

# Ergänzende Pflege-Kranken- versicherung



## Tarif PflegeSofort

### Pflege-Ergänzungstarif

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die Ihnen hier vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif PflegeSofort (AVB/PflegeSofort).

Stand 01.10.2021

Barmenia  
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1  
42119 Wuppertal

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs PflegeSofort. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

<b>Leistungen</b>	<b>Erstattung zu</b>	<b>bis zu</b>
Vorbereitungs- und Präventionsmaßnahmen ab Vertragsbeginn (Phase I)	100 %	einmalig insgesamt 500 EUR
Soforthilfe nach Stellung des Antrages auf Pflegeleistungen (Phase II)	100 %	einmalig bis zu 1.000 EUR
Pflegephase ab Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Phase III)	100 %	250 EUR pro Kalenderjahr

## Inhaltsübersicht

Seite

### Vorbemerkung

3

### Der Versicherungsschutz

§ 1	Welche Regelungen gelten für den Versicherungsfall	3
§ 2	Wann beginnt der Versicherungsschutz?	4
§ 3	Wie ist die Wartezeit geregelt?	4
§ 4	Was ist versichert und in welcher Höhe?	4
§ 5	Welche Leistungen sind ausgeschlossen?	6
§ 6	Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?	6
§ 7	Wann endet der Versicherungsschutz?	6

### Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8	Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?	7
§ 8a	Wie werden die Beiträge berechnet?	7
§ 8b	Wann dürfen wir die Beiträge anpassen?	8
§ 9	Welche Obliegenheiten sind zu beachten?	8
§ 10	Welche Folgen ergeben sich bei Obliegenheitsverletzungen?	8
§ 11	Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?	9
§ 12	Wann können Sie aufrechnen?	9

### Ende der Versicherung

§ 13	Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?	10
§ 14	Wann können wir den Versicherungsvertrag kündigen?	11

### Sonstige Bestimmungen

§ 15	Wann endet das Versicherungsverhältnis?	11
§ 16	Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?	11
§ 17	Welches Gericht ist zuständig?	11
§ 18	Wann dürfen wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?	11

Hinweise auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg 12

### Anhang

Anhang I:	Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	13
Anhang II:	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI)	15
Anhang III:	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V)	18
Anhang IV:	Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)	19

## Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif PflegeSofort können Personen versichert werden, die in der sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind. Weitere Voraussetzungen sind, dass

- für sie noch keine Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wird,
- sie noch keinen Antrag auf Pflegeleistungen bei der SPV oder PPV gestellt haben und
- sie nicht pflegebedürftig sind oder waren.

Der Tarif PflegeSofort kann zusammen mit anderen Pflege-Ergänzungsversicherungen abgeschlossen werden.

## Der Versicherungsschutz

§ 1 Welche Regelungen gelten für den Versicherungsfall?

(1) Wir begleiten Sie von den ersten Anzeichen über die Antragstellung bis hin zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

Als → Versicherungsfall gelten:

a) *Vorbereitungs- und Präventionsmaßnahmen*

(Phase I: Vorbereitung und Prävention, vgl. § 4 Abs. 1)

Der Versicherungsfall beginnt, wenn für Sie<sup>1</sup>, Ihren Ehe- oder Lebenspartner (mit dem Sie in einem Haushalt wohnen) oder einen Ihrer Familienangehörigen ersten Grades eine Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wird. Er endet mit der Stellung eines Antrages auf Pflegeleistungen bei der SPV oder PPV.

b) *Stellung eines Antrages auf Pflegeleistungen bei der SPV oder PPV*

(Phase II: Soforthilfe, vgl. § 4 Abs. 2)

Der Versicherungsfall beginnt, nachdem Sie einen Antrag auf Pflegeleistungen bei der SPV oder PPV gestellt haben. Er endet, wenn Sie pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) sind.

c) *Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI*

(Phase III: Pflegephase, vgl. § 4 Abs. 3)

Der Versicherungsfall beginnt, wenn bei Ihnen Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI festgestellt wird. Er endet, wenn Sie nicht mehr pflegebedürftig sind.

