

Die Pflegeversicherung

Alle Leistungen und Ansprüche
für Ihren individuellen Pflegefall

- Diese finanziellen Leistungen stehen Ihnen zu
- Diese Unterstützung können Angehörige geltend machen
- Wann sich eine zusätzliche private Absicherung für Sie lohnt



Die Pflegeversicherung

**Alle Leistungen und Ansprüche für
Ihren individuellen Pflegefall**

© 2017 by Akademische Arbeitsgemeinschaft

Wolters Kluwer Deutschland GmbH
Postfach 10 01 61 · 68001 Mannheim
Telefon 0621/8626262
Telefax 0621/8626263
www.akademische.de

1. Auflage
Stand: 2017

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle Angaben wurden nach genauen Recherchen sorgfältig verfasst; eine Haftung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben ist jedoch ausgeschlossen.

Redaktion: Dr. Torsten Hahn, Otto N. Bretzinger, Dorothee Große, Gerhard Wendel

Verlagsleitung: Hubert Haarmann

Layout: futurweiss, Wiesbaden

Umschlaggrafik: © Monkey Business – Adobe Stock

Druck: Williams Lea & Tag GmbH, München

ISBN 978-3-86817-810-4

Vorwort

Über zweieinhalb Millionen Menschen in Deutschland sind pflegebedürftig, Tendenz steigend. Die meisten von ihnen werden zuhause durch Angehörige oder den ambulanten Pflegedienst betreut.

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, wird zunehmend größer. Je älter die Bevölkerung, desto höher wird die Zahl von Menschen, die auf Pflege angewiesen sind. Denn ein höheres Lebensalter geht vielfach mit Krankheit und Gebrechlichkeit einher. Aber auch durch einen Unfall oder eine Krankheit kann aus heiterem Himmel die Situation eintreten, dass man auf fremde Hilfe angewiesen ist, weil man den Alltag alleine nicht mehr bewältigen kann. Pflegebedürftigkeit ist häufig auch mit finanziellen Einschnitten verbunden. Pflege ist teuer. Und betroffenen sind nicht nur die Pflegebedürftigen, sondern auch die Angehörigen, die die Pflege übernehmen und unter Umständen sogar mitfinanzieren müssen. Im Ernstfall kann ein Pflegefall ein Vermögen kosten. Dieser Ratgeber will Sie umfassend darüber informieren, wie das Risiko »Pflegefall« insgesamt durch Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und ergänzend durch die Sozialhilfe abgesichert ist. Ferner erfahren Sie, wie das finanzielle Pflegerisiko durch private Vorsorge in den Griff zu bekommen ist.

Vor allem mit der gesetzlichen Pflegeversicherung wird das allgemeine Lebensrisiko abgesichert, pflegebedürftig zu werden und die Kosten der erforderlichen Pflege nicht tragen zu können. Am 1. 1. 2017 sind in der Pflegeversicherung umfangreiche Änderungen in Kraft getreten. So erhalten Menschen mit Demenz durch eine neue Definition der Pflegebedürftigkeit einen besseren Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Gesetzlich wird ein neues Begutachtungsverfahren verankert statt bisher drei Pflegestufen gibt es nunmehr fünf Pflegegrade.

Die soziale Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung, weil die gedeckelten Leistungen häufig nur einen Teil der Pflegekosten abde-

cken. Die Differenz zu den Leistungen der Pflegeversicherung muss der Pflegebedürftige aus eigener Tasche bezahlen. Das kann schnell das Einkommen übersteigen und die Ersparnisse aufbrauchen. Hinzu kommt, dass auch die Kinder verpflichtet sind, im Rahmen des Elternunterhalts für die Kosten einzustehen.

Wenn kein Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung besteht bzw. wenn die Leistungen der Pflegekasse nicht ausreichen, um die Kosten der Pflege zu bezahlen, erhält der Pflegebedürftige »Hilfe zur Pflege« der Sozialhilfe, wenn finanzielle Bedürftigkeit vorliegt. In der Praxis hat die ergänzende Hilfe zur Pflege des Sozialamts wegen der begrenzten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung große Bedeutung. Seit 1. 1. 2017 gelten neue sozialhilferechtliche Vorschriften.

Wer ausreichend für den Pflegefall vorsorgen will, sollte Maßnahmen ergreifen, um die Finanzierungslücke bei der Pflege zu schließen. In diesem Zusammenhang kann eine private Pflegezusatzversicherung eine wichtige Ergänzung sein, um das Pflegerisiko finanziell zu verringern. Auf dem Markt werden die Pflegetagegeldversicherung, die Pflegekostenversicherung und die Pflegerentenversicherung angeboten. Dabei hilft unter Umständen die staatliche Förderung mit dem sogenannten Pflege-Bahr.

Otto N. Bretzinger

Gerhard Wendel

Inhalt

1	WIE DAS PFLEGERISIKO ABGESICHERT IST	11
1.1	Pflegerisiko	11
1.2	Soziale Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung	12
1.3	Hilfe zur Pflege durch Sozialhilfe	14
1.4	Mit privater Zusatz-Versicherung Pflegegelücke schließen	16
2	WER IN DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG VERSICHERT IST ...	17
2.1	Pflichtversicherte der gesetzlichen Krankenversicherung	17
2.2	Versicherungspflicht für freiwillig Krankenversicherte und Befreiung von dieser	22
2.3	Versicherungspflicht für sonstige Personen	24
2.4	Familienversicherte	25
2.5	Weiterversicherung	27
2.6	Versicherungspflicht für Versicherte in der privaten Krankenversicherung	28
2.7	Beitrittsrecht	29
3	IN WELCHER HÖHE BEITRÄGE ZUR SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG ZU LEISTEN SIND	31
3.1	Beitragssatz	31
3.2	Beitragspflichtige Einnahmen	33
3.3	Beitragszuschüsse	35
3.4	Beitragsfreiheit	39
4	WELCHE GRUNDPRINZIPIEN IN DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG GELTEN	43
4.1	Soziale Pflegeversicherung als gesetzliche Pflichtversicherung ..	43
4.2	Beitragsfinanzierte soziale Pflegeversicherung	44
4.3	Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen	44
4.3.1	Aktivierende Pflege	45
4.3.2	Wahlrecht des Pflegebedürftigen	45
4.4	Vorrang der häuslichen Pflege	47
4.5	Art und Umfang der Leistungen	48
4.5.1	Leistungsformen	48
4.5.2	Leistungsumfang	50
4.5.3	Ergänzender Charakter der Pflegeversicherung	50

