

VER|SICHER|UNGS
KAMMER
BAYERN

Ein Stück Sicherheit.



Pflegeversicherung von A bis Z

Wissenswertes im Überblick

 Finanzgruppe

Inhalt

A	Auslandspflege	4
B	Beiträge zur privaten Pflegepflichtversicherung	5
F	Feststellung der Pflegebedürftigkeit	6
G	GKV-krankenversichert und PKV-pflegepflichtversichert	8
	Geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV)	9
H	Häusliche Pflege	10
	Hilfebedarf	11
K	Kombinationsleistung	12
	Kostenerstattung	13
	Kurzzeitpflege	14
L	Leistungsarten	16
	Leistungshöhe	17
P	Pflegebedürftigkeit	18
	Pflegeberatung	19
	Pflegegeld und Pflegesachleistung	20
	Pflegegrade	21
	Pflegehilfsmittel	23
	Pflegepflichtversicherung	24
	Pflegezeit	25
	Private Pflegeversicherung – Pflegezusatzversicherung – Pflegerentenversicherung	26
S	Stationäre Pflege	30
T	Teilstationäre Pflege	31
V	Verhinderungspflege	32
	Versicherungspflicht	33
	Versorgungslücke	34
W	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	36
Z	Zusätzliche Entlastungsleistungen	37
	Zuschuss zur privaten Pflegepflichtversicherung	38
!	Was ist was?	39

Tarifauszüge: Stand 01.2017. Grundlage für den Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife.

Im Fall der Fälle sind wir für Sie da

Liebe Leserin, lieber Leser,

Pflegebedürftigkeit ist kein Einzelschicksal. Über 2,6 Millionen Menschen sind derzeit in Deutschland ständig auf Hilfe angewiesen. Zwei Drittel davon werden ambulant versorgt, ein Drittel wird stationär versorgt. Wer sich mit dem Thema Pflege und Pflegeversicherung beschäftigt, hat viele Fragen.

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen die zentralen Begriffe rund um das Thema Pflegeversicherung kurz und anschaulich erläutern. Dazu haben wir die für Sie interessanten Themen alphabetisch sortiert aufgelistet und mit vielen Querverweisen miteinander verknüpft. Schlagen Sie einfach unter den Stichwörtern nach und informieren Sie sich!

Sollten Sie darüber hinausgehende Fragen haben oder Hilfe benötigen – rufen Sie uns an. Unser Service-Center steht Ihnen unter (0 89) 21 60-88 88 gerne zur Verfügung.

Ihre Versicherungskammer Bayern

A

Auslandspflege

Erfolgt die Pflege im Ausland, so sind Leistungen aus der sozialen und der privaten Pflegepflichtversicherung möglich. Grundsätzlich ist bei Pflege im Ausland die Zahlung von → Pflegegeld für einen Zeitraum von sechs Wochen vorgesehen. Im Gebiet des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und in der Schweiz wird das Pflegegeld über die sechs Wochen hinaus, also auf Dauer, gezahlt.

Pflegegeld im Ausland



Bitte beachten

Da in der Regel nur die Leistungen in Höhe des Pflegegeldes ins Ausland gezahlt werden können, müssen meist viele Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.

Tipp

Mit unseren privaten Pflegeversicherungen ist die Finanzierung der Pflege im Ausland möglich. Denn der Schutz gilt weltweit.

Beiträge zur privaten Pflegepflichtversicherung

Der Beitrag ist vom Eintrittsalter, aber nicht vom Geschlecht der versicherten Person abhängig. Auch bei Mitversicherung von Kindern ist er zumeist deutlich günstiger als der Beitrag zur Pflegekasse der gesetzlichen Krankenversicherung. Nicht erwerbstätige Kinder sind nämlich bis zum vollendeten 23. Lebensjahr bzw. in der Schulausbildung und im Studium bis zum vollendeten 25. Lebensjahr beitragsfrei mitversichert.

In der privaten Pflegepflichtversicherung zahlen grundsätzlich beide versicherten Ehegatten* einen Beitrag, aber in vielen Fällen ist ihr Gesamtbeitrag von Beginn an niedriger als der Einzelbeitrag zur gesetzlichen Pflegekasse. Ein Vergleich kann sich lohnen.

Falls der Beitrag nach fünf Jahren den Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung überschreiten sollte, wird er auf diesen Höchstbeitrag begrenzt. War zumindest ein Ehegatte* schon am 1. Januar 1995 privat krankenversichert und hat ein Ehegatte* ein Einkommen maximal bis zur „Geringfügigkeitsgrenze“ (jährlich neu festgesetzt), wird der Gesamtbeitrag, falls erforderlich, auf 150 Prozent des gesetzlichen Höchstbeitrages begrenzt.

*bzw. eingetragene/-r Lebenspartner/-in

F

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit geschieht in drei Schritten:

1. Der Antrag

Der Pflegebedürftige oder dessen Bevollmächtigter bzw. gesetzlicher Vertreter fordert bei seiner Pflegepflichtversicherung die entsprechenden Antragsformulare an.

2. Das Gutachten

Ein unabhängiger Gutachter untersucht den Pflegebedürftigen. Er prüft, ob die Voraussetzungen der **→ Pflegebedürftigkeit** erfüllt sind, und welcher Pflegegrad der Pflegebedürftigkeit vorliegt. (**→ Pflegegrade**). Der Gutachter übermittelt der zuständigen Pflegepflichtversicherung das Gutachten.

