



Pflegeversicherung

IM PFLEGEFALL RECHT- ZEITIG INFORMIERT

Informationen zur privaten
Pflegepflichtversicherung

Debeka

Das **Füreinander** zählt.

INHALTSVERZEICHNIS

ANGEBOTE UND LEISTUNGEN

1	Vorwort	5
2	Pflegebedürftigkeit und Pflegegrade	6
	✔ Zuordnung der Pflegegrade bei Erwachsenen und Kindern	6
3	Wie wird Pflegebedürftigkeit festgestellt?	8
	✔ Begutachtung durch Medicproof	8
	✔ Leistungsbeginn	8
4	Pflegeberatung	9
5	Leistungen bei häuslicher Pflege	10
	✔ Welche Leistungen gehören zur häuslichen Pflege	10
	✔ Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	10
	✔ Häusliche Pflegehilfe durch Pflegedienste	10
	✔ Kombinationsleistungen	10
	✔ Teilstationäre Leistungen	11
	✔ Verhinderungspflege	11
	✔ Kurzzeitpflege	12
	✔ Entlastungsbetrag/Angebote zur Unterstützung im Alltag	13
	✔ Zusätzliche Leistungen in einer ambulant betreuten Wohngruppe.....	13
	✔ Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	13
	✔ Pflegehilfsmittel	13
	✔ Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)	14
6	Leistungen bei vollstationärer Pflege	16
	✔ Neuer (zusätzlicher) Leistungsanspruch ab 01.01.2022	16
	✔ Zuschuss zur Begrenzung des Eigenanteils	16
	✔ Pflege in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung	16
7	Leistungen für die Pflegeperson	17
	✔ Pflegekurse für Angehörige	17
	✔ Soziale Absicherung ehrenamtlicher Pflegepersonen	17
	✔ Pflegezeit & Familienpflegezeit und soziale Absicherung	18
	✔ Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	19

8	Spezielle Informationen	20
	✓ ... für Beihilfeberechtigte	20
	✓ ... zur Unfallversicherung	20
	✓ ... zur Pflege im EU-Ausland	20
	✓ ... zur Digitalisierung in der Pflege	20
	✓ ... zur Hilfe bei Überlastung	20
	✓ ... bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson	20
	✓ Übersicht Rentenversicherungsbeiträge	21
9	Bewertungssystematik	22
10	Pflege-Charta	23





1 VORWORT

Mit dieser Broschüre geben wir Ihnen einen Überblick über die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung. Außerdem erhalten Sie wichtige Hinweise zur Begutachtung.

Beachten Sie dazu bitte die Informationen auf Seite 8 *"Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?"*

Wann Ihnen Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung zustehen, wie hoch sie sind und ab wann Sie sie erhalten können, ist genau festgelegt. Grundlage für diese Ansprüche bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (PPV).

Sie wünschen Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung? Nutzen Sie unser Angebot der **compass private pflegeberatung**.

Sie möchten einen Antrag auf Pflegeeinstufung oder sonstige Leistungen der PPV stellen, haben Fragen zum Bearbeitungsstand oder zur Leistungsentscheidung? Rufen Sie uns an. Wir sind für Sie da – montags bis freitags von 8 Uhr bis 19 Uhr unter folgender Rufnummer: **(02 61) 498 45 30**



KONTAKT ZU COMPASS

Sie erreichen die **compass private pflegeberatung** montags bis freitags von 8 Uhr bis 19 Uhr sowie samstags von 10 Uhr bis 16 Uhr unter:

(08 00) 101 88 00

COMPASS IM INTERNET

Informationen unter:
www.compass-pflegeberatung.de



2 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT UND PFLEGEGRAD

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung stehen Ihnen bei Pflegebedürftigkeit zu. Pflegebedürftig sind Sie, wenn Ihre Selbstständigkeit oder Fähigkeiten aufgrund einer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigung (für mindestens sechs Monate) eingeschränkt sind und Sie deshalb Hilfe benötigen. Welche Leistungen Ihnen zustehen, ist abhängig von Ihrem Pflegegrad. Maßgeblich für den Pflegegrad ist wiederum, wie selbstständig Sie in den folgenden Bereichen sind:

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

Innerhalb dieser Bereiche werden vorgegebene Kriterien bewertet. So wird im Bereich der Selbstversorgung zum Beispiel geprüft, ob Sie sich selbstständig an- und auskleiden können. Je nach Grad der Beeinträchtigung werden die einzelnen Kriterien mit Punkten bewertet. Dabei gilt: Je selbstständiger Sie sind, desto niedriger ist die Punktzahl. Die gewichtete Gesamtpunktzahl aus allen sechs Bereichen bestimmt dann, welchen der fünf Pflegegrade Sie erhalten.

ZUORDNUNG DER PFLEGEGRAD BEI ERWACHSENEN

Pflegegrade	Punkte
Pflegegrad 1 geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten	ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten
Pflegegrad 2 erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten	ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten
Pflegegrad 3 schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten	ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten
Pflegegrad 4 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten	ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten
Pflegegrad 5 schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	ab 90 bis 100 Gesamtpunkten (oder in besonderen Fällen)

Stand: 1. Januar 2017

ZUORDNUNG DER PFLEGEGRAD BEI KINDERN

Bei Kindern wird der Pflegegrad ermittelt, indem die Beeinträchtigung ihrer Selbstständigkeit und Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern verglichen wird. Bei Kindern bis zum 18. Lebensmonat wird der Pflegegrad wie folgt festgelegt:

Pflegegrade	Punkte
Pflegegrad 1	nicht anwendbar
Pflegegrad 2	ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten
Pflegegrad 3	ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte
Pflegegrad 4	ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten
Pflegegrad 5	ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten

Stand: 1. Januar 2017

Der Vergleich zeigt: Kinder bis zum 18. Lebensmonat erhalten regelhaft einen höheren Pflegegrad. Mit dem 19. Lebensmonat erfolgt eine automatische Rückstufung in den nächst niedrigeren Pflegegrad.



