



Was sich mit Sicherheit zu pflegen lohnt: Ihr Wohl

Ihr Gesundheitsspezialist informiert über die Pflegeversicherung

Inhaltsverzeichnis

Das geht uns alle an: die Pflegeversicherung	4
Weil Pflegebedürftigkeit kein Alter kennt, ist es für Sicherheit nie zu früh	6
So wie Ihnen Ihre Gesundheit teuer ist, hat auch eine gute Versorgung ihren Preis	8
Damit Sie folgen können: Wonach sich Ihre Pflegeversicherung richtet	10
Erst die Stufe, dann die Leistung	12
Antrag auf Pflege: Ja oder nein?	14
Um sicher etwas zu erreichen, gehen Sie Schritt für Schritt vor	16
Im Überblick: Ihr Weg zu Leistungen	18
Ihre Leistungen richten sich nach der Pflegebedürftigkeit	20
Wie sich die Pflege daheim von der Pflege im Heim unterscheidet	22
Damit Sie rundum abgesichert sind ...	26
Sie haben die Wahl	28
Lassen Sie keine Fragen offen	30

Im Fall der Fälle möchten Sie bestens abgesichert sein. Doch die gesetzlich festgelegten Leistungen der Pflegeversicherung bieten keine ausreichende Absicherung mehr. Denn häufig fallen die Pflegekosten deutlich höher aus, als die Erstattungen der Pflegeversicherung.

In dieser Broschüre finden Sie die wichtigsten Themen zur Pflegeversicherung. Und im Anhang beantwortet Ihnen der Gesundheitsspezialist noch häufig gestellte Fragen.

Das geht uns alle an: die Pflegeversicherung

Die gute Nachricht vorweg: Die Menschen in Deutschland werden immer älter. Viele erfreuen sich glücklicherweise auch in hohem Alter noch bester Gesundheit – aber eben nicht alle. Manche Menschen sind auf Unterstützung angewiesen. Sie bedürfen der täglichen Pflege durch andere.



Aus diesem Grund wurde 1995 die Pflegeversicherung eingeführt. Sie soll Familien bei ihren Aufgaben rund um die häusliche Pflege entlasten und sie finanziell unterstützen – etwa, wenn sie Pflegedienste bezahlen müssen. Oder wenn sie wegen der Pflegebedürftigkeit Wohnungen oder Häuser umbauen müssen. Auch, wenn der Verdienst der zu pflegenden Person wegbricht. Oder wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich und eine stationäre Betreuung erforderlich ist.

Wer vor 1995 die Kosten zum Beispiel für einen Heimaufenthalt nicht tragen konnte, war auf Sozialhilfe angewiesen. Viele empfanden dies als demütigend. Heute kommt zum Teil die Pflegeversicherung für diese Kosten auf.

Derzeit beziehen über zwei Millionen Menschen – das sind über 2 % der Bundesbürger – Gelder aus der Pflegeversicherung. Und da die Menschen immer älter werden, gibt es auch immer mehr Pflegefälle. Wenngleich nicht nur ältere Menschen Anspruch auf die Pflegeversicherung haben. Pflegebedürftigkeit kann schließlich jeden treffen.



In dieser Broschüre erfahren Sie alles über die Leistungen der Pflegeversicherung, wie Sie einen Antrag stellen und was wir alles in Sachen Pflege für Sie und Ihre Angehörigen tun können.

Abkürzungen

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Private Pflegepflichtversicherung (bei der PKV)
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegepflichtversicherung (bei der GKV)

Weil Pflegebedürftigkeit kein Alter kennt, ist es für Sicherheit nie zu früh

Wenn Sie von der Pflegeversicherung lesen oder hören, kommen Ihnen zuerst ältere Menschen in den Sinn. Warum das so ist, zeigt die Statistik: Das Risiko, ein Pflegefall zu werden, hat in den letzten Jahrzehnten enorm zugenommen – weil Menschen immer älter werden.

Bei der älteren Generation (ab 65 Jahre) sind akut oder chronisch auftretende Erkrankungen die Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit.

Dennoch sollten wir uns immer vor Augen führen: Pflegebedürftigkeit ist kein Einzelschicksal und kann jeden treffen – leider auch junge Generationen. Bereits im Kindesalter kann sie auf schwere Geburten folgen, zum Beispiel bei einem Sauerstoffmangel.

Viele unvorhergesehene Schicksalsschläge wie Querschnittslähmung, Schlaganfall, Verkehrsunfall oder Krankheiten können ebenfalls zu einer intensiven Pflegebedürftigkeit führen. Hiervon sind oft auch junge Menschen betroffen.

Die Pflegeversicherung hilft dabei, Ihr Leben abzusichern und Ihre Verwandten zu entlasten.



So hat sich die Anzahl an Pflegebedürftigen 2009 aufgeteilt:

Alter	unter 15	15 – 60	60 – 65	65 – 70	70 – 75	75 – 80	80 – 85	85 – 90	90 und mehr
Anzahl Personen	70.950	321.276	72.975	131.415	217.802	294.144	424.061	450.811	256.643

Quelle: Statistisches Bundesamt Stand: 07/2010. Pflegebedürftige insgesamt: 2.240.077.

Informieren Sie sich jetzt. Damit Sie sich später keine Gedanken machen müssen.

So wie Ihnen Ihre Gesundheit teuer ist, hat auch eine gute Versorgung ihren Preis

Wussten Sie, dass eine vollstationäre Unterbringung in einem Pflegeheim heute bereits zwischen 3.000 und 4.000 EUR kostet? Klar, dass soviel Geld die finanziellen Möglichkeiten der meisten Ruheständler bei weitem übersteigt. Hier springt die Pflegeversicherung ein.

