

Inklusive aller Neuerungen
zum Pflegestärkungsgesetz II

PFLEGE

BRAUCHT

VORSORGE

**Warum eine private Absicherung für den
Pflegefall unerlässlich ist**

Informationen überreicht durch die
Gothaer Krankenversicherung AG

Vorwort

Heute sind viele Menschen bis ins hohe Alter vital. Doch nicht selten treten Erkrankungen und chronische Leiden auf, die zur Pflegebedürftigkeit führen können. Was bedeutet das für Betroffene und Angehörige? Welche Leistungen gibt es und welche Vorsorge kann zusätzlich getroffen werden, um die Lebensqualität im Alter zu sichern?

Das Pflegestärkungsgesetz II setzt das Ziel eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs systematisch um. Weg von einer minutenorientierten, rein somatischen Betrachtung von Pflegebedürftigkeit, hin zu einer kompletten Feststellung einer noch vorhandenen Selbstständigkeit. Fünf Pflegegrade ersetzen das bisherige System der drei Pflegestufen und der zusätzlichen Feststellung von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (insbesondere Demenz).

Die bisherigen Leistungen für Menschen mit Demenz (Pflegestufe 0) werden in das reguläre Leistungsrecht integriert. Damit wurden zwar Verbesserungen beschlossen, dennoch ist private Vorsorge nötig, denn selbst die erhöhten gesetzlichen Leistungen decken oft nur einen Teil der realen Pflegekosten ab. Eine frühzeitige Vorsorge lohnt sich doppelt: Der aktuelle Gesundheitszustand ist maßgebend für die Beitragskalkulation und je eher die Pflegeversicherung abgeschlossen wird, desto günstiger sind die Beiträge.

Mit der vorliegenden Broschüre informiert die Gothaer Krankenversicherung AG über die aktuelle Pflegesituation in Deutschland. Wie groß die eigene Pflegelücke im Pflegefall ist und welche Absicherung sie schließt, kann anhand einfacher Beispiele nachvollzogen werden.

Impressum:
Gothaer Krankenversicherung AG
Gothaer Allee 1
50969 Köln

In dieser Broschüre wurden Bilder und Namen geändert, um Persönlichkeitsrechte zu schützen.

Inhalt

Wird Pflege zum Normalfall?	4
Sind die Ursachen einer Pflegebedürftigkeit beeinflussbar?	5
Wie wird die Pflegebedürftigkeit definiert?	6
Wie wird der individuelle Pflegebedarf festgelegt?	7
Wie findet die Eingruppierung in den Pflegegrad statt?	8
Wie sieht ein Beispiel aus der Praxis für den Pflegegrad 2 aus?	9
Wie wird die Demenz in der Praxis bewertet?	10
Was passiert mit denen, die schon Pflegeleistungen nach altem Recht erhalten?	11
Welche Leistungen gibt es in den fünf Pflegegraden?	12
Wie hoch ist der monatliche Eigenanteil in der stationären Pflege?	13
Welche zusätzlichen Investitionen können auf Pflegebedürftige zukommen?	14
Wer übernimmt die anfallenden Pflegekosten?	15
Wann müssen Kinder für pflegebedürftige Eltern Unterhalt zahlen?	16
Was sind wichtige Tarifbestandteile und Zukunftsklauseln?	17
Wann lohnt es sich, über Pflegebedürftigkeit intensiv nachzudenken?	18
Was kann man neben der Pflegevorsorge noch tun?	19

