Pensionsplan - Teil 1

Der nachfolgende Pensionsplan ist Bestandteil des Leistungsbezogenen Pensionsplans - Leistungszusage - Pensionsfondsrente bzw. des Leistungsbezogenen Pensionsplans - Leistungszusage - Pensionsfonds Chance LifePortfolio und informiert über Regelungen, die bei der Berufsunfähigkeitsvorsorge gelten. Soweit in diesem Ergänzenden Pensionsplan nichts anderes bestimmt ist, gelten sinngemäß die Regelungen des Leistungsbezogenen Pensionsplans zum Grundbaustein.

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden sich die Regelungen des Bausteins Berufsunfähigkeitsvorsorge, insbesondere auch Regelungen zur Abhängigkeit der Bausteine zueinander.

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

Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge - Berufsunfähigkeitsrente E315 (PF)

		Seite
1.	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	1
2.	Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	4
3.	Besondere Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	4
4.	Erklärung über die Leistungspflicht	6
5.	Ergänzende Regelungen zu den Kosten dieses Versorgungsverhältnisses	6
6.	Abhängigkeit des Bausteins Berufsunfähigkeitsvorsorge vom Grundbaustein	6
7.	Abänderungen zum Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge - Berufsunfähigkeitsrente E315 (PF)	6

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

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

Teil A - Leistungsbausteine

Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge - Berufsunfähigkeitsrente E315 (PF)

Hier finden sich die Regelungen des Bausteins Berufsunfähigkeitsvorsorge, insbesondere auch Regelungen zur Abhängigkeit der Bausteine zueinander.

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

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1 Welche Leistungen erbringt der Pensionsfonds bei Berufsunfähigkeit?
1.2 Wann entsteht der Anspruch auf die Leistung aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge?
1.3 Wann und in welcher Höhe erbringt der Pensionsfonds eine Wiedereingliederungshilfe?
1.4 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieses Pensionsplans?
1.5 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieses Pensionsplans?
1.6 In welchen Ländern besteht Versorgungsschutz?

1.1 Welche Leistungen erbringt der Pensionsfonds bei Berufsunfähigkeit?

(1) Leistung bei Berufsunfähigkeit
Wenn der Versorgungsberechtigte während der Dauer der Berufsunfähigkeitsvorsorge zu mindestens 50 Prozent berufsunfähig wird, zahlt der Pensionsfonds eine Berufsunfähigkeitsrente.

Die Leistungen der Berufsunfähigkeitsvorsorge erbringt der Pensionsfonds, solange
- der Grad der Berufsunfähigkeit mindestens 50 Prozent beträgt und
- der Versorgungsberechtigte lebt, längstens jedoch bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer.

Der Pensionsfonds erbringt die Berufsunfähigkeitsrente, wenn der Versorgungsberechtigte bei Vertragsbeginn bereits berufsunfähig ist, die Berufsunfähigkeit dem Pensionsfonds vor Vertragsschluss angezeigt wurde und der Pensionsfonds eine Erklärung über seine Leistungspflicht gemäß Ziffer 4 abgegeben hat.

Der Pensionsfonds zahlt eine Berufsunfähigkeitsrente an den für die Altersrente vereinbarten Rentenzahlungsterminen. Die erste Rente ist gegebenenfalls anteilig zu zahlen.

Die Berufsunfähigkeitsrente steigt um eine vereinbarte jährliche Erhöhung der zugesagten Rente. Dies erfolgt erstmals ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung, wobei die Erhöhung in Prozent der im Vorjahr gezahlten Rente festgelegt ist.

Der Pensionsfonds bietet dem Vertragspartner und dem Versorgungsberechtigten darüber hinaus eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch entsprechende Spezialisten an.

(2) Einschränkung der Leistungspflicht
Ist keine versicherungsförmige Rückdeckung vereinbart, endet die Leistungspflicht des Pensionsfonds, wenn die vorhandenen Mittel (siehe Teil C Ziffer 4) zur Finanzierung der Renten gemäß Absatz 1 nicht mehr ausreichen.

1.2 Wann entsteht der Anspruch auf die Leistung aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge?

Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Wenn der Pensionsfonds Leistungen wegen Wiedereingliederung erbringt (siehe Ziffer 1.3) und innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, werden die Wiedereingliederungshilfezahlungen auf die Leistungen der Berufsunfähigkeitsvorsorge angerechnet.

