

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2017)

Die Änderungen beruhen auf dem/der

- Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Kabinettsentwurf des Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz), Stand: 28.06.2016
- Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze
- Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) vom 17.07.2015.
- Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts vom 17.02.2016.
- Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung) vom 18.04.2016.

Darüber hinaus gibt es redaktionelle Änderungen. Beispielsweise ersetzen wir MB/PPV **2015** durch MB/PPV **2017**. Die Abkürzung „v.H.“ ersetzen wir durch „Prozent“.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (**§ 203 Abs. 3 VVG**). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

Bei Fragen zur Pflegepflichtversicherung können Sie sich auch unter der bundesweit gebührenfreien Rufnummer 0800/101 88 00 bei der compass private pflegeberatung GmbH informieren. Oder im Internet unter **www.compass-pflegeberatung.de**.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

1. Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 1 Abs. 2 MB/PPV 2017)

Die Pflegebedürftigkeit und damit der Versicherungsfall in der privaten Pflegepflichtversicherung werden zum 01.01.2017 neu definiert. Der bisherige Begriff der Pflegebedürftigkeit unterscheidet zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und solchen mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen. Diese Unterscheidung entfällt mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Pflegebedürftig sind künftig Personen, die wegen gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Hilfe durch andere bedürfen. Dies gilt unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt. Pflegebedürftig ist, wer diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird damit deutlich erweitert.

2. Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens (§ 1 Abs. 3 bis 10 MB/PPV 2017)

Zum 01.01.2017 wird ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Der Pflegegrad ist abhängig von den gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines Punktesystems anhand von bestimmten pflegfachlich begründeten Kriterien in sechs Bereichen ermittelt.

Bei Kindern wird dazu der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Für Kinder im Alter bis zu 18 Monaten gelten Besonderheiten. Sie werden im Vergleich zu einem Erwachsenen dem nächst höheren Pflegegrad zugeordnet, maximal Pflegegrad 5.

3. Umfang der Leistungspflicht (§ 4 MB/PPV 2017 und Tarif PV)

3.1 Häusliche Pflegehilfe (§ 4 Abs. 1 MB/PPV 2017 und Nr. 1 Tarif PV)

Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe haben ab 2017 versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5. Zur häuslichen Pflegehilfe gehören künftig körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Der bisherige Anspruch auf häusliche Betreuung ist als „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ in der häuslichen Pflegehilfe enthalten. Die Sicherstellung der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung ist keine Voraussetzung mehr, um Betreuungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Häusliche Pflegehilfe können künftig mehrere versicherte Personen auch gemeinsam in Anspruch nehmen.

Die Beträge, die wir je nach Pflegegrad höchstens zahlen, finden Sie in Nr. 1 Tarif PV.

3.2 Pflegegeld (§ 4 Abs. 2 MB/PPV 2017 und Nr. 2 Tarif PV)

Anspruch auf Pflegegeld haben ab 2017 versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Dies gilt auch für die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und die Hilfen bei der Haushaltsführung. Während einer Kurz- oder Verhinderungspflege wird die Hälfte des bisherigen Pflegegeldes gezahlt. Das hälftige Pflegegeld wird seit 2016 bei einer Kurzzeitpflege für bis zu 8 Wochen weitergezahlt. Bei einer Verhinderungspflege besteht ein Anspruch für bis zu 6 Wochen.

Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig vom Pflegegrad. Die Beträge finden Sie in Nr. 2 Tarif PV.

3.3 Verhinderungspflege (§ 4 Abs. 6 MB/PPV 2017 und Nr. 3 Tarif PV)

Anspruch auf Verhinderungspflege (Ersatzpflege) haben ab 2017 versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5. Die Beträge, die wir höchstens zahlen, ändern sich nicht. Bitte vergleichen Sie hierzu Nr. 3 Tarif PV.

3.4 Wohngruppenzuschlag (§ 4 Abs. 7a MB/PPV 2017 und Nr. 13 Tarif PV)

Anspruch auf den Zuschlag haben ab 2017 versicherte Personen der Pflegegrade 1 bis 5 in ambulant betreuten Wohngruppen. Den Zuschlag zahlen wir unter den in § 4 Abs. 7a MB/PPV 2017 genannten Voraussetzungen. Der pauschale monatliche Zuschlag erhöht sich je nach Tarifstufe auf bis zu 214 Euro. Bitte vergleichen Sie hierzu Nr. 13 Tarif PV.

3.5 Teilstationäre Pflege (§ 4 Abs. 8 MB/PPV 2017 und Nr. 5 Tarif PV)

Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für teilstationäre Pflege haben ab 2017 versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5. Die allgemeinen Pflegeleistungen enthalten dann auch Leistungen für Betreuung. Die Beträge, die wir je nach Pflegegrad höchstens zahlen, finden Sie in Nr. 5 Tarif PV.

3.6 Kurzzeitpflege (§ 4 Abs. 10 MB/PPV 2017 und Nr. 6 Tarif PV)

Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Kurzzeitpflege haben ab 2017 versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5. Für Kurzzeitpflege leisten wir seit 2016 für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. Die Beträge, die wir höchstens zahlen, ändern sich nicht. Bitte vergleichen Sie hierzu Nr. 6 Tarif PV.

3.7 Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 4 Abs. 11 und 12 MB/PPV 2017 und Nr. 7 Tarif PV)

Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für vollstationäre Pflege haben ab 2017 versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5. Dies gilt auch für Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Die allgemeinen Pflegeleistungen enthalten dann auch Leistungen für Betreuung. Die Beträge, die wir je nach Pflegegrad höchstens zahlen, finden Sie in Nr. 7 Tarif PV. Versicherte Personen des Pflegegrades 1 erhalten je nach Tarifstufe einen Zuschuss von bis zu 125 Euro.

Versicherte Personen, die vollstationäre Pflege gewählt haben, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten derzeit einen Zuschuss. Der Zuschuss ist begrenzt auf den Höchstbetrag für häusliche Pflegehilfe in der jeweiligen Pflegestufe. Ab 2017 entfällt diese Begrenzung. Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten dann bei vollstationärer Pflege entsprechend ihrem Pflegegrad die tarifliche Leistung.

3.8 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sowie bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 13 und 14 MB/PPV 2017 und Nr. 8 Tarif PV)

Leistungen zur sozialen Sicherung erhält eine Pflegeperson ab 2017 unter den folgenden Voraussetzungen: Sie pflegt eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 mindestens zehn Stunden wöchentlich. Die Pflegezeit verteilt sich auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche.

Unter welchen Voraussetzungen wir ab 2017 Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die Pflegeperson zahlen, ergibt sich jetzt aus § 4 Abs. 13 MB/PPV 2017.

3.9 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 4 Abs. 15 MB/PPV 2017)

Wir sind seit 2016 verpflichtet, Pflegekurse durchzuführen. Auf Wunsch der Pflegeperson findet die Schulung auch beim Pflegebedürftigen zuhause statt.

3.10 Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag (§ 4 Abs. 16 und 17 MB/PPV 2017 und Nr. 11 Tarif PV)

Versicherte Personen in häuslicher Pflege haben ab 2017 Anspruch auf einen Entlastungsbetrag. Dieser beträgt je nach Tarifstufe bis zu 125 Euro im Monat.

Der Entlastungsbetrag kann unter anderem für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Zum Beispiel kann damit eine Hilfe bei der Organisation des Alltags finanziert werden. Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 können zudem nicht bezogene Leistungen für häusliche Pflegehilfe alternativ für derartige Angebote verwenden. Es können maximal 40 Prozent des jeweiligen Höchstbetrages für häusliche Pflegehilfe umgewandelt werden.

3.11 Pflegeberatung (§ 4 Abs. 4 und 18 MB/PPV 2017 und Nr. 2.2 Tarif PV)

Im Rahmen der Pflegeberatung muss seit 2016 auch über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen informiert werden. Wenn die versicherte Person einverstanden ist, können Angehörige die Beratung auch ohne sie wahrnehmen oder in die Beratung einbezogen werden.

Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe beziehen, können halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Beträge, die wir für die Beratung höchstens zahlen, finden Sie in Nr. 2.2 Tarif PV.

4. Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit (§ 6 Abs. 2 und 2a MB/PPV 2017)

Die Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit beinhaltet ab 2017 auch konkrete Empfehlungen zur Versorgung mit (Pflege-)Hilfsmitteln. Die Empfehlung gilt hinsichtlich der (Pflege-)Hilfsmittel als Antrag auf Leistungen. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt.

Die Entscheidung über einen Antrag zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit müssen wir Ihnen innerhalb von 25 Arbeitstagen schriftlich mitteilen. Bitte vergleichen Sie aber Nr. III. dieser Information.

5. Regelungen zur Überleitung in Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz (IV. Überleitungsregelungen)

5.1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade (§ 1 der Überleitungsregelungen)

Welches Begutachtungsverfahren anzuwenden ist, richtet sich nach dem Zeitpunkt der Antragstellung.

- Bei einer Antragsstellung bis zum 31.12.2016 erfolgt die Begutachtung nach dem bisherigen Verfahren. Das gilt auch, wenn die Begutachtung im Jahr 2017 stattfindet.
- Bei einer Antragsstellung ab dem 01.01.2017 erfolgt die Begutachtung nach dem neuen Verfahren.

Für versicherte Personen, bei denen die Voraussetzungen nach § 1 Abs. 2 der Überleitungsregelungen vorliegen, gilt: Sie werden zum 01.01.2017 automatisch von der Pflegestufe in einen Pflegegrad überleitet. Sie brauchen nicht selbst aktiv werden. Eine erneute Begutachtung erfolgt nicht.

Pflegestufe	Pflegegrad
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	2
I	2
I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	3
II	3
II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	4
III	4
III (Härtefall)	5
III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5
III (Härtefall) und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5

Die Zuordnung zu dem Pflegegrad haben wir den betroffenen Versicherungsnehmern schriftlich mitgeteilt.

Der übergeleitete Pflegegrad bleibt grundsätzlich für die Dauer des Versicherungsfalls erhalten. Eine Änderung des übergeleiteten Pflegegrads ist jedoch in folgenden Fällen möglich:

- Es wird ein höherer Pflegegrad festgestellt. Dann gilt der höhere Pflegegrad.
- Es wird festgestellt, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Dann endet der Versicherungsfall.

Wird in 2017 ein – im Vergleich zum übergeleiteten Pflegegrad – höherer Pflegegrad festgestellt, gilt: Wir leisten bereits ab dem 01.11.2016 nach den MB/PPV 2017. Bedingung hierfür ist jedoch, dass die tatsächlichen Voraussetzungen für den höheren Pflegegrad schon vor 2017 vorgelegen haben.

5.2 Besitzstandsschutz (§§ 2 bis 4 der Überleitungsregelungen)

Versicherte Personen und Pflegepersonen, die am 31.12.2016 Anspruch auf Leistungen aus Tarif PV haben, haben Besitzstandsschutz. Dieser besteht für die ihnen unmittelbar vor dem 01.01.2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen:

- Für häusliche Pflegehilfe, Pflegegeld und Kombinationsleistungen,
- für den Wohngruppenschlag, für Verbrauchshilfsmittel und teilstationäre Pflege,
- bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung und
- bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

Besondere Besitzstandsschutzregelungen gelten

- für den bisherigen erhöhten Betrag nach Nr. 11.1 Tarif PV 2015,
- in der vollstationären Pflege und
- bei Leistungen der sozialen Sicherung.

