

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

(Stand: 01.01.2017)

Teil I Allgemeine Bedingungen (AB/PV 2017)

Teil II Tarifbedingungen (TB/PV 2017)

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld (Pflegekostenversicherung) oder ein Pfl egetagegeld 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 (Allgemeinen Bedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

3.1 Personen mit erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

4. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pfl egetagegeldversicherung 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 bei einem Aufenthalt im Inland 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 den 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. 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.

§ 1a

Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

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 Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.
2. Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 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 Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausge dehnte 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 Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:
 - a) Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

- b) Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - c) Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - d) Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - e) 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 Absätze 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

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.

1.1 Werden Personen nachversichert oder nachträglich Tarife mit höheren Leistungen abgeschlossen, so gelten für diesen Teil des Vertrages die gleichen Bestimmungen wie für einen Neuabschluss. Eine Ausnahme bildet die im Pflegetagegeldtarif vorgesehene Anpassungsmöglichkeit.

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 zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

2.1 Abweichend von Abs. 2 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.

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.

§ 3 Wartezeit

1. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
2. Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

2.1 Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

2.2 Die Bestimmungen über die Wartezeit gelten auch für Mehrleistungen infolge einer vom Versicherungsnehmer beantragten Vertragsänderung.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

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

1.1 Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt frühestens nach festgestellter Pflegebedürftigkeit und nach Ablauf der Wartezeit sowie nach Vorliegen der in den §§ 1 u. 6 genannten Voraussetzungen. Die Pflegebedürftigkeit sowie gegebenenfalls eine Änderung des Pflegegrades muss dabei nach ärztlicher Bescheinigung auf Dauer, voraussichtlich aber für mindestens sechs Monate bestehen. Die Leistungspflicht des Versicherers endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

1.2 Bei Änderungen des Leistungsumfanges der gesetzlichen Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung) kann der Versicherer eine Anpassung der in den Tarifen genannten Leistungen vornehmen. Gleiches gilt für die Definition der Pflegegrade und der Pflegebedürftigkeit (im Teil I der AVB), die an den jeweiligen Wortlaut des Sozialgesetzbuches (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung angepasst wird. Das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers gilt gemäß § 13 Abs. 3.

1.3 Für die Feststellung, welchem Kalenderjahr eine Leistung zuzuordnen ist, sind die Behandlungsdaten bzw. der Bezugszeitpunkt maßgebend.

2. Eintritt und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sowie Änderungen des Pflegegrades sind durch ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen. Kosten je eines Nachweises innerhalb von drei Monaten hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Kosten häufiger verlangter Nachweise gehen zu Lasten des Versicherers. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (siehe Anhang), Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen reichen zum Nachweis nicht aus.

2.1 Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen. Die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer in Abständen von drei Monaten durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen. Diese Bescheinigung soll auf einem Vordruck des Versicherers ausgestellt werden. Der Versicherer kann die Vorlage auch in kürzeren Abständen, jedoch nicht in Abständen von weniger als einem Monat verlangen.

3. 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 entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

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 ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung aus seiner Krankenversicherung hat;
- e) 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;
- f) 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. So-

fern 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;

- g) 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. Stehen die Aufwendungen für die Pflege oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
3. Besteht auch Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, soweit der Tarif Ersatz von Pflegekosten vorsieht, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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.

1.1 Pflegetagegelder werden nachträglich in monatlichen Abständen gezahlt.

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.

2.1 Rechnungen auch unbezahlte müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein. Insbesondere müssen sie enthalten: Name der gepflegten Person, die Diagnose bzw. den Grund der Pflegebedürftigkeit, Behandlungsdaten sowie die Bezeichnung der erbrachten Leistungen.

2.2 Von einem anderen Versicherer oder Kostenträger erbrachte Leistungen müssen von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.

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 für Überweisungen und für Übersetzungen abgezogen werden, für Überweisungen, wenn der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

6.1 Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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.

1.1 Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Ansonsten gilt als Versicherungsjahr das Kalenderjahr.

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.

2.1 Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von
2 % bei halbjährlicher Zahlung,
4 % bei Jahreszahlung.

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.

5.1 Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,77 Euro.

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 auf Grund 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.

7.1 Beitragsrückerstattung
Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:
- Leistungserhöhung,
- Beitragssenkung,
- Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
- Auszahlung oder Gutschrift.

Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

Der Vorstand bestimmt den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung. Die Voraussetzungen für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen werden vom Vorstand festgelegt.

7.2 Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge nach Maßgabe des § 150 VAG (siehe Anhang) jährlich zugeschrieben.

§ 8a Beitragsberechnung

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

1.1 Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter (= bei Versicherungsbeginn vollendete Lebensjahre) der versicherten Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

1.2 Die Beiträge für Kinder und Jugendliche gelten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem Monat der Vollendung des 21. Lebensjahres ist der Erwachsenen-Beitrag des jeweiligen Geschlechts zu zahlen. Für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, ist mit dem Monat der Vollendung des 21. Lebensjahres der Erwachsenen-Beitrag zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Die Kündigung muss spätestens zwei Monate nach dem Umstufungszeitpunkt erfolgen.

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. 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 dem erforderlichen Beitrag 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.

§ 8b Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern oder der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden anhand einer Gemeinschaftsstatistik der privaten Pflegepflichtversicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Veränderung von mehr als dem gesetzlich oder dem tariflich festgelegten Vorhundertersatz, so werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Abs. 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

§ 9 Obliegenheiten

- 1.1 Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 10%. Eine Anpassung kann jedoch entsprechend den Regelungen von § 8b bereits dann erfolgen, wenn eine Abweichung von mehr als 5% festgestellt wird. Bei Tarifen, deren Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert sind (verpflichtend für Versicherungsverträge, die nach dem 20. Dezember 2012 abgeschlossen werden) beträgt der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen maßgebliche Satz 5%.

Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 5%.

Unter den gleichen Voraussetzungen können im Rahmen des Vergleichs der Versicherungsleistungen und der Sterbewahrscheinlichkeiten auch betragsmäßig festgesetzte Höchstsätze angepasst 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. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
4. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
1. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb der in den Tarifbedingungen 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.
 - 1.1 Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen. Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, ist dem Versicherer in Abständen von drei Monaten durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit nachzuweisen. Diese Bescheinigung soll auf einem Vordruck des Versicherers ausgestellt werden. Der Versicherer kann die Vorlage des Vordruckes auch in kürzeren Abständen, jedoch nicht in Abständen von weniger als einem Monat verlangen.
 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 Umfangs 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.

**§ 10
Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pfl egetagegeld 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.

**§ 11
Obliegenheiten und
Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei
Ansprüchen gegen Dritte**

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art 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 (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, 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 Absätzen 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

**§ 12
Aufrechnung**

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

**§ 13
Kündigung durch den
Versicherungsnehmer**

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.
 - 1.1 Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Ansonsten gilt als Versicherungsjahr das Kalenderjahr.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
 - 2.1 Kündigt der Versicherungsnehmer nach § 13 Abs. 2 das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, so hat diese das Recht, die Versicherung als eigenes Versicherungsverhältnis ohne Unterbrechung fortzusetzen, sofern die Fortsetzung dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der bisherigen Versicherung angezeigt wird.
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.

**§ 14
Kündigung durch den
Versicherer**

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 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**

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 endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers bzw. eines Mitgliedstaats der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Europäischen Wirtschaftsraums, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- 3.1 Liegt ein Scheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.
4. In der Pflagegeldversicherung 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.

Sonstige Bestimmungen

**§ 16
Willenserklärungen und
Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

**§ 17
Gerichtsstand**

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung ei-

nes 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.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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.

- 1.1 Beitragsänderung
 - a) Eine Erhöhung der Beiträge nach § 18 Abs. 1 ist auch zulässig, wenn aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern oder der Häufigkeit von Pflegefällen eine nachhaltige Verschlechterung des Schadenverlaufs im Vergleich zu den bei der Kalkulation eingerechneten Schäden beim Versicherer eingetreten ist oder bevorsteht.
 - b) Bei einer durch Veränderung der Pflegekosten bedingten Beitragserhöhung kann der Versicherer auch Erstattungshöchstbeträge, absolute Selbstbehalte und Pflegegelder, die zum Ausgleich für eine versicherte, aber nicht beanspruchte Kostenerstattung gewährt werden, erhöhen.

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

1. 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

Zuordnung ab 01.01.2017

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 Absatz 1 schriftlich mit. Weicht 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. Pfl egetagegeld 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.

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

- § 14
Fälligkeit der Geldleistungen**
- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs 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 Absatz 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 nur 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 Absatz 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 Absatz 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; Absatz 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 Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

.
.
.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

**§ 150
Gutschrift zur
Alterungsrückstellung;
Direktgutschrift**

- (1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).
- (2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um zwei vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.
- (3) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder eines Teils der

Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pfl egetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass an Stelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

- (4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur Prämien ermäßigung zu verwenden. Die Prämien ermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (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 Absatz 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. Absatz 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 Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 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 Leistungsanspruchnahme 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 Absätzen 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 Absatz 2 Satz 1.

Auszug aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)

§ 15

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

- ...
- (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 Selbstständigkeit 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 Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit 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 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 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.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 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.
.
.
.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung MediP

(Stand: 01.01.2017)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I Allgemeine Bedingungen AB/PV 2017
und Teil II Tarifbedingungen TB/PV 2017)

Aufnahmefähigkeit/Versicherungsfähigkeit

Erläuterung

Aufnahmefähig sind Personen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses in der deutschen Pflegepflichtversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) versichert sind. Die Tarife MediP 0 bis MediP 3 und MediP EZ können bestehen bleiben, wenn die versicherte Person nach Abschluss des Versicherungsvertrages in der deutschen Pflegepflichtversicherung nicht mehr versicherungspflichtig ist.

Die Tarife MediP 1 und MediP 2 sind unselbständige Tarife. Tarif MediP 1 kann nur zu dem beim Versicherer bestehenden Tarif MediP 2 und Tarif MediP 3 abgeschlossen werden. Tarif MediP 2 kann nur zu dem beim Versicherer bestehenden Tarif MediP 3 abgeschlossen werden. Der Versicherungsschutz nach Tarif MediP 1 oder Tarif MediP 2 endet auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung des Tarifs MediP 3. Außerdem endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediP 1 auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung des Tarifs MediP 2.

Die Tarife MediP 0, MediP 3 und Tarif MediP EZ können selbständig abgeschlossen werden.

A. Tarifleistungen

1. Leistungen des Versicherers/Beginn der Leistungspflicht

Abweichend von § 6 Abs. 1 AB/PV 2017 gilt:

Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab dem Zeitpunkt erbracht, in dem die Anspruchsvoraussetzungen der deutschen Pflegepflichtversicherung vorliegen (vgl. Abschnitt B. 1).

2. Versicherungsschutz/ Abschließbare Tarife

Pflegetagegeld bei geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

- 2.1 Tarif MediP 0 leistet
- **100%** des vereinbarten Pflegetagegeldes für die Dauer der Zuordnung in Pflegegrad 1.

Pflegetagegeld bei ambulanter häuslicher Pflege

- 2.2 Tarif MediP 1 leistet
- **100%** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **ambulanter Pflege** zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegegrad 2.
- 2.3 Tarif MediP 2 leistet
- **100%** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **ambulanter Pflege** zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegegrad 3.

Pflegetagegeld bei vollstationärer Pflege

- 2.4 Tarif MediP 3 leistet
- **100%** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **ambulanter Pflege** zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegegrad 4 sowie in Pflegegrad 5 und
- **100%** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **vollstationärer Pflege** für die Pflegegrade 2, 3, 4 und 5.

Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit

- 2.5 Tarif MediP EZ leistet
- **100%** der vereinbarten Einmalzahlung bei **erstmaliger Feststellung** einer Pflegebedürftigkeit nach den Pflegegraden 2, 3, 4 und 5.