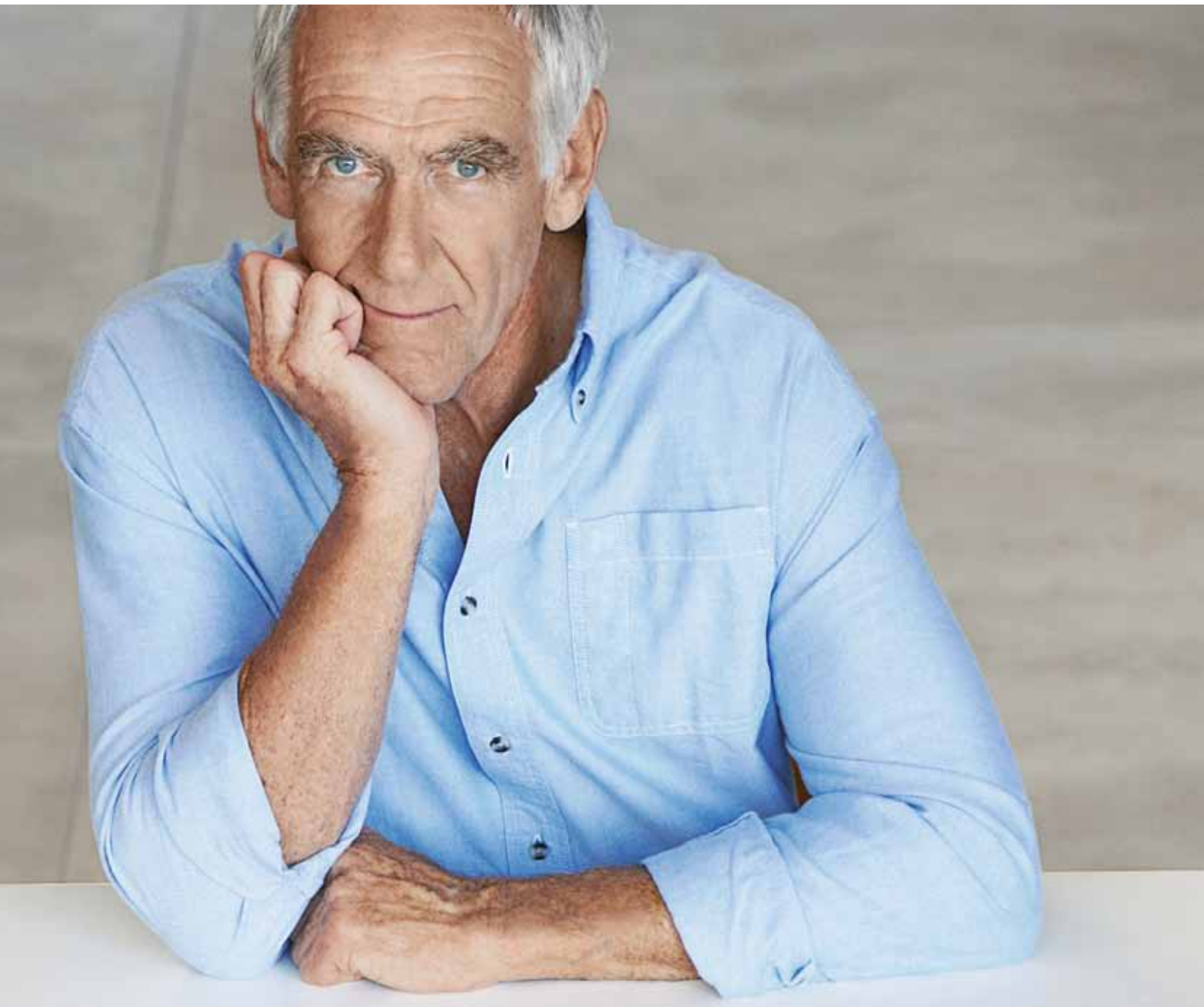
Allerdings leistet die Pflegeversicherung meist nur einen Teil. Denn sie ist als Grundabsicherung konzipiert.

Das bedeutet: Nicht alle Pflegekosten können durch die Pflegeversicherung abgedeckt werden.

Dazu kommt noch: Seit Jahren steigen die Pflegekosten immens, die Leistungen der Pflegeversicherung aber nur minimal. Mit anderen Worten: Die meisten Menschen haben eine Absicherungslücke.

Beispiel:

Monatliche Kosten einer Heimpflege	3.200 €
Maximale gesetzliche Leistung im Monat	1.510 €
Ihre monatliche Lücke	1.690 €



Eine solche Lücke müssen Sie selbst schließen. Das klingt hart, aber: Sie müssen tief in die eigene Tasche greifen.

Zunächst werden Ihre Ersparnisse aufgebraucht, gegebenenfalls auch Immobilien oder Wertgegenstände verkauft. Können Sie das Geld nicht aufbringen, sind Sie auf Sozialhilfe angewiesen.

Sorgen Sie privat vor. Und schützen Sie sich dadurch vor einer finanziellen Notsituation.

Damit Sie folgen können: Wonach sich Ihre Pflege- versicherung richtet

Das System der Pflegeversicherung zu verstehen, ist nicht ganz einfach. Damit Sie sich darin zurechtfinden, haben wir die wesentlichen Punkte zusammengefasst.

Am wichtigsten ist: Sie müssen sich versichern. Das schreibt der Gesetzgeber so vor. Dabei richtet sich die Versicherungspflicht nach dem Grundsatz: „Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung.“

Das bedeutet für Sie:

- Sie sind entweder in der sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) versichert, die Ihrer Krankenkasse zugewiesen ist. Sie kennen diese soziale Pflegepflichtversicherung auch als sogenannte Pflegekassen.


- Oder Sie sind in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert.

Wer jedoch eine Krankheitskostenversicherung bei einem privaten Krankenversicherer beantragt, kann seine PPV auch bei einem anderen PKV-Unternehmen abschließen – innerhalb einer sechsmonatigen Frist. In jedem Fall gilt: Es ist zweckmäßiger, die Kranken- und Pflegeversicherung bei demselben Unternehmen zu beantragen. Denn so vermeiden Sie Verzögerungen im Leistungsfall.

Sie gehören einer GKV an. Und zwar als		Sie sind bei einer PKV versichert
Pflichtversichertes Mitglied	Freiwillig versichertes Mitglied	
Seit 1995 besteht die Pflichtversicherung in der Pflegeversicherung. Seither gilt: Die Pflege- folgt der Krankenversicherung.		
Bei Pflegebedürftigkeit stehen Ihnen seit 01.04.1995 finanzielle und materielle Leistungen für die häusliche Pflege zu. Pflegenden Angehörige können dadurch Rentenansprüche erwerben. Seit Juli 1996 stehen Ihnen bei entsprechender Pflegebedürftigkeit auch stationäre Pflegeleistungen zu.		
Der Beitrag beträgt 1,95 % des Einkommens, maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze. In allen Bundesländern außer Sachsen beteiligt sich der Arbeitgeber mit 0,95 % (Sachsen 0,475 %) am Beitrag. Für Kinderlose, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, erhöht sich der Beitrag um 0,25 Prozentpunkte. Diese werden nicht vom Arbeitgeber bezuschusst.	Der Beitrag hängt vom Alter ab. Grundsätzlich gilt: je jünger, desto niedriger der Beitrag.	
Kinder ohne eigenes Einkommen sind beitragsfrei mitversichert	Kinder zahlen einen Beitrag, der sich nach ihrem Versicherungsschutz richtet.	
Ehepartner ohne eigenes Einkommen sind beitragsfrei mitversichert.	Grundsätzlich zahlt jeder Ehegatte seinen eigenen Beitrag. Für Paare, die schon am 01.01.1995 versicherungspflichtig waren, gilt ein reduzierter gemeinsamer Beitrag, wenn ein Partner kein eigenes Einkommen hat.	



