

PFLEGEVERSICHERUNG UND REALKOSTEN

WENN MAN HILFE BRAUCHT UND WAS SIE KOSTET





GRUNDLAGEN

DEMOGRAPHISCHER WANDEL

Die Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung steigt rasant. Bereits heute sind mehr als 17 Millionen Deutsche älter als 65 Jahre. Tendenz steigend. Dieser Personenkreis ist in erhöhtem Maße vom Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen. Resultierend aus dem demographischen Wandel wurde in Deutschland 1995 das „Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ verabschiedet. Nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ sind die Träger der Pflegepflichtversicherung die soziale Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen.



VERSICHERTER PERSONENKREIS

Soziale Pflegepflichtversicherung

- Alle Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung
- Alle freiwillig gesetzlich Krankenversicherten
- alle Familienversicherten (Kinder, Ehepartner) in der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch beitragsfrei in der Pflegeversicherung mitversichert

Private Pflegepflichtversicherung

- Alle privat Krankenvollversicherten mit einem Tarif, der allgemeine Krankenhausleistungen beinhaltet
- Kinder sind beitragsfrei in der privaten Pflegeversicherung mitversichert.
- Beihilfeberechtigte Personen (Beamte, auch Empfänger freier Heilfürsorge wie Soldaten)

FÜR DIE BEITRAGSFREIE MITVERSICHERUNG VON KINDERN ERGEBEN SICH FOLGENDE BEDINGUNGEN

- Kinder, bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- Kinder, bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn nicht erwerbstätig
- Im Rahmen einer Schulausbildung, Studium, freiwilliger Wehrdienst bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.
- Ehegatten mit einem Verdienst unter der Geringfügigkeitsgrenze



BEGRIFF DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT NACH SGB XI

Seit dem 01.01.2017 werden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen. Mit der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit in sechs verschiedenen Bereichen gemessen und – mit unterschiedlicher Gewichtung – zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt. Daraus ergibt sich die Einstufung in einen Pflegegrad.

FOLGENDE FÜNF GRADE DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT WERDEN UNTERSCHIEDEN

- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 2 mit eingeschränkter Alltagskompetenz
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 3 mit eingeschränkter Alltagskompetenz
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 4 mit eingeschränkter Alltagskompetenz
- Pflegegrad 5

Mobilität Bewertung 10% (z.B. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen etc.)	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten Bewertung 7,5% (z.B. örtliche und zeitliche Orientierung etc.)	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen Bewertung 7,5% (z.B. nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten)
Selbstversorgung Bewertung 40% (z.B. Körperpflege, Ernährung, etc.)	Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen Bewertung 20% (z.B. Medikation, Wundversorgung, Arztbesuche, Therapieeinhaltung)	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte Bewertung 15% (z.B. Gestaltung des Tagesablaufs)

EINSTUFUNG IN DEN PFLEGEGRAD

Soziale Pflegeversicherung Über den medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegekassen (MDK)	Private Pflegeversicherung Über die Firma Medicproof (Tochtergesellschaft des PKV-Verbands)
--	---

GESETZLICHE REGELUNGEN DER PRIVATEN PFLEGEPLICHTVERSICHERUNG

Die folgenden Bedingungen gelten für alle Verträge, die nach der Einführung der Pflegepflichtversicherung 1995 abgeschlossen wurden.

- Kontrahierungszwang
- Kein Ausschluss von Vorerkrankungen
- Keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung
- Keine Staffelung der Beiträge nach Geschlecht

- Keine Beitragshöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt
- Beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers

LEISTUNGEN AUS DER PFLEGEVERSICHERUNG

HÄUSLICHE PFLEGE

	Sachleistungen (monatlich)	Geldleistungen (monatlich)
Pflegegrad 1	0 €	0 €
Pflegegrad 2	689 €	316 €
Pflegegrad 3	1.298 €	545 €
Pflegegrad 4	1.612 €	728 €
Pflegegrad 5	1.995 €	901 €

Entlastungsbetrag: zweckgebunden bis zu 125 € (§ 45b SGB XI) - gilt für Pflegegrad 1-5

Die Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung müssen den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach Art und Umfang gleichwertig sein. Der Unterschied besteht darin, dass privat Versicherte keine Sachleistung, sondern eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung erhalten.

Mit ambulanten Pflegesachleistungen können Versicherte die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen. Ambulante Pflegesachleistungen können auch mit dem Pflegegeld kombiniert werden.

STATIONÄRE PFLEGE

	monatlich
Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 125 Euro
Pflegegrad 2	770 €
Pflegegrad 3	1.262 €
Pflegegrad 4	1.775 €
Pflegegrad 5	2.005 €

Für Versicherte in vollstationärer Pflege (Pflegegrade 2 bis 5) wird ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil festgeschrieben.

