



Info

Sicherheit im Pflegefall

Die private Pflegepflicht- versicherung

Stand: Juli 2008



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln

Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin

Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-31

www.pkv.de · info@pkv.de

Sicherheit im Pflegefall

Die private Pflegepflichtversicherung

Inhalt

Die private Pflegepflichtversicherung	2
Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung	2
Krankenversicherung in der GKV – Pflege in der PKV?	4
Die gesetzlichen Regelungen	4
Wie hoch sind die Beiträge in der privaten Pflegepflichtversicherung?	5
Gibt es einen Beitragszuschuss?	8
Feststellung der Pflegebedürftigkeit.....	9
Individuelle Pflegeberatung	10
Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung	11
Welche Leistungen gibt es bei ambulanter Pflegebedürftigkeit?	11
Leistungen für die teilstationäre Pflege.....	13
Leistungen für pflegende Angehörige (Pflegepersonen)	14
Welche Leistungen gibt es bei stationärer Pflegebedürftigkeit?	15
Sonstige Hinweise	16
Welche steuerlichen Vorschriften sind bei der Pflegepflichtversicherung zu beachten?.....	16
Was müssen Sie tun?	16
Gibt es private Zusatzversicherungen?	17

Die private Pflegepflichtversicherung

*Pflegeversicherung
folgt Krankenversi-
cherung*

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.

*Kapitalstock zur
Zukunftsvorsorge*

Die private Pflegepflichtversicherung funktioniert nach dem Prinzip der Kapitaldeckung: Jede Generation von Versicherten sorgt durch die Bildung von Alterungsrückstellungen frühzeitig für ihr mit dem Alter steigendes eigenes Pflegerisiko 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 Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung weitgehend unabhängig.

Bei der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung werden die laufenden Pflegekosten dagegen über aktuelle, in die Umlage eingezahlte Beiträge finanziert. Eine Vorsorge wird nicht gebildet. Die Kosten für den demografisch bedingten Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen müssen überwiegend von der nächsten Generation finanziert werden.

Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung

Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen für allgemeine Krankenhauleistungen versichert ist, ist gesetzlich verpflichtet, dort auch eine Pflegepflichtversicherung abzuschließen. Innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn der Versicherungspflicht, also nach Abschluss des Krankenversicherungsvertrages, können Versicherte für den Abschluss des Pflegeversicherungsvertrages auch ein anderes als ihr Kran-

*Versicherungs-
pflicht*

kenversicherungsunternehmen wählen. Die Leistungen sind allerdings per Gesetz bei allen privaten Krankenversicherungen gleich. Auch die Höchstbeiträge sind gleichermaßen begrenzt.

Die Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht auch für Beamte und diejenigen Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe bei Pflegebedürftigkeit haben, sowie für Heilfürsorgeberechtigte, die nicht in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind (z. B. Soldaten, Polizeibeamte). Sie müssen eine anteilige (beihilfekonforme) Versicherung abschließen. Eine private Krankenversicherung ist dafür nicht Voraussetzung.

Versicherungspflicht für Beamte

Privat pflegeversichern müssen sich auch Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Für die Versicherung der Bahn- und Postbeamten wurde beim Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) die Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen (GPV) gegründet, ein Zusammenschluss aller privaten Pflegeversicherungsunternehmen. Die Krankenversorgungseinrichtungen der Bahn (KVB) und der Post (PBeaKK) führen die technische Versicherungsverwaltung durch. Sie ziehen die Beiträge ein, nehmen die Anträge entgegen und zahlen die Leistungen aus.

Der Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung unterliegen auch die Versicherten im modifizierten Standardtarif, bzw. ab dem 1. Januar 2009 die Versicherten im Basistarif der PKV.

Nicht versicherungspflichtig in der privaten Pflegeversicherung sind dagegen Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und aufgrund eines Arbeits- oder Dienstunfalls bereits Leistungen aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit erhalten. Der Versicherungsschutz für Familienangehörige muss allerdings sichergestellt sein. Auch wer sich gewöhnlich im Ausland aufhält, ist nicht pflegeversicherungspflichtig. Dies gilt auch für privat Krankenversicherte, die im Ausland leben.