4.6	Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation vor Pflege.....	51
4.7	Eigenverantwortung des Versicherten	52
4.8	Pflicht der Pflegekassen zur Aufklärung und Auskunft.....	52
5	WER LEISTUNGEN DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG ERHÄLT	53
5.1	Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff.....	53
5.2	Begriff der Pflegebedürftigkeit.....	54
5.2.1	Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen	55
5.2.2	Dauer der Pflegebedürftigkeit.....	69
5.3	Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bzw. der Pflegegrade	70
5.3.1	Ermittlung der Einzelpunkte nach Modulen	71
5.3.2	Gewichtung der Module	89
5.3.3	Festlegung der Pflegegrade	92
5.3.4	Fallbeispiel.....	93
5.3.5	Besonderheiten bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern	97
5.4	Begutachtungsverfahren.....	100
6	WELCHE LEISTUNGEN DEN PFLEGEBEDÜRFTIGEN ZUSTEHEN	103
6.1	Allgemeine Leistungsvoraussetzungen.....	103
6.1.1	Vorversicherungszeit	103
6.1.2	Leistungsgewährung auf Antrag.....	104
6.1.3	Beginn der Leistungen	104
6.1.4	Befristungen.....	105
6.1.5	Weitere Leistungsvoraussetzungen.....	106
6.2	Überblick über die Leistungen	110
6.3	Leistungen bei häuslicher Pflege	113
6.3.1	Pflegesachleistung.....	114
6.3.2	Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe.....	121
6.3.3	Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung).....	127
6.3.4	Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	129
6.3.5	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson ..	135
6.3.6	Pflegehilfsmittel.....	141
6.3.7	Verbesserung des Wohnumfelds.....	146

6.4	Leistungen bei Pflege im Heim	152
6.4.1	Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tagespflege und Nachtpflege	153
6.4.2	Kurzzeitpflege	156
6.4.3	Vollstationäre Pflege	160
6.5	Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	165
6.6	Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbeitrags	167
6.6.1	Art der Angebote	167
6.6.2	Verwendung des Pflegesachleistungsbetrags für Angebote zur Unterstützung im Alltag	168
6.7	Entlastungsbetrag	169
6.7.1	Leistungsvoraussetzungen	169
6.7.2	Höhe des Entlastungsbetrags	171
6.7.3	Zweckgebundene Verwendung	172
6.8	Leistungen bei Pflegegrad 1	174
6.8.1	Pflegeberatung	175
6.8.2	Beratung in der eigenen Häuslichkeit	175
6.8.3	Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	176
6.8.4	Versorgung mit Pflegehilfsmitteln	176
6.8.5	Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds. . .	176
6.8.6	Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen	177
6.8.7	Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflege- personen	178
6.8.8	Entlastungsbetrag	178
6.8.9	Zuschuss bei vollstationärer Pflege	178
6.8.10	Weitere Leistungen	179
6.9	Trägerübergreifendes »Persönliches Budget«	180
6.10	Pflegeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	181
6.10.1	Ambulante Krankenpflege	181
6.10.2	Übergangspflege	182
6.11	Beratungsleistungen	183
6.11.1	Aufklärung und Auskunft	183
6.11.2	Pflegeberatung	184
6.11.3	Beratungsgutscheine	188
6.11.4	Pflegestützpunkte	189

7	WIE PFLEGENDE ANGEHÖRIGE BEI DER PFLEGE STAATLICH UNTERSTÜTZT WERDEN	191
7.1	Pflegeberatung und Pflegekurse für Angehörige	191
7.1.1	Pflegeberatung der Angehörigen des Pflegebedürftigen	191
7.1.2	Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	192
7.2	Freistellung von der Arbeit	193
7.2.1	Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	194
7.2.2	Pflegezeit	199
7.2.3	Familienpflegezeit	203
7.2.4	Freistellung für die Betreuung eines minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen	209
7.2.5	Freistellung für die Begleitung eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase	210
7.2.6	Kombination der Freistellungsansprüche	211
7.3	Soziale Absicherung von Pflegepersonen	212
7.3.1	Soziale Absicherung in der Rentenversicherung	212
7.3.2	Soziale Absicherung in der Arbeitslosenversicherung ..	216
7.3.3	Soziale Absicherung in der gesetzlichen Unfallversicherung	217
8	ÜBERLEITUNG IN DIE AB 1.1.2017 GELTENDE RECHTSLAGE	219
8.1	Anzuwendendes Recht	219
8.2	Überleitung in die neuen Pflegegrade	220
8.3	Besitzstandsschutz für Bestandsfälle	222
8.3.1	Bestandsschutz für Leistungen bei häuslicher Pflege ..	222
8.3.2	Bestandsschutz bei Aufenthalt in vollstationärer Pflegeeinrichtung	224
8.4	Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren	224
8.5	Bestandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen	225
8.5.1	Rentenversicherung	225
8.5.2	Unfallversicherung	226
9	WIE DAS PFLEGERISIKO DURCH LEISTUNGEN DER SOZIALHILFE ABGESICHERT IST	227
9.1	Leistungsvoraussetzungen	227
9.1.1	Pflegebedürftigkeit	228
9.1.2	Nachrang der Hilfe zur Pflege	230
9.1.3	Finanzielle Bedürftigkeit	231

