

Tarif FEELcare

betriebliche Krankenzusatzversicherung

Fassung Januar 2024

Wesentliche Merkmale des Tarifs FEELcare

Assistanceleistungen:

Benennung und Vermittlung

- Pflege-Einrichtungen/Dienstleistungen, Hilfs- und Pflegedienste, Selbsthilfegruppen, Therapiezentren, Pflege-WGs, Betreutes Wohnen, Beratungseinrichtungen und Psychologen
- Pflegeheimplatz innerhalb von 24 Stunden
- 24-Stunden-Pflegehilfe
- Anbieter für Pflegehilfsmittel
- Wohnraumberatung
- MenüsERVICE
- Mobile Nagel-/Fußpflege und Friseur
- Professionelle Pflegeschulung
- Pflegemediation
- Person zur Erledigung von Besorgungen und Einkäufe, Reinigung der Wäsche, Wohnungsreinigung

Beratung und Betreuung

- 24-Stunden-Telefonhotline
- Pflege-Case-Management
- Telefonische Pflegeberatung
- Telefonische Spezialberatung zur Demenz
- Beschaffung von notwendigen Bescheinigungen für die SPV und PPV
- Übersendung von Formularen zur Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

Organisation

- Persönliche Begleitung bei Arzt- oder Behördenangehörigen
- Soziale Betreuung
- Fahrdienste zu Ärzten, ins Krankenhaus, zur Krankengymnastik oder Therapie
- Grundpflege per ambulatem Pflegedienst
- Hospizplätze

- Psychosoziale Beratung
- Medikamentenblisterservice

Budgetleistungen:

Je pflegebedürftigem Angehörigen gilt ein monatlicher Höchsterstattungsbetrag von insgesamt

- 300 € in Tarifstufe FEELcare 300
- 600 € in Tarifstufe FEELcare 600
- 900 € in Tarifstufe FEELcare 900

Das Budget kann für folgende Leistungen in Anspruch genommen werden:

- 50% des Budgets für 24-Stunden-Pflegehilfen
- Pflegehilfsmittel
- Kurzzeitpflege
- Verhinderungspflege
- Tages-/Nachtpflege
- Bis zu 125 € des Budgets für Besorgungen, Einkäufe, Waschen, Pflege der Wäsche, Wohnungsreinigung, Soziale Betreuung
- Grundpflege
- Hausnotrufanlage
- Psychosoziale Beratung
- Persönliche Pflegeberatung vor Ort

Einmalzahlung

Je Hauptversicherten, bei dem mindestens Pflegegrad 2 vorliegt, zahlen wir eine Einmalzahlung in Höhe von

- 15.000 € in Tarifstufe FEELcare 15.000
- 20.000 € in Tarifstufe FEELcare 20.000
- 25.000 € in Tarifstufe FEELcare 25.000

Bei Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 2) aufgrund eines Arbeitsunfalls verdoppelt sich die Einmalzahlung.

Inhalt

Allgemeine Versicherungsbedingungen.....	3
§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung? ..	3
§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz und an wen und wann leisten wir?	4
§ 3 Was passiert, wenn der Versicherungsnehmer die Tarifstufen im Gruppenversicherungsvertrag ändert?	4
§ 4 Wann kann der Hauptversicherte und der Versicherungsnehmer gegen unsere Forderungen aufrechnen?.....	5
§ 5 Wartezeiten	5
§ 6 Welche Nachweise brauchen wir, damit wir leisten können und welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?.....	5
§ 7 Was leisten wir im Ausland?.....	6
§ 8 Wann leisten wir nicht oder nur eingeschränkt?.....	6
§ 9 Welche Pflichten muss der Hauptversicherte beachten? Was geschieht, wenn diese Pflichten verletzt werden?.....	7
§ 10 Wer bezahlt die Beiträge?	7
§ 11 Wie berechnen wir die Beiträge und wann muss der Versicherungsnehmer die Beiträge bezahlen?.....	7
§ 12 Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen ändern?.....	8
§ 13 Wann endet das Versicherungsverhältnis und wann endet der Versicherungsschutz?	9
§ 14 Wann und wie kann der Gruppenversicherungsvertrag gekündigt werden?	9
§ 15 Wie muss eine Mitteilung aussehen, die an uns gerichtet wird?	9
§ 16 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?.10 Tarif FEELcare	12
Fachbegriffe.....	15
Gesetzestexte	18

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) zu Tarif FEELcare

Die mit ➤ gekennzeichneten Fachbegriffe werden im Anhang erklärt.

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung?

(1) Mit wem wird die Versicherung abgeschlossen?

Wir sind die Hallesche Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Stuttgart. Die ➤Gruppenspitze ist unser Vertragspartner und hat mit uns einen ➤Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen. Er ist deshalb der ➤Versicherungsnehmer und bestimmt, welche ➤Tarifstufen gelten. Die Personen, die von der Gruppenspitze angemeldet werden, sind die ➤Hauptversicherten. Die Tarifstufe, die für den jeweiligen Hauptversicherten gültig ist, steht in der Versicherungsbestätigung.

Um die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Tarif leicht lesbar zu machen, verwenden wir in der Regel die männliche Schreibweise. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Form.

(2) Was ist versichert?

Wir leisten im ➤Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein einmaliges Pflegegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Wir erbringen, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

Der Tarif enthält, abhängig von der ➤Tarifstufe,

- Leistungen für den Hauptversicherten, wenn er ➤Pflegeperson eines ➤pflegebedürftigen ➤nahen Angehörigen ist,
- Leistungen für den Hauptversicherten, wenn er selbst pflegebedürftig wird.

Jede Tarifstufe enthält zusätzlich Assistanceleistungen.

Die Art und Höhe der Leistungen stehen im Tarif FEELcare (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

(3) Was ist ein Versicherungsfall?

Der Versicherungsfall ist

- In Tarifstufe FEELcare 300/FEELcare 600/FEELcare 900 die Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen des Hauptversicherten nach ➤Pflegegrad 2 bis 5.
- In Tarifstufe FEELcare 15.000/FEELcare 20.000/FEELcare 25.000, wenn die Pflegebedürftigkeit des Hauptversicherten erstmals mindestens Pflegegrad 2 erreicht.

Der Versicherungsfall beginnt mit Eintritt dieser Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn diese Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

Für das Datum des Eintritts der Pflegebedürftigkeit ist die Entscheidung der ➤SPV oder ➤PPV maßgeblich. Vorläufige Pflegegradzuordnungen der SPV oder PPV, z.B. bei Vorab-Begutachtung beim Aufenthalt im Krankenhaus bleiben außer Betracht.

