



VER|SICHER|UNGS
KAMMER|
BAYERN|

Ein Stück Sicherheit.

PRIVATE PFLEGEVERSICHERUNG

**Unser Schutzschirm
unterstützt von A bis Z.**

 Finanzgruppe

Im Fall der Fälle sind wir für Sie da.

Liebe Leserin, lieber Leser,

Pflegebedürftigkeit ist kein Einzelschicksal. Über 4,3 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 +49 89 62365600 gerne zur Verfügung.

Ihre Versicherungskammer Bayern

A	Auslandspflege	3
B	Beiträge zur privaten Pflegepflichtversicherung	4
F	Feststellung der Pflegebedürftigkeit	5
G	GKV-krankenversichert und PKV-pflegepflichtversichert/ Geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV)	6
H	Häusliche Pflege/Hilfebedarf	7
K	Kombinationsleistung/Kostenerstattung/Kurzzeitpflege	8
L	Leistungsarten/Leistungshöhe	9
P	Pflegebedürftigkeit/Pflegeberatung/ Pflegegeld und Pflegesachleistung	10
	Pflegehilfsmittel/Pflegepflichtversicherung	11
	Pflegegrade/Pflegezeit	12
	Private Pflegevorsorge	
	– Pflegezusatzversicherung	
	– Pflegerentenversicherung	13
	PflegePartner	14
S	Stationäre Pflege	15
T	Teilstationäre Pflege	16
V	Verhinderungspflege/Versicherungspflicht/ Versorgungslücke	17
W	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	18
Z	Zusätzliche Entlastungsleistungen/ Zuschuss zur privaten Pflegepflichtversicherung	19
!	Was ist was?	19



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



6 Wochen



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.

UNSER TIPP

Mit unseren Versicherungen für die private Pflegevorsorge ist die Finanzierung der Pflege im Ausland möglich. Denn der Schutz gilt, mit Ausnahme der Förderpflege, weltweit.



B

BEITRÄGE ZUR PRIVATEN PFLEGEPLICHTVERSICHERUNG

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.

* Beiträge ohne Versicherungssteuer

** 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 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 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.

UNSER 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.

G

GKV-KRANKENVERSICHERT UND PKV-PFLEGEPLICHTVERSICHERT

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.

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.

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.



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.

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 bei der Einstufung 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 werden Pflegebedürftige in einen Pflegegrad eingestuft.

K

KOMBINATIONSLAISTUNG

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 KOMBINATIONSLAISTUNG



60 %
Pflegesachleistungen



40 %
Pflegegeld

Beispiel für Pflegegrad 3 (→ Leistungshöhe)

Sachleistungen/Kostenerstattung

(Hilfe durch Pflegedienste)	60 % (von 1.432 €)
	859,20 €

Pflegegeld

(privat organisierte Pflege)	40 % (von 573 €)
	229,20 €

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, sodass 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 Kurzzeitpfleeinrichtung gilt ein jährlicher Höchstsatz von **1.774 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 Kurzzeitpfleeinrichtung in Rechnung stellt, teilt sich in verschiedene Einzelbeiträge 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).

L

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 pflegegerechten Gestaltung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen.

Im Unterschied dazu zahlt die private Pflegepflichtversicherung Geldleistungen aus. Sachleistungen werden nach Einreichung der Rechnung erstattet. 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	–	332	573	765	947
Pflegesachleistung	–	761	1.432	1.778	2.200
Verbrauchshilfsmittel	40	40	40	40	40
Wohnumfeldverbessernde Maßnahme	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
Teilstationäre Pflege	–	689	1.298	1.612	1.995
Vollstationäre 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)	–	1.774	1.774	1.774	1.774
Entlastungsleistungen	125	125	125	125	125

* Stand 1.1.2022



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)

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.

ANTEIL PFLEGEBEDÜRFTIGER AN DER GESAMTBEVÖLKERUNG IN DEN EINZELNEN ALTERSGRUPPEN



**4,3 Millionen
Pflegebedürftige
in Deutschland**



Über 80 Jahre
32 %



Über 90 Jahre
60 %

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2021

PFLEGEBERATUNG

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz 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.

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 sofern das Hilfsmittel im Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist und über eine vollständige Hilfsmittelnummer verfügt. Ein Attest des Hausarztes reicht hier leider nicht immer aus.