Status	Pflegeversicherung
Pflichtversicherte Mitglieder der GKV sowie deren mitversicherte Familienangehörige	Versicherungspflicht in der SPV
Unterhaltsberechtignte Kinder, Ehegatten und Lebenspartner, deren monatliches Gesamteinkommen nicht höher ist als 350 € (bei geringfügig Beschäftigten 400 €)	Versicherungspflicht, über die Familienversicherung beitragsfrei in der SPV
Freiwillige Mitglieder der GKV sowie deren mitversicherte Familienangehörige	Versicherungspflicht in der SPV Wenn eine PPV nachgewiesen wird, kann ein Befreiungsantrag für die SPV gestellt werden
Mitglieder der PKV sowie deren mitversicherte Familienangehörige	Versicherungspflicht in der PPV
Beamte, die in der GKV freiwillig versichert sind	Versicherungspflicht in der PPV
Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten	Versicherung in der GPV (Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen zur Durchführung der Pflegeversicherung)
Personen, die im Ausland leben	keine Versicherungspflicht in der SPV oder PPV
Ausländische Versicherte in Deutschland	Versicherungspflicht in der PPV, sofern Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Krankenhausleistungen besteht
In Deutschland wohnhafte Grenzgänger, die im Ausland erwerbstätig sind	Versicherungspflicht in der PPV, sofern Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Krankenhausleistungen besteht
Im Ausland wohnhafte Grenzgänger, die in Deutschland erwerbstätig sind	Versicherungspflicht in der SPV oder PPV
Rentner, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen	Pflicht zur Versicherung
Soldaten auf Zeit, die nicht krankenversichert sind, weil sie Anspruch auf freie Heilfürsorge haben	Versicherungspflicht in der SPV; Personen mit privater Anwartschaftsversicherung versicherungspflichtig in der PPV



Erst die Stufe, dann die Leistung

Möglicherweise haben Sie schon einiges darüber gelesen oder gehört: Die Pflegeversicherung zahlt nicht allen Betroffenen gleich viel. Vielmehr macht sie dies von der Bedürftigkeit im Einzelfall abhängig. Wann die Pflegeversicherung überhaupt zahlt, schreibt das Sozialgesetzbuch vor.

Die Regel lautet:

Die Hilfe muss mindestens 90 Minuten täglich nötig sein. Von dieser Zeit ist wiederum mindestens 45 Minuten auf die Grundpflege (Körperpflege, Essen und Mobilität) zu verwenden.

Fällt der tägliche Bedarf geringer aus? Dann müssen die notwendigen Maßnahmen selbst finanziert werden.

Folgende Definition beschreibt, was unter Pflegebedürftigkeit zu verstehen ist: Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer

- körperlichen
- geistigen oder
- seelischen Krankheit oder
- Behinderung

für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens voraussichtlich für mindestens sechs Monate in besonderem Maße der Hilfe bedürfen.

Zu den Verrichtungen des täglichen Lebens zählen:

Körperpflege	Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Toilettengang
Ernährung	Mundgerechte Zubereitung oder Aufnahme der Nahrung
Mobilität	Selbständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Stehen, Gehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
Sonstiges	Einkaufen, Kochen, Spülen, Waschen, Putzen



Um Leistungen zu erhalten, muss die Pflege in eine der drei Pflegestufen eingruppiert werden:

Pflegestufe I: erheblich Pflegebedürftige

Hilfebedarf mindestens einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen, mind. 90 Minuten täglich, davon mindestens 45 Minuten auf die Grundpflege

Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftige

Hilfebedarf mind. dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten, mind. drei Stunden täglich, davon mindestens zwei Stunden auf die Grundpflege

Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftige

Hilfebedarf rund um die Uhr, auch nachts, mindestens fünf Stunden täglich, davon mindestens vier Stunden auf die Grundpflege

Ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, entscheidet der eigene medizinische Dienst der sozialen und privaten Pflegeversicherung.

Übrigens: Es gibt auch Personen, bei denen der MDK Pflegebedarf feststellt, die aber nicht im Sinne der Pflegestufen I bis III eingeordnet werden können. Das kann zum Beispiel bei Demenzkranken der Fall sein. Diese Personen werden in die Pflegestufe 0 übernommen und haben damit Anspruch auf Zusatzleistungen (bis 200 EUR Betreuungsleistung monatlich).

Wer weniger eingeschränkt ist, erhält weniger Geld.

Antrag auf Pflege: Ja oder nein?

Ob Sie Pflegeleistungen beantragen sollten, können Sie hier einfach nachprüfen:

Frage 1	Ja	Nein
Benötigen Sie mehrfach pro Woche Hilfe bei den aufgeführten Verrichtungen oder Hauswirtschaft?		
Einkaufen		
Kochen		
Reinigen der Wohnung		
Spülen		
Wechseln und Waschen der Wäsche		
Heizung		

Frage 2	Ja	Nein
Benötigen Sie für mindestens zwei der aufgeführten Verrichtungen (Grundleistungen) täglich fremde Hilfe?		
Waschen		
Duschen		
Baden		
Zahnpflege einschließlich Mundpflege		
Kämmen		
Gesichtspflege einschließlich Rasur		
Darm- oder Blasenentleerung		




Frage 2 Fortsetzung	Ja	Nein
Mundgerechte Zubereitung des Essens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme des Essens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen und Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlassen, Aufsuchen der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 3	Ja	Nein
Beträgt der tägliche Zeitaufwand (im Wochendurchschnitt) für alle Grundpflegeleistungen (s. Frage 2) mehr als 45 Minuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 4	Ja	Nein
Beträgt der tägliche Zeitaufwand (im Wochendurchschnitt) für die Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung (s. Frage 1) zusammen mit den Grundpflegeleistungen (s. Frage 2) insgesamt mehr als 90 Minuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie alle vier Fragen mit „JA“ beantwortet? Dann empfiehlt es sich, einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit zu stellen.