II. Änderungen durch den Kabinettsentwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes

Dieses Gesetz bedarf noch der Zustimmung des Bundesrats. Die nachfolgend berücksichtigten Regelungen des PSG III sollen zum 01.01.2017 in Kraft treten. Die hier dargestellten Änderungen der MB/PPV erfolgen daher unter dem Vorbehalt, dass die betreffenden Bestimmungen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes in Kraft treten.

1. Wohngruppenschlag (§ 4 Abs. 7a MB/PPV 2017)

Voraussetzung für den Zuschlag ist unter anderem, dass die versicherte Person Leistungen für häusliche Pflege, ein Pflegegeld oder den Entlastungsbetrag bezieht. Versicherte Personen in Pflegegrad 1 können von den genannten Leistungen nur den Entlastungsbetrag erhalten. Für sie gilt die Besonderheit: Wir zahlen den pauschalen Wohngruppenschlag auch dann, wenn sie den Entlastungsbetrag nicht in Anspruch nehmen.

2. Pflegeberatung (§ 4 Abs. 4 MB/PPV 2017 und Nr. 2.2 Tarif PV)

Die Beratungen nach § 4 Abs. 4 MB/PPV 2017 können künftig auch durch die Kommunen erfolgen. Die im Tarif genannten Beträge erstatten wir nur, wenn die Beratungsstelle die Beratung abrechnen darf.

3. Besitzstandsschutz (§ 2 Abs. 3 der Überleitungsregelungen)

Für die in 2015 und 2016 nicht abgerufenen Leistungsbeträge für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen gilt: Diese können Sie bis Ende 2017 noch als Entlastungsbetrag einsetzen. Voraussetzung ist, dass die betroffene versicherte Person weiterhin pflegebedürftig ist und sich in häuslicher Pflege befindet.

Diese Mittel können auch dafür eingesetzt werden, um noch nachträglich eine Erstattung von Kosten für Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 zu beantragen. Diese müssen in der Zeit vom 01.01.2015 bis 31.12.2016 bezogen worden sein.

4. Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege (§ 3 Abs. 2 und 3 der Überleitungsregelungen)

Ein Besitzstandsschutz besteht auch in folgenden Fällen:

- a) Am 31.12.2016 wird Kurzzeitpflege in Anspruch genommen. Nach dem Ende der Kurzzeitpflege schließt sich ohne Unterbrechung in derselben Einrichtung eine vollstationäre Pflege an.
- b) Ein Pflegebedürftiger wechselt in der Zeit vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2021 das Pflegeheim. Ist der Eigenanteil im neuen Pflegeheim höher als der, der im Dezember 2016 dort zu zahlen gewesen wäre, gilt: Wir zahlen zum Ausgleich einen Zuschuss.

III. Änderung durch das Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze

Im Rahmen der Begutachtungen zur Pflegebedürftigkeit (§ 6 Abs. 2a MB/PPV 2017) gelten Fristen. Die Fristen einschließlich der Folgen bei Verzögerungen gelten in der Zeit vom 01.11.2016 bis 31.12.2017 nicht.

IV. Änderungen durch das Präventionsgesetz

Durch Artikel 6 des Gesetzes wird die Prävention auch in der Pflegeversicherung gestärkt. Im Rahmen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit sind auch Feststellungen zur Prävention zu treffen. Diese sind in einer gesonderten Empfehlung zur Prävention und Rehabilitation zu dokumentieren. Bitte vergleichen Sie hierzu § 6 Abs. 2 MB/PPV 2017.

V. Änderungen durch das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

Für Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, gilt die Textform. Sie können uns Ihre Willenserklärungen und Anzeigen z.B. mit einer E-Mail senden. Bitte vergleichen Sie hierzu § 9 Abs. 1, 4 und 5 sowie § 16 MB/PPV 2017. Die Änderungen basieren auf Artikel 1 Nr. 1 des genannten Gesetzes.

VI. Änderungen durch die Krankenversicherungsaufsichtsverordnung

Die Kalkulationsverordnung ist durch die Krankenversicherungsaufsichtsverordnung ersetzt worden. Daher haben wir in § 13 Abs. 3 MB/PPV 2017 eine entsprechende Anpassung vorgenommen.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für Ergänzungsversicherungen zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung (AVB/EPV)

Die Änderungen beruhen auf dem

- Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Ersten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz) vom 17.12.2014.
- Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz) vom 23.10.2012.
- Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts vom 17.02.2016.

Darüber hinaus gibt es redaktionelle Änderungen. Beispielsweise ersetzen wir „MB/EPV 2009“ durch „MB/EPV 2017“. Das Wort „Vomhundertsatz“ ersetzen wir durch „Prozentsatz“. Die Regelung in § 4 Abs. 3 b) ist entfallen. Diese Möglichkeiten können nicht mehr eintreten. Die Tarifbedingung in § 9 Abs. 1.1 AVB/EPV haben wir ergänzt. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit kann auch durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung oder der Krankenversicherung erfolgen.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (**§ 203 Abs. 3 VVG**). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

1. Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§§ 1 Abs. 2 und 1a Abs. 1 AVB/EPV 2017)

Die Pflegebedürftigkeit und damit der Versicherungsfall in den MB/EPV werden zum 01.01.2017 neu definiert. Der bisherige Begriff der Pflegebedürftigkeit unterscheidet zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und solchen mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen. Diese Unterscheidung entfällt mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Pflegebedürftig sind künftig Personen, die wegen gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Hilfe durch andere bedürfen. Dies gilt unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt. Pflegebedürftig ist, wer diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird damit deutlich erweitert.

2. Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens (§ 1a Abs. 2 bis 6 AVB/EPV 2017)

Zum 01.01.2017 wird ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Der Pflegegrad ist abhängig von den gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines Punktesystems anhand von bestimmten pflegfachlich begründeten Kriterien in sechs Bereichen ermittelt.

Bei Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Für Kinder im Alter bis zu 18 Monaten gelten Besonderheiten. Sie werden im Vergleich zu einem Erwachsenen dem nächst höheren Pflegegrad zugeordnet, maximal Pflegegrad 5.

3. Umfang der Leistungspflicht (§ 4 AVB/EPV 2017)

Die Änderungen zum Umfang der Leistungspflicht beschreiben wir Ihnen in den folgenden Nummern 3.1 bis 3.6. Ein Anspruch auf diese Leistungen besteht wie bisher nur, wenn der vereinbarte Tarif hierfür Leistungen vorsieht.

3.1 Häusliche Pflegehilfe (§ 4 Abs. 4 AVB/EPV 2017)

Zur häuslichen Pflegehilfe gehören ab 2017 körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Der bisherige Anspruch auf häusliche Betreuung ist als „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ in der häuslichen Pflegehilfe enthalten. Die Sicherstellung der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung ist keine Voraussetzung mehr, um Betreuungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

Häusliche Pflegehilfe können künftig mehrere versicherte Personen auch gemeinsam in Anspruch nehmen.

3.2 Verhinderungspflege (§ 4 Abs. 9 AVB/EPV 2017)

Anspruch auf Verhinderungspflege (Ersatzpflege) haben ab 2017 versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5.

3.3 Teilstationäre Pflege (§ 4 Abs. 11 und 12 AVB/EPV 2017)

Die allgemeinen Pflegeleistungen enthalten ab 2017 auch Leistungen für Betreuung. Leistungen für teilstationäre Pflege können zusätzlich zu Leistungen für häusliche Pflegehilfe oder einem Pflegegeld in Anspruch genommen werden. Eine Anrechnung erfolgt nicht mehr.

3.4 Kurzzeitpflege (§ 4 Abs. 13 AVB/EPV 2017)

Für Kurzzeitpflege leisten wir ab 2017 für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. Bisher leisten wir für maximal vier Wochen.

3.5 Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 4 Abs. 14 AVB/EPV 2017)

Die allgemeinen Pflegeleistungen enthalten ab 2017 auch Leistungen für Betreuung.

3.6 Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag (§ 4 Abs. 16 und 17 AVB/EPV 2017)

Versicherte Personen in häuslicher Pflege haben ab 2017 Anspruch auf einen Entlastungsbetrag. Der Entlastungsbetrag kann unter anderem für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Zum Beispiel kann damit eine Hilfe bei der Organisation des Alltags finanziert werden. Versicherte Personen können zudem nicht bezogene Leistungen für häusliche Pflegehilfe alternativ für derartige Angebote verwenden. Es können maximal 40 Prozent des jeweiligen Höchstbetrages für häusliche Pflegehilfe umgewandelt werden.

4. Überleitungsregel für Leistungsbezieher (§ 19 AVB/EPV 2017)

Für versicherte Personen, bei denen die Voraussetzungen nach § 19 Abs. 1 AVB/EPV 2017 vorliegen, gilt: Sie werden zum 01.01.2017 automatisch von der Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet. Sie brauchen nicht selbst tätig werden. Eine erneute Begutachtung erfolgt nicht.

Pflegestufe	Pflegegrad
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	2
I	2
I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	3
II	3
II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	4
III	4
III (Härtefall)	5
III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5
III (Härtefall) und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5

Die Zuordnung zu dem Pflegegrad haben wir den betroffenen Versicherungsnehmern schriftlich mitgeteilt.

Der übergeleitete Pflegegrad bleibt grundsätzlich für die Dauer des Versicherungsfalls erhalten. Eine Änderung des übergeleiteten Pflegegrads ist jedoch in folgenden Fällen möglich:

- Es wird ein höherer Pflegegrad festgestellt. Dann gilt der höhere Pflegegrad.
- Es wird festgestellt, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Dann endet der Versicherungsfall.

Wird in 2017 ein – im Vergleich zum übergeleiteten Pflegegrad – höherer Pflegegrad festgestellt, gilt: Wir leisten bereits ab dem 01.11.2016 nach den AVB/EPV 2017. Bedingung hierfür ist jedoch, dass die tatsächlichen Voraussetzungen für den höheren Pflegegrad schon vor 2017 vorgelegen haben.

Die Leistungen richten sich nach dem ab dem 01.01.2017 bestehenden Tarif. Mindestens erbringen wir jedoch die Leistungen auf die am 31.12.2016 ein Anspruch bestand. Dies gilt nicht, wenn Sie die Versicherung in einen anderen Tarif umstellen.

II. Änderungen durch das Erste Pflegestärkungsgesetz

1. Verhinderungspflege (§ 4 Abs. 9 AVB/EPV 2017)

Für die Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft leisten wir ab 2017 für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr. Bisher leisten wir für maximal vier Wochen. Voraussetzung ist, dass der vereinbarte Tarif diese Leistung vorsieht.

2. Kurzzeitpflege (§ 4 Abs. 13 AVB/EPV 2017)

In begründeten Einzelfällen besteht Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Dieser Anspruch besteht bisher nur für zu Hause gepflegte Kinder bis zu ihrem 18. Geburtstag. Ab 2017 gilt dieser Anspruch für alle Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden. Voraussetzung ist, dass der vereinbarte Tarif hierfür Leistungen vorsieht.

