



MEIN PFLEGEFAHRPLAN

DARUM EINE PFLEGEZUSATZVERSICHERUNG –

GESETZLICHE LEISTUNG BLEIBT TROTZ REFORMEN TEILKASKOABSICHERUNG

April 2018 | Eine Leistung der Fonds Finanz Maklerservice GmbH



Mein Pflegefahrplan

MEIN PFLEGEFAHRPLAN

**Allgemeines
zur Pflege**

**Zur
Angebots-
anfrage**



WISSENSWERTES ZUM THEMA PFLEGEZUSATZVERSICHERUNG

Bitte klicken Sie auf den jeweiligen Punkt für mehr Informationen.

Fakten zur gesetzlichen Pflegeversicherung

Änderungen nach der Pflegereform 01.01.2017

Unterschiedliche Begutachtungsverfahren

› Die fünf Pflegegrade

› Begutachtungsverfahren für Pflegegrade

Häufigkeit und Ursachen von Pflegefällen

› Demographischer Wandel in Deutschland

Wann leistet die Pflegepflichtversicherung?

Welche Leistungen gibt es?

Wer haftet im Pflegefall?

Ausschlussdiagnosen Pflegezusatzversicherung

Unterschiede Pflegetagegeld und Pflegerente

Ihr persönlicher Pflegefahrplan



FAKTEN ZUR GESETZLICHEN PFLEGEVERSICHERUNG

Zum 1.1.1995 wurde die gesetzliche Pflegeversicherung eingeführt.
Als „Teilkaskomodell“ soll sie die Grundversorgung der Pflegebedürftigen sicherstellen.

ANGESTELLTE / SELBSTSTÄNDIGE

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

- › Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert.
- › Familienversicherte sind mitversichert, ohne einen Beitrag dafür zu zahlen.

ANGESTELLTE / SELBSTSTÄNDIGE

Mitglieder der privaten Krankenversicherung

- › Mitglieder der privaten Krankenversicherung müssen, genau wie gesetzlich Versicherte auch, eine private Pflegepflichtversicherung abschließen. Diese ist von den Leistungen identisch mit denen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

BEAMTE

Freiwillige Heilfürsorge

- › Beamte werden wie Angestellte und Selbstständige in der privaten Pflegepflicht oder sozialen Pflegeversicherung versichert.

Zurück zur
Übersicht



ÄNDERUNGEN NACH DER PFLEGEREFORM 01.01.2017

DIE GRUNDLIEGENDEN ÄNDERUNGEN NACH DER PFLEGEREFORM PSG II

› **Pflegebedürftigkeit neu definiert**

Die Pflegestärkungsgesetze leiten ein Umdenken in der Pflege ein. So werden seit Jahresanfang neben körperlichen auch geistige und seelische Beeinträchtigungen bei der Begutachtung gleichberechtigt berücksichtigt.

› **Fünf neue Pflegegrade**

Aus drei Pflegestufen sind zum 1. Januar 2017 fünf neue Pflegegrade geworden. Der Vorteil: Die Begutachtung führt zukünftig zu einer genaueren Einstufung und berücksichtigt viel umfassender als bisher die Beeinträchtigungen der Menschen in allen pflegerrelevanten Lebensbereichen.

› **Neuerungen bei den Eigenanteilen**

Seit dem 1.1.2017 gilt in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung ein einrichtungseinheitlicher pflegebedingter Eigenanteil. Das heißt: Es gibt innerhalb ein und derselben Einrichtung keinen Unterschied mehr bei den pflegebedingten Eigenanteilen der Bewohnerinnen und Bewohner mit den Pflegegraden 2 bis 5.

› **Angebote zur Unterstützung im Alltag**

Seit dem 1.1.2017 können alle Pflegebedürftigen den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro im Monat in Anspruch nehmen. Damit können Kosten für Angebote zur Unterstützung im Alltag erstattet werden.

› **Weniger Anträge**

Für Hilfsmittel wie Gehhilfen oder Duschstühle sind seit dem 1.1.2017 keine Anträge mehr nötig – vorausgesetzt, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) empfiehlt diese in seinen Gutachten.

› **Mehr Betreuungsangeboten**

Mehr Zeit für Spaziergänge oder Vorlesen – seit 1.1.2017 kommen zusätzliche Betreuungsangebote allen stationär Gepflegten zugute.

› **Bessere soziale Absicherung**

Seit dem 1.1.2017 erhalten mehr pflegende Angehörige einen Anspruch auf Rentenversicherungsbeiträge und Arbeitslosenversicherung.

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>



Wie unterscheiden sich die Begutachtungsverfahren?

Seit dem 01.01.2017 werden alle pflegebedürftige Personen neu eingestuft.

