



INFORMATIONEN RUND UM DIE THEMEN PFLEGE UND PFLEGEVERSICHERUNG

Wichtiger Hinweis!

Diese Übersicht kann die Beratung durch Fachpersonal nicht ersetzen
und dient lediglich der Vermittlung eines groben Anhalts.
Die Bewertung einer Situation erfordert immer die Betrachtung des Einzelfalls.

Bedeutung der Pflege

Aufgrund des demographischen Wandels, wird die Gesellschaft immer älter. Umso bedeutsamer wird es und ist es, sich mit dem Thema Pflege auseinanderzusetzen und sich hier auf einen aktuellen Wissensstand zu bringen. Denn - der Pflegefall kann jeden treffen! Aus diesem Grund sollte jeder auch eine grobe Vorstellung davon haben, was auf einen zukommt, wenn man einmal selbst Betroffener ist. Gleichgültig ob als Pflegebedürftiger oder als Angehöriger eines Pflegebedürftigen.

Die Pflegeversicherung

Der Versichertenkreis

In Deutschland ist die Pflegeversicherung eine sogenannte Pflichtversicherung. Folglich müssen unter normalen Umständen alle Bundesbürger eine Pflegeversicherung haben. Allgemein gilt der Grundsatz „Die Pflege folgt der Krankenversicherung.“ Das bedeutet, dass regelmäßig dort, wo die jeweilige Krankenversicherung ist, auch die Pflegepflichtversicherung zugeordnet ist beziehungsweise sein sollte.

1.) Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht automatisch eine Versicherungspflicht in der sozialen (= gesetzlichen) Pflegeversicherung.

Achtung Falle!

Für Mitglieder in der GKV gilt es unbedingt den § 46 Abs. 4 BBhV zu beachten! Demnach müssen alle Personen, welche grundsätzlich einen Anspruch auf Beihilfe haben, diesen im Bereich der Pflegeleistungen nutzen. Hierbei gilt jedoch ein gesonderter Bemessungssatz in Höhe von 50%. Pflegeleistungen müssen für die entsprechenden Personen bei der GKV **und** der Beihilfestelle beantragt werden. Sollte nur die GKV in Anspruch genommen werden und diese von dem Beihilfeanspruch erfahren, droht eine (berechtigte) Rückforderung bis zu drei Jahren. Die Beihilfe kann jedoch nur bis zu einem Jahr rückwirkend beantragt werden.

2.) Mitglieder der privaten Krankenversicherung

Für Mitglieder der privaten Krankenversicherung besteht in der Regel automatisch eine Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung.

3.) Soldaten mit freier Heilfürsorge und Versorgungsempfänger

Für Soldaten und Versorgungsempfänger muss grundsätzlich eine beihilfekonforme private Pflegeversicherung, neben der privaten Krankenversicherung, bestehen. Als private Krankenversicherung in diesem Sinne gilt auch die Anwartschaftsversicherung eines aktiven Soldaten. Bei freiwilliger Fortsetzung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung als Soldat auf Zeit oder bei fehlender Krankenversicherung bleibt grundsätzlich auch die soziale Pflegeversicherung bestehen.

4.) Wehrdienstbeschädigte mit „großem“ Bundesbehandlungsschein

Wer aufgrund einer anerkannten Wehrdienstbeschädigung einen Grad der Schädigungsfolgen von mindestens 50 % hat, unterliegt ebenfalls den Grundlagen der sozialen Pflegeversicherung, aufgrund des „großen Behandlungsscheins“.

5.) Pflegeversicherung im Ausland

Bei (dauerndem) Auslandsaufenthalt erlischt die private Pflegeversicherung gegebenenfalls. Erkundigen Sie sich ausführlich und frühzeitig bei Ihrer Versicherung!

Der Beitrag zur Pflegeversicherung

Die Beitragsbemessung muss faktisch zweigeteilt betrachtet werden.

