

## Antrag auf Leistungen für vollstationäre Pflege

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung für vollstationäre Pflege.

### 1. Angaben zum Pflegebedürftigen

Familienname, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Telefon-Nr. des Ansprechpartners für die Begutachtung \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur Pflegeeinrichtung

Name der Pflegeeinrichtung \_\_\_\_\_ Telefon/Telefax mit Vorwahl \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

3. Wann erfolgt(e) die Heimaufnahme? \_\_\_\_\_

### 4. Auszahlung der Versicherungsleistungen

Ich wünsche die Auszahlung der Versicherungsleistungen auf das nachstehende Konto:

Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Geldinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers/gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

### 5. Besteht bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge?

Nein  Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ %

### 6. Andere Ansprüche auf Pflegeleistungen

Bestehen anderweitige Ansprüche wegen Pflegebedürftigkeit oder wurden diese beantragt?  
(z.B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, aus gesetzlicher Unfallversicherung, privatrechtlicher Art?):

Ja  Nein

Art und Höhe der Ansprüche (ggf. bitte Kopie des Anerkennungsbescheides bzw. Antrages beilegen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Wichtig:

Beachten Sie bitte auch die folgenden Seiten. Geben Sie uns das Formular bitte vollständig (auch unterschrieben) wieder zurück.



Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten \_\_\_\_\_

## Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung (06/21)

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erhalte ich erst, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Absatz 2 bis 10 MB/PPV durch ein Gutachten gemäß § 1 Abs. 11 MB/PPV\* festgestellt worden ist. 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) 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.

Mein Versicherer kann MEDICPROOF auch damit beauftragen, 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\* Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen auch 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 Pflegetrainings 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, zur Anfertigung der pflegefachlichen Stellungnahme und für das Pflegetraining 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, die pflegefachliche Stellungnahme oder das Pflegetraining erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter bzw. Pflegetrainer weiter.

**Ich willige** in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung, Anfertigung der pflegefachlichen Stellungnahme und zur Durchführung des Pflegetrainings 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.

**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 / der pflegefachlichen Stellungnahme 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



Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten \_\_\_\_\_

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, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie die pflegefachliche Stellungnahme an MEDICPROOF übermittelt. **Hierzu entbinde ich** ihn von seiner Schweigepflicht. MEDICPROOF wird das jeweilige Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie die pflegefachliche Stellungnahme 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 (§ 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 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, der pflegefachlichen Stellungnahme, dem Pflegetraining 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 pflegefachliche Stellungnahme, eine gesonderte Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie für die Durchführung des Pflegetrainings 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.

#### 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, zur Erstellung der pflegefachlichen Stellungnahme 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.



Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten \_\_\_\_\_

**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 Vorsorgevollmacht 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.

**Risikoträger**

**Continentale Krankenversicherung a. G.**

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund  
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),  
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),  
Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel,  
Falko Struve  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer  
Sitz der Gesellschaft: Dortmund  
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271  
USt-ID-Nr.: DE 124 906 368



## Anspruch auf Pflegeberatung

Wir informieren Sie darüber, dass Sie einen Anspruch auf kostenfreie und neutrale Pflegeberatung haben.

Um Ihren Anspruch auf Pflegeberatung wahrzunehmen, können Sie sich an Helga Espeter und ihr Team bei der COMPASS Pflegeberatung wenden. Sie können sich dort - gerne auch anonym - telefonisch beraten lassen. Alternativ dazu können Sie dort aber auch einen Termin für eine Pflegeberatung bei Ihnen zu Hause vereinbaren.

Dieses Beratungsangebot bezieht sich selbstverständlich auch auf Personen, von denen Sie gepflegt oder betreut werden.

Sie erreichen COMPASS bundesweit unter der kostenfreien Nummer

**0800 101 88 00**

**Mo - Fr 8-19 Uhr, Sa 10-16 Uhr**

Die COMPASS - Pflegeberaterinnen und Pflegeberater stellen sicher, dass Ihr Beratungsgespräch innerhalb von 14 Tagen stattfinden kann. Sollten Sie die Pflegeberatung erst zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch nehmen wollen, steht Ihnen selbstverständlich auch dies frei.

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater informieren, unterstützen und begleiten Sie bei Ihren Fragen zur Pflegesituation und auch bei Fragen zum Begutachtungsverfahren. Wenn Sie dies wünschen, begleitet die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater auch Ihren Begutachtungstermin. Informationen aus der Beratung werden an Ihr Versicherungsunternehmen nur weiter gegeben, wenn Sie dies ausdrücklich wünschen.

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 finden Sie auch im Internet unter

[www.compass-pflegeberatung.de](http://www.compass-pflegeberatung.de).

