

Wesentliche Merkmale des Tarifs PHN

Häusliche Pflege

- 80% Kostenerstattung für Pflegepersonal (bis zur Bemessungsgrundlage)
- Pfl egetagegeld bei Pflege durch Angehörige (30% der Bemessungsgrundlage)
- 80% Kostenerstattung für pflegespezifische technische Hilfsmittel (bis zum 40fachen der Bemessungsgrundlage)

Teilstationäre Pflege

- 80% Kostenerstattung (bis zur Bemessungsgrundlage)
- 80% Kostenerstattung für pflegespezifische technische Hilfsmittel (bis zum 40fachen der Bemessungsgrundlage)

Stationäre Pflege

- 100% Kostenerstattung (bis zur Bemessungsgrundlage)

Die Bemessungsgrundlage ergibt sich aus der tariflichen Pflegestufe.

Tarif PHN mit DYNAMISIERUNG

Fassung Januar 2009

Pflegekostenversicherung

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/PV 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

II. Versicherungsleistungen

Die tarifliche Leistung wird ab dem 92. Tag nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit und nach Ablauf der Wartezeit bei medizinisch notwendiger häuslicher, teilstationärer oder stationärer Pflege in Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit gezahlt.

Für die Bemessung der Leistungspflicht im Rahmen der Kostenerstattung ist Voraussetzung, dass der Versicherte in mindestens drei der nachstehend aufgeführten sechs Verrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf:

- | | |
|--|---------|
| ■ Aufstehen und Zubettgehen | 1 Punkt |
| ■ An- und Auskleiden | 1 Punkt |
| ■ Waschen, Kämmen und Rasieren | 1 Punkt |
| ■ Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken | 1 Punkt |
| ■ Stuhlgang | 1 Punkt |
| ■ Wasserlassen | 1 Punkt |

Die Einstufung in die Pflegestufe richtet sich nach der Anzahl der Punkte des Pflegefalles.

Die Bemessungsgrundlage für die tarifliche Leistung ist in

- Pflegestufe I bei 3 Punkten:
25% des versicherten Tagessatzes
- Pflegestufe II bei 4 Punkten:
50% des versicherten Tagessatzes
- Pflegestufe III bei 5 Punkten:
75% des versicherten Tagessatzes
- Pflegestufe IV bei 6 Punkten:
100% des versicherten Tagessatzes

Nach einer mindestens 91 Tage fortdauernden Änderung der Anzahl der Punkte ändert sich die Pflegestufe entsprechend.

Erstattet werden die nach Abzug gesetzlicher Leistungen verbleibenden Aufwendungen:

1. Medizinisch notwendige häusliche Pflege

1.1 80% der Aufwendungen für Pflegepersonal im Sinne von § 4 (2) der MB/PV 2009, maximal jedoch bis zur Bemessungsgrundlage.

1.2 Bei häuslicher Pflege durch Angehörige (Ehegatten, Verwandte, Verschwägerter) oder im Haushalt des Versicherten lebende Personen wird ein Pfl egetagegeld in Höhe von 30% der Bemessungsgrundlage bezahlt.

Bzgl. Ehegatten gilt Satz 1 sinngemäß auch für Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang).

Für Kalendertage, an denen ein Pfl egetagegeld ausbezahlt wird, besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß den Nummern II.1.1, II.2 und II.4.

2. Medizinisch notwendige teilstationäre Pflege

80% des Pflegesatzes einschließlich der Fahrtkosten bei Aufenthalt in einer Tagespflegestätte, maximal jedoch bis zur Bemessungsgrundlage. An Kalendertagen, für die Leistungen für teilstationäre Pflege in Anspruch genommen werden, können nicht zusätzlich Leistungen für häusliche Pflege beansprucht werden.

3. Pflegespezifische technische Hilfsmittel

bei medizinisch notwendiger häuslicher oder teilstationärer Pflege 80% der Aufwendungen für die Anschaffung von im häuslichen Bereich notwendigen pflegespezifischen Hilfsmitteln, maximal jedoch bis zum 40fachen der Bemessungsgrundlage innerhalb von 24 Monaten.

