

Die Leistungen der Privaten Pflege-Pflichtversicherung Merkblatt für Antragsteller

In diesem Merkblatt erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen der Pflegepflichtversicherung. Dieses Merkblatt ersetzt nicht die verbindlichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/PPV und Tarif PV). Es dient jedoch Ihrem einfachen und schnellen Überblick.

I. Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf Hilfe anderer Personen angewiesen sind.

Pflegebedürftige Personen können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss zudem auf Dauer bestehen, das bedeutet für voraussichtlich mindestens sechs Monate. Außerdem muss bei mindestens einer der nachfolgend genannten Fähigkeiten und Kriterien eine Beeinträchtigung bestehen.

1. Mobilität

Wie selbstständig kann der Mensch sich fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Wie findet sich der Mensch in seinem Alltag örtlich und zeitlich zurecht? Kann er für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann die Person Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen?

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Wie häufig benötigt der Mensch Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, wie etwa aggressivem oder ängstlichem Verhalten?

4. Selbstversorgung

Wie selbstständig kann sich der Mensch im Alltag versorgen, beim Essen und Trinken und bei der Körperpflege?

5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Wie aufwändig ist die Unterstützung beim Umgang mit der Krankheit und bei Behandlungen, zum Beispiel bei Medikamentengabe oder Verbandswechsel?

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Wie selbstständig kann der Mensch noch den Tagesablauf planen oder Kontakte pflegen?

Die fünf Pflegegrade:

Nach der Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen erfolgt die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade. Dabei werden für jedes Kriterium Punkte vergeben. Die Punkte reflektieren die Schwere der Beeinträchtigungen. Anschließend werden die Punkte zusammengezählt und wie folgt gewichtet:

1. Mobilität		10 %
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten	} nur der höhere Wert aus 2 und 3 wird herangezogen	
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		15 %
4. Selbstversorgung		40 %
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen		20 %
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte		15 %

Aus dem Gesamtpunktwert wird der Pflegegrad ermittelt:

Pflegegrad 1: ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 2: ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 3: ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 4: ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 5: ab 90 bis 100 Gesamtpunkten: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Begutachtungsverfahren

Die Begutachtung zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch den medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherung (MEDICPROOF). Der Gutachter vereinbart hierfür einen Termin bei Ihnen zu Hause.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Fähigkeiten mit Kindern im gleichen Alter ermittelt. Kinder im Alter von bis zu 18 Monaten werden grundsätzlich einen Pflegegrad höher eingestuft (z. B. bei 27 bis 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3).

II. Leistungen

Die Leistungen für Pflegefälle gewähren wir ab Antragstellung. Unter Umständen auch ab Beginn des Monats der Antragstellung, wenn der Pflegefall bereits in einem Vormonat eingetreten war. Beamte erhalten die Leistungen anteilig ergänzend zu ihrem Beihilfeanspruch. Folgende Leistungen sind vorgesehen:

Erstattung der Kosten für häusliche Pflegehilfe (Pfllegesachleistung)

Wir erstatten Kosten für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfe bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe). Diese Maßnahmen müssen von geeigneten Pflegekräften durchgeführt werden, die von der sozialen oder privaten Pflegeversicherung anerkannt sind. Die Erstattung erfolgt pro Kalendermonat und bis zu nachfolgenden Beträgen:

Pflegegrad 1:	–*
Pflegegrad 2:	bis zu 689,00 EUR
Pflegegrad 3:	bis zu 1.298,00 EUR
Pflegegrad 4:	bis zu 1.612,00 EUR
Pflegegrad 5:	bis zu 1.995,00 EUR

* Eine Erstattung der Kosten für häusliche Pflegehilfe bei Pflegegrad 1 erfolgt über den Entlastungsbetrag.

Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen

Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe können wir ein Pflegegeld zahlen. Vorausgesetzt, der Pflegebedürftige setzt das Pflegegeld nachweislich für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen ein. Ebenso dient es der Hilfe bei der Haushaltsführung. Das Pflegegeld beträgt monatlich:

Pflegegrad 1:	–
Pflegegrad 2:	316,00 EUR
Pflegegrad 3:	545,00 EUR
Pflegegrad 4:	728,00 EUR
Pflegegrad 5:	901,00 EUR

Bei den Pflegegraden 2 bis 3 muss mindestens einmal halbjährlich eine Beratung durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung erfolgen. Bei den Pflegegraden 4 bis 5 mindestens einmal vierteljährlich. Die Beratung sichert die Qualität der häuslichen Pflege und unterstützt die häuslich Pflegenden. Die Kosten für die Beratung erstatten wir wie folgt:

Pflegegrad 2 bis 3:	bis zu 23,00 EUR
Pflegegrad 4 bis 5:	bis zu 33,00 EUR

Kombinationsleistung

Die Pfllegesachleistung kann in einer Pflegestufe ganz oder teilweise in Anspruch genommen werden. Dies ist abhängig vom persönlichen Pflegebedarf. Wenn die Pfllegesachleistung nur teilweise beansprucht wird, kann zusätzlich ein Anteil des Pflegegeldes gezahlt werden.