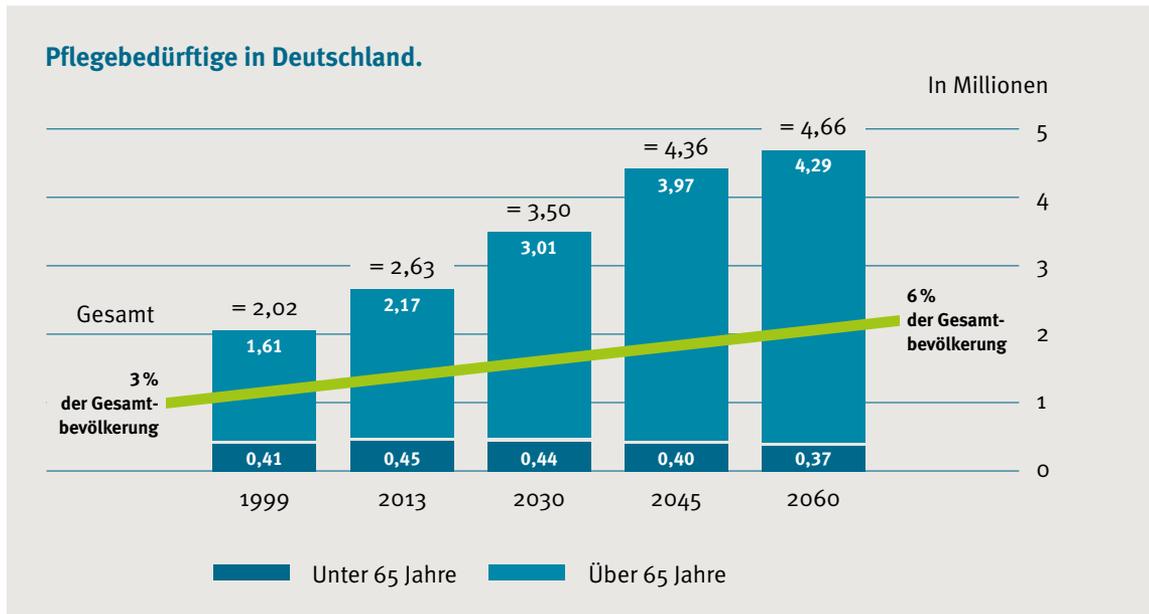
Wird Pflege zum Normalfall?

Schon heute sind 2,9 Millionen Menschen pflegebedürftig – Tendenz steigend.

Die Gesellschaft wird immer älter. Doch mit einer immer höheren Lebenserwartung steigt auch die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. Aktuell sind bereits

über 2,9 Millionen Menschen pflegebedürftig – mit stark steigender Tendenz. Im Jahr 2060 werden es rund 4,7 Millionen sein – bei einer Bevölkerungszahl von nur noch etwa 70 Millionen.*

* Quelle: Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2015.



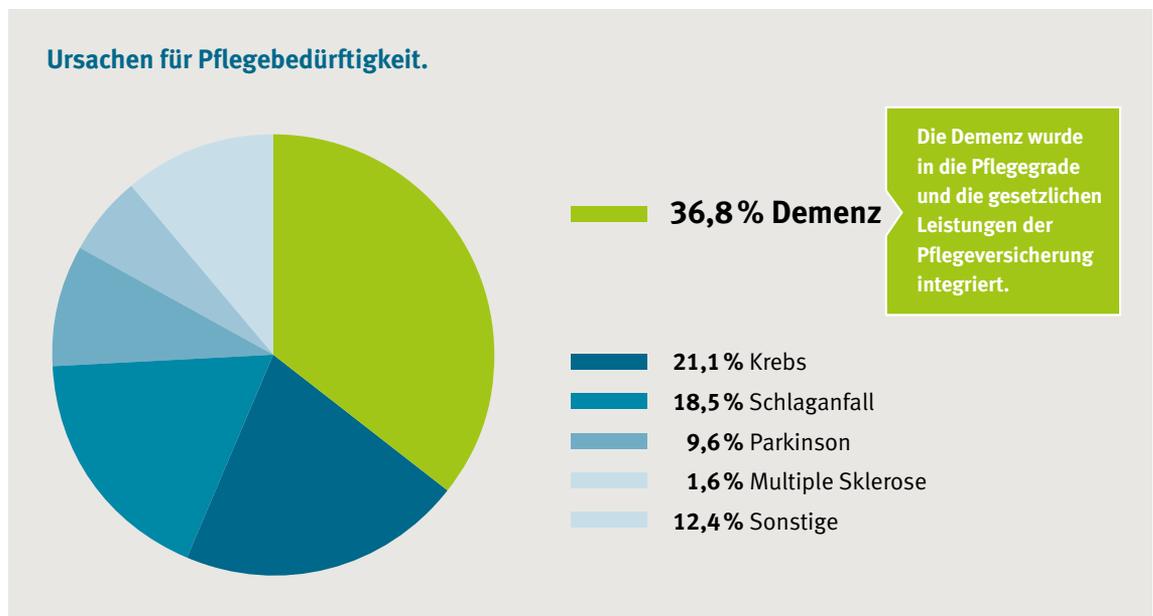
Quelle: Demografieportal des Bundes und der Länder, Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999–2060 (Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen BiB), 2015