ALTE BEGUTACHTUNG BIS ZUM 31.12.2016

- › Bewertung von Zeit und Pflegeaufwand
- › Starke Gewichtung von Defiziten
- › Hilfebedarf bei einigen Alltagsverrichtungen
- › Drei Pflegestufen

NEUE BEGUTACHTUNG SEIT DEM 01.01.2017

- › Grad der tatsächlichen Selbstständigkeit
- › Fokus auf vorhandene Ressourcen
- › Umfassende Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit
- › Fünf Pflegegrade

Quelle: <https://www.universa.de/kundenservice/aktuelles/pflegestaerkungsgesetz/pflegestaerkungsgesetz.htm>



DIE FÜNF PFLEGEGRADE

Bitte klicken Sie auf den jeweiligen Punkt für mehr Informationen.



!

Definition Pflegebedürftigkeit

1

Pflegegrad 1

2

Pflegegrad 2

3

Pflegegrad 3

4

Pflegegrad 4

5

Pflegegrad 5

Quelle: <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade/pflegegrad-1/>

Zurück zur
Übersicht



BEGUTACHTUNGSVERFAHREN FÜR PFLEGEGRADE

BEREICHE DER BEGUTACHTUNG	GEWICHTUNG JE MODUL (% DER GESAMTPUNKTZAHL)
Mobilität	10 %
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15 %* <small>* aus den Modulen 2 und 3 geht nur der höhere Wert in die Berechnung ein</small>
Selbstversorgung	40 %
Bewältigung von krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen	20 %
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %

Die durch die Begutachtung festgestellten Einzelpunkte werden addiert. Die resultierende Gesamtpunktzahl ermöglicht anhand einer Skala von 0 bis 100 die Einordnung zu einem der fünf Pflegegrade.



BENÖTIGTE PUNKTZAHL	PFLEGEGRAD GUTACHTEN
	keine Pflegebedürftigkeit
12,5 Punkte	Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigung**
27 Punkte	Pflegegrad 2 erhebliche Beeinträchtigung**
47,5 Punkte	Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigung**
70 Punkte	Pflegegrad 4 schwerste Beeinträchtigung**
90 Punkte	Pflegegrad 5 schwerste Beeinträchtigung** mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
100 Punkte	

** der Selbstständigkeit und Fähigkeiten

Quelle: Gothaer FAQ zur Pflegereform



HÄUFIGKEIT UND URSACHEN VON PFLEGEFÄLLEN

Für circa 88 % aller Pflegefälle sind fünf Krankheitsgründe verantwortlich.

DEMENZ	KREBS
> 36,8 %	> 21,1 %
SCHLAGANFALL	PARKINSON
> 18,5 %	> 9,6 %
MULTIPLE SKLEROSE	SONSTIGE URSACHEN
> 1,6 %	> 12,4 %

Quelle: Broschüre Gothaer 116227 – 05.2015



Quelle: Demografieportal des Bundes und der Länder, Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999 – 2060 (Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen BiB), 2015

Zurück zur
Übersicht

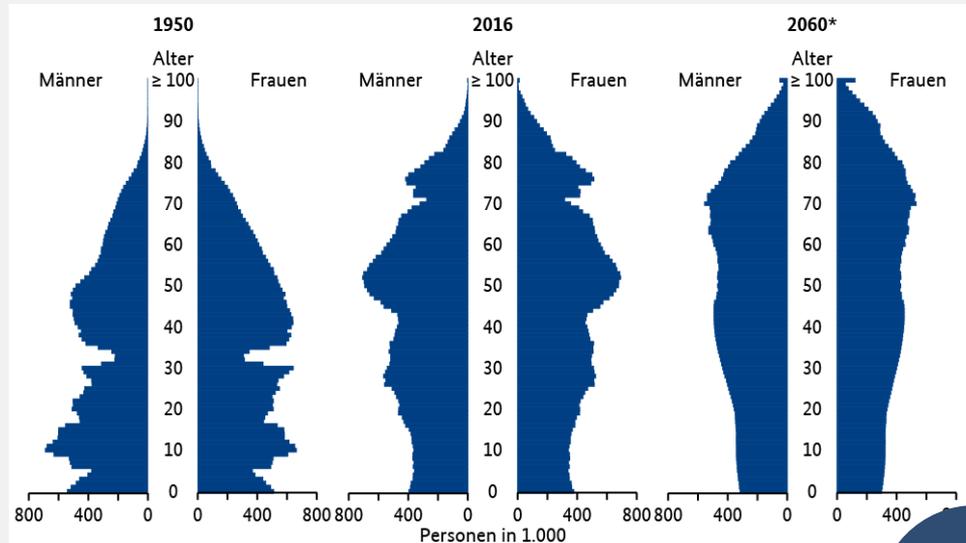
DEMOGRAPHISCHER WANDEL IN DEUTSCHLAND

Die seit Mitte der 1970er-Jahre anhaltend niedrigen Geburtenziffern und die beständig steigende Lebenserwartung haben zu einer drastischen Veränderung des Größenverhältnisses zwischen den Generationen geführt.

*Ergebnis der aktualisierten 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 2-A).

Quelle: Statistisches Bundesamt.
© BiB 2018 / demografie-portal.de

Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland, 1950 - 2060



Zurück zur
Übersicht



WANN LEISTET DIE PFLEGEVERSICHERUNG?

