Versicherungsbedingungen

Diese Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die Regelungen Ihres Bausteins Pflegevorsorge. Sie finden auch ergänzende Regelungen zur Überschussbeteiligung und Regelungen zur Abhängigkeit der Bausteine zueinander.

Die Regelungen zum Grundbaustein sowie die Regelungen der Teile B und C Ihrer Versicherungsbedingungen gelten auch für den Baustein Pflegevorsorge, wenn nachfolgend nichts anderes geregelt ist.

Baustein Pflegevorsorge - Kinderpflegerente E157

		Seite
1.	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	1
2.	Ergänzende Regelungen zur Überschussbeteiligung	3
3.	Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	4
4.	Ihre besonderen Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	5
5.	Erklärung über unsere Leistungspflicht	6
6.	Ergänzende Regelungen zu den Kosten Ihres Vertrags	6
7.	Abhängigkeit des Bausteins Pflegevorsorge vom Grundbaustein	6
8.	Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten	7
9.	Abänderungen zum Baustein Pflegevorsorge - Kinderpflegerente E157	9

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

Hier finden Sie einen Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017.

Teil A - Leistungsbausteine

Baustein Pflegevorsorge - Kinderpflegerente E157

Hier finden Sie die Regelungen Ihres Bausteins Pflegevorsorge. Sie finden auch ergänzende Regelungen zur Überschussbeteiligung und Regelungen zur Abhängigkeit der Bausteine zueinander.

Die Regelungen zum Grundbaustein sowie die Regelungen der Teile B und C Ihrer Versicherungsbedingungen gelten auch für den Baustein Pflegevorsorge, wenn nachfolgend nichts anderes geregelt ist.

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
1.2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?
1.3 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz für den Baustein Pflegevorsorge?
1.4 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihren Baustein Pflegevorsorge?

1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Kinderpflegerente und Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person

Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer des Bausteins Pflegevorsorge pflegebedürftig (siehe Ziffer 1.2) wird, das heißt aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.2) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Ziffer 1.2 Absatz 2), zahlen wir die vereinbarte Kinderpflegerente. Wenn Sie laufende Beiträge zahlen, befreien wir Sie außerdem von der Beitragszahlungspflicht für alle Bausteine dieser Versicherung.

Die Leistungen aus dem Baustein Pflegevorsorge erbringen wir, solange
- die versicherte Person pflegebedürftig nach Ziffer 1.2 ist und
- die versicherte Person lebt, längstens jedoch bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer.

Die Kinderpflegerente zahlen wir an den Terminen, die Sie mit uns für die Zahlung der Rente aus dem Grundbaustein vereinbart haben. Die 1. Zahlung erfolgt gegebenenfalls anteilig.

(2) Vereinbarte Beitragsbefreiung mit Dynamik

a) Auswirkungen auf den Grundbaustein

Wenn Sie eine Beitragsbefreiung mit Dynamik vereinbart haben, steigt der Beitrag für den Grundbaustein, von dem wir Sie befreien, nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Der Beitrag, der bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit gezahlt wird, erhöht sich jährlich um den vereinbarten Dynamiksatz. Wir befreien Sie auch für diese Beiträge von der Zahlungspflicht.

Die Beitragssteigerungen erhöhen die Versicherungsleistungen des Grundbausteins nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Für die Berechnung der Erhöhungen der garantierten Mindestrente gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Erhöhungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

b) Auswirkungen auf den Baustein Pflegevorsorge

Die Beiträge für den Baustein Pflegevorsorge, von denen wir Sie befreien, erhöhen sich nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht.

c) Auswirkungen auf weitere Bausteine

Die Beiträge für weitere Bausteine erhöhen sich um denselben Dynamiksatz, um den sich die Beiträge des Grundbausteins erhöhen. Die Beitragssteigerungen erhöhen die Versicherungsleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen des jeweiligen Bausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen". Dabei gilt folgende Beschränkung:

Wenn Sie einen Baustein Kapital bei Tod abgeschlossen haben, wird nur der Teil des Garantiekapitals bei Tod erhöht, der die Summe der Beiträge zum Grundbaustein nicht übersteigt. Beitragssteigerungen, die aufgrund dieser Beschränkung bei dem oben genannten Baustein nicht durchgeführt werden, erhöhen zusätzlich die übrigen Versicherungsleistungen.

(3) Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person

a) Anspruch auf Kinderpflegerente und Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person

Der Anspruch auf Kinderpflegerente und Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

Wenn Sie eine Beitragsbefreiung mit Dynamik vereinbart haben, setzen die Beitragssteigerungen zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres nach Ablauf des Monats ein, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

Solange die versicherte Person pflegebedürftig ist, werden die Steigerungen jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres durchgeführt, längstens bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer.

b) Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht

Bis zur Entscheidung, ob ein Anspruch vorliegt,
- müssen die Beiträge in voller Höhe weiter gezahlt werden. Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkennen, werden wir zu viel gezahlte Beiträge zurückzahlen.
- können Sie verlangen, dass die bis zur endgültigen Entscheidung noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Falls wir unsere Leistungspflicht nicht anerkennen, müssen gestundete Beiträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf maximal 48 Monate verteilt werden, wenn die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 48 Monate beträgt. Beträgt die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 48 Monate, kann die Nachzahlung der gestundeten Beiträge maximal auf die verbleibende Versicherungsdauer verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Lassen Sie unsere Entscheidung über die Leistungspflicht gerichtlich prüfen, können Sie verlangen, dass die bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Gerichts noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Wenn dann das Gericht unsere Entscheidung rechtskräftig bestätigt hat, müssen gestundete Beträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf maximal 48 Monate verteilt werden, wenn die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 48 Monate beträgt. Beträgt die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 48 Monate, kann die

Nachzahlung der gestundeten Beiträge maximal auf die verbleibende Versicherungsdauer verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Möglichkeiten des Beitragsausgleichs.

1.2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

Die versicherte Person ist pflegebedürftig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, wenn sie aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Absatz 2).

(1) Begriff und Dauer der Pflegebedürftigkeit
Pflegebedürftigkeit der versicherten Person liegt vor, wenn
- sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe anderer bedarf und
- sie körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ununterbrochen bestehen oder bereits 6 Monate bestanden haben. In diesen Fällen liegt von Beginn des 1. Monats an Pflegebedürftigkeit vor.

Die Pflegebedürftigkeit ist stets ärztlich nachzuweisen.

Die Pflegebedürftigkeit beurteilt sich nach den nachfolgenden 6 Bereichen, denen bestimmte Kriterien zugeordnet sind. Diesen Kriterien sind zur Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten Kategorien zugeordnet. Die Bereiche, Kriterien und Kategorien entsprechen denjenigen, die in § 14 und § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, genannt sind. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften hat auf die Definition der Bereiche, Kriterien und Kategorien der Pflegebedürftigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrem Baustein Pflegevorsorge keine Auswirkungen. Den Wortlaut der genannten Paragrafen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

a) Mobilität
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Beteiligen an einem Gespräch") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt, Fähigkeit größtenteils vorhanden, Fähigkeit in geringem Maße vorhanden oder Fähigkeit nicht vorhanden" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Beschädigen von Gegenständen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Nie oder sehr selten, selten (ein- bis dreimal innerhalb von 2 Wochen), häufig (zwei- bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich) oder täglich" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

d) Selbstversorgung
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Essen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" bzw. "entfällt, teilweise oder vollständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Medikation") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien:
- "Entfällt/selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig",
- "Entfällt/selbstständig, Anzahl der Maßnahmen pro Tag, Woche oder Monat",
- "Entfällt/selbstständig, täglich, wöchentliche Häufigkeit oder monatliche Häufigkeit" bzw.
- "Entfällt/selbstständig, wöchentliche Häufigkeit oder monatliche Häufigkeit".