Beispiel: Im Pflegegrad 3 nehmen Sie einen Pflegedienst für 778,80 EUR in Anspruch (= 60 Prozent von 1.298,00 EUR). Dann können Sie zusätzlich 40 Prozent des Pflegegeldes von 545,00 EUR (= 218,00 EUR) erhalten.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125,00 EUR pro Kalendermonat. Der Betrag kann innerhalb eines Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Nicht in dem jeweiligen Kalenderjahr ausgeschöpfte Beträge können in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Der Entlastungsbetrag ist für Aufwendungen gedacht, die im Zusammenhang mit folgenden Leistungen entstehen:

- teilstationäre Pflege (Tages-/Nachtpflege)
- Kurzzeitpflege
- häusliche Pflegehilfe (ausgenommen sind Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, d. h. Waschen, An-/Auskleiden, Ernährung, Trinken, Toilettenbenutzung)*
- nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung der Pflegenden, Angebote zur Entlastung im Alltag)

* Für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 können alle Leistungen der häuslichen Pflegehilfe, die ein ambulanter Pflegedienst erbringt, im Rahmen des Höchstbetrages erstattet werden.

Wird der Anspruch auf Pfllegesachleistungen nicht voll ausgeschöpft, kann der nicht genutzte Betrag für Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden. Die Aufwendungen hierfür dürfen maximal 40 Prozent des Höchstsatzes des Pflegegrades betragen.

Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5

Wird die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht, besteht ein Anspruch auf Kurzzeitpflege. Die Kurzzeitpflege darf längstens acht Wochen pro Kalenderjahr andauern. Die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen und für die Betreuung übernehmen wir bis zu 1.612,00 EUR. Dazu zählen ebenso Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Hinzugerechnet werden können die Leistungen für eine Verhinderungspflege. Dann erhöht sich der Betrag um bis zu 1.612,00 EUR auf insgesamt bis zu 3.224,00 EUR. Zudem erhöht sich der Zeitraum der Kurzzeitpflege auf bis zu 14 Wochen. Dies gilt, soweit für diesen Betrag noch keine Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde.

Wurden bereits Pflegegeldleistungen in Anspruch genommen, zahlen wir das Pflegegeld zur Hälfte weiter.

Verhinderungspflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5

Ist eine Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege. Dies gilt bis zu 1.612,00 EUR und für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Die Leistungshöhe der Verhinderungspflege hängt davon ab, ob die Ersatzpflege erwerbsmäßig oder ehrenamtlich durchgeführt wird:

Bei erwerbsmäßiger Ersatzpflege können für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu 1.612,00 EUR erstattet werden. Hinzugerechnet werden können die Leistungen für eine Kurzzeitpflege. Dann erhöht sich der Betrag um bis zu 806,00 EUR auf insgesamt bis zu 2.418,00 EUR und der Zeitraum auf bis zu 14 Wochen. Dies gilt, soweit für diesen Betrag noch keine Kurzzeitpflege im Kalenderjahr in Anspruch genommen wurde.

Bei ehrenamtlicher Ersatzpflege zahlen wir ein Ersatzpflegegeld bis zum 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufe. Dies gilt für längstens 42 Tage. Nachweisliche Aufwendungen für die Verhinderungspflege, zum Beispiel Fahrtkosten oder Verdienstausfall, können zusammen mit dem Ersatzpflegegeld bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612,00 EUR erstattet werden. Dieser Betrag erhöht sich auf bis zu 2.418,00 EUR, wenn der Betrag für Kurzzeitpflege zugerechnet wird. Wurden bereits Pflegegeldleistungen in Anspruch genommen, zahlen wir das Pflegegeld zur Hälfte weiter.

Teilstationäre Pflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5

Zusätzlich zum Pflegegeld, den Pflegesachleistungen oder der Kombinationsleistung besteht Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege. Dies sind Einrichtungen, in denen die Unterbringung nur tagsüber oder nur nachts erfolgt. Dabei werden die pflegebedingten Aufwendungen monatlich wie folgt erstattet:

Pflegegrad 1:	–
Pflegegrad 2:	bis zu 689,00 EUR
Pflegegrad 3:	bis zu 1.298,00 EUR
Pflegegrad 4:	bis zu 1.612,00 EUR
Pflegegrad 5:	bis zu 1.995,00 EUR

Ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen Zuschlag. Dieser muss zweckgebunden sein und beträgt 214,00 EUR monatlich.

