

**Sicherheit im Pflegefall –
Informationen zur
privaten Pflegeversicherung
– Die Pflegepflichtversicherung –**





Pflegepflichtversicherung – Warum?

Viele Menschen erreichen ein hohes Alter, ohne jemals ernsthaft zu erkranken. Trotzdem kann jederzeit das Risiko eintreten, nicht nur krank, sondern sogar zum Pflegefall zu werden – im Alter ebenso wie in jungen Jahren. Vor den erheblichen finanziellen Belastungen konnten sich gesetzlich oder privat Krankenversicherte bisher schon durch eine private Pflegekrankenversicherung schützen. Mit dem Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes ist die Absicherung gegen das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit am 1. Januar 1995 für alle Bürger zur Pflicht geworden. Nach dem Grundsatz „Pflege folgt Krankenversicherung“ schließen die privat Krankenversicherten die Pflegeversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen ab. Die gesetzlich Krankenversicherten erhalten den Versicherungsschutz in der sozialen Pflegeversicherung.

Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung – für wen?

Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen für allgemeine Krankenhausleistungen versichert ist, ist seit dem 1. Januar 1995 gesetzlich verpflichtet, dort auch eine Pflege-Pflichtversicherung abzuschließen. Innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn der Versicherungspflicht, also nach Abschluß des Krankenversicherungsvertrages, können Versicherungspflichtige für den Abschluß des Pflegeversicherungsvertrages auch ein anderes als ihr Krankenversicherungsunternehmen wählen. Die Leistungen sind allerdings per Gesetz bei allen privaten Krankenversicherungen gleich und die Höchstbeiträge gleichermaßen begrenzt.

Die Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht auch für Beamte und vergleichbare Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe bei Pflegebedürftigkeit haben, ebenso für Heilfürsorgeberechtigte, die nicht in der

sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind (z.B. Soldaten, Polizeibeamte), und Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Sie müssen eine anteilige (beihilfe-konforme) Versicherung abschließen. Für die Versicherung der Bahn- und Postbeamten wurde beim Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) die 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.

Nicht versicherungspflichtig in der privaten Pflegeversicherung sind solche Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und aufgrund eines Arbeits- oder Dienstanfalls bereits Leistungen bei Pflegebedürftigkeit erhalten. Der Versicherungsschutz für Familienangehörige muß allerdings sichergestellt sein.

Krankenversicherung in der GKV – Pflege in der PKV?

Damit der Versicherte die Leistungen bei Krankheit und Pflege möglichst aus einer Hand erhält, erfolgt die Pflegeversicherung grundsätzlich dort, wo auch die Krankenversicherung besteht. Wer aber freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse krankenversichert ist (zum Beispiel als Angestellter mit einem Monatseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze), kann sich von der sozialen Pflegepflichtversicherung befreien lassen. Er muß sich dann für die Kosten einer Pflegebedürftigkeit in der privaten Krankenversicherung versichern. 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, weil z.B. das Einkommen gesunken ist oder Arbeitslosengeld bezogen wird, kann selbstverständlich die private Kranken- und Pflegeversicherung kündigen. Bei Arbeitslosigkeit kann auf Antrag der private Versicherungsvertrag für längstens drei Jahre beitragsfrei ruhen. Nach Beendigung der Arbeitslosigkeit lebt der private Versicherungsschutz zu den alten Bedingungen wieder auf. Bei einer fünfjährigen Vorversicherungszeit kann auch bei Arbeitslosigkeit der private Kranken- und Pflegeversicherungsschutz beibehalten werden.

Wie hoch sind die Beiträge in der privaten Pflegepflichtversicherung?

Die Beiträge zur privaten Pflegepflichtversicherung orientieren sich nicht am Einkommen. Sie werden nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkuliert und sind vom Lebensalter beim Eintritt in die Versicherung abhängig. Im Unterschied zum Umlageverfahren bei den Pflegekassen wird außerdem aus Teilen der Beiträge eine Rückstellung für das steigende Pflegerisiko im Alter gebildet. Diese Kapitalbildung macht die privat Versicherten von der drohenden Überalterung der Bevölkerung weitestgehend unabhängig, wie die Vorausschätzung der Beitragsentwicklung (Grafik rechts oben) zeigt.

