



Blickpunkt Pflegevorsorge

Pflegebedürftigkeit ist ein Lebensrisiko, das jederzeit jeden treffen kann – Sorgen Sie rechtzeitig vor



Vorwort

Jeder zweite Deutsche hat Angst, im Alter zum Pflegefall zu werden. Diese Befürchtung ist nicht unbegründet, denn mit dem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, irgendwann auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein. Vorangegangene Generationen kannten das Problem noch kaum. Es dürfte sich aber zu einer der größten Herausforderungen heutiger und künftiger Generationen entwickeln. Schon heute hat bereits jeder Dritte einen Pflegefall in seinem persönlichen Umfeld. Dies trifft insbesondere auf Menschen ab 55 Jahren zu.

Auch wenn eine aktive und gesunde Lebensführung das Risiko verringert – jede und jeder kann pflegebedürftig werden. Noch nicht einmal Jugend ist ein zuverlässiger Schutz. Die Erfahrung, zum Pflegefall geworden zu sein, stellt in der Regel neben körperlichen Beeinträchtigungen ebenso eine große psychische Belastung dar. Sie führt nicht nur zur Isolierung der Betroffenen, sondern häufig auch ihrer pflegenden Angehörigen. Pflege kostet Geld, egal ob sie in der eigenen Wohnung oder in einer pflegenden Einrichtung erbracht wird. Pflegebedürftigkeit kann, sofern keine Vorsorge getroffen wurde, sogar geradewegs in die Armut führen.

Deshalb wurde vor mehr als einem Vierteljahrhundert die Pflegeversicherung in das Sozialversicherungssystem aufgenommen und für die gesamte Bevölkerung verbindlich gemacht. Allerdings bieten deren Leistungen kaum mehr als einen Grundschutz. Eine umfassende und bedarfsgerechte Absicherung braucht Eigeninitiative. Noch aber verdrängen die meisten Menschen das Risiko Pflege aus ihrem Bewusstsein.

Wir möchten Sie ermutigen, sich mit diesem existenziellen Thema frühzeitig und angemessen zu beschäftigen. Mit dieser Broschüre erhalten Sie erste Informationen rund um Pflege und eigenverantwortliche Vorsorge. Über Ihre individuellen Ziele und Wünsche für den Fall der Fälle können wir dann ein persönliches Gespräch führen.

Ihr Versicherungsmakler

Hinweis

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit verwenden wir an einigen Stellen allgemeine Formulierungen wie z. B. „Versicherter“ oder „Pflegebedürftiger“. Darunter verstehen wir selbstverständlich nicht nur Menschen männlichen Geschlechts. Wir bitten um Verständnis für diese Vereinfachung.

Abkürzungen

BMG Bundesministerium für Gesundheit

MDK Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

PNG Pflege-Neuausrichtung-Gesetz

PSG Pflegestärkungsgesetz

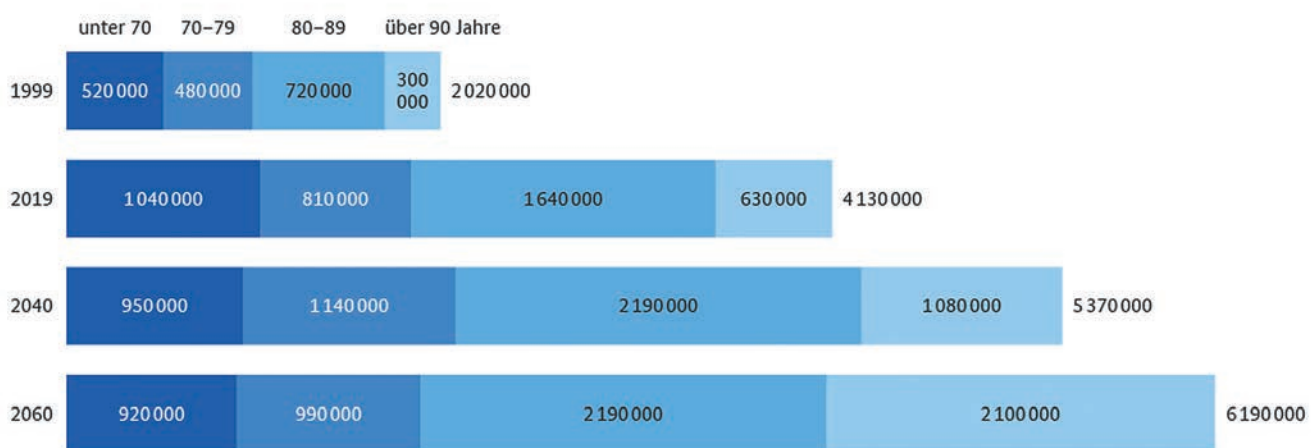
Inhalt

Vorwort	2
1. Die gesetzliche Pflegeversicherung – Zahlen, Daten, Fakten	4
1.1 Träger der Pflegeversicherung	5
1.2 Pflegebedürftigkeit und Pflegegrade	5
1.3 Leistungen der Pflege-Pflichtversicherung	7
1.4 Umsetzung des PSG II	9
2. Kosten der Pflege	10
2.1 Pflegekosten	10
2.2 Finanzierungslücke im Pflegefall	11
3. Kinder haften für ihre Eltern	12
4. Formen der Privaten Pflegeversicherung	13
4.1 Pflegetagegeld	13
4.2 Pflegekosten	13
4.3 Pflegerente	14
4.4 Pflegerentoptionen	14
4.5 Geförderte Pflegeversicherung	15
4.6 Pflegevorsorge – Keine Frage des Alters	15
4.7 Pflegerente, Pflegetagegeld und Pflegekosten im Vergleich	16
5. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht	16
6. Was ist im Pflegefall zu tun? Tipps für Versicherte und Angehörige	18
7. Wie finde ich die richtige private Pflegezusatzversicherung?	20
8. Wichtiges zum Abschluss	21

1. Die gesetzliche Pflegeversicherung – Zahlen, Daten, Fakten

Die „Soziale Pflegeversicherung“ wurde 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung in mehreren Stufen eingeführt. Damit ist sie eine Pflichtversicherung. Erste gesetzliche Änderungen gab es im Jahr 2002. Weitere Neuregelungen folgten. Die bislang deutlichste Veränderung brachte das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II). Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung hat seit 2017, wer seinen Alltag aufgrund von Krankheit oder Behinderung dauerhaft nicht selbstständig bewältigen kann. Was und wie viel ein Pflegebedürftiger aus der Versicherung erhält, hängt von Grad und Dauer seiner Hilfsbedürftigkeit ab. Die gesetzlichen Leistungen decken in der Regel aber die Pflegekosten nicht vollständig ab. Über 4,57 Millionen Menschen erhielten 2019 Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung (einschließlich Leistungsempfänger der privaten Pflege-Pflichtversicherung). Seit Einführung des PSG II steigt diese Zahl deutlich. Die Alterung in unserer Gesellschaft tut ihr Übriges. Waren im Jahr 2008 noch 4,9 Prozent der Bevölkerung 80 Jahre oder älter, wird ihr Anteil bis zum Jahr 2050 auf 13 Prozent wachsen. Das ist mehr als jeder Achte.

Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999–2060



Annahmen für 2040/2060: konstante Pflegequoten von 2019; Bevölkerungsentwicklung entsprechend Variante 2 der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung
 Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
 Bildlizenz: CC BY-ND 4.0 (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2021)



Nach einer Hochrechnung des Wirtschaftsforschungsinstitutes Prognos werden 2045 schon mehr als fünf Millionen Menschen auf Pflege angewiesen sein. Erschwerend kommt hinzu, dass innerhalb dieser Gruppe der Grad der Pflegebedürftigkeit ansteigen wird. Immer mehr Menschen benötigen dann intensivere Pflege als heute. Wurden im Jahr 2011 noch mehr als zwei Drittel aller Pflegebedürftigen zu Hause versorgt, wird sich dies vermutlich stärker auf stationäre Pflegeeinrichtungen verlagern. Im Alter von unter 60 Jahren beträgt die Pflegequote 1 Prozent. Von den über 90-Jährigen sind hingegen 2 von 3 Männern und 4 von 5 Frauen pflegebedürftig. Hochaltrige Frauen werden häufiger gepflegt als Männer im selben Alter. Dabei sind die Leistungen in der Regel zu niedrig, um sämtliche Kosten zu bestreiten. Bundesweit ist die Zahl der Menschen, die auf einen Zuschuss („Hilfe zur Pflege“) angewiesen sind, weil ihre Rente für ambulante oder stationäre Pflegeleistungen nicht ausreicht, seit 1998 von 289.000 auf über 403.000 Menschen im Jahr 2020 gestiegen.

