Hallesche
ALH Gruppe

Ihre Vertragsunterlagen zur Pflegezusatzversicherung Tarif OLGAflex und des staatlich geförderten Tarifs FÖRDERbar

- Wichtige Hinweise und Erklärungen des Anmeldenden und der zu versichernden Person
- Widerrufsbelehrung zur Zusatzversicherung
- Verbraucherinformation
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung – Inland
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung
- Information zu Tarif FÖRDERbar
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung
- Tarif OLGAflex
- Information zu Tarif OLGAflex

Hallesche
ALH Gruppe

Wichtige Hinweise und Erklärungen des Anmeldenden und der zu versichernden Person

Allgemeine Vertragsbedingungen/ Verbraucherinformation

Die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die gesetzliche Information nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung sowie der Hinweis auf das Widerrufsrecht müssen Ihnen von Ihrem Vermittler rechtzeitig vor Ihrer Vertragserklärung vollständig ausgehändigt werden.

Falls Sie auf die Aushändigung dieser Unterlagen zu diesem Zeitpunkt nicht ausdrücklich verzichtet haben, dann bestätigen Sie bitte den Erhalt der genannten Unterlagen auf der Empfangsbestätigung und senden Sie uns diese mit Ihrer Anmeldung zu.

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Übertragung von Rechten und Pflichten

Die Rechte und Pflichten aus diesem Versicherungsverhältnis werden vom Versicherungsnehmer auf den Hauptversicherten übertragen, insbesondere die Pflicht zur Beitragszahlung. Einzelheiten ergeben sich aus den Zusatzbedingungen sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Kundengeldsicherung

Versicherungsvertreter der Hallesche Krankenversicherung sind nicht bevollmächtigt Zahlungen, die der Versicherungsnehmer/Hauptversicherte an sie leistet, anzunehmen, es sei denn, die Hallesche Krankenversicherung hat dem Versicherungsvertreter eine schriftliche Vollmacht hierüber erteilt.

Mitversicherung ab Geburt

Mir ist bekannt, dass die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Risikoprüfung möglich ist, wenn die Voraussetzungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorliegen.

Eintrittsalter

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt oder geändert wird.

Versicherungsbeginn

Der Versicherungsbeginn kann nur zum 1. eines Monats, jedoch nicht rückwirkend beantragt und nicht länger als 6 Monate vorausdatiert werden.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass mit Eingang der Anmeldung bei der Hallesche Krankenversicherung der Versicherungsvertrag zu Stande kommt. Versicherungsschutz besteht - vorbehaltlich einer eventuell vereinbarten Gesundheitsprüfung - ab dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Eingang der Anmeldung bei der Hallesche Krankenversicherung. Abweichend hiervon kann der Versicherungsbeginn bis zu zwei Monate vor Zugang der Anmeldung bei der Hallesche Krankenversicherung liegen, wenn die Allgemeinen Versicherungsbedingungen dies vorsehen. Die Beiträge sowie ggf. erforderliche Risikozuschläge sind ab dem Versicherungsbeginn zu bezahlen.

Widerrufsbelehrung zur Zusatzversicherung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **die Versicherungsbestätigung,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen – sofern und soweit diese Informationen nach der Art des Gruppenversicherungsvertrages möglich sind –**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Hallesche Krankenversicherung a. G.
Löffelstraße 34 – 38, 70597 Stuttgart (Degerloch)

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0711 6603-333

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des in der Versicherungsbestätigung ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. *(sofern eine Betreuung durch einen Third Party Administrator erfolgt)* die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

   b) *(sofern eine Betreuung durch einen Third Party Administrator erfolgt)* jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
5. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ihre
Hallesche Krankenversicherung

Hallesche
ALH Gruppe

Verbraucherinformation

Ihr Vertragspartner – die Hallesche

Sie schließen Ihren Versicherungsvertrag mit der Hallesche Private Krankenversicherung, in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit, mit Sitz in Stuttgart.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in allen Arten.

Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart
(Handelsregisternummer 2686)

Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift

Hallesche Krankenversicherung a. G.
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Löffelstraße 34 – 38
70597 Stuttgart (Degerloch)

Vorstandsvorsitzender: Christoph Bohn

Postanschrift

Hallesche Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

Sie erreichen uns per Telefon, Fax, E-Mail und im Internet

Telefon: 0711 6603-6603, Fax: 0711 6603-333,
E-Mail: service@hallesche.de, Internet: www.hallesche.de

Sicherungsfonds

Die Hallesche gehört dem Sicherungsfonds der privaten Krankenversicherer an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient. Die Postanschrift lautet: Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Aufsichtsbehörde

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Wesentliche Merkmale Ihrer Versicherung

Für die Versicherung gelten die gültigen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewählten Tarife:

- Der Tarif (sowie ggf. Sonderbedingungen) beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ergänzen die tariflichen Regelungen.
- Sind Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung vereinbart, dann ergänzen oder ändern diese die jeweils gültigen AVB.

Die wesentlichen Merkmale Ihrer Versicherungsleistung lesen Sie auf der ersten Seite des Tarifs, die genauen vertraglichen Inhalte im Tarif und in den AVB unter „Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“, „Umfang der Leistungspflicht“ und „Einschränkung der Leistungspflicht“ sowie in den Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung unter „Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes“.

Die Versicherungsleistungen sind fällig, sobald die notwendigen Erhebungen zu Ihrem Versicherungsfall abgeschlossen sind. Unsere Leistungspflicht ist erfüllt, wenn die Überweisung auf dem Konto des Versicherungsnehmers oder einer empfangsberechtigten Person gutgeschrieben wird. Die genauen Vereinbarungen zur Fälligkeit der Versicherungsleistungen finden Sie in den AVB unter „Auszahlung der Versicherungsleistungen“.

Gesamtpreis Ihrer Versicherung

Den Gesamtpreis für Ihre Versicherung lesen Sie auf der Anmeldung beziehungsweise auf der Ihrem Vertragsangebot beigefügten Versicherungsbestätigung. Darüber hinaus fallen keine zusätzlichen Kosten, Steuern oder Gebühren an. Der Beitrag auf Ihrer Versicherungsbestätigung kann von der Anmeldung abweichen, wenn dieser beispielsweise auf der Anmeldung falsch angegeben wurde. Einen möglichen Risikozuschlag vereinbaren wir in einer gesonderten schriftlichen Erklärung mit Ihnen. Liegt Ihnen bereits ein Vertragsangebot der Hallesche vor, ist dieser, soweit erforderlich, schon berücksichtigt.

Beitragszahlung

Ihr Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Für welchen Zahlungsweg (Lastschriftverfahren oder Überweisung) und welche Zahlungsweise (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) Sie sich entscheiden, können Sie auf Ihrer Anmeldung vermerken bzw. haben Sie uns bereits in Ihrer Angebotsanforderung mitgeteilt.

Die erste Zahlung ist spätestens bis zum Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns fällig.
Bitte beachten Sie: Bei der kurzfristigen Auslandsreisekrankenversicherung ist jeweils der gesamte Jahres- bzw. Einmalbeitrag fällig, und es ist nur das Lastschriftverfahren möglich. Die genauen Regelungen zur Fälligkeit des Versicherungsbeitrages lesen Sie in den AVB unter „Beitragszahlung“.

Zustandekommen Ihres Versicherungsvertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie Sie Ihren Versicherungsvertrag mit uns schließen:

1. Sie haben alle vertragsrelevanten Unterlagen vor Abgabe Ihrer Anmeldung erhalten oder ausdrücklich darauf verzichtet?
   Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie von uns eine schriftliche Annahmeerklärung oder Ihre Versicherungsbestätigung erhalten. Die Hallesche verpflichtet sich, keine ordnungsgemäße Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag zurückzuweisen.
2. Sie haben bei der Hallesche eine Angebotsanforderung gestellt und danach ein Vertragsangebot erhalten?
   Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie die Anmeldung (Annahmeerklärung) und die Empfangsbestätigung unterschreiben und fristgerecht sowie ohne Änderungen an die Hallesche zurücksenden. Entscheidend ist das Datum des Eingangs Ihrer Anmeldung (Annahmeerklärung) bei der Hallesche.

Beginn Ihres Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer, jedoch nicht vor dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten und nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenversicherungsvertrages.
Abweichend hiervon kann der Versicherungsbeginn bis zu 2 Monate vor Zugang der Anmeldung bei der Hallesche Krankenversicherung liegen, wenn die AVB dies vorsehen.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird insgesamt nicht geleistet, es sei denn, die Versicherungsfälle treten nach dem Vertragsschluss, aber noch vor dem Versicherungsbeginn ein.
Diese Versicherungsfälle sind nicht insgesamt, sondern nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in den Zeitraum zwischen Vertragsschluss und Versicherungsbeginn oder Wartezeiten fällt.

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach Vollendung der Geburt – vorbehaltlich der fristgerechten Anmeldung und weiterer in den AVB genannten Voraussetzungen.

Weitere Informationen zum Beginn des Versicherungsschutzes lesen Sie in den AVB unter „Beginn des Versicherungsschutzes“ und, soweit vorgesehen, unter „Wartezeiten“ sowie – je nach gewähltem Tarif – im Kapitel „Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“ und in den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag unter „Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes“ und unter „Wartezeiten“.

Vertragslaufzeit und Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung

Ihr Versicherungsvertrag ist unbefristet. Ausnahmen gibt es in den Ausbildungs-, Auslands- und Optionstarifen, sowie in Tarif plus.U und in der Krankentagegeldversicherung. Die Ausnahmen sind in den jeweiligen Versicherungsbedingungen geregelt.

