

PKV-Info

A photograph of an elderly couple with short white hair, smiling and laughing together outdoors. The woman is in the foreground, wearing a red and white plaid shirt. The man is behind her, wearing a dark red polo shirt. They are surrounded by green foliage and trees, suggesting a park or garden setting. The lighting is bright and natural, indicating daytime.

Private Pflegepflichtversicherung

Sicherheit im Pflegefall



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Private Pflegepflichtversicherung

Sicherheit im Pflegefall

Inhalt

Die Private Pflegepflichtversicherung	1
Versicherungspflicht in der Privaten Pflegepflichtversicherung	2
Krankenversicherung in der GKV – Pflege in der PKV?	3
Die gesetzlichen Regelungen.....	4
Die Beiträge in der Privaten Pflegepflichtversicherung	5
Gibt es einen Beitragszuschuss?	7
Feststellung der Pflegebedürftigkeit	8
Individuelle Pflegeberatung	10
Die Leistungen der Privaten Pflegepflichtversicherung	12
Die Leistungen bei ambulanter Pflege	13
Wenn die Pflegeperson einmal ausfällt.....	16
Leistungen für Pflegepersonen	17
Zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung.....	19
Die Leistungen bei teilstationärer Pflege	21
Die Leistungen bei stationärer Pflege	22
Sonstige Hinweise.....	23
Steuerliche Vorschriften.....	23
Was müssen Sie tun?	23
Gibt es private Zusatzversicherungen?	23
Nützliche Adressen.....	25

Die Private Pflegepflichtversicherung

Zur finanziellen Absicherung des Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit wurde in Deutschland im Jahr 1995 die Pflegepflichtversicherung eingeführt. Nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ schließen Privatversicherte ihre Pflegeversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen ab. Die gesetzlich Krankenversicherten erhalten den Versicherungsschutz in der Sozialen Pflegeversicherung.

Die Private Pflegepflichtversicherung funktioniert nach dem Prinzip der Kapitaldeckung: Jede Generation von Versicherten sorgt durch die Bildung von Alterungsrückstellungen frühzeitig für ihr mit dem Alter steigendes eigenes Pflegerisiko vor. Durch diese kapitalgedeckte Finanzierung der Pflegeausgaben werden keine Finanzierungslasten auf kommende Beitragszahlergenerationen verschoben. Vielmehr wird ein Kapitalstock zur Zukunftsvorsorge und Entlastung der nachfolgenden Generation aufgebaut. Diese Kapitalbildung zahlt sich in der Zukunft aus: Sie stabilisiert die Beiträge zur Privaten Pflegeversicherung im Alter und macht die Privatversicherten von der sich ändernden Altersstruktur der Bevölkerung weitgehend unabhängig.

Bei der umlagefinanzierten Sozialen Pflegeversicherung werden die laufenden Pflegekosten dagegen über aktuelle, in die Umlage eingezahlte Beiträge finanziert. Eine Vorsorge wird nicht gebildet. Die Kosten für den demografisch bedingten Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen müssen überwiegend von der nächsten Generation getragen werden.

Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung

Kapitalstock zur Zukunftsvorsorge



Versicherungspflicht in der Privaten Pflegepflichtversicherung

Wer eine private Krankheitsvollversicherung hat und damit der allgemeinen Pflicht zur Versicherung nachkommt, muss auch eine private Pflegepflichtversicherung haben. So ist es im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgelegt. Mit Abschluss des Krankenversicherungsvertrages beginnt die Pflicht zur Versicherung in der Privaten Pflegepflichtversicherung. Innerhalb von sechs Monaten ab diesem Zeitpunkt können Versicherte für den Abschluss des Pflegeversicherungsvertrages auch ein anderes als ihr Krankenversicherungsunternehmen wählen. Die Leistungen sind allerdings per Gesetz bei allen privaten Krankenversicherungen gleich. Auch die Höchstbeiträge sind gleichermaßen begrenzt.

Die Versicherungspflicht in der Privaten Pflegeversicherung besteht auch für Beamte und diejenigen Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe bei Pflegebedürftigkeit haben, sowie für Heilfürsorgeberechtigte, die nicht in der Sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind (zum Beispiel Soldaten, Polizeibeamte). Sie müssen eine anteilige (beihilfekonforme) Versicherung abschließen. Eine private Krankenversicherung ist dafür nicht Voraussetzung.

Privatpflegeversichern müssen sich auch die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB). Die PBeaKK und die KVB dürfen allerdings nicht selbst die Pflegepflichtversicherung durchführen, weshalb von allen privaten Krankenversicherungsunternehmen die Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen (GPV) gegründet wurde. Damit die Versicherten nur einen Ansprechpartner für die Kranken- und Pflegeversicherung haben, hat die GPV die PBeaKK und die KVB beauftragt, die Bestandsführung und Leistungsabwicklung zu übernehmen. Die GPV selbst ist insbesondere für die Beitragskalkulation zuständig.

Nicht versicherungspflichtig in der Privaten Pflegeversicherung sind Pflegebedürftige, die dauerhaft stationäre Pflege in Anspruch nehmen und dafür bereits Pflegeleistungen nach





bestimmten Vorschriften, z. B. wegen eines Arbeits- oder Dienstunfalls oder als Kriegsopfer, erhalten. Der Versicherungsschutz für Familienangehörige muss allerdings sichergestellt sein. Auch privat Krankenversicherte, die im Ausland leben, sind regelmäßig nicht pflegeversicherungspflichtig.

Wer später wieder krankenversicherungspflichtig wird und in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zurück muss, weil zum Beispiel das Einkommen gesunken ist oder weil Arbeitslosengeld bezogen wird, kann selbstverständlich die private Kranken- und Pflegeversicherung umgehend kündigen. Ist vorauszusehen, dass die Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nur vorübergehend ist, empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung. Diese gewährleistet eine spätere Wiederaufnahme in die Private Pflegeversicherung ohne Risikozuschlag und ggf. mit Anspruch auf Beitragsbegrenzung. Zusätzlich werden mit einer Anwartschaftsversicherung die bislang angesammelten Alterungsrückstellungen bei Wiederaufnahme des vollen Versicherungsschutzes beitragsmindernd angerechnet.

