PFLEGEVERSICHERUNG UND REALKOSTEN

WENN MAN HILFE BRAUCHT UND WAS SIE KOSTET

Nadler & Gumpp OHG
Uzstr. 10 | 86465 Welden

Tel.: 08293 / 951263 | Fax: 08293 / 951265
info@nadler-gumpp.de | http://www.nadler-gumpp.de

Weitere Informationen unter
https://nadler-gumpp.de/landingpage/pflege

Stand: 01/2024

PFLEGEVERSICHERUNG

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	Private 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	• 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. Bei der sogenannten Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit in sechs verschiedenen Lebensbereichen („Modulen“) gemessen und – mit unterschiedlicher Gewichtung – mittels Punkten bewertet. Daraus ergibt sich die Einstufung in einen Pflegegrad.

Modul 1 **Mobilität** Bewertung **10 %** gewichtete Punkte 0-10 (z. B. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen etc.)	**Modul 2** **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** Bewertung **15 %** gewichtete Punkte 0-15 (z. B. örtliche und zeitliche Orientierung etc.)	**Modul 3** **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** Bewertung **15 %** gewichtete Punkte 0-15 (z. B. nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten)
Modul 4 **Selbstversorgung** Bewertung **40 %** gewichtete Punkte 0-40 (z. B. Körperpflege, Ernährung etc.)	**Modul 5** **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** Bewertung **20 %** gewichtete Punkte 0-20 (z. B. Medikation, Wundversorgung, Arztbesuche, Therapieeinhaltung)	**Modul 6** **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** Bewertung **15 %** gewichtete Punkte 0-15 (z. B. Gestaltung des Tagesablaufs)

oder*

* nur eines der beiden Module (2 oder 3) **mit der höchsten Punktzahl** wird in die Berechnung einbezogen

Aus der Summe aller gewichteten Punkte der Module ergibt sich der Gesamtpunktwert. Er kann zwischen 0 und 100 Punkten liegen. Diese Skala ist in mehrere Intervalle unterteilt, die jeweils einem bestimmten Ausmaß an Pflegebedürftigkeit beziehungsweise einem Pflegegrad entsprechen. Pflegebedürftigkeit liegt dann vor, wenn das Gesamtergebnis mindestens 12,5 Punkte beträgt.

Gesamtpunktwert	Beeinträchtigung von Selbständigkeit/Fähigkeiten	Pflegegrad
12,5 bis unter 27	geringe	**1**
27 bis unter 47,5	erhebliche	**2**
47,5 bis unter 70	schwere	**3**
70 bis unter 90	schwerste	**4**
90 bis 100	schwerste - mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	**5**

	Soziale Pflegeversicherung	Private Pflegeversicherung
Die Begutachtung erfolgt:	über den medizinischen Dienst (MD)	über die Firma Medicproof GmbH (Tochtergesellschaft des PKV-Verbands)

GESETZLICHE REGELUNGEN DER PRIVATEN PFLEGEPFLICHTVERSICHERUNG

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	760 €	332 €
Pflegegrad 3	1.431 €	572 €
Pflegegrad 4	1.778 €	764 €
Pflegegrad 5	2.200 €	946 €

+ 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 € + indiv. Leistungszuschlag
Pflegegrad 3	1.262 € + indiv. Leistungszuschlag
Pflegegrad 4	1.775 € + indiv. Leistungszuschlag
Pflegegrad 5	2.005 € + indiv. Leistungszuschlag

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

Ab dem 01.01.2022 zahlt die Pflegekasse – für eine stationäre Pflege – zusätzlich einen prozentualen Leistungszuschlag (für die Pflegegrade 2 bis 5), bezogen auf den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil. Die Höhe des Leistungszuschlags ist von der bisherigen Dauer der vollstationären Pflege abhängig:

- bis 12 Monate: 15 %
- mehr als 12 Monate: 30 %
- mehr als 24 Monate: 50 %
- und mehr als 36 Monate: 75 % des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

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. Diese Versorgungslücke schließt das Krankenhausstrukturgesetz mit der sogenannten Übergangspflege als 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
Bundesdurchschnittliche Kosten pro Monat	2.568,00 €	3.392,50 €	3.884,50 €	4.397,50 €	4.627,50 €
Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Bundesdurchschnittlicher Leistungszuschlag*	0,00 €	622,50 €	622,50 €	622,50€	622,50 €
Eigenleistung durch den Versicherten	2.443,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €

* beispielhafte Berechnung für eine vollstationäre Pflege von mehr als 24 Monaten (50 % des bundesdurchschnittlichen Eigenanteils von 1.245 €)

KOSTEN BEI HÄUSLICHER PFLEGE DURCH EINEN PFLEGEDIENST

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 etc.) 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 €	760 €	1.431 €	1.778 €	2.200 €

+ 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 2.422 €. Von ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung erhält Sie einen Beitrag in Höhe von 1.431 €. In diesem Fall beträgt die Eigenleistung von Frau Meier 991 €, 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. Sofern Sie nicht vorgesorgt haben, muss dieser Fehlbetrag durch den Verkauf Ihres Eigenheims, durch Zuzahlung Ihres Ehe-/Lebenspartners oder Ihrer Kinder (ab einem Jahresbruttoeinkommen von 100.000 Euro) aufgebracht werden.

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.

BKK PFLEGEFINDER

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

	Pflegetagegeld	Pflegekosten	Pflegerente
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.

Dieses Druckstück dient nur der vorläufigen Information und ist eine unverbindliche Orientierungshilfe. Weder die VEMA eG noch der genannte Versicherungsmakler übernehmen eine Gewähr für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der Informationen.Diese Sparteninformation dient ausschließlich der allgemeinen Information über eine Versicherung und mögliche Leistungs- und Schadensfälle. Bildquellen in Reihenfolge: Urheber: bilderstoeckchen, Fotolia #48033719 | Urheber: Danny Elskamp, Fotolia #14951354 | Urheber: IgorVetushko, ClipDealer #B301586136 | Urheber: Florian Hiltmair, Fotolia #24884746 | Urheber: digitalstock, Fotolia #22987846

Stand: 01/2024