



Blickpunkt Pflegevorsorge

Vorwort

Jeder zweite Deutsche hat Angst, im Alter zum Pflegefall zu werden. Diese Befürchtung ist nicht unbegründet, denn mit zunehmendem 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 für Menschen ab 55 Jahren zu.

Auch wenn eine aktive und gesunde Lebensführung das Risiko verringert – 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 Institution erbracht wird. Pflegebedürftigkeit kann, sofern keine Vorsorge getroffen wurde, sogar geradewegs in die Armut führen.

Deshalb wurde vor mittlerweile 20 Jahren die Pflegeversicherung in das Sozialversicherungssystem aufgenommen und für die gesamte Bevölkerung verbindlich gemacht. Allerdings sind die Leistungen kaum mehr als ein Grundschutz. Eine umfassende und bedarfsgerechte Absicherung ist nur mit Eigeninitiative möglich. 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 ganz persönlichen Ziele und Wünsche für den Fall der Fälle können wir dann ein persönliches Gespräch führen.

Ihr Versicherungs- und Finanzmakler

Abkürzungen

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PNG	Pflege-Neuausrichtung-Gesetz

Inhalt

Vorwort	2
Inhalt	3
1. Die gesetzliche Pflegeversicherung – Zahlen, Daten, Fakten	4
1.1 Träger der Pflegeversicherung	5
1.2 Pflegebedürftigkeit und Pflegestufen	5
1.3 Leistungen der Pflege-Pflichtversicherung	7
1.4 Die Pflegestärkungsgesetze	9
2. Kosten der Pflege	10
2.1 Pflegekosten	10
2.2 Versorgungslücke bei Pflegebedürftigkeit	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 Pflegerentenoptionen	14
4.5 Geförderte Pflegeversicherung	15
4.6 Pflegeversorgung – Keine Frage des Alters	15
4.7 Pflegerente, Pflegetagegeld und Pflegekosten im Vergleich	15
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

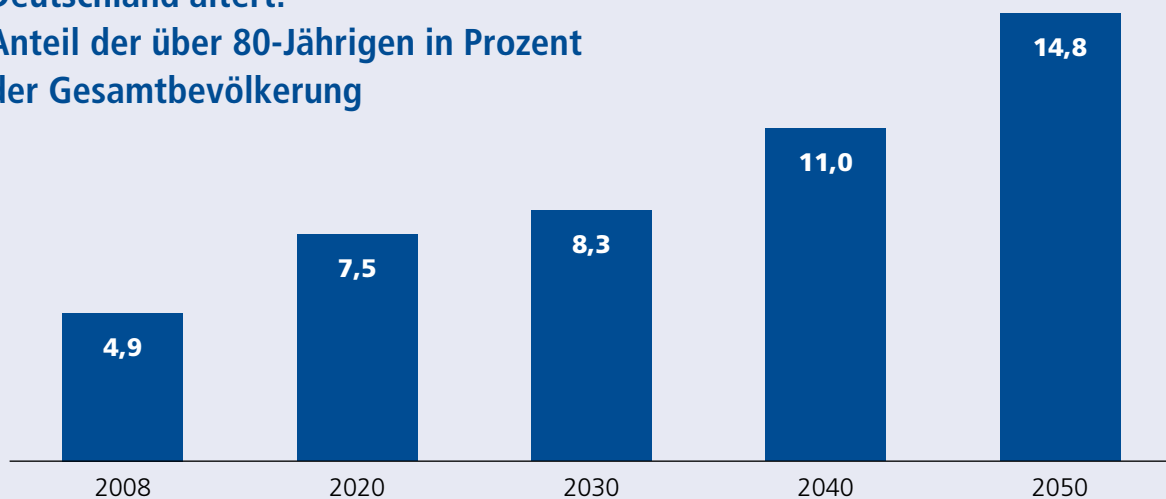
1. Die gesetzliche Pflegeversicherung – Zahlen, Daten, Fakten

Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung. Die „Soziale Pflegeversicherung“ wurde 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung in mehreren Stufen eingeführt. Ergänzend traten 2002 das Pflegeleistungsergänzungsgesetz, im Oktober 2012 das Pflege-Neuausrichtungsgesetz sowie zum 1. Januar 2015 das Erste Pflegestärkungsgesetz in Kraft. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung orientieren sich am Grad

der Pflegebedürftigkeit, decken in der Regel aber die Pflegekosten nicht vollständig ab.

