

Private Pflegeversicherung



Als fünfte Säule der Sozialversicherung, d.h. neben der Renten-, Kranken-, Arbeitslosen und Berufs-Unfallversicherung, wurde 1995 die **gesetzliche Pflegeversicherung** eingeführt. Das Risiko der **Pflegebedürftigkeit** steigt erst im Alter an, doch auch junge Leute können auf dauerhafte Pflege und Hilfe angewiesen sein, z. B. bei schweren Unfallfolgen, schwerer Krankheit oder wegen der Folgen eines Verbrechens.

Heute sind rund zwei Mio. Menschen in der Bundesrepublik ständig auf Pflege angewiesen. Etwa ein Viertel der Pflegebedürftigen lebt in Heimen. Die übrigen Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt.

Das zeigt, wie wichtig die **Pflegepflichtversicherung** geworden ist.

Leistungen der Pflegeversicherung werden nur auf Antrag gewährt^[4], das gilt auch bei einer angestrebten Einstufung in eine andere Pflegestufe.

2008 wurde die soziale Pflegeversicherung weiter entwickelt, da auch die Pflegeversicherung aufgrund von niedrigen Geburtenraten und steigender Lebenserwartung vor neuen Herausforderungen steht.

Pflegegutachten



Die Pflegekasse lässt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder bei knappschaftlich Versicherten vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein Gutachten anfertigen, um die Pflegebedürftigkeit und den Pflegeaufwand dafür im Einzelnen festzustellen. Das geschieht bei

einem – zuvor angemeldeten – Hausbesuch eines Gutachters.

Die Unternehmen der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragen als Gutachter die eigens dafür gegründete Medicproof GmbH, für die die gleichen Maßstäbe wie für den MDK gelten.



Der Gutachter stellt – ggf. anhand eines Pfelegetagebuches – den Zeitbedarf für die persönliche Pflege (Grundpflege: Körperpflege, Ernährung und Mobilität) sowie für die hauswirtschaftliche Versorgung im Pflegegutachten fest.

Beispiel: Als Zeitkorridor für eine Ganzkörperwäsche sind 20 bis 25 Min. vorgegeben. Liegen erschwerende Faktoren vor – z. B. besonders hohes Körpergewicht oder Abwehrverhalten – kann der Gutachter jedoch hiervon abweichen und einen über 25 Minuten liegenden Wert ansetzen. Entsprechendes gilt für erleichternde Faktoren; so empfiehlt der Gutachter bei besonders niedrigem Körpergewicht einen geringeren Wert als 20 Minuten.

Die Pflegestufen, Unterscheidungsmerkmale



Die Entscheidung zur Einstufung trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Pflegegutachtens. Je nach Pflegestufe bestehen für Pflegebedürftige unterschiedliche Leistungsansprüche.

Die „Pflegestufen“ sind:

I – erhebliche Pflegebedürftigkeit,
d. h. Hilfebedarf mindestens 90 Minuten pro Tag. Auf die Grundpflege müssen dabei mehr als 45 Minuten täglich entfallen.

II – schwere Pflegebedürftigkeit,
d. h. Hilfebedarf mindestens 180 Minuten pro Tag mit einem Grundpflegebedarf von mindestens 120 Minuten täglich.

III – schwerste Pflegebedürftigkeit,
d. h. Hilfebedarf mindestens 300 Minuten pro Tag. Der Anteil an der Grundpflege muss dabei mindestens 240 Minuten täglich betragen.

Wenn der Pflegeaufwand das Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, kann ein so genannter Härtefall vorliegen. Die Pflegekasse kann in diesem Fall im Rahmen der Pflegesachleistung und der vollstationären Pflege weitere Leistungen gewähren
Leistungen der Pflegeversicherung

Die verschiedenen Leistungen der Pflegeversicherung sind nicht gleichrangig, es gelten die Leistungsgrundsätze

Prävention und Rehabilitation gehen den Pflegeleistungen vor,

ambulante Pflege geht teilstationären und vollstationären Pflegeleistungen vor (§ 3 SGB XI).

