

## Wesentliche Merkmale des Tarifs OLGA

### Pflegegeld

in Abhängigkeit der Pflege- und Tarifstufe

- für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit bzw.
- bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen)

### Assistanceleistungen

- Benennung und Vermittlung von Dienstleistern

### Mehrfachleistung

- 3-fache tarifliche Leistung bei erstmaligem Eintritt in die Pflegestufe III

### Beitragszuschritt

- bei Pflegestufe III wird die tarifliche Leistung um den zu zahlenden Beitrag aufgestockt

### Optionsrecht

- auf Wechsel in eine höhere Tarifstufe ohne Gesundheitsprüfung auch bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit (Voraussetzungen siehe Tarif)

## Tarif OLGA

### Pflegegeldversicherung Fassung Februar 2015

### Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die ergänzende Pflege-Krankenversicherung [MB/EPV 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/EPV 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

#### I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen und zu diesem Zeitpunkt in der deutschen sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind.

#### II. Versicherungsleistungen

##### 1. Pflegegeld

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

Das Pflegegeld beträgt in Abhängigkeit der Pflegestufe und gewählter Tarifstufe

|            | Pflegestufe<br>0 | Pflegestufe<br>I | Pflegestufe<br>II | Pflegestufe<br>III |
|------------|------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| OLGA.      | -                | -                | -                 | 100%               |
| OLGA.aktiv | -                | -                | 70%               | 100%               |
| OLGA.plus  | -                | 30%              | 70%               | 100%               |
| OLGA.extra | 20%              | 30%              | 70%               | 100%               |

des versicherten Tagessatzes.

Maßgeblich für die Einordnung in eine der oben genannten Pflegestufen ist die vorgenommene Einstufung durch die SPV oder PPV bzw. durch einen gemäß § 6 der MB/EPV 2009 (Teil II) beauftragten Gutachter.

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

Ändert sich die gesetzliche Grundlage des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Fassung vom 05.12.2006) für die Einstufung in die Pflegestufen der SPV/PPV, hat die versicherte Person Anspruch auf Einstufung in die Pflegestufe, die sich aus § 1 Abs. 6 MB/EPV 2009 ergibt.

##### 2. Assistanceleistungen

2.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalls hat die versicherte Person Anspruch auf die Benennung und Vermittlung von Dienstleistern für:

- ambulante häusliche Pflegedienste,
- Pflegeheimplätze,
- Fahrdienste zu Ärzten und Behörden,
- die Anlieferung von Mahlzeiten (sog. „Essen auf Rädern“),
- die Besorgung der Einkäufe (Gegenstände des täglichen Bedarfs),
- das Bringen und Abholen von Reinigungswäsche,
- eine Haushaltshilfe,
- einen Haus-Notrufdienst,
- die Beratung rund um das Thema Pflege,
- die Unterstützung für das Ausfüllen von Anträgen,
- Pflegeschulungen für Angehörige,
- die Haustierbetreuung,
- die Garten- und Grundstückspflege.

2.2 Die unter 2.1 genannten Dienstleistungen werden innerhalb von 24 Stunden nach der Auftragserteilung benannt oder vermittelt (mit Ausnahme der Pflegeheimplätze).

2.3 Ein Anspruch auf die Assistenzleistungen besteht, sofern die benannte oder vermittelte Dienstleistung in Deutschland durchgeführt wird.

2.4 Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte sind nicht Gegenstand der tariflichen Leistung.

2.5 Werden Dienstleistungen gemäß II.2.1 nicht mehr angeboten oder sind neue Dienstleistungen auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen verfügbar, gilt dies als Änderung im Sinne von § 18 MB/EPV 2009 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüft und jeweils mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können.

### **3. Mehrfachleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit**

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

3.2 Die Erhöhung der tariflichen Leistung auf das 3-fache wird während der gesamten Vertragslaufzeit nur einmal gewährt.

### **4. Beitragsgutschrift**

4.1 Besteht Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III für eine versicherte Person, wird die tarifliche Leistung um den für diese Person zu zahlenden Beitrag aufgestockt.

4.2 Diese tarifliche Leistung beginnt am Monatsersten nach der Einordnung in die Pflegestufe III. Sie erlischt mit Ende des Monats, in dem die Leistung für die Pflegestufe III wegfällt.