Mit Auszahlung der vereinbarten Einmalzahlung endet Tarif MediP EZ. Eine gesonderte Erklärung des Versicherungsnehmers ist nicht erforderlich.

3. Versicherungshöhe

- 3.1 Das Pflegetagegeld kann in einer Höhe von 1 Euro oder einem Vielfachen hiervon versichert werden. Es gelten die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen.
- 3.2 Die Höhe des Pflegetagegeldes des Tarifs MediP 1 darf nicht höher sein als die Absicherung des Tarifs MediP 2. Der Tarif MediP 2 darf kein höheres Pflegetagegeld umfassen als der Tarif MediP 3.
- 3.3 Die Einmalzahlung kann in einer Höhe von 500 Euro oder einem Vielfachen hiervon versichert werden. Es gilt die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Höchstgrenze.

4. Vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege

Bei nachgewiesener vorübergehender vollstationärer Kurzzeitpflege im Sinne des § 42 Abs. 1 SGB XI leistet Tarif MediP 3 im vereinbarten Umfang. Die Leistung für vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege wird aus dem Tarif MediP 3 maximal solange erbracht, wie Anspruch auf die entsprechende Leistung aus der deutschen Pflegepflichtversicherung besteht. Solange Tarif MediP 3 für vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege leistet, bestehen keine Pflegetagegeldansprüche aus Tarif MediP 1 und Tarif MediP 2.

5. Soforthilfe bei zeitlich begrenzter Pflege nach Unfall

Der Versicherer leistet ein Pflegetagegeld als **Soforthilfe** aus Tarif MediP 0 im vereinbarten Umfang bis zu 28 Tage im Kalenderjahr. Diese Leistung wird unabhängig von der Zuordnung eines Pflegegrades dann erbracht, wenn die versicherte Person

- in Folge eines Unfalls (vgl. Abschnitt B. 5)
- stationär behandelt werden muss und daran anschließend
- der in Deutschland niedergelassene behandelnde Arzt eine häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst anräht.

Eine Leistung wird nicht erbracht, wenn zum Zeitpunkt der beantragten Soforthilfe bereits Pflegeleistungen aus der deutschen Pflegepflichtversicherung in Anspruch genommen werden.

6. Suchterkrankung, Krankenhausbehandlung, Kur und Rehabilitationsmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1 b AB/PV 2017 wird im Umfang des vereinbarten Tarifs MediP geleistet, wenn die Pflegebedürftigkeit ganz oder teilweise auf eine Suchterkrankung zurückzuführen ist.

Abweichend von § 5 Abs. 1 e AB/PV 2017 wird das vereinbarte Pflegetagegeld während

- einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
- einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung und
- während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung

ohne Unterbrechung zur Verfügung gestellt.

7. Beitragsbefreiung im Leistungsfall

Bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 endet die Beitragszahlung für die von der versicherten Person abgeschlossenen Tarife MediP mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der deutschen Pflegepflichtversicherung festgestellt wird. Die Beitragsbefreiung endet mit Ablauf des Monats, in dem keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 mehr vorliegt.

8. Anpassung a) Dynamische Anpassung des Pflegetagegeldes/Widerspruch

Der Versicherer erhöht das Pflegetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils drei Kalenderjahren (entspricht 36 Monaten), sofern die versicherte Person am Stichtag der Leistungsanpassung

- das 21. Lebensjahr vollendet hat,
- keine Leistungen bei der deutschen Pflegepflichtversicherung beantragt hat,
- keine Einstufung in einen Pflegegrad erfolgt ist.

Die Anpassung des versicherten Pflegetagegeldes erfolgt im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen. Das Pflegetagegeld wird je Anpassung um 10 % des zuletzt vereinbarten Tagessatzes erhöht. Die Anpassung beträgt (jedoch) mindestens 1 EUR oder ein Vielfaches hiervon.

Vereinbarte Beitragszuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

Der Versicherungsnehmer erhält über die Erhöhung des Pflegetagegeldes einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der die neue monatliche Beitragsrate und die Tagegeldstufe ausweist.

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, der Erhöhung innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden des neuen Beitrages in Textform zu widersprechen. Macht der Versicherungsnehmer für die versicherte Person von zwei aufeinanderfolgenden Anpassungen keinen Gebrauch, so erlischt der Anspruch auf künftige dynamische Anpassungen für diese versicherte Person.

Hat der Versicherungsnehmer in den letzten 12 Monaten vor einer Anpassung nach Abschnitt A. 8 das Pflagegeld mindestens einmal in den Tarifen MediP 0 oder MediP 1 oder MediP 2 oder MediP 3 erhöht, unterbleibt eine Teilnahme an der darauffolgenden dynamischen Anpassung (vgl. Abschnitt A. 8a).

b) Leistungsdynamik bei Pflegebedürftigkeit

Der Versicherer erhöht das Pflagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils fünf Kalenderjahren (entspricht 60 Monaten), sofern am Stichtag der Leistungsanpassung

- die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet hat,
- eine Pflegebedürftigkeit gemäß Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt und
- Leistungen aus den Tarifen MediP 1, MediP 2 oder MediP 3 bezogen werden.

Erstmals findet die Erhöhung fünf Kalenderjahre (60 Monate) nach Beginn der Leistungspflicht in den Tarifen MediP 1, MediP 2 oder MediP 3 statt. Voraussetzung hierfür ist, dass die versicherte Person ununterbrochen pflegebedürftig war.

Die Anpassung des versicherten Pflagegeldes erfolgt im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen. Das Pflagegeld wird je Anpassung um 5 % des zuletzt vereinbarten Tagessatzes erhöht. Die Anpassung beträgt mindestens 1 EUR oder ein Vielfaches hiervon. Die Tagegeldhöhe des Tarifs MediP 0 wird nicht angepasst.

9. Anpassung bei Gesetzesänderung

Verändert sich die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherungsnehmer das Recht, ein Angebot auf Umstellung in einen neuen Pflagegeldtarif zu verlangen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherer einen entsprechenden neuen Tarif anbietet und das Pflagegeld im neuen Tarif die Höhe des bisher versicherten Pflagegeldes nicht übersteigt. Der Wechsel in einen neuen Tarif wird keine erneute Gesundheitsprüfung voraussetzen.

10. Optionsrecht/Nachversicherung bei Eintritt eines Ereignisses (z. B. Tod, Heirat, Geburt)

Recht auf Erhöhung des Pflagegeldes (Optionsrecht)

Eine Erhöhung des versicherten Pflagegeldes im Rahmen der in Abschnitt A. 3 festgelegten Höchstgrenzen ist ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten möglich, wenn

- die versicherte Person nach Abschluss des Tarifs MediP das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- die versicherte Person Tarif MediP zum Zeitpunkt der Antragstellung 5 Jahre (vgl. zur Definition des Versicherungsjahres § 8 Abs. 1.1 TB/PV 2017) versichert hat,
- die versicherte Person Tarif MediP zum Zeitpunkt der Antragstellung 10 Jahre (vgl. zur Definition des Versicherungsjahres § 8 Abs. 1.1 TB/PV 2017) versichert hat.

Das Recht zur Erhöhung besteht für die versicherte Person auch

- bei Geburt oder Adoption eines Kindes,
- bei Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes,
- bei Tod des Ehepartners oder Lebenspartners gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz,
- bei Heirat oder Schließung einer Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz,
- bei Scheidung oder dauerhafter Trennung vom Ehepartner.

Die Erhöhung ist jeweils begrenzt auf maximal 20% des in den Tarifen MediP 0, MediP 1, MediP 2 oder MediP 3 zum Zeitpunkt der Antragstellung vereinbarten Pflagegeldes.

Der Antrag auf Erhöhung des Pflagegeldes muss spätestens sechs Monate nach Eintritt des Ereignisses beim Versicherer eingegangen sein. Die Erhöhung wird zum 01. des Monats wirksam, der auf die Antragstellung folgt.

