

Bedingungen

für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Swiss Life BUZ

Stand: 07.2016 (AVB_EV_BUP_2016_07)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung entschieden haben. Diese Bedingungen stellen die rechtliche Grundlage für unseren Vertrag dar.

Wenn wir in den folgenden Kapiteln die persönliche Anrede „Sie“ nutzen, sprechen wir damit unseren Vertragspartner an. Wir nennen ihn auch Versicherungsnehmer. Sie tragen alle Rechte und Pflichten aus dem Vertrag und können Vertragsänderungen beantragen. Die Versicherte Person ist die Grundlage für die Berechnung Ihrer vertraglichen Leistungen und stellt gleichzeitig das versicherte Risiko dar.

Ein Beispiel: Wird die Versicherte Person berufsunfähig, dann zahlen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente aus. Wird der Versicherungsnehmer berufsunfähig, wird keine Vertragsleistung fällig.

Bestimmte Begriffe und Fachwörter haben wir unterstrichen. Diese markierten Wörter finden Sie in Kapitel H dieser Bedingungen. Dort erklären wir Ihnen diese. Die Unterstreichung bedeutet nicht, dass nur diese Stellen für das Vertragsverhältnis relevant sind.

Wenn wir Wörter nutzen, deren Schreibweise vom angesprochenen Geschlecht abhängt, verwenden wir nur die männliche Schreibweise. Der Text wird dadurch übersichtlicher, verständlicher, und das Lesen wird Ihnen leichter fallen.

Inhalt

1	Versicherungsschutz.....	3		
1.1	Wann liegt Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?	3	6.2	Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?..... 11
1.2	Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten	3	6.3	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?..... 11
1.3	Wann liegt Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor?	3	7	Sonstige Änderungen der Versicherung
1.4	Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?.....	3	7.1	Welche Bestimmungen können geändert werden?
1.5	Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit?	4	7.2	Was gilt, wenn Sie eine Anpassungsoption oder eine Nachversicherungsgarantie ausüben?.....
1.6	Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Schülern, Auszubildenden und Studenten?...	4	8	Weitere Bestimmungen
2	Versicherungsleistungen	5	8.1	Abzug bei Beitragsfreistellung.....
2.1	Welche Leistungen erbringen wir?	5	8.2	Rechnungsgrundlagen
2.2	Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?	5	8.3	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
2.3	Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?.....	5	9	Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?.....
2.4	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?	6	9.1	Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?
3	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten.....	6	9.2	Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags.....
3.1	Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	6	9.3	Überschussbeteiligung vor Eintritt des Leistungsfalls.....
3.2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	7	9.4	Überschussbeteiligung nach Eintritt des Leistungsfalls durch Berufsunfähigkeit
3.3	Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?	9	9.5	Beteiligung an den Bewertungsreserven bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung vor Eintritt des Leistungsfalls
4	Nachprüfung der Berufsunfähigkeit	9	9.6	Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.....
4.1	Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	9	9.7	Information über die Höhe der Überschussbeteiligung.....
4.2	Wann endet der Anspruch auf Leistungen?.	10	10	Welche Kriterien gelten bei Pflegebedürftigkeit?
5	Ausschlüsse	10	10.1	Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2010).....
5.1	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	10	10.2	Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens.....
6	Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Beitragsfreistellung und Kündigung.	10	10.3	Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz.....
6.1	Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?	10	Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2010)	18

1 Versicherungsschutz

1.1 Wann liegt Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

1.1.1 Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgetübtet war, auszuüben.

Wir erbringen die versicherte Leistung, wenn ein Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen fällig.

1.1.2 Die Verweisung auf eine andere Tätigkeit erfolgt nicht, es sei denn, die Versicherte Person übt eine berufliche Tätigkeit konkret aus, die mit der bisherigen beruflichen Tätigkeit vergleichbar ist. Dies ist der Fall, wenn diese Tätigkeit aufgrund der Gesundheitsverhältnisse zumutbar ist und im Hinblick auf die Ausbildung und Erfahrung sowie Lebensstellung der bisherigen beruflichen Tätigkeit entspricht.

Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht zu verstehen, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung gemäß 1.1.1 bestanden hat. Die dabei für die Versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalls auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt. Sie beträgt jedoch maximal 20 Prozent.

