

	PZTBest und PflegetagegeldBest – Fragen und Antworten Leistung	
	<p>➔ Die Antworten in dieser Liste gelten für den PZTBest, PZTB02, PZTB03, PZTA03 und PZTE03. Bei Abweichungen erfolgt ein Hinweis im Text.</p> <p>➔ Grundsatz: Die Leistungen der APKV-Pflegezusatztarife orientieren sich an den Leistungsentscheidungen der Pflegepflichtversicherung.</p>	
	Ausland	
	Fragen	Antworten
1	<p>Die Interessenten sind Österreicher, waren dort auch berufstätig und sind daher Mitglieder des österreichischen Pensionsvereins, dort gesetzlich als Rentner KV- versichert und damit auch nach dortigem Recht pflegeversichert. Aus familiären Gründen leben sie jetzt und in Zukunft in Deutschland.</p> <p>Basiert eine Allianzentscheidung über Leistungspflicht ausschließlich auf der Einstufung der österreichischen KV / PV, oder nach den Activities of Daily Livings (ADL- Richtlinien), wenn durch den Hausarzt bestätigt?</p>	<p>Wenn die Leistungen eines ausländischen Leistungsträgers den Stufen 0, 1, 2 oder 3 entsprechen, akzeptieren wir das. Im anderen Falle muss ein eigenes Feststellungsverfahren eingeleitet werden. Den Versicherten kostet das nichts. Wir werden also eine Begutachtung analog PPV durch den medizinischen Dienst der PPV veranlassen (§ 14 Absatz 3 AVB PZTBest, Ziffer 2.2.1.3 (2) PZTB02, Ziffer 2.2.1.2 (2) PZTB03), weil nur damit eine saubere Feststellung der Stufen 0, 1, 2 oder 3 möglich ist. Die Begutachtung erfolgt nach Begutachtungsrichtlinien, in denen die Vorgaben des SGB XI berücksichtigt sind. Damit werden auch die ADL gewürdigt, die im § 14 (3) SGB XI benannt sind. Eine Bescheinigung eines Hausarztes über die ADL werden wir nicht akzeptieren.</p>
2	<p>Bedingungsgemäß leistet der PZTBest auch in Österreich (Wohnsitz wird dorthin verlegt). Muss die Pflegebedürftigkeit dennoch in Deutschland von einem von uns beauftragten Arzt bzw. medizinischen Dienst festgestellt werden?</p> <p>Eventuelle Kosten, die durch die Überweisung der Leistungen auf ein ausländisches Konto anfallen, hat der Kunde zu tragen. Überweisungen auf Inlandskonten sind kostenfrei.</p>	<p>Wir leisten im EU / EWR-Ausland, also auch in Österreich.</p> <p>Zur Feststellungen der Pflegebedürftigkeit nutzen wir normalerweise die Einstufung der Pflegepflichtversicherung. Bei Bedarf wird auch ein vorliegendes Gutachten einer ausländischen Pflegeversicherung herangezogen. Sollte daraus der Versicherungsfall gem. AVB nicht ermittelt werden können oder es fehlen Nachweise anderer Leistungsträger, so ist die Feststellung von einem von uns beauftragten Arzt oder medizinischen Dienst zu treffen. Die Untersuchung erfolgt im Wohnbereich der versicherten Person (§ 14 Absatz 3 AVB PZTBest, Ziffer 2.2.1.3 (2) PZTB02 oder 2.2.1.2 (2) PZTB03.</p> <p>Die Begutachtung veranlassen wir in solchen Fällen durch den medizinischen Dienst der PPV, der auch im Ausland begutachtet.</p> <p>Für Überweisungen auf ein Inlandskonto fallen keine Kosten an (§ 15 Abs. 2 AVB PZTBest oder Ziffer 1.2.4 Teil A 1. Allgemeine Regelungen PZTB02, PZTB03). Innerhalb Europa sind auch</p>

		Überweisungen auf ein Auslandskonto kostenfrei.