Für die soziale (oder umgangssprachlich auch „gesetzliche“) Pflegeversicherung gilt grundsätzlich ein Beitragssatz von 2,55 % (ab dem 01.01.2017), der bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitnehmer und zur Hälfte vom Arbeitgeber zu zahlen ist. Rentner hingegen zahlen den Gesamtbeitrag. (Kinderlose Arbeitnehmer zahlen einen Zuschlag zum Beitragssatz in Höhe von 0,25 %.) Anwendung findet der Beitragssatz auf das sozialversicherungspflichtige Einkommen des in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung der Versicherten. Begrenzt ist dieser Beitrag über die Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- und Pflegeversicherung, die für das Jahr 2017 genau 4.350,- Euro im Monat beträgt. Diese Beitragsbemessungsgrenze zu Grunde gelegt, ergibt sich ein höchstmöglicher Beitrag von 55,46 Euro für Arbeitnehmer (mit Kindern; reiner Arbeitnehmeranteil), 66,34 Euro für kinderlose Arbeitnehmer (reiner Arbeitnehmeranteil) und 110,93 Euro für Rentner (Gesamtbeitrag).

Im Bereich der privaten Krankenversicherung findet der zuvor betrachtete Beitragssatz grundsätzlich keine Anwendung, da sich der Beitrag zur privaten Pflegeversicherung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt. **Allerdings gelten auch hier die gleichen Höchstsätze wie in der gesetzlichen Krankenversicherung.** Beihilferechtigte müssen darüber hinaus „nur“ den die Beihilfe ergänzenden Anteil der privaten Pflegeversicherung absichern (i.d.R. 50 % - 70 %). Gleiches gilt für deren berücksichtigungsfähige Angehörige, sofern diese ebenfalls in der privaten Krankenversicherung versichert sind und die Beihilfe in Anspruch nehmen.

Für Verwirrung und Unmut sorgt im Zusammenhang mit den Aufwendungen zur Pflegeversicherung auch immer wieder der „Abzug für Pflegeleistungen“, den Versorgungsempfänger in ihren Bezügeabrechnungen finden. Dies ist jedoch, auch wenn es sich wegen des Namens beinahe aufzwingen mag, kein Pflegeversicherungsbeitrag und infolgedessen auch ausdrücklich kein Grund zur Kündigung der privaten Pflegeversicherung. Im Gegenteil. Der umgangssprachlich als solcher bezeichnete „Pflegeabzug“ dient zur Reduzierung der seit Juli 2009 in das Grundgehalt eingearbeiteten Sonderzahlung zur Entlastung des Bundeshaushaltes im Anteil Pflege der Beihilfe, ist infolgedessen also faktisch nichts anderes als eine Versorgungsbezüge-

kürzung und besteht bereits seit 2004. Er resultiert aus der wirkungsgleichen Übertragung von Regelungen für die gesetzlich versicherten Rentnern. Ebendiese müssen derzeit den vollen Beitragssatz von 2,55 % zur Pflegeversicherung alleine bestreiten. Dass die Gleichstellung von Beamten mit den Rentnern rechtmäßig ist, wurde von der Rechtsprechung bereits bestätigt. Steuerlich ist dieser Pflegeabzug im Übrigen nicht anrechenbar, da er vor dem Abzug der Steuern vom Brutto abgezogen wird und dieses faktisch mindert. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass nichts bei der Steuererklärung berücksichtigt werden kann, worauf nicht auch Steuern bezahlt worden sind.

Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)

Aufgrund einer Gesetzesänderung durch das PSG II gelten im Jahr 2017 neue Regeln für die Begutachtung und Einstufung von Pflegebedürftigen. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Änderung in der gesetzlichen Pflegeversicherung zu Verbesserungen im Bereich der Pflegeleistungen führen. Besonders profitieren zum einen die Pflegebedürftigen, die in ihrem häuslichen Umfeld gepflegt werden und zum anderen die Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (EA) - Pflegestufe Null - von den gesetzlichen Neuerungen. Zu betonen ist, dass niemand, der bereits 2016 Leistungen bezogen hat durch das PSG II schlechter gestellt wird!