1.3 Wann und in welcher Höhe erbringt der Pensionsfonds eine Wiedereingliederungshilfe?

Wenn der Pensionsfonds die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht mehr leistet, weil der Versorgungsberechtigte tatsächlich eine andere Tätigkeit als bei Anerkenntnis der Berufsunfähigkeit ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung nach Ziffer 1.4 Absatz 1 a) entspricht, erhält der Vertragspartner eine Wiedereingliederungshilfe in Form von Rentenzahlungen nach der vereinbarten Zahlungsweise, in der Summe begrenzt auf eine halbe Jahresrente. Diese Wiedereingliederungshilfe zahlt der Pensionsfonds nur, wenn zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Wenn beim Versorgungsberechtigten innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnet der Pensionsfonds im Fall der Anerkennung der Leistungspflicht die Wiedereingliederungshilfezahlungen mit den Berufsunfähigkeitsrenten. Die Wiedereingliederungshilfe kann der Vertragspartner mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versorgungsschutz besteht.

1.4 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieses Pensionsplans?

(1) Berufsunfähigkeit

a) Vollständige Berufsunfähigkeit
Wenn der Versorgungsberechtigte
- in Folge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
- die ärztlich nachzuweisen sind,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, seinen Beruf auszuüben, und
- er auch keine andere Tätigkeit ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht,

so liegt von Beginn an eine vollständige Berufsunfähigkeit vor.

Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs, wobei die andere Tätigkeit bereits dann nicht der bisherigen Lebensstellung entspricht, wenn entweder das Einkommen oder die Wertschätzung der anderen Tätigkeit spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richten sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die zumutbare Minderung des Einkommens beträgt jedoch höchstens 20 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens des bislang ausgeübten Berufs. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung des Einkommens nicht zumutbar sein. Sollte die höchstrichterliche Rechtsprechung einen geringeren Prozentsatz als zumutbare Minderung des Einkommens festlegen, ist dieser auch für den Pensionsfonds maßgeblich.

b) Maßgebender Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit

Maßgebend bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit ist
- der zuletzt ausgeübte Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war;
- der bei Eintritt des Leidens ausgeübte Beruf, falls der Versorgungsberechtigte als Folge einer fortschreitenden Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls seinen Beruf leidensbedingt geändert hat.

Der Pensionsplan sieht eine abstrakte Verweisbarkeit auf einen anderen Beruf nicht vor.

c) Berufsunfähigkeit bei Teilzeittätigkeit

Wenn der Versorgungsberechtigte zum Zeitpunkt der Prüfung der Berufsunfähigkeit seinen Beruf in Teilzeit ausübt oder ausgeübt hat, liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 a) für den Beruf in Teilzeit erfüllt sind.

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn der Versorgungsberechtigte
- in Folge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
- die ärztlich nachzuweisen sind,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, seinen Beruf in Teilzeit mindestens drei Stunden pro Arbeitstag auszuüben, und
- er auch keine andere Tätigkeit ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung (siehe Absatz 1 a)) entspricht.

Übt der Versorgungsberechtigte seinen Beruf aus familiären Gründen nur vorübergehend in Teilzeit aus, liegt vollständige Berufsunfähigkeit darüber hinaus vor, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 a) für den vorherigen Beruf in Vollzeit erfüllt sind.
Das heißt, wenn der Versorgungsberechtigte seinen bisherigen Beruf in Vollzeit aus einem der folgenden familiären Gründe vorübergehend auf Teilzeit reduziert hat oder einen anderen Beruf in Teilzeit ausübt, dann wird bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, auf den vor der Reduzierung ausgeübten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung (siehe Absatz 1 a)) abgestellt.
Familiäre Gründe in diesem Sinn sind:
- Betreuung eigener Kinder: Der Versorgungsberechtigte hat seinen Beruf in Vollzeit auf Teilzeit reduziert oder übt einen anderen Beruf in Teilzeit aus, um eigene minderjährige Kinder (leibliche Kinder oder Adoptivkinder) zu betreuen.
- Pflege von Angehörigen: Der Versorgungsberechtigte hat seinen Beruf in Vollzeit auf Teilzeit reduziert oder übt einen anderen Beruf in Teilzeit aus, um eine pflegebedürftige Person (ab Pflegegrad 2, siehe § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017) im Rahmen einer privaten, nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit zu pflegen.

d) Teilweise Berufsunfähigkeit

Der Versorgungsberechtigte ist teilweise berufsunfähig, wenn die genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad erfüllt sind.