3	<p>Ein Versicherter möchte später nach Norwegen auswandern. Er wird dann auch der dortigen Krankenversicherung angehören. Hat er einen Leistungsanspruch in Norwegen und wie wird dieser festgestellt. Wer trägt die Kosten für eine evtl. Begutachtung in Norwegen?</p>	<p>Wenn Abteilung Vertrag mit dem Versicherten eine Vereinbarung trifft, dass der Versicherungsschutz in das Ausland mitgenommen werden kann und der Versicherte tut das, stehen wir in der Leistungsverpflichtung.</p> <p>Es ist nicht bekannt, ob und nach welchen Regeln in Norwegen Leistungen zur Pflege erbracht werden. Gibt es die Entscheidung einer Krankenkasse (Pflege-)Kasse, ist zu prüfen, ob diese auf den PZTBest, PZTB02 oder PZTB03 übertragbar ist. Ansonsten bleibt nur ein eigenes Feststellungsverfahren durch den medizinischen Dienst der PPV. Die Kosten tragen wir.</p>
4	<p>Leistet der PTZ Best auch im Ausland oder beschränken sich die Leistungen nur auf die BRD ??</p> <p>Laut ARL besteht Versicherungsschutz auch in den Staaten des EU und EWR.</p> <p>Die AVB beschränken sich ausdrücklich auf die BRD.</p> <p>Was ist mit der Schweiz?</p>	<p>Die Tarifbedingungen sagen folgendes zur <u>Aufnahmefähigkeit</u> in diese Tarife:</p> <p>§ 1 oder Ziffer 2.1 PZTBest: wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?</p> <p>In den Tarif werden nur Personen aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.</p> <p>Analog: Ziffer 2.1 Tarifbedingungen PZTB02, PZTB03</p> <p>Das sagt noch nichts über den Geltungsbereich des Versicherungsschutzes aus. Dazu heißt es in den AVB:</p> <p>§ 2 PZTBest: Welchen örtlichen Geltungsbereich hat der Versicherungsschutz?</p> <p>Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege und – soweit hierfür Leistungen vereinbart sind – Betreuung und Beaufsichtigung wegen eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs in der Bundesrepublik Deutschland.</p> <p>Darüber hinaus erstreckt er sich auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wenn sich die versicherte Person dort aufhält.</p> <p>Analog: Tarifbedingungen Ziffer 1.1.6 PZTBest, PZTB02, PZTB03</p> <p>Es gibt also keinen Widerspruch AVB vs. ARL . Wir leisten auch nach AVB für Pflege in den EWR / EU-Staaten.</p> <p>Was nur auf Deutschland beschränkt ist, ist die individuelle Pflegebegleitung nach den Tarifbedingungen Ziffer 2.2.3 PZTBest, PZTB02 und PZTB03.</p> <p>Stichwort Schweiz: Die Schweiz ist in den PZTBest-AVB nicht genannt. Aufgrund eines bilateralen Staatenabkommens ist aber die Schweiz den EWR / EU-Staaten gleichgestellt. Deshalb leisten wir auch aus PZTBest für Pflege in der Schweiz.</p> <p>PZTB02, PZTB03: Die Schweiz ist in die AVB aufgenommen worden.</p>

		Weltgeltung PZTB02, PZTB03, PZTA03, PZTE03 siehe Frage / Antwort 7.
5	Werden bei Pflege im Ausland nur die ambulanten Pflegetagegeldsätze je nach Pflegestufe auch bei stationärer Pflege gezahlt?	Sagt die Pflegepflichtversicherung ein Pflegegeld entsprechend der jeweiligen Pflegestufe zu, handelt es sich um häusliche Pflege, unabhängig von der Örtlichkeit der Pflege. Wir zahlen das Pflegetagegeld also prozentual abgestuft. Sagt die Pflegepflichtversicherung Kostenerstattung für stationäre Pflege zu, zahlen wir natürlich 100 % in allen Pflegestufen. Besonderheit außereuropäisches Ausland: PZTB02 leistet unabhängig vom Pflegeort immer die Leistungssätze für häusliche Pflege. PZTB03 leistet immer wie bei Pflege in Deutschland.