Wer Pflegeleistungen in Anspruch nehmen will, muss gesetzlich vorgeschriebene Kriterien erfüllen. Dabei sollen alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

WER ENTSCHIEDET ÜBER DIE LEISTUNGEN?

Ob und in welchem Umfang eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, entscheidet sich bei gesetzlich Versicherten aufgrund der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Bei Privaten Krankenversicherungen übernimmt dies die Medicproof GmbH (Gesellschaft für medizinische Gutachten). Die Begutachtung erfolgt nach einheitlichen Richtlinien.

WELCHE LEISTUNGEN GIBT ES?

Pflegebedürftig zu sein, trifft die meisten Menschen unvorbereitet. Wer Hilfe braucht, muss sich dafür nicht schämen. Jeder pflegebedürftigen Person stehen gesetzlich vorgeschriebene Leistungen zu. Grundvoraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegepflichtversicherung ist die Eingruppierung in einen Pflegegrad.

WEITERE INFORMATIONEN

- › Ambulanter Pflegedienst
- › Pflegesachleistungen
- › Pflegegeld
- › Kurzzeit-Pflege
- › Pflegehilfsmittel
- › Förderung von Pflege-Wohngemeinschaften / Verbesserung des Wohnumfeldes

Bitte klicken Sie auf den jeweiligen Punkt für weitere Informationen.

Zurück zur Übersicht



WELCHE LEISTUNGEN GIBT ES?

Sechs Bereiche beurteilen die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einer Person.
Für mehr Informationen klicken Sie auf den jeweiligen Kasten.



Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/pflege-wissen-von-a-bis-z/> und BBKK Pflegebedarfsrechner



WELCHE LEISTUNGEN GIBT ES?

Zusammenhang Pflegegrad und Leistung

Pflegegrad	Geldleistung ambulant	Sachleistung ambulant	Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden)	Leistungsbetrag stationär
Pflegegrad 1	0 €	0 €	125 €	125 €
Pflegegrad 2	316 €	689 €	125 €	770 €
Pflegegrad 3	545 €	1.298 €	125 €	1.262 €
Pflegegrad 4	728 €	1.612 €	125 €	1.775 €
Pflegegrad 5	901 €	1.995 €	125 €	2.005 €

› Ihr persönlicher Lückenrechner

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/pflege-wissen-von-a-bis-z/> und BBKK Pflegebedarfsrechner

Zurück zur
Übersicht



WER HAFTET IM PFLEGEFALL?

Angehörige haften per Gesetz

- › Wenn der Pflegebedürftige nicht für seine Pflegekosten aufkommen kann und kein eigenes Vermögen (mehr) vorhanden ist, haften Angehörige. Zwar springt zunächst das Sozialamt ein, dieses nimmt jedoch schnell Regress bei den nächsten Angehörigen und fordert bereits bezahlte Leistungen zurück.
- › § 1601 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) regelt ganz klar **„Verwandte in gerader Linie sind verpflichtet, einander Unterhalt zu gewähren“**
- › Die Zahlungsverpflichtung trifft also den Ehepartner und die Kinder. Stiefkinder und Enkel sind meistens nicht zum Unterhalt verpflichtet.
- › Wie viel Elternunterhalt Kinder im Pflegefall zahlen müssen, hängt von deren Einkommen und Vermögen ab. Ist kein regelmäßiges Einkommen vorhanden, werden stattdessen Vermögenswerte herangezogen.

Bezugsgröße für den Unterhalt

- › Bei Angestellten ist das Nettogehalt, bei Selbstständigen der Gewinn Berechnungsgrundlage für Zahlungsverpflichtungen. Vom bereinigten Nettoeinkommen wird jedoch ein Freibetrag von ca. 1.800 Euro angerechnet (Familie ca. 3.240 Euro).

Ersparthes der Kinder

- › Auch das Vermögen der Kinder muss für den Pflegeunterhalt angegriffen werden. Allerdings gibt es ein Schonvermögen. Dazu zählen beispielsweise eine angemessene, selbst genutzte Immobilie und Vermögen, welche nachweislich der eigenen Alterssicherung dient. Feste Schongrenzen gibt es nicht.

Kein Kontakt mehr zu den Eltern? Zählt nicht!

- › Kinder müssen auch dann für die Eltern zahlen, wenn länger kein Kontakt mehr bestanden hat. Nur wenn eine schwere Verfehlung nachweisbar ist, kann dies berücksichtigt werden. Dazu zählt jedoch nicht, wenn die Eltern den Kontakt abgebrochen und das Kind enterbt haben (BGH, Urteil vom 12. Februar 2014, Az. XII ZB 607/12).