Falls ein Gutachten gem. § 6 (1) erforderlich ist, sind die Feststellungen dieses Gutachtens maßgeblich.

Die Assistanceleistungen können unabhängig vom Versicherungsfall in Anspruch genommen werden.

(4) Wo ist der Umfang des Versicherungsschutzes geregelt?

Der Umfang ergibt sich aus

- der Versicherungsbestätigung,
- diesem Tarif,
- diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen,
- dem Gruppenversicherungsvertrag nebst ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen,
- den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Wer kann Hauptversicherter sein?

In diesem Tarif können Personen Hauptversicherte sein,

- die als Mitarbeiter in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind und
- die in der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind. Endet die Versicherung dort, dann endet auch die Versicherung des Hauptversicherten hier.

Die Gruppenspitze als Versicherungsnehmer kann ihre Rechte und Pflichten aus diesem Versicherungsverhältnis auf den Hauptversicherten übertragen. Wenn der Hauptversicherte diese Rechte und Pflichten übernommen hat, gelten für ihn diese Regelungen genauso, wie sie für den Versicherungsnehmer gelten.

§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz und an wen und wann leisten wir?

(1) Wie erfolgt die Anmeldung und wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der ➤Versicherungsnehmer meldet die zu versichernden Personen über das Firmenkundenportal im ➤Gruppenversicherungsvertrag an.

Wir verpflichten uns, jede ordnungsgemäße Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag anzunehmen.

Sofern vereinbart, stellen wir für jeden ➤Hauptversicherten eine Versicherungsbestätigung aus.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Beginn des Versicherungsverhältnisses. Das Versicherungsverhältnis beginnt zum 1. des Monats, in dem der Hauptversicherte in das Unternehmen des Versicherungsnehmers eintritt (Eintrittsdatum).

In folgenden Fällen ist dies anders:

- Die Anmeldung des Mitarbeiters erfolgt erst im übernächsten Monat (oder später) nach dem Eintritt: Beginn des Versicherungsverhältnisses ist

hier der 1. des Monats, in dem die Anmeldung uns zugeht.

- Der Beginn des Gruppenversicherungsvertrages liegt nach dem Eintrittsdatum: Das Versicherungsverhältnis beginnt dann mit Beginn des Gruppenversicherungsvertrages.

Ist ein ➤Versicherungsfall eingetreten, bevor der Versicherungsschutz beginnt, leisten wir

- In ➤Tarifstufen FEELcare 300/FEELcare 600/FEELcare 900 nicht für die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes,
- In Tarifstufe FEELcare 15.000/FEELcare 20.000/FEELcare 25.000 nicht.

(2) An wen leisten wir?

Wir leisten an den Hauptversicherten. Wenn der Hauptversicherte möchte, dass wir an den ➤nahen Angehörigen leisten, dann muss er uns dies in ➤Textform mitteilen.

Ansprüche auf Leistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das gilt nicht, wenn das Versicherungsverhältnis ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossen wurde. Gesetzliche Abtretungsverbote gelten trotzdem.

(3) Wann leisten wir?

Der Hauptversicherte erhält die Leistungen auf Antrag.

Wir leisten ab der Antragstellung, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Stellt der Hauptversicherte in Tarifstufe FEELcare 300/FEELcare 600/FEELcare 900 den Antrag nach Ablauf des Monats, in dem die ➤Pflegebedürftigkeit (➤Pflegegrad 2 oder höher) eingetreten ist, leisten wir vom Beginn des Monats der Antragstellung.

§ 3 Was passiert, wenn der ➤Versicherungsnehmer die ➤Tarifstufen im ➤Gruppenversicherungsvertrag ändert?

Bei einer Änderung der Tarifstufe gilt:

- In den Tarifstufen FEELcare 300/FEELcare 600/FEELcare 900 erfolgt die Leistung aus der

- neuen Tarifstufe ab dem Tag, ab dem die Änderung wirksam wird.
- In den Tarifstufen FEELcare 15.000/ FEELcare 20.000/FEELcare 25.000 erfolgt die Leistung aus der Tarifstufe, die an dem Tag bestanden hat für den die ➤SPV oder ➤PPV erstmals den ➤Pflegegrad 2 oder höher festgestellt hat.

§ 4 Wann kann der ➤Hauptversicherte und der ➤Versicherungsnehmer gegen unsere Forderungen aufrechnen?

Der Hauptversicherte und der Versicherungsnehmer können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen,

- soweit die Gegenforderung unbestritten oder
- rechtskräftig festgestellt ist.

§ 5 Wartezeiten

Auf Wartezeiten wird verzichtet.

§ 6 Welche Nachweise brauchen wir, damit wir leisten können und welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?

(1) Welche Nachweise brauchen wir, damit wir leisten können?

Für die Assistanceleistungen brauchen wir in der Regel die Versicherungsnummer und die Personendaten des ➤Hauptversicherten.

Für die ➤Tarifstufen FEELcare 300/FEELcare 600/ FEELcare 900 werden in der Regel folgende Nachweise benötigt:

1. Eigenschaft des Hauptversicherten als ➤Pflegeperson, z.B. durch Vorlage der Bescheinigung der Pflegekasse,
2. Den ➤Pflegegrad der ➤pflegebedürftigen Person nach der ➤SPV bzw. ➤PPV,
3. dass der Hauptversicherte und die pflegebedürftige Person ➤nahe Angehörige sind,
4. Rechnungen; diese brauchen wir im Original. Besteht eine weitere Versicherung, reichen auch Kopien der Rechnungen aus. Auf diesen müssen die Leistungen des anderen ➤Versicherers bestätigt sein. Die Rechnungen müssen stets folgende Informationen enthalten:

- den Vor- und Zunamen der Person, für die die Leistung erbracht wurde,
- die Angabe der einzelnen Leistungen sowie
- die Daten der Leistungserbringung.

Für die Tarifstufe FEELcare 15.000/ FEELcare 20.000/FEELcare 25.000 werden in der Regel folgende Nachweise benötigt:

1. dass der Hauptversicherte mindestens Pflegegrad 2 nach der SPV/PPV hat und ab wann dies der Fall ist.
2. falls ➤Pflegebedürftigkeit aufgrund eines ➤Arbeitsunfalls eingetreten ist, den Nachweis hierüber.

Zum Nachweis der SPV oder PPV über die Einordnung in den jeweiligen Pflegegrad, gehört auch

- die Angabe des Befundes,
- die Diagnose sowie
- die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit.

