

Leistungsübersicht für die Pflegepflichtversicherung (PPV)

Diese Übersicht gibt Hinweise zu Leistungsfragen der PPV. Die allein verbindlichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/PPV und Tarif PV) werden hierdurch aber nicht ersetzt. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf die Verwendung der weiblichen Schreibform verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

Begriff der Pflegebedürftigkeit

Personen sind pflegebedürftig, wenn sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in den MB/PPV festgelegten Schwere bestehen. Die Pflegebedürftigkeit wird durch ein ärztliches Gutachten festgestellt, das von einem von der MEDICPROOF GmbH - dem Medizinischen Dienst der Privaten - beauftragten Gutachter erstellt wird. Die dazu erforderliche Untersuchung wird im Wohnbereich des Pflegebedürftigen durchgeführt.

Für die Leistungen sind fünf Pflegegrade zu unterscheiden:

Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Geleistet wird für die Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Leistungen

Die Leistungen für eingetretene Pflegefälle werden ab Antragstellung gewährt, unter Umständen auch vom Beginn des Monats der Antragstellung an, wenn der Pflegefall bereits in einem Vormonat eingetreten war. Beihilfeberechtigte Personen erhalten die Leistungen anteilig in Ergänzung ihres Beihilfeanspruchs.

1. Erstattung der Kosten einer geeigneten Pflegekraft

Die Kosten der Pflegeeinsätze durch zugelassene Pflegekräfte werden pro Kalendermonat wie folgt erstattet:

Pflegegrad 1	keine Leistungen	Pflegegrad 4	bis zu	1.693 EUR
Pflegegrad 2	bis zu 724 EUR	Pflegegrad 5	bis zu	2.095 EUR
Pflegegrad 3	bis zu 1.363 EUR			

2. Pflegegeld für sonstige Pflegepersonen

Anstelle der Kostenerstattung kann ein Pflegegeld gezahlt werden, wenn die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt (z.B. durch Angehörige, Freunde, Nachbarn oder eine Pflegekraft aus dem Ausland). Das Pflegegeld beträgt je nach Pflegegrad monatlich:

Pflegegrad 1	keine Leistungen	Pflegegrad 4	728 EUR
Pflegegrad 2	316 EUR	Pflegegrad 5	901 EUR
Pflegegrad 3	545 EUR		

Bei den Pflegegraden 2 und 3 muss mindestens einmal halbjährlich und bei den Pflegegraden 4 und 5 mindestens einmal vierteljährlich ein Beratungseinsatz durch einen Pflegedienst oder die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH erfolgen.

3. Kombinationsleistung

Entsprechend dem persönlichen Pflegebedarf kann die Kostenerstattung im jeweiligen Pflegegrad ganz oder teilweise in Anspruch genommen werden; bei nur teilweiser Inanspruchnahme können Sie zusätzlich einen entsprechenden Anteil vom Pflegegeld erhalten.

4. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Sofern die Pflege durch eine ehrenamtliche Pflegeperson mindestens 10 Stunden wöchentlich erfolgt (werden von einer Pflegeperson mehrere Personen gepflegt ist die Summe der Pflegetätigkeiten zu berücksichtigen), zahlen wir für diese Pflegeperson bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und unter gewis-

sen Voraussetzungen auch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Dazu haben wir einen gesonderten Antrag vorbereitet. Pflegepersonen sind bei ihrer Pfl egetätigkeit außerdem kostenlos in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert.

5. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegepersonen

Bei Urlaub, Krankheit oder sonstiger Verhinderung der ehrenamtlichen (privaten) Pflegeperson werden die Kosten für eine geeignete Ersatzpflegekraft in den Pflegegraden 2 - 5 für längstens sechs Wochen pro Kalenderjahr bis zu 1.612 EUR erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Aufwendungen für Verhinderungspflege können insgesamt bis zu 2.418 EUR je Kalenderjahr erstattet werden, wenn der über 1.612 EUR hinausgehende Betrag (also bis zu 806 EUR) noch aus dem Budget der Kurzzeitpflege (s. Punkt 8) zur Verfügung steht. Die Beantragung ist im Vorfeld nicht notwendig. Aus der Rechnung sollte hervorgehen, ob es sich um stunden- oder tageweise Verhinderungspflege handelt. Bei privaten Ersatzpflegekräften benötigen wir zudem die Angabe, ob die Person bis zum zweiten Grad mit der pflegebedürftigen Person verwandt oder verschwägert ist oder mit dieser in häuslicher Gemeinschaft lebt.

6. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Wir erstatten bei häuslicher Pflege Leistungen für notwendige Pflegehilfsmittel und technische Hilfen gemäß Pflegehilfsmittelverzeichnis. Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden je Kalendermonat bis zu 40 EUR gezahlt.