Krankenversicherung in der GKV – Pflege in der PKV?

Damit der Versicherte die Leistungen bei Krankheit und Pflege möglichst aus einer Hand erhält, erfolgt die Absicherung des Pflegerisikos grundsätzlich dort, wo auch die Krankenversicherung besteht. Wer aber freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse krankenversichert ist (zum Beispiel als Angestellter mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze), kann sich von der Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung befreien lassen, wenn er der Privaten Pflegepflichtversicherung beiträgt. Der Krankenversicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenkasse bleibt weiter bestehen. Für die Befreiung ist ein Antrag bei der Pflegekasse erforderlich. Befreiungsanträge müssen ab dem Beginn der freiwilligen

Private Pflegepflichtversicherung für freiwillig Versicherte

Mitgliedschaft innerhalb von drei Monaten bei der Pflegekasse der GKV gestellt werden; sie sind unwiderruflich. Nach Ablauf der dreimonatigen Frist ist der Wechsel zur Privaten Pflegepflichtversicherung nur dann möglich, wenn auch eine private Krankenvollversicherung abgeschlossen wird.

Die gesetzlichen Regelungen

Der Gesetzgeber hat in § 110 Abs. 3 SGB XI konkrete Regelungen für die Private Pflegepflichtversicherung erlassen. Danach gilt für Versicherungsverträge, die nach dem 1. Januar 1995 abgeschlossen werden:

- 1) Es besteht Kontrahierungszwang für die Aufnahme in die Private Pflegepflichtversicherung.
- 2) Es darf in der Privaten Pflegepflichtversicherung keinen Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten geben.
- 3) Die Prämien dürfen nicht nach Geschlecht gestaffelt werden.
- 4) Für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflege- oder Krankenversicherung verfügen, darf die Prämienhöhe nicht den Höchstbeitrag der Sozialen Pflegeversicherung übersteigen.
- 5) Die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers wird nach den gleichen Bedingungen wie in der Sozialen Pflegeversicherung geregelt.

Eine Kündigung der Pflegeversicherung durch das Versicherungsunternehmen ist ausgeschlossen, solange Versicherungspflicht besteht.

Die Wartezeiten sind die gleichen wie in der Sozialen Pflegeversicherung: Seit dem 1. Juli 2008 gilt, dass ein Leistungsanspruch dann besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre versichert war. Für versicherte Kinder gilt diese Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt. Die Wartezeiten gelten sowohl für Leistungen bei ambulanter als auch bei stationärer Pflegebedürftigkeit.

Die Beiträge in der Privaten Pflegepflichtversicherung

Die Beiträge zur Privaten Pflegepflichtversicherung orientieren sich nicht am Einkommen. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben werden sie in Abhängigkeit vom Lebensalter bei Versicherungsbeginn und Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss berechnet. Der Großteil der Beiträge wird als Alterungsrückstellung angelegt, da das Pflegerisiko mit zunehmendem Alter erheblich steigt.

Je höher das Eintrittsalter in die Versicherung ist, desto höher ist infolgedessen auch der Beitrag. Um ältere Versicherte finanziell nicht zu überfordern, wurde folgende Regelung getroffen: Wer seit Einführung der Pflegeversicherung (1995) oder seit mindestens fünf Jahren privat pflegeversichert ist, zahlt maximal den Höchstbeitrag der Sozialen Pflegeversicherung. Das sind 2013 monatlich 80,72¹ Euro für Versicherte ohne und 40,36 Euro für Versicherte mit Beihilfeanspruch.

Nach der aktuellen Beitragskalkulation ergibt sich für alle Versicherten, die bei Beginn ihrer Pflegeversicherung jünger als 66 Jahre alt sind, ein Beitrag unter dem Höchstbeitrag. Ebenso liegt der Beitrag fast aller Senioren, die seit 1995 privat pflegeversichert sind, unter dieser Grenze.

Die Versicherten, deren Beitrag auf den Höchstbeitrag begrenzt wird, müssten kalkulatorisch einen höheren Beitrag zahlen. Der Differenzbetrag zwischen dem kalkulatorischen und dem tatsächlichen Beitrag kann nicht vernachlässigt werden, er wird für die Erbringung der Leistungen benötigt. Zur Finanzierung dieses Differenzbetrags wird deshalb ein Umlagebetrag ermit-

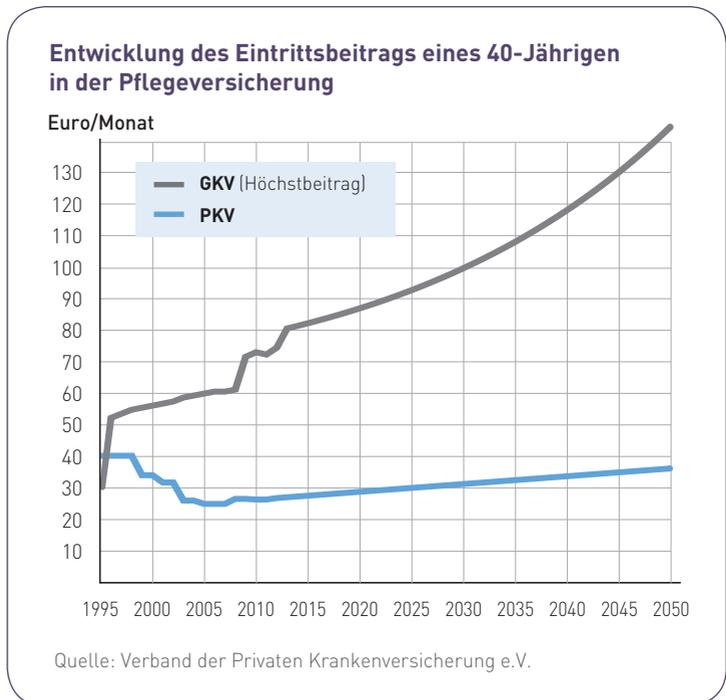
¹ Das sind 2,05 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze, die jährlich neu festgelegt wird. Der Beitragszuschlag für Kinderlose von 0,25 Prozentpunkten gilt laut Bundesverfassungsgericht nicht für die Private Pflegepflichtversicherung, weil hier durch die Eigenvorsorge per Alterungsrückstellung kaum Einkommensumverteilung zwischen den Generationen erfolgt.



