

## Pflegeversicherung

**Inhaltsverzeichnis** [1 Pflegeversicherung](#) [1.1 1. Versicherte](#) [1.2 2. Leistungen](#) [1.2.1 2.1. Feststellung des Pflegebedürftigkeitsgrades](#) [1.2.2 2.2 Pflegestufen](#) [1.2.3 2.3. Voraussetzungen](#) [1.3 3. Leistungen](#) [1.3.1 3.1. Häusliche Pflege](#) [1.3.2 3.2. Teilstationäre Pflege](#) [1.3.3 3.3. Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen](#) [1.3.4 3.4. Verhinderungspflege](#) [1.3.5 3.5. Zusätzliche Betreuungsleistungen](#) [1.3.6 3.6. Pflegehilfsmittel](#) [1.3.7 3.7. Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung](#) [1.3.8 3.8. Vollstationäre Pflege](#) [1.4 4. Geschichte](#)

**Pflegeversicherung** Dieser Artikel befasst sich mit der gesetzlichen Pflegeversicherung. Diese stellt gemäß dem Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, Pflegeversicherungsgesetz ? Pflege VG, den fünften Baustein in der gesetzlichen [Sozialversicherung](#) dar (neben der [gesetzlichen Krankenversicherung](#), [Berufsunfallversicherung](#), [Arbeitslosenversicherung](#) und [Rentenversicherung](#)). Die Versicherung deckt einen Kostenanteil der häuslichen und stationären Pflege bei Personen mit andauerndem und nachgewiesenem Bedarf an solcher Versorgung. Sie soll es dem Pflegebedürftigen ermöglichen, ein selbst bestimmtes Leben zu führen. Gleichzeitig ist aber die Pflegeversicherung keine Vollversicherung, da sie nur eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen darstellt.

**1. Versicherte** In Deutschland ist die Pflegeversicherung eine Pflichtversicherung, d.h. dass jeder, der bei einer:

- [AOK](#)
- Ersatzkasse
- Betriebskrankenkasse
- Innungskrankenkasse
- der See-Krankenkasse oder
- der Bundesknappschaft

gesetzlich krankenversichert ist, wird auch automatisch Mitglied der Pflegekasse, ohne dafür einen speziellen Antrag stellen zu müssen.

Der Pflegeversicherungsbeitrag wird zusammen mit dem [Krankenversicherungsanteil](#) erhoben, wird jedoch als ein eigenständiger Prozentsatz vom Arbeitnehmergehalt abgerechnet. In der Regel wird die Summe je zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Versicherten aufgebracht. Zur Zeit beläuft sich der Prozentsatz auf 1,95 % des Bruttoeinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei Versicherten ohne Kinder erhöht sich der Prozentsatz um 0,25%. Der Arbeitgeberanteil liegt zum jetzigen Zeitpunkt (Stand Juli 2010) bei 0,975%.

**2. Leistungen** Leistungen aus der Pflegeversicherung werden nur auf Antrag zur Verfügung gestellt. Recht auf solche Vorsorge haben Versicherte, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung die regelmäßigen Aufgaben des täglichen Lebens nicht selbstständig erledigen können. Darüber hinaus sollen die Pflegebedürftigen:

- eine Vorversicherungszeit nachweisen können
- einen Antrag auf Leistungen gestellt haben.

Der Definition zufolge sind "pflegebedürftig" die Leute, die **dauerhaft, das heißt voraussichtlich mindestens für sechs Monate, in erheblichem Maße Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Aufgaben brauchen.**

**2.1. Feststellung des Pflegebedürftigkeitsgrades** Nach Eingang des Antrages bei der Krankenversicherung werden die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Pflegeleistungen überprüft. Die Pflegeversicherung veranlasst anschließend eine Prüfung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MdK), um festzustellen, ob alle Voraussetzungen erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im nächsten Schritt klärt die Pflegekasse über Mitwirkungspflichten auf. Außerdem fordert sie vom Antragsteller auf dem MdK eine Einwilligung zur Einholung von Auskünften bei seinen behandelnden Ärzten, den ihn betreuenden Pflegepersonen oder Pflegeeinrichtungen zu erteilen. Diese Auskünfte werden dann anschließend von geschulten und qualifizierten Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes begutachtet. Der MdK sendet dann Besuch in die jeweilige Pflegeeinrichtung oder häusliche Umgebung und wertet die Lebenssituation des Antragstellers aus. Dabei prüft er, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig oder zumutbar sind. Weiterhin wird festgestellt, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Pflegestufe vorliegt. Sollte die Prüfung positiv ausfallen, d.h. wenn der Antragsteller als pflegebedürftig eingestuft werden kann, muss der MdK einen individuellen Pflegeplan erstellen. Dieser sollte konkret folgende Eckpunkte berücksichtigen:

- notwendige Hilfsmittel
- pflegerische Leistungen
- Maßnahmen zur Prävention
- Rehabilitationsmodulen

Prognosen über weitere Entwicklung, Notwendigkeit und Zeitabstände von Wiederholungsgutachten bei Pflegegeldantrag ob häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt werden kann.