Der Gesetzgeber hat die soziale Pflegeversicherung in den letzten Jahren Schritt für Schritt ausgebaut. Seit Einführung des PSG I zum 1. Januar 2015 erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bessere Leistungen. Das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) ist am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Es sichert pflegen-

den Angehörigen einen Rechtsanspruch auf individuelle Pflegeberatung. Das 2017 eingeführte PSG III befasst sich vor allem mit der regionalen/kommunalen Umsetzung der Neuerungen. Zudem wurden die bisher drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt. Im Juni 2021 hat der Bundestag eine weitere Pflegereform beschlossen – das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz. Damit soll Altenpflege besser bezahlt und der Beruf attraktiver werden. Um Pflegebedürftige vor Überforderung durch steigende Pflegekosten zu schützen, zahlt die Pflegeversicherung bei der Versorgung im Pflegeheim einen Zuschlag zu dem nach Pflegegrad differenzierten Leistungsbetrag. Er steigt mit der Dauer der Pflege: Im ersten Jahr trägt die Pflegekasse 5 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils, im zweiten Jahr 25 Prozent, im dritten Jahr 45 Prozent und danach 70 Prozent. Zur Finanzierung der Pflegeversicherung zahlt der Bund seit 2022 bis auf Weiteres einen jährlichen Zuschuss in Höhe von 1 Milliarde Euro.

1.1 Träger der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung. Gesetzlich Krankenversicherte versichern das Pflegerisiko bei ihrer gesetzlichen Pflegekasse, während sich privat Krankenversicherte bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen absichern. Der Leistungsumfang ist bei beiden Trägern identisch. Über 73 Millionen Menschen sind in Deutschland durch die soziale Pflegeversicherung abgesichert. Weitere 9,22 Millionen (Stand 31.12.2019) haben die Pflege-Pflichtversicherung bei einer privaten Krankenversicherung abgeschlossen.

Gesetzlich Krankenversicherte zahlen seit dem 01.01.2019 einen Beitrag von bundeseinheitlich 3,05 Prozent ihres Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze (2022 beträgt diese 58.050 Euro jährlich oder 4.837,50 Euro im Monat). Die Hälfte trägt der Arbeitgeber. Zu den 3,05 Prozent kommt ein Zuschlag in Höhe von 0,35 Prozent, wenn sie keine Kinder haben. Der Arbeitgeber beteiligt sich nicht am Zuschlag. Für kinderlose Versicherte wird somit ein Gesamtbeitrag von 3,40 Prozent fällig. Eltern sowie Versicherte, die vor 1940 geboren wurden, zahlen keinen Beitragszuschlag. Die Beitragskalkulation der privaten Pflege-Pflichtversicherung richtet sich grundsätzlich nach dem individuellen Versicherungsrisiko bei Vertragsbeginn. Im Unterschied zur privaten Krankenversicherung hat jedoch der Gesetzgeber allen privaten Versicherungsunternehmen Rahmenbedingungen für eine sozialverträgliche Beitragsgestaltung vorgegeben. So dürfen Vorerkrankungen nicht ausgeschlossen und bereits pflegebedürftige Personen nicht zurückgewiesen werden. Kinder werden beitragsfrei mitversichert. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, sich am Beitrag mindestens in dem Umfang zu beteiligen, wie dies bei gesetzlich Versicherten der Fall wäre.

Für Versicherte, die bereits ab Beginn pflichtversichert sind, wurde der Beitrag zur privaten Pflege-Pflichtversicherung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt. Bei Ehepartnern ohne eigenes Einkommen oder mit geringfügigem Einkommen (bis 470 Euro im Monat) ist eine Beitragsvergünstigung vorgesehen; beide Ehegatten müssen zusammen nicht mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung zahlen.

1.2 Pflegebedürftigkeit und Pflegegrade

Pflegebedürftigkeit ist ein Lebensrisiko, das jederzeit jeden treffen kann. Aber wann leistet eigentlich die soziale Pflegeversicherung? Laut Sozialgesetzbuch XI (§ 14) sind Menschen pflegebedürftig, wenn sie „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 mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“

Damit einheitliche Maßstäbe gelten, bestimmt der Gesetzgeber, wie und für welche Lebensbereiche die Beeinträchtigungen erhoben und bewertet werden. Anhand festgelegter Kriterien erfassen fachlich versierte Prüfer, die von den Pflegekassen beauftragt werden, den Grad der verbliebenen Selbstständigkeit.

Diese sechs Lebensbereiche werden erfasst und gewichtet ...

Modul	Bereich	Kriterien	Gewichtung
1.	Mobilität 	Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen	10 %
2.	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten 	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Beteiligen an einem Gespräch	15 %
3.	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen 	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit	15 %
4.	Selbstversorgung 	Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	40 %
5.	Bewältigung und Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen 	Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Einreibungen, körpernahe Hilfsmittel, Verbandswechsel und Wundversorgung, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung, zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen	20 %
6.	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte 	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	15 %

... und mit Punkten bewertet.

Je nach Punktzahl erhält Versicherte einen Pflegegrad (PG)

Punkte	Punkte	Punkte	Punkte	Punkte
12,5 bis unter 25	ab 25 bis unter 47	ab 47 bis unter 70	ab 70 bis unter 90	ab 90 bis 100
PG1	PG2	PG3	PG4	PG5

Mit den Pflegegrad steigen die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung.

1.3 Leistungen der Pflege-Pflichtversicherung

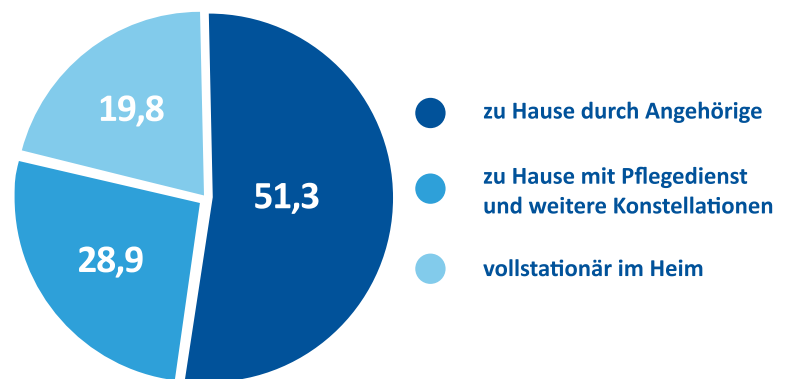
Die Pflege-Pflichtversicherung zahlt unabhängig von der finanziellen Situation und dem tatsächlichen Finanzbedarf des Pflegebedürftigen. Kritiker wie der Finanzwissenschaftler Prof. Bernd Raffelhüschen sprechen deshalb von einer „Erbenschutzversicherung“. Diese Sorge dafür, dass vorhandenes Vermögen nicht vollständig aufgezehrt werde, sondern Kindern und Enkeln zugutekomme. Diese Kritik darf allerdings nicht den Blick darauf verstellen, dass die gesetzlichen Leistungen nicht ausreichen, die Kosten einer Betreuung im Pflegefall vollständig zu bestreiten. Das gilt umso mehr bei Unterbringung in einem Pflegeheim.

Noch werden die meisten Pflegebedürftigen in den eigenen vier Wänden betreut. Hier übernehmen oft Angehörige den größten Teil der Betreuung. Insbesondere Frauen, ob Ehefrau, Schwester, Tochter oder Schwiegertochter, kommen dieser Aufgabe nach. Pflege ist weiblich – das gilt auch für die professionelle Pflege. Mehr als 85 Prozent der Beschäftigten von Pflegediensten und in Pflegeheimen sind Frauen.