Rund 2,6 Millionen Menschen erhalten mittlerweile bereits Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Ihre Zahl wird deutlich steigen, denn Deutschland altert. Waren im Jahr 2008 noch 4,9 Prozent der Bevölkerung 80 Jahre oder älter, wird ihr Anteil bis zum Jahr 2050 auf 14,8 Prozent steigen. Das ist mehr als jeder Siebte.

Deutschland altert: Anteil der über 80-Jährigen in Prozent der Gesamtbevölkerung



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 2014

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) rechnet denn auch damit, dass 2050 schon knapp 4,4 Millionen Menschen pflegebedürftig sein werden. Wissenschaftler gehen zudem davon aus, 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. In der Gesamtbevölkerung beträgt die Pflegequote aktuell gut drei Prozent und steigt in der Altersgruppe 75 bis unter 85 Jahre bereits auf über 14 Prozent an. Bei den 85- bis 90-Jährigen ist jeder Dritte pflegebedürftig, und bei Menschen von 90 Jahren und älter sind zwei von Dreien auf Pflege angewiesen.

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

2005 um 30 Prozent gestiegen. Waren vor zehn Jahren 340.000 Pflegebedürftige auf zusätzliche finanzielle Unterstützung angewiesen, betraf das Problem im Jahr 2013 bereits 444.000 Menschen.

Der Gesetzgeber will die Pflege-Pflichtversicherung nun Schritt für Schritt ausbauen. Verbesserungen in der Pflege seien ein Schwerpunkt dieser Bundesregierung, so Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe Ende 2014. Der erste Teil der jüngsten Reform ist zum 1. Januar 2015 als „Pflegestärkungsgesetz I“ in Kraft getreten. Seitdem können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verbesserte Unterstützungsleistungen erhalten.

Das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) ist am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Das PSG II sichert pflegenden Angehörigen seit 2016 den Rechtsanspruch auf eine individuelle Pflegeberatung.

1.1 Träger der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung. Gesetzlich Krankenversicherte müssen das Pflegerisiko bei ihrer gesetzlichen Pflegekasse versichern, während sich privat Krankenversicherte bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen absichern müssen. Der Leistungsumfang ist bei beiden Trägern identisch. Knapp 70 Millionen Menschen sind in Deutschland durch die soziale Pflegeversicherung abgesichert. Weitere 9,5 Millionen haben die Pflege-Pflichtversicherung bei einer privaten Krankenversicherung abgeschlossen.

Gesetzlich Krankenversicherte zahlen einen einkommensabhängigen Beitrag von bundeseinheitlich 2,35 Prozent ihres Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze (2016 beträgt diese 50.850 Euro jährlich oder 4.237,50 Euro im Monat). Die Hälfte trägt der Arbeitgeber. Mit Vollendung des 23. Lebensjahres steigt der Beitragssatz um 0,25 Punkte auf 2,6 Prozent. An diesem Zuschlag beteiligt sich der Arbeitgeber nicht. Für Eltern sowie Versicherte, die vor 1940 geboren wurden, entfällt dieser 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 beitrags-

frei mitversichert. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, sich am Beitrag mindestens in dem Umfang zu beteiligen, wie dies bei einem 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 (415 Euro bzw. bei geringfügig Beschäftigten 450 Euro) ist eine Beitragsvergünstigung vorgesehen; beide Ehegatten müssen zusammen nicht mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung zahlen.

1.2 Pflegebedürftigkeit und Pflegestufen

Pflegebedürftigkeit ist ein allgemeines Lebensrisiko, das jederzeit jeden treffen kann. Aber wann leistet eigentlich die soziale Pflegeversicherung? Laut Sozialgesetzbuch XI (§ 14) sind jene Personen pflegebedürftig, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen“.

Damit einheitliche Maßstäbe gelten, hat der Gesetzgeber festgelegt, bei welchen Tätigkeiten ein Hilfebedarf vorliegen muss.