Sie können jeweils nur die Leistungen der Phase in Anspruch nehmen, die aktuell besteht. Dies gilt auch dann, wenn Sie die Leistungen der vorherigen Phase noch nicht erhalten bzw. nicht ausgeschöpft haben.

Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

(2) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem → Versicherungsschein,
- den ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen,
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie
- den gesetzlichen Vorschriften.

(3) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Wo besteht Versicherungsschutz?

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die tariflich vereinbarten Leistungen in Deutschland.

Was gilt, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen?

(5) Wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen

- Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU),
- Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder
- in die Schweiz

verlegen, setzt sich die Versicherung fort. Wir sind dann nur zu den Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten.

§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor
- Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer Annahmeerklärung) und
  - nicht vor Ablauf der Wartezeit - siehe § 3.

Für bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene Versicherungsfälle nach § 1 Abs. 1 leisten wir nicht. Für nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle leisten wir nur für den Teil nicht, der in der Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Die Regelungen zum Beginn des Versicherungsschutzes gelten auch bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.

Was gilt bei der Mitversicherung von Neugeborenen?

- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt unter folgenden Voraussetzungen:
- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt bereits seit mindestens drei Monaten bei uns versichert und
  - Sie melden das Neugeborene spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zur Versicherung an.

Was gilt bei der Adoption eines Kindes?

- (3) Wenn das Kind bei der Adoption noch minderjährig ist, gelten dafür die gleichen Regelungen wie bei Neugeborenen. Wir können einen Risikozuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe vereinbaren.

§ 3 Wie ist die Wartezeit geregelt?

- (1) Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn (siehe § 2).

- (2) Für die in Phase I versicherten Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen nach § 4 Abs. 1 haben Sie ohne Wartezeit Versicherungsschutz.

Für die in Phase II versicherten Soforthilfe-Maßnahmen nach § 4 Abs. 2 haben Sie nach Ende der dreijährigen Wartezeit Versicherungsschutz.  
Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

Für die in Phase III versicherten Pflegemaßnahmen nach § 4 Abs. 3 haben Sie nach Ende der dreijährigen Wartezeit Versicherungsschutz.  
Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

§ 4 Was ist versichert und in welcher Höhe?

Vorbereitungs- und Präventionsmaßnahmen (Phase I)

100 %

- (1) Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn (siehe § 2).

der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von 500 EUR. Wir ersetzen diese Kosten einmalig während der Vertragslaufzeit. Wir arbeiten mit hochqualifizierten Dienstleistern zusammen. Sofern Ihnen hierzu keine Informationen mehr vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.

- Persönliche Beratung zum Thema Pflege in Deutschland (z. B. zu den Themen Abfrage des Pflegebedarfs, Aufnahme des Tagesablaufs des Pflegebedürftigen, Analyse der Betreuungs- und Wohnsituation, individuelle Ermittlung und Gewichtung der Dringlichkeit von Leistungen, ärztliche Vorgaben, Fördermöglichkeiten der Pflegeversicherungsträger sowie Ermittlung der individuellen Pflegekosten),
- Telefonische Beratung zum Thema Pflege durch einen qualifizierten Pflegedienstmitarbeiter oder einen Mitarbeiter mit einer vergleichbaren Qualifikation,
- Telefonische Demenzberatung und -vorsorge oder persönliche Demenzberatung und -vorsorge in Deutschland (z. B. zu den Themen Ernährung und Diätformen, Bewegung, geistige Aktivität und soziale Interaktionsmöglichkeiten),
- Schulung für Sie und bis zu zwei weitere Personen (Ehe- oder Lebenspartner, mit dem Sie in einem Haushalt wohnen, Familienangehörige ersten Grades) in Deutschland zur Prävention von Grundpflege und Demenz,

- Erste-Hilfe-Kurs,
- Erstattung der Kosten für eine persönliche Beratung zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes gemäß § 40 Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang) in Ihrer Wohnung bzw. der Ihres Ehe- oder Lebenspartners (mit dem Sie in einem Haushalt wohnen) oder der Wohnung eines Ihrer Familienangehörigen ersten Grades in Deutschland,
- Hilfeleistung beim Ausfüllen des Antrages auf Pflegeleistungen der SPV bzw. PPV.