Pflegegeld

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen Pflegebedürftige selbst entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden. Sie haben die Möglichkeit, entweder sogenannte Sachleistungen, also die Hilfe von professionellen Pflegediensten, in Anspruch zu nehmen oder sich von ihren Angehörigen versorgen zu lassen. In diesem Fall erhalten Betroffene ein Pflegegeld, sofern die häusliche Pflege sichergestellt ist. Sie können über die Verwendung grundsätzlich frei entscheiden. Meist wird es an jene Menschen gegeben, die Pflege und Betreuung übernehmen.

Pflegebedürftige nach Art der Versorgung Ende 2019 in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt (Rundungsdifferenzen)

Pflegesachleistungen

Für die häusliche Pflege können Pflege- und Betreuungsbedürftige ambulante Pflegedienste beauftragen. Kosten für Leistungen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und der häuslichen Betreuung übernimmt die Pflegeversicherung im Rahmen von Höchstbeträgen. Das gilt allerdings nur unter der Voraussetzung, dass der jeweilige Pflegedienst durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zugelassen ist. Es ist möglich, Sachleistungen mit Pflegegeld zu kombinieren. So soll eine optimale bedarfsgerechte Betreuung erreicht werden. Das Pflegegeld verringert sich dann um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Teilstationäre Versorgung

Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) ist die zeitweise Betreuung während des Tages oder der Nacht in einer Pflegeeinrichtung. Die Pflegekasse beziehungsweise die private Pflege-Pflichtversicherung übernimmt die Kosten für Pflege, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege. Hol- und Bringdienste der Einrichtungen werden ebenfalls bezahlt. Verpflegungskosten sind allerdings „Privatsache“ und müssen vom Versicherten übernommen werden. Teilstationäre Pflege liegt vor, wenn der Versicherte nicht in ausreichendem Umfang zu Hause betreut werden kann oder eine Ergänzung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Das ist häufig der Fall bei berufstätigen Angehörigen. Leistungen der Tages- und Nachtpflege können mit anderen Leistungen kombiniert werden.

Vollstationäre Pflege

Wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der individuellen Pflegesituation nicht in Betracht kommt, ist eine vollstationäre Pflege erforderlich.

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

Manche Pflegebedürftige sind nur für begrenzte Zeit auf stationäre Pflege angewiesen, beispielsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder wenn häusliche Pflege vorübergehend nicht möglich ist, weil die Pflegeperson krank oder im Urlaub ist. Die Kosten für Kurzzeitpflege übernimmt die Pflegeversicherung unabhängig vom erreichten Pflegegrad für höchstens sechs Wochen pro Jahr.

Betreuungsbetrag

Menschen mit einem anerkannten Pflegegrad, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden, haben Anspruch auf einen Betreuungsbetrag, auch Entlastungsbetrag genannt. Er beträgt einheitlich 125 Euro im Monat.

Wohngruppen

Damit Pflegebedürftige möglichst lange selbstständig in häuslicher Umgebung wohnen können, werden seit dem Jahr 2015 ambulant betreute Wohngruppen besonders gefördert. Pflegebedürftige, die Pflegegeld und/oder Pflegesachleistungen beziehen und mit anderen Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung leben, in der eine Pflegekraft eingesetzt ist, erhalten zusätzlich zu den sonstigen Leistungen auf Antrag eine Pauschale. Darüber hinaus kann bei Gründung einer Wohngemeinschaft unter bestimmten Voraussetzungen eine Anschubfinanzierung gewährt werden. Diese ist zur Verbesserung des Wohnumfeldes gedacht.

Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung seit 2017 in Euro (Höchstbeträge)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Geldleistung ambulant	125 (zweckgebundene Erstattung von Kosten)	316	545	728	901
Sachleistung ambulant		724	1.363	1.693	2.095
Leistungsbetrag vollstationär*	125	770	1.262	1.775	2.005
„Kurzzeitpflege“ (stationär; Betrag pro Jahr)		1.774	1.774	1.774	1.774
Entlastungsbetrag ambulant	125	125	125	125	125
Ambulant bereute Wohngruppen (zusätzlich)	214	214	214	214	214
Pflege vollstationär in Einrichtungen für behinderte Menschen		10 % vom Heimgeld, höchstens 266 Euro monatlich			

* Seit 2022 erhalten Versicherte, die vollstationäre Pflegeleistungen beziehen, einen Zuschlag zu ihren pflegebedingten Aufwendungen. Dieser steigt stufenweise. Bereits ab dem Heimeinzug beträgt er 5 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils. Nach 12 Monaten steigt der Zuschlag auf 25 Prozent. Nach insgesamt 24 Monaten beträgt der Zuschlag bereits 45 Prozent und schließlich nach 36 Monaten 70 Prozent.

Weitere Leistungen

Damit sind die Leistungen noch nicht erschöpft. So haben Menschen mit Pflegebedarf zudem Anspruch auf Pflegehilfsmittel. Das sind zum Beispiel technische Hilfsmittel wie ein Pflegebett oder das Notrufsystem, aber auch Verbrauchsprodukte wie Betteinlagen, Mundschutz oder Einmalhandschuhe. Die Kosten übernimmt die Pflegekasse jedoch nur, sofern die Krankenkasse nicht zur Leistung verpflichtet ist. Der Versicherte muss einen Eigenanteil von höchstens 25 Euro im Monat tragen. Für Verbrauchsprodukte sind die Leistungen auf 40 Euro im Monat begrenzt. Auch für die Versicherung der pflegenden Personen hat der Gesetzgeber gesorgt: Für sie werden unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung gezahlt. Zudem beteiligt sich der Staat während der Pflegezeit an ihren Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

2015 ist das „Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ in Kraft getreten. Es bietet mit dem „Pflegeunterstützungsgeld“ eine Lohnersatzleistung. Außerdem können Berufstätige, die sich um pflegebedürftige Angehörige kümmern, nun ein zinsloses Darlehen erhalten, um einen möglichen Verdienstaufschlag zu überbrücken. Beim aktuellen Zinsniveau geht der Vorteil des zinslosen Darlehens allerdings gegen null. Beschäftigte in Betrieben mit mehr als 25 Angestellten erhalten einen Rechtsanspruch auf Verringerung ihrer Arbeitszeit für längstens 24 Monate, wenn sie sich um pflegebedürftige Angehörige kümmern. Die Begrenzung auf größere Betriebe ist der vermeintlich besseren Anpassungsfähigkeit an den Ausfall eines Beschäftigten geschuldet. Dem tatsächlichen Bedarf wird diese Regelung aber nicht gerecht.

1.4 Umsetzung des PSG II

2017 wurden die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade abgelöst. Bei der Einteilung spielen geistige und seelische Einschränkungen eine bedeutende Rolle. Damit sollen insbesondere Menschen mit Demenz besser gestellt werden. Maßstab für Leistungen ist, wie gut ein Mensch seinen Alltag noch bewältigen kann.

Besitzstände wurden geschützt. Niemand, der vor der Umstellung bereits Leistungen erhalten oder beantragt hatte, sollte schlechter gestellt werden als vorher. Die Überleitung von den alten Pflegestufen in Pflegegrade erfolgte automatisch.

Für gesetzlich Versicherte übernimmt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) die Einstufung. Bei privat Versicherten übernimmt diese Aufgabe die Medicproof GmbH.

Höhere Leistungen führen zu höheren Kosten. 2017 ist der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung um 0,2 Prozentpunkte gestiegen.

Die deutliche Erweiterung und Erhöhung der Pflegeleistungen sowie deutlich mehr Leistungsempfänger erforderten zum 01.01.2019 eine weitere Beitragssteigerung um 0,5 Prozentpunkte auf 3,05 Prozent des Bruttoeinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze (Kinderlosenzuschlag zzgl. 0,25 Prozent auf insgesamt 3,3 Prozent). 2022 wurde der Zuschlag für Kinderlose auf 0,35 Prozent erhöht.



2. Kosten der Pflege

Pflege ist teuer. Obwohl die meisten Pflegebedürftigen von Angehörigen versorgt werden, ist professionelle Unterstützung häufig unverzichtbar. Durch die Systemumstellung des PSG II zum 01.01.2017 ist der Personalbedarf gestiegen. Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wird zudem in den nächsten Jahrzehnten um etwa drei Prozent wachsen. Das bedeutet: jedes Jahr werden rund 25.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt.

Woher nehmen? Schon heute gibt es viele unbesetzte Stellen. Der Pflegenotstand droht. Abgewendet werden kann er wohl nur durch konzertierte Aktionen aller Verantwortlichen sowie eine bessere Vergütung von Pflegekräften. Das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz ist ein erster Schritt auf diesem Weg.