AUSSCHLUSSDIAGNOSEN PFLEGEZUSATZVERSICHERUNG

- › Es gibt medizinische Diagnosen, die bei den jeweiligen PKV-Unternehmen zu einer Ablehnung des Kunden führen können. Eine komplette Aufstellung über alle sicheren Ablehnungsdiagnosen ist aufgrund der individuellen Prüfung der jeweiligen Versicherer nicht möglich.
- › Mit Auflistung von Erkrankungen auf der folgenden Seite erhalten Sie eine grobe Übersicht über Diagnosen, welche von PKV-Gesellschaften sehr kritisch betrachtet werden. Tritt eine dieser Erkrankungen auf, empfiehlt es sich in jedem Fall vor Einreichung der Vorabanfrage bereits Rücksprache zu halten.

Zurück zur
Übersicht



AUSSCHLUSSDIAGNOSEN PFLEGEZUSATZVERSICHERUNG

Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems

- › Alzheimer
- › Hydrozephalus
- › Multiple Sklerose
- › Apallisches Syndrom (Wachkoma)
- › Myasthenia gravis
- › Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)
- › Parkinson-Krankheit
- › Creutzfeld-Jacob
- › Schlaganfall
- › Demenz
- › Querschnittslähmung
- › Epilepsie
- › Bewegungskoordinationsstörung (Ataxien)

Erkrankungen des Herzkreislaufsystems

- › Arterienaneurysma
- › Herzklappenerkrankung
- › Herzinfarkt
- › Koronarsklerose
- › Herzinsuffizienz
- › Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems

- › Arthrose
- › Muskeldystrophie
- › Rheuma

Erkrankungen der inneren Organe und Stoffwechselerkrankungen

- › Insulinpflichtiger Diabetes mellitus
- › Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- › Mukoviszidose
- › Niereninsuffizienz
- › Leberzirrhose

Genetische Erkrankungen

- › Down-Syndrom (Trisomie 21)
- › Chorea Huntington

Sonstige Erkrankungen

- › HIV-Infektionen, AIDS
- › Adipositas ab Grad II (BMI > 35)
- › Autismus
- › Chronisch offene Wunden
- › Psychische Erkrankungen
- › Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente)
- › Vorgeburtliche Erkrankungen bei Kindern (z.B. Rötelnbryopathie, Zytomegalie-Virus, Toxoplasmose, medikamenteninduzierte Schäden, Alkohol-, Drogenmissbrauchsschäden)

Quelle: MV Ausschlussdiagnosen



UNTERSCHIEDE PFLEGETAGEGELD UND PFLEGERENTE

Gegenüberstellung Teil 1/2

	Pflegetagegeldversicherung	Pflegerentenversicherung
Sparte	Krankenversicherung	Lebensversicherung
Beitragsniveau	geringer	höher
Wahrscheinlichkeit der Beitragssteigerung	höher	geringer
Ansammlung Überschüsse	x	✓ Vereinbarung tarifindividuell möglich (Überschussverwendung)
abgekürzte Beitragszahlung	x lebenslang	✓ lebenslang, abgekürzt oder gegen Einmalbeitrag
Variable Gestaltung der Pflegeabsicherung nach ambulanter Pflege nach stationäre Pflege	✓ ✓	x lediglich eine einheitliche Pflegerente definierbar
Einstufung im Pflegefall nach SGB XI nach ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens)	✓ x	✓ ✓



UNTERSCHIEDE PFLEGETAGEGELD UND PFLEGERENTE

Gegenüberstellung Teil 2/2

	Pflegetagegeldversicherung	Pflegerentenversicherung
Leistung bei Demenz	✓	✓
Vereinbarung von Karenzzeiten	x	✓ Vereinbarung tarifindividuell möglich
Beitragsdynamik	✓ Vereinbarung tarifindividuell möglich	✓ Vereinbarung tarifindividuell möglich
Leistungsdynamik	✓ Vereinbarung tarifindividuell möglich	✓ Vereinbarung tarifindividuell möglich
Beitragsfreistellung bei Leistungseintritt	✓ Vereinbarung tarifindividuell möglich	✓
Einmalleistungen bei Leistungseintritt	✓ Vereinbarung tarifindividuell möglich	✓ Vereinbarung tarifindividuell möglich
Einschlusses einer Todesfalleistung	✓ Vereinbarung tarifindividuell möglich	✓ Absicherung über Zusatztarif möglich
Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme	x	✓
Unterberechnung der Beitragszahlung möglich	✓ Vereinbarung tarifindividuell möglich	✓ Vereinbarung tarifindividuell möglich
Bildung eines Rückkaufwerts	x	✓

Zurück zur
Übersicht



IHR PERSÖNLICHER FAHRPLAN

Mit einem Klick auf den jeweiligen Kasten können Sie direkt an die Fonds Finanz eine Nachricht zu dem jeweiligen Thema schicken, werden auf eine Übersicht oder ein Formular weitergeleitet.



A woman with blonde hair, wearing a bright blue tank top and light-colored pants, is sitting on the grass in a sunlit field. She is leaning against the trunk of a tree on the right side of the frame. Her eyes are closed, and she has a peaceful expression. The background is a soft-focus landscape with green grass and trees, bathed in warm, golden light. A large, semi-transparent white shape is overlaid on the left side of the image, containing the text.