3. Die Bewilligung

Aufgrund dieses Gutachtens erstellt die Pflegepflichtversicherung eine Leistungszusage. In dieser ist die Art (**→ Leistungsarten**) und die Höhe der Leistungen (**→ Leistungshöhe**) enthalten. Gegen diese Mitteilung kann innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden.

Bitte beachten

Leistungen werden grundsätzlich erst ab Antragstellung gewährt. In der Pflegepflichtversicherung muss der Antragsteller innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Antragstellung eine Vorversicherungszeit von mindestens zwei Jahren nachweisen, sonst ruht sein Anspruch, bis die Vorversicherungszeit erfüllt ist.

Tipp

- Legen Sie alle aktuellen Arztberichte bereit.
- Stellen Sie die Medikamente zusammen, die täglich eingenommen werden müssen.
- Führen Sie ein Pfl egetagebuch, in dem Sie alle notwendigen Hilfestellungen durch die Pflegeperson protokollieren.

GKV-krankenversichert und PKV-pflegepflichtversichert

Grundsätzlich gilt: „Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung.“ **Ausnahme:** Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung von der Pflichtmitgliedschaft in eine freiwillige Mitgliedschaft wechselt, hat das Recht, sich ab diesem Zeitpunkt privat gegen das Pflegerisiko zu versichern.

Dazu ist bei der bisherigen Pflegekasse ein Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu stellen.

Bitte beachten

Der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungsfreiheit bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden.

Geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV)

Die Förderung der privaten Pflegevorsorge unterstützt die Menschen dabei, für den Fall der Pflegebedürftigkeit eigenverantwortlich vorzusorgen. Die staatliche Zulage von 60 Euro im Jahr soll auch Menschen mit geringerem Einkommen den Abschluss einer Pflegezusatzversicherung ermöglichen. Die Versicherungsunternehmen dürfen keinen Antragsteller aufgrund gesundheitlicher Risiken ablehnen; Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind nicht erlaubt.



H

Häusliche Pflege

In der vertrauten Umgebung bzw. in den eigenen vier Wänden fühlt man sich am wohlsten. Deshalb wollen die meisten Pflegebedürftigen so lange wie möglich zu Hause bleiben. Zusammen mit der privaten Pflegepflichtversicherung erhalten derzeit insgesamt rund zwei Millionen Pflegebedürftige ambulante Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Ambulante Pflege wird auch häusliche Pflege genannt und oft von Angehörigen in Zusammenarbeit mit professionellen Pflegediensten geleistet. Der Pflegedienst kann Angehörige in Pflegetechniken unterweisen und bei Bedarf Hilfestellung bei der Abwicklung der Formalitäten mit dem Kostenträger geben.

Die → **Leistungshöhe** ist abhängig vom Pflegegrad und den tatsächlich entstandenen Kosten.

Bitte beachten

Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung sind auf die gesetzlich festgelegten Höchstsätze begrenzt. Darüber hinausgehende Dienstleistungen müssen gegebenenfalls zusätzlich organisiert und selbst bezahlt werden.

Tipp

Unsere Pflege-Vorsorgekonzepte helfen Mehrkosten abzufangen, um im Pflegefall möglichst lange zu Hause bleiben zu können (→ **Private Pflegeversicherung**).

Hilfebedarf

Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist der Grad der Selbstständigkeit anhand der Fähigkeiten in sechs verschiedenen Bereichen. Diese Bereiche sind:

1. Mobilität	z. B. Positionswechsel im Bett, Treppensteigen
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	z. B. Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, Beteiligung an einem Gespräch
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	z. B. nächtliche Unruhe, motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
4. Selbstversorgung	z. B. Waschen, An- und Auskleiden
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	z. B. in Bezug auf Medikation oder Verbandswechsel
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	z. B. Sich beschäftigen, Ruhen und Schlafen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

Somit werden körperliche, geistige und psychische Fähigkeiten gleichermaßen erfasst.

Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit in diesen sechs Bereichen gemessen und – mit unterschiedlicher Gewichtung – zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt. Auf Basis der erreichten Gesamtpunkte wird der zutreffende Pflegegrad ermittelt.

K

Kombinationsleistung

Pflegebedürftige können selbst entscheiden, in welchem Umfang sie professionelle Pflegehilfe sowie Hilfe aus der Familie, von Freunden oder Nachbarn in Anspruch nehmen. Sie können → **Pflegegeld und Pflegesachleistung** kombinieren. In diesem Fall vermindert sich das Pflegegeld anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen. Wer z. B. seinen Anspruch auf Sachleistungen nur zu 60 Prozent ausnutzt, bekommt zusätzlich noch 40 Prozent des ihm zustehenden Pflegegeldes ausgezahlt (→ **Leistungsarten**).