Auch die Versorgung durch Angehörige verursacht Kosten. So sind nicht selten Umbauten in der Wohnung erforderlich und Hilfsmittel wie ein Pflegebett, Notrufsysteme und andere werden benötigt. Zudem verzichten pflegende Angehörige häufig auf Berufstätigkeit oder schränken diese zumindest deutlich ein. Das aber geht mit Einkommensverlusten einher. Ob Haushaltshilfen, Fensterputzer, eine studentische Aushilfe oder Menübringdienste – all dies kostet zusätzliches Geld.

2.1 Pflegekosten

Im Rahmen der Sachleistungen wird professionelle Pflege mit Pauschalen abgerechnet. Aber was bedeutet das in der Praxis? Ähnlich wie die Fallpauschalen in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es auch für Pflegeleistungen Pauschalsätze, unabhängig vom tatsächlichen Aufwand. Dafür werden einzelnen Leistungen Punkte zugeordnet. Welchem Betrag in Euro ein Punkt entspricht, ist allerdings von Pflegedienst zu Pflegedienst unterschiedlich. Denn jeder Pflegedienst kann individuell oder über eine Interessenvertretung Verhandlungen mit den Pflegekassen führen. Das bedeutet unterschiedliche Preise für ein und dieselbe Leistung. Einen Pauschalpreis für Pflegeheime gibt es also nicht. Die Heimkosten setzen sich aus mehreren Positionen zusammen.

Heimbetreiber können die folgenden Leistungen teilweise oder gesamt in die Pflegekosten einbeziehen:

- Pflege und Betreuung
- Unterkunft und Verpflegung
- Investitionskosten
- gegebenenfalls Ausbildungsumlage
- gegebenenfalls Kosten für Zusatzleistungen

Alle über die Pauschalen hinausgehenden Kosten muss der Patient privat tragen. Der Grundbetrag des Eigenanteils ist für die Pflegegrade zwei bis fünf einheitlich. Er betrug 2021 nach Informationen des vdek (Verband der Ersatzkassen) im Bundesdurchschnitt 873 Euro.

Während Heimbewohner in Thüringen mit durchschnittlich 615 Euro am wenigsten selbst aufbringen müssen, nimmt Baden-Württemberg mit 1.167 Euro die Spitzenposition ein. Um die Pflegekosten zu senken, erhalten Versicherte, die vollstationäre Pflegeleistungen beziehen, seit 2022 einen Zuschlag zu ihren pflegebedingten Aufwendungen. Dieser steigt stufenweise. Zu Beginn beträgt er fünf Prozent des pflegebedingten Eigenanteils. Nach 12 Monaten steigt der Zuschlag auf 25 Prozent. Nach 24 Monaten beträgt er bereits 45 Prozent und nach 36 Monaten dann 70 Prozent.

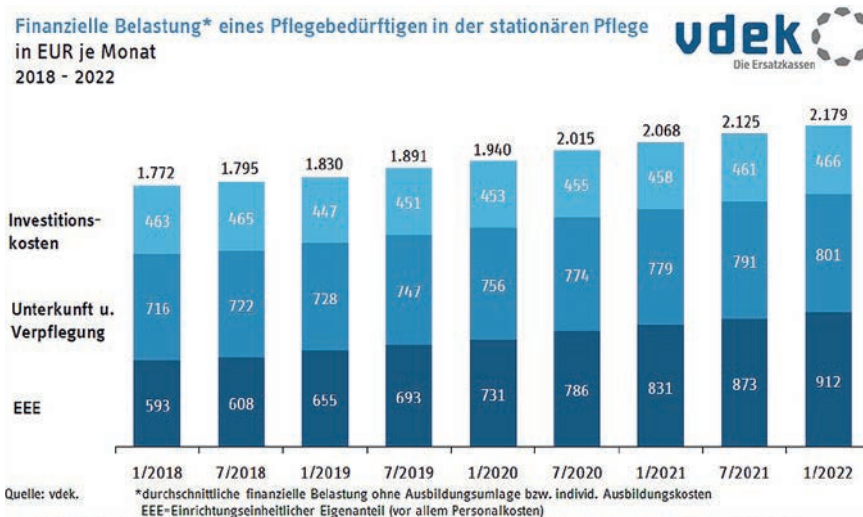
2.2 Finanzierungslücke im Pflegefall

Viele Pflegeeinrichtungen haben das PSG II zum Anlass für Preiserhöhungen genommen. Deswegen bleibt der Eigenanteil, den Pflegebedürftige leisten müssen, auch 2022 in vielen Fällen erheblich. Er muss durch laufende Einkünfte oder zulasten des Vermögens, das ein Leben lang mühsam aufgebaut wurde, finanziert werden.

Bei der Pflege zuhause fallen weniger Kosten an. Aber es bleiben die Aufwendungen für Miete, Strom, Essen und Kleidung. Im Pflegeheim werden der Pflegesatz sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung fällig. Aber auch Investitionskosten, die der Betreiber eines Pflegeheimes aufbringen muss, um notwendige Instandsetzungen oder Neubauten zu finanzieren, sind vom Pflegebedürftigen anteilig zu finanzieren. Hinzu kommt der Ausbildungszuschlag, mit dem sich Bewohner von Pflegeeinrichtungen an den Kosten für die Ausbildung junger Menschen in Pflegeberufen beteiligen müssen.

Besonders schwierig ist die Situation für Paare, bei denen ein Partner pflegebedürftig wird und stationär gepflegt werden muss. Für den verbleibenden Partner schrumpft das monatliche Einkommen drastisch. Nicht selten muss die gemeinsame Immobilie verkauft werden und noch im hohen Alter wird ein Umzug erforderlich. Dass die Pflegekosten in Zukunft sinken könnten, ist mehr als unwahrscheinlich. Zu personalintensiv sind die Leistungen und zu teuer ist die Arbeitskraft. Zudem steigen die Auflagen und Anforderungen an die Qualität der Pflege.

Seit 2022 erhalten Pflegebedürftige einen Zuschuss („Leistungszuschlag“) zu den Pflege- und Ausbildungskosten. Dessen Höhe richtet sich nach der Dauer des vollstationären Aufenthaltes.



3. Kinder haften für ihre Eltern

Kinder sind ihren Eltern gegenüber unterhaltspflichtig. Das erscheint nur recht und billig. Schließlich sorgen Eltern in der Regel über Jahrzehnte für ihren Nachwuchs. Das stimmt zwar nicht immer, aber selbst wenn Eltern den Kontakt zu ihrem Kind abgebrochen haben, dauert dessen Unterhaltspflicht an. So entschied der Bundesgerichtshof in einem aufsehenerregenden Fall. Vierzig Jahre lang wollte der Vater nichts von seinem Sohn wissen, hatte ihn sogar enterbt. Die letzten Lebensjahre verbrachte er in einem Pflegeheim, das er nicht allein finanzieren konnte. Das Sozialamt sprang ein und verlangte nach dem Tod des Vaters vom Sohn die Erstattung der Kosten. Zu Recht, wie der BGH entschied.

Haben die Eltern Anspruch auf Grundsicherung im Alter, müssen sie diese auch beantragen – diese Einkünfte haben Vorrang vor dem Unterhalt durch die Kinder. Dass Eltern selbst Unterhalt von ihren Kindern fordern, bleibt zwar die Ausnahme, aber Sozialämter oder bestellte Betreuer lassen oft nichts unversucht, um Kosten der Pflege einzutreiben. Was also tun? Am besten ist sicherlich, frühzeitig eine zusätzliche private Pflegeversicherung abzuschließen. Sie schützt mit ihren Zahlungen nicht nur den Pflegebedürftigen, sondern auch seine unterhaltspflichtigen Angehörigen.