Private Pflegepflichtversicherung für freiwillig Versicherte

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 einer gesetzlichen Krankenkasse krankenversichert ist (z. B. als Angestellter mit einem Monatseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze), kann sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen, wenn er der privaten Pflegepflichtversicherung beiträgt. Der Krankenversicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) bleibt weiter bestehen. Für die Befreiung ist ein Antrag bei der Pflegekasse erforderlich. Befreiungsanträge müssen ab dem Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft innerhalb von drei Monaten bei der Pflegekasse der GKV gestellt werden; sie sind unwiderruflich.

Eine erneute Wechselmöglichkeit zur privaten Pflegeversicherung besteht nach Ablauf der dreimonatigen Frist erst dann wieder, wenn eine Krankenversicherung bei der PKV abgeschlossen wird, also beim Wechsel des Gesamtpakets der Kranken- und Pflegepflichtversicherung.

Wer später wieder versicherungspflichtig wird und wieder in die GKV zurück muss, weil z. B. das Einkommen gesunken ist oder Arbeitslosengeld bezogen wird, kann selbstverständlich die private Kranken- und Pflegeversicherung umgehend kündigen. Ist vorzusehen, dass die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung nur vorübergehend ist, so empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung. Diese gewährleistet eine spätere Wiederaufnahme der privaten Pflegeversicherung ohne Risikozuschlag und ggf. mit Anspruch auf Beitragsbegrenzung.

Die gesetzlichen Regelungen

Der Gesetzgeber hat im § 110 Abs. 3 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) konkrete Regelungen für die private Pflegepflichtversicherung erlassen. Diese Regelungen gelten für alle privaten Krankenversicherungsverträge, die nach dem 1. Januar 1995 abgeschlossen werden:

Wechsel zwischen privater und gesetzlicher Pflegepflichtversicherung

Die gesetzlichen Regelungen

- 1) Es besteht Kontrahierungszwang für die Aufnahme in die private Pflegepflichtversicherung.
- 2) Es darf in der privaten Pflegepflichtversicherung keinen Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten geben.
- 3) Die Prämien dürfen nicht nach Geschlecht gestaffelt werden.
- 4) Für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflege- oder privaten 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: Ab dem 1. Juli 2008 gilt, dass ein Leistungsanspruch dann besteht, 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 Wartezeiten gelten sowohl für Leistungen bei ambulanter als auch bei stationärer Pflegebedürftigkeit.

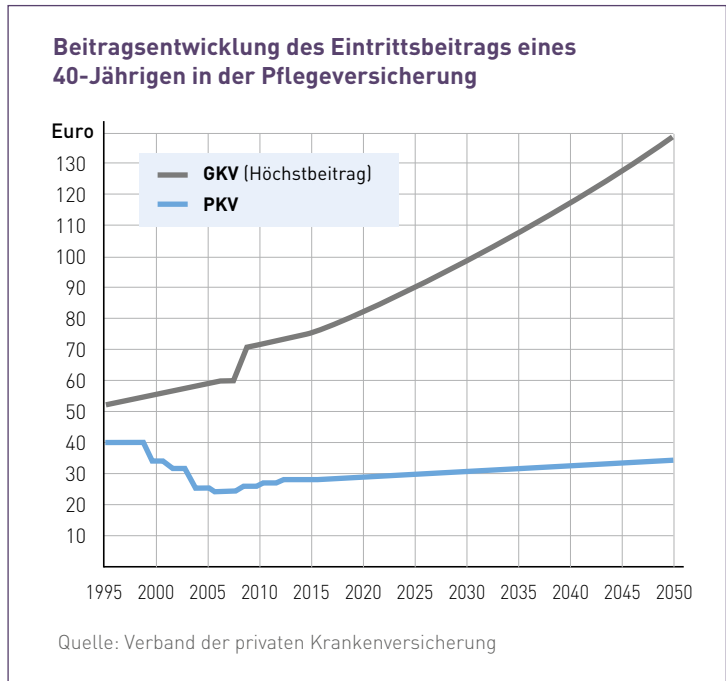
Wartezeiten

Wie hoch sind die Beiträge in der privaten Pflegepflichtversicherung?