Die Kategorien können Sie der Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Ruhen und Schlafen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

(2) Grade der Pflegebedürftigkeit
Abhängig von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wird die Pflegebedürftigkeit in 5 Grade der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade) eingestuft. Die Pflegegrade entsprechen den Pflegegraden, die in § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, genannt sind. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschrift hat auf die Pflegegrade nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrem Baustein Pflegevorsorge keine Auswirkungen. Den Wortlaut des genannten Paragrafen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Leistungen aus dem Baustein Pflegevorsorge (siehe Ziffer 1.1) erbringen wir, wenn die versicherte Person aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird.

(3) Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit
Der Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) wird entsprechend der gesetzlichen Vorschrift des § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, ermittelt. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschrift zur Ermittlung des Pflegegrads hat auf die Ermittlung des Pflegegrads nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrem Baustein Pflegevorsorge keine Auswirkungen. Den Wortlaut des genannten Paragrafen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

Die versicherte Person erhält nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Pflegegrad.

Zur Bestimmung des Pflegegrads werden, wie in Absatz 1 beschrieben, den 6 Bereichen Kriterien zugeordnet. Diese Kriterien werden anhand von Kategorien beurteilt. Die Kategorien stellen die in den Kriterien zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen dar. Bei Kindern werden die Kategorien zu den Kriterien der in Absatz 1 a), b), d) und f) genannten Bereiche abhängig vom Alter des Kindes auch durch einen Vergleich mit altersentsprechend entwickelten Kindern beurteilt (siehe § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI). Es wird somit berücksichtigt, dass Kinder im Laufe ihrer Entwicklung in unterschiedlichem Alter Fähigkeiten und Selbstständigkeit erlernen.

Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien Einzelpunkte zugeordnet.

Die jeweils erreichbaren Summen der Einzelpunkte in jedem Bereich werden in Punktbereiche gegliedert (zum Beispiel "Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten"). Alle Punktbereiche können Sie § 15 und der Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Zur Ermittlung des Pflegegrads erhält jeder der in Absatz 1 a) bis f) genannten Bereiche eine eigene Gewichtung (zum Beispiel "Mobilität 10 Prozent"). Die Gewichtung aller Bereiche können Sie § 15 und der Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Jedem Punktbereich in einem Bereich werden anschließend abhängig von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und der Gewichtung der Bereiche festgelegte, gewichtete Punkte zugeordnet (siehe Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

Anschließend werden die gewichteten Punkte aller Bereiche zu einer Gesamtpunktzahl addiert. Aus dieser Gesamtpunktzahl ergibt sich der entsprechende Pflegegrad. Die versicherte Person ist pflegebedürftig bei Einstufung mindestens in den Pflegegrad 2, was ab 27 Gesamtpunkten gegeben ist (siehe § 15 Absatz 3 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI). Für versicherte Personen bis zum vollendeten 18. Lebensmonat ist der Pflegegrad 2 mit Erreichen von 12,5 Punkten gegeben (siehe § 15 Absatz 7 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

1.3 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz für den Baustein Pflegevorsorge?

Der Versicherungsschutz aus dem Baustein Pflegevorsorge besteht weltweit.

1.4 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihren Baustein Pflegevorsorge?

(1) Rechnungsgrundlagen bei Abschluss des Bausteins Pflegevorsorge
Bei Abschluss Ihres Bausteins Pflegevorsorge verwenden wir für die Berechnung der garantierten Leistungen folgende Rechnungsgrundlagen:
- die Sterbetafel "DAV 1994 T" für Frauen für Jungen und Mädchen einheitlich und
- unsere unternehmenseigenen Pflegetafeln "AZ 2007 PKP" und "QI AZ 2002" für die Pflegewahrscheinlichkeiten und die Sterbewahrscheinlichkeiten der Pflegebedürftigen,
- den Rechnungszins 1,0 Prozent und
- die Kosten des Bausteins Pflegevorsorge (siehe dazu Ziffer 6).

(2) Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen
Bei Leistungserhöhungen (zum Beispiel durch Überschussanteile) berechnen wir die hinzukommenden Leistungen grundsätzlich mit den Rechnungsgrundlagen (insbesondere Rechnungszins, Tafeln und Kosten des Bausteins Pflegevorsorge), die wir bei Abschluss Ihres Bausteins Pflegevorsorge zugrunde gelegt haben.

Wenn zum Erhöhungstermin aufgrund aufsichtsrechtlicher Bestimmungen und/oder der offiziellen Stellungnahmen der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (DAV) für die Berechnung der Deckungsrückstellung von neu abzuschließenden vergleichbaren Versicherungen andere Rechnungsgrundlagen gelten, können wir für die Leistungserhöhungen auch diese verwenden. Wenn sich nach einer Leistungserhöhung die für die Berechnung der Deckungsrückstellung geltenden Rechnungsgrundlagen erneut ändern, können wir für weitere Leistungserhöhungen die geänderten Rechnungsgrundlagen verwenden oder die bei der letzten Leistungserhöhung zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen beibehalten.

Wenn wir andere Rechnungsgrundlagen verwenden als bei Abschluss Ihres Bausteins Pflegevorsorge oder bei der letzten Leistungserhöhung, werden wir Sie hierüber informieren.

Bei Leistungserhöhungen legen wir bei der Berechnung der hinzukommenden Leistungen höchstens die Prozentsätze der Kosten des Bausteins Pflegevorsorge zugrunde, die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben.

Außer bei Leistungserhöhungen gilt diese Regelung entsprechend, wenn in den jeweiligen Abschnitten dieser Versicherungsbedingungen ausdrücklich darauf hingewiesen wird.

2. Ergänzende Regelungen zur Überschussbeteiligung

Inhalt dieses Abschnitts:
2.1 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag bezogen auf den Baustein Pflegevorsorge an den Überschüssen?
2.2 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag bezogen auf den Baustein Pflegevorsorge an den Bewertungsreserven?

2.1 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag bezogen auf den Baustein Pflegevorsorge an den Überschüssen?

(1) Laufende Beteiligung am Überschuss
Bezogen auf den Baustein Pflegevorsorge beteiligen wir Ihren Vertrag in Abhängigkeit von seiner Zuordnung zu einer Gruppe an den erzielten Überschüssen (laufende Überschussanteile).

a) Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile
Die Höhe der Ihrem Vertrag zuzuteilenden Überschussanteile ermitteln wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Da-

bei legen wir die jeweils festgelegten Überschussanteilsätze und die jeweilige Bezugsgröße zugrunde.

Die festgelegten Überschussanteilsätze legen wir jährlich jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres für die Dauer eines Versicherungsjahres zugrunde.

Wenn laufende Kinderpflegerenten gezahlt werden, ist die Bezugsgröße das Deckungskapital der Kinderpflegerente zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres.

b) Verwendung der laufenden Überschussanteile
Wenn laufende Kinderpflegerenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für die Kinderpflegerente zugeteilten Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten nach Ziffer 6 Absatz 2 eine zusätzliche beitragsfreie Kinderpflegerente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Kinderpflegerenten am Überschuss des Bausteins Pflegevorsorge und nicht des Grundbausteins beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.4 Absatz 2.

Wenn Sie beim Grundbaustein "Erweiterten Kapitalbonus" vereinbart haben, erhöhen die zugeteilten Überschussanteile zusätzlich die Beteiligung am Überschuss des Grundbausteins.

(2) Schlussüberschussbeteiligung
Zusätzlich zu den jährlichen Überschussanteilen kann ein Schlussüberschussanteil zugeteilt werden bei
- Beendigung des Bausteins Pflegevorsorge oder
- Fälligwerden einer Leistung aus dem Baustein Pflegevorsorge.

Die Höhe des Schlussüberschussanteils ergibt sich aus der Überschussdeklaration und kann auch null sein.

a) Ermittlung des Schlussüberschussanteils
Der Schlussüberschussanteil hängt vom Grund und vom Zeitpunkt der Beendigung sowie von der Bezugsgröße ab.