Bei entsprechendem Bedarf reichen Sie bitte einen Kostenvoranschlag eines Sanitätshauses Ihrer Wahl per Mail an pflege@inter.de ein. Die Versorgung über einen unserer Kooperationspartner (z.B. rehaVital oder Sanitätshaus Aktuell) ist ebenfalls möglich. Hilfsmittel werden vorrangig leihweise überlassen. Bei einer Befürwortung durch den medizinischen Dienst erhalten Sie nach Vorlage der Rechnung die tarifliche Erstattung.

Außerdem können für eine pflegegerechte Umgestaltung der Wohnung Zuschüsse bis zu 4.000 EUR gezahlt werden. Auch hier ist die vorherige Beantragung und Prüfung durch den medizinischen Dienst unerlässliche Voraussetzung. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient die Wohnumfeldverbesserung mehreren Pflegebedürftigen, kann der o.g. Zuschuss jedem Anspruchsberechtigten gewährt werden. Die Addition der Zuschüsse ist auf einen Gesamtbetrag von 16.000 EUR begrenzt. Bei Bedarf schicken Sie bitte ebenfalls einen Kostenvoranschlag per Mail.

7. Teilstationäre Pflege

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist, können die Kosten für die Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege (Unterbringung nur tagsüber oder nur nachts) erstattet werden. Zudem können zusätzlich die Kostenerstattung, das Pflegegeld oder die Kombinationsleistung in Anspruch genommen werden. Die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen sowie die von der Einrichtung berechneten Fahrtkosten werden pro Kalendermonat wie folgt erstattet:

Pflegegrad 1	keine Leistungen	Pflegegrad 4	bis zu	1.612 EUR
Pflegegrad 2	bis zu 689 EUR	Pflegegrad 5	bis zu	1.995 EUR
Pflegegrad 3	bis zu 1.298 EUR			

Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten können nicht erstattet werden. Hierfür ist eine Erstattung über den Entlastungsbetrag (s. Punkt 10.) möglich.

8. Kurzzeitpflege

Wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden kann, besteht die Möglichkeit, Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung für längstens acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch zu nehmen. Die pflegebedingten Kosten hierfür werden in den Pflegegraden 2 - 5 bis zu 1.774 EUR erstattet. Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten können nicht erstattet werden. Hierfür ist eine Erstattung über den Entlastungsbetrag (s. Punkt 10.) möglich.

9. Pflegekurse

Für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfl egetätigkeit interessierte Personen werden Schulungskurse angeboten, die die notwendigen Fähigkeiten zur eigenständigen Durchführung der Pflege vermitteln und helfen sollen, mit den seelischen und körperlichen Belastungen der Pflege besser fertig zu werden.

10. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

Versicherte Personen in häuslicher Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für qualitätsgesicherte und entsprechend zertifizierte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der versicherten Personen bei der Gestaltung des Alltags. Wir erstatten zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege, der zugelassenen Pflegedienste oder der

nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag bis zu 125 EUR monatlich. Werden die Beträge in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

11. Vollstationäre Pflege

Kosten für dauernde Pflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen werden pro Kalendermonat erstattet:

Pflegegrad 1	bis zu	125 EUR	Pflegegrad 4	bis zu	1.775 EUR
Pflegegrad 2	bis zu	770 EUR	Pflegegrad 5	bis zu	2.005 EUR
Pflegegrad 3	bis zu	1.262 EUR			

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben ab dem 1. Januar 2022 einen Anspruch auf einen Leistungszuschlag zur Begrenzung des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Dieser ist gestaffelt nach der Dauer des Aufenthaltes im Pflegeheim, ein erster Anspruch entsteht nach 12 Monaten.

12. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, erstatten wir 10% des vereinbarten Heimentgelts, jedoch maximal 266 EUR pro Monat (für Pflegegrad 1 sind hier keine Leistungen vorgesehen).

13. Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Unter gewissen Voraussetzungen erhalten Pflegebedürftige in einer solchen Wohngruppe einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 EUR pro Monat, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht werden zu können. Darüber hinaus wird die Gründung ambulanter Wohngruppen unter gewissen Voraussetzungen mit 2.500 EUR pro Person (maximal 10.000 EUR je Wohngruppe) für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung gefördert.

14. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen

Der Anspruch beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen zusammen bis zu insgesamt 50 EUR im Monat. Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Pflegeanwendungen, die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Eventuelle Mehrkosten sind von den versicherten Personen selbst zu tragen.

15. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzfristiger Arbeitsverhinderung

Bei Freistellungen nach Pflegezeitgesetz zahlen wir Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig Versicherten in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind.

Bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung zahlen wir unter bestimmten Voraussetzungen ein Pflegeunterstützungsgeld. Dieses richtet sich nach den Regelungen des § 45 SGB V (Krankengeld bei Erkrankung des Kindes).

16. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

Bei einer von uns zu vertretenden Verzögerung der Leistungsmitteilung besteht Anspruch auf eine Zusatzzahlung je begonnener Woche der Fristüberschreitung in Höhe von 70 EUR. Die Bearbeitungsfristen entnehmen Sie bitte den Regelungen unter § 6 der MB/PPV.