1.1.3 Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die Versicherte Person eine berufliche Tätigkeit konkret ausübt, die mit der bisherigen beruflichen Tätigkeit vergleichbar im Sinne von 1.1.2 ist.

1.2 Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn von einer zuständigen Behörde ein teilweises oder vollständiges berufliches Tätigkeitsverbot gemäß § 31 Infekti-

onsschutzgesetz (IfSG) für sechs Monate ununterbrochen bestanden hat oder für sechs Monate ununterbrochen verfügt wird. Das verfügte Tätigkeitsverbot muss dabei zu einem Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent führen (Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten).

Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die Versicherte Person eine andere Tätigkeit tatsächlich ausübt, die im Hinblick auf die Ausbildung und Erfahrung sowie Lebensstellung der bisherigen Tätigkeit entspricht.

Die Prüfung der Berufsunfähigkeit infolge eines beruflichen Tätigkeitsverbots erfolgt ausschließlich auf Grundlage des IfSG in der Fassung vom 01.01.2001. Die Versicherte Person muss das berufliche Tätigkeitsverbot durch Vorlage der Verfügung im Original oder einer amtlich beglaubigten Kopie nachweisen.

1.3 Wann liegt Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor?

1.3.1 Berufsunfähigkeit wird bei Pflegebedürftigkeit der Versicherten Person angenommen. Diese besteht, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI mit Stand vom 01.01.2010 (siehe 10.1) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei sechs von sechs Aktivitäten des täglichen Lebens (siehe 10.2) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz (siehe 10.3).

1.3.2 Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen oder mindestens sechs Monate bestanden haben. Dies ist ärztlich nach objektiven und medizinischen Maßstäben festzustellen.

1.4 Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?

Selbstständige und Gesellschafter-Geschäftsführer

1.4.1 Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn ein Selbstständiger oder Gesellschafter-Geschäftsführer über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation

durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann. Eine Umorganisation ist nur zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, die bisherige Stellung als Selbstständiger oder Gesellschafter-Geschäftsführer im Wesentlichen unverändert bleibt und sich die durch die Umorganisation hervorgerufenen Einkommensveränderungen in den von der Rechtsprechung vorgegebenen Grenzen (maximal jedoch 20 Prozent) bewegen.

Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübbarer Tätigkeit muss zumutbar sein, d. h. aufgrund der Gesundheitsverhältnisse ausübbar sein sowie der Ausbildung und Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung entsprechen.

Arbeitnehmer

1.4.2 Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern verlangen wir keine Umorganisation.

1.5 Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit?

1.5.1 Auch nach Ausscheiden aus dem Berufsleben (z. B. passive Altersteilzeit) oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit (z. B. Arbeitslosigkeit) können Sie Ihre bestehende Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung fortführen. Werden in dieser Zeit Leistungen beantragt, so gilt für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung.

1.5.2 Bei ununterbrochenen Zeiten des Mutterschutzes und der Elternzeit legen wir die vor der Unterbrechung ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung bei der Prüfung des Leistungsanspruchs zugrunde gelegt.

1.5.3 Der freiwillige Wechsel in eine andere Tätigkeit, z. B. als Hausfrau/-mann, gilt als Berufswechsel und nicht als Ausscheiden aus dem Beruf. Gleiches gilt für ununterbrochene Elternzeit ab dem 6. Jahr. Nach einem Berufswechsel prüfen wir die zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit (siehe 1.1.1) zur Feststellung der Leistungspflicht.

1.6 Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Schülern, Auszubildenden und Studenten?

Berufsunfähigkeit während der Schulausbildung

1.6.1 Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit oder Körperverletzung, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, als Schüler am regulären Schulunterricht ohne sonderpädagogische Förderung teilzunehmen.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit als Schüler erbringen wir, solange die Voraussetzungen – wie definiert – fortbestehen.