Die Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen, lesen Sie – je nach gewähltem Tarif – in den AVB unter „Kündigung/Abmeldung durch den Versicherungsnehmer“, „Ende der Versicherung“, „Sonstige Beendigungsgründe“, „Weiterversicherung“, „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ und „Kündigung durch den Versicherer“. Im letztgenannten Kapitel ist auch festgeschrieben, welche Mindestvertragsdauer gilt. In den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag finden Sie unter „Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag“ und „Weiterversicherung“ weitere Regelungen zur Vertragsbeendigung.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur fristlosen Kündigung des Vertrags aus wichtigem Grund (bspw. Betrug) nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften.

Der Versicherer ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben im Falle einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten oder zu kündigen. Im Falle einer arglistigen Täuschung bei Vertragsschluss kann der Versicherer außerdem den Versicherungsvertrag anfechten.

Im Falle des Rücktritts wegen Nichtzahlung des Erstbeitrages berechnet der Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr von derzeit 75 €.

Die Kündigung gegenüber dem Versicherer bedarf der Textform und ist an die Hallesche Krankenversicherung zu richten.

Vertragssprache, anwendbares Recht, Gerichtsstand

Die Sprache für das Vertragsverhältnis und für die Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch, sofern nichts anderes vereinbart wurde. Auf Ihren Versicherungsvertrag ist deutsches Recht anwendbar. Den Gerichtsstand lesen Sie in den AVB unter „Gerichtsstand“.

Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, lassen Sie uns dies bitte wissen. Wir finden gerne eine gemeinsame Lösung mit Ihnen.

Hallesche Service-Telefon: 0711 6603-6603, Fax: 0711 6603-333, E-Mail: service@hallesche.de

Sie können daneben aber auch kostenfrei eine außergerichtliche Streitschlichtung in Anspruch nehmen.

Außergerichtliche Streitbeilegung

Die Hallesche Krankenversicherung a. G. nimmt am Schlichtungsverfahren der Verbraucherschlichtungsstelle „OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung“ teil, die Sie wie folgt erreichen können:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Telefon: 0800 2550-444 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)
Telefax: 030 2045-8931
E-Mail: ombudsmann@pkv-ombudsmann.de
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren beim Ombudsmann ist, dass
- bereits eine Stellungnahme der Hallesche Krankenversicherung a. G. vorliegt und
- die Streitigkeit nicht bereits beigelegt ist und
- der Wert des Streitgegenstands mindestens 50 € beträgt und
- der Anspruch nicht bereits verjährt ist und sich der Versicherer auf die Verjährung beruft und
- nicht bereits ein Verfahren bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle anhängig ist oder war und
- der Vorgang noch nicht an ein Gericht weitergeleitet wurde, es sei denn, das Gericht hat zur Durchführung des Schlichtungsverfahrens beim Ombudsmann das Ruhen des Verfahrens angeordnet, und
- kein vom Gericht wegen Aussichtslosigkeit der Rechtsverfolgung abgewiesener Prozesskostenhilfeantrag vorliegt.

Der Antrag zur Einleitung des Schlichtungsverfahrens ist in Textform beim Ombudsmann einzureichen.

Wenn Sie Ihren Vertrag online, beispielsweise über unsere Internetseite, abgeschlossen haben, steht Ihnen die von der Europäischen Kommission eingerichtete Plattform zur Online-Streitbeilegung zur Verfügung. Die Plattform ist unter folgendem Link zu erreichen: http://ec.europa.eu/consumers/odr/

Sie können sich außerdem an unsere Aufsichtsbehörde wenden:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt in jedem Fall erhalten.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Stand Juni 2023

Hallesche Krankenversicherung aG Deutschland

Tarife FÖRDERbar., OLGAflex

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Aussagen, die sich nur auf einen bestimmten Tarif beziehen, ist die Tarifbezeichnung vorangestellt; alle anderen Aussagen betreffen alle Tarife. **Diese Informationen sind nicht abschließend.** Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

private Pflegeversicherung, die den gesetzlich vorgesehenen Pflegeversicherungsschutz ergänzt

Was ist versichert?

FÖRDERbar.:

- ✓ Pflegetagegeld in Abhängigkeit des Pflegegrades

OLGAflex:

- ✓ Pflegetagegeld in Abhängigkeit des Pflegegrades bzw. 100% bei vollstationärer Pflege ab Pflegegrad 2
- ✓ Assistance: Benennung/Vermittlung von Dienstleistern
- ✓ Mehrfachleistung: einmalig 3-facher versicherter Tagessatz bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 4 bzw. 5; 150 Tage zusätzliches Pflegetagegeld bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit
- ✓ bei Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 4 bzw. 5 wird die tarifliche Leistung um den zu zahlenden Beitrag aufgestockt

Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir leisten nicht, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Das gilt auch für die daraus resultierenden Folgen.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

FÖRDERbar:

- ! es gilt die Einstufung der Pflege-Pflichtversicherung

OLGAflex:

- ! maßgeblich für tarifliche Leistung ist die Einstufung durch die Pflege-Pflichtversicherung bzw. einen beauftragten Gutachter

Wo bin ich versichert?

- ✓ **FÖRDERbar.:** Im Ausland wird das versicherte Pflegegeld nur gezahlt, wenn die gesetzliche Pflegeversicherung dort ebenfalls Leistungen erbringt. In der Europäischen Union und in Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums sowie der Schweiz ist das regelmäßig der Fall.
- ✓ **OLGAflex:** Sie haben weltweiten Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

… vor Vertragsschluss

- Beantworten Sie unsere Fragen im Rahmen der Antragstellung oder Angebotsanforderung wahrheitsgemäß. Fehlende, falsche oder bagatellisierte Angaben können dazu führen, dass wir vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder eine nachträgliche Anpassung des Vertrags vornehmen. Detaillierte Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ des jeweiligen Antrags/Vertragsangebots.

… während der Vertragslaufzeit

- Informieren Sie uns bitte, wenn Sie den Abschluss oder die Erhöhung eines gleichartigen Versicherungsschutzes bei einer anderen privaten Versicherung planen.
- **FÖRDERbar.:** Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn die Versicherungs- und/oder Förderfähigkeit entfällt, insbesondere wenn die gesetzliche Pflegeversicherung nicht mehr besteht.
- Kommen Sie Ihren Pflichten während der Vertragslaufzeit nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder vollständigen Leistungskürzung führen. In der Zusatz- und Pflegeversicherung kann es sogar zu einer Kündigung des Vertrages kommen.

… bei Eintritt des Versicherungsfalls

- Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen. Dazu zählt auch je nach Tarif die Vorlage von Rechnungen, Rezepten und Bescheinigungen.

Wann und wie zahle ich?

- Sie müssen den ersten Beitrag spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach vereinbarter Zahlungsweise (z.B. monatlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.
- Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen (Vollversicherung). Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

- Im Versicherungsschein steht der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz.
  FÖRDERbar.: Die Wartezeit beträgt 5 Jahre. Sie entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.
  OLGAflex: Es gibt keine Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren möglich.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die Hallesche zu richten.

Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung – Inland

Fassung Januar 2024

English version:
www.hallesche.de/zusatzbedingungen-inland-mg103uE.pdf

Diese Zusatzbedingungen ergänzen oder ändern für Versicherungsverhältnisse im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Einzelversicherung.

§ 1 Versicherungsfähigkeit, Versicherungsnehmer, versicherte Personen

(1) Versicherungsfähig sind alle Personen, die nach dem jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag versicherbar sind und die sonstigen Tarif- und Aufnahmevoraussetzungen erfüllen.

(2) Versicherungsnehmer ist die Gruppenspitze als der Vertragspartner des Versicherers.

(3) Hauptversicherte sind die nach den Vereinbarungen des Gruppenversicherungsvertrages bestimmten Personen, soweit sie dem Versicherer gemeldet sind.

(4) Mitversicherte Personen sind die Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Kinder und sonstige nach dem Gruppenversicherungsvertrag mitversicherbaren Personen, soweit sie zum Versicherungsschutz angemeldet sind.

(5) Sofern und soweit die Gruppenspitze als Versicherungsnehmer die ihr zustehenden Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis auf den Hauptversicherten übertragen hat, und diese vom Hauptversicherten übernommen wurden, gelten die den Versicherungsnehmer betreffenden Regelungen gleichermaßen für den Hauptversicherten.

§ 2 Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag ist auf dem jeweiligen Formblatt (Anmeldung) des Versicherers zu erklären; die gestellten Fragen sind für alle zu versichernden Personen vollständig zu beantworten.

(2) Der Versicherer verpflichtet sich, keine ordnungsgemäße Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag zurückzuweisen.

(3) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer, jedoch nicht vor dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten und nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenversicherungsvertrages.

(4) Der in der Anmeldung genannte Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) darf nicht mehr als 6 Monate, vom Datum der Anmeldung angerechnet, in der Zukunft liegen.

(5) Für Versicherungsfälle, die vor Zugang der Anmeldung beim Versicherer eingetreten sind, und für Versicherungsfälle, die auf ein erhöhtes Risiko (z.B. Vorerkrankungen, Beruf, Sport) zurückzuführen sind, wird ab Beginn des Versicherungsschutzes nur dann geleistet, wenn sie dem Versicherer mit einer Gesundheitserklärung (s. Abs. 6) ordnungsgemäß angezeigt worden sind, und der Versicherer für sie keinen Ausschluss vom Versicherungsschutz in der Versicherungsbestätigung erklärt oder erklärt hat.