Die Beiträge zur privaten Pflegepflichtversicherung orientieren sich nicht am Einkommen. Sie sind vielmehr vom Lebensalter beim Eintritt in die Versicherung sowie vom Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss abhängig. Sie werden nach dem für die private Krankenversicherung üblichen Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkuliert. Aus Teilen der Beiträge wird die Rückstellung für das steigende Pflegerisiko im Alter gebildet.

Bildung von Altersrückstellungen

Die folgende Grafik verdeutlicht, wie sich der Beitrag in der privaten Pflegepflichtversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung in den nächsten Jahren entwickeln wird.



Für die Beitragsentwicklung der sozialen Pflegeversicherung wird hierbei von einem freiwillig versicherten Angestellten ausgegangen. Aufgrund der gemäß der allgemeinen Gehaltsentwicklung steigenden Bemessungsgrenze wird für diesen Angestellten der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung kontinuierlich steigen.

In der privaten Pflegepflichtversicherung ergibt sich ein anderes Bild: Der Beitrag eines 40-Jährigen, der 1996 der privaten Pflegepflichtversicherung beitrug, betrug 40 Euro und konnte seitdem bereits vier Mal gesenkt werden. Die Ursache dafür liegt im allmählichen Abbau der Umlageanteile im Beitrag der Jüngeren mit denen der Beitrag der Älteren subventioniert wird.

Ein hohes Eintrittsalter führt bei risikoadäquater Beitragsgestaltung in der privaten Pflegepflichtversicherung zwangsläufig zu hohen Beiträgen - z. B. etwa 200 Euro im Monat für einen 80-Jährigen. Um diese Versichertengruppe finanziell nicht zu überfordern, muss der Beitrag für Personen, die seit Einführung der Pflegeversicherung (1. Januar 1995) oder die seit mindestens fünf Jahre privat kranken- oder pflegeversichert sind, auf dem Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt werden.

Für alle Versicherten, die zu Beginn ihrer privaten Kranken- und Pflegeversicherung jünger als 50 Jahre alt sind, ergibt sich anhand der aktuellen Beitragskalkulation auf jeden Fall ein Beitrag unter dem Höchstbeitrag.

Dieser gesetzliche Höchstbeitrag beläuft sich ab dem 1. Juli 2008 auf monatlich 70,20¹ Euro für Versicherte ohne und 35,10 Euro für Versicherte mit Beihilfeanspruch. Die fehlenden Beitragsteile sind von den jüngeren Versicherten zu tragen. Durch den weiteren Rückgang des Umlagebedarfs, aber auch z. B. durch überrechnungsmäßige Kapitalerträge, wird es auch künftig möglich sein, die Beiträge zu senken oder die notwendige Beitragserhöhungen aufgrund von gesetzlichen Leistungsausweitungen abzumildern.

Zum 1. Juli 2008 wurden die Leistungen der Pflegepflichtversicherung vom Gesetzgeber ausgeweitet. In diesem Zuge mussten die Beiträge in der gesetzlichen und in der privaten Pflegeversicherung erhöht werden. Weitere Beitragsanpassungen werden auch für die gesetzlich festgelegten Leistungsausweitungen der Jahre 2010 und 2012 nötig werden. Diesen Beitragserhöhungen stehen dann aber auch höhere Leistungen für die Versicherten gegenüber (siehe die entsprechenden Kapitel zu den Leistungen der privaten Pflegeversicherung ab Seite 11).

Versicherte im modifizierten Standardtarif (ab 1. Juli 2007) bzw. Versicherte im Basistarif (ab 1. Januar 2009) haben ohne Vorversicherungszeiten Anspruch auf Begrenzung ihres Beitrages auf den Höchstbeitrag. Für Beihilfeberechtigte gilt hier der hal-

*Beitrags-
anpassungen
zum 1. Juli 2008*

*Beitragsbegren-
zung im Basistarif*

¹ 1,95 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.

be Höchstbeitrag. Bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit nach SGB II bzw. SGB XII reduzieren sich diese Höchstbeiträge noch einmal um die Hälfte.