Sind die Ursachen einer Pflegebedürftigkeit beeinflussbar?

Für 88% aller Pflegefälle sind fünf Krankheitsgründe verantwortlich.

Pflegebedürftigkeit kann prinzipiell jeden treffen. Sie wird am häufigsten durch

Krankheiten und chronische Leiden verursacht – unabhängig von Alter und Geschlecht.



Eigene Berechnung, Datenquelle: Barmer GEK Pflegereport 2010

Hinweis: Nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes leben in Deutschland derzeit 1 Million Menschen mit einer Demenzerkrankung. 65% hiervon sind von der Alzheimer-Demenz betroffen.

Wie wird die Pflegebedürftigkeit definiert?

Die Pflegebedürftigkeit wird in fünf Pflegegrade unterteilt.

Fünf Pflegegrade ersetzen die drei Pflegestufen (und die Pflegestufe 0). In allen Pflegegraden werden künftig körperliche,

geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen berücksichtigt. Somit erhalten alle Pflegebedürftigen einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Die fünf Pflegegrade (PG) geben den Grad der Selbstständigkeit an.

PG 1	Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
PG 2	Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
PG 3	Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
PG 4	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
PG 5	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit

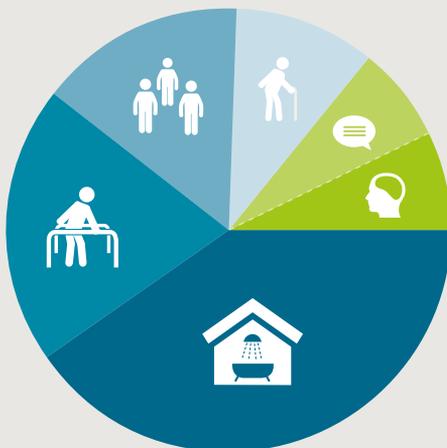
Wie wird der individuelle Pflegebedarf festgelegt?

Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit in sechs verschiedenen Lebensbereichen gemessen.

Die sechs Lebensbereiche werden als Module erfasst und haben eine unterschiedliche Gewichtung. Mit einem neuen Prüfverfahren („Neues Begutachtungsassessment“, NBA) werden Gutachter ab 2017 alle Antragsteller anhand eines

Fragenkatalogs in sechs Modulen auf den Grad ihrer noch vorhandenen Selbstständigkeit hin überprüfen. Wie selbstständig ein Antragsteller noch ist, ermitteln die Prüfer nach einem Punktesystem. Dabei gilt: Je mehr Punkte der Begutachtete erhält, desto weniger selbstständig ist er und umso höher wird der Pflegegrad.

Die Gewichtung der sechs Lebensbereiche.



- 10% Modul 1:** Mobilität
- 15% Modul 2*:** kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- 15% Modul 3*:** Verhaltensweisen und psychische Einschränkungen
- 40% Modul 4:** Selbstversorgung (Körperpflege, Ernährung etc.)
- 20% Modul 5:** Bewältigung von krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen
- 15% Modul 6:** Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

* Modul 2 und 3: Es wird nur die höhere Punktzahl (nach Gewichtung) im Endergebnis gewertet.

Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit

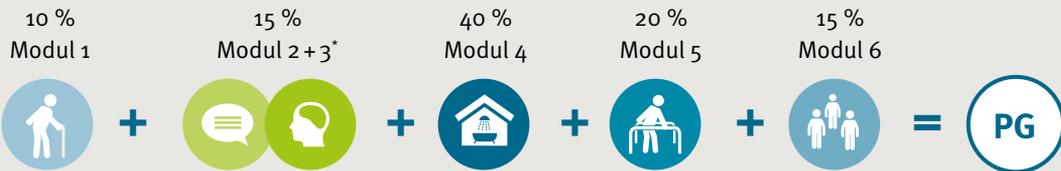
Wie findet die Eingruppierung in den Pflegegrad statt?

Die Eingruppierung in den Pflegegrad (PG) erfolgt anhand einer Punkteskala.

Sobald alle Punkte für jedes Modul erfasst wurden, werden sie gewichtet (vgl. Abbildung Seite 7) und addiert. Bei Modul 2 und 3 wird

hierbei nur die höhere Punktzahl (nach Gewichtung) hinzugerechnet. Anhand der Punkteskala wird dann die Eingruppierung in den Pflegegrad vorgenommen.

Die Punktzahl entscheidet über die Eingruppierung.

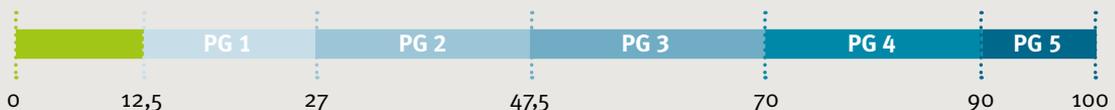


Beispielrechnung inkl. Gewichtung:



Die Eingruppierung erfolgt anhand der Punkteskala in Pflegegrad 3.

Die Punkteskala zur Eingruppierung in die Pflegegrade.



* Nur die höhere gewichtete Punktzahl wird zum Ergebnis hinzugerechnet.

Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit

Wie sieht ein Beispiel aus der Praxis für den Pflegegrad 2 aus?

Herr W. (75) leidet an Bluthochdruck und ist seit einem Schlaganfall halbseitig gelähmt.

Herr W. wohnt zusammen mit seiner Ehefrau (sehr rüstig) in einer Wohnung im ersten Stock. Ein Gutachter kommt vorbei und beurteilt die Hilfsbedürftigkeit in den einzelnen Lebensbereichen.



Modul	Bewertung	Punkte	Punkte (gewichtet)
Modul 1: Mobilität	Gehbehindert und wenig Kraft im rechten Bein	3	2,5
Modul 2: kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Keine Beeinträchtigung	0	0
Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Einschränkungen	Keine Beeinträchtigung	0	0
Modul 4: Selbstversorgung (Körperpflege, Ernährung etc.)	Kann nicht frei stehen und benötigt Hilfe beim Waschen, Duschen, Anziehen, Rasieren, Zähneputzen und bei der Essenszubereitung	10	20
Modul 5: Bewältigung von krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen	Kennt den Medikamentenplan, kann aber die Tabletten nicht aus der Verpackung drücken	1	5
Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Hilfe beim Zubettgehen	1	3,75
Ergebnis: Pflegegrad 2			= 31,25

Wie wird die Demenz in der Praxis bewertet?

Frau K. (84) ist dement, ihr Allgemeinzustand ist aber gut.

Frau K. lebt allein in ihrer Wohnung. Ihre Tochter versorgt sie mit Mahlzeiten, hilft im Haushalt und begleitet die medikamentöse Versorgung. Zudem unterstützt sie der Pflegedienst morgens und abends bei der Selbstversorgung.



Modul	Bewertung	Punkte	Punkte (gewichtet)
Modul 1: Mobilität	Keine Beeinträchtigung	0	0
Modul 2: kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Vergesslich und orientierungslos	11	11,25*
Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Einschränkungen	Nächtliche Unruhe	3	(7,5)*
Modul 4: Selbstversorgung (Körperpflege, Ernährung etc.)	Muss zur Körperpflege aufgefordert werden, kann diese aber eigenständig durchführen, leidet unter Harninkontinenz	15	20
Modul 5: Bewältigung von krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen	Begleitung bei der medikamentösen Versorgung notwendig	2	10
Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Kann sich nur in eigener Wohnung gut orientieren, erkennt vertraute Personen und findet sich in neuen Situationen zurecht	6	7,5
Ergebnis: Pflegegrad 3			= 48,75

* Nur die höhere gewichtete Punktzahl wird zum Ergebnis hinzugerechnet.

