

## **Die Pflegereform 2017**

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) bringt grundlegende Änderungen und verbesserte Leistungen in der Pflegeversicherung. Im Vordergrund stehen der individuelle Bedarf und die Selbstständigkeit eines jeden Einzelnen.

### **Die wichtigsten Änderungen**

- Es gibt einen neu definierten **Pflegebedürftigkeitsbegriff**, der nun körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen berücksichtigt.
- Ein neues **Begutachtungsverfahren** misst den Grad der persönlichen Selbstständigkeit in sechs verschiedenen Bereichen:
  1. Mobilität
  2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten
  3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
  4. Selbstversorgung
  5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
  6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.Dabei werden vor allem die Fähigkeiten der Betroffenen betrachtet. Im Ergebnis spielen Minutenwerte keine Rolle mehr.
- **Fünf neue Pflegegrade** ersetzen die bisherigen drei Pflegestufen. Dadurch wird der Pflegebedarf für Demenzerkrankte künftig besser erfasst. Ob jemand pflegebedürftig ist, bestimmt sich ausschließlich nach dem Grad der Selbstständigkeit.

### **Ihre Pflege-Zusatzversicherung**

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Pflege-Zusatzversicherung mit Tarif *OLGA/lex* werden an die neue Pflegereform automatisch angepasst.

Ihr Versicherungsschutz ist somit auf dem aktuellsten Stand, **Sie müssen sich um nichts kümmern!**

Die wichtigsten Änderungen der Leistungen in Tarif *OLGA/lex* finden Sie auf der nächsten Seite.

Den genauen Wortlaut der Änderungen in den Versicherungsbedingungen haben wir für Sie auf den Folgeseiten gegenübergestellt. Die vollständigen Unterlagen können Sie im Internet herunterladen:  
[www.hallesche.de/psg](http://www.hallesche.de/psg)

## **Die wichtigsten Änderungen in Tarif OLG Aflex**

### **Pflegetagegeld**

Das Pflegetagegeld beträgt künftig in Abhängigkeit des Pflegegrades und der gewählten Tarifstufe folgenden versicherten Tagessatz:

	Pflegegrad				
	1	2	3	4	5
in häuslicher oder teilstationärer Pflege	10%	30%	70%	100%	100%
in vollstationärer Pflege	10%	100%	100%	100%	100%

### **Mehrfachleistung**

Sie erhalten einmalig den 3-fachen versicherten Tagessatz bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 4 bzw. 5. Außerdem 150 Tage zusätzliches Pflegetagegeld bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.

### **Beitragsgutschrift**

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

**Gegenüberstellung der alten und neuen Allgemeinen Versicherungsbedingungen  
- Gültig ab 1. Januar 2017**

Für einen schnellen Überblick sind alle Änderungen grau hinterlegt. Sämtlichen Änderungen hat ein unabhängiger juristischer Treuhänder zugestimmt. Aus Kostengründen erhalten Sie eine einheitliche Übersicht. Dadurch kann es sein, dass nicht alle Passagen Ihren persönlichen Vertrag betreffen.

Umbenennungen der Muster-/Tarifbedingungen z.B. von 2009 auf 2017 sind aus Übersichtsgründen auf den folgenden Seiten nicht enthalten, z.B.:

**MB/EPV 2009**

**§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**  
(2) § 1 (1) Satz 2 MB/EPV 2009 gilt auch für die Pflegetagegeldversicherung.

**MB/EPV 2017**

**§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**  
(2) § 1 (1) Satz 2 MB/EPV 2017 gilt auch für die Pflegetagegeldversicherung.

	Seite
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung	4
Tarif OLGAflex	11

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

MB/EPV 2009

MB/EPV 2017

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. ~~Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Abs. 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.~~

(3) ~~Die Hilfe im Sinne des Abs. 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.~~

(4) ~~Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Abs. 2 Satz 2 sind~~

- ~~a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat;~~
- ~~b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane;~~
- ~~c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.~~

(5) ~~Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Abs. 2 Satz 2 sind~~

- ~~a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschieren, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung;~~
- ~~b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung;~~
- ~~c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;~~
- ~~d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.~~

(6) ~~Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:~~

- ~~a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.~~
- ~~b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körper-~~

I

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a.

[entfällt]

[entfällt]

[entfällt]

[entfällt]

pflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

e) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

## II

(3) Abweichend von § 1 (2) MB/EPV 2009 gelten auch Personen als pflegebedürftig, deren Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist.

(4) Ergänzend zu § 1 (6) MB/EPV 2009 sind pflegebedürftige Personen, deren Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, für die Erbringung von Leistungen der Pflegestufe 0 zuzuordnen, sofern keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I, II oder III vorliegt.

(5) Abweichend zu § 1 (11) Satz 1 MB/EPV 2009 erstreckt sich der Versicherungsschutz für die Pflegegeldversicherung weltweit. Hinsichtlich der Begutachtung gilt § 6 (4) der Tarifbedingungen.

[entfällt]

Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

[Die Abs. 9-12 werden umbenannt in Abs. 3-6.]

## II

[entfällt]

[entfällt]

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

### § 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

#### I

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Abs. 3 festgelegten Schwere bestehen.

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

- a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
- b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Er-

kennen 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 auto-aggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
- d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde. Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
- e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
  - aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
  - bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
  - cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

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

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

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

(3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstrumentes ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI werden für die in Abs. 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

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

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

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

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

### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

#### I

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 4 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;

#### I

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- 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;

### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

#### I

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

#### I

(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.