Recht auf Nachversicherung

Zu folgenden Zeitpunkten kann eine Nachversicherung einer bestehenden oder eine erstmalige Absicherung in den Tarifen MediP 0, MediP 1 und MediP 2 bis zur Höhe des zum Zeitpunkt der Antragstellung abgeschlossenen Pflagegeldes des Tarifs MediP 3 ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten erfolgen:

1. Zum vollendeten 50. Lebensjahr.

2. Zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs einer Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung (= Rentenbeginn), spätestens aber zum vollendeten 67. Lebensjahr.

Hinsichtlich der Absicherung im Tarif MediP 0 sind die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstsätze zu berücksichtigen.

Der Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung sind Altersrenten aus berufsständischen Versorgungswerken und Altersruhegehälter (Beamtenpensionen) gleichgestellt. Das Optionsrecht zum Rentenbeginn kann nur einmalig ausgeübt werden, unabhängig davon, ob Ansprüche gegen mehrere Versorgungseinrichtungen bestehen.

Der Antrag auf Nachversicherung des Pfl egetagegeldes muss spätestens sechs Monate nach Eintritt des Ereignisses beim Versicherer eingegangen sein. Die Erhöhung wird zum 01. des Monats wirksam, der auf die Antragstellung folgt.

Wegfall des Options- und Nachversicherungsrechts

Eine Erhöhung bzw. Nachversicherung ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung

- ein Antrag auf Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit bei der deutschen Pflegepflichtversicherung vorliegt,
- Pflegeleistungen aus der deutschen Pflegepflichtversicherung bereits erbracht werden oder in der Vergangenheit in Anspruch genommen wurden,
- die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat und die sechsmonatige Frist zur Antragstellung abgelaufen ist.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

1. Pflegebedürftigkeit

Soweit die Leistungspflicht des Versicherers nach Tarif MediP Pflegebedürftigkeit voraussetzt, sind die Feststellungen des Medizinischen Dienstes der deutschen Pflegepflichtversicherung für eine Einstufung in die Pflegegrade 1 bis 5 gemäß §§ 14, 15 SGB XI (siehe Anhang) maßgeblich.

Sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Leistungsantrags nicht in der deutschen Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig ist (vgl. Abschnitt B. 4.), wird der Versicherer einen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches (SGB XI) feststellt. Die durch diese Begutachtung entstehenden Mehrkosten trägt der Versicherungsnehmer.

2. Nachweispflicht

Abweichend von § 4 Abs. 2.1, § 9 Abs. 1.1 TB/PV 2017 verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der regelmäßigen dreimonatigen Nachweispflicht über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Bescheinigungen. Der Nachweis über Änderungen des Pflegegrades bleibt hiervon unberührt.

Sollte eine vollstationäre Pflege nicht mehr in Anspruch genommen werden, ist dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen (vgl. Abschnitt A. 2).

Das Gleiche gilt, wenn eine häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst nicht mehr angeraten ist (vgl. Abschnitt A. 5).

3. Wartezeiten

Abweichend von § 3 AB/PV 2017 verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeit.

4. Weltgeltung

Abweichend von § 1 Abs. 5 und § 15 Abs. 4 AB/PV 2017 besteht Versicherungsschutz nach Tarif MediP weltweit. Für den Nachweis der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person gelten die §§ 9 und 10 AB/PV 2017 sowie Abschnitt B. 1 und B. 2.

5. Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird
- oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,

oder wenn durch eine Eigenbewegung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird,
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,
- Menisken oder sonstige Knorpel geschädigt werden,

- Knochenbrüche entstehen.

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschenleben oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig und fallen somit unter den Versicherungsschutz.

C. Beiträge und Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB), Elftes Buch (XI), Soziale Pflegeversicherung

§ 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 Stoma, Ernährung perenteral 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 Verbandwechsel 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 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 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 Anla-

ge 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegfachlich 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 Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit 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 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.
- (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 Fünftens 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.

§ 42
Kurzzeitpflege

- (1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:
1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
 2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
- (2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.
...