Was passiert mit denen, die schon Pflegeleistungen nach altem Recht erhalten?

Es erfolgt eine automatische Überführung in die Pflegegrade.

Pflegebedürftige mit einer bestehenden Pflegestufe werden automatisch zum 1. Januar 2017 in einen Pflegegrad überführt. Hierbei gibt es gesetzliche Vorgaben und es gilt, dass Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen automatisch in den nächsthöheren Pflegegrad überführt werden. Pflegebedürftige mit geistigen Einschränkungen werden in den übernächsten Pflegegrad eingruppiert.



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Hinweis: Für die ambulante Pflege bleiben die Leistungen zunächst identisch und werden einfach dem Pflegegrad entsprechend angepasst.

Welche Leistungen gibt es in den fünf Pflegegraden?

Die Leistungen decken meist nur etwa die Hälfte des tatsächlichen finanziellen Bedarfs.

Pflegegeld und Pflegesachleistungen sind die monatlichen finanziellen Leistungen, die bei den Pflegekassen beantragt werden können. Mit dem Pflegegeld kann die nötige Hilfe unbürokratisch und privat beschafft werden. Sachleistungen dienen dazu, professionelle Pflegekräfte zu finanzieren. Künftig ist im stationären Pflegebereich die Höhe der Geldleistung durch die Pflegekassen irrelevant, da der Eigenanteil über alle Pflegegrade (gilt für Pflegegrad 2 – 5) gleich hoch ist und vom Heim individuell festgelegt wird.

Zusätzliche Leistungsansprüche von Pflegebedürftigen.

- Pflegeaufwendungen für Kurzzeitpflege: **1.612 Euro pro Jahr** (in Pflegegrad 2–5)
- Für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds: bis zu **4.000 Euro pro Jahr**
- Für Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Einmalhandschuhe): bis zu **40 Euro pro Monat**
- **2.500 Euro Anschubfinanzierung** zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Leistung	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Geldleistung ambulant	125 Euro*	316 Euro	545 Euro	728 Euro	901 Euro
Sachleistung ambulant	–	689 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro
Leistungsbetrag stationär	125 Euro	770 Euro	1.262 Euro	1.775 Euro	2.005 Euro

* Als Geldbetrag, der für die Erstattung der Betreuungs- und Entlastungsleistungen zur Verfügung steht.
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Wie hoch ist der monatliche Eigenanteil in der stationären Pflege?

Künftig ist der Eigenanteil in der stationären Pflege für jeden Pflegegrad gleich hoch.

In der vollstationären Pflege kommt es für die Betroffenen nicht mehr auf die Höhe der Leistungsbeträge an, sondern auf die Höhe des Eigenanteils. Jedes Pflegeheim hat einen Betrag ausgehandelt, der nach Zuführung der

Hauptleistungsbeträge vom Patienten zusätzlich an das Heim bezahlt werden muss. Hinzu kommen für die Pflegebedürftigen Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen. Dabei ist der pflegebedingte Eigenanteil für alle Pflegegrade gleich hoch.

Eigenanteil im Bundesdurchschnitt für die vollstationäre Pflege in den Pflegegraden 2–5.

