

Private Pflegepflichtversicherung (PPV)

Höherstufungsantrag

Sie möchten einen höheren Pflegegrad beantragen – dabei unterstützen wir Sie gerne. Hierfür benötigen wir zunächst noch einige Unterlagen von Ihnen.

Was ist wichtig zu wissen?

Ein höherer Pflegegrad kann nur dann bewilligt werden, wenn sich der Pflegebedarf dauerhaft erhöht hat – das heißt: für mindestens 6 Monate. Kurzfristige Verschlechterungen, etwa nach einer OP oder Infektion, reichen für eine Höherstufung nicht aus.

Was ist jetzt zu tun?

Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zurück:

- Eine **aktuelle** Schweigepflichtentbindungserklärung (unterschrieben von der pflegebedürftigen oder der bevollmächtigten Person)
- Den ausgefüllten Fragebogen „Antrag auf einen höheren Pflegegrad“ (bei stationärer Pflege die Pflegedokumentation der Einrichtung)

Hinweis: Die Schweigepflichtentbindung ist Voraussetzung, damit wir Medicproof – den medizinischen Dienst der Privaten Pflegeversicherung – mit der Begutachtung beauftragen dürfen. Nur so können wir das Antragsdatum anerkennen und gegebenenfalls rückwirkend leisten.

Wichtig: Bitte senden Sie uns die – am besten per E-Mail. Alternativ können Sie uns die Unterlagen auch per Fax oder postalisch übermitteln.

Adresse	Landeskrankenhilfe V.V.a.G. Abteilung Pflege 21335 Lüneburg
Telefax	04131 7251393
E-Mail	ppv.Leistung@LKH.de

Wie geht es weiter?

Sobald uns alle Unterlagen vorliegen, beauftragen wir Medicproof mit einer Begutachtung. Der Gutachter oder die Gutachterin wird sich **telefonisch bei Ihnen melden**, um einen Termin abzustimmen.

Sobald uns das Gutachten vorliegt, erhalten Sie automatisch eine Rückmeldung von uns – Sie müssen nichts weiter unternehmen.

Sie haben Fragen? Schreiben Sie uns gerne eine E-Mail oder rufen Sie uns an.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre LKH



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 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:

Name	Vorname
Geburtsdatum	Versicherungsnummer

Angaben zur Unterzeichnerin / zum Unterzeichner:

Name	Vorname
Geburtsdatum	Beziehung 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
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		



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	Mit personeller Hilfe	Nicht möglich
Pflege des Oberkörpers			
Waschen des Intimbereichs			
Duschen und Baden			
An- und Auskleiden			
Nahrungsaufnahme			
Toilettengang			

	Uneingeschränkt	Eingeschränkt	Nicht vorhanden
Orientierung			
Gedächtnis/Erinnerung			
Begreifen/Denken			
Teilnahme an Gesprächen			

	Nie	Nicht täglich	Täglich
Verhaltensauffälligkeiten			
Antriebslosigkeit/Traurigkeit			
Ausgeprägte Ängste			

	Selbstständig	Mit personeller Hilfe	Nicht möglich
Tagesgestaltung/Sozialkontakte/ Beschäftigung			

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.)

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



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

Erfolgt eine personelle Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung? Ja Nein

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

		Pflegestunden	Pflegetage
		pro Woche	pro Monat
Pflegedienst			
Adresse			
Private Pflegeperson / Angehörige	Geburtsdatum	pro Woche	pro Monat
Adresse			
Private Pflegeperson / Angehörige	Geburtsdatum	pro Woche	pro Monat
Adresse			
Private Pflegeperson / Angehörige	Geburtsdatum	pro Woche	pro Monat
Adresse			

Nach bestem Wissen und Gewissen erstellt von:

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel (wenn vorhanden)



Einwilligungs- 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 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 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 oder das Pflegetraining erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter bzw. Pflegetrainer weiter.

Ich willige in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung 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 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 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 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 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 Pflegetätigkeit 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.

Ihre persönlichen Daten

Vorname:

Geburtsdatum:

Nachname:

Versicherungsnummer:

Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift der versicherten Person

Ort, Datum, Unterschrift der gesetzlichen vertretenden Person

Ort, Datum, Unterschrift der bevollmächtigten 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 1
Musterbedingungen in der aktuell gültigen Fassung gemäß dem zuletzt ausgestellten Versicherungsschein bzw.
Nachtrag zum Versicherungsschein.

Bitte senden Sie alle 3 Seiten an uns zurück.