Beispiel für Kombinationsleistung



Beispiel für Pflegegrad 3 (→ Leistungshöhe)

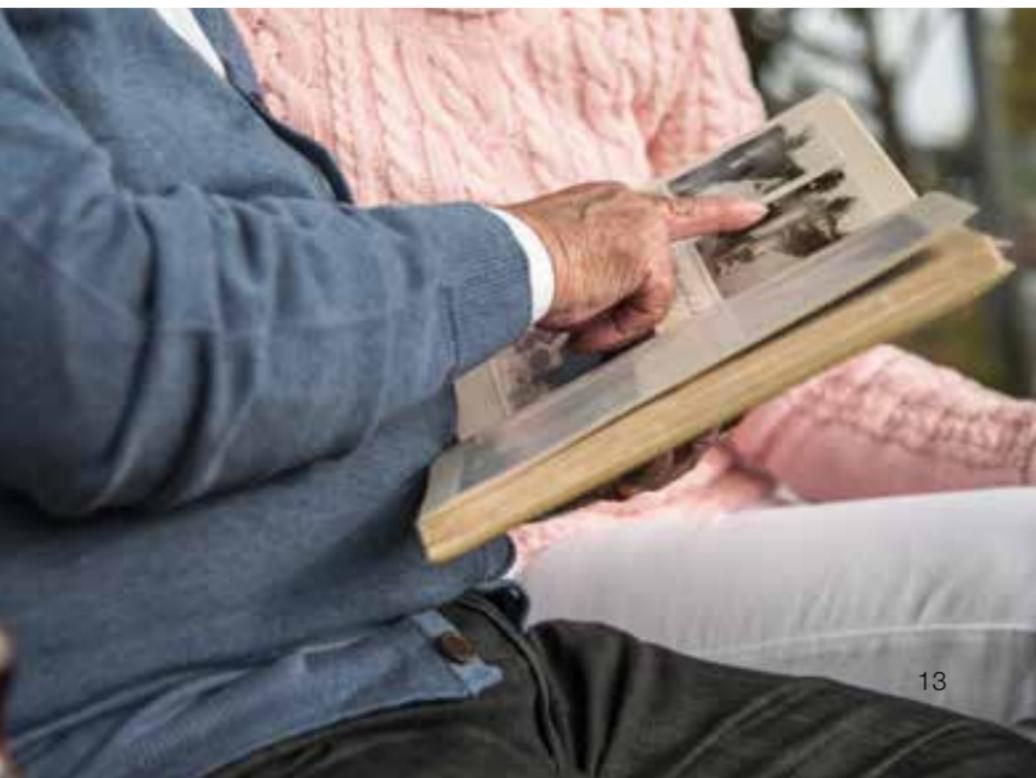
Sachleistungen/Kostenerstattung		
(Hilfe durch Pflegedienste)	60 % (von 1.298 €)	778,80 €
Pflegegeld		
(privat organisierte Pflege)	40 % (von 545 €)	218,00 €

Kostenerstattung

Bei gesetzlich vorgegebenen gleichwertigen Leistungen unterscheiden sich die soziale und die private Pflegepflichtversicherung im Abrechnungsverfahren bei Inanspruchnahme von Pflegediensten bzw. bei teil- oder vollstationärer Pflege.

→ **Pflegesachleistung:** Bei sozial Pflegeversicherten rechnet der Pflegedienst die gesetzlich zustehenden Leistungen mit der Pflegekasse, die darüber hinaus in Anspruch genommenen Leistungen direkt mit der pflegebedürftigen Person oder ihren Vertretern ab. Bei privat Pflegeversicherten rechnet der Pflegedienst alle Leistungen direkt mit der pflegebedürftigen Person ab.

Die Kosten der gesetzlich zustehenden Leistungen werden dann bei rechtzeitiger Beantragung in der Regel vor Fälligkeit erstattet, so dass sich eine Vorleistung erübrigt.



Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung, z. B. in einem Pflegeheim oder Kurzzeitpflegeheim. Sie kann in Anspruch genommen werden, wenn die Pflege zu Hause für einen begrenzten Zeitraum nicht möglich ist.

Gründe für Kurzzeitpflege können sein:

- Urlaub der pflegenden Angehörigen,
- die Übergangszeit nach einem Krankenhausaufenthalt,
- sonstige Krisensituationen, die eine
→ **häusliche Pflege** unmöglich machen.

Kurzzeitpflege wird für längstens 56 Tage im Kalenderjahr gezahlt. Die Leistung muss jedoch nicht in einem zusammenhängenden Zeitraum in Anspruch genommen werden; vielmehr ist auch eine Aufteilung in mehrere kurze Zeiträume bzw. einzelne Tage möglich. Der Höchstsatz für die Kurzzeitpflege ist nicht nach Pflegegraden gestaffelt. Für die Unterbringung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung gilt ein jährlicher Höchstsatz von **1.612 Euro** pro Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass **mindestens Pflegegrad 2** vorliegt. Ist der Höchstsatz der Kurzzeitpflege ausgeschöpft, erfolgt die Kostenübernahme für längstens 42 Tage und bis zu 1.612 Euro im Rahmen der Verhinderungspflege (sofern diese noch verfügbar ist).

Bitte beachten

Das Heimentgelt, das die Kurzzeitpflegeeinrichtung in Rechnung stellt, teilt sich in verschiedene Einzelbeträge auf. Darunter fallen Pflegekosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung, betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen, evtl. Ausbildungsumlage und Zimmerzuschläge. Von diesen Einzelkosten können lediglich die Pflegekosten und die Ausbildungsumlage bis zum Höchstsatz der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege gezahlt werden. Die Restkosten können dann im Rahmen der zusätzlichen Entlastungsleistungen übernommen werden (sofern noch verfügbar).

Tipp

Mit unserern privaten Pflegeversicherungen können Sie diese finanzielle Belastung verringern oder ganz vermeiden.

Leistungsarten

Die soziale Pflegepflichtversicherung erbringt Leistungen als Geld- oder Sachleistungen, mit denen die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung finanziert werden. Auch eine → **Kombinationsleistung** von → **Pflegegeld und Pflegesachleistung** ist möglich. Zusätzlich werden bei Bedarf folgende Leistungen angeboten:

- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen,
- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen,
- Tages- und Nachtpflege,
- → **Pflegehilfsmittel** und technische Hilfen,
- Zuschüsse zur pflegerechten Gestaltung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen.