Für Entspannung sorgte 2020 ein Gesetz. Seitdem müssen sich Kinder von Pflegebedürftigen in den meisten Fällen erst ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 100.000 Euro finanziell an der Pflege ihrer Eltern beteiligen. Liegt das Einkommen oberhalb der Grenze, wird die Höhe der Unterhaltsverpflichtung auf Basis des durchschnittlichen Nettoeinkommens berechnet. Es wird bei Arbeitnehmern aus dem Einkommen der letzten 12 Monate gebildet. Bei Selbstständigen werden die Einkünfte der letzten drei bis fünf Jahre für den Mittelwert herangezogen. Von dem so ermittelten Monatseinkommen abgezogen werden berufsbedingte Aufwendungen, Krankenversicherung, private Altersversorgung sowie Zins- und Tilgungsleistungen für Darlehen. Außerdem müssen Unterhaltspflichtigen gegenüber Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern sowie eigenen Kindern berücksichtigt werden.

Unterhaltspflichtige Kinder müssen nicht nur mit ihrem Einkommen, sondern auch mit eigenem Vermögen für den Unterhalt der Eltern einstehen. Soweit das Vermögen nachweislich der Alterssicherung dient, bleibt es unangetastet. In angemessener Höhe dürfen auch Rücklagen für Reparaturen am Haus, Urlaub oder verschleißbedingten Ersatz eines Pkw gebildet werden.

Gibt es mehrere Kinder mit ausreichenden Einkünften, haften alle anteilig für den Unterhalt ihrer Eltern. Wenn der Unterhaltsbedarf höher ist als die Leistungsfähigkeit der Kinder, müssen diese individuell nach ihrer Leistungsfähigkeit zum Elternunterhalt beitragen.

Gegenüber Eltern beträgt der Selbstbehalt monatlich mindestens 2.000 Euro (einschließlich 700 Euro Warmmiete) zuzüglich der Hälfte des darüber hinausgehenden Einkommens.



4. Formen der Privaten Pflegeversicherung

Wer nicht auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung allein angewiesen sein und weder seinen Kindern noch dem Sozialamt zur Last fallen will, sollte zusätzlich privat vorsorgen. Dafür gibt es viele Möglichkeiten. Auf den ersten Blick erscheint es am einfachsten, für den Pflegefall Geld auf die Seite zu legen. Es könnte dann nach und nach verbraucht werden, um gesetzliche Pflegeleistungen aufzustocken. Allerdings birgt diese Vorgehensweise eine entscheidende Gefahr: Niemand weiß im Voraus, wann ein Pflegefall eintritt. So kann es sein, dass das Sparziel noch längst nicht erreicht wurde und das Geld nur für wenige Jahre reicht. Zudem besteht das Risiko, das angesparte Vermögen im Fall von Pflegebedürftigkeit nicht mehr angemessen verwalten zu können. Gerade ältere Menschen werden häufig Opfer von Betrügnern, denen sie ihr Geld oder andere Vermögenswerte anvertraut haben. Wer Kinder hat, möchte zudem oft sein Vermögen, sei es Sparkapital, Aktien oder eine Immobilie, für die nächste Generation erhalten. Das aber klappt nur, wenn entweder sämtliche Pflegeleistungen aus laufenden Einnahmen finanziert werden können oder eine zusätzliche private Vorsorge vorhanden ist.

In unserer Beratungspraxis begegnen wir häufig einem Problem. Man könnte es das „Pflege-Paradox“ nennen: Wer noch jung ist, könnte eine private Pflegeversicherung zu einem vergleichsweise günstigen Beitrag abschließen. Jüngere Menschen aber schieben das Thema Pflege in der Regel weit von sich. Ältere Menschen hingegen machen sich zwar große Sorgen, selbst pflegebedürftig zu werden, und wollen eine Versicherung abschließen. Häufig aber ist der Beitrag aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters sehr hoch. Manchmal lehnen Versicherer den wichtigen Schutz sogar ab, weil Antragsteller bereits gravierende Vorerkrankungen mitbringen. Die Kurzformel: Wer den Schutz haben kann, will ihn nicht, und wer ihn haben möchte, bekommt ihn nicht mehr. Damit es Ihnen nicht so geht, sollten Sie sich frühzeitig mit einer zusätzlichen privaten Vorsorge bei Pflegebedürftigkeit beschäftigen.

Die Auswahl ist groß: Lösungen aus dem Bereich der privaten Krankenversicherung kommen ebenso in Betracht wie Tarife von Lebensversicherungsunternehmen. Wie bei anderen privaten Versicherungen auch, orientiert sich der Beitrag an den versicherten Leistungen, dem erreichten Alter und den Gesundheitsverhältnissen.

4.1 Pflagegeld

Das Pflagegeld ist ein Angebot der privaten Krankenversicherer. Bei Pflegebedürftigkeit erhält der Versicherte für jeden Tag einen feststehenden Geldbetrag. Die Höhe richtet sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Bei der starren Variante wird ein Zielbetrag für Pflegegrad 4 oder 5 vereinbart; ist die Pflegebedürftigkeit geringer, macht die Leistung einen Teil dieses Betrages aus.

Einige Tarife bieten keine Leistung in den Pflegegraden 1 bis 3. Diese kosten zwar deutlich weniger, decken aber nur schwere oder schwerste Pflegebedürftigkeit ab.

Bei einer Pflagegeldversicherung kann der Versicherer auch während der Vertragslaufzeit die Beiträge erhöhen, falls er für Leistungen mehr aufwenden muss als ursprünglich kalkuliert.

4.2 Pflegekosten

Die private Pflegekostenversicherung, ebenfalls ein Angebot der Krankenversicherer, beteiligt sich im Rahmen von Höchstbeträgen an tatsächlichen Pflegekosten, soweit diese die Höchstsätze der gesetzlichen

Pflegeversicherung übersteigen. Die Leistungen orientieren sich am Leistungskatalog der Pflichtversicherung und unterscheiden ebenfalls zwischen häuslicher und stationärer Pflege sowie Kurzzeitpflege. Abgerechnet wird direkt mit der Einrichtung, welche die Pflege erbringt. Versicherte erhalten also direkt kein Geld vom Versicherer. In der Regel ist dieser Tarif deutlich günstiger als ein Pfl egetagegeld. Bei Laienpflege, zum Beispiel durch Angehörige oder Hausangestellte, werden aber keine oder nur niedrige Leistungen fällig. Das Angebot von Pflegekostentarifen ist schmaler als beim Pfl egetagegeld. Nur eine Handvoll Unternehmen versichert Pflegekosten.

4.3 Pflegerente

Pflegerententariife sind ein Angebot der Lebensversicherer. Hier erhält der Versicherte, abhängig vom Grad seiner Pflegebedürftigkeit, eine vertraglich vereinbarte Rente. Ein wesentlicher Vorteil dieser Tarife besteht in ihrer Flexibilität während der Laufzeit. So kann die Beitragszahlung zum Beispiel bei finanziellen Engpässen vorübergehend gestoppt werden. Zusätzlich zu den garantierten Zahlungen gibt es Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Alternativ verrechnen einige wenige Unternehmen Überschüsse während der Beitragszahlungsdauer mit dem Tarifbeitrag; dadurch sinkt der Zahlbeitrag.

Der Beitrag kann je nach Tarif laufend, abgekürzt oder als Einmalzahlung entrichtet werden. Diese kommt in Betracht, wenn ein größerer Geldbetrag, beispielsweise aus einer ablaufenden Kapitalversicherung, frei verfügbar ist. Laufende Beiträge sind festgeschrieben; der Versicherer kann sie während der Vertragsdauer nicht erhöhen. Das veranlasst Versicherer, besonders vorsichtig und mit ausreichenden Sicherheitsmargen zu kalkulieren. Kein Wunder also, wenn der Beitrag höher ist als für ein Pfl egetagegeld.

Leistungen werden fällig, wenn der Versicherte den vereinbarten Pflegegrad erreicht. Die Höhe der Pflegerente kann innerhalb der Tarifgrenzen frei gewählt werden. Je nach Tarif werden auch in den unteren Pflegegraden bereits Leistungen fällig. Der Leistungsbeginn richtet sich nicht ausschließlich nach der gesetzlichen Versicherung. Auf Wunsch können sogenannte ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens) zugrunde gelegt werden. In diesem Fall stellt ein Arzt fest, welche Tätigkeiten jemand nicht mehr selbstständig ausführen kann. Das sind zum Beispiel:

- Aufstehen und Zubettgehen
- Fortbewegen in der Wohnung
- An- und Auskleiden
- Waschen, Baden oder Duschen
- Essen und Trinken
- Verrichten der Notdurft

Bewältigt ein Patient mindestens drei dieser Tätigkeiten nicht mehr allein, gilt er als pflegebedürftig. Darüber hinaus leistet der Vertrag, unabhängig von der ADL-Einschätzung, bei Demenz. Pflegerentenversicherungen werden als selbstständiger Vertrag oder als Zusatzleistung zu einer Rentenversicherung angeboten. Manche Versicherer kombinieren Leistungen bei Berufsunfähigkeit (BU) und im Pflegefall.