Berufsunfähigkeit während der Berufsausbildung

1.6.2 Während der Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihre zuletzt betriebene Ausbildung fortzusetzen, und auch keine andere berufliche oder schulische Ausbildung absolviert, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Berufsunfähigkeit während eines Vollzeitstudiums

1.6.3 Während eines Vollzeitstudiums liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihr zuletzt betriebenes Studium fortzusetzen, und auch kein anderes Studium betreibt, das ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Als Studium gilt ein Vollzeitstudium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule (Univer-

sität, Fachhochschule, Duale Hochschule). Der angestrebte akademische Studienabschluss muss in Deutschland anerkannt sein.

2 Versicherungsleistungen

2.1 Welche Leistungen erbringen wir?

Wird die Versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, berufsunfähig, erbringen wir in Abhängigkeit vom versicherten Leistungsumfang nachstehende Leistungen:

2.1.1 Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit sind Sie vollständig von der Zahlung der Beiträge, die für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbart sind, befreit.

2.1.2 Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß den Bestimmungen der Hauptversicherung und gleichzeitig Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor, werden die Leistungen der Beitragsbefreiung zusammen mit der Pflegerente aus der Hauptversicherung ausbezahlt; im Falle einer Leistungshöhe der Hauptversicherung von 0 Prozent wird die Leistung der Beitragsbefreiung ebenfalls ausbezahlt.

Sonstige Regelungen

2.1.3 Unser Versicherungsschutz besteht weltweit.

2.1.4 Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe Abschnitt 9).

2.2 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung

2.2.1 Auch nach Anmeldung von Berufsunfähigkeit sind die Beiträge weiter zu zahlen. Auf Verlangen stunden wir die Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht und darüber hinaus, sollte es zu einem gerichtlichen Verfahren kommen, bis zu dessen Abschluss.

Eine Stundung erfolgt längstens jedoch für 5 Jahre.

Stundungszinsen berechnen wir dabei nicht. Bitte beachten Sie hierzu auch die Auswirkungen auf die Überschussbeteiligung (siehe 8.3.3).

Soweit wir Leistungen aus dieser Zusatzversicherung für den Zeitraum der Stundung anerkennen, brauchen Sie gestundete Beiträge nicht nachzuentrichten.

2.2.2 Soweit wir keine Leistungen anerkennen, sind nach Ablauf der Stundung die gestundeten Beiträge unverzüglich nachzuzahlen. Hierzu haben Sie folgende Möglichkeiten:

- Sie können die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen.
- Sie können die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten, gerechnet ab Ablauf der Stundung, in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen berechnen wir dabei ebenfalls nicht.

2.2.3 Lassen Sie sich die Beiträge nicht stunden und erkennen wir Leistungen aus dieser Zusatzversicherung an, zahlen wir Ihnen die befreiten Beiträge rückwirkend ab Beginn der Leistungspflicht, verzinst mit dem bei Vertragsabschluss vereinbarten Rechnungszins, zurück.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

2.2.4 Wir beraten und unterstützen Sie während der Vertragslaufzeit. Gerne stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben. Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

2.3 Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?

2.3.1 Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (= Beginn des sechsmonatigen Zeitraums gemäß 1.1.1). Es ist keine Karenzzeit vereinbart.
Meldefrist

2.3.2 Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt der Berufs-

unfähigkeit für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist (z. B. weil Unterlagen nicht mehr beigebracht werden können), kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen frühestens mit dem Monat entstehen, für den entsprechende Nachweise vorgelegt werden.

Verfügungen

2.3.3 Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

2.4 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

2.4.1 Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von vier Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß 3.1 über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder Ihnen regelmäßig eine Zwischeninformation zukommen lassen. Zusätzlich erinnern wir in regelmäßigen Abständen – spätestens alle sechs Wochen – an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen Sie darüber in Kenntnis.

2.4.2 Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 3.1.2) vor, erklären wir innerhalb von vier Wochen, ob und ab wann wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (siehe 4.1) anerkennen.

Befristetes Anerkenntnis

2.4.3 Grundsätzlich sprechen wir kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis bis zu zwölf Monaten in Textform aussprechen.

2.4.4 Gründe für ein befristetes Anerkenntnis liegen z. B. vor, wenn für ein unbefristetes Leistungsanerkennen noch Erhebungen oder Untersuchungen oder deren Auswertung erforderlich sind oder aus medizinischen oder beruflichen bzw. betrieblichen Gründen ein Ende der Berufsunfähigkeit zu erwarten ist (z. B. Dauer einer Umschulung oder Fortbildung, Möglichkeit der Umorganisation bei Selbstständigen oder ihnen gleichgestellten Personen – siehe 1.4).

