

Ihre Pflege-Pflichtversicherung

Änderungen der Versicherungsbedingungen



Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

auf den folgenden Seiten informieren wir Sie über Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ihre Private Pflege-Pflichtversicherung (MB/PPV 2022 II mit Tarif PV, Zusatzvereinbarungen und dem Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis).

Die Änderungen beruhen im Wesentlichen auf bereits in Kraft getretenen Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) durch das Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) sowie durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts. Das Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts führte zur Aufnahme einer Regelung für Mitglieder von Solidargemeinschaften in Form einer neuen Zusatzvereinbarung. Aufgrund der Änderung des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) durch das Gesetz zur Umsetzung des Gesetzes zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts bereits zum 22.12.2018 ergab sich eine redaktionelle Änderung.

Ferner wurde auch das brancheneinheitlich geltende Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung erneut angepasst. Bei diesen regelmäßigen Aktualisierungen werden u.a. der medizinisch-technische Fortschritt, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und das Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts berücksichtigt.

Zuvor dargestellte Anpassungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) basieren auf nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderungen der Verhältnisse des Gesundheitswesens und sind zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich. Ein unabhängiger Treuhänder hat diesen Änderungen mit Wirkung auch für bestehende Versicherungsverhältnisse zugestimmt und deren Angemessenheit bestätigt.

Hinweis zu einer weiteren Änderung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen MB/PPV 2022 II: Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit Urteil vom 22. Juni 2022 (Az.: IV ZR 253/20) den bis dahin geltenden § 8b Absatz 2 MB/KK 2009 der Musterbedingungen des PKV-Verbands für unwirksam erklärt. Die von der ARAG verwendete inhaltsgleiche Klausel § 8b Absatz 2 MB/PPV 2022 II wurde daraufhin – ebenso wie die entsprechenden AVB-Klauseln § 8b Absatz 2 MB/KK 2009, § 8b Absatz 2 MB/KT 2009 und § 8b Absatz 3 MB/EPV 2017 – ersatzlos von uns gestrichen. An deren Stelle tritt mit dem BGH-Urteil die gesetzliche Regelung des § 203 Absatz 2 Satz 1 VVG. Von der ARAG wurden die gestrichenen Passagen auch bisher nicht verwendet. Die Streichung hat daher im Ergebnis für Ihren Vertrag keine Auswirkungen.

Die Änderungen können Sie im Einzelnen den nachfolgenden Tabellen entnehmen. Bitte beachten Sie, dass nur die Textpassagen angegeben sind, bei denen sich Änderungen ergeben. Die Änderungen sind dabei durch Unterstreichung (für neue Texte) bzw. ~~Durchstreichung~~ (für entfallene Texte) kenntlich gemacht.

Falls Sie erst kürzlich Vertragsunterlagen von uns erhalten haben, können diese Änderungen bereits in den Ihnen vorliegenden Versicherungsbedingungen enthalten sein. Sollte die neue Fassung sich bereits in Ihren Vertragsunterlagen befinden, gibt es nichts weiter zu beachten. Anderenfalls werden die nachfolgenden Änderungen Ihrer Versicherungsbedingungen zu Beginn des zweiten Monats nach Zugang dieses Schreibens wirksam.

Bitte nehmen Sie diese Beilage zu Ihren Vertragsunterlagen.

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung: Allgemeine Änderung

Die Bezeichnung „MB/PPV 2022 II“ wird an allen betroffenen Stellen der Regelungen

- Bedingungsteil MB/PPV 2022 II (bis auf die nachfolgend unter Ziffer 2 im § 1 Absatz 12 dargestellte Ausnahme)
 - Zusatzvereinbarungen
 - Tarif PV mit Tarifestufen PVN und PVB
 - Regelungen zur Überleitung
 - Tarifbeschreibung für die Pflege-Pflichtversicherung (AVB Teil III): Tarif PVN, PVB
- jeweils ersetzt durch „MB/PPV 2024“.**

2. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung: Bedingungsteil MB/PPV 2024