4.4 Pflegerententoptionen

Einige Rentenversicherungstarife bieten eine sogenannte „Pflegerententoption“. Diese garantiert, dass der Versicherte eine höhere Rente erhält, wenn er bei Beginn der Altersrentenzahlung bereits pflegebedürftig ist. In diesem Fall wird die Rente, je nach Alter und Tarif, um 100 oder sogar 150 Prozent erhöht. Bei Abschluss ist keine Gesundheitsprüfung erforderlich. Eine Variante verbindet die

Pflegerente mit einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsrente. Leistungen im Pflegefall können bei Ablauf der BU-Rente ebenfalls ohne neue Gesundheitsprüfung vereinbart werden. Ist der Versicherte bereits vor Ablauf auf Pflege angewiesen, erhält er die Pflegerente lebenslang. Weitere Formen des Pflegeoptionsrechts gibt es in einer kostenpflichtigen und einer kostenfreien Variante. Die kostenpflichtige „Pflegeanwartschaftsversicherung“ garantiert die spätere Aufnahme in die Pflegeversicherung zu 100 Prozent. Die kostenfreie Option berechtigt Versicherte, zu Rentenbeginn – sofern sie noch nicht pflegebedürftig sind – eine Pflegeversicherung abzuschließen. Eine Pflegerentenoption ist insbesondere für junge Menschen mit schmalen Geldbeutel interessant. Sie sichern sich heute für kleines Geld oder sogar kostenlos die Option auf späteren Schutz ohne zusätzliche Gesundheitsprüfung.

4.5 Geförderte Pflegeversicherung

Seit 2013 fördert der Staat, wenn auch nur in geringem Umfang, private Vorsorge für den Pflegefall. Das Modell wurde nach seinem Initiator, dem ehemaligen Gesundheitsminister Daniel Bahr, im Volksmund „Pflege-Bahr“ getauft. Ein Pflegeitagegeld (s. Ziffer 4.1) wird mit 60 Euro im Jahr bezuschusst, wenn

- der Eigenbeitrag mindestens 10 Euro im Monat beträgt und
- Dynamik in Höhe der Inflationsrate versichert wird und
- Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht überschritten werden und
- Leistungen in allen Pflegegraden versichert sind und
- bei Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro monatlich fällig werden.

Möglich – und oft auch sinnvoll – ist es, den Vertrag mit dynamisierten Leistungen abzuschließen, um den drohenden Kaufkraftverlust durch Inflation auszugleichen. Kommt es zum Leistungsfall, kann der Versicherte frei über das Geld verfügen. Ob die geförderte Pflegeversicherung lohnt, entscheidet sich erst im Einzelfall. Wer bereits älter und/oder krank ist und deshalb hohe Zuschläge zahlen müsste, ist mit dem „Pflege-Bahr“ gut bedient. Für alle anderen kann ein nicht geförderter Vertrag günstiger sein. Wir beraten Sie.

4.6 Pflegevorsorge – Keine Frage des Alters

Pflegebedürftigkeit bedroht nicht nur alte Menschen. Auch schwere Krankheiten können schon Kinder und junge Erwachsene treffen. Jeder vierte Empfänger von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung ist noch keine 50 Jahre alt.

Für einen Abschluss in jungen Jahren spricht außerdem, dass Beiträge mit zunehmendem Eintrittsalter deutlich steigen. Wer hingegen frühzeitig abschließt, kann sich aufgrund des günstigen Beitrags eine gute und vor allem ausreichend hohe Pflegeversicherung leisten. Zudem sind meistens noch keine Erkrankungen eingetreten, die einen Vertrag verteuern oder den Abschluss sogar verhindern könnten. Einige Versicherungsgesellschaften bieten Pfegetarife deshalb bereits für Kinder an. So können Eltern oder Großeltern mit geringem finanziellen Aufwand den Grundstein für eine finanziell sichere Zukunft ihres Schützlings legen. Verdient das versicherte Kind dann eigenes Geld, kann es den Vertrag unkompliziert und zum günstigen Beitrag fortführen.

4.7 Pflegerente, Pflegetagegeld und Pflegekosten im Vergleich

	Pflegerente	Pflegetagegeld	Pflegekosten
Allgemeines	Monatliche Rente, individuell vereinbart in Abhängigkeit vom Pflegegrad	Tagessatz, individuell vereinbart in Abhängigkeit vom Pflegegrad	Absicherung eines Teils der tatsächlichen Pflegekosten
Beitrag	(-/+) relativ hoch, aber garantiert (Steigerung ausgeschlossen)	(+) günstig, kann aber steigen	(-) relativ hoch, kann steigen
	(+) Beitragsbefreiung möglich	(+) Beitragsbefreiung möglich	(+) Beitragsbefreiung möglich
Förderung	NEIN	JA, sofern „Pflege-Bahr-Vertrag“	NEIN
Leistung	(+) garantierte Leistung plus Überschüsse	(+) garantierte Leistung	(+) Übernahme eines festgelegten Prozentsatzes der Restkosten oder Aufstockung der gesetzlichen Leistungen
	(+) unabhängig von Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung	(+) unabhängig von Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung	(-) auf Leistungskatalog der gesetzlichen Pflege beschränkt
	(+) Kostennachweis nicht erforderlich	(+) Kostennachweis nicht erforderlich	(-) nur tatsächliche Leistungen, kein Anspruch bei Laienpflege
	(+) weltweite Leistung möglich	(+) weltweite Leistung möglich	(+) weltweite Leistung möglich
Sonstiges	(+) bei Tod Beitragsersatzung an Hinterbliebene möglich	(+) Leistungsdynamik möglich	

5. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

In Deutschland hat jeder Mensch das Recht, seine eigenen Angelegenheiten frei und ohne Einmischung anderer – insbesondere staatlicher – Stellen zu regeln. Was aber, wenn Sie durch Unfall, Krankheit oder Verfall Ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit wichtige Entscheidungen nicht länger selbst treffen und durchsetzen können? Wahrscheinlich werden Ihnen Angehörige zur Seite stehen. Wenn aber rechtsverbindliche Erklärungen oder Entscheidungen gefordert sind, dürfen weder Ehe- oder Lebenspartner noch Ihre Kinder Sie gesetzlich vertreten. Das ist nur möglich, sofern eine Vollmacht bereits vorliegt oder vom Gericht bestellt wurde. Mit Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung entscheiden Sie schon in gesunden Tagen vorausschauend für die Wechselfälle des Lebens.

Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht übertragen Sie einer anderen Person die Wahrnehmung einzelner oder aller Angelegenheiten für den Fall, dass Sie nicht mehr selbst entscheiden können. Der oder die Bevollmächtigte kann dann handeln, ohne dass es weiterer Maßnahmen oder Genehmigungen bedarf. Das Gericht wird nur eingeschaltet, wenn es zur Kontrolle des Bevollmächtigten erforderlich ist, beispielsweise bei Rechtsgeschäften zwischen Vollmachtgeber und Bevollmächtigtem. Eine Vorsorgevollmacht gewährt dem Vollmachttempfänger ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsspielraum. Der Vorteil der Vorsorgevollmacht besteht darin, dass der Bevollmächtigte Ihres Vertrauens in einer Notsituation sofort handeln kann und nicht erst gerichtlich bestellt werden muss.

Betreuungsverfügung

Mit der Betreuungsverfügung können Sie festlegen, wen das Gericht als Betreuer bestellen soll, falls Sie in rechtlichen Dingen betreut werden müssen. Genauso können Sie bestimmen, wer auf keinen Fall als Ihr Betreuer in Frage kommt. Möglich sind auch inhaltliche Vorgaben, etwa welche Wünsche und Gewohnheiten respektiert werden sollen oder ob Sie im Pflegefall eine Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim wünschen. Das Betreuungsgericht muss bei der Auswahl eines Betreuers die Wünsche aus der Betreuungsverfügung berücksichtigen. In einigen Bundesländern ist darüber hinaus auch die Hinterlegung einer Betreuungsverfügung beim Gericht möglich (zum Beispiel in Bayern, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen).

