

# Antrag auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung (PPV)



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

Telefax: 04131 725-1393  
E-Mail: ppv.leistung@lkh.de

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## 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:

Antrag auf Pflegeleistungen

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

**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?

Nein

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.?

Nein

Ja. Bitte Nachweise in Kopie beifügen.

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



Unterschrift der versicherten Person, des gesetzlichen Vertreters oder einer sonstigen mit einer Vollmacht versehenen Person (Bitte Vollmacht beifügen)

## 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       mit personeller Hilfe       nicht möglich  
(ggf. mit Hilfsmittel)

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?

Pflegebett       Weichlagerungsmatratze       Aufrichthilfe

Rollstuhl       Rollator       Gehstock

Toilettenhilfe       Badehilfe       Duschhilfe

Bettpfanne       Urinflasche       Schnabeltasse/-becher

Brille       Hörgerät       Kompressionsstrümpfe

Sauerstoffgerät       Absauggerät

Sonstiges \_\_\_\_\_

# Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_



## 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?  ja  nein  
(z.B. Einkaufen, Kochen, Spülen, Wohnungsreinigung, Wäsche)

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?  ja  nein

Wenn ja, warum und wie oft?

\_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_



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:

**X**

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

**Vor- und Nachname, Geb.-Datum:**  
**Vers.-Nr.:**

---

## **Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erhalte ich, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Absatz 2 bis 10 MB/PPV durch ein Gutachten gemäß § 1 Abs. 11 MB/PPV\* festgestellt ist oder erneut festgestellt wird. Zu diesen Zwecken 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) Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und
- Namen, Vornamen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

Mein Versicherer kann Medicproof auch beauftragen, dass der Gutachter in einem gesonderten Gutachten Feststellungen zur Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen trifft.

Weiterhin bietet die private Pflegepflichtversicherung gemäß § 4 Absatz 15 MB/PPV\* Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen in der häuslichen Umgebung der/des Pflegebedürftigen an. Es handelt sich um eine Versicherungsleistung, die pflegenden Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen unter anderem konkrete pflegerische Fähigkeiten vermitteln soll. Auch zu diesem Zweck beauftragt mein Versicherer Medicproof damit, die Durchführung des Pflegekurses in Form des Pflege trainings einem Pflegetrainer von Medicproof zu übertragen. Der Pflegetrainer vermittelt dabei beispielsweise:

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

Zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld benötigt mein Versicherer die Angabe, ob es sich bei den Leistungen des ambulanten Pflegedienstes um Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach dem SGB XI handelt. Handelt es sich um eine ambulante Pflegesituation und ist ein Pflegedienst tätig, beauftragt mein Versicherer Medicproof, durch einen Gutachter im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit Folgendes feststellen zu lassen:

die Beteiligung des ambulanten Pflegedienstes an Maßnahmen der Selbstversorgung (Modul 4 des Begutachtungsinstruments gem. § 1 Abs. 5 Satz 1, 2 MB/PPV\*).

### **1. Datenübermittlung an Medicproof, den Gutachter und den Pflegetrainer**

Mein Versicherer übermittelt die zur Begutachtung und für das Pflege training durch Medicproof erforderlichen personenbezogenen Daten wie

- meinen Namen, Vornamen, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer,
- Name und Adresse der Pflegeeinrichtung,
- Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum der mich versorgenden Pflegepersonen,
- meine Gesundheitsdaten, wie bekannte Diagnosen und Beschreibungen des Krankheitsbildes,

an Medicproof. Bereits vorhandene Pflegegutachten können übermittelt werden, soweit dies für die Durchführung der vorstehend genannten Aufträge erforderlich ist. In Einzelfällen können auch ärztliche Entlassungs- oder Behandlungs- und Befundberichte übermittelt werden, wenn dies erforderlich ist, um das Krankheitsbild genau zu beschreiben. Gleichzeitig benennt mein Versicherer Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, die vorhanden oder bereits beantragt sind. Medicproof gibt die für die Begutachtung oder das Pflege training erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter bzw. Pflegetrainer weiter.

**Ich willige** in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung und zur Durchführung des Pflege trainings an Medicproof, den Gutachter und den Pflegetrainer **ein und entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

### **2. Datenerhebung bei Dritten und Weiterleitung an Medicproof sowie den Versicherer**

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 und sonstige Angehörige eines Heilberufs, Pflegepersonen, pflegende Angehörige und Bedienstete von Pflegediensten und Pflegeheimen. Die Kenntnis der Daten muss zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich sein.

**Vor- und Nachname, Geb.-Datum:**

**Vers.-Nr.:**

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

### **3. Übermittlung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit / des gesonderten Gutachtens zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen an Medicproof und meinen Versicherer**

Medicproof muss – in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Absatz 6 Nr.1 SGB XI) - bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit 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 ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von § 6 Absatz 2 Satz 2 MB/PPV\* eine konkrete Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung abzugeben.