HERZLICHEN DANK

IHR PERSÖNLICHER PFLEGEPLAN WARTET AUF SIE

März 2018 | Eine Leistung der Fonds Finanz Maklerservice GmbH



AMBULANTER PFLEGEDIENST

WAS MACHT EIN AMBULANTER PFLEGEDIENST?

Der ambulante Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Er bietet Familien Unterstützung und Hilfe im Alltag, damit pflegende Angehörige zum Beispiel Beruf und Pflege sowie Betreuung besser organisieren können. Das Leistungsangebot des ambulanten Pflegedienstes erstreckt sich über verschiedene Bereiche. Dies sind vor allem:

1. körperbezogene Pflegemaßnahmen wie etwa Körperpflege, Ernährung, Förderung der Bewegungsfähigkeit
2. pflegerische Betreuungsmaßnahmen, zum Beispiel Hilfe bei der Orientierung, bei der Gestaltung des Alltags oder auch bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte
3. häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wie zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen
4. Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten
5. Hilfen bei der Haushaltsführung, zum Beispiel Kochen oder Reinigen der Wohnung

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>



PFLEGESACHLEISTUNGEN IN DER PFLEGEPLICHTVERSICHERUNG

WAS SIND AMBULANTE PFLEGESACHLEISTUNGEN UND WIE HOCH SIND DIESE?

- › Die Pflegeversicherung übernimmt für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 als ambulante Pflegesachleistungen die Kosten für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung bis zu einem gesetzlich vorgeschriebenen Höchstbetrag (pro Monat). Dieser richtet sich nach dem Pflegegrad.
- › Darüber hinaus kann auch der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro im Monat für Leistungen ambulanter Pflegedienste eingesetzt werden, um Unterstützung zu erhalten.
- › In den Pflegegraden 2 bis 5 darf der Entlastungsbetrag jedoch nicht für Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung genutzt werden, also zum Beispiel für die Unterstützung beim morgendlichen Waschen. Hierfür stehen vielmehr die oben genannten Sachleistungen zur Verfügung. In Pflegegrad 1 hingegen darf der Entlastungsbetrag auch für Leistungen ambulanter Pflegedienste im Bereich der Selbstversorgung verwendet werden.

Klicken Sie hier für
mehr Informa-
tionen zum Thema
Pflegegrad.

Zurück zur
Übersicht



PFLEGENDE ANGEHÖRIGE – WANN WIRD PFLEGEGELD GEZAHLT?

Pflegebedürftige sollen selbst darüber entscheiden können, wie und von wem sie gepflegt werden möchten. Die Pflegeversicherung unterstützt deshalb auch, wenn sich Betroffene dafür entscheiden, statt von einem ambulanten Pflegedienst von Angehörigen, Freunden oder anderen ehrenamtlich Tätigen versorgt zu werden. Hierfür zahlt die Pflegeversicherung das sogenannte Pflegegeld.

Wann wird Pflegegeld gezahlt?

Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege selbst sichergestellt ist, zum Beispiel durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen und mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Das Pflegegeld wird der pflegebedürftigen Person von der Pflegekasse überwiesen. Diese kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen und gibt das Pflegegeld in der Regel an die sie versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter. Das Pflegegeld kann auch mit ambulanten Pflegesachleistungen kombiniert werden.

Wie bemisst sich die Höhe des Pflegegeldes?

- › Das Pflegegeld ist wie die Sachleistung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt.

Kombinationsleistung

- › Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegesachleistungen zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig im Verhältnis zum Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Rechenbeispiel

- › Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 nimmt Sachleistungen durch einen Pflegedienst im Wert von 344,50 Euro in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 689 Euro. Er hat somit die Sachleistungen zu 50 Prozent ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 316 Euro stehen ihm damit ebenfalls noch 50 Prozent zu, also 158 Euro.

Klicken Sie hier für mehr Informationen zum Thema Pflegegrad.

Zurück zur Übersicht



KURZZEIT-PFLEGE, URLAUBS-, & KRANKHEITSVERTRETUNG

- › Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die nachgewiesenen Kosten einer Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr. Sie kann durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, ehrenamtlich Pflegenden, aber auch durch nahe Angehörige erfolgen.
- › Die Leistungen für die Verhinderungspflege können auch in Anspruch genommen werden, wenn die Ersatzpflege in einer Einrichtung stattfindet. Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson die Pflegebedürftige beziehungsweise den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in ihrer beziehungsweise seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden.

Wie hoch sind die Leistungen bei der Verhinderungspflege?

- › Wird die Verhinderungspflege von einer erwerbsmäßig tätigen Person, einem ambulanten Pflegedienst, von entfernten Verwandten, die nicht mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind, oder von Nachbarinnen beziehungsweise Nachbarn übernommen, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr.
- › Wird die Ersatzpflege durch nahe Angehörige nicht erwerbsmäßig sichergestellt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Pflegeperson (zum Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausschluss) nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro aufgestockt werden. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.612 Euro nicht übersteigen.
- › Mehr Informationen finden Sie auf der nächsten Folie.