Wenn keine Begutachtung durch die SPV oder PPV zur Einordnung in den Pflegegrad möglich ist, kann ein Gutachter beauftragt werden. Die Beauftragung erfolgt durch uns. Der Gutachter untersucht den Hauptversicherten bzw. den nahen Angehörigen und stuft ihn gemäß §§ 14 ff. SGB XI (siehe Anhang) in einen Pflegegrad ein. Der Hauptversicherte kann von uns verlangen einen Gutachter zu beauftragen.

Welche weiteren Voraussetzungen vorliegen müssen, damit wir die Leistung ausbezahlen können, steht in § 14 VVG (siehe Anhang).

Solange die von uns geforderten Nachweise nicht erbracht werden, müssen wir nicht leisten. Wenn wir leisten, werden die Nachweise unser Eigentum.

(2) Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?

Wir können folgende Kosten abziehen:

- Kosten für die Überweisung in das Ausland, wenn der Hauptversicherte uns kein Inlandskonto benennt,
- Kosten für Übersetzungen.

§ 7 Was leisten wir im Ausland?

(1) Gilt der Versicherungsschutz im Ausland?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege

- in der Bundesrepublik Deutschland,
- in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (➤EU),
- in der Schweiz.

Wir leisten in diesen Staaten höchstens das, was wir auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland hätten leisten müssen. Die Assistanceleistungen erbringen wir nur in der Bundesrepublik Deutschland.

Bitte beachten Sie folgenden Hinweis: Unter Umständen ist ein ➤Hauptversicherter nicht länger in seinem Tarif ➤versicherungsfähig, wenn er aus Deutschland wegzieht.

(2) Wie erstatten wir Rechnungen in Fremdwährung?

Wenn die Kosten in einer fremden Währung entstanden sind, rechnen wir diese in Euro um. Wir nehmen hierbei den aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank bzw. der Devisenkurs der Deutschen Bundesbank. Weist der Versicherte mittels Bankbeleg nach, dass er die Devisen teurer erworben hat, gilt dieser Kurs.

§ 8 Wann leisten wir nicht oder nur eingeschränkt?

(1) Wann leisten wir nicht?

Wir leisten nicht

- für Versicherungsfälle, die auf ➤Vorsatz oder Sucht beruhen, sowie deren Folgen,
- solange sich der ➤Hauptversicherte oder dessen ➤naher Angehöriger in einem Land außerhalb der ➤EU, ➤EWR oder Schweiz aufhalten. Diese Regelung gilt auch dann, wenn die ➤Pflegebedürftigkeit während eines vorübergehenden Aufenthaltes eintritt,
- soweit der nahe Angehörige als ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder privaten Krankenversicherung (PKV) aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Kranken-

pflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat (vgl. § 37 SGB V im Anhang),

- für Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben. Das gilt nur, wenn der ➤Versicherungsfall nach der Benachrichtigung über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwächt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennen wir eine solche.

(2) Leisten wir bei Krieg, Unruhen und Terror?

Wir leisten nicht, wenn der ➤Versicherungsfall durch Kriegsereignisse verursacht wird oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.

Wir leisten auch nicht, wenn beim Hauptversicherten oder dessen nahe Angehörigen außerhalb Deutschlands Pflegebedürftigkeit eintritt, weil sie sich an Unruhen aktiv beteiligen.

Wir leisten auch nicht, wenn beim Hauptversicherten oder dessen nahen Angehörigen außerhalb Deutschlands aufgrund von Kriegsereignissen oder terroristischen Anschlägen der Versicherungsfall eintritt. Wir leisten aber, wenn

- das deutsche Auswärtige Amt nicht vor Reisen in das Reisegebiet warnt oder
- eine Warnung für das Reisegebiet erst ausspricht, wenn der Hauptversicherte oder dessen nahe Angehörige schon dort sind und
- sie das Gebiet ➤unverzüglich verlassen oder
- schuldlos daran gehindert werden, das Gebiet zu verlassen. Das könnte z.B. eintreten, wenn ihnen Lebensgefahr dadurch droht, dass sie das Gebiet verlassen.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen.

(3) In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Wir können die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, wenn

- die Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- die geforderte Vergütung nicht angemessen ist.

(4) Was geschieht, wenn mehrere Kostenträger beteiligt sind?

Wenn der Hauptversicherte oder der nahe Angehörige wegen desselben Versicherungsfalles Anspruch gegen mehrere Kostenträger hat, dürfen die Leistungen zusammen genommen nicht die gesamten Aufwendungen übersteigen.

In Teil II Tarif FEELcare haben wir geregelt, dass die Leistungen der anderen Kostenträger vorab in Anspruch genommen werden müssen.

§ 9 Welche Pflichten muss der ➤Hauptversicherte beachten? Was geschieht, wenn diese Pflichten verletzt werden?

(1) Welche Pflichten muss der Hauptversicherte beachten?

Wir können Folgendes verlangen:

1. Der Hauptversicherte und der als empfangsberechtigt benannte ➤nahe Angehörige (vgl. § 2 (2)) muss uns oder jemanden, den wir dazu beauftragen, jede Auskunft erteilen, die wir brauchen, um feststellen zu können,
 - ob ein ➤Versicherungsfall vorliegt und
 - ob und in welchem Umfang wir leisten.
2. Auf unser Verlangen ist der Hauptversicherte oder bzw. dessen naher Angehöriger verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Den Wegfall und jede Minderung der ➤Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen muss uns der Hauptversicherte ➤unverzüglich mitteilen.
4. Der nahe Angehörige hat, soweit es möglich ist, für die Besserung seiner Pflegebedürftigkeit zu sorgen und nichts zu tun, was die Besserung oder Überwindung der Pflegebedürftigkeit behindert.

5. Es sind anzugeben:

- jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung und
- das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) des nahen Angehörigen aus der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (vgl. § 37 SGB V im Anhang).

(2) Was geschieht, wenn diese Pflichten verletzt werden?

Wenn eine dieser Pflichten verletzt wird, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 2 bis 4 VVG. Dieser ist im Anhang zu finden.

Die Kenntnis oder das Verschulden des nahen Angehörigen rechnen wir dem Hauptversicherten zu.

§ 10 Wer bezahlt die Beiträge?

Der ➤Versicherungsnehmer bezahlt die Beiträge.

§ 11 Wie berechnen wir die Beiträge und wann muss der ➤Versicherungsnehmer die Beiträge bezahlen?

(1) Wie berechnen wir die Beiträge?

Die Berechnung der Beiträge unterliegt gesetzlichen Vorgaben und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge sind altersunabhängig kalkuliert.

Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz erweitert und dadurch ein höheres Risiko besteht, steht uns ein angemessener Zuschlag zu. Diesen erheben wir zusätzlich zum Beitrag nur für den hinzukommenden Versicherungsschutz.

