

Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung - Wissenswertes für den Antragstellenden

Nachstehend erhalten Sie einen kurzen Überblick zur Leistungsvoraussetzung und -höhe. **Wichtiger Hinweis:** Dieser Überblick ersetzt nicht die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/PPV und Tarif PV).

Begriff der Pflegebedürftigkeit und Begutachtungsverfahren

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit 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 selbständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen. Zudem ist der Grad der Selbständigkeit bzw. der Grad der Abhängigkeit von personellen Hilfen für Leistungen erheblich, welcher im Rahmen der Begutachtung festgestellt wird. Folgende Lebensbereiche (Module) werden vom Gutachter erfasst:

- Mobilität
- Selbstversorgung
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Der Pflegegrad ergibt sich, indem die Bewertungen des Gutachters in sechs Modulen anhand von genau festgelegten Berechnungsregeln zusammengeführt werden. Diese Berechnungsregeln sind von Pflegewissenschaftlern erarbeitet worden.

Für die Leistungshöhe ist die Einstufung in folgende Pflegegrade maßgeblich:

Pflegegrad 1 - Geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte im Rahmen der Begutachtung ermittelt)

Pflegegrad 2 - Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte im Rahmen der Begutachtung ermittelt)

Pflegegrad 3 - Schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte im Rahmen der Begutachtung ermittelt)

Pflegegrad 4 - Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(70 bis unter 90 Gesamtpunkte im Rahmen der Begutachtung ermittelt)

Pflegegrad 5 - Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
(90 bis 100 Gesamtpunkte im Rahmen der Begutachtung ermittelt)

Die Leistungen

Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, unter Umständen auch vom Beginn des Monats der Antragstellung an, wenn die Voraussetzungen für Leistungen aus der Pflegeversicherung bereits im Vormonat eingetreten sind. Beamte erhalten die Leistungen anteilig in Ergänzung zu ihrem Beihilfeanspruch. Folgende Leistungen sind vorgesehen:

1. Erstattung der Kosten einer häuslichen Pflegehilfe

Die Kosten einer häuslichen Pflegehilfe durch geeignete und von der sozialen oder privaten Pflegeversicherung anerkannte Pflegekräfte werden pro Kalendermonat erstattet:

Pflegegrad 2	bis zu	796 EUR
Pflegegrad 3	bis zu	1.497 EUR
Pflegegrad 4	bis zu	1.859 EUR
Pflegegrad 5	bis zu	2.299 EUR

Information zu Pflegegrad 1:

Eine Erstattung der Kosten für eine häusliche Pflegehilfe kann nur über den Entlastungsbetrag (siehe Punkt 13) erfolgen.

2. Pflegegeld für sonstige Pflegepersonen ab Pflegegrad 2

Anstelle von Aufwendungsersatz nach Punkt 1 kann ein Pflegegeld gezahlt werden. Der Anspruch setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person mit dem Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat bei

Pflegegrad 2	347 EUR
Pflegegrad 3	599 EUR
Pflegegrad 4	800 EUR
Pflegegrad 5	990 EUR

Einmal halbjährlich muss ein Pflegeeinsatz durch eine anerkannte Pflegeeinrichtung oder durch die compass Pflegeberatung erfolgen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 haben darüber hinaus die Möglichkeit, vierteljährlich freiwillig eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch zu nehmen. Die Kosten für den Beratungseinsatz werden bis zu den mit den Pflegekassen vereinbarten Preisen tariflich erstattet.

3. Kombinationsleistung

Entsprechend dem persönlichen Bedarf können die Punkte 1 und 2 auch kombiniert werden. Wird der Höchstbetrag unter Punkt 1 entsprechend Ihrem Pflegegrad nicht erreicht, können Sie zusätzlich einen entsprechenden Anteil vom Pflegegeld erhalten.

Beispiel:

Sie sind in Pflegegrad 3 eingestuft und nehmen in einem Kalendermonat die Leistung eines ambulanten Pflegedienstes in Höhe von 598,80 EUR in Anspruch (= 40% von 1.497 EUR). Zusätzlich erhalten Sie 359,40 EUR Pflegegeld (= 60% von 599 EUR) ausgezahlt.

4. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson ab Pflegegrad 2

Bei Urlaub, Krankheit oder sonstiger Verhinderung der Pflegeperson werden die Kosten für eine geeignete Ersatzpflege für längstens acht Wochen pro Kalenderjahr aus dem gemeinsamen Jahresbetrag von 3.539 EUR für Ersatzpflege und Kurzzeitpflege erstattet. Bei Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen das 2-fache des Pflegegeldes nicht übersteigen.

5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Die Leistungen bei häuslicher Pflege werden ergänzt um Leistungen für notwendige Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in folgendem Umfang:

- Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel monatlich bis zu 42 EUR
- Zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds kann ein Zuschuss bis maximal 4.180 EUR je Maßnahme gezahlt werden.
- Technische Hilfsmittel werden leihweise von uns zur Verfügung gestellt.

Wichtiger Hinweis: Informieren Sie uns bitte immer im Vorfeld, wenn Sie Pflegehilfsmittel benötigen. **Erstattungsfähige Pflegehilfsmittel sind über einen unserer Kooperationspartner zu beziehen.** Das sind **Reha-Service-Ring** und **Sanitätshaus Aktuell**. Nur so ist garantiert, dass Ihnen keine zusätzlichen Kosten/ Eigenanteile entstehen.

Der Ablauf auf einen Blick:

- Sie informieren uns über die benötigten Hilfsmittel
- Wir prüfen dann schnellstmöglich, ob eine Leistungszusage möglich ist
- Ist eine Zusage möglich, geben wir Ihnen Bescheid
- Wünschen Sie die Auslieferung, beauftragen wir sofort einen unserer Kooperationspartner

6. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen

Sie haben Anspruch auf eine monatliche Kostenbeteiligung bis zu 40 EUR für digitale Pflegeaufwendungen (z.B. App für mobiles Endgerät) und bis zu 30 EUR für ergänzende Unterstützungsleistungen durch zugelassene Pflegeeinrichtungen.

7. Teilstationäre Pflege ab Pflegegrad 2

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist, können wir bei Unterbringung in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege folgende Kosten pro Kalendermonat erstatten:

Pflegegrad 2	bis zu	721 EUR
Pflegegrad 3	bis zu	1.357 EUR
Pflegegrad 4	bis zu	1.685 EUR
Pflegegrad 5	bis zu	2.085 EUR

8. Kurzzeitpflege ab Pflegegrad 2

Wenn die häusliche Pflege bei versicherten Personen zeitweise nicht, noch nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden kann, besteht die Möglichkeit Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung für längstens acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch zu nehmen. Die Kosten hierfür werden bis zu 3.539 EUR aus dem gemeinsamen Jahresbetrag für Ersatzpflege und Kurzzeitpflege bezahlt. Unterbringungs- oder sonstige nicht unmittelbar pflegebedingte Kosten sind nicht erstattungsfähig. Die Leistungen können für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder in sonstigen Krisensituationen beansprucht werden, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist.

9. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen ab Pflegegrad 2

Erfolgt die Pflege durch einen Angehörigen oder eine sonstige ehrenamtliche Person wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche so können unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung für die Pflegetätigkeit von uns gezahlt werden.

10. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen

Sofern Beschäftigte auf Grund der Pflege eines nahen Angehörigen in dessen häuslicher Umgebung von der Arbeitsleistung freigestellt werden, sind Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung möglich.

11. Leistungen bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Nahe Angehörige können während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung von bis zu 10 Tagen auf Grund einer akut aufgetretenen Pflegesituation Ansprüche bei uns auf Pflegeunterstützungsgeld geltend machen. Gleiches gilt für Beitragszuschüsse zur Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung; diese werden direkt an den Versicherungsträger überwiesen.

12. Pflegekurse

Für Angehörige und sonstige an der ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierten Personen werden Schulungskurse erstattet, die die notwendigen Fähigkeiten zur eigenständigen Durchführung der Pflege vermitteln und helfen sollen, mit den seelischen und körperlichen Belastungen der Pflege besser fertig zu werden.

