

## **Achtung: Wichtiger Hinweis zu den beigefügten Antragsformularen**

**Aufgrund der durch die Folgen des Corona-Virus verursachten aktuellen Situation sind besondere Maßnahmen erforderlich. Denn das gesundheitliche Wohlergehen unserer Versicherten ist uns sehr wichtig. Gesundheitliche Risiken und soziale Kontakte sollen minimiert werden.**

**Grundsätzlich erfolgt die Begutachtung - auf der Grundlage aktueller Erkenntnisse der Schutz- und Hygieneanforderungen - durch einen Besuch eines Mitarbeiters des Medizinischen Dienstes und eine Begutachtung im häuslichen Bereich.**

**Unter besonderen Voraussetzungen (z.B. Zustand nach einer Organtransplantation, laufende Chemo-Therapie) kann derzeit auf einen Besuch eines Mitarbeiters des Medizinischen Dienstes und eine Begutachtung im häuslichen Bereich verzichtet werden. Die Feststellungen von Pflegebedürftigkeit und Notwendigkeit technischer Hilfsmittel erfolgen dann als digitale Begutachtung auf Basis der vorliegenden Unterlagen und/oder telefonischer Befragung/Interview durch den Gutachter.**

**Für Sie bedeutet das:**

**Bitte fügen Sie den beiliegenden Fragebogen vollständig ausgefüllt sowie Kopien aller wichtigen aktuellen medizinischen Unterlagen bei, die Ihnen vorliegen und die Auskunft über den Gesundheitszustand geben. Dies sind z. B. Arztberichte, Krankenhausentlassungsberichte, Dokumentationen eines Pflegedienstes/einer Pflegeeinrichtung u.a.**

**Vielen Dank.**



# Antrag auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung (PPV)



Landeskrankenhilfe V.V.a.G.  
PPV-Leistungen  
21332 Lüneburg

Telefax (0 41 31) 7 25 13 93

## Versicherungsnehmer:

Name, Vorname:
----------------

## Daten der pflegebedürftigen Person:

Name, Vorname, Geburtsdatum:
Straße:
Postleitzahl, Wohnort:
Telefon, Telefax:

## Daten der Kontaktperson für die Terminvereinbarung zur Begutachtung (z. B. Angehörige, Bevollmächtigte):

Name, Vorname:
Beziehung zur pflegebedürftigen Person:
Telefon, Telefax:

## Beihilfeabrechnungsstelle (nur angeben, falls ein Beihilfeanspruch besteht):

Name:
Anschrift:

LKH-CTV-D405

**Wer soll die Pflege dauerhaft durchführen:**

**Private Pflegeperson:**

Name, Vorname, Geburtsdatum:
Anschrift:

und/oder

**Pflegedienst:**

Name:
Anschrift:

oder

**Pflegeheim:**

Name:
Anschrift:

Erfolgt derzeit eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus/einer Rehabilitationseinrichtung?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bis voraussichtlich:

Bestehen anderweitige Ansprüche auf Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit, z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, der gesetzlichen Unfallversicherung/Unfallfürsorge, bei anderen privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherungen o. ä.?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Bitte Nachweise in Kopie beifügen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers oder des Bevollmächtigten (Bitte Vollmacht beifügen)

## Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erhalte ich erst, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Absatz 2 bis 10 MB/PPV durch ein Gutachten festgestellt worden ist. Dies entspricht § 1 Absatz 11 MB/PPV. Zu diesem Zweck beauftragt mein privater Kranken- / Pflegeversicherer (Versicherer) die MEDICPROOF GmbH (Medicproof), die Begutachtung einem Arzt oder einer Pflegefachkraft (Gutachter) zu übertragen. Medicproof mit Sitz in Köln ist der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Der Gutachter soll insbesondere Folgendes feststellen:

- Den Eintritt, den Grad und die Fortdauer einer Pflegebedürftigkeit,
- die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit,
- die Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Pflege- / Hilfsmitteln und
- Namen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

Mein Versicherer beauftragt Medicproof damit, durch einen Gutachter eine pflegefachliche Stellungnahme über die Sicherstellung der erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung zu erstellen. Die pflegefachliche Stellungnahme enthält beispielsweise Folgendes:

- Beurteilung der Pflege- und Versorgungssituation auch im Hinblick auf die Pflegepersonen,
- Darstellung eines ganzheitlich betrachteten Pflege- und Versorgungsbedarfs und
- konkrete Hinweise und Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation.

