

Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung

Dieses Merkblatt gibt Ihnen Hinweise zu speziellen Leistungsfragen. Bitte bedenken Sie aber, dass dieser Überblick nicht die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/PPV mit Tarif PP) ersetzen kann.

Pflegebedürftigkeit / Erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens dem Pflegegrad 1 festgelegten Schwere bestehen.

Die Pflegebedürftigkeit wird durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung festgestellt.

Die nachfolgende Tabelle gibt Ihnen einen Überblick über die Pflegegrade und die dazugehörigen Einstufungskriterien.

Pflegegrad	Beschreibung
Pflegegrad 1	Geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit 12,5 bis unter 27 Punkte
Pflegegrad 2	Erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit 27 bis unter 47,5 Punkte
Pflegegrad 3	Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit 47,5 bis unter 70 Punkte
Pflegegrad 4	Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit 70 bis unter 90 Punkte
Pflegegrad 5	Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung 90 bis 100 Punkte

Die Einstufungskriterien für die Pflegegrade sind in der nachfolgenden Übersicht dargestellt.

Module	Beschreibung der Beeinträchtigung	Gewichtung
Mobilität	Selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig	10%
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Fähigkeiten vorhanden / unbeeinträchtigt // Fähigkeiten größtenteils vorhanden // Fähigkeiten in geringem Maße vorhanden // Fähigkeiten nicht vorhanden	Zusammen 15%
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Nie oder selten / selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen) / häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich) / täglich	
Selbstversorgung	Selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig	40%
Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	Kombination der Kategorien Vorkommen, Häufigkeit des Auftretens oder Selbstständigkeit der Durchführung	20%
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig	15%

Den Beeinträchtigungen sind Punktwerte zugeordnet. Die einzelnen Module werden unterschiedlich gewichtet, um dann einen Gesamtpunktwert zu erreichen. Die Gewichtung der Module ist in der obenstehenden Tabelle angegeben.

Die Leistungen

Die Leistungen für eingetretene Pflegefälle werden ab Antragstellung gewährt, bzw. auch vom Beginn des Monats der Antragstellung an, wenn der Pflegefall bereits in einem Vormonat eingetreten war. Beamte erhalten die Leistungen anteilig in Ergänzung ihres Beihilfeanspruchs.

Folgende Leistungen sind vorgesehen:

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung durch geeignete und von der sozialen oder privaten Pflegeversicherung anerkannten Pflegekräfte werden pro Kalendermonat erstattet.

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen ab 2022 (max. Leistungen pro Monat)	Leistungen ab 2024 (max. Leistungen pro Monat)
Pflegegrad 1	-	-
Pflegegrad 2	724 EUR	761 EUR
Pflegegrad 3	1.363 EUR	1.432 EUR
Pflegegrad 4	1.693 EUR	1.778 EUR
Pflegegrad 5	2.095 EUR	2.200 EUR

2. Pflegegeld

Anstelle der Kostenerstattung kann ein Pflegegeld gezahlt werden, wenn damit die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sichergestellt werden.

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen ab 2022 (pro Monat)	Leistungen ab 2024 (pro Monat)
Pflegegrad 1	-	-
Pflegegrad 2	316 EUR	332 EUR
Pflegegrad 3	545 EUR	573 EUR
Pflegegrad 4	728 EUR	765 EUR
Pflegegrad 5	901 EUR	947 EUR

Bei den Pflegegraden 2 und 3 muss einmal halbjährlich und bei den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung durch einen Pflegedienst/anerkannte Beratungsstellen/Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung (COMPASS Private Pflegeberatung, kostenfreie Rufnummer: 0800 101 8800) erfolgen. Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe beziehen, können halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet. Wurde für die beratende Stelle noch kein solcher Betrag vereinbart, werden für die Beratungen in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro erstattet.

3. Kombinationsleistungen

Entsprechend dem persönlichen Pflegebedarf kann der Aufwendungsersatz in einem Pflegegrad ganz oder teilweise in Anspruch genommen werden; bei nur teilweiser Inanspruchnahme können Sie zusätzlich einen entsprechenden Anteil vom Pflegegeld erhalten.

4. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Bei Urlaub, Krankheit oder sonstiger Verhinderung der ehrenamtlichen Pflegeperson werden die Kosten für eine geeignete Ersatzpflegekraft für längstens sechs Wochen pro Kalenderjahr bis zu 1.612 EUR, erstattet. Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 806 EUR auf insgesamt bis zu 2.418 EUR im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde.

Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den/die Pflegebedürftige(n) vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner/ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat und zum Zeitpunkt der Verhinderung bei der versicherten Person mindestens Pflegegrad 2 vorliegt.

