

Die Pflegeversicherung: Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit

Die Pflegeversicherung unterstützt Menschen, wenn sie pflegebedürftig werden. Hierfür bietet sie verschiedene Leistungen, sowohl für die Pflege zu Hause als auch im Heim. Die Versicherung deckt jedoch nicht alle Kosten.

Auf einen Blick

- Die Pflegeversicherung bietet finanzielle Unterstützung und Hilfen für die Pflege zu Hause oder in einer stationären Einrichtung.
- Pflegeleistungen erhalten nur Versicherte, die pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind.
- Gesetzlich und privat Pflegeversicherte erhalten die gleichen Leistungen.
- Die Pflegeversicherung ist eine Teilkostenversicherung: Abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit stehen Versicherten pauschale Beträge zu, die jedoch nicht die gesamten Kosten für die Pflege decken.
- Pflegebedürftige Personen haben ein Recht auf ein selbstbestimmtes Leben. Alle Leistungen und Hilfen müssen daraufhin ausgerichtet werden.

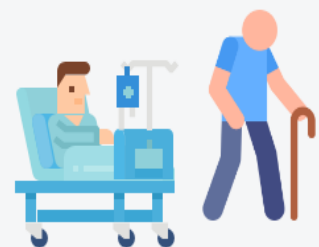


Wozu dient die Pflegeversicherung?

Wer pflegebedürftig wird und sich im Alltag nicht mehr allein versorgen kann, benötigt Unterstützung durch professionelle Pflegekräfte, Angehörige oder andere ehrenamtlich pflegende Personen. Die soziale Pflegeversicherung unterstützt pflegebedürftige Personen und ihre Pflegepersonen finanziell. Diese Hilfen werden Pflegeleistungen genannt.

Da jeder Mensch in seinem Leben einmal auf Pflege angewiesen sein kann – sei es im Alter, nach einem Unfall oder wegen einer Erkrankung oder Behinderung – ist die Pflegeversicherung eine Pflichtversicherung. Das heißt, dass sich alle Menschen mit Wohnsitz in Deutschland in der Pflegeversicherung versichern müssen.

Da jeder Mensch in seinem Leben einmal **auf Pflege angewiesen** sein kann, ist die **Pflegeversicherung eine Pflichtversicherung.**



Wie bei der Krankenversicherung gibt es eine gesetzliche und eine private Pflegeversicherung. Die Leistungen sind jedoch in beiden Versicherungen gleichwertig: Gesetzlich und privat Pflegeversicherte haben Anspruch auf die gleichen Leistungen in der gleichen Höhe. Nur bei Sachleistungen erhalten Privatversicherte eine Kostenerstattung. Das heißt, sie müssen erst einmal in Vorleistungen gehen.

Die soziale Pflegeversicherung ist Teil der staatlichen Sozialversicherungen, die Menschen in unterschiedlichen Lebensbereichen finanziell unterstützen, wenn diese Hilfe benötigen. Die wesentlichen Regelungen sind im Pflegeversicherungsgesetz, dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgelegt.

Gründe für Pflegeversicherung

Grundsätzlich kann man in jedem Alter pflegebedürftig werden. Die Wahrscheinlichkeit steigt aber mit dem Lebensalter. Konkret bedeutet dies, dass im Alter von 60 bis 65 etwa 2 Prozent, ab 80 bis 85 bereits etwa 23 Prozent, von 85 bis 90 etwa 45 Prozent und ab 90 sogar etwa 71 Prozent der Menschen pflegebedürftig sind.

Die Pflegeversicherung wurde 1995 eingeführt, da sich die Alters- und auch die Familienstruktur in Deutschland so geändert haben, dass eine Absicherung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen notwendig wurde.

Seit vielen Jahren steigt das Durchschnittsalter der Bevölkerung an – und damit verbunden auch die Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf. Zudem gibt es in vielen Familien heutzutage keine oder nur wenige Kinder. Diese können sich im Erwachsenenalter wegen Berufstätigkeit oder beruflicher Mobilität häufig nicht ohne Weiteres um ihre Eltern oder andere pflegebedürftige Familienmitglieder kümmern.