III. Änderungen durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Unter bestimmten Voraussetzungen leisten wir auch für Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen. Die Voraussetzungen sind: Während einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für die Pflegeperson ist eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der versicherten Person erforderlich. Außerdem muss der vereinbarte Tarif hierfür Leistungen vorsehen. Bitte vergleichen Sie § 4 Abs. 13 AVB/EPV 2017.

IV. Änderungen durch das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

Für Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, gilt die Textform. Sie können uns Ihre Willenserklärungen und Anzeigen z.B. mit einer E-Mail senden. Bitte vergleichen Sie hierzu § 6 Abs. 4, § 9 Abs. 1 sowie § 16 AVB/EPV 2017. Die Änderungen basieren auf Artikel 1 Nr. 1 des genannten Gesetzes.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G) für Ergänzungsversicherungen zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung (AVB-G/EPV)

Die Änderungen beruhen auf dem

- Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Ersten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz) vom 17.12.2014.
- Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz) vom 23.10.2012.
- Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts vom 17.02.2016.

Darüber hinaus gibt es redaktionelle Änderungen. Beispielsweise entfällt die Regelung in § 7 Abs. 2 b) AVB-G/EPV. Diese Möglichkeiten können nicht mehr eintreten. Die Regelung in § 10 Abs. 2.1 AVB-G/EPV ergänzen wir: Ändern sich Pflegebedürftigkeit oder Pflegegrad der versicherten Person, gilt: Wir übernehmen die Feststellungen der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung. Die Regelung in § 11 Abs. 1 AVB-G/EPV ergänzen wir ebenfalls: Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit kann auch durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung oder der Krankenversicherung erfolgen.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (**§ 203 Abs. 3 VVG**). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

1. Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§§ 3 Abs. 2 und 3a Abs. 1 AVB-G/EPV)

Die Pflegebedürftigkeit und damit der Versicherungsfall in den AVB-G/EPV werden zum 01.01.2017 neu definiert. Der bisherige Begriff der Pflegebedürftigkeit unterscheidet zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und solchen mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen. Diese Unterscheidung entfällt mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Pflegebedürftig sind künftig Personen, die wegen gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Hilfe durch andere bedürfen. Dies gilt unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt. Pflegebedürftig ist, wer diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird damit deutlich erweitert.

2. Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens (§§ 3a Abs. 2 bis 6 und 10 Abs. 2.1 AVB-G/EPV)

Zum 01.01.2017 wird ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Der Pflegegrad ist abhängig von den gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines Punktesystems anhand von bestimmten pflegefachlich begründeten Kriterien in sechs Bereichen ermittelt.

Bei Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Für Kinder im Alter bis zu 18 Monaten gelten Besonderheiten. Sie werden im Vergleich zu einem Erwachsenen dem nächst höheren Pflegegrad zugeordnet, maximal Pflegegrad 5.

3. Umfang der Leistungspflicht (§ 7 AVB-G/EPV)

Die Änderungen zum Umfang der Leistungspflicht beschreiben wir Ihnen in den folgenden Nummern 3.1 bis 3.6. Ein Anspruch auf diese Leistungen besteht wie bisher nur, wenn der vereinbarte Tarif hierfür Leistungen vorsieht.

3.1 Häusliche Pflegehilfe (§ 7 Abs. 3 AVB-G/EPV)

Zur häuslichen Pflegehilfe gehören ab 2017 körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Der bisherige Anspruch auf häusliche Betreuung ist als „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ in der häuslichen Pflegehilfe enthalten. Die Sicherstellung der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung ist keine Voraussetzung mehr, um Betreuungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

Häusliche Pflegehilfe können künftig mehrere versicherte Personen auch gemeinsam in Anspruch nehmen.

3.2 Verhinderungspflege (§ 7 Abs. 8 AVB-G/EPV)

Anspruch auf Verhinderungspflege (Ersatzpflege) haben ab 2017 versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5.

3.3 Teilstationäre Pflege (§ 7 Abs. 10 und 11 AVB-G/EPV)

Die allgemeinen Pflegeleistungen enthalten ab 2017 auch Leistungen für Betreuung. Leistungen für teilstationäre Pflege können zusätzlich zu Leistungen für häusliche Pflegehilfe oder einem Pflegegeld in Anspruch genommen werden. Eine Anrechnung erfolgt nicht mehr.

3.4 Kurzzeitpflege (§ 7 Abs. 12 AVB-G/EPV)

Für Kurzzeitpflege leisten wir ab 2017 für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. Bisher leisten wir für maximal vier Wochen.

3.5 Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 7 Abs. 13 AVB-G/EPV)

Die allgemeinen Pflegeleistungen enthalten ab 2017 auch Leistungen für Betreuung.

3.6 Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag (§ 7 Abs. 15 und 16 AVB-G/EPV)

Versicherte Personen in häuslicher Pflege haben ab 2017 Anspruch auf einen Entlastungsbetrag. Der Entlastungsbetrag kann unter anderem für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Zum Beispiel kann damit eine Hilfe bei der Organisation des Alltags finanziert werden. Versicherte Personen können zudem nicht bezogene Leistungen für häusliche Pflegehilfe alternativ für derartige Angebote verwenden. Es können maximal 40 Prozent des jeweiligen Höchstbetrages für häusliche Pflegehilfe umgewandelt werden.

4. Überleitungsregel für Leistungsbezieher (§ 22 AVB-G/EPV)

Für versicherte Personen, bei denen die Voraussetzungen nach § 22 Abs. 1 AVB-G/EPV vorliegen, gilt: Sie werden zum 01.01.2017 automatisch von der Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet. Sie brauchen nicht selbst tätig werden. Eine erneute Begutachtung erfolgt nicht.

Pflegestufe	Pflegegrad
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	2
I	2
I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	3
II	3
II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	4
III	4

III (Härtefall)	5
III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5
III (Härtefall) und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5

Die Zuordnung zu dem Pflegegrad haben wir den betroffenen Versicherten schriftlich mitgeteilt.

Der übergeleitete Pflegegrad bleibt grundsätzlich für die Dauer des Versicherungsfalls erhalten. Eine Änderung des übergeleiteten Pflegegrads ist jedoch in folgenden Fällen möglich:

- Es wird ein höherer Pflegegrad festgestellt. Dann gilt der höhere Pflegegrad.
- Es wird festgestellt, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Dann endet der Versicherungsfall.

Wird in 2017 ein – im Vergleich zum übergeleiteten Pflegegrad – höherer Pflegegrad festgestellt, gilt: Wir leisten bereits ab dem 01.11.2016 nach den AVB-G/EPV. Bedingung hierfür ist jedoch, dass die tatsächlichen Voraussetzungen für den höheren Pflegegrad schon vor 2017 vorgelegen haben.

Die Leistungen richten sich nach dem ab dem 01.01.2017 bestehenden Tarif. Mindestens erbringen wir jedoch die Leistungen auf die am 31.12.2016 ein Anspruch bestand. Dies gilt nicht, wenn Sie die Versicherung in einen anderen Tarif umstellen.

II. Änderungen durch das Erste Pflegestärkungsgesetz

1. Verhinderungspflege (§ 7 Abs. 8 AVB-G/EPV)

Für die Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft leisten wir ab 2017 für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr. Bisher leisten wir für maximal vier Wochen. Voraussetzung ist, dass der vereinbarte Tarif diese Leistung vorsieht.

2. Kurzzeitpflege (§ 7 Abs. 12 AVB-G/EPV)

In begründeten Einzelfällen besteht Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Dieser Anspruch besteht bisher nur für zu Hause gepflegte Kinder bis zu ihrem 18. Geburtstag. Ab 2017 gilt dieser Anspruch für alle Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden. Voraussetzung ist, dass der vereinbarte Tarif hierfür Leistungen vorsieht.

III. Änderungen durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Unter bestimmten Voraussetzungen leisten wir auch für Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen. Die Voraussetzungen sind: Während einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für die Pflegeperson ist eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der versicherten Person erforderlich. Außerdem muss der vereinbarte Tarif hierfür Leistungen vorsehen. Bitte vergleichen Sie § 7 Abs. 12 AVB-G/EPV.

IV. Änderungen durch das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

Für Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, gilt die Textform. Sie können uns Ihre Willenserklärungen und Anzeigen z. B. mit einer E-Mail senden. Bitte vergleichen Sie hierzu § 10 Abs. 4, § 11 Abs. 1 sowie § 21 AVB-G/EPV 2017. Die Änderungen basieren auf Artikel 1 Nr. 1 des genannten Gesetzes.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Pflege Zuschuss 100 PZU100

Die Änderungen beruhen auf dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.

Darüber hinaus gibt es redaktionelle Änderungen. Beispielsweise ändern wir die Regelung in Teil 2 Nr. 2.1 Satz 2 AVB. Anstelle „Einstufungsbescheid“ und „Einstufungsmitteilung“ heißt es jetzt „Bescheid bzw. Mitteilung über den festgestellten Pflegegrad“. In Teil 1 Nr. 2.2 AVB ergänzen wir die Leistung „Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson“ um den Begriff „Ersatzpflege“. Die Leistung „Teilstationäre Pflege“ ergänzen wir um die Begriffe „Tages- und Nachpflege“.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (**§ 203 Abs. 3 VVG**). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

Bei Fragen zum Thema Pflege können Sie sich auch unter der bundesweit gebührenfreien Rufnummer 0800/37 46 444 bei der compass private pflegeberatung GmbH informieren. Oder im Internet unter **www.compass-pflegeberatung.de**.

Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

1. Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Teil 1 Nrn. 1.1 und 1.2 AVB)

Die Pflegebedürftigkeit und damit der Versicherungsfall in den AVB werden zum 01.01.2017 neu definiert. Der bisherige Begriff der Pflegebedürftigkeit unterscheidet zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und solchen mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen. Diese Unterscheidung entfällt mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Pflegebedürftig sind künftig Personen, die wegen gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Hilfe durch andere bedürfen. Dies gilt unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt. Pflegebedürftig ist, wer diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird damit deutlich erweitert.

2. Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens (Teil 1 Nrn. 2.2, 5.1, 6.4, 10 und Teil 2 Nr. 2.1 Satz 1 AVB)

Zum 01.01.2017 wird ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Der Pflegegrad ist abhängig von den gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines Punktesystems anhand von bestimmten pflegefachlich begründeten Kriterien in sechs Bereichen ermittelt.

Bei Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Für Kinder im Alter bis zu 18 Monaten gelten Besonderheiten. Sie werden im Vergleich zu einem Erwachsenen dem nächst höheren Pflegegrad zugeordnet, maximal Pflegegrad 5.

3. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag (Teil 1 Nr. 2.2 AVB)

Bisher erstatten wir für „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ bis zu 104 oder 208 Euro im Monat. Diese Leistung wird ab 2017 ersetzt.

Alle versicherten Personen in häuslicher Pflege haben ab 2017 Anspruch auf einen Entlastungsbetrag. Dieser beträgt bis zu 125 Euro im Monat.

Der Entlastungsbetrag kann unter anderem für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Zum Beispiel kann damit eine Hilfe bei der Organisation des Alltags finanziert werden.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Pflege Tagegeld PTG

Die Änderungen beruhen auf dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.