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen ab 2017 (max. Leistungen pro Monat)
Pflegegrad 1	-
Pflegegrad 2-5	1.612 EUR für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu sechs Wochen

5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Die Leistungen bei häuslicher Pflege werden ergänzt um Leistungen für notwendige Pflegehilfsmittel.

- Für Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, werden je Kalendermonat bis zu 40 EUR gezahlt.
- Pflegehilfsmittel sollen gemäß den gesetzlichen Bestimmungen geliehen werden. Beim Kauf ist die Erstattung nur in Ausnahmefällen möglich; dabei werden bei über 18jährigen Versicherten die Kosten unter Abzug eines Selbstbehaltes von 10% (max. 25 EUR) erstattet. In Härtefällen kann die Selbstbeteiligung entfallen. Erstattungsfähig sind Hilfsmittel, die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der Pflegepflichtversicherung aufgeführt sind.
- Außerdem können Zuschüsse bis zu 4.000 EUR für Maßnahmen zur pflegegerechten Umgestaltung der Wohnung gezahlt werden.

6. Digitale Pflegeanwendungen

Nach § 40a Abs. 1 SGB XI haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 einen Anspruch auf eine Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen. Digitale Pflegeanwendungen werden definiert als Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien (vorrangig software- oder webbasierte Versorgungsangebote) beruhen.

Der Anspruch umfasst gem. § 40a Abs. 2 SGB XI nur solche digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Abs. 3 SGB XI aufgenommen wurden.

Gem. § 39a SGB XI haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen gem. § 40a SGB XI Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen.

Nach § 40b SGB XI haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 Anspruch auf die Leistungen nach § 39a SGB XI und § 40a SGB XI bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro im Monat. Darüberhinausgehende Kosten sind von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

7. Teilstationäre Pflege

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist, können bei Unterbringung in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege (Unterbringung nur tagsüber oder nur nachts) in Anspruch genommen werden.

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen ab 2017 (max. Leistungen pro Monat)
Pflegegrad 1	Bis zu 125 EUR einsetzbarer Entlastungsbetrag
Pflegegrad 2	689 EUR
Pflegegrad 3	1.298 EUR
Pflegegrad 4	1.612 EUR
Pflegegrad 5	1.995 EUR

8. Kurzzeitpflege

Wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden kann, besteht die Möglichkeit, Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung für längstens acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch zu nehmen. Die Kosten hierfür werden bis zu 1.774 EUR, erstattet. Unterbringungs- und sonstige Kosten sind bei voll- und teilstationärer Pflege nicht erstattungsfähig. Die Leistungen können für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder in sonstigen Krisensituationen beansprucht werden, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612 EUR auf insgesamt bis zu 3.386 EUR im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung der Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde.

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen ab 2017 (max. Leistungen pro Monat)	Leistungen ab 2022 (max. Leistungen pro Monat)
Pflegegrad 1	Bis zu 125 EUR einsetzbarer Entlastungsbetrag	Bis zu 125 EUR einsetzbarer Entlastungsbetrag
Pflegegrad 2-5	1.612 EUR für Kosten der Kurzzeitpflege bis zu acht Wochen	1.774 EUR für Kosten der Kurzzeitpflege bis zu acht Wochen

9. Pflegekurse

Für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen werden kostenlose Schulungskurse angeboten, die die notwendigen Fähigkeiten zur eigenständigen Durchführung der Pflege vermitteln und helfen sollen, mit den seelischen und körperlichen Belastungen der Pflege besser fertig zu werden, bzw. deren Entstehung vorzubeugen.

10. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- der teilstationären Pflege,
- der Kurzzeitpflege,
- der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen MB/PPV 2017, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
- der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a Sozialgesetzbuch XI.

werden bis zu 125 EUR monatlich erstattet. Werden die Beträge in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

11. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung, sowie an die Bundesagentur für Arbeit. Die versicherte Person oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen des Versicherers glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in dem durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder dem vom medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung festgestellten und erforderlichen zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfangs der jeweiligen Pflegetätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt.

Für Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit.

Ferner meldet der Versicherer die Pflegepersonen zwecks Einbeziehung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung an den zuständigen Unfallversicherungsträger.

12. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte gemäß § 3 Pflegezeitgesetz von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne von § 8 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – wird, zahlt der Versicherer auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Der pauschale monatliche Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen beträgt 214 EUR.

14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.000 EUR durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.500 EUR.

15. Vollstationäre Pflege

Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Erstattungsfähig ist auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt.