**Ich willige ein**, dass der Gutachter das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit sowie das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen an Medicproof übermittelt. **Hierzu entbinde ich** ihn von seiner Schweigepflicht. Medicproof wird das jeweilige Gutachten zur Pflegebedürftigkeit sowie das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach Qualitätsprüfung an meinen Versicherer übermitteln. **Ferner willige ich ein**, 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 (§ 18c Abs. 1 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 willige ein**, dass Medicproof zur Beurteilung der Leistungspflicht meinem Versicherer die Umstände für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren übermittelt, auch soweit es sich um Gesundheitsdaten handelt.

### **5. Datenverarbeitung durch den Gutachter, Medicproof und meinen Versicherer**

**Ich willige ein**, dass mein Versicherer die zur Durchführung des Versicherungsvertrags erforderlichen Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, dem Pflegegrading und der Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhoben wurden und werden, verarbeitet.

**Ferner willige ich ein** in die Verarbeitung der erforderlichen Daten zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld, die im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erhoben wurden und werden.

**Ferner willige ich ein**, dass der Gutachter und Medicproof diese Daten in dem für eine Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, eine gesonderte Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie für die Durchführung des Pflegegradings erforderlichen Umfang verarbeiten.

### **6. Mitteilungen an das Pflegeheim**

Bei vollstationärer Pflege **willige ich ein**, dass mein Versicherer dem Pflegeheim auf Anfrage meinen Pflegegrad übermittelt **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**

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



**Vor- und Nachname, Geb.-Datum:**

**Vers.-Nr.:**

---

#### **8. Mitteilungen an die zuständige Stelle im Krankenhaus**

**Ich willige ein**, dass mein Versicherer den während meines Krankenhausaufenthalts durch Medicproof nach Aktenlage zugeordneten Pflegegrad dem Sozialdienst bzw. einer vergleichbaren Stelle im Krankenhaus zur Durchführung des Krankenhaus-Entlassmanagements, z. B. zur Organisation der Überleitung in eine Einrichtung der Kurzzeitpflege, übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen auch insoweit von ihrer Schweigepflicht.

#### **Widerspruch gegen einen Gutachter**

Wenn Sie begründete Einwände gegen einen bestimmten Gutachter, der von Medicproof mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder zur Feststellung der Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen beauftragt wurde, haben, können Sie verlangen, dass ein anderer Gutachter beauftragt wird. Lehnen Sie eine Begutachtung ganz ab, kann Ihr Antrag auf Pflegeleistungen regelmäßig nicht bearbeitet werden.

#### **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.**

#### **Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit**

**Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber dem Versicherer mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht oder nur eingeschränkt erbracht werden können.**

**Die vorangestellten Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.**

---

Ort, Datum, Unterschrift der versicherten Person

---

Ort, Datum, Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

---

Ort, Datum, Unterschrift der mit einer Vollmacht versehenen Person  
**(Bitte übersenden Sie uns eine Kopie der entsprechenden aktuellen Vollmacht, falls noch nicht geschehen.)**

MB/PPV\* = Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung Teil I  
Musterbedingungen in der aktuell gültigen Fassung gemäß dem zuletzt ausgestellten Versicherungsschein bzw.  
Nachtrag zum Versicherungsschein.

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





**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 Mitarbeiter\*innen unter der Rufnummer: 04131 725-0, Abteilung „Leistung Pflege“.

### 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 einer/einem Mitarbeiter\*in des Medizinischen Dienstes der privaten Pflegeversicherung (Medicproof) erstellt wird. Die dazu erforderliche Begutachtung wird grundsätzlich im Wohnbereich der pflegebedürftigen Person nach vorheriger Terminvereinbarung durchgeführt. Die LKH beauftragt den Medizinischen Dienst, Kosten entstehen für die versicherte Person 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 131,00 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 werden, werden pro Kalendermonat wie folgt erstattet:

Pflegegrad	bis zu
<b>Pflegegrad 2</b>	796,00 Euro
<b>Pflegegrad 3</b>	1.497,00 Euro
<b>Pflegegrad 4</b>	1.859,00 Euro
<b>Pflegegrad 5</b>	2.299,00 Euro

Zahlung bei Vorlage der Rechnung mit dazugehörigem Behandlungsnachweis.

**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:

Pflegegrad	bis zu
<b>Pflegegrad 2</b>	347,00 Euro
<b>Pflegegrad 3</b>	599,00 Euro
<b>Pflegegrad 4</b>	800,00 Euro
<b>Pflegegrad 5</b>	990,00 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 bei Pflegegrad 2 bis 5 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 berechnet. Die Leistung erfolgt bei Vorlage der Rechnung. Da das Pflegegeld pauschal per Dauerauftrag jeweils rückwirkend gezahlt wird, erfolgt bei Vorlage der Rechnung des Pflegedienstes eine entsprechende Korrektur. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können davon keinen Gebrauch machen, da sie keinen Anspruch auf Pflegegeld haben.

### **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 Pfl egetätigkeit 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 1.685,00 Euro erstattet. Stehen aus dem Budget der Kurzzeitpflege noch bis zu 843,00 Euro zur Verfügung und sind die 56 Tage der Kurzzeitpflege noch nicht ausgeschöpft, kann sich der Betrag für die Verhinderungspflege auf bis zu 2.528,00 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 42,00 Euro bezuschusst.

**Wichtig:**

Benötigte technische Hilfsmittel sind grundsätzlich vorab bei uns zu beantragen. Geeignete technische Hilfsmittel werden vorrangig über eine sogenannte Versorgungspauschale bezogen. Bitte informieren Sie uns, falls Bedarf besteht, damit wir das Procedere erläutern können und Ihnen keine Eigenanteile verbleiben.

Außerdem können Zuschüsse bis zu 4.180,00 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 bis zu

Pflegegrad	bis zu
Pflegegrad 2	721,00 Euro
Pflegegrad 3	1.357,00 Euro
Pflegegrad 4	1.685,00 Euro
Pflegegrad 5	2.085,00 Euro

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 1.854,00 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 3.539,00 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 131,00 Euro monatlich. Dieser Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von:

- Leistungen der Tages- und Nachtpflege (Unterkunfts-, Verpflegungs- und Investitionskosten)
- Leistungen der Kurzzeitpflege (Unterkunfts-, Verpflegungs- und Investitionskosten)
- 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 Pfllegetätigkeit 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 224,00 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 2.613,00 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

Vollstationäre Pflege beinhaltet die dauerhafte Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Ist eine solche Aufnahme vorgesehen, lassen Sie uns bitte eine schriftliche Aufnahmebestätigung der Pflegeeinrichtung zukommen.

Die Erstattung der vollstationären Pflege setzt sich insgesamt wie folgt zusammen:

Pflegegrad	Monatliche Leistungen	Erstattungsanspruch (*Sozialgesetzbuch XI)
(1)	(131,00 €)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegebedingte Aufwendungen</li> <li>• Ausbildungskosten/-umlagen</li> <li>• Unterkunft</li> <li>• Verpflegung</li> </ul>
2	805,00 €	
3	1.319,00 €	
4	1.855,00 €	
5	2.096,00 €	
		+ ggf. Betreuungs- und Aktivierungskosten (§ 43b*) + ggf. Zuschuss zur Finanzierung von Pflegehilfskraftpersonal (§ 84 Abs. 9*) + Zuschuss zur Eigenanteilsbegrenzung (§ 43c*):  Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung: bis 12 Monate: Zuschuss 15 % ab 12 Monate: Zuschuss 30 % ab 24 Monate: Zuschuss 50 % ab 36 Monate: Zuschuss 75 %

Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln besteht im Rahmen der Pflegeversicherung nur bei häuslicher Pflege. Dies ergibt sich aus § 40 SGB XI, der im 3. Abschnitt unter dem 1. Titel (Leistungen bei häuslicher Pflege) steht.

#### 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.**



Sehr geehrte Damen und Herren,

gern bearbeiten wir den Antrag auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung (PPV).

Wissen Sie bereits, welche Leistungen aus der PPV insgesamt möglich sind? Falls nicht, möchten wir Sie darüber informieren, dass Sie einen Anspruch auf kostenfreie und neutrale Pflegeberatung haben.

Dazu können Sie sich telefonisch – auf Wunsch auch anonym – an die COMPASS Pflegeberatung wenden, oder Sie vereinbaren einen Termin für eine Pflegeberatung bei Ihnen zu Hause. Das Beratungsangebot bezieht sich selbstverständlich ebenso auf Personen, die Sie pflegen oder betreuen.

Sie erreichen COMPASS bundesweit unter der kostenfreien Nummer

**0800 101 88 00**

**Mo – Fr 8 bis 19 Uhr, Sa 10 bis 16 Uhr.**

COMPASS stellt sicher, dass Ihre Beratung innerhalb von 14 Tagen stattfinden kann. Sollten Sie die Pflegeberatung erst später in Anspruch nehmen wollen, steht Ihnen selbstverständlich auch dies frei.

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater helfen Ihnen bei Fragen zur Pflegesituation sowie zum Begutachtungsverfahren und begleiten Ihren Begutachtungstermin, wenn Sie es wünschen. Die Pflegeberatung ist neutral, unabhängig und für Sie als Versicherten kostenfrei. Informationen aus der Beratung werden an die LKH nur dann weitergegeben, wenn Sie dies ausdrücklich wünschen.

Daneben steht Ihnen COMPASS selbstverständlich für alle Fragen zu Ihrer privaten Pflegeversicherung, insbesondere zu dem aktuellen Leistungsfall, telefonisch gern zur Verfügung.

#### **Wer ist COMPASS Private Pflegeberatung?**

Die COMPASS Private Pflegeberatung ist ein Tochterunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und eine gemeinsame Einrichtung aller privaten Krankenversicherungsunternehmen. Sie können COMPASS auch mehrmals in Anspruch nehmen. Weitere Informationen zu COMPASS finden Sie im Internet unter [www.compass-pflegeberatung.de](http://www.compass-pflegeberatung.de).

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