Bezugsgröße für den Schlussüberschussanteil sind die verzinslich angesammelten Beiträge, die in den zurückgelegten Jahren der Beitragszahlungsdauer für den Baustein Pflegevorsorge maßgebend waren.

b) Verwendung des Schlussüberschussanteils
Der Schlussüberschussanteil erhöht den Schlussüberschussanteil des Grundbausteins.

2.2 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag bezogen auf den Baustein Pflegevorsorge an den Bewertungsreserven?

(1) Beteiligung vor Rentenbeginn
Die Bewertungsreserven werden den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren zugeordnet. Auf den Baustein Pflegevorsorge entfallen jedoch vor Rentenbeginn keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Die Beitragsanteile der Pflegevorsorge sind so kalkuliert, dass sie zur Risiko- und Kostendeckung benötigt werden. Es stehen daher keine oder nur geringe Beträge zur Verfügung, um Kapitalanlagen zu bilden, aus denen Bewertungsreserven entstehen können.

(2) Beteiligung laufender Renten
Laufende Renten werden an den Bewertungsreserven über eine angemessen erhöhte Beteiligung an den Überschüssen beteiligt. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze im Rahmen der Ermittlung der Überschussanteile wird insbesondere die aktuelle Bewertungsreservensituation berücksichtigt.

3. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

In welchen Fällen ist unsere Leistung bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ausgeschlossen?

Wir leisten nicht, wenn die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person verursacht worden ist

a) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person während eines Aufenthalts außerhalb Deutschlands in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen verursacht wurde, an denen sie nicht selbst aktiv beteiligt war. Wir leisten ebenfalls uneingeschränkt, wenn die Pflegebedürftigkeit bei der Teilnahme der versicherten Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei an mandatierten (NATO, UNO, EU oder OSZE) humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten verursacht wurde;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Pflegebedürftigkeit bei einer von der versicherten Person begangenen Ordnungswidrigkeit im Straßenverkehr verursacht wurde;

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Handlung
- in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder
- unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden

begangen worden ist;

e) durch eine von Ihnen als Versicherungsnehmer ausgeübte widerrechtliche Handlung mit dem Vorsatz, die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbeizuführen;

f) durch Strahlen als Folge von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde, um die Gefahr abzuwehren;

g) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit
- vorsätzlich eingesetzten atomaren, biologischen oder chemischen Waffen (ABC-Waffen) oder
- vorsätzlich eingesetzten oder vorsätzlich freigesetzten radioaktiven, biologischen oder chemische Stoffen,

wenn der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet gewesen sind, das Leben vieler Personen zu gefährden.

Wir leisten jedoch in den Fällen f) und g) uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von 5 Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

4. Ihre besonderen Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Neben den nachfolgend genannten Mitwirkungspflichten gelten auch die bausteinübergreifenden Mitwirkungspflichten des Grundbausteins im Abschnitt "Ihre Mitwirkungspflichten".

Inhalt dieses Abschnitts:

4.1 Welche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person verlangt werden?
4.2 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person zu beachten?
4.3 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

4.1 Welche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person verlangt werden?

(1) Einreichung von Unterlagen bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person
Wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers folgende Auskünfte gegeben und Unterlagen eingereicht werden, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind:

a) eine Darstellung der Ursachen der Pflegebedürftigkeit und

b) das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung und

c) wenn das Gutachten nicht geeignet ist, das Vorliegen unserer Leistungsvoraussetzungen zu bestätigen, oder keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht oder diese kein Gutachten erstellt hat
- ausführliche Berichte der Ärzte, von denen die versicherte Person untersucht wurde oder bei denen sie in Behandlung ist oder war. Erforderlich sind Angaben zu Ursachen, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtlicher Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- eine Bescheinigung des Pflegedienstes oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Der Nachweis mittels Gutachtens durch einen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige sachverständige Gutachter ist alternativ möglich.

Auch bei späterer Einreichung der Unterlagen nach den Absätzen a) bis c) leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.1 Absatz 3 a)).

(2) Mitwirkung bei der Datenerhebung bei anderen Stellen
Wir sind berechtigt, auf unsere Kosten im Rahmen des zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Umfangs mit Ihrer Einwilligung personenbezogene Daten bei den folgenden Stellen und Personen zu erheben:
- Ärzte,
- Krankenhäuser,
- sonstige Krankenanstalten,
- Pflegeheime,
- Pflegepersonen,
- Sachverständige,
- andere Personenversicherer,
- gesetzliche Krankenkassen,
- Berufsgenossenschaften und
- Behörden.

Sie können eine solche Datenerhebung verweigern oder eine bereits erteilte Einwilligung widerrufen. Versicherungsleistungen werden jedoch nicht fällig, wenn wir aufgrund Ihres Verhaltens nicht feststellen können, ob und in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind.

(3) Mitwirkung bei weiteren Untersuchungen und weiteren Nachweisen
Wir können verlangen, dass die versicherte Person von Ärzten und Sachverständigen unserer Wahl und auf unsere Kosten untersucht wird. Dabei handelt es sich um von uns unabhängige Ärzte und Sachverständige, die nicht bei einer Allianz-Gesellschaft angestellt sind.

Wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält, können wir verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir
- die Untersuchungskosten sowie
- die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten. Von den Reisekosten übernehmen wir höchstens die Kosten für die Bahnfahrt 2. Klasse und - soweit erforderlich - für Flüge in der Economyklasse.

Auf Untersuchungen in Deutschland verzichten wir, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Wir können vor jeder Rentenzahlung ein Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Wenn die versicherte Person stirbt, sind wir darüber unverzüglich zu informieren. Zu Unrecht erhaltene Rentenzahlungen müssen an uns zurück gezahlt werden.

(4) Folgen einer Pflichtverletzung
Unsere Leistungen werden fällig, wenn wir die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistung notwendigen Erhebungen abgeschlossen haben. Wenn Sie eine der in diesem Abschnitt genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

4.2 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person zu beachten?

(1) Nachprüfung unserer Leistungspflicht
Wenn wir anerkannt oder festgestellt haben, dass wir leistungspflichtig sind, sind wir berechtigt zu prüfen, ob die versicherte Person weiterhin pflegebedürftig ist.

(2) Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten
Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn sich die Pflegebedürftigkeit mindert.

Um die aktuelle Situation nachprüfen zu können,
- müssen uns jederzeit sachdienliche Auskünfte erteilt werden;
- müssen uns folgende Unterlagen eingereicht werden: eine Bescheinigung des Pflegedienstes oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege und das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung, sofern eines erstellt wurde;
- können wir einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person von einem durch uns beauftragten Arzt umfassend untersuchen lässt.

Hierbei eventuell entstehende Kosten müssen wir tragen.

Darüber hinaus gelten die in Ziffer 4.1 Absätze 2 und 3 genannten Mitwirkungspflichten.

(3) Wegfall unserer Leistungspflicht
Wir sind nicht leistungspflichtig, wenn wir feststellen, dass die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir dies gegenüber Ihnen in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) erklären.

In diesem Fall können wir unsere Leistungen mit Ablauf des 3. Monats, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, einstellen. Zu diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen, wenn die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist.

4.3 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht
Wenn Sie, die versicherte Person, oder die Person, die den Anspruch auf Leistungen erhebt, eine der Obliegenheiten nach Ziffer 4.2 verletzt haben, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Hierauf können wir uns jedoch nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Im Einzelnen gilt:
- Wenn diese Obliegenheiten vorsätzlich verletzt werden, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn diese Obliegenheiten grob fahrlässig verletzt werden, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistungen nicht.

Auch im Falle von Vorsatz und grober Fahrlässigkeit sind wir zur Leistung verpflichtet, wenn Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt worden ist.

(2) Spätere Erfüllung der Obliegenheit
Wenn die Obliegenheit später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Obliegenheit erfüllt wird, nach Maßgabe dieser Regelungen leistungspflichtig.

5. Erklärung über unsere Leistungspflicht

Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Wenn wir die uns eingereichten sowie die von uns beigezogenen Unterlagen geprüft haben, erklären wir in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail), ob wir leisten und wenn ja, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt.

