



Gesetzliche Pflegeversicherung: Quo Vadis?

Mit Wirkung zum 1. Januar 2017 nimmt der Gesetzgeber eine neue Definition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit in das Sozialgesetzbuch XI auf. Eine Pflegebedürftigkeit der Versicherten wird ab dem vorgenannten Stichtag mithilfe neuer Begutachtungsinstrumente bewertet und eingestuft. Die bisherigen Pflegestufen haben ab dem Jahresbeginn 2017 ausgedient und werden durch die neuen Pflegegrade ersetzt. Auch bei den Leistungen der ambulanten und vollstationären Pflege dreht der Gesetzgeber zum Beginn des nächsten Jahres nochmals an den Stellschrauben – nicht in allen Fällen zum Vorteil der Versicherten.

Autor: Alexander Schrehardt, Geschäftsführer Consilium Beratungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung mbH, Fachbereichsleiter Biometrische Risiken
BVSV Bundesverband der Sachverständigen für das Versicherungswesen e. V.

Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit

Nach der bis zum 1.1.2017 gültigen Fassung des Sozialgesetzbuches XI liegt eine leistungspflichtige Pflegebedürftigkeit vor, wenn ein Versicherter infolge Krankheit oder Behinderung für eine Dauer von mindestens sechs Monaten regelmäßig die Hilfe einer anderen Person bei den Verrichtungen des Alltags benötigt. Der Gesetzgeber hat die Verrichtungen des Alltags in § 14 Abs. 4 SGB XI gelistet; hierzu zählen beispielsweise die Mobilität, die Körperpflege oder auch das An- und Auskleiden, aber auch die hauswirtschaftliche Versorgung.

Neben dem Personenkreis der pflegebedürftigen Versicherten benennt der Gesetzgeber auch Versicherte, die aufgrund geistiger Behinderung, demenzieller oder psychischer Erkrankungen beaufsichtigt und betreut werden

müssen (§ 45a Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Mit Wirkung zum 1.1.2017 gibt der Gesetzgeber die Unterscheidung zwischen betreuungs- und pflegebedürftigen Versicherten auf und unterstellt beide Personengruppen dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit.

Beurteilung/Einstufung der Pflegebedürftigkeit

In der aktuell gültigen Fassung des SGB XI hat der Gesetzgeber drei Pflegestufen normiert. Grundlage für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit sind dabei die Häufigkeit und der zeitliche Umfang der Hilfebedürftigkeit des Versicherten. So liegt eine erhebliche Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 1) vor, wenn der Versicherte einmal täglich für mindestens 90 Minuten die Unterstützung durch eine andere Person benötigt. Wenn der Hilfebedarf mindestens 180 Minuten und dreimal am Tag erforderlich ist, so liegt eine schwere Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 2) vor. Bedarf der Versicherte einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit einem zeitlichen Aufwand von mindestens 300 Minuten/

Tag, so besteht ein Anspruch auf Leistungen wegen Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe 3).

Mit dem PSG II reformiert der Gesetzgeber nicht nur den Begriff, sondern auch die Einstufung der Pflegebedürftigkeit der Versicherten. Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung eines Pflegegrades werden zukünftig in Abhängigkeit von einem (anteiligen) Verlust von Selbstständigkeit und Fähigkeiten des Versicherten bewertet. Bei der Einstufung der Pflegebedürftigkeit werden dabei nicht nur die Mobilität oder die Körperpflege, sondern beispielsweise auch die soziale Kontaktpflege, die Selbstversorgung sowie kognitive und kommunikative Fähigkeiten auf der Grundlage eines Katalogs mit 64 Einzelfragen bewertet. Der zeitliche Aufwand für die pflegerische Versorgung wird ab dem 1.1.2017 nicht mehr berücksichtigt.