Der Höchstbeitrag zur privaten Pflegepflichtversicherung ist per Gesetz begrenzt. Für alle, die sich zum 1. Januar 1995 privat pflegeversichern mußten, darf er nicht höher sein als der Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung (das sind 1,7 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze, die jährlich neu festgelegt wird). Beamte, die über einen entsprechenden Beihilfeanspruch verfügen, zahlen maximal die Hälfte dieses Höchstbeitrages. In den neuen Bundesländern gilt entsprechend der dort niedrigeren Beitragsbemessungsgrenze auch ein niedrigerer Höchstbeitrag. Mit diesem Höchstbeitrag sind nicht erwerbstätige Kinder bis zum 23sten Lebensjahr bzw. in Schul- oder Berufsausbildung befindliche Kinder bis zum 25sten Lebensjahr, ggfs. verlängert um Zeiten einer gesetzlichen

Entwicklung der Beiträge bei gleichbleibender Leistungshöhe (Vergleich für einen 40jährigen im Jahr 1994)

Dienstpflicht, beitragsfrei mitversichert. Für behinderte Kinder, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu unterhalten, gibt es bei der beitragsfreien Mitversicherung keine Altersgrenze.

Die privaten Krankenversicherer bieten einen Sonderbeitrag für beitragspflichtig versicherte Studenten an, die noch nicht das 34. Lebensjahr vollendet haben. Dieser Beitrag ist für Männer und Frauen gleich hoch.

Für alle, die entweder bereits am 1. Januar 1995 privat krankenversichert waren oder die sich als freiwillig Versicherte in der GKV bis zum 30. Juni 1995 für eine private Pflegepflichtversicherung entschieden haben, gilt außerdem:

- Es gibt keine Risikozuschläge zum Beitrag.
- Ehegatten ohne oder mit nur geringfügigem Einkommen (2000: monatlich 640 in den alten, 630 DM in den neuen Bundesländern) werden zum halben Höchstbei-



trag versichert. Ehepaare mit wenigstens einem geringverdienenden Ehepartner zahlen danach zusammen max. 150 Prozent des Höchstbeitrages zur Pflegeversicherung. Für Beamte gilt der halbe Beitrag.

Versicherte, die nach dem 1. Januar 1995 versicherungspflichtig in der privaten Pflegeversicherung geworden sind, erwerben den Anspruch auf die Beitragsbegrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung erst nach einer Vorversicherungszeit in der privaten Pflegeversicherung von fünf Jahren. So lange können auch Risikozuschläge erhoben werden. Eine Beitragsermäßigung für Ehegatten erfolgt auch nach Ablauf der erwähnten Vorversicherungszeit nicht.

Eine Kündigung der Pflegeversicherung durch das Versicherungsunternehmen ist ausgeschlossen, solange Versicherungspflicht besteht. Die Wartezeiten sind die gleichen wie in der sozialen Pflegeversicherung. Der Versicherte hat in 2000 einen Leistungsanspruch, wenn er vor der Antragstellung mindestens fünf 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.

Gibt es einen Beitragszuschuß zur privaten Pflegeversicherung?

Der Arbeitgeber zahlt den Beschäftigten zur privaten Pflege-Pflichtversicherung einen Zuschuß in Höhe des Beitrages, den er bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung als Arbeitgeberanteil zu zahlen hätte, höchstens 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. Bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind, tritt an

die Stelle des Zuschusses die Beihilfe oder Heilfürsorge des Dienstherrn aus Anlaß der Pflege.

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, hat sich der jeweilige Bedarfssatz nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz für die Pflegeversicherung vom 1. Juli 1996 an um monatlich 15 DM erhöht.