Bei Beitragsänderungen können wir besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.

(2) Wann muss der Versicherungsnehmer die Beiträge bezahlen?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, den der Versicherungsnehmer ab ➤Versicherungsbeginn auf unser Konto als ➤Versicherer bezahlen muss. Der Versicherungsnehmer kann ihn aber auch in gleichen mo-

natlichen Raten bezahlen. Wir stunden dem Versicherungsnehmer in diesem Fall die Beitragsraten jeweils bis zu ihrer Fälligkeit am Ersten eines jeden Monats.

Ändert sich der Jahresbeitrag während des ➤Versicherungsjahres,

- muss der Versicherungsnehmer die Differenz von dem Zeitpunkt der Änderung bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw.
- wir zahlen diese Differenz zurück, wenn wir den Beitrag senken.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, ➤unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang der Rechnung zu zahlen, frühestens jedoch mit Beginn des ➤Gruppenversicherungsvertrages. Alternativ ist die erfolgreiche Akzeptanz der SEPA-Lastschrift zur Einlösung des Erstbeitrages unverzüglich nach Zugang des Gruppenversicherungsvertrages sicherzustellen, frühestens jedoch mit Beginn des Gruppenversicherungsvertrages.

(3) Was passiert, wenn der Versicherungsnehmer die Beiträge nicht oder nicht rechtzeitig bezahlt?

Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig, kann dies zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Hierbei beachten wir §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang).

Wenn der Versicherungsnehmer in ➤Textform gemahnt wird, dann verlangen wir eine angemessene Gebühr.

Wird der Gruppenversicherungsvertrag oder ein Gruppenversicherungsvertragsteil vor Ablauf seiner Laufzeit beendet, steht uns der Beitrag nur für den Zeitraum zu, in dem Versicherungsschutz bestand.

Treten wir zurück, weil der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag bzw. die Beitragsrate nicht rechtzeitig bezahlt hat, verlangen wir eine angemessene Gebühr.

Die Beiträge sind an die Stelle zu entrichten, die wir dem Versicherungsnehmer nennen.

Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 3% gewährt.

§ 12 Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen ändern?

(1) Wann können wir die Beiträge ändern?

Im Rahmen der gruppenvertraglichen Zusage können sich unsere Leistungen ändern, z.B. durch

- die Veränderung der Pflegekosten,
- die Veränderung der Pflegedauer,
- die Veränderung der Häufigkeit von Pflegefällen oder
- steigender Lebenserwartung.

Deshalb vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen Leistungen mit den Leistungen, die wir gemäß unseren technischen Berechnungsgrundlagen kalkuliert haben.

Weichen die erforderlichen Leistungen einer ➤Tarifstufe um mehr als 5% von den kalkulierten ab, überprüfen wir in dieser Tarifstufe die Tarifbeiträge und passen sie – soweit erforderlich – an.

Unter den oben genannten Voraussetzungen können wir zusätzlich auch betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge und vereinbarte Beitragszuschläge so anpassen, dass der Wert des Versicherungsschutzes erhalten bleibt.

Die Anpassungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir den ➤Versicherungsnehmer benachrichtigt haben.

(2) Wann können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

- a) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir diese Bedingungen und die Tarifbestimmungen diesen neuen Verhältnissen anpassen. Dies setzt voraus, dass die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der ➤Versicherungsnehmer und ➤Hauptversicherten erforderlich erscheinen.

Die Änderungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Änderungen sowie die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben.

b) Wir können darüber hinaus eine Bestimmung in diesen Bedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn die zu ersetzende Bestimmung durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- bestandskräftigen Verwaltungsakt

für unwirksam erklärt wurde. Dies setzt voraus, dass

- dies notwendig ist, um den ➤Gruppenversicherungsvertrag fortzuführen oder
- der Gruppenversicherungsvertrag ohne diese neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Dabei werden auch die Interessen der jeweils anderen Partei mitberücksichtigt.

Die neue Regelung wird nur wirksam, wenn sie

- das Vertragsziel wahrt und
- die Belange des Versicherungsnehmers und der Hauptversicherten angemessen berücksichtigt.

Zwei Wochen, nachdem wir den Versicherungsnehmer und den Hauptversicherten die Regelung und die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben, wird die Regelung Bestandteil des Gruppenversicherungsvertrages.

§ 13 Wann endet das Versicherungsverhältnis und wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Wann endet das Versicherungsverhältnis?

Das Versicherungsverhältnis endet

- mit der Beendigung des ➤Gruppenversicherungsvertrages,
- mit dem Tod des ➤Hauptversicherten,
- mit dem Ablauf des Monats, in dem der Hauptversicherte das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht,
- mit dem Ausscheiden des Hauptversicherten aus dem versicherbaren Personenkreis, d.h. wenn er z.B. nicht mehr beim ➤Versicherungsnehmer beschäftigt ist oder nicht mehr in der ➤SPV/ ➤PPV versichert ist,

- wenn der Hauptversicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt. Es sei denn, es handelt sich um einen in § 7 (1) genannten.

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, das Versicherungsverhältnis in den genannten Fällen abzumelden. Die Abmeldungen für den laufenden Monat müssen uns spätestens am letzten Tag des Folgemonats zugegangen sein.

Das Versicherungsverhältnis besteht aber weiterhin, wenn es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Wir können im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

(2) Wann endet der Versicherungsschutz?

Endet das Versicherungsverhältnis des Hauptversicherten, endet der Versicherungsschutz für ihn und seine ➤nahen Angehörigen.

Dies gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

§ 14 Wann und wie kann der ➤Gruppenversicherungsvertrag gekündigt werden?

Im Falle der Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages kann die Kündigung auch auf einzelne ➤Tarifstufen oder ➤Hauptversicherte beschränkt werden.

Über die Regelungen im Gruppenversicherungsvertrag hinaus kann der ➤Versicherungsnehmer den Gruppenversicherungsvertrag kündigen, wenn wir gemäß § 8 unsere Leistungen vermindern. Dies muss der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Zugang unserer Mitteilung zum Zeitpunkt der Änderung tun.

§ 15 Wie muss eine Mitteilung aussehen, die an uns gerichtet wird?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der ➤Textform.

§ 16 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

(1) Wo kann der >Hauptversicherte oder >Versicherungsnehmer eine Klage gegen uns einreichen?

Klagen des Hauptversicherten können bei dem Gericht

- am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Hauptversicherten oder
- am Sitz der Hallesche Krankenversicherung a.G. anhängig gemacht werden.

Klagen des Versicherungsnehmers können bei dem Gericht am Sitz der Hallesche Krankenversicherung a.G. anhängig gemacht werden.

(2) Wo können wir eine Klage gegen den Hauptversicherten oder Versicherungsnehmer einreichen?

Wir können eine Klage gegen den Hauptversicherten bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem der Hauptversicherte

- seinen Wohnsitz hat oder
- seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, wenn er keinen Wohnsitz hat.

Wir können eine Klage gegen den Versicherungsnehmer bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem der Versicherungsnehmer

- seinen Wohnsitz oder
- den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes hat.

(3) Wo können wir Klage einreichen, wenn der Hauptversicherte bzw. der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt hat oder uns dieser nicht bekannt ist?

Wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Hauptversicherte nach Vertragsschluss seinen Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes, seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht zu den in § 7 (1) genannten Staaten gehört, dann ist für Klagen das Gericht an unserem Sitz zuständig. Das gilt auch, wenn uns der Ort nicht bekannt ist, an dem sich der Versi-

cherungsnehmer bzw. der Hauptversicherte gewöhnlich aufhält.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Wenn der >Hauptversicherte nicht mit unseren Entscheidungen zufrieden ist oder Verhandlungen mit uns nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, kann sich der Hauptversicherte an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Hat der >Versicherungsnehmer den Vertrag online abgeschlossen (z.B. über eine Webseite), kann er sich mit seiner Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Die Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Ist der Hauptversicherte oder Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch uns nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, kann sich der Hauptversicherte oder Versicherungsnehmer auch an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Teil II Tarif FEELcare

Der Tarif (Teil II Tarif FEELcare) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Allgemeine Versicherungsbedingungen zu Tarif FEELcare).

In ➤Tarifstufe FEELcare 300/FEELcare 600/FEELcare 900 stellen wir bei ➤Pflegebedürftigkeit eines ➤nahen Angehörigen des ➤Hauptversicherten eine monatliche Budgetleistung zur Verfügung. Bei Tarifstufe FEELcare 15.000/FEELcare 20.000/FEELcare 25.000 erhält der Hauptversicherte im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit eine Einmalzahlung.

Als zusätzliche Leistung erbringen wir folgende Assistanceleistungen gegenüber dem Hauptversicherten und dem nahen Angehörigen.

I. Assistanceleistungen

Wir erbringen Assistanceleistungen als sonstige Leistung unabhängig vom Eintritt des Versicherungsfalles. Voraussetzung ist stets, dass die jeweilige Assistanceleistung

- unmittelbar mit einer künftigen oder bestehenden Pflegebedürftigkeit des Hauptversicherten bzw. seines nahen Angehörigen zusammenhängt und
- die jeweilige Beratung oder Betreuung bzw. die jeweils benannte, vermittelte oder organisierte Dienstleistung wegen dieser Pflegebedürftigkeit benötigt wird.

Die Assistanceleistungen werden durch einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister erbracht. Dieser erbringt die Leistungen selbst oder beauftragt dazu qualifizierte Dritte.

Leistungen, die über die Assistanceleistung hinausgehen, z.B. die vermittelten oder organisierten Dienstleistungen, sind dabei nicht versichert. Es kann aber ggf. eine Kostenerstattung nach Tarifstufe FEELcare 300/FEELcare 600/FEELcare 900 in Betracht kommen. Die Leistungen werden in den Budgetleistungen unter Punkt II. aufgezeigt.

Es besteht die Möglichkeit, dass einzelne Assistanceleistungen dieses Tarifs auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen nicht mehr angebo-

ten werden oder neue Dienstleistungen verfügbar sind. In diesem Fall können wir als ➤Versicherer den Tarif unter den Voraussetzungen des § 12 (2a) der AVB überprüfen und anpassen.

(1) Benennung und Vermittlung von Dienstleistungen

- Benennung und Vermittlung von geeigneten Pflege-Einrichtungen/Dienstleistungen, Hilfs- und Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, Therapiezentren, Beratungseinrichtungen und Psychologen
- Vermittlung eines Pflegeheimplatzes (vollstationäre Pflegeheimversorgung oder Kurzzeitpflege) inklusive Transportorganisation innerhalb von 24 Stunden in Deutschland. Die 24-Stundenfrist gilt nicht für suizidgefährdete Erwachsene und Kinder.
- Vermittlung einer ➤24-Stunden-Pflegehilfe
- Benennung eines geeigneten Wohnumfeldes (Pflege-WGs, Betreutes Wohnen, Pflegeheime) für den ➤Pflegebedürftigen
- Vermittlung einer ➤sozialen Betreuung für den Pflegebedürftigen
- Benennung und Vermittlung von Hospizplätzen
- Benennung und Vermittlung einer Pflegeberatung vor Ort
- Vermittlung von Anbietern für Pflegehilfsmittel
- Vermittlung einer persönlichen Begleitung bei Arztgängen
- Vermittlung einer Person zur Erledigung von Be- sorgungen und Einkäufen
- Vermittlung einer Person zur Reinigung der Wäsche
- Vermittlung einer Person zur Wohnungsreini- gung
- Vermittlung von Fahrdiensten für den Pflegebe- dürftigen zu Ärzten, ins Krankenhaus, zur Kran- kengymnastik oder Therapie
- Vermittlung eines ambulanten Pflegedienstes für die Grundpflege per ambulanten Pflegedienst

- Vermittlung eines Hausnotruf-Systemanbieters
- Vermittlung eines Menüservices
- Vermittlung einer mobilen Nagel-/Fußpflege und eines mobilen Friseurs
- Vermittlung von professionellen Pflegeschulungen
- Vermittlung einer ➤Pflegemediation bei Konfliktsituationen anlässlich eines Pflegefalls in der Familie
- Vermittlung einer Wohnraumberatung mit dem Ziel der Beseitigung von Stolperfallen und die Übermittlung von Handlungsvorschlägen. Beratung zu barrierefreiem Umbau und Fördermöglichkeiten
- Vermittlung einer psychosozialen Beratung bei Pflegebedürftigkeit

(2) Beratung und Betreuung

- 24-Stunden-Telefonhotline mit einem persönlichen Ansprechpartner
- Pflege-Case-Management: Gesamtheitliche Beratung im Pflegefall inklusive aktiver Betreuungsanrufe
- Telefonische Pflegeberatung
- Telefonische Spezialberatung zur Demenz durch speziell geschultes Fachpersonal
- Beratung bei der Beschaffung von notwendigen Bescheinigungen für die ➤SPV und ➤PPV
- Übersendung von Formularen zur Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

(3) Organisation von Dienstleistungen

Organisation bedeutet, dass im Namen des ➤Hauptversicherten bzw. des ➤nahen Angehörigen Dienstleistungen in Auftrag gegeben werden.