Darüber hinaus haben wir die Regelung in Teil 2 Nr. 1.1 Satz 3 AVB geändert. Anstelle „Einstufungsbescheid“ und „Einstufungsmitteilung“ heißt es jetzt „Bescheid bzw. Mitteilung über den festgestellten Pflegegrad“.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (**§ 203 Abs. 3 VVG**). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

Bei Fragen zum Thema Pflege können Sie sich auch unter der bundesweit gebührenfreien Rufnummer 0800/37 46 444 bei der compass private pflegeberatung GmbH informieren. Oder im Internet unter **www.compass-pflegeberatung.de**.

Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

1. Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Teil 1 Nrn. 1.1 und 1.2 AVB)

Die Pflegebedürftigkeit und damit der Versicherungsfall in den AVB werden zum 01.01.2017 neu definiert. Der bisherige Begriff der Pflegebedürftigkeit unterscheidet zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und solchen mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen. Diese Unterscheidung entfällt mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Pflegebedürftig sind künftig Personen, die wegen gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Hilfe durch andere bedürfen. Dies gilt unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt. Pflegebedürftig ist, wer diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird damit deutlich erweitert.

2. Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens (Teil 1 Nrn. 1.4, 2, 3, 5, 8.1, 9.4, 12, 13.1, 13.2 und Teil 2 Nr. 1.1 Satz 2 AVB)

Zum 01.01.2017 wird ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Der Pflegegrad ist abhängig von den gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines Punktesystems anhand von bestimmten pflegefachlich begründeten Kriterien in sechs Bereichen ermittelt.

Bei Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Für Kinder im Alter bis zu 18 Monaten gelten Besonderheiten. Sie werden im Vergleich zu einem Erwachsenen dem nächst höheren Pflegegrad zugeordnet, maximal Pflegegrad 5.

3. Unsere Leistungen

3.1 Unsere Leistungen bei häuslicher Pflege, Verhinderungspflege (Ersatzpflege) und teilstationärer Pflege bzw. Kurzzeitpflege (Teil 1 Nr. 2 AVB)

Ab 2017 zahlen wir von dem vereinbarten Pfl egetagegeld:

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

3.2 Unsere Leistungen bei vollstationärer Pflege (Teil 1 Nr. 3 AVB)

Ab 2017 zahlen wir von dem vereinbarten Pfl egetagegeld:

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

Die Leistungen zahlen wir auch, wenn vollstationäre Pflege nicht erforderlich ist. Daran ändert sich nichts. Im neuen Begutachtungsverfahren wird aber nicht mehr geprüft, ob stationäre Pflege erforderlich ist.

4. Erleichtertes Wechselrecht (Teil 2 Nr. 8 AVB)

Zum 01.01.2017 wird ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Bitte vergleichen Sie hierzu Nr. 1 dieser Information. Wir haben Ihnen ein erleichtertes Wechselrecht garantiert, wenn wir wegen der Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen neuen Tarif einführen. Wir werden aufgrund der Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz keinen neuen Tarif einführen. Vielmehr passen wir Ihre Versicherung an den neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit an. Die Regelung zum erleichterten Wechselrecht entfällt daher.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) KombiMed Pflege Tarif KPET

Die Änderungen beruhen auf dem

- Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts vom 17.02.2016.

Darüber hinaus gibt es eine redaktionelle Änderung. Wir ersetzen „MB/EPV 2009“ durch „MB/EPV 2017“.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (§ 203 Abs. 3 VVG). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: www.dkv.com. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

Zum 01.01.17 werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt.

1. Häusliche und teilstationäre Pflege bzw. Kurzzeitpflege (Ziffer 1 Tarif KPET 2017)

Ab 2017 zahlen wir von dem vereinbarten Pfl egetagegeld:

In Pflegegrad 1	10%
In Pflegegrad 2	25%
In Pflegegrad 3	50%
In Pflegegrad 4	75%
In Pflegegrad 5	100%

2. Vollstationäre Pflege (Ziffer 2 Tarif KPET 2017)

Ab 2017 zahlen wir von dem vereinbarten Pfl egetagegeld:

In Pflegegrad 1	10%
In den Pflegegraden 2 bis 5	100%

Für versicherte Personen, die eine vollstationäre Pflege gewählt haben, obwohl diese nicht erforderlich ist, gilt derzeit: Wir zahlen – entsprechend der Pflegestufe – das Pfl egetagegeld zu dem in Ziffer 1 vorgesehenen Prozentsatz. Ab 2017 entfällt diese Begrenzung. Versicherte Personen in vollstationärer Pflege erhalten daher ab 2017 – entsprechend dem Pflegegrad – die Leistung bei vollstationärer Pflege.

II. Änderungen durch das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

Für Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, gilt die Textform. Sie können uns Ihre Willenserklärungen und Anzeigen z. B. mit einer E-Mail schicken. Die Änderung in Ziffer 4.5 des Tarifs KPET basiert auf Artikel 1 Nr. 1 des genannten Gesetzes.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G) KombiMed Pflege Tarif KPET

Die Änderungen beruhen auf dem

- Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts vom 17.02.2016.

Darüber hinaus gibt es eine redaktionelle Änderung. Wir ersetzen in Ziffer 5.2 „Verbandes der privaten Krankenversicherung“ durch „Verbandes der **Privaten** Krankenversicherung“.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (**§ 203 Abs. 3 VVG**). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

Zum 01.01.17 werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt.

1. Häusliche und teilstationäre Pflege bzw. Kurzzeitpflege (Ziffer 1.1 Tarif KPET 2017)

Ab 2017 zahlen wir von dem vereinbarten Pfl egetagegeld:

In Pflegegrad 1	10%
In Pflegegrad 2	25%
In Pflegegrad 3	50%
In Pflegegrad 4	75%
In Pflegegrad 5	100%

2. Vollstationäre Pflege (Ziffer 1.2 Tarif KPET 2017)

Ab 2017 zahlen wir von dem vereinbarten Pfl egetagegeld:

In Pflegegrad 1	10%
In den Pflegegraden 2 bis 5	100%

Für versicherte Personen, die eine vollstationäre Pflege gewählt haben, obwohl diese nicht erforderlich ist, gilt derzeit: Wir zahlen – entsprechend der Pflegestufe – das Pfl egetagegeld zu dem in Ziffer 1 vorgesehenen Prozentsatz. Ab 2017 entfällt diese Begrenzung. Versicherte Personen in vollstationärer Pflege erhalten daher ab 2017 – entsprechend dem Pflegegrad – die Leistung bei vollstationärer Pflege.

II. Änderungen durch das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

Für Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, gilt die Textform. Sie können uns Ihre Willenserklärungen und Anzeigen z. B. mit einer E-Mail schicken. Die Änderung in Ziffer 3.5 des Tarifs KPET basiert auf Artikel 1 Nr. 1 des genannten Gesetzes.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Tarif PET

Die Änderungen beruhen auf dem

- Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts vom 17.02.2016.

Darüber hinaus gibt es eine redaktionelle Änderung. Wir ersetzen „MB/EPV 2009“ durch „MB/EPV 2017“.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (**§ 203 Abs. 3 VVG**). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

Zum 01.01.17 werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt.

1. Häusliche und teilstationäre Pflege bzw. Kurzzeitpflege (Ziffer 1 Tarif PET 2017)

Ab 2017 zahlen wir von dem vereinbarten Pfl egetagegeld:

In Pflegegrad 1	5%
In Pflegegrad 2	20%
In Pflegegrad 3	45%
In Pflegegrad 4	70%
In Pflegegrad 5	100%

2. Vollstationäre Pflege (Ziffer 2 Tarif PET 2017)

Ab 2017 zahlen wir von dem vereinbarten Pfl egetagegeld:

In Pflegegrad 1	5%
In den Pflegegraden 2 bis 5	100%

Für versicherte Personen, die eine vollstationäre Pflege gewählt haben, obwohl diese nicht erforderlich ist, gilt derzeit: Wir zahlen – entsprechend der Pflegestufe – das Pfl egetagegeld zu dem in Ziffer 1 vorgesehenen Prozentsatz. Ab 2017 entfällt diese Begrenzung. Versicherte Personen in vollstationärer Pflege erhalten daher ab 2017 – entsprechend dem Pflegegrad – die Leistung bei vollstationärer Pflege.

II. Änderungen durch das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

Für Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, gilt die Textform. Sie können uns Ihre Willenserklärungen und Anzeigen z. B. mit einer E-Mail schicken. Die Änderung in Ziffer 4.5 des Tarifs PET basiert auf Artikel 1 Nr. 1 des genannten Gesetzes.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G) Tarif PET

Die Änderungen beruhen auf dem

- Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts vom 17.02.2016.

Darüber hinaus gibt es eine redaktionelle Änderung. Wir ersetzen in Ziffer 5.2 „Verbandes der privaten Krankenversicherung“ durch „Verbandes der **Privaten** Krankenversicherung“.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (§ 203 Abs. 3 VVG). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

Zum 01.01.17 werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt.

1. Häusliche und teilstationäre Pflege bzw. Kurzzeitpflege (Ziffer 1.1 Tarif PET 2017)

Ab 2017 zahlen wir von dem vereinbarten Pfl egetagegeld:

In Pflegegrad 1	5%
In Pflegegrad 2	20%
In Pflegegrad 3	45%
In Pflegegrad 4	70%
In Pflegegrad 5	100%

2. Vollstationäre Pflege (Ziffer 1.2 Tarif PET 2017)

Ab 2017 zahlen wir von dem vereinbarten Pfl egetagegeld:

In Pflegegrad 1	5%
In den Pflegegraden 2 bis 5	100%

Für versicherte Personen, die eine vollstationäre Pflege gewählt haben, obwohl diese nicht erforderlich ist, gilt derzeit: Wir zahlen – entsprechend der Pflegestufe – das Pfl egetagegeld zu dem in Ziffer 1 vorgesehenen Prozentsatz. Ab 2017 entfällt diese Begrenzung. Versicherte Personen in vollstationärer Pflege erhalten daher ab 2017 – entsprechend dem Pflegegrad – die Leistung bei vollstationärer Pflege.

II. Änderungen durch das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

Für Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, gilt die Textform. Sie können uns Ihre Willenserklärungen und Anzeigen z. B. mit einer E-Mail schicken. Die Änderung in Ziffer 3.5 des Tarifs PET basiert auf Artikel 1 Nr. 1 des genannten Gesetzes.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) KombiMed Pflege Tarif KPEK und Tarif PEK

Die Änderungen beruhen auf dem

- Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Ersten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz) vom 17.12.2014.

Darüber hinaus gibt es redaktionelle Änderungen. Beispielsweise ersetzen wir „MB/EPV 2009“ durch „MB/EPV 2017“. In Ziffer 3 ergänzen wir die Überschrift um den Begriff „Ersatzpflege“. In Ziffer 5 nehmen wir in der Überschrift ergänzend die Begriffe „Tages- und Nachtpflege“ auf. Die Abkürzung „v.H.“ ersetzen wir durch „%“. Die Regelung in Ziffer 9 Satz 4 ist entfallen. Diese Möglichkeit kann nicht mehr eintreten.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (§ 203 Abs. 3 VVG). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

Zum 01.01.17 werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt.