Grundpflege		
Körperpflege	Mobilität	Ernährung
<ul style="list-style-type: none"> • Waschen • Duschen • Baden • Zahnpflege • Kämmen • Rasieren • Entleerung von Darm oder Blase 	<ul style="list-style-type: none"> • Gehen • Stehen • Treppensteigen • Verlassen und Rückkehr zur Wohnung • An- und Auskleiden • Selbstständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mundgerechte Zubereitung der Nahrung • Nahrungsaufnahme
Hauswirtschaftliche Versorgung		
<ul style="list-style-type: none"> • Einkaufen • Kochen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beheizen • Spülen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wohnungsreinigung • Waschen und Wechseln der Kleidung

Das Gesetz kennt aktuell drei Stufen der Pflegebedürftigkeit:

Erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe I)

sind Menschen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich auf Hilfe angewiesen sind und zusätzlich mehrmals pro Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der tägliche Pflegebedarf muss durchschnittlich mindestens 90 Minuten betragen, davon mindestens 45 Minuten in der Grundpflege.

Schwerpflegebedürftige (Pflegestufe II)

sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten auf Hilfe angewiesen sind und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der tägliche Pflegebedarf muss durchschnittlich mindestens drei Stunden betragen, davon mindestens zwei Stunden in der Grundpflege.

Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe III)

sind Menschen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der tägliche Pflegebedarf muss durchschnittlich min-

destens fünf Stunden betragen, davon mindestens vier Stunden in der Grundpflege (auch nachts). Bei Härtefällen werden unter bestimmten Voraussetzungen erhöhte Leistungen oberhalb der Pflegestufe II fällig.

Ob und in welchem Maße Pflegebedürftigkeit vorliegt, lassen die Pflegekassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen. Der MDK arbeitet ausschließlich für die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen. Für private Pflegeversicherungen (einschließlich der Pflegeversicherungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und der Postbeamtenkrankenkasse) übernimmt diese Aufgaben die MEDICPROOF GmbH.

Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, jedoch noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, haben bereits seit Juli 2008 Anspruch auf einen Betreuungsbetrag in Höhe von 100 oder 200 Euro im Monat. Man spricht hier von der so genannten „Pflegestufe 0“. Darüber hinaus wurden durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz weitere Leistungsverbesserungen insbesondere für demenziell erkrankte Menschen eingeführt: Seit Januar 2013 bis zur Anwendung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erhalten sie mehr und – mit der häuslichen Betreuung – auch zielgenauere Leistungen. So besteht in der „Pflegestufe 0“ erstmals Anspruch auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen.

DEMENZERKRANKUNGEN NEHMEN ZU

Laut dem statistischen Bundesamt sind 30 % der Antragsteller für häusliche Pflegeleistungen aufgrund von Demenz in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt.

2014 sind bereits 1,4 Mio. Menschen in Deutschland an Demenz erkrankt. Bis 2030 rechnet das Bundesgesundheitsministerium mit einem Anstieg auf ca. 2,2 Mio. Demenzerkrankte. Prominente Beispiele wie Rudi Assauer oder Margaret Thatcher haben diese Krankheit stärker im öffentlichen Bewusstsein verankert.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2014

Demenz kann jährliche Kosten von mehr als 40.000 Euro verursachen

(31.08.2011, Deutsches Ärzteblatt)

Jede zweite Frau wird dement

(31.01.2012, Spiegel online)

Assauer und die Schrecken des Vergessens

(05.02.2012, Cicero Online)

Stress, Isolation, rechtliche Streitigkeiten: All das kann die Diagnose Demenz für Angehörige bedeuten.

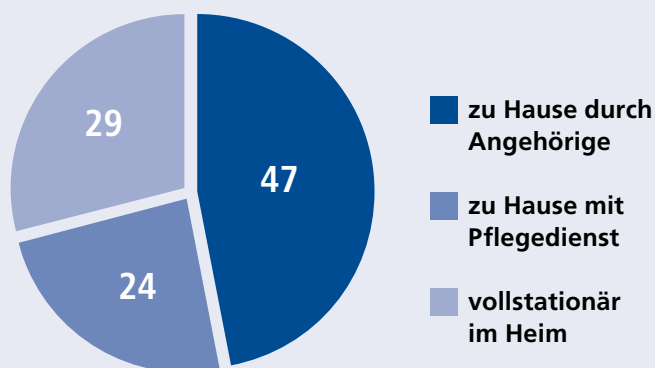
(16.01.2016, FAZ)