9.2	Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bzw. der Pflegegrade	239
9.2.1	Pflegegrade.	239
9.2.2	Begutachtungsverfahren	241
9.3	Überblick über die Leistungen der Hilfe zur Pflege	241
9.3.1	Leistungskonkurrenz	242
9.3.2	Häusliche Pflege	242
9.3.3	Teilstationäre Pflege	248
9.3.4	Kurzzeitpflege	248
9.3.5	Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5 . .	250
9.3.6	Stationäre Pflege	250
9.3.7	Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1.	251
10	WIE LEISTUNGEN GELTEND GEMACHT UND DURCHGESETZT WERDEN KÖNNEN	253
10.1	Verwaltungsverfahren bei der Pflegekasse bzw. beim Sozialamt	253
10.1.1	Antrag.	253
10.1.2	Rechte im Verfahren.	254
10.1.3	Mitwirkungspflichten.	257
10.1.4	Bescheid des Sozialleistungsträgers	258
10.2	Rechtsschutz.	260
10.2.1	Widerspruchsverfahren	260
10.2.2	Klage vor dem Sozialgericht	264
11	WIE DIE PFLEGELÜCKE DURCH PRIVATE VORSORGE GESCHLOSSEN WERDEN KANN	267
11.1	Varianten der Pflegevorsorge durch Zusatzversicherungen . . .	267
11.1.1	Pflegetagelgeldversicherung.	267
11.1.2	Pflegekostenversicherung	271
11.1.3	Pflegerentenversicherung.	275
11.2	Staatlich geförderte private Pflegezusatzversicherung.	277
11.2.1	Fördervoraussetzungen	278
11.2.2	Geförderte Pflegezusatzversicherungen.	279
11.2.3	Förderung durch Zulagen, Zulageverfahren.	280
11.2.4	Versicherungsprämie	280
11.2.5	Vor- und Nachteile der staatlich geförderten ergänzenden Pflegezusatzversicherung	281
INDEX.		283

1 Wie das Pflegerisiko abgesichert ist

Das Risiko, im Alter ein Pflegefall zu werden, wird massiv unterschätzt. Das gilt ebenso für die Kosten, falls der Pflegefall eintritt. Zwar helfen bei Eintritt des Pflegefalls die soziale Pflegeversicherung und unter Umständen (ergänzend) Leistungen der Sozialhilfe; wer es sich finanziell leisten kann, ist jedoch gut beraten, das Risiko »Pflegefall« durch private Vorsorge abzusichern.

1.1 Pflegerisiko

Menschen werden immer älter. Nach Schätzungen der Bevölkerungsentwicklung wird in Deutschland die Zahl älterer Menschen (67 Jahre und älter) bis zum Jahr 2040 voraussichtlich auf über 21 Millionen steigen. Ein heute sieben Jahre altes Mädchen hat gute Chancen, das 22. Jahrhundert zu erleben. Diese positive Entwicklung hat jedoch auch seine Kehrseite. Denn nur wenigen Menschen ist es vergönnt, ein hohes Alter bei guter Gesundheit zu erleben. Viele Menschen sind auf Pflege angewiesen. Je älter die Bevölkerung, desto höher die Zahl der Pflegebedürftigen, denn ein höheres Lebensalter geht vielfach mit Krankheit und Gebrechlichkeit einher. Die betroffenen Menschen sind zur Bewältigung des Alltags dann häufig auf Hilfe angewiesen und unter Umständen werden sie pflegebedürftig. Pflegebedürftigkeit hat aber nicht zwangsläufig mit dem Lebensalter zu tun. Auch durch einen Unfall oder eine Krankheit kann aus heiterem Himmel die Situation eintreten, dass man nicht mehr in der Lage ist, den Alltag ohne fremde Hilfe zu bewältigen.

Ein besonderes Problem bei einer notwendigen Pflege sind nicht selten die Familienstrukturen. Während früher die Pflege noch traditionell innerhalb der Familie stattfand, ist das heutzutage immer seltener der Fall. Jung und Alt leben nur noch selten unter einem Dach zusammen. Die Großfamilie ist ein Auslaufmodell. Viele Kinder leben auch weit von ihren Eltern entfernt. In den Familien gibt es immer weniger Kinder und diese müssen ihren beruflichen Ver-

pflichtungen nachgehen oder sich um den eigenen Nachwuchs kümmern. Die Konsequenz ist, dass man bei der Pflege von Angehörigen auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Nicht zuletzt sind mit dem Pflegefall auch finanzielle Einschnitte verbunden, und zwar nicht nur für den Pflegebedürftigen, sondern auch für dessen Angehörigen. Denn Pflege ist teuer. Und im Ernstfall kann ein Pflegefall ein Vermögen kosten.

1.2 Soziale Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung

Die soziale Pflegeversicherung ist ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung. Sie ist die jüngste Säule im System der Sozialversicherungen. Gesetzliche Grundlage ist das Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (SGB XI). Mit der sozialen Pflegeversicherung wird das allgemeine Lebensrisiko abgesichert, pflegebedürftig zu werden und die Kosten der erforderlichen Pflege nicht tragen zu können. Sie ist allerdings keine Vollversicherung, weil die gedeckelten Beträge häufig nur einen Teil der Pflegekosten abdecken. Den Rest muss der Pflegebedürftige selbst oder seine Familie tragen.

Aufgabe der sozialen Pflegeversicherung ist es, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Dabei genießt die häusliche Pflege Vorrang. Erklärtes Ziel der sozialen Pflegeversicherung ist es, mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn zu unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.

In den Schutz der Versicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit in der privaten Krankenversicherung versichert ist, ist verpflichtet, eine private Pflegeversicherung abzuschließen. Träger

2 Wer in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist

Kraft Gesetzes besteht in der sozialen Pflegeversicherung eine umfassende Versicherungspflicht. Ziel ist es, nahezu die gesamte Bevölkerung dieser Versicherung zu unterwerfen. Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, gehört automatisch der sozialen Pflegeversicherung an. Und wer nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist, sondern einer privaten Krankenversicherung angehört, muss eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen.

Unter den gleichen Voraussetzungen wie die gesetzliche Krankenversicherung sieht auch die soziale Pflegeversicherung einen Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung vor. Voraussetzung ist, dass der Ehegatte und die Kinder kein oder nur ein unwesentliches Einkommen haben und die Kinder bestimmte Altersgrenzen nicht überschreiten.

Unter Umständen besteht für Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausgeschieden sind, ein Anspruch auf Weiterversicherung. Als Grund für das Ausscheiden kommt insbesondere das Überschreiten der Versicherungspflicht-Grenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze) in Betracht.

2.1 Pflichtversicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

Die soziale Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung. Es gilt der Grundsatz: »Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung.« Alle Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, sind auch in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert. Ein gesonderter Antrag muss nicht gestellt werden.