Alle Leistungen mit Ausnahme der technischen Hilfsmittel und der Pflegekurse sind budgetiert. Dies ist Ausdruck des politischen Willens, die Pflegeversicherung nicht als Vollversicherung zu konzipieren, um die Beiträge stabil zu halten und die Ausgabenentwicklung steuern zu können.

Die wichtigsten Leistungen sind:

Bei häuslicher Pflege:

- Pflegegeldzahlungen für die häusliche Pflege durch selbst beschaffte Pflegepersonen

(monatliche Geldleistungen für private und privat organisierte häusliche Pflege z. B. durch Angehörige)

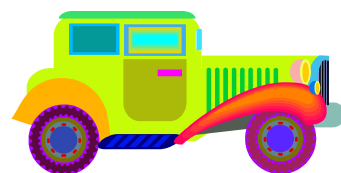
- Häusliche Pflegehilfe durch einen ambulanten Pflegedienst – Pflegesachleistung – (ein vom Pflegebedürftigen ausgesuchter ambulanter Pflegedienst kommt zur Pflege ins Haus)

- Kombinationsleistung aus den beiden vorgenannten Möglichkeiten

- Teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

Wird die Pflege durch Pflegefachkräfte erbracht, besteht ein Anspruch auf häusliche Pflegehilfe (Sachleistungen):

Pflegestufe	I	II	III
Ab 1. Juli 2008	420 Euro	980 Euro	1.470 Euro
Ab 1. Januar 2010	440 Euro	1.040 Euro	1.510 Euro
Ab 1. Januar 2012	450 Euro	1.100 Euro	1.550 Euro



Wird die Pflege selbst sichergestellt, zahlt die Pflegeversicherung ein Pflegegeld.

Pflegestufe	I	II	III
Ab 1. Juli 2008	215 Euro	420 Euro	675 Euro
Ab 1. Januar 2010	225 Euro	430 Euro	685 Euro
Ab 1. Januar 2012	235 Euro	440 Euro	700 Euro

Ist eine Pflegeperson vorübergehend wegen Krankheit oder Urlaub an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege für bis zu vier Wochen. Ab dem 1. Juli 2008 gelten 1470 €, ab 2010 bis 1510 € und ab 2012 1550 €.

Bei Unterbringung in einem Heim:

- Leistungen für die Dauerpflege (vollstationäre Versorgung) oder Kurzzeitpflege



Kurzzeitpflege

Bei der Kurzzeitpflege werden im Bedarfsfall die Kosten für eine stationäre Unterbringung in einem Pflegeheim bis zu 4 Wochen im Kalenderjahr bis zu einem Betrag von 1.470 €, ab 2010 1.510 € und ab 2012 1.550 € übernommen. Übernahmefähig sind dabei die pflegebedingten Kosten. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sind selbst aufzubringen. Leistungsgründe können z. B. Urlaub der Pflegeperson oder eine kurzfristig erhöhte Pflegebedürftigkeit sein (diese Kurzzeitpflege ist also keine selbständige Leistung der Pflegeversicherung, sondern eine zusätzliche Leistung bei bestehender häuslicher Pflege).

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Vollstationäre Pflege ist gegenüber der häuslichen und teilstationären Pflege nachrangig (§ 43 Abs.1 SGB XI). Die Pflegekasse kann die Notwendigkeit der vollstationären Pflege vom MDK prüfen lassen. Bei Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe III ist die Überprüfung nicht erforderlich, die Notwendigkeit der vollstationären Pflege wird vorausgesetzt. Die Pflegekasse zahlt eine Pauschale an das Pflegeheim; bei Pflegestufe

Pflegestufe	III	III (Härtefälle)
Ab 1. Juli 2008	1.470 Euro	1.750 Euro
Ab 1. Januar 2010	1.510 Euro	1.825 Euro
Ab 1. Januar 2012	1.550 Euro	1.918 Euro