Überleitung bereits vor 2017 Pflegebedürftiger

Die neuen Pflegegrade

Falls Sie oder ein Angehöriger bereits als pflegebedürftig eingestuft worden sind, erfolgt eine Anpassung an die neuen Pflegegrade ganz automatisch – ohne eine erneute Begutachtung. Hier gilt für Personen ohne Einschränkungen der Alltagskompetenz die „**Plus-eins-Regel**“. Aus Pflegestufe I wird ab 2017 Pflegegrad 2. Für Pflegebedürftige der Pflegestufe Null mit EA gilt die „**Plus-zwei-Regel**“. Sie werden ab kommendem Jahr in Pflegegrad 2 eingeordnet. Eine Überleitung von derzeit pflegebedürftigen Personen in den Pflegegrad 1 erfolgt ergo nicht. Den Pflegegrad 1 wiederum könnten ab dem 01.01.2017 ca. 500.000 Menschen¹ zuerkannt bekommen, welche momentan noch kein Anrecht auf Pflegeleistungen haben.

Von Pflegestufe zu Pflegegrad: Überleitung von 2016 bereits Pflegebedürftigen in die neuen Pflegegrade	
Alte Pflegestufe	Neuer Pflegegrad
Null (erhebliche eingeschränkte Alltagskompetenz – EA)	2
I	2
I + EA	3
II	3
II + EA	4
III	4
III Härtefall	5
III + EA	5

Das neue Pflegegeld

Erfreulich ist zudem die Entwicklung vom Pflegegeld. Wer sich zu Hause **ausschließlich** von Freunden und Bekannten pflegen lässt, hat einen Anspruch auf das volle Pflegegeld der gesetzlichen Pflegeversicherung. Das Pflegegeld wurde durch das PSG II zum Teil deutlich angehoben.

¹ Nach Berechnungen des Bundesgesundheitsministeriums.

Die neuen Leistungsbeträge beim Pflegegeld			
Pflegestufe 2016	2016	Pflegegrad	2017
Null	€ 123,-	2	€ 316,-
I	€ 244,-	2	€ 316,-
I + EA	€ 316,-	3	€ 545,-
II	€ 458,-	3	€ 545,-
II + EA	€ 545,-	4	€ 728,-
III	€ 728,-	4	€ 728,-
III + EA	€ 728,-	5	€ 901,-

Pflegesachleistungen

Bei Beziehern von Pflegesachleistungen kommt es ebenfalls zu deutlichen Erhöhungen der Leistungsbeträge. Bei den sog. Pflegesachleistungen handelt es sich jedoch nicht um Geld was direkt an den Pflegebedürftigen fließt, sondern um das Budget, welches das Pflegepersonal zur Verfügung hat.

Die neuen Leistungsbeträge bei den Sachleistungen			
Pflegestufe 2016	2016	Pflegegrad	2017
Null	€ 231,-	2	€ 689,-
I	€ 468,-	2	€ 689,-
I + EA	€ 689,-	3	€ 1.298,-
II	€ 1.144,-	3	€ 1.298,-
II + EA	€ 1.298,-	4	€ 1.612,-
III	€ 1.612,-	4	€ 1.612,-
III + EA	€ 1.612,-	5	€ 1.995,-
Härtefall	€ 1.995,-	5	€ 1.995,-

Zu berücksichtigen ist, dass auch künftig Pflegesach- und Pflegegeldleistungen miteinander **kombiniert** werden können. Wer z. B. die Hälfte des Etats für die Pflegesachleistungen in Anspruch nimmt, behält gleichzeitig seinen Anspruch auf das hälftige Pflegegeld.

Pflegegeld oder Pflegesachleistungen bei Pflegegrad 1

Pflegeversicherte mit Pflegegrad 1 haben keinen Anspruch auf Pflegegeld bei der Pflege durch Angehörige oder auf Pflegesachleistungen bei der Versorgung durch einen professionellen ambulanten Pflegedienst. Da sie ihr Leben meist noch sehr selbstständig meistern, benötigen sie i. d. R. so gut wie keine Unterstützung von Angehörigen oder von professionellen Pflegekräften. Menschen mit Pflegegrad 1 stehen jedoch 125 Euro für Betreuungs- und Entlastungsleistungen zu, die sie auch für die Grundpflege durch einen ambulanten Pflegedienst nutzen können. Damit können sie zum Beispiel:

- an einer Betreuungsgruppe für leicht Hilfsbedürftige teilnehmen, die sie geistig und körperlich aktiviert,
- einen Alltagsbegleiter z. B. für Gespräche oder Spaziergänge oder eine Einkaufshilfe bezahlen,
- oder Haushaltshilfen engagieren, die ihnen etwa beim Putzen der Wohnung helfen oder beschwerliche Hausarbeiten wie die Gardinenwäsche übernehmen.