Die jeweiligen Punktzahlen in den einzelnen Bereichen werden unterschiedlich gewichtet. Daher entspricht die Gesamtpunktzahl nicht der Summe der einzelnen Punkte. Wie genau die Gesamtpunktzahl ermittelt wird, zeigt die Tabelle zur Bewertungssystematik auf Seite 22.

3 WIE WIRD PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT FESTGESTELLT?

Den Antrag können Sie oder eine andere Person zunächst formlos bei uns stellen. Den schriftlichen Antrag sowie eine Schweigepflichtentbindungserklärung senden wir Ihnen anschließend per Post zu. Sobald Sie uns diese ausgefüllt und unterschrieben zurückgeschickt haben, können wir Ihren Anspruch auf Leistungen prüfen lassen. Über das Ergebnis informieren wir Sie in der Regel innerhalb von 25 Werktagen nach Erhalt der Formulare. In besonderen Situationen wird die Begutachtung vorgezogen:

1. Sie befinden sich während der Antragstellung im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitation und können nur entlassen werden, wenn Sie Leistungen der Pflegeversicherung erhalten oder ihre private Pflegeperson beansprucht Pflegezeit oder Familienpflegezeit für Ihre Pflege.
2. Sie werden in einem stationären Hospiz oder ambulant palliativ versorgt.
3. Sie leben in häuslicher Umgebung und Ihre private Pflegeperson beansprucht Pflegezeit oder Familienpflegezeit für Ihre Pflege.
4. Sie befinden sich im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder einer stationären Rehabilitation in Kurzzeitpflege.

In den ersten beiden Situationen soll eine vorläufige Begutachtung innerhalb von fünf Arbeitstagen erfolgen, in den beiden anderen eine Eilbegutachtung innerhalb von zehn Arbeitstagen.

Sie erhalten eine Zusatzleistung von 70 Euro für jede nach Ablauf der Frist begonnene Woche, wenn wir Ihnen das Ergebnis nicht fristgerecht zusenden oder die Begutachtung in besonderen Situationen nicht fristgerecht erfolgt. Dies gilt allerdings nur, wenn die Verzögerung nicht in Ihrem Verantwortungsbereich liegt.

Es ist für eine zeitnahe Begutachtung wichtig, dass Sie uns die erforderliche Schweigepflichtentbindungserklärung zeitnah unterzeichnet und vollständig zusenden.

Begutachtung durch Medicproof

Die Begutachtung erfolgt durch einen unabhängigen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (Medicproof). Medicproof vereinbart mit Ihnen einen Termin zur Begutachtung, die grundsätzlich in Ihrem Wohnbereich stattfindet.

Der Gutachter stellt den Beginn, die Dauer und den Grad Ihrer Pflegebedürftigkeit fest und empfiehlt eventuell wohnumfeldverbessernde Umbaumaßnahmen sowie benötigte Pflegehilfsmittel. Darüber hinaus legt er fest, ob ein Wiederholungsgutachten erstellt werden soll. Sie erhalten automatisch eine Kopie des Gutachtens, wenn Sie dem Versand nicht widersprechen.

Die Begutachtung ist für Sie kostenfrei. Ausnahme: Sie stellen innerhalb von sechs Monaten einen weiteren Antrag auf Leistungen und beide daraus resultierenden Gutachten ergeben, dass Sie die Voraussetzungen für die Pflegebedürftigkeit nicht erfüllen.

Leistungsbeginn

Leistungen erhalten Sie grundsätzlich ab dem Tag der Antragstellung, auch wenn die Pflegebedürftigkeit bereits vorher eingetreten ist.

Ist aufgrund des Krankheitsverlaufs eine Pflegebedürftigkeit absehbar und wird ein Antrag auf Leistungen für die Zukunft gestellt, zahlen wir die Leistungen ab dem Zeitpunkt der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.



Bitte sehen Sie sich hierzu auch die Filme zur Vorbereitung auf die Begutachtung an.

Es ist wichtig, dass Sie sich auf die Begutachtung gut vorbereiten und dem Gutachter alle wichtigen Informationen geben. Das Gutachten ist nicht nur für die Leistung ausschlaggebend. Es ist auch für die Beratung, Versorgungs- und Pflegeplanung wichtig.

4 PFLEGEBERATUNG

Bereits im Vorfeld von Pflege- und Hilfebedürftigkeit können Sie sich durch einen Pflegeberater unabhängig und kostenfrei beraten lassen. Erhalten Sie einen Pflegegrad, ist eine Beratung für Sie alle sechs Monate kostenfrei möglich. Gegebenenfalls ist die regelmäßige Pflegeberatung für Sie sogar verpflichtend: Beziehen Sie Pflegegeld und stellen die Pflege selbst sicher, müssen Sie sich in den Pflegegraden 4 und 5 alle drei Monate – in den Pflegegraden 2 und 3 alle sechs Monate – beraten lassen.

PFLEGEBERATUNG ONLINE

Wünschen Sie einen umfassenden Überblick über Pflege und konkrete Hilfsangebote? Suchen Sie eine passende Pflegeeinrichtung oder möchten Sie die Kosten für einen Pflegedienst abschätzen? Der praktische Online-Ratgeber der Privaten Krankenversicherung bietet deutschlandweit und kostenfrei Unterstützung:
www.pflegeberatung.de



5 LEISTUNGEN BEI HÄUSLICHER PFLEGE

Welche Leistungen gehören zur häuslichen Pflege?

