

PKV-Info



Die Private Pflegepflichtversicherung



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Inhalt

Die Rahmenbedingungen.....	3
Versicherungspflicht in der Privaten Pflegepflichtversicherung	3
Krankenversicherung in der GKV – Pflege in der PKV	4
Die gesetzlichen Regelungen	5
Die Beiträge in der Privaten Pflegepflichtversicherung.....	5
Zuschüsse zum Beitrag	7
Feststellung der Pflegebedürftigkeit	7
Individuelle Pflegeberatung	9
Die Leistungen der Privaten Pflegepflichtversicherung	10
Die Leistungen bei ambulanter Pflege.....	11
Die Leistungen bei teilstationärer Pflege.....	14
Die Leistungen bei vollstationärer Pflege	15
Wichtige Regelungen für Pflegepersonen	15
Die private Pflegezusatzversicherung	17
Die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung.....	17
Nützliche Adressen	18
Weitere Informationen.....	19

Zur finanziellen Absicherung des Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit wurde in Deutschland im Jahr 1995 die Pflegepflichtversicherung eingeführt. Nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ schließen Privatversicherte ihre Pflegeversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen ab. Die gesetzlich Krankenversicherten erhalten den Versicherungsschutz in der Sozialen Pflegeversicherung.

Die Private Pflegepflichtversicherung funktioniert nach dem Prinzip der Kapitaldeckung: Jede Generation von Versicherten sorgt durch die Bildung von Altersrückstellungen frühzeitig für ihr mit dem Alter steigendes eigenes Pflegeisiko vor. Durch diese kapitalgedeckte Finanzierung der Pflegeausgaben werden keine Finanzierungslasten auf kommende Beitragszahlergenerationen verschoben. Vielmehr wird ein Kapitalstock zur Zukunftsvorsorge und Entlastung der nachfolgenden Generation aufgebaut. Diese Kapitalbildung zahlt sich in der Zukunft aus: Sie stabilisiert die Beiträge zur Privaten Pflegeversicherung im Alter und macht die Privatversicherten von der sich ändernden Altersstruktur der Bevölkerung weitgehend unabhängig.

Bei der umlagefinanzierten Sozialen Pflegeversicherung werden die laufenden Pflegekosten dagegen stets von aktuellen, in die Umlage eingezahlten Beiträgen getragen. Eine Vorsorge wird nicht gebildet. Der demografisch bedingte Anstieg der Kosten für die Pflege muss deshalb überwiegend von der jeweils nächsten Generation finanziert werden.



Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung

Kapitalstock zur Zukunftsvorsorge

Die Rahmenbedingungen

Versicherungspflicht in der Privaten Pflegepflichtversicherung

Wer eine private Krankheitsvollversicherung hat und damit der allgemeinen Pflicht zur Versicherung nachkommt, muss auch eine private Pflegepflichtversicherung haben. So ist es im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgelegt. Mit Abschluss des Krankenversicherungsvertrages beginnt die Pflicht zur Versicherung in der Privaten Pflegepflichtversicherung. Innerhalb von sechs Monaten ab diesem Zeitpunkt können Versicherte ihre Pflegeversicherung auch bei einem anderen Versicherungsunternehmen abschließen. Die Leistungen sind allerdings per Gesetz bei allen privaten Krankenversicherungen gleich.

Die Versicherungspflicht in der Privaten Pflegeversicherung besteht auch für privat krankenversicherte Beamte und Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe bei Pflegebedürftigkeit haben,

Versicherungspflicht für Beamte

sowie für Heilfürsorgeberechtigte, die nicht in der Sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, etwa Soldaten oder Polizeibeamte. Sie müssen eine anteilige (beihilfekonforme) Versicherung abschließen.

Privat pflegeversichern müssen sich auch die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB). Die PBeaKK und die KVB dürfen allerdings nicht selbst die Pflegepflichtversicherung durchführen, weshalb von allen privaten Krankenversicherungsunternehmen die Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen (GPV) gegründet wurde. Damit die Versicherten nur einen Ansprechpartner für die Kranken- und Pflegeversicherung haben, hat die GPV die PBeaKK und die KVB beauftragt, die Bestandspflege und Leistungsabwicklung zu übernehmen. Die GPV selbst ist insbesondere für die Beitragskalkulation zuständig.

Nicht versicherungspflichtig in der Privaten Pflegeversicherung sind Pflegebedürftige, die dauerhaft stationäre Pflege in Anspruch nehmen und dafür bereits Pflegeleistungen nach bestimmten Vorschriften, zum Beispiel wegen eines Arbeits- oder Dienstunfalls oder als Kriegsoffer, erhalten. Der Versicherungsschutz für Familienangehörige muss allerdings sichergestellt sein. Auch privat Krankenversicherte, die im Ausland leben, sind regelmäßig nicht pflegeversicherungspflichtig.

Wer später beispielsweise wegen eines geringeren Einkommens oder Arbeitslosigkeit wieder krankenversicherungspflichtig wird und in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wechseln muss, kann die private Kranken- und Pflegeversicherung umgehend kündigen. Ist die Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung absehbar nur vorübergehend, empfiehlt sich eine Anwartschaftsversicherung. Diese gewährleistet eine spätere Wiederaufnahme in die Private Pflegeversicherung ohne Risikozuschlag und gegebenenfalls mit Anspruch auf Beitragsbegrenzung. Zusätzlich werden die bislang angesammelten Alterungsrückstellungen bei Wiederaufnahme des vollen Versicherungsschutzes beitragsmindernd angerechnet.