(6) Versicherungsschutz für die ausgeschlossenen Versicherungsfälle wird durch die Abgabe einer Gesundheitserklärung beantragt. Für deren Mitversicherung können Besondere Bedingungen (z.B. Risikozuschläge, Leistungshöchstbeträge) vereinbart werden.

(7) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, diesen Zusatzbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(8) Der Versicherer stellt für jeden Hauptversicherten einen Versicherungsschein als Versicherungsbestätigung aus.

(9) Die Leistungseinschränkung für Verwandtenbehandlungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (§ 5 Abs. 1g)) gilt auch für die speziellen Gruppenversicherungstarife GAZ/ Gruppe, HIT/Gruppe, KKHB/Gruppe, DENT/Gruppe, PROZAHN/Gruppe, PROZAHN.Premium/Gruppe und ZahnZusatz/Gruppe.

§ 3 Wartezeiten

Es entfallen die in Teil I und Teil II der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung genannten allgemeinen und besonderen Wartezeiten ersatzlos, soweit die jeweiligen Tarife nichts Gegenteiliges vorsehen.

§ 4 Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages. Dies gilt auch während einer eventuell vereinbarten Mindestvertragslaufzeit.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet ferner hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen über die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Gründe hinaus mit

a) dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis;

b) der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Zweck der Weiterversicherung in der Einzelversicherung nach Tarifen, die dem Gruppenversicherungsvertrag nicht zugrunde liegen (z.B. im Standardtarif oder im Basistarif).

(3) Betreffen die Beendigungsgründe den Hauptversicherten, so endet das Versicherungsverhältnis auch für die mitversicherten Personen.

§ 5 Weiterversicherung

(1) Endet die Versicherung einzelner mitversicherter Personen, so haben diese das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Hauptversicherten im Gruppenversicherungsvertrag in unmittelbarem Anschluss fortzusetzen, sofern dort weiterhin die Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses abzugeben.

(2) Endet die Versicherung einzelner versicherter Personen, so haben sie das Recht, die Versicherung – sofern die tariflichen Voraussetzungen dazu gegeben sind – nach den gültigen gleichartigen Tarifen des Versicherers in unmittelbarem Anschluss fortzusetzen, wenn die Fortsetzung der Versicherung innerhalb zweier Monate nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag bei dem Versicherer beantragt wird. Ausgenommen von der Weiterversicherung nach Satz 1 sind Personen, die das Ende der Versicherung gemäß § 13 (bzw. bei Tarif URZ. nach § 2 Nr. 2 und bei Tarif *plus*.Z nach § 14) der jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen selbst bewirkt haben oder bei denen das Versicherungsverhältnis außerordentlich wegen Obliegenheitsverletzungen beendet wurde.

In den Fällen, in denen die Versicherung durch Kündigung wegen Zahlungsverzugs des Hauptversicherten endet, steht das Weiterversicherungsrecht nach Satz 1 nur den mitversicherten Personen und nur in der Krankheitskostenversicherung und der Pflegekrankenversicherung zu.

(3) Endet das Versicherungsverhältnis gemäß § 4 Abs. 2c) der Zusatzbedingungen aufgrund der Fortsetzung im Basistarif, besteht für die versicherten Personen kein Weiterversicherungsrecht nach Abs. 1 und Abs. 2.

(4) In den Fällen, in denen eine Krankheitskosten- oder Pflegekrankenversicherung durch Kündigung wegen Zahlungsverzugs des Hauptversicherten endet, enden die Weiterversicherungsrechte nach Abs. 1 und Abs. 2 erst zwei Monate nachdem die mitversicherten Personen von der Kündigung und ihrem Recht auf Fortsetzung Kenntnis erlangt haben.

(5) Bei der Weiterversicherung wird die Zeit, während der die versicherte Person im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf etwaige Wartezeiten oder Fristen angerechnet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss erklärt werden.

(6) Wurde für die Dauer des Versicherungsschutzes im Gruppenversicherungsvertrag auf besondere Bedingungen (z.B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss, Verzicht auf Zahnstaffel, Leistungseinschränkung)

verzichtet, so werden diese mit der Weiterversicherung wirksam.

(7) Wird ein Gruppenversicherungsvertrag durch den Versicherer gekündigt, einvernehmlich aufgehoben oder endet der Gruppenversicherungsvertrag wegen Unterschreitens der im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Mindestpersonenzahl, so haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Dies gilt auch bei einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer, wenn kein neuer Versicherungsnehmer benannt wird. Die versicherten Personen werden vom Versicherer über diese Kündigung, Aufhebung oder Beendigung und das Weiterversicherungsrecht in Textform informiert. Das Weiterversicherungsrecht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von ihm Kenntnis erlangt hat.

(8) Für die Weiterversicherung nach dem Standardtarif bzw. Basistarif gelten die jeweiligen Ausführungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum Wechseln in den Standardtarif bzw. in den Basistarif.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG]

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person 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.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Wesentliche Merkmale des Tarifs FÖRDER*bar*

Pflegemonatsgeld

- in Abhängigkeit des Pflegegrades für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit

Staatliche Förderung

- monatliche staatliche Förderung in Höhe von 5 € für jede versicherte Person

---

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Teil I Musterbedingungen 2017 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2017)
Teil II Tarif mit Tarifbedingungen

Fassung Januar 2024

Inhalt

§ 1 Versicherungsfähigkeit 2
§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten 2
§ 2b Hinweispflichten des Versicherers 2
§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes 2
§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes 3
§ 5 Wartezeit 3
§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht 3
§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen 4
§ 8 Ende des Versicherungsschutzes 4
§ 9 Beitragszahlung 4
§ 10 Beitragsberechnung 5
§ 11 Beitragsanpassung 5
§ 12 Überschussbeteiligung 5
§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit 6
§ 14 Obliegenheiten 6
§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen 6
§ 16 Aufrechnung 6
§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer 6
§ 18 Kündigung durch den Versicherer 7
§ 19 Sonstige Beendigungsgründe 7
§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen 8
§ 21 Gerichtsstand 8
§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 8
§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit 8
§ 24 Kindernachversicherung 9
§ 25 Mehrfachversicherung 9
§ 26 Anwartschaft 9
§ 27 Übergangsregelung 10
Anhang - Gesetzestexte 11

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

I

(1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die

- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
- für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.

Die §§ 23 Abs. 2 Nr. 6, 24 und 26 Abs. 4 bleiben unberührt.

(2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die

- vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
- das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

I

(1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

(2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

I

(1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagenummer für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Abs. 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), teilt der Versicherer diese Zulagenummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

(2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

I

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Be-

rechnungsgrundlagen angerechnet. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung so lange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

II

Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld jeweils für den zurückliegenden Monat.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

I

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 5 Wartezeit

I

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

(3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II

Die Wartezeit beträgt fünf Jahre. Sie entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

I

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegegrad 5 mindestens 600 €. Bei Pflegegrad 1 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10%, bei Pflegegrad 2 mindestens 20%, bei Pflegegrad 3 mindestens 30% und bei Pflegegrad 4 mindestens 40% des Pflegemonatsgeldes des Pflegegrades 5. Wird ein Pflegetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Abs. 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für einen der Pflegegrade 1 bis 5 gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Abs.1 Nr. 2 und Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht. Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einem der Pflegegrade 1 bis 5 sind die Feststellungen nach § 3 Abs. 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegegradrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

II

(1) Das Pflegemonatsgeld beträgt in Pflegegrad 5 600 €. Wird der für die Erlangung der Pflegevorsorgezulage erforderliche monatliche Gesamtbeitrag in Höhe von 15 € (vgl. § 9 Abs. 1) nicht erreicht, wird für Pflegegrad 5 ein entsprechend höheres Pflegemonatsgeld vereinbart.

(2) Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegebedürftigkeit in Abhängigkeit des Pflegegrades

- *in Pflegegrad 5 100%*
- *in Pflegegrad 4 50%*
- *in Pflegegrad 3 30%*
- *in Pflegegrad 2 20%*
- *in Pflegegrad 1 10%*

des versicherten Pflegemonatsgeldes in Pflegegrad 5.

Maßgeblich für die Einordnung in einen der oben genannten Pflegegrade ist die vorgenommene Einstufung durch die soziale Pflegeversicherung oder die private Pflegepflichtversicherung.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Abs. 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

(3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(4) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

(5) Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte benannt hat.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

II

Schriftliche Nachweise der gesetzlichen Pflegeversicherung sind insbesondere die Entscheidung zur Einordnung in den jeweiligen Pflegegrad, einschließlich der Angabe des Befundes, der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

I

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

I

(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 € und der Zulage in Höhe von 5 € zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der im Tarif

mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

(6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 10 Beitragsberechnung

I

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart.

II

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

§ 11 Beitragsanpassung

I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Abs. 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

I

(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zugutekommt. Dies kann in folgender Form geschehen:

a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,

b) Anrechnung auf den Beitrag,

c) Erhöhung der Leistung oder

d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

I

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 € monatlich sinken (vgl. § 9 Abs. 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Abs. 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Abs. 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten

I

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 16 Aufrechnung

I

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhenszeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhenszeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

II

Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

I

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Abs. 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

I

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Abs. 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Abs. 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.