(2) Berufsunfähigkeit aufgrund Tätigkeitsverbot

Wenn der Versorgungsberechtigte
- infolge eines Tätigkeitsverbots, das von der zuständigen Gesundheitsbehörde ausschließlich aus medizinischen Gründen nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) ausgesprochen wurde,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, seinen Beruf auszuüben, und
- er auch keine andere Tätigkeit ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung (siehe Absatz 1 a)) entspricht,

so liegt von Beginn an eine vollständige Berufsunfähigkeit vor. Betrifft das Tätigkeitsverbot nur einen Teil der bisherigen Berufstätigkeit, liegt teilweise Berufsunfähigkeit vor. Darüber hinaus gelten die Regelungen nach Absatz 1 b) und c).

(3) Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben

Wenn der Versorgungsberechtigte aus dem Berufsleben ausscheidet und später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden, wird bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, grundsätzlich auf den zuletzt vor Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung abgestellt.

(4) Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit

Als berufsunfähig gilt der Versorgungsberechtigte auch, wenn er pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.5 ist, das heißt aufgrund seiner Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.5 Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Ziffer 1.5 Absatz 2).

(5) Berufsunfähigkeit aufgrund voller Erwerbsminderung

Als berufsunfähig gilt der Versorgungsberechtigte auch, wenn er eine unbefristete Rente der Deutschen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung erhält. Dies gilt nur, wenn
- der Versorgungsberechtigte die Rente wegen voller Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen erhält und
- der Versorgungsberechtigte bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens 50 Jahre alt ist oder die Versorgung ohne Ausschlüsse oder Zuschläge abgeschlossen wurde und
- das Versorgungsverhältnis bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens seit 10 Jahren besteht.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition gemäß § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 20.04.2007.

1.5 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieses Pensionsplans?

Der Versorgungsberechtigte ist pflegebedürftig im Sinne dieses Pensionsplans, wenn er aufgrund seiner Pflegebedürftigkeit (siehe Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Absatz 2).

(1) Begriff und Dauer der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit des Versorgungsberechtigten liegt vor, wenn
- er gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe anderer bedarf und
- er 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 diesem Pensionsplan und somit auf den Versorgungsschutz aus dem Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge keine Auswirkungen. Der Wortlaut der genannten Paragrafen ist im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende dieses Pensionplans zu finden.

a) Mobilität

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

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 § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnommen werden.

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 § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnommen werden.

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 zwei 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 § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnommen werden.

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 § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnommen werden.

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 der Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnommen werden.

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

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 diesem Pensionsplan und somit auf den Versorgungsschutz aus dem Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge keine Auswirkungen. Der Wortlaut der genannten Paragrafen ist im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende dieses Pensionplans zu finden.

- 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 Berufsunfähigkeitsvorsorge (siehe Ziffer 1.1) erbringt der Pensionsfonds, wenn der Versorgungsberechtigte aufgrund seiner 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 diesem Pensionsplan und somit auf den Versorgungsschutz aus dem Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge keine Auswirkungen. Der Wortlaut der genannten Paragrafen ist im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende dieses Pensionplans zu finden.

Der Versorgungsberechtigte 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.

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 § 15 und der Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnommen werden.

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 § 15 und der Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnommen werden.

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. Der Versorgungsberechtigte ist pflegebedürftig bei Einstufung mindestens in den Pflegegrad 2, was ab 27 Gesamtpunkten gegeben ist (siehe § 15 Absatz 3 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

1.6 In welchen Ländern besteht Versorgungsschutz?

Der Versorgungsschutz aus dem Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge besteht weltweit.

2. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

In welchen Fällen ist der Versorgungsschutz ausgeschlossen?

Der Pensionsfonds leistet nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht worden ist

a) durch innere Unruhen, wenn der Versorgungsberechtigte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse.

Der Pensionsfonds leistet jedoch uneingeschränkt, wenn die Berufsunfähigkeit des Versorgungsberechtigten während eines Aufenthalts außerhalb Deutschlands in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen verursacht wurde, an denen er nicht selbst aktiv beteiligt war;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versorgungsberechtigten.

Der Pensionsfonds leistet jedoch uneingeschränkt, wenn die Berufsunfähigkeit ausschließlich durch eine vom Versorgungsberechtigten fahrlässig, grob fahrlässig oder vorsätzlich begangene Ordnungswidrigkeit (zum Beispiel im Straßenverkehr) oder durch ein fahrlässig oder grob fahrlässig begangenes Vergehen (zum Beispiel im Straßenverkehr) verursacht wurde;

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

Der Pensionsfonds leistet jedoch uneingeschränkt, wenn ihm 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 vom Vertragspartner ausgeübte widerrechtliche Handlung mit dem Vorsatz, die Berufsunfähigkeit des Versorgungsberechtigten 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.