1.3 Leistungen der Pflege-Pflichtversicherung

Die gesetzliche Pflege-Pflichtversicherung zahlt unabhängig von der finanziellen Situation und dem tatsächlichen Finanzbedarf des Pflegebedürftigen. Kritiker wie der Finanzwissenschaftler Professor 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 Leistungen nicht ausreichen, die Kosten einer Betreuung im Pflegefall vollständig zu bestreiten. Das gilt umso mehr bei Unterbringung in einem Pflegeheim. Dabei hängt die Höhe von der erreichten Pflegestufe ab. Über diese entscheidet der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder bei privat Pflegeversicherten der Dienstleister MEDICPROOF GmbH.

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.

Pflegebedürftige nach Art der Versorgung 2013 in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015

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 erhält der Betroffene ein Pflegegeld, sofern die häusliche Pflege sichergestellt ist. Er kann über die Verwendung grundsätzlich frei entscheiden. Im Normalfall wird er es an die Personen weitergeben, die ihn versorgen und betreuen.

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 dem Bezug von 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 wird fällig, 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, wenn Angehörige berufstätig sind. 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, wird vollstationäre Pflege erforderlich. Die Pflegekasse kann die Notwendigkeit vom MDK prüfen lassen. In Pflegestufe III wird der Bedarf für vollstationäre Pflege vorausgesetzt.

Kurzzeitpflege

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 werden unabhängig von der erreichten Pflegestufe übernommen.

Betreuungsbetrag

Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompe-

tenz (psychisch kranke, behinderte oder demenziell erkrankte Menschen) erhalten einen „Betreuungsbetrag“. Je nach Umfang des Betreuungsbedarfs wird der Grundbetrag oder ein erhöhter Betrag fällig.

Wohngruppen

Damit Pflegebedürftige möglichst lange selbstständig in häuslicher Umgebung wohnen können, ohne dabei alleingelassen zu werden, 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 2015	Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
	monatlich in Euro	monatlich in Euro	monatlich in Euro	monatlich in Euro
Pflegegeld für häusliche Pflege durch Angehörige	0	244	458	728
bei Demenz	123	316	545	728
Pflegesachleistung für häusliche Pflege durch ambulanten Pflegedienst	0	468	1.144	1.612; für Härtefälle 1.995
bei Demenz	231	689	1.298	1.612/1.995
Pflegeleistung für teilstationäre Tages- und Nachtpflege	231	468	1.144	1.612
bei Demenz	231	689	1.298	1.612
Pflegeleistung für vollstationäre Pflege	0	1.064	1.330	1.612; für Härtefälle 1.995
Kurzzeitpflege bzw. Ersatzpflege	1.612*	1.612*	1.612*	1.612*
Betreuungsbetrag (ergänzende Leistung)	104	104	104	104
bei Demenz	208	208	208	208
Ambulant betreute Wohngruppen	205	205	205	205

* maximaler Gesamtbetrag pro Jahr

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 31 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. Neu ist das „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 bewegt sich der Vorteil des zinslosen Darlehens allerdings in sehr engen Grenzen. Beschäftigte in Betrieben mit mehr als 25 Angestellten erhalten zudem 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 allerdings nicht gerecht.

1.4 Die Pflegestärkungsgesetze

Durch zwei Pflegestärkungsgesetze will das Bundesgesundheitsministerium in der Wahlperiode 2013 bis 2016 deutliche Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung erreichen. Das erste Pflegestärkungsgesetz trat am 1. Januar 2015 in Kraft. Es verbessert die Leistungen für Pflegebedürftige sowie ihre Angehörigen und sieht zusätzliche Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen vor. Zudem wurde ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet. Zur Finanzierung der erhöhten Leistungen stieg der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung zum Januar 2015 um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent plus Zuschlag für Kinderlose.

Trotz der Verbesserung halten viele Kritiker das erste Pflegestärkungsgesetz für zu kurz gesprungen. Während die Kosten steigen, werden die Leistungen nur geringfügig verbessert, so der Tenor. Das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) ist am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Ziel ist, den Begriff der Pflegebedürftigkeit grundlegend zu reformieren. Damit soll unter anderem die Unterscheidung zwischen körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen (insbesondere Demenz) aufgehoben werden. Im Vordergrund der neuen Regelungen steht der individuelle Unterstützungsbedarf eines jeden Einzelnen. Statt bislang drei Pflegestufen wird es ab 2017 fünf Pflegegrade geben. Diese orientieren sich am Grad der verbliebenen Selbstständigkeit. Vorbildcharakter für die Änderungen haben übrigens Regelungen aus der privaten Versicherungswirtschaft, die dort bereits seit Jahren erfolgreich angewendet werden.