1. Häusliche Pflegehilfe (Ziffer 1 Tarife KPEK und PEK 2017)

Ab 2017 erstatten wir unter den tariflichen Voraussetzungen die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe je Kalendermonat:

In Pflegegrad 2	bis zu 225,00 EUR
In Pflegegrad 3	bis zu 550,00 EUR
In Pflegegrad 4	bis zu 775,00 EUR
In Pflegegrad 5	bis zu 959,00 EUR

Die Formulierung „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ wird durch „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.

2. Pflegegeld bei häuslicher Pflege (Ziffer 2 Tarife KPEK und PEK 2017)

Wir leisten in den Pflegegraden 2 bis 5. Die Höhe unserer Leistungen finden Sie in den Tarifen.

3. Verhinderungspflege (Ziffer 3 Tarife KPEK und PEK 2017)

Anspruch auf eine Verhinderungspflege (Ersatzpflege) haben ab 2017 versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5. Die Höhe unserer Leistungen finden Sie in den Tarifen.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (Ziffer 4 Tarife KPEK und PEK 2017)

Wir leisten in allen fünf Pflegegraden. Unsere Leistungen ändern sich nicht.

5. Teilstationäre Pflege (Ziffer 5 Tarife KPEK und PEK 2017)

Wir ersetzen Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, Beförderungen und Betreuung für die Pflegegrade 2 bis 5. Die Höhe unserer Leistungen finden Sie in den Tarifen.

6. Kurzzeitpflege (Ziffer 6 Tarife KPEK und PEK 2017)

Wir ersetzen pflegebedingte Aufwendungen und Aufwendungen für Betreuung in Pflegeheimen für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. Diese Leistung können versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 beanspruchen. Unsere Leistung beträgt auch weiterhin 775 Euro.

7. Vollstationäre Pflege (Ziffer 7 Tarife KPEK und PEK 2017)

Wir erstatten pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung in Pflegeheimen. Ab 2017 erstatten wir unter den tariflichen Voraussetzungen die Aufwendungen für vollstationäre Pflege je Kalendermonat:

In Pflegegrad 2	bis zu 775,00 EUR
In Pflegegrad 3	bis zu 775,00 EUR
In Pflegegrad 4	bis zu 775,00 EUR
In Pflegegrad 5	bis zu 959,00 EUR

Die bisherigen Sonderregelungen für Pflegebedürftige mit außergewöhnlich hohem und intensivem Pflegeaufwand (Härtefälle) entfallen mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Für versicherte Personen, die eine vollstationäre Pflege gewählt haben, obwohl diese nicht erforderlich ist, gilt derzeit: Wir erstatten – entsprechend der Pflegestufe – Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen bis zu den in Ziffer 1 vorgesehenen Höchstbeträgen. Ab 2017 entfällt diese Begrenzung. Versicherte Personen in vollstationärer Pflege erhalten daher ab 2017 – entsprechend dem Pflegegrad – die Leistung bei vollstationärer Pflege.

8. Pflegegeld bei vollstationärer Pflege (Ziffer 8 Tarife KPEK und PEK 2017)

Die Tarife sehen für die Pflegegrade 2 bis 5 wahlweise auch ein Pflegegeld an Stelle von Leistungen für eine vollstationäre Pflege vor. Die Höhe des Pflegegeldes von 350 Euro ändert sich nicht.

Für versicherte Personen, die eine vollstationäre Pflege gewählt haben, obwohl diese nicht erforderlich ist, gilt derzeit: Wir zahlen in den Pflegestufen I und II ein geringeres Pflegegeld. Ab 2017 entfällt diese Begrenzung. Versicherte Personen in den Pflegegraden 2 bis 5 erhalten daher ab 2017 das volle Pflegegeld von 350 Euro.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 60 Euro.

9. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag (Ziffer 9 Tarife KPEK und PEK 2017)

Die derzeitigen zusätzlichen Betreuungsleistungen werden ab 2017 durch Angebote zur Unterstützung im Alltag und einen Entlastungsbetrag ersetzt. Alle versicherten Personen in häuslicher Pflege haben ab 2017 Anspruch auf einen Entlastungsbetrag. Der Entlastungsbetrag beträgt 60 Euro. Er kann beispielsweise für Leistungen der Pflegekräfte in Anspruch genommen werden. In den Pflegegraden 2 bis 5 ist dies jedoch nicht im Bereich der Selbstversorgung, also z. B. für Hilfe beim Duschen oder der Körperpflege, möglich. Er kann auch für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Zum Beispiel kann damit eine Hilfe bei der Organisation des Alltags finanziert werden.

II. Änderung durch das Erste Pflegestärkungsgesetz

Verhinderungspflege (Ziffer 3 Tarife KPEK und PEK 2017)

Für eine Ersatzpflegekraft leisten wir ab 2017 für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr. Bisher leisten wir für maximal vier Wochen.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G) KombiMed Pflege Tarif KPEK und Tarif PEK

Die Änderungen beruhen auf dem

- Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Ersten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz) vom 17.12.2014.

Darüber hinaus gibt es redaktionelle Änderungen. In Ziffer 3 ergänzen wir die Überschrift um den Begriff „Ersatzpflege“. In Ziffer 5 nehmen wir in der Überschrift ergänzend die Begriffe „Tages- und Nachtpflege“ auf. Die Abkürzung „v.H.“ ersetzen wir durch „%“. Die Regelung in Ziffer 9 Satz 4 ist entfallen. Diese Möglichkeit kann nicht mehr eintreten.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (§ 203 Abs. 3 VVG). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

Zum 01.01.17 werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt.

1. Häusliche Pflegehilfe (Ziffer 1 Tarife KPEK und PEK 2017)

Ab 2017 erstatten wir unter den tariflichen Voraussetzungen die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe je Kalendermonat:

In Pflegegrad 2	bis zu 225,00 EUR
In Pflegegrad 3	bis zu 550,00 EUR
In Pflegegrad 4	bis zu 775,00 EUR
In Pflegegrad 5	bis zu 959,00 EUR

Die Formulierung „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ wird durch „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.

2. Pflegegeld bei häuslicher Pflege (Ziffer 2 Tarife KPEK und PEK 2017)

Wir leisten in den Pflegegraden 2 bis 5. Die Höhe unserer Leistungen finden Sie in den Tarifen.

3. Verhinderungspflege (Ziffer 3 Tarife KPEK und PEK 2017)

Anspruch auf eine Verhinderungspflege (Ersatzpflege) haben ab 2017 versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5. Die Höhe unserer Leistungen finden Sie in den Tarifen.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (Ziffer 4 Tarife KPEK und PEK 2017)

Wir leisten in allen fünf Pflegegraden. Unsere Leistungen ändern sich nicht.

5. Teilstationäre Pflege (Ziffer 5 Tarife KPEK und PEK 2017)

Wir ersetzen Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, Beförderungen und Betreuung für die Pflegegrade 2 bis 5. Die Höhe unserer Leistungen finden Sie in den Tarifen.

6. Kurzzeitpflege (Ziffer 6 Tarife KPEK und PEK 2017)

Wir ersetzen pflegebedingte Aufwendungen und Aufwendungen für Betreuung in Pflegeheimen für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. Diese Leistung können versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 beanspruchen. Unsere Leistung beträgt auch weiterhin 775 Euro.

7. Vollstationäre Pflege (Ziffer 7 Tarife KPEK und PEK 2017)

Wir erstatten pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung in Pflegeheimen. Ab 2017 erstatten wir unter den tariflichen Voraussetzungen die Aufwendungen für vollstationäre Pflege je Kalendermonat:

In Pflegegrad 2	bis zu 775,00 EUR
In Pflegegrad 3	bis zu 775,00 EUR
In Pflegegrad 4	bis zu 775,00 EUR
In Pflegegrad 5	bis zu 959,00 EUR

Die bisherigen Sonderregelungen für Pflegebedürftige mit außergewöhnlich hohem und intensivem Pflegeaufwand (Härtefälle) entfallen mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Für versicherte Personen, die eine vollstationäre Pflege gewählt haben, obwohl diese nicht erforderlich ist, gilt derzeit: Wir erstatten – entsprechend der Pflegestufe – Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen bis zu den in Ziffer 1 vorgesehenen Höchstbeträgen. Ab 2017 entfällt diese Begrenzung. Versicherte Personen in vollstationärer Pflege erhalten daher ab 2017 – entsprechend dem Pflegegrad – die Leistung bei vollstationärer Pflege.

8. Pflegegeld bei vollstationärer Pflege (Ziffer 8 Tarife KPEK und PEK 2017)

Die Tarife sehen für die Pflegegrade 2 bis 5 wahlweise auch ein Pflegegeld an Stelle von Leistungen für vollstationäre Pflege vor. Die Höhe des Pflegegeldes von 350 Euro ändert sich nicht.

Für versicherte Personen, die eine vollstationäre Pflege gewählt haben, obwohl diese nicht erforderlich ist, gilt derzeit: Wir zahlen in den Pflegestufen I und II ein geringeres Pflegegeld. Ab 2017 entfällt diese Begrenzung. Versicherte Personen in den Pflegegraden 2 bis 5 erhalten daher ab 2017 das volle Pflegegeld von 350 Euro.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 60 Euro.

9. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag (Ziffer 9 Tarife KPEK und PEK 2017)

Die derzeitigen zusätzlichen Betreuungsleistungen werden ab 2017 durch Angebote zur Unterstützung im Alltag und einen Entlastungsbetrag ersetzt. Alle versicherten Personen in häuslicher Pflege haben ab 2017 Anspruch auf einen Entlastungsbetrag. Der Entlastungsbetrag beträgt 60 Euro. Er kann beispielsweise für Leistungen der Pflegekräfte in Anspruch genommen werden. In den Pflegegraden 2 bis 5 ist dies jedoch nicht im Bereich der Selbstversorgung, also z. B. für Hilfe beim Duschen oder der Körperpflege, möglich. Er kann auch für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Zum Beispiel kann damit eine Hilfe bei der Organisation des Alltags finanziert werden.

II. Änderung durch das Erste Pflegestärkungsgesetz

Verhinderungspflege (Ziffer 3 Tarife KPEK und PEK 2017)

Für eine Ersatzpflegekraft leisten wir ab 2017 für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr. Bisher leisten wir für maximal vier Wochen.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegezusatzversicherung (AVB/PZ)

Die Änderungen beruhen auf dem

- Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts vom 17.02.2016.

Darüber hinaus gibt es redaktionelle Änderungen. Beispielsweise ersetzen wir „AVB/PZ 2010“ durch „AVB/PZ 2017“. Die Abkürzung „v.H.“ ersetzen wir durch das Prozentzeichen (%). Die „Gemeinschaftsstatistik zur Pflegepflichtversicherung“ des Verbandes der Privaten Krankenversicherung heißt jetzt „Statistik der Pflegepflichtversicherung“.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (**§ 203 Abs. 3 VVG**). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

1. Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§§ 1 Abs. 2 und 1a Abs. 1 AVB/PZ 2017)

Die Pflegebedürftigkeit und damit der Versicherungsfall in den AVB/PZ werden zum 01.01.2017 neu definiert. Der bisherige Begriff der Pflegebedürftigkeit unterscheidet zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und solchen mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen. Diese Unterscheidung entfällt mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Pflegebedürftig sind künftig Personen, die wegen gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Hilfe durch andere bedürfen. Dies gilt unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt. Pflegebedürftig ist, wer diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird damit deutlich erweitert.

2. Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens (§§ 1a Abs. 2 bis 6, 6 Abs. 2 und 9 Abs. 1 AVB/PZ 2017)

Zum 01.01.2017 wird ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Der Pflegegrad ist abhängig von den gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines Punktesystems anhand von bestimmten pflegeschlüssigen begründeten Kriterien in sechs Bereichen ermittelt.

Bei Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Für Kinder im Alter bis zu 18 Monaten gelten Besonderheiten. Sie werden im Vergleich zu einem Erwachsenen dem nächst höheren Pflegegrad zugeordnet, maximal Pflegegrad 5.

3. Umfang der Leistungspflicht (§ 4 AVB/PZ 2017 sowie Tarif PZ)

Bei Pflegebedürftigkeit zahlen wir ein monatliches Pflegegeld. Das Pflegegeld ist abhängig vom Pflegegrad und der vereinbarten Tarifstufe. Das Pflegegeld, das wir bei ambulanter und bei vollstationärer Pflege zahlen, finden Sie im Tarif PZ.

Die bisherigen Sonderregelungen für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz entfallen mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Bitte vergleichen Sie hierzu I. Nummern 1 und 2 dieser Information.

Für versicherte Personen, die vollstationäre Pflege gewählt haben, obwohl diese nicht erforderlich ist, gilt derzeit: Wir zahlen – entsprechend der Pflegestufe – das Pflegegeld wie bei einer ambulanten Pflege. Im neuen Begutachtungsverfahren wird nicht mehr geprüft, ob stationäre Pflege erforderlich ist. Versicherte Personen in vollstationärer Pflege erhalten daher ab 2017 – entsprechend dem Pflegegrad – das Pflegegeld bei vollstationärer Pflege.

4. Überleitungsregel für Leistungsbezieher (§ 19 AVB/PZ 2017)

Für versicherte Personen, bei denen die Voraussetzungen nach § 19 Abs. 1 AVB/PZ 2017 vorliegen, gilt: Sie werden zum 01.01.2017 automatisch von der Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet. Sie brauchen nicht selbst tätig werden. Eine erneute Begutachtung erfolgt nicht.

Pflegestufe	Pflegegrad
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	2
I	2
I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	3
II	3
II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	4
III	4
III (Härtefall)	5
III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5
III (Härtefall) und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5

Die Zuordnung zu dem Pflegegrad haben wir den betroffenen Versicherungsnehmern schriftlich mitgeteilt.

Der übergeleitete Pflegegrad bleibt grundsätzlich für die Dauer des Versicherungsfalls erhalten. Eine Änderung des übergeleiteten Pflegegrads ist jedoch in folgenden Fällen möglich:

- Es wird ein höherer Pflegegrad festgestellt. Dann gilt der höhere Pflegegrad.
- Es wird festgestellt, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Dann endet der Versicherungsfall.

Wird in 2017 ein – im Vergleich zum übergeleiteten Pflegegrad – höherer Pflegegrad festgestellt, gilt: Wir leisten bereits ab dem 01.11.2016 nach den AVB/PZ 2017. Bedingung hierfür ist jedoch, dass die tatsächlichen Voraussetzungen für den höheren Pflegegrad schon vor 2017 vorgelegen haben.

Die Leistungen richten sich nach dem ab dem 01.01.2017 bestehenden Tarif. Mindestens erbringen wir jedoch die Leistungen auf die am 31.12.2016 ein Anspruch bestand. Dies gilt nicht, wenn Sie die Versicherung in einen anderen Tarif umstellen.

II. Änderungen durch das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

Für Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, gilt die Textform. Sie können uns Ihre Willenserklärungen und Anzeigen z. B. mit einer E-Mail senden. Bitte vergleichen Sie hierzu § 6 Abs. 5, § 9 Abs. 1 sowie § 16 AVB/PZ 2017. Die Änderungen basieren auf Artikel 1 Nr. 1 des genannten Gesetzes.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Private Pflege-tagegeldversicherung nach Tarif PT

Die Änderungen beruhen auf dem

- Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts vom 17.02.2016.

Darüber hinaus gibt es redaktionelle Änderungen. Beispielsweise ist in § 4 Abs. 1 der AVB das Wort „ärztlichen“ entfallen. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit kann auch durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung oder der Krankenversicherung erfolgen. Die Regelung in § 5 Abs. 1 d) AVB haben wir klarstellend begrenzt. Die „Gemeinschaftsstatistik zur Pflegepflichtversicherung“ des Verbandes der Privaten Krankenversicherung heißt jetzt „Statistik der Pflegepflichtversicherung“ (§ 8b Abs. 2 AVB).

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (**§ 203 Abs. 3 VVG**). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

1. Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§§ 1 Abs. 3 und 1a Abs. 1 AVB)

Die Pflegebedürftigkeit und damit der Versicherungsfall in den AVB werden zum 01.01.2017 neu definiert. Der bisherige Begriff der Pflegebedürftigkeit unterscheidet zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und solchen mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen. Diese Unterscheidung entfällt mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Pflegebedürftig sind künftig Personen, die wegen gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Hilfe durch andere bedürfen. Dies gilt unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt. Pflegebedürftig ist, wer diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird damit deutlich erweitert.

2. Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens (§§ 1a Abs. 2 bis 6 und 6 Abs. 2 AVB)

Zum 01.01.2017 wird ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Der Pflegegrad ist abhängig von den gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines Punktesystems anhand von bestimmten pflegfachlich begründeten Kriterien in sechs Bereichen ermittelt.

Bei Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Für Kinder im Alter bis zu 18 Monaten gelten Besonderheiten. Sie werden im Vergleich zu einem Erwachsenen dem nächst höheren Pflegegrad zugeordnet, maximal Pflegegrad 5.

3. Umfang der Leistungspflicht (Tarif PT)

Bei einer Pflegebedürftigkeit nach den Pflegegraden 2 bis 5 zahlen wir ein Pflegegeld. Aus Tarifstufe PTAS leisten wir bei häuslicher, teilstationärer und vollstationärer Pflege. Aus Tarifstufe PTS leisten wir bei vollstationärer Pflege. Unsere Leistungen – je nach Pflegegrad – finden Sie im Tarif PT.

Für versicherte Personen, die vollstationäre Pflege gewählt haben, obwohl diese nicht erforderlich ist, gilt derzeit: Wir zahlen in Pflegestufe I 25%, in Pflegestufe II 65% des vereinbarten Tagegeldes. Ab 2017 entfällt diese Begrenzung. Versicherte Personen in den Pflegegraden 2 bis 5 erhalten daher ab 2017 bei vollstationärer Pflege das vereinbarte Pflegegeld zu 100%.

Die Beitragsbefreiung gilt ab 2017 für versicherte Personen in den Pflegegraden 2 bis 5.

4. Überleitungsregel für Leistungsbezieher (§ 19 AVB)

Für versicherte Personen, bei denen die Voraussetzungen nach § 19 Abs. 1 AVB vorliegen, gilt: Sie werden zum 01.01.2017 automatisch von der Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet. Sie brauchen nicht selbst tätig werden. Eine erneute Begutachtung erfolgt nicht.

Pflegestufe	Pflegegrad
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	2
I	2
I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	3
II	3
II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	4
III	4
III (Härtefall)	5
III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5
III (Härtefall) und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5

Die Zuordnung zu dem Pflegegrad haben wir den betroffenen Versicherungsnehmern schriftlich mitgeteilt.

Der übergeleitete Pflegegrad bleibt grundsätzlich für die Dauer des Versicherungsfalls erhalten. Eine Änderung des übergeleiteten Pflegegrads ist jedoch in folgenden Fällen möglich:

- Es wird ein höherer Pflegegrad festgestellt. Dann gilt der höhere Pflegegrad.
- Es wird festgestellt, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Dann endet der Versicherungsfall.

Wird in 2017 ein – im Vergleich zum übergeleiteten Pflegegrad – höherer Pflegegrad festgestellt, gilt: Wir leisten bereits ab dem 01.11.2016 nach den AVB. Bedingung hierfür ist jedoch, dass die tatsächlichen Voraussetzungen für den höheren Pflegegrad schon vor 2017 vorgelegen haben.

Die Leistungen richten sich nach dem ab dem 01.01.2017 bestehenden Tarif. Mindestens erbringen wir jedoch die Leistungen auf die am 31.12.2016 ein Anspruch bestand. Dies gilt nicht, wenn Sie die Versicherung in einen anderen Tarif umstellen.

II. Änderungen durch das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

Für Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, gilt die Textform. Sie können uns Ihre Willenserklärungen und Anzeigen z.B. mit einer E-Mail senden. Bitte vergleichen Sie hierzu § 6 Abs. 5, § 9 Abs. 1 sowie § 16 AVB. Die Änderungen basieren auf Artikel 1 Nr. 1 des genannten Gesetzes.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Tarife PT3 und PTO

Die Änderungen in Tarif PT3 beruhen auf dem

- Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts vom 17.02.2016.

Darüber hinaus gibt es redaktionelle Änderungen. In Tarif PT3 ersetzen wir beispielsweise „MB/EPV 2009“ durch „MB/EPV 2017“. In Ziffer 2.1 ersetzen wir „wird zusätzlich eine einmalige Pauschale (Einmalzahlung) gezahlt“ durch „wird zusätzlich einmalig eine Pauschale (Einmalzahlung) gezahlt“.

In Tarif PTO gibt es nur redaktionelle Änderungen: Wir ersetzen beispielsweise „MB/EPV 2009“ durch „MB/EPV 2017“. Die „Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung“ heißt jetzt „**Statistik der Pflegepflichtversicherung** des Verbandes der **Privaten Krankenversicherung**“ (Ziffer 5.2).

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (§ 203 Abs. 3 VVG). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: www.dkv.com. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

Zum 01.01.17 werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt.

1. Pflegetagegeldleistung (Ziffer 1 Tarif PT3 2017)

Ab 2017 zahlen wir von dem vereinbarten Pflegetagegeld:

In Pflegegrad 4	40%
In Pflegegrad 5	100%

Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1, 2 oder 3 zahlen wir wie bisher in den Pflegestufen 1 und 2 kein Pflegetagegeld.

2. Einmalzahlung (Ziffer 2 Tarif PT3 2017)

Ab 2017 zahlen wir die Pauschale in Höhe des 120fachen des vereinbarten Pflegetagegeldes in folgendem Fall:

Entweder der Pflegegrad 4 oder der Pflegegrad 5 wird erstmalig zugeordnet.

3. Assistenzleistungen (Ziffer 3 Tarif PT3 2017)

Ab 2017 werden die Assistenzleistungen unter folgender Voraussetzung erbracht:

Der Versicherungsnehmer weist nach, dass erstmalig eine Zuordnung zu Pflegegrad 4 oder 5 besteht.