6	Es gibt deutsche Grenzgänger , die in Deutschland wohnen, aber in Luxemburg arbeiten und somit auch dort sozialversichert sind. Kann diesem Personenkreis der PZTBest angeboten werden?	Es hat in der Tat bis Ende 2011 unterschiedliche Regelungen zur Versicherbarkeit von Grenzgängern gegeben. Seit dem 01.01.2012 können auch die Grenzgänger Luxemburg versichert werden.
7	Wenn die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt in Länder außerhalb Deutschlands, Europas und des EWR verlegt und die Allianz die Versicherung durch gesonderte Vereinbarung fortsetzt: Was muss der Kunde bzw. müssen wir machen, um die Regulierung (Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI) nach deutschem Standard sicherzustellen?	Für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im außereuropäischen Ausland gelten besondere, und tarifspezifisch unterschiedliche Regelungen. Grundsätzlich: Es muss immer Pflegebedürftigkeit mit einer Pflegestufe oder erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf vorliegen. PZTBest: Versicherungsschutz besteht nur in Deutschland, EU, EWR, einschließlich Schweiz. Als Nachweis für die Pflegebedürftigkeit genügt die Feststellung der sozialen und/oder privaten Pflegepflichtversicherung. Ist ein Nachweis in dieser Form nicht zu führen, muss die Feststellung der Pflegestufe oder des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs durch einen von uns beauftragten Arzt erfolgen (§ 14 Absatz 3 AVB oder Ziffer 2.2.1.3 (2) Tarifbedingungen). PZTB02: Mit der Tarifoptimierung zum 01.07.2014 besteht weltweiter Versicherungsschutz auf Antrag. Die Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit außerhalb der EU / des EWR erfolgt durch einen von uns beauftragten Arzt am Aufenthaltsort. Die Kosten werden von uns in der Höhe übernommen, die bei Begutachtung in Deutschland entstehen würden. PZTB03, PZTA03, PZTE03: Es besteht automatischer weltweiter Versicherungsschutz. Ansonsten gilt das zu PZTB02 gesagte.
Vollstationäre Pflege		
	Fragen	Antworten
8	Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um in Pflegestufe I auch 100% des versicherten Tagessatzes bei stationärer Pflege zu bekommen? Reicht die Feststellung der Pflegestufe aus oder muss explizit durch den medizinischen Dienst die stationäre Pflege angeraten werden?	Nach Ziffer 2.2.1.5 der Tarifbedingungen des PZTBest, PZTB02, PZTB03 wird bei vollstationärer Pflege der versicherte Tagessatz unabhängig von der Pflegestufe zu 100% gezahlt. An dieser Stelle wird nichts über die Notwendigkeit als Voraussetzung gesagt. Allerdings ist dafür Ziffer 2.2.1.3 der Tarifbedingungen PZTBest, PZTB02 oder 2.2.1.2 PZTB03 von Bedeutung.

		<p>Wenn die versicherte Person Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhält, sind für uns die dort getroffenen Feststellungen über...eine vollstationäre Pflegebedürftigkeit...maßgebend.</p> <p>In 2.2.1.3 bzw. 2.2.1.2 heißt es (verkürzt): Soweit eine Feststellung der gesetzlichen Pflegeversicherung fehlt...muss eine vollstationäre Pflegebedürftigkeit von einem von uns beauftragten Arzt des medizinischen Dienstes festgestellt werden.</p> <p>Damit ist klargestellt, dass der 100%ige Tagessatz für vollstationäre Pflege unabhängig von der Pflegestufe nur dann beansprucht werden kann, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die gesetzliche Pflegeversicherung Leistungen für vollstationäre Pflege zahlt (das darf sie nur bei Notwendigkeit) b) bei fehlender Feststellung der gesetzlichen Pflegeversicherung unser medizinischer Dienst (MEDICPROOF) die vollstationäre Pflegebedürftigkeit feststellt.