Bereits seit dem 1. Januar 2016 haben pflegende Angehörige einen Rechtsanspruch auf individuelle Pflegeberatung. Im Übrigen dient das Jahr 2016 der Vorbereitung auf das ab 1. Januar 2017 geltende neue System der Pflegebegutachtung mit fünf Pflegegraden.

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz sollen die Beiträge zur Pflegeversicherung ab 2017 nochmals um 0,2 Prozentpunkte steigen.

2. Kosten der Pflege

Pflege ist teuer. Obwohl die Mehrzahl der Pflegebedürftigen von Angehörigen versorgt wird, ist professionelle Unterstützung häufig unverzichtbar. Wie personalintensiv und damit kostspielig Pflege ist, wird beim Blick auf die Beschäftigtenzahlen schnell nachvollziehbar: Schon heute sind rund 950.000 Menschen bei Pflegediensten und in Pflegeheimen beschäftigt.

Auf den ersten Blick scheinen die Leistungen im Pflegefall gar nicht so niedrig zu sein. Doch wer sich mit Pflegekosten beschäftigt, stellt schnell fest, dass die soziale Pflegeversicherung nur eine Grundversorgung bietet, die längst nicht für alle Kosten aufkommt. Und zwischen existenznotwendiger und guter Versorgung klafft häufig ein himmelweiter Unterschied.

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 in Form von 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. Damit werden also unterschiedliche Preise für ein und dieselbe Leistung berechnet.

Alle über die Pauschalen hinausgehenden Kosten muss der Patient privat tragen. So wird manch kleines Vermögen schnell aufgezehrt. Danach bleibt nur der Gang zum Sozialamt.

Die Kosten für einen Platz im Pflegeheim bei vollstationärer Pflege lagen 2013 im Bundesdurchschnitt bei knapp 3.300 Euro pro Monat. Gerade in Ballungszentren sind deutlich höhere Beträge an der Tagesordnung. Sie schwanken auch je nach Bundesland stark. In Nordrhein-Westfalen sind sie übrigens besonders hoch: Durchschnittlich knapp 4.000 Euro wird dort für die vollstationäre Pflege in Rechnung gestellt. In Sachsen-Anhalt hingegen fallen nur rund 2.500 im Monat an.

Beispiele für die Vergütung von Pflegeleistungen im Rahmen von Sachleistungen	Pauschale in Euro
Kleine Morgen-/Abendtoilette	10,99
Große Morgen-/Abendtoilette	18,16
Betten, Lagern, Mobilisieren	5,26
Darm- und Blasenentleerung	5,74
Reinigung der Wohnung max. pro Woche	4,78 28,68
Wechseln oder Waschen der Wäsche max. pro Woche	2,39 14,34
Einkaufen max. pro Woche	2,86 17,16

2.2 Versorgungslücke bei Pflegebedürftigkeit

Finanzielle Lücke pro Monat	bei Pflege zuhause in Euro	bei Pflege im Heim in Euro
Pflegestufe 3	2.320	1.260
Pflegestufe 2	1.270	960
Pflegestufe 1	530	740

Der Eigenanteil, den Pflegebedürftige leisten müssen, ist immens – gerade, wenn sie sich individuell im gewohnten Umfeld zuhause pflegen lassen. Dieser Eigenanteil muss durch laufende Einkünfte oder zulasten des Vermögens, das ein Leben lang mühsam aufgebaut wurde, finanziert werden.

Beispiel: Kosten eines durchschnittlichen Pflegedienstes in 60431 Frankfurt*	Pflegestufe II in Euro
Pflegedienst 3 Stunden täglich	2.475
./.. Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung 2015	1.144
= monatlicher Eigenanteil	1.331
+ Essen, Kleidung und sonstige Ausgaben	+ 500
+ Miete, Energie, Telefon	+ 750
./.. monatliches Einkommen (z.B. Rente)	./.. 1.250
= monatliche Versorgungslücke	1.331

Bei der Pflege zuhause fallen geringere Kosten an. Aber es bleiben die Aufwendungen für Miete, Strom, Essen und Kleidung.