Im Unterschied dazu zahlt die private Pflegepflichtversicherung ausschließlich Geldleistungen aus. Der Leistungsumfang entspricht dem der sozialen Pflegepflichtversicherung.

Leistungshöhe

Die Höhe der monatlichen Leistungen aus der Pflegeversicherung (in Euro)

Pflegegrad	1	2	3	4	5
Pflegegeld	–	316	545	728	901
Pflegesachleistung	–	689	1.298	1.612	1.995
Verbrauchshilfsmittel	40	40	40	40	40
Wohnumfeldverbessernde Maßnahme	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
Teilstat. Pflege	–	689	1.298	1.612	1.995
Vollstat. Pflege	125	770	1.262	1.775	2.005
Verhinderungspflege (42 Tage im Kalenderjahr)	–	1.612	1.612	1.612	1.612
Kurzzeitpflege (56 Tage im Kalenderjahr)	–	1.612	1.612	1.612	1.612
Entlastungsleistungen	125	125	125	125	125

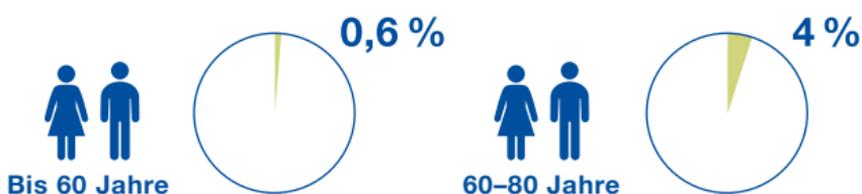
Pflegebedürftigkeit

Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist der Grad der Selbstständigkeit anhand der Fähigkeiten in sechs verschiedenen Bereichen.

Diese Bereiche sind:

- **Mobilität** (z. B. Positionswechsel im Bett, Treppensteigen)
- **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** (z. B. Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, Beteiligung an einem Gespräch)
- **Verhaltensweisen und psychische Problemlage** (z. B. nächtliche Unruhe, motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten)
- **Selbstversorgung** (z. B. Waschen, An- und Auskleiden)
- **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** (z. B. in Bezug auf Medikation oder Verbandswechsel)
- **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** (z. B. Sichbeschäftigen, Ruhen und Schlafen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes)

Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung in den einzelnen Altersgruppen



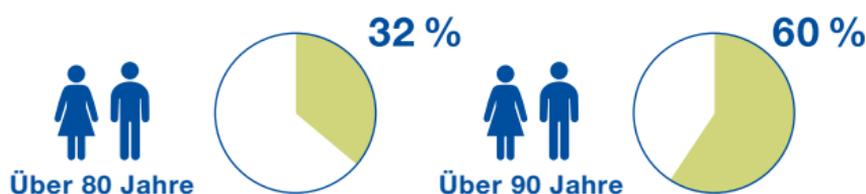
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, nimmt mit dem Alter zu. Nach Schätzungen steigt die Zahl der über 60-Jährigen in den nächsten zehn Jahren um rund 1,8 Millionen Menschen.

Pflegeberatung

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 regelt den Anspruch der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf Beratung – auch über rein pflegepraktische Fragen hinaus.

Die gesetzlichen Pflegekassen organisieren diese Beratung für ihre Versicherten durch die Einrichtung von Pflegestützpunkten mit dem Ziel, dass für je 20.000 Einwohner ein solcher Stützpunkt mit ausgebildeten Fachkräften in zumutbarer Entfernung erreichbar ist. Den privat Pflegepflichtversicherten steht eine vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. organisierte, aufsuchende Beratung zur Verfügung. Fachkundige Mitarbeiter der compass private pflegeberatung GmbH beraten Pflegebedürftige und Angehörige persönlich und vorzugsweise dort, wo die Pflege stattfindet oder stattfinden soll. Die Kosten der Pflegeberatung sind für sozial und privat Pflegepflichtversicherte im jeweiligen Pflichtbeitrag enthalten.



Pflegegeld und Pflegesachleistung

Pflegebedürftige erhalten Pflegegeld, wenn die Pflege selbst organisiert wird, z. B. durch Angehörige (→ **Leistungshöhe**).

Wer das Pflegegeld in Anspruch nimmt, muss regelmäßig Beratungsbesuche durch einen zugelassenen Pflegedienst durchführen lassen. Diese in Pflegegrad 2–3 halbjährlich, in Pflegegrad 4–5 vierteljährlich vorgesehenen Besuche sollen die Qualität sicherstellen. Die Kosten dieser Einsätze trägt die Pflegepflichtversicherung (→ **Leistungsarten**).

Als Pflegesachleistung gilt die Pflege durch professionelle Pflegekräfte. Dies macht es vielen Pflegebedürftigen erst möglich, trotz ständigem → **Hilfebedarf** allein in ihrer Wohnung zu leben. Diese Leistungen erbringen zugelassene Dienste, mit denen die Pflegepflichtversicherung oder für sie tätige Verbände Verträge abgeschlossen haben (→ **Leistungsarten**).

Die → **Leistungshöhe** der Sachleistung ist abhängig vom Pflegegrad und der tatsächlich erbrachten Leistung.