Unterbringung im Pflegeheim

Für die vollstationäre Pflegeheimunterbringung gibt es ebenfalls rechtliche Änderungen, welche sich auf die Leistungen auswirken. Zuallererst der Hinweis, dass bereits 2016 oder vorher im Heim untergebrachte Menschen der gewährte Zuschuss mindestens gleich bleibt. Denn in dem Bereich der stationären Unterbringung kann es künftig in zwei Fällen zu Verschlechterungen im Leistungsumfang kommen.

Leistungsbeiträge bei der vollstationären Unterbringung für Bestandsfälle			
Pflegestufe 2016	2016	Pflegegrad	2017
Null	€ 231,-	2	€ 770,-
I	€ 1.064,-	2	€ 1.064,- (statt € 770,-)
I + EA	€ 1.064,-	3	€ 1.262,-
II	€ 1.330,-	3	€ 1.330,- (statt € 1.262,-)
II + EA	€ 1.330,-	4	€ 1.775,-
III	€ 1.612,-	4	€ 1.775,-
III + EA	€ 1.612,-	5	€ 2.005,-
Härtefall	€ 1.995,-	5	€ 2.005,-

Für Pflegeheimbewohner gibt es eine weitere entscheidende Neuerung: Ab dem 01.01.2017 bleibt der verbleibende Teil der Pflegekosten, der von den Betroffenen selbst zu entrichten ist, für alle vollstationären Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2 gleich. Eine Kostensteigerung der Eigenteile je nach Pflegegrad erfolgt künftig nicht mehr. Dies hat zur Folge, dass Personen mit einem geringeren Pflegegrad mehr zahlen werden als bisher und Pflegebedürftige mit einem hohen Pflegegrad dadurch entlastet werden. Als Effekt daraus, werden wohl viele Betroffene mit einem geringen Pflegegrad wie beispielsweise Grad 2, aufgrund der hohen finanziellen Belastungen erst so spät wie möglich eine Unterbringung in einem Pflegeheim in Anspruch nehmen. Im Durchschnitt wird der Eigenanteil fürs Pflegeheim im Jahr 2017 voraussichtlich bei 580 Euro liegen.²

Beihilfe in Verbindung mit der Pflegeheimunterbringung

Grundsätzlich tangiert die eben geschilderte Problematik beihilfeberechtigte Personen eher weniger. Für den Bereich der Heimunterbringung wurde, auch aufgrund des Drucks von Seiten des Deutschen Bundeswehrverbandes, eine erhebliche Verbesserung in die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) eingearbeitet.

Zur Erläuterung vorab ein Ausschnitt aus der offiziellen Mitteilung des Bundesministeriums des Innern (BMI):

Sicherung des Existenzminimums bei (voll-)stationärer Pflege (§ 39 Absatz 2 BBhV)

Die gesetzliche und private Pflegeversicherung leisten insbesondere bei der stationären Betreuung in Pflegeheimen lediglich Zuschüsse zu den Aufwendungen. Den überschüssigen Betrag müssen die Pflegebedürftigen aus ihren Einkommen bestreiten. Soweit die Einkommen dazu nicht ausreichen, übernehmen in der Regel die Sozialhilfebehörden die Kosten. Mit der Änderung der BBhV wird der Verweis von Beihilfeberechtigten und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen auf die Sozialhilfe vermieden. Die Neuregelung vermeidet, dass pflegebedürftige Beihilfeberechtigte in unteren Besoldungsgruppen in eine wirtschaftliche Notlage geraten. Die Regelung sieht vor, dass ihnen von ihrem durchschnittlichen monatlichen Einkommen mindestens ein Betrag in Höhe der Summe der nachstehenden monatlichen Beträge verbleibt. Dazu ist ein gesonderter **Antrag** zu stellen und das Einkommen nachzuweisen. Die Nummern 1 bis 3 tragen dabei dem unabweisbaren Bedarf für den Lebensunterhalt Rechnung. Die

² Nach Berechnungen des Bundesgesundheitsministeriums.