Bei der Neugründung einer ambulant betreuten Wohngruppe besteht außerdem Anspruch auf eine einmalige Anschubfinanzierung. Diese dient der altersgerechten oder barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung. Die Finanzierung beträgt bis zu 2.500,00 EUR pro anspruchsberechtigte Person. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf maximal 10.000,00 EUR begrenzt. Der Antrag muss innerhalb eines Jahres gestellt werden.

Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln aus dem Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung. Diese Hilfsmittel dienen der Erleichterung der Pflege oder der Linderung von Beschwerden. Ebenso ermöglichen sie eine selbstständige Lebensführung. Dieser Anspruch besteht, sofern dafür nicht ein anderer Leistungsträger zuständig ist, wie zum Beispiel die Krankenversicherung. Das benötigte Hilfsmittel muss vorab beantragt und die Notwendigkeit durch den medizinischen Dienst bestätigt werden.

Grundsätzlich unterscheiden wir dabei folgende Arten von Hilfsmitteln:

- **Technische Hilfsmittel** stellen wir in der Regel leihweise zur Verfügung. Dazu gehören zum Beispiel Pflegebett, Badewannenlift oder Rollator.

Es ist sehr wichtig, dass Sie Kontakt mit uns aufnehmen, bevor Sie das benötigte Hilfsmittel beziehen. Durch unseren Kooperationspartner RehaVital können wir Ihnen schnellstmöglich und ohne Eigenanteil die benötigten Hilfsmittel liefern lassen. Wenn Sie Hilfsmittel bei einem anderen Anbieter kaufen, können wir nur die Kosten übernehmen, die uns bei eigenem Kauf entstanden wären.

- Für **Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind** (beispielsweise Desinfektionsartikel oder Windeln), zahlen wir je Kalendermonat bis zu 40,00 EUR
- Für **Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes** (z. B. Treppenlifte oder ebenerdige Duschen) können Zuschüsse gezahlt werden. Der medizinische Dienst prüft, ob die Maßnahme notwendig ist. Wird die Maßnahme befürwortet, kann ein Zuschuss von bis zu 4.000,00 EUR je pflegebedürftiger Person gezahlt werden. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf 16.000,00 EUR begrenzt, wenn mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung leben. Bei mehr als vier Anspruchsberechtigten innerhalb eines Haushaltes wird der Betrag anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

Renten und Arbeitslosenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen

Für verwandte und ehrenamtliche Pflegepersonen können wir Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung zahlen. Für diese Beiträge müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Der Pflegebedürftige muss mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft sein. Zudem muss die Pflege mindestens 10 Stunden wöchentlich betragen, verteilt auf mindestens zwei Tage wöchentlich. Dies gilt auch, wenn sich dieser Stundenaufwand auf mehrere Pflegebedürftige verteilt. Pflegepersonen sind bei ihrer Pflegetätigkeit außerdem kostenlos in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert.

Pflegekurse

Für Angehörige und Personen, die an ehrenamtlicher Pflegetätigkeit interessiert sind, bieten wir kostenlose Schulungskurse an. Diese vermitteln Fähigkeiten zur eigenständigen Durchführung von Pflege. Zudem helfen sie dabei, mit den seelischen und körperlichen Belastungen von Pflege umzugehen.

Pflegezeit und kurzzeitige Arbeitsverhinderung für nahe Angehörige

Nahe Angehörige, die „*Pflegezeit*“ beantragen, können unbezahlt und sozialversichert für bis zu sechs Monate von der Arbeit freigestellt werden.

Die sogenannte „*kurzzeitige Arbeitsverhinderung*“ ermöglicht eine Lohnersatzleistung für eine berufliche Auszeit von bis zu zehn Tagen. Diese Auszeit muss nachweislich dazu dienen, in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Die Lohnersatzleistung (Pflegeunterstützungsgeld) ist vergleichbar mit dem Kinderkrankengeld.

Leistungs- und Preisvergleichsliste der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie der Angebote zur Unterstützung im Alltag

Auf www.pflegeberatung.de erhalten Sie viele nützliche Informationen zum Thema Pflege. Über den Punkt „Meine Pflegesuche“ finden Sie zugelassene Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag in Ihrem Einzugsbereich. Zusätzlich können Sie Leistungen und Preise vergleichen. Auf Wunsch senden wir Ihnen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste der gewünschten Versorgungsform für Ihren Einzugsbereich zu.

Weitere Informationen

Detaillierte Informationen über diesen Überblick hinaus finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/PPV und Tarif PV), die Sie mit dem Versicherungsschein erhalten haben. Rufen Sie gerne auch unsere Mitarbeiter des Leistungsservices an. Wir helfen Ihnen schnell und unkompliziert weiter.