Teil III Tarif PZAS Pflege-Assistance

Gültig ab 1. Juni 2020

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Allgemeine Regelungen

Soweit in den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und in Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft die Pflegetagegeldversicherung genannt ist, erstreckt sich die jeweilige Regelung mit folgenden Ausnahmen entsprechend auf die Pflegemonatsgeldversicherung und auf die Pflege-Assistance-Dienstleistungen:

1.1 Auslandsgeltung

§ 1 Abs. 5 Satz 2 MB/EPV 2017 und Teil II der Tarifbedingungen zu § 1 Abs. 5 und zu § 15 Abs. 4 gelten nicht. Assistance-Leistungen werden ausschließlich innerhalb von Deutschland erbracht.

1.2 Tarif nach Art der Schadenversicherung

Die Versicherung nach Tarif PZAS wird nach Art der Schadenversicherung betrieben. Daraus ergeben sich folgende Anpassungen:

AVB Teil I § 1 Abs. 6 MB/EPV 2017 gilt mit der Maßgabe, dass Alterungsrückstellungen in Tarif PZAS nicht gebildet werden.

AVB Teil II der Tarifbedingungen zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung) findet keine Anwendung.

AVB Teil I § 8 a MB/EPV 2017 gilt mit der Maßgabe, dass Alterungsrückstellungen in Tarif PZAS nicht gebildet werden.

AVB Teil I § 8 b (1) MB/EPV 2017 und AVB Teil II zu § 8 b (1) gelten mit der Maßgabe, dass die Regelungen zu den Sterbewahrscheinlichkeiten keine Anwendung finden.

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der Württembergische Krankenversicherung AG eine Pflegemonats- oder eine Pflegetagegeldversicherung besteht.

3. Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen sind in drei Leistungsphasen aufgeteilt. Der Versicherer erbringt in dem je Leistungsphase definierten Versicherungsfall die nachstehend aufgeführten Assistance-Leistungen. Der Versicherer beauftragt hierfür einen qualifizierten Dienstleister (Assisteur), der die Leistungen entweder selbst erbringt oder seinerseits durch einen von ihm beauftragten Dritten erbringen lässt.

Die Organisation der Assistance-Leistungen über den Versicherer bzw. über dessen Assisteur ist Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen nach diesem Tarif.

Die Assistance-Leistungen können unter der Telefonnummer 0711 / 662 725120 beantragt bzw. abgerufen werden.

3.1 Leistungsphase 1

Der Versicherungsfall in Leistungsphase 1 tritt ein, wenn für einen Angehörigen ersten Grades (Eltern und Kinder, auch Adoptivkinder) oder für einen der beiden Schwiegereltern (Eltern des Ehe- oder eingetragenen Lebenspartners) der versicherten Person Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wird. Der Versicherer ist berechtigt, sowohl über das Vorliegen der Verwandtschaftsbeziehung als auch über die vermutete Pflegebedürftigkeit einen Nachweis, beispielsweise in Form einer Geburts- oder Heiratsurkunde bzw. eines ärztlichen Attests, zu verlangen.

Die Leistungspflicht endet mit der Anerkennung eines Pflegegrades oder der Ablehnung des Antrages durch die soziale Pflegeversicherung bzw. durch die private Pflegepflichtversicherung, spätestens jedoch 12 Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalls.

Für die betroffene Person muss unmittelbar nach Kenntnis der vermuteten Pflegebedürftigkeit ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt werden. Wird ein solcher Antrag nicht innerhalb einer Woche nach Eintritt des Versicherungsfalls gestellt, endet die Leistungspflicht des Versicherers bereits zu diesem Zeitpunkt.

Folgende Leistungen werden in Leistungsphase 1 zur Versorgung der genannten betroffenen Angehörigen erbracht:

- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung nach Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI).
- Übernahme der Kosten eines „Pflege-Managers“ zur Pflegeberatung und -planung, sowohl telefonisch als auch vor Ort unter Berücksichtigung der familiären, sozialen und häuslichen Situation. Nach der Beratung zur Beantragung von Pflegeleistungen wird Unterstützung bei der Antragstellung sowie Hilfe bei eventuellen Widerspruchsverfahren angeboten. Darüber hinaus erfolgen eine Beratung zu Pflegeschulungen, Freizeitbetreuung, Selbsthilfegruppen, Institutionen oder sozialen Einrichtungen sowie eine Beratung für den Pflegealltag mit dem Ziel, Hilfestellungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu geben.
- Übernahme des konkreten Pflegefalles hinsichtlich:
  - Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen
  - Beratung zur Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen
  - Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach dem Krankenhausaufenthalt)
  - Beratung zu Pflegeleistungen, haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Beratung zu Kuren
  - Beratung zu Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige

- Beratung und Begleitung im Rahmen des Antragverfahrens einer Schwerbehinderung, inkl. Widerspruchsverfahren.
- Beratung und Begleitung der Sozialhilfeantragstellung, inkl. Widerspruchsverfahren
- Fachberatung zu speziellen Krankheitsbildern (Depressionen, Parkinson, Demenz)
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen.