Für privat Pflegepflichtversicherte tritt an die Stelle der Sachleistung ein Anspruch auf gleichwertige → **Kostenerstattung** zur Sicherstellung ihrer Pflege.

Pflegegrade

In welchen Pflegegrad eine pflegebedürftige Person eingestuft wird, hängt vom Grad der Selbstständigkeit der betroffenen Person bzw. deren Beeinträchtigung ab:

Pflegegrad 1

Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Personen, bei welchen geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten bestehen und die deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die bei der Begutachtung ermittelten Gesamtpunkte müssen im Bereich von mind. 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten liegen.

Pflegegrad 2

Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Personen, bei welchen erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten bestehen und die deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die bei der Begutachtung ermittelten Gesamtpunkte müssen im Bereich von mind. 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten liegen.

Pflegegrad 3

Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit

Personen, bei welchen schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten bestehen und die deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die bei der Begutachtung ermittelten Gesamtpunkte müssen im Bereich von mind. 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten liegen.

Pflegegrad 4

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Personen, bei welchen schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten bestehen und die deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Die bei der Begutachtung ermittelten Gesamtpunkte müssen im Bereich von mind. 70 bis unter 90 Gesamtpunkten liegen.

Pflegegrad 5

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Personen, bei welchen schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten bestehen, die zudem erhöhte/besondere Anforderungen an die pflegenden Personen stellen. Die bei der Begutachtung ermittelten Gesamtpunkte müssen im Bereich von mind. 90 bis 100 Gesamtpunkten liegen.



Pflegehilfsmittel

Unabhängig von dem → **Pflegegrad** übernimmt die Pflegepflichtversicherung ergänzend die Kosten für Geräte und Sachmittel, die für die → **häusliche Pflege** notwendig sind:

- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel wie Einmalhandschuhe oder Bettschutzeinlagen bis zu einem Betrag von 40 Euro pro Monat,
- technische Hilfsmittel wie Pflegebetten, Bade- und Gehhilfen oder Notrufsysteme, die in der Regel leihweise zur Verfügung gestellt werden.

Die Notwendigkeit eines Pflegehilfsmittels muss, genau wie der Pflegegrad, durch einen unabhängigen Gutachter des medizinischen Dienstes bestätigt werden. Erst dann ist das gewünschte Hilfsmittel im Rahmen der Pflegepflichtversicherung erstattungsfähig. Ein Attest des Hausarztes reicht hier leider nicht aus.

Bitte beachten

Die Pflegepflichtversicherung ist verpflichtet, Pflegehilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Sie muss jedoch nur die Grundversorgung sicherstellen!

Tipp

Es empfiehlt sich immer, vor der Beschaffung von Pflegehilfsmitteln mit Ihrer Pflegekasse bzw. Ihrer privaten Pflegepflichtversicherung Rücksprache zu halten.

Pflegepflichtversicherung

Nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ werden gesetzlich Krankenversicherte der Sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) sowie privat Krankenversicherte der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) zugeordnet. Die SPV und die PPV übernehmen die pflegebedingten Aufwendungen nur bis zu den Höchstbeträgen der jeweiligen **→ Pflegegrade (→ Leistungshöhe)**.



Bitte beachten

Die Pflegepflichtversicherung ist nur eine Teilabsicherung des Risikos. Sie sichert lediglich einen Zuschuss zu den real anfallenden Kosten und Sachleistungen im Pflegefall.

Tipp

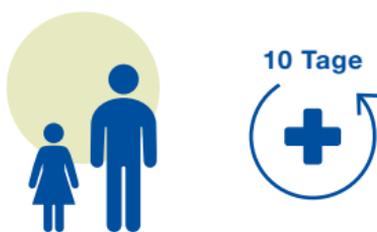
Mit unseren Pflege-Vorsorgekonzepten schützen Sie Ihr Vermögen und das Ihrer Angehörigen (**→ Private Pflegeversicherung**).

Pflegezeit

Schwere Krankheiten, die dazu führen, dass ein Familienmitglied zum Pflegefall wird, treffen Angehörige häufig unvorbereitet. Es erfordert viel Zeit, um sich auf die neue Situation einzustellen und neue Strukturen zu schaffen. Arbeitnehmer können sich kurzfristig bis zu zehn Tage freistellen lassen. So kann für die akut aufgetretene Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisiert und eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sichergestellt werden.

Erfolgt die Pflege der Angehörigen zu Hause, haben Arbeitnehmer außerdem gegenüber dem Arbeitgeber einen Anspruch auf eine unbezahlte, aber sozialversicherte Freistellung von bis zu sechs Monaten. Der Betrieb muss hierfür mehr als 15 Beschäftigte haben.

Arbeitnehmer: Kurzfristige Freistellung



Die Pflege von Angehörigen bedeutet oft ein Zurückstecken im Beruf – manchmal sogar die komplette Berufsaufgabe.

Tipp

Mit unseren Pflege-Vorsorgekonzepten kann ggf. der Verdienstaufschlag pflegender Angehöriger abgemildert werden (→ **Private Pflegeversicherung**).

Private Pflegeversicherung

Die Höchstsätze der → **Pflegepflichtversicherung** sind im Ernstfall oft nicht zur Kostendeckung ausreichend. Insbesondere bei vollstationärer Pflege werden Kosten für Unterkunft und Verpflegung nicht erstattet. Zudem muss jeder Heimbewohner in Pflegegrad 2–5 einen zusätzlichen monatlichen Eigenanteil für die Pflege bezahlen.