6. Ergänzende Regelungen zu den Kosten Ihres Vertrags

Was gilt ergänzend für die Kosten Ihres Bausteins Pflegevorsorge?

(1) Abschluss- und Vertriebskosten
Auch mit Ihrem Baustein Pflegevorsorge sind Abschluss- und Vertriebskosten verbunden.

Solange Sie Beiträge zahlen, belasten wir Ihren Baustein Pflegevorsorge mit Abschluss- und Vertriebskosten
- in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträge und
- in Höhe eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge.

Wenn sich Leistungen während der Vertragsdauer durch Zahlung von Beiträgen erhöhen, erheben wir ebenfalls Abschluss- und Vertriebskosten auf die Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge sowie auf die einzelnen vereinbarten Erhöhungsbeiträge.

Es gelten darüber hinaus die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Kosten Ihres Vertrags", Unterabschnitt "Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?", Absatz "Abschluss- und Vertriebskosten".

(2) Verwaltungskosten
Mit Ihrem Baustein Pflegevorsorge sind ebenfalls Verwaltungskosten verbunden. Die Verwaltungskosten für Ihren Baustein Pflegevorsorge sind die Kosten für die laufende Verwaltung Ihres Bausteins Pflegevorsorge. Auch diese sind von Ihnen zu tragen. Sämtliche Verwaltungskosten sind in den Beitrag einkalkuliert und müssen daher nicht gesondert gezahlt werden. Die Verwaltungskosten entsprechen den übrigen Kosten nach § 2 Absatz 1 Nr. 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV).

Wir belasten Ihren Baustein Pflegevorsorge wie folgt mit Verwaltungskosten:
- Solange Sie Beiträge zahlen, in Form eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge für den Baustein Pflegevorsorge. Diese Verwaltungskosten entnehmen wir den eingezahlten Beiträgen nach der von Ihnen gewählten Zahlungsweise.
- Wenn wir eine Kinderpflegerente zahlen, in Form eines Prozentsatzes der gezahlten Kinderpflegerente.
- Wenn wir Sie von der Beitragszahlungspflicht befreien, in Form eines Prozentsatzes der befreiten Beiträge.

Wenn sich die Leistungen während der Vertragsdauer durch die Zahlung von Beiträgen erhöhen, gilt der vorherige Absatz für die Erhöhungsbeiträge sowie die sich daraus ergebenden erhöhten Leistungen entsprechend.

7. Abhängigkeit des Bausteins Pflegevorsorge vom Grundbaustein

Inhalt dieses Abschnitts:
7.1 In welchen Fällen erlischt bei Beendigung des Grundbausteins der Baustein Pflegevorsorge?
7.2 Was gilt, wenn der Baustein Pflegevorsorge endet?
7.3 Wie wirkt sich eine Beitragsfreistellung der Versicherung auf den Baustein Pflegevorsorge aus?
7.4 Wie wirkt sich eine Kündigung der Versicherung auf den Baustein Pflegevorsorge aus?

7.1 In welchen Fällen erlischt bei Beendigung des Grundbausteins der Baustein Pflegevorsorge?

(1) Abhängigkeit vom Grundbaustein
Der Baustein Pflegevorsorge bildet mit dem Grundbaustein eine Einheit; er kann ohne ihn nicht fortgeführt werden. Daher erlischt er spätestens, wenn der Grundbaustein erlischt.

(2) Ansprüche aus dem Baustein Pflegevorsorge bei Erlöschen des Grundbausteins
Ansprüche aus dem Baustein Pflegevorsorge, die auf bereits vor dem Erlöschen des Grundbausteins eingetretener Pflegebedürftigkeit der versicherten Person beruhen, bestehen fort, wenn der Grundbaustein nach Absatz 1 erlischt.

7.2 Was gilt, wenn der Baustein Pflegevorsorge endet?

(1) Gesamtbeitrag der Versicherung bei Erlöschen des Bausteins Pflegevorsorge
Wenn die Versicherungsdauer des Bausteins Pflegevorsorge endet, bleibt der Gesamtbeitrag für die Versicherung unverändert, wenn
- die versicherte Person nicht pflegebedürftig ist und
- die Versicherung nicht beitragsfrei gestellt wurde.

(2) Erhöhung der Altersvorsorge
Die aus dem entfallenden Baustein Pflegevorsorge frei werdenden Beiträge erhöhen die Altersvorsorge nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Für die Berechnung der Erhöhungen der garantierten Mindestrente gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Erhöhungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die Garantieleistungen bei Beitragsfreistellung und der Rückkaufswert bzw. die möglichen Gesamtleistungen bei Kündigung nicht mehr den Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" beigefügten Tabellen entnommen werden.

7.3 Wie wirkt sich eine Beitragsfreistellung der Versicherung auf den Baustein Pflegevorsorge aus?

(1) Herabsetzung der Leistung
Wenn wir Ihre Versicherung beitragsfrei stellen, setzen wir die Kinderpflegerente nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Ende der Versicherungsperiode herab. Dabei legen wir allein den Rückkaufswert des Bausteins Pflegevorsorge zugrunde. Dieser entspricht dem Deckungskapital (§ 169 Versicherungsvertragsgesetz - VVG), das nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet wird.

(2) Erlöschen des Bausteins Pflegevorsorge
Der Baustein Pflegevorsorge erlischt, wenn die jährliche beitragsfreie Kinderpflegerente nicht mindestens 3.000 EUR beträgt. Der Betrag, der für die beitragsfreie Leistung zum Baustein Pflegevorsorge zur Verfügung steht, erhöht die beitragsfreie versicherte Leistung des Grundbausteins.

(3) Fortbestehen von Leistungsansprüchen
Ansprüche aus dem Baustein Pflegevorsorge, die auf bereits vor der Beitragsfreistellung der Versicherung eingetretener Pflegebedürftigkeit der versicherten Person beruhen, bestehen nach der Beitragsfreistellung der Versicherung fort.

7.4 Wie wirkt sich eine Kündigung der Versicherung auf den Baustein Pflegevorsorge aus?

Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, hängt die Wirkung auf den Baustein Pflegevorsorge davon ab, ob die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung pflegebedürftig ist:

(1) Pflegebedürftigkeit der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kündigung
Wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung pflegebedürftig ist, bleiben Ansprüche aus dem Baustein Pflegevorsorge aufgrund einer bereits vor Kündigung eingetretenen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person bestehen. Eine laufende Kinderpflegerente (siehe Ziffer 1.1) wird bei Kündigung weiter gezahlt.

Wenn Sie laufende Beiträge vereinbart haben, zahlen wir aus der Beitragsbefreiung eine Rente - auch für den erhöhten Teil - wenn Sie eine Dynamik vereinbart haben. Die Rente wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen errechnet.

(2) Keine Pflegebedürftigkeit der versicherten Person

a) Zahlung eines Rückkaufswerts für den Grundbaustein
Wenn zum Zeitpunkt der Kündigung keine Leistungen aus dem Baustein Pflegevorsorge erbracht werden und für den Grundbaustein ein Rückkaufswert gezahlt wird, erlischt der Baustein Pflegevorsorge.

aa) Rückkaufswert der Versicherung
Der Rückkaufswert der Versicherung setzt sich aus dem Rückkaufswert des Grundbausteins und den Rückkaufswerten weiterer abgeschlossener Bausteine zusammen. Wenn der Rückkaufswert aus dem Baustein Pflegevorsorge negativ ist, wird dieser nicht mit dem Rückkaufswert des Grundbausteins und eines gegebenenfalls eingeschlossenen Bausteins Hinterbliebenenrente verrechnet.