Sofern für die weiterführende Beratung oder für die Verfolgung von Rechtsansprüchen die Inanspruchnahme eines Rechtsanwalts erfolgt, fallen die dabei entstehenden Kosten nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.

- Organisation einer Pflegeschulung für bis zu zwei pflegende Personen. Übernommen werden hierbei Kosten in Höhe von maximal 150 Euro pro pflegender Person.
- Benennung und Vermittlung folgender Dienstleister:
  - Ambulante häusliche Pflegedienste
  - Teilstationäre Pflegeeinrichtungen
  - Kurzzeitpflegeeinrichtungen
  - Tag- und Nachtwache

  Die Kosten, die durch den Einsatz dieser Dienstleister entstehen, fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.
- Benennung von Ersatzpflegekräften
- Benennung und Vermittlung von spezialisierten Fachberatern zur telefonischen oder Vor-Ort-Beratung zu geeigneten behindertengerechten Umbaumaßnahmen der Wohnung und Information zu den zugehörigen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Beratungskosten werden übernommen; Kosten für Architekten oder ausführende Handwerker fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.
- Telefonische Erstberatung sowie bis zu fünf telefonische Folgegespräche mit Psychologen. Folgende Leistungen werden in diesem Rahmen erbracht:
  - Stabilisierung und Beruhigung der Betroffenen
  - Information zu Risiken einer psychotraumatischen Belastungsstörung
  - Information zu Hilfsquellen
  - Stressmanagement/Selbstmanagement
  - Präventive Instruktion
  - Empfehlungen zur Nachsorgeplanung
  - Unterstützung der natürlichen Selbstheilungsprozesse

  Die Kosten der Erstberatung sowie der Folgegespräche werden übernommen.

  Zudem können verschiedene Beratungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen (für die zu Pflegenden sowie deren Angehörige) sowie Trauergruppen vermittelt bzw. benannt werden. Kosten für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und Gruppen fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.
- Einsatz eines Mediators mit Befähigung zur Pflege-Mediation: Unter Pflege-Mediation versteht man die Vermittlung zwischen den Angehörigen und/oder der zu pflegenden Person bei akuten emotionalen Stresssituationen im Zusammenhang mit der Pflege.

  Die Kosten für den Einsatz des Mediators werden übernommen.
- Vermittlung eines Umzugsunternehmens und eines Dienstleisters zur Wohnungsauflösung, wenn für die betroffene Person ein Umzug in ein Pflegeheim bevorsteht. Kosten für den Einsatz dieser Unternehmen fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.
- Einmal im Monat werden bei Bedarf für die zu pflegende Person eine mobile Fußpflege und ein mobiler Friseur vermittelt. Kosten für den Einsatz dieser Dienstleister fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.

3.2 Leistungsphase 2

Der Versicherungsfall in Leistungsphase 2 tritt ein, wenn für die versicherte Person Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wird. Der Versicherer ist berechtigt, darüber einen Nachweis, beispielsweise in Form eines ärztlichen Attests, zu verlangen.

Die Leistungspflicht endet mit der Anerkennung eines Pflegegrades oder der Ablehnung des Antrages durch die soziale Pflegeversicherung bzw. durch die private Pflegepflichtversicherung, spätestens jedoch 12 Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalls.

Für die versicherte Person muss unmittelbar nach Kenntnis der vermuteten Pflegebedürftigkeit ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt werden. Wird ein solcher Antrag nicht innerhalb einer Woche nach Eintritt des Versicherungsfalls gestellt, endet die Leistungspflicht des Versicherers bereits zu diesem Zeitpunkt.

Folgenden Leistungen werden in Leistungsphase 2 erbracht:

- Alle Leistungen aus Leistungsphase 1

Darüber hinaus werden folgende Dienstleistungen vermittelt und organisiert. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei innerhalb der Leistungsdauer von Leistungsphase 2 übernommen, insgesamt jedoch maximal 7.500 Euro.

- Die versicherte Person erhält bei Bedarf eine Grundpflege. Zu den Leistungen der Grundpflege zählen
  - Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen,
  - Hilfe beim An- und Auskleiden,
  - Hilfe beim Verrichten der Notdurft,
  - Lagerung im Bett,
  - Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen,
  - Zubereitung von Mahlzeiten
  - Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

Die Grundpflege ist maximal bis zu drei Stunden pro Tag erstattungsfähig.

