

Fachinhalte Pflegetagegeld (PT)

1. Versicherbare Höhe

1.1 Dynamisierung

2. Auslandsaufenthalt

2.1 Geltungsbereich

2.2 Wohnsitzverlegung

2.3 Kriegsereignisse ausserhalb Deutschlands sind versichert

3. Rahmenbedingungen

3.1 Wartezeiten

4. Leistungsrahmen

4.1 Leistungen

4.2 Leistungsausschlüsse

5. Leistungsanspruch

5.1 Erweiterte Pflegestufen

5.2 Beitragsbefreiung im Leistungsfall

5.3 Sonderleistungen

5.4 Nachweis von Pflegebedürftigkeit

6. Optionen

6.1 Tarifwechsel ohne Risikoprüfung

6.2 Höher-/ Nachversicherung ohne Risikoprüfung

Ihr Ansprechpartner:

Stefan Plenk, Stefan Plenk Versicherungs- und Finanzmakler, Königseer Straße 3, 83471 Berchtesgaden, Telefon: 08652 964970, E-Mail: info@stefan-plenk.de, Internet: www.stefan-plenk.de

1.1 Dynamisierung

Dynamisierung vor dem Versicherungsfall

Eine dynamische Anpassung der Leistungen vor dem Versicherungsfall stellt sicher, dass die versicherten Leistungen um den vereinbarten Steigerungssatz angepasst werden. Dabei sollte mindestens ein Inflationsausgleich stattfinden.

Die Anbieter unterscheiden zwischen einem festgelegten prozentualen Steigerungssatz, einer Erhöhung nach allgemeingültigem Bewertungsmaßstab (wie z. B. Anpassung gemäß dem Verbraucherpreisindex für Deutschland) oder einem eigenen Bewertungsmaßstab.

Es sollte darauf geachtet werden, dass die Dynamik weitestgehend altersunabhängig ist, die Anpassung anhand eines festen Prozentsatzes erfolgt und möglichst kurze Anpassungszeiträume vorgesehen sind.

Dynamisierung im Leistungsfall

Eine dynamische Anpassung der Leistungen im Leistungsfall stellt sicher, dass die versicherten Leistungen um den vereinbarten Steigerungssatz angepasst werden. Dabei sollte mindestens ein Inflationsausgleich stattfinden.

Die Anbieter unterscheiden zwischen einem festgelegten prozentualen Steigerungssatz, einer Erhöhung nach allgemeingültigem Bewertungsmaßstab (wie z. B. Anpassung gemäß dem Verbraucherpreisindex für Deutschland) oder einem Versicherer eigenen Bewertungsmaßstabes.

Es sollte darauf geachtet werden, dass die Dynamik weitestgehend altersunabhängig ist, kein Antrag für die Anpassung gestellt werden muss, die Anpassung anhand eines festen Prozentsatzes erfolgt und möglichst kurze Anpassungszeiträume vorgesehen sind.

Index

2.1 Geltungsbereich

Gemäß den Musterbedingungen 2009 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009) erstreckt sich der Versicherungsschutz in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

Einige Tarife bieten vollständigen Versicherungsschutz auch außerhalb Deutschlands.

Es sollte darauf geachtet werden, dass der Versicherungsschutz über die Bundesrepublik Deutschland hinaus gilt, damit größtmögliche Flexibilität besteht und zwar sowohl zur Aufrechterhaltung des Vertrages als auch für den Bezug von Leistungen.

Index

2.2 Wohnsitzverlegung

Gemäß den Musterbedingungen 2009 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009) endet in der Pfl egetagegeldversicherung das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

Da in den meisten Fällen niemand ausschließen kann, dass er einmal außerhalb der Bundesrepublik Deutschland leben oder arbeiten wird, sollte darauf geachtet werden, dass eine garantierte Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes möglich ist und der Versicherungsschutz aufrecht erhalten bleibt.

Index

2.3 Kriegereignisse ausserhalb Deutschlands sind versichert

Gemäß den Musterbedingungen 2009 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009) besteht keine Leistungspflicht für Versicherungsfälle, die durch Kriegereignisse verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.

Kriegereignisse innerhalb Deutschlands sind grundsätzlich nicht versichert.

Es sollte darauf geachtet werden, dass Kriegereignisse, wenn man außerhalb Deutschlands von einem solchen Ereignis überrascht wird, mitversichert sind.

Es sollte darauf geachtet werden, dass Terrorereignisse explizit versichert sind.

Index

3.1 Wartezeiten

Gemäß den Musterbedingungen 2009 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009) gelten folgende Regelungen zur Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Einige Tarife verzichten generell auf Wartezeiten, bei Unfällen, bei dynamischen Erhöhungen, bei einem Tarifwechsel oder bei einer Höher- / Nachversicherung.

Es sollte darauf geachtet werden, dass vollständig auf die Wartezeiten verzichtet wird.

Index

4.1 Leistungen

Gemäß den Musterbedingungen 2009 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009) besteht keine Leistungspflicht während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht.