#### Soforthilfe (Phase II)

- (2) Versichert sind
- 100 % der Kosten für nachfolgend aufgeführte Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von 1.000 EUR. Wir ersetzen diese Kosten einmalig während der Vertragslaufzeit. Die Leistungen setzen einen für Sie gestellten Antrag auf Pflegeleistungen voraus, vgl. § 1 Abs. 1 b). Wir arbeiten mit hochqualifizierten Dienstleistern zusammen. Sofern Ihnen hierzu keine Informationen mehr vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.
- Pflegedienstleistungen gemäß § 36 SGB XI (siehe Anhang) in Deutschland während der Beantragung von Pflegeleistungen, wenn die SPV oder PPV dafür keine Kosten übernimmt,
  - Installation und den Betrieb eines technisch anerkannten Hausnotrufsystems sowie die damit verbundenen Schlüssel- und Einsatzdienste in Deutschland, wenn die SPV oder PPV dafür keine Kosten übernimmt. Wenn die SPV oder PPV einen Teil der Kosten übernimmt, erstatten wir die Restkosten. Für den Betrieb sowie die damit verbundenen Schlüssel- und Einsatzdienste übernehmen wir die Restkosten bis zu einem Betrag von 25 EUR monatlich,
  - Tägliche Anlieferung eines Menüs in Deutschland, wobei aus dem Angebot des Dienstleisters frei gewählt werden kann,
  - Persönliche Unterstützung bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder MEDICPROOF in Deutschland,
  - Telefonische Vermittlung von zusätzlichen Dienstleistungen wie z. B. Einkaufshilfe, Reinigungsdienst, Wäschedienst sowie Fahrdienste. Die Entgelte für die vermittelten Dienstleistungen sind nicht Teil der tariflichen Leistung.

#### Pflegephase (Phase III)

- (3) Versichert sind
- 100 % der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von 250 EUR pro Kalenderjahr. Die Leistungen setzen die Feststellung der Pflegebedürftigkeit voraus, vgl. § 1 Abs. 1 c). Wir arbeiten mit hochqualifizierten Dienstleistern zusammen. Sofern Ihnen hierzu keine Informationen mehr vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.
- Frei wählbare Leistungen aus den Bereichen Beratungs-, Besuchs-, Begleit- oder Fahrdienste, sofern diese in Deutschland in Anspruch genommen werden,
  - Jeweils nach Vorleistung der SPV oder PPV die Restkosten für die Installation eines technisch anerkannten Hausnotrufsystems sowie bis zu 25 EUR monatlich für den Betrieb und die damit verbundenen Schlüssel- und Einsatzdienste in Deutschland. Wenn Sie die Installation eines solchen Hausnotrufsystems bereits im Rahmen der Soforthilfe der Phase II nach § 4 Abs. 2 in Anspruch genommen haben, besteht kein erneuter Anspruch,
  - Pflege-Visite/Pflege-Case-Management (z. B. Informationen zur Pflege und Pflegeleistungen, Ratschläge zur Vermeidung stationärer Pflege),
  - Zusätzliche Kosten für eine kurzfristige Vermittlung einer Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden in Deutschland. Diese Leistung können Sie einmalig und nur dann in Anspruch nehmen, wenn eine vollstationäre Pflege durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder MEDICPROOF befürwortet wurde. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für die Unterbringung in einem Pflegeheim. Wir sind Ihnen gerne behilflich, einen Dienstleister zu finden, der diesen 24-Stunden-Service anbietet.