Weiterhin bietet die private Pflegepflichtversicherung gemäß § 4 Absatz 15 MB/PPV die Schulung von pflegenden Angehörigen auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen an. Es handelt sich um eine Versicherungsleistung, die pflegenden Angehörigen konkrete pflegerische Fähigkeiten vermitteln soll. Auch zu diesem Zweck beauftragt mein Versicherer Medicproof damit, die Durchführung der Schulung pflegender Angehöriger einem Gutachter zu übertragen. Der Gutachter vermittelt dabei beispielsweise:

- Lagerungstechniken zur Vermeidung von Druckgeschwüren,
- Rücken schonendes Arbeiten,
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Inkontinenz und
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Ernährungsproblemen.

### 1. Datenübermittlung an Medicproof und den Gutachter

Mein Versicherer übermittelt die zur Begutachtung, zur Anfertigung der pflegefachlichen Stellungnahme und zur Schulung pflegender Angehöriger erforderlichen Daten zu meiner Person, wie

- Name, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer,
- Name der Pflegeeinrichtung oder der mich versorgenden Pflegepersonen,
- Gesundheitsdaten, wie bekannte Diagnosen und Krankheitsbeschreibungen,

an Medicproof. In Einzelfällen können auch ärztliche Entlassungs- oder Behandlungs- und Befundberichte übermittelt werden, wenn dies erforderlich ist, um das Krankheitsbild genau zu beschreiben. Medicproof gibt die im Rahmen der Begutachtung erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter weiter. Gleichzeitig benennt mein Versicherer Hilfsmittel, die vorhanden oder bereits beantragt sind.

**Ich willige** in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung, Anfertigung der pflegefachlichen Stellungnahme und zur Durchführung der Schulung pflegender Angehöriger **ein und entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

## 2. Datenerhebung bei Dritten

Benötigt der Gutachter weitere Informationen, um die erforderlichen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit treffen zu können, kann die Befragung Dritter erforderlich sein, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben. Dritte in diesem Sinne sind Ärzte, Pflegepersonen, pflegende Angehörige und Bedienstete von Pflegediensten und Pflegeheimen. Die Kenntnis der Daten muss zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich sein.

**Ich bin damit einverstanden**, dass der Gutachter erforderliche Informationen bei den unter 2. genannten Dritten, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben, erhebt und zur Erstellung seines Gutachtens verarbeitet und nutzt. Ich entbinde die unter 2. genannten Personen und Stellen dazu von ihrer Schweigepflicht. **Ferner willige ich ein**, dass der Gutachter meine diesbezüglichen Gesundheitsdaten an Medicproof und an meinen Versicherer übermittelt **und entbinde** ihn insoweit von seiner Schweigepflicht.

## 3. Übermittlung des Gutachtens / der pflegfachlichen Stellungnahme an Medicproof und meinen Versicherer

Medicproof muss – in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Absatz 6 Nr.1 SGB XI) – bei der Begutachtung sicherstellen, dass die gleichen Maßstäbe und Grundsätze wie in der sozialen Pflegeversicherung angewendet werden. Außerdem gewährleistet Medicproof, dass das Begutachtungsverfahren einheitlich ausgestaltet ist und prüft, ob das Gutachten vollständig und plausibel ist. Medicproof hat in seinem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von § 6 Absatz 2 Satz 2 MB/PPV eine konkrete Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben.

**Ich ermächtige** den jeweiligen Gutachter, das Gutachten und gegebenenfalls die pflegfachliche Stellungnahme an Medicproof zu übermitteln. **Hierzu entbinde ich** ihn von seiner Schweigepflicht. Medicproof wird das jeweilige Gutachten und gegebenenfalls die pflegfachliche Stellungnahme nach Qualitätsprüfung an meinen Versicherer weiterleiten. **Ferner stimme ich zu**, dass die Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung als Antrag zur Leistungsgewährung gilt.