Der Pensionsfonds leistet 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 fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht wird der Pensionsfonds innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versorgungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

3. Besondere Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

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

Inhalt dieses Abschnitts:

3.1 Welche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?
3.2 Welche Obliegenheiten zur Schadensminderung sind bei Berufsunfähigkeit zu beachten?
3.3 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung der Berufsunfähigkeit zu beachten?
3.4 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

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

(1) Einreichung von Unterlagen

Wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden, müssen dem Pensionsfonds unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers folgende Auskünfte gegeben und Unterlagen eingereicht werden, die zur Feststellung der Leistungspflicht des Pensionsfonds erforderlich sind:

a) eine Darstellung der Ursachen der Berufsunfähigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte, von denen der Versorgungsberechtigte untersucht wurde oder bei denen er in Behandlung ist oder war. Erforderlich sind Angaben zu Ursachen, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit;

c) Unterlagen über den Beruf des Versorgungsberechtigten, über seine Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

d) bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung und

e) wenn das Gutachten nicht geeignet ist, das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen des Pensionsfonds zu bestätigen, oder keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht oder diese kein Gutachten erstellt hat
- ausführliche Berichte der Ärzte, von denen der Versorgungsberechtigte untersucht wurde oder bei denen er in Behandlung ist oder war. Erforderlich sind Angaben zu Ursachen, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche 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.

f) bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) zusätzlich der Bescheid über das Tätigkeitsverbot und die dazugehörigen Unterlagen;

g) wenn Leistungen aufgrund voller Erwerbsminderung verlangt werden, den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung über die unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Auch bei späterer Einreichung der Unterlagen nach den Absätzen a) bis g) leistet der Pensionsfonds rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit (siehe Ziffer 1.2).

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

Der Versorgungsberechtigte kann eine solche Datenerhebung verweigern oder eine bereits erteilte Einwilligung widerrufen. Versorgungsleistungen werden jedoch nicht fällig, wenn der Pensionsfonds aufgrund des Verhaltens des Versorgungsberechtigten nicht feststellen kann, ob und in welchem Umfang der Pensionsfonds leistungspflichtig ist.

(3) Mitwirkung bei weiteren Untersuchungen und weiteren Nachweisen
Der Pensionsfonds kann verlangen, dass
- ihm Nachweise über wirtschaftliche Verhältnisse und deren Veränderungen vorgelegt werden. Hierzu zählen insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen - auch des Arbeitgebers - über den Beruf zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsverhältnisses;
- der Versorgungsberechtigte von Ärzten und Sachverständigen nach Wahl und auf Kosten des Pensionsfonds untersucht wird. Dabei handelt es sich um unabhängige Ärzte und Sachverständige, die nicht bei einer Allianz-Gesellschaft angestellt sind.

Wenn sich der Versorgungsberechtigte im Ausland aufhält, kann der Pensionsfonds verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernimmt der Pensionsfonds
- die Untersuchungskosten sowie
- die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten.

(4) Folgen einer Pflichtverletzung
Die Leistungen des Pensionsfonds werden fällig, wenn er die zur Feststellung des Leistungsfalls und des Umfangs seiner Leistung notwendigen Erhebungen abgeschlossen hat. Wenn eine der in diesem Abschnitt genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass der Pensionsfonds nicht feststellen kann, ob oder in welchem Umfang er leistungspflichtig ist. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass die Leistung des Pensionsfonds nicht fällig wird.

3.2 Welche Obliegenheiten zur Schadensminderung sind bei Berufsunfähigkeit zu beachten?

Pflicht zur Verwendung von Hilfsmitteln und zur Durchführung von Heilbehandlungen
Wenn eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist, ist der Versorgungsberechtigte verpflichtet,
- geeignete Hilfsmittel zu verwenden (zum Beispiel Brille, Prothese) und
- sich zumutbaren Heilbehandlungen zu unterziehen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Nicht zumutbar sind Heilbehandlungen, die eine Operation vorsehen.

3.3 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung der Berufsunfähigkeit zu beachten?