Der Rückkaufswert des Bausteins Pflegevorsorge ist dessen Deckungskapital (§ 169 Versicherungsvertragsgesetz - VVG), das nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Kündigungstermin berechnet wird. Zusätzlich kann ein Rückkaufswert aus dem Schlussüberschussanteil nach Ziffer 2.1 Absatz 2 hinzukommen.

bb) Abzug
Von dem nach aa) ermittelten Betrag nehmen wir einen Abzug für den Grundbaustein und für weitere abgeschlossene Bausteine vor. Den Abzug für die weiteren abgeschlossenen Bausteine begrenzen wir auf die Höhe der Rückkaufswerte dieser Bausteine. In Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" ist festgelegt, in welcher Höhe wir einen Abzug vornehmen. Dort erläutern wir Ihnen auch die Gründe für diesen Abzug.

Wir sehen den Abzug als angemessen an. Dies müssen wir darlegen und beweisen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe angemessen ist, entfällt der Abzug oder wir setzen ihn - im letzteren Fall - entsprechend herab.

b) Beitragsfreistellung bei fehlender Zahlung eines Rückkaufswerts für den Grundbaustein
Wenn zum Zeitpunkt der Kündigung keine Leistungen aus dem Baustein Pflegevorsorge erbracht werden und bei Kündigung für den Grundbaustein kein Rückkaufswert gezahlt wird, sondern dieser beitragsfrei gestellt wird, wird auch die Kinderpflegerente beitragsfrei gestellt (siehe Ziffer 7.3).

8. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

Hier finden Sie Gestaltungsmöglichkeiten Ihrer Versicherung. Sie sind an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Wenn Sie eine Gestaltungsmöglichkeit ausüben, kann sich dies auf die Höhe der Versicherungsleistungen auswirken.

Inhalt dieses Abschnitts:
8.1 Wie können Sie den Baustein Pflegevorsorge ausschließen?
8.2 Wie können Sie den Baustein Pflegevorsorge in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung oder in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice oder in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice oder in eine KörperSchutzPolice umwandeln?

8.1 Wie können Sie den Baustein Pflegevorsorge ausschließen?

Wenn Sie für Ihre Versicherung laufende Beiträge zahlen, können Sie den Baustein Pflegevorsorge ausschließen. Die übrigen Bausteine bleiben bestehen.

Ein Ausschluss ist nur vor dem Ende des sechstletzten Jahres der Versicherungsdauer des Bausteins Pflegevorsorge möglich. Bei einem Ausschluss besteht kein Anspruch auf einen Rückkaufswert.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Voraussetzungen und Auswirkungen.

8.2 Wie können Sie den Baustein Pflegevorsorge in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung oder in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice oder in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice oder in eine KörperSchutzPolice umwandeln?

Sie können den Baustein Pflegevorsorge in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge zu Ihrer KinderPolice oder in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung zu Ihrer KinderPolice oder in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice oder in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice oder in eine KörperSchutzPolice umwandeln. Sie können bei Umwandlung ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichern. Bei einer Umwandlung in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice ist ein ergänzender Baustein Pflegezusatzrente nicht versicherbar. Eine Risikoprüfung nehmen wir nicht vor. Sie müssen uns jedoch Angaben zur angestrebten bzw. ausgeübten beruflichen Tätigkeit der versicherten Person machen. Wenn Sie bei einer Umwandlung in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung oder in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice oder in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice in einen Nichtrauchertarif wechseln möchten, müssen Sie uns Angaben zum Rauchverhalten der versicherten Person machen, sofern diese rechnungsmäßig mindestens 15 Jahre alt ist.

(1) Voraussetzungen

Eine Umwandlung in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice ist möglich nach dem Eintreten eines der folgenden Ereignisse:
- Eintritt in die weiterführende Schule (Sekundarstufe),
- Vollendung des 14. Lebensjahres,
- Eintritt in die Klassenstufe 11,
- Aufnahme einer Berufsausbildung,
- Start eines Studiums oder
- Aufnahme einer auf Dauer gerichteten Berufstätigkeit.

Eine Umwandlung in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung oder eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice oder eine KörperSchutzPolice ist möglich nach dem Eintreten eines der folgenden Ereignisse:
- Aufnahme einer Berufsausbildung,
- Start eines Studiums oder
- Aufnahme einer auf Dauer gerichteten Berufstätigkeit.

Sie können die Umwandlung innerhalb von 12 Monaten nach dem Eintreten des Ereignisses verlangen. Zwischen Ihrem Umwandlungsverlangen und dem Umwandlungstermin dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen.

Voraussetzungen für die Umwandlung in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge, in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung, in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice, in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice oder in eine KörperSchutzPolice sind, dass zum Umwandlungszeitpunkt
- bei der versicherten Person kein bereits festgestellter Grad der Behinderung vorliegt,
- keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person erbracht werden oder worden sind und
- die versicherte Person keine Ansprüche auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder aus einer anderen privaten Pflegeversicherung hat und auch keinen Antrag auf Leistungen gestellt hat.

(2) Weitere Voraussetzungen

Weitere Voraussetzungen für die Umwandlung in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge sind, dass zum Umwandlungszeitpunkt
- die versicherte Person nicht nach den dann gültigen Bausteinen Berufsunfähigkeitsvorsorge bzw. dem dann gültigen Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichern wollen, berufsunfähig bzw. pflegebedürftig ist oder war und auch keine Leistungen wegen Krankschreibung oder Leistungen wegen Krebs zu erbringen sind und
- die versicherte Person einen Beruf ausübt bzw. anstrebt, der nach unseren Grundsätzen gegen Berufsunfähigkeit versicherbar ist.
- Wenn Sie für den bestehenden Baustein Pflegevorsorge eine Beitragsbefreiung mit Dynamik vereinbart haben, kann für die neuen Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge ebenfalls eine Beitragsbefreiung mit Dynamik in maximal gleicher Höhe vereinbart werden.

Weitere Voraussetzungen für die Umwandlung in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung sind, dass zum Umwandlungszeitpunkt
- die versicherte Person nicht nach den dann gültigen Bausteinen Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung bzw. dem dann gültigen Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichern wollen, berufs- oder dienstunfähig bzw. pflegebedürftig ist oder war und auch keine Leistungen wegen Krankschreibung oder Leistungen wegen Krebs zu erbringen sind und
- die versicherte Person einen Beruf ausübt bzw. anstrebt, der nach unseren Grundsätzen gegen Berufs- oder Dienstunfähigkeit versicherbar ist.
- Wenn Sie für den bestehenden Baustein Pflegevorsorge eine Beitragsbefreiung mit Dynamik vereinbart haben, kann für die neuen Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung ebenfalls eine Beitragsbefreiung mit Dynamik in maximal gleicher Höhe vereinbart werden.

Weitere Voraussetzungen für die Umwandlung in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice sind, dass zum Umwandlungszeitpunkt
- die versicherte Person nicht nach der dann gültigen Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice bzw. dem dann gültigen Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichern wollen, berufsunfähig bzw. pflegebedürftig ist oder war und auch keine Leistungen wegen Krankschreibung oder Leistungen wegen Krebs zu erbringen sind und
- die versicherte Person einen Beruf ausübt bzw. anstrebt, der nach unseren Grundsätzen gegen Berufsunfähigkeit versicherbar ist.

Weitere Voraussetzungen für die Umwandlung in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice sind, dass zum Umwandlungszeitpunkt
- die versicherte Person nicht nach der dann gültigen Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice berufs- oder dienstunfähig ist oder war und auch keine Leistungen wegen Krankschreibung oder Leistungen wegen Krebs zu erbringen sind und
- die versicherte Person einen Beruf ausübt bzw. anstrebt, der nach unseren Grundsätzen gegen Berufs- oder Dienstunfähigkeit versicherbar ist.

Weitere Voraussetzungen für die Umwandlung in eine KörperSchutzPolice sind, dass zum Umwandlungszeitpunkt
- bei der versicherten Person keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, keine schwere Krankheit und keine Pflegebedürftigkeit nach der dann gültigen KörperSchutzPolice bzw. dem dann gültigen Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichern wollen, vorliegt oder vorlag und
- auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach der dann gültigen KörperSchutzPolice zu erbringen sind und
- die versicherte Person einen Beruf ausübt bzw. anstrebt, der nach unseren Grundsätzen der KörperSchutzPolice versicherbar ist.

Wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, gibt es keine wirksame Umwandlung.

(3) Grenzen

Für die Umwandlung gelten folgende Grenzen:
- Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person muss bei Umwandlung in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice mindestens 10

Jahre; bei Umwandlung in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung oder in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice oder in eine KörperSchutzPolice mindestens 15 Jahre betragen,
- die Berufsunfähigkeitsrente, die Dienstunfähigkeitsrente, die Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und die Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichern wollen, können maximal in Höhe der bisher vereinbarten Kinderpflegerente eingeschlossen werden und
- alle für die versicherte Person bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten, Dienstunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten dürfen insgesamt 18.000 EUR jährliche Rente nicht überschreiten und
- alle für die versicherte Person bestehenden Pflegezusatzrenten dürfen insgesamt 18.000 EUR jährliche Rente nicht überschreiten.

Weitere Grenzen bei Umwandlung in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge:
- Die Beitragszahlungs-, Versicherungs-, und Leistungsdauer der Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge bzw. des Bausteins Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichern wollen, können Sie bestimmen. Dabei sind die zum Umwandlungszeitpunkt gültigen zeitlichen Mindest- und Höchstgrenzen zu beachten, die wir bei neu abzuschließenden vergleichbaren Bausteinen Berufsunfähigkeitsvorsorge bzw. neu abzuschließendem Baustein Pflegezusatzrente verwenden.

Weitere Grenzen bei Umwandlung in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung:
- Die Beitragszahlungs-, Versicherungs-, und Leistungsdauer der Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung bzw. des Bausteins Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichern wollen, können Sie bestimmen. Dabei sind die zum Umwandlungszeitpunkt gültigen zeitlichen Mindest- und Höchstgrenzen zu beachten, die wir bei neu abzuschließenden vergleichbaren Bausteinen Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung bzw. neu abzuschließendem Baustein Pflegezusatzrente verwenden.

Weitere Grenzen bei Umwandlung in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice:
- Die Beitragszahlungs-, Versicherungs-, und Leistungsdauer der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice bzw. des Bausteins Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichern wollen, können Sie bestimmen. Dabei sind die zum Umwandlungszeitpunkt gültigen zeitlichen Mindest- und Höchstgrenzen zu beachten, die wir bei einer neu abzuschließenden Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice bzw. neu abzuschließendem Baustein Pflegezusatzrente verwenden.
- Die Versicherungsdauer der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice darf jedoch die Aufschubdauer der KinderPolice nicht überschreiten.

Weitere Grenzen bei Umwandlung in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice:
- Die Beitragszahlungs-, Versicherungs-, und Leistungsdauer der Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice können Sie bestimmen. Dabei sind die zum Umwandlungszeitpunkt gültigen zeitlichen Mindest- und Höchstgrenzen zu beachten, die wir bei einer neu abzuschließenden Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice verwenden.
- Die Versicherungsdauer der Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice darf jedoch die Aufschubdauer der KinderPolice nicht überschreiten.

Weitere Grenzen bei Umwandlung in eine KörperSchutzPolice:
- Die Beitragszahlungs-, Versicherungs-, und Leistungsdauer der KörperSchutzPolice bzw. des Bausteins Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichern wollen, können Sie bestimmen. Dabei sind die zum Umwandlungszeitpunkt gültigen zeitlichen Mindest- und Höchstgrenzen zu beachten, die wir bei einer neu abzuschließenden KörperSchutzPolice bzw. neu abzuschließendem Baustein Pflegezusatzrente verwenden.
- Die Versicherungsdauer der KörperSchutzPolice darf jedoch die Aufschubdauer der KinderPolice nicht überschreiten.
- Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit vereinbaren wollen, gilt dafür die Grenze, die wir für eine neu abzuschließende vergleichbare KörperSchutzPolice verwenden.

(4) Auswirkungen
- Mit der Umwandlung erlischt der bisher abgeschlossene Baustein Pflegevorsorge.
- Ihre Beiträge der Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge, der Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung, der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice, der Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice oder der KörperSchutzPolice und des Bausteins Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichern wollen, können sich gegenüber den Beiträgen Ihres Bausteins Pflegevorsorge erhöhen.
- Wir berechnen die Beiträge bzw. die Leistungen der Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge, der Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung, der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice, der Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice oder der KörperSchutzPolice und des Bausteins Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichern wollen, nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Es gelten die Regelungen der Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge, der Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung, der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice, der Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice oder KörperSchutzPolice im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen".
- Wenn Sie oder der versicherter Versorger uns bei Antragstellung zu Ihrem abgeschlossenen Baustein Pflegevorsorge unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der versicherten Person gemacht haben (Anzeigepflichtverletzung), gelten die Regelungen nach Teil B Ziffer 1 auch für die neuen Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge, Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung, die neue Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice, Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice oder KörperSchutzPolice und den neuen Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichern wollen.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

9. Abänderungen zum Baustein Pflegevorsorge - Kinderpflegerente E157

Zu Ihrem Vertrag sind eine oder mehrere der nachfolgenden Abänderungen vereinbart.

Welche Abänderungen für Ihren Vertrag vereinbart sind, können Sie Ihrem Versicherungsschein oder Ihrer Versicherungsbescheinigung entnehmen.

Für die einzelnen Abänderungen gilt Folgendes:

Abänderung KPR1: Der Grundbaustein ist eine Zukunftsrente InvestFlex mit Garantie oder Zukunftsrente InvestFlex.

Ziffer 1.1 Absatz 2 a) 2. Textabschnitt wird ersetzt durch:

"Die Beitragssteigerungen erhöhen den Betrag, mit dem wir Anteileinheiten entsprechend der von Ihnen gewählten Aufteilung der Fonds bzw. nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen jeweiligen Struktur der von Ihnen gewählten Anlagestrategien erwerben und die wir in unseren Anlagestock überführen, soweit der Beitrag nicht für die Finanzierung der vertraglichen Garantien oder zur Deckung der Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten vorgesehen ist. Dies wirkt sich auf den Policenwert und damit auf die Höhe der Rente sowie der Todesfallleistung aus."

Ziffer 1.1 Absätze 2 b) und c) werden ersetzt durch:

"b) Auswirkungen auf ein vereinbartes Garantiekapital bei Erleben
Wenn Sie ein Garantiekapital bei Erleben vereinbart haben, führt die Beitragserhöhung zu einer Erhöhung des Garantiekapitals bei Erleben um den aktuell vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der vereinbarten Erhöhungsbeiträge für die Altersvorsorge. Auch die garantierte Mindestrente erhöht sich. Wir berechnen die Erhöhungen der garantierten Mindestrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Änderungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

c) Auswirkungen auf ein vereinbartes Garantiekapital bei Tod
Wenn Sie ein Garantiekapital bei Tod vereinbart haben, ist für die Erhöhung des Garantiekapitals bei Tod aufgrund der Beitragserhöhung das Verhältnis von vereinbartem Garantiekapital bei Tod zur Summe der für die Vertragslaufzeit vereinbarten Beiträge zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses maßgebend. Wenn dieses Verhältnis
- nicht mehr als 100 Prozent beträgt, dann gilt der ermittelte Verhältniswert auch für das Verhältnis zwischen der Erhöhung des Garantiekapitals bei Tod und der Summe der Erhöhungsbeiträge.
- mehr als 100 Prozent beträgt, wird die Erhöhung des Garantiekapitals bei Tod auf den bei Vertragsschluss vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der Erhöhungsbeiträge begrenzt.

d) Auswirkungen auf den Baustein Pflegevorsorge
Die Beiträge für den Baustein Pflegevorsorge, von denen wir Sie befreien, erhöhen sich nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht."