3 In welcher Höhe Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zu leisten sind

Die finanziellen Mittel der sozialen Pflegeversicherung werden in erster Linie aus Beiträgen gedeckt, die von den Versicherten und – bei Arbeitnehmern – auch vom Arbeitgeber zu tragen sind. Das Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung entspricht in weiten Teilen dem der gesetzlichen Krankenversicherung.

3.1 Beitragssatz

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung werden nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben (§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGB XI).

== Höhe des Beitragssatzes

Der Beitragssatz beträgt ab 1. 1. 2017 2,55 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Er wird durch Gesetz festgesetzt (§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Bei Arbeitnehmern zahlt die Hälfte des Beitrags – ohne Kinderlosenzuschlag – der Arbeitgeber.

Der Beitragssatz für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Beamte mit Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge ist um die Hälfte ermäßigt (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Dabei geht das Gesetz davon aus, dass der übrige Teil vom Beihilfeträger übernommen wird. Der halbe Beitragssatz gilt aber nur für Personen, die selbst Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge haben, nicht jedoch für Angehörige, die in der Regel bei der Beihilfe lediglich berücksichtigungsfähig, selbst aber Mitglied in der sozialen Pflegeversicherung sind.

== Beitragszuschlag für Kinderlose

Kinderlose Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung müssen zu dem normalen Beitragssatz einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten entrichten. Der Beitragssatz für Kinderlose liegt ab 1. 1. 2017 bei 2,8 %. Eltern sind dauerhaft von dem Zuschlag befreit. Aber auch bei Kinderlosen gibt es Ausnahmen. Ausgenommen vom Beitragszuschlag sind kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. 1. 1940 geboren sind, Mitglieder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahrs sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II (§ 55 Abs. 3 SGB XI). Die Gründe für die Kinderlosigkeit spielen keine Rolle.

== Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze bezeichnet den Betrag, bis zu welchem das Arbeitsentgelt oder die Rente für Beiträge der sozialen Pflegeversicherung herangezogen wird. Über der Beitragsbemessungsgrenze liegende Einnahmen werden bei der Festlegung des Beitrags nicht mehr berücksichtigt.

Für die soziale Pflegeversicherung gilt die gleiche Beitragsbemessungsgrenze wie für die gesetzliche Krankenversicherung. Im Jahr 2017 liegt diese Einkommensgrenze bei € 52 200,- im Jahr (€ 4 350,- monatlich).

== Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtigen Beschäftigten

Bei versicherungspflichtigen Beschäftigten tragen die Beiträge grundsätzlich Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte (§ 58 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Von diesem Grundsatz bestehen Ausnahmen:

- Erhalten Beschäftigte Kurzarbeitergeld nach dem SGB III, so trägt der Arbeitgeber die hierauf entfallenden Beiträge allein (§ 58 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

4 Welche Grundprinzipien in der sozialen Pflegeversicherung gelten

Im SGB XI sind eingangs grundlegende Prinzipien der sozialen Pflegeversicherung niedergelegt, die teilweise als Programmsätze nicht unmittelbar, sondern nur für die Auslegung der gesetzlichen Regelungen von Bedeutung sind und die insbesondere bei Ermessensentscheidungen Berücksichtigung finden müssen, teilweise aber auch selbstständige Anspruchsgrundlagen für den Versicherten darstellen. Wiederum andere Regelungen beschränken sich inhaltlich auf Leitlinien, die durch einzelne Leistungsformen noch konkretisiert werden.

4.1 Soziale Pflegeversicherung als gesetzliche Pflichtversicherung

Die soziale Pflegeversicherung ist als gesetzliche Pflichtversicherung ausgestaltet. In ihren Schutz sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (§ 1 Abs. 2 Satz 1 BGB). Das gilt sowohl für die Pflichtversicherten als auch die freiwillig Versicherten. Ohne Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine solche in der sozialen Pflegeversicherung nicht möglich. Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko Krankheit versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen (§ 1 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

Durch den Grundsatz »Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung« ist nahezu die gesamte Bevölkerung durch die Pflegeversicherung erfasst. Allerdings sind die Leistungen der Pflegeversicherung an einen Aufenthalt im Inland geknüpft. Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält (§ 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI). Für die Europäische Union sowie für Drittländer, mit denen Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat, gelten die Bestimmungen dieser Abkommen.

4.2 Beitragsfinanzierte soziale Pflegeversicherung

Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden in erster Linie durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert (§ 1 Abs. 6 Satz 1 BGB). Daneben stehen zur Finanzierung sonstige Einnahmen wie Vermögenserträge, Regresse von Leistungserbringern und Geldbußen zur Verfügung (§ 54 Abs. 1 BGB).

Die beitragsfinanzierte Pflegeversicherung entspricht der Finanzierung der anderen Sozialversicherungszweige (z. B. der Kranken- und Rentenversicherung). Die Beiträge werden nach einem Prozentsatz (Beitragsatz) von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben (§ 54 Abs. 2 Satz 1 BGB). Keine Beiträge müssen im Rahmen der Familienversicherung versicherte Familienangehörige und eingetragene Lebenspartner entrichten (§ 1 Abs. 6 Satz 3 BGB).

4.3 Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen

Pflegebedürftigkeit bedeutet in der Regel, dass der Pflegebedürftige Einschränkungen in der freien Gestaltung seines Lebens hinnehmen muss. Die Hilfen der Pflegeversicherung sollen so gestaltet und eingesetzt werden, dass sie dazu beitragen, die Möglichkeiten zu einer selbstbestimmten Lebensführung im Rahmen der verbliebenen Leistungsfähigkeit nutzen zu können.

Die in § 2 SGB XI verankerte Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen ist ein wichtiger Programmgrundsatz der Pflegeversicherung, der als Auslegungsregel insbesondere dann herangezogen werden muss, wenn der Inhalt der gesetzlichen Leistungsansprüche konkretisiert werden muss. Er soll deutlich machen, dass der Pflegebedürftige bei der Leistungsgewährung nicht bevormundet werden darf.

5 Wer Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhält

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhält in erster Linie, wer pflegebedürftig ist. Durch das Pflegestärkungsgesetz II wurde am 1. 1. 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der sich nicht mehr am minütlichen Pflegeaufwand, sondern am Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen orientiert.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einher geht ein neues Begutachtungssystem. Die Einstufung erfolgt nicht mehr wie bisher in drei Pflegestufen. Die Begutachtung wird in fünf Pflegegrade übergeleitet, die sich an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten orientiert. Der Pflegegrad hängt von der Schwere der Pflegebedürftigkeit, mithin also von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten ab.

5.1 Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Ein Kernstück der Pflegereform nach dem Pflegestärkungsgesetz II ist ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff. Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurde der Begriff der Pflegebedürftigkeit verrichtungsbezogen definiert. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit konzentrierte sich sehr stark auf körperliche Einschränkungen und benachteiligte kognitiv und psychisch beeinträchtigte Menschen systematisch. Im Leistungsrecht der Pflegeversicherung wurden wesentliche Aspekte wie Kommunikation und die soziale Teilhabe ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenzkranken, Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen mit geistigen Behinderungen) kaum berücksichtigt. Das führte in der Praxis dazu, dass psychisch und kognitiv beeinträchtigte Menschen einschließlich der wachsenden Zahl an Demenz erkrankter Menschen im Vergleich zu vorrangig körperlich

beeinträchtigten Pflegebedürftigen durchschnittlich niedrigere Pflegestufen erreichten.

Beim neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff stehen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten statt wie bisher der Hilfebedarf in Minuten verbunden mit eng definierten Verrichtungen im Mittelpunkt. Das hat zur Folge, dass körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Menschen nunmehr gleichbehandelt werden. Im Fokus der Betrachtungen stehen die Kernfragen: »Was kann ein Mensch noch alleine? Wobei benötigt er personelle Hilfe?«

Achtung: Eine Vollabsicherung des Risikos einer Pflegebedürftigkeit erfolgt allerdings auch nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht.

5.2 Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind in der neuen sozialen Pflegeversicherung Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb der Hilfe anderer bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer für mindestens sechs Monate und mit mindestens der gesetzlich festgelegten Schwere bestehen (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird gegenüber der früheren Definition deutlich erweitert. Er bezieht künftig u. a. auch Personen mit ein, deren erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz bisher in einem gesonderten Verfahren festgestellt wurde. Pflegebedürftig sind künftig alle Menschen, die aufgrund der Begutachtung einen Pflegegrad erhalten, unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt. Die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten werden personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-)Umfeld ermittelt.

6 Welche Leistungen den Pflegebedürftigen zustehen

Im Mittelpunkt der gesetzlichen Regelungen über die soziale Pflegeversicherung stehen deren Leistungen, wenn der Versicherte pflegebedürftig ist. Grundsätzlich werden die Leistungen für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Dagegen stehen Pflegebedürftigen des Pflegegrads 1 nicht alle Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Verfügung.

6.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Versicherte können Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nur auf Antrag erhalten. Der Zeitpunkt des Antrags ist maßgebend für den Beginn der Leistungen.

6.1.1 Vorversicherungszeit

Anspruch auf Leistungen hat nur, wer einige Zeit bereits Mitglied der sozialen Pflegeversicherung war. Nur derjenige also, der über einen bestimmten Zeitraum Beiträge in die Pflegeversicherung gezahlt hat, kann später auch Leistungen beziehen. Diese Zeit der Versicherung vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit und der Antragstellung wird als Vorversicherungszeit bezeichnet.

Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder familienversichert war. Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt (§ 33 Abs. 2 SGB XI).

Personen, die wegen des Eintritts von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aus der privaten Pflegeversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit anzurechnen (§ 33 Abs. 3 SGB XI).

7 Wie pflegende Angehörige bei der Pflege staatlich unterstützt werden

Neben dem Pflegebedürftigen werden auch pflegende Angehörige gesetzlich unterstützt. Die Unterstützung betrifft die Pflegekurse für Angehörige, die Freistellung von der Arbeit für die Pflege, finanzielle Hilfestellung und die soziale Absicherung von Pflegepersonen.

7.1 Pflegeberatung und Pflegekurse für Angehörige

Unter Umständen haben Angehörige Anspruch auf Pflegeberatung. Ferner haben Pflegekassen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Pflegekurse durchzuführen, um das soziale Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen.

7.1.1 Pflegeberatung der Angehörigen des Pflegebedürftigen

Seit dem 1. 1. 2016 erfolgt auf Wunsch einer pflegebedürftigen Person die Pflegeberatung auch gegenüber den pflegenden Angehörigen und weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung (§ 7 a Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Damit erhalten Angehörige mehr Unterstützung für die Organisation der Pflege.

Die gesetzliche Neuregelung trägt den Bedürfnissen der Lebenswirklichkeit bei einer Versorgung im häuslichen Umfeld Rechnung und erleichtert die rechtzeitige Organisation und Koordinierung der als notwendig erachteten informellen und professionellen Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen im Einzelfall. Auch kann sie einer Überforderung der pflegenden Angehörigen durch die Pflegesituation positiv entgegenwirken.

7.1.2 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Kurse durchzuführen, um die häusliche Pflege zu erleichtern und zu verbessern (§ 45 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Mit den Pflegekursen soll zum einen das allgemeine Interesse der Menschen an der Pflege aufgegriffen und gefördert werden. Mit ihnen sollen zum anderen aber auch pflegefachliche Kenntnisse und praktische Hilfestellungen vermittelt werden, um eine konkrete Pflegesituation so gut wie möglich bewältigen zu können.

Die Schulungen sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln (§ 45 Satz 2 SGB XI). Daneben können auch die Unterstützung bei seelischen und körperlichen Belastungen, der Abbau von Versagensängsten, der Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander, Rehabilitationsleistungen und die Beratung über Pflegehilfsmittel Gegenstand der Kurse sein.

Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt (§ 45 Abs. 1 Satz 3 SGB XI), so beispielsweise für eine Unterweisung im Gebrauch von Pflegehilfsmitteln oder für bestimmte Pflegetätigkeiten. Damit kann auf die individuelle Pflegesituation im alltäglichen Wohnumfeld eingegangen und nach Verbesserungsmöglichkeiten für alle Beteiligten gesucht werden.

Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen (z. B. Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Volkshochschulen, § 45 Abs. 2 SGB XI).



Die Teilnahme an den Pflegekursen ist für die Teilnehmer unentgeltlich, und zwar unabhängig davon, ob die Pflegekurse von der Pflegekasse selbst oder von einem beauftragten Dritten durchgeführt werden. Das gilt auch unabhängig davon, ob die Pflege-

8 Überleitung in die ab 1. 1. 2017 geltende Rechtslage

Wie dargelegt, wurde die soziale Pflegeversicherung durch das Pflegestärkungsgesetz II umfassend modernisiert. Teile der gesetzlichen Änderungen gelten bereits seit 1. 1. 2016. Die Kernpunkte der neuen Pflegeversicherung wie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, das neue Begutachtungsverfahren, die neuen Pflegegrade und die Umstellung der bestehenden drei Pflegestufen in die neuen fünf Pflegegrade und die damit verbundene Umstellung der Leistungsbeträge sowie die Änderungen im Zusammenhang mit der sozialen Absicherung der Pflegepersonen sind erst am 1. 1. 2017 in Kraft getreten.

Zur Überleitung der neuen Rechtslage enthält das Pflegestärkungsgesetz II umfangreiche Überleitungs- und Bestandsschutzregelungen. In diesem Zusammenhang soll insbesondere gewährleistet werden, dass pflegebedürftige Menschen, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, ab 1. 1. 2017 nicht schlechtergestellt werden. Die Überleitung in die neue Pflegeversicherung führt also nicht zu geringeren, sondern für viele Betroffene zu höheren, teilweise sogar zu deutlich höheren Leistungen als nach dem bis 31. 12. 2016 geltenden Recht.

8.1 Anzuwendendes Recht

Für die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und der weiteren für das Vorliegen eines Anspruchs erforderlichen Voraussetzungen (z. B. das Vorliegen von Versicherungszeiten) ist das zum Zeitpunkt der Antragstellung maßgebende Recht entscheidend (§ 140 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Wurde ein Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit vor dem 31. 12. 2016 gestellt, so findet das bis zum 31. 12. 2016 geltende Begutachtungsverfahren Anwendung. Wurde der Antrag ab dem 1. 1. 2017 eingereicht, finden die neuen Begutachtungs-Richtlinien Anwendung. Für den Zeitpunkt der Antragstellung kommt es auf den Eingang des Antrags bei der Pflegekasse an.

Achtung: Der Zeitpunkt der Antragstellung ist maßgeblich für das gesamte Verfahren von der Antragstellung über die Begutachtung bis hin zum Erlass des Leistungsbescheids.

8.2 Überleitung in die neuen Pflegegrade

Zur Klärung der Leistungsansprüche der bisherigen Leistungsbezieher ab dem 1. 1. 2017 werden in § 140 SGB XI Übergangsregelungen geschaffen. Diese verfolgen das Ziel, dass bisherige Leistungsbezieher durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter als bisher gestellt werden. Daher erfolgt die Überleitung grundsätzlich in einen Pflegegrad, mit dem entweder gleich hohe oder höhere Leistungen als bisher verbunden sind. Wenn dies ausnahmsweise nicht der Fall ist, wird ein Besitzstandsschutz geschaffen.

Die gesetzlichen Übergangsregelungen sind so gestaltet, wie sich die bisherigen Leistungsbezieher bei einer Neubegutachtung voraussichtlich stellen würden. Im Ergebnis wird damit kein bisheriger Leistungsbezieher schlechtergestellt; es werden aber viele bisherige Leistungsbezieher ab 1. 1. 2017 deutlich besser gestellt als nach der alten Rechtslage. Dies betrifft insbesondere Pflegebedürftige, die bis zur Umstellung Leistungen aufgrund einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bezogen haben. Dieser Personenkreis, der sich aus Pflegebedürftigen mit vorrangig psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen, etwa aufgrund einer demenziellen Erkrankung, zusammensetzt, wird regelhaft einen Pflegegrad höher eingestuft als Pflegebedürftige mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen (sogenannter doppelter Stufensprung), um die Gleichstellung mit Personen mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen auch im Rahmen der Überleitung so weit wie möglich zu verwirklichen (BT-Drs. 18/5926, 7. 10. 2015, S. 140). Konkret gilt: Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen werden automatisch in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet (z. B. Pflegebedürftige der Pflegestufe I werden in den Pflegegrad 2 übergeleitet). Menschen

9 Wie das Pflegerisiko durch Leistungen der Sozialhilfe abgesichert ist

Wenn kein Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung besteht bzw. wenn die Leistungen der Pflegekasse nicht ausreichen, um die Kosten für Pflege zu bezahlen, erhält der Pflegebedürftige unter Umständen nach dem Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII) »Hilfe zur Pflege« als ergänzende Leistung des Sozialamts. Voraussetzung ist allerdings, dass das Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen und seiner Unterhaltspflichtigen nicht ausreicht, die Pflegekosten abzudecken. In der Praxis hat die ergänzende Hilfe zur Pflege des Sozialamts wegen der begrenzten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung mittlerweile große Bedeutung.

9.1 Leistungsvoraussetzungen

Personen, die pflegebedürftig sind, haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege, soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus Einkommen und Vermögen aufbringen (§ 61 Satz 1 SGB XII).

Hilfe zur Pflege erhält nur, wer pflegebedürftig ist. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XII ist weitgehend, aber nicht vollständig identisch mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff der sozialen Pflegeversicherung. Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflege besteht als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung die soziale Pflegeversicherung. Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Fürsorgeleistungen zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe vor (§ 13 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB XI). Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII ist also gegenüber den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI nachrangig. Nur wer keine oder keine ausreichenden Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhält, kann Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII verlangen. Schließlich setzen die Leistungen der Hilfe zur Pflege neben einer Pflegebe-

dürftigkeit aufgrund des allgemeinen Nachranggrundsatzes des § 2 SGB XII für Leistungen der Sozialhilfe auch bei Pflegebedürftigen eine finanzielle Bedürftigkeit voraus.