(4) Die §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Abs. 4 bleiben unberührt.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat

des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

II

Die Schweiz wird den in Abs. 5 genannten Mitgliedstaaten der Europäischen Union bzw. den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 Gerichtsstand

I

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

II

Die Schweiz wird den in Abs. 3 genannten Mitgliedstaaten der Europäischen Union bzw. den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Abs. 4.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

(3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Abs. 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

I

(1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen

kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

(2) In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
4. Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
5. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
6. In Abweichung zu § 1 Abs. 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

I

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Abs. 1.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 € monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 erfolgt nicht.

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 € monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Abs. 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

I

Besteht für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

I

(1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

(2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 € (vgl. § 9 Abs. 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Abs. 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen

Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Abs. 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

(4) In Abweichung zu § 1 Abs. 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

(5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang).

(7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

(8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

II

Die Schweiz wird den in Abs. 3 genannten Mitgliedstaaten der Europäischen Union bzw. den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

§ 27 Übergangsregelung

I

(1) Versicherte, bei denen am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine vertragliche Versicherungsleistung vorliegen, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Einstufung	
am 31.12.2016	ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 7 Abs. 5) die Zuordnung nach Abs. 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld richtet sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Es wird jedoch mindestens in der bisher bezogenen Höhe erbracht. Satz 2 gilt auch für den Fall, dass nachträglich festge-

stellt wird, dass am 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf Leistung bestand. Satz 2 gilt nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit endet oder nach einer Umwandlung in eine gleichartige Versicherung nach § 3 Abs. 6.

(4) Sofern die gesetzliche Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 feststellt, dass bereits vor diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad bestanden, als denjenigen, in den gesetzlich übergeleitet worden ist, richten sich die Leistungen aus dieser Versicherung ab dem Zeitpunkt, den die gesetzliche Pflegeversicherung festgestellt hat, für den Zeitraum vom 1. November bis zum 31. Dezember 2016 nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Tarif .

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und
Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Anhang - Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versiche-

rungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Abs. 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Abs. 2 bleibt unberührt.

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) [SGB XI]

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche

Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Abs. 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

und

5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10%,

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15%,

3. Selbstversorgung mit 40%,

4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20%,

5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15%.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Abs. 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Abs. 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Abs. 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,

4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,

2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

§ 126 Zulageberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Abs. 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 € im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Abs. 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 €. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Abs. 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem

Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,

2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,

3. die Vertragsdaten,

4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,

5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,

6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie

7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Abs. 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Abs. 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt aufgrund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Abs. 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

Anlage 1 zu § 15 SGB XI

Einzelpunkte der Module 1 bis 6 – Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	1 Punkt
überwiegend unselbstständig:	2 Punkte	unselbstständig:	3 Punkte

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit			
		vorhanden/un-beeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Die Fähigkeit ist

vorhanden/unbeeinträchtigt:	0 Punkte	größtenteils vorhanden:	1 Punkt
in geringem Maße vorhanden:	2 Punkte	nicht vorhanden:	3 Punkte

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten	häufig	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Mit diesem Modul wird die Häufigkeit des Auftretens von bestimmten Verhaltensweisen bzw. von psychischen Problemlagen erfasst und in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

nie oder sehr selten:	0 Punkte
selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen):	1 Punkt
häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich):	3 Punkte
täglich:	5 Punkte

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6

4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlin-kontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Das Modul umfasst zwölf Kriterien.

Die Ausprägungen der Kriterien **4.1 bis 4.7, 4.11 und 4.12** werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	1 Punkt
überwiegend unselbstständig:	2 Punkte	unselbstständig:	3 Punkte

Die Ausprägungen des Kriteriums **4.8** werden wegen seiner besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	3 Punkt
überwiegend unselbstständig:	6 Punkte	unselbstständig:	9 Punkte

Die Ausprägungen der Kriterien **4.9 und 4.10** werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten stärker gewertet:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	2 Punkt
überwiegend unselbstständig:	4 Punkte	unselbstständig:	6 Punkte

Die Punkte der Kriterien **4.11 und 4.12** gehen in die Berechnungen nur ein, wenn überwiegend inkontinent oder komplett inkontinent angegeben ist oder eine künstliche Ableitung von Stuhl bzw. Harn erfolgt.

Besonderheiten bei Kindern

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien 4.1 bis 4.12 durch das Kriterium 4.K ersetzt:

4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen	20 Punkte

Besonderheiten bei Sondenernährung

Bei Sondenernährung ergeben sich die Punkte in Abhängigkeit vom Anteil der Sondenernährung an der Nahrungsaufnahme in den folgenden Kategorien:

nur gelegentlich bzw. nicht täglich Zufuhr von Sondennahrung:	0 Punkte
ein- bis dreimal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung:	5 Punkte
mindestens viermal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung:	9 Punkte
ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung:	12 Punkte

Sind bei der Sondenernährung keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten feststellbar, werden keine Punkte vergeben.

Besonderheiten bei parenteraler Ernährung

Bei parenteraler Ernährung ergeben sich die Punkte in Abhängigkeit vom Anteil der parenteralen Ernährung an der Nahrungsaufnahme:

teilweise:	5 Punkte	vollständig:	12 Punkte

Sind bei der parenteralen Ernährung keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten feststellbar, werden keine Punkte vergeben.

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl)		
			täglich	wöchentlich	monatlich
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			

Summe aller Häufigkeiten der Kriterien 5.1 bis 5.7

	entfällt oder seltener als einmal täglich	ein- bis dreimal täglich	vier- bis achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl)		
			täglich	wöchentlich	monatlich
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			

Summe aller Häufigkeiten der Kriterien 5.8 bis 5.11

	entfällt oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche	monatliche
				Häufigkeit multipliziert mit	
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2
5.13	Arztbesuche	0		4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0		4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0		8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0		4,3	1

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	täglich	Wöchentliche	monatliche
				Häufigkeit multipliziert mit	
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Erläuterungen zur Modulbewertung im Modul 5

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.K wird zunächst die Häufigkeit ermittelt, mit der die betreffenden Maßnahmen durchgeführt werden (Maßnahmen/Kriterien pro Monat). Berücksichtigt werden nur die Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der Maßnahmen wird summiert (z.B: dreimal Medikamentengabe und einmal Blutzuckermessen pro Tag entspricht vier Maßnahmen pro Tag oder 120 Maßnahmen monatlich). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert (z.B. pro Tag, pro Woche, pro Monat). Danach gelten in den folgenden Kategorien die nachstehenden Punkte:

für die Kriterien 5.1 bis 5.7:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen :

seltener als einmal täglich:	0 Punkte	ein- bis dreimal täglich:	1 Punkt
vier- bis achtmal täglich:	2 Punkte	mehr als achtmal täglich:	3 Punkte

für die Kriterien 5.8 bis 5.11:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen :

seltener als einmal pro Woche:	0 Punkte	einmal oder mehrmals wöchentlich:	1 Punkt
ein- bis zweimal täglich:	2 Punkte	mindestens dreimal täglich:	3 Punkte

für die Kriterien 5.12 bis 5.15 und 5.K:
Betrachtet wird hier ein Zeitraum von einem Monat. Eine Maßnahme innerhalb dieses Zeitraums wird mit einem Punkt gewertet. Findet eine Maßnahme regelmäßig wöchentlich statt, wird sie entsprechend mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um besonders zeitaufwändige Besuche bei Ärzten oder Einrichtungen oder um zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, werden sie doppelt gewertet (8,6 bzw. 2).

Die Werte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert.

Summe			Einzelpunkte
0	bis unter	4,3	0
4,3	bis unter	8,6	1
8,6	bis unter	12,9	2
12,9	bis unter	60	3
	60		6

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	1 Punkt
überwiegend unselbstständig:	2 Punkte	unselbstständig:	3 Punkte

Anlage 2 zu § 15 SGB XI

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste	
1 Mobilität	10%	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	Summe der Punkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15%	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	Summe der Punkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Punkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung	40%	0-2	3-7	8-18	19-36	37-60	Summe der Punkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	20%	0	1	2-3	4-5	6-15	Summe der Punkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	15%	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Punkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.						
8 Haushaltsführung							

Information zu Tarif FÖRDER*bar*
März 2018

Mit Tarif FÖRDER*bar* sichern Sie sich einen staatlichen Beitragszuschuss von 5 € pro Monat.

Wie funktioniert das?
Der Staat fördert den Tarif durch eine Zulage in Höhe von 5 € pro Monat. Erfüllt die versicherte Person die Voraussetzungen, erhalten wir unmittelbar von der staatlichen Zulagenstelle diesen Betrag.

Wichtig: Sie können Tarif FÖRDER*bar* nur abschließen, wenn die versicherte Person die folgenden **Voraussetzungen** erfüllt:

- Die versicherte Person muss in der sozialen oder der privaten Pflegepflichtversicherung (gesetzliche Pflegeversicherung) versichert sein.
- Die versicherte Person darf bei Abschluss des Vertrages keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegeversicherung beziehen oder bezogen haben.
- Bei Abschluss des Vertrages muss die versicherte Person mindestens 18 Jahre alt sein.
- Bei Abschluss des Vertrages darf kein weiterer Vertrag für die versicherte Person über eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung bestehen. Die staatliche Zulage gibt es nur für einen Vertrag je versicherte Person.
- Der monatliche Beitrag muss mindestens 15 € einschließlich der Zulage von 5 € betragen.

Bis die Zulagenstelle die staatliche Zulage in Höhe von 5 € an uns bezahlt, stunden wir diese. D.h., wir ziehen die Zulage von Ihrem zu zahlenden Beitrag ab.