BITTE BEACHTEN

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

PFLEGEPLICHTVERSICHERUNG

Nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ werden gesetzlich Versicherte der jeweils zuständigen sozialen Pflegepflichtversicherung zugeordnet, die privat Krankenversicherten entsprechend den privaten Versicherungsunternehmen. Durch die soziale wie auch die private Pflegepflichtversicherung werden die pflegebedingten Aufwendungen nur bis zu den Höchstbeträgen der jeweiligen → **Pflegegrade** übernommen (→ **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.



P

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.

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



10 Tage



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

UNSER TIPP

Mit unseren Versicherungen für die private Pflegevorsorge kann ggf. der Verdienstaufschlag pflegender Angehöriger abgemildert werden (→ **Private Pflegezusatz- oder Pflegerentenversicherung**).

PFLEGEFLICHTVERSICHERUNG

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.

P

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.

UNSER TIPP

Mit unseren Versicherungen für die private Pflegevorsorge können Sie diese Finanzierungslücke schließen und die finanziellen Folgen der Pflegebedürftigkeit abfedern. Sprechen Sie mit uns über Ihre individuelle Absicherung!

PRIVATE PFLEGEVORSORGE

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

FörderPfle ge

Die geförderte Pflegezusatzversicherung, die FörderPfle ge, 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.

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 Pfl egetagegeld ermöglicht die Auswahl der bestmöglichen Versorgung, die Entlastung der Familie und den Schutz Ihres Vermögens und des Vermögens 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	1.432 €
Eigenanteil	668 €

Basis: eigene Berechnungen

Pfle gerentenversicherung

Unsere Pfle gerentenversicherung ist die optimale Lösung für alle, die eine gute Absicherung im Pflegefall wünschen und gleichzeitig Vermögen aufbauen oder Kapital anlegen möchten.

PflegeRente VermögensSchutz

Mit der Pfle gerentenversicherung PflegeRente VermögensSchutz erhalten Sie immer eine Leistung – egal ob durch die umfassende lebenslange Pflegeabsicherung, im Todesfall, bei Beitragsfreistellung oder bei Kündigung. Wenn Sie Ihre Pflegevorsorge mit einer einzigen Zahlung sicherstellen wollen, ist die PflegeRente VermögensSchutz gegen Einmalbeitrag ideal für Sie. Im Todesfall können Ihre Hinterbliebenen selbst im Pflegefall eine Leistung erhalten. Sie können Kapital bei Bedarf auch wieder entnehmen, den Pflegeschutz nachträglich erhöhen und Unterstützungsleistungen nutzen.

P

PERSÖNLICHER PflegePartner MIT EINEM PLUS

Gute Pflege ist nicht nur eine Frage der Finanzierung. Auch die Organisation eines Pflegefalls stellt Betroffene und Angehörige vor enorme Herausforderungen. Mit unserem Service PflegePartner erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen echte Hilfe – genau dann, wenn sie sie brauchen.

PflegePartner entlastet die ganze Familie

Als Gesundheits- und Pflegepartner unserer Kunden liegt uns, neben der finanziellen Absicherung, vor allem die Unterstützung bei der Organisation der Pflege am Herzen.

Der PflegePartner steht Ihnen und Ihren Angehörigen telefonisch und persönlich zur Seite, übernimmt organisatorische Arbeiten und beantwortet wichtige Fragen. Er stellt den Hilfebedarf fest und unterstützt Sie und Ihre Angehörigen bei den nächsten Schritten. Bis zu drei Monate lang, sogar bei Ihnen zu Hause.



Persönlicher PflegePartner

Qualifizierte Berater helfen bei Eintritt eines Pflegefalls, innerhalb der ersten **drei Monate** eine stabile Pflegesituation zu schaffen – bundesweit auch **beim Kunden vor Ort**.

Sie unterstützen Betroffene und ihre Angehörigen bei organisatorischen Arbeiten, wie

- › Leistungen beantragen
- › Pflege zu Hause organisieren
- › Unterbringung auswählen
- › Wohnumfeld anpassen
- › Hilfsmittel bestellen

PflegePartner Plus – auch im Pflegefall von Angehörigen

In unserem Premium-Angebot steht unser persönlicher PflegePartner auch dann zur Seite, wenn ein Elternteil oder ein Kind pflegebedürftig wird.