- § 5 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?
- (1) Wir leisten nicht in folgenden Fällen:
- Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,
  - Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen,
  - für solche Versicherungsfälle, bei denen zum Zeitpunkt der Stellung des Antrages für den Tarif PflegeSofort für Sie, Ihren Ehe- oder Lebenspartner (mit dem Sie in einem Haushalt wohnen) oder einen Ihrer Familienangehörigen ersten Grades bereits
    - eine Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wurde,
    - ein Antrag auf Pflegeleistungen bei der SPV oder PPV gestellt wurde oder
    - eine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI bestand.
- (2) Wir können unsere Leistungen unter folgenden Voraussetzungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen: Eine Pflegemaßnahme, für die Leistungen vereinbart sind,
- übersteigt das medizinisch notwendige Maß oder
  - die geforderte Vergütung ist nicht angemessen.
- (3) Wenn Sie wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete haben, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
- § 6 Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?  
Welche Nachweise brauchen wir?
- (1) Bitte beachten Sie Folgendes:  
Wir leisten nur, wenn wir die geforderten Nachweise erhalten; diese werden unser Eigentum. Soweit Nachweise für die SPV oder PPV erstellt wurden, legen Sie diese bitte vor. Dies gilt insbesondere dann, wenn unsere Leistung von der Vorleistung oder Leistung der SPV oder PPV abhängig ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die vorgesehene Wartezeit nach § 3 erfüllt ist.
- (2) Die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen ergeben sich aus § 14 → VVG (siehe Anhang).
- An wen leisten wir?
- (3) Grundsätzlich leisten wir an Sie als unseren Vertragspartner.  
Wir sind allerdings verpflichtet, an die → versicherte Person, wenn Sie uns diese in → Textform als Empfangsberechtigte für unsere Versicherungsleistungen benannt haben.
- Dürfen Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?
- (4) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.
- § 7 Wann endet der Versicherungsschutz?
- Der Versicherungsschutz endet auch für →schwebende Versicherungsfälle mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

## Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?

- (1) Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.
- (2) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist in gleichen monatlichen Beitragsraten zu zahlen, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des → Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (3) Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt. Der Beitrag für Kinder und Jugendliche (0 - 18 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie 18 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.
- (5) Zahlen Sie eine Beitragsrate nicht rechtzeitig, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn Sie den rückständigen Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten gezahlt haben.
- (6) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und werden Sie in Textform gemahnt, sind Sie zur Zahlung der Mahnkostenpauschale verpflichtet, die sich aus dem Produktinformationsblatt ergibt.
- (7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Treten wir vom Versicherungsverhältnis auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zurück oder beenden wir das Versicherungsverhältnis durch Anfechtung wegen → arglistiger Täuschung, steht uns der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir zurück, weil Sie den ersten Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (8) Die Beiträge werden von uns per Lastschrift eingezogen. Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn die auf dem Versicherungsantrag enthaltene Lastschrift aus dem Auftrag zum Beitragseinzug eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

§ 8a Wie werden die Beiträge berechnet?

Wir berechnen die Beiträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Die Berechnung ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

§ 8b Wann dürfen wir die Beiträge anpassen?

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen, z. B. auf Grund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder auf Grund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem Sie die Benachrichtigung erhalten haben.

§ 9 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

- (1) Die Stellung eines Antrages auf Pflegeleistungen ist uns unverzüglich durch Vorlage eines Nachweises (siehe § 6 Abs. 1) unter Angabe des Befundes und der Diagnose anzuzeigen. Es sind ebenfalls alle Vorleistungen der SPV bzw. PPV anzuzeigen, soweit diese Auswirkungen auf unsere Leistungen haben.
- (2) Sie müssen uns die Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich durch Vorlage eines Nachweises nach § 6 Abs. 1 unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzeigen. Den Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit müssen Sie uns unverzüglich anzeigen.
- (3) Nach Eintritt des Versicherungsfalls (siehe § 1 Abs. 1) ist darüber hinaus das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) anzuzeigen.
- (4) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person nach § 6 Abs. 3 haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten von uns zu erteilen.
- (5) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (6) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

§ 10 Welche Folgen ergeben sich bei Obliegenheitsverletzungen?

- (1) Wenn Sie eine der in § 9 genannten vertraglichen Obliegenheiten verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:
  - Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
  - Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir nicht berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass Sie nicht grob fahrlässig gehandelt haben, kürzen wir die Leistung nicht.



Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen können,

- dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

(2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, können wir unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Diese Recht können wir nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausüben.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des → Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?

(1) Wenn Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zusteht, geht dieser Anspruch bis zu der Höhe auf uns über, in der wir den Schaden ersetzen. Der → Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden. Wenn sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den übergegangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden → vorsätzlich verursacht hat.