Krankenversicherung in der GKV – Pflege in der PKV

Damit der Versicherte die Leistungen bei Krankheit und Pflege möglichst aus einer Hand erhält, erfolgt die Absicherung des Pflegerisikos grundsätzlich dort, wo auch die Krankenversicherung besteht. Wer aber freiwillig in der GKV krankenversichert ist, kann sich von der Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung befreien lassen, wenn er der Privaten Pflegepflichtversicherung beiträgt. Der Krankenversicherungsschutz in der GKV bleibt weiter bestehen. Für die Befreiung ist ein Antrag bei der Pflegekasse erforderlich. Dieser muss innerhalb von drei Monaten nach dem Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft gestellt werden und ist unwiderruflich. Nach Ablauf der dreimonatigen Frist ist der Wechsel zur Privaten Pflegepflichtversicherung nur dann möglich, wenn auch eine private Krankheitsvollversicherung abgeschlossen wird.



Die gesetzlichen Regelungen

Der Gesetzgeber hat in § 110 Abs. 3 SGB XI konkrete Regelungen für die Private Pflegepflichtversicherung erlassen. Danach gilt für nach dem 1. Januar 1995 abgeschlossene Versicherungsverträge:

- 1) Antragsteller, die versicherungspflichtig oder -berechtigt sind, haben einen Anspruch auf Aufnahme.
- 2) Es werden keine Vorerkrankungen der Versicherten ausgeschlossen.
- 3) Die Prämien werden geschlechtsunabhängig kalkuliert.
- 4) Für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflege- oder Krankenversicherung verfügen, darf die Prämienhöhe nicht den Höchstbeitrag der Sozialen Pflegeversicherung übersteigen.
- 5) Die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers wird nach den gleichen Bedingungen wie in der Sozialen Pflegeversicherung geregelt.

Eine Kündigung der Pflegeversicherung durch das Versicherungsunternehmen ist ausgeschlossen, solange Versicherungspflicht besteht.

Die Wartezeiten sind die gleichen wie in der Sozialen Pflegeversicherung: Ein Leistungsanspruch besteht dann, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre versichert war. Für versicherte Kinder gilt diese Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

Die Beiträge in der Privaten Pflegepflichtversicherung

Die Beiträge zur Privaten Pflegepflichtversicherung orientieren sich nicht am Einkommen. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben werden sie in Abhängigkeit vom Lebensalter bei Versicherungsbeginn und Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss berechnet. Der Großteil der Beiträge wird als Alterungsrückstellung angelegt, da das Pflegerisiko mit zunehmendem Alter erheblich steigt.

Je höher das Alter bei Eintritt in die Versicherung ist, desto höher ist infolgedessen auch der Beitrag. Um ältere Versicherte finanziell nicht zu überfordern, wurde folgende Regelung getroffen:

Wer seit Einführung der Pflegeversicherung (1995) oder seit mindestens fünf Jahren privat pflegeversichert ist, zahlt maximal den Höchstbeitrag der Sozialen Pflegeversicherung. Das sind 2017 für Versicherte ohne Beihil-



SGB XI

Wartezeiten

Beitragsbegrenzung

feanspruch 110,92' Euro, für Versicherte mit Beihilfeanspruch 55,46 Euro monatlich.

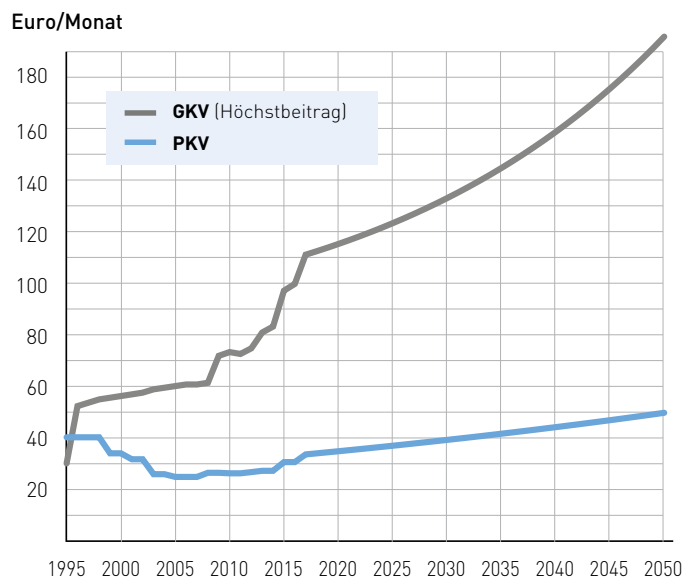
Nach der aktuellen Beitragskalkulation ergibt sich für alle Versicherten, die bei Beginn ihrer Pflegeversicherung jünger als 69 Jahre alt sind, ein Beitrag unter dem Höchstbeitrag. Lediglich ein Risikozuschlag kann zu einem höheren Gesamtbeitrag führen – bis nach fünfjähriger Versicherungszeit die Beitragsbegrenzung gilt. Auch der Beitrag fast aller Senioren, die seit 1995 privat pflegeversichert sind, liegt unter dem Höchstbeitrag.

Die Versicherten, deren Beitrag auf den Höchstbeitrag begrenzt wird, müssten kalkulatorisch einen höheren Beitrag zahlen. Der Differenzbetrag zwischen dem kalkulatorischen und dem tatsächlichen Beitrag kann nicht vernachlässigt werden, er wird für die Erbringung der Leistungen benötigt. Zur Finanzierung dieses Differenzbetrags wird deshalb ein Umlagebetrag ermittelt, der auf alle Versicherten verteilt wird, deren Beitrag unter dem Höchstbeitrag liegt. Seit Einführung der Pflegepflichtversicherung ist die Zahl der Versicherten, deren Beitrag begrenzt wird, aber stetig gesunken. Infolgedessen konnten die Beiträge für Neuversicherte mehrfach gesenkt werden. In den letzten Jahren hingegen mussten die Beiträge dennoch aufgrund von Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung zum Teil angehoben werden. Auch zum 1. Januar 2017 waren Beitragserhöhungen erforderlich: Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erhöht sowohl die Zahl der Pflegebedürftigen, für die die Versicherer leisten müssen, als auch zum Teil den Umfang der jeweiligen Leistungen.

