

Pflegereform 2017

FRAGEN UND ANTWORTEN

Es ist die größte Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung. Die Pflegestärkungsgesetze bringen viele Verbesserungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Die sichtbarste Veränderung tritt dabei Anfang 2017 in Kraft, wenn die gewohnten drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt werden. Das wirft natürlich viele Fragen auf: Welche Leistungen erhalten Pflegebedürftige ab dem kommenden Jahr? Wie funktioniert die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade? Was muss ich als Versicherter tun? Auf diese und weitere Fragen finden Sie hier umfassende Antworten.

1. Welche Leistungen erhalte ich nach der Pflegereform?

Höhere Leistungen nach der Pflegereform

Durch die Pflegereform erhöht sich in den meisten Bereichen auch die absolute Höhe der Leistungen: So steigt der Maximalbetrag des Pflegegeldes, den ein ambulant Pflegebedürftiger monatlich erhält, von derzeit 728 Euro (Pflegestufe 3) auf 901 Euro für den Pflegegrad 5. Bei vollstationärer Versorgung steigt die maximale Leistung von 1.995 Euro für Härtefälle in der Pflegestufe 3 auf 2.005 Euro im neuen Pflegegrad 5.

Versicherte, die am 31. Dezember 2016 pflegebedürftig sind, oder zumindest eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz haben, müssen sich nicht neu begutachten lassen. Sie erhalten einen mindestens um eine Ebene höheren Pflegegrad als es ihrer bisherigen Pflegestufe entspricht. Sind sie in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt, erfolgt sogar eine Einordnung in den übernächsten Pflegegrad. Der so ermittelte Pflegegrad bleibt dauerhaft erhalten, es sei denn, es liegt künftig keine Pflegebedürftigkeit mehr vor, oder es wird in einer Folgebegutachtung ein höherer Pflegegrad festgestellt. Über die Mehrleistungen und die Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes hinaus umfasst das Gesetz noch weitere Reformschritte:

- **Eigenanteil:** In stationären Einrichtungen wird der Eigenanteil künftig nicht mehr von der Höhe der Pflegebedürftigkeit abhängen, sondern es wird für alle Pflegegrade von 2 bis 5 einen einheitlichen Eigenanteil geben.
- **Pflege-TÜV:** Beim umstrittenen Notensystem der Pflegequalitätsprüfungen haben bereits im Jahr 2016 die Vorbereitungen für eine Umstellung begonnen. Bis 2018 soll es auf eine neue Grundlage gestellt werden.
- **Pflegeberatung:** Auf Wunsch kann die Beratung künftig auch gegenüber Angehörigen oder weiteren Personen in der häuslichen Umgebung oder in der entsprechenden Pflegeeinrichtung stattfinden. Damit orientiert sich der Gesetzgeber am Best-Practice-Beispiel der privaten Pflegeberatung compass, die seit dem Jahr 2008 eine aufsuchende und damit niedrighschwellige Beratung bietet.
- **Soziale Absicherung pflegender Angehöriger:** Ab dem Pflegegrad 2 zahlt die Pflegeversicherung pflegenden Angehörigen Beiträge zur Rentenversicherung – gestaffelt nach dem Pflegegrad und danach, ob Pflegegeld oder Pflegesachleistungen bezogen werden. Ab dem Pflegegrad 2 werden für pflegende Angehörige auch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung abgeführt und sie sind, während sie pflegen, gesetzlich unfallversichert.

2. Wie funktioniert die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade?

Bei der Einstufung der Pflegebedürftigkeit geht es künftig allein um die Frage, welche Fähigkeiten die Pflegebedürftigen haben, wie selbstständig sie also bei der Gestaltung verschiedener Lebensbereiche sind. So wird beispielsweise untersucht, wie mobil ein Mensch noch ist, ob er seine grundlegenden Bedürfnisse mitteilen, soziale Kontakte pflegen oder selbstständig Medikamente einnehmen kann. Die bisher getrennten Bewertungsverfahren werden durch ein einheitliches Begutachtungsinstrument ersetzt.