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen ab 2017 (pro Monat)
Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 125 EUR monatlich
Pflegegrad 2	770 EUR
Pflegegrad 3	1.262 EUR
Pflegegrad 4	1.775 EUR
Pflegegrad 5	2.005 EUR

Versicherte Personen in stationärer Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Darüber hinaus wird künftig ein einrichtungsindividueller Eigenanteil der Versicherten in vollstationärer Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 festgeschrieben. Bisher stiegen im Fall einer Höherstufung der Pflegebedürftigkeit zwar die Leistungen der Pflegeversicherung an, gleichzeitig aber nahm auch der pflegebedingte Eigenanteil zu. Dieser Eigenanteil wird künftig nicht mehr ansteigen, wenn jemand in einen höheren Pflegegrad eingestuft wird.

16. Leistungszuschlag zum pflegebedingten Eigenanteil

Ab dem 01.01.2022 erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 von ihrer Pflegepflichtversicherung Zuschläge zum pflegebedingten Eigenanteil.

Dauer des Bezugs von vollstationären Leistungen (in Monaten)	Leistungen ab 2022 (Zuschlag in % vom pflegebedingten Eigenanteil (EEE) / pro Monat)	Leistungen ab 2024 (Zuschlag in % vom pflegebedingten Eigenanteil (EEE) / pro Monat)
Bis zu 12 Monate	5%	15%
Ab dem 13. Monat	25%	30%
Ab dem 25. Monat	45%	50%
Ab dem 37. Monat	70%	75%

Dies gilt nicht bei Aufenthalten im vollstationären Hospiz.

Die Berechnung des Zeitraums der bisherigen Dauer des Bezugs von vollstationären Leistungen beginnt mit dem Monat des ersten Bezugs vollstationärer Leistungen. Es werden dabei auch Zeiträume berücksichtigt, die vor dem 01.01.2022 liegen.

Der monatliche Leistungszuschlag berechnet sich aus dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) des jeweiligen Monats und dem jeweiligen prozentualen Eigenanteil.

17. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Wenn die Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe erfolgt, übernehmen wir zur Abgeltung des pflegebedingten Aufwands 10 % des Heimentgelts. Insgesamt dürfen die Aufwendungen 266 EUR jedoch nicht überschreiten. Für die Zeiten, in denen die Pflege zu Hause – beispielsweise an Wochenenden oder in den Ferien – erfolgt, werden die Leistungen der ambulanten Pflegeversicherung gezahlt.

18. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

Bei Verzögerung der Leistungsmitteilung beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 EUR.

19. Pflegeberatung

Alle Versicherten haben einen gesetzlich festgeschriebenen Anspruch auf Pflegeberatung. Die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH informiert, unterstützt und begleitet Pflegebedürftige und deren Angehörige bei allen Fragen rund um das Thema Pflege. Ratsuchende können sich an die bundesweit kostenfreie Servicenummer 0800 101 88 00 wenden. Auf Wunsch kommt ein Pflegeberater zu einem Gespräch nach Hause, in eine Pflege- oder Rehabilitationseinrichtung oder das Krankenhaus. Die Pflegeberatung durch COMPASS ist kostenfrei und unabhängig.

Der individuelle Versorgungsplan ist gemäß § 7a SGB XI ein integraler Bestandteil der Pflegeberatung.

Im Versorgungsplan soll der Hilfebedarf mit allen im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und Hilfen systematisch erfasst und analysiert werden. Die Pflegeberatung wirkt auf die für die Umsetzung erforderlichen Maßnahmen hin und ermöglicht die Überwachung der Durchführung des Plans sowie erforderlichenfalls die Anpassung des Versorgungsplans an eine veränderte Bedarfslage.

Die Erstellung des Versorgungsplans ist einzelfallbezogen, unter Einbeziehung des persönlichen Bedarfs und der individuellen finanziellen Möglichkeiten sowie unter Berücksichtigung der im Einzugsgebiet des Wohnortes vorhandenen Leistungs- und Unterstützungsangebote zu erstellen. Somit können die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen bedarfsgerechter erfasst und gegebenenfalls die für die konkrete Pflegesituation relevanten Unterstützungsangebote und Sozialleistungen empfohlen werden.

Dem Versorgungsplan kommt nur ein empfehlender Charakter zu.

Alle beschriebenen Leistungen werden in der Tarifstufe PB/PPB mit dem tariflichen Prozentsatz vergütet.

Noch ein wichtiger Hinweis:

Die Leistungsbearbeitung zur Pflegepflichtversicherung erfolgt zentral durch unsere Hauptverwaltung.
Bitte richten Sie deshalb alle Fragen und Schreiben an:



Süddeutsche Krankenversicherung a. G.
Postfach 1923
70709 Fellbach



Telefon 0711 7372-7144
Telefax 0711 7372-7244