Ziffer 1.1 Absatz 3 b) wird ersetzt durch:

"b) Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht
Bis zur Entscheidung, ob ein Anspruch vorliegt,
- müssen die Beiträge in voller Höhe weiter gezahlt werden. Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkennen, werden wir zu viel gezahlte Beiträge zurückzahlen.
- können Sie verlangen, dass die bis zur endgültigen Entscheidung noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Eine Zuführung von Beitragsanteilen in Fonds oder von Ihnen gewählte Anlagestrategien erfolgt jedoch nicht. Falls wir unsere Leistungspflicht nicht anerkennen, müssen gestundete Beiträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf maximal 48 Monate verteilt werden, wenn die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 48 Monate beträgt. Beträgt die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 48 Monate, kann die Nachzahlung der gestundeten Beiträge maximal auf die verbleibende Versicherungsdauer verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Lassen Sie unsere Entscheidung über die Leistungspflicht gerichtlich prüfen, können Sie verlangen, dass die bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Gerichts noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Es gelten die Regelungen von Satz 4 dieses Absatzes. Wenn dann das Gericht unsere Entscheidung rechtskräftig bestätigt hat, müssen gestundete Beträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf maximal 48 Monate verteilt werden, wenn die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 48 Monate beträgt. Beträgt die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 48 Monate, kann die Nachzahlung der gestundeten Beiträge maximal auf die verbleibende Versicherungsdauer verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Möglichkeiten des Beitragsausgleichs."

Ziffer 2.1 Absatz 2 b) wird ersetzt durch:

"b) Verwendung des Schlussüberschussanteils
Mit dem Schlussüberschussanteil erwerben wir Anteileinheiten entsprechend der von Ihnen gewählten Aufteilung der Fonds bzw. nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen jeweiligen Struktur der von Ihnen gewählten Anlagestrategien und überführen sie in unseren Anlagestock."

Ziffer 6 Absatz 1 wird ersetzt durch:

"(1) Abschluss- und Vertriebskosten
Auch mit Ihrem Baustein Pflegevorsorge sind Abschluss- und Vertriebskosten verbunden.

Solange Sie Beiträge zahlen, belasten wir Ihren Baustein Pflegevorsorge mit Abschluss- und Vertriebskosten
- in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträge und
- in Höhe eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge.

Wenn sich Leistungen während der Vertragsdauer durch Zahlung von Beiträgen erhöhen, erheben wir ebenfalls Abschluss- und Vertriebskosten auf die Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge sowie auf die einzelnen vereinbarten Erhöhungsbeiträge.

Die Abschluss- und Vertriebskosten für den Baustein Pflegevorsorge entnehmen wir den eingezahlten Beiträgen nach der von Ihnen gewählten Zahlungsweise.

Wenn Sie einen einmaligen Beitrag zahlen, entnehmen wir diesem die Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe eines Prozentsatzes des bei Vertragsschluss vereinbarten einmaligen Beitrags für den Baustein Pflegevorsorge sofort.

Es gelten darüber hinaus die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Kosten Ihres Vertrags", Unterabschnitt "Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?", Absatz "Abschluss- und Vertriebskosten"."

Ziffer 7.2 wird ersetzt durch:

"7.2 Was gilt, wenn der Baustein Pflegevorsorge endet?

(1) Gesamtbeitrag der Versicherung bei Erlöschen des Bausteins Pflegevorsorge
Wenn die Versicherungsdauer des Bausteins Pflegevorsorge endet, bleibt der Gesamtbeitrag für die Versicherung unverändert, wenn
- die versicherte Person nicht pflegebedürftig ist und
- die Versicherung nicht beitragsfrei gestellt wurde.

(2) Erhöhung der Altersvorsorge
Durch die frei werdenden Beiträge erhöhen sich
- der Betrag, mit dem wir Anteileinheiten entsprechend der von Ihnen gewählten Aufteilung der Fonds bzw. nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen jeweiligen Struktur der von Ihnen gewählten Anlagestrategien erwerben und die wir in unseren Anlagestock überführen, soweit er nicht zur Finanzierung der vertraglichen Garantien oder zur Deckung der Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten vorgesehen ist. Dies wirkt sich auf den Policenwert und damit auf die Höhe der Rente und der Todesfallleistung aus.
- bei einem vereinbarten Garantiekapital bei Erleben das Garantiekapital bei Erleben um den aktuell vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der frei werdenden Beiträge. Auch die garantierte Mindestrente erhöht sich. Wir berechnen die Erhöhungen der garantierten Mindestrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Änderungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die beitragsfreien Leistungen und der Rückkaufswert bzw. die möglichen Gesamtleistungen bei Kündigung nicht mehr den Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" beigefügten Tabellen entnommen werden."

Ziffer 7.3 Absatz 2 wird ersetzt durch:

"(2) Erlöschen des Bausteins Pflegevorsorge
Der Baustein Pflegevorsorge erlischt, wenn die jährliche beitragsfreie Kinderpflegerente nicht mindestens 3.000 EUR beträgt. Mit dem Betrag, der für die beitragsfreie Leistung zur Pflegevorsorge zur Verfügung steht, erwerben wir Anteileinheiten entsprechend der von Ihnen gewählten Aufteilung der Fonds bzw. nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen jeweiligen Struktur der von Ihnen gewählten Anlagestrategien und überführen sie in unseren Anlagestock."

Abänderung KPR2: Der Grundbaustein ist eine Zukunftsrente IndexSelect (Plus).

Ziffer 1.1 Absatz 2 a) 2. Textabschnitt wird ersetzt durch:

"Die Beitragssteigerungen erhöhen
- die Mindestleistung um den bei Vertragsschluss vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der vereinbarten Erhöhungsbeiträge für die Altersvorsorge,
- die garantierte Mindestrente und
- den Policenwert.

Die garantierte Mindestrente erhöht sich nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Für die Berechnung der Erhöhungen der garantierten Mindestrente gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Erhöhungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen"."

Ziffer 2.1 Absatz 2 b) wird ersetzt durch:

"b) Verwendung des Schlussüberschussanteils
Der Schlussüberschussanteil erhöht den Policenwert des Grundbausteins."

Ziffer 7.2 wird ersetzt durch:

"7.2 Was gilt, wenn der Baustein Pflegevorsorge endet?

(1) Gesamtbeitrag der Versicherung bei Erlöschen des Bausteins Pflegevorsorge
Wenn die Versicherungsdauer des Bausteins Pflegevorsorge endet, bleibt der Gesamtbeitrag für die Versicherung unverändert, wenn
- die versicherte Person nicht pflegebedürftig ist und
- die Versicherung nicht beitragsfrei gestellt wurde.

(2) Erhöhung der Altersvorsorge
Durch das Entfallen des Bausteins Pflegevorsorge erhöhen sich
- die Mindestleistung um den bei Vertragsschluss vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der frei werdenden Beiträge für die Altersvorsorge,
- die garantierte Mindestrente und
- der Policenwert.

Die garantierte Mindestrente erhöht sich nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Für die Berechnung der Erhöhungen der garantierten Mindestrente gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Erhöhungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die Garantieleistungen bei Beitragsfreistellung und der Rückkaufswert bzw. die möglichen Gesamtleistungen bei Kündigung nicht mehr den Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" beigefügten Tabellen entnommen werden."

Ziffer 7.3 Absatz 2 wird ersetzt durch:

"(2) Erlöschen des Bausteins Pflegevorsorge
Der Baustein Pflegevorsorge erlischt, wenn die jährliche beitragsfreie Kinderpflegerente nicht mindestens 3.000 EUR beträgt. Der Betrag, der für die beitragsfreie Leistung zur Pflegevorsorge zur Verfügung steht, erhöht den Policenwert des Grundbausteins."

Abänderung KPR3: Der Grundbaustein ist eine Zukunftsrente KomfortDynamik.