2.4.5 Die Prüfung der Fortdauer der Berufsunfähigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß 1.1 dieser Bedingungen. Die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß 4.1 gelten insoweit nicht. Die hierfür erforderlichen Kosten werden von uns getragen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend.

2.4.6 Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass keine Berufsunfähigkeit vorliegt, werden die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurückgefordert. Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis sind für uns selbst dann nicht rückforderbar, wenn keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte.

3 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Vor und bei Abschluss sowie während der Vertragslaufzeit haben Sie Obliegenheiten zu beachten. Deren Verletzung hat schwerwiegende Folgen.

3.1 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen

3.1.1 Der Nachweis für die Voraussetzungen der Berufsunfähigkeit und ihre Auswirkungen auf den zuletzt ausgeübten Beruf muss von Ihnen bzw. der Versicherten Person erbracht werden. Hierfür sind uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Verzögern) einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte und Heilbehandler, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie die Auswirkungen des Leidens auf die Fähigkeit den Beruf auszuüben,
- Unterlagen über den Beruf der Versicherten Person sowie die Lebensstellung (u. a. Einkommen aus beruflicher Tätigkeit) und die Tätigkeit vor dem Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit und über die dadurch bedingten Veränderungen,
- eine eigene Aufstellung über die Ärzte, Heilbehandler, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, bei

den die Versicherte Person in Behandlung war oder ist, und Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstige Versorgungsträger, bei denen die Versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte, sowie ihren derzeitigen und frühere Arbeitgeber.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat derjenige zu tragen, der die Leistungen beansprucht.

3.1.2 Wir können zur Feststellung unserer Leistungspflicht außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen sowie notwendige Nachweise, zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen anfordern. Dies gilt auch für die wirtschaftlichen Verhältnisse und deren Veränderungen. Für medizinische Untersuchungen beauftragen wir Ärzte, die nicht in ständigen vertraglichen Bindungen zu uns stehen – also keine sogenannten Vertragsärzte.

Wir können von der Versicherten Person weiter verlangen, dass sie Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war und ist, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen.

Hält sich die Versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Hinweis zu Arztanordnungen

3.1.3 Wir machen die Leistung grundsätzlich nicht davon abhängig, dass die Versicherte Person unzumutbaren ärztlichen Anordnungen oder Empfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitszustands folgt. Sie entscheidet darüber in freier persönlicher Verantwortung.

3.1.4 Die Versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen Schadenminderungspflicht gemäß § 242 BGB verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind grundsätzlich Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit beson-

deren Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf Besserung (zumindest bis zur 50-Prozent-Grenze) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. das Einhalten von Diäten, die Anwendung von Heilmitteln und die Verwendung von orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln (z. B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen, Tragen von Stützstrümpfen oder Prothesen).

3.1.5 Lässt die Versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht entgegen.

3.2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

3.2.1 Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, ärztlichen Behandlungen sowie zur beruflichen Tätigkeit (z. B. Tätigkeitsmerkmale wie Arbeitsanteil im Büro, Auslandsaufenthalte), aber auch Fragen zur wirtschaftlichen Situation (z. B. Einkommen der letzten Jahre), zur Schul-/Berufsausbildung, zur Stellung im Beruf (z. B. selbstständig, Auszubildender), zum Erwerbsstatus (z. B. Schüler, Arbeitssuchender), zu beruflichen Risiken (z. B. Umgang mit Chemikalien) und zu privaten Risiken (Hobbys mit erhöhtem Risiko wie z. B. Tauchen, Kampfsportarten).

3.2.2 Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

3.2.3 Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person (siehe 3.2.2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom

Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3.2.4 Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die Versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

3.2.5 Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

3.2.6 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

3.2.7 Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3.2.8 Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe 6.2).

Rückwirkende Vertragsanpassung

3.2.9 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

3.2.10 Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als zehn Prozent oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

3.2.11 Wir können die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

3.2.12 Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

3.2.13 Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

3.2.14 Auf unser Anpassungs- und Kündigungsrecht, geregelt in § 19 VVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos, also nicht von Ihnen zu vertreten war.