Die nebenstehende Grafik zeigt die Beitragsentwicklung in der Privaten Pflegepflichtversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung seit ihrer Einführung und die Prognose für die kommenden Jahre. Für die Private Pflegepflichtversicherung wurde der Eintrittsbeitrag eines 40-Jährigen gewählt, für die Soziale Pflegeversicherung der Beitrag eines freiwillig versicherten Angestellten. Durch die kontinuierlich steigende Beitragsbemessungsgrenze erhöht sich dessen Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung ständig.

Versicherte im Basistarif haben ohne Vorversicherungszeiten Anspruch auf Begrenzung ihres Beitrags auf den Höchstbeitrag. Für Beihilferechtige gilt hier der halbe Höchstbeitrag. Bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit nach SGB II bzw. SGB XII kann dieser Beitrag noch weiter begrenzt werden.

Entwicklung des Eintrittsbeitrags eines 40-Jährigen in der Pflegeversicherung



Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Beitragsbegrenzung im Basistarif

1 Das sind 2,55 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze, die jährlich neu festgelegt wird. Der Beitragszuschlag für Kinderlose von 0,25 Prozentpunkten gilt laut Bundesverfassungsgericht nicht für die Private Pflegepflichtversicherung, weil hier durch die Eigenvorsorge per Alterungsrückstellung kaum Einkommensumverteilung zwischen den Generationen erfolgt.

Nicht erwerbstätige Kinder sind bis zum 23. Lebensjahr beitragsfrei mitversichert, in Schul- oder Berufsausbildung befindliche Kinder bis zum 25. Lebensjahr. Bei Leistung eines anerkannten Freiwilligendienstes oder freiwilligen Wehrdienstes wird die Frist um 12 Monate verlängert. Für behinderte Kinder, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu unterhalten, gibt es bei der beitragsfreien Mitversicherung keine Altersgrenze.

Die privaten Krankenversicherer ermöglichen für beitragspflichtig versicherte Studenten bis zum vollendeten 34. Lebensjahr einen Sonderbeitrag. Im Jahr 2017 liegt dieser Sonderbeitrag bei monatlich 10,68 Euro.

Die Beiträge zur Pflegepflichtversicherung sind in voller Höhe nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 b) Einkommensteuergesetz (EStG) als Sonderausgaben abzugsfähig.

*Beitragsfreie
Mitversicherung
für Kinder*

*Sonderbeitrag
für Studenten*

*Steuerliche
Vorschriften*

Zuschüsse zum Beitrag

Der Arbeitgeber zahlt den Beschäftigten zur Privaten Pflegepflichtversicherung einen Zuschuss in Höhe des Beitrags, den er bei Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung als Arbeitgeberanteil zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags. Das PKV-Unternehmen weist dem Versicherten nach, dass ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, die Pflegeversicherung nach den vom Gesetzgeber bestimmten Voraussetzungen zu betreiben. Diesen Nachweis muss der Versicherungsnehmer dem Arbeitgeber vorlegen, um den Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung zu erhalten.

Bei Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde zum Ausgleich der zusätzlichen Belastungen für die Arbeitgeber ein Feiertag, der Buß- und Betttag, gestrichen. Lediglich in Sachsen blieb dieser Tag als Feiertag bestehen, deshalb ist dort der Anteil der Arbeitnehmer am Beitrag höher.

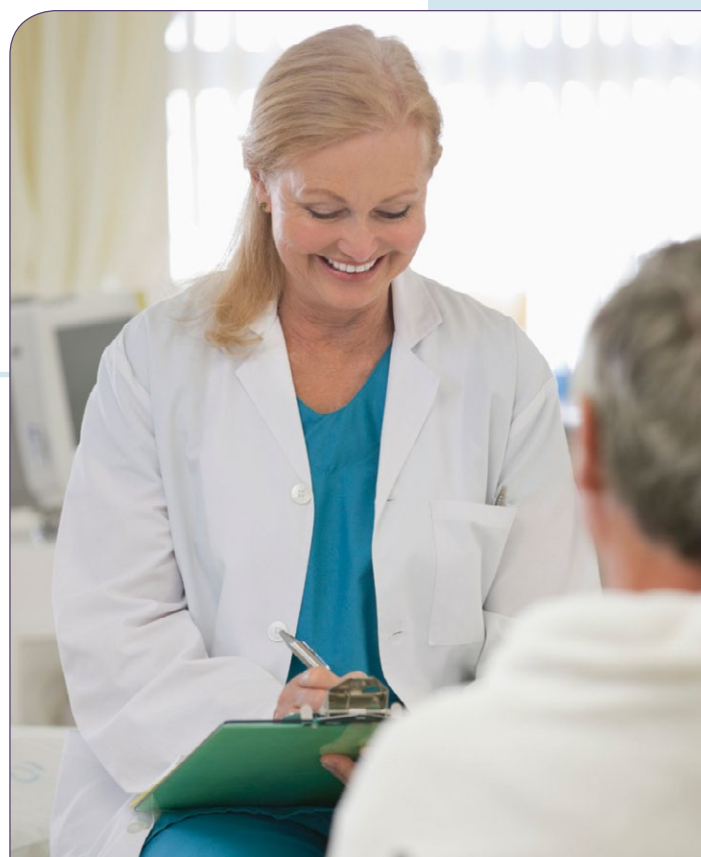
Für Schüler und Studenten, die verpflichtet sind, bei einem privaten Versicherungsunternehmen eine Pflegeversicherung zu unterhalten, und die nicht beitragsfrei bei ihren Eltern oder einem Elternteil mitversichert sind und außerdem BAföG erhalten, gibt es vom Amt für Ausbildungsförderung einen monatlichen Zuschuss zur Pflegepflichtversicherung von 15 Euro.