Um die Auszahlung der Zulage kümmern wir uns. Wir beantragen bei der Zulagenstelle jedes Jahr neu die Zulage für die versicherte Person. Die Zulagenstelle zahlt die Zulage dann an uns aus. Wir schreiben diesen Betrag unmittelbar Ihrem Vertrag bzw. der darin versicherten Person gut.

Wichtig: Teilen Sie uns Veränderungen der Zulageberechtigung unverzüglich mit. Besteht kein Anspruch auf Zulage mehr, beenden wir das Versicherungsverhältnis rückwirkend zum Ende des Zeitraums, für den zuletzt eine Zulage bezahlt wurde.

Hat die versicherte Person laut Zulagenstelle keinen Anspruch auf Zulage, teilen wir Ihnen dies mit. Wir informieren Sie dann über Ihre weiteren Möglichkeiten.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017)
Teil II Tarifbedingungen (TB/EPV 2013)

Fassung Januar 2024

Inhalt

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes 2
§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit. 2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes 4
§ 3 Wartezeit 4
§ 4 Umfang der Leistungspflicht 5
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht 5
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen 6
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes 7
§ 8 Beitragszahlung 7
§ 8a Beitragsberechnung 8
§ 8b Beitragsanpassung 8
§ 9 Obliegenheiten 8
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen 9
§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte 9
§ 12 Aufrechnung 10
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer .. 10
§ 14 Kündigung durch den Versicherer 11
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe 11
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen 11
§ 17 Gerichtsstand 11
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 12
§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher 12
Anhang - Gesetzestexte 13

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus: Teil I (Musterbedingungen 2017 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/EPV 2017]), Teil II (Tarifbedingungen [TB/EPV 2013]) und Teil III (Tarifen). Die Tarifbedingungen ergänzen die Musterbedingungen und enthalten darüber hinaus Abweichungen zugunsten der Versicherten.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

II

(1) Ist das Risiko z.B. durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von der Vereinbarung besonderer Bedingungen (z.B. Risikozuschläge) abhängig machen.

(2) § 1 (1) Satz 2 MB/EPV 2017 gilt auch für die Pflegetagegeldversicherung.

(3) Abweichend zu § 1 (5) Satz 1 MB/EPV 2017 erstreckt sich der Versicherungsschutz für die Pflegetagegeldversicherung weltweit. Hinsichtlich der Begutachtung gilt § 6 (4) der Tarifbedingungen.

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

I

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die

Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Abs. 3 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Abs. 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

   aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

   bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

   cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

   dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

(3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Abs. 2 genannten Bereiche Ein-

zelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(5) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Abs. 3 und 4 entsprechend.

(6) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

II

(1) Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/EPV 2017 bzw. § 2 (3) der Tarifbedingungen ab Vollendung der Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

(2) Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/EPV 2017 bzw. § 2 (3) der Tarifbedingungen ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborenen Krankheiten und Anomalien.

§ 3 Wartezeit

I

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

(3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II

Die Wartezeit entfällt für alle versicherten Personen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstanden Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;

c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 5 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;

d) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;

e) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;

f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;

g) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

II

(1) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1)a MB/EPV 2017 gilt nicht bei Kriegsereignissen im Ausland, wenn

a) für das betroffene Aufenthaltsgebiet keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht oder

b) eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Ein solcher Grund liegt z.B. vor, soweit ein Verlassen des Gebietes nur unter erheblicher Gefährdung der eigenen Person möglich ist.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1)a) MB/EPV 2017.

(2) § 5 (2) MB/EPV 2017 entfällt.

(3) § 5 (1) c), d), e), g) und h) sowie § 5 (3) MB/EPV 2017 gelten nicht für die Pflegetagegeldversicherung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

(3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

II

(1) Das Pflegetagegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.

(2) In Abweichung zu § 6 (1) MB/EPV 2017 wird die vereinbarte tarifliche Leistung für einen Zeitraum von maximal drei Jahren vor Antragstellung gezahlt, soweit die Pflegebedürftigkeit durch Nachweise der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) innerhalb dieses Zeitraums belegt ist und die weiteren Leistungsvoraussetzungen vorliegen.

(3) Nachweise der SPV oder PPV sind insbesondere die Entscheidung zur Einordnung in den jeweiligen Pflegegrad, einschließlich der Angabe des Befundes, der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit.

(4) Ruht der Leistungsanspruch in der SPV oder PPV gemäß § 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang) oder besteht in der SPV oder PPV kein Versicherungsschutz und ist deshalb eine Begutachtung durch die SPV oder PPV nicht möglich, kann der nach § 6 (2) MB/EPV 2017 erforderliche Nachweis ausschließlich durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter, der die versicherte Person untersucht und gemäß § 1a MB/EPV 2017 einschließlich der zugehörigen Tarifbedingung einstuft, er-

bracht werden. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer verlangen, einen Gutachter zu beauftragen.

Die durch das Einholen eines vom Versicherer beauftragten Gutachtens entstehenden Kosten trägt der Versicherer nur bis zu der Höhe, die bei einer Begutachtung durch die SPV oder PPV in der Bundesrepublik Deutschland anfallen würden.

(5) Besondere Überweisungsformen sind Postbar und Überweisungen in das Ausland, die nicht mittels IBAN (International Bank Account Number) erfolgen.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

II

(1) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

(2) Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, zahlen Kinder den Beitrag für die Altersgruppe 0-16 bis zum Ende des Jahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird. Vom Beginn des nächsten Jahres an bis zum Ende des Jahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für die Altersgruppe 17-20 zu zahlen. Danach ist der Beitrag für das Alter 21 zu zahlen.

(3) Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 3% gewährt.

(4) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig. Liegt der Versicherungsbeginn vor Vertragsschluss, ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fällig.

§ 8a Beitragsberechnung

I

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

II

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

§ 8b Beitragsanpassung

I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Abs. 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.

(3) (entfallen)

(4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

II

Ergibt die Gegenüberstellung gemäß § 8b (1) Satz 2 der MB/EPV 2017 eine Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit von dem Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

§ 9 Obliegenheiten

I

(1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im

Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1d.

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(5) 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.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

II

(1) In Abweichung zu § 9 (2) MB/EPV 2017 gilt die Obliegenheit zur Anzeige gemäß § 5 (1d) MB/EPV 2017 nicht in der Pflegetagegeldversicherung.

(2) In Abweichung zu § 9 (6) MB/EPV 2017 ist zum Neuabschluss einer weiteren oder zur Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit keine Einwilligung des Versicherers einzuholen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

II

Soweit die Zahlung von Pflegetagegeld für die Zeit vor Antragstellung nach § 6 (2) der Tarifbedingungen geltend gemacht wird, bleibt eine Verletzung der Anzeigeobliegenheiten nach § 9 (1) und (2) MB/EPV 2017 insoweit folgenlos, als die Anzeigeobliegenheiten unverzüglich bei Antragstellung nach Aufforderung durch den Versicherer nachgeholt werden. Anderenfalls gilt § 10 (1) Satz 1 MB/EPV 2017.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Abs. 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Abs. 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

I

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

II

(1) Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.

(2) Ein beendeter Versicherungsvertrag kann unter Beibehaltung des ursprünglichen Eintrittsalters wieder in Kraft gesetzt werden, wenn dies innerhalb von

sechs Monaten nach seiner Beendigung beantragt und die Wiederinkraftsetzung spätestens nach Ablauf dieses Zeitraumes wirksam wird. Zu diesem Zweck ist ein neuer Versicherungsantrag zu stellen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(4) In der Pflegetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

II

(1) Abweichend zu § 15 (4) MB/EPV 2017 endet das Versicherungsverhältnis nicht mit der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person aus der Bundesrepublik Deutschland.

(2) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die betroffenen Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

I

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Eu-

ropäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

I

Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung	
am 31.12.2016	ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 4) die Zuordnung nach Abs. 1 schriftlich mit. Weichen die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und
Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Anhang - Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Abs. 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat.

Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Abs. 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Abs. 1 nicht geltend gemacht werden, es

sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Bundesversorgungsgesetz [BVG]

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 293 € (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 500, 711, 912, 1.185 oder 1.457 € (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Abs. 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Abs. 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Abs. 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Abs. 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Abs. 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Abs. 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Abs. 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Abs. 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage

nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Abs. 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch [SGB V]

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Abs. 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Abs. 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Abs. 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für

Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Abs. 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Abs. 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Abs. 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Abs. 2 Satz 1.

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) [SGB XI]

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

und

5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10%,

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15%,

3. Selbstversorgung mit 40%,

4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20%,

5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15%.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Abs. 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,

4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Anlage 1 zu § 15 SGB XI

Einzelpunkte der Module 1 bis 6 – Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	1 Punkt
überwiegend unselbstständig:	2 Punkte	unselbstständig:	3 Punkte

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit			
		vorhanden/un-beeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Die Fähigkeit ist

vorhanden/unbeeinträchtigt:	0 Punkte	größtenteils vorhanden:	1 Punkt
in geringem Maße vorhanden:	2 Punkte	nicht vorhanden:	3 Punkte

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten	häufig	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Mit diesem Modul wird die Häufigkeit des Auftretens von bestimmten Verhaltensweisen bzw. von psychischen Problemlagen erfasst und in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

nie oder sehr selten:	0 Punkte
selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen):	1 Punkt
häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich):	3 Punkte
täglich:	5 Punkte

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6

4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlin-kontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Das Modul umfasst zwölf Kriterien.