Die monatlichen Kosten können einige 100 Euro betragen, aber auch weit über 3.000 Euro hinausgehen. Dies ergibt sich aus dem Umfang der benötigten Hilfe.

Bitte beachten

- Übersteigt die Versorgungslücke Ihre Altersrente, geht es an die Ersparnisse. Reichen diese nicht aus, um die Mehrkosten zu decken, können Pflegebedürftige Sozialhilfe beantragen.
- Vor einer Übernahme prüft das Sozialamt, inwieweit nahe Angehörige, Kinder oder Eltern pflegebedürftiger Personen finanziell unterstützungspflichtig sind.

Tipp

Mit unseren privaten Pflegeversicherungen können Sie diese Finanzierungslücke schließen und die finanziellen Folgen der Pflegebedürftigkeit abfedern. Sprechen Sie mit uns über Ihre individuelle Absicherung!

Private Pflegezusatzversicherung

Unsere privaten Pflegezusatzversicherungen helfen, Mehrkosten abzufangen, um im Pflegefall möglichst lange zu Hause bleiben zu können. Die attraktiven Pflegetagegeldtarife PflegePRIVAT Premium Plus und PflegePRIVAT Premium ergänzen den gesetzlichen Versicherungsschutz und stellen die Pflegequalität sicher, die man sich wünscht. Die Höhe des Pflegetagegeldes kann man dabei selbst bestimmen: von 10 Euro bis maximal 150 Euro pro Tag, ab dem ersten Tag der **→ Pflegebedürftigkeit.**

FörderPfleger

Die geförderte Pflegezusatzversicherung, die FörderPfleger, ist ein sinnvoller Baustein für die private Pflegevorsorge und bietet insbesondere für junge Menschen eine gute Absicherung. Schon ab 10 Euro Eigenbeitrag im Monat erhalten Sie einen staatlichen Zuschuss von jährlich 60 Euro.

Tipp

Sprechen Sie mit uns über Ihre individuelle Absicherung.

PflegePRIVAT Premium Plus

Der Tarif PflegePRIVAT Premium Plus sichert Sie im Pflegefall rundum ab. Egal, ob Sie im Alter oder durch unerwartete Umstände, wie z. B. einen Unfall oder Krankheit, zum Pflegefall werden sollten.

Unser Pflegetagegeld ermöglicht die Auswahl der bestmöglichen Versorgung, die Entlastung der Familie und den Schutz Ihres Vermögens und das Ihrer Kinder.

Der Tarif PflegePRIVAT Premium Plus bietet vor allem bei stationärer Pflege hohe Leistungen schon ab Pflegegrad 2. Bei erstmaligem Eintritt in diesen oder einen höheren Pflegegrad erfolgt eine einmalige Zahlung in Höhe des 100-fachen Tagessatzes. Besonderer Vorteil ist die Beitragsfreistellung ab Pflegegrad 3, d. h. volle Leistung ohne eigenen Aufwand.

PflegePRIVAT Premium

Der Tarif PflegePRIVAT Premium ist die ideale Lösung für alle, die sich eine ausgewogene Absicherung wünschen und so lange wie möglich zu Hause gepflegt werden möchten. Im Pflegefall erhält man beim erstmaligen Eintritt ab Pflegegrad 2 eine einmalige Zahlung in Höhe des 60-fachen Tagessatzes. Die Beitragsfreistellung ab Pflegegrad 3 ist ebenfalls enthalten.

Beispiel für Kosten ambulante Pflege (Pflegegrad 3)

Kosten Pflege durch Pflegedienst (geschätzt)	2.100 €
Leistung Pflegepflichtversicherung	1.298 €
Eigenanteil	802 €
Empfehlung Tagesgeld	50 €
Leistung PflegePRIVAT Premium/ PflegePRIVAT Premium Plus (in Pflegegrad 3 ambulant je 60 % des versicherten Tagesgeldes)	900 €

Basis: eigene Berechnungen

Pflegerentenversicherung

Unsere Pflegerentenversicherung ist die optimale Kombination für alle, die ihr Vermögen schützen und weiter aufbauen und gleichzeitig etwas für die Pflegevorsorge tun möchten.

PflegeRente Vermögensschutz

Unsere Pflegerentenversicherung bietet eine besondere Kombination: Wir legen das uns anvertraute Vermögen so an, dass an den Chancen des Kapitalmarkts profitiert und zugleich eine monatliche Pflegerente gesichert wird, die sich am jeweils eintretenden Pflegegrad bemisst.

Das Besondere dabei: Der Teil des Vermögens, der nicht für die Pflegeleistung verwendet wird, bleibt weiter kapitalmarktorientiert angelegt und kann sich in Ruhe weitervermehrten.

Durch Teilkapitalentnahmen besteht bei Bedarf die Möglichkeit, auf das eingezahlte Kapital zurückzugreifen. Und sollte es nie zum Pflegefall kommen, wird das Geld an die Erben ausbezahlt.



Stationäre Pflege

Kann die Pflege eines Patienten weder durch die private Pflege durch Angehörige noch durch einen ambulanten Pflegedienst noch durch → **teilstationäre Pflege** erfolgen, muss die Pflege des Patienten ganztägig von einem Pflegeheim übernommen werden. Für die Unterbringung zahlt die Pflegepflichtversicherung maximal folgende monatliche Höchstsätze:

- **Pflegegrad 1:** 125 Euro
- **Pflegegrad 2:** 770 Euro
- **Pflegegrad 3:** 1.262 Euro
- **Pflegegrad 4:** 1.775 Euro
- **Pflegegrad 5:** 2.005 Euro

Erstattungsfähig sind lediglich die reinen Pflegekosten (pflegebedingte Aufwendungen) sowie die Ausbildungsumlage. Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten, Zimmerzuschlag usw. sind nicht erstattungsfähig.