Privatversicherte Rentner erhalten einen Zuschuß zum Beitrag von der Rentenversicherung. Er wird nach dem gleichen Prozentsatz von der Rente berechnet wie bei sozialversicherten Rentnern und muß beim Rentenversicherungsträger beantragt werden (seit 1. Juli 1996: 0,85 Prozent der Rente).

Im Bundesland Sachsen tragen überwiegend die Versicherten den Beitrag zur Pflegeversicherung (und zwar in Höhe von 1,35 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze), da hier die zum Ausgleich der zusätzlichen Belastungen für die Arbeitgeber für erforderlich gehaltene Streichung eines Feiertages nicht erfolgt ist.

Was heißt Pflegebedürftigkeit?

Das Gesetz unterscheidet drei Stufen der Pflegebedürftigkeit.

Pflegestufe 1: Erheblich Pflegebedürftige benötigen wenigstens einmal täglich Hilfe bei der Körperpflege, 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 mindestens für eine voraussichtliche Dauer von sechs Monaten bestehen. Sie wird durch eine ärztliche Untersuchung festgestellt. Für die privaten Krankenversicherer nehmen Ärzte der Medicproof, Gesellschaft für medizinische Gutachten sowie Pflegefachkräfte, die Begutachtungen vor. Um die Einzelheiten der Pflegebedürftigkeit zu klären, kommen der von diesem Dienst beauftragte Arzt oder die Pflegefachkraft in den Wohnbereich des zu Pflegenden. 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. Die Ärzte und Pflegefachkräfte dieses Dienstes beraten auch den Pflegebedürftigen und seine Helfer über mögliche Verbesserungen und Erleichterungen bei der Pflege.

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen je nach dem Grad ihrer Pflege einmal halbjährlich bzw. vierteljährlich einen Pflegeeinsatz durch eine Vertragspflegeeinrichtung in Anspruch nehmen. Diese regelmäßige Einschaltung professioneller Pflegekräfte soll die Qualität der häuslichen Pflege sichern und wird von der Pflegeversicherung zusätzlich bezahlt.

Welche Leistungen gibt es bei ambulanter Pflegebedürftigkeit?

Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden in der Regel nur beim Aufenthalt im Inland gewährt. Wer sich gewöhnlich im Ausland aufhält, ist nicht pflegeversicherungspflichtig. Dies gilt auch für privat Krankenversicherte, die im Ausland leben. 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. Das Pflegegeld wird auf freiwilliger Grundlage außerdem in allen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraumes (EU-Länder sowie Norwegen, Island und Liechtenstein) gezahlt.

Wer mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen privat krankenversichert ist und ins Ausland zieht, kann für den Fall einer beabsichtigten Rückkehr nach Deutschland eine Anwartschaftsversicherung für das Pflegerisiko abschließen. Die Anwartschaftsversicherung kann allerdings nicht bei Umzug in ein EWR-Land abgeschlossen werden.

An beihilfeberechtigte Personen (Beamte – auch im Ruhestand –) und berücksichtigungsfähige Angehörige gewährt die private Pflege-Pflichtversicherung die im Gesetz vorgeschriebenen Leistungen nach Prozentsätzen. Der einzelne Pflegebedürftige erhält denjenigen Prozentsatz, der die nach den Beihilfebemessungssätzen des Bundes bemessenen Leistungen der Beihilfe für Pflege auf 100 Prozent der gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtleistungen ergänzt. Soweit die Beihilfavorschriften höhere Pflegeaufwendungen anerkennen als die private Pflegepflichtversicherung, hat das auf deren Leistungen keinen Einfluß.

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



Erstattung der Kosten für häusliche Pflegehilfe durch zugelassene Pflegedienste in

Pflegestufe 1: bis zu **750 DM monatlich**

Pflegestufe 2: bis zu **1.800 DM monatlich**

Pflegestufe 3: bis zu **2.800 DM monatlich**

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 3.750 DM gewährt werden.

