

Informationen zu den Leistungen der Privaten Pflegepflichtversicherung



die KVB führt im Auftrag der „Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen zur Durchführung der Pflegepflichtversicherung“ (GPV) die Pflegepflichtversicherung für ihre Mitglieder und deren Angehörige durch, soweit diese nicht selbst bei einer anderen Pflegepflichtversicherung gesetzlich oder privat versichert sind.

Pflegebedürftigkeit und Pflegegrade

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, der Hilfe durch andere bedürfen und in mindestens Pflegegrad 1 eingestuft werden.

Nach Antragstellung des Versicherten wird durch ein Gutachten des medizinischen Dienstes MEDICPROOF festgestellt, ob und welcher Grad der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Die Untersuchung findet in der Regel im Wohnbereich des Versicherten statt. Für die Leistungshöhe sind folgende Pflegegrade zu unterscheiden:

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Bei einer Änderung des Gesundheitszustandes / des Pflegeaufwandes kann jederzeit eine neue Begutachtung beantragt werden.

Leistungen

Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit werden ab Antragstellung gewährt.

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Pflegepflichtversicherung (MB/PPV) sind die Leistungen, die über die private Pflegepflichtversicherung gewährt werden, aufgeführt. Sie basieren auf den Leistungen des SGB XI.

- Häusliche Pflegehilfe (Sachleistung)
- Pflegegeld
- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen
- Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)
- Entlastungsbetrag
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtlich tätige Pflegepersonen
- Förderung von Wohngruppen
- Leistungen bei Pflegegrad 1
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
- Kurzzeitpflege
- Vollstationäre Pflege, Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- Pflegeberatung

Häusliche Pflegehilfe

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf häusliche Pflegehilfe. Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe durch geeignete und von der sozialen oder privaten Pflegeversicherung anerkannte Pflegekräfte werden bis zur Höhe des für den jeweiligen Pflegegrad festgesetzten Betrages erstattet.

Wird der Betrag für die häusliche Pflegehilfe nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, wird noch ein anteiliges Pflegegeld gezahlt (Kombinationsleistung).

Pflegegeld

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflegegeld. Anstelle der häuslichen Pflegehilfe kann ein Pflegegeld bis zur Höhe des für den jeweiligen Pflegegrad festgesetzten Betrages gezahlt werden, wenn die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sichergestellt werden.

Das Pflegegeld wird zu Beginn jeden Monats für den zurückliegenden Monat gezahlt, ohne dass jedes Mal erneut ein Antrag gestellt werden muss. Eine Erstattungsmitteilung wird nicht versandt.

Bei Pflegegrad 2 und 3 muss einmal halbjährlich, bei Grad 4 und 5 einmal vierteljährlich ein Beratungseinsatz durch einen anerkannten Pflegedienst oder durch einen Pflegeberater / eine Pflegeberaterin von COMPASS Private Pflegeberatung in Anspruch genommen werden. Wird der Beratungseinsatz nicht nachgewiesen, wird das Pflegegeld gekürzt oder eingestellt.

Der Anspruch auf häftiges Pflegegeld besteht für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr während einer Kurzzeitpflege und für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr während einer Verhinderungspflege.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist die Pflegeperson wegen Urlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden nachgewiesene Kosten einer Ersatzpflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr übernommen. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen können sich bei erwerbsmäßiger Ersatzpflege im Kalenderjahr auf bis zu 1.612 Euro belaufen. Bei einer nicht erwerbsmäßig ausgeübten Ersatzpflege dürfen die Aufwendungen den Betrag des Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten. Auf Nachweis können zusätzliche notwendige Aufwendungen (z.B. Fahrtkosten, Verdienstausfall) bis zu einem Gesamtbetrag von jährlich 1.612 Euro (einschließlich Ersatzpflegegeld) erstattet werden. Der Leistungsbetrag kann um bis zu 806 Euro im Kalenderjahr aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege erhöht werden. Während einer Verhinderungspflege wird für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr häftiges Pflegegeld gezahlt.

Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen

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

Sie können schriftlich oder telefonisch beantragt werden. Die Notwendigkeit wird ggf. durch ein Hilfsmittelgutachten von MEDICPROOF festgestellt. Hilfsmittel werden den Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 1 in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt. Wird dies ohne zwingenden Grund abgelehnt, sind die Aufwendungen vom Mitglied selbst zu tragen. Sollte das Hilfsmittel nicht mehr benötigt werden, ist die Bezirksleitung Kassel zu verständigen, damit ein Vertragspartner der KVB mit der Abholung beauftragt werden kann.

Die Kosten für Verbrauchshilfsmittel können je Kalendermonat bis zu einem Betrag in Höhe von 40 Euro erstattet werden.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des häuslichen Wohnumfeldes kann ein Zuschuss bis zur Höhe von 4.000 Euro gezahlt werden. Die Notwendigkeit wird durch MEDICPROOF festgestellt.

Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Unterbringung in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen können bis zur Höhe des für den jeweiligen Pflegegrad festgesetzten Betrages erstattet werden.

Die Leistung der teilstationären Pflege kann zusätzlich zu den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und/oder der Zahlung von Pflegegeld in Anspruch genommen werden.

Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro pro Kalendermonat:

Zur Entlastung der Pflegepersonen können Pflegebedürftige zusätzliche Leistungen bei häuslicher Pflege erhalten. Über den Entlastungsbetrag können nach Rechnungseingang Aufwendungen erstattet werden, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme folgender Leistungen entstehen:

- Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, häusliche Pflegehilfe (mit Ausnahmen)
- Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI)

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtlich tätige Pflegepersonen

Die Pflegekurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflegetätigkeit vermitteln und somit die Qualität der häuslichen Pflege verbessern. Die Aufwendungen für die Teilnahme an Schulungskursen werden in der Regel bis zu einem Betrag von 100 Euro erstattet.

Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige erhalten unter bestimmten Voraussetzungen einen pauschalen Wohngruppenschlag in Höhe von 214 Euro monatlich für die eigenverantwortliche Organisation der Pflege in einer Wohngemeinschaft. Für die Gründung einer Pflege-Wohngemeinschaft besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf einen Förderbetrag von bis zu 2.500 Euro.

Leistungen bei Pflegegrad 1

- Pflegeberatung
- Beratungseinsatz, § 37 (3) SGB XI
- Pauschaler Wohngruppenschlag in Höhe von 214 Euro monatlich, § 38a SGB XI
- Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen, § 45e SGB XI
- Pflegehilfsmittel
- Zuschuss zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen
- Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen, § 43b SGB XI
- Pflegekurse
- Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich bei häuslicher Pflege, § 45b SGB XI
- Zuschuss zu den Pflegeaufwendungen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in Höhe von 125 Euro monatlich, § 43 (3) SGB XI

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Pflegepersonen (z.B. Familienangehörige, Freunde, Nachbarn) können unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung erhalten, wenn sie Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 regelmäßig mindestens 10 Stunden pro Woche, an mindestens zwei verschiedenen Tagen in der Woche, nicht erwerbsmäßig in der häuslichen Umgebung pflegen. Die Feststellung der notwendigen Pflegezeiten erfolgt ausschließlich durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung (MEDICPROOF).

Zudem darf die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sein. Zur Überprüfung der weiteren Voraussetzungen ist das Ausfüllen des "Fragebogens zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen" erforderlich. Die Rentenversicherungsbeiträge werden von der KVB direkt an die jeweiligen Rentenversicherungsträger gezahlt.

Für Pflegepersonen, die einen nahen Angehörigen pflegen, werden unter bestimmten Voraussetzungen bei Inanspruchnahme einer Pflegezeit Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt. Die Bearbeitung und Entscheidung über die Leistungen für Pflegepersonen erfolgt durch die KVB-Hauptverwaltung in Frankfurt.

Kurzzeitpflege

Kann häusliche Pflege zeitweise nicht oder noch nicht erbracht werden, z.B. im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung, und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung. Insgesamt werden Aufwendungen für längstens acht Wochen im Kalenderjahr bis zu 1.774 Euro erstattet. Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.774 Euro im Kalenderjahr aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege erhöht werden. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht erstattungsfähig. Sie können aber über den Entlastungsbetrag bezuschusst werden.

Während einer Kurzzeitpflege wird für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr hälftiges Pflegegeld gezahlt.

Vollstationäre Pflege

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben im Rahmen der gültigen Pflegesätze Anspruch auf Ersatz von pflegebedingten Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung und Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Die Aufwendungen werden bis zur Höhe des für den jeweiligen Pflegegrad festgesetzten Betrags erstattet. Zusätzlich wird bei den Pflegegraden 2-5 ein Leistungszuschlag zur Begrenzung des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei vollstationärer Pflege gezahlt. Diese Unterstützung ist gestaffelt und orientiert sich an der Dauer des Aufenthaltes eines Pflegeheimbewohners. Er steigt mit der Dauer der Pflege.

Der Pauschalbetrag und der Leistungszuschlag werden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen Mitte jeden Monats gezahlt. Eine Erstattungsmitteilung wird nicht versandt. Auf die Vorlage der Rechnung des Pflegeheims kann nicht verzichtet werden.

Im Auftrag des Bundeseisenbahnvermögens können unter bestimmten Voraussetzungen Aufwendungen für noch zuschussfähige Pflegeleistungen, Unterkunft, Verpflegung und Investitionen im Rahmen der ergänzenden Beihilfe gewährt werden. Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 haben **keinen** Anspruch auf ergänzende Beihilfeleistungen.

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen werden für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Aufwendungen mit einem Pauschalbetrag in Höhe von 15 % des Heimentgelts, max. 266 Euro je Kalendermonat, abgegolten.