580 Euro*	Pflegebedingter Eigenanteil: Das sind die Kosten, die den Anteil für den Pflegeaufwand abbilden.
698 Euro**	Kosten für Unterkunft und Verpflegung: Die Kosten für die Unterkunft beinhalten Strom, Wärme, Wasser und Freizeitgestaltung. Bei den Verpflegungskosten zählen auch Kosten für das Personal und sonstige Erstellungskosten mit dazu.
423 Euro***	Investitionskosten: Die Investitionskosten stellen die „Kaltmiete“ inklusive Kosten für die Instandhaltung und Instandsetzung dar.
1.701 Euro	Monatliche Gesamtkosten unabhängig vom Pflegegrad

Quellen: * Bundesministerium für Gesundheit. ** GBE Bund 2013, interpoliert auf den 01.01.2017 (Stichtagszahl). *** U. Schneekloth und H.-W. Wahl, Integrierter Abschlussbericht, Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV), München 2007.

Hinweis: Oftmals wird nur einer von zwei Partnern pflegebedürftig. Sollte einer in ein Pflegeheim umziehen (müssen), muss der andere trotzdem weiterhin die Kosten der gemeinsamen Wohnung sowie eigene Lebenshaltungskosten tragen.

Welche zusätzlichen Investitionen können auf Pflegebedürftige zukommen?

Zu Beginn der Pflegebedürftigkeit muss häufig in Umbauten und Neuananschaffungen investiert werden.

Um die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen weitestgehend zu erhalten

oder es pflegenden Angehörigen leichter zu machen, müssen häufig bauliche Veränderungen vorgenommen werden. Nahezu immer sind dabei in der Wohnung Bad und Stufen bzw. das Auto die Hauptprobleme.

Beispiele für Umbauten.

Treppenlift



Vor allem Pflegebedürftige, die nur noch eingeschränkt mobil sind, aber im eigenen Haus bleiben möchten, denken über einen Treppenlift nach.

**Kosten für eine Etage (neu):
etwa 8.000 – 15.000 Euro**

Badezimmer



Ist die Mobilität eingeschränkt, muss im Bad eine ebenerdige Dusche, ein behindertengerechtes WC oder ein höhenverstellbares Waschbecken installiert werden, das nötigenfalls auch für Rollstuhlfahrer geeignet ist.

**Kosten für einen Badumbau:
etwa 8.700 Euro**

Auto



Mit einem behindertengerechten Fahrzeugumbau kann die Mobilität im Alltag erhalten bleiben. Um Einstieg, Sitzen, Bedienung und Verladung zu erleichtern, gibt es unterschiedlichste Möglichkeiten.

**Kosten für einen Fahrzeugumbau:
abhängig von den Anforderungen,
bis zu 30.000 Euro**

Wer übernimmt die anfallenden Pflegekosten?

Für die Pflegekosten wird das Privatvermögen herangezogen und auch die Kinder müssen dafür aufkommen.

Da die gesetzlichen Leistungen oftmals nur für etwa die Hälfte der anfallenden

Pflegekosten reichen, müssen die Rente, Vermögen und sonstige Einkünfte für die Pflege aufgewendet werden. Sind diese zu gering, müssen die eigenen Kinder – je nach Einkommen – für die Kosten der pflegebedürftigen Eltern aufkommen.

Pflegekosten.



Kinder haften für ihre Eltern!

Das Sozialamt setzt den Unterhaltsanspruch der Eltern gegen die Kinder durch, wenn Leistungen für die Pflege gezahlt werden müssen. Die Kinder haben nur den Anspruch auf den Selbstbehalt, der liegt bei einem Nettogehalt von 1.800 Euro (gemäß Düsseldorfer Tabelle).

„Kinder haben gegenüber ihren Eltern Anspruch auf Unterhalt. Doch das Blatt kann sich auch wenden – dann müssen sie für ihre Mutter und ihren Vater zahlen.“

13. Januar 2016, Süddeutsche Online

Wann müssen Kinder für pflegebedürftige Eltern Unterhalt zahlen?

Sozialämter und Rechtsprechung nehmen Kinder in die Pflicht.

So wie Eltern dazu verpflichtet sind, für ihre Kinder Unterhalt zu leisten, müssen erwachsene Kinder in bestimmtem Rahmen ihre pflegebedürftigen Eltern finanziell unterstützen. Sozialämter und Rechtsprechung setzen den Anspruch durch.

Versteckte Unterhaltspflicht und angemessenes Wohneigentum.