Um sicher etwas zu erreichen, gehen Sie Schritt für Schritt vor

Im Fall eines Falles lautet Ihre erste Frage: Wie und wann erhalte ich Leistungen aus der Pflegeversicherung? Wir geben die Antwort.

Generell gilt:

- Sie müssen Leistungen (auch Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson) beim Versicherer beantragen.
- Die Pflegebedürftigkeit muss festgestellt sein.
- Wichtig ist dabei, dass die vorgesehene Wartezeit von zwei Jahren erfüllt wurde.

Sie erhalten die Leistungen in der Regel, sobald Ihr Antrag eingegangen ist. Allerdings frühestens zu dem Zeitpunkt, an dem die Voraussetzungen für einen Anspruch vorliegen.

Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist? Dann erhalten Sie Leistungen vom Beginn des Monats, an dem Sie den Antrag gestellt haben.



Für die Central gilt:

Ab dem Tag, an dem Ihr Antrag bei der Central eingegangen ist, erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung. Die Dauer des Feststellungsverfahrens spielt dabei keine Rolle.

Verändert sich im Laufe der Zeit der Gesundheitszustand? Dann wird die Pflegestufe daran angepasst.

Sie sehen: Die Central setzt sich für Sie ein - erst recht, wenn Sie darauf angewiesen sind.

Im Überblick: Ihr Weg zu Leistungen

Sie sind in der gesetzlichen Pflegekasse versichert?	Sie sind in einer privaten Pflegeversicherung versichert?
Pflichtversicherte Mitglieder der GKV sowie deren mitversicherte Familienangehörige	Versicherungspflicht in der PPV
Sie haben bei der Checkliste viermal mit „JA“ geantwortet? Dann sollten Sie Leistungen beantragen.	Sie haben bei der Checkliste viermal mit „JA“ geantwortet? Dann sollten Sie Leistungen beantragen.
Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt. Teilt er Ihre Meinung?	Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt. Teilt er Ihre Meinung?
Fordern Sie von der Geschäftsstelle Ihrer Pflegekasse folgendes Formular an: „Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz“	Fordern Sie von Ihrem privaten Krankenversicherer folgendes Formular an: „Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz“
Füllen Sie das Formular aus und schicken Sie es wieder zurück.	Füllen Sie das Formular aus und schicken Sie es wieder zurück.
Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) erstellt ein Gutachten.	Der Medizinische Dienst der privaten Krankenversicherer (MEDICPROOF) erstellt ein Gutachten.



Und so geht es weiter

Das Gutachten wird bei Ihnen zu Hause erstellt. Es sagt aus, ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt. Die Ergebnisse werden der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung mitgeteilt.

Haben Sie Pflegegeld beantragt? MDK/MEDICPROOF stellt fest, ob die häusliche Pflege bei Ihnen in ausreichender Form möglich ist.

Ihrem Antrag wird entsprochen*

Die Pflegeversicherung empfiehlt Art und Umfang der Pflege sowie einen individuellen Pflegeplan.

* Wurde Ihr Antrag abgelehnt? Dann können Sie innerhalb von vier Wochen dagegen Widerspruch einlegen.
Wurde Ihr Antrag nach erneuter Prüfung wieder abgelehnt? Dann bleibt Ihnen der Weg zum Sozialgericht.

Übrigens:

Die Central hat die private Pflegeberatung COMPASS beauftragt, ihren Versicherten mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.

Unter der Telefonnummer 0800-1018800 erhalten Sie Auskünfte zu allen Fragen rund um Ihre Pflegeversicherung. Halten Sie bitte bei Anruf Ihre Versicherungsnummer bereit.