Übergangspflege für Menschen ohne Pflegestufe bzw. Pflegegrad

Es gibt Fälle, in denen Menschen vorübergehend Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt, zum Beispiel nach einer Operation oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung. Bisher hatten Patientinnen und Patienten hierbei keinen Anspruch auf gesetzliche Leistungen. Diese Versorgungslücke schließt das Krankenhausstrukturgesetz mit der sogenannten Übergangspflege als neue Leistung der Krankenkassen.

EINTRITT DES PFLEGEFALLES – WELCHE KOSTEN ENTSTEHEN FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE UND ANGEHÖRIGE?

KOSTEN BEI VOLLSTATIONÄRER PFLEGE IM PFLEGEHEIM

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Durchschnittliche Kosten pro Monat*	2.068,86 €	2.487,82 €	2.979,82 €	3.492,82 €	3.722,82 €
Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Eigenleistung durch den Versicherten	1.943,86 €	1.717,82 €	1.717,82 €	1.717,82 €	1.717,82 €

KOSTEN BEI HÄUSLICHER PFLEGE DURCH EINEN PFLEGEDIENST

* beispielhaft für ein Pflegeheim in Bayern (96123 Litzendorf)

Die Kosten für die häusliche Pflege durch einen Pflegedienst müssen individuell berechnet werden, da es hierfür keine einheitlichen Preise bei den Pflegediensten gibt. Hierbei sind zum einen die unterschiedlichen Preise der Pflegedienste, zum anderen die gewünschten Leistungspunkte (z. B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Rasieren, Kämmen, Mund- und Zahnpflege, Teil- oder Ganzkörperwäsche, Transfer...) zu berücksichtigen.

Pro Leistungswunsch wird ein individueller Wert in Euro zwischen Pflegekasse und Pflegedienst ausgehandelt. Zusammen mit den Zusatzkosten (Anfahrtskosten) und abzüglich der gesetzlichen Leistungen ergibt sich der Eigenanteil für Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige.

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung	0 €	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €

Entlastungsbetrag: zweckgebunden bis zu 125 € (§ 45b SGB XI) - gilt für Pflegegrad 1-5



BEISPIEL

Frau Meier ist pflegebedürftig und hat Pflegegrad 3. Ihr häuslicher Pflegedienst kostet insgesamt 1.565,21 €. Von ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung erhält Sie einen Beitrag in Höhe von 1.298 €. In diesem Fall beträgt die Eigenleistung von Frau Meier 267,21 €, die sie monatlich für ihren ambulanten Pflegedienst bezahlen muss.

Das Kostenbeispiel macht deutlich, dass die Eigenleistung durch den Versicherten für die häusliche oder stationäre Pflege kaum aufzubringen ist. In diesem Fall müssen die Angehörigen für eine gute Betreuung im Pflegefall tief in die Tasche greifen. Per Gesetz sind die Nachkommen oder nächsten Verwandten dazu verpflichtet, finanziell für die pflegebedürftigen Angehörigen aufzukommen (§ 1601 BGB).



Es ergeben sich je nach Pflegegrad große Versorgungslücken zwischen Kosten und Leistung, die oft nicht vollständig zu schließen sind. Eine Unterbringung in einem kostengünstigeren Pflegeheim oder die Kosteneinsparung bei dem häuslichen Pflegedienst sind für den Versicherten oft eine unschöne Alternative.

SCHLIESSUNG DER VERSORGUNGSLÜCKE MIT EINER PFLEGEZUSATZVERSICHERUNG

Checkliste bei Eintritt des Pflegefalls – was ist zu beachten?

1. Benachrichtigung der Kranken- oder Pflegekasse durch den Versicherten oder dessen Angehörige
2. Nach Antragstellung bei der Pflegekasse erfolgt die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst oder Medicproof
3. Erfassung der Tätigkeiten, bei denen Hilfe benötigt wird (z. B. Waschen, Anziehen, Essen) und die Dauer dieser Hilfe „Pflegetagebuch“
4. Wahl zwischen häuslicher und stationärer Pflege
5. Erfolgt die Pflege durch Angehörige oder durch einen ambulanten Pflegedienst?
6. Anforderung eines Kostenvergleiches der zugelassenen ambulanten Pflegedienste oder stationären Pflegeeinrichtungen

Hilfe zur Findung eines geeigneten Pflegeheimes bietet Ihnen die Internetseite www.bkk-pflegefinder.de. Dort können Sie in einem bestimmten Ort oder im Umkreis von einer vorgegebenen Postleitzahl ein Pflegeheim suchen und erhalten eine detaillierte Bewertung über die Qualität der Pflegeeinrichtung.