- ✓ Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
- ✓ häusliche Pflege durch Pflegedienste
- ✓ Kombinationsleistungen
- ✓ teilstationäre Leistungen
- ✓ Verhinderungspflege
- ✓ Kurzzeitpflege
- ✓ Entlastungsbetrag/Angebote zur Unterstützung im Alltag
- ✓ zusätzliche Leistungen in einer ambulant betreuten Wohngruppe
- ✓ wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- ✓ Pflegehilfsmittel
- ✓ digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen

Leben Sie in Ihrem häuslichen Wohnumfeld und organisieren die Pflege ohne einen ambulanten Pflegedienst, erhalten Sie ein monatliches Pflegegeld. Das Pflegegeld zahlen wir Ihnen jeweils für den zurückliegenden Monat.

Pflege-grade	Leistungen bis 31.12.2023	Leistungen ab dem 01.01.2024
1	kein Anspruch	kein Anspruch
2	316	332
3	545	573
4	728	765
5	901	947

Stand: 1. Oktober 2023

Dabei wird der volle Monat mit 30 Tagen berechnet. Haben Sie keinen Anspruch auf den vollen Kalendermonat, erhalten Sie es anteilig.

Häusliche Pflegehilfe durch Pflegedienste

Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt, dann erstatten wir Ihnen die dadurch entstandenen Kosten für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung bis zu folgender Höhe:

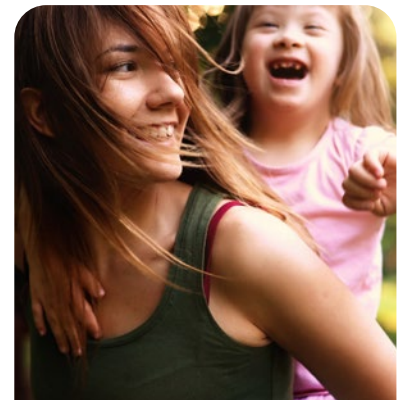
Pflege-grade	Leistungen bis 31.12.2023	Leistungen ab dem 01.01.2024
1	kein Anspruch	kein Anspruch
2	724	761
3	1.363	1.432
4	1.693	1.778
5	2.095	2.200

Stand: 1. Oktober 2023

Die häusliche Pflegehilfe muss durch einen zugelassenen Pflegedienst (Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI mit den Verbänden der Pflegekassen und Sozialhilfeträgern abgeschlossen haben) erfolgen. Durch einen ambulanten Betreuungsdienst können nur pflegerische Betreuungsleistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbracht werden.

Kombinationsleistungen

Pflegegeld und häusliche Pflegehilfe können Sie auch jeweils anteilig in Anspruch nehmen, wenn Sie die Leistungsbeträge nicht voll ausschöpfen. In diesem Fall berechnen wir, zu welchem Prozentsatz Sie die Leistung der häuslichen Pflegehilfe in Anspruch nehmen und vermindern das Pflegegeld entsprechend.



Beispiel:

Sie erhalten Leistungen nach dem Pflegegrad 4. Der Pflegedienst hilft Ihnen regelmäßig und berechnet dafür 423,25 Euro monatlich. Das sind 25 Prozent der 1.693 Euro, die Sie maximal für die Pflege durch einen Pflegedienst erhalten können. Von den 728 Euro Pflegegeld erhalten Sie dann noch 75 Prozent, also 546 Euro.

(Stand: 1. Januar 2022 - Berechnung nach Leistungen bis 31. Dezember 2023)



Teilstationäre Leistungen

Neben den Leistungen für die Pflege zu Hause können Sie Leistungen für teilstationäre Pflege nutzen. Teilstationäre Pflege ist die stundenweise Tages- oder Nachtpflege in einer dafür zugelassenen Einrichtung. Die Höhe der Leistung ist ebenfalls vom Pflegegrad abhängig.

Pflegegrade	EUR pro Monat
Pflegegrad 1	kein Anspruch
Pflegegrad 2	689
Pflegegrad 3	1.298
Pflegegrad 4	1.612
Pflegegrad 5	1.995

Stand: 1. Januar 2017

Sie leben in einer Wohngemeinschaft, die räumlich oder vertraglich einer Einrichtung der teilstationären Pflege angegliedert ist? Zur Klärung der Kostenübernahme wenden Sie sich bitte an uns.

Verhinderungspflege (Pflege bei Krankheit oder Urlaub einer Pflegekraft)

Ist Ihre private Pflegekraft erkrankt, im Urlaub oder aus anderen Gründen nicht in der Lage Sie zu pflegen, benötigen Sie meist eine Ersatzpflegekraft. Für diese sogenannte Verhinderungspflege erhalten Sie in den Pflegegraden 2-5 zusätzliche Leistungen. Pro Kalenderjahr können Sie die nachgewiesenen Aufwendungen für längstens sechs Wochen geltend machen. Voraussetzung ist, dass die verhinderte Pflegekraft Sie bereits über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten gepflegt hat. Die maximale Höhe der Leistungen richtet sich danach, ob die Verhinderungspflege durch nahe Angehörige oder sonstige Personen erbracht wird.

Verhinderungspflege durch nahe Angehörige

Zu den nahen Angehörigen zählen Personen, die mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben oder bis zum 2.

Grad mit Ihnen verwandt oder verwschwägert sind. Übernimmt jemand aus diesem Personenkreis die Verhinderungspflege, erhalten Sie maximal den 1,5-fachen Satz des Ihnen nach dem Pflegegrad zustehenden Pflegegeldes. Entstehen Ihrer Ersatzpflegekraft nachweislich Aufwendungen, wie zum Beispiel Verdienstaussfall oder Fahrtkosten, erstatten wir diese zusätzlich.

Für die Ersatzpflege und die Aufwendungen der Ersatzpflegekraft erstatten wir Ihnen bis zu 1.612 Euro für maximal 42 Tage. Reicht dies nicht aus, ist es möglich, den Anspruch auf Kurzzeitpflege (siehe Seite 12) teilweise zu übertragen. Sie können dann bis zu 806 Euro des Kurzzeitpflegeanspruchs für die Verhinderungspflege verwenden. Ihr Anspruch auf Kurzzeitpflege reduziert sich dadurch um den übertragenen Anteil. Erbringt Ihr naher Angehöriger die Ersatzpflege erwerbsmäßig, erhalten Sie die gleichen Leistungen wie bei der Ersatzpflege durch Personen, die keine nahen Angehörigen sind.