Alte Fassung	Neue Fassung
Stand: 1. August 2022	Stand: 1. Januar 2024
Der Versicherungsschutz	Der Versicherungsschutz
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
(...)	(...)
(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2022 #, Tarif PV, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.	(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV, Tarif PV, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.
(...)	(...)
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	§ 4 Umfang der Leistungspflicht
A. Leistungen bei häuslicher Pflege	A. Leistungen bei häuslicher Pflege
(...)	(...)
	(6a) <u>Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege einer versicherten Person der Pflegegrade 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gehindert, erstattet der Versicherer abweichend von Absatz 6 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV. Abweichend von Absatz 6 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.</u> <u>In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung wird abweichend von Absatz 2 Satz 3 die Hälfte eines bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt. Dies gilt entsprechend für ein vor Beginn der Ersatzpflege bezogenes anteiliges Pflegegeld nach Absatz 5.</u> <u>Dieser Absatz gilt bis zum 30. Juni 2025.</u>
	(...)
C. Kurzzeitpflege	C. Kurzzeitpflege
(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Der Anspruch besteht auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der versicherten Person erforderlich ist. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Die Leistungen werden a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, erbracht. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.	(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Die Leistungen werden a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder b) in sonstigen Krisensituationen <u>oder anderen Situationen</u> , in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, erbracht. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.
F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung
(...)	(...)
(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitge-	(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitge-

setz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) – Siebtes Buch (VII) - (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu ~~insgesamt~~ zehn Arbeitstage nach Nr. 9.2 des Tarifs PV.

- (14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 (siehe Anhang), die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PV.

J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

- (19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs PV einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14 des Tarifs PV. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Die Umgestaltungsmaßnahme kann auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das ~~Bundesversicherungsamt~~ den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist.

(...)

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht:
(...)
b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit ~~unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,~~ aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kasernen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(...)

setz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) – Siebtes Buch (VII) - (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr nach Nr. 9.2 des Tarifs PV.

- (14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 (siehe Anhang), die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PV.

J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

- (19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs PV einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14 des Tarifs PV. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Die Umgestaltungsmaßnahme kann auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist.

(...)

L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme durch die Pflegeperson

- (23) Versicherte Personen haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), nach § 40 Abs 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 15 Abs. 2 SGB VI (siehe Anhang) oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson der versicherten Person in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung der versicherten Person nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V (siehe Anhang) besteht.
- (24) Der Anspruch nach Absatz 23 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.
- (25) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach den Absätzen 23 und 24 ergibt sich aus Nr. 16 des Tarifs PV.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht:
(...)
b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit

aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kasernen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(...)

- (2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 21. Halbsatz ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsor-

ge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 4 Abs. 23 S. 1 versorgt wird; Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2. Halbsatz bleibt unberührt und Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2. Halbsatz bleibt in Bezug auf die soziale Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von Pflegepersonen unberührt.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(...)

- (2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur ~~Beseitigung~~, Minderung oder ~~Verhütung~~ einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 dienen, jeweils als entsprechender Leistungsantrag, sofern der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. Die Feststellungen nach Satz 1 enthalten ggf. auch solche nach § 4 Abs. 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Abs. 13. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.

Die Kosten der genannten Untersuchungen, Feststellungen und Ermittlungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Übermittlung der schriftlichen Ergebnisse nach den Sätzen 1 und 2, der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nach Satz 5 und einer auf die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung bezogenen umfassenden und begründeten Stellungnahme des Versicherers.

- (2a) Erfolgt die Leistungsmittelteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in Satz 5 genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind.

Die Sätze 1 und 2 finden vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(...)

- (2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur ~~Vermeidung~~, ~~Überwindung~~, Minderung oder ~~Verhinderung~~ einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 dienen, jeweils als entsprechender Leistungsantrag, sofern der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. Die Feststellungen nach Satz 1 enthalten ggf. auch solche nach § 4 Abs. 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Abs. 13. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort der versicherten Person, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt. Unter Maßgabe der Regelungen nach § 142a SGB XI (siehe Anhang) kann die Untersuchung im Wohnbereich durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzt oder ersetzt werden.

Die Kosten der genannten Untersuchungen, Feststellungen und Ermittlungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Übermittlung der schriftlichen Ergebnisse nach den Sätzen 1 und 2, der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nach Satz 5 und einer auf die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung bezogenen umfassenden und begründeten Stellungnahme des Versicherers.

- (2a) Erfolgt die Leistungsmittelteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in Absatz 2b oder 2c genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den der Versicherer nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter.