#### II

(3) Nachweise der SPV oder PPV sind insbesondere die Entscheidung zur Einstufung in die jeweilige Pflegestufe, einschließlich der Angabe des Befundes, der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit.

#### II

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

(4) Ruht der Leistungsanspruch in der SPV oder PPV gemäß § 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI oder besteht in der SPV oder PPV kein Versicherungsschutz und ist deshalb eine Begutachtung durch die SPV oder PPV nicht möglich, kann der nach § 6 (2) MB/EPV 2009 erforderliche Nachweis ausschließlich durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter, der die versicherte Person untersucht und gemäß § 1 (6) MB/EPV 2009 einschließlich der zugehörigen Tarifbedingung einstuft, erbracht werden. [...]

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

### § 9 Obliegenheiten

#### I

(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines schriftlichen 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.

#### I

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



**§ 15 Sonstige Beendigungsgründe**

**I**  
 (3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. [...] Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

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

**§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen**

**I**  
 Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

**I**  
 Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

**§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher**

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

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

(3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. 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.

## Tarif OLGAflex

### II. Versicherungsleistungen

#### 1. Pflegetagegeld

Das Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit in Pflegestufe 0 (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) bzw. Pflegestufe I bis III gezahlt.

Maßgeblich für die Einordnung in eine der nachstehend genannten Pflegestufen einschließlich der Pflegebedürftigkeit in häuslicher, teilstationärer oder vollstationärer Pflege ist **entweder**

- a) die vorgenommene Einstufung durch die SPV oder PPV (siehe II.2. des Tarifs) bzw. durch einen gemäß § 6 (4) TB/EPV 2013 beauftragten Gutachter oder wahlweise auf Antrag
- b) die Alternativ-Begutachtung gemäß II.3. des Tarifs.

Das Pflegetagegeld beträgt in Abhängigkeit der Pflegestufe und der erforderlichen Unterbringung

	Pflegestufe			
	0	I	II	III
häusliche oder teilstationäre Pflege	30%	30%	70%	100%
vollstationäre Pflege	30%	100%	100%	100%

des versicherten Tagessatzes.

[...]

Die Erforderlichkeit der Unterbringung wird durch das Gutachten der SPV oder PPV (siehe II.2. des Tarifs) bzw. durch einen gemäß § 6 (4) TB/EPV 2013 beauftragten Gutachter festgestellt.

#### 2. Einstufung durch die SPV/PPV

2.1 Der Pflegestufe I, II oder III werden pflegebedürftige Personen gemäß §§ 14 und 15 SGB XI bzw. gemäß § 1 Abs. 6 und 7 der MB/PPV wie folgt zugeordnet:

a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

e) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

#### 1. Pflegetagegeld

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

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

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

Das Pflegetagegeld beträgt abhängig vom Pflegegrad

- in häuslicher oder teilstationärer Pflege:

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

- in vollstationärer Pflege:

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

des versicherten Tagessatzes.

[...]

#### 2. Einstufung durch die SPV/PPV

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

d) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

2.2 Der Pflegestufe 0 werden Personen zugeordnet, wenn gemäß § 45a (2) SGB XI bzw. Nr. 11 des Tarifs PV erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz besteht und die versicherte Person nicht einer anderen Pflegestufe nach diesem Tarif zuzuordnen ist.

### 3. Einstufung durch Alternativ-Begutachtung

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

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

### 3.3 Alternativ-Begutachtung für Pflegestufe I – III nach ADL (activities of daily living)

Eine Zuordnung zu einer Pflegestufe nach ADL ist 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:

[...]

Die Einstufung in die Pflegestufe richtet sich nach der Anzahl der erreichten Punkte:

- |                   |     |                 |
|-------------------|-----|-----------------|
| ■ Pflegestufe I   | bei | 3 Punkten       |
| ■ Pflegestufe II  | bei | 4 bis 5 Punkten |
| ■ Pflegestufe III | bei | 6 Punkten       |

[entfällt]

### 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. [...]

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

### 3.3 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:

[...]

Das Pfl egetagegeld 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 für Pflegestufe 0 aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) nach Reisberg

Pflegestufe 0 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. [...]

### 5. Mehrfachleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Pflegestufe III

5.1 Beim erstmaligen Eintritt in die Pflegestufe III leistet der Versicherer in den ersten 30 Tagen des Leistungsanspruchs aus dem Tarif heraus die 3-fache tarifliche Leistung.

5.2 Bei erstmaligem Eintritt in die Pflegestufe III 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 aus dem Tarif heraus die 4-fache tarifliche Leistung, für weitere 120 Tage des Leistungsanspruches die 2-fache tarifliche Leistung. [...]

### 6. Beitragsgutschrift

6.1 Besteht Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III für eine versicherte Person, 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 in die Pflegestufe III. Sie erlischt mit Ende des Monats, in dem die Leistung für die Pflegestufe III wegfällt.

Führt der Versicherer in Folge der Änderung der gesetzlichen Grundlage in der SPV/PPV für die Einstufung in die Pflegestufen bzw. der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz neue Tarife ein, haben die versicherten Personen die Option, in einen solchen Tarif zu wechseln. [...]

### 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. [...]

Das Pflegetagegeld beträgt 30% des versicherten Tagessatzes.

### 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 Leistungsanspruches 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 Leistungsanspruches anstatt der tariflichen Leistung das 4-fache des versicherten Tagessatzes,

- für weitere 120 Tage des Leistungsanspruches das 2-fache des versicherten Tagessatzes. [...]

### 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.

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. [...]

## VI. Optionsrecht