

Private Pflegepflichtversicherung (PPV)

Versicherungsnummer: _____

Versicherte Person: _____, geb. _____

Höherstufungsantrag

Ein Höherstufungsantrag soll gestellt werden.

Über unsere Homepage www.LKH.de haben Sie einen Antrag auf Höherstufung heruntergeladen. Bitte füllen Sie das beigegefügte Formular „Antrag auf einen höheren Pflegegrad“ aus. Die „datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen“ ist vom Pflegebedürftigen oder dessen Bevollmächtigtem zu unterschreiben.

Bitte übersenden oder faxen Sie sämtliche Unterlagen dann an:

Adresse Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
PPV-Leistung
21332 Lüneburg

Telefax (0 41 31) 7 25 13 93

Beachten Sie bitte, dass nur solche pflegerelevanten Umstände berücksichtigt werden können, die eine dauerhafte (mindestens für 6 Monate dauernde) Erhöhung des Pflegeaufwandes nach sich ziehen. Vorübergehende, kurzzeitige Verschlechterungen, wie zum Beispiel nach einer Operation oder Infektionserkrankung, begründen keinen höheren Pflegegrad.

Zur Beauftragung des Medizinischen Dienstes benötigen wir eine aktuelle Schweigepflichtentbindung, dies ist zwingende Voraussetzung. Bitte senden Sie uns deshalb unverzüglich die Schweigepflichtentbindungserklärung vom Pflegebedürftigen oder dessen Bevollmächtigten unterschrieben zurück, damit wir das Eingangsdatum des Antrages anerkennen und Sie ggf. von dem Zeitpunkt an Leistungen beanspruchen können.

Hilfreich für den Gutachter ist der ausgefüllte Fragebogen „Antrag auf einen höheren Pflegegrad“. Mit dessen Hilfe kann sich der Gutachter auf die Begutachtungssituation vorbereiten. Bitte füllen Sie das Formular aus und fügen es der Schweigepflichtentbindungserklärung bei.

Wir werden dann MEDICPROOF, den Medizinischen Dienst der Privaten Pflegepflichtversicherung, mit einer Begutachtung beauftragen. Der Gutachter wird sich telefonisch zwecks Terminvereinbarung mit Ihnen oder der von Ihnen angegebenen Kontaktperson in Verbindung setzen und sich als Mitarbeiter von MEDICPROOF ausweisen.

Über das Ergebnis der erneuten Begutachtung werden wir Sie umgehend informieren.

Mit freundlichen Grüßen
Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

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.

Versicherungsnummer: _____

Versicherte Person: _____, geb. _____

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 pflegfachliche Stellungnahme über die Sicherstellung der erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung zu erstellen. Die pflegfachliche 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 pflegfachlichen 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 pflegfachlichen 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/Schweigepflichtentbindungserklärung 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 ist beispielsweise eine Änderung des Hilfebedarfs oder der Pflegesituation, wie etwa Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung, ein Wechsel der Pflegeperson oder des Umfangs der Pflegetätigkeit 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)

Private Pflegepflichtversicherung (PPV)

Versicherungsnummer: _____

Versicherte Person: _____ geb. _____

Antrag auf einen höheren Pflegegrad

Ich beziehe Leistungen aus der Pflegeversicherung nach Pflegegrad _____ und beantrage jetzt die Einstufung in einen höheren Pflegegrad aufgrund eines dauerhaft höheren Pflegeaufwandes.

Mit der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit beauftragt die Landeskrankenhilfe 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 der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen.

Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Vorname / Name

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Angaben zur privaten Pflegeperson:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person

Angaben zur Kontaktperson mit dem der Medizinische Dienst die Terminvereinbarung vornehmen soll:

Vorname / Name

Telefonnummer

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: selbstständig (ggf. mit Hilfsmittel) mit personeller Hilfe nicht möglich

Treppensteigen selbstständig mit personeller Hilfe nicht möglich

Versicherungsnummer: _____

- Bettlägerigkeit nein häufig ständig
- Harninkontinenz nein ja, Versorgung mit: _____
- Stuhlinkontinenz nein ja, Versorgung mit: _____

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

- Pflegebett Weichlagerungsmatratze Aufrichthilfe
- Rollstuhl Rollator Gehstock
- Toilettenhilfe Badehilfe Duschhilfe
- 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	teilweise 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"/>

Versicherungsnummer: _____

	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	teilweise selbstständig, benötigt pers. Unterstützung	unselbstständig
Tagesgestaltung/ Sozialkontakte/ Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

ja nein

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?

ja nein

Nach bestem Wissen und Gewissen erstellt von:

X

Ort, Datum, Unterschrift