Die Geldleistungen sind nur für den Pflegeaufwand und die soziale Betreuung im Heim bestimmt. Die betreute Person muss also die darüber hinaus anfallenden Kosten für Unterbringung und Verpflegung, Investitionskosten und eventuelle besondere Komfortleistungen selbst bezahlen. Außerdem darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 % des tatsächlichen Heimentgeltes (bestehend aus Pflegesatz, Unterkunfts- und Verpflegungskosten sowie den gesondert berechenbaren Investitionskosten) nicht übersteigen. Falls das Einkommen, auch unter Berücksichtigung der unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht ausreicht, die verbleibenden Kosten der stationären Pflege zu

decken, kann „Hilfe zur Pflege“ beim zuständigen Sozialhilfeträger beantragt werden. Die Zuständigkeit liegt im Regelungsbereich der Bundesländer und kann beim örtlichen Sozialamt erfragt werden. Dort müssen Anträge auch entgegengenommen und weitergeleitet werden (§ 18 Abs. 2 SGB XII).

Demenziell Erkrankte und behinderte Menschen

Für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz wurde zum 1.07.2008 zusätzlich für Betreuungsleistungen je nach Betreuungsbedarf ein Grundbetrag und ein erhöhter Betrag eingeführt. Der Betreuungsbetrag steigt von bisher 460 € jährlich auf bis zu 100 € monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 € monatlich (erhöhter Betrag), also auf 1.200 € bzw. 2.400 € jährlich. Personen mit einem vergleichsweise geringerem allgemeinem Betreuungsaufwand erhalten den Grundbetrag. Personen mit einem im Verhältnis dazu höheren allgemeinem Betreuungsbedarf bekommen den erhöhten Betrag.

Es werden aber nicht nur die Beträge angehoben. Eine wesentliche Verbesserung besteht darin, dass diese Leistungen künftig auch Personen zu Gute kommen, die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen. Betreuungsbedürftige der so genannten „Pflegestufe 0“ haben also ebenfalls einen Anspruch auf diese zusätzliche Betreuungsleistung.

Auch das Leistungsangebot in Heimen wird durch gesonderte Angebote für demenziell erkrankte Pflegebedürftige verbessert. In vollstationären Dauer- und Kurzzeit-pflegeeinrichtungen kann zusätzliches Betreuungspersonal für Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf eingesetzt werden. Diese Kosten werden durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen voll finanziert. Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger werden nicht belastet. Für rund 25 demenziell erkrankte Heimbewohner soll eine Betreuungskraft vorgesehen werden.

Pflegezeit

Pflegezeit bedeutet, dass ein Beschäftigter für die Dauer von bis zu 6 Monaten einen Anspruch auf unbezahlte, sozialversicherte Freistellung von der Arbeit hat.

Anspruch auf Pflegezeit hat ein Beschäftigter, der einen nahen Angehörigen, bei dem mindestens Pflegestufe I vorliegt, in häuslicher Umgebung pflegt. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

Pflegestützpunkte/ Pflegeberater

Ab dem 1. Januar 2009 gibt es den gesetzlichen Anspruch auf einen Pflegeberater. Die Pflegeberater sind Mitarbeiter der Pflegekassen, die über Wissen aus den Bereichen des Sozialrechts, der Pflege und der Sozialarbeit verfügen. In den Pflegestützpunkten werden sich Pflegeberater der Sorgen und Fragen von Hilfe- und

Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen annehmen, über das vorhandene Leistungsangebot beraten und persönlich begleiten. Sollte bis zum 1. Januar 2009 in einem Bundesland noch kein Stützpunkt aufgebaut worden sein, kann der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin auch in den Geschäftsräumen der Pflegekasse arbeiten.

Pflegeberater beraten Betroffene nicht nur in Pflegestützpunkten, sondern auch daheim. Durch das verstärkte Zusammenwirken aller Kräfte im ambulanten Bereich ergibt sich die Chance eines Rückgangs kostenintensiver vollstationärer Versorgung.

Stand Januar 2009