Beispiel: Kosten eines durchschnittlichen Pflegedienstes in 60431 Frankfurt*	Pflegestufe II in Euro
Pflegeplatz (inklusive Nebenkosten)	3.281
./.. Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung 2015	1.330
= monatlicher Eigenanteil	1.951
+ Kleidung und sonstige Ausgaben	+ 200
./.. monatliches Einkommen (z.B. Rente)	./.. 1.250
= monatliche Versorgungslücke	901

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.

* Quelle für die Pflegekosten: Pflegeeltern Verband der Ersatzkassen

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 dramatisch. Nicht selten muss die gemeinsame Immobilie verkauft werden und noch im hohen Alter wird ein Umzug erforderlich. Dass die Pflegekosten auf absehbare Zeit sinken könnten, ist mehr als unwahrscheinlich. Zu personalintensiv sind die Leistungen und zu teuer ist die Arbeitskraft. Zudem steigt die Anforderung an die Qualität der Pflege.

3. Kinder haften für ihre Eltern

Kinder sind ihren Eltern gegenüber unterhaltspflichtig. Das erscheint auf den ersten Blick 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 die 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. Besteht kein Vertrag oder reichen die Leistungen nicht aus, heißt es rechnen.

Maßgeblich für die Höhe der Unterhaltsverpflichtung ist das durchschnittliche Nettoeinkommen. Es wird bei Arbeitnehmern aus dem Einkommen der letzten zwölf 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 Unterhaltspflichten abgezogen werden, welche Kinder gegenüber ihren Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern sowie eigenen Kindern haben. Für das gegenüber den Eltern unterhaltspflichtige Kind gilt ein Selbstbehalt von 1.800 Euro monatlich. Hinzu kommen für den Ehepartner gegebenenfalls Aufwendungen von

1.440 Euro. Von jedem Euro, der darüber hinaus geht, kann das Sozialamt theoretisch 50 Cent verlangen. In der Praxis allerdings soll der Unterhaltspflichtige seinen bisherigen Lebensstandard erhalten können, soweit dieser nachgewiesen wird.

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 unangestastet. 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.



4. Formen der Privaten Pflegeversicherung

Wer nicht auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung allein angewiesen sein und auch seinen Kindern nicht zur Last fallen will, muss 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 Leistungen der Pflegerente aufzustocken. Allerdings birgt diese Vorgehensweise eine entscheidende Gefahr: Niemand weiß im Voraus, wann ein möglicher 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 sind schon auf vermeintlich sichere Anlagen hereingefallen. Einige Banken und Sparkassen verkauften beispielsweise Zertifikate der Investmentbank Lehman Brothers kurz vor deren Zusammenbruch vornehmlich an Senioren. Wer Kinder hat, möchte zudem oft vorhandenes 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 zusätzlich privat vorgesorgt wurde.

In der praktischen Umsetzung zeigt sich allerdings häufig ein 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 kaum noch finanzierbar. Manchmal lehnen Versicherer den wichtigen Schutz sogar ab, weil Antragsteller bereits gravierende Vorerkrankungen mitbringen. Die Kurzformel also lautet: Wer den Schutz haben kann, will ihn nicht und wer ihn haben möchte, bekommt ihn nicht. Damit es Ihnen nicht so geht, sollten Sie sich frühzeitig mit den Möglichkeiten für Ihre private Vorsorge bei Pflegebedürftigkeit beschäftigen.

Für den Schutz kommen Lösungen aus dem Bereich der privaten Krankenversicherung, aber auch Tarife von Lebensversicherungsunternehmen in Betracht. Wie bei anderen privaten Versicherungen auch, orientiert sich der Beitrag an den versicherten Leistungen, dem erreichten Alter und den Gesundheitsverhältnissen.

4.1 Pflegetagegeld

Das Pflegetagegeld ist ein Angebot der privaten Krankenversicherer. Ab Eintritt der 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 Pflegestufe III vereinbart; in den niedrigeren Stufen beträgt die Leistung einen Teil dieses Betrages.