Patientenverfügung

Wenn Sie nicht wollen, dass andere über Ihre medizinische Betreuung und Behandlung entscheiden, legen Sie am besten in einer Patientenverfügung fest, ob Sie bei konkret beschriebenen Krankheitszuständen bestimmte medizinische Maßnahmen wünschen oder ablehnen. Denn trotz aller Fortschritte heilt die moderne Medizin auch heute noch nicht jede Krankheit. Mit einer Patientenverfügung dokumentieren Sie Ihre persönlichen Wünsche und Werte. Sie können beispielsweise festlegen, dass Sie eine Wiederbelebung oder sonstige lebensverlängernde Maßnahmen ablehnen, aber auch, dass Sie allen Maßnahmen ausdrücklich zustimmen, die Ihr Leben verlängern könnten. Die Beweggründe für Ihre Entscheidung spielen keine Rolle und müssen nicht dokumentiert werden. Nach geltender Rechtslage muss die Patientenverfügung schriftlich verfasst sein. Sie richtet sich in erster Linie an den Arzt und das Behandlungsteam. Formulierungen wie „Wenn keine Aussicht auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen Lebens besteht, möchte ich keine lebensverlängernden Maßnahmen ...“ sind sehr vage und in ihrer Bindungswirkung zweifelhaft. Sinnvoll ist deshalb, den Hausarzt zu bitten, die Formulierungen der Verfügung zu überprüfen und mit seiner Unterschrift zu bezeugen.

Rechtliche Beratung

Notare erstellen eine rechtssichere individuelle Vollmachtsurkunde und beraten über Tragweite und Risiken. Sie stimmen die Vollmacht mit bereits erteilten weiteren notariellen Verfügungen ab, wie zum Beispiel einem Testament oder Erbvertrag. Rechtsanwälte können die rechtliche Beratung übernehmen und individuelle Formulierungen entwerfen, jedoch keine wirksame Vollmachtsurkunde erstellen. Es gibt auch vorbereitete Formulare, etwa vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, die nur noch angekreuzt und/oder unterschrieben werden müssen.

Unser Tipp:

Sprechen Sie mit Ihren nächsten Angehörigen über Ihre Wünsche und Vorstellungen. Nur so sind diese in der Lage, Ihre Interessen gegenüber behandelnden Ärzten und Behörden durchzusetzen. Gleichzeitig helfen Sie damit Ihren Lieben, Ihre Verfügungen zu verstehen und zu akzeptieren.

6. Was ist im Pflegefall zu tun?

Tipps für Versicherte und Angehörige

Manchmal kann alles ganz schnell gehen: Ein Unfall, ein Sturz – und jemand aus der Familie, dem Freundeskreis oder Sie selbst sind plötzlich pflegebedürftig. Dann muss sofort Hilfe organisiert werden. Häufig aber stellt sich der Pflegefall schleichend ein. Umso wichtiger ist es, bereits erste Anzeichen von Hilfsbedürftigkeit zu erkennen und ernst zu nehmen.

Vieles kann im Familienverbund oder in einer guten Nachbarschaft noch ohne professionelle Pflege organisiert werden. Allerdings müssen klare Absprachen bestehen, die Verlässlichkeit garantieren. Oft empfiehlt sich zudem ein Gespräch mit dem Hausarzt. Gerade wenn er seinen Patienten schon über einen längeren Zeitraum kennt, kann er Tempo und Fortgang der Beeinträchtigung relativ gut beurteilen und auf Grundlage seiner Erfahrung nützliche Empfehlungen geben. Das Bundesgesundheitsministerium hat Ratschläge für den Fall der Fälle zusammengestellt. Wir stellen diese hier in Auszügen vor:

Was ist im Pflegefall zu tun?

- ✓ Setzen Sie sich mit Ihrer Kranken-/Pflegekasse, einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe oder Ihrer privaten Pflege-Pflichtversicherung in Verbindung und stellen Sie dort einen Antrag auf Leistungen. Das kann auch ein Familienangehöriger, Nachbar oder Bekannter für Sie übernehmen, sofern Sie ihn dazu bevollmächtigen.
- ✓ Die Pflegekasse ist verpflichtet, Ihnen unverzüglich eine Vergleichsliste zu Leistungen und Kosten der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu liefern. Sie haben darüber hinaus Anspruch auf frühzeitige und umfassende Beratung. Insbesondere wenn Sie erstmals einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, muss Ihnen die Pflegekasse unmittelbar nach Antragseingang einen Beratungstermin vorschlagen, der maximal zwei Wochen in der Zukunft liegt. Auf Wunsch kommt der Pflegeberater zu Ihnen nach Hause.
- ✓ Die private Pflege-Pflichtversicherung bietet Pflegeberatung durch das Unternehmen „COMPASS Private Pflegeberatung“. Diese kann bei Ihnen zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung stattfinden. Telefonisch erreichen Sie die Pflegeberatung COMPASS unter der Rufnummer 0 800 101 88 00 montags bis freitags von 8 bis 19 Uhr und samstags von 10 bis 16 Uhr.
- ✓ Sobald Sie Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben, beauftragt Ihre Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit.
- ✓ Bereits im Vorfeld dieses Termins sollten Sie für mindestens eine Woche, besser jedoch zwei Wochen, ein Pflegetagebuch (auch Pflegeprotokoll genannt) führen. Es gibt Auskunft darüber, in welchen Situationen Sie Unterstützung benötigen (zum Beispiel beim Waschen, Anziehen, Essen) und wie viel Zeit die Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Angaben sind wichtig für die Begutachtung durch den MDK oder andere unabhängige Gutachter. Muster und Empfehlungen zum Ausfüllen des Tagebuches halten zum Beispiel die gesetzlichen Pflegekassen sowie die Pflegeberatung COMPASS bereit.

- ✓ Versuchen Sie einzuschätzen, ob Ihre Angehörigen oder andere Pflegepersonen die Pflege längerfristig und verlässlich durchführen können oder ob Sie ergänzend oder ausschließlich auf die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes zurückgreifen möchten. Ist die Pflege zu Hause nicht möglich, können Sie sich zu geeigneten stationären Pflegeeinrichtungen beraten lassen.
- ✓ Informationen erhalten Sie auch über das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter der Telefonnummer 030 340 60 66 02. Privat Versicherte können sich jederzeit an das Versicherungsunternehmen wenden, bei dem sie versichert sind, oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Extra-Tipp:

Auch das Internet bietet Ihnen und Ihren Angehörigen nützliche Informationen, beispielsweise auf diesen Seiten:

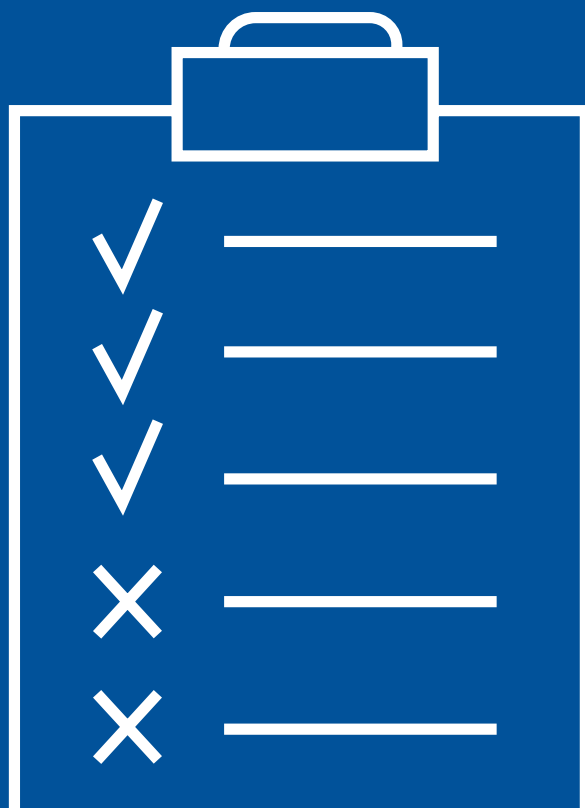
www.bmg.bund.de vom Bundesgesundheitsministerium