Die Ausprägungen der Kriterien **4.1 bis 4.7, 4.11 und 4.12** werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	1 Punkt
überwiegend unselbstständig:	2 Punkte	unselbstständig:	3 Punkte

Die Ausprägungen des Kriteriums **4.8** werden wegen seiner besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	3 Punkt
überwiegend unselbstständig:	6 Punkte	unselbstständig:	9 Punkte

Die Ausprägungen der Kriterien **4.9 und 4.10** werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten stärker gewertet:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	2 Punkt
überwiegend unselbstständig:	4 Punkte	unselbstständig:	6 Punkte

Die Punkte der Kriterien **4.11 und 4.12** gehen in die Berechnungen nur ein, wenn überwiegend inkontinent oder komplett inkontinent angegeben ist oder eine künstliche Ableitung von Stuhl bzw. Harn erfolgt.

Besonderheiten bei Kindern

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien 4.1 bis 4.12 durch das Kriterium 4.K ersetzt:

4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen	20 Punkte

Besonderheiten bei Sondenernährung

Bei Sondenernährung ergeben sich die Punkte in Abhängigkeit vom Anteil der Sondenernährung an der Nahrungsaufnahme in den folgenden Kategorien:

nur gelegentlich bzw. nicht täglich Zufuhr von Sondennahrung:	0 Punkte
ein- bis dreimal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung:	5 Punkte
mindestens viermal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung:	9 Punkte
ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung:	12 Punkte

Sind bei der Sondenernährung keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten feststellbar, werden keine Punkte vergeben.

Besonderheiten bei parenteraler Ernährung

Bei parenteraler Ernährung ergeben sich die Punkte in Abhängigkeit vom Anteil der parenteralen Ernährung an der Nahrungsaufnahme:

teilweise:	5 Punkte	vollständig:	12 Punkte

Sind bei der parenteralen Ernährung keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten feststellbar, werden keine Punkte vergeben.

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl)		
			täglich	wöchentlich	monatlich
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			

Summe aller Häufigkeiten der Kriterien 5.1 bis 5.7

	entfällt oder seltener als einmal täglich	ein- bis dreimal täglich	vier- bis achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl)		
			täglich	wöchentlich	monatlich
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			

Summe aller Häufigkeiten der Kriterien 5.8 bis 5.11

	entfällt oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche	monatliche
				Häufigkeit multipliziert mit	
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2
5.13	Arztbesuche	0		4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0		4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0		8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0		4,3	1

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	täglich	Wöchentliche	monatliche
				Häufigkeit multipliziert mit	
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Erläuterungen zur Modulbewertung im Modul 5

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.K wird zunächst die Häufigkeit ermittelt, mit der die betreffenden Maßnahmen durchgeführt werden (Maßnahmen/Kriterien pro Monat). Berücksichtigt werden nur die Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der Maßnahmen wird summiert (z.B: dreimal Medikamentengabe und einmal Blutzuckermessen pro Tag entspricht vier Maßnahmen pro Tag oder 120 Maßnahmen monatlich). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert (z.B. pro Tag, pro Woche, pro Monat). Danach gelten in den folgenden Kategorien die nachstehenden Punkte:

für die Kriterien 5.1 bis 5.7:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen :

seltener als einmal täglich:	0 Punkte	ein- bis dreimal täglich:	1 Punkt
vier- bis achtmal täglich:	2 Punkte	mehr als achtmal täglich:	3 Punkte

für die Kriterien 5.8 bis 5.11:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen :

seltener als einmal pro Woche:	0 Punkte	einmal oder mehrmals wöchentlich:	1 Punkt
ein- bis zweimal täglich:	2 Punkte	mindestens dreimal täglich:	3 Punkte

für die Kriterien 5.12 bis 5.15 und 5.K:
Betrachtet wird hier ein Zeitraum von einem Monat. Eine Maßnahme innerhalb dieses Zeitraums wird mit einem Punkt gewertet. Findet eine Maßnahme regelmäßig wöchentlich statt, wird sie entsprechend mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um besonders zeitaufwändige Besuche bei Ärzten oder Einrichtungen oder um zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, werden sie doppelt gewertet (8,6 bzw. 2).

Die Werte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert.

Summe			Einzelpunkte
0	bis unter	4,3	0
4,3	bis unter	8,6	1
8,6	bis unter	12,9	2
12,9	bis unter	60	3
	60		6

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	1 Punkt
überwiegend unselbstständig:	2 Punkte	unselbstständig:	3 Punkte

Anlage 2 zu § 15 SGB XI

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste	
1 Mobilität	10%	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	Summe der Punkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15%	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	Summe der Punkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Punkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung	40%	0-2	3-7	8-18	19-36	37-60	Summe der Punkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	20%	0	1	2-3	4-5	6-15	Summe der Punkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	15%	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Punkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.						
8 Haushaltsführung							

Wesentliche Merkmale des Tarifs OLGA*flex*

Pflegetagegeld
in Abhängigkeit des Pflegegrades
- für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit bzw.
- 100% bei vollstationärer Pflege ab Pflegegrad 2

Assistanceleistungen
- Benennung und Vermittlung von Dienstleistern

Mehrfachleistung
- einmalig 3-facher versicherter Tagessatz bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 4 bzw. 5
- 150 Tage zusätzliches Pflegetagegeld bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit

Alternativ-Begutachtung
- nach ADL (activities of daily living)
- nach Reisberg-Scala bei eingeschränkter Alltagskompetenz

Beitragsgutschrift
- bei Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 4 bzw. 5 wird die tarifliche Leistung um den zu zahlenden Beitrag aufgestockt

Tarif OLGA*flex*
Pflegetagegeldversicherung
Fassung Januar 2017

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2017 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die ergänzende Pflege-Krankenversicherung [MB/EPV 2017]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/EPV 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit 2
II. Versicherungsleistungen 2
III. Erhöhung des Pflegetagegeldes 5
IV. Abweichungen von den MB/EPV 2017 6
V. Besondere Bestimmungen 6
VI. Optionsrecht 7
VII. Anpassung des Versicherungsschutzes 7
Anhang 7
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung [MB/PPV 2017] .. 7
Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) [SGB XI] 8

Der Tarif OLGA*flex* steht in zwei Tarifstufen zur Verfügung:

- Tarifstufe OLGA*flex*.AR **mit** Bildung von Alterungsrückstellungen ab dem 21. Lebensjahr, und
- Tarifstufe OLGA*flex*.Ri **ohne** Bildung von Alterungsrückstellungen.

Beide Tarifstufen sind mit Ausnahme der in Abschnitt I. und V. beschriebenen Abweichungen identisch.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen und zu diesem Zeitpunkt in der deutschen sozialen Pflege-Pflichtversicherung (SPV) oder privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) versichert sind.

Die Versicherungsfähigkeit in Tarifstufe OLGA-*flex*.Ri ist dabei auf Personen mit einem Eintrittsalter von 21 bis 60 Jahren begrenzt.

II. Versicherungsleistungen

1. Pflegetagegeld

Das Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit in den Pflegegraden 1 bis 5 gezahlt.

Maßgeblich für die Einordnung in einen der nachstehend genannten Pflegegrade einschließlich der Pflegebedürftigkeit in häuslicher, teilstationärer oder vollstationärer Pflege ist die vorgenommene Einstufung durch die SPV oder PPV (siehe II.2. des Tarifs) bzw. durch einen gemäß § 6 (4) TB/EPV 2013 beauftragten Gutachter.

Alternativ kann auf Antrag die Begutachtung gemäß II.3. des Tarifs gewählt werden.

Das Pflegetagegeld beträgt abhängig vom Pflegegrad

- in häuslicher oder teilstationärer Pflege:

Pflegegrad				
1	2	3	4	5
10%	30%	70%	100%	100%

- in vollstationärer Pflege:

Pflegegrad				
1	2	3	4	5
10%	100%	100%	100%	100%

des versicherten Tagessatzes.

Häusliche Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person zu Hause entweder durch eine erwerbsmäßig tätige Pflegefachkraft oder durch andere Personen (z.B. Familienangehörige, Freunde, Nachbarn, sonstige ehrenamtliche Helfer) gepflegt wird.

Teilstationäre Pflege liegt vor, wenn sich die versicherte Person tagsüber oder nachts in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) der Tages- oder Nachtpflege befindet.

Vollstationäre Pflege liegt vor, wenn sich die versicherte Person ganztägig in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) befindet.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig untergebracht und verpflegt werden können.

Stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Abs. 2.

2. Einstufung durch die SPV/PPV

Pflegebedürftige Personen werden dem Pflegegrad 1 bis 5 gemäß §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI, siehe Anhang) bzw. gemäß § 1 Abs. 6, 7, 9 und 10 der MB/PPV 2017 (siehe Anhang) zugeordnet.

3. Einstufung durch Alternativ-Begutachtung

3.1 Die versicherte Person kann sich auf Basis des Gutachtens zur Einstufung in der SPV/PPV entweder nach den Kriterien gemäß II.3.3 oder II.3.4 dieses Tarifs alternativ begutachten lassen.

Diese alternative Begutachtung ersetzt hinsichtlich des Leistungsanspruches aus diesem Tarif das Ergebnis der SPV-/PPV-Einstufung

- bei Antragstellung auf alternative Begutachtung innerhalb von 3 Monaten nach der Erstbegutachtung zur SPV-/PPV-Einstufung rückwirkend zum Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der SPV/PPV,
- bei späterer Antragstellung ab dem Antrag auf alternative Begutachtung.