Selbstverständlich helfen Ihnen in allen Fragen zu ihrer privaten Pflegeversicherung insbesondere zu dem aktuellen Leistungsfall auch die Mitarbeiter der Continentale Krankenversicherung. Einen Ansprechpartner finden Sie oben rechts im Briefkopf unseres Anschreibens.



## Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung ab 01.01.2022

### – Merkblatt für Antragsteller –

In diesem Merkblatt haben wir die wesentlichen Informationen zusammengefasst. Bitte bedenken Sie aber, dass dieser Überblick die allein verbindlichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/PPV und Tarif PV) nicht ersetzen kann.

Wünschen Sie weitere Informationen? Dann rufen Sie uns unter 0231 919 7104 an.

#### Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, deren Selbständigkeit durch körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen eingeschränkt ist. Der Hilfebedarf muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, bestehen.

Die Beeinträchtigungen werden in den folgenden sechs Bereichen beurteilt und gewichtet:

- Mobilität (10 % Gewichtung)
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten (15 % Gewichtung)
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (15 % Gewichtung)
- Selbstversorgung (40 % Gewichtung)
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 % Gewichtung)
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 % Gewichtung)

Aus den Feststellungen zu den sechs Bereichen ergibt sich unter Berücksichtigung der Gewichtung eine Punktzahl. Diese bestimmt die Zuordnung zum Pflegegrad 1 bis 5.

#### Die Leistungen

Die Leistungen werden ab dem Datum der Antragstellung gewährt, oder aber vom Beginn des Monats der Antragstellung an, wenn die Pflegebedürftigkeit bereits in einem Vormonat eingetreten ist. Beihilfeberechtigte Personen (z. B. Beamte) erhalten die Leistungen anteilig unter Berücksichtigung ihres Beihilfeanspruches.

Geleistet wird für Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Unter bestimmten Voraussetzungen sind auch Leistungen im europäischen Ausland möglich.

Alle versicherten Personen haben Anspruch auf individuelle und kostenfreie Beratung und Hilfestellung durch die compass Private Pflegeberatung. Sie erreichen die Pflegeberater unter der Rufnummer 0800 101 88 00 (kostenfrei).



## – Häusliche Pflege –

### 1. Erstattung der Kosten einer geeigneten Pflegekraft

Für die Kosten der Pflegeeinsätze durch anerkannte Pflegekräfte erhalten Sie pro Kalendermonat im

Pflegegrad 2	bis zu	724,00 EUR
Pflegegrad 3	bis zu	1.363,00 EUR
Pflegegrad 4	bis zu	1.693,00 EUR
Pflegegrad 5	bis zu	2.095,00 EUR

### 2. Pflegegeld für sonstige Pflegepersonen

Anstelle der Kostenerstattung kann ein Pflegegeld gezahlt werden, mit dem die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und die Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sichergestellt wird. Es beträgt je nach Pflegegrad pro Kalendermonat:

Pflegegrad 2	316,00 EUR
Pflegegrad 3	545,00 EUR
Pflegegrad 4	728,00 EUR
Pflegegrad 5	901,00 EUR

Bei den Pflegegraden 2 und 3 muss einmal halbjährlich und bei den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich ein Beratungseinsatz durch einen Pflegedienst oder eine Beratungsstelle erfolgen. Diese Beratungen dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 und Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegesachleistungen/Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen, können den Beratungseinsatz einmal pro Halbjahr freiwillig in Anspruch nehmen.

Die Kosten hierfür werden im Rahmen der Vergütungsvereinbarung übernommen.

### 3. Kombinationsleistung

Entsprechend dem persönlichen Pflegebedarf kann der Aufwendungsersatz für einen Pflegedienst (siehe unter 1.) auch nur teilweise in Anspruch genommen werden. Bei einer nur teilweisen Inanspruchnahme können Sie zusätzlich einen entsprechenden Anteil vom Pflegegeld erhalten.

Beispiel: Im Pflegegrad 3 nehmen Sie Pflegeeinsätze durch einen Pflegedienst im Wert von 817,80 EUR in Anspruch (= 60 % von 1.363,00 EUR). Dann können Sie zusätzlich 40 % des Pflegegeldes von 545,00 EUR (= 218,00 EUR) erhalten.

### 4. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Bei Urlaub, Krankheit oder sonstiger Verhinderung der ehrenamtlichen Pflegeperson werden in den Pflegegraden 2 bis 5 die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen pro Kalenderjahr bis zu 1.612,00 EUR erstattet. Reichen die Leistungen nicht aus, können zusätzlich bis zu 806,00 EUR aus der Kurzzeitpflege gezahlt werden.

Bei einer Ersatzpflege durch eine ehrenamtliche, nicht erwerbsmäßige Pflegeperson wird maximal das 1,5fache des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades gezahlt.

Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

### 5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Die Leistungen bei häuslicher Pflege werden ergänzt um Leistungen für notwendige Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen.

Pflegehilfsmittel (z. B. Pflegebetten, Rollstühle, Gehhilfen) werden von der Pflegepflichtversicherung vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt. Wenn ein Pflegehilfsmittel benötigt wird, setzen Sie sich bitte vorher immer mit uns in Verbindung.

Die Kosten für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z. B. Inkontinenzartikel) werden je Kalendermonat bis zu 40,00 EUR erstattet.



Für die vorgenannten Pflegehilfsmittel bieten wir Ihnen unseren besonderen **Continentale-Hilfsmittel-Versorgungsservice** an. Außerdem können Zuschüsse bis zu 4.000,00 EUR für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (z.B. Installation einer ebenerdigen Dusche) gewährt werden. Diese Zuschüsse sollten vor einer Umbaumaßnahme beantragt werden.

## 6. Pflegekurse

Für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen werden Schulungskurse angeboten, die die notwendigen Fähigkeiten zur eigenständigen Durchführung der Pflege vermitteln und helfen sollen, mit den seelischen und körperlichen Belastungen der Pflege besser umzugehen. Die angemessenen Kosten notwendiger und geeigneter Schulungskurse werden erstattet.

## 7. Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125,00 EUR pro Kalendermonat. Für folgende Leistungen kann der Betrag verwendet werden:

Pflegegrad	Leistungen
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>– teilstationäre Pflege</li> <li>– Kurzzeitpflege</li> <li>– häusliche Pflegehilfe</li> <li>– Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI)</li> </ul>
2-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>– teilstationäre Pflege</li> <li>– Kurzzeitpflege</li> <li>– häusliche Pflegehilfe, ausgenommen sind Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (d.h. Waschen, An-/Auskleiden, Ernährung, Trinken, Toilettenbenutzung, s. § 14 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI)</li> <li>– Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI)</li> </ul>

## 8. Leistungen bei Pflegegrad 1

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 erhalten folgende Leistungen:

Beratungseinsatz	ja
Pflegeberatung	ja
Wohngruppenzuschlag	214,00 EUR pro Kalendermonat
Anschubfinanzierung	2.500,00 EUR
Pflegehilfsmittel	ja
Wohnumfeldverbesserung	4.000,00 EUR pro Maßnahme
Pflegekurse	ja
Entlastungsbetrag	125,00 EUR pro Kalendermonat
Zuschuss zur vollstat. Pflege	125,00 EUR pro Kalendermonat
Zusätzl. Betreuung stationär	ja

## 9. Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung für Pflegepersonen

Sofern eine Pflegeperson einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 insgesamt mindestens an zehn Stunden pro Woche (verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage pro Woche) pflegt, zahlen wir bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen Beiträge zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung.

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

## 10. Leistungen bei Pflegezeit/Pflegeunterstützungsgeld

Bei der Pflege durch einen nahen Angehörigen, der sich wegen der Pflege von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freistellen lässt, können Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung gezahlt werden. Darüber hinaus kann bei einer Akutsituation noch ein Teil des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt werden.





## – Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege –

### 11. Teilstationäre Pflege

Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Sie erhalten pro Kalendermonat im:

Pflegegrad 2	bis zu	689,00 EUR
Pflegegrad 3	bis zu	1.298,00 EUR
Pflegegrad 4	bis zu	1.612,00 EUR
Pflegegrad 5	bis zu	1.995,00 EUR

Für die Unterkunfts- und Verpflegungskosten und für die Investitionskosten kann der Entlastungsbetrag in Anspruch genommen werden.

Die Kosten für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in der Einrichtung werden erstattet.

### 12. Kurzzeitpflege

Wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden kann, besteht die Möglichkeit, Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung für längstens acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch zu nehmen. Die Kosten hierfür werden in den Pflegegraden 2 bis 5 bis zu 1.774,00 EUR erstattet.

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.

Für die Unterkunfts- und Verpflegungskosten und für die Investitionskosten kann der Entlastungsbetrag in Anspruch genommen werden.

Die Kosten für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in der Einrichtung werden erstattet.

## – Vollstationäre Pflege –

### 13. Erstattung der Kosten in Pflegeheimen

Bei vollstationärer Pflege in anerkannten Pflegeeinrichtungen werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, sowie die Ausbildungsvergütung erstattet.

Sie erhalten pro Kalendermonat im:

Pflegegrad 1	bis zu	125,00 EUR
Pflegegrad 2	bis zu	770,00 EUR
Pflegegrad 3	bis zu	1.262,00 EUR
Pflegegrad 4	bis zu	1.775,00 EUR
Pflegegrad 5	bis zu	2.005,00 EUR
Rückstufungsleistung		2.952,00 EUR

Außerdem erhalten Sie einen prozentualen Leistungszuschlag. Dieser begrenzt den Eigenanteil in der vollstationären Pflege.



Der Zuschlag wird wie folgt festgesetzt:

<b>Monate des Bezugs vollstationärer Pflegeleistungen</b>	<b>Leistungszuschlag in % des pflegebedingten Eigenanteils</b>
1. bis 12. Monat	5 %
13. bis 24. Monat	25 %
25. bis 36. Monat	45 %
ab dem 37. Monat	70 %

Die Kosten für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung sowie die Unterstützung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal werden erstattet.

Leistungen für Pflegehilfsmittel sind bei einer vollstationären Pflege nicht vorgesehen.

#### **14. Erstattung der Kosten in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

Für Pflegebedürftige im Pflegegrad 2 bis 5, die in einer solchen Einrichtung untergebracht sind, werden zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen der sozialen Betreuung und der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege 15 % eines gesetzlich näher bestimmten Heimentgeltes übernommen, maximal bis zu 266,00 EUR pro Kalendermonat.

## **– Wohngemeinschaften –**

#### **15. Pauschalzahlung**

Pflegebedürftige in den Pflegegraden 1 bis 5 haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214,00 EUR monatlich, wenn sie in ambulant betreuten Wohngruppen leben, sie häusliche Pflegeleistungen beziehen, in der Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist und es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei und höchstens zwölf Pflegebedürftigen handelt.

#### **16. Anschubfinanzierung**

Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die einen Anspruch nach Nr. 15 haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierefreie Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu den Leistungen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (siehe Nr. 5.) ein Betrag von bis zu 2.500,00 EUR gezahlt. Voraussetzung sind mindestens drei Empfänger von Leistungen nach Nr. 15. Der Höchstbetrag je Wohngruppe beträgt 10.000,00 EUR.



Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Name des Versicherten \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

### WICHTIG! ZUM VERBLEIB

- bitte nicht zurücksenden -

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

#### 1a Angaben zur pflegebedürftigen Person:

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

#### 1b Angaben zur Unterzeichnerin / zum Unterzeichner:

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

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person \_\_\_\_\_

#### 2 Welche körperlichen, seelischen und geistigen Erkrankungen und Behinderungen stehen im Vordergrund? Liegen demenzielle Symptome vor? (Art und Beginn / besondere Ereignisse / Komplikationen / Verhaltensauffälligkeiten)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- |                         |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|
| <b>Fortbewegen</b>      | <input type="checkbox"/> selbstständig (ggf. mit Hilfsmitteln) | <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe     | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| <b>Treppensteigen</b>   | <input type="checkbox"/> selbstständig                         | <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe     | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| <b>Bettlägerigkeit</b>  | <input type="checkbox"/> nein                                  | <input type="checkbox"/> häufig                    | <input type="checkbox"/> ständig       |
| <b>Druckgeschwüre</b>   | <input type="checkbox"/> nein                                  | <input type="checkbox"/> häufig                    |  |
| <b>Harninkontinenz</b>  | <input type="checkbox"/> nein                                  | <input type="checkbox"/> ja, Versorgung mit: _____ |  |
| <b>Stuhlinkontinenz</b> | <input type="checkbox"/> nein                                  | <input type="checkbox"/> ja, Versorgung mit: _____ |  |

#### Welche Hilfsmittel werden genutzt?

(z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Badewannenhilfen, Brille, Hörgerät, etc.)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Name des Versicherten \_\_\_\_\_

- WICHTIG! ZUM VERBLEIB – bitte nicht zurücksenden -

**3 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, personelle 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	teilweise selbstständig, benötigt personelle 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?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Name des Versicherten \_\_\_\_\_

- WICHTIG! ZUM VERBLEIB – bitte nicht zurücksenden -

**4 Erfolgen eine medizinische Versorgung oder andere Therapiemaßnahmen in der häuslichen Umgebung?**

(z. B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung etc.)

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

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

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)

1 _____	2 _____	3 _____
4 _____	5 _____	6 _____
7 _____	8 _____	9 _____

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/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
_____	_____	_____	_____

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
_____	_____	_____	_____

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
_____	_____	_____	_____

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
_____	_____	_____	_____

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
_____	_____	_____	_____

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Die Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht:

\_\_\_\_\_

Ort, Unterschrift



Versicherungs-Nr.:  Name des Versicherten

- WICHTIG! ZUM VERBLEIB – bitte nicht zurücksenden -

Bitte hier bei Bedarf nähere Angaben machen zu „Die Pflege wird regelmäßig erbracht von:“