Beitragsbegrenzung

telt, der auf alle Versicherten verteilt wird, deren Beitrag unter dem Höchstbeitrag liegt. Seit Einführung der Pflegepflichtversicherung ist die Zahl der Versicherten, deren Beitrag begrenzt wurde, aber stetig gesunken. Infolgedessen konnten die Beiträge für Neuversicherte bereits mehrfach gesenkt werden. Seit 2008 hat der Gesetzgeber wiederholt Leistungsausweitungen in der Pflegepflichtversicherung vorgenommen. Dadurch wurden Beitragserhöhungen notwendig. Der Beitrag eines neuversicherten 40-Jährigen ist 2013 dennoch nur 2,37 Euro höher als 2007. Der voraussichtliche weitere Rückgang des Umlagebedarfs wird auch künftig Beitragssenkungen und/oder die Abmilderung von Beitragserhöhungen infolge von Leistungsausweitungen ermöglichen.

Die folgende Grafik zeigt die Beitragsentwicklung in der Privaten Pflegepflichtversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung seit ihrer Einführung und die Prognose für die kommenden Jahre. Für die Private Pflegepflichtversicherung wurde der Eintrittsbeitrag eines 40-Jährigen gewählt, für die Soziale Pflegeversicherung der Beitrag eines freiwillig versicherten



Angestellten. Durch die kontinuierlich steigende Beitragsbemessungsgrenze erhöht sich dessen Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung ständig.

Zum 1. Januar 2013 wurden die Leistungen der Pflegepflichtversicherung vom Gesetzgeber ausgeweitet (siehe die entsprechenden Kapitel zu den Leistungen der Privaten Pflegeversicherung ab Seite 12). Im Zuge dessen wurde der Beitragssatz der Sozialen Pflegeversicherung um 0,1 Prozentpunkte auf 2,05 Prozent erhöht. Auch in der Privaten Pflegepflichtversicherung mussten die Beiträge infolge des erweiterten Leistungsumfangs angepasst werden.

Versicherte im Basistarif haben ohne Vorversicherungszeiten Anspruch auf Begrenzung ihres Beitrags auf den Höchstbeitrag. Für Beihilfeberechtigte gilt hier der halbe Höchstbeitrag. Bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit nach SGB II bzw. SGB XII kann dieser Höchstbeitrag noch weiter reduziert werden.

Nicht erwerbstätige Kinder sind bis zum 23. Lebensjahr beitragsfrei mitversichert, in Schul- oder Berufsausbildung befindliche Kinder bis zum 25. Lebensjahr – ggf. verlängert um Zeiten einer gesetzlichen Dienstpflicht. Für behinderte Kinder, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu unterhalten, gibt es bei der beitragsfreien Mitversicherung keine Altersgrenze.

Die privaten Krankenversicherer ermöglichen für beitragspflichtig versicherte Studenten bis zum vollendeten 34. Lebensjahr einen Sonderbeitrag. Im Jahr 2013 liegt dieser Sonderbeitrag bei monatlich 8,37 Euro.

Gibt es einen Beitragszuschuss?

Der Arbeitgeber zahlt den Beschäftigten zur Privaten Pflegepflichtversicherung einen Zuschuss in Höhe des Beitrags, den er bei Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung als Arbeitgeberanteil zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags. Das PKV-Unternehmen bescheinigt dem Versicherten, dass ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, die Pflegeversicherung nach den vom Gesetzgeber bestimmten Voraussetzungen zu betreiben. Diese Bescheinigung muss der Versicherungsnehmer dem Arbeitgeber vorlegen, um den Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung zu erhalten.

Beitragsanpassungen zum 1. Januar 2013

Beitragsbegrenzung im Basistarif

Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder

Sonderbeitrag für Studenten

Arbeitgeberzuschuss

Bei Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde zum Ausgleich der zusätzlichen Belastungen für die Arbeitgeber ein Feiertag, der Buß- und Betttag, gestrichen. Lediglich in Sachsen blieb dieser Tag als Feiertag bestehen, deshalb ist dort der Anteil der Arbeitnehmer am Beitrag höher.

Für Schüler und Studenten, die verpflichtet sind, bei einem privaten Versicherungsunternehmen eine Pflegeversicherung zu unterhalten, und die nicht beitragsfrei bei ihren Eltern oder einem Elternteil mitversichert sind und außerdem BAföG erhalten, gibt es vom Amt für Ausbildungsförderung einen monatlichen Zuschuss zur Pflegepflichtversicherung von 11 Euro.