Anfechtung

3.2.15 Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehemmensentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der Versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. 3.2.5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

3.2.16 Die Regelungen in 3.2.1 bis 3.2.15 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 3.2.13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

3.2.17 Die Ausübung unserer vorgenannten Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

3.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?

3.3.1 Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß Abschnitt 3.1 oder 4 von Ihnen, der Versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang sowie die Dauer unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgemäßen Leistung verpflichtet.

3.3.2 Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

4 Nachprüfung der Berufsunfähigkeit

4.1 Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

4.1.1 Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch und den Grad der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die Versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von 1.1.2 ausübt. Seit Eintritt der Berufsunfähigkeit neu erworbene berufliche Fähigkeiten werden dabei berücksichtigt, ebenso die Lebensstellung vor dem Versicherungsfall. Insofern können wir auch Angaben verlangen, ob die Versicherte Person eine Tätigkeit konkret im Sinne von 1.1.2 wieder ausübt oder ausgeübt hat.

4.1.2 Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der Versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen von 3.1.2 gelten entsprechend.

4.1.3 Eine Wiederaufnahme oder Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich anzeigen, sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben. Gleiches gilt bei Minderung der Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufe) oder Änderung eines behördlichen Tätigkeitsverbots.

4.1.4 Hat sich der Grad der Berufsunfähigkeit auf weniger als 50 Prozent vermindert, stellen wir die Leistung ein. In diesem Fall informieren wir den Anspruchsberechtigten schriftlich über die Veränderung und Einstellung der Leistungen. Diese Information können wir auch in Textform übermitteln.

Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu Beginn des darauffolgenden Beitragszahlungsabschnitts muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

4.1.5 Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, mit der Folge dass keine der in 1.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind, stellen wir unsere Leistungen ein.

Auslandsaufenthalt

4.1.6 Hat die Versicherte Person nach Beginn der Leistungen ihren ständigen Aufenthalt im Ausland, so

können wir jederzeit verlangen, dass die Versicherte Person oder der Versicherungsnehmer Unterlagen über die Fortdauer der Berufsunfähigkeit und ihres Grades vorlegt. Die Kosten hierfür erstatten wir maximal nach den an unserem Sitz geltenden Maßstäben und im Rahmen dieser Bedingungen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte in Deutschland verlangen. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

4.2 Wann endet der Anspruch auf Leistungen?

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung endet, wenn

- Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- die Versicherte Person stirbt oder
- die vereinbarte Leistungsdauer abläuft.

Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung endet am Ende des Sterbemonats.

5 Ausschlüsse

5.1 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Soweit nichts anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht ist

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die Versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen

Verstößen (z. B. im Straßenverkehr).

- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, Pflegebedürftigkeit, Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass die Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir bedingungsgemäß leisten.
- durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde.
- unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer oder der Berechtigte vorsätzlich im Sinne des Strafrechts die Berufsunfähigkeit der Versicherten Person herbeigeführt hat.

6 Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Beitragsfreistellung und Kündigung

6.1 Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?

Wenn Sie vorübergehend nicht in der Lage sind, die Beiträge zu zahlen, stehen außer der Beitragsfreistellung und Kündigung grundsätzlich weitere Möglichkeiten zur Verfügung, um Zahlungsschwierigkeiten zu überbrücken.

6.1.1 Vorbehaltlich der zum jeweiligen Zeitpunkt geltenden gesetzlichen Regelungen und vertragsbezogener Voraussetzungen, z. B. Vertragszustand der

Hauptversicherung, stehen zur Verfügung:

- Stundung der fälligen Beiträge,
- Beitragsfreistellung mit anschließender Wiederinkraftsetzung.

Über Einzelheiten geben wir Ihnen bei drohenden Zahlungsschwierigkeiten gerne Auskunft. Kontaktieren Sie uns, damit wir gemeinsam nach einer Lösung für Sie suchen können.