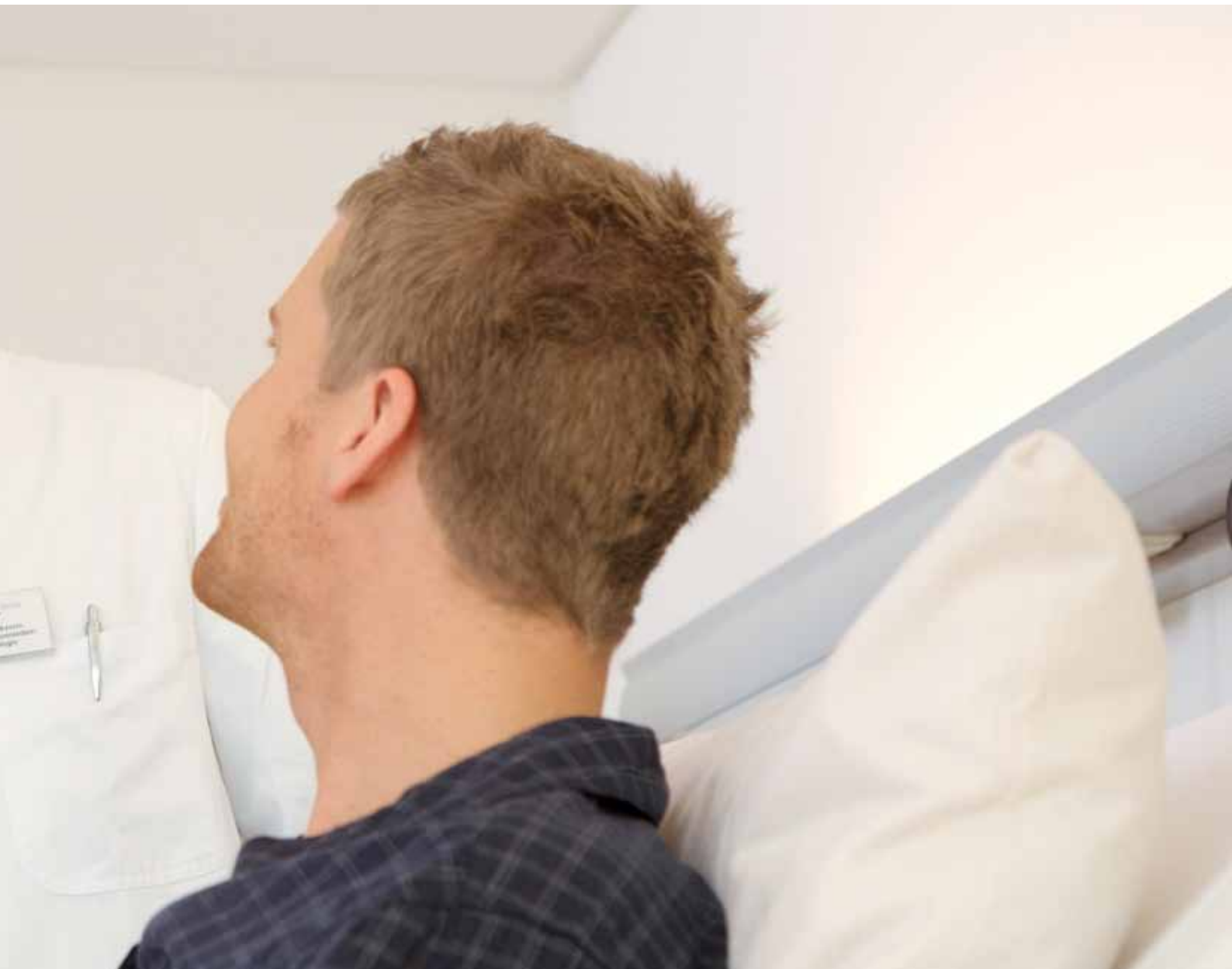


Ihre Leistungen richten sich nach der Pflegebedürftigkeit

Die gesetzliche Pflegeversicherung staffelt die Höhe der Leistungen

- nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit
- nach den drei Pflegestufen
- nach Art und Umfang der Pflege

Leistungen	Aufwendungen für Pflege, Pflegegeld oder andere tariflich vereinbarte Leistungen
Geltungsbereich	Pflege in Deutschland
Art der Leistungen	Die Leistungen werden als Kostenerstattung sowie als Sach- und Geldleistung erbracht
Umfang der Leistungen	Die Pflegepflichtversicherung stellt eine Grundabsicherung dar. Der Umfang der Versicherungsleistung richtet sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit.



Die Art der Pflege lässt sich in drei Stufen einteilen:

- häusliche (ambulante) Pflege
- teilstationäre Pflege
- vollstationäre Pflege

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

	Häusliche Pflege	Teilstationäre Pflege	Stationäre Pflege
Pflegestufe I	440 €	440 €	1.023 €
Pflegestufe II	1.040 €	1.040 €	1.279 €
Pflegestufe III	1.510 €	1.510 €	1.510 €
Pflegestufe IV Härtefälle	1.918 €		1.825 €

Wie sich die Pflege daheim von der Pflege im Heim unterscheidet

Ist zu Hause noch der richtige Ort für eine gute Pflege, oder soll die pflegebedürftige Person in die Obhut von Spezialisten gebracht werden? Dieses ist eine der schwierigsten Entscheidungen, die in vielen Familien getroffen werden muss – aus emotionalen, wie aber auch aus finanziellen Gründen. Und sie wirft viele Fragen auf.

Was Sie über häusliche Pflege wissen sollten

Wird eine Person zu Hause in der gewohnten Umgebung versorgt? Dann gewährt die gesetzliche Pflegeversicherung folgende Leistungen:

Stufen der Pflegebedürftigkeit nach ärztlicher Feststellung	Sachleistung bei Pflege durch Pflegekraft	Geldleistung bei Pflege durch Angehörige
1. erheblich pflegebedürftig	440 €	225 €
2. schwerpflegebedürftig	1.040 €	430 €
3. schwerstpflegebedürftig	1.510 €	685 €

Liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, der das Maß der Pflegestufe III übersteigt? Dann kann ein Höchstbetrag von 1.918 EUR im Monat bewilligt werden.

Übernehmen Angehörige die Pflege?

Dann werden für höchstens vier Wochen im Kalenderjahr die Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft erstattet – bis zu einem Betrag von 1.510 EUR.

Werden Pflegegeld und Sachleistungen gegeneinander aufgerechnet?

Ja, als sogenannte Kombinationsleistung. Werden Sachleistungen beansprucht, verringert sich das Pflegegeld prozentual um den entsprechenden Betrag. Werden zustehende Sachleistungen nur teilweise beansprucht, wird das Pflegegeld anteilig ausbezahlt.

Der Pflegebedürftige kann entscheiden, in welcher Weise (zu welchem Prozentsatz) er Pflegegeld oder Sachleistungen beziehen möchte. An diese Entscheidung ist er dann sechs Monate gebunden.

Werden technische Hilfen benötigt (nur bei häuslicher Pflege)?

Dann werden diese vorrangig geliehen. Ist das nicht möglich, wird das Hilfsmittel zu 100 % erstattet. Volljährige Versicherte tragen einen Eigenanteil von 10 % (höchstens jedoch 25 EUR). Werden Hilfsmittel benötigt, die verbraucht werden (zum Beispiel Windeln)? Dann werden bis zu 31 EUR im Kalendermonat erstattet. Müssen Maßnahmen getroffen werden, um das Wohnumfeld zu verbessern? Dann können unter besonderen Voraussetzungen bis zu 2.557 EUR erstattet werden.

**Wer gilt als Pflegeperson?**

Alle Personen, die einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig pflegen.

Die Pflegeperson erhält Leistungen zur sozialen Sicherung, wenn sie eine pflegebedürftige Person mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegt.

Sie bekommt vom Versicherer Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung bezahlt, wenn sie regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist.

Die Pflegeperson erhält den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Dazu meldet der Versicherer sie an den zuständigen Versicherungsträger.

Bei privat Versicherten stellt Medicproof im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegeperson erforderlich ist.

Was passiert, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist?

Dann haben Pflegebedürftige Anspruch auf Pflege in sogenannten vollstationären Einrichtungen.

Sie entscheiden, wo Sie lieber gepflegt werden möchten.



Was Sie über vollstationäre Pflege wissen sollten

Die Pflegeversicherung erstattet in diesem Fall pauschal

- die Aufwendungen für die Pflege
- die Aufwendungen der sozialen Betreuung
- die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

und zwar:

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblicher Pflegebedarf) in Höhe von 1.023 EUR monatlich,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) in Höhe von 1.279 EUR monatlich,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) in Höhe von 1.510 EUR monatlich.