## 4. Verzögerte Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Mein Versicherer muss mich innerhalb einer gesetzlichen Frist (§ 18 Abs. 3 SGB XI) über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit informieren. Wird diese Frist nicht eingehalten, habe ich unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 a MB/PPV einen Anspruch auf Zusatzzahlung nach Nr. 12 des Tarifs PV.

**Ich bin damit einverstanden**, dass Medicproof zur Beurteilung der Leistungspflicht meinem Versicherer die Umstände für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren mitteilt, auch soweit es sich um Gesundheitsdaten handelt.

## 5. Datenverwendung durch den Gutachter, Medicproof und meinen Versicherer

**Ich willige ein**, dass mein Versicherer die zur Durchführung des Versicherungsvertrags erforderlichen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung und der Schulung pflegender Angehöriger erhoben wurden und werden, erhebt, verarbeitet und nutzt. Dem Gutachter und Medicproof **erlaube ich**, diese Daten in dem für eine ordnungsgemäße Begutachtung und Schulung pflegender Angehöriger erforderlichen Umfang zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

## 6. Mitteilungen an das Pflegeheim

Bei vollstationärer Pflege **bin ich damit einverstanden**, dass mein Versicherer dem Pflegeheim auf Anfrage meinen Pflegegrad mitteilt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Nach dem Pflegegrad richtet sich die Höhe des Heimentgeltes. Mein Einverständnis gilt auch beim Wechsel von häuslicher in vollstationäre Pflege.

## 7. Mitteilungen an Leistungserbringer von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln

**Ich willige ein**, dass mein Versicherer die zur Durchführung der Leistungsgewährung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln erforderlichen Daten, insbesondere die sich aus der Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung ergebenden Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung erhoben wurden und werden, dem Leistungserbringer von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln mitteilt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen auch insoweit von ihrer Schweigepflicht.

### Widerspruch gegen einen Gutachter

Wenn ich begründete Einwände gegen einen bestimmten Gutachter, der von Medicproof mit meiner Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragt wurde, habe, kann ich verlangen, dass ein anderer Gutachter beauftragt wird. Lehne ich eine Untersuchung ganz ab, kann mein Antrag auf Pflegeleistungen jedoch regelmäßig nicht bearbeitet werden.

Es steht mir frei, die Einwilligung/Schweigepflichtenbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung nicht abgegeben oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht oder nur eingeschränkt erbracht werden können.

### Hinweise

Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, müssen dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Dies sind beispielsweise eine Änderung des Hilfebedarfs oder der Pflegesituation, wie etwa Krankenhaus- / Rehabilitationsbehandlung, ein Wechsel der Pflegeperson oder des Umfangs der Pflege Tätigkeit oder eine Wohnsitzverlegung in das Ausland. **Werden diese Obliegenheiten nicht beachtet, kann der Versicherer hierdurch leistungsfrei werden.**

**X**

Ort und Datum, Unterschrift der versicherten Person, des gesetzlichen Vertreters oder einer sonstigen mit einer Vollmacht versehenen Person (bitte Vollmacht beifügen)

**Bitte senden / faxen Sie alle 3 Seiten an uns zurück.**





# Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung



Mit der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit beauftragt Ihre private Pflegepflichtversicherung eine Gutachterin oder einen Gutachter der MEDICPROOF GmbH, dem medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherungen. Die Gutachterin oder der Gutachter ist dabei auf Ihre Mithilfe angewiesen, denn beim Hausbesuch kann nur eine „Momentaufnahme“ erhoben werden. Mit dem Ausfüllen des vorliegenden Formulars liefern Sie wichtige Hinweise und schaffen so eine wertvolle Grundlage insbesondere zur Ermittlung des Grades Ihrer Selbstständigkeit, aber auch möglicher Renten- und Arbeitslosenversicherungsleistungen.

## Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Vorname / Name

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

## Angaben zur Unterzeichnerin / zum Unterzeichner

Name

Vorname

Geburtsdatum

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person

## Welche körperlichen, seelischen und geistigen Erkrankungen und Behinderungen standen im Vordergrund? Lagen demenzielle Symptome vor?