9	Sollte der medizinische Dienst die Notwendigkeit stationärer Pflege verneinen , bezahlen wir dann den Leistungsanspruch nach festgestellter Pflegestufe aus dem ambulanten Bereich?	Wenn tatsächlich vollstationäre Pflege nicht notwendig, also häusliche Pflege ausreichend ist, besteht ein tariflicher Anspruch auf die Leistungen der häuslichen Pflege
10	In den AVB heißt es, dass die stationäre Leistung des PZTBest gezahlt wird, wenn die SPV/PPV die stationäre Pflege anerkennt. Wenn ein alleinstehender Versicherter frühzeitig in eine Senioreneinrichtung zieht, er also seinen ersten und einzigen Wohnsitz dort hat, im Laufe der Jahre aber Pflegefall mit Pflegestufe 1 wird. Erhält er dann sofort die stationäre Leistung, oder wird, obwohl bereits im Heim lebend, „nur“ die ambulante Leistung ausbezahlt?	Analog zur Pflegepflichtversicherung ist entscheidend, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist. Dies wird im Zuge der Begutachtung geprüft und bewertet. Für die Frage der Leistungshöhe des Pflegetagegeldes ist daher die Entscheidung der Pflegepflichtversicherung maßgebend. Wenn die Begutachtung der Pflegepflichtversicherung Pflegestufe 1 und die Erforderlichkeit vollstationärer Pflege ergibt, also von der Pflegepflichtversicherung vollstationäre Pflegeleistungen nach Pflegestufe I zugesagt werden, leistet wir ein Pflegetagegeld für vollstationäre Pflege in Höhe von 100 %. Ergibt die Begutachtung der Pflegepflichtversicherung hingegen Pflegestufe 1 und keine Erforderlichkeit vollstationärer Pflege, so wird die Zusage der Pflegepflichtversicherung ambulante Pflegeleistungen nach Pflegestufe I umfassen. Wir leisten dann 30 % des Pflegetagegeldes für häusliche Pflege.
11	Ist die Pflege in einem Hospiz einer vollstationären Pflege gleichzusetzen?	Wenn die Pflegepflichtversicherung Leistungen für vollstationäre Pflege erbringt, werden 100 % des Tagessatzes gezahlt.
12	Ist die Pflege in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung einer vollstationären Pflege gleichzusetzen?	Die Kurzzeitpflege ist in den AVB nicht konkret aufgeführt (Ausnahme: PZTB03). Unter Berücksichtigung der Struktur einer Kurzzeitpflegeeinrichtung haben wir es mit einer vollstationären Einrichtung zu tun. Das heißt: Für den Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung werden 100 % des versicherten Tagessatzes gezahlt. Allerdings nur für vier Wochen, oder - wenn die Leistung der Verhinderungspflege noch

		offen ist- für acht Wochen im Kalenderjahr, denn für darüber hinausgehende Zeiten zahlt auch die Pflegepflichtversicherung die Leistungen der häuslichen Pflege, wie z.B. Pflegegeld und damit auch wir das prozentual gestufte Tagegeld je nach Pflegestufe.
Demenzleistungen		
	Fragen	Antworten
13	<p>Demenzleistung: Ist auch die Beaufsichtigung einbezogen (im Gesetzestext ist diese genannt) und in dem Versicherungstext taucht nur der erhebliche allgemeine Betreuungsbedarf auf aber eben nicht die Beaufsichtigung ?</p> <p>Zur Demenz fehlt der Hinweis, welcher Arzt die Demenz feststellt und nach welcher Stufe der "Reisberg-Skala" letztlich die Leistungspflicht der Versicherung eintritt.</p>	<p>Im SGB XI spricht man unter § 45 (1) von Personen, bei den ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist.</p> <p>In der Gesetzesüberschrift selbst und im Leistungsteil § 45b SGB XI allerdings spricht auch der Gesetzgeber nur von erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf.</p> <p>Deshalb muss damit auch die allgemeine Beaufsichtigung eingeschlossen sein. So deutlich steht es allerdings nicht im Gesetz. Hier handeln wir nach dem Gesetz der Logik.</p> <p>Im Rahmen der Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Pflegepflichtversicherung wird nicht der Umfang einer Demenz diagnostiziert, sondern nur festgestellt, ob ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf gegeben ist, und das anhand der Vorgaben, die im § 45 (2) SGB XI aufgelistet sind. Eine "Reisberg-Skala" spielt dabei keine Rolle.</p>
14	Wie wird eine Demenz bzw. Pflegestufe 0 festgestellt?	Grundsätzlich wird die Diagnose "Demenz" durch den jeweils behandelnden Facharzt festgestellt. Die Einstufung in eine der drei Pflegestufen ergibt sich aus dem Umfang der Pflegebedürftigkeit. Die Einstufung und / oder das Ausmaß eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfes wird nach einem Pflegegutachten des medizinischen Dienstes der Pflegepflichtversicherung von der Pflegekasse / Privaten Pflegepflichtversicherung festgelegt.