Rentner erhalten seit dem 1. April 2004 von der Rentenversicherung keinen Zuschuss mehr zum Beitrag.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Bisher wird Pflegebedürftigkeit in erster Linie verrichtungsbezogen definiert. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit geht es um die Frage, bei welchen Verrichtungen die betroffene Person Hilfe benötigt. Der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung wird nicht ausreichend berücksichtigt. Das trifft vor allem Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz – wie an Demenz Erkrankte. Aus diesem Grund ist eine Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit vorgesehen. Bis ein entsprechendes Gesetz in Kraft tritt, gelten die bisherigen Regelungen,



ergänzt um einige Übergangsregelungen durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz. Danach werden weiterhin drei Stufen der Pflegebedürftigkeit unterschieden:

Pflegestufe I	Erheblich Pflegebedürftige benötigen wenigstens einmal täglich Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen (zum Beispiel Ankleiden, Nahrungsaufnahme).
Pflegestufe II	Schwerpflegebedürftige benötigen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten pflegerische Hilfen.
Pflegestufe III	Schwerstpflegebedürftige benötigen rund um die Uhr, auch nachts, pflegerische Hilfen.

Unabhängig von der Pflegestufe gibt es Personen mit „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“. Wer dieser Personengruppe zuzuordnen ist, wird in § 45a SGB XI näher bestimmt. Grundvoraussetzung ist, dass ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung besteht – sei es durch demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen. Bei „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“, ohne Erfüllung der Voraussetzungen für eine Einstufung in Pflegestufe I, spricht man von der sogenannten Pflegestufe 0.

Tritt bei einem Versicherten Pflegebedürftigkeit ein, muss er bei seiner Versicherung einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen. Innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags beim Versicherer wird dem Antragsteller ein Beratungstermin angeboten – auf Wunsch auch beim Versicherten zu Hause. Die Beratung erfolgt durch die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH (siehe Seite 10 f.).

Nach Eingang des Antrags beauftragt das private Versicherungsunternehmen zudem MEDICPROOF, die Pflegebedürftigkeit des Versicherten feststellen zu lassen. Die MEDICPROOF

*erheblich
eingeschränkte
Alltagskompetenz*

GmbH (www.medicproof.de) ist das Pendant der Privaten Pflegeversicherung zum Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung (MDK). Die Prüfung durch die MEDICPROOF-Gutachter und die Entscheidung des Versicherers über den Antrag müssen innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang erfolgen. Geschieht das nicht, erhält der Antragsteller für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro. Das Versicherungsunternehmen muss allerdings nur zahlen, wenn es selbst oder die MEDICPROOF für die Verzögerung verantwortlich ist.

*Begutachtung
durch
MEDICPROOF*

Um die Einzelheiten der Pflegebedürftigkeit zu klären, besuchen der beauftragte Arzt oder die Pflegefachkraft den zu Pflegenden in seinem Wohnbereich. Grundsätzlich ist es sinnvoll, wenn bei diesem Termin eine Vertrauensperson des Pflegebedürftigen anwesend ist.

Die privaten Pflegeversicherer sind verpflichtet, bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie in der Sozialen Pflegeversicherung anzuwenden. Um die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes sicherzustellen, gelten für privatversicherte Pflegebedürftige die gleichen Leistungen und Leistungsvoraussetzungen wie in der Sozialen Pflegeversicherung.

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen in Abhängigkeit von der Pflegestufe halbjährlich bzw. vierteljährlich einen Beratungseinsatz durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, eine anerkannte Beratungsstelle oder einen Pflegeberater in Anspruch nehmen. Diese regelmäßige Einschaltung professioneller Pflegekräfte soll die Qualität der häuslichen Pflege sichern und wird von der Pflegeversicherung zusätzlich bezahlt.

Individuelle Pflegeberatung

Personen, die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten (Pflegebedürftige, Ratsuchende im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit, pflegende Angehörige, demenziell Erkrankte und ihre Familien), haben einen kostenlosen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater.



Für diese Pflegeberatung hat der Verband der Privaten Krankenversicherung ein eigenständiges Konzept entwickelt und die **COMPASS Private Pflegeberatung GmbH** gegründet, die bundesweit die Pflegeberatung für die Private Pflegepflichtversicherung sicherstellt (www.compass-pflegeberatung.de).

Das Beratungsangebot der Privaten Pflegepflichtversicherung unterscheidet sich in zentralen Punkten von dem Beratungsangebot der Sozialen Pflegeversicherung. Während dort die Beratungsleistung in sogenannten Pflegestützpunkten an festen Standorten durchgeführt wird, bietet die PKV für ihre Versicherten eine individuelle und aufsuchende Pflegeberatung an.

Diese Beratung erfolgt wahlweise telefonisch oder aber beim Pflegebedürftigen zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung. Dadurch ist die Beratung zielgerichtet sowie lebenswelt- und alltagsorientiert. Im Zentrum stehen dabei immer die individuellen Wünsche, Interessen und Bedürfnisse der Ratsuchenden.

*COMPASS Private
Pflegeberatung
GmbH*

Die Leistungen der Privaten Pflegepflichtversicherung

Die Leistungen der Privaten Pflegepflichtversicherung sind denen der Sozialen Pflegeversicherung nach Art und Umfang gleichwertig. Der Versicherungsschutz umfasst häusliche wie stationäre Pflege. Die Höhe der Leistungen hängt grundsätzlich vom Grad der Pflegebedürftigkeit ab sowie davon, wo und durch wen die Pflege erfolgt. Je höher die Pflegestufe ist, desto höher sind in der Regel die Leistungen. In der Privaten und der Sozialen Pflegeversicherung gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Deshalb zielen viele der gesetzlichen Regelungen auf eine Stärkung der häuslichen Pflege ab.

Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden in der Regel nur beim Aufenthalt im Inland gewährt. Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält, nicht jedoch bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt, zum Beispiel Urlaubsreisen bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr. Eine Ausnahme bildet hier das Pflegegeld: Diese Leistung wird ebenso wie der Rentenversicherungsbeitrag für Pflegepersonen ohne zeitliche Begrenzung in allen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR = die EU-Länder sowie Norwegen, Island und Liechtenstein) und in der Schweiz gezahlt.