Übrigens:

Verwandte bis zum 2. Grad des Versicherten sind Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder und Geschwister. Verschwägerete bis zum 2. Grad sind Stiefeltern, Stiefkinder, Enkelkinder des Ehegatten/der -gattin, Schwiegereltern, Schwiegersohn und Schwiegertochter, Ehegatten der Enkelkinder, Großeltern des Ehegatten/der -gattin, Stiefgroßeltern, Schwager und Schwägerin. Die Schwägerschaft besteht übrigens auch nach dem Ende der Ehe fort.

Verhinderungspflege durch sonstige Personen

Erbringt eine andere Person die Verhinderungspflege, können Sie bis zu 1.612 Euro für maximal 42 Tage erhalten. Auch in diesem Fall können Sie den Anspruch auf Kurzzeitpflege im gleichen Umfang wie bei der Ersatzpflege durch nahe Angehörige übertragen.

tens 56 Tage pro Kalenderjahr. Um diesen Betrag zu erhöhen, können Sie bis zu 1.612 Euro Ihres Anspruchs auf Verhinderungspflege auf die Kurzzeitpflege übertragen. Der Anspruch auf Verhinderungspflege reduziert sich um den übertragenen Anteil. Während der Kurzzeitpflege wird das bis dahin gezahlte Pflegegeld für bis zu 56 Tage hälftig weitergezahlt.

Angebot handelt. Nutzen Sie das Beratungsangebot von compass, die Ihnen Angebote aus Ihrer Umgebung nennen können. Gerne können Sie sich auch an uns wenden.

Für unter 25jährige Pflegebedürftige in den Pflegegraden 4 und 5 gibt es ab dem 1. Januar 2024 abweichende Regelungen. Fragen Sie gerne compass private pflegeberatung oder uns.

Für Angebote zur Unterstützung im Alltag können Sie zusätzlich bis zu 40 Prozent Ihrer Leistung für häusliche Pflegehilfe der Pflegegrade 2-5 einsetzen.

Pflegegeld während Verhinderungspflege

Erfolgt die Ersatzpflege ganztags, wird für bis zu 42 Tage die Hälfte des Pflegegeldes gezahlt, das Sie unmittelbar davor bezogen haben.

Kurzzeitpflege

Sind Sie mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen vorübergehend Pflegeleistungen in einer vollstationären Einrichtung in Anspruch nehmen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die häusliche Pflege in Krisensituationen oder im direkten Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht möglich ist. Wir erstatten Ihnen dann bis zu 1.774 Euro (Stand 1. Januar 2022) für höch-

Entlastungsbetrag/Angebote zur Unterstützung im Alltag

Der Entlastungsbetrag beträgt 125 Euro pro Monat, unabhängig von der Höhe des Pflegegrades. Diesen Betrag können Sie für folgende Leistungen einsetzen:

- ✔ Tages- oder Nachtpflege
 - ✔ Kurzzeitpflege
 - ✔ Bestimmte Leistungen von ambulanten Pflegediensten
 - ✔ Finanzieren von Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten.
- Sie sind sich unsicher, welche Leistungen das konkret sind? Sprechen Sie den Leistungserbringer direkt darauf an, ob es sich um ein anerkanntes

Zusätzliche Leistungen in einer ambulant betreuten Wohngruppe

Wohngemeinschaften bieten Ihnen die Möglichkeit, Wohnraum, Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit anderen Pflegebedürftigen in Anspruch zu nehmen.

Die Sicherstellung der Pflege in einer Wohngemeinschaft wird mit 214 Euro pro Monat zusätzlich gefördert. Auch die Gründung einer Wohngemeinschaft wird unterstützt. Um diese Förderungen zu erhalten, sind bei der Organisation der Wohngemeinschaft jedoch einige Voraussetzungen zu erfüllen.

Wenn Sie den Betrag in einem Monat nicht verwenden, überträgt sich der nicht genutzte Betrag in den Folgemonat. Nicht genutzte Guthaben eines Kalenderjahres verfallen zum 30.06. des Folgejahres.

Wichtig: Sie möchten in eine bestehende Wohngemeinschaft einziehen oder selbst eine Wohngemeinschaft gründen? Gerne informieren wir Sie über die zu erfüllenden Voraussetzungen. Rufen Sie uns an.



Übrigens:

Entscheidungen zur Kostenerstattung über Anträge auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes erhalten Sie von uns zeitnah. Unter der Voraussetzung, dass alle erforderlichen Informationen vorliegen, erhalten Sie innerhalb von drei Wochen unsere Entscheidung. Ist ein Gutachter zur Beurteilung erforderlich, erhalten Sie die Entscheidung innerhalb von fünf Wochen.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Der Umbau Ihres Hauses oder Ihrer Wohnung kann notwendig sein, um die häusliche Pflege überhaupt zu ermöglichen, zu erleichtern oder Ihre selbstständige Lebensführung wiederherzustellen. Eine solche wohnumfeldverbessernde Maßnahme wird mit bis zu 4.000 Euro bezuschusst.

In einer Wohngemeinschaft kann jeder Pflegebedürftige den Zuschuss bei seiner Pflegeversicherung beantragen. Die Pflegeversicherungen fördern dann die Umbaumaßnahme zu gleichen Teilen. Der maximale Zuschuss für eine Wohngemeinschaft ist auf 16.000 Euro begrenzt, auch wenn mehr als vier Pflegebedürftige zusammenleben.