Privatversicherte Rentner erhalten ebenso wie gesetzlich versicherte Rentner keinen Zuschuss zur Pflegeversicherung.

*Arbeitgeber-
zuschuss*

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Zum 1. Januar 2017 wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Danach gilt: Pflegebedürftig sind Menschen, die auf Hilfe anderer angewiesen sind, weil ihre Selbstständigkeit oder ihre Fähigkeiten gesundheitlich bedingt dauerhaft eingeschränkt sind. Als „dauerhaft“ wird ein zu erwartender Zeitraum von mindestens sechs Monaten angesehen.



Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit werden körperliche, geistige wie auch psychische Beeinträchtigungen berücksichtigt. Geprüft werden die folgenden sechs Bereiche, die jeweils mehrere Einzelkriterien enthalten:

- 1) **Mobilität** – Wie selbstständig kann sich die betroffene Person noch bewegen?
- 2) **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** – Wie gut findet sich die betroffene Person in ihrem Alltag zurecht? Kann sie Entscheidungen treffen, sich mitteilen?
- 3) **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** – Verhält sich die betroffene Person auffällig und ggf. aggressiv gegenüber sich selbst oder ihrer Umwelt?
- 4) **Selbstversorgung** – Inwieweit kommt die betroffene Person mit der Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Vergleichbarem zurecht?
- 5) **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** – Inwieweit ist eine Unterstützung beim Umgang mit der Krankheit und bei Behandlungen, wie Verbandswechsel, notwendig?
- 6) **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** – Wie gut kann die betroffene Person noch ihren Tagesablauf planen und Kontakte pflegen?

Für jedes Kriterium innerhalb der Bereiche werden Punkte vergeben. Je größer die Beeinträchtigung ist, desto mehr Punkte gibt es. Da die sechs Bereiche unterschiedlich große Bedeutung für den Alltag haben, werden die Punkte gewichtet. Die Bereiche werden also in unterschiedlichem Maße bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt.

Die gewichteten Punkte ergeben zusammengerechnet einen Gesamtpunktwert, aus dem der Umfang der Pflegebedürftigkeit und der Pflegegrad abgeleitet werden können.

Pflegegrad 1	geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (12,5 bis unter 27 Punkte)
Pflegegrad 2	erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (27 bis unter 47,5 Punkte)
Pflegegrad 3	schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (47,5 bis unter 70 Punkte)
Pflegegrad 4	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (70 bis unter 90 Punkte)
Pflegegrad 5	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte)

Tritt bei einem Versicherten Pflegebedürftigkeit ein, muss er bei seiner Versicherung einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen. Ihm wird daraufhin eine Pflegeberatung angeboten – auf Wunsch auch beim Versicherten zu Hause. Die Beratung erfolgt innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags beim Versicherer durch die *compass private pflegeberatung GmbH* (siehe weiter unten).

Nach Eingang des Antrags beauftragt das private Versicherungsunternehmen *MEDICPROOF*, die Pflegebedürftigkeit des Versicherten festzustellen. Die *MEDICPROOF GmbH* (www.medicproof.de)

ist das Pendant der Privaten Pflegeversicherung zum Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung (MDK). Die Prüfung durch die *MEDICPROOF*-Gutachter und die Entscheidung des Versicherers über den Antrag müssen innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Antragseingang erfolgen. Geschieht das nicht, erhält der Antragsteller für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro. Diese Regelung gilt allerdings nicht 2017, das erste Jahr nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Das Versicherungsunternehmen muss zudem nur zahlen, wenn es selbst oder *MEDICPROOF* für die Verzögerung verantwortlich ist.

Um die Einzelheiten der Pflegebedürftigkeit zu klären, besuchen der beauftragte Arzt oder die Pflegefachkraft den zu Pflegenden in seinem Wohnbereich. Grundsätzlich ist es sinnvoll, wenn bei diesem Termin eine Vertrauensperson des Pflegebedürftigen anwesend ist.

Die privaten Pflegeversicherer sind verpflichtet, bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einem Pflegegrad dieselben Maßstäbe wie in der Sozialen Pflegeversicherung anzuwenden. Um die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes sicherzustellen, gelten für privatversicherte Pflegebedürftige die gleichen Leistungen und Leistungsvoraussetzungen wie in der Sozialen Pflegeversicherung.

Individuelle Pflegeberatung

Wer Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhält, hat einen kostenlosen Anspruch auf Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater. Das gilt auch für Ratsuchende im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit und pflegende Angehörige.

Für die Private Pflegepflichtversicherung ist bundesweit die *compass private pflegeberatung GmbH* (www.compass-pflegeberatung.de) im Einsatz. Die PKV bietet ihren Versicherten damit eine individuelle und aufsuchende Pflegeberatung. Sie erfolgt wahlweise telefonisch oder beim Pflegebedürftigen zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitations- einrichtung. Dadurch ist die Beratung zielgerichtet sowie lebenswelt- und



*Begutachtung
durch
MEDICPROOF*

*compass private
pflegeberatung*

alltagsorientiert. Im Zentrum stehen immer die individuellen Wünsche, Interessen und Bedürfnisse der Ratsuchenden.