Die Frist nach Satz 1 beginnt mit der Antragstellung gemäß § 6 Abs. 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer

Der Antrag gilt im Sinne von Satz 1 als eingegangen, wenn alle Unterlagen und Angaben, die der Versicherer beim Versicherten angefordert hat und die für die Beauftragung des Arztes oder des Gutachters des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung durch den Versicherer erforderlich sind, dort eingegangen sind.

Befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 SGB XI – siehe Anhang);
befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 SGB XI – siehe Anhang) bzw. wurde Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 SGB XI – siehe Anhang), so beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags, dieselbe Frist gilt bei Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung (§ 18 Abs. 3 Satz 4 SGB XI – siehe Anhang);
wird die versicherte Person häuslich ohne Palliativversorgung gepflegt und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt oder wurde mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson Familienpflegezeit vereinbart, so beträgt die Begutachtungsfrist zwei Wochen nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 5 SGB XI – siehe Anhang). Bei versicherten Personen nach Satz 5 besteht jedoch kein Anspruch auf die Zusatzzahlung nach Satz 1, wenn der Versicherer innerhalb einer Woche (Satz 5 Halbsatz 1 und 2) bzw. zwei Wochen (Satz 5 Halbsatz 3) nach Antragseingang aufgrund einer Vorabestufung eine vorläufige Leistungsentscheidung getroffen hat.

(...)

Wird die versicherte Person von dem Versicherer aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen einzureichen, so sind die Fristen nach Satz 1 und Absatz 2b und 2c so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei dem Versicherer eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem die versicherte Person die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

- (2b) Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen, wenn sich die versicherte Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und
1. Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
 2. die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder
 3. mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz (siehe Anhang) vereinbart wurde.
- Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 gilt auch dann, wenn die versicherte Person sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.
- (2c) Befindet sich die versicherte Person in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz (siehe Anhang) vereinbart, so ist eine Begutachtung der versicherten Person spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen.
- (2d) In den Fällen der Absätze 2b und 2c muss die Feststellung nach Absatz 2 nur beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit nach § 1 Abs. 2 ff. vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung der versicherten Person ist unverzüglich nachzuholen. Nimmt die versicherte Person unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

(...)

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8b Beitragsänderungen

- (2) ~~Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.~~

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8b Beitragsänderungen

- (2) (entfallen)

3. Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI

Alte Fassung	Neue Fassung
Stand: 1. August 2022	Stand: 1. Januar 2024
3. § 8 Absatz 5 MB/PPV 2022H a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) (...)	3. § 8 Absatz 5 MB/PPV 2024 a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz <u>in der bis zum 22.12.2018 geltenden Fassung</u> (siehe Anhang) (...)

4. Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang) – neu –

Alte Fassung	Neue Fassung
	Stand: 1. Januar 2024
	<u>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die Mitglied in einer in § 176 Absatz 1 SGB V (siehe Anhang) genannten Solidargemeinschaft sind und in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 Absatz 4a SGB XI (siehe Anhang) bei einem privaten Versicherungsunternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit versichert sind, gilt zur Umsetzung des § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang) Folgendes:</u>
	<u>Der zu zahlende Beitrag wird auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung herabgesetzt, solange sich der Beitrag der versicherten Person zur Solidargemeinschaft nach § 176 Abs. 5 SGB V (s. Anhang) vermindert.</u>

5. Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Alte Fassung	Neue Fassung
Stand: 1. August 2022	Stand: 1. Januar 2024
Leistungen der Versicherer (...)	Leistungen der Versicherer (...)
1. Häusliche Pflege Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 724 Euro, b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.363 Euro, c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.693 Euro, d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.095 Euro erstattet. (...)	1. Häusliche Pflege Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu <u>761</u> Euro, b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu <u>1.432</u> Euro, c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu <u>1.778</u> Euro, d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu <u>2.200</u> Euro erstattet. (...)
2. Pflegegeld Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 316 Euro, b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 545 Euro, c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 728 Euro, d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 907 Euro (...)	2. Pflegegeld Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu <u>332</u> Euro, b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu <u>573</u> Euro, c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu <u>765</u> Euro, d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu <u>947</u> Euro (...)
3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege) (...) Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.	3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege) (...) Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt. <u>In dem in § 4 Absatz 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen des Versicherers den Betrag des Pflegegeldes nach Nr. 2.1 des Tarifs PV für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. In dem in § 4 Absatz 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Satz 1 abweichend von Satz 9, 10 sowie Satz 8 und Satz 4 in Verbindung mit Satz 9, 10 im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 4 Absatz 10 i. V. m. Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. Der für</u>

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrags. (...)

7. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege) Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

(...)

- 7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,
- a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 5 Prozent
 - b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 25 Prozent,
 - c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 45 Prozent,
 - d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 70 Prozent,
- ihrer zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.
(...)
-

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

(...)

Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen ~~oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 SGB XI (siehe Anhang) übersteigen~~, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten. (...)

die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV angerechnet.

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrags. (...)

7. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege) Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

(...)

- 7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,
- a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 15 Prozent
 - b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 30 Prozent,
 - c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 50 Prozent,
 - d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 75 Prozent,
- ihrer zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.
(...)
-

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

(...)

Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten. (...)

16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

Der Anspruch umfasst bei Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Der Anspruch besteht bei der Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimtgelts nach § 42a Absatz 5 Satz 2, 3, 4 SGB XI (siehe Anhang) und bei der Versorgung in der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimtgelts.

Der Anspruch umfasst auch die erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 4 Absatz 23 und 24 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

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

6. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)

Alte Fassung	Neue Fassung
Stand: 1. August 2022	Stand: 1. Januar 2024
<p>§ 2 Besitzstandsschutz</p> <p>(...)</p> <p>(2) (...) Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2022# i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2022# festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2022#) schriftlich mitteilen und erläutern.</p>	<p>§ 2 Besitzstandsschutz</p> <p>(...)</p> <p>(2) (...) Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2024 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2024 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2024) schriftlich mitteilen und erläutern.</p>
<p>§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege</p> <p>(...)</p> <p>(5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Tarif Nr. 7.1 Satz 3 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrags, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>	<p>§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege</p> <p>(...)</p> <p>(5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 3 des Tarifs PV in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrags, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>

7. Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Alte Fassung	Neue Fassung
Stand: 1. Januar 2023	Stand: 1. Januar 2024
<p>1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege HMV-Nummer</p> <p>Hilfsmittel*:</p> <p>(...)</p> <p>1.11 Umsetz- und Hebehilfen</p> <p>(...)</p>	<p>1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege HMV-Nummer</p> <p>Hilfsmittel*:</p> <p>(...)</p> <p>1.11 Umsetz- und Hebehilfen</p> <p>(...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Umlager-/Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett</u> <u>22.29.01.7000-7999</u>
<p>3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität HMV-Nummer</p> <p>(...)</p> <p>Hilfsmittel*:</p> <p>3.6 Gehhilfen</p> <p>(...)</p>	<p>3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität HMV-Nummer</p> <p>(...)</p> <p>Hilfsmittel*:</p> <p>3.6 Gehhilfen</p> <p>(...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Kombi-Gehgestelle (starr/reziprok)</u> <u>10.46.01.3000-3999</u> <p>(...)</p>
<p>5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel HMV-Nummer</p> <p>(...)</p> <p>5.2 Schutzbekleidung</p> <ul style="list-style-type: none"> • (...) • <u>Mundschutz</u> 54.99.01.2000-2999 • (...) • <u>Einmallätzchen</u> 54.99.01.4000-4999 <p>Hilfsmittel*:</p> <p>5.5 <u>Netzhosen</u> für Inkontinenzvorlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Netzhose Größe 1/ Netzhose Größe 2</u> 15.25.02.0001-1999 	<p>5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel HMV-Nummer</p> <p>(...)</p> <p>5.2 Schutzbekleidung</p> <ul style="list-style-type: none"> • (...) • <u>Medizinische Gesichtsmaske</u> 54.99.01.2000-2999 • (...) • <u>Schutzservietten zum Einmalgebrauch</u> 54.99.01.4000-4999 • <u>Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)</u> <u>54.99.01.5000-5999</u> <p>Hilfsmittel*:</p> <p>5.5 <u>Fixierhosen</u> für Inkontinenzvorlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Fixierhosen Größe 1/ Fixierhosen Größe 2</u> 15.25.02.0001-1999 <p>(...)</p>
<p>*Hilfsmittel: Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie pflegerisch notwendig sind.</p>	<p>*Hilfsmittel: Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.</p>

Stand: Februar 2024

Herausgeber: ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München