Wer mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen privat krankenversichert ist und ins Ausland zieht, kann mit Blick auf eine beabsichtigte spätere Rückkehr nach Deutschland den Pflegeversicherungsvertrag aufrechterhalten und so die erworbenen Rechte sichern. Dazu ist die Weiterzahlung der Beiträge erforderlich.

Beihilfeberechtigte Personen (Beamte, auch im Ruhestand) und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhalten alle Leistungen der Privaten Pflegeversicherung entsprechend ihrem Beihilfeanspruch anteilig und zwar auch bei Aufenthalt in den Ländern des EWR und der Schweiz.

*Geltungsbereich
des Versicherungsschutzes*

Die Leistungen bei ambulanter Pflege

Fast 70 Prozent aller Pflegebedürftigen wohnen zu Hause, um zwei Drittel davon kümmern sich Pflegepersonen. Eine „Pflegeperson“ ist nach dem Sozialrecht jemand, der ehrenamtlich und regelmäßig einen anderen Menschen in dessen häuslicher Umgebung pflegt. Der Betreute muss als pflegebedürftig anerkannt sein, also mindestens Pflegestufe I sein, oder aber wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz der Pflege bedürfen. Pflegepersonen sind in der Regel Angehörige, es können aber auch Nachbarn, Freunde oder schlichtweg ehrenamtlich tätige Menschen sein. Die Alternative zur Pflege durch Angehörige oder andere Pflegepersonen ist in der ambulanten Pflege die Beauftragung eines professionellen Pflegedienstes. Diese sogenannte häusliche Pflegehilfe kann auch die Betreuung durch eine Pflegeperson ergänzen.

Häusliche Pflege

Wird ein Pflegebedürftiger durch eine Pflegeperson betreut, erhält er von der Pflegeversicherung pauschal die folgenden Leistungen:

Pflegegeld für die Betreuung durch Pflegepersonen¹ pro Monat

Pflegestufe 0 (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz)	120 Euro
Pflegestufe I bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	235 Euro + 70 Euro = 305 Euro
Pflegestufe II bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	440 Euro + 85 Euro = 525 Euro
Pflegestufe III	700 Euro

¹ zum Beispiel Angehörige oder Bekannte

Wird die Pflegeperson teilweise durch einen Pflegedienst entlastet, ist eine Kombination von Pflegegeld und Erstattung der

häuslichen Pflegehilfe möglich. In diesem Fall wird das Pflegegeld prozentual gekürzt.

Nimmt der Versicherte häusliche Pflegehilfe in Anspruch, erhält der Versicherte die tatsächlichen Kosten bis zu einer gesetzlich festgelegten Höhe erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst erfolgt. Übersteigen die Pflegekosten den Höchstbetrag in der jeweiligen Pflegestufe, muss der Pflegebedürftige für die Differenz selbst aufkommen.



Maximale Erstattung der Kosten für häusliche Pflegehilfe pro Monat

Pflegestufe 0 (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz)	225 Euro
Pflegestufe I bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	450 Euro + 215 Euro = 665 Euro
Pflegestufe II bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	1.100 Euro + 150 Euro = 1.250 Euro
Pflegestufe III	1.550 Euro

In besonderen Ausnahmefällen, in denen die Pflegebedürftigkeit das in Pflegestufe III vorgesehene Maß weit übersteigt, können auch höhere Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro gewährt werden.

Flexibilisierung der Pflegeleistungen

Bisher erhielt der Versicherte nur die Kosten für definierte Leistungskomplexe erstattet, wie zum Beispiel eine „Große Morgentoilette“. Seit 2013 gibt es zudem die Möglichkeit einer Vergütung nach Zeitaufwand. Der Pflegebedürftige kann indivi-



duell mit dem Pflegedienst abstimmen, welche Pflegeleistungen im vereinbarten Zeitraum erbracht werden. Ob ein Leistungskomplex oder ein Zeitkontingent von der Versicherung erstattet werden soll, entscheidet der Pflegebedürftige selbst.

Häusliche Betreuung

Die Pflegeversicherung erstattet seit ihrer Einführung die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen. Der Pflegedienst hilft also zum Beispiel beim Waschen und Anziehen, räumt auf oder kümmert sich um die Mahlzeiten. Seit Beginn des Jahres 2013 können Pflegebedürftige und Personen

mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zusätzlich sogenannte „häusliche Betreuung“ in Anspruch nehmen, sofern die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind. Der Versicherte erfährt mit der häuslichen Betreuung Unterstützung im Alltag, beispielsweise durch Begleitung bei Spaziergängen oder Besuchen, durch Vorlesen oder Hilfe bei Ausübung eines Hobbys. Insbesondere die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und der Kommunikationsfähigkeit sind wichtiger Bestandteil dieser Leistungen. Das ist vor allem für Menschen mit Demenz von großem Wert.

Voraussetzung für die Erstattung der Leistungen ist, dass die häusliche Betreuung durch einen zugelassenen Pflegedienst, zugelassene Betreuungsdienste oder eine anerkannte Einzelpflegekraft erfolgt. Übernimmt eine Pflegeperson Aufgaben der häuslichen Betreuung, erhält sie dafür kein zusätzliches Geld.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung zahlt nicht nur Pflegegeld und erstattet Kosten für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Im Versicherungsschutz enthalten ist auch die Erstattung der für die Pflege notwendigen Pflegehilfsmittel, wie zum Beispiel ein Rollstuhl, ein Pflegebett oder ein Hausnotrufsystem. Diese werden möglichst leihweise zur Verfügung gestellt. Sind keine Leihgeräte vorhanden, muss der Versicherte 10 Prozent der Anschaffungskosten selbst bezahlen, maximal aber 25 Euro. Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, wie zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Desinfektionsmittel, werden bis zu einer Höhe von 31 Euro je Kalendermonat erstattet.

Von wem kann ich mich pflegen lassen?