15	Leisten wir bei Pflegestufe „0“ (Demenz), wenn der Versicherte in einem Pflegeheim wohnt?	Ja, denn die PPV zahlt in diesem Fall auch das Pflegegeld.
16	<p>Eine Kundin möchte sich absichern und will bei Demenz der Familie nicht zur Last fallen und sich dann in eine vollstationäre Unterbringung begeben.</p> <p>Sie geht davon aus, mit einer Demenz eine Pflegestufe I-III zu bekommen, weil ein dementer Mensch ja gar nicht mehr für sich sorgen kann.</p>	Nein, wenn ausschließlich Demenz vorliegt, führt der zeitlich anrechenbare Hilfebedarf in der Regel nicht zu einer Anerkennung nach Pflegestufe I-III Da aber bei älteren Menschen auch weitere Erkrankungen vorliegen können, ist eine Einstufung in die Pflegestufen I-III möglich, wenn der zeitlich anrechenbare Hilfebedarf dann insgesamt die gesetzlichen Kriterien erfüllt.
Verschiedenes		
	Fragen	Antworten
17	Leistet der Tarif auch ohne Vorleistung der Pflegepflichtversicherung ?	Wir leisten auch ohne Vorleistung der Pflegepflichtversicherung. Allerdings führen wir dann ein eigenes Ermittlungsverfahren durch, indem wir die Pflegebedürftigkeit und die

		Pflegestufe durch einen ärztlichen Gutachter des medizinischen Dienstes feststellen lassen (§ 14 Absatz 3 AVB PZTBest oder Ziffer 2.2.1.3 PZTB02 oder 2.2.1.2 PZTB03)
18	Wie verhalten wir uns, wenn ein Versicherter die Leistungen aus seinem Pfl egetagegeldtarif verspätet geltend macht?	Die AVB der alten PZT-Tarife besagen, dass erst ab Antragstellung und bei verspäteter Meldung ab dem 1. des Antragsmonats geleistet wird (§ 4 PZTBest). Wir haben allerdings intern festgelegt, dass wir auch bei verspäteter Meldung immer rückwirkend ab dem Leistungsbeginn der gesetzlichen Pflegeversicherung das Pfl egetagegeld zahlen. Für die Tarife PZTB02, PZTB03, PZTA03, PZTE03 ist die rückwirkende Leistungspflicht in den AVB festgelegt (2.2.1.5. bzw. 2.2.1.6).
19	Leistet der Tarif auch in voller Höhe, wenn die Pflegepflichtversicherung Ihre Leistungen kürzt oder im Extremfall streicht?	Eine Kürzung oder Streichung in der Pflegepflichtversicherung kommt beim Pflegegeld vor, wenn der Beratungseinsatz nach § 37,3 SGB XI nicht abgerufen wurde. In den Pfl egetagegeldtarifen ist die Verpflichtung für einen Beratungseinsatz nicht verankert. Also zahlen wir die Leistungen ungekürzt weiter.