[Startseite](#) [Preisvergleich](#) [Pflegeberatung](#) [Kontakt](#)

Übersicht

Qualität der Pflegeeinrichtung

Leistungsangebote und Versorgungsschwerpunkte

Preise

Stadtplan

Erneut suchen

Bartholomäus Wohnpark in 95463 Bindlach

Kurzübersicht

Anschrift:

Bartholomäus Wohnpark
Hirtenacker Str. 45
95463 Bindlach

Telefon: 09208 6030

Fax: 09208 603444

E-Mail: bartholomaeus_wohnpark@t-online.de

Internet: www.Bartolomäus-Wohnpark.de

Institutionskennzeichen:

510940951

Qualität der Pflegeeinrichtung

 Pflege und medizinische Versorgung 1,1 sehr gut	 Umgang mit demenzkranken Bewohnern 1,0 sehr gut	 Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung 1,0 sehr gut	 Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene 1,0 sehr gut	 Befragung der Bewohner 1,0 sehr gut	Gesamt- ergebnis Rechnerisches Gesamtergebnis 1,0 sehr gut
--	--	---	--	--	--



WISSENSWERTES

PFLEGETAGEGELD - PFLEGEKOSTEN - PFLEGERENTE

ZIELGRUPPE FÜR EINE PFLEGEZUSATZ- VERSICHERUNG:

Alle gesetzlich und privat Pflegepflichtversicherten und diejenigen, die sich selbst und Angehörige vor den finanziellen Folgen im Pflegefall schützen möchten.

PFLEGETAGEGELDVERSICHERUNG

Für jeden Tag der festgestellten Pflegebedürftigkeit, nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit, erhält der Versicherte ein Tagegeld, ohne dass die tatsächlichen Kosten nachgewiesen werden müssen. Das Pflegetagegeld wird nach den fünf Pflegegraden gestaffelt.

PFLEGEKOSTENVERSICHERUNG

Die Pflegekostenversicherung dient als prozentuale Aufstockung der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung. Verbleibende Kosten, die nach Ausschöpfung des Höchstsatzes der Pflegepflichtversicherung entstehen, können somit gedeckt werden.

Die Pflegekostenversicherung kommt nur für nachgewiesene Kosten auf. Der Versicherte muss also die Rechnung des Pflegeheimes oder des Pflegedienstes einreichen. Die Kostenerstattung beschränkt sich dabei auf die im Katalog der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgeführten Leistungen. Durch die Bindung der Pflegekostenversicherung an den Kassensatz kann die Leistung geringer ausfallen.



PFLEGERENTENVERSICHERUNG

Die Pflegerente ist, anders als die Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherung, Bestandteil der Lebensversicherung. Das Risiko, zu einem Pflegefall zu werden, wird mit einer Renten- oder Kapitallebensversicherung abgesichert. Der Versicherte erhält eine monatliche Rentenzahlung seines Versicherers. Die Höhe des Auszahlungsbetrages richtet sich ausschließlich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit, der Staffelung des gewählten Tarifs und der frei vereinbarten Rente. Die Höhe und Art der tatsächlichen Aufwendungen sowie der Ort der Pflege haben keinen Einfluss auf die Zahlung.

Der Beitrag zur Pflegerentenversicherung ist tendenziell höher, da der Lebensversicherer, im Gegensatz zu den Krankenversicherungsunternehmen, seine zugesagte Leistung nicht mehr durch Beitragsanpassungsklauseln nachträglich verändern kann. Jedoch bietet die Pflegerentenversicherung eine Überschussbeteiligung an, die sich auch zur Beitragsreduktion einsetzen lässt.

ÜBERSICHT PFLEGEVERSICHERUNG

Versicherer	Krankenversicherer	Krankenversicherer	Lebensversicherer
Leistungsumfang	Zahlung eines festen Tagessatzes	Erstattung der Restkosten, die durch die gesetzliche Pflegeversicherung nicht abgedeckt sind (Festlegung von Höchstsätzen).	Rentenzahlung
Verwendung der Leistung	Der Versicherte kann frei über das Geld verfügen.	Leistungen sind zweckgebunden. Ein Nachweis durch Rechnungen muss erfolgen.	Der Versicherte kann frei über das Geld verfügen.

WAS ES SONST NOCH GIBT - „PFLEGE-BAHR“

Bei Pflege-Bahr handelt es sich um eine staatlich geförderte Pflegeergänzungsversicherung (60 Euro pro Jahr). Bedingt durch die Annahmeverpflichtung der Versicherer eignet sich dieser Lösungsweg für Kunden, die bereits eine gewisse Krankengeschichte vorweisen. Hierbei sollte jedoch bedacht werden, dass eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren abzuleisten ist, die absicherbaren Sätze begrenzt und in der Regel nicht ansatzweise ausreichend sind, um die Versorgungslücke zu schließen. Wer auf „regulärem Weg“ Schutz erhalten kann, fährt mit diesem deutlich besser.

FAZIT:

Der rechtzeitige Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung schützt Versicherte und deren Angehörige vor einer finanziellen Überbelastung bei Eintritt eines Pflegefalls. Entstehende Versorgungslücken können geschlossen und eine optimierte Pflege sichergestellt werden.