Bemessung ihrer Höhe richtet sich insbesondere nach den Kosten für die Beiträge der die Beihilfe ergänzenden Kranken- und Pflegeversicherung, einer notwendigen Wohnung für nicht pflegebedürftige Angehörige und den allgemeinen Lebenshaltungskosten. Die moderate soziale Abstufung in Nummer 4 trägt der unterschiedlichen Alimentation Rechnung.

*Übersicht über die Beträge nach § 39 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 bis 4 BBhV
(Beträge gemäß Besoldungstabelle gültig ab 02/2017)*

Betrag / Person		
Nr. 1	8 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede beihilfeberechtigte und jede berücksichtigungsfähige Person sowie für jede Ehegattin, jeden Ehegatten, jede Lebenspartnerin oder jeden Lebenspartner, für die oder den ein Anspruch nach Absatz 1 oder § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht.	427,31 €
Nr. 2	30 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für eine beihilfeberechtigte Person sowie für eine Ehegattin, einen Ehegatten, eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner, für die oder den kein Anspruch nach Absatz 1 oder nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht.	1.602,42 €
Nr. 3	3 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das kein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 oder nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht.	160,24 €
Nr. 4	3 Prozent des Grundgehalts der letzten Besoldungsgruppe für die beihilfeberechtigten Person	Je nach Besoldungsgruppe

Vereinfachtes Beispiel

Versorgungsempfänger; stationäre Pflege Stufe I; verheiratet; Gesamteinkommen³ aus Pension und Rente 2.800,00 € (Grundgehalt vom Versorgungsempfänger 2342,33 €).

Grundlagen

1. Heimkosten 3.300,00€,
2. Versorgungsempfänger in vollstationärer Pflege, Ehefrau nicht,
3. keine berücksichtigungsfähigen Kinder im gemeinsamen Haushalt.

Berechnung

1. Pflegeheimkosten - Pflegegeld gem. Pflegegrad 2 (ohne Bestandsschutz)
= Restkosten stationäre Pflege
3.300,00 € - 770,00 € (**539,00 € Beihilfe** (70 %) + **231,00 € Pflegeversicherung** (30 %)) = **2.530,00 €**

2. zu verbleibender Mindestbetrag

	1 x	427,31 € (gemäß Nr. 1)
+	1 x	1.602,42 € (gemäß Nr. 2)
+	1 x	70,27 € (gemäß Nr. 4)
=		2.100,00 €

3. Familieneinkommen - Mindestbetrag = Eigenanteil
⇒ 2.800,00 € - 2.100,00 € = 700,00 €

4. Restkosten stationäre Pflege - Eigenanteil = **Zuschuss zu Pflegeleistungen**
⇒ 2.530,00 € - 700,00 € = **1.830,00 €**

Der Anteil der Beihilfe zu den Kosten im Pflegeheim wird also um 1.830,00 € erhöht und der Gesamtbetrag, den die Beihilfe nunmehr überweist, beläuft sich auf **2.369,00 €** statt vorher lediglich 539,00 € Anteil zum Pflegegeld.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