**2.2 Pflegestufen** Maßgeblich dafür, welche Leistungen im einzelnen dem Pflegebedürftigen gewährt werden, ist die sog. Pflegestufe oder der Grad der Pflegebedürftigkeit. Im allgemeinen gibt es drei Pflegestufen:

**Pflegestufe I = erhebliche Pflegebedürftigkeit**

**Pflegestufe II = Schwerpflegebedürftige**

**Pflegestufe III = Schwerstpflegebedürftige**

In eine weitere Sondergruppe werden **extrem schwere Fälle** eingestuft.

Hier werden wir die einzelnen Stufen näher erläutern: In **Pflegestufe I** werden Personen eingestuft, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Vorrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen **mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen**. Wichtig dabei ist, dass der Zeitaufwand des Hilfebedarfs **mindestens 90 Minuten täglich** beträgt.

Die Pflegebedürftigen, die in die **Stufe 2** kommen, brauchen bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität **mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Unterstützung** und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Zeitaufwand in dieser Gruppe beläuft sich auf **mindestens drei Stunden täglich, zwei Stunden davon müssen auf die Grundpflege entfallen**.

Pflegebedürftige der **Pflegestufe 3** sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität **täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen** und mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand des notwendigen Hilfebedarfs beträgt mindestens **fünf Stunden täglich, mind. 4 davon sind Grundpflege**.

Zusammenfassend könnte man sagen, dass die Krankheiten, die von der Pflegeversicherung als pflegebedürftig betrachtet werden sind:

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

**2.3. Voraussetzungen** Neben den erfüllten Voraussetzung bezüglich der Pflegebedürftigkeit und den Pflegestufen muss der Antragsteller innerhalb einer Zehn-Jahres-Rahmenfrist vor der Antragstellung mindestens fünf Jahre anrechnungsfähige Vorversicherungszeiten nachweisen können. Anrechnungsfähig als Vorversicherungszeit sind dabei alle Zeiten einer Mitgliedschaft oder einer Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung. Eine Ausnahmenregelung sieht das Gesetz bei der Anrechnung von Zeiten aus der privaten Pflegeversicherung vor.

**3. Leistungen** Das Ziel der Pflegeversicherung ist, **vorhandene Selbstversorgungsfähigkeiten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren**. Darüber hinaus soll die Pflegeversicherung die Kommunikationsfähigkeiten bei der Leistungserbringung verbessern. Bei den geistig und seelisch Behinderten kümmert sich die Pflegeversicherung darum, dass sie sich in ihrer Umgebung auch zeitlich zurechtfinden. Bei der Festlegung des Umfangs der Pflegeversicherung sind einige Leistungsgrundsätze von Belang. So gehen gemäß §5 SGB XI Prävention und Rehabilitation den Pflegeleistungen vor und ambulante Pflege geht teilstationären und vollstationären Pflegeleistungen vor. (§3 SGB XI) Folgende Leistungen gehören zur Pflege:

- Körperpflege

- Waschen, Duschen, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung

- Ernährung

- Zubereitung, Lieferung, Aufnahme der Nahrung

- Mobilität

- Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Ausziehen der Kleidung, Stehen/Gehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

- Hauswirtschaftliche Versorgung

- Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Heizen

**3.1. Häusliche Pflege** Wenn der Pflegebedürftige die Versicherungsleistungen im ambulanten Bereich, d.h. zu Hause, in Anspruch nimmt, wird ihm/ihr eine Geldleistung gewährt, die von der Höhe der Pflegestufe abhängig ist. Zum jetzigen Zeitpunkt beträgt diese Geldleistung 205 € in der Pflegestufe I, 410 € in der Pflegestufe II und 665 € in der Pflegestufe III. Darüber hinaus kann auch eine Hilfeleistung für professionelle Pflegedienste bereitgestellt werden. Sollte diese nötig sein, so stehen in der Pflegestufe I 384 €, in der Stufe II 921 € und Stufe III 1.432 € zur Verfügung. Besonders schwer pflegebedürftige Menschen können bis zu 1.918 € monatlich erhalten.

Eine weitere Dienstleistung der Pflegeversicherung bei häuslicher Betreuung sind die sog. Qualitätssicherungsbesuche. Diese sind obligatorisch und finden regelmäßig im Haus des Bedürftigen statt. Sie dienen vor allem zur Beratung und Sicherstellung einer ausreichenden pflegerischen Versorgung durch die Angehörigen. Laut BT-Drs. 14/6949 S. 13 steht bei diesen die Beratung und nicht die Kontrolle im Vordergrund. Die Häufigkeit der Besuche richtet sich nach der Pflegestufe. Bei Pflegestufe I und zwei sollten solche alle 6 Monate, in der Pflegestufe III alle 3 Monate stattfinden.