Pflegebedürftige, die sich ehrenamtlich von Verwandten oder anderen Personen pflegen lassen und deshalb Pflegegeld beziehen, müssen in Abhängigkeit vom Pflegegrad halbjährlich bzw. vierteljährlich einen Beratungseinsatz durch einen zugelassenen Pflegedienst, eine anerkannte Beratungsstelle oder einen Pflegeberater in Anspruch nehmen. Bei professioneller Pflege in den eigenen vier Wänden haben die Versicherten ebenfalls halbjährlich einen Anspruch auf einen Beratungsbesuch. Auf diese Weise soll die Qualität der häuslichen Pflege gesichert werden. Die Beratungen werden von der Pflegeversicherung zusätzlich bezahlt.

Die Leistungen der Privaten Pflegepflichtversicherung

Die Leistungen der Privaten Pflegepflichtversicherung sind denen der Sozialen Pflegeversicherung nach Art und Umfang gleichwertig. Die Höhe der Leistungen hängt grundsätzlich vom Grad der Pflegebedürftigkeit ab sowie davon, wo und durch wen die Pflege erfolgt. Je höher der Pflegegrad ist, desto höher sind in der Regel die Leistungen. In der Privaten und der Sozialen Pflegeversicherung gilt darüber hinaus der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Deshalb zielen viele der gesetzlichen Regelungen auf eine Stärkung der häuslichen Pflege ab. Sämtliche Leistungen aus der Pflegeversicherung, also auch Geldleistungen, sind für den Versicherten steuerfrei.

Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden in der Regel nur beim Aufenthalt im Inland gewährt. Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält, nicht jedoch bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt, zum Beispiel Urlaubsreisen bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr. Eine grundsätzliche Ausnahme vom Ruhen der Leistung bildet das Pflegegeld: Diese Leistung wird ebenso wie der Rentenversicherungsbeitrag für Pflegepersonen ohne zeitliche Begrenzung in allen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR = die EU-Länder, Norwegen, Island und Liechtenstein) und in der Schweiz gezahlt.

*Geltungsbereich
des Versicherungs-
schutzes*



Wer privat krankenversichert ist und ins Ausland zieht, kann mit Blick auf eine beabsichtigte spätere Rückkehr nach Deutschland den Pflegeversicherungsvertrag aufrechterhalten und so die erworbenen Rechte sichern. Dazu ist die Weiterzahlung der Beiträge erforderlich.

Beihilfeberechtigte Personen (Beamte, auch im Ruhestand) und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhalten alle Leistungen der Privaten Pflegeversicherung entsprechend ihrem Beihilfeanspruch anteilig, auch bei Aufenthalt in den Ländern des EWR und der Schweiz.

Die Leistungen bei ambulanter Pflege

Rund 70 Prozent aller Pflegebedürftigen wohnen zu Hause, um zwei Drittel davon kümmern sich Pflegepersonen. Eine „Pflegeperson“ ist nach dem Sozialrecht jemand, der ehrenamtlich und regelmäßig einen anderen Menschen in dessen häuslicher Umgebung pflegt. In der Regel sind das Angehörige, es können aber auch Nachbarn, Freunde oder schlichtweg ehrenamtlich tätige Menschen sein. Ergänzend oder alternativ kann auch ein professioneller Pflegedienst beauftragt werden.

Wird ein Pflegebedürftiger durch eine Pflegeperson betreut, erhält er von der Pflegeversicherung pauschal die nebenstehenden Leistungen.

Der Versicherte kann das Pflegegeld für sich selbst verwenden oder an die Pflegeperson weitergeben. Für die Pflegeperson ist das erhaltene Pflegegeld steuerfrei, wenn sie ein/e Angehörige/r des Pflegebedürftigen ist oder ihn in Erfüllung einer sittlichen Pflicht pflegt.

Wird die Pflegeperson teilweise durch einen Pflegedienst entlastet, ist eine Kombination von Pflegegeld und Erstattung der häuslichen Pflegehilfe möglich. In diesem Fall wird das Pflegegeld prozentual gekürzt.

Wer einen professionellen Pflegedienst beauftragt, kann ihn nach Zeitaufwand oder für fest vereinbarte Leistungen bezahlen. Für diese häusliche Pflegehilfe erstattet die Versicherung die tatsächlich entstandenen Kosten bis zu einer gesetzlich festgelegten Höhe, in erster Linie für körperbezogene Pflege, pflegerische Betreuung sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Der Pflegedienst kann also beim Waschen und Anziehen helfen, aufräumen oder sich um die Mahlzeiten kümmern. Übersteigen die Pflegekosten den Höchstbetrag für den jeweiligen Pflegegrad (siehe nebenstehende Tabelle), muss der Pflegebedürftige für die Differenz selbst aufkommen.

Zusätzlich zum Pflegegeld bzw. zur Kostenerstattung der häuslichen Pflegehilfe können Pflegebedürftige noch einen „Entlastungsbetrag“ von bis zu 125 Euro im Monat erhalten. Dieser Betrag kann für die Entlastung pflegender Angehöriger und Freunde verwendet werden, zum Beispiel durch Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege oder der Kurzzeitpflege (siehe Seite 13). Vor allem aber können Pflegebedürftige das Geld für Angebote zur Unterstützung im

Pflegegeld für die Pflege durch Pflegepersonen¹ pro Monat

Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	316 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro

¹ zum Beispiel Angehörige oder Bekannte

Maximale Erstattung der Kosten für häusliche Pflegehilfe pro Monat

Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

Entlastungs-
betrag und
Unterstützung im
Alltag

Alltag nutzen, die von der zuständigen Behörde anerkannt sind. Zu diesen Unterstützungsangeboten zählen unter anderem:

- Betreuungsgruppen für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen
- Tagesbetreuung in Kleingruppen
- familienentlastende und -unterstützende Dienste
- weitere Betreuungsangebote, die ein selbstständiges Leben ermöglichen oder die pflegenden Angehörigen entlasten
- Entlastungsangebote zur Unterstützung im Haushalt.