Zahlung eines Pflegegeldes zum Beispiel für die Betreuung durch Angehörige oder Bekannte (Pflegepersonen):

Pflegestufe 1: **400 DM monatlich**

Pflegestufe 2: **800 DM monatlich**

Pflegestufe 3: **1.300 DM monatlich**

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

Wer zu Hause von einem Angehörigen oder einer anderen ehrenamtlichen Pflegeperson gepflegt wird, kann für längstens vier Wochen im Kalenderjahr bis zu 2.800 DM 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.

Erstattet werden alle notwendigen Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen. Die technischen Hilfsmittel, z.B. Rollstühle, werden möglichst leihweise zur Verfügung gestellt. Sind keine Leihgeräte vorhanden, muß der Versicherte 10 Prozent der Anschaffungskosten selbst bezahlen, maximal aber 50 DM. Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel werden bis zu 60 DM je Kalendermonat erstattet.

Wenn es die häuslichen Umstände erfordern, kann auch die Pflege in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege (teilstationäre Pflege) bezahlt werden. Hierfür werden für die Pflegestufe 1 maximal 750 DM, für die Pflegestufe 2 maximal 1.800 DM und für die Pflegestufe 3 maximal 2.800 DM monatlich übernommen. Die Kosten für die Unterkunft und die Verpflegung muß der Versicherte – wie bei der häuslichen Pflege auch – selbst tragen. Zusammen mit der Kostenerstattung für die häusliche Pflegehilfe können monatlich nicht mehr als 2.800 DM erstattet werden.

Außerdem können Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes z.B. für den Einbau einer behindertengerechten Badewanne unter Berücksichtigung eines angemessenen Eigenanteils bezahlt werden, wenn dadurch der Pflegebedürftige weiterhin in seiner bisherigen Wohnung bleiben kann. Die Zuschüsse dürfen 5.000 DM je Maßnahme nicht überschreiten.

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, die für 2000 voraussichtlich zwischen 231 DM und 692 DM pro Monat (alte Bundesländer) bzw. zwischen 187 DM und 562 DM (neue Bundesländer) betragen, an die gesetzlichen Rentenversicherungsträger.

Beamte erhalten alle genannten Leistungen entsprechend ihrem Beihilfeanspruch anteilig. Auch die Beihilfestellen beteiligen sich an den Rentenversicherungsbeiträgen.



Welche Leistungen gibt es bei stationärer Pflegebedürftigkeit?

Für Leistungen bei stationärer Pflegebedürftigkeit stehen monatlich bis zu 2800,- DM zur Verfügung. Gemäß einer Übergangsregelung, die bis zum 31. Dezember 1999 gilt, betragen sie in:

Pflegestufe 1: 2.000 DM monatlich

Pflegestufe 2: 2.500 DM monatlich

Pflegestufe 3: 2.800 DM monatlich

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 3.300 DM monatlich.

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.

Welche steuerlichen Vorschriften sind bei der Pflegeversicherung 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 Sonder-

ausgaben nach § 10 Einkommensteuergesetz abzugsfähig. Für alle diejenigen, die nach dem 31. Dezember 1957 geboren sind, sieht das Einkommensteuergesetz sogar einen zusätzlichen Freibetrag von jährlich 360 DM für eine freiwillige private Pflegezusatzversicherung vor.

Was müssen Sie tun?

Wenn Sie bei einem PKV-Unternehmen eine Krankenversicherung abschließen, dann wird 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 gegen Pflege versichern möchten, dann haben Sie drei Monate Zeit, um sich zugunsten eines privaten Versicherungsschutzes befreien zu lassen.

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 nicht auf die Rente oder das eigene Vermögen zurückgreifen will, sollte eine private Pflegezusatzversicherung abschließen.

Ausführliche Informationen enthält die Broschüre über die private Pflegezusatzversicherung, die beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Postfach 51 10 40, 50946 Köln, kostenlos angefordert werden kann.