(2) Sie müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren. Das bedeutet beispielsweise, dass Sie über den Anspruch oder ein ihn sicherndes Recht nicht durch Abtretung, Verzicht, Erlass oder Vergleich verfügen dürfen. Auch dürfen Sie die Realisierung des Anspruchs nicht durch bloßes Untätigbleiben verhindern. Nachdem der Anspruch auf uns übergegangen ist, müssen Sie uns bei der Durchsetzung des Anspruchs unterstützen, soweit dies erforderlich ist.

(3) Bei Verletzung der in den Absatz 2 genannten Obliegenheiten gilt Folgendes:  
Wenn Sie die genannten Obliegenheiten → vorsätzlich verletzen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als wir auf Grund Ihrer Obliegenheitsverletzung von dem Dritten keinen Ersatz erlangen können. Wenn Sie die genannten Obliegenheiten grob fahrlässig verletzen und wir deshalb von dem Dritten keinen Ersatz verlangen können, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine → grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

(4) Wenn Sie an einen Leistungserbringer

- ohne rechtlichen Grund eine Vergütung gezahlt haben und
- Ihnen deshalb gegen den Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückzahlung zusteht,

geht dieser Anspruch insoweit auf uns über, als wir diese Vergütung ersetzt haben. Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend.

(5) Sie können insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.

§ 12 Wann können Sie aufrechnen?

Sie können gegen unsere Forderungen nur → aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## Ende der Versicherung

### § 13 Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?

- (1) Die Mindestvertragslaufzeit beträgt zwei Jahre. Sie können den Tarif PflegeSofort zum ersten Mal mit einer Frist von drei Monaten zum Ende der Mindestvertragslaufzeit kündigen. Nach Ablauf dieser Mindestvertragslaufzeit können Sie den Tarif PflegeSofort mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs PflegeSofort: 01.04. des laufenden Jahres

Ende der Mindestversicherungsdauer: 31.03. des übernächsten Jahres

Frühest möglicher Kündigungstermin des Tarifs PflegeSofort: 31.03. des übernächsten Jahres

- (2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöhen wir die Beiträge gemäß § 8b oder vermindern wir unsere Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Sie können, sofern wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Und zwar zum Schluss des Monats, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Wann können wir den Versicherungsvertrag kündigen?

- (1) Wir verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Kündigen wir das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gelten § 13 Abs. 7 Sätze 1 und 2 entsprechend.

#### Sonstige Bestimmungen

§ 15 Wann endet das Versicherungsverhältnis?

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit Ihrem Tod. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortsetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tode abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person endet, wenn wir davon Kenntnis erlangen, dass sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten verlegt.
- (4) Endet für eine versicherte Person die deutsche SPV oder PPV, endet auch das Versicherungsverhältnis. Teilen Sie uns die Beendigung der SPV oder PPV bitte unverzüglich mit.

§ 16 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?

→ Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber uns können Sie in Textform abgeben.

§ 17 Welches Gericht ist zuständig?

- (1) Für Klagen gegen uns sind die Gerichte an unserem Geschäftssitz zuständig. Sie können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohnsitz haben. Personen ohne festen Wohnsitz können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Beides gilt für den Zeitpunkt, an dem die Klage erhoben wird.
- (2) Es ist auch möglich, dass wir Ansprüche aus dem Vertrag gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen. Dann ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohnsitz haben.
- (3) Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft verlegen, sind die Gerichte in Deutschland zuständig.

§ 18 Wann dürfen wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres (siehe § 13 Abs. 2) wirksam, sofern die Mitteilung über die Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an Sie mindestens zwei Monate vorher erfolgt.

- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch → höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn diese zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine → unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe Ihnen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

### Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin  
Internet: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

### Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Sektor Versicherungsaufsicht  
Graurheindorfer Straße 108  
53117 Bonn  
E-Mail: [poststelle@bafin.de](mailto:poststelle@bafin.de)

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

### Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

## Anhang

### Anhang I: Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

#### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

#### § 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer den Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die meistens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beiträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist, hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der → Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Anhang II: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.
- (2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten 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 Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
  5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
    - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
    - b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, 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 Selbstständigkeit 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.

## § 36 Pflegesachleistung

- (1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.