Für den Zuschuss zu einer wohnumfeldverbessernden Maßnahme müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein. So ist es erforderlich, dass der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung die geplante Umbaumaßnahme möglichst vor Beginn der Arbeiten befürwortet. Bedenken Sie bitte, dass grundsätzlich alle einzelnen Umbaumaßnahmen als eine Gesamtmaßnahme betrachtet und gefördert, jedoch nur wirksame und wirtschaftliche Maßnahmen bezuschusst werden. Reichen Sie daher bitte vor Beginn des Umbaus einen

Kostenvoranschlag bei uns ein und klären mit uns die Kostenbeteiligung.

Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel sind Geräte und Sachmittel, die die häusliche Pflege ermöglichen, erleichtern oder eine selbstständige Lebensführung möglich machen. Möchten Sie, dass die Befürwortung der Pflegehilfsmittel im Gutachten zugleich als Antrag auf Gewährung dieser Hilfsmittel anzusehen ist? Dann teilen Sie dies bitte dem Gutachter mit.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Dazu gehören zum Beispiel Inkontinenzartikel, Handschuhe und Ähnliches. Diese erstatten wir mit bis zu 40 Euro je Kalendermonat. (Stand: 1. Januar 2017)

Technische Pflegehilfsmittel

Das sind beispielsweise Badewannenlifter oder Pflegebetten. Sie werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Zur Beurteilung der Kostenerstattung erfolgt eine Überprüfung der medizinisch-pflegerischen Notwendigkeit.





Können wir Sie bei der Hilfsmittelbeschaffung unterstützen? Kontaktieren Sie uns telefonisch unter der Rufnummer: (02 61) 4 98 45 30. Wir beauftragen auch gerne unseren Kooperationspartner SMB mit Ihrer Hilfsmittelversorgung. Weitere Informationen zu SMB finden Sie auch auf www.debeka.de/smb.



Wichtig ist zudem Folgendes:

- ✔ Werden Ihnen technische Pflegehilfsmittel leihweise überlassen, erhält Ihr Sanitätshaus dafür im Regelfall eine Fallpauschale. Das heißt, mit dieser Pauschale sind Anschaffungs-, Reparatur- und Wartungskosten für den vereinbarten Nutzungszeitraum abgedeckt. Entscheiden Sie sich für einen Kauf des Hilfsmittels, können wir maximal die Kosten der leihweisen Nutzung erstatten.
- ✔ Ist das Leihen der Hilfsmittel nicht möglich oder unwirtschaftlich, können Sie Leistungen für den Kaufpreis beantragen. Dabei tragen Sie, wenn Sie das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung in Höhe von zehn Prozent des Kaufpreises, maximal jedoch 25 Euro je Hilfsmittel.
- ✔ Bevor Sie das Pflegehilfsmittel bestellen, reichen Sie bitte immer zuerst einen Kostenvoranschlag bei uns ein und klären mit uns die Kostenübernahme.
- ✔ Wir können nur die Kosten für empfohlene Hilfsmittel erstatten. Entscheiden Sie sich beispielsweise für eine bessere Ausstattung und

diese geht über das empfohlene und notwendige Maß hinaus, dürfen wir lediglich das empfohlene und notwendige Pflegehilfsmittel erstatten.

- ✔ Technische Pflegehilfsmittel sind nur erstattungsfähig, wenn sie im Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind. In diesem Verzeichnis gelistete Pflegehilfsmittel sind mit einer zehnstelligen Hilfsmittelnummer (HMV-NR) gekennzeichnet. Die Nummer muss daher vollständig auf der Rechnung angegeben sein.
- ✔ Leben Sie in einer vollstationären Einrichtung, ist diese verpflichtet, Ihnen Pflegehilfsmittel bereitzustellen.


Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

Digitale Pflegeanwendungen können Sie in Ihrer Pflegesituation unterstützen. Sie sollen dazu dienen, Ihre Beeinträchtigung zu mindern oder einer Verschlimmerung entgegenzuwirken. Die Verwendung von digitalen Pflegeanwendungen ist den Pflegebedürftigen selbst, bzw. wegen der Pflegetätigkeit, den Angehörigen und zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen vorbehalten.

Eine Übersicht über digitale Pflegeanwendungen, die von uns übernommen werden, erhalten Sie auf der Internetseite des *Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)*.

Hinweis: Die Art der DiPA und der Umfang der Hilfeleistung wird durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte reglementiert. Diese Vorgaben müssen wir bei einer Kostenerstattung berücksichtigen. Kosten die DiPA mehr als wir leisten dürfen oder vereinbaren Sie mit dem Anbieter ergänzende Leistungen, tragen Sie diese Kosten selbst.

Sofern Sie bei der Einrichtung der Pflegeanwendungen Unterstützung benötigen, werden Sie vor Ort von zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen unterstützt. Für die Unterstützungshilfen und die Pflegeanwendungen leisten wir für Sie einen Zuschuss in Höhe von insgesamt 50 Euro pro Monat. (Stand: 9. Juni 2021)

A photograph of a family in a sunlit field. A woman with curly blonde hair is seated in a wheelchair, wearing a light blue long-sleeved top and blue jeans. She is smiling and looking towards a young girl with long brown hair who is walking away from the camera in a white dress. A man with a beard and a blue plaid shirt stands behind the woman, looking towards the girl. The background is a lush green field with tall grass and trees under a bright, warm sky.

Wenden Sie sich bitte vorab an uns, wenn Sie ein technisches Pflegehilfsmittel benötigen. Wir beauftragen dann ggf. den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung, um über einen Gutachter festzustellen, ob das Pflegehilfsmittel erstattet werden kann.