Stundung der Beiträge

6.1.2 Sie können für den Zeitraum von höchstens zwölf Monaten eine Stundung oder Teilstundung der fälligen Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes in Textform verlangen, sofern die Hauptversicherung mindestens einen Rückkaufswert in Höhe der zu stundenden Beiträge aufweist. Hierfür erheben wir Stundungszinsen. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen. Die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

- in einem Beitrag entrichten,
- durch eine Vertragsänderung verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist.

6.1.3 Auf die Stundung der Beiträge räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch ein.

6.2 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

Diese Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Setzen Sie die Beitragszahlung aus, verringert sich Ihr Versicherungsschutz.

6.2.1 Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung der Hauptversicherung wird die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit im selben Umfang angepasst. Bei einer vollständigen Beitragsfreistellung endet die versicherte Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit.

Die Berechnung erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation, die für diesen Vertrag gelten.

Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung

6.2.2 Soll eine herabgesetzte oder wegen einer Beitragsfreistellung erloschene Zusatzversicherung wieder in Kraft gesetzt werden, haben wir das Recht, eine Risikoprüfung erneut durchzuführen.

Erfolgt die Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfreistellung oder Löschung bzw. ab dem Zeitpunkt, ab dem die Beiträge unbezahlt sind, verzichten wir auf eine Gesundheitsprüfung, sofern der Versicherungsfall zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags auf Wiederinkraftsetzung noch nicht eingetreten ist.

Sonstige Regelungen

6.2.3 Das Deckungskapital mit Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten ist das Deckungskapital, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 60 Monate der Versicherungsdauer ergibt. Die Abschluss- und Vertriebskosten werden unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzt. Es gelten die entsprechenden Kosten gemäß Abschnitt 7 der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung.

6.3 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?

6.3.1 Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen.

6.3.2 In den letzten fünf Versicherungsjahren vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Zusatzversicherung kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden.

6.3.3 Eine Kündigung ist mit Nachteilen für Sie verbunden. Bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden die Beiträge im Wesentlichen durch das getragene Risiko verbraucht. Des Weiteren müssen wir die Kosten für das Einziehen der Beiträge und die Verwaltung der Versicherung aus den Beiträgen bestreiten. Für die Beratung bei Abschluss einer Versicherung insbesondere durch den Vermittler und das Einrichten eines Vertrags entstehen ebenfalls Kosten.

Bei Kündigung wird kein Rückkaufswert fällig.

6.3.4 Mit Kündigung erlischt die Zusatzversicherung.

7 Sonstige Änderungen der Versicherung

7.1 Welche Bestimmungen können geändert werden?

7.1.1 Wir sind berechtigt, wenn es zur Fortführung dieser Zusatzversicherung notwendig ist, Vertragsbestimmungen, die durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wurden, unter Beachtung gegenseitiger Interessen durch Regelungen zu ersetzen, die für beide Seiten zumutbar sind und dem Vertragszweck möglichst gerecht werden.

7.1.2 Diese neuen Regelungen werden zwei Wochen, nachdem die neuen Regelungen und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

7.1.3 Wir verzichten auf das Recht zur Anpassung der Beiträge gemäß § 163 VVG.

7.2 Was gilt, wenn Sie eine Anpassungsoption oder eine Nachversicherungsgarantie ausüben?

7.2.1 Wenn Sie Ihre Hauptversicherung während der Vertragslaufzeit an veränderte Bedarfssituationen im Rahmen der in 10.2 und 10.3 der Bedingungen der Hauptversicherung genannten Gestaltungsmöglichkeiten anpassen, wird die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung an den laufenden Beitrag zur Hauptversicherung angepasst.

7.2.2 Für die Anpassung gelten der zum Anpassungszeitpunkt ausgeübte Beruf und maßgebliche Tarif, im Übrigen die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder Besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile.

8 Weitere Bestimmungen

8.1 Abzug bei Beitragsfreistellung

8.1.1 Es ist vereinbart, dass im Falle einer Beitragsfreistellung ein Abzug erfolgt.

8.1.2 Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

8.2 Rechnungsgrundlagen

8.2.1 Die geschlechtsunabhängige Tarifikalkulation basiert auf den Invalidisierungstafeln SL 2016 I (N), den Tafeln SL 2016 TI und SL 2016 RI, Tafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV 2008 T) und einem Rechnungszins in Höhe von 1,25 Prozent.