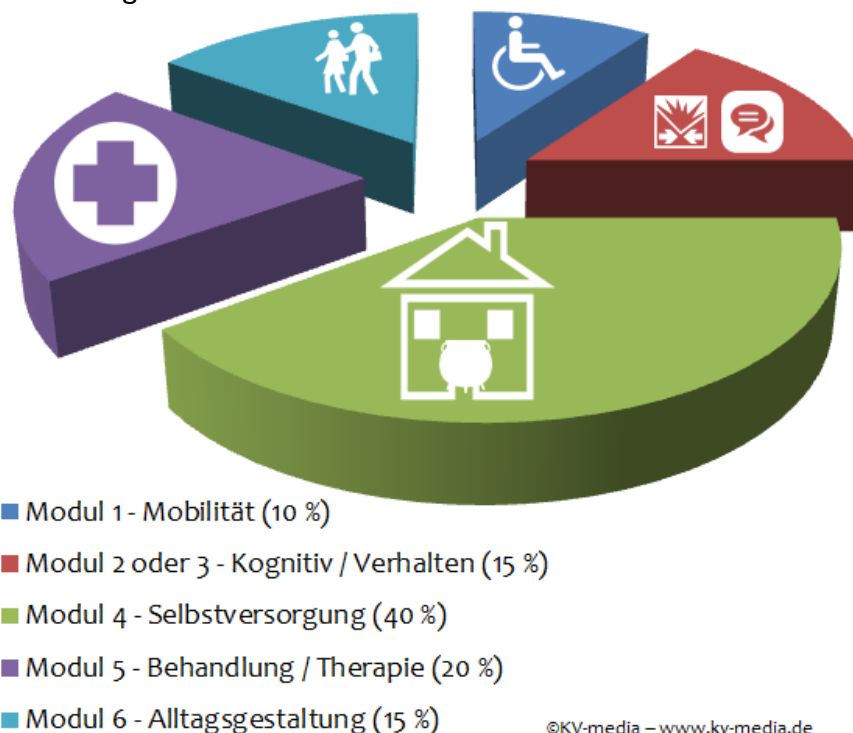
Die Pflegebedürftigkeit hat sich vor dem PSG II vorwiegend auf körperliche Beeinträchtigungen bezogen. Künftig soll es hingegen auf die Gesamtschau der körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen bei der Beurteilung des Pflegegrads ankommen. So wird eine Vielzahl von Demenzerkrankten ab 2017 einen Pflegegrad zuerkannt bekommen.

Die Gutachter des MDK bzw. von MEDICPROOF stellen fest, wie **selbstständig** die pflegebedürftige Person in seinem alltäglichen Leben ist, um so den Pflegegrad festzulegen. Es wird nicht mehr der gesamte pflegerische Hilfsbedarf des Betroffenen geschätzt und in sog. „Hilfs-Minuten“ umgerechnet. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird durch das PSG II völlig neu definiert. Entscheidend für die Pflegebedürftigkeit sind Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den nachfolgenden sechs Bereichen (Module):

1. **Mobilität,**
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten,**
3. **Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen,**
4. **Selbstversorgung** (die "Grundpflege" z.B. Körperpflege, Essen und Trinken etc.),
5. **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen,**
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.**

³ Achtung: Je nachdem wer im Pflegeheim untergebracht wird, gelten andere Regelungen was zum Gesamteinkommen zählt. Hier sich bitte unbedingt beraten lassen.

Die einzelnen Module haben dabei unterschiedliche Wertigkeiten bzw. Prozentsätze für die Gesamtbeurteilung.



Insgesamt können umgerechnet 100 Punkte für die Pflegebedürftigkeit vergeben werden.

Anzahl der Punkte zur Feststellung des Pflegegrades		
Pflegegrad geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	1	12,5 bis unter 27 Punkte
Pflegegrad erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	2	27 bis unter 47,5 Punkte
Pflegegrad schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	3	47,5 bis unter 70 Punkte
Pflegegrad schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	4	70 bis unter 90 Punkte
Pflegegrad schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die Pflegeversorgung	5	90 bis unter 100 Punkte

Ablauf Beantragung eines Pflegegrades

Der Antrag auf Feststellung eines Pflegegrades ist an die jeweilige Pflegeversicherung zu stellen. Diese informiert daraufhin den MDK bzw. MEDICPROOF, welche dann in Abstimmung mit dem Pflegebedürftigen einen Gutachtertermin vereinbaren. Die gesetzlichen Vorgaben sehen vor, dass der medizinische Dienst dann innerhalb von maximal zwei Wochen die Begutachtung durchzuführen hat. Gut ist es im Falle einer solchen Begutachtung immer, wenn neben dem Betroffenen selbst auch ein naher Angehöriger oder ein sonst mit der Situation gut vertrauter Bekannter zugegen ist. Auf diese Weise kann auf einzelne Verhaltensweisen des Betroffenen hingewiesen oder auf Rückfragen des Gutachters von mehreren Seiten geantwortet werden. Darüber hinaus ist es auch möglich, im „Gespräch unter vier Augen“ schwierige Punkte anzusprechen, die im Rahmen der eigentlichen Begutachtung nicht oder nicht hinreichend Betrachtung finden konnten. Denn leider ist es auch immer wieder so, dass die zu begutachtende Person sich aus Stolz besonders viel Mühe gibt oder sich „zusammenreißt“, damit sie