6 LEISTUNGEN BEI VOLLSTATIONÄRER PFLEGE

Falls Sie nicht mehr zu Hause leben können und in eine stationäre Einrichtung ziehen, leisten wir auch dafür. Abhängig vom Pflegegrad erhalten Sie dann folgende Leistungen:

Pflegegrade	EUR pro Monat
Pflegegrad 1	125
Pflegegrad 2	770
Pflegegrad 3	1.262
Pflegegrad 4	1.775
Pflegegrad 5	2.005

Stand: 1. Januar 2017

Erstattungsfähig sind die Pflegesätze, die zwischen dem Träger Ihrer Einrichtung und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung vereinbart sind.

Zuschuss zur Begrenzung des Eigenanteils

Versicherte, die in einer zugelassenen Einrichtung mit Versorgungsvertrag gepflegt werden, erhalten einen Zuschuss zu den pflegebedingten Aufwendungen. Dieser ist nach Dauer der vollstationären Pflege gestaffelt und beträgt im Einzelnen:

Aufenthalt bis einschließlich (in Monaten)	Zuschlag zu den pflegebedingten Aufwendungen – einrichtungseinheitlicher Eigenanteil in Prozent	
	Leistungen bis 31.12.2023	Leistungen ab dem 01.01.2024
12	5	15
24	25	30
36	45	50
ab 37	70	75

Stand: 1. Oktober 2023

Zugelassene Einrichtungen, die keine solche Vergütungsvereinbarung getroffen haben, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit Ihnen vereinbaren. In diesem Fall dürfen wir Ihnen höchstens 80 Prozent der vorgesehenen Beträge erstatten.

Pflege in vollstationären Hilfseinrichtungen für Menschen mit Behinderung

Werden Sie in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung gepflegt, können Sie dafür Leistungen erhalten: Für pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und soziale Betreuung sind dies 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 SGB IX vereinbarten Vergütung bis höchstens 266 Euro monatlich

(Stand: 1. Januar 2020).



7 LEISTUNGEN FÜR DIE PFLEGE- PERSON

Folgende Leistungen für die pflegende Person gibt es:

- ✔ Pflegekurse für Angehörige
- ✔ soziale Absicherung von ehrenamtlichen Pflegekräften
- ✔ Pflegezeit und soziale Absicherung
- ✔ Familienpflegezeit und soziale Absicherung
- ✔ kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Pflegekurse für Angehörige

Soweit Ihre Angehörigen oder eine andere ehrenamtliche Pflegekraft an einer Pflegeschulung teilnehmen möchten, erstatten wir die Aufwendungen hierfür. In diesem Fall wenden Sie sich bitte direkt an uns. Wir können ihnen eine kostenfreie Pflegeschulung in der häuslichen Umgebung anbieten. Die Teilnahme an Pflegekursen anderer Kranken- oder Pflegeversicherer erstatten wir bis zu einer Höhe von 100 Euro. Sofern die Schulungseinrichtung mit den Spitzenverbänden eine höhere Vergütung für die Schulung vereinbart hat, weisen Sie uns diese Vereinbarung bitte nach. Gerne prüfen wir dann eine Kostenbeteiligung.

Soziale Absicherung ehrenamtlicher Pflegepersonen

Für Ihre ehrenamtlichen Pflegekräfte zahlen wir, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen, Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung. Darüber hinaus sind die Pflegekräfte kostenfrei unfallversichert. Die jeweilige Pflegekraft muss dazu regelmäßig an zwei Tagen in der Woche und mindestens zehn Stunden pro Woche ehrenamtlich pflegen. Um die zehn Stunden zu erreichen, kann die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger zusammengezählt werden. Sie und die ggf. weiteren Pflegebedürftigen müssen dabei mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet sein.

Rentenversicherung

Beiträge an den zuständigen gesetzlichen Rentenversicherungsträger zahlen wir, wenn die Pflegekraft nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich abhängig beschäftigt oder selbstständig tätig ist. Ausschlaggebend für die Höhe der Rentenbeitragszahlung sind Ihr Pflegegrad und Ihre Pflege. Pflegt Sie neben der ehrenamtlichen Pflegekraft auch ein Pflegedienst, verringern sich die Beitragszahlungen. Die Höhe der Beitragszahlungen zeigt die Tabelle auf Seite 21.

Wird die Pflege durch mehrere Pflegekräfte erbracht, werden die Beitragszahlungen im Verhältnis der Pflegefähigkeit auf die Pflegekräfte aufgeteilt.

Mit der Leistungszusage erhält die Pflegekraft unaufgefordert die für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen notwendigen Unterlagen.

Arbeitslosenversicherung

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung zahlt die private Pflegepflichtversicherung der pflegebedürftigen Person, wenn die Voraussetzungen dazu erfüllt sind.

Die Voraussetzungen zum Erhalt von Beiträgen knüpfen sich an die Voraussetzungen zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht. Insbesondere muss unmittelbar vor Aufnahme der Pflegetätigkeit eine Arbeitslosenversicherungspflicht bestanden haben. Wenn eine Beitragszahlung möglich ist, wird für die Versorgung von Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 2-5 pauschal ein Beitrag nach geltenden Beitragsätzen, ausgehend von 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße, berechnet.

Unfallversicherung

Ihre ehrenamtlichen Pflegekräfte sind bei der Pflegetätigkeit kostenfrei in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert.

Pflegezeit und soziale Absicherung

Unter bestimmten Voraussetzungen können Ihre nahen Angehörigen für die Pflege unbezahlt für maximal sechs Monate von der Arbeit freigestellt werden. Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zahlt auf Antrag ein zinsloses Darlehen, um den Lohnausfall auszugleichen.

Denken Sie bitte daran, dass die Pflegekraft bestimmte Anforderungen erfüllen muss, um die Pflegezeit und das Darlehen in Anspruch nehmen zu können. Bitten Sie die Pflegekraft daher, sich frühzeitig an ihren Arbeitgeber zu wenden, um alle wichtigen Details zu klären.