8.3 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

8.3.1 Diese Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden.

8.3.2 Ist unsere Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung anerkannt oder festgestellt, berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie die Beiträge während der beitragsbefreiten Zeit unverändert weiter gezahlt hätten.

Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus dieser Zusatzversicherung werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt. Nach Eintritt des Leistungsfalls ist keine Kündigung mehr möglich.

8.3.3 Haben wir auf Ihr Verlangen Beiträge gestundet und besteht nach der Leistungsentscheidung kein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, werden für den Stundungszeitraum, der zwei Jahre übersteigt, keine Zinsüberschussanteile auf Sparanteile der Hauptversicherung gewährt.

8.3.4 Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Es gelten die entsprechenden Kosten gemäß Abschnitt 7 der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung.

9 Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?

9.1 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

9.1.1 Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den etwaigen Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden gemäß den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. Sie können den Geschäftsbericht jederzeit bei uns anfordern.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

Wir beteiligen Sie gemäß der jeweils gültigen Fassung der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) an den Überschüssen.

9.1.2 Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko sowie die Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung und die Kosten günstiger sind, als bei der Tariffkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden Sie als Versicherungsnehmer gemäß den jeweils geltenden gesetzlichen Vorgaben angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Be-

rufsunfähigkeitsrisiko und Sterblichkeit) grundsätzlich zu mindestens 90 Prozent und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 Prozent (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung in ihrer jeweils gültigen Fassung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 Prozent vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Daraus werden zunächst die garantierten Versicherungsleistungen finanziert. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

9.1.3 Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu sogenannten Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall-, Langlebigekeits- oder Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sogenannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 VAG können wir im Interesse der Versicherungsnehmer die Rückstellung für Beitragsrückerstattung auch heranziehen: zur Abwendung eines drohenden Notstands oder zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung, wenn die Rechnungs-

grundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

9.1.4 Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung keine oder allenfalls geringe Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden diese jährlich neu ermittelt und nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch den Verträgen zugeordnet. Ein Anspruch auf Beteiligung an den Bewertungsreserven entsteht jedoch erst bei Vertragsende. Der dann für diesen Zeitpunkt ermittelte Betrag wird zur Hälfte zugeteilt. Auch während des Rentenbezugs werden wir Sie an den Bewertungsreserven beteiligen. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

9.2 Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

9.2.1 Diese Zusatzversicherung ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zur Bestandsgruppe der Hauptversicherung, zu der diese Zusatzversicherung abgeschlossen wurde.

9.2.2 Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Hauptbevollmächtigten für Deutschland auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung beidseitiger Interessen festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Abhängig von objektiven Risikomerkmale, z. B. ausgeübter Beruf, können unterschiedliche Überschuss-

anteilsätze zur Anwendung kommen.

9.3 Überschussbeteiligung vor Eintritt des Leistungsfalls

9.3.1 Die Überschussbeteiligung besteht aus Risiko- und Kostenüberschussanteilen.

Die Überschussanteile werden von Versicherungsbeginn an erbracht.

9.3.2 Beitragsverrechnung

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Beitragszahlungsdauer der Zusatzversicherung in Prozent der Beiträge ausgewiesen und mit den fälligen Beiträgen verrechnet.

Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird keine Leistung fällig. Eine beitragsfreie Versicherung erhält keine Beteiligung am Überschuss.

Die Höhe der Beitragsverrechnung wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt und somit kann auch die Höhe des zu zahlenden Beitrags jährlich schwanken.

9.4 Überschussbeteiligung nach Eintritt des Leistungsfalls durch Berufsunfähigkeit

9.4.1 Ab Eintritt der Berufsunfähigkeit besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Zins-, Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Sofern Risiko- und Kostenüberschussanteile nicht separat ausgewiesen werden, sind sie in den Zinsüberschussanteilen enthalten.

Die Zuteilung der Zinsüberschussanteile inkl. Risiko- und Kostenüberschussanteile erfolgt jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres, sofern eine Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt besteht.