II. Änderungen durch das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

Für Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, gilt die Textform. Sie können uns Ihre Willenserklärungen und Anzeigen z. B. mit einer E-Mail schicken. Die Änderung in Ziffer 5.5 des Tarifs PT3 basiert auf Artikel 1 Nr. 1 des genannten Gesetzes.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G) Tarife PT3 und PTO

Die Änderungen in Tarif PT3 beruhen auf dem

- Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts vom 17.02.2016.

Darüber hinaus gibt es redaktionelle Änderungen. In Tarif PT3 ersetzen wir beispielsweise in Ziffer 2.1 „wird zusätzlich eine einmalige Pauschale (Einmalzahlung) gezahlt“ durch „wird zusätzlich einmalig eine Pauschale (Einmalzahlung) gezahlt“.

In Tarif PTO gibt es nur eine redaktionelle Änderung:

Wir ersetzen in Ziffer 5.2 „Verbandes der privaten Krankenversicherung“ durch „Verbandes der **Privaten** Krankenversicherung“.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (**§ 203 Abs. 3 VVG**). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Den Auszug aus den AVB schicken wir Ihnen gesondert zu. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

Zum 01.01.17 werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt.

1. Pflegetagegeldleistung (Ziffer 1 Tarif PT3 2017)

Ab 2017 zahlen wir von dem vereinbarten Pflegetagegeld:

In Pflegegrad 4	40%
In Pflegegrad 5	100%

Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1, 2 oder 3 zahlen wir wie bisher in den Pflegestufen 1 und 2 kein Pflegetagegeld.

2. Einmalzahlung (Ziffer 2 Tarif PT3 2017)

Ab 2017 zahlen wir die Pauschale in Höhe des 120fachen des vereinbarten Pflegetagegeldes in folgendem Fall:

Entweder der Pflegegrad 4 oder der Pflegegrad 5 wird erstmalig zugeordnet.

3. Assistenzleistungen (Ziffer 3 Tarif PT3 2017)

Ab 2017 werden die Assistenzleistungen unter folgender Voraussetzung erbracht:

Der Versicherungsnehmer weist nach, dass erstmalig eine Zuordnung zu Pflegegrad 4 oder 5 besteht.

II. Änderungen durch das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

Für Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, gilt die Textform. Sie können uns Ihre Willenserklärungen und Anzeigen z. B. mit einer E-Mail schicken. Die Änderung in Ziffer 5.5 des Tarifs PT3 basiert auf Artikel 1 Nr. 1 des genannten Gesetzes.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV)

Die Änderungen beruhen auf dem

- Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015.
- Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts vom 17.02.2016.

Darüber hinaus gibt es redaktionelle Änderungen. Beispielsweise ersetzen wir „AVB/GEPV 2013“ durch „AVB/GEPV 2017“ und „MB/GEPV 2013“ durch „MB/GEPV 2017“. Die Regelungen in § 7 Abs. 2 und 5 AVB/GEPV haben wir klarer formuliert. In § 10 Abs. 3 AVB/GEPV haben wir die Reihenfolge der Sätze geändert. Der bisherige Satz 3 ist jetzt der erste Satz.

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (**§ 203 Abs. 3 VVG**). Rechtsgrundlage für die Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist auch § 143 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.01.2017.

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Den Wortlaut der **geänderten** Regelungen entnehmen Sie bitte dem Auszug aus den AVB. Die Änderungen haben wir für Sie farblich hervorgehoben. Bitte nehmen Sie beides zu Ihren Unterlagen. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: **www.dkv.com**. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

1. Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§§ 3 Abs. 2 und 22 Abs. 1 AVB/GEPV 2017)

Die Pflegebedürftigkeit und damit der Versicherungsfall in den MB/GEPV werden zum 01.01.2017 neu definiert. Der bisherige Begriff der Pflegebedürftigkeit unterscheidet zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und solchen mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen. Diese Unterscheidung entfällt mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Pflegebedürftig sind künftig Personen, die wegen gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Hilfe durch andere bedürfen. Dies gilt unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt. Pflegebedürftig ist, wer diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird damit deutlich erweitert.

2. Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens (§§ 1 Abs. 2, 3 Abs. 3, 6 Abs. 1 bis 3, 7 Abs. 4 und 4.1 und 24 Abs. 4 AVB/GEPV 2017 sowie Nrn. 1 und 2 Tarif KFP)

Zum 01.01.2017 wird ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Der Pflegegrad ist abhängig von den gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines Punktesystems anhand von bestimmten pflegfachlich begründeten Kriterien in sechs Bereichen ermittelt.

Bei Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Für Kinder im Alter bis zu 18 Monaten gelten Besonderheiten. Sie werden im Vergleich zu einem Erwachsenen dem nächst höheren Pflegegrad zugeordnet, maximal Pflegegrad 5.

3. Umfang der Leistungspflicht (§ 6 AVB/GEPV 2017 sowie Nrn. 1 und 2 Tarif KFP)

Bei Pflegebedürftigkeit zahlen wir ein Pflegemonatsgeld. Dieses beträgt

- bei Pflegegrad 1 mindestens 60 Euro,
- bei Pflegegrad 2 mindestens 120 Euro,
- bei Pflegegrad 3 mindestens 180 Euro,
- bei Pflegegrad 4 mindestens 240 Euro und
- bei Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro.

Die Höhe des Pflegemonatsgeldes ist abhängig vom Eintrittsalter und dem Pflegegrad des Versicherten. Ab dem 16. Versicherungsjahr zahlen wir ein erhöhtes Pflegegeld. Unsere Leistungen finden Sie in den Nrn. 1 und 2 des Tarifs KFP.

4. Übergangsregelung (§ 27 AVB/GEPV 2017)

Für Versicherte, die am 31.12.2016 einen Anspruch auf Leistungen aus Tarif KFP haben, gilt: Sie werden zum 01.01.2017 automatisch von der Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet. Sie brauchen nicht selbst tätig werden. Eine erneute Begutachtung erfolgt nicht.

Pflegestufe	Pflegegrad
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	2
I	2
I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	3
II	3
II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	4
III	4
III (Härtefall)	5
III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5
III (Härtefall) und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5

Die Zuordnung zu dem Pflegegrad haben wir den betroffenen Versicherungsnehmern schriftlich mitgeteilt.

Der übergeleitete Pflegegrad bleibt grundsätzlich für die Dauer des Versicherungsfalls erhalten. Eine Änderung des übergeleiteten Pflegegrads ist jedoch in folgenden Fällen möglich:

- Es wird ein höherer Pflegegrad festgestellt. Dann gilt der höhere Pflegegrad.
- Es wird festgestellt, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Dann endet der Versicherungsfall.

Wird in 2017 ein – im Vergleich zum übergeleiteten Pflegegrad – höherer Pflegegrad festgestellt, gilt: Wir leisten bereits ab dem 01.11.2016 nach den AVB/GEPV 2017. Bedingung hierfür ist jedoch, dass die tatsächlichen Voraussetzungen für den höheren Pflegegrad schon vor 2017 vorgelegen haben.

Die Leistungen richten sich nach dem ab dem 01.01.2017 bestehenden Tarif. Mindestens erbringen wir jedoch die Leistungen auf die am 31.12.2016 ein Anspruch bestand. Dies gilt nicht, wenn Sie die Versicherung in einen anderen Tarif umstellen.

II. Änderungen durch das Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

Für Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, gilt die Textform. Sie können uns Ihre Willenserklärungen und Anzeigen z. B. mit einer E-Mail senden. Bitte vergleichen Sie hierzu § 2a Abs. 1 sowie § 20 AVB/GEPV 2017. Die Änderungen basieren auf Artikel 1 Nr. 1 des genannten Gesetzes.

Allgemeine
Versicherungsbedingungen (AVB)

Muster- und Tarifbedingungen

für
die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV 2013 2017)

Die AVB umfassen

Musterbedingungen 2013 2017 - MB/GEPV 2013 2017 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung
Tarifbedingungen der Deutschen Krankenversicherung (*Schrägschrift*)

} in diesem
Druckstück

KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP

in gesondertem
Druckstück

Inhaltsverzeichnis

...

§ 27 Übergangsregelung

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Absatz 1 bleibt unverändert.

- (2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die
- vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen nach § 123 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
 - das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

- (1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Schriftform Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

Absatz 2 bleibt unverändert.

§ 2b bleibt unverändert.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

Absatz 1 bleibt unverändert.

- (2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich in ihrer Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang) eingeschränkt ist.
- (3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18-14 SGB XI (siehe Anhang) oder den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 18-14 SGB XI (siehe Anhang) und auch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

Die Absätze 4, 5 und 6 bleiben unverändert.

Die §§ 4 und 5 bleiben unverändert.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt in Pflegestufe III bei Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro. In der Pflegestufe I Bei Pflegegrad 1 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 20 10 Prozent, und in Pflegestufe II bei Pflegegrad 2 mindestens 30 20 Prozent, bei Pflegegrad 3 mindestens 30 Prozent und bei Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III des Pflegegrades 5. Besteht ausschließlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang), beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III.

Wird ein Pflegeitagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

- (2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pfl egetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für ~~eine der Pflegestufen I bis III einen der Pflegegrade 1 bis 5 gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (siehe Anhang)~~ oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.
- Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der ~~Pflegestufen I bis III Pflegegrade 1 bis 5 und das Bestehen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang)~~ sind die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 verbindlich.
- (3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte ~~pfl egestufenrelevante pflegegradrelevante~~ Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § ~~18 14~~ SGB XI (siehe Anhang) ~~oder der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (siehe Anhang)~~ sind dem Versicherer anzuzeigen.

Absatz 4 bleibt unverändert.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Absatz 1 bleibt unverändert.

- (2) Bei untermonatlichem Beginn ~~und~~ oder Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pfl egetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

Absatz 3 bleibt unverändert.

- (4) Das Pflegemonats- oder Pfl egetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § ~~18 14~~ SGB XI (siehe Anhang) ~~oder erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang)~~ besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

~~4.1 Das Pflegemonatsgeld wird für jeden Monat einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) am Beginn des folgenden Monats gezahlt.~~

- (5) ~~Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen. Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte benannt hat.~~

Absatz 6 bleibt unverändert.

Die §§ 8 bis 19 bleiben unverändert.

S o n s t i g e B e s t i m m u n g e n

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform~~ Textform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 bleibt unverändert.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, ~~insbesondere bei Inkrafttreten eines Gesetzes, aufgrund dessen sich die Versicherungsleistungen wegen eines anderen Pflegebedürftigkeitsbegriffes verändern,~~ können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

Die Absätze 2 und 3 bleiben unverändert.

§ 23 bleibt unverändert.

§ 24 Kindernachversicherung

Die Absätze 1, 2 und 3 bleiben unverändert.

- (4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen ~~nach § 123 SGB XI (siehe Anhang)~~ oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

Die §§ 25 und 26 bleiben unverändert.