Sofern Ihre Pflegekraft während der Pflegezeit nicht in der Kranken- und Pflegeversicherung familienversichert ist, werden die Aufwendungen dafür bezuschusst. Diesen Zuschuss muss sie bei uns beantragen.

Familienpflegezeit und soziale Absicherung

Über die Familienpflegezeit haben Ihre nahen Angehörigen eine zusätzliche Möglichkeit, sich Freiraum für die Pflege zu schaffen. Nach dem Familienpflegezeitgesetz wird die wöchentliche Arbeitszeit einvernehmlich mit dem Arbeitgeber für maximal zwei Jahre auf bis zu 15 Stunden pro Woche reduziert. Während der Familienpflegezeit kann der Lohnausfall



teilweise auch durch ein zinsloses Darlehen ausgeglichen werden. Das Darlehen muss beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden.

Bitten Sie Ihre Pflegekraft, sich frühzeitig an den Arbeitgeber zu wenden und mit ihm zu klären, welche Formalitäten beachtet werden müssen.



Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Für insgesamt bis zu zehn Arbeitstage pro Kalenderjahr können sich Ihre nahen Angehörigen von der Arbeit

freistellen lassen, wenn die Pflegesituation akut eintritt und die Freistellung notwendig ist, um Ihre Pflege sicherzustellen oder zu organisieren. Für diese Freistellung zahlen wir Pfl-

geunterstützungsgeld. Dieses wird ähnlich wie das Kinderkrankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung berechnet und gezahlt.

8 SPEZIELLE INFORMATIONEN

... für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige

Nach Vorlage der Rechnungen erhalten Sie Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung – entsprechend der Tarifstufe PVB des Tarifs PV. Ausgehend von Ihrem Beihilfebemessungssatz erhalten Sie zudem Leistungen der Beihilfe. Einzelheiten dazu klären Sie bitte mit Ihrer Beihilfestelle. Wir sind verpflichtet im Fall von Leistungen zur sozialen Sicherung für Ihre Pflegeperson die Beihilfestelle zu informieren. Bitte geben Sie daher auf dem Erstantrag Ihre Beihilfestelle an.

... zur privaten Unfallversicherung / Zusatzversicherung

Haben Sie eine private Unfallversicherung abgeschlossen, informieren Sie Ihren Versicherer bitte über die Pflegebedürftigkeit. Denn nach den gängigen Vertragsbedingungen werden dauernd pflegebedürftige Personen nicht weiter versichert. Ihr Versicherer kann prüfen, ob in Ihrem Fall die Versicherung beendet werden muss.

... zur Pflege im Mitgliedsstaat der EU, einem Vertragsstaat des EWR und der Schweiz

Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Zur Regelung der Pflege im Ausland (EU, EWR, Schweiz) erhalten Sie bei Bedarf gesonderte Auskünfte.

Bitte fragen Sie uns, wenn die Pflege im Ausland erfolgen soll.

... zur Digitalisierung in der Pflege

Digitalisierung macht vor Pflege keinen Halt. Pflegebedürftigen und Pflegepersonen stehen unterschiedliche digitale Angebote zur Verfügung – und zukünftig werden sich die Möglichkeiten weiterentwickeln. Sie können aktuell beispielsweise die Pflegeberatung von compass über Videotelefonie beanspruchen. Zum Einreichen Ihrer Rechnungsbelege können Sie gerne unsere Debeka Leistungsapp nutzen. Weiterhin stehen Ihnen die digitalen Pflegeanwendungen (DIPA) zur Verfügung.

... bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

Ist die private Pflegeperson in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, haben Pflegebedürftige in dieser Zeit unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine pflege-

rische Versorgung in einer Vorsorge-, Rehabilitationseinrichtung oder zugelassenen Pflegeeinrichtung.

Der Anspruch besteht ab dem 1. Juli 2024 – kommen Sie bei Fragen gerne auf uns zu.

... zur Hilfe bei Überlastung

Pflegekräfte können aus unterschiedlichen Gründen an ihre Belastungsgrenze stoßen. Ohne Unterstützung kann eine dauernde Überlastung sogar zu psychischer oder physischer Gewalt führen.

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (Stiftung ZQP) stellt online Hilfe bereit. Dort sind auch Krisentelefone gelistet, die Sie in akuten Notsituationen anrufen können.

www.pflege-gewalt.de

Übersicht der Rentenversicherungsbeiträge

Pflegegrade	Leistungsart	Beitragspflichtige Einnahme *
Pflegegrad 5	Pflegegeld	100 %
	Kombileistung	85 %
	Sachleistung	70 %
Pflegegrad 4	Pflegegeld	70 %
	Kombileistung	59,5 %
	Sachleistung	49 %
Pflegegrad 3	Pflegegeld	43 %
	Kombileistung	36,55 %
	Sachleistung	30,1 %
Pflegegrad 2	Pflegegeld	27 %
	Kombileistung	22,95 %
	Sachleistung	18,9 %

Stand: 1. Januar 2017

* Prozentsatz der monatlichen Bezugsgröße

Der jeweilige Prozentsatz der monatlichen Bezugsgröße wird fiktiv als beitragspflichtige Einnahme zugrunde gelegt. Diese ist maßgeblich für die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge.

