

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Pflege Tagegeld PTG

PFLEGETAGEGELDVERSICHERUNG

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.

Unser Leistungsversprechen für Sie kurz im Überblick. Der genaue Umfang unserer Leistungen einschließlich der Einschränkungen ist auf den nachfolgenden Seiten geregelt.

<p>Wir zahlen ein Pflegetagegeld in vereinbarter Höhe für die Dauer einer Pflegebedürftigkeit.</p> <p>Das Pflegetagegeld können Sie in Stufen von 5 Euro täglich vereinbaren. Das maximale Pflegetagegeld beträgt 160 Euro.</p> <p>Häusliche Pflege, Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege:</p> <p>Wir zahlen von dem vereinbarten Pflegetagegeld:</p> <table> <tr> <td>In Pflegegrad 1</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 2</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 3</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 4</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 5</td> <td>150%</td> </tr> </table> <p>Vollstationäre Pflege:</p> <p>Wir zahlen von dem vereinbarten Pflegetagegeld:</p> <table> <tr> <td>In Pflegegrad 1</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 2</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 3</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 4</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 5</td> <td>150%</td> </tr> </table>	In Pflegegrad 1	30%	In Pflegegrad 2	40%	In Pflegegrad 3	70%	In Pflegegrad 4	100%	In Pflegegrad 5	150%	In Pflegegrad 1	100%	In Pflegegrad 2	100%	In Pflegegrad 3	100%	In Pflegegrad 4	100%	In Pflegegrad 5	150%	<p>Zusätzliche Leistung</p> <p>Pflegetelefon – unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/3746 444</p> <p>Erhöhung des Pflegetagegeldes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Erhöhung alle 3 Jahre, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit: 5 Euro. Sie können jeweils widersprechen. • Bei besonderen Anlässen (z.B. Heirat): 5 Euro oder 10 Euro • Bei erstmaligem Bezug einer Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, aus einem berufsständischen Versorgungswerk oder eines Altersruhegeldes (Pension): 5 Euro oder 10 Euro <p>Das vereinbarte Pflegetagegeld wird auch während einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung weiter gezahlt.</p>
In Pflegegrad 1	30%																				
In Pflegegrad 2	40%																				
In Pflegegrad 3	70%																				
In Pflegegrad 4	100%																				
In Pflegegrad 5	150%																				
In Pflegegrad 1	100%																				
In Pflegegrad 2	100%																				
In Pflegegrad 3	100%																				
In Pflegegrad 4	100%																				
In Pflegegrad 5	150%																				

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?	3
2. Was sind unsere Leistungen bei häuslicher Pflege, Verhinderungspflege und teilstationärer Pflege bzw. Kurzzeitpflege?	3
3. Was sind unsere Leistungen bei vollstationärer Pflege?	4
4. Welche Tagesgeldhöhe können Sie mit uns vereinbaren?	4
5. Ist eine regelmäßige Erhöhung des Pfl egetagegeldes vorgesehen?	4
6. Aus welchen Anlässen kann das Pfl egetagegeld sonst erhöht werden (Nachversicherungsoption)?	4
7. Welche Serviceleistung erbringen wir?	5
8. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	5
9. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	5
10. Gibt es Wartezeiten?	6
11. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?	6
12. Wann erhalten Sie unsere Leistungen?	6
13. Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?	6
14. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	7
15. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	7
16. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?	7

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	8
2. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	8
3. Wie berechnen wir die Beiträge?	8
4. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	8
5. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	9
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	9
7. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?	9
8. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	9
9. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?	10
10. Welche Gerichte sind zuständig?	10

Anhang	11
---------------	-----------

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?

1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person im Sinne von § 14 SGB XI (vgl. Anhang, Seite 11).

1.2 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsfall?

Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Diese Feststellung trifft der medizinische Dienst der Krankenversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung.

Besteht für die versicherte Person keine gesetzliche Pflegeversicherung - private Pflegepflichtversicherung (PPV) oder soziale Pflegeversicherung (SPV) - trifft die Feststellung der von uns beauftragte medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung.

Der Versicherungsfall endet, wenn die versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig ist.

1.3 Welche Leistungen erbringen wir?

Im Versicherungsfall zahlen wir ein Pfl egetagegeld. Darüber hinaus beraten wir telefonisch zum Thema Pflege.

1.4 In welchem Umfang erbringen wir unsere Leistungen?

Der Umfang unserer Leistungen richtet sich danach, welcher Pflegegrad festgestellt wurde.

Die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt im Sinne von § 15 SGB XI (vgl. Anhang, Seite 11):

- Pflegegrad 1 (geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 2 (erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 3 (schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 4 (schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 5 (schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)

Bei Kindern wird der Pflegegrad anders ermittelt. Hier vergleicht man die Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern. Für pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten gilt eine besondere Regelung. Diese werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

Das vereinbarte Pfl egetagegeld wird auch während einer

- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
- stationären Rehabilitationsmaßnahme,
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung

ohne Unterbrechung weitergezahlt. Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit schon vor Beginn der Behandlung fest stand.

Das Pfl egetagegeld zahlen wir auch dann, wenn die Pflegebedürftigkeit ganz oder teilweise auf einer Suchterkrankung beruht.

2. Was sind unsere Leistungen bei häuslicher Pflege, Verhinderungspflege und teilstationärer Pflege bzw. Kurzzeitpflege?

Wir zahlen von dem vereinbarten Pfl egetagegeld:

- In Pflegegrad 1 30%.
- In Pflegegrad 2 40%.
- In Pflegegrad 3 70%.
- In Pflegegrad 4 100%.
- In Pflegegrad 5 150%.

3. Was sind unsere Leistungen bei vollstationärer Pflege?

Wir zahlen von dem vereinbarten Pflageetagegeld:

- In Pflegegrad 1 100%.
- In Pflegegrad 2 100%.
- In Pflegegrad 3 100%.
- In Pflegegrad 4 100%.
- In Pflegegrad 5 150%.

4. Welche Tagegeldhöhe können Sie mit uns vereinbaren?

Das Pflageetagegeld können Sie in Stufen von 5 Euro vereinbaren. Sie können mit uns maximal ein Pflageetagegeld in Höhe von 160 Euro vereinbaren.

5. Ist eine regelmäßige Erhöhung des Pflageetagegeldes vorgesehen?

Wir erhöhen das Pflageetagegeld in regelmäßigen Abständen ohne erneute Gesundheitsprüfung um 5 Euro. Voraussetzung ist, dass die maximal abschließbare Summe von 160 Euro nicht überschritten wird.

Die erste Leistungsanpassung erfolgt im Jahr 2018 und danach alle 3 Jahre.
Die Anpassung erfolgt auch nach Eintritt einer Pflegebedürftigkeit.

Wir informieren Sie schriftlich über die Erhöhung des Pflageetagegeldes. Die Leistungsanpassung wird zu Beginn des zweiten Monats (Anpassungstermin) wirksam, der auf dieses Schreiben folgt.

Sie können der Erhöhung innerhalb eines Monats widersprechen. Die Frist beginnt mit Zugang unseres Schreibens bei Ihnen. Auf die Folgen des Fristablaufs weisen wir Sie in dem Schreiben ausdrücklich hin.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflageetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Eventuell vereinbarte Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse gelten auch für das hinzukommende Pflageetagegeld.

6. Aus welchen Anlässen kann das Pflageetagegeld sonst erhöht werden (Nachversicherungsoption)?

6.1 Sie haben die Möglichkeit, eine Erhöhung des vereinbarten Pflageetagegeldes um 5 oder 10 Euro zu folgenden Anlässen zu beantragen:

- Bei Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft.
- Bei Geburt oder Adoption eines Kindes.
- Bei Scheidung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft.
- Bei Tod oder Pflegebedürftigkeit des Ehepartners oder Lebenspartners.

Als Lebenspartner und Lebenspartnerschaft gelten nur solche im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

Über den Eintritt des Ereignisses können wir bei Ihnen Nachweise anfordern.

Das Pflageetagegeld darf dadurch die maximal abschließbare Summe von 160 Euro nicht überschreiten. Der Antrag auf Erhöhung muss spätestens drei Monate nach dem Ereignis bei uns vorliegen. Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

Die Erhöhung ist nur möglich, wenn die versicherte Person bis zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht pflegebedürftig ist bzw. war. Es darf bis zu diesem Zeitpunkt auch kein Antrag auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit der versicherten Person gestellt worden sein.

6.2 Eine Erhöhung des vereinbarten Pflageetagegeldes ist zudem bei erstmaligem Bezug einer Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung möglich. Sie können das Pflageetagegeld für die betroffene versicherte Person zum Rentenbeginn um 5 oder 10 Euro erhöhen. Das Pflageetagegeld darf dabei die maximal abschließbare Summe von 160 Euro nicht überschreiten.

Der gesetzlichen Altersrente sind Renten aus berufsständischen Versorgungswerken und Altersruhegehälter (Pensionen) gleichgestellt.

Sie können das Erhöhungsrecht zum Rentenbeginn nur einmalig für jede versicherte Person ausüben. Dies gilt unabhängig davon, ob Ansprüche gegen mehrere Versorgungseinrichtungen bestehen.

Über den Rentenbeginn können wir bei Ihnen Nachweise anfordern.

Für versicherte Personen, die keinen Anspruch auf eine der genannten Altersversorgungen haben, ist eine Erhöhung des vereinbarten Pflageetagegeldes zum vollendeten 67. Lebensjahr möglich.

Der Antrag auf Erhöhung muss spätestens drei Monate nach dem Ereignis bei uns vorliegen. Eine neue Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

Die Erhöhung ist nur möglich, wenn die versicherte Person bis zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht pflegebedürftig ist bzw. war. Es darf bis zu diesem Zeitpunkt auch kein Antrag auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit der versicherten Person gestellt worden sein.

6.3 Wir erhöhen das Pflegetagegeld jeweils zum 1. des Monats, der auf die Antragstellung folgt.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten Eintrittsalter der versicherten Person. Eventuell vereinbarte Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse gelten auch für das hinzukommende Pflegetagegeld.

7. Welche Serviceleistung erbringen wir?

Pflegetelefon

Sie wünschen telefonische Informationen und Beratungen zum Thema Pflege? Über unser Pflegetelefon erhalten Sie und Ihre Angehörigen umfangreiche Serviceleistungen.

Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Rufnummer

0800/3746 444.

Das Leistungspaket unseres Pflegetelefons:

- Information und Beratung
 - zu Fragen rund um die Pflege,
 - bei der Stellung von Anträgen im Rahmen der Pflegeversicherung und ergänzender Hilfen,
 - zum Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
 - zur häuslichen, teilstationären und stationären Versorgung,
 - zur Finanzierung der Pflegekosten (welche Leistungen stehen zur Verfügung?),
 - zu den Leistungen aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern,
 - zur Organisation der pflegerischen Versorgung (nach stationärem Aufenthalt),
 - zur Entlastung pflegender Angehöriger,
 - zu Demenzerkrankungen.
- Information zur Prävention (auch: Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung) und Beratung im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit.
- Psychosoziale Beratung und Unterstützung der Versicherten und ihrer Angehörigen zum Umgang mit der Pflegesituation.
- Wir nennen Adressen und Telefonnummern von Pflegeeinrichtungen oder -diensten.

8. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

8.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nrn. 1, 2, 3 und 7, Seiten 3 bis 5).

Wir leisten jedoch generell nicht für Pflegebedürftigkeit:

- a) die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist.
Diese Einschränkung gilt nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:
 - Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht,
 - sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil und
 - sie hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet zu verlassen.
- b) deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

8.2 **Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:**

- vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 1 Nr. 9, Seite 5),
- bei Aufhalten im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 11, Seite 6),
- bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 1, Seite 8),
- bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 4, Seite 8).

9. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

9.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

9.2 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

9.3 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt beginnen, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

- 9.4 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 8, Seite 9). Dies gilt auch, wenn noch Pflegebedürftigkeit (vgl. Teil 1 Nr. 1, Seite 3) vorliegt (schwebender Versicherungsfall).

10. Gibt es Wartezeiten?

Wir verzichten auf die Einhaltung einer Wartezeit.

11. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?

11.1 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) und den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Vorübergehende Auslandsaufenthalte außerhalb der EU bzw. des EWR:

Bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr zahlen wir das Pflegetagegeld weiter. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein.

11.2 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die EU bzw. den EWR:

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedsstaat der EU oder Vertragsstaat des EWR besteht die Versicherung weiter.

11.3 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU bzw. des EWR:

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR endet die Versicherung.

11.4 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland können Sie auch verlangen, dass wir die Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

12. Wann erhalten Sie unsere Leistungen?

Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

Darüber hinaus hängt der Zeitpunkt der Zahlung des Pflegetagegeldes davon ab, ob die versicherte Person gesetzlich pflegeversichert ist oder nicht:

Für die versicherte Person besteht eine gesetzliche Pflegeversicherung.

Wir zahlen das Pflegetagegeld ab dem Zeitpunkt, zu dem die Leistungen in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung erbracht werden. Voraussetzung ist, dass uns Ihr Antrag auf Leistungen innerhalb von sechs Monaten ab Feststellung der Pflegebedürftigkeit zugeht. Stellen Sie den Antrag erst später, zahlen wir das Pflegetagegeld maximal für sechs Monate rückwirkend.

Die Höhe des Pflegetagegeldes hängt von einer Pflegebedürftigkeit und dem Pflegegrad ab. Auch kommt es darauf an, ob eine häusliche Pflege, Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege oder vollstationäre Pflegeversicherung maßgeblich. Kommt es insoweit zu Veränderungen, ist der Zeitpunkt der Änderungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung maßgeblich.

Für die versicherte Person besteht keine gesetzliche Pflegeversicherung.

Wir zahlen das Pflegetagegeld rückwirkend ab dem Zeitpunkt, zu dem die Feststellung der Pflegebedürftigkeit getroffen wurde. Mit der Feststellung beauftragen wir einen Arzt oder den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Gleiches gilt für Änderungen der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades.

13. Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?

13.1 Feststellungen durch die gesetzliche Pflegeversicherung.

Wenn die versicherte Person Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhält oder für sie dort Leistungen beantragt wurden, sind die dort getroffenen Feststellungen in Bezug auf

- die Pflegebedürftigkeit,
- den Pflegegrad,
- Änderungen hinsichtlich der vorstehend aufgeführten Feststellungen

auch für diesen Tarif maßgebend.

Voraussetzung hierfür ist die Vorlage entsprechender Nachweise.

13.2 Feststellung bei fehlendem Nachweis durch die gesetzliche Pflegeversicherung

In diesem Fall beauftragen wir mit den Feststellungen nach Nr. 13.1 einen Arzt oder den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung.
Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Die Kosten der Untersuchung tragen wir.

Etwas anderes gilt jedoch, wenn Sie uns innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nach Abschluss des Feststellungsverfahrens erneut den Eintritt eines Versicherungsfalles anzeigen. Wird durch dieses Verfahren unsere Leistungspflicht nicht festgestellt, müssen Sie die Kosten der Untersuchung tragen.

Hat die versicherte Person Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der EU bzw. dem EWR, beauftragen wir mit den Feststellungen einen Gutachter.

Wir tragen nur die Kosten, die bei einer Begutachtung in Deutschland angefallen wären. Etwaige Mehrkosten tragen Sie.

Gleiches gilt für Änderungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit bzw. des Pflegegrades.

14. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

14.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen.

In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.

14.2 Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

14.3 Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

15. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden. Das Abtretungsverbot gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

16. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?

16.1 Vom Überschuss eines Geschäftsjahres aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung verwenden wir nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80% zugunsten der Versicherungsnehmer.

Dabei bilden wir auch eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung mit folgenden Verwendungsmöglichkeiten:

Wir können

- die Rückstellung als Einmalbeitrag verwenden, um Beitragserhöhungen abzuwenden oder abzumildern,
- die Rückstellung auszahlen,
- die Leistungen erhöhen bzw. den Beitrag senken,
- für gesundheitsbewusstes Verhalten eine AktivPrämie ausloben. Damit belohnen wir bestimmte von uns angeratene Maßnahmen, z.B. den Besuch eines Fitnesskurses.

Wir entscheiden jährlich darüber, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt wir die Rückstellung verwenden. Dabei entscheiden wir auch, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen. Ein unabhängiger Treuhänder muss unseren Entscheidungen zustimmen.

16.2 In Ausnahmefällen dürfen wir aus der Rückstellung Beträge entnehmen, um einen drohenden Notstand (z.B. Verlustabdeckung) abzuwenden. Dies darf nur im Interesse der versicherten Person erfolgen. Die Aufsichtsbehörde muss zustimmen.

16.3 Falls wir für diesen Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorsehen, besteht ein Anspruch für die versicherte Person, wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam vorliegen:

- Aus der Versicherung der versicherten Person haben wir für das Geschäftsjahr keine Leistungen erbracht.
- Die Versicherung hat in diesem Tarif während des ganzen Geschäftsjahres bestanden und besteht noch am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn die Versicherung nach Ablauf des Geschäftsjahres wegen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wegen Tod geendet hat.
- Für die Versicherung besteht kein Beitragsrückstand zum 31. Dezember des Geschäftsjahres.

Wir können die Höhe der Beitragsrückerstattung nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, für die ein Anspruch besteht, staffeln. Wir zahlen die Beitragsrückerstattung nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres aus.

