pflegekasse für die Vollstationäre Pflege in einer (Alten)- Pflegeeinrichtung**

**Stufe 1: 1023 Euro**  
**Stufe 2: 1279 Euro**  
**Stufe 3: 1510 Euro**

**Die gegenwärtig durchschnittlichen Gesamtkosten in einer Einrichtung, bestehend aus Unterbringung, Verpflegung, Pflege und Investitionsanteile sind folgende:**

**Stufe 1: 2570 Euro einer gut beurteilten Einrichtung**

**Stufe 2: 3080 Euro       dito**

**Stufe 3: 3614 Euro       dito**

**Wenn man bedenkt, dass der durchschnittliche Rentenbezug monatlich bei rund 1000 Euro liegt, für Beamte Netto bei 1500 Euro, dann wird sehr schnell klar, wo die Problematik im Falle einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der Erschwernisse liegt, die sich bei der Pflegestufe 2 richtig bitter-menschlich und finanziell- auswirkt.**

**Für gute Rentenbezieher mit Zusatzversorgungen in Größenordnungen von 2200 Euro und mehr ist die notwendige Unterbringung finanziell gegebenenfalls kein Problem, für Durchschnitts-Rentenbezieher aber auf den ersten Blick schier unlösbar, denn es klafft eine finanzielle Absicherungslücke von 500 Euro bis zu 800 Euro monatlich; dabei ist der Ehepartner, der ja in der bestehenden Häuslichkeit weiter leben muss, finanziell womöglich nicht mehr in der Lage, den Lebensunterhalt für sich zu bestreiten.**

**Sie, liebe Leser, können aufgrund dieser angegebenen Fakten nun für sich überlegen, wie Ihre finanzielle Problematik bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit sein würde.**

**Bevor ich den politischen Teil der Bestrebungen dieser Bundesregierung hier darstelle, weise ich daraufhin, dass ich bei den Leistungsinhalten nach dem Pflegeversicherungsgesetz SGB Buch XI einige Rechte und**

**Besonderheiten in meinen Ausführungen außer Betracht gelassen habe, weil mir wichtig war, die Problemstellungen herauszuarbeiten.**

**Wichtig ist noch zu wissen, wie ein gut bewertetes Heim oder ein guter ambulanter Pflegebetrieb aufgrund von Bewertungskriterien gefunden werden kann. Hier hat der Gesetzgeber Qualitätsüberprüfungen vom Medizinischen Dienst der Pflege-/Krankenkassen vorgesehen. Der sogenannte Pflege-TÜV ist leider aufgrund der Kompromisslösungen zwischen den Verbänden und Pflegekassen bis zur Nicht- Aussagefähigkeit verwässert worden. Über 60 Bewertungen für Einzelleistungen führen zu einer Gesamtbenotung, die zu fast 98% aller Prüfergebnisse die Note 1,9 bis 2,2 beinhalten. Hier ist der Gesetzgeber gefragt, damit in den Hauptfragen wie Pflegekompetenz, Betreuung, Motivationsaktivitäten sowie Unterkunft und Verpflegung übersichtliche Einzelbenotungen öffentlich gemacht werden.**

**Die persönlichen Unterdeckungslücken, an den auf der Vorseite dargestellten Beispielen, können nur geschlossen werden, wenn der Pflegebedürftige hohe Sparbeträge abrufen kann oder Wohneigentum ect. veräußert. Andernfalls müssen die eigenen Kinder oder eventuell sogar Enkel zuzahlen. Das Sozialamt wird entsprechende Ansprüche geltend machen. Unterhaltspflichtig ist nur das Kind, nicht dessen Ehegatte. Nichtsdestotrotz kann ein hohes Einkommen des Gatten zu höheren Verpflichtungen des Kindes führen. Derzeit gilt ein unantastbarer Selbstbehalt von 1400 Euro im Monat für das zum Elternunterhalt verpflichtete Kind. Zur Sicherung der Altersvorsorge des Kindes akzeptieren die Sozialämter das so genannte Altersvorsorge-Schonvermögen, das sie zur Berechnung des Elternunterhalts unangetastet lassen.**

**1995 hat die damalige Bundesregierung Kohl unter Federführung des Arbeits- und Sozialministers Norbert**

**Blüm die Pflicht zur Pflegeversicherung in Deutschland eingeführt.**

**Die Gesetzlichen Krankenkassen und die Privatkrankenkassen haben aufgrund der analogen Mitgliedschaften zur jeweiligen Absicherung von Krankheiten organisatorisch unter einem Dach die Pflegekasse eingerichtet. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass seit dem die Kostenstrukturen nur sehr unscharf abgrenzbar stattfanden; sehr oft zu Lasten der Pflegeversicherung!**