⁴ Quelle: <http://kv-media.de/images/Pflegegrad2017.PNG>.

nicht so pflegebedürftig wirkt, wie sie vielleicht eigentlich ist. Das erstellte Gutachten geht dann der Pflegeversicherung und aufgrund des PSG II auch automatisch dem Pflegebedürftigen zu. Sobald eine Einstufung in einen Pflegegrad erfolgt, wird dies wiederum von Seiten der Pflegeversicherung/ -kasse mitgeteilt. Sollte man mit dem Gutachten beziehungsweise dem hieraus resultierenden Pflegegrad für den Betroffenen nicht einverstanden sein, so besteht die Möglichkeit **binnen eines Monats** nach Erhalt des Bescheides von der Pflegekasse formlos gegen diesen Widerspruch einzulegen. Legt man jedoch Widerspruch ein, so sollte dieser hinreichend begründet sein.

Zum Thema Pflegebegutachtung können Sie sich auf der Homepage des MDK (<https://www.mdk-nordrhein.de/versicherte/pflegebegutachtung/>) informieren.

Ist ein Pflegegrad festgestellt worden, empfiehlt es sich dringend eine Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen. Jeder, egal ob gesetzlich oder privat Pflegeversicherte hat per Gesetz ein Anrecht auf ebendiese.

Wichtige Ansprechstellen

Richtig und wichtig ist es, wenn man sich im Fall der Fälle an die zuständige Pflegekasse beziehungsweise Pflegeversicherung wendet, da von dieser Seite aus, wie im Vorfeld beschrieben, die maßgeblichen Schritte zur Einstufung in die Pflegestufe eingeleitet werden. Manchmal möchte man aber noch weitere, vielleicht unabhängige Beratungen in Anspruch nehmen, von denen hier zwei dargestellt werden sollen.

COMPASS Pflegeberatung – für privat Versicherte und Beihilfeberechtigte

Die „COMPASS Private Pflegeberatung GmbH“ ist ein Tochterunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und nun auch schon seit einigen Jahren ein verlässlicher Partner des Deutschen Bundeswehrverbandes. Als solcher unterstützt COMPASS beispielsweise die Alterssicherungsseminare der Karl-Theodor-Molinari-Stiftung mit Vorträgen zum Thema Pflege und bietet bundesweit – kostenfrei und unabhängig – Pflegeberatung für privat Pflegeversicherte und deren Angehörige.

Die telefonische Pflegeberatung steht allen Ratsuchenden offen und ist unter der gebührenfreien Servicenummer 0800 101 88 00 (Mo.-Fr. 08:00 - 19:00 Uhr; Sa. 10:00 - 16:00 Uhr) zu erreichen.

Auf Wunsch vermitteln die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Pflegeberatung vor Ort. Die Pflegeberatung reicht dabei von einem einmaligen Gespräch bis hin zu einer umfassenden Begleitung.

Pflegestützpunkte – für gesetzlich Versicherte

Bereits seit einigen Jahren, genauer seit 2009, wurden die Pflegestützpunkte flächendeckend eingeführt und dienen als örtliche Anlaufstelle für Pflegebedürftige beziehungsweise deren Angehörige. Bei den Pflegestützpunkten wird zu sämtlichen pflegerischen Bereichen beraten, es werden Versorgungs- und Betreuungsangebote zusammengeführt und es werden die regional zur Verfügung stehenden Unterstützungs- und Versorgungsangebote koordiniert. Der örtlich zuständige Pflegestützpunkt ist in der Regel über das Internet, die regionale Verwaltung oder über eine ortsansässige Krankenkasse zu finden.

Zusätzliche private Absicherung

Lohnt sich eine „Pflegezusatzversicherung“ noch?

Antwort: AUSRÜCKLICH JA!