- Organisation einer persönlichen Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen, wenn die Begleitung medizinisch notwendig ist
- Organisation von Besorgungen und Einkäufen
- Organisation der Reinigung der Wäsche
- Organisation der Wohnungsreinigung
- Organisation einer sozialen Betreuung für den Pflegebedürftigen
- Organisation von Fahrten für den Pflegebedürftigen zu Ärzten, ins Krankenhaus, zur Kranken-

- gymnastik oder zur Therapie, falls persönliches Erscheinen notwendig ist
- Organisation eines ambulanten Pflegedienstes für die Grundpflege z.B. per ambulanten Pflegedienst. Diese umfasst die Körperpflege inkl. Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerungen im Bett, Zubereitung und Hilfe bei den üblichen Mahlzeiten
- Organisation eines Hausnotruf-Systems
- Organisation eines Hospizplatzes
- Organisation von Pflegehilfsmitteln
- Organisation einer psychosozialen Beratung bei Pflegebedürftigkeit
- Organisation eines ➤Medikamentenblisterservice nach Vorlage eines ärztlichen Rezepts und Medikationsplan

II. Budget

Für die Zeit, in der der ➤Hauptversicherte ➤Pflegeperson des ➤nahen Angehörigen ist und dieser mindestens in ➤Pflegegrad 2 eingestuft ist, stellen wir ein Budget zur Verfügung. Aus dem Budget erbringen wir Ersatz von Aufwendungen für Pflegeleistungen am nahen Angehörigen.

Je nachdem, welche ➤Tarifstufe vereinbart ist, steht pro gepflegtem nahen Angehörigen ein monatliches Pflegebudget zur Verfügung von insgesamt:

- 300 € in Tarifstufe FEELcare 300
- 600 € in Tarifstufe FEELcare 600
- 900 € in Tarifstufe FEELcare 900

Für die monatliche Abgrenzung ist bei allen Pflegeleistungen das Datum des Leistungsbezugs maßgeblich.

Aus dem monatlichen Pflegebudget können Pflegeleistungen bezahlt werden, die für den nahen Angehörigen erbracht werden. Bevor das Pflegebudget genutzt wird, müssen erst die Leistungen anderer Kostenträger in Anspruch genommen und uns nachgewiesen werden. Hierzu zählen z.B. die der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) oder der PKV (Private Krankenversicherung), einschließlich der ➤SPV (Soziale Pflegeversicherung) oder der ➤PPV (Private

Pflegepflichtversicherung). Die tarifliche Erstattung erfolgt aus den verbleibenden Kosten.

Bis zur Höhe des monatlichen Budgets erstatten wir Aufwendungen für Dienstleistungen, die entweder über die Assistanceleistung vermittelt und/oder organisiert oder selbst beschafft wurden.

Das monatliche Budget kann für die folgenden Leistungen verwendet werden, wenn diese für die Pflege des nahen Angehörigen benötigt werden:

- ➤24-Stunden-Pflegehilfen oder ➤24-Stunden-Betreuungshilfen, die für die Dauer des Einsatzes im Haushalt des nahen Angehörigen wohnen. Diese sind begrenzt auf maximal 50% des monatlichen Budgets.
- Kurzzeitpflege, wenn der Hauptversicherte als Pflegeperson ausfällt
- ➤Verhinderungspflege, wenn der Hauptversicherte als Pflegeperson ausfällt
- Fahrten für den nahen Angehörigen und die Begleitperson zu Ärzten, ins Krankenhaus, zur Krankengymnastik, Therapie und Behörden, falls persönliches Erscheinen notwendig ist
- maximal 125 € des monatlichen Budgets für die folgenden Leistungen:
 - Einkäufe oder andere notwendige Besorgungen für den nahen Angehörigen. Dazu zählen das Verfassen des Einkaufszettel und Einkaufen von Waren des täglichen Bedarfs inklusive Arzneimittel, Einstellen der Lebensmittel in den Kühlschrank unter Beachtung von Haltbarkeitszeiten und notwendige Besorgungen. Die Kosten für den Einkauf trägt der nahe Angehörige.
 - Dem nahen Angehörigen wird die Wohnung oder das Haus im üblichen Umfang gereinigt („Unterhaltsreinigung“).
 - Dem nahen Angehörigen wird die Wäsche gewaschen, getrocknet, gebügelt, eingesortiert und die Schuhe gepflegt.
 - ➤Soziale Betreuung für den nahen Angehörigen.
- Grundpflege für den nahen Angehörigen. Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass auch ein Anspruch auf Übernahme der Kosten aus der SPV oder PPV besteht. Die Grundpflege beinhaltet die Körperpflege inklusive Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Zubereitung und Hilfe bei den üblichen Mahlzeiten.
- Installation einer Hausnotrufanlage einschließlich sozialem Hintergrunddienst.
- Transport des nahen Angehörigen zu einem Hospizplatz
- Persönliche Pflegeberatung beim nahen Angehörigen vor Ort
- Alle von der SPV und PPV zugelassenen Pflege- und Pflegehilfsmittel, die durch die Begutachtung zur Ermittlung des Pflegegrad genehmigt sind. Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass auch ein Anspruch auf Übernahme der Kosten aus der SPV oder PPV besteht.
- Einmalige Psychosoziale Erstberatung aufgrund der Pflegesituation für den nahen Angehörigen oder den Hauptversicherten persönlich, telefonisch oder online bei psychischen Belastungen durch den Pflegefall für maximal 3 Stunden.
- ➤Teilstationäre Leistungen der ➤Tages-/Nacht-pflege. Der Transport wird ebenfalls übernommen, wenn dieser Bestandteil der Vergütungsvereinbarung mit der stationären Einrichtung ist. Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass auch ein Anspruch auf Übernahme der Kosten aus der SPV oder PPV besteht.

III. Einmalzahlung

Der ➤Hauptversicherte erhält einmalig beim erstmaligen Eintritt in mindestens ➤Pflegegrad 2 eine Einmalzahlung.

