

Pflegeversicherung und Realkosten

Wenn man Hilfe braucht und was sie kostet

Beratung durch:



Kuch & Partner GmbH & Co. KG

Frankfurter Straße 42 • 65549 Limburg

Tel.: 06431 / 90225140

Fax: 06431 / 90225149

info@kuchundpartner.de

<http://www.kuchundpartner.de>

Persönlicher Ansprechpartner:

Servicestelle Büro Limburg

Tel.: 06431 90225140

Fax: 06431 90225149

info@kuchundpartner.de

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.



© Danny Eiskamp, Fotolia #14951354

Versicherter Personenkreis

Soziale Pflegepflichtversicherung	Private Pflegepflichtversicherung
<ul style="list-style-type: none"> • Alle Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung • Alle freiwillig gesetzlich Krankenversicherten • alle Familienversicherten (Kinder, Ehepartner) in der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch beitragsfrei in der Pflegeversicherung mitversichert 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle privat Krankenvollversicherten mit einem Tarif, der allgemeine Krankenhausleistungen beinhaltet • Kinder sind beitragsfrei in der privaten Pflegeversicherung mitversichert. • Beihilfeberechtigte Personen (Beamte, auch Empfänger freier Heilfürsorge wie Soldaten)

Für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern ergeben sich folgende Bedingungen

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

Begriff der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

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

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

Einstufung in den Pflegegrad

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

Folgende fünf Grade der Pflegebedürftigkeit werden unterschieden

Pflegegrad	Grundpflege täglich	Psychosoziale Unterstützung	nächtliche Pflege	Anwesenheit am Tag
1	27 - 60 Minuten	gelegentlich	nein	nein
2	30 - 127 Minuten	bis 1 Mal täglich	bis 1 Mal täglich	nein
2 mit eingeschränkter Alltagskompetenz	8 - 58 Minuten	2 bis 12 Mal täglich	nein	stundenweise
3	131 - 278 Minuten	2 bis 6 Mal täglich	bis 2 Mal täglich	2 bis 6 Mal täglich
3 mit eingeschränkter Alltagskompetenz	8 - 74 Minuten	6 Mal täglich bis andauernd	2 bis 3 Mal täglich	6 bis 12 Stunden täglich
4	183 - 300 Minuten	2 bis 6 Mal täglich	2 bis 3 Mal täglich	6 bis 12 Stunden täglich
4 mit eingeschränkter Alltagskompetenz	128 - 250 Minuten	7 bis mehr als 12 Mal täglich	1 bis 6 Mal täglich	andauernd
5 mit eingeschränkter Alltagskompetenz	245 - 279 Minuten	mehr als 12 Mal täglich	3 Mal täglich	andauernd

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



©Alexander Rattis, Fotolia #14902675

Beitrag zur sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung

	Soziale Pflegeversicherung	Private Pflegeversicherung
Beitragsberechnung	2,55 % vom Bruttogehalt Arbeitnehmer und Arbeitgeber teilen sich den Beitrag (je 1,275%) Kinderlose Arbeitnehmer zahlen nach Vollendung des 22. Lebensjahres einen Zuschlag von 0,25%	Nach dem Eintrittsalter Zum Teil nach Gesundheitszustand (Vorerkrankungen können zu einem Risikozuschlag führen)
Höchstbeitrag	2,55% der Beitragsbemessungsgrenze (4.350 €)	Siehe Höchstbeitrag soziale Pflegeversicherung Für Personen mit Beihilfeanspruch gilt ein Höchstbeitrag von 40% des allgemeinen Höchstbeitrags (2,55% v. 4.350 €) Ehegattenhöchstbeitrag: bei 150% des Gesamtbeitrages

Leistungen aus der Pflegeversicherung

Häusliche Pflege

	Sachleistungen (monatlich)	Geldleistungen (monatlich)
Pflegegrad 1	Leistungen nach § 28a SGB XI	Leistungen nach § 28a SGB XI
Pflegegrad 2	689 €	316 €
Pflegegrad 3	1.298 €	545 €
Pflegegrad 4	1.612 €	728 €
Pflegegrad 5	1.995 €	901 €

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

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

Stationäre Pflege

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

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

Übergangspflege für Menschen ohne Pflegestufe bzw. Pflegegrad

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

Eintritt des Pflegefalles – Welche Kosten entstehen für Pflegebedürftige und Angehörige?