*Beitragsfreie
Mitversicherung
für Kinder*

Nicht erwerbstätige Kinder sind bis zum 23. Lebensjahr bzw. in Schul- oder Berufsausbildung befindliche Kinder bis zum 25. Lebensjahr, ggf. verlängert um Zeiten einer gesetzlichen Dienstpflicht, beitragsfrei mitversichert. Für behinderte Kinder, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu unterhalten, gibt es bei der beitragsfreien Mitversicherung keine Altersgrenze.

*Sonderbeitrag
für Studenten*

Die privaten Krankenversicherer ermöglichen für beitragspflichtig versicherte Studenten bis zum vollendeten 34. Lebensjahr einen Sonderbeitrag. Im Jahr 2008 liegt dieser Sonderbeitrag bei 16,10 Euro.

*Arbeitgeber-
zuschuss*

Gibt es einen Beitragszuschuss?

Der Arbeitgeber zahlt den Beschäftigten zur privaten Pflegepflichtversicherung einen Zuschuss in Höhe des Beitrages, 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 bescheinigt dem Versicherten, dass ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, die Pflegeversicherung nach den vom Gesetzgeber bestimmten Voraussetzungen zu betreiben. Diese Bescheinigung muss der Versicherungsnehmer dem Arbeitgeber vorlegen, um den Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung zu erhalten.

Beamte mit Beihilfeanspruch oder Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge bekommen von ihren Dienstherrn keinen Zuschuss zu den Pflegeversicherungsbeiträgen.

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 8 Euro.

Rentner erhalten seit dem 1. April 2004 von der Rentenversicherung keinen Zuschuss mehr zum Beitrag.

Im Bundesland Sachsen tragen überwiegend die Versicherten den Beitrag zur Pflegeversicherung (und zwar in Höhe von 1,6 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze), da hier die für erforderlich gehaltene Streichung eines Feiertages zum Ausgleich der zusätzlichen Belastungen für die Arbeitgeber nicht erfolgt ist.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

In der Pflegepflichtversicherung werden entsprechend der gesetzlichen Vorgaben drei Stufen der Pflegebedürftigkeit unterschieden.

Pflegestufe

Pflegestufe 1	Erheblich Pflegebedürftige benötigen wenigstens einmal täglich Hilfe bei der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen (z. B. Ankleiden, Nahrungsaufnahme).
Pflegestufe 2	Schwerpflegebedürftige benötigen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten pflegerische Hilfen.
Pflegestufe 3	Schwerstpflegebedürftige benötigen rund um die Uhr, auch nachts, pflegerische Hilfen.

Pflegebedürftigkeit muss für eine voraussichtliche Dauer von mindestens sechs Monaten bestehen. Sie wird durch eine ärztliche Untersuchung festgestellt. Für die privaten Krankenversicherer nehmen Ärzte der **Medicproof, Gesellschaft für medizinische Gutachten (www.medicproof.de)**, sowie Pflegefachkräfte die Begutachtungen vor.

Begutachtung durch Medicproof

Um die Einzelheiten der Pflegebedürftigkeit zu klären, besuchen der beauftragte Arzt oder die Pflegefachkraft den zu Pflegenden in seinem Wohnbereich. Zu diesem Zweck wird vorher ein Termin vereinbart. Bei diesem Besuch ist die Anwesenheit

der Pflegeperson, der Pflegekraft bzw. des Vertreters der ambulanten Pflegeeinrichtung erforderlich.

Die privaten Krankenversicherer sind verpflichtet, bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe 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.

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen in Abhängigkeit von der Pflegestufe halbjährlich bzw. vierteljährlich einen Beratungseinsatz durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, eine anerkannte Beratungsstelle oder einen Pflegeberater in Anspruch nehmen. Diese regelmäßige Einschaltung professioneller Pflegekräfte soll die Qualität der häuslichen Pflege sichern und wird von der Pflegeversicherung zusätzlich bezahlt.