Übersteigt ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand das übliche Maß der Pflegestufe III (zum Beispiel bei schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen)?

Dann übernimmt die Pflegeversicherung bis zu 1.825 EUR je Kalendermonat.

Je mehr Pflege Sie benötigen, desto größer ist die Unterstützung.

Damit Sie rundum abgesichert sind ...

... schließt die Central Ihre Versorgungslücke

Natürlich denken Sie nicht gerne an Schicksalsschläge. Umso wichtiger ist es, dass Sie gut abgesichert sind, wenn es darauf ankommt. Denn die Erfahrung zeigt: Bei Pflegebedürftigkeit schwindet das eigene Ersparte sehr schnell.

Dazu sollten Sie wissen: Der Leistungsumfang der Central ist an gesetzliche Regelungen gebunden. Er umfasst die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und darf nicht darüber hinausgehen.

Dieser festgelegte Umfang reicht jedoch nicht aus, um die Kosten der häuslichen (geschweige denn der stationären) Pflege abzudecken.

Hier wird deutlich, dass die gesetzliche Pflegepflichtversicherung lediglich eine soziale Grundversicherung darstellt und Eigenleistungen fordert. Zu den Eigenleistungen zählen:

- die Rente oder die Pension
- Ersparnisse bis hin zur Veräußerung des Eigenheimes

Damit Sie stets auf der sicheren Seite stehen, bietet die Central Ihnen einen Zusatz-Pflegetarif an.

Am 1. Juni 1995 hat die Central den Zusatz-Pflegetarif EPTN eingeführt. In diesem Tarif wird zwischen denselben drei Pflegestufen unterschieden wie im Sozialgesetzbuch.

Der Tarif EPTN ist ein sogenannter Tagegeldtarif. Das bedeutet: Sie schließen einen Vertrag über ein Pflegetagegeld in einer Höhe ab, die Ihren Vorstellungen und Ihrem individuellen Vorsorgebedarf entspricht. Die Höhe des Tagegelds beträgt dabei mindestens 20 EUR. Sie kann um ein Vielfaches von 1 EUR erhöht werden.

Durch den Tarif EPTN beziehen Sie also eine vertraglich vereinbarte Leistung. Dabei spielt es keine Rolle, ob oder in welchem Umfang Sie Vorleistungen durch die gesetzliche Pflegepflichtversicherung (PPV oder SPV) erhalten haben.

Der Tarif EPTN erspart Ihnen finanzielle Risiken. Beispiel:

Monatliche Lücke	1.430 €
Pflegetagegeld der Central von 50 € (Tarif EPTN)	1.500 €
Ihre monatliche Lücke	0 €



Die Beiträge für eine private Vorsorge sind günstig. Lassen Sie sich doch Ihren Beitrag von Ihrem Central-Berater berechnen.

Sie können bei der Central den Tarif EPTN in den Stufen 1 und 2 wählen. Der Tarif EPTN₁ leistet bei ärztlich festgestellter Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen I bis III. Der Tarif EPTN₂ leistet bei ärztlich festgestellter Pflegebedürftigkeit der Stufen II und III.

Für die Höhe des gezahlten Tagegeldes bei häuslicher Pflege ist es unerheblich, ob Angehörige oder ambulante Pflegekräfte die Pflege übernehmen.

Bei vollstationärer Pflegebedürftigkeit leistet der EPTN₁ bereits 100 % des abgeschlossenen Tagegeldes ab Pflegestufe 1.

Und noch etwas ist für Sie wichtig:

Die durchschnittlichen Pflegesätze verändern sich. Daher erhalten Sie als Versicherungsnehmer der Central spätestens alle drei Jahre ein Angebot, Ihre Leistungen den Pflegesätzen anzupassen. Der versicherte Tagessatz kann dann ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeit um den angebotenen Betrag erhöht werden. An dieser Leistungsanpassung können Versicherte teilnehmen, die das 20. Lebensjahr vollendet und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Bei der Pflege daheim* erhalten Sie folgende Leistungen:

Ihre Pflegestufe	Tarif EPTN1	Tarif EPTN2
I	25 %	-
II	65 %	65 %
III	100 %	100 %

* häusliche oder teilstationäre Pflege

Werden Sie im Heim gepflegt, stehen Ihnen diese Leistungen zu:

Ihre Pflegestufe	Tarif EPTN1	Tarif EPTN2
I	100 %	-
II	100 %	100 %
III	100 %	100 %

**Sorgen Sie vor – mit dem
Zusatz-Pflegetarif EPTN der Central**



Sie haben die Wahl

Sie haben Fragen rund um das Thema Pflege? Zum Beispiel zu Versorgungsartikeln oder zu Pflegediensten?

Für Central-Versicherte ist die erste Anlaufstelle die private Pflegeberatung COMPASS. Alle Adressen, die darüber hinaus noch wichtig für Sie sind, sehen Sie hier im Überblick:

COMPASS Private Pflegeberatung GmbH

Bonner Str. 172-176
50968 Köln
Telefon: 0800 1018800 (bundesweit gebührenfrei)
Telefax: 0221 93332-500
www.compass-pflegeberatung.de

Central Krankenversicherung AG

Hansaring 40-50
50670 Köln
Telefon: 0221 1636-0
Telefax: 0221 1636-200
www.central.de
www.central.de/pflege

Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V.

Bundesverband
Sülzbergstr. 140
50937 Köln
Telefon: 0221/476050
Telefax: 0221/47605288
www.asb.de

Bundesarbeitsgemeinschaft

Hauskrankenpflege e.V.
Cicerostr. 37
10709 Berlin
Telefon: 030/8930527
Telefax: 030/8921618
www.bag-hnd.de

Bundesarbeitsgemeinschaft

Hilfe für Behinderte e.V.
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Telefon: 0211 31006-0
Telefax: 0211 3100-648
www.bag-selbsthilfe.de

Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfe- verband der Bewohner/Innen von Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen (BIVA9 e.V.)

Geschäftsstelle
Vorgebirgsstr. 1
53913 Swisttal
Telefon: 02254 7045
Telefax: 02254 7046
www.biva.de

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Alexanderplatz 6
10178 Berlin
Telefon: 01801 907050
Telefax: 01888 5554400
www.bmfsfj.de

Bundesministerium für Gesundheit

Referat Öffentlichkeitsarbeit
Wilhelmstr. 49
10117 Berlin
Telefon: 01888 441-0
Telefax: 01888 441-4900
www.bmg.bund.de



Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

Krablerstr. 136
45326 Essen
Telefon: 0201 354001
Telefax: 0201 357980
www.bad-ev.de

Deutscher Caritasverband e.V.