Konkret kann die Unterstützung beispielsweise durch eine Begleitung bei Spaziergängen oder Besuchen, Vorlesen oder Hilfe bei Ausübung eines Hobbys erfolgen. Im Mittelpunkt stehen die Pflege sozialer Kontakte und die Förderung der Kommunikationsfähigkeit. Vor allem für Menschen mit Demenz ist das von großem Wert.

Wer mindestens Pflegegrad 2 hat, kann zudem bis zu 40 Prozent des für ihn geltenden Höchsterstattungsbetrags (siehe Tabelle auf Seite 11) für die Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden. Dies gilt allerdings nur, sofern die professionelle Pflegekraft bereits bezahlt wurde.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Damit ein Pflegebedürftiger weiter in seiner Wohnung leben kann, ist oft eine Anpassung der Einrichtung notwendig – beispielsweise der Einbau einer barrierefreien Dusche. Die Pflegeversicherung gewährt für solche Verbesserungen einen Zuschuss von maximal 4.000 Euro je Maßnahme.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung zahlt nicht nur Pflegegeld und erstattet die Kosten für professionell erbrachte Pflege. Im Versicherungsschutz enthalten sind auch für die Pflege notwendige Pflegehilfsmittel wie ein Rollstuhl, ein Pflegebett oder ein Hausnotrufsystem. Diese werden möglichst leihweise zur Verfügung gestellt. Sind keine Leihgeräte vorhanden, muss der Versicherte 10 Prozent der Anschaffungskosten selbst bezahlen, maximal aber 25 Euro. Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Desinfektionsmittel, werden bis zu einer Höhe von 40 Euro je Kalendermonat erstattet.

Von wem kann ich mich pflegen lassen?

Wer nicht auf stationäre Pflege angewiesen ist, hat folgende Möglichkeiten:

- **Pflege durch eine Privatperson**

Das sind zum Beispiel Angehörige, Nachbarn, Freunde, gute Bekannte – aber auch Pflegekräfte, die nicht von der Pflegeversicherung zugelassen sind.

- **Beauftragung eines Pflegedienstes**

Das kann ein privater Pflegedienst oder auch die Sozialstation eines Wohlfahrtsverbandes, zum Beispiel der Malteser oder Johanniter, sein. Wichtig ist, dass der Pflegedienst zugelassen ist.

- **Beschäftigung einer Einzelpflegekraft**

Die Grundvoraussetzungen für die Anerkennung durch das Versicherungsunternehmen sind: Die Einzelpflegekraft muss fachlich geeignet sein und Berufserfahrung haben.

Wohngruppen

Gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ werden Wohngruppen gefördert, in denen mehrere Pflegebedürftige zusammen wohnen und gemeinsam ihre Pflege organisieren. Die Leistungen für Wohngruppen werden unter den folgenden Voraussetzungen gewährt:

- Es wohnen regelmäßig mindestens drei Personen mit Pflegebedarf zusammen in einer Wohn- oder Hausgemeinschaft.
- Die Wohngruppe wird von mindestens einer Pflegekraft betreut, die die pflegerische Grundversorgung gewährleistet. Diese Pflegekraft muss keine ausgebildete Pflegefachkraft sein.

Bei Gründung einer solchen Wohngruppe zahlt die Pflegeversicherung jedem Bewohner mit Pflegebedarf bis zu 2.500 Euro. Diese Anschubfinanzierung ist auf 10.000 Euro je Wohngruppe begrenzt. Das Geld ist für den behinderten- und altengerechten Umbau der Wohnung vorgesehen. Es ergänzt also die Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes. (Der Gesetzgeber hat diese Förderung von Wohngruppen allerdings auf die Gesamtsumme von 30 Mio. Euro begrenzt.)

Darüber hinaus erhält jeder Bewohner mit Pflegebedarf eine Pauschalzahlung in Höhe von 214 Euro monatlich. Diese Summe ist für die Organisation und Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft bestimmt.

Die Mitglieder einer Wohngruppe können gemeinsam Leistungen in Anspruch nehmen. Liegen die Kosten zum Beispiel für eine Umbaumaßnahme über 4.000 Euro, können mehrere Mitbewohner einen Zuschuss bei ihrer Versicherung beantragen. Hierfür müssen sie nachweisen, dass auch sie diese Maßnahme (etwa einen Treppenlift) benötigen. Die Pflegeversicherung zahlt dann insgesamt bis zu 16.000 Euro.

Wenn die Pflegeperson einmal ausfällt

Es ist jederzeit möglich, dass der Pflegebedürftige nicht auf die gewohnte Weise versorgt werden kann. Deshalb gibt es die Kurzzeit- und die Verhinderungspflege. Während dieser Zeit erhält der Versicherte zusätzlich die Hälfte seines üblichen Pflegegeldes.

Kurzzeitpflege

Versicherte mit Pflegegrad 2 bis 5 werden vorübergehend in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder eine andere geeignete Einrichtung aufgenommen, wenn häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang möglich ist. Das kann zum Beispiel im Anschluss an eine stationäre Behandlung der Fall sein oder wenn Pflegebedürftigkeit erst neu entstanden und die Organisation der Pflege noch nicht geklärt ist. Die Pflegeversicherung erstattet bis zu 1.612 Euro für acht Wochen im Kalenderjahr.