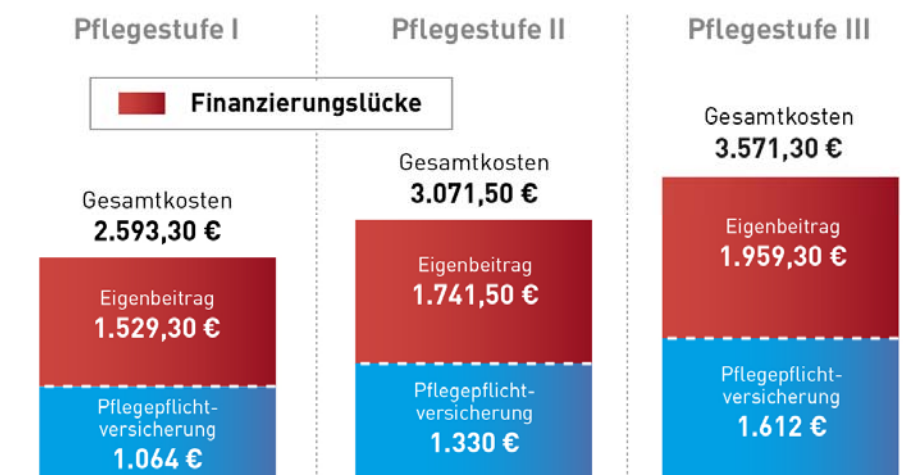
Damit wird die bisher defizit-orientierte Pflegebegutachtung zu einer ressourcen-orientierten Begutachtung, was sie ganzheitlicher macht und somit die Pflegebedürftigkeit besser abbilden dürfte. Manche Prognosen gehen von bis zu einer halben Million zusätzlicher Leistungsempfänger im Zuge der Reform aus.

3. Reichen die neuen Leistungen aus, um meine Kosten im Pflegefall zu decken?

Trotz der umfangreichen Leistungsausweitungen, die ab 2017 in Kraft treten, bleibt im Falle der Pflegebedürftigkeit eine Finanzierungslücke bestehen. Das verwundert nicht, denn die Pflegepflichtversicherung war nie als „Vollkasko“-Versicherung gedacht. Aktuelle Zahlen aus der PKV-Pflegedatenbank zeigen, dass die durchschnittlichen Kosten für die Betreuung in einem Pflegeheim weiter gestiegen sind. In der Datenbank sind alle Vergütungsvereinbarungen zwischen den Pflegekassen und den Heimen hinterlegt. Diese Vereinbarungen gelten für privat und gesetzlich Versicherte gleichermaßen.

Lücken der Pflegepflichtversicherung

durchschnittliche monatliche Kosten für vollstationäre Pflege* und Leistungen der Pflegepflichtversicherung



* Pflegesatz, Unterkunft und Verpflegung sowie Kosten für Zweibettzimmer.

Quelle: Pflegeeinrichtungsdatenbank der PKV (Stand August 2016)

Im bundesweiten Durchschnitt zeigt sich, dass z.B. die Kosten für eine vollstationäre Versorgung in Pflegestufe III heute 3.571,30 Euro im Monat betragen. Legt man die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung von 1.612 Euro zu Grunde, bleibt eine Finanzierungslücke von 1.959,30 Euro, die die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen selbst aufbringen müssen. Diese Zahlen sollten jedem klar machen, dass eine zusätzliche Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit für viele Menschen unerlässlich ist, wenn man im Fall der Fälle unabhängig vom Sozialamt sein möchte oder verhindern will, dass die eigenen Kinder zur Finanzierung herangezogen werden. Aber auch für diejenigen, die die zusätzliche Kostenbelastung aus eigenem Vermögen oder Einkommen tragen könnten – das sind nicht ganz wenige – kann Eigenvorsorge sinnvoll sein, um den gewohnten Lebensstandard halten zu können und um sich Spielraum für eine Pflege nach eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen zu verschaffen.

Auch die ab 2017 geltenden Leistungen in den fünf Pflegegraden ändern nichts daran, dass ein erheblicher Anteil der Pflegekosten selbst zu tragen ist. Und dabei sind zukünftige Kostensteigerungen noch nicht einmal berücksichtigt. Auch bei häuslicher Pflege bleiben die Zahlungen der gesetzlichen Pflegeversicherung begrenzt. Für eine selbstbeschaffte Hilfe stehen dann je nach Pflegegrad zwischen 316 und 901 Euro Pflegegeld monatlich zur Verfügung – nicht genug für eine Betreuung rund um die Uhr. Deswegen ist der Abschluss einer Pflegezusatzversicherung eine sinnvolle Möglichkeit, zu überschaubaren Kosten etwas gegen die drohende Pflegelücke zu tun.