Individuelle Pflegeberatung

Personen, die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (Pflegebedürftige, Ratsuchende im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit, pflegende Angehörige, demenziell Erkrankte und ihre Familien) erhalten, haben ab Januar 2009 einen kostenlosen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin/einen Pflegeberater.

Für diese Pflegeberatung hat der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) ein eigenständiges Konzept entwickelt und eine eigene Gesellschaft ins Leben gerufen. Ab dem 1. Januar 2009 wird die **COMPASS Private Pflegeberatung GmbH** die Pflegeberatung für die PKV übernehmen.

Das Beratungsangebot der privaten Pflegepflichtversicherung unterscheidet sich in zentralen Punkten von dem Beratungsangebot der sozialen Pflegeversicherung. Während dort die Beratungsleistung in sogenannten Pflegestützpunkten an festen Standorten durchgeführt werden soll, wird die PKV für ihre Versicherten eine individuelle und aufsuchende Pflegeberatung anbieten.

Diese Beratung findet beim Pflegedürftigen direkt statt, sei es bei ihm zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung. Dadurch kann die Beratung zielgerichtet sowie lebenswelt- und alltagsorientiert sein. Im Zentrum stehen dabei immer die individuellen Wünsche, Interessen und Bedürfnisse der Ratsuchenden.

Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung

Welche Leistungen gibt es bei ambulanter Pflegebedürftigkeit?

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, z. B. Urlaubsreisen bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr. Eine Ausnahme bildet hier das Pflegegeld: Diese Leistung wird ebenso wie die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen ohne zeitliche Begrenzung in allen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR = die EU-Länder sowie Norwegen, Island und Liechtenstein) und der Schweiz gezahlt.

Wer mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen 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 und zwar auch bei Aufenthalt in den Ländern des EWR und der Schweiz.

*Geltungsbereich
des Versicherungs-
schutzes*

In Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit werden folgende Leistungen für die Pflege im Haushalt des Pflegebedürftigen oder in einem anderen Haushalt geleistet:

Maximale Erstattung der Kosten für häusliche Pflegehilfe durch zugelassene Pflegedienste pro Monat			
	ab 1.7.2008	ab 1.1.2010	ab 1.1.2012
Pflegestufe 1	420 Euro	440 Euro	450 Euro
Pflegestufe 2	980 Euro	1.040 Euro	1.100 Euro
Pflegestufe 3	1.470 Euro	1.510 Euro	1.550 Euro

In ganz besonderen Ausnahmefällen, in denen die Pflegebedürftigkeit das in Pflegestufe 3 vorgesehene Maß weit übersteigt, können auch noch höhere Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro gewährt werden.

Zahlung eines Pflegegeldes für die Betreuung durch Pflegepersonen¹ pro Monat			
	ab 1.7.2008	ab 1.1.2010	ab 1.1.2012
Pflegestufe 1	215 Euro	225 Euro	235 Euro
Pflegestufe 2	420 Euro	430 Euro	440 Euro
Pflegestufe 3	675 Euro	685 Euro	700 Euro

¹ z. B. durch Angehörige oder Bekannte

Auch eine Kombination von Erstattung der Kosten eines Pflegedienstes und der pauschalen Geldleistung für die Pflege durch Angehörige oder Bekannte ist möglich, wenn der Pflegedienst nur teilweise in Anspruch genommen wird. Das Pflegegeld wird in diesem Fall prozentual gekürzt.

Wer zu Hause von einem Angehörigen oder einer anderen ehrenamtlichen Pflegeperson gepflegt wird, kann für längstens vier Wochen im Kalenderjahr bis zu 1.470 Euro der Kosten für

eine Ersatzpflegekraft oder die vorübergehende Unterbringung in einem Heim erstattet bekommen, wenn die Pflegeperson z. B. aufgrund von Urlaub oder Krankheit vorübergehend verhindert ist. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Verwandte bis zum 2. Grad können in diesem Fall allerdings keine zusätzliche Erstattung beanspruchen. Für sie ist neben dem Pflegegeld der Ersatz von Aufwendungen (z. B. Fahrtkosten) vorgesehen.