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- 1.1 Für versicherte Personen mit gesetzlicher Pflegeversicherung müssen Sie uns die dortige Feststellung des Versicherungsfalls anzeigen. Dazu müssen Sie uns Nachweise über die Pflegebedürftigkeit vorlegen. Als Nachweis dient der Bescheid der SPV bzw. die Mitteilung der PPV über den festgestellten Pflegegrad.
- 1.2 Versicherte Personen ohne gesetzliche Pflegeversicherung müssen sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern. Mit der Untersuchung können wir auch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragen.
- 1.3 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfanges benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- 1.4 Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was zu einer Verschlechterung des Zustandes führen kann.
- 1.5 Nach Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie uns über jede
 - Minderung oder den Wegfall der Pflegebedürftigkeit,
 - Änderung der Art der Versorgung (z.B. häusliche Pflege oder vollstationäre Pflege)der versicherten Person unverzüglich informieren.
- 1.6 Für eine versicherte Person darf eine weitere Pflegezusatzversicherung nur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden. Dies gilt auch für die Erhöhung einer bereits bestehenden Pflegezusatzversicherung.

2. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

- 2.1 Sie erhalten keine Leistungen, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.
- 2.2 Verletzen Sie die in Nr. 1.6 genannte Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig, können wir den Versicherungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht besteht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung.
- 2.3 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

3. Wie berechnen wir die Beiträge?

- 3.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, gilt der Beitrag des nächsthöheren Alters. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.
- 3.2 Die Beiträge berechnen wir nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung. Die Einzelheiten sind in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Soweit eine Alterungsrückstellung gebildet wird, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen wegen des Alterwerdens ausgeschlossen. Eine Alterungsrückstellung dient dazu, den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Versicherungsleistungen vorzufinanzieren.
- 3.3 Bei einer Änderung der Beiträge berücksichtigen wir das erreichte Alter der versicherten Person. Zur Bestimmung des Alters kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Änderung wirksam wird. Dem Eintrittsalter der versicherten Person tragen wir dadurch Rechnung, dass wir eine Alterungsrückstellung anrechnen.
- 3.4 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

4. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

- 4.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- 4.2 Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten.

Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen.

- 4.3 Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag abbuchen können und Sie der Abbuchung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht abbuchen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

5. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

- 5.1 Wir garantieren im Rahmen dieser AVB Ihren Leistungsanspruch für die gesamte Dauer der Versicherung. Bei der Kalkulation des Beitrags berücksichtigen wir z.B. die Häufigkeit und Dauer von Pflegefällen und die Lebenserwartung.

Spätere Änderungen bei diesen Faktoren können die Ausgaben für unsere Leistungen beeinflussen. Wir vergleichen daher mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Der Vergleich erfolgt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene) separat.

Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung bei den Leistungen, gilt Folgendes: Bei einer Abweichung von über 5% können wir alle Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von über 10% sind wir zur Prüfung dieser Beiträge und einer erforderlichen Änderung verpflichtet. Die gleiche Pflicht haben wir bei einer Abweichung von über 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten.

In allen Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.

Bei einer Beitragsanpassung können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag ändern.

- 5.2 Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Nr. 5.1 Satz 4, Seite 9 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.
- 5.3 Die Änderung und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- 6.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft – z.B. durch Gesetze – ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.
- 6.2 Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte, insbesondere der Aufsichts- oder Kartellbehörden, können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

7. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?

- 7.1 Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an. Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.
- 7.2 Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

8. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

- 8.1 Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- 8.2 Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.

- 8.3 Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.
Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge wegen Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres (vgl. Teil 2 Nr. 3.1, Seite 8) müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen.
Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 9) müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung über die Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 6.1, Seite 9).
- 8.4 Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 8.5 Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Teil 2 Nr. 4, Seite 8).
Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.
- 8.6 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR endet die Versicherung.
- 8.7 Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.
- 8.8 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.
Sie bzw. die versicherten Personen können darüber hinaus verlangen, dass wir eine gekündigte Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Dieses Recht besteht auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland. Eine Anwartschaftsversicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

9. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die Private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.

Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet:
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de
Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.

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

10. Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz, können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch 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 Abfuhrmethoden, 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 gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes.

(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 Absatz 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 Absatz 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 Anlage 2 festgelegten Punktebereichen 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 Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

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

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

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in 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 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 Beeinträchtigung 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.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegfachlich 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 Absatz 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 Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 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.