20	Ist es eine Obliegenheit des VN den stationären Aufenthalt anzuzeigen? Ergibt sich hier evtl. sogar ein Kündigungsrecht des VR, falls er den stationären Aufenthalt nicht anzeigt? Was ist eigentlich der Grund für die Leistungsfreiheit des Tarifes bei einer stationären Heilbehandlung?	Krankenhausaufenthalte müssen nicht angezeigt werden. Also kann es sich auch nicht um Obliegenheiten handeln. Der Grund für die Leistungseinschränkung: Wir wollten, dass die tatsächlichen Pflegeleistungen zu Hause oder im Pflegeheim versichert werden. Im Krankenhaus usw. erhält der Pflegebedürftige Vollpflege ohne Zuzahlung und ohne Einbeziehung von z.B. Angehörigen, so dass eine zusätzliche Absicherung gar nicht erforderlich ist. Sicher kann es Aufwendungen geben, die bei einem vorübergehenden Krankenhausaufenthalt weiterlaufen (Beispiel: Bettenfreihaltegebühr, aber auch, wenn man eine häusliche Pflegekraft eingestellt hat, die man weiter bezahlen muss). PZTB02, PZTB03, PZTA03: Das Pfl egetagegeld wird für die Dauer einer stationären Behandlung und Reha weiter gezahlt.
21	Wie und in welchen zeitlichen Abständen muss ein VN den Nachweis über die Fortdauer einer Pflegebedürftigkeit erbringen?	Es besteht keine Verpflichtung, einen Nachweis über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit zu führen. Besteht der PZTBest, PZTB02, PZTB03, PZTA03, PZTE03 neben der PPV bei der APKV, erkennen wir den Pflegeverlauf aus den Unterlagen der PPV. Für PZTBest,- PZTB02- und PZTB03-Alleinversicherte erfolgt eine regelmäßige Befragungsaktion. Dies sehen wir als Serviceleistung für den Fall, dass die Versicherten vergessen, uns über leistungsrelevante Veränderungen (Beispiel: höhere Pflegestufe) zu informieren.

22	<p>Gemäß AVB leisten wir nicht bei Versicherungsfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht werden oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind ...</p> <p>Wie verhält es sich in diesem Zusammenhang mit einem Zeitsoldaten, der vorübergehend in Afghanistan Dienst tut und dessen "erworbene" Behinderung nicht als Wehrdienstbeschädigung anerkannt wird ?</p>	<p>Aus Sicht von Leistung sind diese Fragen - ohne einen ganz konkreten Fall - fast nicht (jedenfalls nicht mit vertretbarem Aufwand) zu beantworten. Es wären Fragen zu klären wie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche "erworbene Behinderung" sollte nicht als Wehrdienstbeschädigung während eines Bundeswehreinsetzes in Afghanistan anerkannt werden? Was könnte das sein? - Ist derzeit in Afghanistan von einem Krieg auszugehen? <p>Wenn es also einen ganz konkreten Fall gibt, schicken Sie die vorhandenen Informationen - zusammen mit den Kundendaten an die Fachberatung Pflege des zuständigen Dienstleistungsgebietes.</p>
23	<p>Wird Bundeswehrsoldaten, die zeitweise auch in Krisengebieten zum Einsatz kommen, in diesem Tätigkeitsfeld grundsätzlich Versicherungsschutz angeboten?</p>	<p>für den angesprochenen Personenkreis könnten zwei Ausschlussgründe in Frage kommen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wir leisten nicht für Pflegebedürftigkeit, die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist. 2. Wir leisten nicht für Pflegebedürftigkeit, deren Ursache als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden ist. <p>Was die Sache nicht so einfach macht: Was ist unter Krisengebiet zu verstehen? Ich denke nicht, dass ein Krisengebiet gleichzeitig von einem Kriegsereignis betroffen sein muss. Es kann aber durchaus sein.