(Art und Beginn / besondere Ereignisse / Komplikationen /Verhaltensauffälligkeiten)

---

---

---

---

---

Fortbewegung  selbständig (ggf. mit Hilfsmittel)  mit personeller Hilfe  nicht möglich

Treppensteigen  selbständig  mit personeller Hilfe  nicht möglich

Bettlägerigkeit  nein  häufig  ständig

Druckgeschwüre  nein  ja

Harninkontinenz  nein  ja, Versorgung mit: \_\_\_\_\_

Stuhlinkontinenz  nein  ja, Versorgung mit: \_\_\_\_\_

**Welche Hilfsmittel werden genutzt und welche werden Ihrer Einschätzung nach noch benötigt?**

- |                                          |                                                 |                                                |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegebett      | <input type="checkbox"/> Weichlagerungsmatratze | <input type="checkbox"/> Aufrichthilfe         |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl       | <input type="checkbox"/> Rollator               | <input type="checkbox"/> Gehstock              |
| <input type="checkbox"/> Toilettenhilfe  | <input type="checkbox"/> Badehilfe              | <input type="checkbox"/> Duschhilfe            |
| <input type="checkbox"/> Bettpfanne      | <input type="checkbox"/> Urinflasche            | <input type="checkbox"/> Schnabeltasse/-becher |
| <input type="checkbox"/> Brille          | <input type="checkbox"/> Hörgerät               | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe  |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät | <input type="checkbox"/> Absauggerät            |                                                |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges       |                                                 |                                                |

**Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ein?**

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (SGB XI) orientiert sich daran, wie stark die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten eines Menschen bei der Bewältigung des Alltags beeinträchtigt sind und er deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Bitte geben Sie an, wie Sie die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten einschätzen.

	selbstständig	tlw. selbstständig, pers. Unterstützung wird benötigt	unselbstständig
Pflege des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fähigkeit uneingeschränkt	Fähigkeit eingeschränkt	Fähigkeit nicht vorhanden
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis/Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begreifen/Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Gesprächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	nicht täglich	täglich
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit/ Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägte Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbstständig	tlw. selbstständig, benötigt pers. Unterstützung	unselbstständig
Tagesgestaltung/ Sozialkontakte/ Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann traten erstmalig die angegebenen Einschränkungen auf?

Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?  
 (z.B. Einkaufen, Kochen, Spülen, Wohnungsreinigung, Wäsche)

ja  nein

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?

ja  nein

Wenn ja, warum und wie oft?

Erfolgen eine medizinische Versorgung oder andere Therapiemaßnahmen in der häuslichen Umgebung oder außerhalb des Hauses? (z.B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung etc.)

Name des Arztes/Therapeuten	Adresse	durchschnittliche Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat

Welche Medikamente sind angeordnet (z.B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben)?  
 (legen Sie gerne einen Medikamentenplan bereit)


Erfolgt eine personelle Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung?

ja  nein

Die Pflege wird regelmäßig erbracht von (ggf. Rückseite nutzen):

Pflegedienst	Adresse / Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Datum:			
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Datum:			
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Datum:			

Nach bestem Wissen und Gewissen erstellt von:

Ort, Datum

**X**  
 Unterschrift



## Vollmacht für die Pflegepflichtversicherung PPV

Bitte bei Bedarf verwenden

Versicherungsschein-Nr.: PPV \_\_\_\_\_

### Angaben zum Vollmachtgeber (pflegebedürftige Person):

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

### Ich bevollmächtige bis auf Widerruf (Bevollmächtigte/r)

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

mich in allen Leistungsangelegenheiten der PPV gegenüber dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. zu vertreten, dazu zählen

- Abgabe von Anzeigen und Erklärungen
- Empfang von Leistungsbescheiden
- Empfang von Gutachten
- Führen von Schriftwechsel

Die Vollmacht berechtigt jedoch nicht zur Entgegennahme von Geldzahlungen. Versicherungsleistungen werden auf das vom Versicherungsnehmer angegebene Konto überwiesen.