(1) Nachprüfung der Leistungspflicht
Wenn der Pensionsfonds anerkannt oder festgestellt hat, dass er leistungspflichtig ist, ist er berechtigt zu prüfen, ob
- der Versorgungsberechtigte weiterhin berufsunfähig ist und wenn ja, zu welchem Grad;
- der Versorgungsberechtigte eine andere Tätigkeit im Sinne von Ziffer 1.4 Absatz 1 a) ausübt; dabei können neu erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten berücksichtigt werden.

(2) Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten
Um die aktuelle Situation nachprüfen zu können,
- müssen dem Pensionsfonds jederzeit sachdienliche Auskünfte erteilt werden;
- kann der Pensionsfonds einmal jährlich verlangen, dass sich der Versorgungsberechtigte von einem durch den Pensionsfonds beauftragten Arzt umfassend untersuchen lässt.

Hierbei eventuell entstehende Kosten muss der Pensionsfonds tragen.

Darüber hinaus gelten die in Ziffer 3.1 Absatz 2 und 3 genannten Mitwirkungspflichten.

(3) Wegfall der Leistungspflicht des Pensionsfonds
Der Pensionsfonds ist nicht leistungspflichtig, wenn er feststellt, dass die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und er dies gegenüber dem Vertragspartner in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erklärt.

Zu dem Zeitpunkt, ab dem die Leistungspflicht des Pensionsfonds entfällt, muss der Vertragspartner auch die Beiträge wieder zahlen, wenn die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist.

3.4 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf die Leistungspflicht des Pensionsfonds
Wenn der Vertragspartner, der Versorgungsberechtigte oder die Person, die Anspruch auf Leistungen erhebt, eine der Obliegenheiten nach Ziffer 3.2 und Ziffer 3.3 verletzt haben, kann dies dazu führen, dass der Pensionsfonds nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist. Hierauf kann sich der Pensionsfonds jedoch nur berufen, wenn er den Vertragspartner durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat. Im Einzelnen gilt:
- Wenn diese Obliegenheiten vorsätzlich verletzt werden, ist der Pensionsfonds nicht leistungspflichtig.
- Wenn diese Obliegenheiten grob fahrlässig verletzt werden, ist der Pensionsfonds berechtigt, seine Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Wenn der Vertragspartner nachweist, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzt der Pensionsfonds die Leistungen nicht.

Auch im Falle von Vorsatz und grober Fahrlässigkeit ist der Pensionsfonds zur Leistung verpflichtet, wenn der Vertragspartner ihm nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Leistungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Pensionsfonds

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

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

4. Erklärung über die Leistungspflicht

Wann gibt der Pensionsfonds eine Erklärung über seine Leistungspflicht ab?

Während der Leistungsprüfung informiert der Pensionsfonds den Vertragspartner im Abstand von höchstens 4 Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

Wenn dem Pensionsfonds alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, erklärt der Pensionsfonds spätestens nach 2 Wochen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail), ob er leistet und wenn ja, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt.

Auf die Möglichkeit eines befristeten Anerkenntnisses verzichtet der Pensionsfonds ausdrücklich.

5. Ergänzende Regelungen zu den Kosten dieses Versorgungsverhältnisses

Was gilt ergänzend für die Kosten des Bausteins Berufsunfähigkeitsvorsorge?

(1) Abschluss- und Vertriebskosten
Auch mit dem Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge sind Abschluss- und Vertriebskosten verbunden (siehe dazu die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Kosten dieses Versorgungsverhältnisses", Unterabschnitt "Welche Kosten sind in den Beitrag einkalkuliert?", Absatz "Abschluss- und Vertriebskosten").

(2) Verwaltungskosten
Die Verwaltungskosten für den Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge sind die Kosten für die laufende Verwaltung des Bausteins Berufsunfähigkeitsvorsorge. Auch diese Kosten sind vom Vertragspartner zu tragen. Die Verwaltungskosten sind in den Beitrag einkalkuliert und müssen daher nicht gesondert gezahlt werden.

Der Pensionsfonds belastet den Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge wie folgt mit Verwaltungskosten:
- In Form eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge für den Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge. Diese Verwaltungskosten entnimmt der Pensionsfonds den Beiträgen sofort.
- Wenn der Pensionsfonds Leistungen aus dem Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge erbringt, in Form eines jährlichen Prozentsatzes des gebildeten Kapitals des Bausteins Berufsunfähigkeitsvorsorge, sofern eine versicherungsförmige Rückdeckung vereinbart wurde. Ist keine versicherungsförmige Rückdeckung vereinbart, in Form jährlicher Kosten in fixer Höhe.