13. Entlastungsbetrag

Um Ihre Pflegeperson(en) zu entlasten, können bis zu 131 EUR monatlich für folgende Aufwendungen erstattet werden:

Pflegegrad	Leistungen
1	- teilstationäre Pflege - Kurzzeitpflege - häusliche Pflegehilfe - Angebot zur Unterstützung im Alltag (§45a SGB XI)
2-5	- teilstationäre Pflege - Kurzzeitpflege - häusliche Pflegehilfe, ausgenommen sind Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (d.h. Waschen, An-/und Auskleiden, Ernährung, Trinken, Toilettenbenutzung, s. §14 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI) - Angebot zur Unterstützung im Alltag (§45a SGB XI)

Werden die Beträge in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können sie in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

14. Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

Bei einer stationären medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation der Pflegeperson in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung besteht bei gleichzeitiger Aufnahme der pflegebedürftigen Person in derselben Einrichtung ein Anspruch auf deren Versorgung. Dies gilt jedoch nur, wenn die pflegebedürftige Person selbst keinen Anspruch auf eine Vorsorge oder Rehabilitation hat.

15. Vollstationäre Pflege

Wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder im Einzelfall nicht in Betracht kommt, besteht Anspruch auf Vollzeitpflege in einem Pflegeheim. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, medizinische Behandlungspflege und Ausbildungsvergütung können folgende Pauschalen je Kalendermonat berücksichtigt werden:

Pflegegrad 1	131 EUR*
Pflegegrad 2	805 EUR
Pflegegrad 3	1.319 EUR
Pflegegrad 4	1.855 EUR
Pflegegrad 5	2.096 EUR

* Hierbei handelt es sich um einen pauschalen Zuschuss für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1.

In Ergänzung zu diesen Leistungen erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 seit 01.01.2022 einen Zuschuss zu ihrem pflegebedingten Eigenanteil.

16. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ab Pflegegrad 2

Kosten von vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, in denen die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (z.B. auch Sonderschulen) können ebenfalls erstattungsfähig sein.

An diesen Kosten beteiligen wir uns mit 15% des erstattungsfähigen Heimentgelts, maximal jedoch 278 EUR je Kalendermonat.

17. Pauschalzahlung für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Den Anspruch auf einen pauschalen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 224 Euro pro Monat haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 - 5. Wohngruppen können finanziell bezuschusst werden, wenn maximal zwölf Personen in der Wohngruppe leben, von denen mindestens drei pflegebedürftig sein müssen.

18. Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

Die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen kann unter bestimmten Voraussetzungen mit einem einmaligen Förderbetrag von bis zu 2.613 EUR bezuschusst werden.

Wenn Sie Detailinformationen wünschen, die über diesen Überblick hinausgehen, können Sie diese den übersandten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/PPV und Tarif PV) entnehmen.

19. Pauschalzahlung für Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5, die in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c SGB XI leben, haben Anspruch auf einen monatlichen pauschalen Zuschuss von 450 Euro zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege.

20. Begutachtungsfristen

Reguläre Frist von 25 Tagen

In der Regel hat die Leistungsmitteilung innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags zu erfolgen.

Verkürzte Begutachtungsfrist von 5 Tagen

Diese gilt, wenn während einer stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung Hinweise vorliegen, dass

- die ambulante oder stationäre Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich macht
- Pflegezeit von der pflegenden Person gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt wurde,
- Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber vereinbart wurde.

Ebenso gilt diese, wenn die versicherte Person sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

Verkürzte Begutachtungsfrist von 10 Tagen

Diese gilt, wenn häusliche Pflege (ohne Palliativversorgung) und Pflegezeit von der pflegenden Person gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt wurde oder Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber vereinbart wurde. Auch wenn im Anschluss an einen Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wird und es liegt vorher schon eine vorläufige Pflegegradzuordnung nach Aktenlage vor, gilt die Frist von 10 Tagen.

Zusätzliche Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

Erfolgt die Leistungsmitteilung verspätet, beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 EUR.

Dies gilt nicht, wenn das Versicherungsunternehmen die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits mindestens Pflegegrad 2 besteht.

Haben Sie noch Fragen zur privaten Pflegepflichtversicherung?
Telefonieren Sie mit uns