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil

Alle Heimbewohner der Pflegegrade 2–5 zahlen einen gleichen pflegebedingten Eigenanteil innerhalb eines Heimes. Hierdurch wird verhindert, dass eine Höherstufung zu höheren Eigenanteilen in Pflegeheimen führt.

Beispiel für Kosten stationäre Pflege

Pflegegrad	Kostensatz Pflegeheim	Pflegepflicht- versicherung	Eigenanteil
2	2.189 €	689 €	1.500 €
3	2.752 €	1.262 €	1.500 €
4	3.275 €	1.775 €	1.500 €
5	3.505 €	2.005 €	1.500 €

Basis: eigene Berechnungen

Teilstationäre Pflege

Einige Personen benötigen nicht rund um die Uhr die Pflege und Betreuung durch geschultes Pflegepersonal. So verbringen sie beispielsweise die Nacht zu Hause bei den Angehörigen und werden tagsüber zur sogenannten Tagespflege oder teilstationären Pflege gebracht. Die teilstationäre Tages- und Nachtpflege ist somit nicht nur eine Alternative, falls eine ausreichende Betreuung zu Hause nicht möglich ist, sondern ist auch als Ergänzung und Entlastung der → **häuslichen Pflege** zu sehen.

Die teilstationäre Pflege gilt als → **Pflegesachleistung**. Maximal werden von der Pflegepflichtversicherung folgende Sätze gezahlt:

- **Pflegegrad 1:** keine Leistung (ggf. → zusätzliche Entlastungsleistungen)
- **Pflegegrad 2:** 689 Euro
- **Pflegegrad 3:** 1.298 Euro
- **Pflegegrad 4:** 1.612 Euro
- **Pflegegrad 5:** 1.995 Euro

Bei der teilstationären Pflege handelt es sich um eine Leistung, die zusätzlich zum Pflegegeld und/oder zu Leistungen der häuslichen Pflegehilfe in Anspruch genommen werden kann. Die Erstattung erfolgt dabei unabhängig von den übrigen Leistungsarten und wird auf diese nicht angerechnet.

Verhinderungspflege

Die Pflege kann sehr belastend und anstrengend für pflegende Angehörige sein. Ein Urlaub von der Pflege wird daher zum Erholungsfaktor. Damit pflegende Angehörige sich diese verdiente Auszeit nehmen können, bietet die → **Pflegepflichtversicherung** die sogenannte Verhinderungspflege an. In der Regel übernimmt dann eine Ersatzpflegekraft die Pflege im häuslichen Bereich der pflegebedürftigen Person. Voraussetzung für die Übernahme der Kosten seitens der Pflegepflichtversicherung ist, dass der Pflegende seit mindestens sechs Monaten pflegerisch tätig ist. Ersatzpflege wird für längstens 42 Tage im Kalenderjahr gezahlt. Die Leistung muss jedoch nicht in einem zusammenhängenden Zeitraum in Anspruch genommen werden; vielmehr ist auch eine Aufteilung in mehrere kurze Zeiträume bzw. einzelne Tage möglich.

Der Höchstsatz für die Verhinderungspflege beträgt 1.612 Euro pro Kalenderjahr und ist nicht nach Pflegegraden gestaffelt. Es muss jedoch mind. Pflegegrad 2 vorliegen. Ist der Höchstsatz der Verhinderungspflege ausgeschöpft, erfolgt die Kostenübernahme für längstens 56 Tage und bis zu 806 Euro im Rahmen der Kurzzeitpflege (sofern diese noch verfügbar ist). Die Pflegegeldzahlung wird während der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege für vier Wochen (28 Tage) pro Kalenderjahr in halber Höhe weitergezahlt.

Versicherungspflicht

Seit dem 1. Januar 1995 gibt es in Deutschland eine gesetzliche Vorschrift zur → **Pflegepflichtversicherung**. Als fünfte Säule der sozialen Sicherung bietet sie eine Teilabsicherung gegen die erheblichen finanziellen Belastungen im Pflegefall. Versicherungspflichtig in der privaten Pflegepflichtversicherung sind

- alle privat Krankenversicherten mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen,
- Beamte und Personen, die nach den gleichen Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe bei → **Pflegebedürftigkeit** haben (diese müssen eine anteilige – beihilfekonforme – Versicherung abschließen),
- Heilfürsorgeberechtigte, die nicht in der sozialen Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig sind (z. B. Berufssoldaten, Polizeibeamte, Berufsfeuerwehrleute),
- Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahn.



V

Versicherungspflicht

Freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse können sich in den ersten drei Monaten ihrer freiwilligen Mitgliedschaft zwischen der sozialen und der privaten Pflegepflichtversicherung entscheiden (→ **GKV-krankenversichert und PKV-pflegepflicht-versichert**). Für die Versicherungspflicht gibt es keine Altersgrenze. Jeder wird ohne Berücksichtigung seines Alters beim Vorliegen eines Krankenversicherungsschutzes in die Pflegepflichtversicherung einbezogen.