Auch wenn das vorher aufgezeigte Berechnungsbeispiel dazu verleiten mag, zu denken, dass eine private Absicherung für den Pflegefall nun nicht mehr notwendig sei, so ist dem aus Sicht des Deutschen Bundeswehrverbandes mit Nachdruck zu widersprechen. Das dargestellte Berechnungsbeispiel zeigt zwar auf, dass die Beihilfe zumindest im Be-

reich Pflege weit besser ist als ihr Ruf; aber es gilt eben schlichtweg nur für den Fall der **vollstationären Pflege**, also der Unterbringung im Pflegeheim. Pflege findet aber regelmäßig zu großen Teilen nicht im Pflegeheim, sondern ambulant zu Hause in den eigenen vier Wänden statt. Und gerade hier gilt die vorgenannte Berechnung nicht! Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die allgemeinen Pflegesätze, von denen dann wie gehabt 30 % die private Pflegeversicherung und 70 % die Beihilfe trägt. Wer also im Fall der Pflegebedürftigkeit **ambulant** versorgt werden möchte und hier eventuell ein bestimmtes „Mehr an Leistung zur Steigerung der Lebensqualität“ erhalten möchte, muss sich darüber Gedanken machen, wie dieses Mehr an Leistung finanziell bewältigt werden kann. Soll privates Vermögen nicht angetastet oder zumindest nicht vollends aufgebraucht werden, so ist der Abschluss einer privaten Vorsorge, in Form einer Pflegezusatz- oder Pflegegeldversicherung, ausdrücklich zu empfehlen. Nach Auffassung des Deutschen Bundeswehrverbandes ist eine „gute“ Pflegezusatz- beziehungsweise Pflegegeldversicherung dann eine solche, wenn alle Pflegegrade und zwar sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich abgesichert sind. Im Rahmen der Pflegereform 2013 wurde die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung installiert. Die sogenannte „Bahr- Pflegeversicherung“. Hierbei handelt es sich um eine Versicherung, die aufgrund eines Kontrahierungszwangs (gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrages) grundsätzlich jedem zugänglich ist, der nicht bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält oder solche beantragt hat.

Grunddaten der Bahr-Pflegeversicherung

die Tarife müssen als Unisextarife kalkuliert werden

- es darf keine versicherungsmathematische Unterscheidung zwischen Frauen und Männern geben

keine Gesundheitsprüfung bei Abschluss der Versicherung

- Vorerkrankungen können folglich nicht zur Ablehnung führen

kein Höchstalter für den Abschluss der Versicherung

- der Abschluss der Versicherung ist grundsätzlich unabhängig vom Eintrittsalter möglich
- das Mindestalter für den Abschluss der Versicherung liegt jedoch bei 18 Jahren (darunter keine staatliche Förderung)

5 Jahre Wartezeit

- innerhalb der Wartezeit können auch im Pflegefall keine Leistungen aus der Bahr-Pflegezusatzversicherung bezogen werden

Mindestleistung je nach Pflegegrad (z.B. 180,00 € bei Pflegegrad 2)

- darunter gilt gem. der Grundlagen die Versicherung nicht als ausreichend umfangreich

Der, wenn man denn so möchte, große Nachteil der Bahr-Pflegeversicherung ist der, dass sie im Vergleich zu Regeltarifen, also allgemeinen Pflegezusatztarifen der privaten Versicherer, recht teuer ist, da die Versicherung ohne die herkömmlichen Mittel der Risikoprüfung (Gesundheitsprüfung; Eintrittsalter) ein gewisses Mindestmaß an Leistungen vorsieht bzw. vorsehen muss. Die Versicherungsunternehmen müssen hier also, wie man umgangssprachlich sagt, „beinahe brennende Häuser“ versichern. Für Personen, die sich für eine mögliche zusätzliche Privatabsicherung des Pflegefalls interessieren, die jedoch aus gesundheitlichen oder auch aus Altersgründen einen Regeltarif eines Anbieters nicht abschließen können, ist diese staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung auf jeden Fall eine prüfungswerte Variante. Es gilt aber auch hier den Vergleich nicht zu scheuen, da trotz gemeinsamer Grundlagen die Leistungen von Versicherer zu Versicherer variieren können. Personen, die jedoch grundsätzlich gesund sind und die altersbedingt noch in Regeltarifen versichert werden können, sollten aber auf jeden Fall einen Vergleich zwischen Regeltarifen und der Bahr-Pflegeversicherung anstrengen, um hier die individuell bestmögliche Leistung bzw. Versicherung zu finden.