Ziffer 1.1 Absatz 2 a) 2. Textabschnitt wird ersetzt durch:

"Die Beitragssteigerungen erhöhen den Betrag, mit dem wir die Anzahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten am KomfortDynamik Sondervermögen erhöhen, soweit der Beitrag nicht für die Finanzierung der vertraglichen Garantien oder zur Deckung der Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten vorgesehen ist. Damit erhöht sich Ihre Beteiligung am KomfortDynamik Sondervermögen. Dies wirkt sich auf den Policenwert und damit auf die Höhe der Rente sowie der Todesfallleistung aus."

Ziffer 1.1 Absätze 2 b) und c) werden ersetzt durch:

"b) Auswirkungen auf ein vereinbartes Garantiekapital bei Erleben
Wenn Sie ein Garantiekapital bei Erleben vereinbart haben, führt die Beitragserhöhung zu einer Erhöhung des Garantiekapitals bei Erleben um den bei Vertragsschluss vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der vereinbarten Erhöhungsbeiträge für die Altersvorsorge. Auch die garantierte Mindestrente erhöht sich. Wir berechnen die Erhöhungen der garantierten Mindestrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Erhöhungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

c) Auswirkungen auf ein vereinbartes Garantiekapital bei Tod
Wenn Sie ein Garantiekapital bei Tod vereinbart haben, ist für die Erhöhung des Garantiekapitals bei Tod aufgrund der Beitragserhöhung das Verhältnis von vereinbartem Garantiekapital bei Tod zur Summe der für die Vertragslaufzeit vereinbarten Beiträge zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses maßgebend. Wenn dieses Verhältnis
- nicht mehr als 100 Prozent beträgt, dann gilt der ermittelte Verhältniswert auch für das Verhältnis zwischen der Erhöhung des Garantiekapitals bei Tod und der Summe der Erhöhungsbeiträge.
- mehr als 100 Prozent beträgt, wird die Erhöhung des Garantiekapitals bei Tod auf den bei Vertragsschluss vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der Erhöhungsbeiträge begrenzt.

d) Auswirkungen auf den Baustein Pflegevorsorge
Die Beiträge für den Baustein Pflegevorsorge, von denen wir Sie befreien, erhöhen sich nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht."

Ziffer 1.1 Absatz 3 b) wird ersetzt durch:

"b) Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht
Bis zur Entscheidung, ob ein Anspruch vorliegt,
- müssen die Beiträge in voller Höhe weiter gezahlt werden. Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkennen, werden wir zu viel gezahlte Beiträge zurückzahlen.
- können Sie verlangen, dass die bis zur endgültigen Entscheidung noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Es erfolgt keine Erhöhung der Anzahl der auf Ihre Versicherung

entfallenden Anteileinheiten am KomfortDynamik Sondervermögen; damit erhöht sich Ihre Beteiligung am KomfortDynamik Sondervermögen nicht. Falls wir unsere Leistungspflicht nicht anerkennen, müssen gestundete Beiträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf maximal 48 Monate verteilt werden, wenn die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 48 Monate beträgt. Beträgt die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 48 Monate, kann die Nachzahlung der gestundeten Beiträge maximal auf die verbleibende Versicherungsdauer verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Lassen Sie unsere Entscheidung über die Leistungspflicht gerichtlich prüfen, können Sie verlangen, dass die bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Gerichts noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Es gelten die Regelungen von Satz 4 dieses Absatzes. Wenn dann das Gericht unsere Entscheidung rechtskräftig bestätigt hat, müssen gestundete Beträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf maximal 48 Monate verteilt werden, wenn die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 48 Monate beträgt. Beträgt die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 48 Monate, kann die Nachzahlung der gestundeten Beiträge maximal auf die verbleibende Versicherungsdauer verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Möglichkeiten des Beitragsausgleichs."

Ziffer 2.1 Absatz 2 b) wird ersetzt durch:

"b) Verwendung des Schlussüberschussanteils
Mit dem Schlussüberschussanteil erhöhen wir die Anzahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten am KomfortDynamik Sondervermögen. Damit erhöht sich Ihre Beteiligung am KomfortDynamik Sondervermögen."

Ziffer 6 Absatz 1 wird ersetzt durch:

"(1) Abschluss- und Vertriebskosten
Auch mit Ihrem Baustein Pflegevorsorge sind Abschluss- und Vertriebskosten verbunden.

Solange Sie Beiträge zahlen, belasten wir Ihren Baustein Pflegevorsorge mit Abschluss- und Vertriebskosten
- in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträge und
- in Höhe eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge.

Wenn sich Leistungen während der Vertragsdauer durch Zahlung von Beiträgen erhöhen, erheben wir ebenfalls Abschluss- und Vertriebskosten auf die Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge sowie auf die einzelnen vereinbarten Erhöhungsbeiträge.

Die Abschluss- und Vertriebskosten für den Baustein Pflegevorsorge entnehmen wir den eingezahlten Beiträgen nach der von Ihnen gewählten Zahlungsweise.

Wenn Sie einen einmaligen Beitrag zahlen, entnehmen wir diesem die Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe eines Prozentsatzes des bei Vertragsschluss vereinbarten einmaligen Beitrags für den Baustein Pflegevorsorge sofort.

Es gelten darüber hinaus die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Kosten Ihres Vertrags", Unterabschnitt "Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?", Absatz "Abschluss- und Vertriebskosten"."

Ziffer 7.2 wird ersetzt durch:

"7.2 Was gilt, wenn der Baustein Pflegevorsorge endet?

(1) Gesamtbeitrag der Versicherung bei Erlöschen des Bausteins Pflegevorsorge
Wenn die Versicherungsdauer des Bausteins Pflegevorsorge endet, bleibt der Gesamtbeitrag für die Versicherung unverändert, wenn
- die versicherte Person nicht pflegebedürftig ist und
- die Versicherung nicht beitragsfrei gestellt wurde.

(2) Erhöhung der Altersvorsorge
Durch die frei werdenden Beiträge erhöhen sich
- der Betrag, mit dem wir die Anzahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten am KomfortDynamik Sondervermögen erhöhen, soweit er nicht zur Finanzierung der vertraglichen Garantien oder zur Deckung der Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten vorgesehen ist. Damit erhöht sich Ihre Beteiligung am KomfortDynamik Sondervermögen. Dies wirkt sich auf den Policenwert und damit auf die Höhe der Rente und der Todesfallleistung aus.
- bei einem vereinbarten Garantiekapital bei Erleben das Garantiekapital bei Erleben um den bei Vertragsschluss vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der frei werdenden Beiträge. Auch die garantierte Mindestrente erhöht sich. Wir berechnen die Erhöhungen der garantierten Mindestrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Erhöhungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die Garantieleistungen bei Beitragsfreistellung und der Rückkaufswert bzw. die möglichen Gesamtleistungen bei Kündigung nicht mehr den Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" beigefügten Tabellen entnommen werden."

Ziffer 7.3 Absatz 2 wird ersetzt durch:

"(2) Erlöschen des Bausteins Pflegevorsorge
Der Baustein Pflegevorsorge erlischt, wenn die jährliche beitragsfreie Kinderpflegerente nicht mindestens 3.000 EUR beträgt. Mit dem Betrag, der für die beitragsfreie Leistung zur Pflegevorsorge zur Verfügung steht, erhöhen wir die Anzahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten am KomfortDynamik Sondervermögen. Damit erhöht sich Ihre Beteiligung am KomfortDynamik Sondervermögen."

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

Hier finden Sie einen Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017.

§ 14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, "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 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 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 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 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 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, "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 Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit 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 selbständiger 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 Punktbereich 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 die 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 Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit 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 pflegefachlichen 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 pflegefachlich 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 Fünften 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 Selbständigkeit 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.

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;

Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von 2 Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung "überwiegend inkontinent" oder "vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit "entfällt" (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit "teilweise" (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit "vollständig" (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
	Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7	0			
	Umrechnung in Maßnahmen pro Tag	0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies 4 Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
	Summer der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11	0			
	Umrechnung in Maßnahmen pro Tag	0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipilziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punke vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhalten einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1. Mobilität	10 %	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4. Selbstversorgung	40 %	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6

7. Außerhäusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägung bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.
8. Haushaltsführung	