Die zugeteilten Zinsüberschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Ablauf der Leistungsdauer der Zusatzversicherung, Reaktivierung oder bei Tod der Versicherten Person ausbezahlt.

9.4.2 Während der Bezugszeit von Berufsunfähigkeitsleistungen erhält Ihre Zusatzversicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe 9.6).

9.5 Beteiligung an den Bewertungsreserven bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung vor Eintritt des Leistungsfalls

Zusatzversicherungen mit laufender Beitragszahlung sind hinsichtlich der Beteiligung an den Bewertungsreserven (gemäß § 153 VVG) vor Eintritt der Berufsunfähigkeit **nicht überschussberechtig**. Daher gelten die Bestimmungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven in den Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung nicht.

9.6 Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

9.6.1 Während des Zeitraums, in dem Leistungen aus der Beitragsbefreiung fällig werden, erhält Ihre Zusatzversicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Abs. 1 und 3 VVG. Diese Beteiligung führt zu einer Erhöhung der laufenden Überschussbeteiligung aller Verträge im Leistungsbezug. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze wird die jeweilige Bewertungsreservensituation berücksichtigt.

Die Bestimmungen in den Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung zur Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt des Leistungsfalls werden sinngemäß auf diese Zusatzversicherung angewendet. Abweichend zur Hauptversicherung wird die Beteiligung an den Bewertungsreserven verzinslich angesammelt und bei Ablauf der Leistungsdauer der Zusatzversicherung, Reaktivierung oder bei Tod der Versicherten Person ausbezahlt.

9.7 Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

10 Welche Kriterien gelten bei Pflegebedürftigkeit?

10.1 Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2010)

10.1.1 Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf.

Krankheiten oder Behinderungen sind Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

10.1.2 Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) liegt vor, wenn die Versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder

der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Den Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen. Dabei müssen auf die Grundpflege mindestens 45 Minuten entfallen.

10.1.3 Bei der Feststellung des in 10.1.2 genannten Zeitaufwands ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung gemäß 10.1.1 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen oder sachlichen Zusammenhang steht.

Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung des Vertrags führen. Den für diesen Vertrag maßgebenden Gesetzestext mit Stand vom 01.01.2010 finden Sie im Anhang.

10.2 Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

10.2.1 Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in 13.2.2 genannten Aktivitäten des täglichen Lebens – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person in erheblichem Umfang bedarf.

10.2.2 Für jede der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens, bei denen die Versicherte Person auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, täglich die beschriebene Hilfe einer anderen Person benötigt, erhält sie einen Pflegepunkt. Dies ist ärzt-

lich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zu-Bett-Gehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür notwendigen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettenschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden können.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen, eines Katheters oder eines Kolostomiebeutels ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

10.3 Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz

10.3.1 Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Demenz im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person in Folge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem Maße einen Verlust der Alltagskompetenz erleidet. Hirnleistungsstörungen und Verlust der Alltagskompetenz liegen vor, wenn ein Facharzt der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nach folgenden Kriterien stellt:

1. „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5 bei der Ermittlung des Schweregrades der Demenz über die Global Deterioration Scale nach Reisberg oder

2. Durch eine körperliche und psychopathologische Untersuchung inkl. Hirnleistungstest (Minimal-Mental-

Status-Test). Dabei müssen mindestens vier der folgenden sechs Punkte erfüllt sein:

- Depression, unkontrollierte Aggressivität,
- Verknennung von Alltagssituationen mit Selbst- oder Fremdgefährdung,
- Unkontrolliertes, wiederholtes Verlassen des Wohnbereichs,
- Gedächtnisstörung und Denkstörung mit herabgesetztem Urteilsvermögen,
- Störung des Tag-Nacht-Rhythmus,
- Im Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test MMST) werden weniger als 50 Prozent der erreichbaren Punkte erreicht.

Sind weniger als vier der aufgeführten Kriterien erfüllt, besteht kein Leistungsanspruch.

Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2010)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Abs. 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Abs. 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Abs. 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschieren, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden 3 Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens 3 Stunden betragen; hierbei müssen für die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens 5 Stunden be-

tragen; hierbei müssen für die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwands ist ein Zeitaufwand für die erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Ver-

richtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen oder sachlichen Zusammenhang steht.