

Pflegebedürftigkeit kann jederzeit jeden treffen. Gut zu wissen, dass im Falle eines Falles die Pflegeversicherung hilft.

Pflegebedürftig zu sein bedeutet, auf die Hilfe und Unterstützung durch die Familie oder andere Personen angewiesen zu sein. Die Pflegeversicherung wurde vor allem eingeführt, um die Familien bei ihren Aufgaben rund um die häusliche Pflege zu entlasten und sie finanziell zu unterstützen. Denn die meisten Betroffenen lassen sich lieber in vertrauter Umgebung von vertrauten Menschen pflegen als im Heim.

Dass dieses Ziel erreicht wurde, verdeutlichen die Zahlen: gut zwei Millionen Pflegebedürftige erhalten heute Leistungen der Pflegeversicherung. Davon beziehen rund 1,38 Millionen Pflegebedürftige Leistungen zur Unterstützung bei der Pflege zu Hause. Rund 600.000 Leistungsempfänger werden in einem Alten- oder Pflegeheim, etwa 65.000 pflegebedürftige Behinderte in Einrichtungen der Behindertenhilfe betreut.

Die Pflegeversicherung gibt den Pflegebedürftigen die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, welche Art der Betreuung sie bevorzugen. Und sie hilft den pflegenden Angehörigen, indem sie diese sozial absichert und finanziell entlastet.

Die Pflegeversicherung ist ein zentraler Baustein der sozialen Sicherungssysteme. Die solidarische Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit mit dem Leitbild einer menschlichen Pflege wird auch in Zukunft gewährleistet sein. Die Regierungskoalition aus CDU/CSU und SPD hat vereinbart, die Pflegeversicherung im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen an neue Herausforderungen anzupassen und ihre Finanzierung für die Zukunft nachhaltig zu sichern.

Wie die soziale Pflegeversicherung im Einzelnen funktioniert, können Sie in dieser Broschüre nachlesen.



Ulla Schmidt

Ulla Schmidt

Bundesministerin für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Schutz für die ganze Familie

Warum wurde die Pflegeversicherung eingeführt?

Pflegebedürftigkeit in verschiedenen Lebensabschnitten

Wer ist pflegebedürftig?

Der Hilfebedarf

Die Pflegestufen

Behinderung und Pflegebedürftigkeit

Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Leistungen

Beitragszahlungen der Pflegekassen an die gesetzliche Rentenversicherung für die Alterssicherung von Pflegepersonen im Jahre 2006

Stationäre Pflege

Leistungen, Erforderlichkeit der Heimpflege

Behinderte in vollstationären Einrichtungen

Pflegeleistungen der Krankenkasse

Krankenhauspflege und „häusliche Krankenpflege“
Leistungen der Rehabilitation

Leistungen im Überblick

Wer leistet Hilfe?

Versicherungsrechtliche Fragen

Der Beitrag zur Pflegeversicherung

Beitragssatz und Beitragshöhe
Zahlungsweise, Beitragsübernahme und
Beitragsfreiheit
Müssen Sie handeln, wenn Sie ... sind?

Sicherstellung der Versorgung

Verträge mit Pflegeeinrichtungen, Pflegevergütung
bei ambulanter Pflege, Pflegesätze bei stationärer
Pflege, Finanzierung der Investitionskosten der
Pflegeeinrichtungen, Qualitätssicherung

Private Pflege-Pflichtversicherung

Versicherungspflicht, Wahlrecht,
der Versicherungsvertrag
Leistungen und Besonderheiten
Bedingungen für private Versicherungs-
unternehmen, Neu Versicherte ab 1. Januar 1995,
Prämienzuschuss, kein Prämienzuschuss für
Beamte, Kündigungsrecht

Fragen und Antworten

Leistungsrecht
Versicherungsrecht

Impressum

Die soziale Pflegeversicherung ist neben
der Renten-, Kranken-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung
die „**fünfte Säule**“ unserer Sozialversicherung.

Schutz für die ganze Familie

Rund 80 Millionen Bürgerinnen und Bürger haben einen Versicherungsschutz für den Fall, dass sie eines Tages zu Hause oder in einer stationären Einrichtung gepflegt werden müssen. Jeder ist dort pflegeversichert, wo er auch krankenversichert ist.

Alle in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten sind in die „soziale Pflegeversicherung“ einbezogen. Wer privat gegen das Krankheitsrisiko versichert ist, muss eine private „Pflege-Pflichtversicherung“ abschließen.

Die soziale Pflegeversicherung ist neben der Renten-, Kranken-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung die „fünfte Säule“ unserer Sozialversicherung. Als Grundsicherung – nicht als Vollversorgung – konzipiert, bietet sie den Betroffenen verlässliche Entlastung und Unterstützung.

Bilanz in Zahlen

Häusliche Pflege: In der sozialen Pflegeversicherung erhalten heute rund 1,30 Millionen Pflegebedürftige Leistungen bei der Pflege zu Hause. Rund 746.000 in Pflegestufe I beziehen 205 Euro Pflegegeld oder Sachleistungen bis zu 384 Euro, rund 427.000 in Pflegestufe II 410 Euro Pflegegeld oder Sachleistungen bis zu 921 Euro und rund 124.000 in Pflegestufe III 665 Euro Pflegegeld oder Sachleistungen bis zu 1.432 Euro, in Härtefällen bis zu 1.918 Euro pro Monat.

Rund 81.000 Pflegebedürftige erhalten von der privaten Pflege-Pflichtversicherung Leistungen zur häuslichen Pflege.

Stationäre Pflege: In der sozialen Pflegeversicherung beziehen rund 629.000 Menschen stationäre Pflegeleistungen.

In der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind es rund 38.000 Leistungsempfänger, die in einer stationären Einrichtung leben.

Warum wurde die Pflegeversicherung eingeführt?

Pflegebedürftigkeit kann für die Betroffenen und ihre Angehörigen große physische, psychische und finanzielle Belastungen bedeuten. Einen allgemeinen Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit, insbesondere einen sozialversicherungsrechtlichen Schutz wie im Falle von Krankheit, gab es trotz der zwischen Pflege und Krankheit oft fließenden Grenzen bis 1995 nicht. Die mit der Pflege verbundenen Belastungen mussten bis dahin grundsätzlich die Pflegebedürftigen und ihre Familien tragen. Dies überstieg in vielen Fällen die Möglichkeiten der Betroffenen.

Veränderungen in den Lebensbedingungen und familiären Beziehungen und die Zunahme der Kleinfamilien und Einpersonenhaushalte haben dazu geführt, dass viele Pflegebedürftige in ihrem Alltag auf fremde Hilfe zurückgreifen müssen. Die demographische Entwicklung und die steigende Zahl hochbetagter, stark pflegebedürftiger Menschen erschwert die häusliche Pflege in der Familie. Trotz dieser Veränderungen ist die Familie noch immer der weitaus größte „Pflegedienst“: Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen wird zu Hause von Angehörigen betreut.

Wenn Angehörige die Pflege und Betreuung eines hilfebedürftigen Menschen ganz oder teilweise übernehmen, kann dies von ihnen erhebliche persönliche Opfer, auch in finanzieller Hinsicht, verlangen. Häufig müssen die Pflegenden, in der überwiegenden Mehrzahl immer noch Frauen, wegen des zeitlichen Aufwandes für die Pflege ihre Erwerbstätigkeit einschränken oder aufgeben. Das führte zu Einbußen

bei ihrer sozialen Absicherung, vor allem bei der Alterssicherung. Die Pflegeversicherung hat hier einen Ausgleich geschaffen.

Pflegende Angehörige erfuhren vor 1995 zu wenig Unterstützung und Anleitung durch professionelle Pflegekräfte. Seit der Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Zahl der ambulanten Dienste deutlich erhöht, und es gibt mehr Möglichkeiten der Tages- und Kurzzeitpflege. Dies bedeutet eine spürbare Entlastung für die Familien.

Wenn die Pflege zu Hause nicht (mehr) möglich ist, müssen die Kosten für eine stationäre Betreuung aufgebracht werden. Viele Pflegebedürftige und ihre Familien waren dazu vor 1995 nicht in der Lage, was regelmäßig zur Abhängigkeit von Leistungen der Sozialhilfe führte. Eine Situation, die von vielen als unverdient und demütigend empfunden wurde. Heute werden die Kosten für die Pflege im Heim zu einem guten Teil von der Pflegeversicherung getragen.

Das Konzept der Pflegeversicherung bedeutete einen grundlegenden Neuansatz, der neben den verschiedenen Leistungen für die Pflegebedürftigen auch die pflegerische Infrastruktur mit ihren ambulanten, teilstationären und vollstationären Versorgungseinrichtungen umfasste und den Pflegekräften, sowohl den professionellen als auch den häuslichen und ehrenamtlichen Kräften, einen gebührenden Platz einräumte.

Pflegebedürftigkeit in verschiedenen Lebensabschnitten

Im Kindesalter

Pflegebedürftigkeit im Kindesalter ist häufig die Folge schwerer, bei der Geburt erlittener Beeinträchtigungen. So kann mangelnde Durchblutung des Gehirns (Sauerstoffmangel) während der Geburt zu Lähmungen (Cerebralpareesen) oder geistiger Behinderung führen. Missbildungen der Knochen und Gelenke (Skelettdysplasien) sowie erblich bedingte Abbau-erkrankungen der Muskulatur oder des Nervensystems (heredodegenerative Erkrankungen) sind weitere mögliche Gründe für Pflegebedürftigkeit von Geburt an.

Bei Klein- und Schulkindern sind Unfälle mit schweren Gehirnverletzungen eine häufige Ursache von Pflegebedürftigkeit. Etwa 20 Kinder erleiden täglich Lähmungen oder bleibende Veränderungen der Persönlichkeit als Folgen von Verkehrsunfällen.

Viele der pflegebedürftigen Kinder haben bei sorgfältiger medizinischer Betreuung heute eine Lebenserwartung von 50 und mehr Jahren.

Im mittleren Alter

Auch im jungen und mittleren Erwachsenenalter sind Unfälle – besonders Verkehrsunfälle – die häufigste Ursache von Pflegebedürftigkeit. Querschnittslähmungen mit Bewegungsunfähigkeit der Arme und Beine oder der Verlust von Großhirnfunktionen (apallisches Syndrom) erfordern häufig eine aufwendige und lebenslange Pflege. Das Endstadium lebensbedrohender Erkrankungen ist meist von Pflegebedürftigkeit mit Bettlägerigkeit und völliger Hilflosigkeit bei der Essenszubereitung und Körperpflege bestimmt. Auch im mittleren Alter kann breits ein Herzinfarkt oder Schlaganfall eine kürzer oder länger andauernde pflegerische Betreuung erforderlich machen.

Im höheren Alter

Bei der älteren Generation ab etwa 65 Jahren sind die akut oder chronisch auftretenden Erkrankungen mit einem Teilverlust der Gehirnfunktionen der häufigste Grund für Pflegebedürftigkeit.

In der Bundesrepublik leben etwa 600.000 Menschen, die einen Schlaganfall erlitten haben. Jedes Jahr erkranken etwa 150.000 Menschen neu. Etwa 25 Prozent der aus der Akutklinik entlassenen Schlaganfall-Patienten benötigen dauernde Hilfe und umfassende Betreuung. Weitere 28 Prozent sind zumindest zeitweise auf Hilfen bei alltäglichen Verrichtungen angewiesen.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Altersverwirrtheit oder Hirnerkrankungen wie die Alzheimersche Krankheit machen fast immer eine dauerhafte pflegerische Betreuung nötig. Eine fortgeschrittene Demenzkrankheit kann eine Pflege zu Hause unmöglich machen; sie ist mittlerweile auch der häufigste Grund für den Umzug in ein Pflegeheim. Die ambulanten Leistungen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes sind in diesen Fällen deshalb eine besonders wichtige Unterstützung.

Pflegebedürftigkeit ist kein Einzelschicksal

Der Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung in den einzelnen Altersgruppen beträgt:

- **rund 0,6 Prozent vor dem 60. Lebensjahr,**
- **rund 3,9 Prozent zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr,**
- **rund 31,8 Prozent nach dem 80. Lebensjahr.**

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit bleibt also über die ersten Jahrzehnte des Lebens hinweg konstant niedrig und wird erst ab dem 60. Lebensjahr mit zunehmendem Alter größer. Dies drückt sich auch in den absoluten Zahlen aus (Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung):

- **rund 355.000 Pflegebedürftige sind jünger als 60 Jahre;**
- **rund 645.000 Pflegebedürftige kommen aus den zahlenmäßig starken Jahrgängen der 60- bis 80-Jährigen;**
- **von den über 80-Jährigen benötigen rund 1.040.000 Menschen Pflege;**
- **von den 80- bis 85-Jährigen sind rund 20 Prozent der Frauen und 15 Prozent der Männer pflegebedürftig;**
- **von den über 85-Jährigen sind rund 47 Prozent der Frauen und 32 Prozent der Männer pflegebedürftig.**

Die Zahl der betagten Menschen wird in Zukunft weiter anwachsen: Nach Schätzungen wird die Zahl der über 60-Jährigen in den nächsten 10 Jahren um rund 1,8 Millionen Menschen steigen. Schon heute hat ein 60-jähriger Mann noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von 18,9 Jahren, eine gleichaltrige Frau von 23,2 Jahren. Immer mehr Menschen werden älter als 80 Jahre und erreichen damit ein Alter mit einem höheren Risiko der Pflegebedürftigkeit. Das heißt nicht, dass das höhere Alter stets Pflegebedürftigkeit bedeutet. Immerhin sind es heute fast siebzig Prozent der über 80-Jährigen, die noch selbstständig ihren Alltag meistern.

Wer ist pflegebedürftig?

Das Gesetz definiert Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung so:

„Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“



Zentraler Punkt dieser Definition ist der regelmäßig nötige Hilfebedarf bei den alltäglich wiederkehrenden Verrichtungen, nicht jedoch ein allgemeiner Betreuungsbedarf oder eine vorübergehend notwendige Hilfe.

Als Krankheiten oder Behinderungen, die einen solchen regelmäßigen Hilfebedarf verursachen können, gelten:

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Der Hilfebedarf

Eine „pflegerische Hilfeleistung“ im Sinne der Pflegeversicherung bedeutet, einen hilfebedürftigen Menschen bei seinen alltäglichen Verrichtungen zu unterstützen, ihn anzuleiten und zu beaufsichtigen oder, wenn es nicht anders geht, diese Verrichtungen teilweise oder ganz zu übernehmen. Dabei sollte jede Hilfe darauf achten, die Eigenständigkeit des Pflegebedürftigen möglichst zu erhalten.

Die pflegerische Hilfe bei den im Gesetz so genannten „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen“ ist in vier Bereiche – Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Haushalt – eingeteilt. Die ersten drei Bereiche gelten als „Grundpflege“.

Im Einzelnen sind folgende Tätigkeiten gemeint:

- Im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten der Mahlzeiten und die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung sowie das Beheizen der Wohnung.



Voraussetzung für die Anerkennung als Pflegebedürftiger ist ein Hilfebedarf von mindestens 90 Minuten täglich (Stufe I). Die notwendige Hilfe im Bereich der Grundpflege muss dabei die meiste Zeit in Anspruch nehmen. Wer also beim Waschen, Ankleiden und Essen täglich weniger als 45 Minuten Unterstützung braucht, es aber nicht mehr schafft, seinen Haushalt selbstständig zu führen, kann nicht mit Leistungen aus der Pflegeversicherung rechnen.

DIE PFLEGESTUFEN

Das Gesetz unterscheidet drei Stufen der Pflegebedürftigkeit, die den jeweiligen Umfang des Pflegebedarfs beschreiben:

I **Pflegestufe I: erheblich pflegebedürftig**

... sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 1,5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

II **Pflegestufe II: schwer pflegebedürftig**

... sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 3 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen müssen.

III **Pflegestufe III: schwerst pflegebedürftig**

... sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen müssen.

Härtefall:

Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftige der Pflegestufe III als Härtefall anerkennen, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Behinderung und Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit, wie sie der Gesetzgeber als „Hilfbedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens“ definiert hat, unterscheidet sich vom Hilfebedarf aufgrund einer Behinderung.

Behinderungen sind durch einen vollständigen oder teilweisen Verlust normaler Körperfunktionen gekennzeichnet, die durch weitere medizinische Behandlung kurzfristig nicht mehr besserungsfähig sind. Hilflosigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens besteht in der Regel jedoch nur bei sehr ausgeprägten Behinderungen. Daher ist nur ein Teil der behinderten Menschen pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung.

Diese erhalten die gleichen Leistungen wie Pflegebedürftige, die nicht behindert sind. Dasselbe gilt auch für psychisch Kranke und geistig Behinderte: Soweit sie auf Unterstützung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens angewiesen sind, erhalten sie Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Eine allgemeine Betreuung, Anleitung und Beaufsichtigung über den ganzen Tag hinweg ist jedoch auch bei geistig Behinderten und psychisch Kranken nicht Aufgabe der Pflegeversicherung. Der auch bei diesen Menschen häufig vorhandene Hilfebedarf bei den alltäglichen Verrichtungen wird bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit entsprechend den Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalles berücksichtigt. Die Berücksichtigung des allgemeinen Hilfebedarfs konnte aus finanziellen Gründen nicht vorgesehen werden. Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz sind zusätzliche Hilfen für den genannten Personenkreis eingeführt worden.

Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Viele Erkrankungen haben eine vorübergehende oder dauerhafte Pflegebedürftigkeit zur Folge. Der Übergang von Krankheit zur Pflegebedürftigkeit ist in manchen Fällen fließend, entsprechend kann eine genaue Abgrenzung zwischen den Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung im Einzelfall schwierig sein. Grundsätzlich gilt jedoch: Für die Behandlung von Erkrankungen und die im Rahmen dieser Behandlung nötige Pflege stehen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung; für die Hilfe bei Pflegebedürftigkeit die Leistungen der Pflegeversicherung.

Bei schweren Erkrankungen können die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit gegeben sein, wenn Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens besteht und dieser Hilfebedarf voraussichtlich sechs Monate andauern wird. Diese Voraussetzung gilt auch dann als erfüllt, wenn der Pflegebedürftige nach ärztlicher Einschätzung so schwer krank ist, dass er das Ende dieser Zeitspanne möglicherweise nicht mehr erlebt.

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Antragstellung

Um Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen zu können, muss der Pflegebedürftige, sein Bevollmächtigter oder gesetzlicher Vertreter sie zunächst beantragen. Der Antrag auf Pflegeleistungen kann formlos – auch telefonisch – bei der Pflegekasse gestellt werden, bei der der Pflegebedürftige versichert ist. Nach der formlosen Antragstellung schickt die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen zwei Antragsformulare: eines auf Pflegeleistungen und eines auf Rentenbeitragszahlung für eine ehrenamtliche Pflegeperson. Diese sind ausgefüllt zurückzuschicken.

Die Leistungen werden grundsätzlich ab dem Zeitpunkt der Antragstellung gewährt. Der Antragsteller muss zum Zeitpunkt der Antragstellung pflegebedürftig sein und die Vorversicherungszeit von fünf Jahren erfüllt haben. Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt.

Die notwendige Vorversicherungszeit ist dann erfüllt, wenn der Pflegebedürftige innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Antragstellung mindestens fünf Jahre in der Pflegeversicherung versichert gewesen ist. Zeiten der Familienversicherung werden bei der Vorversicherungszeit berücksichtigt. Wer zum Zeitpunkt der Antragstellung die gesetzlich vorgeschriebene Vorversicherungszeit noch nicht erfüllt, muss auf den Leistungsbeginn warten, bis die Vorversicherungszeit erfüllt ist.

Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

Der nächste Schritt ist ein zuvor vereinbarter Besuch des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) beim Antragsteller zu Hause oder im Pflegeheim. Während dieses Besuchs prüft ein Gutachter des MDK, ob die Voraussetzungen für Leistungen aus der Pflegeversicherung vorliegen und welcher Pflegestufe der Antragsteller zugeordnet werden kann. Auch das häusliche Umfeld spielt bei der Beurteilung des Gutachters eine Rolle. So wird zum Beispiel geprüft, ob bauliche Veränderungen in der Wohnung die Pflege erleichtern können. Ein Gespräch mit den pflegenden Angehörigen verschafft dem Gutachter zusätzlichen Einblick in die Situation des Pflegebedürftigen.

Damit der Gutachter ein möglichst realistisches Bild vom Ausmaß des Hilfebedarfs gewinnen kann, ist es sinnvoll, diesen Besuchstermin gut vorzubereiten – zum Beispiel mithilfe eines Pflegetagebuchs, in dem alle notwendigen Pflegetätigkeiten mit dem dafür erforderlichen Zeitaufwand festgehalten werden.

Die Gutachter des MDK sind meist Pflegefachkräfte und/oder pflegeerfahrene Ärzte. Sie kommen auch ins Haus, wenn ein Antrag auf Höherstufung gestellt wurde. Falls sich der Zustand des Pflegebedürftigen erheblich verschlechtert und der Pflegebedarf steigt, kann jederzeit ein Antrag auf Höherstufung gestellt werden.

Aufgrund des MDK-Gutachtens entscheidet die Pflegekasse darüber, ob und in welcher Höhe Pflegeleistungen gewährt werden. Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden.

Nach der Bewilligung zahlt die Kasse rückwirkend bis zum Datum der Antragstellung Pflegegeld im Rahmen der jeweiligen Pflegestufe beziehungsweise erstattet entstandene Kosten für eine Pflege durch Fachkräfte (Sachleistungen).

Leistungen



Häusliche Pflege

Häusliche Pflege setzt nicht voraus, dass der Pflegebedürftige in seinem eigenen Haushalt gepflegt wird. Dies kann vielmehr auch ein anderer Haushalt sein, in den der Pflegebedürftige aufgenommen worden ist, oder ein Altenwohnheim oder Altenheim. Leistungen bei häuslicher Pflege sind nur ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der der Pflegebedürftige betreut wird, um ein Pflegeheim handelt.

Sachleistungen

Die Pflegeversicherung gibt der häuslichen Pflege eindeutigen Vorrang vor einer stationären Betreuung. Deshalb bilden die Leistungen zur Verbesserung der Bedingungen der häuslichen Pflege den Schwerpunkt des Gesetzes. Zu diesen Verbesserungen gehört die Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch professionelle Pflegekräfte. Die Leistungen der ambulanten Dienste (im Gesetz als „Sachleistung“ bezeichnet) machen es aber auch vielen allein lebenden Pflegebedürftigen möglich, trotz ständigen Hilfebedarfs weiter in ihrer Wohnung leben zu können.

Je nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit können als Sachleistung Pflegeeinsätze durch ambulante Pflegedienste bis zum Wert von 384 Euro monatlich in Pflegestufe I in Anspruch genommen werden. In Pflegestufe II sind es 921 Euro und in Pflegestufe III 1.432 Euro, in Härtefällen bis zu 1.918 € im Monat. Der Anspruch auf Pflegesachleistung setzt voraus, dass die Pflegeleistungen von ambulanten Pflegediensten erbracht werden, mit denen die Pflegekassen oder die für sie tätigen Verbände Verträge abgeschlossen haben (zugelassene Leistungserbringer). Werden Pflegeleistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch genommen, handelt es sich um einen Fall der selbst sichergestellten Pflege, für den die Pflegeversicherung das Pflegegeld vorsieht.

Der Pflegedienst und der Pflegebedürftige schließen einen Pflegevertrag ab, in dem u. a. der vereinbarte Leistungsumfang und die Pflegezeiten festgeschrieben sind. Innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz kann der Pflegebedürftige den Pflegevertrag ohne Angabe von Gründen und ohne Einhaltung einer Frist kündigen.



Pflegegeld

Die Pflegebedürftigen sollen nach dem Willen des Gesetzgebers selbst darüber entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden wollen. Sie haben deshalb die Wahl, Sachleistungen (Hilfe von Fachkräften) oder Pflegegeld in Anspruch zu nehmen. Das Pflegegeld steht dem Pflegebedürftigen zu, der es an pflegende Angehörige als finanzielle Anerkennung weitergeben kann.

Das Pflegegeld ist wie die Sachleistung nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Der Anspruch auf Pflegegeld setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem bewilligten Betrag die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise sicherstellen kann. Das bedeutet, eine Betreuung durch Angehörige oder sonstige ehrenamtlich tätige Pflegepersonen muss gewährleistet sein. Oder der Pflegebedürftige beschäftigt eine fest angestellte Pflegekraft („Arbeitgebermodell“).

Das Pflegegeld beträgt bei Pflegestufe I 205 Euro monatlich, bei Pflegestufe II 410 Euro und bei Pflegestufe III 665 Euro im Monat. Pflegegeld wird für die Tage gezahlt, an denen die häusliche Pflege durchgeführt wird. Wird die Pflege unterbrochen, zahlt die Kasse nur anteiliges Pflegegeld. Eine Ausnahme ist die Pflegeunterbrechung wegen eines Krankenhausaufenthalts: Bei vorübergehender vollstationärer Krankenhausbehandlung wird das Pflegegeld bis zu vier Wochen weitergezahlt.



Pflegegeld für „Arbeitgebermodelle“

Die Pflegeversicherung zahlt im Falle des so genannten Arbeitgebermodells als einem Fall der selbst sichergestellten Pflege, das Pflegegeld und nicht die Sachleistung. Wenn z.B. ein körperlich behinderter Mensch eine Pflegekraft seines persönlichen Vertrauens fest anstellt, kann er – je nach Pflegestufe – Pflegegeld beziehen.

Da die Kosten für eine solche selbst organisierte Pflege in der Regel höher liegen als das Pflegegeld, deckt das Sozialamt den Restbedarf ab, wenn das Einkommen des behinderten Arbeitgebers dafür nicht ausreicht und er als bedürftig im Sinne des Rechts der Sozialhilfe (SGB XII) gilt.

Beratungseinsatz bei häuslicher Pflege

Wenn Angehörige ohne Unterstützung durch professionelle Kräfte pflegen, die Pflegebedürftigen also nur das Pflegegeld beziehen, sind sie dazu verpflichtet, in regelmäßigen Abständen einen für sie kostenfreien Pflegeeinsatz durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung abzurufen. Diese Beratungseinsätze dienen der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege.

Bei diesen Terminen werden die Pflegenden von den Pflegefachkräften umfassend beraten. Bei Pflegeproblemen wird gemeinsam überlegt, wie Abhilfe geschaffen werden kann. Wenn die Pflegefachkraft beispielsweise eine gesundheitliche Überforderung der Pflegeperson feststellt, kann sie durch Hinweise auf Pflegekurse, die Möglichkeiten einer Tagespflege oder auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen Möglichkeiten zur Entlastung der Pflegeperson aufzeigen.

In manchen Fällen macht die Unterstützung und Anleitung durch eine Fachkraft die Fortsetzung der häuslichen Pflege überhaupt erst wieder möglich. Schließlich sind ehrenamtlich Pflegende Laien, und nicht immer reicht ihre Erfahrung, um Pflegefehler zu vermeiden und die Pflegebedürftigen auch dann optimal zu versorgen, wenn sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert. Die Einsätze dienen damit sowohl dem Schutz der Pflegeperson als auch des Pflegebedürftigen.

Die regelmäßigen Besuchstermine durch ausgebildete Pflegefachkräfte sind als „Mitwirkungspflicht“ des Pflegebedürftigen vorgeschrieben. Sie müssen gegenüber der Pflegekasse nachgewiesen werden. Dies erfolgt in der Regel durch den Pflegedienst, der nach dem Beratungseinsatz einen Bericht über eventuelle Veränderungen der Pflegesituation, zusätzlich nötig gewordene Hilfsmittel, Rehabilitationsmaßnahmen oder mehr Unterstützung für die Pflegenden an die Pflegekasse weiterleitet. Eine Kopie des Berichts erhält der Pflegebedürftige.

In den Pflegestufen I und II besteht mindestens einmal halbjährlich, in der Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich ein Anspruch auf einen Beratungseinsatz. Die Kosten hierfür trägt die Pflegeversicherung. Werden die Einsätze jedoch abgelehnt bzw. vom Pflegebedürftigen nicht nachgewiesen, kann das Pflegegeld gekürzt oder bei anhaltender Verweigerung sogar ganz gestrichen werden.



Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf haben einen Anspruch auf die doppelte Anzahl von Beratungsbesuchen in dem gesetzlich vorgeschriebenen Zeitintervall (d. h. bei Pflegestufen I und II zweimal halbjährlich, bei Pflegestufe III zweimal vierteljährlich). Denn diese Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen benötigen in besonderer Weise der Hilfestellung und Beratung, um den mit hohen physischen und psychischen Belastungen verbundenen Pflegealltag besser bewältigen zu können.

Kombination von Sach- und Geldleistungen

Der Bezug von Pflegegeld kann mit der Inanspruchnahme von Sachleistungen (professioneller Unterstützung) kombiniert werden. Dies ermöglicht es dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen, die Hilfe den individuellen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten.



Um die **optimale Kombination** zu finden, ist es sinnvoll, zunächst alle nötigen Pflegehandlungen daraufhin zu überprüfen, ob sie am besten von Angehörigen oder von Fachkräften übernommen werden. Für welche Verrichtungen wird die Unterstützung professioneller Pflegekräfte benötigt? Welche Tätigkeiten kann und möchte die Familie selbst übernehmen, für welche kommt auch die Hilfe von Freunden oder Nachbarn infrage?

Das Pflegegeld vermindert sich anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen. Wer zum Beispiel seinen Anspruch auf Sachleistungen nur zu 70 Prozent ausnutzt, bekommt zusätzlich nur noch 30 Prozent des ihm zustehenden Pflegegelds ausgezahlt.

Der Pflegebedürftige selbst kann entscheiden, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistungen in Anspruch nehmen will. An seine Entscheidung ist er sechs Monate gebunden, um bei den Pflegekassen unvermeidbarem Verwaltungsaufwand zu vermeiden. Ausnahme: wenn sich seine Situation wesentlich verändert hat, z. B. wenn ohne eine höhere Anzahl von Pflegeeinsätzen durch ambulante Pflegedienste die häusliche Pflege nicht mehr ausreichend sichergestellt wäre.

Pflegevertretung

Wenn die (ehrenamtliche) Pflegeperson verhindert ist oder Urlaub macht, besteht ein Anspruch auf eine Pflegevertretung von bis zu vier Wochen im Jahr. Eine Verhinderungspflege

kann zum ersten Mal jedoch erst beansprucht werden, wenn die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits zwölf Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Für eine Ersatzpflege durch einen ambulanten Pflegedienst stehen dem Pflegebedürftigen bis zu 1.432 Euro pro Jahr zu. Diese Summe gilt für alle Pflegestufen.

Auch bei einer **Ersatzpflege** durch entferntere Verwandte oder Personen aus der Nachbarschaft können bis zu 1.432 Euro in Anspruch genommen werden.

Anders ist die Ersatzpflege durch Pflegepersonen geregelt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt (Kinder, Enkel, Eltern, Großeltern sowie Geschwister des Pflegebedürftigen) oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. In diesen Fällen wird lediglich das jeweilige Pflegegeld gezahlt, also 205 Euro/ 410 Euro/ 665 Euro je nach Pflegestufe – weil der Gesetzgeber davon ausgeht, dass diese nahen Angehörigen die Ersatzpflege nicht als Erwerb ausüben. Entstehen diesen nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen jedoch notwendige Aufwendungen, zum Beispiel Fahrtkosten oder Verdienstausschlag, so können die Pflegekassen diese Kosten zusätzlich übernehmen. Insgesamt dürfen die Aufwendungen für die Ersatzpflege 1.432 Euro pro Kalenderjahr nicht übersteigen.

Wird die **Verhinderungspflege** in einer stationären Einrichtung erbracht, übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen bis zu 1.432 Euro im Kalenderjahr; die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind – wie bei der häuslichen Pflege auch – von dem Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Teilstationäre Tages- und Nachtpflege

Eine teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege ist nicht nur dann eine Alternative, wenn eine ausreichende Betreuung zu Hause nicht möglich ist. Tagespflege kann die häusliche Pflege ergänzen und entlasten. Auch diese Pflege gilt als „Sachleistung“ und kann gegebenenfalls mit dem Pflegegeld kombiniert werden.



Je nach Stufe der Pflegebedürftigkeit werden Aufwendungen für Grundpflege, für soziale Betreuung und – soweit während des Besuches in der Tagesstätte erforderlich – auch für die medizinische Behandlungspflege im Gesamtwert bis zu 384 Euro in Pflegestufe I, 921 Euro in Pflegestufe II und 1.432 Euro in Pflegestufe III pro Monat übernommen.

Kurzzeitpflege

In Fällen, in denen vorübergehend weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich ist, kann der Pflegebedürftige auch in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung aufgenommen werden. In der Kurzzeitpflege werden pflegebedürftige Menschen über einen begrenzten Zeitraum vollstationär versorgt.

Leistungen der Kurzzeitpflege werden für längstens vier Wochen im Gesamtwert von bis zu 1.432 Euro im Kalenderjahr erbracht. Sie umfassen die Grundpflege, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege mindert den Anspruch auf eine Ersatzpflege nicht. Im Gegensatz zu diesem besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch unabhängig davon, wie lange der Pflegebedürftige bereits vorher betreut wurde. Die Kurzzeitpflege ist daher ein Angebot, das besonders in Krisensituationen eine große Entlastung darstellt.

€

Zusatzleistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (das sind zum Beispiel altersverwirrte, demenzkranke, geistig behinderte und psychisch kranke Pflegebedürftige) haben, wenn sie zu Hause gepflegt werden, Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr.

Die zusätzlichen finanziellen Mittel sind zweckgebunden für bestimmte, im Gesetz aufgelistete Betreuungsangebote einzusetzen. Diese qualitätsgesicherten Sachleistungsangebote dienen dazu, pflegende Angehörigen zu entlasten und die Pflegebedürftigen zu aktivieren. Denn demenzkranke Pflegebedürftige benötigen besonders viel Aufmerksamkeit und manchmal auch spezielle Unterstützung von ausgebildeten Fachkräften.

Zu diesen Betreuungsangeboten zählen zum Beispiel Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, niedrigschwellige Betreuungsangebote sowie besondere Angebote der zugelassenen Pflegedienste im Bereich der allgemeinen Anleitung und Betreuung.

€

Pflegehilfsmittel

Unabhängig von der Pflegestufe übernimmt die Pflegekasse die Kosten für Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, sie erleichtern und dazu beitragen, dem Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung zu

ermöglichen. Die Pflegeversicherung ist jedoch nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn keine Leistungsverpflichtung der Krankenversicherung besteht. Pflegehilfsmittel, für die bisher die Krankenversicherung zuständig war, übernimmt diese also auch weiterhin.

Die Pflegekasse unterscheidet technische Hilfsmittel wie beispielsweise ein Pflegebett, Lagerungshilfen oder ein Notrufsystem und „Verbrauchsprodukte“ wie zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Betteinlagen.

Zu den Kosten für technische Hilfen muss der Pflegebedürftige einen Eigenanteil von 10 Prozent, maximal jedoch 25 Euro, zuzahlen. Größere technische Hilfsmittel werden oft leihweise überlassen. Die Kosten für Verbrauchsprodukte werden bis zu 31 Euro pro Monat erstattet. Wenn Rollstühle oder Gehhilfen ärztlich verordnet werden, tragen die Krankenkassen die Kosten. Dies gilt auch für ärztlich verordnete Inkontinenzhilfen. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis der Pflegekassen gibt Auskunft, welche Pflegehilfsmittel vergütet bzw. leihweise überlassen werden können. Den vorhandenen Bedarf prüft der Medizinische Dienst. Eine ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich.

Mittel zur Wohnungsanpassung

Die Pflegekasse zahlt unabhängig von der Pflegestufe auf Antrag bis zu 2.557 Euro Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen, die die häusliche Pflege in der Wohnung erleichtern oder (wieder) möglich machen. Sie sollen geeignet sein, eine Überforderung des Pflegebedürftigen und der Pflegekraft zu verhindern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherzustellen, also die Abhängigkeit von der Pflegekraft zu verringern.

Gemeint sind zum Beispiel Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sein können wie zum Beispiel Türverbreiterungen, fest installierte Rampen und Treppenlifter, der pflegegerechte Umbau des Badezimmers oder der Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgestaltet wird.

Ein Zuschuss zur Wohnungsanpassung kann auch ein zweites Mal gewährt werden, wenn die Pflegesituation sich so verändert hat, dass erneute Maßnahmen nötig werden. Bei der Bemessung des Zuschusses wird ein Eigenanteil erhoben, der sich nach dem Einkommen des Pflegebedürftigen richtet.



Pflegekurse

Zur Unterstützung der Pflegepersonen und zur Verbesserung der Qualität der häuslichen Pflege bieten die Pflegekassen Pflegekurse an, teilweise auch in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, Nachbarschaftshilfegruppen oder Bildungsvereinen. In diesen kostenlosen Kursen vermitteln ausgebildete Fachkräfte den Laienpflegern hilfreiche Kenntnisse und Fertigkeiten, die die Pflege und Betreuung zu Hause erheblich erleichtern und verbessern können. Die Pflegekurse können auch im häuslichen Bereich des Pflegebedürftigen durchgeführt werden.

Abgesehen von der fachlichen Weiterbildung stellen Pflegekurse für die Pflegenden auch wegen der Möglichkeit des Austauschs mit anderen Betroffenen eine wertvolle Unterstützung dar.

Pflegende Angehörige und andere an der Pflege Interessierte können sich an die verschiedenen Pflegekassen vor Ort wenden, um sich über die Angebote zu informieren. Die Kassen sind darüber hinaus jederzeit zu umfassender Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen verpflichtet.

Pflegeleistungen bei Aufenthalt im Ausland

Grundsätzlich ruht der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, solange sich Versicherte im Ausland aufhalten. Dies ist nicht anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Ausnahme besteht, wenn es sich um einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr handelt. In diesen Fällen wird das Pflegegeld für diesen Zeitraum weitergezahlt. Bei Begleitung durch eine Pflegekraft, die in einem Vertragsverhältnis mit der Pflegekasse steht, kann auch die Pflegesachleistung beansprucht werden. Innerhalb der Staaten der Europäischen Union (EU) kann das Pflegegeld der deutschen Pflegeversicherung von den Versicherten auch bei dauerndem Aufenthalt in anderen EU-Ländern bezogen werden. Dies gilt auch für Staaten des europäischen Wirtschaftsraumes (EWR), also auch für Norwegen, Island und Liechtenstein und es gilt zudem für die Schweiz. Sachleistungen können bei dauerndem Aufenthalt in anderen Ländern der EU im Wege der so genannten Sachleistungsaushilfe bezogen werden. In der deutschen Pflegeversicherung Versicherte erhal-

ten in diesem Fall die Pflegesachleistungen, die im Gastland für die Sozialversicherten nach dem Recht des Aufenthaltslandes vorgesehen sind.

Soziale Sicherung der Pflegepersonen



Um die Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich zu fördern und den hohen Einsatz der Pflegepersonen anzuerkennen, die wegen der Pflgetätigkeit oft auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten, wurde die soziale Sicherung der Pflegepersonen verbessert.

Als Pflegepersonen bei der häuslichen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung gelten Personen, die einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen.

Für Pflegepersonen, die nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind, zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Dabei richtet sich die Höhe der Beiträge nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem Umfang der notwendigen Pflgetätigkeit. Berücksichtigt wird jedoch nur die Pflegezeit, die auf Hilfeleistungen entfällt, die bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt worden sind. Pflegend Angehörige sind während ihrer Pflgetätigkeit zudem bei allen Tätigkeiten und Wegen, die mit der Pflege zusammenhängen, gesetzlich unfallversichert.

Wenn mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen einen Hilfebedürftigen pflegen, bekommt jede einzelne einen anteiligen Rentenbeitrag, der dem zeitlichen Umfang seiner Pflege entspricht. Wenn eine Laien-Pflegekraft zwei oder mehr Personen pflegt, und zwar jede von ihnen mindestens 14 Stunden pro Woche, stehen ihr entsprechend höhere Rentenbeiträge zu. Allerdings wird hier von der Pflegekasse geprüft, ob es sich tatsächlich noch um nicht erwerbsmäßige Pflege handelt. Eine Unterbrechung der Pflege führt nicht in jedem Fall zu einer Unterbrechung der Beitragszahlung, so werden z. B. die Rentenversicherungsbeiträge bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt (sechs Wochen) oder bei Krankenhausaufenthalt bis zu vier Wochen weitergezahlt. Bei der Beitragsbemessung wird die Pflegeperson so gestellt, als würde sie ein Arbeitsentgelt zwischen 644 und 1.932 Euro monatlich (West) bzw. zwischen 541 und 1.624 Euro monatlich (Ost) erhalten.



Beitragszahlungen der Pflegekassen an die gesetzliche Rentenversicherung für die Alterssicherung von Pflegepersonen im Jahre 2006*

*Vorausgesetzt, dass die Pflegepersonen neben der Pflege regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind.

Pflegestufe des Pflegebedürftigen	Wöchentlicher Pflegeaufwand von mind. ... Stunden	Beitragsabführung auf der Basis von ... % der Bezugsgröße der Rentenversicherung			Beitragshöhe in Euro (monatlich) ¹⁾		Ergibt pro Jahr Pflegetätigkeit eine monatliche Rente von ... Euro ²⁾	
			WEST	OST	WEST	OST	WEST	OST
III	28	80	1.960,00	1.652,00	382,20	322,14	20,97	18,51
	21	60	1.470,00	1.239,00	286,65	241,61	15,73	13,88
	14	40	980,00	826,00	191,10	161,07	10,49	9,25
II	21	53,3333	1.306,67	1.101,33	254,80	214,76	13,98	12,34
	14	35,5555	871,11	734,22	169,87	143,17	9,32	8,23
I	14	26,6667	653,33	550,67	127,40	107,38	6,99	6,17

1) Der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung beträgt 2006 19,5 v. H.. Die monatliche Bezugsgröße beträgt in der gesetzlichen Rentenversicherung 2.450 Euro (West) bzw. 2.065 Euro (Ost). 2) Stand: Januar 2006

Seit 1. Februar 2006 besteht für Pflegepersonal nun auch in der Arbeitslosenversicherung die Möglichkeit, sich auf Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit freiwillig weiter zu versichern. Voraussetzung für diese „freiwillige Weiterversicherung“ nach § 28a SGB III ist, dass die Pflegeperson

- entweder in den 24 Monaten vor Aufnahme der Pflegetätigkeit bereits 12 Monate lang Versicherte zur Arbeitslosenversicherung war
- oder Arbeitslosengeld bezogen hat.

NEU

Der Antrag ist binnen eines Monats nach Aufnahme der Pflegetätigkeit bei der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit zu stellen. (Zum Zwecke der Einführung gilt jedoch eine Übergangsregelung. Der Antrag auf freiwillige Weiterversicherung kann hiernach, auch bei bereits angetretener Pflegetätigkeit, bis zum 31. Dezember 2006 gestellt werden.) Der Beitrag zur freiwilligen Weiterversicherung ist allein von der Pflegeperson zu tragen und beträgt zur Zeit monatlich 15,93 EUR (West) / 13,42 EUR (Ost).

Stationäre Pflege

Leistungen

Pflegebedürftige, die in einem Heim leben, werden ebenfalls von Gutachtern des Medizinischen Dienstes in eine der drei Pflegestufen eingestuft und erhalten je nach Pflegestufe entsprechende Leistungen aus der Pflegeversicherung:

€	in Pflegestufe I	1.023 Euro,
	in Pflegestufe II	1.279 Euro,
	in Pflegestufe III	1.432 Euro,
	in Härtefällen der Pflegestufe III	1.688 Euro monatlich.

Dabei handelt es sich um Pauschalbeträge für die Kosten der Grundpflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege. Diese Pflegekosten sind bis zur Höhe des jeweiligen Pauschalbetrags abgedeckt.

Darüber hinaus fallen im Heim Kosten für Unterkunft und Verpflegung an. Diese so genannten Hotelkosten muss der Pflegebedürftige grundsätzlich selbst tragen. Soweit die Investitionskosten der Einrichtung nicht durch öffentliche Fördermittel in vollem Umfang gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung den nicht gedeckten Teil den Pflegebedürftigen gesondert in Rechnung stellen.

Erforderlichkeit der Heimpflege

Grundsätzlich können Pflegebedürftige frei entscheiden, ob ihre Pflege zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung sichergestellt werden soll. Wer sich allerdings für die stationäre Pflege entscheidet, obwohl dies nicht erforderlich ist, kann nur die Leistungen der Pflegeversicherung beanspruchen, die ihm auch bei häuslicher Pflege zuständen.

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben in den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien folgende Kriterien für die Erforderlichkeit der stationären Pflege festgelegt:

- Fehlen einer Pflegeperson,
- fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
- drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegepersonen,

- drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen,
- räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht verbessert werden können.

Bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III wird die Erforderlichkeit der stationären Pflege unterstellt.



Hilfen vom Sozialamt

Wenn die bewilligten Leistungen der Pflegeversicherung zusammen mit der Eigenleistung des Pflegeversicherten (Einkommen z. B. aus der Rente) nicht ausreichen, um die Pflege- oder Heimkosten zu decken, besteht die Möglichkeit, Sozialhilfe zu beantragen.

Der Entscheidung über einen Antrag auf Leistungen vom Sozialamt geht stets eine Bedürftigkeitsprüfung voraus.

Auch wer hilfebedürftig ist, jedoch keine oder nicht ausreichende Leistungen der Pflegeversicherung erhält („Pflegestufe 0“), kann unter den Voraussetzungen der Angemessenheit und Bedürftigkeit gegebenenfalls Hilfe zur Pflege nach dem Recht der Sozialhilfe (SGB XII) erhalten. Hierüber entscheidet der zuständige Träger der Sozialhilfe.

Behinderte in vollstationären Einrichtungen

Rund 65.000 pflegebedürftige Behinderte leben in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. In diesen Einrichtungen steht die (Wieder-)Eingliederung, nicht die Pflege der behinderten Menschen im Vordergrund. Deshalb beteiligt sich die Pflegeversicherung pauschal in Höhe von 10 Prozent des Heimentgelts, höchstens jedoch 256 Euro monatlich, an den Heimkosten.

Verlässt der Behinderte die vollstationäre Behinderteneinrichtung, stehen beim Übergang in die ambulante Pflege die häuslichen Leistungen (Pflegegeld oder Sachleistung je nach Pflegestufe), beim Übergang in eine zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung die stationären Leistungen der Pflegeversicherung in vollem Umfang zur Verfügung.

Pflegebedürftige Behinderte, die wochentags in einer Einrichtung der Behindertenhilfe (z. B. Internat) leben und an Wochenenden sowie in den Ferien zu Hause gepflegt werden, erhalten ein anteiliges Pflegegeld oder Sachleistungen (Pflegeleistungen durch ambulante Pflegedienste).

Hält sich der Pflegebedürftige nur tagsüber in einer Einrichtung wie zum Beispiel in einer Werkstatt für Behinderte auf, hat er für die Zeit, während der er zu Hause gepflegt wird, Anspruch auf Leistungen der ambulanten Pflege.

Pflegeleistungen der Krankenkassen

Krankenhauspflege und „häusliche Krankenpflege“

Pflegeleistungen während einer Krankenhausbehandlung sind integrierter Bestandteil der **Krankenhauspflege**. Sie werden von der Krankenkasse über den Pflegesatz mit abgedeckt.

Wird eine Krankheit zu Hause behandelt, ist die Krankenkasse befristet zur Übernahme pflegerischer Leistungen verpflichtet. Die Versicherten erhalten dann die so genannte **häusliche Krankenpflege**, die je nach Einzelfall medizinische Pflege („Behandlungspflege“), die Grundpflege und auch die nötige hauswirtschaftliche Versorgung umfassen kann. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht bis zu vier Wochen, in Ausnahmefällen auch länger. Häusliche Krankenpflege wird nur gewährt, wenn sie ärztlich verordnet wurde und wenn eine andere Person, die im selben Haushalt lebt, die Pflege aus fachlich-medizinischen oder aus persönlichen Gründen nicht übernehmen kann.

Wenn die Möglichkeiten der Krankenhausbehandlung oder der häuslichen Krankenpflege erschöpft sind, der Erkrankte aber weiterhin für mindestens sechs Monate auf Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens angewiesen ist, setzen die Leistungen der Pflegeversicherung ein.

Leistungen der Rehabilitation

Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen von dem **Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“** aus. Damit Pflegebedürftigkeit überwunden, gemindert oder eine Verschlechterung verhindert werden kann, sind oft auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation nötig und sinnvoll. Im Rahmen der Prüfung der Pflegebedürftigkeit stellt der Medizinische Dienst deshalb auch fest, ob und in welchem Umfang Präventions- und/oder Rehabilitationsmaßnahmen geeignet sind, um dem Pflegebedürftigen zu helfen. Handelt es sich bei den empfohlenen Maßnahmen um Leistungen der medizinischen Rehabilitation, übernimmt diese die Krankenkasse (nicht die Pflegekasse) des Pflegebedürftigen.

Die Pflegekasse prüft die vom MDK empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen auf Notwendigkeit und Zumutbarkeit und teilt dies dem zuständigen Träger der Rehabilitation unverzüglich mit. Die Pflegekassen unterstützen die Versicherten auch bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen, insbesondere bei der Antragstellung.

Leistungen im Überblick

Pflegestufe des Pflegebedürftigen	I erheblich	II schwer	III schwerst	III in besonderen Härtefällen
Häusliche Pflege: Pflegegeld € monatlich	384 205	921 410	1.432 665	1.918
Pflegevertretung: - durch nahe Angehörige - durch sonstige Personen Aufwendungen bis zu 4 Wochen im Kalenderjahr in €	205 ¹⁾ 1.432	410 ¹⁾ 1.432	665 ¹⁾ 1.432	
Kurzzeitpflege: Aufwendungen bis € jährlich	1.432	1.432	1.432	
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege: Aufwendung bis € monatlich	384	921	1.432	
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allg. Betreuungsbedarf: Leistungsbetrag bis € jährlich	460	460	460	
Vollstationäre Pflege: Aufwendungen bis € monatlich (pauschal)	1.023	1.279	1.432	1.688
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe Aufwendungen in Höhe von:	10 % des Heimentgeltes, höchstens 256€ monatlich			

1) Auf Nachweis werden den ehrenamtlichen Pflegepersonen notwendige Aufwendungen (Verdienstausfall, Fahrkosten usw.) bis zum Gesamtbetrag von 1.432 € erstattet.

Wer leistet die Hilfe?

Seit Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Zahl der ambulanten Pflegedienste in etwa verdreifacht; im gesamten Bundesgebiet gibt es derzeit etwa 10.600 Einrichtungen, die zusammen mit den rund 9.700 teil- und vollstationären Angeboten sowie ergänzenden Hilfsdiensten eine ausreichende und flächendeckende Versorgung der Pflegebedürftigen sicherstellen.

Freigemeinnützige und kommunale Dienste (Sozialstationen)

Freigemeinnützige und kommunale ambulante Pflegedienste werden in der Regel von den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und den Kommunen getragen.

In einer Sozialstation arbeitet in der Regel ein Team aus Kranken-, Familien- und Altenpflegekräften sowie Zivildienstleistenden.

Neben den Tätigkeiten der Grundpflege übernehmen die ausgebildeten, ambulant tätigen Pflegerinnen und Pfleger die medizinische Behandlungspflege, helfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, beraten bei allen Fragen rund um die häusliche Pflege und vermitteln weitere unterstützende Dienstleistungsangebote.

Private ambulante Dienste

Neben den Sozialstationen hat sich ein flächendeckendes Angebot privater Pflegedienste entwickelt. Um Pflegeleistungen mit den Pflegekassen abrechnen zu können, müssen sie – wie die Sozialstationen auch – mit den Pflegekassen Verträge über Pflegeleistungen abgeschlossen haben.

Private Pflegedienste beschäftigen ebenfalls ausgebildete Pflegefachkräfte, die für ihre pflegebedürftigen Kunden die gleichen Dienstleistungen erbringen wie ihre Kolleginnen und Kollegen von den Sozialstationen.

Um den Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen zu fördern und die Transparenz des Leistungsangebots zu verbessern, sind die Pflegekassen dazu verpflichtet, Vergleichslisten über Leistungen und Vergütungen der zugelassenen

Einrichtungen im Einzugsgebiet des Pflegebedürftigen zur Verfügung zu stellen. Diese Listen werden dem Pflegebedürftigen spätestens zusammen mit dem Bewilligungsbescheid über Pflegesachleistungen übermittelt.

Über einen Preis-Leistungs-Vergleich hinaus ist es empfehlenswert, die Auswahl eines ambulanten Dienstes erst nach gründlicher Information und persönlichen Gesprächen mit den künftigen Betreuern zu treffen.

Teilstationäre Einrichtungen

Tagespflegeeinrichtungen sind für pflegebedürftige Menschen vorgesehen, die aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Beeinträchtigungen nicht in der Lage sind, allein in ihrer Wohnung zu leben und tagsüber Unterstützung benötigen, ansonsten aber von ihren Familien oder anderen Personen zu Hause gepflegt werden. Eine Nachtpflege kann Pflegebedürftigen (und ihren Angehörigen) helfen, die nachts sehr unruhig sind und einer Betreuung bedürfen.

Pflegeheime

Wenn eine häusliche Pflege nicht (mehr) möglich ist, können Hilfebedürftige in einem Pflegeheim voll versorgt und rund um die Uhr betreut werden. Für die stationäre Pflege stehen zahlreiche Einrichtungen der Kommunen, der Wohlfahrtsverbände, der Kirchen sowie Einrichtungen privater Träger zur Verfügung.

Um ein Heim zu finden, in dem der Pflegebedürftige gut aufgehoben ist, ist es ratsam, sich möglichst frühzeitig und ausführlich über die regionalen Angebote zu informieren.

Kommunikation und aktivierende Pflege

Die Pflegeversicherung sieht Unterstützung bei der Kommunikation nicht als eigenständige Leistung vor. Dass die Betreuer auf Kommunikationsbedürfnisse der Hilfebedürftigen eingehen, hat der Gesetzgeber als selbstverständlichen Bestandteil einer qualitativ guten und humanen Pflege vorausgesetzt. Diese sollte personen- und zuwendungsorientiert sein, die persönlichen Fähigkeiten, Gewohnheiten, Wünsche und Ängste des Pflegebedürftigen berücksichtigen und seine gesamte Persönlichkeit achten.

Mit „**aktivierender Pflege**“ ist eine Pflege gemeint, die bei aller Hilfe und Unterstützung immer den Erhalt der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen berücksichtigt. Ein Pflegebedürftiger sollte also keinesfalls „**überversorgt**“ werden, sondern stets so viel selbstständig erledigen, wie ihm möglich ist.

Sowohl die aktivierende Pflege als auch das Bedürfnis der Pflegebedürftigen nach Kommunikation sind im Gesetz ausdrücklich erwähnt:

„Die Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurück zu gewinnen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.“



Versicherungsrechtliche Fragen

Wer ist versichert?

Pflichtversicherte

In die Versicherungspflicht der sozialen Pflegeversicherung sind **alle Personen einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind**, also zum Beispiel Arbeiter, Angestellte, Auszubildende, Studenten, Rentner. Ein gesonderter Antrag auf Aufnahme in die Pflegeversicherung ist nicht nötig.

Unterhaltsberechtignte Kinder, Ehegatten und Lebenspartner, deren monatliches regelmäßiges Gesamteinkommen nicht höher ist als 350 Euro bzw. bei geringfügig Beschäftigten 400 Euro, sind im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert.

Freiwillig Versicherte

Auch für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung **besteht Versicherungspflicht** in der sozialen Pflegeversicherung. Freiwillig Versicherte können sich bei Nachweis einer entsprechenden privaten Versicherung von der Versicherungspflicht befreien lassen, das heißt, beim Eintritt einer Befreiungsmöglichkeit haben sie für die Dauer von drei Monaten ein Wahlrecht zwischen sozialer oder privater Pflegeversicherung.

Beamte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, haben anstelle eines anteiligen Arbeitgeberbeitrages den **Anspruch auf Beihilfe**. Sie werden mit einem Teilbeitrag versichert und erhalten auch nur Teilleistungen.



Wer privat krankenversichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen.

Nicht Krankenversicherte

Folgende Personen, die weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind, sind ebenfalls pflegepflichtversichert:

- Personen, die nach dem Bundesversorgungsgesetz oder in Anwendung des Gesetzes Anspruch auf Heil- oder Krankenhausbehandlung haben,
- Bezieher von Kriegsschadenrente oder vergleichbaren Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz, dem Flüchtlingshilfegesetz sowie Bezieher von ergänzender Hilfe zum Lebensunterhalt aus Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
- Bezieher laufender Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch (Kinder- und Jugendhilfe) des Sozialgesetzbuches,
- Krankenversorgungsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz,

- Soldaten auf Zeit, die nicht privat krankenversichert sind (mit halbem Beitrag und halben Leistungen wegen der Heilfürsorgeberechtigung). Soldaten auf Zeit mit privater Anwartschafts- oder Ruheversicherung müssen sich privat pflegeversichern.

Weiterversicherung:

Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind oder wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes ins Ausland ausscheiden, können sich auf Antrag in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern.

Beitrittsrecht:

Zum 1. Januar 2002 wurden befristete Beitrittsrechte für nicht krankenversicherte Personen eingeführt. Es gelten sehr enge Voraussetzungen, deren Vorliegen in jedem Einzelfall geprüft werden muss.

Der Beitrag zur Pflegeversicherung

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber, der Rentenversicherungs- oder anderer Sozialleistungsträger finanziert.

Beitragsatz und Beitragshöhe

Der Beitragsatz beträgt 1,7 Prozent. Die Beitragshöhe richtet sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen (Lohn, Gehalt, Rente etc.) der Mitglieder. Die Beitragsbemessungsgrenze 2006 liegt für die alten und neuen Bundesländer bei monatlich 3.562,50 Euro.



Kinderlose Mitglieder haben seit 1. Januar 2005 einen Zuschlag in Höhe von 0,25 v. H. zu tragen, d. h. der Beitragsatzanteil, z. B. eines kinderlosen Arbeitnehmers, erhöht sich von 0,85 auf 1,1 v. H. Damit wird der vom Bundesverfassungsgericht geforderte Beitragsabstand zwischen Versicherten mit und ohne Kindern hergestellt. Von der Zuschlagspflicht ausgenommen sind kinderlose Mitglieder, die vor dem Stichtag 1. Januar 1940 geboren sind, sowie Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres. Weiterhin ausgenommen sind auch Bezieher von Arbeitslosengeld II sowie Wehr- und Zivildienstleistende. Für Bezieher von Arbeitslosengeld I werden Beitragszuschläge pauschal in Höhe von 20 Mio. Euro pro Jahr von der Bundesagentur für Arbeit an den vom Bundesversicherungsamt verwalteten Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gezahlt. Der einzelne Bezieher von Arbeitslosengeld I hat keinen Beitragszuschlag zu entrichten, solange die Bundesagentur für Arbeit nicht von der ihr eingeräumten Möglichkeit Gebrauch macht, hinsichtlich der übernommenen Beiträge Rückgriff bei den Beziehern von Arbeitslosengeld I zu nehmen.

Mutterschafts- und Erziehungsgeld sind beitragsfrei. Die Beiträge werden von den Beschäftigten und ihren Arbeitgebern in allen Bundesländern außer in Sachsen je zur Hälfte aufgebracht. Im Bundesland Sachsen tragen die Arbeitnehmer



1,35 Prozent (1,60 Prozent für Kinderlose) und die Arbeitgeber 0,35 Prozent des Beitrags. Dafür blieb den sächsischen Arbeitnehmern der Buß- und Betttag als Feiertag erhalten, der in den anderen Bundesländern zur Kompensation des Arbeitgeberanteils abgeschafft wurde.

Die Beiträge der Rentner aus der Rente sowie Beiträge für Versorgungsbezüge oder Arbeitseinkommen tragen die Rentner selbst.

Beschäftigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss die Hälfte des Beitrags, der aus dem Arbeitsentgelt zur sozialen Pflegeversicherung zu zahlen ist. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilmäßig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

Der Pflegeversicherungsbeitrag wird wie in der gesetzlichen Krankenversicherung bemessen, d.h. es werden die gleichen Einnahmen, die in der Krankenversicherung beitragspflichtig sind, zur Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrages herangezogen. Personen, die über kein oder nur ein geringfügiges Einkommen verfügen, zahlen einen Mindestbeitrag.

Zahlungsweise

Der Pflegeversicherungsbeitrag wird in gleicher Weise gezahlt wie der Krankenversicherungsbeitrag. Bei den in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Arbeitnehmern behält der Arbeitgeber den Pflegeversicherungsbeitrag zusammen mit dem Krankenversicherungsbeitrag vom Lohn ein und überweist ihn an die Pflegekasse (Krankenkasse). Arbeitnehmer, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und ihren Krankenversicherungsbeitrag selbst direkt an die Krankenkasse zahlen, müssen auch den Pflegeversicherungsbeitrag an die zuständige Krankenkasse zugunsten der Pflegeversicherung bezahlen.

Beitragsübernahme und Beitragsfreiheit

- Bei Beziehern von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld zahlt die Bundesagentur für Arbeit die Beiträge, bei Beziehern von Arbeitslosengeld II die Bundesagentur für Arbeit oder die zugelassenen kommunalen Träger, bei Rehabilitation der Rehabilitationsträger, bei Behinderten in Einrichtungen der Träger der Einrichtung, bei Empfängern von sonstigen Sozialleistungen zum Lebensunterhalt der zuständige Sozialleistungsträger.
- Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Recht der Sozialhilfe (SGB XII) sind in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig, sofern sie freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Der Träger der Sozialhilfe trägt die Beiträge zusammen mit den Krankenversicherungsbeiträgen.
- Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und hierfür Leistungen nach anderen Rechtsgrundlagen erhalten, zum Beispiel aus der gesetzlichen Unfallversicherung, sind auf Antrag beitragsfrei versichert. Eine Beitragsbefreiung ist allerdings nicht möglich, wenn für Familienangehörige des Versicherten eine Familienversicherung besteht.

Müssen Sie handeln, wenn Sie ...

... pflichtversichert

... familienversichert

... freiwillig versichert

zum Beispiel ...

- Arbeitnehmer
- Rentner
- Studenten
- Bezieher von:
Arbeitslosengeld,
Arbeitslosengeld II,
Unterhaltsgeld
- Rehabilitanden
- Behinderte in
Einrichtungen
- Empfänger von
Krankengeld,
Verletztengeld
oder
Übergangsgeld.

- Ehegatten
- Lebenspartner und
Kinder, wenn das
monatliche Gesamt-
einkommen
regelmäßig
350 Euro bzw. bei
geringfügig
Beschäftigten
400 Euro nicht
überschreitet.

- Arbeitnehmer
- Rentner
- Beamte
- selbstständig Tätige
- Hausfrauen
- sonstige freiwillig
Versicherte

... beim Versicherungsschutz?

Nein

Pflichtmitglieder der GKV werden automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert.

Nein

Sie sind mit dem Mitglied in der Pflegeversicherung automatisch mitversichert.

Nein

Wenn Sie keinen Befreiungsantrag stellen, werden Sie automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert.

Ja

Sie können sich beim Nachweis einer privaten Pflegeversicherung von der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen (der Antrag ist binnen drei Monaten nach Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Pflegekasse zu stellen).

... pflichtversichert

... familienversichert

... freiwillig versichert

... bei der Beitragszahlung?

Nein

Der Arbeitgeber zieht auch den Arbeitnehmeranteil ein, bei Renten übernimmt dies der Rentenversicherungsträger. Bei den Sozialleistungen übernehmen die Leistungsträger die Beitragszahlung.

Ja

Wenn Sie als Student versichert sind, müssen Sie ebenso wie in der Krankenversicherung auch in der Pflegeversicherung Ihren Beitrag selbst zahlen.

Nein

Es wird kein gesonderter Beitrag erhoben.

Ja

Sie müssen den Beitrag selbst an die Pflegekasse bei Ihrer Krankenkasse zahlen. Der Beitragsanteil des Arbeitgebers oder des Rentenversicherungsträgers wird Ihnen ausgezahlt. Beamte und Soldaten erhalten keinen Beitragszuschuss.

Müssen Sie handeln, wenn Sie ...

... zur Bundeswehr gehen?	... einen privaten Krankenversicherungsvertrag abschließen?	... ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen
---------------------------	---	---

	zum Beispiel ...	
<p>a) Wehrpflichtige</p> <p>b) Zeitsoldaten (die nicht krankenversichert sind)</p> <p>c) Berufssoldaten (die nicht krankenversichert sind)</p>		<p>a) wenn das Versicherungsverhältnis nicht endet, z. B. bei befristeter Entsendung auf Montage</p> <p>b) wenn das Versicherungsverhältnis nicht endet, als Bezieher einer gesetzlichen Rente bei Wohnortverlegung ins EU-Ausland</p> <p>c) wenn das Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung endet</p>

... beim Versicherungsschutz?

<p>Nein</p> <p>a) + b)</p> <p>Sie werden automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert.</p> <p>Ja</p> <p>c) Sie müssen eine private Pflegeversicherung abschließen.</p>	<p>Nein</p> <p>Wenn Sie nur eine private Zusatzversicherung, z. B. Krankenhaustagegeld oder Reisekrankenversicherung abzuschließen.</p> <p>Ja</p> <p>Sie müssen auch eine private Pflegeversicherung abschließen.</p>	<p>Nein</p> <p>a) Nein</p> <p>a) Über die Leistungen in dem jeweiligen EU-Land informiert Sie Ihre Pflegekasse.</p> <p>Ja</p> <p>b) Sie können sich weiterversichern. Der Antrag muss spätestens 1 Monat nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden.</p>
---	---	---

... zur Bundeswehr gehen?

... einen privaten Krankenversicherungsvertrag abschließen?

... ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen

... bei der Beitragszahlung?

Nein

a) der Beitrag wird vom Bund gezahlt.

Ja

b) + c)

Zeitsoldaten müssen den Beitrag selbst an die Pflegekasse bei ihrer Krankenkasse zahlen. Berufssoldaten müssen die Prämie selbst an ihre Versicherung zahlen. Beide erhalten keinen Beitragszuschuss.

Ja

Sie zahlen die Prämie selbst an Ihre Versicherung. Der Beitragsanteil des Arbeitgebers wird Ihnen ausgezahlt. Beamte und Soldaten erhalten keinen Beitragszuschuss.

Nein

a) Der Arbeitgeber zahlt die Beiträge weiterhin.

Nein

b) Der Rentenversicherungsträger zahlt die Beiträge weiterhin.

Ja

c) Den ermäßigten Beitrag für Ihre Weiterversicherung müssen Sie selbst an Ihre Pflegekasse zahlen.

Sicherstellung der Versorgung

Die Pflegekassen sind dazu verpflichtet, die pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

Zur Erfüllung dieses Auftrags schließen die Pflegekassen Versorgungsverträge mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern.

Dazu gelten folgende Regelungen:

Verträge mit Pflegeeinrichtungen

Die Pflegekassen dürfen zur Sicherstellung der häuslichen, teilstationären oder vollstationären Pflege nur ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen, mit denen ihre Landesverbände einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Durch den Versorgungsvertrag werden die Pflegeeinrichtungen zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet und haben dafür einen Anspruch auf leistungsgerechte Vergütung der von ihnen erbrachten Leistungen durch die Pflegekassen.

Für den Abschluss eines Versorgungsvertrages ist für die Pflegekasse entscheidend, ob die Einrichtung die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten bietet. Dabei sind private Anbieter mit den freigemeinnützigen Einrichtungen der Wohlfahrtspflege gleichgestellt. Mit dem Abschluss eines Versorgungsvertrags verpflichten sich die Einrichtungen auch zu einer internen Qualitätskontrolle ihrer Leistungen.

Pflegevergütung bei ambulanter Pflege

Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen wird zwischen den Pflegediensten und den Kostenträgern auf Landesebene ausgehandelt. Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben in einer Bundesempfehlung zur Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen so genannte Leistungskomplexe erarbeitet, die mit regionalen Abweichungen in den Ländern vertraglich vereinbart wurden.

In einem Leistungskomplex sind Pflegeverrichtungen zu **Leistungspaketen zusammengefasst**, die häufig in Anspruch genommen werden oder die typischerweise zusammengehören. Beispiel: alle Tätigkeiten rund um ein Dusch- oder Vollbad des Pflegebedürftigen bzw. eine Ganzkörperwäsche im Pflegebett gehören zum Leistungskomplex „Ganzwaschung“. Dabei ist festgelegt, welche Leistungen das jeweilige Leistungspaket enthält – im Falle der Ganzwaschung beispielsweise außer dem Bad selbst die Hautpflege, Mund- und Zahnpflege, Haarpflege, Nagelpflege sowie das An- und Auskleiden.



Für jedes der Leistungspakete wurde der durchschnittlich erforderliche Zeitaufwand erfasst und in Punktzahlen umgerechnet, aus denen sich die jeweilige Vergütung bzw. der Preis des Leistungskomplexes ergibt.

Mancherorts gibt es auch Vereinbarungen für die Abrechnung von Pflegeleistungen auf Stundenbasis.

Pflegesätze bei stationärer Pflege

Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze in der voll- und teilstationären Pflege werden zwischen den Kostenträgern und den Trägern der Pflegeheime vereinbart. Im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen hat dabei jede Pflegeeinrichtung einen gesetzlich verbrieften Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung, die es ihr ermöglicht, ihren Versorgungsauftrag bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu erfüllen. Dazu gehört auch die Finanzierung des für eine wirksame und qualitativ hochwertige Pflege notwendigen Personals nach Art, Qualifikation und Zahl.

Die Verhandlungspartner auf Kostenträgerseite stehen allerdings in der Pflicht, nur Pflegesätzen und Entgelten für Unterkunft und Verpflegung zuzustimmen, die den Bemessungsgrundsätzen der Leistungsgerechtigkeit und der Wirtschaftlichkeit gerecht werden.

Pflegeeinrichtungen, die auf eine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen verzichten oder mit denen eine solche Vereinbarung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre Pflegeleistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren. Den Pflegebedürftigen werden die Kosten für die Leistungen von den Pflegekassen in diesem Fall aber nur bis zu 80 Prozent ihres jeweiligen Leistungsanspruchs erstattet. Eine weitergehende Kostenerstattung durch die Träger der Sozialhilfe ist in diesem Fall nicht möglich.



Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen

Die Pflegeversicherung kann ihre Aufgabe nur erfüllen, wenn sie auf ein ausreichendes, möglichst flächendeckendes Versorgungsangebot leistungsfähiger, sparsamer und eigenverantwortlich wirtschaftender Pflegeeinrichtungen (Sozialstationen, Pflegeheime, teilstationäre Einrichtungen) in freigemeinnütziger, privater und öffentlicher Trägerschaft zurückgreifen kann.

Für den Auf- und Ausbau der pflegerischen Infrastruktur sind die Länder verantwortlich. Zur Finanzierung der Investitionskosten sollen die Länder Mittel einsetzen, die sie durch die Einführung der Pflegeversicherung bei den Aufwendungen für die Sozialhilfe einsparen.

Soweit die Investitionskosten nicht durch öffentliche Fördermittel in vollem Umfang gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung den nicht gedeckten Teil den Pflegebedürftigen gesondert in Rechnung stellen.

Qualitätssicherung

Durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG), das am 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist, wurden gesetzliche Grundlagen zur **Sicherung der Qualität der Betreuung und Pflege in Heimen und Pflegediensten geschaffen und die Verbraucherrechte geschützt und gestärkt.**

Die Pflegequalität wird zum einen durch Vereinbarungen der Pflegeselbstverwaltung, zum anderen durch eine strengere Prüfung der Pflegequalität und die verbesserte Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht gesichert und weiterentwickelt.

Das Gesetz soll pflegebedürftigen Menschen dabei helfen, trotz ihrer Abhängigkeit von fremder Hilfe ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen und sich in den Institutionen der Pflege, vor allem im Pflegeheim, besser zurechtzufinden und einen Einfluss auf ihr Lebensumfeld und ihre Lebensgestaltung zu bewahren.

Die Pflegequalität in den Heimen und ambulanten Pflegeeinrichtungen steht und fällt mit der Qualifikation und der Anzahl der in ihnen arbeitenden Pflegefachkräfte. Das PQsG enthält Regelungen zur ausreichenden Personalbemessung in den Pflegeheimen. Die Vertragspartner sind künftig dazu verpflichtet, landesweite Personalbedarfsermittlungsverfahren oder Richtwerte zur Personalausstattung zu



vereinbaren. Mit den jeweiligen Pflegeheimen sind Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zu treffen.

Die bislang vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung wurden neu strukturiert und mit Regelungen zur besseren Zusammenarbeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und der Heimaufsicht versehen.

Die Landesverbände der Pflegekassen haben die Möglichkeit, die Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der ambulanten und stationären Pflegeleistungen durch geeignete, von ihnen bestellte Sachverständige prüfen zu lassen.

Private Pflege-Pflichtversicherung

In der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind diejenigen Personen versichert, die ihr Krankheitsrisiko bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung abgesichert haben. Diese Zuordnung entspricht dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ und vermeidet Abgrenzungsstreitigkeiten zwischen den Leistungen der Kranken- und der Pflegekassen.

Versicherungspflicht

Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht für:

- alle privat Krankenversicherten mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen;
- Beamte und Personen, die nach gleichen Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe bei Pflegebedürftigkeit haben; diese müssen eine anteilige (beihilfekonforme) Versicherung abschließen;
- Heilfürsorgeberechtigte, die nicht in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind (zum Beispiel Soldaten, Polizeibeamte, Feuerwehrleute);
- Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahn.



Keine Versicherungspflicht in der privaten Pflege-Pflichtversicherung besteht für Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Pflegeleistungen nach § 35 Abs. 6 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 44 Abs. 5 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch, nach § 34 Beamtenversorgungsgesetz oder nach den Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen. Dies gilt allerdings nur, sofern

sie keine Familienangehörigen haben, für die in der sozialen Pflegeversicherung eine Familienversicherung bestünde.

Wahlrecht

Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind – dies gilt vor allem für Beamte, Richter, Soldaten und Selbstständige sowie für Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze –, haben das Recht, sich privat gegen das Pflegerisiko zu versichern, wenn sie sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Der Antrag auf Befreiung muss innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden.



Der Versicherungsvertrag

Die private Pflege-Pflichtversicherung ist grundsätzlich bei dem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen, bei dem auch der Krankenversicherungsvertrag besteht. Die Versicherten erhalten jedoch die Möglichkeit, innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht ein anderes privates Versicherungsunternehmen zur Absicherung des Pflegerisikos zu wählen. Heilfürsorgeberechtigte und Beamte, die über Sondersysteme gegen das Krankheitsrisiko abgesichert und daher nicht bei einem privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert sind, können die Pflegeversicherung bei einem Unternehmen ihrer Wahl abschließen.

Leistungen und Besonderheiten

Der Pflegeversicherungsvertrag muss Leistungen vorsehen, die denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes schließt ein, dass die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet sind, Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung zur Alterssicherung der Pflegeperson in gleichem Umfang wie die Pflegekassen zu entrichten und für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie die soziale Pflegeversicherung anzulegen.

Die privaten Pflege-Pflichtversicherungen bieten also grundsätzlich denselben Leistungsumfang wie die gesetzlichen Pflegekassen. In der Praxis bestehen in folgenden Punkten Unterschiede für privat Versicherte:

- **Prämie:** Wie in der privaten Krankenkasse auch zahlen junge Versicherte bei den Privaten in der Regel niedrigere Versicherungsprämien als in den gesetzlichen Pflegekassen. Im Alter können die Prämien auch darüber liegen. Bei Versicherten, die schon länger als fünf Jahre privat krankenversichert sind, dürfen die Prämien zur privaten Pflegeversicherung jedoch nicht höher sein als der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung. Ehepartner sind bei den Privaten nicht automatisch mitversichert. Es besteht lediglich für einen Ehepartner mit geringem eigenen Einkommen eine Prämienvergünstigung.
- **Einstufungsverfahren:** Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in eine Pflegestufe wird in der privaten Pflege-Pflichtversicherung nicht vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, sondern von der privaten Firma „Medicproof – Gesellschaft für Medizinische Gutachten mbH“ durchgeführt.
- **Leistungen:** Wie bei der privaten Krankenversicherung müssen die Versicherungsleistungen zunächst selbst bezahlt werden. In der privaten Pflege-Pflichtversicherung wird deshalb nicht zwischen Geld- und Sachleistung unterschieden – das bedeutet, der Pflegebedürftige erhält nur Geldleistungen. Nimmt er professionelle Pflegekräfte in Anspruch, erstattet die Versicherung die gezahlten Honorare bis zur Höhe des Werts der „Sachleistung“, die ihm als gesetzlich Versicherter zustehen würde.

Bedingungen für private Versicherungsunternehmen

Um sicherzustellen, dass Personen, die sich privat pflegeversichern wollen oder müssen, ihren Versicherungsschutz zu sozialverträglichen Bedingungen erhalten können, ist den Versicherungsunternehmen Folgendes vorgeschrieben:

- die Unternehmen sind zum Vertragsabschluss verpflichtet („Kontrahierungszwang“),
- kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten und keine Zuschläge,
- kein Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen,

- keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
- keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
- keine Prämienerrhöhung, die den Höchstbetrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt (bei Beihilfeberechtigten mit Teilkostentarif 50 Prozent des Höchstbetrages),
- die prämienfreie Mitversicherung der nicht erwerbstätigen Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen wie in der sozialen Pflegeversicherung,
- für Ehegatten oder Lebenspartner keine Prämie in Höhe von mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat 350 Euro, bzw. 400 Euro bei gleichzeitiger Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung, überschreitet.



Neu Versicherte ab 1. Januar 1995

Die umfangreichen gesetzlichen Vorgaben zur sozialverträglichen Durchführung der privaten Pflege-Pflichtversicherung gelten für alle Verträge von Versicherten, die zum Zeitpunkt des Beginns der Pflegeversicherung, also zum 1. Januar 1995, automatisch in die Versicherungspflicht einbezogen worden sind.



Für Personen, die sich erst nach In-Kraft-Treten des Pflege-Versicherungsgesetzes privat krankenversichert haben und damit in der privaten Pflegeversicherung versicherungspflichtig wurden, gelten nicht mehr alle Sozialverträglichkeitsvorgaben. Es sind vielmehr folgende Ausnahmen vorgesehen:

- Die Begrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung gilt erst, wenn der Versicherungsnehmer eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der privaten Pflegeversicherung oder der privaten Krankenversicherung nachweisen kann.
- Eine Staffelung der Prämien nach dem Gesundheitszustand ist möglich, Risikozuschläge sind jedoch nur zulässig, soweit die Vorgaben über den Höchstbetrag eingehalten werden.