Erstattet werden alle für die Pflege notwendigen Pflegehilfsmittel (z. B. Rollstühle). 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 werden bis zu einer Höhe von 31 Euro je Kalendermonat erstattet.

Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes z. B. für den Einbau einer behindertengerechten Badewanne können unter Berücksichtigung eines angemessenen Eigenanteils bezahlt werden, wenn dadurch der Pflegebedürftige weiterhin in seiner bisherigen Wohnung bleiben kann. Die Zuschüsse dürfen 2.557 Euro je Maßnahme nicht überschreiten.

Pflegehilfsmittel

*Zuschüsse für
Wohnungs-
umbauten*

Leistungen für die teilstationäre Pflege

Wenn es die häuslichen Umstände erfordern, kann auch die Pflege in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege (teilstationäre Pflege) bezahlt werden.

*Teilstationäre
Pflege*

Maximale Erstattung der Kosten für teilstationäre Pflege pro Monat

	ab 1.7.2008	ab 1.1.2010	ab 1.1.2012
Pflegestufe 1	420 Euro	440 Euro	450 Euro
Pflegestufe 2	980 Euro	1.040 Euro	1.100 Euro
Pflegestufe 3	1.470 Euro	1.510 Euro	1.550 Euro

Die Kosten für die Unterkunft und die Verpflegung muss der Versicherte – wie bei der häuslichen Pflege auch – selbst tragen. Die Leistungen der teilstationären Pflege können mit den Leistungen der häuslichen Pflege kombiniert werden.

Darüber hinaus kann für bis zu vier Wochen im Jahr stationäre Pflege als Kurzzeitpflege bezahlt werden, wenn eine häusliche Pflege zeitweise nicht möglich ist und eine teilstationäre Pflege nicht ausreichend ist.

Leistungen für pflegende Angehörige (Pflegepersonen)

Bei Inanspruchnahme einer bis zu sechs monatigen Pflegezeit (Arbeitsfreistellung von Personen, die Pflegebedürftige versorgen) übernimmt die Pflegepflichtversicherung die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die Pflegeperson sowie Zuschüsse zu deren Kranken- und Pflegeversicherung. Angehörige von Personen, die unerwartet zu Pflegefällen werden, haben einen gesetzlichen Anspruch auf kurzzeitige Freistellung vom Arbeitsplatz für bis zu 10 Arbeitstage. Auch in dieser Zeit ist der freigestellte Arbeitnehmer sozialversichert.

Für Pflegepersonen, also z. B. für Angehörige von Pflegebedürftigen, werden Schulungskurse angeboten und die hierfür entstehenden Kosten übernommen.

Ehrenamtliche Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und wenigstens durchschnittlich zwei Stunden täglich pflegen, sind in den Schutz der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung einbezogen. Für die Rentenversicherung zahlt die PKV je nach Pflegestufe und Umfang der Pflegetätigkeit Beiträge. Für Beihilfeberechtigte beteiligen sich auch die Beihilfestellen an den Rentenversicherungsbeiträgen.

Kurzzeitpflege

Pflegezeit

Welche Leistungen gibt es bei stationärer Pflegebedürftigkeit?

Auch bei der stationären Unterbringung von Pflegebedürftigen werden die Leistungen in drei Stufen gewährt. Derzeit gelten hier die folgenden Leistungsobergrenzen:

Maximale Erstattung der Kosten für stationäre Pflege pro Monat			
	ab 1.7.2008	ab 1.1.2010	ab 1.1.2012
Pflegestufe 1	1.023 Euro	1.023 Euro	1.023 Euro
Pflegestufe 2	1.279 Euro	1.279 Euro	1.279 Euro
Pflegestufe 3	1.470 Euro	1.510 Euro	1.550 Euro

Die Lebenshaltungskosten für Unterbringung und Verpflegung, die auch zu Hause anfallen, muss der Pflegebedürftige selbst zahlen. Wie bei der ambulanten Pflege können in außergewöhnlichen Ausnahmefällen auch höhere Kosten übernommen werden, insgesamt aber nicht mehr als 1.750 Euro monatlich (ab 2010: 1.825 Euro; ab 2012: 1.918 Euro).