Frau Müller (80) erlitt nach einem Sturz auf den Hinterkopf im eigenen Garten eine Gehirnerschütterung. Nach einem längeren Krankenhausaufenthalt und mehreren operativen Eingriffen konnte eine vollständige Genesung nicht mehr erreicht werden. Frau Müller wurde durch diesen Sturz zu einem schwerst pflegebedürftigen Menschen und lebt seither im Pflegeheim.

Besonders bei älteren Menschen kann ein scheinbar harmloser Unfall zu einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit führen.

Beispiel: Kosten bei häuslicher Pflege durch einen Pflegedienst

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Durchschnittliche Kosten pro Monat	*	810 €	1.380 €	2.655 €	3.360 €
Leistungen aus der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung		689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Eigenleistung durch den Versicherten		121 €	82 €	1.043 €	1.365 €

* zu Pflegegrad 1 können die Kosten derzeit nicht berechnet werden, da es keine korrespondierende Pflegestufe und damit keine statistische Erhebung gibt

Beispiel: Kosten bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Durchschnittliche Kosten pro Monat	*	2.597 €	2.798 €	3.146 €	3.294 €
Leistungen aus der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung		770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Eigenleistung durch den Versicherten		1.827 €	1.536 €	1.371 €	1.289 €

* zu Pflegegrad 1 können die Kosten derzeit nicht berechnet werden, da es keine korrespondierende Pflegestufe und damit keine statistische Erhebung gibt

Diese beiden Kostenbeispiele machen deutlich, dass die Eigenleistung durch den Versicherten für die häusliche oder stationäre Pflege kaum aufzubringen ist. In diesem Fall müssen die Angehörigen für eine gute Betreuung im Pflegefall tief in die Tasche greifen. Per Gesetz sind die Nachkommen oder nächsten Verwandten dazu verpflichtet, finanziell für die pflegebedürftigen Angehörigen aufzukommen (§ 1601 BGB). Es ergeben sich je nach Pflegegrad große Versorgungslücken zwischen Kosten und Leistung, die oft nicht vollständig zu schließen sind. Eine Unterbringung in einem kostengünstigeren Pflegeheim oder die Kosteneinsparung bei dem häuslichen Pflegedienst sind für den Versicherten oft eine unschöne Alternative.



Schließung der Versorgungslücke mit einer Pflegezusatzversicherung

Checkliste bei Eintritt des Pflegefalls – was ist zu beachten?

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

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

BKK PflegeFinder
DER BKK PFLEGEFINDER: PFLEGE-EINRICHTUNGEN SUCHEN UND FINDEN

BKK

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.Bartholomaeus-Wohnpark.de

Institutionskennzeichen:
510940951

Qualität der Pflegeeinrichtung

 Pflege und medizinische Versorgung 2,0 gut	 Umgang mit demenzkranken Bewohnern 2,4 gut	 Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung 1,7 gut	 Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene 1,0 sehr gut	 Befragung der Bewohner 1,5 gut	Gesamt - ergebnis Rechnerisches Gesamtergebnis 1,8 gut
---	---	--	---	---	---

Pflegetagegeld - Pflegekosten - Pflegerente

Zielgruppe für eine Pflegezusatzversicherung:
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 Tagesgeld, 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 Tagesatzes	Erstattung der Restkosten, die durch die gesetzliche Pflegeversicherung nicht abgedeckt sind (Festlegung von Höchstätzen).	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.