Vollstationärer Krankenhausaufenthalt

Stationär meint die Aufnahme eines Patienten in einer Versorgungseinrichtung über einen Zeitraum von mehr als 24 Stunden.

Es sollte darauf geachtet werden, dass vollstationäre Krankenhausaufenthalte als unbegrenzt mitversichert gelten.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Stationär meint die Aufnahme eines Patienten in einer Versorgungseinrichtung über einen Zeitraum von mehr als 24 Stunden.

Unter medizinischer Rehabilitation versteht man die Wiederherstellung von körperlichen Funktionen, Organfunktionen und gesellschaftlicher Teilhabe mit physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Maßnahmen, Mitteln der klinischen

Psychologie und Anleitungen zur Selbstaktivierung. Wenn ambulante Maßnahmen nicht mehr ausreichen, ist eine stationäre Rehabilitation indiziert.

Es sollte darauf geachtet werden, dass stationäre Rehamaßnahmen als unbegrenzt mitversichert gelten.

Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Eine Kur, heute in der Regel "Rehabilitationsmaßnahme" genannt, soll der Vorsorge dienen, der Stärkung einer (geschwächten) Gesundheit oder der Unterstützung der Genesung bei Krankheiten und Leiden verschiedenster Arten in dafür vorgesehenen Institutionen bzw. Kliniken, Kurorten oder auch Heilbädern.

Es sollte darauf geachtet werden, dass Kur- und Sanatoriumsbehandlungen als unbegrenzt mitversichert gelten.

Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung

Die freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland auf zivilrechtlicher Basis (durch Betreuer oder Bevollmächtigte gem. § 1906 BGB) bzw. bei Minderjährigen nach § 1631b BGB sowie auf öffentlich-rechtlicher Basis nach den Landesgesetzen zum Schutz psychisch Kranker (PsychKG) sind seit dem 1. Januar 1992 in einem einheitlichen gerichtlichen Verfahren - dem Unterbringungsverfahren - zu genehmigen.

Es sollte darauf geachtet werden, dass eine Unterbringung aufgrund einer richterlichen Anordnung als uneingeschränkt mitversichert gilt.

Teilstationäre Pflege

Teilstationär meint die Aufnahme eines Patienten in einer Versorgungseinrichtung über einen Zeitraum von weniger als 24 Stunden, meistens tagsüber für einen bestimmten Zeitraum. Eine teilstationäre Behandlung kann in Frage kommen, wenn eine ständige Unterbringung (vollstationäre Krankenhausbehandlung) medizinisch nicht notwendig erscheint.

Einige Anbieter erstatten die Leistungen für eine teilstationäre Pflege im Rahmen der Leistungen für eine ambulante Pflege, wenn der Tarif eine Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Leistungen vorsieht.

Es sollte darauf geachtet werden, dass die teilstationäre Pflege mitversichert ist und die Leistungen analog den Leistungen für eine vollstationäre Pflege erbracht werden, da diese in den meisten Fällen höhere Leistungen vorsehen.

Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist eine vorübergehende Pflege und Betreuung einer pflegebedürftigen Person in einer vollstationären Einrichtung für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen je Kalenderjahr. Es handelt sich dabei um eine Leistung der Pflegeversicherung oder des Sozialhilfeträgers (§ 42 SGB XI, § 61 Abs. 2 Satz 1 SGB XII). Sie ermöglicht pflegenden Angehörigen eine zeitlich begrenzte Entlastung oder bereitet einen pflegebedürftigen Menschen nach dem Klinikaufenthalt auf die Rückkehr in den eigenen Haushalt vor.

Einige Anbieter erstatten die Leistungen für eine Kurzzeitpflege im Rahmen der Leistungen für eine ambulante Pflege, wenn der Tarif eine Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Leistungen vorsieht.

Es sollte darauf geachtet werden, dass die Kurzzeitpflege mitversichert ist und die Leistungen analog den Leistungen für eine vollstationäre Pflege erbracht werden, da diese in den meisten Fällen höhere Leistungen vorsehen.

Index

4.2 Leistungsausschlüsse

Gemäß den Musterbedingungen 2009 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009) besteht keine Leistungspflicht

- für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat
- bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche.

Es sollte darauf geachtet werden, dass der Anbieter auf diese Ausschlüsse uneingeschränkt verzichtet.

Index

5.1 Erweiterte Pflegestufen

Unter *Erweiterte Pflegestufen* werden die Regelungen zu folgenden Kriterien abgebildet:

- Erhöhung des Pflegegeldes bei Härtefall oberhalb Pflegestufe III
- Pflegestufe 0 (erheblicher Betreuungsaufwand gem. SGB XI)
- Erstattung auch bei Laienpflege (Angehörige, Ehrenamtliche Pflegekräfte)
- Volle Erstattung bei stationärer Pflege ohne Notwendigkeit des stationären Aufenthaltes

Erhöhung des Pflegegeldes bei Härtefall oberhalb Pflegestufe III

Pflegestufe 3 (H) = Schwerstpflegebedürftige (Härtefall) das sind Pflegebedürftige der Stufe 3, bei denen ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe 3 weit übersteigt. Dazu muss zum einen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung ständig Hilfebedarf bestehen. Zum anderen muss die Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens 6 Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich sein (bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen), oder die Grundpflege muss für den Pflegebedürftigen auch des Nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden können.

Einige Anbieter bieten zusätzliche Leistungen bei Härtefall oberhalb Pflegestufe III.

Pflegestufe 0 (erheblicher Betreuungsaufwand gem. SGB XI)

Pflegestufe 0, diese Bezeichnung existiert im Gesetz nicht. Hier wird von einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf gesprochen. Die meisten Tarife richten sich mit ihren Leistungsvoraussetzungen nach den im § 45 a/b SGB XI beschriebenen Leistungsvoraussetzungen.

So sollen nun Demenzkranke und andere psychisch beeinträchtigte Menschen diese Leistung auch erhalten, wenn sie noch keine Pflegestufe zuerkannt bekommen haben. Es muss allerdings zumindest bereits ein geringer grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Hilfebedarf vorhanden sein. Dazu genügt z.B., dass einmal in der Woche Hilfe beim Baden erforderlich ist und der Demenzkranke Unterstützung beim Kochen oder Wäsche waschen braucht.

Es sollte darauf geachtet werden, ob ein Anbieter Leistungen bei Pflegestufe 0 erbringt, wie diese Pflegestufe ermittelt und in welchem Umfang Leistungen erbracht werden.

Erstattung auch bei Laienpflege (Angehörige, Ehrenamtliche Pflegekräfte)

Laienpflege ist die Erbringung von Pflegeleistungen durch Personen, die nicht die für einen Pflegeberuf gesetzlich vorgesehene berufliche Ausbildung haben. Laienpflege geschieht in der Regel nicht zu Erwerbszwecken.

Laienpflege ist die Erbringung von Pflegeleistungen durch Personen, die nicht die für einen Pflegeberuf gesetzlich vorgesehene berufliche Ausbildung haben. Laienpflege geschieht in der Regel nicht zu Erwerbszwecken.

Einige Tarife leisten bei der Pflege durch Laien nur in reduzierter Höhe.

Volle Erstattung bei stationärer Pflege ohne Notwendigkeit des stationären Aufenthaltes

Einige Anbieter reduzieren die Leistungen bei einer stationären Pflege, wenn diese gewählt wurde, obwohl diese als nicht notwendig angesehen wird (z.B. Einschätzung durch den medizinischen Dienst).

Es sollte darauf geachtet werden, dass auf eine solche Einschränkung der Entscheidungsfreiheit verzichtet wird.

Index

5.2 Beitragsbefreiung im Leistungsfall

Einige Tarife sehen bei Pflegebedürftigkeit eine Beitragsbefreiung vor.

Es sollte darauf geachtet werden, wann der Anbieter im Leistungsfall auf die Beitragszahlung verzichtet oder die versicherten Leistungen um den zu zahlenden Beitrag erhöht.

Index

5.3 Sonderleistungen

Einige Anbieter bieten bei Pflegebedürftigkeit über das versicherte Tagegeld hinaus zusätzliche Sonderleistungen an.

Hierbei ist zwischen einmaligen Leistungen bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit und wiederkehrenden Einmalzahlungen zu differenzieren. Des Weiteren leisten einige Tarife unter bestimmten Voraussetzungen dauerhaft ein erhöhtes Tagegeld (z.B. bei zusätzlichem Bestehen einer Demenz, bei stationärer Pflege oder bei minderjährigen Kindern).

Die Unterschiede in Art und Höhe dieser Sonderleistungen können erheblich sein.

5.4 Nachweis von Pflegebedürftigkeit

Es gibt unterschiedliche Regelungen zum Nachweis der Pflegebedürftigkeit durch den Versicherten zu Beginn der Pflegebedürftigkeit und während des Fortbestehens der Pflegebedürftigkeit.

Es sollte darauf geachtet werden, dass während der Pflegebedürftigkeit der Nachweis nur bei einer Veränderung der Pflegebedürftigkeit zu erbringen ist und der Anbieter nicht jederzeit eine Überprüfung der Pflegebedürftigkeit verlangen kann.

6.1 Tarifwechsel ohne Risikoprüfung

Es gibt Tarife, die einen Tarifwechsel ohne Risikoprüfung in einen leistungsstärkeren Tarif vorsehen.

In Abhängigkeit des gewählten Anbieters und Tarifes sollte darauf geachtet werden, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Tarifwechsel ohne Risikoprüfung möglich ist.

6.2 Höher- / Nachversicherung ohne Risikoprüfung

Es gibt Tarife, die eine Höher-/Nachversicherung unabhängig von dynamischen Anpassungen ohne Risikoprüfung zulassen.

Es gibt dabei Regelungen ohne Ereignisse und Regelungen bei privaten oder beruflichen Ereignissen.