Auch die Sozialhilfe sollte durch die Pflegeversicherung entlastet werden. Zuvor war diese allein zuständig, wenn sich pflegebedürftige Menschen die Pflege nicht leisten konnten. Dies war durch die hohen Pflegekosten immer häufiger der Fall. Als Sozialhilfeträger wurden die Kommunen dadurch immer stärker belastet.

Wer hat Anspruch auf Pflegeleistungen?

Pflegeleistungen erhalten nur Personen, bei denen eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, wie es im Pflegeversicherungsgesetz festgelegt ist. Versicherte müssen deshalb einen [Antrag auf Pflegeleistungen](#) stellen.

Personen gelten als pflegebedürftig, wenn sie [in bestimmten Lebensbereichen des Alltags](#) auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind, weil ihre Selbstständigkeit oder ihre körperlichen oder geistigen Fähigkeiten aus gesundheitlichen Gründen beeinträchtigt sind. Diese Beeinträchtigungen müssen voraussichtlich für mindestens 6 Monate und in einer bestimmten Schwere vorliegen.

Ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und wie hoch diese ist, wird bei einer [Pflegebegutachtung](#) festgestellt. Die Höhe des [Pflegegrads](#) ist entscheidend dafür, welche Leistungen beansprucht werden können. Die Abstufungen reichen von geringen Beeinträchtigungen bei Pflegegrad 1 bis zu schwersten Beeinträchtigungen bei Pflegegrad 5.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass Versicherte mindestens zwei Jahre innerhalb der vergangenen zehn Jahre in die Pflegekasse eingezahlt haben oder familienversichert gewesen sind. Ist das nicht der Fall, kann unter Umständen auch die [Sozialhilfe einspringen](#).

Wer hat Anspruch auf Pflegeleistungen?

Das folgende Video erklärt, wann eine Pflegebedürftigkeit besteht und somit ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung.

<https://dam.gesund.bund.de/assets/pflegebedueftigkeit.webm>

Welche Leistungen übernimmt die Pflegeversicherung?

Die Pflegeversicherung bietet verschiedene Leistungen sowohl für die [Pflege zu Hause](#) oder in [Pflege-WGs](#) durch Angehörige oder Pflegedienste sowie für die Pflege in einer [stationären Einrichtung](#) durch Pflegepersonal.



Pflegeleistungen können sein:

- [Pflegesachleistung](#): Budget, das zur Verfügung steht, um einen ambulanten Pflegedienst oder einen ambulanten Betreuungsdienst in Anspruch zu nehmen
- [Pflegegeld](#): Geldbetrag, wenn die Pflege beispielsweise von Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden übernommen wird
- [Kombinationsleistung](#): Eine Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistungen

- [Verhinderungspflege](#): Budget, um einen Pflegedienst oder eine andere Person für die häusliche Pflege zu beauftragen, wenn die Pflegeperson verhindert ist
- [Kurzzeitpflege](#): Budget, um die pflegebedürftige Person kurzzeitig in einer vollstationären Einrichtung unterzubringen, wenn die Pflege zu Hause vorübergehend nicht möglich ist
- Pflegehilfsmittel und Zuschüsse, um das [Wohnumfeld](#) an spezielle Bedürfnisse anzupassen
- Ein zusätzliches Budget für Pflegebedürftige, die gemeinsam in [ambulant betreuten Wohngruppen](#) wohnen
- Betrag für die Nutzung und Unterstützung beim Einsatz von [digitalen Pflegeanwendungen \(DiPA\)](#) in der häuslichen Pflege
- Pflege und Betreuung in einer [teilstationären Pflegeeinrichtung \(Tages- oder Nachtpflege\)](#)
- Pflege und Betreuung in einer [vollstationären Pflegeeinrichtung](#)
- [Leistungen zur sozialen Sicherung](#) von pflegenden Angehörigen, wie beispielsweise Zuschüsse zu Sozialversicherungen und Ersatz für entgangenes Gehalt (Lohnersatzleistungen)
- [Pflegekurse](#) für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- [Pflegeberatung](#) für pflegebedürftige Personen sowie pflegende Angehörige
- Anspruch, einen Teil des Budgets für [Pflegesachleistung für Angebote zur Unterstützung im Alltag](#) zu nutzen
- [Entlastungsbetrag](#): Budget, um pflegende Angehörige zu entlasten

Wer welche Leistungen der Pflegeversicherungen in Anspruch nehmen kann, hängt von verschiedenen Faktoren ab, beispielsweise:

- Wo wird die pflegebedürftige Person gepflegt?
- Von wem wird die pflegebedürftige Person gepflegt?
- Wie hoch ist der Pflegegrad?