Karlstr. 40
79104 Freiburg
Telefon: 0761 200-0
www.caritas.de

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.

Geschäftsstelle
Friedrich-Ebert-Str. 124
34119 Kassel
Telefon: 0561 780604
Telefax: 0561 776770
www.kontinenz-gesellschaft.de

Deutsches Rotes Kreuz e.V.

DRG-Generalsekretariat
Carstennstr. 58
12205 Berlin
Telefon: 030 85404-0
www.drk.de/adressen

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V.

Friedrich-Ebert-Anlage 9
69117 Heidelberg
Telefon: 06221 166009
www.dvfr.de

Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Lützowstr. 94
10785 Berlin
Telefon: 030 26997-0
Telefax: 030 26997-444
www.johanniter.de

Malteser Hilfsdienst e.V.

Kalker Hauptstr. 22-24
51103 Köln
Telefon: 0221 982201
Telefax: 0221 9822399
www.malteser.de

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Wurzerstr. 4a
53175 Bonn
Telefon: 0228 82093-0
Telefax: 0228 2093-43
www.vdk.de

Verband Deutsche Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)

Bundesgeschäftsstelle
Im Teelbruch 132
45219 Essen
Telefon: 02054 9578-0
Telefax: 02054 9578-40
www.vdab.de



Lassen Sie keine Fragen offen

Fragen, die häufig auftreten, sind auf den nächsten Seiten beantwortet. Haben Sie weitere Fragen? Oder benötigen Sie Unterstützung? Dann wenden Sie sich gerne an COMPASS, die private Pflegeberatung der Central: 0800-1018800 (bundesweit gebührenfrei).

1. Was können Sie tun, wenn die Pflegestufe I nicht erreicht wird?

Es gibt Menschen, die bei der Grundpflege und in der hauswirtschaftlichen Versorgung Hilfe benötigen – aber die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht erfüllen. Sie können Betreuungsleistungen im Wert bis zu 200 EUR im Monat in Anspruch nehmen. Näheres dazu regelt der medizinische Pflegedienst.

2. Was können Sie tun, wenn die häusliche Pflege nicht ausreicht?

Kann die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden? Oder muss die häusliche Pflege ergänzt werden? Dann können Sie teilstationäre Pflege in Anspruch nehmen. Die zu pflegende Person lässt sich nur tagsüber oder nur nachts in einer Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) unterbringen und pflegen. Im Fall einer teilstationären Pflege kann der Versicherte sich folgende Aufwendungen ersetzen lassen:

- pflegebedingte Aufwendungen der teilstationären Pflege
- Aufwendungen der sozialen Betreuung
- Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (zum Beispiel Injektionen, Bandagieren und Wickeln).

Dagegen kann er sich folgende Aufwendungen nicht erstatten lassen:

- Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat erstattet

- bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 440 EUR,
- bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1.040 EUR,
- bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.510 EUR.

3. Was, wenn ein Pflegeheimbewohner nicht in Pflegestufe I eingestuft wird?

Wenn pflegebedürftige Heimbewohner die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht erfüllen, bestehen keine Leistungsansprüche gegen ihre Pflegekasse. Das heißt: Sie müssen zunächst ihr eigenes Einkommen und Vermögen aufwenden, um die Kosten für die stationäre Betreuung zu bezahlen. Reicht dies nicht aus? Dann haben sie Recht auf Sozialhilfe (SGB XII). Dadurch wird sichergestellt, dass sie unterhalb der Pflegestufe I auch in teil- und vollstationären Einrichtungen Pflegehilfe erhalten.



4. Wem steht das Pflegegeld zu?

Dem Pflegebedürftigen oder dem pflegenden Angehörigen?

Die Leistungen stehen dem Pflegebedürftigen zu. Sind Kinder pflegebedürftig, erhalten die sorgeberechtigten Eltern (bzw. das sorgeberechtigte Elternteil oder der Vormund) die Leistungen.

Das Pflegegeld soll die Aufwendungen für die Pflege auffangen. Darüber hinaus soll es dem Pflegebedürftigen dazu dienen, der pflegenden Person eine materielle Anerkennung zukommen zu lassen.

5. Warum ist die Pflegesachleistung höher als die Geldleistung derselben Pflegestufe?

Die Beträge für die Sachleistungen liegen höher. Der Grund: Wenn Pflegeeinrichtungen mit den Pflegekassen Verträge abschließen, fallen andere Kosten an als bei der Pflege in einer häuslichen Umgebung. Zu diesen Kosten gehören u. a. Steuern, Sozialversicherungsbeiträge oder Verwaltungskosten. Eine Pflegeperson, die in häuslicher Umgebung ehrenamtlich tätig ist, erhält keine Entlohnung. Das Pflegegeld wird nach Ermessen des Pflegebedürftigen ganz oder teilweise weitergegeben. Das Geld ist somit eine materielle Anerkennung für die Pflege.

6. Kann ein Pflegebedürftiger bei häuslicher Pflege einen Pflegedienst, bei stationärer Pflege ein Pflegeheim frei wählen?

Grundsätzlich können Pflegebedürftige zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Damit zum Beispiel auch die jeweilige Konfession berücksichtigt werden kann. Doch die Versorgungsverträge legen den örtlichen Einzugsbereich fest, um lange Anfahrtswege möglichst zu vermeiden. Möchte ein Pflegebedürftiger einen Pflegedienst außerhalb dieses Einzugsbereiches in Anspruch nehmen? Dann muss er die damit verbundenen Mehrkosten selbst tragen. Generell gilt: Stimmen die leistungsrechtlichen Voraussetzungen, dann kann der Pflegebedürftige frei wählen – zwischen allen stationären Pflegeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag haben.

7. Erhalten Sie weniger Leistungen, wenn Sie über ein gutes Einkommen oder Vermögen verfügen?

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden einkommens- und vermögensunabhängig gezahlt. Sie werden nicht gekürzt, wenn Sie über ein gutes Einkommen oder Vermögen verfügen sollten. Denn Sie haben als Versicherter für diese Versicherungsleistung



Beiträge bezahlt. Ihr Einkommen spielt nur eine Rolle, wenn die Pflegekassen Maßnahmen zur Wohnungsanpassung bezuschussen sollen. Diese Zuschüsse werden bemessen an den Kosten der Maßnahme und setzen einen Eigenanteil voraus. Der Eigenanteil ist dabei abhängig vom Einkommen des Pflegebedürftigen.