Neu im Gesetz: Entlastungsbetrag und Unterstützungsleistungen

Nachdem der Gesetzgeber mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz betreuungsbedürftige Versicherte dem Personenkreis der Pflegebedürftigen zurechnet, entfallen ab 1.1.2017 die monatlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Höhe von 104,00 Euro (Grundbetrag) bzw. 208,00 Euro (erhöhter Betrag). Den Wegfall dieser Leistungen kompensiert der Gesetzgeber mit der Einführung eines zweckgebundenen Entlastungsbetrages von 125,00 Euro/Monat, der von allen Versicherten in ambulanter Pflege in Anspruch genommen werden kann. Die Zahlung erfolgt gegen Nachweis und muss für die Entlastung von Laienpflegern sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Versicherten eingesetzt werden.

Auch zu den Pflegesachleistungen beinhaltet das Zweite Pflegestärkungsgesetz eine wichtige Änderung. Ab 1.1.2017 können bis zu 40 Prozent der Pflegesachleistungen zu Unterstützungsleistungen umgewidmet werden. Die Unterstützungsleistungen können für die Betreuung oder für die Unterstützung des Pflegebedürftigen im Alltag eingesetzt werden. Die Auszahlung der Unterstützungsleistungen erfolgt gegen Nachweis.

Sozialpolitische Geschenke in der ambulanten Pflege ...

Nachdem die Leistungen der Pflegepflichtversicherung bereits mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz und dem Ersten Pflegestärkungsgesetz verbessert wurden,

hat der Gesetzgeber sein Füllhorn auch für das Zweite Pflegestärkungsgesetz wiederum geöffnet. Bei den Leistungen der ambulanten Pflege werden sowohl das Pflegegeld als auch die Pflegesachleistungen für die Pflegegrade 2 und 3 gegenüber den Pflegestufen 1 und 2 nochmals deutlich erhöht.

Während ein Versicherter der Pflegestufe 1 nach aktuellem Leistungsrecht Anspruch auf ein Pflegegeld von 244,00 Euro/Monat hat, erhöht sich die Leistung für den Pflegegrad 2 ab dem 1.1.2017 auf 316,00 Euro/Monat (+29,51 Prozent). Für den Pflegegrad 3 passt der Gesetzgeber das Pflegegeld auf 545,00 Euro/Monat an, das entspricht gegenüber dem Pflegegeld für die Pflegestufe 2 (458,00 Euro/Monat) einer Erhöhung von 19 Prozent.

Wird ein Versicherter von einem ambulanten Pflegedienst versorgt, erhöhen sich die Leistungen ebenfalls ab 1.1.2017. Die Pflegesachleistungen beziffern sich für Versicherte des Pflegegrads 2 mit 689,00 Euro/Monat, dies entspricht gegenüber der Pflegestufe 1 (468,00 Euro/Monat) einer Anpassung um 47,22 Prozent. Die monatlichen Pflegesachleistungen für Versicherte des Pflegegrads 3 steigen gegenüber der bisherigen Pflegestufe 2 von 1.144,00 Euro um 13,46 Prozent auf 1.298,00 Euro.

Die nochmaligen Leistungsverbesserungen für die ambulante Pflege durch Laienpfleger und ambulante Pflegedienste unterstreichen das in § 3 SGB XI erklärte Ziel des Gesetzgebers, den Vorrang der ambulanten pflegerischen Versorgung der Versicherten. Mit dieser Ausrichtung steht der Gesetzgeber im direkten Schulterschluss mit der Mehrzahl der Betroffenen. Vor allem für ältere Menschen ist die Umsiedlung in ein Pflegeheim und der damit verbundene Wegzug aus der vertrauten Umgebung und dem sozialen Umfeld eine Schreckensvision. Allerdings fallen Wunschdenken und Alltagsrealität in vielen Fällen auseinander und die Alternative der pflegerischen Versorgung durch Familienangehörige muss in nicht wenigen Fällen auf dem Altar der beruflichen Flexibilität geopfert werden.

... und ein Novum in der vollstationären Pflege

Auch bei den Leistungen der vollstationären Pflege hat der Gesetzgeber eine Neuregelung normiert. So müssen Versicherte der Pflegegrade 2 bis 5 ab 1.1.2017 in ihrem Pflegeheim unabhängig von ihrem Pflegegrad einen einheitlichen Eigenanteil zu den vollstationären Pflegekosten leisten. Für diesen Eigenanteil wurde im ersten Schritt ein Betrag von monatlich 580,00 Euro aufgerufen; eine

abschließende Regelung lag bei Drucklegung noch nicht vor, sodass bei der Höhe des Eigenanteils noch Verschiebungen möglich sind. Euphorischen Ausrufen, dass ein Betrag von +/-580,00 Euro/ Monat aus laufendem Einkommen bestritten und somit auf den Einsatz einer Pflegezusatzversicherung verzichtet werden kann, muss allerdings mit Nachdruck widersprochen werden.