Die Leistungen bei stationärer Pflegebedürftigkeit werden nur gewährt, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege im jeweiligen Einzelfall nicht möglich ist. Entscheidet sich der Pflegebedürftige trotzdem für die Heimunterbringung, dann erhält er nur diejenigen Leistungen, die bei einer ambulanten Pflege gewährt werden würden.

Pflegebedürftige der Pflegestufe 1, 2 oder 3 mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (z. B. aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen) erhalten zusätzliche Betreuungsleistungen, die zweckgebunden für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und andere Betreuungsangebote zur Verfügung stehen. Diese Leistungen umfassen einen Betreuungsbeitrag, der bis zu 100 Euro monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag) beträgt. Diese Leistungen erhalten ab dem 1. Juli 2008 auch Pflegebedürftige, die noch keine Pflegestufe erreichen (so

Vorrang der ambulanten Pflege

Leistungen bei allgemeinem Betreuungsbedarf

genannte Stufe 0), die jedoch einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung aufweisen. In vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem zusätzlichen Betreuungsangebot erstattet die private Pflegeversicherung entsprechende Zuschläge auf das Heimentgelt.

Sonstige Hinweise

Welche steuerlichen Vorschriften sind bei der Pflegepflichtversicherung zu beachten?

Leistungen aus der Pflegeversicherung, also auch Geldleistungen, sind für den Versicherten steuerfrei. Für Pflegepersonen ist das an sie weitergegebene Pflegegeld steuerfrei, wenn sie die Pflege als Angehörige des Pflegebedürftigen oder in Erfüllung einer sittlichen Pflicht ihm gegenüber leisten. Die Beiträge zur Pflegepflicht- und Pflegezusatzversicherung sind im Rahmen der Höchstbeträge nach § 10 Abs. 4 Einkommensteuergesetz als Sonderausgaben abzugsfähig.

Was müssen Sie tun?

Wenn Sie bei einem PKV-Unternehmen eine Krankenversicherung abschließen, dann wird Ihnen Ihr PKV-Unternehmen automatisch ein Angebot für den Abschluss der Pflegeversicherung machen. Sie können das Angebot ablehnen, müssen sich dann aber innerhalb von sechs Monaten für einen Versicherungsschutz bei einem anderen Unternehmen entscheiden. Darüber hinaus brauchen Sie in dieser Hinsicht nichts zu veranlassen. Wenn Sie freiwillig Versicherter bei einer Krankenkasse werden, sich aber privat für die Pflege versichern möchten, dann haben Sie drei Monate Zeit, um sich zugunsten eines privaten Versicherungsschutzes befreien zu lassen.

*Sonderausgaben
im Sinne des § 10
Abs. 4 EStG*

Gibt es private Zusatzversicherungen?

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 aus eigener Tasche zu zahlen. Wer sich hier vor einer möglichen finanziellen Überforderung schützen möchte, sollte eine private Pflegezusatzversicherung abschließen. Für alle diejenigen, die nach dem 31. Dezember 1957 geboren sind, sieht das Einkommensteuergesetz einen zusätzlichen Freibetrag von jährlich 184 Euro für eine freiwillige private Pflegezusatzversicherung vor, sofern die Abzugsbeträge für Vorsorgeaufwendungen nicht günstiger sind (siehe § 10 Abs. 4a EStG).

Ausführliche Informationen finden Sie in der Broschüre über die private Pflegezusatzversicherung, die beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unter www.pkv.de kostenlos angefordert werden kann.



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln

Telefon (0221) 99 87-0 · Telefax (0221) 99 87-39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin

Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-31

www.pkv.de · info@pkv.de