Die/der Bevollmächtigte ist nicht befugt, ihre/seine Vollmacht ganz oder teilweise auf andere Personen zu übertragen. Die Vollmacht soll auch über meinen Tod hinaus wirksam sein.

Zugleich werden Mitarbeiter/innen des Landeskrankenhilfe V.V.a.G. von ihrer Schweigepflicht befreit und ermächtigt, der/dem Bevollmächtigten umfassend Auskunft zu den Leistungsangelegenheiten der PPV zu erteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten (dient zum Abgleich der Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Vollmachtgebers (dient zum Abgleich der Unterschrift)



# Übersicht der möglichen Leistungen der Pflegepflichtversicherung – PPV

Dieses Schreiben gibt einen Überblick speziell zu Leistungsfragen. Bitte bedenken Sie, dass dieser Überblick nicht die allein verbindlichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/PPV und Tarif PV) ersetzt. Detailinformationen entnehmen Sie bitte den AVB, die Sie bei Vertragsabschluss erhalten haben. Falls Ihnen die AVB nicht mehr vorliegen, fordern Sie die Druckstücke bitte an. Gern helfen Ihnen auch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter der Rufnummer: (04131) 725-0, Abteilung „PPV-Leistung“.

## **Begriff der Pflegebedürftigkeit**

Pflegebedürftig sind Personen, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Sie bedürfen der Hilfe anderer.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf **Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate** und mit Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen der unten aufgeführten sechs Module einhergehen:

### **1. Mobilität**

z.B. Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen

### **2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten**

z.B. örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch

### **3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**

z.B. nächtliche Unruhe, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, verbale Aggression, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage

### **4. Selbstversorgung**

z.B. Körperpflege, Ernährung

### **5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

z.B. Medikation, Verbandswechsel und Wundversorgung, Arztbesuche, Einhalten krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

### **6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

z.B. Gestaltung des Tagesablaufs, Ruhen und Schlafen

Die Pflegebedürftigkeit wird durch ein Gutachten festgestellt, das von einem Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der privaten Pflegeversicherung (Medicproof) erstellt wird. Die dazu erforderliche Begutachtung wird grundsätzlich im Wohnbereich des Pflegebedürftigen nach vorheriger Terminvereinbarung durchgeführt. Die LKH beauftragt den Medizinischen Dienst, Kosten entstehen für den Versicherten nicht.

In den einzelnen Modulen werden für jedes erhobene Kriterium je nach Schweregrad der Beeinträchtigung Punkte vergeben, zusammengezählt und gewichtet. Die Module fließen unterschiedlich gewichtet in die Gesamtbewertung ein.

**Für die Leistungshöhe sind fünf Pflegegrade zu unterscheiden:**

- Pflegegrad 1:** geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 2:** erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 3:** schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 4:** schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 5:** schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Geleistet wird für Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

**Die Leistungen**

Versicherungsleistungen werden auf Antrag gewährt, u. U. auch vom Beginn des Monats der Antragstellung an, wenn der Pflegefall bereits in einem Vormonat eingetreten ist. Beihilfeberechtigte erhalten die Leistungen anteilig, siehe Tarif PV.

**I. Pflegegrad 1**

Die Pflegeversicherung gewährt beim Pflegegrad 1 ausschließlich folgende Leistungen:

- Pflegeberatung
- Beratung in der eigenen Häuslichkeit
- Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
- finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
- Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Entlastungsbetrag 125,00 Euro

**II. Häusliche Pflege**

**1. Kostenerstattung, wenn häusliche Pflegehilfe in Anspruch genommen wird**

Die Kosten der häuslichen Pflegehilfe, die durch geeignete und von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegekräfte erbracht wird, werden pro Kalendermonat wie folgt erstattet:

<b>Pflegegrad</b>	<b>bis zu</b>
Pflegegrad 2	689,00 Euro
Pflegegrad 3	1.298,00 Euro
Pflegegrad 4	1.612,00 Euro
Pflegegrad 5	1.995,00 Euro

Zahlung bei Rechnungsvorlage

**2. Pflegegeld für selbst sichergestellte Pflege**

Anstelle der Kostenerstattung kann ein Pflegegeld gezahlt werden, wenn damit die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine sonstige Person, zum Beispiel durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn, sichergestellt wird. Das Pflegegeld beträgt monatlich:



<b>Pflegegrad</b>	<b>bis zu</b>
Pflegegrad 2	316,00 Euro
Pflegegrad 3	545,00 Euro
Pflegegrad 4	728,00 Euro
Pflegegrad 5	901,00 Euro

Das Pflegegeld wird monatlich rückwirkend per Dauerauftrag ausgezahlt.