- Einmal pro Woche wird innerhalb der Wohnung bzw. des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume sich nicht in einem verwahrlosten Zustand befinden. Übernommen werden die Kosten für die Reinigung bis maximal 3 Stunden je Woche.
- Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt. Übernommen werden die Kosten für die Versorgung der Wäsche bis maximal 3 Stunden je Woche.
- Bis zu zweimal in der Woche werden folgende Tätigkeiten durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht:
  - Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
  - Botengänge zur Bank oder zu den Behörden,
  - das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten in einer Apotheke,
  - der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie
  - das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

  Übernommen werden die Kosten für diese Dienstleistungen bis maximal 3 Stunden je Woche. Kosten für die Einkäufe werden nicht übernommen.

- Organisation und Kostenübernahme einer Essenlieferung. Je nach Verfügbarkeit erfolgt eine tägliche oder wöchentliche Anlieferung. Übernommen werden die Kosten für bis zu 7 Mahlzeiten je Woche für die Mitglieder des Haushalts der versicherten Person. Als Mitglieder des Haushalts gelten dabei neben der versicherten Person selbst deren Ehe- bzw. Lebenspartner sowie minderjährige Kinder.
- Zweimal in der Woche wird im Radius von maximal 20 Strecken-Kilometern ein Fahrdienst zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien organisiert und die Kosten des Fahrdienstes übernommen.
- Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf der Garten am selbstbewohnten Haus oder der selbstbewohnten Wohnung der versicherten Person versorgt. Voraussetzung ist, dass sich der Garten vor dem Leistungsfall nicht in einem verwahrlosten Zustand befand. Zu den Arbeiten zählen z. B. Rasen mähen, Laub entfernen und Pflanzen wässern. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt. Anfallende Gebühren und Kosten (z. B. für Strom, Wasser und Abtransport von Schnittgut) werden nicht übernommen.
- Bei Bedarf wird der Schnee rund um das selbstbewohnte Haus oder der selbstbewohnten Wohnung der versicherten Person geräumt. Hierzu zählt auch das Ausbringen von Streugut. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt. Anfallende Gebühren und Kosten (z. B. für Streugut) werden nicht übernommen.
- Bei Bedarf werden bis zu 3 Stunden je Woche allgemeine Hausdienste, die der versicherten Person im Rahmen der Hausordnung obliegen (z. B. Reinigung des Treppenhauses), übernommen.
- Organisation der Betreuung der im Haushalt der versicherten Person lebenden Kinder unter 16 Jahren, wenn die versicherte Person hierzu nicht in der Lage ist. Diese Leistung wird so lange erbracht, bis die Betreuung anderweitig übernommen werden kann, z. B. durch Verwandte. Übernommen werden die Kosten für bis zu 25 Stunden je Woche.
- Organisation der Betreuung der Haustiere der versicherten Person, sofern es sich um gewöhnliche Haustiere wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel etc. handelt. Die Kosten des Tiertransports und der Betreuung werden bis zu einem Betrag von 500 Euro übernommen.
- Information zu Pflegehilfsmitteln (z. B. Krankenbett, Rollstuhl, Gehhilfen) und den zugehörigen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung.
- Vermittlung der Installation einer Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger für die versicherte Person, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen hierfür vorhanden sind. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst. Übernommen werden die Kosten für die Installation, nicht jedoch für den laufenden Betrieb der Anlage.

Endet die Leistungsphase 2, können Leistungen aus der Pflegemonats- bzw. Pflegetagegeldversicherung in Anspruch genommen werden. Diese sind beim Versicherer zu beantragen. Ohne Antrag werden keine Leistungen aus der Pflegemonats- bzw. Pflegetagegeldversicherung erbracht.

3.3 Leistungsphase 3

Der Versicherungsfall in Leistungsphase 3 tritt ein, wenn für die versicherte Person Pflegebedürftigkeit besteht (AVB Teil I § 1a MB/EPV 2017).

Folgenden Leistungen werden in Leistungsphase 3 erbracht:

Im Rahmen der ambulanten Pflege der versicherten Person wird bis zu zwei mal pro Kalenderjahr ein Pflegedienst vermittelt, der die vorübergehende Betreuung des Pflegebedürftigen übernimmt (z. B. weil die Pflegeperson in diesem Zeitraum nicht zur Verfügung steht). Zeitraum und Dauer der vorübergehenden Betreuung können bei Inanspruchnahme der Leistung mit dem Assisteur vereinbart werden.

In der Regel wird diese Leistung innerhalb von 72 Stunden, oft sogar schneller, vermittelt. Es besteht kein Anspruch auf Entschädigung, falls dieser Zeitraum nicht eingehalten werden kann.

Die für die Betreuung durch den Pflegedienst entstehenden Kosten fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.

4. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

5. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.