Teilkostenversicherung

Die Pflegeversicherung ist eine Teilkostenversicherung. Das bedeutet, dass jede Leistung einen bestimmten Pauschalbetrag enthält, der nicht die wirklich entstehenden Pflegekosten abdeckt. Wie hoch dieser Betrag ist, richtet sich nach der Höhe des Pflegegrads.

Häufig wird in diesem Zusammenhang auch von Teilleistungsversicherung und Teilkaskoversicherung gesprochen.

Die zusätzlichen Pflegekosten müssen von der pflegebedürftigen Person oder ihren Angehörigen selbst getragen werden.

Bei Leistungen wie Kurzzeitpflege oder Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung müssen beispielsweise Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten aus eigener Tasche gezahlt werden.

Zusatzversicherung

Damit auch die übrigen Kosten gedeckt werden, ist es möglich, eine private Pflege-Zusatzversicherung abzuschließen, beispielsweise eine Tagegeldversicherung oder einen Pflegekostenergänzungstarif. Der Staat fördert den Abschluss bestimmter Versicherungsprodukte mit einer Zulage von 60 Euro im Jahr.

Die [Verbraucherzentralen](#) informieren, was bei dem Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung beachtet werden sollte.

Hilfe zur Pflege

Wenn das eigene Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, um die Pflegekosten zu decken, oder wenn die pflegebedürftige Person nicht kranken- und pflegeversichert ist, kann [Hilfe beim Sozialamt](#) beantragt werden.

Welche Rechte und Pflichten haben pflegebedürftige Menschen?

Wie die Leistungen und Hilfen ausgestaltet sein sollten, ist auch gesetzlich geregelt. Wichtig sind beispielsweise

- das Recht auf Selbstbestimmung und Selbstständigkeit
- das Wunsch- und Wahlrecht
- der Vorrang der Pflege zu Hause

Dies bedeutet konkret, dass pflegebedürftige Personen ein Recht auf ein möglichst selbstbestimmtes und

menschenwürdiges Leben haben – auch wenn sie viel Hilfe und Unterstützung in grundlegenden Lebensbereichen des Alltags benötigen.

Alle Leistungen, Unterstützung und Hilfen müssen daher so ausgerichtet werden, dass die Fähigkeiten und die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person erhalten oder wiedergewonnen werden. Pflegebedürftige Personen müssen an der Pflegeplanung beteiligt werden, soweit es ihnen möglich ist. Sie dürfen nicht bevormundet oder in Grundrechten, wie dem Recht auf Respekt, Privatheit, Freiheit und Sicherheit, beschnitten werden.

Pflegebedürftige Personen können zudem in einem bestimmten Rahmen selbst entscheiden, wie, wo und von wem sie gepflegt werden möchten. Sie haben zum Beispiel die Wahl, ob sie zu Hause oder in einer Einrichtung gepflegt werden möchten, ob sich professionelle Pflegekräfte um sie kümmern sollen oder lieber Personen aus dem Angehörigen-, Freundes- oder Nachbarschaftskreis. Sie können außerdem zwischen verschiedenen Pflegediensten oder Einrichtungen wählen.

Auch Wünsche, wie die Unterstützung gestaltet werden soll, müssen berücksichtigt werden. Dazu gehört der Wunsch nach gleichgeschlechtlicher oder kultursensibler Pflege sowie die Berücksichtigung von religiösen Bedürfnissen. Der Wunsch, in den eigenen vier Wänden gepflegt zu werden, hat Vorrang vor der stationären Pflege.

Die Wünsche müssen umgesetzt werden, sofern diese angemessen, wirtschaftlich und umsetzbar sind.

Pflege-Charta

Die Rechte von pflegebedürftigen Menschen setzen sich außerdem aus weiteren Gesetzen und Vorschriften zusammen, wie beispielsweise dem Grundgesetz und dem Betreuungsrecht.

Die [Pflege-Charta](#) fasst diese Rechte zusammen, erläutert diese anhand konkreter Beispiele und benennt auch mögliche Einschränkungen. Die Charta wurde von Vertreterinnen und

Vertretern aus allen Verantwortungsbereichen der Pflege und der Selbsthilfe erarbeitet.