- Für **Schwiegerkinder** kann es, auch ohne gesetzliche Haftungspflicht, zu einer **faktischen Belastung** kommen. Nämlich dann, wenn der Ehepartner für seine pflegebedürftigen Eltern aufkommen muss. Grund dafür ist der sogenannte Familienunterhalt, der aus beiden Einkommen der Partner gebildet wird. Wenn das Schwiegerkind deutlich mehr verdient als der Unterhaltspflichtige, wird er überproportional mit den gemeinsamen Haushaltskosten belastet. Dadurch steht dem anderen Partner mehr Geld für den Elternunterhalt zur Verfügung.
- Zwar hat der Bundesgerichtshof mehrfach festgestellt, dass eine **selbstgenutzte Wohnimmobilie** vom Unterhaltsanspruch unangestastet bleibt. Allerdings muss der **Grundsatz der Angemessenheit** gewahrt werden.

Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs.



§ „Der [...] zuständige XII. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat entschieden, dass ein vom Unterhaltsberechtigten ausgehender einseitiger Kontaktabbruch gegenüber seinem volljährigen Sohn für eine Verwirkung seines Anspruchs auf Elternunterhalt allein regelmäßig nicht ausreicht. [Er hat] sich in den ersten 18 Lebensjahren seines Sohnes um diesen gekümmert. Er hat daher gerade in der Lebensphase, in der regelmäßig eine besonders intensive elterliche Fürsorge erforderlich ist, seinen Elternpflichten im Wesentlichen genügt.“

Beschluss vom 12. Februar 2014 – XII ZB 607/12

Was sind wichtige Tarifbestandteile und Zukunftsklauseln?

Nachversicherungsgarantie, Kurzzeitpflege und Dynamik.

Oft liegt die wahrscheinliche Pflegezeit noch weit in der Zukunft, weshalb Sie auf manche Fragen noch keine sichere Antwort

kennen. Zum Beispiel, welche Pflegeleistung Sie tatsächlich einmal brauchen. Um Ihren Bedarf später flexibel anpassen zu können, sollten ein paar sinnvolle Zukunftsklauseln vereinbart werden.

Sinnvolle Zukunftsklauseln.

Nachversicherungsgarantien von (noch) nicht abgesicherten Leistungen

Um die Vorsorge flexibel an veränderte Lebenssituationen anpassen zu können, sind Nachversicherungsgarantien ohne erneute Gesundheitsprüfung ein wichtiger Baustein.

Pflegende Angehörige brauchen Pausen

Ein 6-wöchiges Pausieren wie in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist notwendig, da die Pflege viel Kraft abverlangt und die betreuenden Personen statistisch gesehen zu den drei gefährdetsten Gruppen für „Burnout“ zählen.

Regelmäßige Erhöhungsmöglichkeiten (Dynamik vor und im Leistungsfall)

Dynamiken stellen sicher, dass die Pflegeleistung den Preissteigerungen (Inflationsrate) im Pflegebereich angeglichen wird.

Option auf Tarifwechsel

Die Option auf Tarifwechsel sollte sauber beschrieben und vertraglich festgehalten sein. Damit wird sichergestellt, dass die Versicherung auch nach zukünftigen Reformen den passenden Schutz bietet.

* Quelle: Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stresslage der Nation, herausgegeben von der Techniker-Krankenkasse-Pressestelle, 2013.

Achtung: Die Welt wächst immer näher zusammen. Für viele ist Pflege im Ausland eine überlegenswerte Alternative. Umso wichtiger ist es, dass eine Pflegevorsorge auch bei einem Wohnsitz im Ausland leistet.

Wann lohnt es sich, über Pflegebedürftigkeit intensiv nachzudenken?