4. Wann treten die Neuregelungen in Kraft?

Überblick über die zeitliche Umsetzung der Neuregelungen durch das PSG II

Seit 1. Januar 2016:

- Angebot eines Termins für Pflegeberatung bei Eingang eines Erstantrags und bei weiteren Anträgen, z. B. Höherstufungsantrag oder bestimmte Leistungen (vorher: nur bei Erstanträgen)
- Zugang der Leistungszusage beim Versicherten in der Regel innerhalb von 25 Arbeitstagen (vorher: fünf Wochen); Ausnahme: vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2017 gilt diese Frist nur bei einem besonders dringlichen Entscheidungsbedarf
- Anspruch auf Kurzzeitpflege für acht Wochen pro Kalenderjahr (vorher: vier Wochen)
- Aufstocken der Verhinderungspflege in Höhe von 1.612 Euro um bis zu 806 Euro aus Mitteln der Kurzzeitpflege möglich
- hälftiges (anteiliges) Pflegegeld für max. acht Wochen/Kalenderjahr (bei Kurzzeitpflege) und max. sechs Wochen/Kalenderjahr (bei Verhinderungspflege)

Ab 1. Januar 2017:

- neue Definition der Pflegebedürftigkeit; Gleichbehandlung somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger
- Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens (NBA); Begutachtung nach dem alten Begutachtungsverfahren bei bis zum 31. Dezember 2016 gestellten Anträgen; Begutachtung nach dem NBA bei ab dem 1. Januar 2017 gestellten Anträgen
- Ermittlung des Grads der Selbständigkeit (vorher: Erfassung des Hilfebedarfs bei einzelnen Verrichtungen in Minuten und Feststellung des Vorliegens erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz)
- fünf Pflegegrade (vorher: drei Pflegestufen und eventuell erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz)
- bei Zustimmung des Versicherten ist die Pflegehilfsmittel-Empfehlung im Pflegegutachten zugleich der Leistungsantrag
- Im Umstellungszeitraum vorübergehendes Aussetzen des Anspruchs auf 70 Euro/Woche wegen verspäteter Leistungszusage vom 1. Januar bis 31. Dezember 2017
- Zahlung von Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträgen für ehrenamtliche Pflegepersonen, die einen oder mehrere Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 mindes-

tens 10 Stunden/Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage/Woche, pflegen

- keine Zahlung von Arbeitslosenversicherungsbeiträgen während einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz
- neue Leistungsbeträge für die einzelnen Leistungen, verteilt auf fünf Pflegegrade
- Anspruch auf halbjährlichen Beratungseinsatz auch für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 oder diejenigen, die häusliche Pflegehilfe (z. B. durch einen Pflegedienst) in Anspruch nehmen
- Kombination von teilstationärer Pflege und „Wohngruppen-Zuschlag“ von 214 Euro nur möglich bei ansonsten nicht in ausreichendem Umfang sichergestellter Pflege (Feststellung des Medizinischen Dienstes ist erforderlich)
- Entlastungsbetrag in Höhe von max. 125 Euro/Monat (vorher: Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen)
- keine geringeren Leistungsbeträge, wenn die Pflege in der vollstationären Einrichtung nicht erforderlich ist
- zum 1. Januar 2017 Überleitung in Pflegegrade anhand Überleitungstabelle ohne Antragstellung und ohne Begutachtung; betrifft die Versicherten mit einem Anspruch auf Leistungen aus der Privaten Pflegepflichtversicherung am 31. Dezember 2016:

So erhalten bereits heute Pflegebedürftige einen Pflegegrad

| Von Pflegestufe | | nach Pflegegrad |
|----------------------|---|-----------------|
| 0 + e. A.* | → | 2 |
| 1 | → | |
| 1 + e. A. | → | 3 |
| 2 | → | |
| 2 + e. A. | → | 4 |
| 3 | → | |
| 3 + Härtefall | → | 5 |
| 3 + e. A. | → | |