Zurück zur
Übersicht



KURZZEIT-PFLEGE, URLAUBS-, & KRANKHEITSVERTRETUNG

Können Ansprüche auf Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege genutzt werden?

Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrags (das sind bis zu 806 Euro im Kalenderjahr) für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet. Damit stehen bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und für die es keine Betreuung in einer geeigneten vollstationären Kurzzeitpflegeeinrichtung gibt weshalb sie den Anspruch bisher nicht nutzen konnten.

Wird während der Verhinderungspflege weiterhin Pflegegeld gezahlt?

Ja. Während der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Rechenbeispiel

Die Pflegeperson erkrankt an 15 Tagen. Während dieser Zeit wird Verhinderungspflege gewährt. Vor der Verhinderungspflege wurde Pflegegeld für Pflegegrad 4 in Höhe von 728 Euro monatlich bezogen. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das volle Pflegegeld bezahlt (2/30 von 728 Euro). An den übrigen 13 Tagen wird noch ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 157,73 Euro gezahlt (50 Prozent von 728 Euro = 364 Euro x 13/30 = 157,73 Euro). Danach wird das Pflegegeld wieder in voller Höhe gezahlt.



PFLEGEHILFSMITTEL

- › Unter Pflegehilfsmittel fallen Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, diese erleichtern und dazu beitragen, der beziehungsweise dem Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Die Pflegekasse unterscheidet zwischen
 - › **technischen Pflegehilfsmitteln wie beispielsweise einem Pflegebett, Lagerungshilfen oder einem Notrufsystem sowie**
 - › **Verbrauchsprodukten, wie zum Beispiel Einmalhandschuhen oder Betteinlagen.**
- › Seit dem 1. Januar 2017 haben der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Pflegebedürftige aller Pflegegrade können Pflegehilfsmittel beantragen, wenn diese dazu beitragen, die Pflege zu erleichtern, Beschwerden zu lindern oder ihnen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Die Kosten werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn keine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse besteht. Das Pflegehilfsmittel Verzeichnis der Pflegekassen informiert darüber, welche Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt beziehungsweise leihweise überlassen werden. Zu den Kosten für technische Pflegehilfen muss die pflegebedürftige Person einen Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 Euro, zahlen. Größere technische Pflegehilfsmittel werden oft leihweise überlassen, sodass eine Zuzahlung entfällt. Von den Kosten für Verbrauchsprodukte werden bis zu 40 Euro pro Monat von der Pflegekasse erstattet. Wenn Rollstühle oder Gehhilfen ärztlich verordnet werden, tragen die Krankenkassen die Kosten.

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>



FÖRDERUNG VON PFLEGE-WOHNGEMEINSCHAFTEN VERBESSERUNG DES WOHNUMFELDES

- › Die Pflegekasse zahlt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 auf Antrag bis zu 4.000 Euro als Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen, die die häusliche Pflege in der Wohnung ermöglichen, erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person wiederherstellen sollen (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen). Ziel solcher Maßnahmen ist es auch, eine Überforderung der Pflegekraft zu verhindern.
- › Wohnen mehrere Anspruchsberechtigte zusammen, kann der Zuschuss bis zu viermal 4.000 Euro, also bis zu 16.000 Euro, betragen. Bei mehr als vier anspruchsberechtigten Personen wird der Gesamtbetrag anteilig auf die Bewohnerinnen und Bewohner aufgeteilt. Dies kommt vor allem ambulant betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige zugute.

Welche Maßnahmen werden von der Pflegekasse bezuschusst?

Die Pflegekasse zahlt einen Zuschuss zu verschiedenen Maßnahmen der Wohnungsanpassung. Einen Zuschuss gibt es für Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sein können, wie zum Beispiel Türverbreiterungen oder fest installierte Rampen und Treppenlifter, aber auch für den pflegegerechten Umbau des Badezimmers. Außerdem wird der Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgebaut werden muss, finanziell unterstützt. Ein Zuschuss zur Wohnungsanpassung kann auch ein zweites Mal gewährt werden, wenn die Pflegesituation sich so verändert hat, dass erneute Maßnahmen nötig werden.

Rechenbeispiel

Wohnungsanpassung in einer Pflege-WG: Wohnen Sie mit acht pflegebedürftigen Personen zusammen, würde jede Person ein Achtel des Gesamtbetrages von 16.000 Euro bekommen. Das wären 2.000 Euro pro pflegebedürftiger Person.



DEMENZ

Nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes leben in Deutschland derzeit 1 Million Menschen mit einer Demenzerkrankung. In zehn bis 15 Jahren könnte sich diese Zahl verdoppeln, denn dann erreicht die „Babyboomer“-Generation das Rentenalter. 97 % aller Demenzfälle treten ab dem Alter von 65 Jahren auf. Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, verdoppelt sich anschließend alle fünf Jahre.