**3.2. Teilstationäre Pflege** Die Pflege kann auch in sog. Teilstationen oder teilstationären Einrichtungen erfolgen, wenn sich die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sicherstellen lässt. Das kommt am meisten vor, wenn die pflegende Person ein Familienangehörige/r ist, der/die auch berufstätig ist oder sonstige Verpflichtungen hat. Bei dieser Art der Versorgung werden die pflegebedingten Aufwendungen, die soziale Betreuung, die medizinische Behandlungspflege und Beförderungskosten bis zu den Höchstbeträgen von 384 € (Pflegestufe I), bzw. 921 € (Pflegestufe II), bzw. 1.432 € (Pflegestufe III) abgedeckt.

**3.3. Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen** Diese Leistung kommt vor allem im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder bei Krisensituationen in Betracht und in allen sonstigen Fällen, in denen eine häusliche Pflege unmöglich oder unzureichend ist. Die Zeit der Unterbringung in einem Pflegeheim soll dabei 4 Wochen pro Jahr nicht überschreiten. Übernommen werden die pflegebedingten Kosten bis zu einer Höhe von 1432 €.

**3.4. Verhinderungspflege** Eine Verhinderungspflege kann bei einer häuslichen Pflege, die länger als 12 Monate andauert, beantragt werden. Die Kosten, die 1432 € nicht überschreiten dürfen, sollten für eine Ersatzkraft in Anspruch genommen werden. Bei dieser Ersatzkraft kann es sich um einen professionellen

Pflegedienst handeln. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass wenn die Ersatzkraft mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder wenn sie im gleichen Haushalt lebt, ist die Leistung auf den Betrag des Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufe begrenzt.

**3.5. Zusätzliche Betreuungsleistungen** Diese werden vor allem Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf, z.B. an Demenz erkrankten Versicherten, zur Verfügung gestellt. Der Betrag, der in diesem Fall bereitgestellt wird, beläuft sich auf 460 € pro Kalenderjahr. Die Abrechnung mit der Pflegekasse erfolgt im Rahmen der Kostenerstattung bei Sachleistungen. Zu den "zusätzlichen Betreuungsleistungen" zählen zum Beispiel:

Tagespflege

Nachtpflege

Kurzzeitpflege

besondere Betreuungsangebote

Sachleistungen

**3.6. Pflegehilfsmittel** Pflegehilfsmittel und technische Hilfen werden immer, d.h. unabhängig von der Pflegestufe, zur Verfügung gestellt. Die Kosten für solche Mittel werden nur gegen Kassenbeleg und bis zu einer Höhe von 31 Euro im Monat zurückerstattet.

**3.7. Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung** Für die Verbesserung des Wohnumfeldes (damit die Lebenssituation des Versicherten verbessert werden kann) wird ein Maximalbetrag von 2557 € je Maßnahme zur Verfügung gestellt. Der Pflegebedürftige hat einen Anteil von 10% der Kosten der Umbaumaßnahme zu leisten. Wenn mehrere Um- oder Einbaumaßnahmen nötig sind, so gelten diese einheitlich als eine Maßnahme zur Wohnumfeldverbesserung.

**3.8. Vollstationäre Pflege** Da die vollstationäre Pflege gegenüber der häuslichen oder teilstationären Pflege nachrangig ist, kann die Pflegekasse zu jedem Zeitpunkt die Notwendigkeit dieser Art von Versorgung überprüfen lassen. Bei Pflegebedürftigen der Stufe III ist die Überprüfung nicht erforderlich. Dabei zahlt die Kasse eine Pauschale an das Pflegeheim. Diese beläuft sich auf:

1023 € - Pflegestufe I

1279 € - Pflegestufe II

1432 € - Pflegestufe III

1688 € - Härtefälle.

**4. Geschichte** Die Pflegeversicherung wurde in Deutschland Anfang der 1990er eingeführt. Davor sollten die Pflegebedürftigen die zum Teil enormen Pflegekosten mit Eigenmitteln, wie etwa den Renten- oder Pensionseinnahmen oder Rücklagen), finanzieren. Im Jahr 1991 erhielten 543000 Pflegebedürftige erstmalig Leistungen der Hilfe zur Pflege. Die Beitragspflicht begann erst am 1. Januar 1995. Seitdem gewährt die Versicherung den Bedürftigen auch Leistungen für die häusliche Pflege. Am 4. November 2004 wurde der bisher letzte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung der Bundesregierung vorgelegt. Diesem zufolge soll die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2040 auf 3,4 Millionen ansteigen. Die Zahlen erforderten eine Umstrukturierung, die auch als Pflegereform bekannt wurde. Im Juni 2007 wurde eine Einigung über die genaue Form dieser Umstrukturierung im Bundestag erreicht. So sollen nun die Leistungen für die Demenzkranken verbessert werden und auch den Familienangehörigen, die sich um Pflegebedürftigen kümmern, Sozialleistungen gewährt werden.