8. Erhalten Schwerbehinderte automatisch Leistungen aus der Pflegeversicherung?

Nein. Es macht grundsätzlich einen großen Unterschied, ob eine Schwerbehinderung oder eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Denn die Art und der Grad der Behinderung bedeuten nicht zwangsläufig einen pflegerischen Bedarf. Schwerbehinderte erhalten daher nur dann Leistungen, wenn sie mindestens die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen.

9. Welche Auswirkungen hat das Pflegegeld auf ...

... die Steuer?

Pflegegeld, welches an pflegende Angehörige weitergegeben wird, bleibt steuerfrei. Das gilt auch, wenn das Pflegegeld an Nachbarn oder Freunde weitergegeben wird (Voraussetzung: Die Pflege beruht auf einer sogenannten sittlichen Verpflichtung)

... das Arbeitslosengeld?

Wenn Sie nahe Angehörige pflegen, geht der Staat davon aus, dass sich die Pflege im Rahmen familiärer Beziehungen abspielt. Das heißt: Das weitergegebene Pflegegeld wird nicht als Einkommen angerechnet.

Wird die Pflege durch Nachbarn oder Freunde durchgeführt? Dann wird das Pflegegeld berücksichtigt – wenn durch die Pflege ein Beschäftigungsverhältnis entsteht.

Wird durch die Pfl egetätigkeit die Grenze der Kurzz eitigkeit (weniger als 15 Stunden) überschritten? Dann entfällt der Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Wird sie nicht überschritten? Dann wird das Einkommen aus der Pfl egetätigkeit angerechnet (unter Berücksichtigung eines Freibetrages, gemäß § 114 Drittes Buch Sozialgesetzbuch).

Unser Tipp: Bitte klären Sie möglichst vorab mit der Bundesagentur für Arbeit, ob es sich im Einzelfall um ein Beschäftigungsverhältnis handelt.

Die Pflegeperson hat keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld mehr, wenn sie dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht.



... das Arbeitslosengeld II?

Geld, das Sie als Pflegeperson für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung einnehmen, wird nicht als Einkommen auf das Arbeitslosengeld II angerechnet. Anspruch auf Arbeitslosengeld II besteht für Sie als Pflegeperson auch, wenn Sie zwar erwerbsfähig sind, aber wegen der Pflegetätigkeit dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen.

... die Sozialhilfe?

Das weitergegebene Pflegegeld wird nicht als Einkommen angerechnet, wenn der Pflegebedürftige von einem nahen Angehörigen gepflegt wird.

Wenn das Pflegegeld an Nachbarn oder Freunde weitergegeben wird, kann es angerechnet werden. Und zwar dann, wenn die Pflegeperson mehrere Pflegebedürftige pflegt und die Pflegetätigkeit zum Erwerbseinkommen dient.

... Unterhaltszahlungen?

Das Pflegegeld soll nicht nur dem Pflegebedürftigen, sondern auch der ehrenamtlichen Pflegeperson möglichst ungeschmälert erhalten bleiben. Daher braucht ein Unterhaltsberechtigter, der für die Pflegetätigkeit

das Pflegegeld erhält, in der Regel keine Unterhaltskürzung zu befürchten. Dies gilt besonders für die häufigen Fälle, in denen der Unterhalt von dem anderen Elternteil eines gemeinsamen pflegebedürftigen Kindes bezogen wird.

Nur noch in wenigen Fällen können Unterhaltszahlungen wegen des Pflegegeldes gekürzt werden. Etwa wenn der Unterhaltsberechtigte trotz der Pflege eine sogenannte „Erwerbsobliegenheit“ hat und der Pflegebedürftige zugleich mit dem Unterhaltsverpflichteten nicht in gerader Linie verwandt ist.

10. Sind auch Pflegebedürftige versicherungspflichtig?

Ja, auch pflegebedürftige Personen sind versicherungspflichtig. Sie erhalten in vollem Umfang Versicherungsschutz und damit die Leistungen der Pflegeversicherung. Dass diese Personen in die Versicherungspflicht und den Versicherungsschutz mit einbezogen werden, war ein zentrales Anliegen des Gesetzgebers.



11. Können Sie sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen?

Nur wenn Sie in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind. Voraussetzung: Sie müssen den Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages nachweisen. Die Befreiung ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beantragen. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung sieht das Gesetz nicht vor.

12. Was passiert, wenn Sie ins Ausland ziehen?

Das Versicherungsverhältnis endet regelmäßig mit dem Verzug ins Ausland. Denn: Die deutsche Sozialversicherung gilt im Ausland nicht.

Ausnahmen sind sogenannte Grenzgänger: Wenn Sie im Ausland wohnen, aber ein Beschäftigungsverhältnis in Deutschland haben, unterliegen Sie der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung.

Auch Rentner, die ins EU-Ausland verziehen, bleiben Mitglied in der sozialen Pflegeversicherung – wenn sie ihre Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen.

Scheiden Sie aus der Versicherungspflicht aus, weil Sie ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen? Dann können Sie sich auf Antrag in der Pflegeversicherung weiterversichern. Der Antrag ist spätestens einen Monat nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse zu stellen.

Bleiben Familienangehörige im Inland?

Dann endet die beitragsfreie Familienversicherung mit dem Tag, an dem das Mitglied seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt.

Sie können sich aber ihren Pflegeversicherungsschutz erhalten. Dazu müssen Sie sich innerhalb von drei Monaten – nachdem ihr Anspruch auf Familienversicherung beendet wurde – bei Ihrer Pflegeversicherung weiterversichern.

13. Können Sie eine Rückzahlung Ihrer Beiträge verlangen, wenn Sie ins Ausland ziehen?

Nein. Die Pflegeversicherung ist eine Risikoversicherung. Sie sichert während der Versicherungsdauer das Pflegerisiko ab und lässt keine Beitragsrückzahlungen zu.

Es betreut Sie:

Central Krankenversicherung AG

Hansaring 40–50
50670 Köln

Telefon +49 (0)221 1636-0
Telefax +49 (0)221 1636-200

www.central.de