Pflegeberatung

Versicherte haben einen Anspruch auf Pflegeberatung durch die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH. Sie informiert, unterstützt und begleitet Pflegebedürftige und deren Angehörige bei allen Fragen rund um das Thema Pflege. Ratsuchende können sich über die bundesweit kostenfreie Servicenummer **0800 101 88 00** informieren. 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.

Allgemeine Hinweise zur Erstattung von Pflegeleistungen

Pflegeleistungen können über die KVB-ServiceApp: Funktion „Erstattungsantrag“ oder mit dem Formular „KVB-Erstattungsantrag“, beantragt werden. Bitte kennzeichnen Sie den Erstattungsantrag auf der Vorderseite mit einem „X“ im Kästchen „Pflegeversicherung“, damit Ihr Antrag dem zuständigen Sachbereich zugeordnet werden kann. Bitte beantragen Sie Leistungen der Krankenversorgung und Leistungen der Pflegeversicherung nicht zusammen mit einem Formular.

Besteht ein Anspruch auf Fürsorgeleistungen des Dienstherrn Bundeseisenbahnvermögen (BEV), setzen sich die Leistungen der Pflegeversicherung aus dem BEV-Anteil und dem Anteil der privaten Pflegepflichtversicherung (GPV) zusammen. Die Zuschüsse im Auftrag des BEV werden nach den Richtlinien für die Gewährung von Zuschüssen zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (BEV-RiPfl) gewährt. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang, dass die Zuschüsse des BEV nur gewährt werden können, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen beantragt werden. Dabei gelten im Beihilferecht die Pflegeaufwendungen als entstanden am letzten Tag des Monats, in dem die Pflege geleistet wurde.

Leistungsbeträge der wichtigsten Leistungen der PPV ab dem 1. Januar 2024

Pflege-grad	Pflege-geld	häusl. Pflege-hilfe	Bera-tungs-ein-satz	Bera-tung	WG-Zu-schlag	Ver-hinde-rungs-pflege	Pflege-/ Hilfs-mittel	Wohn-umfeld feldver-ber-se-rung	Pflege-kurs
	§ 4 Abs. 2 MB/ PPV, Nr. 2.1 Tarif PV €/ Monat	§ 4 Abs. 1 MB/ PPV, Nr. 1 Tarif PV €/ Monat	§ 4 Abs. 4 MB/ PPV, Nr. 2.2 Tarif PV €	§ 4 Abs. 18 MB/ PPV	§ 4 Abs. 7a MB/ PPV, Nr. 13 Tarif PV €/ Monat	§ 4 Abs. 6 MB/ PPV, Nr. 3 Tarif PV €/Jahr	§ 4 Abs. 7 MB/ PPV, Nr. 4.1 und 4.2 Tarif PV	§ 4 Abs. 7 MB/ PPV, Nr. 4.3 Tarif PV €	§ 4 Abs. 15 MB/ PPV, Nr. 10 Tarif PV
1	---	---	(+)	(+)	214	---	(+)	4.000	(+)
2	332	761	(+)	(+)	214	1.612	(+)	4.000	(+)
3	573	1.432	(+)	(+)	214	1.612	(+)	4.000	(+)
4	765	1.778	(+)	(+)	214	1.612	(+)	4.000	(+)
5	947	2.200	(+)	(+)	214	1.612	(+)	4.000	(+)

Pflege-grad	Entlas-tungs-betrag	Um-wand-lungs-an-spruch	Kurz-zeit-pflege	Teil-stat. Pflege	Leis-tungs-zu-schlag voll-statio-när (LPA)	Voll-stat. Pflege	Pflege in Ein-richtung nach	zu-sätzl. Betreu-tre-u-ng stat.	Rück-stu-fung
	§ 4 Abs. 16 MB/ PPV, Nr. 11.1 Tarif PV €/ Monat	§ 4 Abs. 17 MB/ PPV 40 % von häusl. Pflege-hilfe	§ 4 Abs. 10 MB/ PPV, Nr. 6 Tarif PV €/Jahr	§ 4 Abs. 8 MB/ PPV, Nr. 5 Tarif PV €/ Monat	§ 4 Abs. 12 a MB/ PPV, Nr. 7.6 Tarif PV €/ Monat	§ 4 Abs. 11 MB/ PPV, Nr. 7.1 und 7.5 Tarif PV €/ Monat	§ 4 Abs. 11 MB/ PPV, Nr. 7.2 Tarif PV Einrich-tungen €/ Monat	§ 4 Abs. 12 MB/ PPV, Nr. 7.4 Tarif PV	§ 4 Abs. 11 MB/ PPV, Nr. 7.3 Tarif PV €
1	125	---	---	---	(+)	125	---	(+)	2.952
2	125	(+)	1.774	689	(+)	770	266	(+)	2.952
3	125	(+)	1.774	1.298	(+)	1.262	266	(+)	2.952
4	125	(+)	1.774	1.612	(+)	1.775	266	(+)	2.952
5	125	(+)	1.774	1.995	(+)	2.005	266	(+)	2.952