

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung MediP

(Stand: 01.01.2017)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

Aufnahmefähigkeit/Versicherungsfähigkeit

Erläuterung

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

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

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

A. Tarifleistungen

1. Leistungen des Versicherers/Beginn der Leistungspflicht

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

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

2. Versicherungsschutz/Abschließbare Tarife

Pflegetagegeld bei geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

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

Pflegetagegeld bei ambulanter häuslicher Pflege

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

Pflegetagegeld bei vollstationärer Pflege

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

Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit

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

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

3. Versicherungshöhe

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

4. Vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege

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

5. Soforthilfe bei zeitlich begrenzter Pflege nach Unfall

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

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

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

6. Suchterkrankung, Krankenhausbehandlung, Kur und Rehabilitationsmaßnahmen

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

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

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

ohne Unterbrechung zur Verfügung gestellt.

7. Beitragsbefreiung im Leistungsfall

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

8. Anpassung a) Dynamische Anpassung des Pflegetagegeldes/Widerspruch

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

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

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

Vereinbarte Beitragszuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

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

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

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

b) Leistungsdynamik bei Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

9. Anpassung bei Gesetzesänderung

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

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

Recht auf Erhöhung des Pflagegeldes (Optionsrecht)

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

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

Das Recht zur Erhöhung besteht für die versicherte Person auch

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

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

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

Recht auf Nachversicherung

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

1. Zum vollendeten 50. Lebensjahr.

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

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

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

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

Wegfall des Options- und Nachversicherungsrechts

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

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

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

1. Pflegebedürftigkeit

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

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

2. Nachweispflicht

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

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

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

3. Wartezeiten

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

4. Weltgeltung

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

5. Unfallbegriff

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

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

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

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

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

- Knochenbrüche entstehen.

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

C. Beiträge und Beitragsberechnung

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

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

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.
- (2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:
 1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
 4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung perenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
 5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandwechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.
- (3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

- (1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.
- (2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anla-

ge 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktebereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

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

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

1. Mobilität mit 10 Prozent,
 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
 3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
 4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
 5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.
- (3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktebereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.
- (4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.
- (5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünftens Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.
- (6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

- (7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2
 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
 4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 42
Kurzzeitpflege

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