- Eine Prämienermäßigung für den nicht erwerbstätigen Ehegatten oder Lebenspartner ist nicht mehr vorgesehen.

Diese Lockerung der Rahmenbedingungen für die Durchführung der Pflegeversicherung bei den so genannten Neuzugängen nach dem 1. Januar 1995 wurde zugelassen, weil der Personenkreis, der sich heute für die private Krankenversicherung entscheidet, weiß, dass er damit gleichzeitig auch eine Entscheidung im Hinblick auf die private Pflegeversicherung trifft. Wer in die private Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung wechseln will, kennt also die Bedingungen, auf die er sich einlässt. Das Schutzbedürfnis besteht nicht mehr in dem Umfang wie bei dem Personenkreis, der zum 1. Januar 1995 zwangsweise der privaten Pflegeversicherung zugewiesen wurde. Für diesen bestand zudem ein Kündigungsrecht mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht.

Prämienzuschuss



Arbeitnehmer, die Mitglied einer privaten Pflege-Pflichtversicherung sind, erhalten einen Prämienzuschuss ihres Arbeitgebers in Höhe von 50 Prozent bis zur Höchstgrenze des Arbeitgeberbeitrages in der sozialen Pflegeversicherung.

Der Zuschuss wird für eine private Pflegeversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

- die Pflegeversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
- sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
- die Pflegeversicherung nur zusammen mit der Krankenversicherung, nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt.

Darüber hinaus muss das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer eine Bescheinigung aushändigen, aus der hervorgeht, dass die Aufsichtsbehörde dem Unternehmen bestätigt hat, die Versicherung nach den vorgenannten Voraussetzungen zu betreiben. Diese Bescheinigung muss der Versicherte seinem Arbeitgeber vorlegen.

Kein Prämienzuschuss für Beamte

Bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind, tritt an die Stelle des Zuschusses die Beihilfe oder Heilfürsorge des Dienstherrn zu Aufwendungen aus Anlass der Pflege.

Kündigungsrecht

Personen, die in der Sozialversicherung versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen.

Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige und Lebenspartner, wenn für sie eine Familienversicherung eintritt.

Fragen und Antworten

Leistungsrecht

1. Was passiert, wenn die Pflegestufe I nicht erreicht wird?

Hilfebedürftige Menschen, die die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht erfüllen, erhalten keine Leistungen der Pflegeversicherung. Sie müssen die notwendigen Hilfeleistungen selbst finanzieren. In der Regel wird es sich dabei um Verrichtungen der hauswirtschaftlichen Versorgung handeln oder um ein- bis zweimalige Hilfeleistungen in der Woche zum Beispiel beim Waschen oder Baden. In diesen Fällen sieht es der Gesetzgeber als zumutbar an, dass solche Hilfeleistungen aus eigenen Mitteln finanziert werden. Ist der Hilfebedürftige dazu nicht in der Lage, hat er die Möglichkeit, Leistungen auf der Grundlage des Rechts der Sozialhilfe (SGB XII) zu beantragen.

2. Was geschieht mit einem Pflegeheimbewohner, der die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht erfüllt?

Für pflegebedürftige Heimbewohner, die die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht erfüllen, bestehen keine Leistungsansprüche gegen ihre Pflegekasse. Zur Deckung der Kosten der stationären Betreuung müssen sie zunächst eigenes Einkommen und Vermögen einsetzen. Soweit dies nicht ausreicht, ist durch das Recht der Sozialhilfe (SGB XII) sichergestellt, dass Pflegebedürftigen unterhalb der Pflegestufe I auch in teil- und vollstationären Einrichtungen Hilfe zur Pflege nach dem Recht der Sozialhilfe (SGB XII) gewährt werden kann.

3. Wem steht der Anspruch auf das Pflegegeld zu? Dem Pflegebedürftigen oder dem pflegenden Angehörigen?

Der Leistungsanspruch steht dem Pflegebedürftigen, bei pflegebedürftigen Kindern den sorgeberechtigten Eltern oder dem sorgeberechtigten Elternteil, dem Vormund usw. zu. Das Pflegegeld soll pflegebedingte Mehraufwendungen auffan-



gen und zusätzlich den Pflegebedürftigen in die Lage versetzen, der Person, die die Pflege übernimmt, eine materielle Anerkennung zukommen zu lassen.

4. Warum ist die Pflegesachleistung höher als die Geldleistung derselben Pflegestufe?

Die Beträge für die Sachleistungen liegen deshalb höher, weil bei den Dienstleistungen von Pflegeeinrichtungen, die mit den Pflegekassen Verträge abgeschlossen haben, andere Kosten wie z. B. Steuern, Sozialversicherungsbeiträge, Verwaltungskosten anfallen als bei einer in häuslicher Umgebung ehrenamtlich tätigen Pflegeperson. Für diese stellt das vom Pflegebedürftigen nach dessen Ermessen ganz oder teilweise weitergegebene Pflegegeld keine Entlohnung, sondern eine Anerkennung ihrer Pflege dar.

Eine Anhebung der Geldleistung auf die Höhe der Sachleistung, die von manchen gefordert wird, kommt aus grundsätzlichen Erwägungen nicht in Betracht. Denn sie hätte zur Folge, dass letztlich kein Leistungserbringer mehr bereit wäre, mit den Pflegekassen einen Versorgungs- und Vergütungsvertrag zu schließen und sich den damit verbundenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen zu unterwerfen, wenn er über das Pflegegeld von dem Pflegebedürftigen eine Vergütung in gleicher Höhe ohne einengende Reglementierung erhalten könnte.

Außerdem würde eine Anhebung des Pflegegeldes auf die Höhe der Sachleistung zwangsläufig dazu führen, dass in den meisten Fällen, in denen heute unentgeltlich Pflegepersonen tätig werden und ein Pflegegeld beansprucht wird, ein Beschäftigungsverhältnis mit entsprechend höheren Leistungen abgeschlossen würde. Damit würde unweigerlich der Finanzrahmen der Pflegeversicherung gesprengt. Um das System finanzierbar zu halten, müsste die Höhe der Sachleistung abgesenkt werden. Dies wiederum würde diejenigen Pflegebedürftigen belasten, die auf professionelle Pflege angewiesen sind und daher die Sachleistung benötigen. Sie würden dann geringere Leistungen erhalten, als das Gesetz sie jetzt vorsieht.



5. Wie wird die Kombinationsleistung berechnet?

Wird die Sachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes Pflegegeld beansprucht werden. Das Pflegegeld wird dabei um den Prozentsatz gemindert, in dem Sachleistungen in Anspruch genommen werden.

Nimmt zum Beispiel ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II, dem Pflegesachleistungen im Gesamtwert bis zu 921 Euro monatlich zustehen, nur Sachleistungen im Wert von ca. 460 Euro in Anspruch, sind dies etwa 50 Prozent des ihm zustehenden Sachleistungshöchstwertes. Daneben kann er noch 50 % der Pflegegeldsumme, die ihm zustehen würde, wenn er ausschließlich das Pflegegeld bezöge, beanspruchen. Dies sind im Beispielfall für Pflegestufe II 410 Euro; also könnte er bei einem restlichen Anspruch von 50 Prozent noch etwa 205 Euro Pflegegeld neben der Sachleistung beanspruchen.



6. Kann der Pflegebedürftige bei häuslicher Pflege einen Pflegedienst, bei stationärer Pflege ein Pflegeheim frei wählen?

Grundsätzlich können die Pflegebedürftigen zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Dabei ist auch auf die Konfession der Pflegebedürftigen Rücksicht zu nehmen.

Da in den Versorgungsverträgen der örtliche Einzugsbereich so festgelegt ist, dass lange Anfahrtswege möglichst vermieden werden, kann ein Pflegebedürftiger einen außerhalb dieses Einzugsbereiches liegenden Pflegedienst nur dann in Anspruch nehmen, wenn er die damit verbundenen Mehrkosten selbst trägt.

Wenn die leistungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, kann der Pflegebedürftige zwischen allen stationären Pflegeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag haben, frei wählen.

7. Gibt es auch Leistungen für psychisch Kranke oder verwirrte ältere Menschen, die nicht alleine gelassen werden dürfen?

Psychisch kranke oder geistig verwirrte Menschen erhalten dann Leistungen, wenn sie – wie andere pflegebedürftige Menschen auch – mindestens die Voraussetzungen der erheblichen Pflegebedürftigkeit erfüllen. Den besonderen Bedürfnissen der psychisch Kranken wird insoweit Rechnung getragen, als auch die Anleitung und Beaufsichtigung bei den im Gesetz genannten Verrichtungen der Körperpflege, der Mobilität oder der Ernährung und der hauswirtschaftlichen Versorgung berücksichtigt werden.

Psychisch kranke oder demenzkranke Menschen, die nicht alleine gelassen werden dürfen, haben in aller Regel auch Hilfebedarf z. B. bei der Körperpflege, im Umgang mit Wasser und elektrischen Geräten und bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Nach gegenwärtigem Stand werden psychisch kranke und verwirrte Menschen von der Pflegeversicherung in großem Umfang erreicht. Untersuchungen haben ergeben, dass die Anträge psychisch Kranker eher seltener abgelehnt werden und im Vergleich zu Personen mit körperlichen Erkrankungen und Behinderungen öfter den höheren Pflegestufen zugeordnet werden.

Zum 1. Januar 2002 ist das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz in Kraft getreten, das eine Reihe von Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vorsieht. Neben einem zusätzlichen Betreuungsbetrag für diese Pflegebedürftigen in Höhe von 460 Euro jährlich werden Beratungsangebote für die Betroffenen und ihre Angehörigen erweitert und qualifiziert, vor allem die Beratungsangebote im häuslichen Bereich.

Innovativ und zukunftsweisend ist die vorgesehene finanzielle Förderung des Auf- und Ausbaus von so genannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie die Förderung von Modellprojekten zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und -konzepte, insbesondere für demenzkranke Menschen. Es sollen auf diese Weise Impulse zur Schaffung eines Netzes von abgestuften bedürfnisorientierten und gemeindenahen Hilfen und Versorgungsangeboten gegeben werden.



8. Werden die Leistungen gekürzt, wenn der Antragsteller über ein gutes Einkommen oder Vermögen verfügt?

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden einkommens- und vermögensunabhängig gezahlt. Sie werden nicht gekürzt, wenn der Antragsteller über ein gutes Einkommen oder Vermögen verfügt, denn der Versicherte hat für diese Versicherungsleistung Beiträge bezahlt.

Lediglich die finanziellen Zuschüsse der Pflegekassen für Maßnahmen zur Wohnungsanpassung werden unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen bemessen.

9. Ist ein Schwerbehinderter automatisch leistungsberechtigt in der Pflegeversicherung?

Nein; die Feststellung der Schwerbehinderung und die Feststellung der Pflegebedürftigkeit unterscheiden sich grundsätzlich voneinander. Die Art und der Grad der Behinderung sagen nicht zwangsläufig und in jedem Fall etwas über einen pflegerischen Bedarf bei bestimmten Verrichtungen aus. Schwerbehinderte erhalten daher nur dann Leistungen, wenn sie mindestens die Voraussetzungen der erheblichen Pflegebedürftigkeit erfüllen – das heißt, bei mindestens zwei Verrichtungen der Körperpflege, der Mobilität oder der Ernährung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung täglichen Hilfebedarf in einem Mindestzeitaufwand von 90 Minuten haben. Davon müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen.



10. Wie ist das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Pflegeleistungen?

Entschädigungsleistungen

Entschädigungsleistungen z. B. aus einem Dienst- oder Arbeitsunfall oder einer Wehr- oder Zivildienstbeschädigung gehen den Leistungen der Pflegeversicherung vor. Sind die Entschädigungsleistungen geringer oder umfassen sie nicht alle Leistungen der Pflegeversicherung nach Art und Höhe, können die entsprechenden Leistungen der Pflegeversiche-



zung beansprucht werden. Ist bei den Entschädigungsleistungen beispielsweise keine eigenständige soziale Sicherung der häuslichen Pflegeperson vorgesehen, entrichtet die Pflegeversicherung entsprechend dem Umfang der geleisteten Pflege Beiträge an den Rentenversicherungsträger.

Fürsorgerische Leistungen

Sind die Ansprüche fürsorgerischer Natur (z. B. Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge, Lastenausgleich), so gehen die Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Das Pflegegeld nach dem Recht der Sozialhilfe (SGB XII) wurde mit dem Pflegegeld der Pflegeversicherung harmonisiert; ebenso die Beträge der Kriegsopferfürsorge. Beide Systeme sehen die Anrechnung des Pflegegeldes nach dem Pflegeversicherungsgesetz in voller Höhe vor.

Zusätzliche Leistungen aus Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge sind möglich, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung zur Deckung des individuellen Pflegebedarfs nicht ausreichen. Bei häuslicher Pflege ist dies denkbar, wenn die nach dem Höchstwert der jeweiligen Pflegestufe möglichen Pflegeeinsätze ausgeschöpft sind, der Pflegebedürftige jedoch weitere Pflegeeinsätze benötigt, um stationäre Pflege zu vermeiden. Bei stationärer Pflege kann ein Aufstocken durch die Sozialhilfe erforderlich werden, wenn die pflegebedingten Aufwendungen nach der Pflegesatzvereinbarung höher sind als die Leistungen der Pflegeversicherung bei stationärer Pflege (Übernahme der pflegebedingten Aufwendungen bis zu 1.432 Euro monatlich, in Härtefällen bis zu 1.688 Euro monatlich).