- (2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegerische Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere
1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
  2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
  3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.
- (3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat
1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,
  2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.298 Euro,
  3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.612 Euro,
  4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.995 Euro.
- (4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

§ 40 Pflegehilfsmittel und  
wohnumfeldverbessernde  
Maßnahmen

- (1) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4.000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 4.000 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 16.000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.
- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig.  
Versicherte die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 17 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.
- (3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.
- (5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.
- (6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

## Anhang IV: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Arglist/arglist	Arglistig handelt, wer bewusst oder willentlich täuscht und darüber hinaus die Vorstellung hat, dass seine Angaben bzw. Nichtangaben geeignet sind, auf das Verhalten des Versicherers Einfluss zu nehmen.
aufrechnen	Schulden sich zwei Personen gegenseitig eine Geldleistung, können die Forderungen gegeneinander aufgerechnet werden.
fahrlässig	Fahrlässig handelt, wer die erforderliche und der jeweiligen Situation geschuldete Sorgfalt nicht beachtet.
grob fahrlässig	Grob fahrlässig handelt, wer die erforderliche und der jeweiligen Situation geschuldete Sorgfalt in besonders großem Maße verletzt. Also selbst das Einfachste, jedem Einleuchtende nicht beachtet.
höchstrichterliche Entscheidung	Urteile oder Beschlüsse der obersten Instanz, also zum Beispiel ein Urteil des Bundesgerichtshofes oder des Bundesverwaltungsgerichts.
schwebender Versicherungsfall	Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch, wenn noch eine Pflegebedürftigkeit oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vorliegt (schwebender Versicherungsfall).
Textform	Die Textform ist eine gegenüber der Schriftform erleichterte Form der Abgabe von Willenserklärungen oder Anzeigen im Rechtsverkehr (beispielsweise per Brief, Telefax oder E-Mail).
Treuhänder	Der Treuhänder ist eine vom Gesetz vorgesehene, zuverlässige und vom Versicherungsunternehmen unabhängige Person, die die Interessen der Versicherungsnehmer vertritt.
Übergang (eines Ersatzanspruchs)	Wenn Sie einen Anspruch auf Schadenersatz gegenüber einem Dritten haben, geht dieser auf uns über. Und zwar in der Höhe, in der wir Ihnen den Schaden ersetzt haben.
unzumutbare Härte	Eine Situation, bei der es unter Berücksichtigung der beiderseitigen Interessen einer der Vertragsparteien nicht zuzumuten ist, an dem Vertrag weiter festzuhalten.
Versicherungsfall	Wenn ein Umstand eintritt, der eine Leistung durch uns auslöst. Zum Beispiel: Sie stellen bei der SPV oder PPV einen Antrag auf Pflegeleistungen.
Versicherungsjahr	Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Beginn der Versicherung und dauert 12 Monate. Alle folgenden Versicherungsjahre beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Beginn der Versicherung ist der 01.02., dann endet das Versicherungsjahr am 31.01. des folgenden Jahres.
Versicherungsnehmer	Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner und quasi der Inhaber der Versicherung. Er schließt den Vertrag ab und erhält den Versicherungsschein. Grundsätzlich hat er alle Rechte am und alle Pflichten aus dem Vertrag.
versicherte Person	Die versicherte Person ist die Person, für die der vereinbarte Versicherungsschutz gilt. Die versicherte Person kann, muss aber nicht gleichzeitig der Versicherungsnehmer sein. Beispielsweise kann der Tarif Pflege Sofort von einer Ehefrau (Versicherungsnehmerin) für ihren Ehemann (versicherte Person) abgeschlossen werden.

### Versicherungsschein

Eine Urkunde über den Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrages erhalten Sie von uns den Versicherungsschein. Er enthält wichtige Daten zu Ihrer Versicherung, zum Beispiel den vereinbarten Versicherungsschutz, den Beginn und die Dauer der Versicherung. Bitte heben Sie Ihren Versicherungsschein gut auf.

### VVG

Abkürzung für Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

### Willenserklärungen

Einseitige Mitteilungen, die einen rechtlichen Charakter haben und auf die Begründung, inhaltliche Änderungen oder Beendigungen des Versicherungsvertrages abzielen. Zum Beispiel die Kündigung.