Versorgungslücke

Die Leistungen der → **Pflegepflichtversicherung** decken in der Regel nicht alle Kosten der → **Pflegebedürftigkeit** ab. Für die professionelle Pflege durch einen Pflegedienst können die Kosten bis zu 3.500 Euro monatlich betragen. Und auch für einen Heimplatz kann heutzutage mit etwa 3.500 Euro pro Monat an Kosten gerechnet werden. Die Pflegepflichtversicherung deckt meist nur etwa die Hälfte der anfallenden Kosten. Die nötigen Zuzahlungen können selbst ein größeres Vermögen schnell aufbrauchen.

Tipp

Sichern Sie Ihr Vermögen und das Ihrer Angehörigen durch eine → **private Pflegeversicherung** vor den Folgen einer Pflegebedürftigkeit ab.



Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Die Pflegepflichtversicherung gewährt finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen in Höhe von bis zu 4.000 Euro je Maßnahme. Dazu zählt beispielsweise der behindertengerechte Umbau des Bades oder der rollstuhlgerechte Umbau der Wohnung.

Bitte beachten

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen können sehr kostspielig sein. So kostet ein Treppenlift üblicherweise zwischen 5.000 und 6.000 Euro.

Tipp

Mit unseren Pflege-Vorsorgekonzepten können Sie diese Mehrkosten abfedern.

Zusätzliche Entlastungsleistungen

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen durch den medizinischen Dienst ein Pflegegrad festgestellt wurde, können Leistungen zur Entlastung der Pflegeperson oder zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit in Anspruch nehmen. Bei den Angeboten muss es sich um qualitätsgesicherte Leistungen der Betreuung oder Entlastung handeln. Die Kosten hierfür werden bei Vorlage entsprechender Rechnungen bis zu einem Betrag von 125 Euro pro Monat übernommen.

Bis zum genannten Höchstsatz werden Aufwendungen

- der **Tages- und Nachtpflege** (teilstationäre Pflege),
- der **Kurzzeitpflege**,
- der **ambulanten Pflegedienste** im Sinne des § 36 SGB XI, in den Pflegegraden 2–5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung oder
- der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur **Unterstützung im Alltag** im Sinne des § 45 a SGB XI erstattet.

Zuschuss zur privaten Pflegepflichtversicherung

Privat versicherte Arbeitnehmer erhalten einen Beitragszuschuss für die private Pflegepflichtversicherung in Höhe des Arbeitgeberanteils. Als Voraussetzung muss der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber eine Pflegeversicherungsbescheinigung vorlegen – diese erhält er von seiner privaten Krankenversicherung. Beamte oder andere beihilfeberechtigte Personen (dies betrifft auch die heilfürsorgeberechtigten Personen) haben keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuss, sie erhalten im Leistungsfall eine Beihilfe.

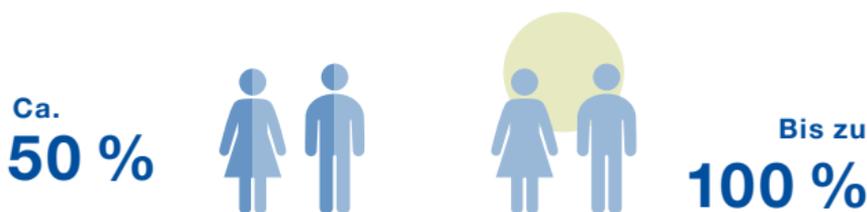


Was ist was

Sowohl bei der privaten als auch bei der sozialen Pflegepflichtversicherung handelt es sich um eine Pflichtversicherung. Jeder in Deutschland Versicherte ist einer Pflegepflichtversicherung zugeordnet. Bei gesetzlich Versicherten ist das die soziale Pflegepflichtversicherung, bei privat Versicherten ist es die private Pflegepflichtversicherung.

Die Leistungshöhe ist hier gesetzlich festgelegt und deckt in der Regel nie die vollen Kosten. Von einer privaten Pflegezusatzversicherung spricht man, wenn man sich ergänzend zu der bestehenden sozialen oder privaten Pflichtversicherung absichert, um das Risiko von privaten Zuzahlungen zu verringern.

Fakt ist: Die Pflegepflichtversicherung übernimmt nur einen Teil der Pflegegesamtkosten



Ohne Pflege-Vorsorge

erhalten Sie nur ca. die Hälfte der tatsächlichen Pflegekosten von der Pflegepflichtversicherung.

Mit Pflege-Vorsorge

sind Sie rundum abgesichert. Alle Kosten sind gedeckt. Einerlei, ob Sie zu Hause ambulant betreut werden oder stationär in einem Altenheim bzw. einer Klinik.



Königlicher Schutz –

für die Abenteuer im Leben.

Weil ihm der Schutz der Menschen besonders am Herzen lag, gründete König Max I. vor mehr als 200 Jahren eine Versicherung. Dieser königliche Schutzauftrag und die damit verbundene besondere Fürsorge sind für uns bis heute Überzeugung und Verpflichtung.

An erster Stelle steht immer das Wohlergehen unserer Kunden. Ihre Wünsche, Ziele und Bedürfnisse sind unser wichtigstes Anliegen.

Wie gut sich Menschen bei einem Unternehmen mit dieser Haltung aufgehoben fühlen, sieht man an unserem Erfolg: Die Versicherungskammer Bayern ist Marktführer in Bayern und der Pfalz und erfreut sich seit Jahren stetigen Wachstums.

Weitere Informationen unter www.versicherungskammer-bayern.de

Wir beraten Sie gerne.