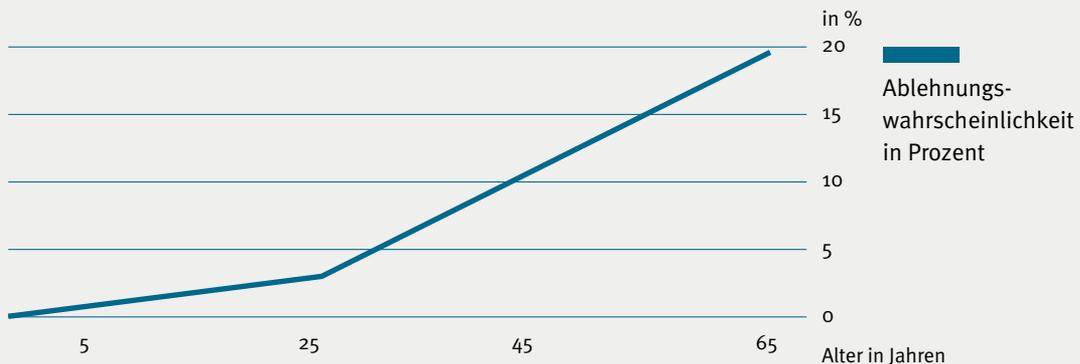
Je früher vorgesorgt wird, desto besser sind die Konditionen einer privaten Pflegeversicherung.

Ältere Menschen, die bereits an Erkrankungen leiden, können meist keine private Versicherung mehr abschließen. Selbst wenn – die monatlichen Prämien wären

enorm. Deshalb lohnt es sich, so früh wie möglich eine Absicherung anzugehen. Der momentane Gesundheitszustand ist maßgebend für die Beitragskalkulation und hier gilt meistens die Faustregel: Je eher die Pflegeversicherung abgeschlossen wird, desto günstiger sind die Beiträge.

Mit dem Alter steigt die Ablehnungswahrscheinlichkeit.

Jeder Fünfte über 65 Jahre würde wahrscheinlich keine private Pflegeversicherung mehr abschließen können. Die Wahrscheinlichkeit der Ablehnung durch die Versicherung steigt mit zunehmendem Alter.



Tipp: Für alle, die sich noch keinen vollen Pflegeschutz leisten können oder möchten, bieten einige Versicherer eine Nachversicherungsoption an. Dabei wird eine Basisversicherung zu einem niedrigen monatlichen Beitrag abgeschlossen. Ohne weitere Gesundheitsprüfung können später Versicherungsleistungen ergänzt werden.

Was kann man neben der Pflegevorsorge noch tun?

Vollmachten und Verfügungen erstellen – damit der eigene Wille immer Bestand hat.

Zu einer umfassenden Vorsorge gehört mehr, als die richtigen Versicherungen abzuschließen. Denn im Pflegefall soll das Leben nach den eigenen Vorstellungen und nicht fremdbestimmt weitergehen.

Dazu sind neben offenen Gesprächen mit den Angehörigen auch Dokumente wichtig, in denen der Wille festgehalten wird. Diese geben Angehörigen Rechtssicherheit und das gute Gefühl, im Sinne ihrer Lieben zu handeln. Auch über deren Tod hinaus.

Für den Fall der Fälle: wichtige Dokumente bei Pflegebedürftigkeit.

Dokument	Was wird geregelt?	Was noch zu beachten ist
Vorsorgevollmacht	Der Bevollmächtigte darf, ab dem Moment der Vollmachtsausstellung, festgelegte Rechtsgeschäfte im Namen des Vollmachtgebers tätigen.	Banken erkennen diese Vollmacht manchmal nicht an, deswegen ist zusätzlich eine Kontovollmacht sinnvoll. Banken stellen oft Vordrucke zur Verfügung.
Betreuungsverfügung	Hier wird die Person bestimmt, die gesetzlicher Betreuer werden soll.	Der Betreuer wird vom Betreuungsgericht kontrolliert und hat wesentlich weniger Befugnisse als ein Bevollmächtigter.
Patientenverfügung	Hier werden Bestimmungen über die medizinische Behandlung im Fall von Krankheit festgelegt.	Die Patientenverfügung muss exakt formuliert sein, sonst gilt sie womöglich nicht. Deshalb sollte auf die vorformulierten Textbausteine des Bundesjustizministeriums zurückgegriffen werden.