11. Auf welche Leistungen wird das Pflegegeld angerechnet?

Blindenhilfe?

Die Leistungen der Blindenhilfe dienen nicht völlig dem gleichen Zweck wie die Leistungen der Pflegeversicherung. Eine Anrechnung des Pflegegeldes kommt deshalb nur teilweise in Betracht. In welchem Umfang Leistungen der Blindenhilfe neben dem Pflegegeld erbracht werden, regelt der Landesgesetzgeber.

Eingliederungshilfe?

Die Leistungen der Eingliederungshilfe bleiben von den Leistungen der Pflegeversicherung unberührt.

Andere Leistungen der Sozialhilfe?

Das Pflegegeld wird auf das im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem Recht der Sozialhilfe (SGB XII) zustehende Pflegegeld angerechnet.

Bei anderen von der Bedürftigkeit abhängigen Leistungen nach dem Recht der Sozialhilfe (SGB XII) bleibt das Pflegegeld unberücksichtigt. Dies gilt insbesondere für Hilfe zum Lebensunterhalt, die der Pflegebedürftige erhält.

Leistungen nach Landespflegegesetzen?

Die Landespflegegesetze sehen Regelungen vor, nach denen gleichartige Leistungen nach anderen Gesetzen anzurechnen sind. Das Pflegegeld wird deshalb grundsätzlich auf das Landespflegegeld angerechnet. Nähere Einzelheiten dazu regelt das jeweilige Landespflegegesetz.

Unterhalt?

Nein; bei einem Unterhaltsanspruch des Pflegebedürftigen selbst findet § 1610 a Bürgerliches Gesetzbuch Anwendung, der die widerlegbare Vermutung aufstellt, dass eine Sozialleistung die Kosten deckt, für die sie gezahlt wird. Beim Pflegegeld bedeutet dies, es wird vermutet, dass es im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit verbraucht wird und deshalb nicht zur Unterhaltsgewährung zur Verfügung steht.

12. Wird das weitergegebene Pflegegeld berücksichtigt bei ...

... der Steuer?

Das an pflegende Angehörige weitergegebene Pflegegeld bleibt steuerfrei; das gilt auch, wenn das Pflegegeld an Nachbarn oder Freunde weitergegeben wird und die Pflege auf einer sittlichen Verpflichtung beruht.

... dem Arbeitslosengeld?

Bei der Pflege naher Angehöriger wird davon ausgegangen, dass sich die Pflege im Rahmen familiärer Beziehungen abspielt. Das weitergegebene Pflegegeld wird deshalb nicht als Einkommen angerechnet.

Wird die Pflege durch Nachbarn oder Freunde durchgeführt, wird das Pflegegeld berücksichtigt, wenn bei der Pflege von einem Beschäftigungsverhältnis auszugehen ist. Wird in diesem Fall durch die Pfl egetätigkeit die Grenze der Kurzzeitigkeit (weniger als 15 Stunden) überschritten, entfällt der Anspruch auf Arbeitslosengeld. Wird sie nicht überschritten, wird das aus der Pfl egetätigkeit erzielte Einkommen unter Berücksichtigung eines Freibetrages angerechnet (§ 114 Drittes Buch Sozialgesetzbuch). Ob es sich im Einzelfall um ein Beschäftigungsverhältnis handelt, sollte möglichst vorab mit der zuständigen Agentur für Arbeit geklärt werden.



Der Anspruch auf Arbeitslosengeld entfällt, wenn die Pflegeperson dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht.

... dem Arbeitslosengeld II?

Die nicht steuerpflichtigen Einnahmen einer Pflegeperson für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung werden nicht als Einkommen auf das Arbeitslosengeld II angerechnet.

Anspruch auf Arbeitslosengeld II besteht auch, wenn die bedürftige Pflegeperson zwar erwerbsfähig ist, d.h. ohne die Pflege eine Erwerbstätigkeit aufnehmen könnte, aber wegen der Pflege dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht. Denn die Aufnahme einer Arbeit ist dann nicht zumutbar, wenn die Ausübung der Arbeit mit der Pflege eines Angehörigen nicht vereinbar wäre und die Pflege nicht auf andere Weise sicher gestellt werden kann.

... der Sozialhilfe?

Pflegegeld, das der Pflegebedürftige an einen ihn pflegenden Angehörigen weitergibt, wird bei diesem nicht als Einkommen berücksichtigt. Das an Nachbarn oder Freunde weitergegebene Pflegegeld wird nur dann als Einkommen angerechnet, wenn die Pflegeperson mehrere Pflegebedürftige pflegt und deshalb anzunehmen ist, dass die Pfl egetätigkeit auf die Erzielung von Erwerbseinkommen gerichtet ist.

... Unterhaltszahlungen?

Da das Pflegegeld nicht nur dem Pflegebedürftigen selbst, sondern auch der Pflegeperson, die die häusliche Pflege unentgeltlich sicherstellt, möglichst ungeschmälert erhalten bleiben soll, braucht ein Unterhaltsberechtigter, der für die

Pflege­­tätigkeit das Pflegegeld erhält, in der Regel keine Unterhaltskürzung zu befürchten.

Dies gilt besonders für die häufigen Fälle, in denen der Unterhalt von dem anderen Elternteil eines gemeinsamen pflegebedürftigen Kindes bezogen wird. Nur noch ausnahmsweise vermindert der Pflegegeldbezug den Unterhaltsanspruch, nämlich bei bestimmten im Gesetz genannten „unterhaltsrechtlichen Billigkeitstatbeständen“ sowie in den Fällen, in denen der Unterhaltsberechtigte trotz der Pflege eine Erwerbsobliegenheit hat und der Pflegebedürftige zugleich mit dem Unterhaltsverpflichteten nicht in gerader Linie verwandt ist.

Versicherungsrecht

13. Sind auch Pflegebedürftige versicherungspflichtig?

Ja, auch pflegebedürftige Personen sind versicherungspflichtig. Sie erhalten in vollem Umfang Versicherungsschutz und damit die Leistungen der Pflegeversicherung. Die Einbeziehung dieser Personen in die Versicherungspflicht und den Versicherungsschutz war ein zentrales Anliegen des Gesetzgebers.

14. Wer kann sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen?

Da der Gesetzgeber möglichst für die gesamte Bevölkerung einen Pflegeversicherungsschutz sicherstellen und dabei weitestgehend die im Interesse des Einzelnen sinnvolle Einheitlichkeit des Trägers von Kranken- und Pflegeversicherung erreichen wollte, sind die Möglichkeiten der Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung stark eingeschränkt.

Das Recht zur Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung steht nur Personen zu, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind. Voraussetzung ist der Nachweis über den Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages. Die Befreiung ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beantragen.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung sieht das Gesetz nicht vor.



15. Was ist vor einem Befreiungsantrag zu bedenken?

Eine Befreiung kann nur einheitlich für das Mitglied und die mitversicherten Familienangehörigen erteilt werden. Die Befreiung wirkt von Beginn der Versicherungspflicht an und kann nicht widerrufen werden. **Eine Rückkehr zur sozialen Pflegeversicherung ist im Regelfall nicht mehr möglich**, es sei denn, durch eine Veränderung in der Lebenssituation des Einzelnen tritt ein Sachverhalt ein, an den das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung eine Versicherungspflicht oder eine Familienversicherung knüpft.

Darüber hinaus sollte bei einer Befreiung bedacht werden, dass es aus Gründen einer reibungslosen Leistungsabwicklung im Versicherungsfall sinnvoll ist, Kranken- und Pflegeversicherung in demselben System abgeschlossen zu haben.

16. Müssen sich auch Ausländer pflegeversichern?

Ausländer, die einen die Versicherungspflicht auslösenden Tatbestand erfüllen, z. B. in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis stehen, sind ebenfalls in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Auch hier gilt der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Für die Versicherungspflicht ist also nicht die deutsche Staatsbürgerschaft entscheidend. In die Risikogemeinschaft sind in Deutschland versicherte Deutsche und Ausländer gleichermaßen einbezogen. Auch in der privaten Pflegeversicherung gilt, dass ein Ausländer, der privat krankenversichert ist, einen Pflegeversicherungsvertrag abschließen muss, sofern er seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat.

17. Endet die Versicherungspflicht bei Wegzug ins Ausland?

Das Versicherungsverhältnis endet regelmäßig mit dem Verzug ins Ausland. Versicherungspflichttatbestände der deutschen Sozialversicherung gelten im Ausland nicht. Wird ein Beschäftigungsverhältnis in Deutschland jedoch vom ausländischen Wohnort aus begründet, unterliegt der so genannte Grenzgänger aufgrund seines Beschäftigungsverhältnisses in

Deutschland der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung. Rentner, die ins EU-Ausland verziehen und aufgrund ihres Rentenbezuges der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner angehören, bleiben Mitglied in der sozialen Pflegeversicherung.

Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich auf Antrag in der Pflegeversicherung weiterversichern. Der Antrag ist spätestens einen Monat nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse zu stellen.

Für Familienangehörige, die im Inland verbleiben, endet die beitragsfreie Familienversicherung mit dem Tag, an dem das Mitglied seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt. Sie können sich aber selbst innerhalb von drei Monaten nach dem Erlöschen des Anspruchs auf Familienversicherung bei ihrer Pflegekasse weiterversichern und so ihren Pflegeversicherungsschutz erhalten.

18. Kann jemand, der später ins Ausland verziehen möchte, eine Befreiung von der Versicherungspflicht verlangen?

Weder die Behauptung noch die Tatsache, dass jemand später ins Ausland verziehen möchte, führt zu einer Befreiung von der Versicherungspflicht. Dies gilt für ausländische ebenso wie für deutsche Staatsangehörige. Die Pflegeversicherung ist eine Risikoversicherung, bei der im Wege der Umlage durch die zahlenden Versicherungsmitglieder die laufenden Leistungen für die Versicherten finanziert werden, bei denen der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. In der sozialen Pflegeversicherung werden keine Kapitalrückstellungen für den späteren Bedarf vorgenommen. Solange ein Krankenversicherter in der Bundesrepublik Deutschland wohnt, gehört er zu seiner Versichertengemeinschaft, genießt den Versicherungsschutz und muss hierfür Beiträge entrichten.

19. Kann ich eine Rückzahlung meiner Beiträge verlangen, wenn ich ins Ausland ziehe?

Nein, eine Rückzahlung der Beiträge bei Verzug ins Ausland ist nicht vorgesehen. Die Pflegeversicherung ist eine Risikover-



sicherung, die für die Zeit der Versicherung das Pflegerisiko absichert und Beitragsrückzahlungen nicht zulässt.

20. Gibt es private Zusatzversicherungen? Ist deren Abschluss zu empfehlen?

Auch nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung ist die private Vorsorge für den Pflegefall möglich und sinnvoll. Trotz des beachtlichen Leistungsniveaus der gesetzlichen Pflegeversicherung ist es denkbar, dass deren Leistungen, die eine pflegerische Grundversorgung für alle Versicherten gewährleisten, wegen eines pflegebedingten Mehrbedarfs im Einzelfall nicht ausreichen. Zudem erstreckt sich der Versicherungsschutz der gesetzlichen Pflegeversicherung nur auf den rein pflegerischen Bedarf. Kosten, die nicht dem Bereich der Pflege zuzurechnen sind – wie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, allgemeine Betreuungsleistungen – können deshalb von der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht übernommen werden. Sowohl die Versicherten in der sozialen als auch in der privaten Pflegeversicherung sollten daher unter Berücksichtigung ihrer finanziellen und persönlichen Verhältnisse entscheiden, ob sie eine ergänzende private Pflegeversicherung abschließen.

Zusatzversicherungen werden von den privaten Krankenversicherungsunternehmen, aber auch von Lebensversicherungsunternehmen angeboten. Die vom Gesetzgeber für die Pflege-Pflichtversicherung vorgeschriebenen sozialverträglichen Versicherungsbedingungen und Versicherungsprämien gelten jedoch für die freiwilligen privaten Zusatzversicherungen nicht. Die Versicherungsunternehmen können z. B. wegen des hohen Versicherungsrisikos alte und gesundheitlich vorgeschädigte Personen von einer Pflegezusatzversicherung ausschließen (kein Kontrahierungszwang) oder für bestimmte Risikofaktoren (Krankheiten) Risikozuschläge erheben.



**Auskünfte zur privaten Pflegezusatzversicherung gibt
der Verband der privaten Krankenversicherung e.V.,
Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln.**



Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin
www.bmg.bund.de

Stand

Januar 2006 cb

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Bestell-Nr.: G 500

Telefon: 01805 5278 527-1 (0,12 EUR/Min.)

Telefax: 01805 5278 527-2 (0,12 EUR/Min.)

Schriftlich an Herausgeber

E-Mail: info@bmg.bund.de

Internet: www.bmg.bund.de

Schreibtelefon/Fax für Gehörlose und Hörgeschädigte:

01805 996607 (0,12 EUR/Min.)

Gestaltung

Inhalt: Schleuse01 Werbeagentur, www.schleuse01.de

Überarbeitung: Grafischer Bereich des BMAS, Bonn

Druck

Diese Broschüre wurde auf 100 % Recyclingpapier gedruckt.