

## BESONDERE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE PFLEGEgeld-VERSICHERUNG NACH TARIF PF, PX

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Für diesen Tarif gelten, soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AVBP 2013).

### § 1 Art und Umfang der Versicherungsleistungen

- (1) Das tarifliche Pflegegeld wird bei Pflegebedarf gemäß § 1 Abs. 2 AVBP 2013 bezahlt, wenn dieser für voraussichtlich mindestens sechs Monate besteht.
- (2) Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach der festgestellten Pflegestufe (§ 6 Abs. 3 AVBP 2013).
- (3) Erhält eine versicherte Person Pflegegeldleistungen nach dem Bundespflegegeldgesetz, sind die dort getroffenen Feststellungen in Bezug auf den Pflegebedarf grundsätzlich zur Feststellung des Versicherungsfalles heranzuziehen und vom Antragsteller nachzuweisen. Dies gilt auch bei Änderungen hinsichtlich des Pflegebedarfs, über den der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherer spätestens binnen vier Wochen ab rechtskräftiger Entscheidung zu informieren hat. Versicherungsleistungen, die für Zeiträume nach dem in einem rechtskräftigen Bescheid über die Herabsetzung oder Entziehung des Pflegegeldes festgestellten Änderungszeitpunkt ausbezahlt wurden, sind vom Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person zurückzubezahlen; der Versicherer ist auch berechtigt, diesen Betrag mit noch zu erbringenden Versicherungsleistungen aufzurechnen.

Der Versicherer ist jedoch berechtigt, den Eintritt des Pflegebedarfs, die Pflegestufe und die Fortdauer durch einen von ihm zu beauftragenden ärztlichen Sachverständigen überprüfen zu lassen. Dies gilt auch für Fälle, in denen ohne Bezug von Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz ein Anspruch auf Versicherungsleistung behauptet wird, wobei in diesem Fall die Kosten des Sachverständigen vom Versicherungsnehmer zu tragen sind.

Falls erforderlich sind zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation Personen aus anderen Bereichen, beispielsweise dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, der Heil- und Sonderpädagogik, der Sozialarbeit, der Psychologie sowie der Psychotherapie beizuziehen.

Das Sachverständigengutachten hat jedenfalls zu enthalten:

- a) die Anamnese, die Diagnose und die voraussichtliche Entwicklung der Behinderung,
- b) den Befund über die Funktionsausfälle und die zumutbare Verwendung von Hilfsmitteln bzw. die Beschreibung der Defizite auf Grund der geistigen oder psychischen Behinderung,
- c) die Angabe, zu welchen Verrichtungen ständige Betreuung und Hilfe benötigt wird,
- d) eine Begründung, für eine Abweichung von den in § 2 AVBP 2013 festgelegten Richt- und Mindestwerten,
- e) begründete Angaben, ob die zusätzlichen Kriterien für die Stufen 5, 6 oder 7 vorliegen, wenn der Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt (§ 6 Abs. 3 AVBP 2013).

Der Versicherer ist berechtigt, das Fortbestehen des Pflegebedarfs in der festgestellten Stufe einmal jährlich durch einen von ihm zu beauftragenden ärztlichen Sachverständigen überprüfen zu lassen. Verweigert die versicherte Person, sich zu diesem Zweck entsprechend untersuchen zu lassen oder die vom beauftragten Sachverständigen erbetenen Informationen zu erteilen, ruht der Anspruch auf Versicherungsleistung. Ergibt die Überprüfung den Wegfall oder die Minderung des ursprünglich festgestellten Pflegebedarfs, wird die entsprechende Minderung oder der Wegfall der Versicherungsleistung mit dem auf die entsprechende Mitteilung des Versicherers folgenden Monat wirksam.

Verbesserungen oder Verschlechterungen des Pflegebedarfs, die nicht länger als 3 Monate andauern, bewirken keine Änderung der Einstufung.

- (4) Das Pflegegeld wird monatlich im Nachhinein bezahlt. Für Zeiträume von weniger als einem Monat wird pro Tag 1/30 dieses Betrages bezahlt.
- (5) Wird ohne Bezug von Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz ein Anspruch auf Versicherungsleistung behauptet, entsteht dieser bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen frühestens erst ab dem Zeitpunkt, ab dem der Eintritt oder eine Erhöhung des Pflegebedarfs dem Versicherer angezeigt wird.
- (6) Zahlungen von Schadenersatzpflichtigen Dritten an die versicherte Person zur Abgeltung des Pflegebedarfs können vom Versicherer auf das von ihm zu erbringende Pflegegeld angerechnet werden.

## § 2 Assistance-Leistungen

Über Beauftragung der versicherten Person vermittelt der Versicherer im Versicherungsfall die Organisation der häuslichen Versorgung und der Durchführung von Pflegeleistungen. Der Versicherer hat zu diesem Zweck Kooperationsvereinbarungen mit Anbietern von Pflege- und Versorgungsleistungen abgeschlossen.

## § 3 Prämienertlass

Bei Anspruch auf tarifliches Pflegegeld gemäß § 1 Abs 1 werden die Prämien ab dem Monat des Anspruchsbeginns für die restliche Anspruchsdauer erlassen.

## § 4 Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

(1) Die Versicherungsleistungen sind wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich, auf Grundlage der in Punkt 2 und 3 genannten Faktoren die Prämien und Leistungen ohne Wartezeit für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustands entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.

### (2) Wertsicherung

Die Versicherungsleistungen werden in ihrem Wert in der Form erhalten, dass diese im Ausmaß der Erhöhungen des Bundespflegegeldgesetzes erhöht werden. Sollte das Bundespflegegeldgesetz zur Gänze aufgehoben werden, eine Reduktion des Bundespflegegelds beschlossen werden oder dessen Gliederung in sieben Pflegestufen wegfallen bzw. gleichwertige strukturelle Änderungen des Bundespflegegeldgesetzes beschlossen werden, wird am Ende eines jeden Kalenderjahrs das versicherte Pflegegeld mit der für das nächste Kalenderjahr kundgemachten Aufwertungszahl gemäß § 108 f des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes multipliziert. Die sich dabei ergebende Erhöhung wird nicht durchgeführt, wenn sie weniger als 4% beträgt. Sie wird jedoch in die nächste Berechnung einbezogen. Sobald die auf diese Weise berechnete Erhöhung mindestens 4% beträgt, wird sie durchgeführt. Wird die Aufwertungszahl nicht mehr verlautbart, gelten die an ihrer Stelle verlautbarten Werte als Maßstab für die Erhöhungen.

### (3) Anpassung

Als für Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten die Veränderung zumindest einer der folgenden Faktoren vereinbart:

- der durchschnittlichen Lebenserwartung,
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach der Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,

Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht der Versicherer laufend die der letzten Tarifikalkulation zugrundeliegenden Faktoren mit den zu erwartenden Faktoren.

Ergibt dieser Vergleich eine Änderung der kalkulierten Prämien und Leistungen, so werden die Prämien und Leistungen entsprechend angepasst.

(4) Für die Bemessung der Teilprämie für die Wertsicherung/Anpassung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.