</p> <p>Die Entsendung und der Aufenthalt in ein Krisengebiet bedeutet also nicht unbedingt Kriegseinsatz, so dass eine Pflegebedürftigkeit, die durch ein Ereignis dort verursacht wird, nicht automatisch mit einem Leistungsausschluss verbunden ist.</p> <p>Es kommt immer auf die tatsächlichen Umstände im Einzelfall an. Eine pauschale Aussage ist einfach nicht möglich.</p>
24	<p>Sind Leistungen aus dem Tarif pfändbar?</p>	<p>An sich sind Leistungen von Krankenkassen-/versicherungen, die zu Unterstützungszwecken gewährt werden, nicht bzw. nur bedingt pfändbar. Soweit nun die Leistungen zur echten Kostendeckung (z.B. Zahlung von Pflegeeinrichtung) dienen, dürften sie unpfändbar sein. Im Zweifel entscheidet das Vollstreckungsgericht. Werden aber nur reine (Pflege-) Tagesgeldleistungen gezahlt, sind diese pfändbar.</p>
25	<p>Gibt es den folgenden Passus in den AVB?</p> <p><i>Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.</i></p>	<p>Den angesprochenen Passus haben wir in den alten PZT-Tarifen, nicht aber im PZTBest, PZTB02, PZTB03, PZTA03, PZTE03. Dieser Passus ist für eine Pflegezusatzversicherung auch nicht zwingend erforderlich, denn die konkrete Prüfung bzw. Beobachtung eines Pflegefalles obliegt</p>

		primär der Pflegepflichtversicherung.
26	Erhält ein nach PTZBest, PZTB02 oder PZTB03 versicherter Kunde auch Leistungen, wenn die häusliche Pflege durch eine ausländische Pflegeperson erbracht wird?	Wir schauen nicht darauf, wer im häuslichen Bereich pflegt. Es hat für die Leistungen auch keine Bedeutung. Solange die Pflegepflichtversicherung Pflegegeld zahlt, zahlen auch wir. Konkret: Wir zahlen auch, wenn eine ausländische Pflegeperson pflegt.
27	Werden Versicherungsleistungen auch im Fall einer Pflegebedürftigkeit durch Unfall oder bei Vorsatz gewährt?	Ja
28	Wie wirken sich Zurückstufungen in der Pflegestufe durch den MDK aus?	Die Versicherten müssen uns informieren. In diesen Fällen werden dann auch die Leistungen entsprechend der niedrigeren Pflegestufe angepasst. Der Zeitpunkt der Anpassung richtet sich nach der Leistungsentscheidung der SPV / PPV.
29	Was würde passieren, wenn sich von Seiten der Politik Änderungen bezüglich der Einstufung in die bekannten Pflegestufen ergeben und diese somit nicht mehr als Basis für Versicherungsleistungen herangezogen werden könnten (Neuordnung der Pflege)?	Es gibt eine -dem Vertrieb bekannte- "Pflege-Privatgarantie" mit folgender Aussage: "Zukunftssicherheit dank Pflege-PrivatGarantie. Wenn der Gesetzgeber im Rahmen von Reformen Leistungselemente der Pflege-Pflichtversicherung ändert und die Allianz Private Krankenversicherung daraufhin einen neuen Tarif einführt, haben Sie auf jeden Fall bis zum 31.12. 2018 die Möglichkeit, ohne erneute Gesundheitsprüfung in diesen Tarif zu wechseln." Für Versicherte, die in diesem Fall ihren alten Tarif behalten, muss natürlich eine Anpassung der Leistungsmerkmale erfolgen. Wie das dann umgesetzt wird, kann heute natürlich noch nicht gesagt werden.