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>

Zurück zur
Übersicht



DEFINITION PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

WAS BEDEUTET DER BEGRIFF PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT NACH DEM SGB?

§14SGB XI: Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensiert oder bewältigt werden können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate andauern. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen

- › der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.
- › Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.
- › Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mind. sechs Monate, und mit mindestens der in §15 festgelegten Schwere bestehen.

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>



PFLEGEGRAD 1

WAS BEDEUTET PFLEGEGRAD 1?

- › Mit dem Pflegegrad 1 genehmigen Pflegekassen ab 2017 körperlich und geistig noch recht beweglichen, geringfügig hilfsbedürftigen Versicherten Pflege- und Betreuungsleistungen, wenn Gutachter eine „**geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit**“ festgestellt haben.
- › Menschen mit Pflegegrad 1 stehen 125 Euro für Betreuungs- und Entlastungsleistungen zu, die sie auch für die Grundpflege durch einen ambulanten Pflegedienst nutzen können.

Kriterien und Voraussetzungen

Um Pflegegrad 1 und bestimmte Leistungen zu erhalten, müssen hilfsbedürftige Pflegeversicherte beim neuartigen Prüfverfahren „Neues Begutachtungsassessment (NBA)“ zwischen 12,5 und unter 27 Punkte erzielen. Für den Pflegegrad 1 berücksichtigen Gutachter des MDK bzw. der MEDICPROOF in der Regel nur Antragsteller, die 2017 erstmals Pflegeleistungen in den sechs Bereichen beantragen.

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>

Zurück zu
Welche
Leistungen
gibt es?

Zurück zu
Die fünf
Pflegegrade



PFLEGEGRAD 2

WAS BEDEUTET PFLEGEGRAD 2?

Pflegegrad 2 beschreibt die erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit.

Kriterien und Voraussetzungen für Pflegegrad 2

Um Pflegegrad 2 und damit verbundene Leistungen zu erhalten, müssen Gutachter dem Antragsteller eine „erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit“ bescheinigen und bei der Begutachtung im Rahmen des „Neues Begutachtungsassessment (NBA)“ zwischen 27 und < 47,5 Punkten ermitteln. Die Gutachter werden nach Antragstellung des Versicherten von der Pflegekasse beauftragt und sollen die Antragsteller in sechs Bereichen begutachten, wenn sie 2017 erstmals Pflegeleistungen beantragen.

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>



Zurück zu
Welche
Leistungen
gibt es?

Zurück zu
Die fünf
Pflegegrade



PFLEGEGRAD 3

WAS BEDEUTET PFLEGEGRAD 3?

Pflegegrad 3 beschreibt die schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit.

Kriterien und Voraussetzungen für Pflegegrad 3

Um Pflegegrad 3 und die entsprechenden Leistungen zu erhalten, müssen hilfsbedürftige Pflegeversicherte mindestens 47,5 und weniger als 70 Punkte im Prüfverfahren „Neues Begutachtungsassessment (NBA)“ erzielen. Die beauftragten Gutachter des MDK bzw. der MEDICPROOF testen all diejenigen, die 2017 erstmals Pflegeleistungen beantragen, in sechs Bereichen.

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>

Zurück zu
Welche
Leistungen
gibt es?

Zurück zu
Die fünf
Pflegegrade



PFLEGEGRAD 4

WAS BEDEUTET PFLEGEGRAD 4?

Pflegegrad 4 beschreibt die **schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit** von Pflegebedürftigen und garantiert ihnen entsprechende Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Kriterien und Voraussetzungen für Pflegegrad 4

Um Pflegegrad 4 zu erhalten, müssen Versicherte zunächst einen Antrag auf Pflegeleistungen bei ihrer Pflegekasse stellen. Anschließend werden sie von einem Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK; bei gesetzlich Versicherten) oder der MEDICPROOF (bei privat Versicherten) im Hinblick auf ihre noch vorhandene Selbstständigkeit untersucht und anhand eines Punktesystems eingestuft. Je selbstständiger der Antragsteller noch ist, desto weniger Punkte erhält er. Um von der Pflegekasse Pflegegrad 4 zugewiesen zu bekommen, müssen bei der Begutachtung mindestens 70 und unter 90 Punkte ermittelt werden.

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>

Zurück zu
Welche
Leistungen
gibt es?

Zurück zu
Die fünf
Pflegegrade



PFLEGEGRAD 5

WAS BEDEUTET PFLEGEGRAD 5?

Pflegegrad 5 beschreibt die **schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen für die pflegerische Versorgung** und genehmigt damit die umfangreichen Leistungen aus der Pflegekasse.

Kriterien und Voraussetzungen für Pflegegrad 5

Um Pflegegrad 5 zu erhalten, müssen Gutachter bei der Begutachtung des Versicherten mindestens 90 bis 100 Punkte ermitteln. Die beauftragten Gutachter des MDK (bei gesetzlich Versicherten) oder anderer Prüforganisationen untersuchen die Antragsteller nach dem neuen Prüfverfahren „Neues Begutachtungsassessment (NBA)“ in sechs Modulen auf den Grad ihrer noch vorhandenen Selbstständigkeit.