Je nach ➤Tarifstufe erhält er eine Einmalzahlung in Höhe von:

- 15.000 € in Tarifstufe FEELcare 15.000
- 20.000 € in Tarifstufe FEELcare 20.000
- 25.000 € in Tarifstufe FEELcare 25.000

Wenn beim Hauptversicherten unmittelbar durch einen ➤Arbeitsunfall erstmals mindestens Pflegegrad 2 eintritt, dann erhält er eine Einmalzahlung in Höhe von:

- 30.000 € in Tarifstufe FEELcare 15.000

- 40.000 € in Tarifstufe FEELcare 20.000
- 50.000 € in Tarifstufe FEELcare 25.000

Wenn der Arbeitsunfall ➤vorsätzlich herbeigeführt wurde, leisten wir nicht.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit ➤ gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

24-Stunden-Pflegehilfe oder 24-Stunden-Betreuungshilfe

Bei der 24-Stunden-Pflegehilfe oder 24-Stunden-Betreuungshilfe lebt eine betreuende Hilfskraft in der häuslichen Umgebung des ➤Pflegebedürftigen und steht ihm 24 Stunden (teilweise in Rufbereitschaft) zur Verfügung.

Arbeitsunfall

Arbeitsunfälle sind Unfälle, die von der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der jeweils zuständigen Berufsgenossenschaft als solche anerkannt werden, (§§ 8 und 44 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII, s. Anhang)

Eheähnliche und lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaft

Eine eheähnliche Gemeinschaft beschreibt das Zusammenleben von zwei Menschen, die nicht formal verheiratet sind. Die zwei Menschen leben nach der gleichen Art von Eheleuten und können das gleiche Geschlecht haben.

EU

EU ist die Abkürzung für Europäische Union.

EWR

EWR ist die Abkürzung für Europäischer Wirtschaftsraum.

Gruppenspitze

Die Gruppenspitze ist der ➤Versicherungsnehmer. Dieser hat mit uns einen ➤Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen. Dies kann z.B. der Arbeitgeber sein, der für seine Arbeitnehmer eine betriebliche Krankenversicherung abgeschlossen hat.

Gruppenversicherungsvertrag

Der Gruppenversicherungsvertrag ist ein Vertrag zwischen dem ➤Versicherer und dem ➤Versicherungsnehmer als ➤Gruppenspitze. In dem Vertrag werden Mitarbeiter zu einheitlichen Bedingungen gegen bestimmte Risiken versichert. Der ➤Hauptversicherte kann der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag widersprechen.

Hauptversicherter

Hauptversicherte sind Personen, die nach den Bedingungen des ➤Gruppenversicherungsvertrag versicherbar sind und dem ➤Versicherer gemeldet sind. Dies kann z.B. der Mitarbeiter sein, der von seinem Arbeitgeber zur betrieblichen Krankenversicherung angemeldet wurde.

Lebenspartner

Lebenspartner sind zwei Personen gleichen Geschlechts, die miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) eingegangen sind.

Medikamentenverblisterung

Bei der Medikamentenverblisterung werden Arzneimittel (Tabletten und Kapseln) in kleine, sichtbare Tüten eingeschweißt.

Nahe Angehörige

Nahe Angehörige des ➤Hauptversicherten im Sinne dieses Tarifs

- sind die Eltern bzw. Stiefeltern, Schwiegereltern, Großeltern
- ist der Ehepartner, ➤Lebenspartner, Partner in ➤eheähnlicher Gemeinschaft oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft,

- sind die leiblichen Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder sowie die leiblichen Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners.

Die Eigenschaft als ➤Pflegeperson ist in der Regel durch die Vorlage der Bescheinigung der Pflegekasse nachzuweisen. Dies gilt auch für die ➤Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen.

Pflegebedürftigkeit

Bezeichnet einen Zustand, in dem eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft (mindestens 6 Monate lang) nicht selbstständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist.

Rechtliche Grundlage des Begriffs ist der Begriff „Pflegebedürftigkeit“ aus dem § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI, siehe Anhang).

Pflegegrad

Der Pflegegrad wird bestimmt durch die Einstufung der deutschen sozialen Pflegeversicherung (➤SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (➤PPV).

Der Pflegegrad bestimmt, wie sehr jemand auf Grund geistiger oder körperlicher Gebrechen bei seinen täglichen Verrichtungen eingeschränkt ist und welche Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können. Die ➤Pflegebedürftigen werden einem von fünf Pflegegraden gemäß §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI, siehe Anhang) zugeordnet.

Pflegemediation

Ein Mediator unterstützt in familiären Konfliktsituationen, die z.B. aufgrund der Pflegesituation entstanden sind.

Pflegeperson

Pflegeperson ist,

- wer eine ➤pflegebedürftige Person,
- in ihrer häuslichen Umgebung,
- nicht erwerbsmäßig,

- für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage wöchentlich, pflegt.

Rechtliche Grundlage des Begriffs ist der Begriff „Pflegeperson“ aus dem § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI, siehe Anhang).

PPV

PPV ist die Abkürzung für private Pflegepflichtversicherung.

Soziale Betreuung

Soziale Betreuung ist die Begleitung und Unterstützung von ➤Pflegebedürftigen bei alltäglichen Aktivitäten wie Spaziergängen, Gesellschaftsspielen, Lesen, Basteln usw.

SPV

SPV ist die Abkürzung für soziale Pflegeversicherung.

Tarifstufen

Die Tarifstufen FEELcare 300/FEELcare 600/FEELcare 900 beziehen sich auf Leistungen, die in Anspruch genommen werden können, solange der Hauptversicherte einen ➤nahen Angehörigen pflegt. Über die Tarifstufen FEELcare 15.000/FEELcare 20.000/FEELcare 25.000 legt der ➤Versicherungsnehmer die Höhe der Einmalzahlung fest, die ein ➤Hauptversicherter erhält, falls er selbst zum Pflegefall wird.

Textform

Textform bedeutet schriftlich, es ist aber keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht ein Fax oder eine E-Mail.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“, d.h. „so schnell wie möglich“

Verschiedene Pflegearten:

- **Häusliche Pflege** liegt vor, wenn der ➤Pflegebedürftige zu Hause durch eine erwerbsmäßig tägige Pflegefachkraft oder durch andere Personen (z.B. Familienangehörige, Freunde, Nachbarn, sonstige ehrenamtliche Helfer) gepflegt wird.
- **Tages/Nachtpflege** liegt vor, wenn der Pflegebedürftige tagsüber oder nachts ambulant durch einen Pflegedienst oder stationär in einer Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) versorgt wird.
- **Teilstationäre Pflege** liegt vor, wenn sich der Pflegebedürftige tagsüber oder nachts in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) der Tages- oder Nachtpflege befindet.
- **Verhinderungspflege** liegt vor, wenn ein Ersatzpfleger die Pflege des Pflegebedürftigen übernimmt, weil der pflegende Angehörige, z.B. aufgrund von Urlaub oder persönlichen Terminen, verhindert ist.
- **Vollstationäre Pflege** liegt vor, wenn sich der Pflegebedürftige ganztägig in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) befindet. Vollstationäre Pflege ist dann eine Alternative, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege, wie Tages- oder Nachtpflege nicht möglich ist.
- **Stationäre Pflegeeinrichtungen** sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig untergebracht und verpflegt werden können.