9 BEWERTUNGSSYSTEMATIK

Modul und Gewichtung		Schweregrad der Beeinträchtigungen oder der Fähigkeiten im Modul					
		0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste	
1. Mobilität	10 %	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Punkte
		0	2,5	5	7,5	10	gewichtete Punkte
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Punkte
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Punkte
höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	gewichtete Punkte
4. Selbstversorgung	40 %	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Punkte
		0	10	20	30	40	gewichtete Punkte
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen	20 %	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Punkte
		0	5	10	15	20	gewichtete Punkte
6. Gestaltung des Arbeitslebens und soziale Kontakte	15 %	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Punkte
		0	3,75	7,5	11,25	15	gewichtete Punkte

Stand: 1. Mai 2021

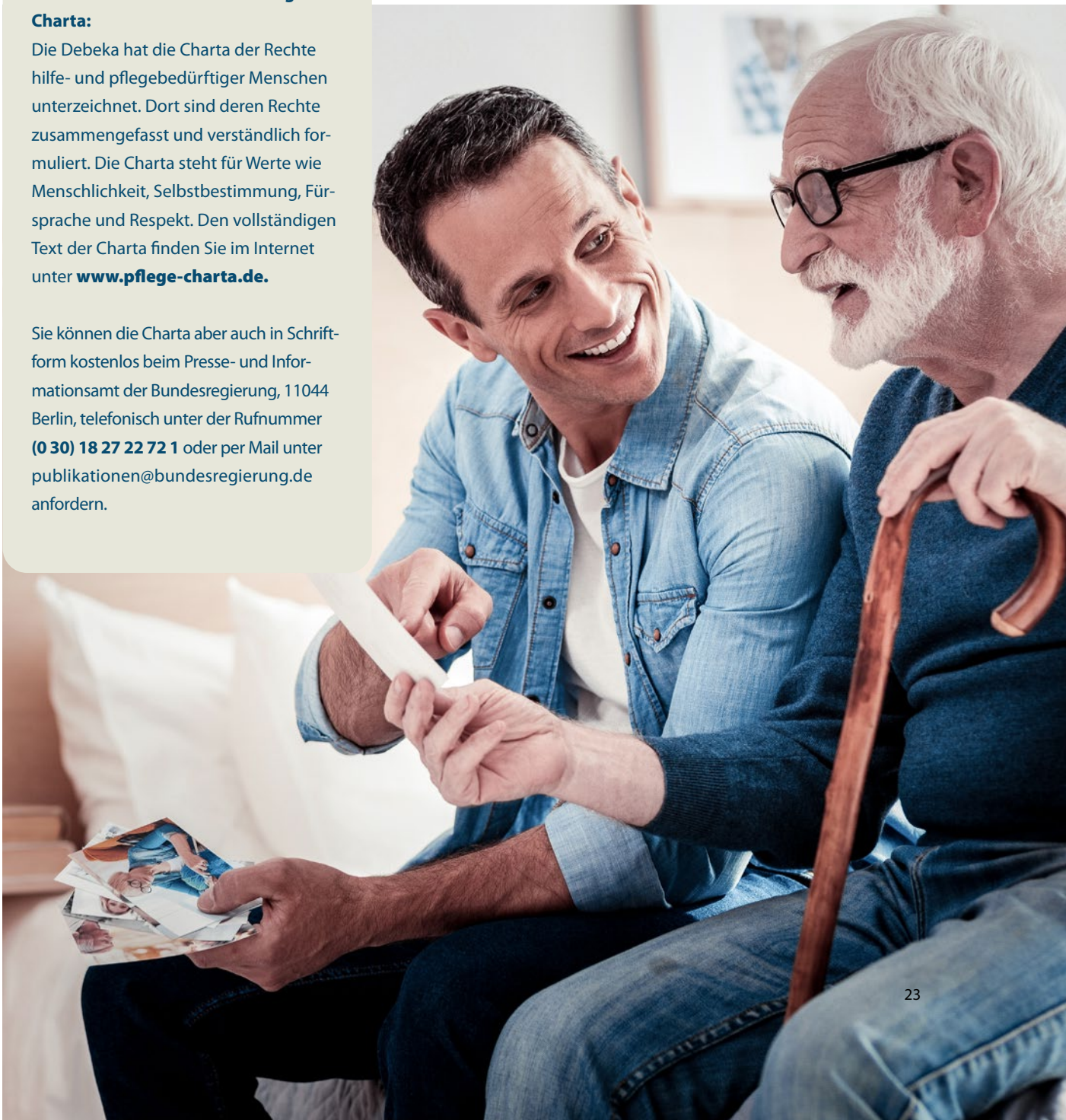
10 DIE PFLEGE-CHARTA

DIE PFLEGE-CHARTA

Die Debeka unterstützt die Pflege-Charta:

Die Debeka hat die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen unterzeichnet. Dort sind deren Rechte zusammengefasst und verständlich formuliert. Die Charta steht für Werte wie Menschlichkeit, Selbstbestimmung, Fürsprache und Respekt. Den vollständigen Text der Charta finden Sie im Internet unter www.pflege-charta.de.

Sie können die Charta aber auch in Schriftform kostenlos beim Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 11044 Berlin, telefonisch unter der Rufnummer **(0 30) 18 27 22 72 1** oder per Mail unter publikationen@bundesregierung.de anfordern.



Wir helfen Ihnen dabei, in allen Bereichen die für Sie bedarfsgerechten Lösungen zu finden:

- ✓ Gesundheit absichern
- ✓ Lebensstandard sichern
- ✓ Vermögen und Zuhause schützen
- ✓ Mobilität und Reisen
- ✓ Finanzieren der eigenen vier Wände
- ✓ Vermögen bilden
- ✓ Bezüge-/Gehaltskonto (ein Produkt der BBBank)
- ✓ Firmenschutz für Unternehmen und Selbstständige

UNSERE LEISTUNGS-APP "DEBEKA GESUNDHEIT"

Schnell, einfach & kostenlos:
Rechnungen mit dem Smartphone fotografieren, per App einreichen und Status verfolgen.



Jetzt QR-Code scannen für mehr Informationen.



Mit mehr als 16.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an bundesweit 4.500 Orten sind wir auch in Ihrer Nähe!



Ihr/e Debeka-Ansprechpartner/in

Debeka Krankenversicherungsverein a. G.

Lebensversicherungsverein a. G.
Allgemeine Versicherung AG
Pensionskasse AG
Bausparkasse AG

56058 Koblenz

Telefon (08 00) 8 88 00 82 00

www.debeka.de