Verhinderungspflege

Wenn eine Pflegeperson erkrankt, Urlaub benötigt oder aus anderen Gründen vorübergehend die Pflege oder Betreuung nicht leisten kann, hilft die Verhinderungspflege. Der Versicherte kann eine Ersatzpflegekraft beauftragen oder vorübergehend in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Pflegeversicherung zahlt für maximal sechs Wochen bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr.

Verhinderungspflege ist auch stundenweise und an einzelnen Tagen möglich. Ist die Pflegeperson weniger als acht Stunden am Tag verhindert, wird das Pflegegeld vollständig ausgezahlt.

Ist die Ersatzpflegekraft mit dem Pflegebedürftigen verwandt bis zum 2. Grad oder lebt sie mit ihm in häuslicher Gemeinschaft, verringert sich der Erstattungsbetrag. Die Versicherung zahlt in diesem Fall bis zum Anderthalbfachen des Pflegegeldes. Zusätzlich erstattet sie im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstandene Kosten (wie Fahrtkosten oder einen Verdienstausfall). Hierfür ist allerdings ein Kostennachweis erforderlich.

Kombination von Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Ist das Budget des Versicherten für die Kurzzeitpflege noch nicht erschöpft, können hieraus noch zusätzlich bis zu 806 Euro für die Verhinderungspflege verwendet werden. Der Versicherte kann also bis zu 2.418 Euro im Jahr für Verhinderungspflege erhalten.

Ebenso kann der Versicherte nicht benötigte Gelder aus der Verhinderungspflege für die Kurzzeitpflege verwenden. In dieser Konstellation kann er bis zu 3.224 Euro erhalten.

Die Leistungen bei teilstationärer Pflege

Kann der Pflegebedürftige nicht durchgehend zu Hause betreut werden, bietet sich teilstationäre Pflege als Tages- oder Nachtpflege an. Das kann zum Beispiel sinnvoll sein, wenn die Pflegeperson tageweise einer Arbeit nachgeht. Auch zur Stärkung der häuslichen Pflege ist teilstationäre Pflege möglich. Die Pflegeversicherung erstattet allgemeine Pflegeleistungen, die Hin- und Rückfahrt zwischen Wohnung und Pflegeeinrichtung, Aufwendungen für soziale Betreuung und für notwendige medizinische Behandlungspflege bis zu festgelegten Höchstbeträgen.

Die Kosten für die Unterkunft und die Verpflegung muss der Versicherte – wie bei der häuslichen Pflege auch – selbst tragen. Der Versicherte kann die Leistungen für teilstationäre Pflege und für häusliche Pflege nebeneinander in vollem Umfang in Anspruch nehmen.

Maximale Erstattung der Kosten für teilstationäre Pflege pro Monat

Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

Die Leistungen bei vollstationärer Pflege

Ist eine Pflege zu Hause dauerhaft nicht möglich, kann der Versicherte in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Die Versicherung trägt die Pflegekosten bis zum jeweiligen Höchstbetrag. Zusätzlich erstattet sie Vergütungszuschläge, die von der stationären Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen (bspw. durch Basteln, Anfertigen von Erinnerungswänden, Musizieren, Bewegungsübungen) erhoben werden.

Die Kosten für die Pflege übersteigen allerdings die Erstattungssätze der Pflegeversicherung. Deshalb zahlen alle Pflegebedürftigen unabhängig von ihrem Pflegegrad einen „einrichtungseinheitlichen Eigenanteil“ an ihr Pflegeheim. Außerdem müssen sie die Kosten für Unterbringung und Verpflegung selbst tragen.

Maximale Erstattung der Kosten für vollstationäre Pflege pro Monat

Pflegegrad 1	125 Euro
Pflegegrad 2	770 Euro
Pflegegrad 3	1.262 Euro
Pflegegrad 4	1.775 Euro
Pflegegrad 5	2.005 Euro

Wichtige Regelungen für Pflegepersonen

Die Pflege eines anderen Menschen kann eine große seelische und körperliche Belastung sein. Hinzu kommen für Privatpersonen, die die Pflege übernehmen wollen, oft erhebliche organisatorische und finanzielle Herausforderungen. Diesem Problem begegnet der Gesetzgeber mit verschiedenen Regelungen.

Zehntätige Auszeit und Pflegeunterstützungsgeld

In einer akut aufgetretenen Pflegesituation eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen können sich Arbeitnehmer bis zu 10 Arbeitstage freistellen lassen. Während dieser Zeit erhalten sie auf Antrag als Lohnersatzleistung ein Pflegeunterstützungsgeld von der Pflegeversicherung ihres Angehörigen.

Pflegezeit

Wenn sie die Pflege eines nahen Angehörigen übernehmen, können Arbeitnehmer sich bis zu sechs Monate ganz oder teilweise von ihrer Arbeit freistellen lassen. Voraussetzung ist, dass ihr Arbeitgeber mehr als 15 Beschäftigte hat. Um den Einkommensverlust in diesem Zeitraum auszugleichen, können die Pflegepersonen ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragen.

Nahe Angehörige sind

- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft
- Eltern, Stiefeltern, Schwiegereltern, Großeltern
- Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder (auch des Ehegatten oder Lebenspartners), Enkelkinder, Schwiegerkinder
- Geschwister
- Schwägerinnen und Schwäger.

Familienpflegezeit

Wer über längere Zeit einen nahen Angehörigen pflegen will, kann bis zu 24 Monate die Arbeit reduzieren. Pflegenden Beschäftigte müssen mindestens 15 Wochenstunden arbeiten, allerdings übers Jahr verteilt. Dadurch ist eine flexible Aufteilung von Pflege- und Arbeitszeit möglich. Ein Anspruch auf Familienpflegezeit besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten. Wie bei der Pflegezeit bietet das BAFzA ein zinsloses Darlehen an.