Die versicherte Person kann den Antrag auf Alternativ-Begutachtung jederzeit – auch nur für die Zukunft – widerrufen.

Finden weitere Begutachtungen zur Einordnung in einen Pflegegrad in der SPV/PPV statt (Folgebegutachtungen), sind diese Gutachten dem Versicherer innerhalb von 3 Monaten nach der jeweiligen Folgebegutachtung vorzulegen. In diesem Fall wird die Einstufung nach der Alternativ-Begutachtung lückenlos unter Berücksichtigung der Folgebegutachtung fortgeführt. Bei verspäteter Vorlage endet die Einstufung nach Alternativ-Begutachtung rückwirkend zum Zeitpunkt der Folgebegutachtung und die Einordnung erfolgt wieder gemäß II.2. des Tarifs. Ein erneuter Antrag auf alternative Begutachtung ist möglich.

3.2 Für die Alternativ-Begutachtung sind dem Versicherer die im Rahmen der SPV/PPV erstellten Gutachten zur Verfügung zu stellen. Der Versicherer kann für die Alternativ-Begutachtung einen weiteren Gutachter beauftragen.

3.3 Alternativ-Begutachtung nach ADL (activities of daily living)

Die Leistungen nach ADL sind davon abhängig, 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:

- An- und Auskleiden: 1 Punkt
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

- Waschen (Körperpflege): 1 Punkt
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder Wannenlift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.

- Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

- Aufstehen und Zu-Bett-Gehen: 1 Punkt
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

- Verrichten der Notdurft: 1 Punkt
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht

allein säubern kann, ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheter oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

Das Pflegetagegeld richtet sich nach der Anzahl der erreichten Punkte und beträgt

- bei häuslicher oder teilstationärer Pflege:
  - bei 3 Punkten 30%
  - bei 4 bis 5 Punkten 70%
  - bei 6 Punkten 100%

- bei vollstationärer Pflege:
  - bei 3 bis 6 Punkten 100%

des versicherten Tagessatzes.

3.4 Alternativ-Begutachtung aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) nach Reisberg

Eine Leistung infolge eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) setzt den Verlust geistiger Fähigkeiten durch Krankheit oder Körperverletzung voraus, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen der versicherten Person auswirken und sie oder andere erheblich gefährdet und deshalb dauernder Beaufsichtigung bedarf.

Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt werden. Es muss mindestens mittelschwere Demenz (Schweregrad 5) gemäß der Global Deterioration Scale nach Reisberg (siehe Anhang) vorliegen.

Das Pflegetagegeld beträgt 30% des versicherten Tagessatzes.

4. Assistanceleistungen

4.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalls hat die versicherte Person Anspruch auf die Benennung und Vermittlung von Dienstleistern für:

- ambulante häusliche Pflegedienste,
- Pflegeheimplätze,
- Fahrdienste zu Ärzten und Behörden,
- die Anlieferung von Mahlzeiten (sog. „Essen auf Rädern“),
- die Besorgung der Einkäufe (Gegenstände des täglichen Bedarfs),
- das Bringen und Abholen von Reinigungswäsche,
- eine Haushaltshilfe,
- einen Haus-Notrufdienst,
- die Beratung rund um das Thema Pflege,
- die Unterstützung für das Ausfüllen von Anträgen,
- Pflegeschulungen für Angehörige,
- die Haustierbetreuung,
- die Garten- und Grundstückspflege.

4.2 Die unter II.4.1 des Tarifs genannten Dienstleistungen werden innerhalb von 24 Stunden nach der Auftragserteilung benannt oder vermittelt (mit Ausnahme der Pflegeheimplätze).

4.3 Ein Anspruch auf die Assistanceleistungen besteht, sofern die benannte oder vermittelte Dienstleistung in Deutschland durchgeführt wird.

4.4 Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte sind nicht Gegenstand der tariflichen Leistung.

4.5 Werden Dienstleistungen gemäß II.4.1 des Tarifs nicht mehr angeboten oder sind neue Dienstleistungen auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen verfügbar, gilt dies als Änderung im Sinne von § 18 MB/EPV 2017 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüft und jeweils mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können.

5. Mehrfachleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 4 bzw. 5

5.1 Einmalig beim erstmaligen Eintritt in einen der beiden Pflegegrade 4 oder 5 bzw. bei erstmaligem Erreichen von 6 Punkten gemäß II.3.3 dieses Tarifs leistet der Versicherer in den ersten 30 Tagen des Leistungsanspruchs anstatt der tariflichen Leistung das 3-fache des versicherten Tagessatzes.

5.2 Einmalig bei erstmaligem

- Eintritt der Pflegebedürftigkeit in einen der beiden Pflegegrade 4 oder 5 bzw.
- Erreichen von 6 Punkten gemäß II.3.3 dieses Tarifs

unmittelbar durch und innerhalb von 6 Monaten nach einem Unfall leistet der Versicherer abweichend von II.5.1 des Tarifs

- in den ersten 30 Tagen des Leistungsanspruchs anstatt der tariflichen Leistung das 4-fache des versicherten Tagessatzes,
- für weitere 120 Tage des Leistungsanspruches das 2-fache des versicherten Tagessatzes.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Gesundheitsschäden durch Unfälle, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Sachen oder Tieren erleidet, gelten als unfreiwillig eingetreten. Tierstiche oder –bisse, in deren Folge Pflegebedürftigkeit eintritt, gelten ebenfalls als Unfallereignis.

5.3 Während der Vertragslaufzeit kann nur eine Mehrfachleistung je versicherter Person in Anspruch genommen werden.

6. Beitragsgutschrift

6.1 Besteht bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 4 oder 5 bzw. hat sie 6 Punkte gemäß II.3.3 dieses Tarifs erreicht, wird die tarifliche Leistung um den für diese Person zu zahlenden Beitrag aufgestockt. Mehrfachleistungen gemäß II.5. des Tarifs bleiben hierbei unberücksichtigt.

6.2 Diese Beitragsgutschrift beginnt am Monatsersten nach der Einordnung mindestens in Pflegegrad 4 bzw. bei Erreichen von 6 Punkten gemäß II.3.3 dieses Tarifs. Sie erlischt mit Ende des Monats, in dem die Leistung weder für Pflegegrad 4 noch für Pflegegrad 5 bzw. für 6 Punkte gemäß II.3.3 des Tarifs erbracht wird.

III. Erhöhung des Pflegetagegeldes

1.1 Das vereinbarte Pflegetagegeld erhöht sich ohne erneute Gesundheitsprüfung – auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit – wie folgt:

Zum 1. Juli des zweiten Kalenderjahres, das auf die erstmalige Aufnahme in diesen Tarif folgt, danach alle 2 Jahre jeweils zum 1. Juli, wird das zuletzt vereinbarte Pflegetagegeld um 5% erhöht. Die Erhöhung des Pflegetagegeldes wird auf volle 1 € aufgerundet.

1.2 Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

1.3 Die Erhöhung wird dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor Wirksamwerden mitgeteilt. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er ihr nicht innerhalb von 2 Monaten nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht.

1.4 Das Recht auf weitere Erhöhungen des Pflegetagegeldes nach III.1.1 des Tarifs für eine versicherte Person erlischt, wenn der Versicherungsnehmer für diese versicherte Person mehr als zweimal unmittelbar hintereinander widersprochen hat. Das Recht kann über eine Gesundheitsprüfung mit der Zustimmung des Versicherers neu erworben werden. Hat der Versicherungsnehmer bereits zweimal unmittelbar hintereinander widersprochen, weist der Versicherer ihn im Rahmen der folgenden Dynamisierung auf die Konsequenzen eines dritten Widerspruches hin.

IV. Abweichungen von den MB/EPV 2017

1. Abweichend von § 5 (1b) MB/EPV 2017 leistet dieser Tarif auch für Versicherungsfälle, die auf Sucht oder bedingtem Vorsatz beruhen.

2. Abweichend von § 5 (1f) MB/EPV 2017 leistet dieser Tarif auch bei Durchführung einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme sowie Kur- und Sanatoriumsbehandlung, sofern die Pflegebedürftigkeit schon vor Beginn der stationären Heilbehandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme bzw. Kur- und Sanatoriumsbehandlung gutachterlich festgestellt wurde. Wurden vor Beginn der stationären Heilbehandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme oder Kur- und Sanatoriumsbehandlung bereits tarifliche Leistungen bezogen, werden diese weiterhin erbracht.

Darüber hinaus verzichtet der Versicherer auf die Anzeige einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme sowie Kur- und Sanatoriumsbehandlung gemäß § 9 (2) MB/EPV 2017.

3. Abweichend von § 14 (1) MB/EPV 2017 verzichtet der Versicherer auch in Tarifstufe OLGA-*flex*.Ri auf das ordentliche Kündigungsrecht.

V. Besondere Bestimmungen

1. Beginn und Ende der Versicherung in Tarifstufe OLGA*flex*.Ri

1.1 Versicherungsfähige Personen können bis zum Ablauf des Jahres, in dem sie das 60. Lebensjahr vollenden, in Tarifstufe OLGA*flex*.Ri aufgenommen werden.

1.2 Die Versicherung in Tarifstufe OLGA*flex*.Ri endet spätestens zum 31.12. des Jahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet.