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>

Zurück zu
Welche
Leistungen
gibt es?

Zurück zu
Die fünf
Pflegegrade



MOBILITÄT

DEFINITION

Mobilität (10 Prozent): Positionswechsel im Bett, stabile Sitzposition halten, Aufstehen aus sitzender Position und Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches und Treppensteigen.

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>

Zurück zur
Übersicht



KOGNITIVE UND KOMMUNIKATIVE FÄHIGKEITEN

DEFINITION

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Modul 2 und 3 ergeben zusammen 15 Prozent): Personen aus dem näheren Umfeld erkennen, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Gedächtnis, Alltagshandlungen in mehreren Schritten wie die Haushaltsführung ausführen oder steuern, Entscheidungen im Alltagsleben treffen, Sachverhalte und Informationen verstehen, Risiken und Gefahren erkennen, elementare Bedürfnisse mitteilen, Aufforderungen verstehen, sich an einem Gespräch beteiligen.

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>



VERHALTENSWEISEN UND PSYCHISCHE PROBLEMLAGEN

DEFINITION

Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigung von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Ängste, Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige inadäquate Handlungen.

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>



SELBSTVERSORGUNG

DEFINITION

Körperpflege (vorderen Oberkörper waschen, rasieren, kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Intimbereich waschen, duschen oder baden – einschließlich Haare waschen), An- und Auskleiden (Oberkörper an- und auskleiden, Unterkörper an- und auskleiden), Ernährung (Essen mundgerecht zubereiten/Getränke eingießen, Essen, Trinken), Ausscheiden (Toilette oder Toilettenstuhl benutzen, Folgen einer Harninkontinenz bewältigen sowie Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen sowie Umgang mit Stoma), Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen (nur bei Kindern von 0-18 Monaten).

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>



Mein Pflegefahrplan

BEWÄLTIGUNG VON UND SELBSTÄNDIGER UMGANG MIT KRANKHEITS- ODER THERAPIEBEDINGTEN ANFORDERUNGEN UND BELASTUNGEN

DEFINITION

Bezüglich: Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen oder Sauerstoffgabe, Einreibungen, Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel, Verbandswechsel und Wundversorgung, Wundversorgung bei Stoma, regelmäßige Einmal-Katheterisierung, Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung, zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnter Besuch medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen und Besuch von Einrichtungen zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern).

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>

Zurück zur
Übersicht



GESTALTUNG DES ALLTAGSLEBENS UND SOZIALE KONTAKTE

DEFINITION

Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen, Ruhen und Schlafen, sich beschäftigen, in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt und Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes.

Quelle: <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>

Zurück zur
Übersicht



VERWENDUNGSHINWEIS / HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Zielrichtung dieses Leitfadens (Stand 11/2017) ist es, dem Vermittler einen Kurzüberblick über den Bereich der privaten Pflegezusatzversicherung und eine Hilfestellung zur Vorbereitung auf das Kundengespräch zu verschaffen. Dieser Leitfaden ist nur zum internen Gebrauch durch den Vermittler bestimmt, er darf dem Kunden weder überlassen oder vorgelegt werden, noch darf der Vermittler auf die Fonds Finanz Maklerservice GmbH (kurz Fonds Finanz) als Quelle verweisen. Der Vermittler hat jeden Eindruck zu meiden zwischen dem Kunden und der Fonds Finanz käme ein Maklervvertrag (insbesondere als Versicherungsmakler) zustande. Der Leitfaden erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ersetzt ausdrücklich weder die Auseinandersetzung des Vermittlers mit der Fachmaterie, den Bestimmungen und Bedingungen der ggf. in Betracht kommenden Versicherer und der persönlichen Kunden- und Beitragssituation in Form einer pflichtgemäßen Kundenberatung. Verantwortlich für die Kundenberatung ist allein der Vermittler, nicht die Fonds Finanz. Für die Richtigkeit und Aktualität des Leitfadens leistet die Fonds Finanz keine Gewähr.

Bei diesem Leitfaden handelt es sich um eine freiwillige und unentgeltliche Serviceleistung der Fonds Finanz gegenüber dem Vermittler. Soweit eine Verantwortlichkeit der Fonds Finanz für die Inhalte des Leitfadens verbleiben sollte, ist die Haftung ausgeschlossen, soweit Fonds Finanz nicht eine Verletzung der Rechtsgüter Leben, Körper und Gesundheit, Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit oder die Verletzung wesentlicher Vertragspflichten zu vertreten hat, also einer solchen Pflicht, deren Erfüllung die ordnungsgemäße Durchführung des Vertrags überhaupt erst ermöglicht und auf deren Einhaltung der Vertragspartner regelmäßig vertraut und vertrauen darf. Vertrag ist in diesem Zusammenhang die Pool-Anbindung des Vermittlers an die Fonds Finanz.