Beispiele für Staffelung des Pflegetagegeldes

Pflegestufe III	Pflegestufe II	Pflegestufe I
100 %	60 %	30 %
100 %	60 %	40 %
100 %	70 %	30 %

Einige Tarife bieten keine Leistung in Stufe I oder II. Diese kosten zwar deutlich weniger, decken aber nur schwere oder schwerste Pflegebedürftigkeit ab. Manche Versicherer sehen eine Staffelung nur bei häuslicher Pflege vor und zahlen bei stationärer Pflege immer 100 Prozent. Wer maßgeschneiderten Versicherungsschutz anstrebt, kann sich für einen Tarif entscheiden, bei dem die Leistungen der einzelnen Stufen frei vereinbart werden. Einzige Bedingung ist, dass der Betrag in der jeweils höheren Pflegestufe nicht geringer ist als in einer niedrigeren Stufe.

Bei einer Pflegetagegeldversicherung 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 sie über die Höchstsätze der gesetzlichen Pflegeversicherung hinausgehen. Die Leistungen orientieren sich am Leistungskatalog der Pflichtversicherung und unterscheiden ebenfalls zwischen häuslicher und stationärer Pflege sowie Kurzzeitpflege. Abgerechnet wird direkt mit der Institution, welche die Pflege erbringt. Der Versicherte kann also nicht selbst über Zahlungen verfügen.

In der Regel ist dieser Tarif deutlich günstiger als ein Pflegetagegeld. Bei Laienpflege zum Beispiel durch Angehörige oder Hausangestellte werden aber keine oder nur

niedrige Leistungen fällig. Das Angebot von Pflegekostentarifen ist geringer als beim Pfl egetagegeld. Nur eine Handvoll Unternehmen bietet Pflegekostenversicherungen an.

4.3 Pflegerente

Pflegerententarife 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 werden Leistungen aus der Überschussbeteiligung fällig. Alternativ verrechnen einige wenige Unternehmen Überschüsse während der Beitragszahlungsdauer mit dem Tarifbeitrag; das reduziert den 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 und können während der Vertragsdauer nicht erhöht werden. Das veranlasst die Versicherer, besonders vorsichtig und mit ausreichenden Sicherheitsmargen zu kalkulieren. Kein Wunder also, wenn der Beitrag höher ist als für ein Pfl egetagegeld.

Leistungen werden ab Erreichen der vereinbarten Pflegestufe fällig. Die Höhe der Pflegerente in den einzelnen Pflegestufen kann innerhalb der Tarifgrenzen frei vereinbart werden. Je nach Tarif werden auch in den niedrigeren Pflegestufen bereits Leistungen fällig. Diese sind oft niedriger als in Stufe III. Der Leistungsbeginn richtet sich nicht ausschließlich nach den Pflegestufen der gesetzlichen Versicherung. Auf Wunsch können sogenannte ADLs (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. Damit ist die private Pflegerentenversicherung ein Vorreiter für die im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes II geplanten Verbesserungen. Darüber hinaus leistet der Vertrag auch bereits, sofern Demenz vorliegt. Pflegerentenversicherungen werden als selbstständiger Vertrag oder als Zusatzleistung zu einer Rentenversicherung angeboten. Erste Versicherer kombinieren auch bereits Leistungen bei Berufsunfähigkeit (BU) und im Pflegefall.

4.4 Pflegerentoptionen

Einige Rentenversicherungstarife bieten eine sogenannte „Pflegerentoption“. Diese besagt, dass der Versicherte eine höhere Rente erhält, sofern 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 dieser Option 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, wird die Pflegerente lebenslang gezahlt. Weitere Formen des Pflegeoptionsrechts gibt es in einer kostenpflichtigen und einer kostenfreien Variante. Als kostenpflichtige „Pflegeanwartschaftsversicherung“ wird die spätere Aufnahme des Kunden in die Pflegeversicherung zu 100 Prozent garantiert. Die kostenfreie Option berechtigt den Kunden, zu Rentenbeginn – sofern noch kein Pflegefall eingetreten ist – eine Pflegeversicherung abzuschließen.

Eine Pflegerentoption 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 Pflegetagegeld (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 Pflegestufen versichert sind und
- bei Pflegestufe III mindestens 600 Euro monatlich fällig werden.