Wer nicht auf stationäre Pflege angewiesen ist, hat folgende Möglichkeiten:

- **Pflege durch eine Privatperson**

Das sind zum Beispiel Angehörige, Nachbarn, Freunde, gute Bekannte – aber auch Pflegekräfte, die nicht von der Pflegeversicherung zugelassen sind.

- **Beauftragung eines Betreuungsdienstes**

Im Rahmen von Modellvorhaben sind spezielle Betreuungsdienste zugelassen worden, die im Bereich der häuslichen Betreuung Leistungen erbringen. Aufgaben der eigentlichen Pflege können sie nicht übernehmen, sofern sie nicht auch dafür zugelassen sind.

- **Beauftragung eines Pflegedienstes**

Das kann ein privater Pflegedienst oder auch die Sozialstation eines Wohlfahrtsverbandes, zum Beispiel der Malteser oder Johanniter, sein. Wichtig ist, dass der Pflegedienst zugelassen ist.

- **Beschäftigung einer Einzelpflegekraft**

Die Einzelpflegekraft muss fachlich geeignet sein und über Berufserfahrung verfügen. Das sind die Grundvoraussetzungen für die Anerkennung durch das Versicherungsunternehmen. Nur für die Pflege durch eine anerkannte Einzelpflegekraft erstattet der Versicherer die Kosten.

Wenn die Pflegeperson einmal ausfällt

Es kann jederzeit vorkommen, dass der Pflegebedürftige nicht auf die gewohnte Weise versorgt werden kann. Hierfür gibt es verschiedene Gründe – und verschiedene Lösungen.

Verhinderungspflege

Wenn eine Pflegeperson erkrankt, Urlaub benötigt oder aus anderen Gründen die Pflege vorübergehend nicht wahrnehmen kann, sichert die Verhinderungspflege die Versorgung des Pflegebedürftigen. Der Versicherte kann eine Ersatzpflegekraft beauftragen oder eine vorübergehende Betreuung in einer stationären Pflegeeinrichtung vereinbaren. Die Pflegeversicherung zahlt in diesem Fall für maximal 28 Tage bis zu 1.550 Euro im Jahr. Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Ist die Ersatzpflegekraft ein Verwandter bis zum 2. Grad oder lebt sie mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft,

so besteht nur der Anspruch auf Pflegegeld. Entstehen im Zusammenhang mit der Ersatzpflege zusätzliche Kosten (zum Beispiel Fahrtkosten oder auch Verdienstausschlag), werden diese von der Pflegeversicherung erstattet. Hierfür ist allerdings ein Kostennachweis erforderlich.

Während der Verhinderungspflege – also für maximal vier Wochen im Jahr – erhält der Versicherte ein anteiliges Pflegegeld in Höhe der Hälfte des regulären Pflegegeldes, das vor der Verhinderungspflege gezahlt wurde.

Kurzzeitpflege

Neben der Verhinderungspflege stellt die Kurzzeitpflege eine andere Möglichkeit der Versorgung dar. Bei der Kurzzeitpflege wird der Pflegebedürftige vorübergehend in einer stationären Pflegeeinrichtung aufgenommen, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann. Dies ist zum Beispiel im Anschluss an eine stationäre Behandlung der Fall oder wenn Pflegebedürftigkeit erst neu entstanden und die Organisation der Pflege noch nicht geklärt ist. Die Pflegeversicherung erstattet wie bei der Verhinderungspflege die Kosten bis zu 1.550 Euro für 28 Tage im Kalenderjahr.

Verhinderungspflege kann auch stundenweise und an einzelnen Tagen in Anspruch genommen werden. Dauert die Verhinderungspflege weniger als acht Stunden, wird das Pflegegeld vollständig ausbezahlt und nicht um die Hälfte gekürzt. Außerdem ist es möglich, in einem Kalenderjahr sowohl Verhinderungs- als auch Kurzzeitpflege zu nutzen.

Leistungen für Pflegepersonen

Wenn der Versicherte seine Pflege eigenverantwortlich durch eine Pflegeperson sicherstellen will, zahlt die Versicherung ein Pflegegeld an ihn aus. Dieses Pflegegeld kann er für sich selbst verwenden oder auch ganz oder teilweise an die Pflegeperson weitergeben. Abgesehen von dieser möglichen Aufwandsentschädigung hat der Gesetzgeber eine Absicherung der Pflegepersonen wie folgt vorgesehen:

- **Kranken- und Pflegeversicherung**

An der Kranken- und Pflegeversicherung der Pflegeperson ändert sich durch die Pflegetätigkeit zunächst einmal nichts. Auch wenn sie vom Pflegebedürftigen das Pflegegeld ausgezahlt bekommt, hat das keinen Einfluss auf ihre Versicherung. Wer jedoch die Erwerbstätigkeit aufgibt, um beispielsweise

enge Angehörige zu pflegen, steht zumindest vorübergehend ohne Einkommen und damit ohne den bisherigen Versicherungsschutz da. In diesem Fall ist die Absicherung ebenso geregelt wie bei anderen Personen ohne eigenes Einkommen: Meistens erfolgt eine beitragsfreie Familienversicherung über den Ehegatten. Ist das nicht möglich, so wird die Pflegeperson entweder freiwilliges Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung oder bleibt privat krankenversichert. Die Pflegeversicherung ist an die Krankenversicherung gekoppelt.

- **Rentenversicherung**

Für die Rentenversicherung der Pflegeperson zahlt das Versicherungsunternehmen je nach Pflegestufe und Umfang der Pflegeetätigkeit Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung. Für Beihilfeberechtigte beteiligen sich auch die Beihilfestellen an den Rentenversicherungsbeiträgen. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson mindestens 14 Stunden pro Woche einen oder mehrere Pflegebedürftige betreut und zudem nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist.