Nachdem sich der vorgenannte Eigenanteil nur auf die vollstationären Pflegekosten bezieht, müssen die Versicherten die sogenannten „Hotelkosten“ für Unterbringung, Verpflegung und die Investitionskostenpauschale in vollem Umfang aus der eigenen Tasche bezahlen. Die Situation wird ferner durch eine Kürzung der Leistungen der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 2 und 3 gegenüber den bisherigen Pflegestufen 1 und 2 weiter verschärft. Während ein Versicherter mit Pflegestufe 1 einen Anspruch auf Leistungen der vollstationären Pflege in Höhe von 1.064,00 Euro/Monat hat, reduziert sich der Leistungsanspruch für den neuen Pflegegrad 2 um 27,63 Prozent auf 770,00 Euro/Monat. Auch für den Pflegegrad 3 sieht das zweite Pflegestärkungsgesetz gegenüber der Pflegestufe 2 eine Leistungskürzung von 5,11 Prozent vor.

Sofern ein Versicherter in vollstationärer Pflege bereits vor dem 1.1.2017 als erheblich oder schwer pflegebedürftig anerkannt wurde, hat der Gesetzgeber eine Besitzstandswahrung nach Überleitung in die neuen Pflegegrade normiert. Die zuständige Pflegekasse muss in diesen Fällen die Leistungen nach altem Recht bis zu einer eventuellen Änderung des Pflegegrads erbringen. Im Gegensatz zu den Kürzungen für die Pflegegrade 2 und 3 werden die Leistungen der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 4 und 5 gegenüber der Pflegestufe 3 ohne und mit Härtefallregelung um 10,11 Prozent bzw. 0,5 Prozent erhöht.

Eine konkrete Kostenprüfung auf der Grundlage der Pflegekostentabelle eines Nürnberger Pflegeheims hat allerdings ergeben, dass die Einrichtung mit der neuen Regelung für alle Pflegegrade rote Zahlen schreiben wird. Die Folge ist eine Erhöhung der von den Versicherten in vollem Umfang aus eigenen Mitteln zu tragenden „Hotelkosten“ und damit eine Kostenverschärfung für die Betroffenen und gegebenenfalls auch für ihre Familienangehörigen.

Der richtige Zeitpunkt für die Kundenberatung

Sowohl von Kunden als auch von Vermittlern wird regelmäßig die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt für die Beratung zu und die Einrichtung von einer privaten Pflegezusatzversicherung thematisiert. Die Vertagung des Beratungsgesprächs auf einen Zeitpunkt nach der nächsten „Pflegereform“ muss dabei als unglückliche Vorgehensweise bewertet werden, denn die nächste Reform ist nur eine Frage der Zeit.

Vor allem Versicherungsmakler sollten sich immer ihren Beratungsauftrag vor Augen halten und ihre Kunden rechtzeitig über die finanziellen Risiken eines Pflegefalls aufklären. Die Beratung dieses emotional hoch vorbelasteten Themas erfordert dabei nicht nur ein hohes Maß an Fingerspitzengefühl, sondern auch eine Vorbildfunktion. Vermittler sollten immer darauf vorbereitet sein, dass der Kunde auch einmal zu ihrem eigenen Versicherungsschutz nachfragt. Eine zögerliche oder gar verneinende Antwort beendet dabei das Kundengespräch schnell und unter Umständen unwiderruflich.

Ein Beitrag von Alexander Schrehardt, Geschäftsführer Consilium Beratungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung mbH

Bild: (1) © De Visu / fotolia.com (2) © Consilium Beratungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung mbH

Versicherungs- und Finanznachrichten

expertenReport



<https://www.experten.de/id/4943734/quo-vadis-pflegepflichtversicherung/>