6. Abhängigkeit des Bausteins Berufsunfähigkeitsvorsorge vom Grundbaustein

Inhalt dieses Abschnitts:
6.1 In welchen Fällen erlischt bei Beendigung des Grundbausteins der Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge?
6.2 Wann geht der Barwert der zugesagten Leistung dieses Bausteins in die Ermittlung der erforderlichen Mittel ein?
6.3 Wie wirkt sich eine Aufhebung des Versorgungsverhältnisses auf den Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge aus?

6.1 In welchen Fällen erlischt bei Beendigung des Grundbausteins der Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge?

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

(2) Fortbestand des Versorgungsschutzes trotz Erlöschens des Grundbausteins
Eine Berufsunfähigkeitsrente bleibt in unveränderter Höhe eingeschlossen, wenn ein Baustein Hinterbliebenenrente vor Rentenbeginn eingeschlossen ist und der Grundbaustein umgestellt wird, weil die mitzuversorgende Person in der Anwartschaftsphase gestorben ist, der Versorgungsberechtigte jedoch noch lebt.

6.2 Wann geht der Barwert der zugesagten Leistung dieses Bausteins in die Ermittlung der erforderlichen Mittel ein?

Sofern keine versicherungsförmige Rückdeckung vereinbart worden ist, geht der Barwert der zugesagten Leistung dieses Bausteins in die Ermittlung der erforderlichen Mittel für die Pensionsfondsversorgungen (siehe Teil C Ziffer 3) ein. Die zugesagten Leistungen dieses Bausteins unterliegen daher der Deckungsmittelüberprüfung (siehe Teil C Ziffer 5) und der Nachschusspflicht (siehe Teil B Ziffer 3.3).

6.3 Wie wirkt sich eine Aufhebung des Versorgungsverhältnisses auf den Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge aus?

Wenn das Vertragsverhältnis in Bezug auf das betroffene Versorgungsverhältnis durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird und die Versorgungsleistung Berufsunfähigkeitsrente nicht der Deckungsmittelüberprüfung unterliegt, zahlt der Pensionsfonds den Kündigungswert des Bausteins Berufsunfähigkeitsvorsorge.

Dieser ist das Deckungskapital des Bausteins Berufsunfähigkeitsvorsorge (in entsprechender Anwendung des § 169 Versicherungsvertragsgesetz - VVG), das nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Stichtag berechnet wird. Von dem so ermittelten Betrag nimmt der Pensionsfonds einen Abzug vor (in entsprechender Anwendung des § 169 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

Falls die Versorgungsleistung Berufsunfähigkeitsrente der Deckungsmittelüberprüfung unterliegt, erlischt der Baustein.

7. Abänderungen zum Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge - Berufsunfähigkeitsrente E315 (PF)

Für das Versorgungsverhältnis sind eine oder mehrere der nachfolgenden Abänderungen vereinbart.

Welche Abänderungen für das Versorgungsverhältnis gelten, kann der Vertragspartner seiner Versorgungsbescheinigung entnehmen.

Für die einzelnen Abänderungen gilt Folgendes:

Abänderung BV1: Der Grundbaustein ist ein Baustein zur Altersvorsorge der Leistungszusage Pensionsfonds Chance LifePortfolio.

Ziffer 1.1 Absatz 2 wird ersetzt durch:

"(2) Einschränkung der Leistungspflicht
Die Leistungspflicht des Pensionsfonds endet, wenn die aus den Rückdeckungsversicherungen voraussichtlich finanzierbaren Leistungen (siehe Teil C Ziffer 3) zur Finanzierung der Renten gemäß Absatz 1 nicht mehr ausreichen."

Ziffer 6.2 wird ersetzt durch:

"6.2 Gehen die zugesagten Leistungen in die Ermittlung der erforderlichen Leistungen ein?

Die aus diesem Baustein zugesagten Leistungen gehen in die Ermittlung der Summe der zugesagten Leistungen aller Versorgungsverhältnisse eines Versorgungsvertrags für die Pensionsfondsversorgungen ein. Die zugesagten Leistungen dieses Bausteins unterliegen daher der Finanzierungsüberprüfung (siehe Teil C Ziffer 5) und der Nachschusspflicht (siehe Teil B Ziffer 3.3)."

Ziffer 6.3 wird ersetzt durch:

"6.3 Wie wirkt sich eine Aufhebung des Versorgungsverhältnisses auf den Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge aus?

Wenn das Vertragsverhältnis in Bezug auf das betroffene Versorgungsverhältnis durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, erlischt der Baustein."

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

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

§ 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	