Möglich – und oft auch sinnvoll – ist, den Vertrag mit dynamisierten Leistungen abzuschließen, um den drohenden Kaufkraftverlust auszugleichen. Kommt es zum Leistungsfall, kann der Versicherte frei über das Geld verfügen. Ob sich die geförderte Pflegeversicherung lohnt, kommt auf den Einzelfall an. 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

Der tragische Unfall bei „Wetten, dass..?“ hat gezeigt, dass Pflegebedürftigkeit nicht immer erst im hohen Alter eintritt. Auch schwere Krankheiten können schon Kinder und junge Erwachsene treffen. Jeder vierte Empfänger von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung ist heute jünger als 50 Jahre.

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 Pflegeversicherung leisten. Zudem liegen meist noch keine Erkrankungen vor, die den Versicherungsschutz verteuern oder gar unmöglich machen. Einige Versicherungsgesellschaften bieten Pflegetarife 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 problemlos und zum günstigen Beitrag fortführen.

4.7 Pflegerente, Pflegetagegeld und Pflegekosten im Vergleich

	Pflegerente	Pflegetagegeld	Pflegekosten
Allgemeines	Monatliche Rente, individuell vereinbart in Abhängigkeit von Pflegestufe	Tagessatz, individuell vereinbart in Abhängigkeit von Pflegestufe	Absicherung eines Teils der tatsächlichen Pflegekosten
Beitrag	(-/+) relativ hoch, aber garantiert (Steigerung ausgeschlossen)	(+) günstig, kann aber steigen	(-) relativ hoch, kann steigen
	(+/-) Beitragsfrei ab Pflegestufe I	(+) 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
	(+) Leistung in allen Pflegestufen möglich	(+) Leistung in allen Pflegestufen möglich	(+) Leistung in allen Pflegestufen möglich
	(+) unabhängig von Vorleistung der gesetzl. Pflegeversicherung	(+) unabhängig von Vorleistung der gesetzl. Pflegeversicherung	(-) auf Leistungskatalog der gesetzl. 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 Beitragserstattung 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 den 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, können 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 sofort nach Kenntnis der Notsituation 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 in der Betreuungsverfügung getätigten Vorschläge 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 verfügen, 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 die Ärztin oder 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 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 die Tragweite und Risiken. Sie stimmen die Vollmacht mit eventuell anderen bereits erteilten notariellen Verfügungen ab, wie zum Beispiel einem Testament oder Erbvertrag. Auch Rechtsanwälte können die rechtliche Beratung übernehmen und individuelle Formulierungen entwerfen, jedoch keine wirksame Vollmachtsurkunde erstellen. Es gibt jedoch 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 werden pflegebedürftig. Dann muss sofort Hilfe organisiert werden. Häufig aber stellt sich der Pflegefall nicht plötzlich sondern 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 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 oder die -beraterin 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.

- ✓ 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 Pfl egetagebuch (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

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 Vertragsabschluss, 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 Bedingungen 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, den 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 rechtzeitig.
- ✓ Entscheidendes Auswahlkriterium für die Invaliditätsvorsorge ist das Bedingungsmerkmal der einzelnen Gesellschaft. 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 in den einzelnen Pflegestufen zu welchem Preis angeboten wird.
- ✓ Beantworten Sie die Antragsfragen zu Ihrer Gesundheit vollständig und wahrheitsgemäß. Andernfalls riskieren Sie, bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit weniger oder gar keine Leistungen zu bekommen.
- ✓ Nehmen Sie sich ausreichend Zeit für eine persönliche Beratung durch Ihren unabhängigen Versicherungs-/Finanzmakler.
- ✓ Schieben Sie Ihre Zukunftssicherung nicht auf die lange Bank. Handeln Sie jetzt und lassen Sie sich von uns beraten.

Ihr Versicherungs- und Finanzmakler



Notizen

Redakteur und Herausgeber dieser Information

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

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.

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.

Das Copyright für Texte und Bilder/Grafiken liegt, soweit nicht anders vermerkt, beim Herausgeber.
Redaktionsstand Januar 2016

Ihr Versicherungs- und Finanzmakler

**Versicherungsmakler
Reinhardt Dallgass
Hirschlachufer 8
99084 Erfurt**

**Telefon 0361 644 76 96
Fax 0361 60 177 074**

erfurt.versicherung | www.erfurt.versicherung