* e. A. = eingeschränkte Alltagskompetenz

- Bestandsschutz für den übergeleiteten Pflegegrad für die Dauer des Versicherungsfalls (auch bei Wechsel des Versicherungsunternehmens oder zu einer Pflegekasse); Ausnahmen: Wegfall der Pflegebedürftigkeit (= Ende des Versicherungsfalls), Feststellung höherer Pflegegrad (= höherer Pflegegrad gilt)
- Besitzstandsschutz gilt für bestimmte regelmäßig wiederkehrende Leistungen (in der Fassung vom 31. Dezember 2016), auf die am 31. Dezember 2016 ein Anspruch besteht
- besondere Besitzstandsschutzregelungen gelten für den Anspruch auf 208 Euro nach § 45b SGB XI (in der Fassung vom 31. Dezember 2016), vollstationäre Leistungen (bei Bezug am 31. Dezember 2016) und die Rentenversicherungsbeiträge für die ehrenamtliche Pflegeperson

5. Wie wirken sich die Mehrleistungen auf meinen Beitrag aus?

Auswirkungen der Pflegereform auf die Beiträge

Um die Mehrleistungen der Pflegereformen zu finanzieren, ist sowohl für gesetzlich Versicherte als auch für Privatversicherte eine Beitragserhöhung nötig.

Soziale Pflegeversicherung

In der Sozialen Pflegeversicherung finanziert die jeweils aktive erwerbstätige Generation die Versorgung der älteren Generation über das so genannte Umlageverfahren. Rücklagen werden kaum gebildet. Die Beiträge werden dabei entsprechend dem Beitragssatz automatisch vom jeweiligen Einkommen abgezogen – maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Um die Mehrleistungen aus der Pflegereform zu finanzieren, hat der Gesetzgeber den Beitragssatz um 0,2 Prozentpunkte erhöht. Damit steigt er von 2,35 auf 2,55 Prozent (bei Kinderlosen von 2,6 auf 2,8 Prozent). Übrigens ist dies schon die zweite Erhöhung innerhalb von zwei Jahren: Bereits Anfang 2015 wurde der Beitragssatz um 0,3 Prozentpunkte erhöht, um die Mehrleistungen des Pflegestärkungsgesetzes I zu finanzieren. Beide Anpassungen zusammen entsprechen damit einer Anhebung des Beitragssatzes von über 24 Prozent bei Personen mit Kindern. Hinzu kommt, dass die Beitragsbemessungsgrenze jedes Jahr automatisch angehoben wird. 2014 lag sie bei 4.050 Euro monatlich, 2017 schon bei 4.350 Euro. Für einen Versicherten mit Kindern, der als Angestellter arbeitet und genau an dieser Grenze verdient, erhöht sich der monatliche Beitrag seit 2014 durch alle Neuregelungen zusammen damit um fast 28 Euro auf 110,92 Euro.

Private Pflegepflichtversicherung

Die PPV hingegen arbeitet nach dem Prinzip der Kapitaldeckung, bei der jede Generation von Versicherten durch die Bildung von Alterungsrückstellungen selbst für ihr mit dem Alter steigendes Pflegerisiko vorsorgt. Die Beiträge sind damit unabhängig vom Einkommen. Sie richten sich u. a. nach Lebensalter und Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns. Somit ist der Beitrag zwar individuell unterschiedlich, gleichwohl lässt sich ein Durchschnittsbeitrag berechnen: Dieser betrug für Versicherte in einem Angestelltenverhältnis (also ohne Beihilfeanspruch) etwa 23,50 Euro im Jahr 2014. Natürlich mussten auch hier die Mehrleistungen aus den Pflegereformen eingepreist werden. Daher wird der Durchschnittsbeitrag in der PPV für Angestellte ab 2017 bei rund 37 Euro im Monat liegen. Natürlich wird es hier individuelle Schwankungen geben. Doch das Gesetz garantiert, dass der Höchstbeitrag in der PPV nicht höher ist als in der SPV (für jeden, der mindestens fünf Jahre versichert ist). Und wer die Durchschnittsbeiträge aus SPV und PPV vergleicht, wird feststellen, dass beide sehr nah beieinander liegen – wobei die PPV damit noch Rücklagen für die Zukunft bildet.