Richtige Pflege will gelernt sein. Die Pflegeversicherung übernimmt deshalb die Kosten für **Schulungen der Pflegepersonen**.

Der Versicherungsschutz der Pflegeperson

• Kranken- und Pflegeversicherung

An der Kranken- und Pflegeversicherung der Pflegeperson ändert sich durch die Pflegetätigkeit zunächst einmal nichts. Auch wenn sie vom Pflegebedürftigen das Pflegegeld ausgezahlt bekommt, hat das keinen Einfluss auf ihre Versicherung. Während der Pflegezeit zahlt die Pflegepflichtversicherung des Pflegebedürftigen Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung der Pflegeperson und übernimmt ggf. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Gibt die Pflegeperson ihre Erwerbstätigkeit auf, verliert sie in der Regel ihren bisherigen Versicherungsschutz. Die Versicherungsmöglichkeiten sind dieselben wie bei anderen Personen ohne eigenes Einkommen: eine beitragsfreie Familienversicherung über den Ehegatten, eine freiwillige Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung oder eine Fortführung der privaten Krankenversicherung. Die Pflegeversicherung ist an die Krankenversicherung gekoppelt.

• Renten- und Arbeitslosenversicherung

Für die Pflegeperson zahlt das Versicherungsunternehmen je nach Pflegegrad und Art der Pflegetätigkeit Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung und die Arbeitslosenversicherung. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson sich mindestens 10 Stunden verteilt auf mindestens zwei Tage pro Woche um einen oder mehrere Pflegebedürftige kümmert und zudem nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich in ihrem Beruf arbeitet.

• Unfallversicherung

Pflegepersonen sind während der Pflege sowie auf dem Hin- und Rückweg in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.



Die private Pflegezusatzversicherung

Die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung decken in der Regel nicht alle Kosten der Pflegebedürftigkeit ab. Bei stationärer Pflege sind z. B. die Kosten für Unterbringung und Verpflegung und der einrichtungseinheitliche Eigenanteil aus eigener Tasche zu zahlen. Wer sich hier vor einer möglichen finanziellen Überforderung schützen möchte, sollte eine private Pflegezusatzversicherung abschließen. Die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes bieten Tarife in unterschiedlicher Ausgestaltung an, so dass es für die verschiedensten Bedürfnisse und Wünsche einen passenden Versicherungsschutz gibt.

Die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung

Um die private Vorsorge zu stärken, subventioniert der Staat seit 2013 bestimmte private Pflegezusatzversicherungen. Jeder Versicherte erhält eine Zulage von 5 Euro im Monat, wenn sein Eigenbeitrag für die Pflegezusatzversicherung mindestens 10 Euro beträgt. Die Zahlung ist allerdings an folgende Voraussetzungen gebunden:

- Der **Versicherte** muss mindestens 18 Jahre alt sein und darf keine Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung erhalten oder erhalten haben.
- Das **Versicherungsunternehmen** muss im angebotenen Tarif auf sein ordentliches Kündigungsrecht verzichten, darf keine Gesundheitsprüfung vornehmen und keine Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbaren. Kein Antragsteller, der die Voraussetzungen für die staatliche Förderung erfüllt, darf abgelehnt werden.
- Die **Pflegezusatzversicherung** muss eine Tagegeldversicherung sein, d. h. bei Pflegebedürftigkeit erhält der Versicherte pro Tag einen vertraglich festgelegten Betrag. Es muss in allen fünf Pflegegraden ein Tagegeld geben, bei Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro im Monat. Die Wartezeit, bevor der Versicherte Leistungen in Anspruch nehmen kann, darf höchstens fünf Jahre betragen.

Für Verträge, die die oben genannten Bedingungen nicht erfüllen, gibt es keinen Zuschuss. Wer einen besseren Versicherungsschutz wünscht, kann allerdings den geförderten Tarif mit einem anderen Tarif kombinieren. Die PKV bietet hier zahlreiche Möglichkeiten.

Nützliche Adressen



compass private pflegeberatung GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74c · 50968 Köln
Telefon (0221) 9 33 32-0 · Telefax (0221) 9 33 32-5 00
www.compass-pflegeberatung.de
info@compass-pflegeberatung.de

MEDICPROOF

Der medizinische Dienst der Privaten

MEDICPROOF GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74a · 50968 Köln
Telefon (0221) 8 88 44-0 · Telefax (0221) 8 88 44-8 88
www.medicproof.de
info@medicproof.de



Zentrum für Qualität in der Pflege
Reinhardtshöfe · Reinhardtstraße 45 · 10117 Berlin
Telefon (030) 2 75 93 95-0 · Telefax (030) 2 75 93 95-20
www.zqp.de
info@zqp.de

Weitere Informationen

Detaillierte Informationen zu den Leistungen der Pflegepflichtversicherung enthalten die **„Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung (AVB/PPV)“**

unter ↗ www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen

Welche Möglichkeiten es gibt, den Versicherungsschutz im Pflegefall zu verbessern, können Sie in der Broschüre **„Die Private Pflegezusatzversicherung“**

unter ↗ www.pkv.de/service/broschueren/verbraucher nachlesen.

Die **Kontaktdaten unserer Mitgliedsunternehmen** finden Sie

unter ↗ www.pkv.de/verband/mitglieder

Stand: Januar 2017

Bestell-Nr. 11-010117-03

Bildnachweis: Goodluz/shutterstock.com; gettyimages: SilviaJansen, Nina Shannon, Sarah Garner, Troels Graugaard, Colin Hawkins, Sporrer/Rupp, Clerkenwell



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Glinkastraße 40 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de