www.pkv.de vom Verband der privaten Krankenversicherung

www.mdk.de vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

www.compass-pflegeberatung.de von der COMPASS Private Pflegeberatung GmbH

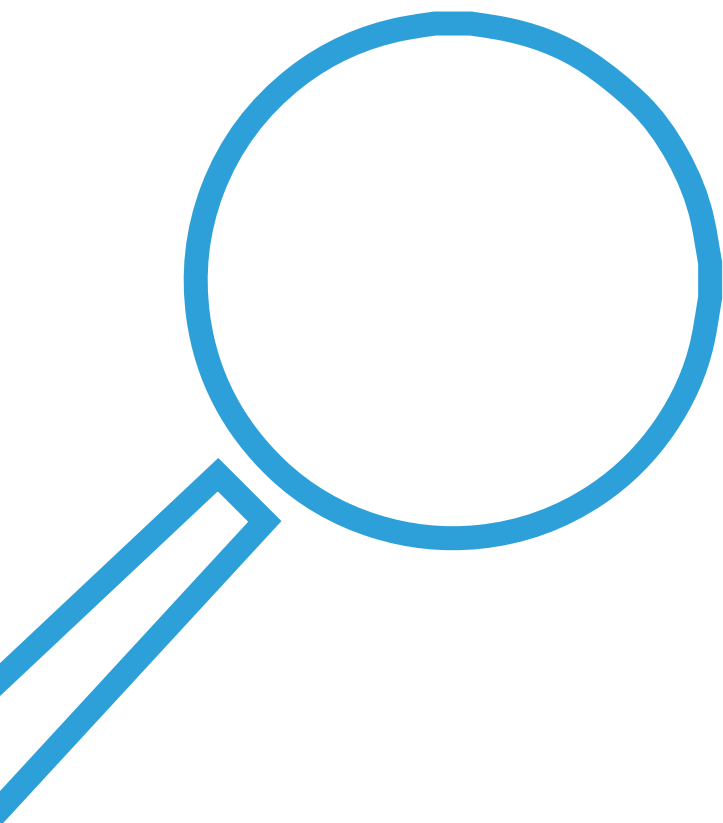
www.pflegelotse.de vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)



7. Wie finde ich die richtige private Pflegezusatzversicherung?

Bevor Sie sich für eine private Pflegeversicherung entscheiden, sollten Sie anhand ausgewählter Qualitätsmerkmale prüfen, welches Angebot für Sie infrage kommt. Welcher Tarif bei welchem Versicherungsunternehmen ist für Sie, Ihre Wünsche und Ihren Bedarf geeignet? Wollen Sie den Beitrag in laufenden Raten zahlen oder steht ein Einmalbetrag zur Verfügung? Lohnt es, staatliche Förderung („Pflege-Bahr“) zu nutzen? Um die Fragen beantworten zu können, ist zunächst einmal eine Analyse Ihrer aktuellen Lebenssituation, des vorhandenen Versorgungsgrades sowie Ihrer Wünsche und Ziele erforderlich. Bei dieser Aufgabe unterstützen wir Sie fachlich versiert und vor allem unabhängig. Entscheiden Sie vor Vertragsschluss, welches Leistungsniveau Sie wünschen und bezahlen können. Bietet ein Versicherer hohe Leistungen zu einem besonders niedrigen Beitrag, wird sich dies bei der privaten Krankenversicherung (Pflegetagegeld sowie Pflegekostenversicherung) in Zukunft mit überdurchschnittlichen Beitragserhöhungen bemerkbar machen.

Die Qualität eines Versicherers zeigt sich auch darin, wie erfolgreich er sein Versicherungsgeschäft betreibt. Kann er bereits Erfahrungen in der Absicherung biometrischer Risiken wie Pflege und Berufsunfähigkeit vorweisen? Sind die Versicherungsbedingungen transparent und fair? Und ist das Versicherungsunternehmen so finanzstark, dass es die zugesagten Leistungen auch noch in Jahrzehnten erbringen kann? Bei der Bewertung geeigneter Versicherungsunternehmen unterstützen wir Sie. Profitieren Sie von unserer Erfahrung und unserem Marktüberblick. Wir bahnen Ihnen den Weg durch den Tarif-Dschungel und zeigen geeignete Lösungen auf.



8. Wichtiges zum Abschluss

- ✓ Pflegebedürftigkeit kann jeden und noch dazu ohne Vorwarnung treffen. Sichern Sie Ihre Existenz – rechtzeitig!
- ✓ Je jünger Sie beim Abschluss sind, umso günstiger der Beitrag. Im fortgeschrittenen Alter hingegen laufen Sie Gefahr, diesen wichtigen Versicherungsschutz nicht mehr zu bekommen.
- ✓ Niemand setzt sich gern mit dem Gedanken auseinander, einmal auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Aber das Pflegerisiko steigt mit dem Alter. Treffen Sie die Entscheidung für Ihre finanziell sichere Zukunft deshalb frühzeitig.
- ✓ Entscheidendes Auswahlkriterium für die private Pflegevorsorge ist das Bedingungsmerkmal der einzelnen Gesellschaften. Hier gibt es gravierende qualitative Unterschiede.
- ✓ Die Materie ist nicht einfach, und es gibt viele unterschiedliche Versicherungslösungen. Profitieren Sie von unserer kompetenten und unabhängigen Beratung.
- ✓ Wir vergleichen für Sie die verschiedenen Angebote und zeigen Ihnen leistungsstarke Versicherer auf.
- ✓ Sogar innerhalb einer Vorsorgevariante gibt es häufig mehrere Optionen. Wir ermitteln für Sie, welche Leistung zu welchem Preis angeboten wird.
- ✓ Beantworten Sie die Antragsfragen zu Ihrer Gesundheit vollständig und wahrheitsgemäß. Andernfalls riskieren Sie, bei Pflegebedürftigkeit weniger oder sogar keine Leistungen zu bekommen.
- ✓ Nehmen Sie sich ausreichend Zeit für eine persönliche Beratung durch Ihren unabhängigen Versicherungsmakler.
- ✓ Schieben Sie Ihre Zukunftssicherung nicht auf die lange Bank. Handeln Sie jetzt und lassen Sie sich von uns beraten.

Haftungsausschluss/ Nutzungsbestimmungen

Die Inhalte dieser Beratungsbroschüre wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet. Aktualisierungen finden regelmäßig statt. Dennoch sind Fehler nicht auszuschließen. Hinweise und Korrekturen senden Sie bitte an den Herausgeber. Eine Haftung für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität dieser Beratungsbroschüre kann trotz sorgfältiger Prüfung nicht übernommen werden. Der Herausgeber übernimmt insbesondere keinerlei Haftung für eventuelle Schäden oder Konsequenzen, die durch die Nutzung der angebotenen Inhalte entstehen. Etwaige rechtliche Hinweise, Empfehlungen und Auskünfte sind unverbindlich; eine Rechtsberatung findet nicht statt.

Hinweis: Diese Broschüre wurde auf nachhaltigem PEFC-Papier gedruckt.

Urheberrechte

Alle in dieser Beratungsbroschüre veröffentlichten Inhalte (Texte, Grafiken, Bilder, Layout usw.) unterliegen dem Urheberrecht. Jede vom Urheberrechtsgesetz nicht zugelassene Verwertung bedarf vorheriger schriftlicher Zustimmung der jeweiligen Berechtigten. Downloads und Fotokopien für den privaten, nicht kommerziellen Gebrauch sind grundsätzlich zulässig. Die unerlaubte Reproduktion oder Weitergabe einzelner Inhalte oder kompletter Seiten wird straf- und zivilrechtlich verfolgt.

© Texte, Grafiken/Illustrationen: germanBroker.net Aktiengesellschaft
© Fotos: stock.adobe.com (Titel, S. 10)

Redaktionsstand März 2022



Redakteur und Herausgeber dieser Informationen

germanBroker.net Aktiengesellschaft
Feithstraße 129
58097 Hagen
Tel: 02331 8045-0
Fax: 02331 8045-3100
E-Mail: info@germanbroker.net
Homepage: www.germanbroker.net

Ihr Versicherungsmakler

heesen finanz- und versicherungsmakler gmbh

Tiergartenstr. 76
30559 Hannover
T: 0511/953930
F: 0511/959333
info@heesen.de
www.heesen.de