9.1.1 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftige Personen in diesem Sinne können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen (§ 61 a Abs. 1 SGB XII). Dieser Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XII ist inhaltsgleich mit dem entsprechenden Begriff für die gesetzliche Pflegeversicherung. Das gilt auch für die in § 61 a Abs. 2 SGB XII abschließend aufgelisteten sechs Bereiche, deren Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeitsstörungen für die Prüfung einer Pflegebedürftigkeit maßgeblich sind, namentlich

- **Mobilität** mit den Kriterien Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
- **kognitive und kommunikative Fähigkeiten** mit den Kriterien Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
- **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** mit den Kriterien motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten,

10 Wie Leistungen geltend gemacht und durchgesetzt werden können

Wer Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen will, muss das gesetzlich vorgegebene Verfahren einhalten. In diesem Verfahren sind dem Antragsteller Rechte eingeräumt, die er gegenüber der Pflegekasse geltend machen kann.

Wer mit einer Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden ist, kann sich dagegen wehren und Rechtsschutz begehren. Als Rechtsmittel stehen der Widerspruch und die Klage zur Verfügung.

Wie dargelegt, kann im Falle der Pflegebedürftigkeit nicht nur ein Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse bestehen, sondern daneben oder anstelle der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung auch ein Anspruch auf Sozialhilfe. Zuständig sind die Sozialämter. Für das Verwaltungsverfahren bei dieser Behörde gelten im Grunde dieselben Regeln wie beim Verfahren bei der Pflegekasse. Das gilt auch für die Rechtsmittel (Widerspruch und Klage). Soweit im Einzelfall ausnahmsweise Besonderheiten des Verwaltungsverfahrens beim Sozialamt gelten, wird im Folgenden an entsprechender Stelle darauf hingewiesen.

10.1 Verwaltungsverfahren bei der Pflegekasse bzw. beim Sozialamt

Für das Verfahren bei den Pflegekassen bzw. den Sozialämtern gelten die gesetzlichen Regelungen des Sozialgesetzbuches – Erstes Buch (SGB I) und des Sozialgesetzbuchs – Zehntes Buch (SGB X).

10.1.1 Antrag

Leistungen der Pflegekasse werden auf Antrag gewährt. Der Zeitpunkt des Antrags ist maßgebend für den Beginn der Leistungen. Rückwirkende Leistungen kommen allenfalls für den Monat der Antragstellung in Betracht (§ 33 Abs. 1 SGB XI). Eines Antrags bedarf

es auch dann, wenn ein höherer Pflegegrad oder weitere Leistungen der Pflegekasse begehrt werden.

Kein förmlicher Antrag ist erforderlich, wenn Pflegepersonen Leistungen zur sozialen Sicherung in Anspruch nehmen wollen. Die Meldepflicht der Pflegekasse besteht unabhängig von einem förmlichen Antrag der Pflegeperson (§ 44 Abs. 3 Satz 1 SGB XI).

- ! Anders als im Verfahren bei der Pflegekasse ist beim Sozialamt kein förmlicher Antrag erforderlich. Die Sozialhilfe setzt ein, sobald der zuständigen Behörde die Notlage bekannt wird.

Anträge auf Sozialleistungen sind beim zuständigen Leistungsträger zu stellen. Sie werden auch von allen anderen Leistungsträgern, von allen Gemeinden und bei Personen, die sich im Ausland aufhalten, auch von den amtlichen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland entgegengenommen. Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger, bei einer für die Sozialleistung nicht zuständigen Gemeinde oder bei einer amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland gestellt werden, sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten. Ist die Sozialleistung von einem Antrag abhängig, gilt der Antrag als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei einer der oben genannten Stellen eingegangen ist (§ 16 Abs. 1 und 2 SGB I).

10.1.2 Rechte im Verfahren

Dem Betroffenen stehen im Verfahren bei Sozialleistungsträgern gesetzlich verankerte Rechte zu.

== Vertretung durch Bevollmächtigte

Im Verfahren bei der Pflegekasse bzw. beim Sozialamt kann sich der Betroffene jederzeit von einem Bevollmächtigten vertreten lassen (§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB X). In diesem Fall muss sich die Pflegekasse bzw. das Sozialamt grundsätzlich an diesen wenden. Sie kann sich an

11 Wie die Pflegelücke durch private Vorsorge geschlossen werden kann

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist nur eine Art Teilkaskoversicherung. Das Risiko Pflegefall wird mit ihr nur zum Teil abgedeckt. Die Versorgungslücke, also die Differenz der mit dem Pflegefall tatsächlich verbundenen Kosten zu den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung muss der Pflegebedürftige aus der eigenen Tasche bezahlen. Kann er das nicht, werden die unterhaltspflichtigen Angehörigen zur Kasse gebeten. Nur wenn diese auch nicht zahlen können, übernimmt das Sozialamt die Kosten für die notwendige Pflege.

Mit einer privaten Pflegezusatzversicherung besteht die Möglichkeit, sich für den Ernstfall finanziell abzusichern. Und unter Umständen besteht die Möglichkeit der staatlichen Förderung.

11.1 Varianten der Pflegevorsorge durch Zusatzversicherungen

Eine private Pflegezusatzversicherung – vom Staat gefördert oder nicht gefördert – gibt es in verschiedenen Varianten. Die privaten Krankenversicherungen bieten Zusatztarife in Form von Pflegegeldpolicen, die ein Tagegeld bei Pflegebedürftigkeit zahlen, oder in Form einer Pflegekostenversicherung an, die einen Teil der verbleibenden Pflegekosten übernimmt. Eine Pflegerentenversicherung wird von den Lebensversicherungen angeboten, um die Versorgungslücke zu schließen.

11.1.1 Pflegegeldversicherung

Die Pflegegeldversicherung ist die am häufigsten gewählte Art der Pflegezusatzversicherung. Sie wird von vielen privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten.



Die Pflegetagegeldversicherung kann unter bestimmten Umständen mit dem sogenannten Pflege-Bahr staatlich gefördert werden.

== Leistungen

Bei der Pflegetagegeldversicherung erhält der Versicherte neben den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ein vorher vertraglich festgelegtes Pflegetagegeld (z. B. € 100,-). Das Tagegeld wird bei nachgewiesener Pflegebedürftigkeit unabhängig von den tatsächlichen Kosten gezahlt. Dem Versicherten steht das Geld zur freien Verfügung. Wofür er das Geld verwendet, entscheidet er selbst. Kostennachweise sind nicht erforderlich.