Pflichten

Erhalten pflegebedürftige Personen Pflegegeld und werden ausschließlich von Angehörigen gepflegt, sind sie verpflichtet, regelmäßige Beratung zur Pflege in Anspruch zu nehmen. Andernfalls kann das Pflegegeld gekürzt werden.

Diese Beratungsleistung soll die Qualität der häuslichen Pflege sichern. Sie ist aber auch sehr hilfreich, da dadurch Pflegepersonen im häufig fordernden Pflegealltag individuell unterstützt werden: Professionelle Pflegekräfte geben Tipps und Anleitungen zu Praxisthemen, wie beispielsweise rückschonendes Heben, die Gabe von Medikamenten sowie die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Aber auch Hinweise auf weitere Unterstützungsmöglichkeiten und Pflegekurse für Angehörige können Teil der Beratung sein.



Interessant zu wissen:

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann ab sofort jede zweite Beratung per Videokonferenz stattfinden. Diese Regelung ist zeitlich begrenzt bis zum 30. Juni 2024.

Wie kann man sich pflegeversichern?

Grundsätzlich sind alle Menschen in Deutschland so pflegeversichert, wie sie auch krankenversichert sind: Angehörige der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind

automatisch auch in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert. Wer privat krankenversichert ist, muss zusätzlich eine private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) abschließen.

Wie auch bei der Krankenversicherung gibt es verschiedene Wege, sich für den Fall einer Pflegebedürftigkeit zu versichern.

Gesetzliche Krankenversicherung

Alle Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, gehören automatisch der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) an – und zwar immer automatisch in der Kasse, in der sie auch krankenversichert sind. Der Beitrag zur SPV bemisst sich am Einkommen und wird von Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen.

Familienversicherung

Angehörige einer Familie können sich über ein Familienmitglied, das reguläres Mitglied einer Kranken- und Pflegekasse ist, mitversichern. Sie zahlen keine eigenen Beiträge zur Pflegeversicherung.

Voraussetzung für eine Familienversicherung ist unter anderem, dass das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen der mitversicherten Person nicht höher ist als 485 Euro pro Monat. Für Minijobber liegt die Einkommensgrenze bei 520 Euro monatlich (Stand: Januar 2023). Die Einkommensgrenze ändert sich jährlich zum Jahresanfang. Außerdem müssen alle mitversicherten Personen ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

Über die Familienversicherung können sich mitversichern:

- unterhaltsberechtignte Kinder
- Kinder von familienversicherten Kindern
- Eheleute
- Eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner

Freiwillige Versicherung

Auch Personen, die sich freiwillig gesetzlich krankenversichern, müssen Beiträge für die soziale Pflegeversicherung leisten.

Sie haben die Möglichkeit, stattdessen eine private Pflegeversicherung abzuschließen – allerdings nur innerhalb der ersten drei Monate nach Abschluss der freiwilligen Versicherung. Diese Befreiung von der Versicherungspflicht kann nicht rückgängig gemacht werden.

Private Krankenversicherung

Personen, die privat krankenversichert sind, müssen eine private Pflegepflichtversicherung (PPV) bei einem Versicherungsunternehmen ihrer Wahl abschließen. Für jeden Familienangehörigen muss ein eigener Vertrag abgeschlossen werden.

Die Versicherungsprämie bemisst sich unter anderem am individuellen Gesundheitsrisiko. Auch privat versicherte Angestellte erhalten einen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers.

Versicherungspflicht für sonstige Personengruppen

Menschen, die beispielsweise über das Bundesversorgungsgesetz im Krankheitsfall abgesichert oder Mitglieder einer Solidargemeinschaft sind, müssen sich in der Sozialen Pflegeversicherung versichern.

Leistungen ohne Kranken- und Pflegeversicherung

Menschen, die nicht kranken- oder pflegeversichert sind, können unter Umständen [Pflegeleistungen vom Sozialamt](#) erhalten.

Weitere Informationen zur Finanzierung der Pflegeversicherung sowie zu Beiträgen, Beitragszuschlägen und Bemessungsgrenzen bietet das [Bundesgesundheitsministerium](#).