

Wesentliche Merkmale des Tarifs OLG*Aflex*

Pflegetagegeld

in Abhängigkeit des Pflegegrades

- für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit bzw.
- 100% bei vollstationärer Pflege ab Pflegegrad 2

Assistanceleistungen

- Benennung und Vermittlung von Dienstleistern

Mehrfachleistung

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

Alternativ-Begutachtung

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

Beitragsgutschrift

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

Tarif OLG*Aflex* Pflegetagegeldversicherung Fassung Januar 2017

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Der Tarif *OLGAflex* steht in zwei Tarifstufen zur Verfügung:

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

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

I. Versicherungsfähigkeit

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

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

II. Versicherungsleistungen

1. Pfl egetagegeld

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

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

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

Das Pfl egetagegeld beträgt abhängig vom Pflegegrad

- in häuslicher oder teilstationärer Pflege:

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

- in vollstationärer Pflege:

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

des versicherten Tagessatzes.

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

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

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

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

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

2. Einstufung durch die SPV/PPV

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

3. Einstufung durch Alternativ-Begutachtung

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

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

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

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

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

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

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

Die Leistungen nach ADL sind davon abhängig, dass der Versicherte in mindestens drei der nachstehend aufgeführten sechs Verrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf:

- An- und Auskleiden: 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
- Waschen (Körperpflege): 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder Wannenlift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
- Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
- Aufstehen und Zu-Bett-Gehen: 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- Verrichten der Notdurft: 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht

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

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

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

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

des versicherten Tagessatzes.

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

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

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

Das Pflegetagegeld beträgt 30% des versicherten Tagessatzes.

4. Assistenceleistungen

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Einmalig bei erstmaligem

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

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

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

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

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

6. Beitragsgutschrift

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

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

III. Erhöhung des Pflegeitagegeldes

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

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

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

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

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

IV. Abweichungen von den MB/EPV 2017

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

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

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

V. Besondere Bestimmungen

1. Beginn und Ende der Versicherung in Tarifstufe OLGAflex.Ri

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

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

2. Planmäßige Umstellung

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

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

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

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

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

3. Freiwillige Umstellung

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

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

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

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

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

4. Beitragsfestsetzung

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

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

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

VI. Optionsrecht

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

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

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

VII. Anpassung des Versicherungsschutzes

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

Anhang

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

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

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

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit 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 selbstständig 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 Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegeschlüssigen 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 gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.
- (3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Abs. 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

- (1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.
- (2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach

den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

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

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

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

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

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

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus 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 Abs. 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 Abs. 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

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

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

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