Diese Serviceleistung bieten wir an

Persönlicher PflegePartner*	PflegePartner Plus*
-----------------------------	---------------------

PflegePRIVAT Premium Plus	PflegePRIVAT Premium Plus
---------------------------	---------------------------

PflegePRIVAT Premium	
----------------------	--

* für maximal 3 Monate

S

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 + Leistungszuschlag*
- › **Pflegegrad 3:** 1.262 Euro + Leistungszuschlag*
- › **Pflegegrad 4:** 1.775 Euro + Leistungszuschlag*
- › **Pflegegrad 5:** 2.005 Euro + Leistungszuschlag*

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

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.

* Der Leistungszuschlag berechnet sich wie folgt:
(EEE = einrichtungseinheitlicher Eigenanteil)
Pflegebedürftige Person erhält Leistungen für vollstationäre Pflege
– seit höchstens 12 Monaten: Leistungszuschlag 15 Prozent des EEE
– seit mehr als 12 Monaten: Leistungszuschlag 30 Prozent des EEE
– seit mehr als 24 Monaten: Leistungszuschlag 50 Prozent des EEE
– seit mehr als 36 Monaten: Leistungszuschlag 75 Prozent des EEE.

Beispiel für monatliche Kosten bei stationärer Pflege (Pflegegrad 3)

Kosten Pflegeheim (geschätzt)	3.300,00 €
Leistung Pflegepflichtversicherung	1.262,00 €
Leistungszuschlag zur Pflegepflichtversicherung seit 1.1.2022**	415,50 €
Eigenanteil	1.622,50 €

** Dieser Wert kann variieren. Er beruht auf folgenden Annahmen: Pflegebedürftiger bezieht seit 25 Monaten Leistungen für vollstationäre Pflege (50 Prozent Leistungszuschlag auf den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE)). Der EEE beträgt im Bundesdurchschnitt 831 Euro (2021).

T

TEILSTATIONÄRE PFLEGE ODER TAGESPFLEGE

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.

* Stand 1.1.2022



V

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 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.

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-pflegepflichtversichert**). Für die Versicherungspflicht gibt es keine Altersgrenze. Jeder wird ohne Berücksichtigung seines Alters beim Vorliegen eines Krankenversicherungsschutzes in die Pflegepflichtversicherung einbezogen.

VERSORGUNGLÜCKE

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.

W

WOHNUMFELDVERBESSERENDE MASSNAHMEN

Die Pflegepflichtversicherung gewährt finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen in Höhe von bis zu 4.000 Euro je Maßnahme. Dieser Zuschuss bezieht sich auf alle Umbauten, die wegen der Pflegesituation zum Zeitpunkt der Begutachtung notwendig sind. 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.



Z

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

PFLEGEPLICHTVERSICHERUNG

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.

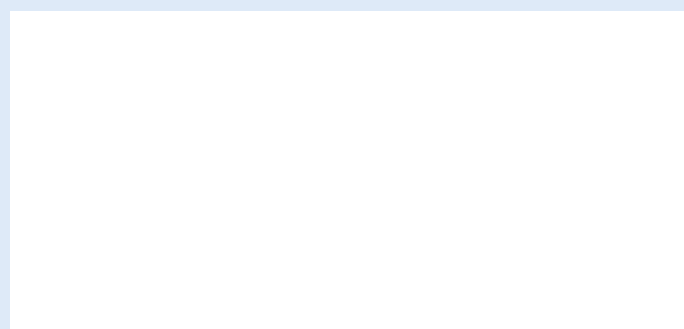
BESCHÜTZEN IST UNSERE LEIDENSCHAFT.



Weil ihm der Schutz der Menschen am Herzen lag, gründete König Max I. vor mehr als 200 Jahren eine Versicherung. Seitdem stehen wir ein Leben lang verlässlich an der Seite unserer Kunden und sorgen für die persönliche Absicherung und Vorsorge unter dem blauen Schirm. Und sind als bayerischer Versicherer wie kein anderer mit der Region verbunden.

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

Dass sich die Menschen bei uns bestens aufgehoben fühlen, sieht man an unserem Erfolg: Wir sind Marktführer in Bayern und der Pfalz und erfreuen uns seit Jahren stetigen Wachstums.



Versicherungskammer Bayern
Maximilianstraße 53 · 80530 München
www.vkb.de

Tarifauszüge; Grundlage für den Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife.