Ist ein pflegespezifisches technisches Hilfsmittel nur vorübergehend notwendig, werden an Stelle der Aufwendungen für die Anschaffung die dafür entstehenden Mietkosten zu 80% bis zu der Höhe des Betrages übernommen, der bei einer Anschaffung entstanden wäre.

Als pflegespezifische technische Hilfsmittel gelten, soweit diese nicht im Rahmen der Heilbehandlung unter die Leistungspflicht einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung fallen:

- Tragegeräte
- Hebegeräte
- Wendegeräte
- Sonderausstattungen bei Betten
- Sonderausstattungen im Sanitärbereich der Wohnung des Versicherten.

Wird bei Pflegebedürftigkeit mindestens der Pflegestufe I die Hilfe einer anderen Person durch den Einsatz pflegespezifischer technischer Hilfsmittel entbehrlich, wird gleichwohl die Leistung gemäß II.3 des Tarifs erbracht.

4. Medizinisch notwendige stationäre Pflege

100% der Pflegeleistungen in einer stationären Einrichtung einschließlich der Fahrtkosten zu und von einer stationären Einrichtung mit einem Spezial-Krankenfahrzeug, maximal jedoch bis zur Bemessungsgrundlage.

Stationäre Einrichtungen in diesem Sinne sind:

- Altenheim-Pflegeabteilungen
- Pflege- oder Altenpflegeheime bzw.
- Pflegeabteilungen einer Krankenanstalt.

Können bei stationärer Pflege die Pflegeleistungen nicht gesondert von den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung nachgewiesen werden, so beträgt die Höhe der Leistungen 75% der Gesamtkosten, maximal jedoch bis zur Bemessungsgrundlage.

Anmerkung:

Zu den gesetzlichen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit gehören auch die Leistungen aus der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung.

5. Anpassung des versicherten Tagessatzes

5.1 In Abständen von maximal 5 Jahren wird der versicherte Pflege tagessatz der Entwicklung der Pflegekosten angepasst, sofern

- a) in den letzten 2 Jahren die Höhe des Tagessatzes unverändert geblieben ist,
- b) die versicherte Person in dem betreffenden Jahr nicht älter als 55 Jahre wird und
- c) das unmittelbar vorausgehende Anpassungsangebot nicht abgelehnt wurde (siehe hierzu auch Nummer II.5.3).

Die Anpassung kann nur für alle im betreffenden Vertrag versicherten Personen, die obige Voraussetzungen a) bis c) erfüllen, angenommen oder abgelehnt werden.

Bemessungsgrundlage für die Entwicklung der Pflegekosten ist der die Pflegeberufe berücksichtigende und im Statistischen Jahrbuch jährlich veröffentlichte Gehaltskostenindex der Gebietskörperschaften.

Der neu hinzukommende Pflege tagessatz wird auf volle 2,50 € aufgerundet. Der Beitrag für den neu hinzukommenden Pflege tagessatz wird nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter berechnet, eventuell vereinbarte Ein-schlussbeiträge werden entsprechend erhöht.

5.2 Die Einzelheiten der Anpassung werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor Wirksamwerden mitgeteilt. Die Anpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich ablehnt.

5.3 Nach Ablehnung des Anpassungsangebots gemäß den Nummern II.5.1 und II.5.2 erlischt das Recht auf eine weitere Anpassung. Das Recht kann wieder erworben werden durch eine individuelle Anpassung, verbunden mit einer erneuten Gesundheitsprüfung.

5.4 Die Anpassung des versicherten Pflege tagessatzes erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. Für den neu hinzukommenden Pflege tagessatz entfallen die Wartezeiten im Sinne von § 3 (3) der MB/PV 2009. Ferner erfolgt die Anpassung des versicherten Tagessatzes auch im Falle der Pflegebedürftigkeit.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) ¹Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). ²Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. ³Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(3) ¹Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. ²§ 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.