Versicherer

Der Versicherer ist derjenige, der den Versicherungsschutz zusagt.

Versicherungsbeginn

Das ist der Zeitpunkt, der in der Versicherungsbestätigung steht.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die ➤Pflegebedürftigkeit des ➤Hauptversicherten oder dessen ➤nahen Angehörigen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht. Die Assistanceleistungen können auch in Anspruch genommen werden, wenn der Versicherungsfall nicht eingetreten ist.

Versicherungsfähig

Jeder Tarif hat bestimmte Voraussetzungen, die der Versicherte erfüllen muss, um sich dort versichern zu können. Diese finden Sie unter § 1 (5) „Wer kann sich versichern?“. Liegen diese Voraussetzungen nicht mehr vor, dann endet seine Versicherung in diesem Tarif sofort.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr ist mit dem Kalenderjahr identisch. Das erste Versicherungsjahr muss nicht einem Kalenderjahr entsprechen. Ist der Versicherungsbereich z.B. der 01.06.2021 dann entspricht das Versicherungsjahr dem 01.06. bis zum 31.12.2021.

Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist die ➤Gruppenspitze, die einen ➤Gruppenversicherungsvertrag mit dem ➤Versicherer abschließt. Er bezahlt die Beiträge und legt den Umfang und die Höhe der versicherten Leistungen fest.

Vorsätzlich

Eine Person handelt vorsätzlich, wenn sie

- ein bestimmtes Ergebnis will oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für sicher hält oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für möglich hält und ihn bewusst in Kauf nimmt.

Anhang – Gesetzesstexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des

Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobligation zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rück-

ständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

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

Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII) [SGB VII]

§ 8 Arbeitsunfall

(1) Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen.

(2) Versicherte Tätigkeiten sind auch

1. das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit,
2. das Zurücklegen des von einem unmittelbaren Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit abweichen den Weges, um

a) Kinder von Versicherten (§ 56 des Ersten Buches), die mit ihnen in einem gemeinsamen Haushalt leben, wegen ihrer, ihrer Ehegatten oder ihrer Lebenspartner beruflichen Tätigkeit fremder Obhut anzuvertrauen oder

b) mit anderen Berufstätigen oder Versicherten gemeinsam ein Fahrzeug zu benutzen,

3. das Zurücklegen des von einem unmittelbaren Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit abweichen den Weges der Kinder von Personen (§ 56 des Ersten Buches), die mit ihnen in einem gemeinsamen Haushalt leben, wenn die Abweichung darauf beruht, dass die Kinder wegen der beruflichen Tätigkeit dieser Personen oder deren Ehegatten oder deren Lebenspartner fremder Obhut anvertraut werden,
4. das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden Weges von und nach der ständigen Familienwohnung, wenn die Versicherten wegen der Entfernung ihrer Familienwohnung von dem Ort der Tätigkeit an diesem oder in dessen Nähe eine Unterkunft haben,
5. das mit einer versicherten Tätigkeit zusammenhängende Verwahren, Befördern, Instandhalten und Erneuern eines Arbeitsgeräts oder einer Schutzausrüstung sowie deren Erstbeschaffung, wenn diese auf Veranlassung der Unternehmer erfolgt.

(3) Als Gesundheitsschaden gilt auch die Beschädigung oder der Verlust eines Hilfsmittels.

§ 44 Pflege

(1) Solange Versicherte infolge des Versicherungsfalls so hilflos sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Hilfe bedürfen, wird Pflegegeld gezahlt, eine Pflegekraft gestellt oder Heimpflege gewährt.

(2) Das Pflegegeld ist unter Berücksichtigung der Art oder Schwere des Gesundheitsschadens sowie des Umfangs der erforderlichen Hilfe auf einen Monatsbetrag zwischen 300 Euro und 1.199 Euro (Beträge

am 1. Juli 2008) festzusetzen. Diese Beträge werden jeweils zum gleichen Zeitpunkt, zu dem die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung angepasst werden, entsprechend dem Faktor angepasst, der für die Anpassung der vom Jahresarbeitsverdienst abhängigen Geldleistungen maßgebend ist. Übersteigen die Aufwendungen für eine Pflegekraft das Pflegegeld, kann es angemessen erhöht werden.

(3) Während einer stationären Behandlung oder der Unterbringung der Versicherten in einer Einrichtung der Teilhabe am Arbeitsleben oder einer Werkstatt für behinderte Menschen wird das Pflegegeld bis zum Ende des ersten auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt und mit dem ersten Tag des Entlassungsmonats wieder aufgenommen. Das Pflegegeld kann in den Fällen des Satzes 1 ganz oder teilweise weitergezahlt werden, wenn das Ruhen eine weitere Versorgung der Versicherten gefährden würde.

(4) Mit der Anpassung der Renten wird das Pflegegeld entsprechend dem Faktor angepasst, der für die Anpassung der vom Jahresarbeitsverdienst abhängigen Geldleistungen maßgeblich ist.

(5) Auf Antrag der Versicherten kann statt des Pflegegeldes eine Pflegekraft gestellt (Hauspflege) oder die erforderliche Hilfe mit Unterkunft und Verpflegung in einer geeigneten Einrichtung (Heimpflege) erbracht werden. Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) Die Bundesregierung setzt mit Zustimmung des Bundesrates die neuen Mindest- und Höchstbeträge nach Absatz 2 und den Anpassungsfaktor nach Absatz 4 in der Rechtsverordnung über die Bestimmung des für die Rentenanpassung in der gesetzlichen Rentenversicherung maßgebenden aktuellen Rentenwertes fest.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) [SGB V]

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kinder-

gärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungs-pflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Abs. 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Abs. 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen beson-

ders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Abs. 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Abs. 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Abs. 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Abs. 1 und 2 auch

außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Abs. 2 Satz 1.

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) [SGB XI]

§ 14 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 selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der 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, Treppensteinen;
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 auto-aggressives 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 Toilettentstuhls, 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 gerichteter 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 Abs. 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 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 Abs. 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
1. 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 der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10%,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15%,
3. Selbstversorgung mit 40%,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20%,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15%.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenen 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 Abs. 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 Pflegermaßnahmen. 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 Abs. 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 Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Abs. 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Abs. 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.

§ 19 Begriff der Pflegeperson

Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt.

§ 34 Ruhens der Leistungsansprüche

Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,

2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG]
in der bis zum 30. September 2017 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.