Eine entscheidende Rolle bei der Pflegetagegeldversicherung spielt der Gesundheitszustand des Antragstellers. Bei Vorbelastungen wird die Versicherung den Antrag ablehnen oder Risikoausschlüsse in die Police aufnehmen.

Die Höhe des Pflegetagegelds richtet sich in der Regel nach

- dem von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgelegten Pflegegrad und
- dem gewählten Tarif.

Es können starre oder flexible Tarife gewählt werden. Bei einem starren Tarif kann der Versicherte die gewünschte Absicherung nur für den Pflegegrad 5 festlegen, die restlichen Pflegegrade werden je nach Versicherungsgesellschaft und Tarif automatisch prozentual festgelegt. Bei einem flexiblen Tarif kann der Versicherte die gewünschte Absicherung für jeden einzelnen Pflegegrad individuell festlegen. Zusätzlich besteht bei einzelnen Versicherungsunternehmen sogar die Möglichkeit, die Leistungen in den einzelnen Pflegegraden bei ambulanter und stationärer Pflege unterschiedlich zu gestalten.

Fast alle Versicherungen bieten die Möglichkeit, die Tagesgelder nachträglich zu erhöhen und dadurch an Kostensteigerungen anzupassen. Die zeitlichen Intervalle der dynamischen Erhöhung sind

Index

A

- Alltagsleben und soziale Kontakte 67
- Alltagsunterstützung 167
 - Angebote 167
 - Pflegesachleistungsbetrag 168
- Ambulante Krankenpflege 181
- Auszubildene 35

B

- Begutachtungsverfahren 100
- Beitragsfinanzierung 44
- Beitragsfreiheit 39
- Beitragspflichtige Einnahmen 33
- Beitragssatz 31
- Beitragszuschüsse 35
- Beratungsleistung 110, 183
 - Gutscheine 188
 - Pflegeberatung 184
 - Pflegestützpunkte 189
- Bestandsschutz 222

E

- Elterngeld 40
- Entlastungsbetrag 169
 - Höhe 171
 - Leistungsvoraussetzung 169
 - Verwendung 172

F

- Fähigkeitsstörung 55
- Familienpflegezeit 203
- Familienversichert 25

H

- Häusliche Pflege 110, 113
 - Ambulante Wohngruppen 129
 - Kombinationsleistung 127
 - Pflegegeld 121
 - Pflegehilfe 121

- Pflegesachleistung 114
- Pflegevertretung 135
- Vorrang 47

K

- Kinder 97
 - Begutachtung 98
 - Einstufung 97
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten 56
- krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen 64
- Kurzzeitpflege 152, 156
 - Anspruch 158
 - Dauer 158
 - Voraussetzungen 156

L

- Leistungen 103
 - Anspruch erlöscht 110
 - Anspruch ruht 106
 - Antrag 104
 - Ausland 106
 - Befristung 105
 - Beginn 104
 - Überblick 110
 - Voraussetzungen 103

M

- Medizinischer Dienst (MDK) 100
- Mobilität 56
- Module 55
 - 1 56, 74
 - 2 56, 76
 - 3 59, 78
 - 4 61, 79
 - 5 64, 82
 - 6 67, 88
 - Gewichtung 89
 - Kategorien 71
 - Übersicht 71

N

Neues Begutachtungsassessment
(NBA) 70, 100

P

Persönliches Budget 180

Pflege

– Aktivierende 45

Pflegebedarf

– Dauer 69

Pflegebedürftigkeit

– Begriff 53

– Kinder 97

Pflegegeld

– Verhinderungspflege 139

Pflegegrad

– Einteilung 70

– Ermittlung 70

– Festlegung 92

Pflegegrad 1 174

– Leistungen 174

Pflegegrade

– Überleitung 220

Pflegeheim 152

Pflegehilfsmittel 141

– Versorgung 141

– Zuzahlung 146

Pflegekasse 100

– Antrag 104

– Pflichten 52

Pflegekurs 191

Pflegeleistung 253

– Antrag 253

– Bescheid 258

– Rechtsschutz 260

– Verfahren 253

– Widerspruch 260

Pflegelücke 16

Pflegende Angehörige 191

– Freistellung 209

– Freistellung Arbeit 193

– Pflegeberatung 191

– Pflegezeit 199

– Soziale Absicherung 212

Pflegestärkungsgesetz 12

Pflegestärkungsgesetz II 53

Pflegestufe 220

Pflegeversicherung 48

– Ergänzung 50

– Leistungsform 48

– Leistungsumfang 50

Pflegevertretung 135

Pflegezeit 199

Pflichtversichert 17, 43

Prävention 51

R

Rehabilitation

– Medizinische 51

Rentner 34

– Beitragsfreiheit 39

S

Selbstbestimmungsrecht 44

Selbstständigkeit

– Beeinträchtigung 55

– Beurteilung 55

– Grad 71

Selbstversorgung 61

Soziale Pflegeversicherung 12

Sozialgericht

– Klage 264

Sozialhilfe 14, 227

– Leistungen 241

– Pflegebedürftigkeit 239

– Voraussetzung 227

Stationäre Behindertenhilfeeinrichtungen 165

Stationäre Pflege 110

Studenten 35

T

- Teilstationäre Pflege 152, 153
 - Leistungen 155
 - Voraussetzung 153

U

- Übergangspflege 182

V

- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen 59
- Verhinderungspflege 135
- Versicherter
 - Eigenverantwortung 52
- Versicherungspflicht 22
 - Private Krankenversicherung 28
- Vollstationäre Pflege 152, 160
 - Behindertenhilfe 165
 - Eigenanteil 164
 - Leistungen 161
 - Leistungsbeträge 162

W

- Wahlrecht 45
 - Leistungserbringer 45
 - Pflegegestaltung 46
- Wohngruppenzuschlag 129
- Wohnungsumbau 146
 - Maßnahmen 148
 - Zuschuss 148

Z

- Zusatzversicherung
 - privat 16