§ 27 Übergangsregelung

- (1) Versicherte, bei denen am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine vertragliche Versicherungsleistung vorliegen, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Einstufung am 31.12.2016	Einstufung 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 (§ 7 Abs. 5) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.
- (3) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld richtet sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Es wird jedoch mindestens in der bisher bezogenen Höhe erbracht. Satz 2 gilt auch für den Fall, dass nachträglich festgestellt wird, dass am 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf Leistung bestand. Satz 2 gilt nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit endet oder nach einer Umwandlung in eine gleichartige Versicherung nach § 3 Absatz 6.
- (4) Sofern die gesetzliche Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 feststellt, dass bereits vor diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad bestanden, als denjenigen, in den gesetzlich übergeleitet worden ist, richten sich die Leistungen aus dieser Versicherung ab dem Zeitpunkt, den die gesetzliche Pflegeversicherung festgestellt hat, für den Zeitraum vom 1. November bis zum 31. Dezember 2016 nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Tarif.

Allgemeine
Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP

PFLEGEMONATSGELDVERSICHERUNG

ERGÄNZUNG ZUR PRIVATEN UND ZUR SOZIALEN
PFLEGEPLICHTVERSICHERUNG (PPV/SPV)

Die AVB umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2013 2017 - MB/GEPV 2013 2017 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

L e i s t u n g e n d e r D K V

1. Pflegemonatsgeld

Das zu zahlende Pflegemonatsgeld richtet sich nach der Einordnung des Versicherungsnehmers in eine Leistungsgruppe und nach ~~der dem~~ jeweiligen **Pflegestufe Pflegegrad**.

Maßgeblich für die Zuordnung zu einer Leistungsgruppe ist das Eintrittsalter (vgl. § 9 Absatz 1.1 AVB/GEPV 2013 2017) des Versicherungsnehmers.

Leistungsgruppe	Eintrittsalter	Pflegestufe-0+ Pflegegrad 1	Pflegestufe-I Pflegegrad 2	Pflegestufe-II Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegestufe-III Pflegegrad 5
1.	18	159,57 €	319,14 €	478,71 €	638,28 €	1.595,70 €
2.	19	159,57 €	319,14 €	478,71 €	638,28 €	1.595,70 €
3.	20	151,53 €	303,06 €	454,59 €	606,12 €	1.515,30 €
4.	21	143,31 €	286,62 €	429,93 €	573,24 €	1.433,10 €
5.	22	135,96 €	271,92 €	407,88 €	543,84 €	1.359,60 €
6.	23	128,94 €	257,88 €	386,82 €	515,76 €	1.289,40 €
7.	24	122,28 €	244,56 €	366,84 €	489,12 €	1.222,80 €
8.	25	116,28 €	232,56 €	348,84 €	465,12 €	1.162,80 €
9.	26	110,28 €	220,56 €	330,84 €	441,12 €	1.102,80 €
10.	27	104,91 €	209,82 €	314,73 €	419,64 €	1.049,10 €

11.	28	99,78 €	199,56 €	299,34 €	399,12 €	997,80 €
12.	29	94,95 €	189,90 €	284,85 €	379,80 €	949,50 €
13.	30	90,54 €	181,08 €	271,62 €	362,16 €	905,40 €
14.	31	86,37 €	172,74 €	259,11 €	345,48 €	863,70 €
15.	32	82,56 €	165,12 €	247,68 €	330,24 €	825,60 €
16.	33	78,81 €	157,62 €	236,43 €	315,24 €	788,10 €
17.	34	75,51 €	151,02 €	226,53 €	302,04 €	755,10 €
18.	35	72,24 €	144,48 €	216,72 €	288,96 €	722,40 €
19.	36	69,12 €	138,24 €	207,36 €	276,48 €	691,20 €
20.	37	66,27 €	132,54 €	198,81 €	265,08 €	662,70 €
21.	38	63,48 €	126,96 €	190,44 €	253,92 €	634,80 €
22.	39	60,81 €	121,62 €	182,43 €	243,24 €	608,10 €
23.	ab 40	60,00 €	120,00 €	180,00 €	240,00 €	600,00 €

[†]Als Pflegestufe 0 wird hier eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang AVB/GEPV 2013) bezeichnet.

Das Pflegemonatsgeld wird auch gezahlt, wenn die Pflege nicht von Pflegefachkräften, sondern von Pflegepersonen (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer) übernommen wird.

2. Pflegebonus

Nach Ablauf von 15 Versicherungsjahren (vgl. § 17 Absatz 1.2 AVB/GEPV 2013 2017) besteht Anspruch auf ein erhöhtes Pflegemonatsgeld.

Die Berechnung dieses Zeitraumes richtet sich grundsätzlich nach dem Eintrittsalter. Die in Satz 1 genannte Frist beginnt jedoch frühestens mit Ablauf des Jahres, in dem der Versicherungsnehmer sein 18. Lebensjahr vollendet.

Das erhöhte Pflegemonatsgeld ist abhängig von der jeweiligen Leistungsgruppe.

Das um den Pflegebonus bereits erhöhte Pflegemonatsgeld ist aus nachfolgender Übersicht ersichtlich:

Leistungsgruppe	Pflegestufe 0 [†] Pflegegrad 1	Pflegestufe I Pflegegrad 2	Pflegestufe II Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegestufe III Pflegegrad 5
1.	319,14 €	478,71 €	1.116,99 €	1.436,13 €	1.755,27 €
2.	319,14 €	478,71 €	1.116,99 €	1.436,13 €	1.755,27 €
3.	303,06 €	454,59 €	1.060,71 €	1.363,77 €	1.666,83 €
4.	286,62 €	429,93 €	1.003,17 €	1.289,79 €	1.576,41 €
5.	271,92 €	407,88 €	951,72 €	1.223,64 €	1.495,56 €
6.	257,88 €	386,82 €	902,58 €	1.160,46 €	1.418,34 €
7.	244,56 €	366,84 €	855,96 €	1.100,52 €	1.345,08 €
8.	232,56 €	348,84 €	813,96 €	1.046,52 €	1.279,08 €
9.	220,56 €	330,84 €	771,96 €	992,52 €	1.213,08 €
10.	209,82 €	314,73 €	734,37 €	944,19 €	1.154,01 €
11.	199,56 €	299,34 €	698,46 €	898,02 €	1.097,58 €
12.	189,90 €	284,85 €	664,65 €	854,55 €	1.044,45 €
13.	181,08 €	271,62 €	633,78 €	814,86 €	995,94 €
14.	172,74 €	259,11 €	604,59 €	777,33 €	950,07 €
15.	165,12 €	247,68 €	577,92 €	743,04 €	908,16 €
16.	157,62 €	236,43 €	551,67 €	709,29 €	866,91 €
17.	151,02 €	226,53 €	528,57 €	679,59 €	830,61 €
18.	144,48 €	216,72 €	505,68 €	650,16 €	794,64 €
19.	138,24 €	207,36 €	483,84 €	622,08 €	760,32 €
20.	132,54 €	198,81 €	463,89 €	596,43 €	728,97 €
21.	126,96 €	190,44 €	444,36 €	571,32 €	698,28 €
22.	121,62 €	182,43 €	425,67 €	547,29 €	668,91 €
23.	120,00 €	180,00 €	420,00 €	540,00 €	660,00 €

[†]Als Pflegestufe 0 wird hier eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang AVB/GEPV 2013) bezeichnet.

Beispiel:

Der Versicherungsnehmer schließt den Vertrag im Alter von 30 Jahren ab (Leistungsgruppe 13.). Dann erhält er den Pflegebonus nach Ablauf des Jahres, in dem er 45 Jahre alt wird. Er hätte dann in **Pflegestufe III Pflegegrad 5** inklusive Pflegebonus einen Anspruch auf ein monatliches Pflegegeld von 995,94 Euro.

Die Nr. 3 bleibt unverändert.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3
BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3
BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3
BestMed Eco Tarif BME / 1-2
BestMed Uni Tarif BMUNI
BeihilfeMed Kompakt BK und BKA
BestMed Kombitarife zur GKV BMG / 0-3
KombiMed Ambulant Privat Tarife KAMP / 0-1
OptiMed Tarif O1A (Einzelversicherung und Gruppenversicherung)

Den AVB-Änderungen hat ein von der DKV unabhängiger Treuhänder zugestimmt. Über dessen fachliche Eignung und Unabhängigkeit wacht die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die Voraussetzungen für solche Änderungen ergeben sich aus den AVB und dem Versicherungsvertragsgesetz (§ 203 Abs. 3 VVG).

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die AVB-Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe. Besuchen Sie uns doch auch im Internet: www.dkv.com. Dort können Sie in Ihrem persönlichen Kundenbereich - dem Portal „Meine Versicherungen“ - die aktuellen AVB abrufen.

Bei Fragen rufen Sie uns einfach an – wir sind gern für Sie da. Unsere Telefonnummer finden Sie im Anschreiben. Sie können auf diesem Weg auch eine aktualisierte Fassung der AVB anfordern.

I. Änderungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz

Zum 01.01.17 werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherigen drei Pflegestufen und die gesonderte Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorliegt, werden durch fünf Pflegegrade ersetzt.

Änderung in den Tarifen:

BestMed Tarife BM4 und BM5, BestMed Kombitarife zur GKV BMG sowie die Tarife BeihilfeMed-Kompakt BK und BKA, BestMed Komfort Tarife BMK, BestMed Eco BME, BestMed Uni Tarif BMUNI und KombiMed Ambulant Privat Tarife KAMP

Aus diesen Tarifen ersetzen wir unter anderem die Transportkosten zu und von der medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung. Eine Voraussetzung hierfür war bisher das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 2 oder 3. **Künftig ist eine Voraussetzung für unsere Leistung das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4 oder 5.**

Wir haben die AVB daher entsprechend angepasst: Die Worte „*Pflegestufe 2 oder 3*“ haben wir durch die Worte „*Pflegegrad 3,4 oder 5*“ ersetzt. Bitte vergleichen Sie **Teil 1 Nr. 2.7** Tarife BME, BMK, BMG, BMUNI, KAMP 0-1, **Teil 2 Nr. 2.1** Tarife BM4, BM5, **Teil 1 Nr. 1.7** Tarife BK, BKA.

Änderung in OptiMed Tarif O1A

In dem Tarif O1A müssen Sie uns die Feststellung eines Leistungsanspruchs aus der gesetzlichen Pflegeversicherung mitteilen. Und zwar unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit. Daran ändert sich künftig nichts. In den AVB haben wir lediglich den Klammerhinweis „*Stufe I, II oder III*“ ersatzlos gestrichen. Bitte vergleichen Sie **§ 14 e** der AVB.

II. Weitere Änderungen

Für Willenserklärungen und Anzeigen, die Sie uns gegenüber abgeben, gilt die Textform. Sie können uns Ihre Willenserklärungen und Anzeigen z. B. mit einer E-Mail schicken. Die AVB (§ 20 Tarif O1A, § 24 AVB Teil I (Bedingungsteil) BestMed BM 4 und BM 5) haben wir entsprechend geändert. Schriftform ist nicht mehr erforderlich. Der Gesetzgeber hat dies durch eine Änderung im Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 309 Nr. 13) festgelegt.

Außerdem hat der Gesetzgeber das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) neu gefasst. Inhaltlich bedeutet dies für Sie keine Veränderung. Lediglich die Verweise auf die Bestimmungen des VAG haben wir geändert. Die Regelungen der Kalkulationsverordnung finden sich jetzt in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung.