



DIE PRIVATE PFLEGEVORSORGE

© Viacheslav Iakobchuk / Fotolia

Der demografische Wandel in Deutschland ist in vollem Gange. Es ist eine Entwicklung, die seit langem prognostiziert wurde und dessen Eintreffen sicher war. Konsequenzen sind unter anderem: Die Bevölkerung altert im Schnitt und schrumpft insgesamt erheblich, wobei der Anteil der über 60jährigen deutlich zunimmt.

ZAPP

Robert Zapp GmbH
Versicherungsmakler
Oberfeldstraße 5a
79650 Schopfheim

Tel.: 07622 / 67890
Fax: 07622 / 678950
info@zappgmbh.de
www.zappgmbh.de

Pflegevorsorge

Zahlen des Statistischen Bundesamtes zeigen die teils drastischen Veränderungen:

Tabelle 1: Bevölkerung Deutschlands in den Altersgruppen mit erhöhtem Krankheits- und Pflegerisiko 2009 bis 2050

		2009	2020	2030	2050
Bevölkerung im Alter von ... bis unter ... Jahren		Anzahl in 1.000			
Insgesamt		81.735	79.914	77.350	69.412
darunter	60 - 70	9.197	10.911	12.572	9.541
	70 - 80	7.839	7.628	9.479	8.159
	80 - 90	3.656	5.086	4.929	7.905
	über 90	477	922	1.488	2.319

Quelle: Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, Ausgabe 2010, Seite 6; erscheint unregelmäßig

Trotz der sinkenden Einwohnerzahl Deutschlands ist mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen zu rechnen. Auch jüngere sollten sich mit dem Thema Pflege bzw. Pflegevorsorge auseinandersetzen. Denn Pflegebedürftigkeit trifft weder ausschließlich Senioren, noch gibt es immer Vorboten wie z. B. längere, schwere Erkrankungen. Jeder kann von heute auf morgen pflegebedürftig werden und auf Dauer von fremder Hilfe abhängig sein. Trifft es jüngere Menschen, sind meist Krankheiten oder Unfälle die Auslöser.

Pflegeversicherung

Krankenversicherte in Deutschland benötigen gleichzeitig auch eine Pflegepflichtversicherung: „Die Pflegepflichtversicherung folgt der Krankenversicherung“, so die Regelung. Das bedeutet, dass privat Krankenversicherte auch privat pflegepflichtversichert sind, gesetzlich Krankenversicherte meist in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung.



© agenturfotografina / Fotolia

Der Schutz der gesetzlichen Pflegeversicherung ist nicht allumfassend, weniger noch als zum Beispiel die gesetzliche Krankenversicherung. Wenn ein Pflegebedürftiger den Unterschied zwischen den realen Kosten für die Pflege und den niedrigeren Erstattungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht bezahlen kann, werden zunächst die Angehörigen zur Kasse gebeten. Dabei wird allerdings berücksichtigt, inwieweit dies für die Angehörigen möglich ist. Existieren keine Angehörigen oder sind diese nicht in der Lage, finanziell einzuspringen, zahlt das Sozialamt.

Gesetzliche Grundlage für die Regelungen zur Pflege ist das 7. Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII „Sozialhilfe“). Bedürftigen wird Unterstützung gewährt, wenn sie wegen Krankheit oder Behinderung bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen sind.

Fakten zur Lage in der Pflegeversicherung:

- Ende des Jahres 2015 waren in Deutschland nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums 80,48 Millionen Menschen über die Pflegepflichtversicherung versichert. Davon waren es rund 71,12 Millionen Menschen in der gesetzlichen und rund 9,36 Millionen Menschen in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert. Insgesamt erhielten Ende 2015 über 2,8 Millionen Menschen Leistungen aus den Pflegepflichtversicherungen (2.665.109 Millionen in der gesetzlichen, 178.075 Menschen in der privaten Pflegepflichtversicherung).
- Die Kosten für die Leistungen stiegen ebenfalls an: Von insgesamt rund 24,2 Milliarden Euro in 2014 auf rund 26,7 Milliarden Euro im Jahr 2015 (gesetzliche Pflegepflichtversicherung), bzw. von 0,88 Milliarden Euro auf 0,95 Milliarden Euro (private Pflegeversicherung).
- Knapp 65 Prozent, also rund zwei Drittel der Hilfeempfänger in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung, sind Frauen.
- Rund 28 Prozent der Pflegebedürftigen in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung wurden Ende 2015 stationär in Einrichtungen gepflegt (768.014 von 2.665.109 Millionen Versicherten).



© Photographee.eu / Fotolia

Neues seit dem 1. Januar 2017

Zu Beginn des Jahres 2017 wurden die mit dem so genannten Pflegestärkungsgesetz II beschlossenen Reformen in einem letzten Schritt umgesetzt. Wesentliche Neuerungen sind, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff und auch das Begutachtungsverfahren neu gefasst wurden.

„Pflegebedürftig“ im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes

- **war bis Ende 2016:** Wer bei körperbezogenen alltäglichen Verrichtungen (Waschen, Baden, Nahrungsaufnahme, Wasserlassen, Stuhlgang, ...) regelmäßig und auf Dauer (mind. für 6 Monate) fremde Hilfe benötigt.
- **ist seit Januar 2017:** „Wer aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen Einschränkungen in seiner Selbständigkeit und bei Fähigkeiten hat und daher Hilfe durch Andere benötigt. Die Einschränkungen müssen auf Dauer (mind. für 6 Monate) bestehen.“

Mit dieser Formulierung geht die Definition von Pflegebedürftigkeit deutlich über den bisher verwendeten Maßstab des Hilfebedarfs bei körperbezogenen Verrichtungen hinaus.



Die **Begutachtung** orientiert sich jetzt ausschließlich an den **Einschränkungen der Selbständigkeit und den Fähigkeiten der Betroffenen, ihren Alltag zu meistern**. Damit erhalten alle Versicherten per Gesetz einen gleichberechtigten Zugang zur Pflegeversicherung. Insbesondere Menschen mit Demenz profitieren, weil die unterschiedliche Behandlung von körperlichen und geistig/seelisch bedingten Einschränkungen nicht mehr gegeben ist.

Seit Jahresbeginn 2017 gelten fünf neue Pflegegrade, die die bisherigen Pflegestufen ersetzen. Die Überleitung aus einer festgestellten Pflegestufe in den entsprechenden Pflegegrad erfolgte automatisch.

Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen		Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	
Pflegestufen bis Ende 2016	Pflegegrad seit Januar 2017	Pflegestufen bis Ende 2016	Pflegegrad seit Januar 2017
0	1		1
I	2	0	2
II	3	I	3
III	4	II	4
III / Härtefall	5	III	5

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2016

Leistungen seit dem 1. Januar 2017

Mit Einführung der Pflegegrade stieg die Zahl derjenigen, die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung beanspruchen können. Unterstützung wird früh gewährt: In den Pflegegrad 1 beispielsweise werden Versicherte eingestuft, die zwar keine erheblichen Beeinträchtigungen zu beklagen haben, aber bereits in gewissem Maße – zumeist körperlich – eingeschränkt sind.

Pflegegrade	Geldleistung ambulant	Sachleistung ambulant	Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden)	Leistungsbeitrag vollstationär
1			125 Euro	125 Euro
2	316 Euro	689 Euro	125 Euro	770 Euro
3	545 Euro	1.298 Euro	125 Euro	1.262 Euro
4	728 Euro	1.612 Euro	125 Euro	1.775 Euro
5	901 Euro	1.995 Euro	125 Euro	2.005 Euro

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2016

Privat vorsorgen

Wer privat zusätzlich vorsorgen will, kann dies tun: Mit einer **Pflege**tagegeld**versicherung** (hierzu zählt auch die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung), mit der **Pflege**kosten**versicherung** sowie mit der **Pflege**renten**versicherung**.



© drubig-photo / Fotolia

Für die **Pflege**tagegeld**-** und die **Pflege**kosten**versicherung** gilt: Ab welchem Pflegegrad und in welchem Umfang der Versicherte Leistungen erhält, hängt vom gewählten Tarif ab. Damit Leistungen aus der Pflegezusatzversicherung fließen, muss der Versicherte seine Pflegebedürftigkeit oder die erhebliche Einschränkung seiner Alltagskompetenz nachweisen. Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt in Anlehnung an die Pflegepflichtversicherung. Meist genügt den Versicherungsunternehmen die medizinische Beurteilung der Pflegepflichtversicherung als Nachweis. Diese Beurteilung übernimmt für die gesetzliche Pflegeversicherung der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), für die private Pflegepflichtversicherung die MEDICPROOF GmbH.

Pflege**tagegeld**versicherung

Das Versicherungsunternehmen zahlt dem Versicherten im Pflegefall ein **Tagegeld**, das ihm zur freien Verfügung und Verwendung verbleibt und bereits bei Vertragsabschluss festgelegt wurde. Die **Pflege**tagegeld**versicherung** ist die am häufigsten gewählte Art der Pflegezusatzversicherung, sie wird von vielen privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten.



© pressmaster / Fotolia

Pflegezusatzversicherung, staatlich gefördert

Wer mindestens zehn Euro als Eigenbeitrag beisteuert, erhält eine staatliche Zulage von fünf Euro pro Monat für die geförderte Pflegezusatzversicherung. Damit die Zulage dem Vertrag gutgeschrieben wird, beantragt sie das Versicherungsunternehmen bei einer zentralen staatlichen Stelle.



© Africa Studio / Fotolia

Die Förderung kann jeder bekommen, der

- in der gesetzlichen bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung versichert ist,
- das 18. Lebensjahr vollendet hat und
- bei Vertragsabschluss noch keine Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung bezieht.

Eine Altersgrenze „nach oben“ gibt es nicht.

Möglicherweise vorhandene Vorerkrankungen sind unerheblich und haben keine Auswirkungen auf den Vertragsabschluss oder die Beitragshöhe - die Versicherer müssen den Vertrag annehmen. Wer also aus gesundheitlichen Gründen keine Pflegezusatzversicherung abschließen konnte, hat auf diesem Wege nun die Möglichkeit, selbst vorzusorgen. Die geförderte Pflegezusatzversicherung ist eine Tagegeldversicherung, sie zahlt im Pflegefall einen festen Betrag aus.

Pflegekostenversicherung



© Robert Kneschke / Fotolia

Hier müssen dem Versicherungsunternehmen zunächst die tatsächlich entstandenen Kosten nachgewiesen werden. Im Anschluss daran erstattet der Versicherer den Betrag im vereinbarten Umfang. Voraussetzung ist, dass die Pflegepflichtversicherung bereits gezahlt hat und bspw. Beihilfeansprüche angerechnet wurden.

Pflegerentenversicherung

Die Pflegerentenversicherung wird meist als Zusatzversicherung angeboten, die an eine Hauptversicherung gekoppelt ist. Die wiederum ist meist eine Risiko-, Kapitallebens- oder Rentenversicherung. Im Pflegefall zahlt die Versicherung monatlich den bei Vertragsabschluss fest vereinbarten Betrag, der unabhängig von den tatsächlichen Pflegekosten ist. Mit Beginn der Rentenzahlung brauchen die Beiträge für die Versicherung nicht mehr gezahlt werden. Unerheblich für die Auszahlung ist ebenfalls, ob der Versicherte zu Hause durch Angehörige, durch einen Pflegedienst oder stationär betreut wird.

Fazit:

Das Thema Pflegevorsorge ist komplex. Für die individuell richtige Lösung ist eine umfassende und kompetente Beratung unerlässlich. Sprechen Sie Ihren Versicherungsmakler an, oder informieren Sie sich über das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit zunächst bei allgemeinen Fragen zur gesetzlichen Pflegeversicherung.

Bürgertelefon zur gesetzlichen Pflegeversicherung: 030 / 340 60 66 - 02
Beratung montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr, freitags von 8 bis 12 Uhr.