Bei den Pflegegraden 1 (freiwillig), 2 und 3 muss mindestens einmal halbjährlich und bei den Pflegegraden 4 und 5 mindestens einmal vierteljährlich ein Beratungseinsatz durch einen Pflegedienst erfolgen. Die Aufwendungen werden nach Rechnungsvorlage von der Pflegeversicherung übernommen.

### **3. Kombination von häuslicher Pflegehilfe und Pflegegeld**

Die Kostenerstattung der Pflegehilfe bei einem Pflegegrad kann ganz oder teilweise in Anspruch genommen werden; bei nur teilweiser Inanspruchnahme der Pflegehilfe wird zusätzlich ein entsprechender Anteil an Pflegegeld gezahlt.

#### **Feste Kombinationsleistung**

Der Prozentsatz, mit dem die Pflegehilfe und das Pflegegeld geteilt werden, kann von vornherein festgelegt werden. Die Entscheidung ist dann für sechs Monate bindend. Das Pflegegeld wird als Dauerauftrag monatlich am Monatsende nachträglich überwiesen. Die Kostenerstattung der Pflegehilfe erfolgt bei Vorlage der Rechnung.

#### **Gleitende Kombinationsleistung**

Bei der gleitenden Kombileistung werden die Kosten für die Pflegehilfe bis zum monatlichen Höchstsatz erstattet. Der dann verbleibende prozentuale Anteil an Pflegegeld wird automatisch ausgezahlt. Die Leistung erfolgt bei Vorlage der Rechnung. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können davon keinen Gebrauch machen, da sie keinen Anspruch auf häusliche Pflegehilfe haben.

Hinweis: Für diese Variante entscheiden sich die meisten Versicherten.

### **4. Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen**

Sofern die Pflege durch ehrenamtliche Pflegepersonen (Familienangehörige, Freunde u. ä.) wenigstens 10 Stunden wöchentlich erfolgt, besteht für die Pflegepersonen der Pflegegrade 2 bis 5 – bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen – möglicherweise Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Leistungsvoraussetzungen haben wir in einem Informationsschreiben ausführlich beschrieben. Falls die Voraussetzungen der Versicherungspflicht einer Pflegeperson möglicherweise bestehen, fordern Sie bitte unser Informationsschreiben – gerne telefonisch – an.

Pflegepersonen sind bei ihrer Pflegetätigkeit außerdem kostenlos in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert.

### **5. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson**

Bei Urlaub, Krankheit oder sonstiger Verhinderung der ehrenamtlichen Pflegeperson werden für die Pflegegrade 2 bis 5 die Kosten für anerkannte Pflegekräfte für längstens sechs Wochen pro Kalenderjahr bis zu 1.612 Euro erstattet. Stehen aus dem Budget der Kurzzeitpflege noch bis zu 806 Euro zur Verfügung und sind die 56 Tage der Kurzzeitpflege noch nicht ausgeschöpft, kann sich der Betrag für die Verhinderungspflege auf bis zu 2.418 Euro erhöhen.

Voraussetzung ist, dass

- die Pflegeperson den/die Pflegebedürftige(n) vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner/ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat und

- die Pflege im häuslichen Bereich des/der Pflegebedürftigen fortgesetzt wird.

## **6. Pflegehilfsmittel und technische Hilfsmittel, Wohnumfeldverbesserung**

Kosten für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel und technische Hilfsmittel sind erstattungsfähig, wenn der Medizinische Dienst die Notwendigkeit bestätigt hat. Die entsprechenden Hilfsmittel sind im Pflegehilfsmittelverzeichnis der PPV aufgelistet. Auf Anfrage senden wir Ihnen gern ein aktuelles Verzeichnis zu.