30	PZT vs. Sozialamt: Die Versicherungsleistung steht ja dem VN zur freien Verwendung und ist nicht Zweck- oder Kostengebunden... Macht es einen Unterschied ob der VN das Geld behält und nach der Prüfung durch das Sozialamt erst hernimmt oder gleich zur Kostendeckung einsetzt?	Jemand ist pflegebedürftig und erhält Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung, die natürlich zur Kostendeckung nicht ausreichen. Also gibt es die Möglichkeit, Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff SGB XII beim Sozialhilfeträger zu beantragen. In diesem Fall wird der Sozialhilfeträger natürlich die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des/der Pflegebedürftigen und seines/seiner Partner(in) und der Kinder prüfen. Was jetzt die Pfl egetagegeldversicherung anbelangt: Beim Antrag auf Hilfe zur Pflege wird man auf alle Fälle das Bestehen einer Pfl egetagegeldversicherung angeben müssen, egal wann und wofür das Geld ausgegeben wird. Behält man das Geld zur freien Verfügung, gehört es zur Vermögensmasse, die man offenlegen muss. Setzt man das Pfl egetagegeld zur Deckung der Pflegekosten ein und es verbleiben immer noch Restkosten, wird die Hilfe zur Pflege durch den

		<p>Sozialhilfeträger entsprechend geringer ausfallen (müssen). Realistischerweise ist davon auszugehen, dass der Sozialhilfeträger verlangt, dass das Pfl egetagegeld zur Deckung der Pflegekosten verwendet wird. Alles andere wäre illusorisch. Die freie Verfügbarkeit des Pfl egetagegeldes findet hier ihre Grenzen.</p>
31	<p>Es gehört zu den Obliegenheiten, andere PZT im Antrag anzugeben. Erfolgt eine Prüfung im Leistungsfall und wie ?</p>	<p>Grundsätzlich beinhaltet die Leistungsprüfung auch eine Prüfung auf Doppelversicherung. Das heißt aber nicht, dass diese Fragestellung immer und in allen Fällen zu prüfen ist. Vorrangig gehen wir von einem lauterer Kunden aus, der alle Obliegenheiten erfüllt. Eine Prüfung erfolgt nur dann, wenn es Anhaltspunkte oder Hinweise auf eine Doppelversicherung gibt. Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen des Antrages auf Leistungen erwähnt der Kunde etwas über eine andere Versicherung. • Aus Anlass einer negativen Entscheidung durch uns verweist der Kunde auf die gegenteilige Entscheidung einer anderen Versicherung. • Der Kunde schickt uns statt der Leistungsentscheidung der gesetzlichen Pflegeversicherung die Leistungsentscheidung der anderen Pflegezusatzversicherung.
32	<p>Warum ist ADL bei uns nicht aufgenommen ? Womit ist man als Versicherter besser "bedient"- ADL oder SGB ?</p>	<p>Die ADL heißen auf deutsch "Die Aktivitäten des täglichen Lebens - ATL". Man spricht hier von den Alltagsverrichtungen. Alltagsverrichtungen sind auch im Recht der gesetzlichen Pflegeversicherung von Bedeutung. Die bei der Pflegeversicherung maßgeblichen Verrichtungen decken sich aber nur zu einem geringen Teil mit den Aktivitäten des täglichen Lebens. Bei der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit wird darauf abgestellt, in welchem Ausmaß ein Versicherter bei den <u>gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens</u> der Hilfe bedarf. Dazu gibt es einen Katalog von 21 Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung. Das Ausmaß der Hilfebedarfe ist der Gradmesser für die Einstufung des pflegebedürftigen Versicherten in eine Pflegestufe. Das hat der Gesetzgeber so festgelegt.</p> <p>Bei der Schaffung des PZT und der Folgeprodukte war es nur sachlogisch, sich der gesetzlichen Definition anzuschließen. Nur so war eine saubere Leistungstransparenz zu schaffen und auch der Bearbeitungsprozess in der</p>

		<p>Leistungsbearbeitung für die Kunden und uns wirtschaftlich zu gestalten.</p> <p>Wären wir bei den PZT und den Folgeprodukten in eine Punktesystematik gegangen, wie wir Sie bei den alten Pflgetarifen 595 und 596 kennen oder die ADL für sich allein bewerten wollen, hätte das zur Folge, dass wir nicht die Entscheidung der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkennen könnten. Die Versicherten müssten sich also einer weiteren Begutachtung unterwerfen, was denen bestimmt keine Freude bereiten würde.</p> <p>Mit welcher Systematik ein Kunde besser gestellt sein würde, kann ich nicht sagen. Es gibt in dieser Richtung keine Erhebungen. Das SGB-System hat sich einfach durchgesetzt.</p>