2. Planmäßige Umstellung

2.1 Das nach Tarifstufe OLGA*flex*.Ri versicherte Pflegetagegeld wird planmäßig – auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit – in Tarifstufe OLGA-*flex*.AR wie folgt umgestellt:

2.1.1 Zum 1. Juli des fünften Kalenderjahres, das auf die Aufnahme in diesen Tarif folgt, danach alle 2 Jahre jeweils zum 1. Juli, werden 10 € des in Tarifstufe OLGA*flex*.Ri versicherten Tagegeldes in die Tarifstufe OLGA-*flex*.AR umgestellt, höchstens jedoch das versicherte Tagegeld in Tarifstufe OLGA*flex*.Ri.

2.1.2 Vollendet die versicherte Person das 60. Lebensjahr, bevor das in Tarifstufe OLGA-*flex*.Ri versicherte Tagegeld vollständig umgestellt ist, erfolgt die Umstellung des verbleibenden Tagegeldes zum 1. Januar des Jahres, das auf die Vollendung des 60. Lebensjahres folgt.

2.2 Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld nach Tarifstufe OLGA*flex*.AR wird nach dem zum Zeitpunkt der Umstellung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

2.3 Die Umstellung wird dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor Wirksamwerden mitgeteilt. Die Umstellung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er ihr nicht innerhalb von 2 Monaten nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht.

3. Freiwillige Umstellung

3.1 Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in die jeweils andere Tarifstufe frühestens zum nächsten Monatsersten verlangen. Das versicherte Pflegetagegeld kann dabei auf beide Tarifstufen aufgeteilt werden.

3.2 Eine Umstellung gemäß V.3.1 des Tarifs erfolgt ohne erneute Risikoprüfung, sofern das Pflegetagegeld in der Summe beider Tarifstufen unverändert bleibt. Erhöht sich das Pflegetagegeld in der Summe beider Tarifstufen, erfolgt eine Risikoprüfung für den erhöhten Teil.

3.3 Der Beitrag für das umgestellte Pflegetagegeld richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Umstellung erreichten Eintrittsalter.

3.4 Wird aus Tarifstufe OLGA*flex*.AR – auch teilweise – in Tarifstufe OLGA*flex*.Ri umgestellt, so bleibt die für diesen Teil gebildete Alterungsrückstellung erhalten und wird bei einem Rückwechsel angerechnet.

3.5 Endet die Versicherung in Tarifstufe OLGA-*flex*.Ri ganz oder teilweise, ohne dass vom Umstellungsrecht Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte für den beendeten Teil; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

4. Beitragsfestsetzung

4.1 Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt bzw. die Umstellung erfolgt.

4.2 In Tarifstufe OLGA*flex*.Ri zahlen Erwachsene den Beitrag für die Altersgruppe 21-50 bis zum Ende des Jahres, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird. Vom Beginn des nächsten Jahres an ist der Beitrag für die Altersgruppe 51-60 zu zahlen.

4.3 Für die Festsetzung der Beiträge in Tarifstufe OLGA*flex*.AR gilt das zum Umstellungszeitpunkt erreichte Eintrittsalter.

VI. Optionsrecht

Führt der Versicherer in Folge der Änderung der gesetzlichen Grundlage in der SPV/PPV für die Einstufung in Pflegegrade neue Tarife ein, haben die versicherten Personen die Option, in einen solchen Tarif zu wechseln.

Das Optionsrecht muss innerhalb von 3 Monaten nach Einführung des neuen Tarifs ausgeübt werden. Der Versicherungsnehmer wird rechtzeitig vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifs informiert.

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zur Höhe des bisherigen versicherten Pflegetagegeldes. Bisher vereinbarte Zuschläge können entsprechend geändert werden.

VII. Anpassung des Versicherungsschutzes

Eine Änderung der gesetzlichen Bestimmungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) gilt, sofern sie den Gegenstand des Versicherungsschutzes betreffen, ebenfalls als Änderung im Sinne von § 18 MB/EPV 2017 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistung und Beiträge dieses Tarifs überprüft und die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können.

Anhang

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung [MB/PPV 2017]

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(6) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(7) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(9) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Abs. 4 bis 8 entsprechend.

(10) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Abs. 6, 7 und 9 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) [SGB XI]

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Abs. 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

und

5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10%,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15%,
3. Selbstversorgung mit 40%,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20%,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15%.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Abs. 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Abs. 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Abs. 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Information zu Tarif OLGA*flex* (Gruppenversicherung) Mai 2024

Mit Tarif OLGA*flex* haben Sie sich für eine moderne und intelligente Versicherung entschieden. In manchen Lebensphasen kann der finanzielle Spielraum eingeschränkt sein (z.B. durch Studium, Kauf eines Eigenheims, Elternzeit, Arbeitslosigkeit, …). Sie können bis zum 60. Lebensjahr die Höhe Ihres Beitrags exakt auf Ihre finanzielle Situation abstimmen. Sie müssen dafür keine Gründe angeben. Die versicherte Leistung bleibt voll erhalten. Die Rückumstellung erfolgt automatisch und ohne erneute Gesundheitsprüfung. Bereits gebildete Alterungsrückstellung wird angerechnet.

Wie funktioniert das?
In Tarif OLGA*flex* gibt es zwei Tarifstufen: OLGA*flex*.AR und OLGA*flex*.Ri.

Kinder und Jugendliche bis Alter 20 bilden noch keine Alterungsrückstellung. Sie sind immer in OLGA*flex*.AR versichert und zahlen den Beitrag für ihre Altersgruppe 0-16 bzw. 17-20 Jahre. Ab Beginn des Jahres, in dem die versicherte Person 21 Jahre alt wird, erfolgt der Wechsel in den Erwachsenenbeitrag. Jetzt wird in OLGA*flex*.AR Alterungsrückstellung aufgebaut.

In der Stufe OLGA*flex*.Ri gibt es keine Alterungsrückstellung. Sie steht für Personen von 21 bis 60 Jahren zur Verfügung. Ab Beginn des Jahres, in dem die versicherte Person 51 Jahre alt wird, gilt der Beitrag für die Altersgruppe 51-60 Jahre.

Wie erfolgt die automatische Umstellung in OLGA*flex*.AR?
Das in OLGA*flex*.Ri versicherte Pflegetagegeld wird bedingungsgemäß nach OLGA*flex*.AR umgestellt. Dies erfolgt erstmals im 5. Jahr nach Vertragsabschluss, danach alle 2 Jahre, jeweils zum 1. Juli. Die Umstellung umfasst jeweils 10 € des in OLGA*flex*.Ri versicherten Tagegeldes. Das geht so lange, bis das in OLGA*flex*.Ri versicherte Tagegeld vollständig umgestellt ist. Der insgesamt zu zahlende Beitrag ist jetzt höher, da in OLGA*flex*.AR Alterungsrückstellung gebildet wird. Sollten Sie eine Umstellung nicht wünschen, können Sie ihr jeweils widersprechen.

Beispiel:
Eine 33jährige Person versichert im Jahr 2024 50 € Pflegetagegeld: 25 € in OLGA*flex*.AR und 25 € in OLGA*flex*.Ri. Der zu zahlende Beitrag verändert sich durch die planmäßige Umstellung:

	Tarifstufe	Pflege-tagegeld	Beitrag	gesamt
Beginn 2024	OLGA*flex*.AR	25 €	27,50 €	29,25 €
Alter 33	OLGA*flex*.Ri	25 €	1,75 €	
01.07.2029	OLGA*flex*.AR	35 €	40,90 €	41,95 €
Alter 38	OLGA*flex*.Ri	15 €	1,05 €	
01.07.2031	OLGA*flex*.AR	45 €	55,50 €	55,85 €
Alter 40	OLGA*flex*.Ri	5 €	0,35 €	
01.07.2033	OLGA*flex*.AR	50 €	63,35 €	63,35 €
Alter 42	OLGA*flex*.Ri	0 €	0,00 €	

(Die angegebenen Beträge basieren auf den zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen Beiträgen.)

Haben Sie mit 60 Jahren noch ein Tagegeld in OLGA*flex*.Ri versichert, erfolgt die Umstellung des verbleibenden Tagegeldes zum 1. Januar des nächsten Jahres. Wenn Sie keine Umstellung wünschen, endet die Versicherung nach OLGA*flex*.Ri zum 31.12. des Jahres, in dem Sie 60 Jahre alt werden.

Der Mehrbeitrag für die Umstellung von je 10 € Tagegeld von OLGA*flex*.Ri nach OLGA*flex*.AR berechnet sich so:

	Beitrag für das in OLGA*flex*.AR **neu** hinzukommende Tagegeld
-	Beitrag für das in OLGA*flex*.Ri **wegfallende** Tagegeld
=	Mehrbeitrag für die Umstellung von je 10 €

Dieser Mehrbeitrag beträgt je nach erreichtem Alter:

Alter		Alter	
26	7,70 €	44	16,40 €
27	8,10 €	45	17,10 €
28	8,40 €	46	17,80 €
29	8,80 €	47	18,60 €
30	9,10 €	48	19,40 €
31	9,50 €	49	20,20 €
32	9,90 €	50	19,50 €
33	10,30 €	51	20,50 €
34	10,80 €	52	21,50 €
35	11,30 €	53	22,50 €
36	11,70 €	54	23,60 €
37	12,20 €	55	24,80 €
38	12,70 €	56	26,10 €
39	13,30 €	57	27,40 €
40	13,90 €	58	28,80 €
41	14,40 €	59	30,30 €
42	15,00 €	60	32,10 €
43	15,70 €	61	33,90 €

(Die angegebenen Beträge basieren auf den zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen Beiträgen.)