Kosten für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Windeln, Vorlagen, etc.) werden je Kalendermonat bis zu 40 Euro bezuschusst.

### **Wichtig:**

Technische Hilfsmittel werden von der LKH vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt!

Bitte informieren Sie uns, falls Bedarf besteht. Wir werden dann die Versorgung mit dem Hilfsmittel veranlassen.

Außerdem können Zuschüsse bis zu 4.000 Euro für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gezahlt werden.

## **7. Teilstationäre Pflege**

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist, können bei Unterbringung in zugelassenen Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege für die Pflegegrade 2 bis 5 monatlich Kosten bis zu den Höchstbeträgen der häuslichen Pflegehilfe (siehe Punkt 1) zusätzlich geltend gemacht werden. Unterbringungs- und sonstige nicht unmittelbar pflegebedingte Kosten sind bei teilstationärer Pflege nicht erstattungsfähig.

## **8. Vollstationäre Kurzzeitpflege**

Es besteht die Möglichkeit, Kurzzeitpflege für die Pflegegrade 2 bis 5 in einer zugelassenen vollstationären Einrichtung für längstens acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch zu nehmen. Die Pflegekosten hierfür werden bis zu 1.612 Euro erstattet. Unterbringungs- und sonstige nicht unmittelbar pflegebedingte Kosten sind bei voll- und teilstationärer Pflege nicht erstattungsfähig. Die Leistungen können für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder in sonstigen Krisensituationen beansprucht werden, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Ist der Anspruch auf Verhinderungspflege nicht ausgeschöpft, kann die Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro und auf bis zu 14 Wochen im Kalenderjahr erhöht werden.

## **9. Entlastungsbetrag**

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125,00 Euro monatlich. Dieser Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von:

- Leistungen der Tages- und Nachtpflege
- Leistungen der Kurzzeitpflege
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste
- Leistungen zur Unterstützung im Alltag (Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegenden, Angebote zur Entlastung im Alltag)

## 10. Pflegekurse

Für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfl egetätigkeit interessierte Personen wird die Teilnahme an Schulungskursen finanziert, 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.

## 11. Ambulante Wohngruppen

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5, die in einer ambulanten Wohngruppe wohnen, haben Anspruch auf die Zahlung einer Pauschale in Höhe von monatlich 214,00 Euro zur eigenverantwortlichen Verwendung für die Organisation sowie Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft.

## 12. Gründung von ambulanten Wohngruppen

Die Neugründung von ambulanten Wohngruppen kann mit einem Betrag von bis zu 2.500 Euro gefördert werden. Die Gründung einer Wohngemeinschaft liegt dann vor, wenn mindestens zwei und höchstens elf weitere Personen zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind und Leistungen der Pflegekasse beziehen. Ferner kann eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt sein, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten.

## III. Vollstationäre Pflege

### 1. Aufwendungen für vollstationäre Pflege

Der Inhalt der vollstationären Leistungen für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (§§ 42 Abs. 2 SGB XI), sowie die Ausbildungsvergütung (§§ 82a Abs. 2 SGB XI).

Die Aufwendungen für vollstationäre Pflege innerhalb der Pflegegrade betragen je Kalendermonat bis zu:

Pflegegrad 1	125,00 Euro
Pflegegrad 2	770,00 Euro
Pflegegrad 3	1.262,00 Euro
Pflegegrad 4	1.775,00 Euro
Pflegegrad 5	2.005,00 Euro

Bei vollstationärer Pflege für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 wird eine Aufwendung in Höhe von 125,00 Euro/monatlich erstattet.

### **Kennen Sie schon den Service der Privaten Krankenversicherung?**

**Die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH informiert, unterstützt und begleitet Pflegebedürftige und deren Angehörige bei allen Fragen rund um das Thema Pflege. Ratsuchende können sich an die bundesweit kostenfreie Servicenummer 0800 101 88 00 wenden. Die Pflegeberatung durch COMPASS ist kostenfrei und unabhängig.**

**Auch die bei Pflegegeldzahlungen vorgeschriebenen Beratungseinsätze können bei COMPASS abgerufen werden. Die Kosten dafür werden tariflich erstattet.**