- **Unfallversicherung**

Pflegepersonen sind während der Pflege sowie auf dem Hin- und Rückweg in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

Pflegezeit

Wird oder ist ein naher Angehöriger pflegebedürftig, können sich Arbeitnehmer bis zu sechs Monate von ihrer Arbeit freistellen lassen, um die Pflege zu übernehmen. Möglich sind sowohl eine vollständige Freistellung wie auch eine vorübergehende Reduzierung der Arbeitszeit. Als nahe Angehörige gelten Ehegatten, Lebenspartner, Eltern, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder, Schwiegereltern und Schwiegerkinder. Während der Pflegezeit übernimmt die soziale oder private Pflegepflichtversicherung des Pflegebedürftigen die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die Pflegeperson und zahlt Zuschüsse zu deren Kranken- und Pflegeversicherung.

Richtige Pflege will gelernt sein. Die Pflegeversicherung übernimmt deshalb die Kosten für **Schulungen der Pflegepersonen**.

Tritt der Pflegefall eines nahen Verwandten unerwartet ein, haben Arbeitnehmer darüber hinaus einen gesetzlichen Anspruch auf kurzzeitige Freistellung vom Arbeitsplatz für bis zu 10 Arbeitstage. Auch in dieser Zeit ist der freigestellte Arbeitnehmer versichert.



Zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung

Neben den an die Pflegestufe gebundenen Leistungen haben Pflegebedürftige unter den entsprechenden Voraussetzungen Anspruch auf weitere Leistungen der Pflegeversicherung.

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

erhalten monatlich 100 Euro (Grundbetrag) bzw. 200 Euro (erhöhter Betrag). Der Betrag ist unabhängig von der Pflegebedürftigkeit und wird bei nachgewiesenem Bedarf auch Versicherten gezahlt, die die derzeitigen Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nicht erfüllen. Er ist zudem zweckgebunden und muss für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen verwendet werden. Neben den grundsätzlichen Pflegeleistungen gehören dazu sogenannte niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote. Dazu zählen unter anderem:

- Betreuungsgruppen für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen,
- familienentlastende und -unterstützende Dienste,
- weitere Betreuungsangebote, die ein selbstständiges Leben ermöglichen oder die pflegenden Angehörigen entlasten.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Damit ein Pflegebedürftiger weiter in seiner Wohnung leben kann, ist oft eine Anpassung der Einrichtung an die Bedürfnisse des Bewohners notwendig – zum Beispiel durch den Einbau einer barrierefreien Dusche. Die Pflegeversicherung gewährt für solche Verbesserungen einen Zuschuss von maximal 2.557 Euro je Maßnahme.

Wohngruppen

Gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ werden Wohngruppen besonders gefördert, in denen mehrere Pflegebedürftige zusammen wohnen und gemeinsam ihre Pflege organisieren. Die Leistungen für Wohngruppen werden unter den folgenden Voraussetzungen gewährt:

- Es wohnen regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftige zusammen in einer Wohn- oder Hausgemeinschaft.
- Die Wohngruppe wird von mindestens einer Pflegekraft betreut, die die pflegerische Grundversorgung gewährleistet. Diese Pflegekraft muss keine ausgebildete Pflegefachkraft sein.

Bei Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe zahlt die Pflegeversicherung jedem beteiligten Pflegebedürftigen 2.500 Euro. Diese Anschubfinanzierung ist auf 10.000 Euro je Wohngruppe begrenzt. Bei mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnern werden die einzelnen Beträge entsprechend gekürzt. Das Geld ist für den behinderten- und altengerechten Umbau der Wohnung vorgesehen. Es ergänzt also die Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes. (Der Gesetzgeber hat diese Förderung von Wohngruppen allerdings begrenzt. Soziale und Private Pflegeversicherung zahlen zusammen höchstens 30 Mio. Euro und nur bis zum 31. Dezember 2015.)

Darüber hinaus erhält jeder Pflegebedürftige eine Pauschalzahlung in Höhe von 200 Euro monatlich. Diese Summe ist für die Organisation und Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft bestimmt.

Die Mitglieder einer Wohngruppe können gemeinsam Leistungen in Anspruch nehmen. Liegen die Kosten zum Beispiel für eine Umbaumaßnahme über 2.557 Euro, können mehrere Mitbewohner einen Zuschuss bei ihrer Versicherung beantragen. Hierfür müssen



sie lediglich nachweisen, dass auch sie diese Maßnahme (zum Beispiel einen Treppenlift) benötigen.

Die Leistungen bei teilstationärer Pflege

Ist es nicht möglich, den Pflegebedürftigen durchgehend zu Hause zu betreuen, kann teilstationäre Pflege als Tages- oder Nachtpflege in Anspruch genommen werden. Ein Beispiel dafür ist, wenn die Pflegeperson tageweise einer Arbeit nachgeht. Auch zur Stärkung der häuslichen Pflege ist teilstationäre Pflege möglich. Die Pflegeversicherung erstattet allgemeine Pflegeleistungen, die Hin- und Rückfahrt zwischen Wohnung und Pflegeeinrichtung, Aufwendungen für soziale Betreuung und für notwendige medizinische Behandlungspflege bis zu folgenden Höchstbeträgen:

Maximale Erstattung der Kosten für teilstationäre Pflege pro Monat

Pflegestufe I	450 Euro
Pflegestufe II	1.100 Euro
Pflegestufe III	1.550 Euro

Die Kosten für die Unterkunft und die Verpflegung muss der Versicherte – wie bei der häuslichen Pflege auch – selbst tragen. Die Leistungen der teilstationären Pflege können mit den Leistungen der häuslichen Pflege kombiniert werden. Zusätzlich zum Pflegegeld, zur häuslichen Pflegehilfe oder zur Kombination aus diesen beiden Leistungen zahlt die Pflegeversicherung bis zu 50 Prozent der Leistungen für teilstationäre Pflege. Das kann zu einem Gesamtanspruch des Versicherten von 150 Prozent führen. In Pflegestufe II kann er bei häuslicher Pflegehilfe folglich bis zu 1.650 Euro erstattet bekommen. Wird er von einer





Pflegeperson betreut, liegt der maximale Betrag in Pflegestufe II bei 990 Euro. Bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhöhen sich diese Beträge noch einmal (siehe Tabellen).