**Nun sind die Rücklagen aus den Beiträgen bald aufgebraucht, obwohl 98% der Arbeitnehmer seit Einführung der Pflichtbeiträge überhaupt keine Leistungen daraus erhalten haben und ungefähr 1,8 bis 2,2 Millionen Rentner u. Pensionäre (durchschnittlich 10 bis 12%) von rund 20 Millionen der älteren Generation die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen müssen. Fest steht, dass die Beiträge schon bald nicht mehr für die laufenden Leistungsausgaben mit einer notwendigen Rücklage ausreichen werden. Zwischen 2001 und 2009 sind 163 Milliarden an Beiträgen eingenommen und gut 160 Milliarden Euro von den Pflegekassen ausgegeben worden. Aufgrund der sich ändernden Alterspyramide rechnen Fachleute mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen bis 2020 auf 2,8 Millionen Leistungsempfänger.**

**Der heutige Gesundheitsminister Philipp Rösler will auf der Grundlage der Koalitionsabsprachen noch in diesem Monat eine Kommission zusammentreten lassen, die sich u.a. mit den künftigen Pflichtbeiträgen unter Einbeziehung des Aufbaues einer zweiten Säule, benannt als Kapitalstock, befassen soll. Der Minister denkt daran, eine kapitalgedeckte Pflegezusatzversicherung in der Größenordnung von monatlich 15 Euro verpflichtend einzuführen. Dabei übersieht er sicher, dass die kapitalgedeckte Komponente aber erst in 30 Jahren Rendite abwirft. Der Gesundheitspolitische Sprecher der CDU, Jens**

**Spahn, forderte ebenfalls eine ergänzende Kapitalfestlegung , damit mehr Geld für die Pflege zu Gunsten der Demenzkranken zukünftig zur Verfügung steht.**

**Meine Auffassung ist:**

**Es kann nicht sein, dass auch noch verpflichtende Zusatzbeiträge für die Pflegeversicherung erhoben werden sollen. Bei der Pflegeversicherung handelt es sich schließlich um eine Risiko-Versicherung; Jeder Bürger hat die Verpflichtung, auch insbesondere wegen der eintretenden Unterhaltsverpflichtungen von seinen Kindern und Enkeln, sich für ein derartiges Risiko persönlich abzusichern. Wer als Rentner auf eine finanzielle Absicherung von Hartz IV angewiesen ist, dann ist es nur konsequent, wenn der Staat die Pflegekosten und die Unterbringung in einer Einrichtung in ambulanter und stationärer Hinsicht übernimmt bzw. bezuschusst. Ich möchte keineswegs den Eindruck aufkommen lassen, dass der Staat es durch weitere Schuldenaufnahme schon richten soll. Nein, die beiden Grundabsicherungen für Krankheit und Pflege müssen durch einschneidende Strukturmaßnahmen begleitet werden, hierzu gehört von politischer Seite auch die Bereitschaft, das Steuer- und Abgabenprinzip prinzipiell zu überdenken und sozial gerechte Entscheidungen zu fällen. Kurzfristige Lösungen, die Beiträge mittels Zusatzprämien für langfristige Anforderungen anzuheben, helfen nicht weiter und stoßen an Belastbarkeitsgrenzen der Arbeitnehmer und Rentner.**

**Noch ein abschließendes Wort zu den vielen preiswerten Angeboten unterschiedlicher Versicherungsunternehmen und Sparkassen. Preiswert sind derartige Prämien nur dann, wenn es gilt, die Pflegestufe 3 abzusichern. Die allerwenigsten Menschen werden aber in ihrem Leben bei einer vorliegenden Pflegebedürftigkeit im Alter durch Befürwortung des Medizinischen Dienstes in die höchste**



**Pflegestufe eingruppiert. Geschieht das also nicht, war die langjährige Einzahlung der Absicherung umsonst und der Anspruch einer Zahlung tritt nie ein. Wie schwer es ist, einem Pflegebedürftigen über ein Klageverfahren beim Sozialgericht zur Pflegestufe 3 zu verhelfen, braucht mir niemand zu sagen; diese Erfahrung als „Klageunterstützer“ habe ich gemacht.**

**Günter Steffen, Lemwerder**

**[www.guenter-steffen.de](http://www.guenter-steffen.de)**

**November/Dezember 2010**