## **III. Optionsrecht**

1. Bis zu einem Eintrittsalter von 50 Jahren besitzt jede versicherte Person die Optionsrechte:

- zum 1. Juli des Jahres, in dem das 10. Versicherungsjahr vollendet wird (Umstellungszeitpunkt), in eine höhere Tarifstufe zu wechseln,
- zum 1. Juli des Jahres, in dem das 15. Versicherungsjahr vollendet wird (Umstellungszeitpunkt), in die nächst höhere Tarifstufe zu wechseln.

2. Ab einem Eintrittsalter von 51 Jahren besitzt jede versicherte Person die Optionsrechte\*:

- zum 1. Juli des Jahres, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird, in eine höhere Tarifstufe zu wechseln,
- zum 1. Juli des Jahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird, in die nächst höhere Tarifstufe zu wechseln.

\* Voraussetzung für diese Optionsrechte ist eine Versicherungsdauer in diesem Tarif von mindestens 5 Jahren.

3. Der Versicherer wird einen solchen Antrag des Versicherungsnehmers ohne Gesundheitsprüfung annehmen, auch wenn bereits Pflegebedürftigkeit und ein Leistungsanspruch aus diesem Tarif bestehen. Das jeweilige Optionsrecht entfällt, sofern der Tarifstufenwechsel nicht spätestens 2 Monate vor dem Umstellungszeitpunkt beantragt wird.

4. Für die Beitragseinstufung in die höhere Tarifstufe gilt das erreichte tarifliche Eintrittsalter unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Alterungsrückstellungen.

5. Vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge angepasst.

## **IV. Erhöhung des Pflegegeldes**

1.1 Das vereinbarte Pflegegeld erhöht sich ohne erneute Gesundheitsprüfung – auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit – alle 3 Jahre jeweils zum 1. Juli des Jahres um 10% des zuletzt vereinbarten Tagesgeldsatzes. Die Erhöhung des Pflegegeldes wird auf volle 1 € aufgerundet.

1.2 Der Beitrag für das hinzukommende Pflegegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

1.3 Ein erstmaliger Anspruch auf Erhöhung des Pflegegeldes besteht für die versicherte Person, sofern für diese mindestens 36 Monate Versicherungsschutz in diesem Tarif besteht.

1.4 Die Erhöhung wird dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor Wirksamwerden mitgeteilt. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er ihr nicht innerhalb von 2 Monaten nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht.

1.5 Das Recht auf weitere Erhöhungen des Pflegegeldes nach IV.1.1 für eine versicherte Person erlischt, wenn der Versicherungsnehmer für diese versicherte Person mehr als zweimal unmittelbar hintereinander widersprochen hat. Das Recht kann über eine Gesundheitsprüfung mit der Zustimmung des Versicherers neu erworben werden.

Hat der Versicherungsnehmer bereits zweimal unmittelbar hintereinander widersprochen, weist der Versicherer ihn im Rahmen der folgenden Dynamisierung auf die Konsequenzen eines dritten Widerspruches hin.

## **V. Anpassung des Versicherungsschutzes**

Eine Änderung der gesetzlichen Bestimmungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) gilt, sofern sie den Gegenstand des Versicherungsschutzes betreffen, ebenfalls als Änderung im Sinne von § 18 MB/EPV 2009 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistung und Beiträge dieses Tarifs überprüft und die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können.

## Anhang

### Tarif PV

#### 11. Zusätzliche Betreuungsleistungen

11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen der Betreuung und Entlastung im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege,
- c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung und nicht um Leistungen der Grundpflege handelt, oder
- d) der nach Landesrecht anerkannten niedrighwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote, die nach § 45c SGB XI gefördert oder förderungsfähig sind,

werden bis zu 104 € (Grundbetrag) oder 208 € (erhöhter Betrag) monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des vom Versicherer beauftragten Arztes oder des medizinischen Dienstes der privaten Pflege-Pflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 4) festgelegt. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

In Tarifstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge nach § 4 Abs. 16c richten sich nach § 87b SGB XI.

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

## Sozialgesetzbuch (SGB) XI

### § 45a Berechtigter Personenkreis

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.