Die Leistungen bei stationärer Pflege

Wie bei ambulanter Pflege werden auch bei stationärer Versorgung von Pflegebedürftigen die Leistungen in drei Stufen gewährt. Derzeit gelten die folgenden Leistungsobergrenzen:

Maximale Erstattung der Kosten für stationäre Pflege

pro Monat

Pflegestufe I

1.023 Euro

Pflegestufe II

1.279 Euro

Pflegestufe III

1.550 Euro

Die Lebenshaltungskosten für Unterbringung und Verpflegung, die auch zu Hause anfallen, muss der Pflegebedürftige selbst zahlen. Wie bei der ambulanten Pflege können in außergewöhnlichen Ausnahmefällen auch höhere Kosten übernommen werden, insgesamt aber nicht mehr als 1.918 Euro monatlich. Darüber hinaus gibt es keine weiteren Leistungen.

Sonstige Hinweise

Steuerliche Vorschriften

Leistungen aus der Pflegeversicherung, also auch Geldleistungen, sind für den Versicherten steuerfrei. Für Pflegepersonen ist das an sie weitergegebene Pflegegeld steuerfrei, wenn sie die Pflege als Angehörige des Pflegebedürftigen oder in Erfüllung einer sittlichen Pflicht ihm gegenüber leisten. Die Beiträge zur Pflegepflichtversicherung sind in voller Höhe nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 b Einkommensteuergesetz (EStG), die Beiträge zur Pflegezusatzversicherung im Rahmen der Höchstbeträge nach § 10 Abs. 4 EStG als Sonderausgaben abzugsfähig.

Was müssen Sie tun?

Wenn Sie bei einem PKV-Unternehmen eine Krankheitsvollversicherung abschließen, dann wird Ihnen Ihr PKV-Unternehmen automatisch ein Angebot für den Abschluss der Pflegepflichtversicherung machen. Sie können das Angebot ablehnen, müssen sich dann aber innerhalb von sechs Monaten für einen Versicherungsschutz bei einem anderen Unternehmen entscheiden. Darüber hinaus brauchen Sie in dieser Hinsicht nichts zu veranlassen. Wenn Sie freiwillig Versicherter bei einer Krankenkasse werden, sich aber privat für die Pflege versichern möchten, dann haben Sie drei Monate Zeit, um sich zugunsten eines privaten Versicherungsschutzes befreien zu lassen.

Gibt es private Zusatzversicherungen?

Die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung decken in der Regel nicht alle Kosten der Pflegebedürftigkeit ab. Bei stationärer Pflege sind zum Beispiel die Kosten für Unterbringung und Verpflegung aus eigener Tasche zu zahlen. Wer sich hier vor einer möglichen finanziellen Überforderung schützen möchte, sollte eine private Pflegezusatzversicherung abschließen.

Staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung

Um die private Vorsorge zu stärken, subventioniert der Staat seit 2013 private Pflegezusatzversicherungen. Jeder Versicherte erhält eine Zulage von 5 Euro im Monat, wenn sein Eigenbeitrag

für die Pflegezusatzversicherung mindestens 10 Euro beträgt. Die Zahlung ist allerdings an folgende Voraussetzungen gebunden:

- Der **Versicherte** muss mindestens 18 Jahre alt sein und darf keine Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung erhalten oder erhalten haben.
- Das **Versicherungsunternehmen** muss auf sein ordentliches Kündigungsrecht verzichten, darf keine Gesundheitsprüfung vornehmen und keine Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbaren. Kein Antragsteller, der die Voraussetzungen für die staatliche Förderung erfüllt, darf abgelehnt werden.
- Die **Pflegezusatzversicherung** muss eine Tagegeldversicherung sein, d.h. bei Pflegebedürftigkeit erhält der Versicherte pro Tag einen vertraglich festgelegten Betrag. Es muss in allen drei Pflegestufen sowie bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ein Tagegeld geben, bei Pflegestufe III mindestens 600 Euro im Monat. Die Wartezeit, bevor der Versicherte Leistungen in Anspruch nehmen kann, darf höchstens fünf Jahre betragen.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, wird die staatliche Zulage auf Antrag am Jahresende für das vergangene Jahr direkt an das Versicherungsunternehmen ausgezahlt.

Für Verträge, die die oben genannten Bedingungen nicht erfüllen, gibt es keinen Zuschuss.

Weitere Informationen enthalten folgende Broschüren, die Sie auf unserer Internetseite www.pkv.de finden oder auch bei uns anfordern können:

- „Private Pflegezusatzversicherung“
- „Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht“
- „Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV)“

Nützliche Adressen:

COMPASS

Private Pflegeberatung

COMPASS Private Pflegeberatung GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
Telefon (0221) 9 33 32-0 · Telefax (0221) 9 33 32-5 00

www.compass-pflegeberatung.de
info@compass-pflegeberatung.de

MEDICPROOF

Der medizinische Dienst der Privaten

MEDICPROOF GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74 a · 50968 Köln
Telefon (0221) 8 88 44-0 · Telefax (0221) 8 88 44-8 88

www.medicproof.de
info@medicproof.de



Zentrum für Qualität in der Pflege
Die Stiftung, die Wissen vernetzt.

Zentrum für Qualität in der Pflege
Reinhardtthöfe · Reinhardtstraße 45 · 10117 Berlin
Telefon (030) 2 75 93 95-0 · Telefax (030) 2 75 93 95-20

www.zqp.de
info@zqp.de



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 66 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de